Dr. Erdt 1 Bd.

B 1611 E 1/1961

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 1 | München, Januar 1961 | 16. Jahrgang

BUCCOSPERIN®

Das sulfonamidfreie wirkungssichere

Harnantiseptikum

Polyvalent keimtötend, entzündungswidrig, krampflösend, schmerzstillend

Keine unerwünschten Nebenwirkungen

Handelsformen und Preise:

1/2 Packung 40 Dragées DM 1,55 lt. A.T.a.U.
1/1 Packung 80 Dragées DM 2,90 lt. A.T.a.U.

DR. RUDOLF REISS
CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST
HAMBURG · MÜNCHEN

MAKATUSSIN

HUSTENTROPFEN BALSAM

EINFACH · FORTE (cum Dihydrokodein hydrochl. 0,05g in 15g Tropfen)

MAKARA GmbH., PHARM. FABRIK, ANGERMUND

VERLAPHARM
TUTZING/OBB.

VERLA

Bei vegetativen Störungen

entspannt beruhigt
betont sedativ

25 Dragées DM 1.90

Secale-Belladonna-Alkaloide Phenyläthylbarbitursäure

NEUROVEGETALIN

ASTHMA-TABLETTEN
Packung mit 12 Stück DM 1.35 o.U.
Packung mit 20 Stück DM 2.25 o.U.

ASTHMA-TROPFEN
Fläschchen zu 20 ccm DM 2.25 o.U.

KAPSELN FÜR DIE NACHT
Dose mit 24 Kapseln DM 2.40 o.U.

ISOBRONCHISAN
zur sofortigen Kupierung des asthmatischen Anfalls
Dose mit 12 Drogées DM 2.40 o.U.

Atmos
BRONCHISAN
ASTHMA-TABLETTEN

»ATMOS« FRITZSCHING & CO GMBH · VIERNHEIM/HESSEN

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 1 | München, Januar 1961 | 16. Jahrgang

(Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen, Direktor: Professor Dr. A. Windorfer)

Die gegenwärtige Poliomyelitis- und Impf-Situation in Bayern

Von A. Windorfer

I. Die Ausbreitung der Krankheit

Bayern hat in den letzten Jahrzehnten zwei große Poliomyelitis-Epidemien erlebt: Die eine, in den Jahren 1937/38, hat vorwiegend Oberbayern, Schwaben und Unterfranken betroffen, mit insgesamt 1861 gemeldeten Erkrankungen; die andere, 1948, besonders die Oberpfalz, Niederbayern und Oberfranken; dabei sind 1778 Erkrankungen aufgetreten. — Aber auch in den übrigen Jahren ist Bayern keineswegs verschont geblieben; doch waren es hier Epidemien mehr lokaler Art.[1]) So trat die Kinderlähme 1956 und 1957 in Landkreisen der Oberpfalz, von Unter- und Mittelfranken, Oberfranken und Schwaben auf. — 1958 war für Bayern ein sehr ruhiges Jahr, ebenso wie für ganz Westdeutschland. Dagegen kamen 1959 wieder mehrere Poliomyelitisherde vor.

Die Ausbreitung der Kinderlähme in den letzten beiden Jahren 1959 und 1960 ist auf den Karten (Abb. 1 und 2) dargestellt. Hier sind die einzelnen Stadt- und Landkreise eingezeichnet und der Befall der Bevölkerung durch die Krankheit. Dabei muß man freilich beachten, daß es sich um Durchschnittszahlen handelt, während die Poliomyelitisfälle meist an bestimmten Stellen massiert, an anderen wenig oder gar nicht aufgetreten sind. Gerade diese Herd- oder Zentrenbildung ist für die Poliomyelitis charakteristisch.

1959 waren Epidemieherde in den Landkreisen Traunstein, Fürstenfeldbruck sowie in Landshut (Stadt- und Landkreis), Wegscheid, Deggendorf (Stadt), Sulzbach-Rosenberg und in Marktredwitz (Stadt). Außerdem gab es in der Nachbarschaft der Epidemieherde eine Reihe von Kreisen mit „Poliomyelitishäufungen"; dies ist nur ein gradmäßiger Unterschied zur Epidemie.

Sieht man diese Karte (Abb. 1) isoliert an, so gewinnt man den Eindruck, daß die Poliomyelitis ganz willkürlich da und dort an voneinander entfernten Stellen Epidemien verursacht. Daher entstand früher die Ansicht, die Poliomyelitis würde ganz zusammenhanglos jedes Jahr in irgendwelchen Gebieten erscheinen. Das trifft aber keineswegs zu. Denn wenn wir nun die epidemiologische Karte des Jahres 1960 (Abb. 2) mit 1959 vergleichen, so ergibt sich ein interessanter Aspekt: Die Epidemieherde von 1960 finden sich in unmittelbarer Umgebung derjenigen von 1959, d. h., die Epidemien sind in die Nachbarschaft weitergewandert. So sind 1960 betroffen worden: nochmals Fürstenfeldbruck, dazu die benachbarten Kreise Friedberg und Augsburg; nach Westen zu von Landsberg aus: Kaufbeuren und Memmingen; im Osten von Wegscheid und Deggendorf ausgehend: Wolfstein, Passau, Vilshofen und der Landkreis Deggendorf; und im Norden Bayerns von Marktredwitz und Sulzbach-Rosenberg ausgehend: Neustadt und Bayreuth.

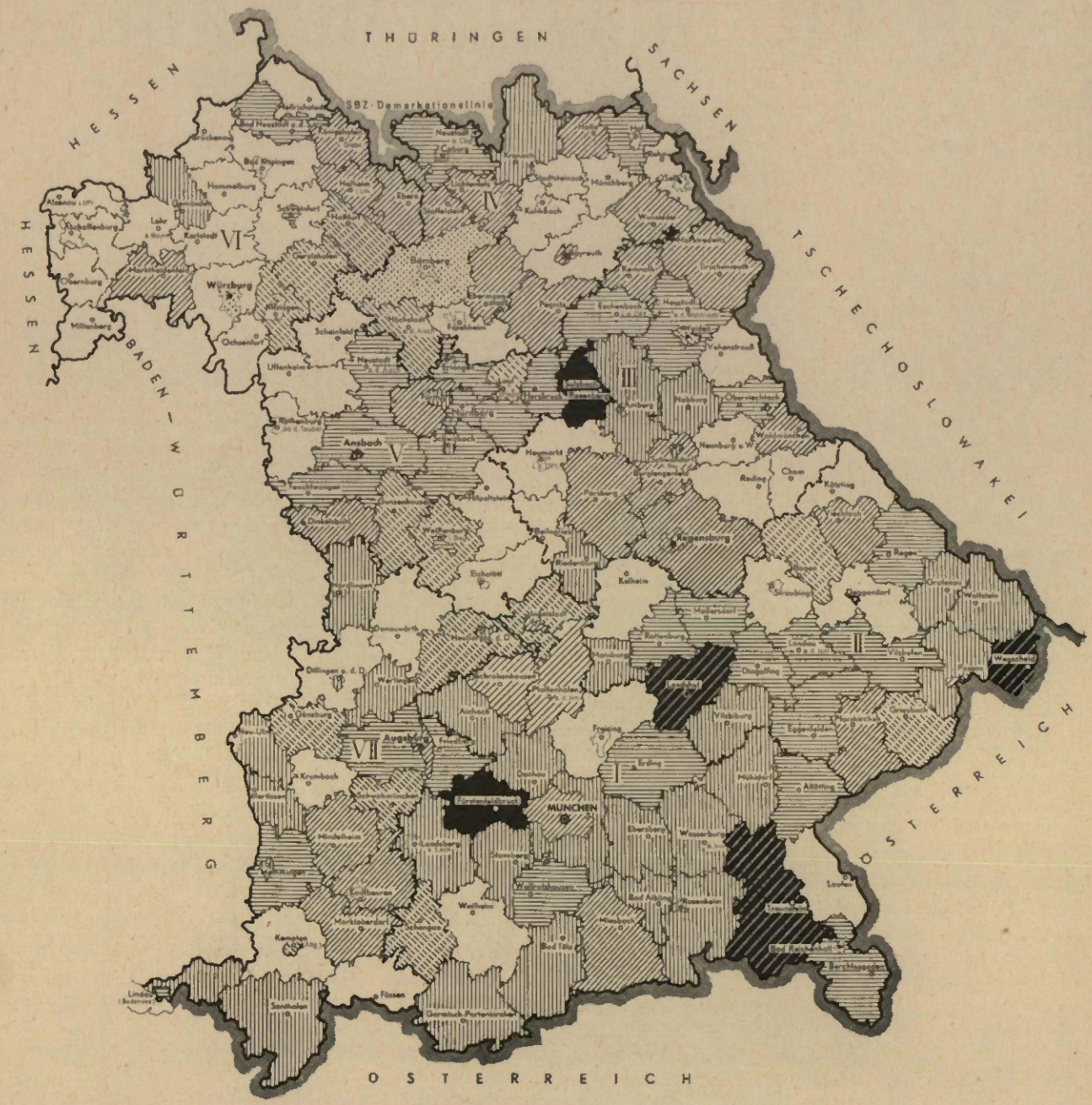
Man darf also, wenn man epidemiologische Studien bei der Poliomyelitis durchführen will, nur den Verlauf der Jahre heranziehen. Dann wird klar ersichtlich, daß der Erreger örtlich weitergegeben wird, d. h. die Seuche wandert.

Es gibt Gegenden, in denen Erkrankungsherde öfter vorkommen als in anderen, sogenannte „Befallgebiete" (z. B. Oberbayern und Schwaben). Unsere Annahme ging dahin, daß es sich dabei um Landesteile mit Erholungsgebieten handelt, in die besonders Familien mit Kindern einreisen. Diese Annahme fand neuerdings eine Bestätigung durch virologische Feststellungen. Denn es zeigte sich, daß in Sommer- und Herbstzeiten die Kinder häufiger und länger das Poliomyelitis-Virus ausscheiden als Erwachsene. Da ja nur ein ganz kleiner Teil der mit dem Poliomyelitis-Virus-Infizierten erkrankt, wird verständlich, daß das Ausstreuen des Virus durch latente Virusträger eine wichtige Rolle spielt.

Das Auftreten von epidemischen Häufungen bzw. Epidemien ist abhängig von der Immunität der Bevölkerung und von der Einschleppung sowie der Virulenz des Erregers. Anhand von Berechnungen konnten wir feststellen, daß im allgemeinen frühestens nach 4 bis 5 Jahren eine neue Epidemie im gleichen Gebiet auftreten kann, d. h. also: wenn nicht-immune Kinder nachgewachsen sind (4).

Wir können somit heute schon manche Frage aus dem Problemgebiet der Poliomyelitis beantworten. Eines ist aber nach wie vor noch unsicher: Warum es in manchen Jahren ganz allgemein, also nicht nur in

[1]) Über die Poliomyelitis in Bayern bis 1956 sind ausführliche Arbeiten vorhanden von SCHÄFER (1950) u. von HEIN (1956).



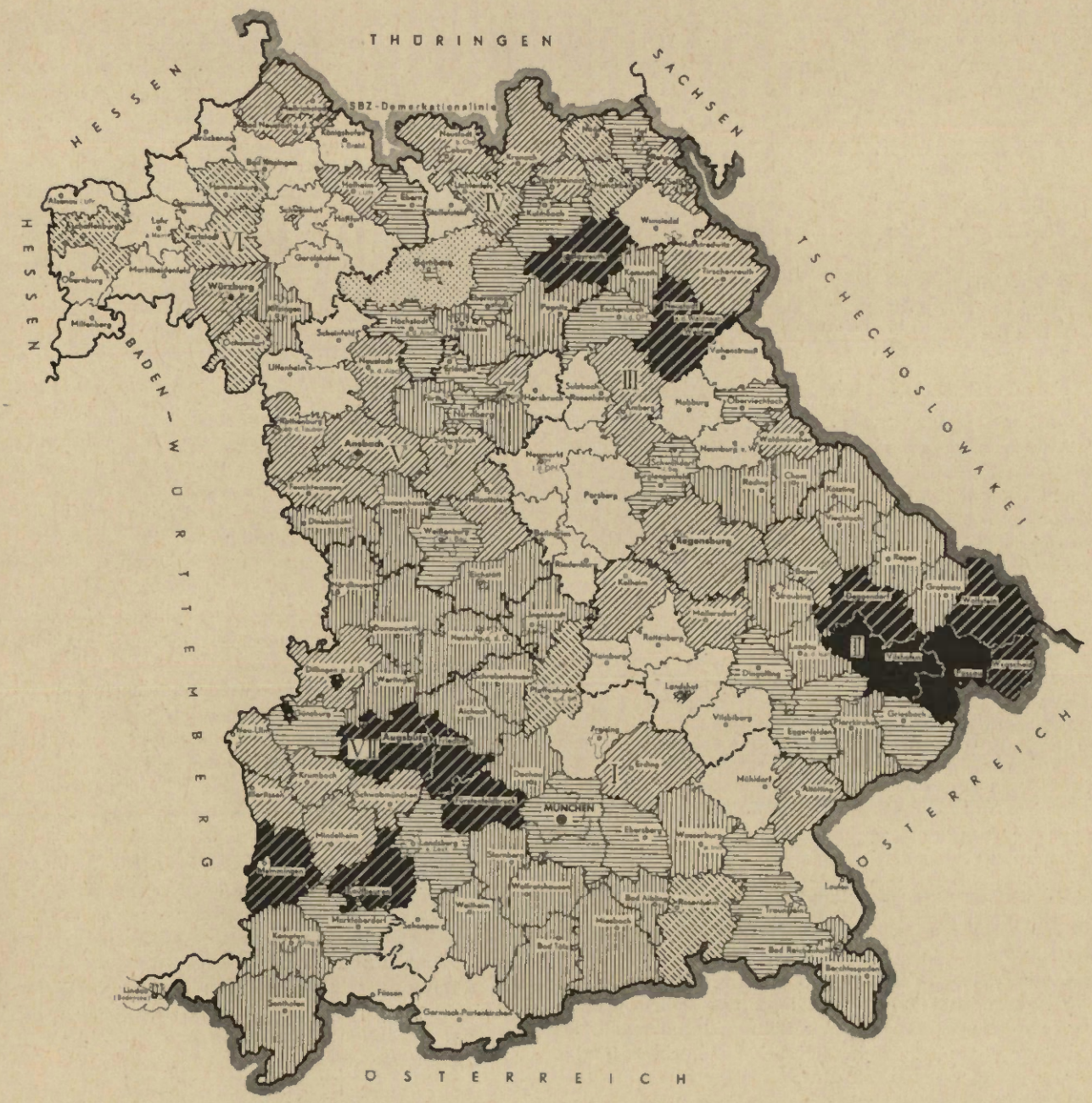
Die Poliomyelitis in Bayern 1959

unter 0,15	0,3 —0,599	1,0—2,999	über 6,0
0,15—0,299	0,6—0,999	3,0—5,999	Erkrankte auf 10 000 Einwohner

Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, zu starker Ausbreitung der Krankheit kommt, wie z. B. 1952, und warum es in anderen Jahren sehr ruhig bleibt, wie 1958. Hier könnten Virulenzschwankungen oder Stammeseigenschaften des Erregers eine Rolle spielen. Wir haben dabei ja das gleiche Problem vor uns wie bei der Grippe.

Die epidemiologischen Beobachtungen zeigen jedenfalls, daß Bayern noch immer erheblich von der Poliomyelitis heimgesucht wird, und daß noch keine ersichtliche Änderung gegenüber früheren Jahren zu verzeichnen ist.

Das gleiche ergibt sich aus den **Erkrankungs- und Todesfallzahlen der Poliomyelitis in Bayern im Verlauf der letzten fünf Jahre.** In dieser Zeit sind folgende Poliomyelitiszahlen gemeldet worden:



Die Paliomyelitis in Bayern 1960 (Angaben nur bis 1. Novemberwoche incl.)

unter 0,15 | 0,15—0,299 | 0,3 —0,599 | 0,6—0,999 | 1,0—2,999 | 3,0—5,999 | über 6,0

Erkronkte auf 10 000 Einwohner

Reg.Bezirk in ‰			
Oberbayern	1,3	Oberfronken	0,42
Niederbayern	1,09	Mittelfronken	0,60
Oberpfalz	0,84	Unterfronken	0,20
		Schwaben	0,65

	Erkrankungen	Todesfälle
1956	746	42
1957	570	36
1958	202	23
1959	758	70
1960 (bis 30. Nov.)	1069	48

II. Die Poliomyelitis-Schutzimpfung in Bayern

Seit 1957 wird in Deutschland die Poliomyelitis-Schutzimpfung durchgeführt, und zwar auf freiwilliger Basis. In den beiden ersten Jahren kam die Bevölkerung nur sehr zögernd. Auch sind die Ärzte noch nicht genügend positiv dafür eingetreten. Erst in den letzten Jahren ist laufend eine gewisse Zunahme der Impfun-

gen erfolgt. So wurde von 1957 mit 1959 folgender — freilich nur zweimaliger — Durchimpfungsstand der Kinder und Jugendlichen erreicht (nach Huther, Bayer. Innenministerium; Zahlen nach Angaben des Bayer. Statistischen Landesamtes):

Alter	%	Alter	%
1- bis 2jährig	1	11- bis 12jährig	18
2- bis 3- „	1,4	12- bis 13- „	17
3- bis 4- „	10	13- bis 14- „	14
4- bis 5- „	20	14- bis 15- „	12
5- bis 6- „	28	15- bis 16- „	8
6- bis 7- „	28	16- bis 17- „	6
7- bis 8- „	25	17- bis 18- „	4
8- bis 9- „	25	18- bis 19- „	2
9- b. 10- „	24	19- bis 20- „	1
10- b. 11- „	20		

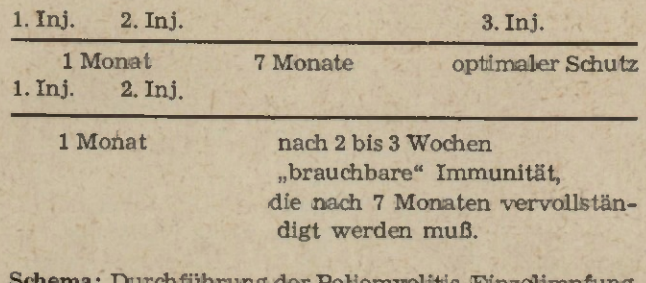
Die Impfung der Kinder mit rund 10% bis maximal 28% ist noch ganz ungenügend. Denn dies besagt, daß im Durchschnitt 70 bis 80% der Kinder ungeschützt sind. Im Gegensatz hierzu stehen die Impfzahlen im Ausland, wo z. B. in Skandinavien 80 bis 90% der Kinder geimpft sind, in Dänemark sogar 80% der gesamten Bevölkerung bis zu 40 Jahren.

Da die Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren am meisten erkrankungsbereit sind, ist für sie die Impfung besonders wichtig. Andererseits weiß man, daß die Tödlichkeit der Krankheit mit zunehmendem Alter ansteigt, so daß Jugendliche und junge Erwachsene den Schutz auch benötigen.

Über die Frage, ob man impfen soll, braucht heute nicht mehr gesprochen zu werden; das ist selbstverständlich, und zwar dringend notwendig. Dagegen verdient die Frage noch unser Interesse: Wie und womit soll man am günstigsten impfen?

a) **Die Poliomyelitis-Einzelimpfung:**

Zum optimalen Schutz sind drei Injektionen notwendig; die ersten beiden im Abstand von einem Monat, die dritte im Abstand von 6 bis 7 Monaten. Erst nach diesen drei Injektionen liegt der volle Schutz vor, der eine Verhütung einer Lähmungspoliomyelitis mit etwa 80 bis 90% Wahrscheinlichkeit gewährt. Sind nur zwei Injektionen gemacht, so besteht zwar eine brauchbare Immunität mit etwa 70%igem Schutz, der 2 bis 3 Wochen nach der zweiten Injektion beginnt, aber durch die dritte Injektion vervollständigt werden sollte. Man muß also wissen, daß 6 bis 7 Wochen vergehen, bis eine Wirkung einsetzt.



Schema: Durchführung der Poliomyelitis-Einzelimpfung.

Deshalb ist es am zweckmäßigsten, im Herbst und Winter zu beginnen, damit im Sommer, zur Poliomyelitis-Gefahrenzeit, die Wirkung der Impfung vorliegt. Ist das aus irgendwelchen Gründen nicht durchführbar, so impft man im Frühjahr zweimal und gibt die dritte Injektion im Herbst.

Nun ist es eine alte Erfahrung, daß die Vorbeugung durch Impfungen dann wenig Interesse findet, wenn keine sichtbare Gefahr besteht, also eben im Winter und Frühjahr. Dann treten sehr wenig Poliomyelitis-Erkrankungen auf, und die Bevölkerung ist gleichgültig. Erst im Sommer oder Herbst, wenn die Zeitungen das Auftreten von Erkrankungen und Todesfällen melden, kommt die Sorge und damit das Interesse der Bevölkerung für die Impfung; ja, die Ärzte werden dann geradezu bestürmt und gedrängt, die schützende Impfung bei den Kindern vorzunehmen. Soll man dies und kann man dies machen?

Wir haben diese Frage anhand der Erfahrungen des In- und Auslandes überprüft (7). Dazu wurden sechs ausländische und fünf deutsche Epidemien, während deren geimpft wurde, herangezogen. Alle Autoren betonten, daß keine Schäden durch die Impfungen aufgetreten seien; die meisten vertraten die Meinung, daß die Erkrankungen schneller nachgelassen hätten. Gerade auch Amtsärzte aus Stadt- und Landkreisen, die während Erkrankungshäufungen und Epidemien geimpft haben, äußerten sich sehr positiv zu der Maßnahme.

So schreibt ein deutscher Amtsarzt, der während einer Epidemie 11 000 Injektionen durchgeführt hat, die „einwandfrei vertragen" wurden: „Gegen die Durchführung von Poliomyelitis-Schutzimpfungen in die beginnende Epidemie hinein bestehen auf Grund der Erfahrungen keine Bedenken. Es sind durch die Poliomyelitis-Schutzimpfung keine Schäden bekannt geworden."

Und ein anderer, der 2200 Erst- und 1920 Zweitimpfungen während einer Epidemie durchführte: „Der Verlauf dieser Impfaktion mitten während einer Poliomyelitis-Epidemie hat rasch alle unsere anfänglichen Bedenken zerstreut. In keinem einzigen Fall ist im Epidemiegebiet ein geimpftes Kind an Poliomyelitis erkrankt. Nach unseren Erfahrungen können die Poliomyelitis-Impfungen auch während einer Epidemie durchaus empfohlen werden. Eine Gefahr des Auftretens einer negativen Phase nach Impfungen besteht nach unseren Beobachtungen nicht."

Raettig nimmt als Hygieniker einen anderen Standpunkt ein; er verweist auf seine Mäuseversuche, bei denen eine negative Phase nach der Impfung aufgetreten sei. Er vertritt die Meinung, daß man in Epidemiezeiten keine Erstimpfungen durchführen soll. — Nun sind Mäuse, denen poliomyelitis-infiziertes Gewebe ins Gehirn eingespritzt wird und die dann eine Impfdosis von 0,25 ccm pro Maus erhalten, nicht mit Kindern vergleichbar, die ihre Infektion peroral erwerben und 0,5 ccm Impfstoff erhalten (die Mäuse erhalten also die 166fache Dosis gegenüber einem einjährigen Kind, bezogen auf ihr Gewicht). Auch haben alle Autoren, die in Epidemiezeiten geimpft haben, ausdrücklich darauf hingewiesen, daß keine negative Phase bei den Impflingen erkennbar war.

So kann ich keinen Grund sehen, warum man im Sommer und Herbst, während des Auftretens von Einzelerkrankungen und Häufungen und während Epidemien, nicht impfen sollte; und es ist andererseits zu fragen, warum man den nach der Impfung verlangen-

den Eltern in dieser Zeit die Maßnahmen verweigern will und soll?

Allerdings muß man dabei auf die oben genannte Tatsache hinweisen, nämlich: Die Impfung kann nicht sofort wirken, sondern erst etwa zwei Wochen nach der zweiten Impfung, d. h. also, erst sechs Wochen nach Impfbeginn ist ein brauchbarer Antikörperschutz vorhanden. Wenn Kinder innerhalb dieser Zeit erkranken, so erfolgt dies trotz der Impfung, die noch nicht wirksam war, und nicht etwa wegen ihr. Dies muß man den Eltern klipp und klar sagen und erklären, daß man mit der Impfung im Sommer/Herbst und in Epidemiezeiten noch den verspäteten Versuch macht, die Erkrankung zu verhindern.

Oft gelingt dies in der Tat, wie wir es erlebt haben. Im Mai 1960 traten in einem kleinen Ort von 500 Einwohnern fünf Erkrankungen an Poliomyelitis auf. Die Eltern hatten alle keine Impfungen machen lassen. Sodann bestürmten sie den Amtsarzt. Impfungen, die während dieser Lokalepidemie im Ort selbst und in den umgebenden Ortschaften daraufhin durchgeführt wurden, hatten folgendes Ergebnis: Bei etwa 2000 Erstimpfungen von Kindern traten keine Schäden auf, auch keine sogenannte negative Phase mit erhöhter Erkrankungsbereitschaft. Im Verlaufe der nächsten Monate traten in diesen geimpften Orten noch drei Erkrankungen bei geimpften Kindern auf. Die leichten Paresen, die entstanden, bildeten sich alle zurück. Dagegen traten in anderen Ortschaften, die außerhalb dieses Impfbezirkes lagen, in den folgenden Monaten noch elf schwere Erkrankungen mit sechs Dauerlähmungen auf.

Ein zweiter Grund für die Weiterimpfung im Sommer und Herbst ist folgender:

In diesem Jahre 1960 gab es außer den Epidemieherden noch auffallend späte Erkrankungen in Form einzelner oder gehäufter Fälle im Oktober und sogar November, ja zum Teil noch Todesfälle (Nürnberg, München, Vilshofen, Deggendorf).

Wenn man die Impfung fortsetzt, kann man manche dieser Erkrankungen oder Todesfälle verhüten.

Diese Impfung in der Poliomyelitiszeit und in Epidemien soll nur mit Poliomyelitis-Einzelimpfstoff ausgeführt werden.

b) **Mehrfach-Impfstoffe:**

Die Kombinationsimpfstoffe stellen einen großen Fortschritt dar. Neuerdings liegen Drei- und Vierfach-Impfstoffe vor; sie enthalten die Poliomyelitis-, die Diphtherie- und Tetanus-Komponente als „Tri-Virelon", und als „Quatro-Virelon", noch dazu die Keuchhusten-Komponente. Mit dem Dreifach-Impfstoff wird seit einem Jahr geimpft, während Quatro-Virelon erst seit 1960 zur Anwendung kommt. Das Tri-Virelon ist für Kinder, die Keuchhusten schon durchgemacht haben, oder für Kinder über drei Jahre, für die der Keuchhusten allgemein keine Gefahr mehr darstellt.

Das Quatro-Virelon ist für Säuglinge und Kleinkinder gedacht, die auch noch gegen Keuchhusten geschützt werden sollen. Die Kombinations-Impfstoffe haben den Vorteil, daß mehrere Injektionen eingespart werden können, da gegen drei oder gar vier Erkrankungen gemeinsam geimpft wird. Andererseits kommt die Poliomyelitis-Schutzwirkung etwas langsamer in Gang; deshalb sind vier Injektionen nötig: die ersten drei in Abständen von je vier Wochen, die vierte mit Poliomyelitis-Impfstoff allein, nach sieben Monaten.

Diese Impfungen sind so zu legen, daß im Sommer und Herbst nicht geimpft wird. Es bleibt dafür die Zeit von Anfang November bis Ende Juni. Jetzt ist also die beste Zeit, diese Impfungen durchzuführen.

c) **Impfungen mit Lebend-Vakcine:**

Die Impfung mit Lebend-Vakcine ist in Deutschland noch nicht anwendbar. Es fehlt noch die absolute Sicherheit, daß dieses apathogen gemachte Virus nicht mehr virulent wird. Die Methoden dieser an sich viel einfacheren Impfung werden erarbeitet, und es wäre wünschenswert, daß sie durchführbar wird.

Da wir die anderen, gut wirksamen Impfungen haben, sollte man hier nicht übereilen und die Erfahrungen anderer Länder abwarten. Doch muß die Auswertung der Ergebnisse mit Kritik geschehen, denn man kann nicht die Immunitätsverhältnisse eines Landes oder Erdteiles ohne weiteres auf ein anderes übertragen.

Um so mehr müssen wir Ärzte die Eltern hinsichtlich der vorhandenen Impfmöglichkeiten beraten. Denn bisher ist es leider so, daß sich offenbar ein Teil der Bevölkerung „beim Nachbar erkundigt, der sein Kind auch nicht impfen ließ". Diese Antwort erhielten wir von den Eltern derjenigen Kinder, die mit schweren Lähmungen bei uns in der Klinik liegen. Wir hatten uns erkundigt, ob sie von der Impfung gehört hätten, und warum sie nicht impfen ließen. Andere Eltern hatten eine Aufforderung zur Impfung wie bei der Pockenimpfung erwartet. Man sieht daraus, daß die Bevölkerung noch ganz unzureichend orientiert ist. Wir müssen deshalb jede Gelegenheit ergreifen, die Impfung gegen Poliomyelitis dringend zu empfehlen.

Wie notwendig dies ist, soll zum Abschluß anhand einiger Zahlen gezeigt werden:

Allein in Bayern sind in den letzten fünf Jahren an Poliomyelitis 3345 Menschen, vorwiegend Kinder, erkrankt, davon 219 gestorben. Von den Über-

lebenden müssen wir mit rund 700 Dauerkörperbehinderten rechnen. Eine traurige Bilanz, wenn man bedenkt, daß ein Großteil dieses schweren Leides hätte verhindert werden können.

Grund genug, daß sich alle Ärzte mit Dringlichkeit für die Anwendung der Poliomyelitis-Impfung einsetzen und sie allen Eltern als notwendig anraten.

Es lassen sich also zusammenfassend folgende Empfehlungen geben: Die Impfung sollte unbedingt durchgeführt werden

1. bei Kindern und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr;
2. in allen Nachbargebieten, die an die diesjährigen Epidemiengegenden grenzen;
3. in Gegenden, die seit 4 bis 5 Jahren keine Epidemie mehr hatten.
4. Die Impfungen sind möglichst im Winter schon zu beginnen, damit im Sommer/Herbst der optimale Schutz vorliegt.
5. Eine Fortführung der Impfung mit Poliomyelitis-Einzelimpfstoff im Sommer und Herbst ist möglich, da der Schutz für viele Kinder noch rechtzeitig kommen kann, wie Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben.

Literatur:

1. Hein, E. A.: Dtsch. Med. Wochenschrift 82, 412 (1957).
2. Huther: Vortrag auf der Jahresversammlung der Pfennigparade in München, November 1960.
3. Raettig, H.: Bundesgesundheitsblatt 9, 129 (1958).
4. Sadowski, R.: Inaugural-Dissertation, Erlangen 1957.
5. Schäfer, W.: Archiv für Hygiene und Bakteriologie 133, 14 (1950).
6. Windorfer, A.: Deutsche Med. Wochenschrift 81, 1145 (1956).
7. Windorfer, A.: Deutsche Med. Wochenschrift 85, 1196 (1960).

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. A. Windorfer, Erlangen, Kinderklinik.

Zum Problem der ärztlichen Aufklärungspflicht

Die strafrechtliche Bedeutung der ärztlichen Aufklärungspflicht

Ein Vortrag von Min.-Rat Dr. Georg Schwalm

Ministerialrat Dr. Georg Schwalm vom Bundesjustizministerium behandelte bei der Tagung der „Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde" in Erlangen dieses wichtige Thema, das leider aus der Sicht der Juristen zu ganz anderen Folgerungen kommt als aus jener der Ärzte, die tagtäglich aus ernster Betrachtung durch ihren Beruf oft zu ganz anderen Anschauungen kommen.

Min.-Rat Dr. Schwalm bezog sich einleitend auf das Urteil des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 9. Dezember 1958 zur grundsätzlichen Seite der ärztlichen Aufklärungspflicht, in dem es u. a. heißt:

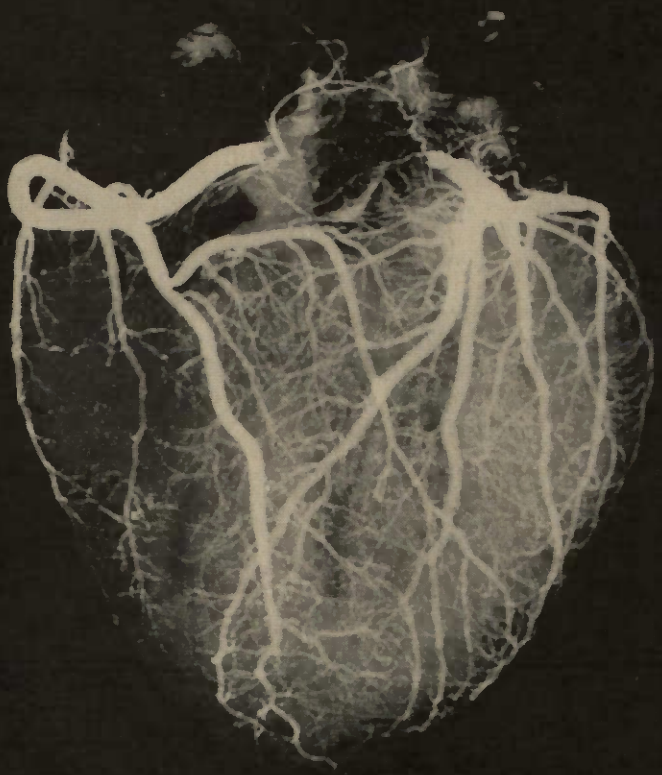
> „In dieser Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht kann, wie Eberhard Schmidt (Der Arzt im Strafrecht, 1939, S. 98, 99) mit Recht hervorhebt, der Ratschlag des Hippokrates, dem Kranken das meiste zu verbergen und ihm nichts von dem zu sagen, was kommen wird und ihn bedroht, heute keine Geltung mehr beanspruchen. Dieser Ratschlag ist mit den heutigen Anschauungen von dem Beruf des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht zu vereinbaren ..."

Sicher ist diese Ansicht als Grundsatz richtig. Denn die in Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes unter Gesetzesvorbehalt verankerten allgemeinen Menschenrechte auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit umfassen auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, und hieraus folge, daß es zur Heilbehandlung grundsätzlich der Einwilligung des Patienten bedarf. Dazu muß der Patient genügend übersehen, worein er willigt. Also hat der Arzt grundsätzlich ihn hierüber angemessen aufzuklären. So unbestreitbar diese Erkenntnis heute bei uns ist, so wenig genügt sie in den meisten kritischen Fällen. Denn bei ihnen handelt es sich gerade um den Umfang und den Wegfall der Aufklärungspflicht, also um die Frage, wieweit hier Hippokrates wieder zu seinem Rechte kommen kann und muß. In dieser Hinsicht, betont Schwalm, gehen die Meinungen zwischen Juristen und Ärzten oft auseinander. Das zeigt in jüngster Zeit besonders die Diskussion über das sogenannte Strahlenurteil des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 18. Januar 1959 und über das sogenannte Myomurteil des 4. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 28. November 1957. Leider spielen bei der Diskussion über die ärztliche Aufklärungspflicht immer wieder Unklarheiten, Mißverständnisse und Übertreibungen auf juristischer wie auf ärztlicher Seite eine Rolle. Einerseits müssen wir Juristen zugeben, daß die Rechtsprechung insbesondere keine einigermaßen sichere Abgrenzung für die aufklärungsbedürftigen typischen Folgen der Heilbehandlung gegeben hat und der Frage, wieweit die Aufklärungspflicht unter den Gesichtspunkten der sozialen Adäquanz oder des übergesetzlichen Notstandes entfallen kann, ausgewichen ist. Andererseits werden von ärztlicher Seite aus oft die Sachverhalte der Streitfälle unrichtig, nämlich ohne die für den Juristen entscheidende Pointe oder unter wesentlichen Tatsachenänderungen, wiedergegeben sowie Bedeutung und Umfang der Aufklärungspflicht unrichtig gesehen. Hierfür sind das Strahlenurteil und das Myomurteil sowie die Diskussion hierüber typische Beispiele.

Min.-Rat Schwalm fragte, was geschehen kann, um den „kalten Krieg" zwischen Juristen und Medizinern wegen der Aufklärungspflicht zu beenden. Darauf lasse sich zunächst allgemein antworten, daß die Rechtswissenschaft im Zusammenwirken mit der medizinischen Wissenschaft bemüht sein muß, die Problematik weiter zu klären und der Rechtsprechung bei der Lösung der Probleme behilflich zu sein. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob und in welchem Umfange vom Gesetzgeber eine Stellungnahme erwartet werden darf.

In der Rechtslehre wird häufig, wenn auch mit Abweichungen im einzelnen, der Standpunkt vertreten, die Problematik lasse sich am besten durch eine ver-

Ein neues Prinzip der Koronartherapie



Koronar-
erweiterung

Sympathikolyse

Sedierung

Ph 904 c

Das spezielle Kreislaufmittel für das Herz

SEGONTIN®

Angina pectoris

Koronarsklerose

alle Durchblutungs-
störungen
des Herzmuskels

Handelsformen und Preise o. U. lt. At.:

SEGONTIN

N-[3'-Phenyl-propyl-(2')]-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Laktat

30 Dragees zu 15 mg DM 3,35
10 Suppositorien zu 50 mg DM 3,90

SEGONTIN »S«

N-[3'-Phenyl-propyl-(2')]-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Laktat + Phenylaethyl-barbitursäure

30 Dragees zu 15 mg Segontin + 15 mg Phenylaethyl-barbitursäure DM 3,70
10 Suppositorien zu 50 mg Segontin + 25 mg Phenylaethyl-barbitursäure DM 4,30

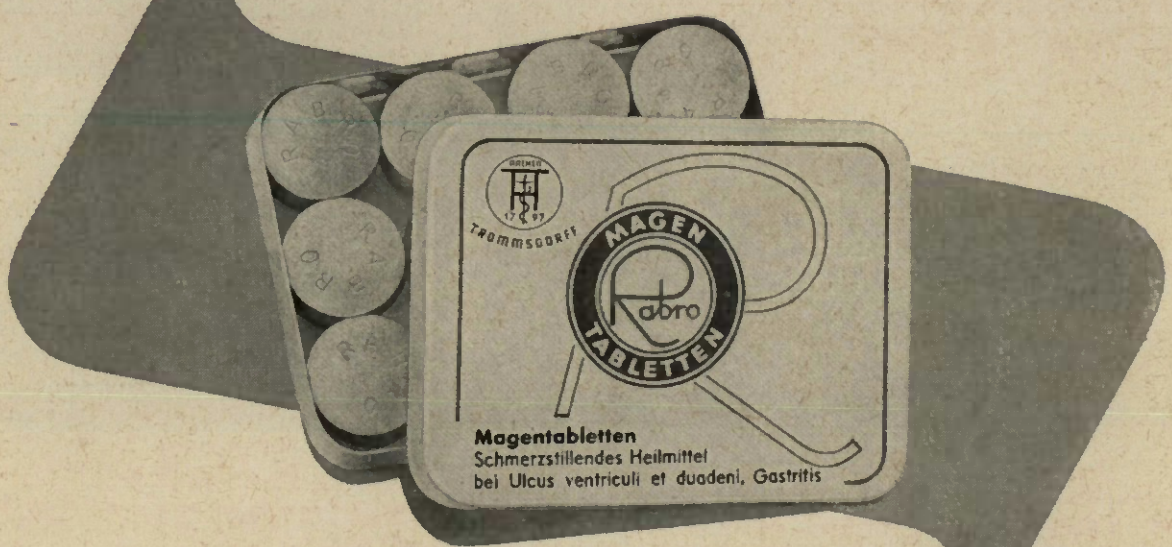
Anstaltspackungen

FARBWERKE HOECHST AG vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST

MAGEN

Rabro

TABLETTEN



Ulcus ventriculi · Ulcus duodeni · Gastritiden

AACHEN

17 97

TROMMSDORFF

änderte Tatbestandsbetrachtung lösen. Sie müsse dazu führen, daß schon tatbestandsmäßig die Heilbehandlung nicht als Körperverletzung, die medizinische (d. h. ärztlich indizierte und kunstgerecht durchgeführte) Schwangerschaftsunterbrechung nicht als Abtreibung und die medizinische Perforation nicht als Tötung bewertet werde. Auf die Einwilligung des Patienten komme es dann insoweit nicht an, also auch nicht auf die Aufklärung. Das Fehlen der Einwilligung habe nur für die Würdigung des Eingriffs unter den rechtlichen Gesichtspunkten der Nötigung, Freiheitsberaubung oder Beleidigung Bedeutung. Soweit diese Tatbestände nicht erfüllt seien, fehle es an einem deliktischen Verhalten des Arztes. — Hierzu ist für das geltende Recht zu bemerken, daß, da in ihm besondere Tatbestände über eigenmächtige ärztliche Behandlungen fehlen, die Rechtsprechung, um Strafbarkeitslücken zu vermeiden, an der Tatbestandsmäßigkeit der ärztlichen Behandlungen als Körperverletzung, Abtreibung oder Tötung ständig festgehalten und die Lösung über die Rechtfertigungsgründe gesucht hat. Hiergegen anzugehen, erscheint unter der Herrschaft des geltenden Rechts aussichtslos, so daß alle Vorschläge, die von der Tatbestandsbetrachtung aus zu einer Lösung des Aufklärungsproblems gelangen wollen, schwerlich weiterführen werden. Nach dem neuen Entwurf eines Strafgesetzbuchs stellt sich die Problematik insofern anders dar, als hier besondere Tatbestände für die eigenmächtige Heilbehandlung (§ 162) sowie für die eigenmächtige Schwangerschaftsunterbrechung oder Perforation (§ 159) vorgesehen sind und zugleich bestimmt ist, daß die (lege artis indizierte und vorgenommene) Heilbehandlung nicht als Körperverletzung und die medizinische Schwangerschaftsunterbrechung oder Perforation nicht als Abtreibung oder Totschlag strafbar sind (§§ 161, 157).

Der Entwurf begnügt sich dabei mit der Festlegung des Fehlens der Strafbarkeit unter diesen rechtlichen Gesichtspunkten und nimmt zu der theoretischen Frage keine Stellung, ob hierin der Ausschluß dieser Tatbestände liegt oder ob hierin Rechtfertigungsgründe zu erblicken sind. Für die Ärzteschaft dürfte, sagte Min.-Rat Dr. Schwalm, das Ergebnis eine Genugtuung sein, um die sie seit Jahrzehnten gekämpft hat; sie erreicht nun endlich, daß der kunstgerecht, aber ohne Einwilligung handelnde Arzt im Falle solcher Behandlungen künftig nicht mehr als Körperverletzer, Abtreiber oder Totschläger bestraft wird, sondern nur wegen seiner Eigenmächtigkeit nach milderem Strafrahmen. Für diese Eigenmächtigkeitstatbestände bleibt aber auch in Zukunft das Einwilligungsproblem und damit das Aufklärungsproblem bestehen; es ist zwar in seiner Bedeutung etwas entschärft, aber nicht beseitigt. Darüber hinaus stellt sich das Problem in der bisherigen Schärfe auch künftig für alle ärztlichen Behandlungen, die nicht als Heilbehandlung, medizinische Schwangerschaftsunterbrechung oder medizinische Perforation anzusehen sind. Der Entwurf regelt hiervon ausdrücklich nur die künstliche Samenübertragung beim Menschen (§ 203), aber nicht die kosmetischen Eingriffe, nicht die Blutentnahmen oder Transplantationen (im Hinblick auf den Spender) und nicht die medizinisch nicht indizierten Sterilisationen oder Kastrationen. Das Fehlen besonderer Regelungen hierfür legt den Schluß nahe, daß auch der Entwurf solche ärztlichen Behandlungen tatbestandsmäßig als Körperverletzungen ansieht, deren Rechtswidrigkeit nur durch besondere Rechtfertigungsgründe, namentlich durch die Einwilligung des Betroffenen, ausgeschlossen sein kann. Es ist hieraus ersichtlich, daß der Einwilligung und damit der Aufklärung des Patienten auch nach dem Entwurf eine große Bedeutung zukommt.

Unter diesen Umständen können die neuen Tatbestände des Entwurfs hier außer Betracht gelassen werden, wenn man sich nunmehr um die Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht bemühe. „Wir wollen", sagte der Vortragende, „uns diesen Grenzen einerseits durch die Abgrenzung des Inhalts der Aufklärungspflicht und andererseits durch eine Betrachtung der Gründe, die zum Fehlen der Aufklärungspflicht führen können, zu nähern versuchen."

Wendet man sich zunächst dem Inhalt der Aufklärungspflicht zu, dann könne man allgemein feststellen, daß eine Aufklärung nur dann ihren Zweck erfüllen kann, einen der Wirksamkeit der Einwilligung entgegenstehenden Irrtum des Patienten über Grund, Art oder Tragweite der Heilbehandlung auszuschließen, wenn sie diesem Zweck angemessen ist. Die Rechtsprechung hat nun hierfür keineswegs verlangt, daß der Arzt dem Patienten ein medizinisches Kolleg hält und dabei auch alle Zweifel und Risiken unterbreitet. Vielmehr hat sie z. B. auch im Strahlenurteil betont, daß die Aufklärung nur „in großen Zügen" zu erfolgen braucht und dem „Wesen" und „Bildungsgrad" des Patienten angepaßt sein muß. Kein Richter kann und will dem Arzt vorschreiben, wie die Aufklärung im einzelnen zu geschehen hat. Aber aus dem Zweck der Aufklärung, dem Patienten die Bedeutung seiner Einwilligung bewußt zu machen, ergeben sich Mindestanforderungen, die erfüllt sein müssen, damit der Richter zu dem Urteil gelangen kann, der Arzt habe seine Aufklärungspflicht im konkreten Falle erfüllt. Diese Mindestanforderungen lassen sich nur allgemein dahin umschreiben: Die Aufklärung muß das für die Entscheidung des Patienten über die Einwilligung in die Heilbehandlung Wesentliche umfassen. Was wesentlich ist, kann nur im Einzelfall unter Berücksichtigung aller seiner Umstände gesagt werden. Zu diesen Umständen gehören der Zweck der Behandlung, die Art und der Grad der Zweifelhaftigkeit des Befundes, der Grad der Gefährlichkeit und Dringlichkeit der Behandlung, der Grad der Zweifelhaftigkeit des Umfangs der Behandlung und ihrer Folgen, schließlich auch Persönlichkeit und Zustand des Patienten. Grundsätzlich bezieht sich das Wesentliche sowohl auf den Befund als auch auf die Gefahren der Behandlung und ihrer Unterlassung sowie auch auf diejenigen Umstände, über die der Patient ausdrücklich Aufklärung wünscht. Unter welchen Voraussetzungen die Aufklärungspflicht hinsichtlich des Befundes entfällt oder eingeschränkt ist, wird sogleich noch erörtert. Von den aufklärungsbedürftigen Umständen kommt die praktisch größte Bedeutung den Folgen der Behandlung und ihrer Unterlassung zu. Die Aufklärungspflicht umfaßt nun aber keineswegs alle, sondern nur die typischen Folgen. Dieser oft gebrauchte Ausdruck solle beibehalten werden, obwohl er wenig glücklich ist, weil er sprachlich auf die in der Mehrzahl der Fälle eintretenden Folgen hinweist, während nach unserem technischen Sprachgebrauch ein wesentlich geringerer Prozentsatz

für die Begründung der Typizität genügt. Die Rechtsprechung ist uns bisher eine einigermaßen brauchbare Abgrenzung der typischen Folgen schuldig geblieben. Sie hat aber betont, daß es nicht Aufgabe des Arztes sei, den Patienten „auf die Gefahren aufmerksam zu machen, deren Abwendung beim gegenwärtigen Stand der Operationstechnik ohne nennenswerte Schwierigkeiten möglich ist", oder ihn „darauf hinzuweisen, daß auch die geringfügigsten operativen Eingriffe unter ungünstigen Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können". Das sollte noch verdeutlicht werden. Vielleicht kann man sagen: Typisch sind einmal alle notwendigen Folgen der Heilbehandlung oder ihrer Unterlassung wie z. B. der Verlust eines Organs oder Gliedes. Die Aufklärungspflicht umfaßt also alle typischen notwendigen Folgen. Das ist besonders bei Organentfernungen wie z. B. in dem Myomfall zu beachten. Typisch sind ferner diejenigen möglichen Gefahren und Folgen, mit deren Eintritt nach den Erfahrungen der Heilkunde zur Zeit der Behandlung im gegebenen Fall unter Berücksichtigung seiner Besonderheiten in dem Sinne gerechnet werden muß, daß sie nicht nur in äußerst seltenen, auf ungewöhnlichen und nicht voraussehbaren Komplikationen beruhenden Ausnahmefällen eintreten, und die medizinisch nicht mit genügender Sicherheit verhindert werden können. Schon die Länge dieser Umschreibung zeigt, daß die Abgrenzung der typischen möglichen Folgen besondere Schwierigkeiten bereitet. Es bedarf der Prüfung, ob man die Formel auf eine Faustregel bringen kann, indem man sich für die Typizität auf einen bestimmten Prozentsatz der Komplikationsdichte einigt. Dann wäre alles, was den Prozentsatz überschreitet, typisch, und was ihn nur erreicht oder unterschreitet, atypisch. Es wird nicht verkannt, daß ein solcher Prozentsatz ein grobes, in manchen Fällen schwer feststellbares Abgrenzungsmittel wäre. Vielleicht ließe sich aber doch in der Mehrzahl der Fälle hiermit besser arbeiten als mit allgemeinen Umschreibungen, so daß der Rechtssicherheit mehr gedient wäre. Jedenfalls bedienen gerade die ärztlichen Sachverständigen sich immer wieder solcher Prozentsätze. Sicher scheint Min.-Rat Dr. Schwalm zu sein, daß der Prozentsatz höher liegen müßte, als ihn die Rechtsprechung auf Grund der Sachverständigenstellungnahmen zugrunde legt. Die häufig verwendete Grenze einer Komplikationsdichte von 4% ist nach seiner Ansicht entschieden zu niedrig. Das Kriterium müsse darin gefunden werden, bis zu welcher Komplikationsdichte der vernünftige Patient sich noch nicht von der Einwilligung in die Heilbehandlung abhalten läßt. Diese Grenze sei auch bei der im Strahlenurteil angenommenen Komplikationsdichte von 5 bis 6% noch nicht erreicht. Vielleicht wären 10% angemessen. Dann hätte man unter den möglichen typischen Folgen die in einer Komplikationsdichte von mehr als 10% zu erwartenden Folgen zu verstehen. Mit dieser Formel würde sich ein wesentlicher Teil der bisher praktisch gewordenen Fälle im Sinne einer Verneinung der Aufklärungspflicht lösen lassen, darunter auch der Fall des Strahlenurteils. Jedenfalls sollte die Prozentsatzfrage in juristisch-medizinischer Zusammenarbeit geprüft werden.

Min.-Rat Dr. Schwalm behandelte sodann die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Aufklärungspflicht überhaupt entfällt. Je nach den Gründen, aus denen keine Aufklärungspflicht besteht, lassen sich die Fälle, in denen nur die Aufklärungspflicht, und die Fälle, in denen auch die Einwilligung entfällt, unterscheiden.

Es erscheine zunächst merkwürdig, daß es Fälle geben solle, in denen zwar die Einwilligung des Patienten, nicht aber dessen Aufklärung notwendig sein soll. Bei näherer Betrachtung zeige es sich, daß hier meist nur ein Teil der Aufklärungspflicht entfällt, also eine Einschränkung der Aufklärungspflicht eintritt. Die Aufklärungspflicht entfällt nämlich in dem Umfange, als besondere Rechtfertigungsgründe für das Unterbleiben oder die Beschränkung der Aufklärung Platz greifen.

In dieser Hinsicht könne zunächst das Fehlen des Aufklärungsinteresses des Patienten bedeutsam werden. Es könne einmal dadurch in Erscheinung treten, daß der Patient — man denke an den Arzt als Patienten! — sich als unterrichtet erweist. In diesem Umfange besteht dann selbstverständlich keine Aufklärungspflicht. Immerhin müsse der behandelnde Arzt sich hierüber vergewissern, wie auch der Fall des Strahlenurteils zeige. Zum anderen entfalle die Aufklärungspflicht auch in dem Umfange, als der Patient auf Aufklärung verzichtet. Unter dem Aufklärungsverzicht ist die ausdrückliche oder stillschweigende Erklärung des Patienten zu verstehen, sich kein oder kein vollständiges eigenes Bild von den an sich aufklärungsbedürftigen Umständen machen, sondern die Entscheidung insoweit in die Hände des Arztes legen zu wollen. Das Problem ist im 2. Elektroschockurteil angedeutet und sollte von der Rechtsprechung mehr als bisher beachtet werden. Hierfür ist von besonderer Bedeutung, daß in der Regel ein stillschweigender Aufklärungsverzicht hinsichtlich des Befundes anzunehmen ist, wenn der Patient in die vom Arzt vorgeschlagene, nach Art und Tragweite angemessen dargelegte Heilbehandlung einwilligt, ohne ausdrücklich eine nähere Auskunft über den Befund zu fordern. Umgekehrt wird in der Regel für den Verzicht auf die Aufklärung über die Folgen der Heilbehandlung eine ausdrückliche Erklärung des Patienten zu fordern sein. Aber auch hier kommt es auf den Grad des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten an. Die irrige Annahme des Arztes, in dem Verhalten des Patienten liege ein Verzicht auf Aufklärung, würde als Irrtum über einen Rechtfertigungsumstand den Vorsatz des Arztes ausschließen, aber im Falle der Vermeidbarkeit des Irrtums die Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung unberührt lassen.

Es frage sich, ob über den Gesichtspunkt des Aufklärungsverzichts hinaus im Sonderfall einer Krebserkrankung ein weiterer Rechtfertigungsgrund für die Unterlassung der Aufklärung hinsichtlich des Krebsbefundes und vielleicht auch hinsichtlich bestimmter typischer Behandlungsfolgen (z. B. Bestrahlungsschäden) gegeben sei. Die Rechtsprechung macht auch insoweit keine grundsätzlichen Ausnahmen. Das steht im Widerspruch zur ärztlichen Praxis, die in den weitaus meisten Fällen eine Aufklärung jedenfalls über den Krebsbefund grundsätzlich ablehnt und

HOMBURG

NEU

Die gute Nacht beginnt mit

ITRIDAL®

Psychosedierendes Schlafmittel

Kleine Dosis: nur 100 mg Cyclobarbital-Calcium pro Tablette

Große Wirkung: DOMINAL® (20 mg pro Tablette) verdoppelt den schlaffördernden Effekt dieser kleinen Barbituratdosis und wirkt außerdem entspannend auf die Psyche

TABLETTEN · AMPULLEN

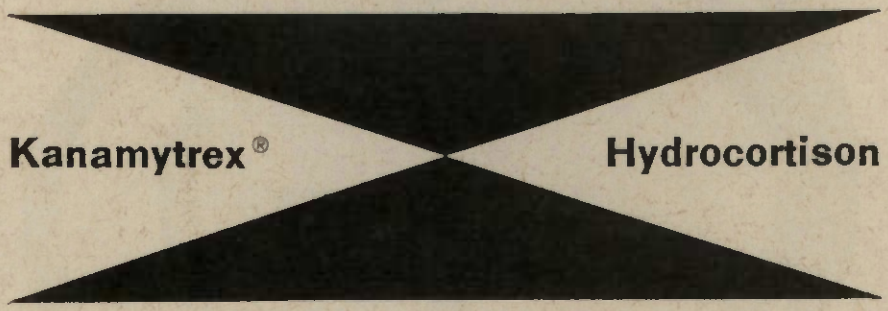
Intramuskulär gut verträglich

O. P. Röhre 10 Tabletten DM 1,65 o. U.
O. P. Röhre 20 Tabletten DM 2,85 o. U.
O. P. Karton 5 Amp. zu 2 ccm DM 4,30 o. U.

HOMBURG

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN

Auf zwei Beinen steht man sicherer . . .



Kanamyson®

eine Salbe für die tägliche Praxis

mit guter antibiotischer Wirkung
mit ausgeprägter Entzündungshemmung
mit hervorragender Verträglichkeit

zur Behandlung von:
akuten bzw. akut exazerbiertan chronischen
ekzematischan Darmatosen
sekundär infiziertan Dermatosen
primär bakteriellan Hauterkrankungan
infiziarten Wunden
Verbrennungen

Packungen:
Tube mit 5 g
Tube mit 20 g

C. H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein

6985/D

deshalb auch nicht vornimmt. Es muß im Zusammenwirken mit den ärztlichen Organisationen ernstlich geprüft werden, ob eine gewohnheitsrechtlich begründete soziale Adäquanz das Unterlassen der Aufklärung über den Krebsbefund und bestimmte typische Behandlungsfolgen rechtfertigt, so daß durch das Unterlassen die Einwilligung in die Heilbehandlung nicht berührt würde. Hierfür kommt es darauf an, ob die in Ärztekreisen bestehende Übung vom Rechtsgeltungswillen der Allgemeinheit getragen wird. Min.-Rat Dr. Schwalm hält dies für möglich, aber zur Zeit nicht für genügend geklärt. Hier kann nur die medizinisch-juristische Zusammenarbeit weiterhelfen.

Ferner kann die Aufklärungspflicht ganz oder teilweise unter dem rechtlichen Gesichtspunkt des übergesetzlichen rechtfertigenden Notstandes entfallen. Das wird man in dem Umfange annehmen müssen, als von der Aufklärung wegen des seelischen Zustandes des einwilligungsfähigen Patienten eine seelische Panik, die von vornherein den Heilerfolg ernstlich in Frage stellen würde, zu befürchten wäre, die Behandlung nach den Erfahrungen der Heilkunde dasjenige Mittel ist, bei dessen Anwendung eine Aussicht besteht, von dem Patienten die Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit abzuwenden, und damit zu rechnen ist, daß der Patient die Einwilligung erteilen würde, wenn er angemessen aufgeklärt werden könnte.

In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist der Notstandsgesichtspunkt für das Aufklärungsproblem nicht klar herausgearbeitet, aber immerhin gelegentlich angedeutet worden, z. B. im sogen. Strahlenurteil unter Hinweis darauf, daß ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein könnte, wenn „die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde". Diese Fassung ist zu eng und zu unbestimmt, aber immerhin ein Ansatz. Die von Min.-Rat Dr. Schwalm vorgeschlagene Fassung lehnt sich an die strafrechtliche Rechtsprechung zum übergesetzlichen Notstand und dessen Regelung im neuen Strafgesetzentwurf 1960 § 39 an. Sie stellt klar, daß — entgegen weit verbreiteten ärztlichen Auffassungen — der Gesichtspunkt des medizinisch Indizierten allein für die Rechtfertigung nicht genügt, sondern daß eine Güter- und Interessenabwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie der Pflicht des Arztes zur Beachtung dieses Rechts auf der einen Seite und dem seelischen und körperlichen Zustand des Patienten sowie der Pflicht des Arztes zur Heilbehandlung auf der anderen Seite stattfinden müsse. Der von Scheicher (M. M. W.) 1959, S. 1737) erwähnte Fall einer Unterlassung der Aufklärung von Graviden über die Behandlung eines Rezidivkropfes komme hierfür als Beispiel in Betracht.

Die Aufklärungspflicht kann aber auch noch dadurch gegenstandslos werden, daß es im Einzelfall nicht einmal der Einwilligung des Patienten bedarf. Die praktisch größte Bedeutung hat in dieser Hinsicht der Fall der Gefahr im Verzug. Die Notwendigkeit der Einwilligung entfällt nämlich dann, wenn einerseits anzunehmen ist, daß der Patient oder im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit sein Sorgeberechtigter oder Pfleger die Einwilligung erteilen würde, diese aber nur bei einem Aufschub der Behandlung eingeholt werden könnte, der den Patienten in die Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit brächte. Hier treffen die rechtlichen Gesichtspunkte der mutmaßlichen Einwilligung und des übergesetzlichen Notstandes zusammen. Beispielsfälle sind die Notwendigkeit sofortiger Operation bei einem bewußtlos eingelieferten Patienten oder die während einer Operation auftretende Notwendigkeit der Erweiterung des Eingriffs. Die Rechtfertigung bei Gefahr im Verzug wird von der Rechtsprechung seit Jahrzehnten angenommen. Sie ist auch im Myomurteil angedeutet. Der Irrtum des Arztes über die Erwartbarkeit der Einwilligung oder über das Vorliegen einer Gefahr im Verzug ist vom Standpunkt der heutigen Rechtsprechung aus ein den Vorsatz ausschließender Irrtum über die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Rechtfertigungsgrundes, der nur im Falle der Vermeidbarkeit zur Bestrafung wegen fahrlässiger Körperverletzung führt.

Schließlich bleibe noch zu prüfen, ob und in welchem Umfang vom Gesetzgeber eine Stellungnahme zum Problem der Aufklärungspflicht erwartet werden darf. Der Strafgesetzentwurf 1960 sieht keine besondere Regelung dieses Problems vor. Zwar war im Zuge der Beratungen der Großen Strafrechtskommission eine Sondervorschrift für die Einwilligung in Heilbehandlungen erwogen worden.

Jedoch hat die Große Strafrechtskommission sich zur Empfehlung einer solchen Vorschrift nicht entschließen können, weil sie daran verzweifelte, daß sich eine Formulierung mit genügender Substanz werde finden lassen.

Dr. Schwalm verwies darauf, daß die anläßlich der 77. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München am 30. April 1960 veranstaltete Podiumsdiskussion zu einer einstimmig gefaßten Entschließung geführt hat, in der die anwesenden Ärzte den Wunsch nach einer gesetzlichen Regelung der Aufklärungspflicht im Einvernehmen mit den interessierten medizinischen Fachgesellschaften zum Ausdruck brachten, und zwar nach einer Regelung in der Weise, „daß unter Wahrung der berechtigten Interessen der Patienten die Erkenntnisse und Erfahrungen der Heilkunde und die Grundsätze eines gewissenhaften Arztes hinsichtlich der Aufklärungspflicht zur Geltung kommen". In der Tat ließe sich eine einigermaßen brauchbare Fassung, wenn überhaupt, dann nur in juristisch-medizinischer Gemeinschaftsarbeit finden.

•

In der anschließenden Diskussion wurde von Prof. Dr. Hans Römer (Tübingen), Dozent Dr. Waidl (München), Dr. Max Brandl (Amberg), Dr. Fritz Brendler (Münchberg), Prof. Dr. Karl Podleschka (Nürnberg), Med.-Dir. Dr. H. Rummel (Nürnberg), Prof. Dr. P. P. Segschneider (Erlangen), in klarer und eingehender Weise der ablehnende Standpunkt gegenüber den mehrfachen Urteilen des Bundesgerichtshofes und von Obergerichten zum Ausdruck gebracht.

Bei RHEUMA Thermulsion Die zuverlässig wirkende Einreibung

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen. Direktor: Professor Dr. H. Roemer.

Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht

Von H. Roemer

Sowohl nach dem geltenden Recht, wie nach dem neuen Entwurf der Strafrechtsreform macht sich der Arzt strafbar, wenn er einen operativen Eingriff oder eine andere Heilbehandlung ohne Einwilligung des Patienten durchführt. Ist „Gefahr im Verzug" und kann die Einwilligung des Kranken nicht eingeholt werden — z. B. bei einem bewußtlos eingelieferten Verletzten — oder sieht sich der Arzt während der Operation einer unerwarteten Situation gegenüber, die eine Ausdehnung des Eingriffes notwendig macht (übergesetzlicher Notstand), kann er, ohne sich strafbar zu machen, „im Interesse und nach dem mutmaßlichen Willen" des Patienten handeln. Jedem Arzt ist dagegen klar, daß er den Patienten nicht zu einer Behandlung zwingen darf, und daß er die Einwilligung des Kranken prinpiziell einzuholen hat, wenn dies möglich ist, ohne den Patienten ernstlich zu gefährden. Auch darüber sind sich Ärzte und Juristen einig, daß bei den diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, deren Zweck und Folgen der Patient übersehen kann (z. B. Blutentnahme, Röntgenbild), eine Aufklärung nicht notwendig ist. Die Einwilligung kommt in solchen einfach gelagerten Situationen allein dadurch zustande, daß der Kranke die Anordnungen des Arztes befolgt. Schließlich haben die Juristen auch nichts dagegen einzuwenden, wenn ein Kranker in eine Behandlung einwilligt und dabei ausdrücklich auf die Aufklärung verzichtet, wie dies gelegentlich vorkommt.

Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Juristen entstehen erst, wenn keine solche Blankovollmacht vorliegt und der Kranke seine Situation und die Folgen der Behandlung nicht in ihrer ganzen Tragweite übersehen kann. In solchen Fällen hält die Rechtsprechung daran fest, daß die Einwilligung des Kranken nur rechtsgültig ist, wenn dieser sich eine „zutreffende Vorstellung" von dem Eingriff und seinen Folgen machen kann. Sie verlangt eine Aufklärung in „großen Zügen", wobei betont wird, daß extrem seltene Vorkommnisse, die nicht als „typische" Folgen der Behandlung bezeichnet werden können, nicht Gegenstand der Aufklärung sein müssen. Für den Arzt ist und bleibt der Begriff „Typische Folgen" unklar und unbefriedigend.

Der von Schwalm zur Diskussion gestellte Vorschlag, Behandlungsfolgen, die häufiger als in 10% der Fälle vorkommen, als typisch, und was unter 10% liegt, als atypisch zu bezeichnen, scheint uns ebenfalls keine Lösung des Problems zu bringen. So wünschenswert es vom ärztlichen Standpunkt aus wäre, wenn wir z. B. über Komplikationen, die während einer Röntgenbestrahlung auftreten und nicht häufiger als durchschnittlich in 10% der Fälle vorkommen, den Patienten nicht unterrichten müßten, so könnte dies doch nur ein Maß für die Aufklärung bei besonders schweren Erkrankungen (z. B. Karzinom) sein. Bei größeren, aber nicht lebensnotwendigen Operationen sind wir zweifellos aus ärztlichen und menschlichen Rücksichten genötigt, mit dem Patienten auch seltenere Risiken vorher zu besprechen. So etwa bei einer Sterilitätsoperation, die besondere technische Schwierigkeiten erwarten läßt. Ganz abgesehen davon wird es natürlich immer eine Reihe von Behandlungsmethoden geben, deren negative Begleiterscheinungen beim Beginn der Therapie nicht genau bekannt sind, so daß eine Festlegung in Prozenten sicher nicht allen auftretenden Schwierigkeiten gerecht werden kann. Bei diesem Lösungsversuche bleibt außerdem die Frage unberücksichtigt, ob es nach den Umständen des Einzelfalles überhaupt möglich und vor allem zweckmäßig ist, den Patienten so vollständig zu unterrichten, daß er sich eine „zutreffende" Vorstellung seiner Lage machen kann. Es bleibt ebenso offen, ob der Patient eine solche detaillierte Aufklärung wünscht oder ob er nicht, was wir ja sehr häufig erleben, lieber im unklaren gelassen sein will. Es wird also immer in das Ermessen des Arztes gestellt bleiben müssen, was er seinem Patienten sagen kann und sagen muß.

Die Einwilligung eines Kranken in den Behandlungsvorschlag des Arztes erfolgt fast ausnahmslos nach Maßgabe des Vertrauens, das der Patient dem Arzt entgegenbringt, während sachlich richtige medizinische Überlegungen dabei eine ganz untergeordnete Rolle spielen. Von einer freien Willensentscheidung auf Grund „zutreffender Vorstellungen" kann nur ausnahmsweise die Rede sein. Die Gründe hierfür — emotionelle Momente, ungenügende Kenntnisse, Beeinflussung durch die Umwelt — sind jedem Arzt bekannt. Die, wie es scheint, logische Schlußfolgerung der Juristen, der Patient könne rechtsgültig nur in das einwilligen, wovon er eine zutreffende Vorstellung hat, trifft deshalb für die Heilbehandlung nicht zu. Daraus ergibt sich, daß **das Ausmaß der Aufklärung nicht die Grundlage für die Rechtsprechung bei späteren Regreßansprüchen sein kann.**

Wir meinen vielmehr, der Jurist habe im Streitfalle nicht darüber zu entscheiden, inwieweit der Kranke über nachteilige Folgen aufgeklärt war, sondern allein über die Frage, ob er rechtsgültig in die Behandlung eingewilligt hat oder nicht.

Wir sind weiterhin der Auffassung, **eine rechtsgültige Einwilligung liege auch dann vor, wenn der Arzt den Kranken in großen Zügen** — unter Umständen sogar unter Verschweigen der Diagnose oder auch eines den Patienten besonders belastenden therapeutischen Details — **unterrichtet hat und der Patient seine Zustimmung gab, ohne zu erkennen zu geben, er wolle nähere Einzelheiten wissen.** Bei der Röntgentherapie eines Carcinoma colli uteri würden wir also beispielsweise die Kranke über Komplikationen, die nur in 5% der Fälle auftreten, nicht aufklären, es sei denn, sie frage ausdrücklich nach den möglichen nachteiligen Folgen. Das heißt: der Arzt hat nach unserer Meinung den Patienten nur so weit aufzuklären, wie er es im Interesse des Patienten für notwendig hält und verantworten kann. Genügt diese Aufklärung dem Patienten nicht, so hat dieser das Recht und die Pflicht, vom Arzt eine weitergehende Information zu verlangen.

Könnten sich die Juristen dazu verstehen, die Rechtsgültigkeit einer unter solchen Bedingungen abgegebe-

Schritt um Schritt
Stufe für Stufe

BAYER

Resochin®

Chloroquindiphosphat 0,25 g (entsprechend 0,15 g Chloroquin)

Bei chron. Gelenkrheumatismu

Konsequente Langzeittherapie
mit Resochin
bringt Dauererfolge
bei Polyarthritis rheumatica
Resochin wirkt direkt auf
die Grundsubstanz ein
und hemmt die proliferativen
Vorgänge im Bindegewebe.
1 Tablette täglich
regelmäßig - monatelang

XVF-R-100

nen Einwilligung anzuerkennen, so wäre damit am besten dem besonderen Vertragsverhältnis, das zwischen Arzt und Patient besteht, Rechnung getragen. Dieses Vertragsverhältnis ist von seiten des Patienten durch sein Vertrauen in die Kunst und das Verantwortungsbewußtsein des Arztes gekennzeichnet, von seiten des Arztes aber dadurch, daß der Patient vom Arzt in erster Linie Hilfe und — wenn überhaupt — erst in zweiter Linie eine Diagnose oder gar die wissenschaftliche Wahrheit über sein Leiden erwartet.

Wir Ärzte sehen die Entscheidungsfreiheit des Kranken nicht damit gewahrt, daß wir ihn über medizinische Sachverhalte oder eine therapeutische Alternative aufklären, um ihm ein eigenes sachgemäßes Urteil zu ermöglichen, denn dies läßt sich auch bei einer sehr sorgfältigen Aufklärung gar nicht erreichen. Auch der Kranke weiß dies; er bittet den Arzt ja in der Regel um Rat und nicht um Aufklärung. Wir sehen vielmehr die Freiheit der Willensentscheidung des Patienten darin, daß er dem vom Arzt vorgeschlagenen Heilplan zustimmt oder nicht. Dabei bleibt es dem Patienten überlassen, ob er dem Arzt blind vertraut, ob er in großen Zügen oder ob er im Detail aufgeklärt werden will. Kein Arzt wird einem Patienten die Bitte, genauer unterrichtet zu werden, abschlagen, aber er muß erwarten, daß der Kranke in irgendeiner Weise seinem Wunsche, Genaueres zu erfahren, Ausdruck gibt.

Wir verstehen nicht, warum diese unsere Einstellung zu dem Problem der Aufklärungspflicht mit dem Grundgesetz, das jedem Bürger ein Recht auf körperliche Unversehrtheit und Entscheidungsfreiheit garantiert, nicht vereinbar sein soll.

Anschrift des Verf.: Tübingen, Univ.-Frauenklinik.

Das ärztliche Gewissen in der operativen Geburtshilfe*)

Von Priv.-Dozent Dr. J. Thomas

Mit diesen bewußt ganz knapp gehaltenen Bemerkungen soll der Versuch verbunden sein, bereits bekannte und vielerorts heftig diskutierte Konfliktssituationen zwischen dem Gewissen des geburtshilflich tätigen Arztes und dem Leben und der Gesundheit von Mutter und Kind im Wandel der heute gegebenen Voraussetzungen und Möglichkeiten zu beurteilen.

Die katholische Moraltheologie bestreitet, daß es einen Rechtstitel gebe, der eine direkte und überlegte Verfügung über ein schuldloses Menschenleben, gleich ob geboren oder ungeboren, erlaubt machen könnte.

Unter dieser Sicht sollen folgende Fragen vereinfacht ventiliert werden:

1. Die Bevorzugung des mütterlichen Lebens gegenüber dem kindlichen aus der vorliegenden geburtshilflichen Situation heraus mit der daraus sich ergebenden Konsequenz.
2. Die Interruptio einer bestehenden Schwangerschaft aus mütterlicher medizinischer Indikation.
3. Die Interruptio einer bestehenden Schwangerschaft aus kindlicher Indikation.

ad 1. Die Fortschritte der modernen Medizin lassen heute operative Eingriffe zu, die noch vor Jahren mit relativ großen Risiken verbunden waren. Zu nennen sind hier u. a. die neuen Erkenntnisse und die verbesserte Technik auf dem Gebiet des Bluttransfusionswesens, der Narkoseverfahren, der Thrombo-Embolie-Prophylaxe, der verbesserten Technik bestimmter Operationsverfahren und nicht zuletzt die Bekämpfung der Infektionen durch Anwendung von Sulfonamiden und Antibiotika.

Diese Fortschritte finden auch ihre Anwendung in geburtshilflichen Situationen, die man früher als verfahren bezeichnen mußte und die in ihrer scheinbaren Ausweglosigkeit so manchen Geburtshelfer zur Zerstückelung eines noch lebenden Kindes veranlaßten, um das gefährdete Leben der Mutter zu retten. Der Geburtshelfer sieht sich heute daher kaum mehr vor derartige Alternativen gestellt. Eine intensivierte Hebammenausbildung, der Trend nach der Klinikentbindung und die erweiterte Schwangerenvor- und -fürsorge tragen zusätzlich dazu bei, daß derartige verzweifelte geburtshilfliche Situationen nicht mehr erst geschaffen werden. In diesem Sinne erübrigt sich heute weitgehend die Frage nach einer eventuellen Bevorzugung des kindlichen oder mütterlichen Lebens. Eine solche Fragestellung beansprucht höchstens ein theoretisches Interesse, in der Praxis bedeutet sie kaum mehr als ein Pseudoproblem.

ad 2. Die Interruptio einer bestehenden Schwangerschaft aus mütterlicher medizinischer Indikation muß bei der heutigen medizinischen Gesamtsituation der fortschrittlichen Prophylaxe und Therapie — wenn überhaupt noch — selbst für den Arzt, der diesbezüglich keine religiösen Bedenken hegt, ein Ereignis sein, das engstens begrenzt sein und nahezu eine Rarität darstellen müßte. Unberücksichtigt soll hier bleiben die sogenannte occisio indirecta, eine Handlung also, die subjektiv und objektiv auf die Gesundheit der Mutter gerichtet ist, deren möglicherweise freiwillig unvermeidliche Folge die Gefährdung der Leibesfrucht wäre (Fleckenstein).

Schon die Häufigkeitsziffern der sog. legalen Schwangerschaftsunterbrechung machen deutlich, wie sehr die Indikation dazu von äußeren Einflüssen, politischen Strömungen, Notsituationen u. a. abhängig ist. So wurden beispielsweise in Deutschland im Jahre 1932 bei einer Bevölkerungsanzahl von etwa 64 Millionen nicht weniger als 43 912 Anträge auf Interruptio gestellt. In 34 698 (= 71,3%) Fällen kam diese zur Durchführung. Im Jahre 1936 war die Zahl der Anträge auf 2732, also auf etwa den 16. Teil gegenüber 1932, abgesunken. Nach dem 2. Weltkrieg stieg bei einer Bevölkerungsanzahl von nur 49 751 000 die Anzahl der Anträge sprunghaft auf 15 545 an, um bis zum Jahre 1954 wieder auf 7676

*) Priv.-Dozent Dr. J. Thomas, Oberarzt der Univ.-Frauenklinik in Erlangen (Direktor: Prof. Dr. R. Dyroff) hielt auf dem IX. Internationalen Kongreß katholischer Ärzte in München einen Vortrag, der das immer wieder oder immer noch behandelte Thema der Schwangerschaftsunterbrechung zum Gegenstand hatte. Die in diesen Ausführungen angeführten Zahlen und Folgerungen sprechen eine eindeutige, nicht zu übersehende Sprache. Aus diesem Grunde erschien es der Schriftleitung zweckmäßig, die grundsätzlichen Ausführungen einem weiteren Kollegenkreis zur Kenntnis zu bringen.

abzusinken. In etwa 65% der Fälle wurden die Anträge genehmigt.

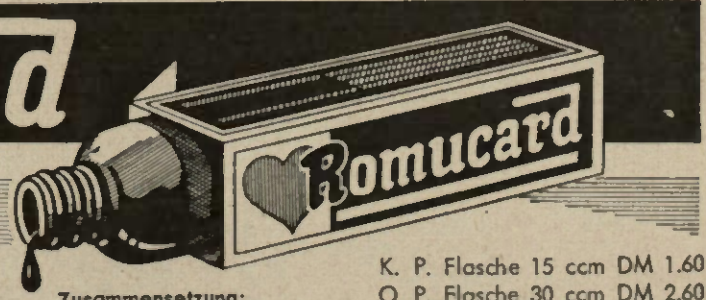
Wohin die Freizügigkeit der ärztlichen Entscheidung auch in christlich sich nennenden Ländern führen kann, zeigte besonders deutlich die Entwicklung in Schweden, wo im Jahre 1951 auf nur 100 Lebendgeborene nicht weniger als 5,7 sogenannte legale Unterbrechungen entfielen, meist auf Grund einer sozialen oder eugenischen Indikation.

Wie berechtigt die skeptische und zunehmend ablehnende Haltung des Arztes gegenüber der Interruptio ist, beweist ein Bericht, der von einem ausgezeichneten Kenner dieser Materie, von dem jüngst verstorbenen Ordinarius für Gynäkologie in Frankfurt, Naujoks, im Jahre 1954 auf Veranlassung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages publiziert wurde. Darin heißt es:

> „Die Ergebnisse der Schwangerschaftsunterbrechung zeigten keineswegs ein günstiges Resultat. In 10,9% verschlechterte sich trotz Unterbrechung die Grundkrankheit und in 3,1% führte sie sogar zum Exitus. Andererseits ist durch die Ablehnung der Unterbrechung kein erkennbarer Schaden entstanden. In rund der Hälfte der Fälle kam es trotz Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung zu einer Besserung oder sogar zu einer Heilung der Grundkrankheit und nur in 4,5% trat eine Verschlechterung ein mit einem späteren Exitus in einem einzigen Fall."

Wenn auch diese beiden Gruppen nicht ohne weiteres einen Vergleich zulassen, so addiert sich zu diesen durchaus unsicheren und unbefriedigenden Ergebnissen der Schwangerschaftsunterbrechung noch die unmittelbare Gefährdung durch den Eingriff selbst, die somatischer und psychischer Natur sein kann. Die Operationsmortalität wurde bisher mit 2% angegeben. Nahezu bei einem Drittel der operierten Fälle fanden sich kleinere oder größere Komplikationen. Wenn heute die mütterliche Morbidität und Mortalität durch die bereits aufgezählten Fortschritte der Medizin niedriger zu liegen scheinen, so ist damit die Gefahr einer noch großzügigeren Indikationsstellung zur Unterbrechung auf Grund einer gewissen Bagatellisierung des Eingriffes selbst verbunden. Auf die psychischen Schäden als Folge der Interruptio, auf die Gefühle der Insuffizienz, der Schuld, auf die schwersten Selbstvorwürfe hat August Mayer immer wieder eindringlich hingewiesen. Naujoks schließt seinen Bericht mit der ernsten Mahnung: „Die Schwangerschaftsunterbrechung ist nicht nur eine höchst unsichere Maßnahme bei Komplikationen der Gravidität, sondern sie bringt auch direkte Gefahren mit sich."

ad 3. Ein besonderer Hinweis soll erfolgen auf die in der letzten Zeit in verstärktem Maße geforderte Anerkennung der Interruptio aus kindlicher Indikation. Die Diskussion hierüber wurde erneut belebt durch die Tatsache, daß kindliche Mißbildungen und intrauterine Fruchttode auch durch exogene Noxen entstehen können. Dies soll an zwei Beispielen erläutert werden. 1.) Unter den Virusembryopathien ist die Rubeolenerkrankung bisher am sorgfältigsten untersucht worden. Die ursprünglichen australischen Angaben lauteten dahin gehend, daß mit einer 80- bis 100%igen kindlichen Mißbildungshäufigkeit zu rechnen ist, wenn die Mutter im ersten Drittel der Schwangerschaft von Röteln befallen wurde. In Schweden und auch in den USA interruptierte man daraufhin eine große Anzahl von Schwangerschaften, die diese Voraussetzung erfüllten. Heute steht jedoch fest, daß die angegebene Mißbildungshäufigkeit von 80 bis 100% durch methodische Fehler bedingt war, sie liegt tatsächlich nur zwischen 10 und 30%. Das bedeutet, daß bislang in der Mehrzahl der Fälle gesunde Kinder geopfert wurden. Eine solche Handlungsweise ist meines Erachtens als Schulbeispiel einer falsch verstandenen und falsch gelenkten Präventivmedizin aufzufassen, wobei der eigentliche Aufgabenbereich und die Kompetenz des Arztes bei weitem überschritten wird. Ist es a priori irrig, einen Wertunterschied zu treffen zwischen dem Leben des ungeborenen und dem des geborenen Kindes, so wird diese Tatsache heute noch dadurch unterstrichen, daß die unterste Grenze der beobachteten möglichen extrauterinen Lebensfähigkeit durch die technischen Errungenschaften unserer Zeit von 1000 g Geburtsgewicht auf unter 500 g zurückverlegt wurde. 2.) Nach Angaben einer Reihe von Autoren sinkt die Aussicht auf eine Lebendgeburt beim Morbus haemolyticus neonatorum, also bei blutgruppenserologischen Unverträglichkeiten zwischen Mutter und Kind bis nahe an Null, wenn bei einer Frau bereits zwei Totgeburten als Folge dieser Erkrankung zu beobachten waren. Daher wird in solchen Fällen unter bestimmten Voraussetzungen eine Interruptio empfohlen. Tatsächlich kann der Kliniker jedoch immer wieder Fälle beobachten, bei denen es trotz ungünstigster Prognose mit 3 und mehr vorausgegangenen Fruchttoden gelingt, das folgende zwar er-

Romucard
Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung


Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
kramplartige
Herzbeschwerden
K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60
O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60
Zusammensetzung:
Popoverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellod. 4%, Tinct. Volerian., Extr. Coston. Vesc. fluid., Vit. B1 u. C
ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING b/MÜNCHEN

Schmerzen · Fieber · Grippale Infekte

TREUPEL®

TABLETTEN zu 0,5 g

Codein. phosphoric. 0,01 g, Phenacetin. 0,25 g, Acid. acetylosalicylic. 0,125 g

SUPPOSITORIEN

für Erwachsene, Kinder und Säuglinge (ab 4. Lebensmonat)

Codein. phosphoric. 0,02 g (0,005 g, 0,0025 g), Phenacetin. 0,5 g (0,125 g, 0,0625 g), Acid. acetylosalicylic. 0,25 g (0,0625 g, 0,0312 g)

Entzündliche und katarrhalische Erkrankungen der Atemwege

TRANSPULMIN®

Chinin · Kampfer · aetherische Öle

AMPULLEN zu 1 ccm und 2 ccm

SUPPOSITORIEN

für Erwachsene und Kinder

. . . und zur percutanen Therapie

TRANSPULMIN®-BALSAM

TUBE zu 20 ccm

krankte aber lebensfähige Kind durch einen Blutaustausch zu retten.

Diese kurzen Bemerkungen können bei Anerkenntnis der gelegentlich höchst verantwortungsvollen Entscheidungen im Einzelfall unter Berücksichtigung der umfangreichen Problematik bei der sich uns heute anbietenden medizinischen Situation wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Die Frage nach einer möglichen Bevorzugung des kindlichen oder mütterlichen Lebens aus einer geburtshilflichen Situation heraus mit der Konsequenz, das Kind durch Zerstückelung zu töten, dürfte für die Praxis kein echtes Problem mehr darstellen. Derartige Situationen sind kaum mehr zu beobachten und lassen sich heute zweifellos auf andere Art beherrschen.
2. Wie einschlägige Statistiken ausweisen, stellt die Interruptio auch heute noch im allgemeinen eine höchst unsichere Maßnahme bei Komplikationen während einer bestehenden Schwangerschaft dar. Dies um so mehr, als unter Einbeziehung einer erweiterten Schwangerschaftsvor- und -fürsorge die therapeutischen Möglichkeiten zur Beherrschung der Grundkrankheit heute in zunehmendem Maße erfolgreich sind.
3. Die Interruptio aus kindlicher Indikation ist unserer Auffassung nach eine Forderung, die nicht nur den religiösen und ethischen Prinzipien widerspricht, sondern auch aus juristischen und medizinischen Gründen abzulehnen ist.

Unser Gewissen und das Ansehen unseres Standes verpflichten uns, gerade diesen grundsätzlichen Fragen zu jeder Zeit größte Aufmerksamkeit zu schenken und eine klare, entschiedene Antwort zu geben.

Anschrift: Erlangen, Universitätsfrauenklinik.

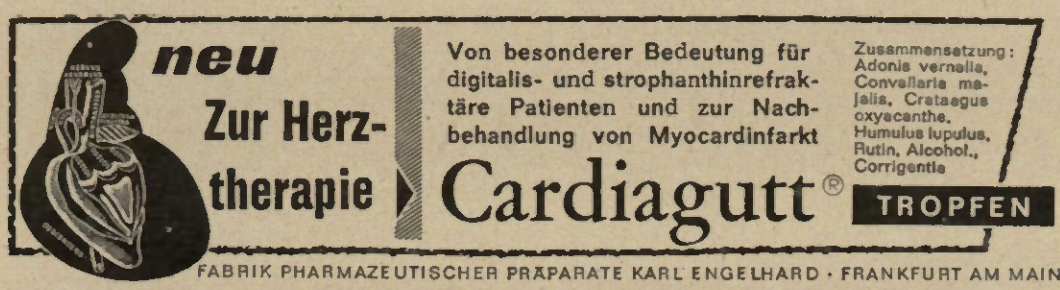
Psychohygiene mit Totalitätsanspruch-Analyse einer Pseudowissenschaft

Dr. Friedrich Deich hielt am 18. November 1960 im „Bayerischen Rundfunk" einen Vortrag, den wir mit freundlicher Genehmigung nachstehend abdrucken.

In einem der letzten Hefte der Münchener medizinischen Fachzeitschrift „Medizinische Klinik" wurde ein Aufsatz mit dem Titel „Die Aufgabe der Psychohygiene" aus der Feder des approbierten Arztes Dr. med. Harald Petri, Leiter des Deutschen Gesundheits-Museums in Köln, veröffentlicht. In diesem Aufsatz wird die Psychohygiene als eine totale Wissenschaft proklamiert, die den Anspruch erhebt, auf alle sozialen und politischen Verhältnisse Einfluß zu gewinnen. Die beiden letzten Absätze dieses Aufsatzes von Dr. Petri lauten: „Es handelt sich ... um die soziale Aufgabe der Psychohygiene, angewandt in der Praxis der sozialen Pädagogik, in den politischen Wissenschaften, in der Presse und in der Propaganda ... Von den Erfolgsmöglichkeiten wird es abhängen, ob die Psychohygiene in der Masse durchgeführt werden kann ... Dabei ist die Forderung nach einer Säuberung unserer aktuellen Publizistik sehr brennend und vordringlich. Das gleiche gilt für entsprechende Filmdarbietungen."

Soweit Dr. Petri, der sich hier zum Wortführer einer medizinischen Wissenschaft mit totalitären Ansprüchen macht. Dr. Petri schreckt nicht davor zurück, eine Säuberung der Publizistik zu verlangen, die ja wahrscheinlich nicht ohne Beseitigung der im Grundgesetz garantierten Pressefreiheit denkbar wäre. Dr. Petri erhebt den ersten Leitsatz der Psychohygiene, die Lehre vom Schutz der geistigen Gesundheit, zum obersten Staatsprinzip und fragt überhaupt nicht danach, ob dieser Grundsatz mit unserer demokratischen Staatsauffassung übereinstimmt. Aber da ich annehme, das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe werde stark genug sein, unsere junge Demokratie vor den Ambitionen eines ehrgeizigen Arztes zu schützen, so möchte ich mich heute nicht mit dem ideologischen Hintergrund beschäftigen, der die politische Forderung Doktor Petris erhellen könnte. Ich möchte vielmehr versuchen, die Frage zu beantworten, auf welchen Grundlagen eine Wissenschaft ruht, die sich Psychohygiene nennt, und die nach Dr. Petri die Aufgabe hat, unsere geistige Gesundheit zu schützen. Zum besseren Verständnis dieses Problems möchte ich einige historische Bemerkungen über die Entstehung der Psychohygiene als Wissenschaft und weltweite Gesundheitsbewegung vorausschicken.

Als Vater der Psychohygiene gilt der Baseler, aber in Deutschland geborene Professor Heinrich Meng. Meng, Jahrgang 1887, schrieb ein vielgelesenes Volksbuch über die Psychoanalyse, das bereits in der 5. Auflage vorliegt. Heinrich Meng erhielt 1934 in Basel den ersten und bis heute den einzigen Lehrstuhl für Psychohygiene. Meng schuf auch die Grundlagen dieses von ihm begründeten akademischen Lehrfaches. Die Psychohygiene war ursprünglich einzig der Vorbeugung psychotischer und neurotischer Entwicklungsstörungen gewidmet. Vorläufer von Heinrich Meng ist der aus der Schweiz nach Amerika ausgewanderte Psychiater Adolf Meyer, der wohl als erster auf die Möglichkeiten hingewiesen hat, seelischen Fehlentwicklungen vorzubeugen. Adolf Meyer, der 1950 in den USA gestorben ist, rief drüben eine psychobygienische Bewegung unter den Psychiatern und Psychotherapeu-



ten ins Leben, und auf seine Initiative hin wurde im Jahre 1930 in Washington der erste internationale Kongreß veranstaltet, der ausschließlich der Präventiv-Medizin auf psychiatrischem Gebiet gewidmet war. Allerdings sprach man in Amerika nicht von Psychohygiene, sondern von „Mental Health", bei uns mit „Geistiger Gesundheit" übersetzt. Ob dieser Begriff der „Geistigen Gesundheit" sehr glücklich gewählt ist, sei dahingestellt. Entscheidend ist, was man darunter versteht. Davon wird noch ausführlich die Rede sein müssen.

In den Vereinigten Staaten wurden allmählich überall Mental Health Clinics errichtet, an denen ein Dreier-Team aus einem Psychiater, einem Psychotherapeuten der Freudschen oder Neofreudianischen Richtung und einem Heilpädagogen sehr fruchtbare Arbeit leistete. Diese Arbeitsrichtung, die sich außerordentlich bewährte, ist in Deutschland nicht oder doch nur in bescheidenen Ansätzen vorhanden, was sich vielleicht dadurch erklären läßt, daß in Deutschland die Tiefenpsychologie von Siegmund Freud, Alfred Adler und C. G. Jung keinen Eingang in die Hochschulmedizin fand und bis auf den heutigen Tag zur klassischen Psychiatrie in Opposition blieb. In England dagegen, wo diese Gegensätze zwischen Psychiatrie und Freudscher Psychotherapie in gemilderter Form bestehen, konnte sich 1948 die „World Federation for Mental Health" (der Weltbund für geistige Gesundheit) konstituieren. Nach dem letzten Kriege erhielt auch die Weltgesundheitsorganisation in Genf eine eigene Abteilung „Mental Health", die von dem argentinischen Psychiater, Dr. Eduardo Krapf, geleitet wird.

Der „Weltbund für geistige Gesundheit", mit dem Sitz in London, hatte in Übereinkunft mit der Weltgesundheitsorganisation das Jahr 1960 zum Jahr der Psychohygiene erklärt. Vorträge und Veranstaltungen wurden unter das Motto „Geistige Krankheit und Geistige Gesundheit in der Welt heute" gestellt. Auch die „Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege" in Frankfurt stellte ihren diesjährigen Kongreß im vergangenen Oktober unter dieses Motto.

So erscheint also die junge wissenschaftliche Disziplin, die sich Psychohygiene nennt, als eine begrüßenswerte humane Einrichtung im Sinne einer vorbeugenden Gesundheitspflege. Das ist sie auch, solange ihre Vertreter sich darum bemühen, durch heilpädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen die Entstehung von seelischen Störungen zu verhindern. Sie wird aber notwendig zu einer Pseudowissenschaft, sobald ihre Vertreter die Kompetenzen ihres ärztlichen Handelns überschreiten und durch Propagierung einer „Geistigen Gesundheit", die sie gar nicht definieren können, den Anspruch erheben, eine Kontrolle über die gängigen Weltanschauungen auszuüben und die Formen der menschlichen Gemeinschaft mitzugestalten.

„Es geht", so schreibt der bereits zitierte Dr. Petri in einer vom Deutschen Gesundheitsmuseum und dem Zentralinstitut für Gesundheitserziehung in Köln herausgegebenen Schrift, betitelt „Psychohygiene im 20. Jahrhundert", (es geht) „dem Psychohygieniker nicht nur um das Verhüten von Krankheiten, sondern um das Verbreiten wirklicher Gesundheit". Was verstehen nun die totalen Psychohygieniker unter „wirklicher geistiger Gesundheit"?

Hierzu muß angemerkt werden, daß man in der Geschichte des abendländischen Arzttums, das mit Hippokrates beginnt, die Gesundheit stets als die Abwesenheit der Krankheit definiert hat. Jeder Versuch, die Gesundheit im positiven Sinn zu definieren, ist gescheitert. Nur die Weltgesundheitsorganisation hat in ihre Satzungen eine positive Definition der Gesundheit aufgenommen. „Gesundheit", so heißt es dort, „ist das vollkommene körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden", indessen ist man weder in Amerika noch in England auf den Gedanken gekommen, daraus das Recht abzuleiten, dem hippokratischen Arzttum eine umfassende politische Aufgabe zu geben. Besonders in Amerika, dessen geistige Exponenten am Pragmatismus des großen Philosophen William James geschult sind, hat man die Psychohygiene an ihren praktischen Leistungen geprüft. Nur in Deutschland versucht man jetzt, das Ideal der geistigen Gesundheit ohne Rücksicht auf die praktischen Konsequenzen folgerichtig zu Ende zu denken und zu einem Staatsprinzip zu machen. Ansätze dazu findet man schon in den Schriften Heinrich Mengs. Da heißt es: „Die Psychogygiene ist eingestellt auf ein dem geistigen Reifungsvorgang Gewachsensein, individuell und sozial. Die Anpassung an die Realität, verbunden mit der Fähigkeit, in einer Konstellation der Desorganisation in Individuum und Gemeinschaft ordnend mitzuarbeiten, erfordert ein starkes, sozial verantwortliches Ich und Gewissen und echte Liebesfähigkeit, verwurzelt in einer lebenskräftigen Vitalität." Soweit Heinrich Meng.

Hier sind völlig verwaschene Begriffe in allgemeine Redensarten und schlechtes Deutsch verkleidet worden. Was heißt „geistiger Reifungsvorgang im sozialen Bereich"? Was heißt „Anpassung an die Realität"? Was heißt „in einer Konstellation der Desorganisation in Individuum und Gemeinschaft ordnend mitarbeiten"? Was soll man sich unter einer „in lebenskräftiger Vitalität verwurzelten echten Liebesfähigkeit" vorstellen?

Dr. Harald Petri zieht aus diesen aneinandergereihten Begriffsfragmenten nun die praktische Konsequenz für die Arbeitsweise der psychobygienischen Gesundheitserzieher. Er schreibt: „Neben der rechten ... Vermittlung des Lernstoffes (der Psychohygiene) kommt es um der Persönlichkeitsbildung willen auf Gewissenerziehung an. Nicht vom schlechten Gewissen soll die Rede sein, sondern von der Kräftigung des guten Gewissens, wobei Angst und Schuldgefühl gar nicht genannt werden, geschweige denn aufkommen dürfen."

So sieht also jetzt die Psychohygiene aus, nachdem sie den ärztlichen Bereich verlassen hat. Nicht die schlechte Tat, sondern das schlechte Gewissen soll durch „Gesundheitserziehung" verhindert werden, da Angst und Schuldgefühl Krankheiten und Kriege hervorbringen können. „Das unpersönliche Denken", schreibt Dr. Petri in dem erwähnten Aufsatz in der „Medizinischen Klinik", „bedarf einer psychohygienischen Revision ... Durch Beobachtung und Anwendung psychologischer Einsichten lassen sich folgerichtig Kriege vermeiden." Und weiter: „Die Zukunft des Menschen hängt davon ab, in welchem Maße sein Denken persönlich zu werden vermag."

Es geht also um die Zukunft der Menschheit. Nach Dr. Petri ist die Menschheit offenbar krank. Sie krankt an unpersönlichem Denken. Daraus entstehen Kriege, Flüchtlingselend und Schuldgefühl. Alles das läßt sich

verhindern durch eine psychohygienische Erziehung der Völker. Dr. Petri schreibt:

„Es wird zeitgemäß sein, die Erziehung der Bevölkerung einzuleiten. Es muß erreicht werden, daß der einzelne für wirklich Gesundes und für die wertvollen menschlichen Qualitäten mehr aufwendet.. Ein Bruchteil der Summen, die für Kosmetik, Suchtmittel, Schlagermelodien und Heimatfilme eingenommen werden, würde genügen, um gesunde Verhältnisse zugunsten kultureller Fortbildung zu schaffen."

Haben wir diese Sprache nicht schon einmal vernommen? Wurde nicht schon einmal in Deutschland der „gesunde Menschenverstand" aufgerufen, um ungesunde — man sagte damals „entartete" Kunst — zu bekämpfen? Petri fordert — ich zitiere wörtlich — „psychohygienische Ausbildungsstätten, in denen verantwortliche Persönlichkeiten sturmfest gemacht werden sollen, um den Flachheiten und Banalitäten der geradezu üblichen Lebensweisen und Weltanschauungen begegnen zu können".

Angenommen, es würde Herrn Dr. Petri mit den Mitteln der öffentlichen Hand, mit dem er sein Gesundheitsmuseum in Köln leitet, gelingen, solche psychohygienischen Ordensburgen zu errichten, wer bestimmt — so frage ich nun —, was eine gesunde Weltanschauung ist? Wie sieht denn die „geistige Gesundheit" aus, die Herr Dr. Petri mit allen Mitteln, mit denen der Propaganda und denen der Säuberung der aktuellen Publizistik, erreichen will? Was soll man sich unter dem Diktat der geistigen Gesundheit vorstellen? Die Antwort auf diese Frage gibt Dr. Petri in seiner Schrift „Psychohygiene im 20. Jahrhundert", eine Schrift, die mit den öffentlichen Mitteln der Stadt Köln und des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert wurde. Da heißt es: „Die anzusetzenden Maßnahmen sind: Schonung und Stärkung des Willens, der bewußten Handlungen und Denkakte... Kräftigung aller bewußten Denkreste..., Lösung der den Menschen verwirrenden Konflikte, Erziehung zur Bejahung der Annahme und Hinnahme gegebener Zustände." Usw...

Was man unter der Kräftigung aller bewußten Denkreste zu verstehen hat, das bleibt das Geheimnis des Befürworters und Förderers der totalen Gesundheit. Ob man aber alle Probleme, welche die Menschheit immer wieder in neue Unruhe stürzen, dadurch lösen kann, daß man ihr, der Menschheit, einredet, sie solle doch um ihrer Gesundheit willen alle gegebenen Zustände geduldig hinnehmen? Es kann doch nur ein Phantast wirklich glauben, man könne die Menschen dazu erziehen, die Unruhe ihres Herzens zu überwinden. Aber Dr. Petri scheint nicht zu wissen, daß alle Revolutionen, alle Religionen, alle Philosophien, ja alle geschichtlichen Großtaten — nicht nur Kriege — aus der Unruhe des Herzens entstanden sind. Allerdings gehört als unabdingbare Voraussetzung zu der Möglichkeit, daß sich die Menschheit immer wieder aus sich selbst heraus regeneriert, die Freiheit der Persönlichkeit. Aber eben von dieser Freiheit will uns Dr. Petri befreien, damit wir alle gegebenen Zustände so hinnehmen, wie sie sind.

Dr. Petri übersieht, daß der Mensch nie vollendet sein wird, daß er auf dem Wege zu sich selbst stets gefährdet an Leib und Seele ist. Freilich bedarf er des Schutzes durch die Erziehung, freilich ist es denkbar, daß man ihn in seiner Jugend durch heilpädagogische Maßnahmen vor neurotischen Fehlentwicklungen schützen kann, aber die geistige Gesundheit, die Dr. Petri als gegeben voraussetzt, die ist ein Phantom, eine Utopie, sie ist eine pseudologistische Konstruktion, und so, wie Dr. Petri diese sogenannte geistige Gesundheit sieht, unterscheidet sie sich nicht von den Phantasien aller jener, welche von jeher bestrebt waren, diese Welt mit „Maßnahmen" irgendwelcher Art zu verbessern.

Da schließlich Dr. Petri das Ganze als Wissenschaft serviert, so muß er sich gefallen lassen, daß man seine Wissenschaft als die Pseudowissenschaft eines Dilettanten entlarvt. Von einem Wissenschaftler muß man verlangen, daß er in seinen Grenzen bleibt.

Anschrift des Verfassers: München-Pasing, Mendelssohnstraße 34.

Zum Thema: Therapie des Krebses

Bericht über einen Vortrag von Dr. Joachim Hoeflmayr

Die Schriftleitung des „Bayer. Ärzteblattes" war bei dem nachstehend referierten Kolloquium nicht vertreten, sie bringt aber den Ärzten den ihr dankenswerterweise zugesandten Bericht nachstehend zur Kenntnis. Es sei auch auf das in dieser Nummer enthaltene Urteil des Bundesgerichtshofes über die Unterlassung einer Krebsbehandlung nach Regeln der Schulmedizin (S. 23) hingewiesen.

Am 19. November 1960 fand, nur wenig beachtet, das 28. Münchner Kolloquium der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten e. V. statt. Die Leitung hatte, wie man der Ankündigung entnehmen konnte, Herr E. F. Scheller, München; die Tagungsthemen befaßten sich vornehmlich mit der Therapie des Krebses.

Der Verfasser dieser Zeilen — selbst bemüht, über diesen schwierigen Themenkreis sich einigermaßen auf dem laufenden zu halten — war äußerst überrascht, zu hören, wie hier gleichsam unbeachtet am Ufer des großen wissenschaftlichen Stromes die Probleme sich enträtselt haben.

Eingangs stellte der Vorsitzende dieser Tagung fest, der Krebs sei eine Allgemeinerkrankung, und daher gehöre der an Karzinom Erkrankte in internistische und nicht in chirurgische oder röntgenologische Behandlung. Dieser Gedankengang zog sich auch wie ein roter Faden durch das Referat von Herrn G. de Szilvay, Bremen, der über das Thema „Spezifische und unspezifische Krebstherapie" sprach. (Herr Szilvay ist gebürtiger Ungar und war früher an der Universität Budapest.)

Die Verschiebung des pH-Wertes des Blutes ist nach den nicht näher erläuterten Untersuchungen von Szilvay letztlich die Ursache der Krebsentstehung. Er beobachtete nämlich, daß die pH-Werte bei Krebs, aber auch bei Arthritis rheumatica und Arthritis urica sich alkalisch zeigten. Konsequent wie der Vortragende ist, zieht er daraus die therapeutische Folgerung, die darauf abzielt, den pH-Wert wieder zu normalisieren. Über die Methodik der pH-Messung wurde leider nichts gesagt. Der Referent vergaß auch zu erwähnen, auf welche Weise er die Normalisierung erreicht. Unter Berufung auf Warburg wird weiter festgestellt, daß im Organismus des Ca-Kranken, vor allem in den Krebstumoren das Atmungsferment (welches?) fehlt oder weitgehend vermindert ist. Gegen diese Erscheinung kämpft der Referent mit Atemübungen an, für

die er frische, sauerstoffhaltige Luft vorschreibt. Als Adjuvantien zur Normalisierung des gestörten Zellstoffwechsels werden fernerhin kupferhaltiges Cer, Oleum Petri und Oleum Terebinthinae oral oder lokal zur Einreibung empfohlen. Als weiteren Behandlungskniff erfährt der erstaunte Zuhörer aus Herrn Szilvays therapeutischem Schatzkästlein, daß Petroleum 4 mal täglich peroral eine günstige Wirkung entfalte, um Rezidive zu verhindern und der Bildung von Metastasen vorzubeugen. Patienten mit Leukämie werden am besten mit roher Muttermilch in Form von subcutanen Injektionen behandelt. Durch diese Therapie soll die Ausreifung der Leukozyten gefördert werden; dies gilt nicht nur für beginnende, sondern — wie ausdrücklich betont — auch für fortgeschrittene Erkrankungsfälle. An anderer Stelle, nämlich bei den Diätvorschriften für Tumorkranke, wird auf die Darmträgheit als einer der wichtigsten Gründe für die Krebsentstehung hingewiesen.

Welch verworrene Vorstellungen über das ganze Problem bei Herrn Szilvay bestehen, dafür mag — pars pro toto — dieser Auszug genügen. Trotz der gläubigen Zuhörer, die offensichtlich in der Mehrzahl waren, konnte ich es nicht über mich bringen, das Vorgebrachte schweigend hinzunehmen, zumal ein neben mir sitzender gleichgesinnter Kollege die Ausführungen ununterbrochen mit fassungslosem Kopfschütteln begleitet hatte.

Um zu sehen, wie ernst es Herrn Szilvay mit seiner Therapie ist, stellte ich ihm ohne Einleitung die klar und einfach zu beantwortende Frage:

„Würden Sie, wenn Sie das Glück hätten, z. B. ein Magenkarzinom im Frühstadium zu diagnostizieren, den Patienten der Operation zuführen, oder würden Sie ihn mit einer Ihrer therapeutischen Maßnahmen behandeln?"

Antwort: „Ich würde konservativ behandeln, in Ungarn auf alle Fälle; in Deutschland würde ich operieren lassen, wahrscheinlich."

Eine solche Antwort bedarf allerdings keines weiteren Kommentars.

Der Behauptung des Vorsitzenden, das Karzinom sei primär eine Allgemeinerkrankung und nicht eine lokale, trat ich mit dem Hinweis auf zahlreiche, immer wieder reproduzierbare experimentelle Ergebnisse entgegen. Es könne doch z. B. nicht übersehen werden, daß bei Teerpinselungen am Kaninchenohr der Tumor immer an der gereizten Stelle entstehe. Außerdem seien dann ja auch Heilungen nach Entfernung eines malignen Tumors unerklärlich, wenn mit der Entfernung nur ein Symptom beseitigt würde. Der Vorsitzende erwiderte, daß er ähnlichen Ausführungen von K. H. Bauer auf der deutschen Therapiewoche 1960 in der Diskussion widersprochen habe, und daß man in seinem Kreis eben die malignen Geschwülste als primäre Allgemeinerkrankung auffasse, was im übrigen die Ausführungen von Herrn Szilvay bestätigt hätten.

Wenn ich mir auch nach Beendigung der Diskussion aus Gründen der Erhaltung meines seelischen Gleichgewichtes eine weitere Teilnahme an diesem Kolloquium versagen mußte, so konnte ich doch eine kleine Genugtuung mit auf den Weg nehmen. Vier Kollegen versicherten im Foyer, mit mir einer Meinung zu sein.

Anschrift des Verfassers: München, Hohenzollernplatz 8/V.

MITTEILUNGEN

Heilungskosten in Frankreich

Der „Lebensversicherungsmedizin" (1960, Nr. 4) entnahmen wir den nachfolgenden Artikel von J. Hermann, Paris.

Unter den Heilungskosten nehmen in Frankreich die Auslagen für Medikamente einen wesentlichen Platz ein. Die Sozialversicherungskassen vergüten diese Ausgaben im allgemeinen zu 80 Prozent. Die Kosten für pharmazeutische Produkte sind für die „Securité Soeial" in den letzten Jahren stark gestiegen. Sie betrugen 1947 noch fünf Milliarden, und 1958 wurden für Medikamente 68 Milliarden rückgezahlt. Das bedeutet eine Erhöhung um das Vierzehnfache, während sich die Einnahmen der Sozialversicherungskassen in der gleichen Zeit nur um das Fünffache, nämlich von 107 auf 546 Milliarden, erhöhten. Die Entwicklung der Therapie und die steigende Zahl der Versicherungsnehmer mögen zum Teil hierfür verantwortlich sein. Aber auch die Preise der pharmazeutischen Produkte stiegen in bedeutendem Maße in die Höhe. Sie verursachen den Gesundheitsbehörden erhebliche Besorgnisse. Die Umsatzziffern der pharmazeutischen Industrie stiegen in den letzten zehn Jahren ebenfalls erheblich. Sie betrugen 1946 noch 10 Milliarden, 1953 bereits 75 Milliarden und erhöhten sich 1955 auf 144 Milliarden, wovon 22 Milliarden auf die Erträgnisse aus dem Export entfielen. Die pharmazeutische Industrie exportierte im Wertausmaß von 6 Milliarden Francs nach dem Ausland und im Wert von 16 Milliarden Francs nach den Territorien der französischen Union. Die Umsatzerhöhung hat sich 1956 und 1957 fortgesetzt und ist gegenüber 1946 um das Vierzehnfache höher gewesen.

In der Öffentlichkeit wird oft auf die starke Erhöhung der französischen Medikamentenpreise verwiesen. Indessen kommen von 100 Francs Gestehungskosten dem Fabrikanten nur 45 Frs. 76 zu, dem Großhändler 9 Frs. 83, dem Apotheker 33 Frs. 33, während auf Steuern 11 Frs. 08 entfallen. Im übrigen weist die pharmazeutische Industrie darauf hin, daß die 50 am meisten verkauften und 1938 bereits bestehenden Medikamente im Preis den Index 10.88 erreicht haben, während die allgemeinen Preise auf den Index 30 zu stehen kommen. Aber die pharmazeutischen Erzeugnisse sind auch billiger als in anderen Ländern. Diese billigen Preise verhindern, so erklärt man in zuständigen Kreisen, eine Erhöhung des Exports. Dies scheint fürs erste unverständlich. Aber die Gewinnmargen sind, im Vergleich zu den Preisen in den anderen Ländern, zu gering, um durch ausreichende Publizität die

Pepsaldra®
Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees
gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie
Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück
Pepsaldra compositum
Pankreatinhaltiges Enzym-Präparat
gegen Störungen des Pankreas-Galle-Dünndarm-Systems
Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück
Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M.

Produkte entsprechend bekanntzumachen. 1939 standen pharmazeutische Produkte an zweiter Stelle der französischen Exportartikel. 1956 waren sie an 14. Stelle. Aber die Preise sind nicht die einzige Ursache des Exportrückganges. Es steht fest, daß die großen Entdekkungen der letzten Jahre mit ganz wenigen Ausnahmen außerhalb Frankreichs gemacht wurden. All diese Spezialitäten müssen von Frankreich zum Teil im Ausland gekauft, zum Teil auf Grund von ausländischen Lizenzen in Frankreich erzeugt werden. Dies ist zum Beispiel für 90 Prozent der Antibiotika der Fall. Diese Karenz der wissenschaftlichen Forschungsarbeit wird mit der Tatsache erklärt, daß die Profitspannen zumeist zu gering sind, um die enormen Summen zu investieren, die die wissenschaftliche Forschungsarbeit bedingt.

Die Zahl der Fabrikanten pharmazeutischer Produkte erreicht annähernd 20 000, unter ihnen beschäftigen sich 700 ausschließlich mit der Produktion, während die übrigen nebenbei noch eine Apotheke führen. Etwa 50 Prozent der großen Laboratorien realisieren 80 Prozent des gesamten Umsatzes an Spezialitäten. Die pharmazeutische Industrie ist vor allem in Paris konzentriert. 80 Prozent der großen Laboratorien sind in der Pariser Region.

Die Produktion ist einer vielfachen Kontrolle unterworfen. Vor 1941 unterstand sie ausschließlich der Aufsicht des „Laboratoire national de contrôle du Médicament". Die einzige Verpflichtung für die Produktion war, die Formel auf dem Umschlag zu verzeichnen. Das Gesetz vom 11. September 1941 führte dann das Visum des Gesundheitsministeriums ein, ohne das auch heute noch kein Medikament zum Verkauf angeboten werden darf. Das Ministerium erteilt das Visum nach dem Gutachten der „Commission technique des Spécialités". Verweigert das Ministerium die Bewilligung, dann kann der „Conseil supérieur de la Pharmacie" ein neues Examen verlangen.

Die Kontrolle der Medikamente hat in Frankreich zu starken Kontroversen geführt, nachdem vor allem zwei Medikamente, zuerst das Puder Baumol und dann das Stalinon, die von der Kontrolle zum Vertrieb zugelassen wurden, zahlreiche Todesfälle verursacht haben. Die Zahl der pharmazeutischen Inspektoren ist gering; es sind ihrer nur 60, die 14 400 Pharmazien und etwa 100 Engrosgeschäfte zu überwachen haben. Die Inspektoren können bestenfalls ein Medikament unter vier überprüfen. Der Mangel an Fachpersonal ist überaus empfindlich. Das „Laboratoire national de Contrôle" verfügt über 16 Spezialisten, während ungefähr hundert Spezialisten nötig wären, um die Kontrollarbeiten normal durchführen zu können. Das Budget dieses Laboratoriums, das über die Gesundheit von 44 Millionen Franzosen wacht, erreicht 10 Millionen Francs, während 250 Millionen nötig wären, um die Aufgaben zu bewältigen.

Es besteht im Gesundheitsministerium das Projekt, den Verkauf von pharmazeutischen Produkten zu reglementieren. Vor allem sollen alle jene Produkte aus den Kästen der Pharmazien verbannt werden, die keine tatsächlichen Medikamente sind, die ohne irgendwelche Kontrolle des Ministeriums erzeugt werden, weil sie keine Visa benötigen. Das Überhandnehmen der Produktion pharmazeutischer Artikel soll eingeschränkt und die Konzentration der Laboratorien und der Forschungsarbeit unterstützt werden.

Anschrift des Verfassers: 14 rue Nicolo, Paris 16e.

Nächste Arbeitsministerkonferenz in Bayern

Die Arbeitsminister der deutschen Länder werden zu ihrer ersten Konferenz im Jahre 1961 unter der Leitung des bayerischen Arbeitsministers Walter Stain Ende Februar oder Anfang März in München zusammentreten.

Warnung vor weiterer Propagierung des Medizinstudiums

Der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 12. November 1960 die nachstehende Entschließung gefaßt:

„Obwohl die ärztliche Standesorganisation wiederholt und nachdrücklich vor dem Medizinstudium gewarnt hat, stieg die Zahl der Medizinstudierenden erheblich an. Die bedenkliche Überfüllung der medizinischen Ausbildungsstätten hat einige medizinische Fakultäten gezwungen, die Zahl der Studienanfänger zu begrenzen.

Mit der Begründung, der Assistentenmangel an den deutschen Krankenanstalten beginne bedrohliche Formen anzunehmen, wird gegen diese ohnehin nur wenig wirksamen Beschränkungen Stellung genommen und deren Aufhebung gefordert.

Die Bundesärztekammer weist erneut darauf hin, daß der Arztberuf in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern überfüllt ist. Nach Österreich und Israel hat die Bundesrepublik nach wie vor die größte Arztdichte der Welt. Der derzeit teilweise vorhandene Mangel an Ärzten in Krankenanstalten ist nicht durch eine Vermehrung der Medizinstudierenden und der daraus nachwachsenden Assistenzärzte zu beheben. Zu einer wirksamen und sinnvollen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in den Krankenanstalten ist auch eine Änderung der Struktur des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus erforderlich.

Die Bundesärztekammer wiederholt deshalb heute ihre Warnung, das Medizinstudium zu propagieren, und bittet die medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik, sich bei der Festsetzung der Zahl der Studienanfänger nur von den jeweils vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten leiten zu lassen."

Kreislaufbehandlungen überwiegen

Die Anträge auf Heilbehandlung wegen Tuberkulose sind bei den Trägern der Rentenversicherung in stetigem Rückgang. Bei der Arbeiterrentenversicherung bezogen sich von 100 Anträgen im Jahre 1958 noch 20,8 auf Tuberkulose, gegenüber 38,9 vom Hundert im Jahre 1955. Die Skala der abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen hat nun folgende Rangordnung: Herz- und Gefäßkrankheiten (19,8 Prozent), rheumatische Krankheiten (18,8 Prozent), Tuberkulose (17,9 Prozent), Krankheiten der Atmungsorgane (16,2 Prozent), Krankheiten der Verdauungsorgane (10,4 Prozent).

Bei der Angestelltenversicherung beziehen sich nur noch 14,6 Prozent der Heilbehandlungsanträge auf Tuberkulose, dagegen nicht weniger als 30 Prozent auf Herz- und Gefäßkrankheiten. Insgesamt sind im Jahre 1958 fast eine Million Anträge auf Wiederherstellung (Rehabilitation) bewilligt worden. Die Ausgaben hierfür betrugen 660 Millionen Mark.

MERCKLE GMBH
BLAUBEUREN
Mirfusot®
Hustensirup
ohne und mit Codein 0,1
Hustentropfen
ohne und mit Codein 0,75 %

2500 Krankenhausärzte fielen in den USA durch

Bei Prüfungen im Ausland ausgebildeter Ärzte an amerikanischen Krankenhäusern sind 2481 Prüflinge durchgefallen und müssen ihre gegenwärtigen Stellungen aufgeben. Von den 8713 Geprüften haben 3776 die Prüfung glatt bestanden. Eine zweite Gruppe von 2456 Ärzten erhielt eine vorläufige Zulassung für zwei Jahre, nach deren Ablauf die Prüfung mit einem besseren Ergebnis wiederholt werden muß.

Eine Ausstellung über die Deutsche Universität in Prag

mit besonderer Berücksichtigung ihrer Medizinischen Fakultät, plant der „Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V.". Zu diesem Zwecke bittet er die Besitzer einschlägigen Schrifttums, von Urkunden, Büchern, Bildern usw. um Mitteilung über das zur gegebenen Zeit leihweise zur Verfügung stehende Material. Anschrift: Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V., München 27, Holbeinstraße 16.

PERSONALIA

Ernennungen:

Auf den ordentlichen Lehrstuhl für Pharmakologie und zum Direktor des Pharmakologischen Institutes der Universität München wurde der ord. Professor für Pharmakologie an der Universität Tübingen, Dr. Manfred Kiese, berufen.

Zu außerplanmäßigen Professoren wurden ernannt:

Der Privatdozent für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe", Dr. med. Josef Breitner (wiss. Oberassistent an der I. Frauenklinik);

Der Privatdozent (Diätendozent-Pathologisches Institut) für Allgemeine Pathologie und Patholog. Anatomie", Dr. med. Walter Dontenwill;

Der Privatdozent für „Kinderheilkunde" (Diätendozent-Kinderpoliklinik), Dr. med. Theodor Hellbrügge;

Der Privatdozent für „Innere Medizin" (wiss. Assist. an der II. Med. Klinik), Dr. med. Adolf Schrader.

Umhabilitiert wurde der außerplanmäßige Professor für „Physiologie" der Universität Göttingen, Dr. med. Jürgen Aschoff, in den Lehrkörper der Münchener Universität.

GEBURTSTAGE

Geh. Med.-Rat Professor Dr. Kißkalt 85 Jahre

Am 30. Dezember 1960 feierte der Geheime Medizinal-Rat Dr. Karl Kißkalt, em. Direktor des Hygiene-Instituts der Ludwig-Maximilians-Universität, München, seinen 85. Geburtstag.

Kißkalt, ebenso mit der ruhmreichen Vergangenheit durch Max von Pettenkofer, wie durch seine wertvollen vielseitigen Arbeiten der Gegenwart verbunden, muß als einer der bedeutendsten Gelehrten der Münchner Universität bezeichnet werden. Er wurde am 30. 12. 1875 in Würzburg geboren, wurde 1898 in Würzburg promoviert und erhielt 1899 in München seine Bestallung. 1903 habilitierte sich Kißkalt in Gießen für Hygiene und Bakteriologie, 1906 ging er nach Berlin, 1912 wurde er Professor in Königsberg, 1917 wurde er nach Kiel, 1924 nach Bonn berufen, um im Jahre 1925 einer Berufung als Direktor des Universitäts-Instituts für Hygiene in München zu folgen.

Geh. Med.-Rat Professor Dr. Kißkalt hat auf allen Gebieten der Hygiene, der Immunforschung, der Epidemiologie, der Bakteriologie, der Ernährung, der Hygiene der Kleidung, der sozialen und psychischen Hygiene, wertvollste Arbeit geleistet. Seine Einflußnahme auf die Versorgung der Städte mit einwandfreiem Trinkwasser und seine unausgesetzten Bemühungen um die Abwässerbeseitigung seien besonders erwähnt. Bedeutsame wissenschaftliche Beiträge finden sich im „Handbuch der Hygiene", im „Handbuch der pathogenen Mikroorganismen" und im „Handwörterbuch der psychischen Hygiene". Dem großen Münchner Hygieniker Max von Pettenkofer widmete er in der Reihe „Große Naturforscher" eine dessen würdige Lebensbeschreibung. Aus der Vielzahl seiner

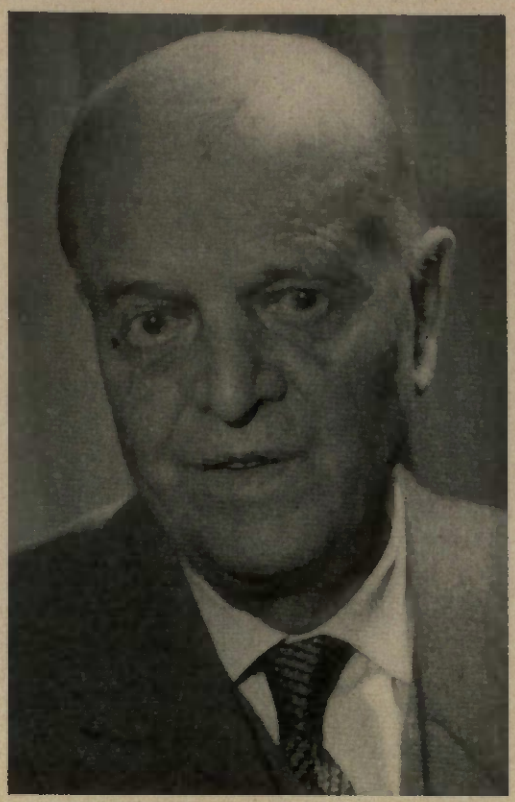


Photo: dpa-Bilderdienst

Arbeiten seien nur „Die Disposition des Darmes zu bakteriellen Erkrankungen in Abhängigkeit von Bakterienzahl und Schädigungsdosis" (Arch. f. Hyg. u. Bakt. 1929) und „Die ersten Versuche zur experimentellen Übertragung von Infektionskrankheiten" (Zentralbl. f. Bakt., Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, 1933) erwähnt. Die Bedeutung der „Selbstreinigung" der Flüsse konnte Kißkalt einwandfrei nachweisen. Die medizinische Statistik fand in ihm einen wertvollen Interpreten. Bei vielen seiner Arbeiten wendet sich der Blick immer wieder in die Vergangenheit, in die Geschichte der Medizin. Schon in seinem geistvollen und lesenswerten Buch „Theorie und Praxis der Medizinischen Forschung", das den Jüngeren, aber nicht weniger den Älteren, wichtigste Anregungen und Hinweise gibt, beginnt Kißkalt mit der Bemerkung „Der Fortschritt der Wissenschaft geschieht durch die Forschung, und die Forschung ist ein kunstvolles Gebilde, an dem Jahrtausende gearbeitet haben". Wie sehr Kißkalt auch musisch beeindruckt ist, ist daraus zu ersehen, daß er dieses Buch bei der Behandlung der „Problemstellung" mit Musikbeispielen aus Beethovens 5. Symphonie beginnt, wie auch immer wieder die Belesenheit in der schöngeistigen Literatur sichtbar wird.

Wenn Kißkalt vor fast zwanzig Jahren schrieb: „Wer etwas nicht tut, wer einen Fortschritt nicht mitmacht, weil er dessen Auswirkungen doch nicht mehr erleben wird, der ist alt", so kann man nur sagen, daß Kißkalt trotz seiner 85 Jahre jung geblieben ist. Möge er weiter in diesem Sinne noch lange zu den Jungen gehören.

K-g.

*

Der Ordinarius für „Geschichte der Medizin" und Direktor der Universitäts-Institutes für Geschichte der Medizin Dr. med. Werner Leibbrand, feiert am 23. Januar 1961 den 65. Geburtstag.

Generalstabsarzt a. D. Dr. med. Hans Holm begeht am 4. Februar 1961 seinen 70. Geburtstag in München. Besonders bekannt wurde er als Leitender Sanitätsoffizier bei schnellen Truppen und von Panzerverbänden. Im Kriege zuletzt Heeresgruppenarzt Süd.

Den 75. Geburtstag begeht am 8. Februar 1961 der Honorarprofessor für „Innere Medizin", Dr. med. Arno Eduard Lampé.

Auszeichnung für einen bewährten Standespolitiker

Dr. med. Rudolf Klauser sen., geboren im Jahre 1880 in Kitzingen a. Main, war als Facharzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten von 1918 bis 1954 in Coburg niedergelassen und führte neben seiner Praxis eine Privatklinik seines Fachgebietes.

Neben seiner rein ärztlichen Tätigkeit widmete er sich stets standespolitischen Angelegenheiten. Er leitete von 1922 bis 1935 den damaligen Ärztlichen Bezirksverein als 1. Vorsitzender und mehrere Jahre auch den Ärztlich-wirtschaftlichen Verein bzw. die regionale Untergliederung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. Auch nach Errichtung der Bundesrepublik Deutschland bekleidete er noch einen Vorstandsposten bis Dezember 1954. Außerdem wirkte er in führender Stellung in Krieg und Frieden im Roten Kreuz weit über das Gebiet des Coburger Landes hinaus. Mehr als 50 Jahre übte Dr. K. seine freiberufliche Tätigkeit aus. Wegen seiner großen Verdienste ernannte ihn der Ärztliche Bezirksverein Coburg im Oktober 1955 zum Ehrenvorsitzenden. Am 5. Dezember 1960 erhielt er das Bundesverdienstkreuz I. Klasse.

IN MEMORIAM

Dr. Alfred Kallenberger †

Am 14. Dezember 1960 starb Dr. Alfred Kallenberger, der erste Präsident der Bayer. Landesärztekammer nach 1945.

Seine ärztliche Laufbahn begann Kallenberger als Assistenzarzt im China-Feldzug 1900—1902. Nach seiner Ausbildung bei Prof. Schlösser ließ er sich als Augenarzt in München nieder. Von 1914—1917 stand er als Truppenarzt im Felde. Um 1920 übernahm er neben Dr. Seholl den Posten eines geschäftsführenden Arztes im „Münchener Verein für freie Arztwahl". In dieser Eigenschaft gelang es ihm, bei Einführung des Pauschalsystems 1931 für München das höchste Pauschale durchzusetzen, das später für das ganze Reichsgebiet maßgebend wurde. In den nachfolgenden Jahren wurde er Mitglied des Zulassungsausschusses, des Schiedsamtes, des Landesschiedsamtes und des Landesausschusses für Krankenkassen und Ärzte. Als 1934 die KV München zu einer Abrechnungsstelle der KVD herabsank, reichte Dr. Kallenberger seinen Abschied ein, ließ sich jedoch auf dringende Bitten noch dazu bewegen, bis zur Einarbeitung eines Nachfolgers auf seinem Posten zu bleiben, um dann 1938 endgültig in den Ruhestand zu treten. Noch einmal mußte Dr. Kallenberger in das standespolitische Leben zurückkehren, als ihm nach Kriegsende am 28. September 1945 durch das Bayerische Innenministerium kommissarisch das Amt des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer übertragen wurde. In einer chaotischen Zeit, in der ihm infolge der rigorosen Entnazifizierungsbestimmungen der Militärregierung nur wenige in der Standespolitik Erfahrene zur Verfügung standen, gelang es seiner Tatkraft und Umsicht, in wenigen Monaten Bezirksvereine, Kreisverbände und Ärztekammer wieder aufzubauen. Seine große Konzeption einer umfassenden Ärztekammer, die auch die Rechte der Kassenärzte vertreten sollte, konnte er nicht verwirklichen. Denn gerade diese Konzeption widersprach den Absichten damals maßgebender Kreise der Verwaltungsbürokratie. Es sei nur erinnert an die berüchtigte Verordnung 66, die wesentliche Rechte der KV den Oberversicherungsämtern übertragen wollte. Radikalen Elementen gelang es, die damals nur allzu leichtgläubige amerikanische Militärbehörde zu einem Vorgehen gegen Kallenberger zu veranlassen, das ihn zwar zum Rücktritt bewegte, aber nicht den geringsten Anlaß zu Zweifeln an der vollen Ehrenhaftigkeit seines Verhaltens geben konnte. Die bayerische Ärzteschaft gedenkt dankbar seiner aufopfernden Tätigkeit in schwerster Zeit.

Dozent Dr. med. habil. Alois Fürmaier †

Der plötzliche Tod des Dozenten Dr. Alois Fürmaier, der im 47. Lebensjahr starb, hat uns alle, die wir ihn kannten und ihm nahestanden, sehr schmerzlich berührt. In der orthopädischen Klinik München-Harlaching war er mein sehr geschätzter Mitarbeiter, zuerst Assistent und dann Oberarzt und später auch Oberarzt mit größerer Selbständigkeit in der orthopädischen Universitäts-Poliklinik. 1953 habilitierte er sich an der Universität München für Orthopädie. Wir verdanken ihm eine große Anzahl wissenschaftlicher wertvoller Arbeiten über die verschiedensten Fragen, durch die er die Beachtung weiter ärztlicher Kreise auf sich zog. Besonders hat er sich der Röntgendiagnostik orthopädischer Krankheitsfälle gewidmet. Im „Handbuch der Orthopädie" wurde ihm der Abschnitt: Orthopädische Röntgendiagnostik übertragen. Von einzelnen Krankheitsbildern hat er sich mit der sogen. Hüftlendenstrecksteife wiederholt eingehend befaßt und zur Klärung dieses Syndroms durch seine Beobachtungen beigetragen. Ebenso beschäftigte er sich mit Fragen der Epiphysenlösung am Schenkelhals, dann der Patellarerkrankungen und manchen anderen Problemen. Unter Fach, die Orthopädie, verdankt ihm manche Bereicherung. Im Auftrage des Stadtgesundheitsamtes München bearbeitete er seit Jahren die orthopädischen Krankheitsfälle, die von den Schulärzten gemeldet wurden. Zuletzt wurde er vom Staatsministerium des Innern zum Landeskrüppelarzt ernannt. In seinen Vorlesungen suchte er bei den Studenten Verständnis für die Bedürfnisse gerade des praktischen Arztes hinsichtlich orthopädischer Krankheiten, ihrer Diagnose und ihrer Behandlung zu erwecken. Auch der Ausbildung der Masseure widmete er sich in der an die orthopädische Klinik angegliederten staatlichen Massageschule. Er begründete eine große Praxis und gewann einen großen Kreis anhänglicher und für seine Hilfe dankbarer Kranker. Soweit operative Eingriffe angezeigt waren, wurden diese Patienten vom ihm im Krankenhaus z. Roten Kreuz betreut. Er war ein verantwortungsbewußter Arzt, der keine Mühe scheute, dazu ein liebenswerter Kollege, dem Ärzte und Kranke aufrichtig nachtrauern.

Prof. Dr. Georg Hohmann, München

Professor Dr. Rudolf Stich, der weit über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannte Chirurg und langjährige Direktor der Göttinger Universitätsklinik, in Nürnberg am 19. Juli 1875 geboren, ist in Göttingen gestorben. Die Universität Göttingen wird den Verstorbenen in einer akademischen Trauerfeier ehren.

AMTLICHES

Studienbeihilfen für Nachwuchskräfte der Bundeswehr

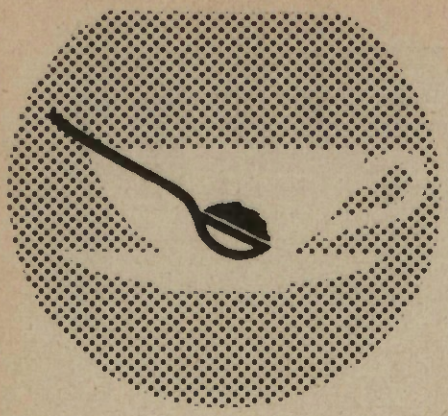
Der Bundesverteidigungsminister hat in einem Erlaß vom 12. August 1960 Richtlinien für die Gewährung von Studienbeihilfen an Nachwuchskräfte der Bundeswehr bekanntgegeben.

Durch die Studienbeihilfen können u. a. gefördert werden Studierende deutscher Universitäten und deutscher medizinischer Akademien.

Eine Studienbeihilfe kann erhalten, wer

1. Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist,
2. die Gewähr dafür bietet, daß er jederzeit für die freiheitliche demokratische Grundordnung im Sinne des Grundgesetzes eintritt,
3. seinen Grundwehrdienst abgeleistet hat, sofern der Bundesverteidigungsminister nicht eine Ausnahme davon zuläßt,
4. durch Zeugnisse über seinen bisherigen Hochschulbesuch (Zeugnis über die abgelegte Vorprüfung) nachweist, daß er das Studienziel voraussichtlich mit Erfolg erreichen wird,
5. sich verpflichtet, nach Abschluß des Studiums mindestens für acht Jahre in der Bundeswehr als Soldat oder als Beamter in der seiner Vorbildung entsprechenden Laufbahn Dienst zu leisten. Auf diese Zeit wird eine für die Laufbahn vorgeschriebene Ausbildungszeit bei Ärzten die Medizinalassistentenzeit — angerechnet,

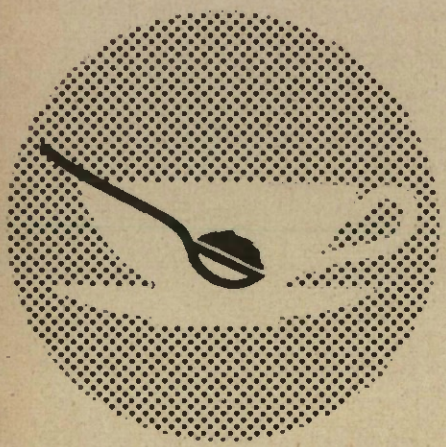
Der Bewerber muß sich verpflichten, auch eine in der Wertigkeit vergleichbare Beschäftigung im privatrechtlichen Dienstverhältnis im Bereich des Bun-



Das Antitussivum der Wahl bei Husten jeder Genese — in jedem Lebensalter

TUSSOMPIN®

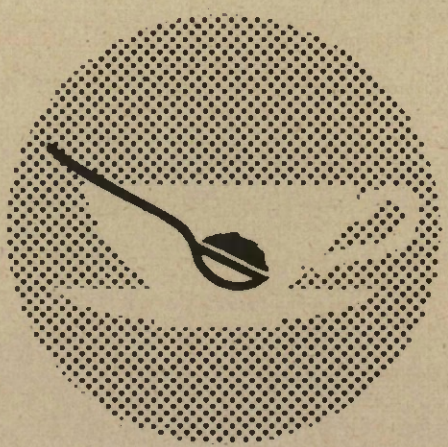
mit Hustenblocker

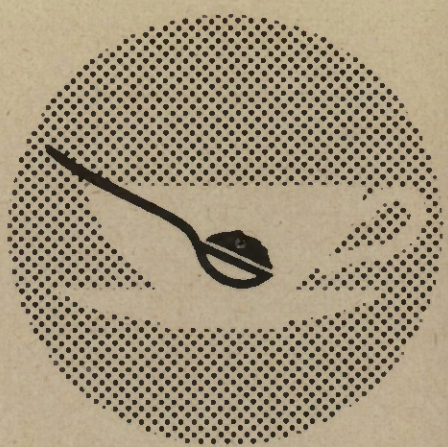


Die Verbindung der schleimlösenden und auswurffördernden Drogenextrakte mit einem synthetischen Antitussivum macht Tussompin zu einem potenziert wirkenden tassenfertigen Wirkstoffextrakt.

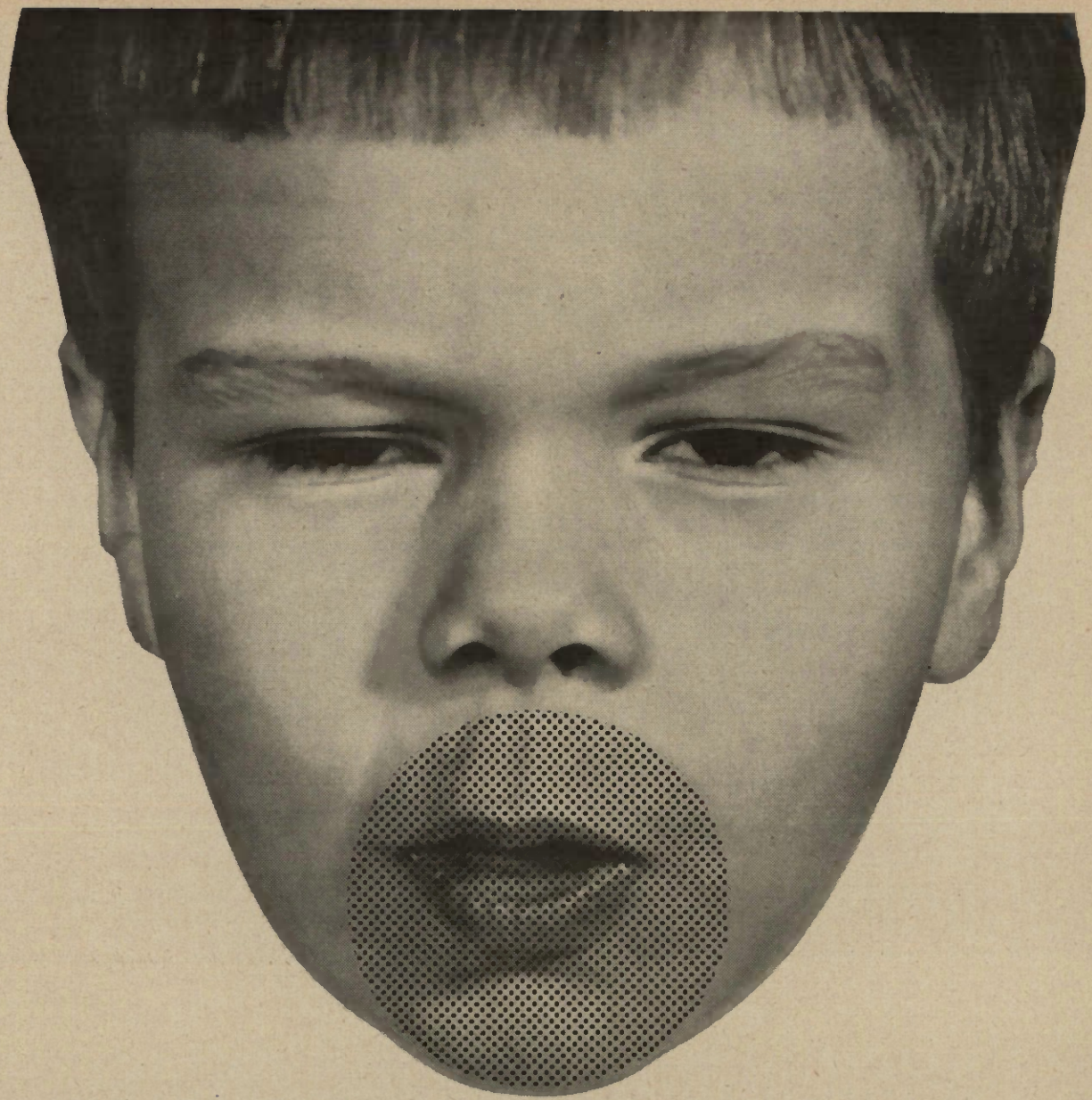
TUSSOMPIN stillt den Husten zentral ohne Beeinflussung der Atemkapazität · Verhindert bzw. löst Bronchialspasmen Erweitert die Bronchiolen · Verflüssigt den Schleim · Fördert die Expectoration · Wirkt lokalanaesthesierend · Keine Nebenerscheinungen · Beste Verträglichkeit ·

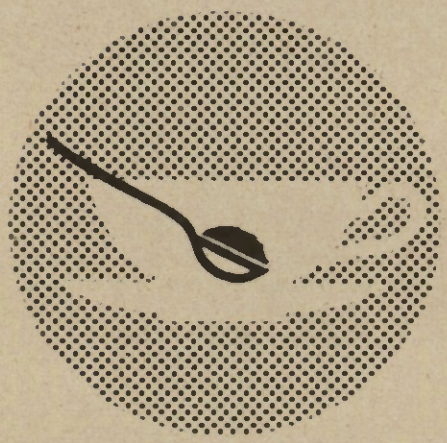
Dose, Inhalt reicht für ca. 25 Tassen — DM 2.80 o.U.





LUDWIG HEUMANN & CO.





TUSSOMPIN®

mit Hustenblocker

NÜRNBERG · CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE FABRIK

HEUMANN Heilmittel

desverteidigungsministeriums bis zur Dauer der Verpflichtungszeit zu übernehmen, wenn eine Einstellung als Soldat oder Beamter nicht möglich ist,
6. nach Untersuchung durch einen vom Bundesverteidigungsministeriums bestimmten Arzt für eine Verwendung in der Bundeswehr tauglich ist und
7. nach der Feststellung von Beauftragten des Bundesverteidigungsministeriums für die Bundeswehr geeignet erscheint.

Die Studienbeihilfe wird gewährt an Studierende mit Beginn des Studienhalbjahres, das der Ablegung der Vorprüfung folgt (z. Physikum u. a.).

Die Studienbeihilfe kann bis zu zwei Studienhalbjahren für ein Studium im Ausland gewährt werden, wenn die Zeit auf das Inlandsstudium angerechnet wird und der Bundesverteidigungsminister das Auslandsstudium für die künftige Verwendung in der Bundeswehr als förderlich anerkennt.

Die Hochschulausbildung darf nach dem Beginn der Gewährung der Studienbeihilfe ohne ausreichenden Grund nicht unterbrochen werden.

Die Studienbeihilfe wird bis zum Ende der vorgeschriebenen Mindestzeit der Hochschulausbildung einschließlich der üblichen Prüfungszeit ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und jederzeit widerruflich gewährt.

Die Studienbeihilfe besteht aus:
a) einem Beitrag zu den Kosten des Lebensunterhaltes, der auch während der Ferien gewährt wird, in Höhe von monatlich 125 DM bei Studium außerhalb des ständigen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsortes des Studierenden: 200 DM monatlich,
b) Erstattung der Studiengebühren bis zu 200 DM halbjährlich,
c) einem Lernmittelzuschuß von 150 DM halbjährlich, jedoch auch bei Lernmittelfreiheit mindestens 100 DM halbjährlich.

Der Studierende soll möglichst bis zur Beendigung der Hochschulausbildung die Befähigung zum Reserveoffizier (ggf. durch Wehrübungen) erlangt haben.

Besondere Bestimmungen regeln die eventuelle Einstellung und Rückzahlung von Studienbeihilfen, in der Hauptsache bei nachlassenden Leistungen, bei grundloser Unterbrechung der Ausbildung oder Nichtablegung der Abschlußprüfung sowie bei Verlust der Förderungswürdigkeit.

Der Antrag auf Gewährung einer Studienbeihilfe ist an den Bundesverteidigungsminister oder die von ihm bezeichnete Stelle zu richten. Beizufügen sind:
1. eigenhändig geschriebener, ausführlicher Lebenslauf,
2. Geburtsurkunde,
3. Lichtbild aus neuester Zeit,
4. beglaubigte Abschriften des Abiturzeugnisses, des Zeugnisses über die abgelegte Hochschul-Vorprüfung, von Zeugnissen über die bisherige praktische Tätigkeit, der Zeugnisse nach Abschluß des Grundwehrdienstes und eventueller Wehrübungen,
5. polizeiliches Führungszeugnis,
6. Staatsangehörigkeitsnachweis,
7. Erklärung, welche Verwendung in der Bundeswehr angestrebt wird,
8. Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters, wenn der Antragsteller noch nicht volljährig ist.

Wiedererteilung der Bestallung als Arzt

Nach Mitteilung der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg vom 12. 10. 1960 hat die Gesundheitsbehörde im Einvernehmen mit der Ärztekammer Hamburg Dr. med. Karl Heinz Lüders, geb. 12. 4. 1920 in Wittenberg, wohnhaft Hamburg 39, Sierichstraße 122/III bei Lorber, die Bestallung als Arzt wieder erteilt.

Zurücknahme der Bestallung als Arzt der Frau Dr. med. Herta Oberheuser

Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein hat der Bundesärztekammer mit Rundschreiben vom 16. 12. 1960 (I 60 — 305 B), das gleichzeitig an den Bundesminister des Innern und die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder gerichtet wurde, folgendes mitgeteilt:

Durch Bescheid vom 11. August 1958 habe ich der Ärztin, Frau Dr. med. Herta Oberheuser, die Bestallung als Arzt gem. § 5 Abs. 1 Ziff. 3 der Reichsärzteordnung entzogen. Den hiergegen erhobenen Einspruch habe ich durch Einspruchsbescheid vom 24. September 1958 zurückgewiesen.

Die Klage der Ärztin ist durch Urteil des Schleswig-Holsteinischen Verwaltungsgerichts in Schleswig vom 3. Dezember 1960 abgewiesen worden. Das Gericht hat für Recht erkannt, daß die Mitwirkung der Ärztin an den Menschenversuchen im KZ Ravensbrück als so schwere sittliche Verfehlungen anzusehen sind, daß sie als nicht mehr geeignet für die Ausübung des ärztlichen Berufs anzusehen ist. Durch Bescheid vom 12. Dezember 1960 habe ich im öffentlichen Interesse die sofortige Vollziehung der angefochtenen Bescheide gem. § 80 Abs. 2 Ziff. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung angeordnet. Urteil und Vollzugsbescheid sind bisher noch nicht rechtskräftig. Die Ärztin hat im Jahre 1937 in Bonn promoviert und im Jahre 1938 in Düsseldorf die Approbation als Ärztin erhalten.

Ich bitte um gefl. Kenntnisnahme.

Im Auftrage: gez. Dr. Domabyl

Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes

Nach Mitteilung des Niedersächsischen Sozialministers in Hannover vom 29. 10. 1960 wurde mit Verfügung des Herrn Präsidenten des Niedersächsischen Verwaltungsbezirkes Braunschweig vom 28. 6. 1960 die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes des Dr. med. Kurt Schulz, geb. 22. 6. 1893 in Berlin, wohnhaft in Esbeck, Kr. Helmstedt, gemäß § 7 Abs. 1 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1933 (RGBl. I S. 1433) für ruhend erklärt.

Nach Mitteilung des Ministers für Arbeit und Sozialwesen des Saarlandes in Saarbrücken vom 25. 10. 1960 wurde mit Verfügung vom 20. 10. 1960 gemäß § 7 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1933 (RGBl. I S. 1433) die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes der Ärztin Dr. med. Editha Schröder, geb. 15. 10. 1924 in Neunkirchen, Heimatanschrift Neunkirchen/Saar, Willi-Graf-Straße 30, Aufenthaltsort zur Zeit unbekannt, für ruhend erklärt.

Vorläufiges Verbot der Ausübung des ärztlichen Berufes

Nach Mitteilung des Ministers für Arbeit und Sozialwesen des Saarlandes in Saarbrücken vom 25. 10. 1960 wurde gegen den Arzt Dr. med. Adolf Schmidt, geb. 17. 10. 1904 in Köln, wohnhaft in Saarbrücken 3, Martin-Luther-Straße 30, mit Verfügung vom 23. 8.

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

1960 gemäß § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1933 (RGBl. I S. 1433) ein vorläufiges Verbot der Ausübung des ärztlichen Berufes verhängt. Die Verfügung ist rechtskräftig.

Entzug der Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde und der Führung des Doktorgrades

Der Senator für das Gesundheitswesen in Berlin teilte am 8. 12. 1960 mit, daß Heinz Ulfert, geb. 24. 12. 1914 in Berlin, vom Schöffengericht Tiergarten in Berlin am 2. 2. 1960 wegen fortgesetzten Vergehens gegen § 16 der Reichsärzteordnung und § 5 des Gesetzes über die Führung akademischer Grade in Tateinheit mit mittelbarer Falschbeurkundung und versuchten Betrugs unter Anrechnung der bisher erlittenen Untersuchungshaft zu einer Gefängnisstrafe von 6 Monaten verurteilt worden ist.

Ulfert ist somit nicht zur Ausübung der Heilkunde und zur Führung des akademischen Grades „Dr. med." berechtigt.

Entzug der Bestallung als Arzt

Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein teilte am 21. 11. 1960 mit, daß er durch rechtskräftigen Bescheid vom 17. 10. 1960 der Ärztin, Frau Dr. med. Christa Janssen, geb. 19. 12. 1909, gemäß § 5 Abs. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 Ziff. 2 und 3 der Reichsärzteordnung die Bestallung als Arzt entzogen ist.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Berufsgerichtsbarkeit und Strafverfahren

Von Oberlandesgerichtsrat Dr. Kurt Steinle

Nicht selten werden Handlungen eines Arztes, über die der Strafrichter bereits rechtskräftig entschieden hat, nochmals zum Gegenstand eines berufsgerichtlichen Verfahrens gemacht. Als häufige Fälle, in denen sich der Arzt nach einer Verurteilung durch das Strafgericht nochmals vor den Schranken des Berufsgerichts zu verantworten hat, seien genannt: Abtreibung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Beleidigung, ärztlicher Kunstfehler, Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses. Der beschuldigte Arzt wendet in diesen Verfahren vor dem Berufsgericht in der Regel ein, es habe bereits eine Ahndung seiner Tat durch das Strafgericht stattgefunden. Durch die Verhängung einer Freiheits- oder Geldstrafe durch den Strafrichter sei die Tat ausreichend gesühnt. Man müsse ihn vor einer nochmaligen Bestrafung durch das Berufsgericht schützen. Er verweist in diesem Zusammenhang gerne auf den Satz „Ne bis in idem". Diese Formel hat der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer in seinem Bericht über die Berufsgerichtsbarkeit auf dem 13. Bayerischen Ärztetag in Würzburg zutreffend erläutert (Bayer. Ärzteblatt, 1960, S. 178 [181]). Die daran sich anschließenden Ausführungen des Vorsitzenden eines ärztlichen Kreisverbandes zeigten allerdings, daß noch wenig Klarheit über die Tragweite dieses Satzes herrscht. Es besteht deshalb Veranlassung, im folgenden die Geltung dieses Grundsatzes im Verhältnis zwischen berufsgerichtlichen Verfahren und Strafverfahren darzulegen.

Das berufsgerichtliche Verfahren kann allerdings nicht nur mit einem Strafverfahren, sondern auch mit anderen Verfahren zusammentreffen (Weißauer in „Handbuch für den bayerischen Arzt", A I - 4 a Vorbem. III zu Abschn. V des Kammergesetzes). So kann das Verhalten eines Arztes, das im berufsgerichtlichen Verfahren zu würdigen ist, der Kassenärztlichen Vereinigung Anlaß zu Disziplinarmaßnahmen nach § 368 m Abs. 4 RVO wegen Verletzung der kassenärztlichen Pflichten geben oder auch zu einem Zulassungs-Entziehungsverfahren nach § 368 a Abs. 6 RVO vor den Zulassungsinstanzen führen. (Heß-Venter, „Das Gesetz über Kassenarztrecht", Anm. IV, 3, und Jantz-Prange, „Das gesamte Kassenarzt-Recht", Anm. 14, jeweils zu § 368 m RVO; Sozialgericht Karlsruhe vom 29. 1. 1958 ÄM 1958, S. 1210, mit Bem. von Dr. Heß in ÄM 1958, S. 1248; Landessozialgericht München vom 26. 8. 1958 ÄM 1959, S. 25).

Es ist auch der Fall denkbar, daß neben die berufsgerichtliche Verantwortlichkeit des Arztes die dienststrafrechtliche tritt, wenn der Arzt Beamter ist (Art. 19 Abs. 5 und Art. 53 KaG; ORR Knies in der 73. Sitzung des Ausschusses für Verfassungsfragen und Rechtsfragen des Bayerischen Landtages vom 4. 10. 1956 und in der gemeinsamen 15. Sitzung des Ausschusses für kulturpolitische Fragen, des Rechts- und Verfassungsausschusses und des Ausschusses für sozialpolitische Fragen des Bayerischen Senats vom 5. 6. 1957; Senator Meinzolt in der gemeinsamen 16. Sitzung der gleichen Ausschüsse vom 12. 6. 1957 und Senator Dr. Abmayr in der 27. Vollsitzung des Bayerischen Senats vom 25. 6. 1957, Stenographischer Bericht S. 674). Die zuständige Regierung kann ferner das berufsgerichtlich zu beanstandende Verhalten gleichzeitig unter dem Gesichtspunkt der Gefährdung der Allgemeinheit nach Art. 3 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 4 des Bayer. Ärztegesetzes (BÄG) überprüfen und ggf. die Berufsausübung untersagen (ORR Knies in der 91. Sitzung des Ausschusses für Verfassungsfragen und Rechtsfragen des Bayer. Landtags vom 19. 2. 1957). Schließlich kann das Staatliche Versicherungsamt einen Arzt wegen Nichterstattung eines Gutachtens nach § 1543 d. Abs. 1 S. 1 RVO in Strafe nehmen. Die gleiche Handlung kann wegen Verletzung der Berufspflicht nach § 9 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (1958) zum Gegenstand eines berufsgerichtlichen Verfahrens gemacht werden. Die Erörterung beschränkt sich im folgenden nur auf die Prüfung der Frage, inwieweit der Satz „ne bis in idem" in dem Verhältnis von berufsgerichtlichem zum Strafverfahren Platz greift.

Der Grundsatz „ne bis in idem" hat in Schrifttum und Rechtsprechung seit langer Zeit Anerkennung gefunden (Eberhard Schmidt, Lehrkommentar zur Strafprozeßordnung, Teil I, S. 122 ff.; Löwe-Rosenberg (20. Aufl.) Erl. 20 ff. vor § 151 StPO und die dort angegebenen Entscheidungen). Als ungeschriebenes Gewohnheitsrecht hat er nach 1945 in verschiedenen Länderverfassungen Eingang gefunden (z. B. Art. 104 Abs. 2 der Verfassung des Freistaates Bayern). Dem Vorbild der Länderverfassungen folgte Art. 103 Art. 3 des Grundgesetzes, der besagt: „Niemand darf wegen

derselben Tat auf Grund der allgemeinen Strafgesetze mehrmals bestraft werden." Daraus folgt der Satz, daß niemand wegen einer Tat mehrmals mit Strafen des gleichen Rechtsystems belangt werden darf. (Bonner Kommentar zum Grundgesetz Erl. II, 4 b und Maunz-Dürig Anm. 127 jeweils zu Art. 103 Abs. 3 GG).

Das Verbot der doppelten Bestrafung der gleichen Tat gilt jedenfalls innerhalb des berufsgerichtlichen und innerhalb des Vorverfahrens nach Art. 19 KaG und im Verhältnis der beiden Verfahren zueinander. Ist gegen einen Arzt eine Maßnahme nach Art. 19 KaG verhängt, so ist eine abermalige Verfolgung der gleichen Tat durch das Berufsgericht ausgeschlossen (Weissauer a. a. O. Anm. IV, 2 b zu Art. 19 KaG).

Um die Wirkung einer außerhalb des berufsgerichtlichen Verfahrens ergangenen strafgerichtlichen Entscheidung richtig zu beurteilen, muß kurz auf das Wesen der Berufsgerichtsbarkeit und der Strafrechtspflege eingegangen werden.

Die Berufsgerichtsbarkeit ist dem Disziplinarrecht zuzuordnen (Weissauer a. a. O. Vorbem. II zu Abschn. V KaG). Die Grundsätze, die für das Diziplinarrecht gelten, finden demnach auch auf dem Gebiete der Berufsgerichtsbarkeit Anwendung.

Strafrecht und Disziplinarrecht weisen nun allerdings in der äußeren Erscheinung gewisse Ähnlichkeiten auf. So haben beide einen bestimmten tatsächlichen Hergang zu klären und festzustellen, ob der ermittelte Sachverhalt gewisse rechtliche Merkmale, den Tatbestand der strafbaren Handlung oder der Berufspflichtverletzung erfüllt. Zwischen beiden Verfahren ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung daraus, daß nach Art. 64 KaG zur Ergänzung des nur lückenhaft geregelten berufsgerichtlichen Verfahrens das Strafverfahrensrecht heranzuziehen ist. Schließlich gelten auch grundlegende Begriffe des allgemeinen Strafrechts, wie z. B. der Begriff des schuldhaften Handelns, der Schuldfähigkeit, auf dem Gebiete des Disziplinarrechts.

Trotz dieser gemeinsamen Züge stehen beide Rechtsgebiete begrifflich in keinem Zusammenhang. Ihrem Rechtsgrund und ihrem Zweck nach handelt es sich um völlig verschiedene, voneinander unabhängige Bereiche. Zweck des Disziplinarrechts ist nicht wie beim allgemeinen Strafrecht, Schutz der Allgemeinheit gegen Verletzung der allgemeinen bürgerlichen Rechtsordnung, sondern Aufrechterhaltung der Ordnung und einer hochstehenden Berufsauffassung innerhalb des ärztlichen Standes. In den Berufsgerichten ist ein Mittel zur Wahrung und Förderung der Standeswürde und der Standesgrundsätze zu erblicken. Zur Verwirklichung des im Disziplinarrecht enthaltenen Rechtsanspruchs bedient sich der Staat anderer Mittel wie bei der kriminellen Rechtsverletzung (a. A. Weissauer a. a. O. Vorbem. II, 2 zu Abschn. V des Kammergesetzes). Dieser Unterschied tritt schon äußerlich dadurch in Erscheinung, daß das Kammergesetz den Ausdruck „Strafe" ebenso wie die Bundesdisziplinarordnung bewußt vermeidet und dafür das Wort „Maßnahmen" setzt (ORR Knies in der 1. Sitzung des Unterausschusses für sozialpolitische Angelegenheit des Bayer. Landtags vom 9. 3. 56). Die Disziplinarmaßnahme kann nur gegen einen bestimmten Personenkreis (Ärzte, Beamte, Rechtsanwälte) verhängt werden. Bei der kriminellen Strafe herrscht der Vergeltungsgedanke vor, bei der Disziplinarmaßnahme der Schutzgedanke. Die Kriminalstrafe setzt die allgemeine Geltung des Verurteilten innerhalb der Gemeinschaft herab, während die berufsgerichtliche Maßnahme die besondere Geltung des Verurteilten als Arzt mindert. Im Strafgesetz sind gesetzlich normierte Tatbestände mit besonderen Androhungen einer bestimmten Strafart oder Strafen innerhalb eines Strafrahmens niedergelegt. Das Disziplinarrecht kennt solche Tatbestände mit festgelegten Strafarten oder Strafrahmen nicht. Für jede Pflichtverletzung, gleichgültig, ob sie eine einzige Verfehlung oder mehrere Verstöße enthält, ist grundsätzlich jede im Kammergesetz vorgesehene Maßnahme zulässig. Die Gesichtspunkte, die in berufsgerichtlichen Verfahren bei der Wahl der im einzelnen Fall anzuwendenden Maßnahme zu beachten sind, decken sich nicht mit denjenigen, nach welchen der Strafrichter die von ihm zu verhängende Strafe auszuwählen und zu bemessen hat. Aus dieser Verschiedenheit von krimineller Strafe und „Disziplinarstrafe" ergeben sich folgende Folgerungen:

Die Disziplinarstrafe wird nicht in das Strafregister eingetragen. Bei Uneinbringlichkeit läßt sich eine Geldbuße nicht in eine Freiheitsstrafe verwandeln. Von einer Amnestie wird die Disziplinarstrafe nicht erfaßt.

Aus der Wesensverschiedenheit der beiden Rechtsgebiete ergibt sich vor allem, daß eine auf Grund des allgemeinen Strafrechts mit Strafe bedrohte Verfehlung eines Arztes nicht auch notwendig eine Bestrafung im berufsgerichtlichen Verfahren zur Folge haben muß und daß andererseits, wenn eine Handlung sich als eine Verfehlung sowohl nach allgemeinem Strafrecht, wie auch nach dem Disziplinarrecht darstellt, beide Verfahren unabhängig voneinander durchgeführt werden können. Aus diesem Unterschied folgt weiter, daß im Verhältnis zwischen Disziplinarrecht und Strafverfahren der innerhalb des Strafverfahrens und innerhalb des Disziplinarverfahrens anwendbare Grundsatz „ne bis in idem" nicht gilt (Entscheidungen d. Bundesdisziplinarhofes, Bd. 2, S. 59 [79]; Wenzel: Das Dienststrafrecht in Bayern, S. 9; Entscheidungen des Ehrengerichtshofes für deutsche Rechtsanwälte, Bd. 1 [1885], S. 74 und Bd. 2 [1886], S. 71).

Der von Dürig vertretenen Auffassung (Kommentar Maunz-Dürig zum Grundgesetz Anm. 128 zu Art. 103, Abs. 3 GG), daß durch das Strafurteil die Sühnefunktion der Disziplinarstrafe verbraucht sei, kann bei der Verschiedenheit der Mittel, mit denen der Staat der kriminellen Tat und der Berufspflichtverletzung entgegentritt, nicht gefolgt werden. Begeht demnach ein Arzt eine mit Strafe bedrohte Handlung, so hat er sich zunächst vor dem Strafgericht zu verantworten. Die im Strafverfahren erörterten Tatsachen, mag eine Freisprechung oder Verurteilung stattgefunden haben, können auch noch im berufsgerichtlichen Verfahren überprüft werden (Art. 52 Abs. 2 KaG). Der Strafrichter prüft die Handlung unter dem Gesichtspunkt, ob eine kriminelle Strafe zum Schutz der Allgemeinheit wegen Verletzung bestimmter Rechtsgüter erforderlich ist. Das Berufsgericht dagegen untersucht, ob im Interesse der Reinhaltung des Berufsstandes wegen Verletzung der Pflichten, die dem Beschuldigten in seiner Eigenschaft als Arzt obliegen, eine Maßnahme nach dem Kammergesetz geboten ist. Der Umstand, daß der Strafrichter bei der Zumessung der Strafe auch die Arzteigenschaft als strafschärfend in Betracht gezogen hat, schließt die Verhängung einer Maßnahme nach dem Kammergesetz nicht aus.

Die Berufsgerichtsbarkeit hat in dem Kammergesetz ihre selbständige, von den Strafgesetzen unabhängige Grundlage. Deshalb sind die tatsächlichen Feststellungen des strafgerichtlichen Urteils für das berufsgerichtliche Verfahren nicht bindend; sie können aber der Entscheidung ohne erneute Nachprüfung zugrunde gelegt werden, wenn sie zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden sind (Art. 52, Abs. 3, KaG). Über die Frage, ob der Arzt durch Verletzung der ihm als solchem obliegenden Pflichten eine Berufspflichtverletzung begangen und eine Maßnahme verwirkt habe, hat das Berufsgericht nach den Vorschriften der Berufsordnung selbständig zu entscheiden, ohne in der Anwendung der Berufsordnung durch das Strafurteil und die ihm zugrunde liegenden Erwägungen behindert oder beschränkt zu sein.

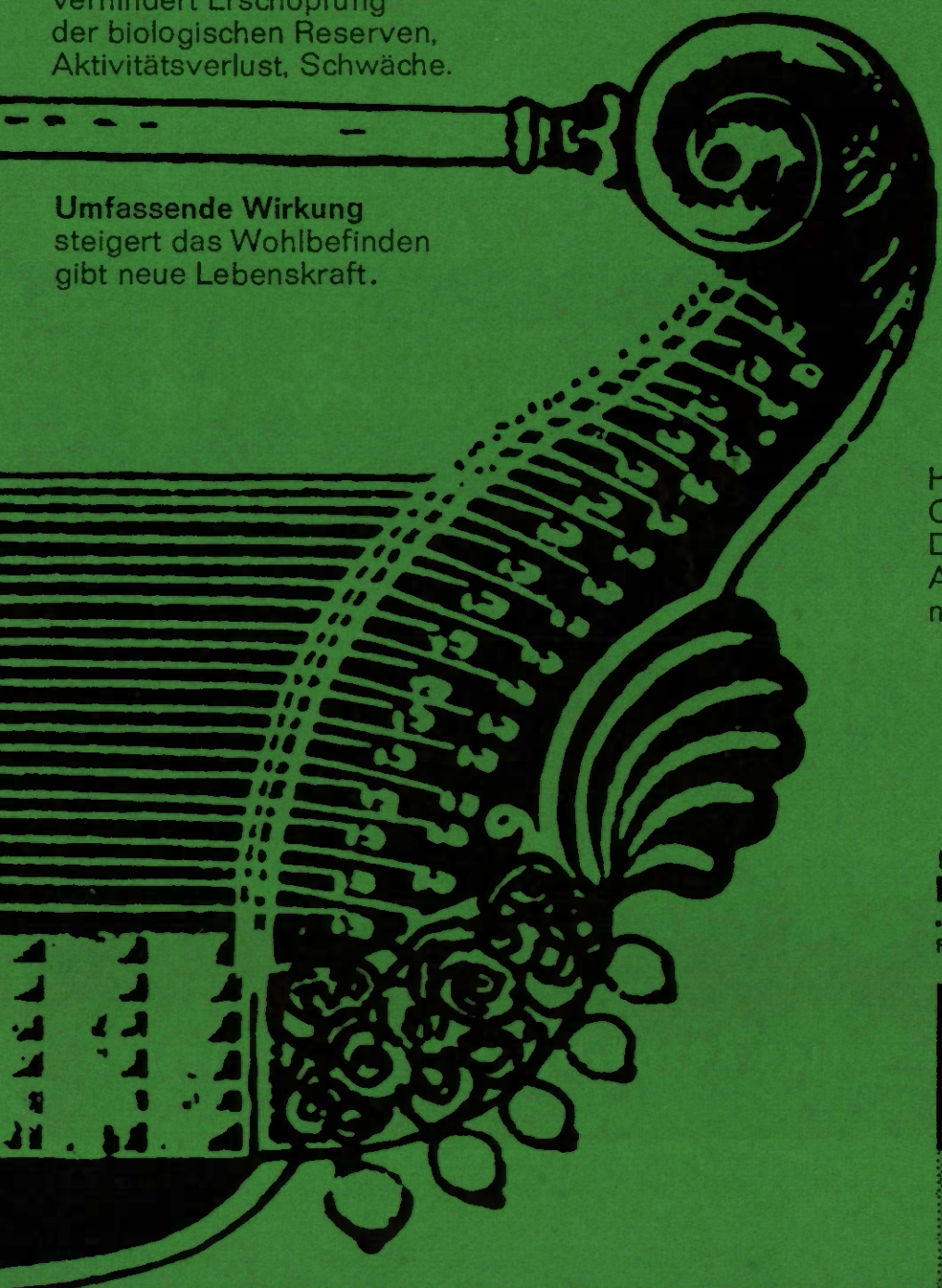
Von dem Grundsatz der völligen Unabhängigkeit des berufsgerichtlichen Verfahrens vom strafgerichtlichen Verfahren sind in Art. 52 Abs. 1 und 2 KaG in bestimmter Richtung insofern aus Zweckmäßigkeitsgründen Ausnahmen gemacht, als dem Strafverfahren in gewissen Beziehungen der Vorrang vor dem berufsgerichtlichen Verfahren eingeräumt wurde. So stellt Art. 52 Abs. 1 Satz 1 und 2 KaG die Ausnahme auf, daß ein eröffnetes berufsgerichtliches Verfahren bis zur Beendigung des Strafverfahrens ausgesetzt werden muß, wenn wegen des gleichen Sachverhalts die öffentliche Klage im Strafverfahren erhoben ist oder

Festavital®

läßt
alle Saiten
erklingen

Polyvalente Zusammensetzung
durch ausgewogene Kombination von Vitaminen - Fermenten - lipotropen Substanzen - Bioelementen.

Komplexer Eingriff
behebt auf Fermentmangel beruhende Verdauungsstörungen, beugt den vielfältigen Überlastungserscheinungen des Alltags vor, befriedigt den Vitaminbedarf des Organismus, begegnet den Beschwerden des Alters, verhindert Erschöpfung der biologischen Reserven, Aktivitätsverlust, Schwäche.

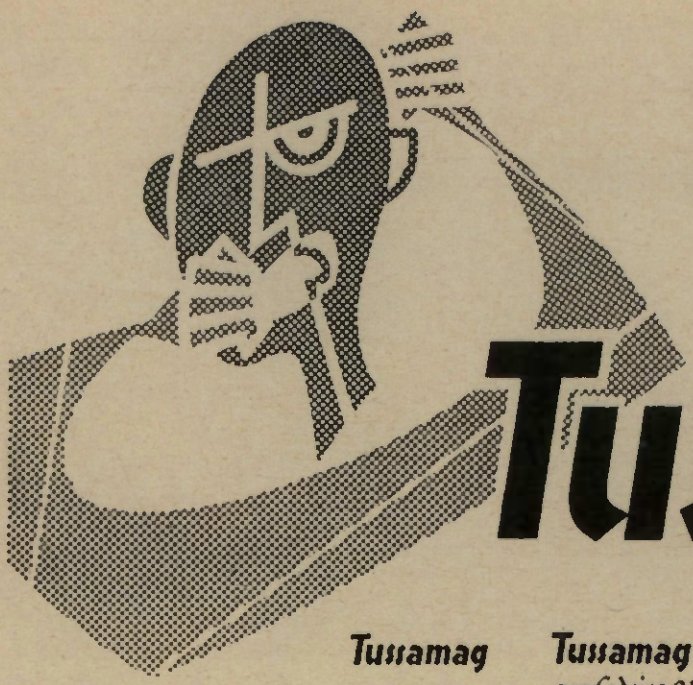


Umfassende Wirkung
steigert das Wohlbefinden gibt neue Lebenskraft.

Handelsformen
Glas mit 30 Dragees
DM 5,75 o. U. (lt. At.)
Anstaltspackung
mit 150 Dragees

FARBWERKE
HOECHST AG
vormals Meister Lucius & Brüning
FRANKFURT (M)-HOECHST

HOECHST



Weltbewährtes
Expektorans
für jedes
Lebensalter!

Tussamag®

Tussamag	Tussamag cum Codeino 0,1	Tussamag Tropfen	Tussamag Tropfen c. Cod. 0,8%	Tussamag »perkutan«
O.P. ca. 200 g DM 2,15	O.P. ca. 120 g DM 2,15	O.P. ca. 18 g DM 1,–	O.P. ca. 18 g DM 1,20	O.P. ca. 20 g DM 1,30

CHEMISCHE FABRIK TEMPELHOF PREUß & TEMMLER BERLIN-TEMPELHOF

---

bei venösen Leiden

Tropfen · Dragees · Salbe

mit Aesculus und Sulfur

Aescosulf®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

wird. Der Grund für diese Ausnahme beruht in der Erwägung, daß es sowohl im Interesse des Arztes, als in dem der Strafrechtspflege liegt, wenn nicht dieselbe Handlung zu gleicher Zeit zum Gegenstand einer doppelten Untersuchung gemacht wird. Eine weitere Einschränkung des Grundsatzes von der Unabhängigkeit der Strafrechtspflege und der Berufsgerichtsbarkeit enthält Art. 52 Abs. 2 KaG. Er bestimmt, daß im Falle der strafgerichtlichen Freisprechung wegen der Tatsachen, die in dem strafgerichtlichen Verfahren Gegenstand der Aburteilung waren, ein berufsgerichtliches Verfahren nur mehr dann stattfinden darf, wenn diese Tatsachen an sich, ohne den Tatbestand eines Strafgesetzes zu erfüllen, eine Berufspflichtverletzung enthalten. Der Grund für diese Vorschrift liegt darin, daß es dem Wesen der Berufsgerichtsbarkeit widersprechen würde, wenn es dazu benützt würde, eine Strafe nachzuholen, die der Strafrichter zu verhängen abgelehnt hat.

Eine berufsgerichtliche Verurteilung steht demnach einer Verfolgung und Bestrafung der gleichen Tat im Strafverfahren nicht entgegen. Umgekehrt schließt ein Strafurteil nicht die berufsgerichtliche Ahndung derselben Tat aus.

Es wird nicht verkannt, daß dieser Grundsatz eine Härte für den betroffenen Arzt bedeuten kann. Es werden ja nicht nur wegen des gleichen Geschehens von zwei verschiedenen Stellen Übel gegen ihn verhängt. Er hat auch zweimal die gerichtlichen Kosten und unter Umständen Rechtsanwaltskosten zu tragen. Der seelische Druck, wegen einer Tat verfolgt zu werden, lastet in den beiden Verfahren auf ihm. Unzuträglichkeiten kann hier auf folgende Weise begegnet werden: Das berufsgerichtliche Verfahren wird nur auf Antrag der in Art. 44 Abs. 1 KaG bestimmten Stellen eingeleitet. In der Regel stellt die Berufsvertretung den Antrag. Die Standesorganisation, der der Arzt angehört, entscheidet also, ob neben dem Strafverfahren ein berufsgerichtliches Verfahren stattfinden soll. In den leichteren Fällen entscheidet sie selbst über die Ahndung, in schweren Fällen ist sie verpflichtet, einen Antrag auf Einleitung eines Verfahrens beim Berufsgericht zu stellen (Art. 19 Abs. 3 KaG). Wenn die Berufsvertretung bei der Prüfung des Sachverhalts das ihr eingeräumte Ermessen in pflichtgemäßer Weise anwendet, die notwendige Sorgfalt beobachtet und ihrer Entscheidung keine sachfremden Erwägungen zugrunde legt, so wird das berufsgerichtliche Verfahren nur in den sachlich begründeten Fällen neben das strafrechtliche Verfahren treten.

Schließlich kann auch das Berufsgericht bei der Prüfung der Frage, welche Maßnahmen gegen einen Arzt wegen einer Berufspflichtverletzung zu verhängen sind, die Verurteilung durch ein Strafgericht als mildernden Umstand berücksichtigen. Eine mildere Beurteilung wird in aller Regel dann gerechtfertigt sein, wenn ein Strafverfahren mit seinen unmittelbaren und mittelbaren Folgen auf dem Arzt und seinen Angehörigen seelisch und wirtschaftlich schwer gelastet hat.

Bei sinnvoller Handhabung der Vorschriften des Kammergesetzes durch die Berufsvertretung und das Berufsgericht werden sich Unbilligkeiten, die sich aus dem Zusammentreffen von Strafverfahren und berufsgerichtlichem Verfahren ergeben können, vermeiden lassen. Oberstes Gebot für die Berufsvertretung und das Berufsgericht muß jedenfalls sein, Entscheidungen zu treffen, die der Gerechtigkeit und der Rechtssicherheit entsprechen und der Eigenart des ärztlichen Berufs Rechnung tragen.

Anschrift des Verf.: München 27, Gebelestraße 23.

Unterlassung einer Krebsbehandlung nach Regeln der Schulmedizin

Der Bundesgerichtshof hatte sich in einem Urteil vom 21. 6. 1960 (AZ 1 StR 186/60) mit der Behandlungsmethode eines Arztes zu befassen, der eine an Gebärmutterhalskrebs erkrankte Frau vom Oktober 1955 bis Mai 1956 behandelt hatte. Das Befinden der Frau hatte sich in dieser Zeit jedoch verschlechtert; auch eine anschließende Behandlung in einer Universitäts-Frauenklinik konnte nur vorübergehende Besserung bringen. Die Patientin starb im Frühjahr 1957 an den Folgen ihres Krebsleidens. Das Landgericht hat den unter Anklage gestellten Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe verurteilt. Die vom Angeklagten eingelegte Revision hat der Bundesgerichtshof verworfen.

1. *Auch ein Arzt, der im Gegensatz zur sog. „Schulmedizin" steht, darf sich über deren Erfahrungen nicht hinwegsetzen. Das gilt insbesondere dann, wenn es sich um lebensgefährliche Erkrankungen handelt.*
2. *Eine Gesundheitsbeschädigung im Sinne der §§ 223, 230 StGB liegt auch dann vor, wenn durch das Verhalten des fahrlässig Handelnden eine Krankheit zwar nicht hervorgerufen, aber gesteigert wird. (RGSt. 19, 226)*

Aus den Gründen: Der Angeklagte hat von Anfang Oktober 1955 bis Mai 1956 Frau X., die an Gebärmutterhalskrebs erkrankt war, ärztlich behandelt. Ihr Befinden verschlechterte sich jedoch, so daß sie sich im Juni 1956 in die Behandlung der Universitätsfrauenklinik begab. Hier konnte zwar eine vorübergehende Besserung, aber keine Heilung erzielt werden. Frau X. starb im Frühjahr 1957 an den Folgen des Krebsleidens. Das Landgericht hat den Angeklagten wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe verurteilt. Die vom Angeklagten eingelegte Revision hat der Bundesgerichtshof verworfen. Die Ansicht der Strafkammer, daß der Angeklagte bei der Behandlung gegen die allgemeinen Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen habe, ist nach ihren Feststellungen nicht zu beanstanden. Der Angeklagte hat alle wichtigen gebräuchlichen Diagnosen unterlassen und sich nur auf seine Augendiagnostik verlassen, was besonders wegen der Weiterentwicklung der Krankheit von Bedeutung war. Er hat keine überprüfte Heilmethode angewandt, sondern Heilkräuterextrakte, Sitzbäder, Spülungen und eine besondere Diät verordnet. Seine Behandlung war wirkungslos. Er hat die Kranke nur ambulant behandelt, so daß eine zuverlässige ärztliche Kontrolle über die Entwicklung der Krankheit nicht möglich war. Er konnte unter diesen Umständen auch nicht erwarten, daß seine Anordnungen von der Patientin streng eingehalten wurden. Er hat es insbesondere unterlassen, die Krebskranke sofort einer klinischen Behandlung zuzuführen. Dazu wäre er verpflichtet gewesen, zumal er selbst keine genügende ärztliche Erfahrung über die Behandlung einer Krebskranken hatte und nur die klinische Behandlungsweise durch Operation oder Bestrahlung einen optimalen Heilungserfolg versprach.

Der Angeklagte ist ein Anhänger „biologischer" Heilmethoden. Auch ein Arzt, der im Gegensatz zur sog. „Schulmedizin" steht, darf sich aber über deren Erfahrungen nicht hinwegsetzen. Das gilt insbesondere dann, wenn es sich um lebensgefährliche Erkrankungen handelt. Erkennt der Arzt in einem solchen Falle oder muß er erkennen, daß seine Heilmethode nicht

HORM HEPARHORM®
Leberextrakt + Vit. B12 + Kobalt
Anämie – Leberschutztherapie
Erhöhter B12-Gehalt!
1 ccm = 10 bzw. 35 γ
HORMON-CHEMIE München

ausreicht oder keinen Erfolg zeitigt, so muß er, wenn für die Behandlung der Krankheit ein anderes weit verbreitetes und erprobtes Verfahren in Frage kommt, entweder dieses anwenden oder die Behandlung aufgeben und damit sein möglichstes tun, daß die Kranke einer Behandlung mit diesem Verfahren zugeführt wird (RGSt. 74, 60, 61; RG, JW 37, 3087 Nr. 14; BGH LM Nr. 6 zu § 230 StGB).

Diese Voraussetzungen waren hier gegeben. Die klinische Behandlung des Collumkarzinoms durch Bestrahlung oder Operation versprach im Falle der Patientin, da es sich erst im Frühstadium befand, eine Heilungsaussicht mit einem Wahrscheinlichkeitsgrad von 70%. Dagegen hatte der Angeklagte über die Erfolgsaussichten seiner eigenen Behandlungsweise nach den Feststellungen der Strafkammer noch kaum irgendwelche Erfahrungen. Die Ansicht der Strafkammer, daß der Angeklagte verpflichtet war, die Kranke sofort der klinischen Behandlung zuzuführen, ist daher rechtlich nicht zu beanstanden. Nach den getroffenen Feststellungen war der Angeklagte auch in der Lage, die Umstände zu erkennen, die ihn hierzu verpflichteten.

Die Strafkammer hat nicht die Überzeugung zu gewinnen vermocht, daß der Tod der Patientin auf die Unterlassung des Angeklagten zurückzuführen ist, da sie möglicherweise zu dem Teil der Krebskranken gehörte, die durch Bestrahlung und Operation nicht gerettet werden können. Die Strafkammer konnte auch nicht feststellen, daß das Leben der Patientin bei richtiger Behandlung hätte verlängert werden können. Die Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung beruht auf folgenden Feststellungen:

Bei Vornahme der Operation oder Bestrahlung im Frühstadium der Krankheit wäre die Auswucherung des Tumors von Fingerkuppen- bis zur Handtellergröße und bis hinab zum Scheidenausgang vermieden worden, da der Ausgangsort des Tumors entfernt oder zerstört worden wäre. Die Blutungen wären nicht in dem Maße aufgetreten, wie es bei der Einlieferung der Patientin in die Klinik der Fall war. Der Hämoglobingehalt des Blutes wäre nicht auf 30 bis 40% abgesunken. Das Blutbild hätte sich nicht im später festgestellten Ausmaß verschlechtert, das Allgemeinbefinden und das Aussehen der Kranken wären besser gewesen, das Gewicht nicht so stark abgesunken. Wenn auch nicht auszuschließen ist, daß bereits Infiltrationen an anderer Stelle eingetreten waren, die dann trotz der Zerstörung des festgestellten Krebsknotens weiterwucherten, so wäre doch der Krankheitsverlauf ein milderer gewesen.

Diese Feststellungen tragen die Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung. Eine Gesundheitsbeschädigung im Sinne der §§ 223, 230 StGB liegt auch dann vor, wenn durch das Verhalten des fahrlässig Handelnden eine Krankheit zwar nicht hervorgerufen, aber gesteigert wird (RGSt. 19, 226). Wenn auch nach den Feststellungen der Strafkammer davon auszugehen ist, daß die Patientin möglicherweise durch rechtzeitige Bestrahlung oder Operation nicht völlig geheilt worden wäre, so wäre doch eine Verschlechterung in der örtlichen Auswirkung der Krankheit zum mindesten zeitweise vermieden worden. Die festgestellte örtliche Geschwulst wäre beseitigt und die gerade hieraus später erwachsenen körperlichen Beschwerden wären nicht eingetreten. Zum mindesten die örtliche Zunahme der Krebsgeschwulst hat der Angeklagte durch seine pflichtwidrige Unterlassung schuldhaft herbeigeführt (vgl. hierzu die im Leipz. Kommentar, Anm. II zu § 230 StBG, angeführte Entscheidung des Reichsgerichts 3 D 99/43 vom 27. 5. 1943). Daß sich — möglicherweise — später an anderen Stellen Krebswucherungen gebildet hätten, vermag, die Gesundheitsbeschädigung nicht aufzuheben. Sie wird auch nicht ausgeglichen durch die Beschwerden, die mit einer Operation oder Bestrahlung verbunden gewesen wären. Hier hätte es sich wegen der Einwilligung der Kranken um keine rechtswidrige Körperverletzung gehandelt.

2. Die Meinung, daß die Strafkammer die Richtigkeit der von einzelnen Wissenschaftlern aufgestellten und auch vom Angeklagten vertretenen Thesen über Entstehung und Wesen der Krebskrankheit nach dem Grundsatz „Im Zweifel für den Angeklagten" hätte unterstellen müssen, verkennt, daß es bei der Heilung eines Krebskranken nicht auf Theorien, sondern auf die auf Erfahrung beruhenden größeren oder geringeren Erfolgsaussichten einer Behandlungsweise ankommt.

3. Der Angeklagte kann sich als selbstverantwortlicher Arzt nicht darauf berufen, daß andere Ärzte allgemein von der Bestrahlungsbehandlung des Krebses abraten. Zudem handelte es sich hier um eine Art des Krebsleidens, bei der die Heilungsaussicht durch Bestrahlung oder Operation besonders groß ist.

4. Die Behauptung, daß die vom Angeklagten ausschließlich benutzte Augendiagnose für den Kausalzusammenhang ohne Bedeutung war, ist unrichtig. Nach den Feststellungen blieb gerade durch die Nichtverwendung anderer diagnostischer Methoden dem Angeklagten die starke Zunahme der Krebswucherung während seiner Behandlungszeit verborgen. Daß sich ein Arzt bei einer lebensgefährlichen Erkrankung ausschließlich auf die Augendiagnose verläßt, ist ein Kunstfehler, besonders wenn er diese, wie damals der Angeklagte, erst verhältnismäßig kurze Zeit anwendet. (Mitgeteilt von Rechtsanwalt Dr. C. Hepp, Ravensburg.)

Versicherung von Vertretern freiberuflich tätiger Ärzte gegen Berufskrankheit und -unfall

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 15. 12. 1959 (wiedergegeben in Heft 9, S. 308, des Bayer. Ärzteblattes 1960) dahin gehend entschieden, daß ein freipraktizierender Arzt, wenn er die Vertretung eines ebensolchen Arztes übernimmt, keinen gesetzlichen Unfallschutz nach § 541 Nr. 5 RVO besitzt. Da in der Regel der Vertreter eines freipraktizierenden Arztes nicht weisungsgebunden gegenüber diesem ist, wird seine Tätigkeit als selbständig anzusehen sein. In dieser Eigenschaft unterliegt er jedoch nicht der Versicherungspflicht gegen Berufskrankheit und -unfall nach § 537 Nr. 1 RVO und genießt daher in Bayern nicht den Versicherungsschutz durch die Beitragsleistung des Praxisinhabers an die Bayer. Landesärztekammer für die in seiner Praxis mithelfenden Personen. Es verbleibt somit dem Praxisvertreter die Möglichkeit, sich ebenso, wie der Praxisinhaber, gegen Berufskrankheit und -unfall freiwillig bei der „Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege" (BG) selbst zu versichern. Diese Versicherung kann insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungen von der Bayerischen Landesärztekammer jedem freiberuflich tätigen Arzt wärmstens empfohlen werden.

Der Vorstand der Kammer empfiehlt allen Kolleginnen und Kollegen, die eine Vertretung übernehmen, eine freiwillige Selbstversicherung bei der BG über eine ihnen ausreichend erscheinende Versicherungssumme abzuschließen, soweit sie nicht bereits für ihre eigene Praxis versichert sind. Den Praxisinhabern, die einen Vertreter beschäftigen, wird nahegelegt, den für die Dauer der Vertretung entsprechenden Anteil des Beitrags für die freiwillige Selbstversicherung des Arztes zu übernehmen.

Der Abschluß einer Versicherung ist jederzeit möglich. Der Unfallschutz beginnt mit dem Tag nach Eingang des schriftlichen Antrags und endet mit der Einstellung der freiberuflichen Tätigkeit (Vertretertätigkeit). Für Versicherungen, die im Laufe eines Kalenderjahres beginnen und enden, wird ein entsprechender Teilbeitrag erhoben. Bei einer Versicherungssumme von z. B. DM 10 000.— beträgt der Jahresbeitrag DM 200.— und der Teilbetrag für eine Versicherungsdauer vom 1. 4. bis 30. 6. (¼ Jahr) DM 50.—. Der Beitrag ist stets im voraus zu entrichten. Bei Anmeldungen, die keine Angabe darüber enthalten, für welchen Zeitraum die Versicherung voraussichtlich gelten soll, wird stets ein Beitrag bis zum Jahresschluß gefordert. Bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung erstattet die BG den überbezahlten Betrag.

Anmeldungen sind zu richten an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 6, Schäferkampsallee 24. Dr. Sluka

Perkutane
kräftige Hyperämie
in Kombination mit interner
Salicyl-Gentisin-Pyrazolon-Medikation
sichern durchgreifende Erfolge
bei allen Formen
von Rheuma, Ischias, Sehnen- und
Muskelschmerzen

ARZNEI

DOLORGIET BAD GODESBERG

Dolorgiet

Extern:

Flüssig	50 ccm	DM 1.35 o. U. lt. AT.
Salbe	25 g	DM 1.20 o. U. lt. AT.
Salbe „Forte"	25 g	DM 1.35 o. U. lt. AT.

Intern:

Tabletten	10 St.	DM 1.15 o. U. lt. AT.

Felsolyn

Suppositorien pro infantibus

bei spastischer Bronchitis
Tracheo-Bronchitis · Pseudokrupp
fieberhaften grippalen Infekten

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

Durch

SKLEROSOL

jugendfrisch bis ins hohe Alter

Durch Dauertherapie mit SKLEROSOL, also einer Zufuhr von geringen Mengen SiO_2 von bestimmtem Dispergierungsgrad, konnte eine Zunahme der Blutkieselsäure nachgewiesen werden. Das entspricht einer Regenerierung und hat damit für die Biomorphose Bedeutung. Frühzeitig begonnene und protrahiert durchgeführte Sklerosal-Therapie bannt also zuverlässig vorzeitiges Altern und bremst die Aufbrauch- und Abnutzungserscheinungen.

Näheres s. Münch. Med. Wochenschrift 59/50, Seite 2321—2325.

FEBENA-PHARM-PRÄPARATE-MÜNCHEN 24

FEBENA · KÖLN

HORNUNG

GEGR. 1919

Tragbare Sauerstaff-Inhalationsgeräte

Mod. TR 2

zur Verwendung

- in Arztpraxen
- in Rettungsdiensten
- im Katastropheneinsatz
- bei Betriebsunfällen
- bei Verkehrsunfällen
- in Badeanstalten etc.

ohne und mit CO_2- (Kohlensäure-) Zusatzeinrichtung, im stabilen, dauerhaften Stahlblechkoffer. Erstklassige Funktion, genaue Dosierung.

Anschluß an die Stahlflasche ohne Schlüssel mittels pat. Handverschraubung!

Autogen-Apparate- und Maschinenfabrik
FERDINAND HORNUNG
Frankfurt am Main - Höchst, Königsteiner Straße 48, Telefon 31 30 39

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,—
Bachtiari-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,—
Kabutarani-Teppich	530×352 cm	DM	4740,—

ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33

Bei vegetativ-dystonen Störungen – auch im Kindesalter – bewirkt

UZARIL

schnell und zuverlässig

zentrale Beruhigung und periphere Spasmolyse

bei einer milden Dauer-Tonisierung

15 ccm Liquidum DM 2.15 o. U. — 25 Tabletten DM 1.95 o. U.

6 Suppositorien K (Kinder), E (Erwachsene) DM 1.65 o. U.

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

UZARIL-CAMPHER DRAGÉES

25 Dragées à 0,35 g DM 2,30 o. U.

UZARA-WERK, MELSUNGEN

Antrag betreffend Vornahme einer Operation

Der Antrag eines Strafgefangenen auf gerichtliche Entscheidung, daß der Anstaltsarzt einen bestimmten operativen Eingriff vorzunehmen habe, ist unzulässig.

Oberlandesgericht Bremen, Beschl. vom 15. 6. 1960 — Ws 118/60.

Parkinsonsche Krankheit als Eheanfechtungsgrund

Die Parkinsonsche Krankheit ist eine persönliche Eigenschaft im Sinne des § 32 Ehegesetz, die dem anderen Ehegatten ein Recht zur Anfechtung der Ehe geben kann. Die Krankheit ist unheilbar, obwohl ihre Symptome durch neue ärztliche Behandlungsmethoden gebessert und möglicherweise sogar ausgeglichen werden können.

Oberlandesgericht Braunschweig, Urteil v. 30. 7. 1959 — 2 U 90/58.

Amtshaftung der Versorgungsämter

Die Versorgungsämter haften auch für Verschulden privater Ärzte, die mit versorgungsärztlichen Untersuchungen beauftragt werden.

Oberlandesgericht Celle, Beschl. v. 29. 9. 1960 — 3 W 106/60.

Waisengeld für uneheliche Kinder

§ 27 Abs. 1 Ziff. 2 der Satzung der „Bayer. Ärzteversorgung" vom 15. 12. 1956 (BayBS I S. 288), nach dem unehelichen Kindern männlicher Mitglieder kein Anspruch auf Waisengeld zusteht, verstößt nicht gegen die Bayer. Verfassung (BayVerf.), besonders nicht gegen den Gleichheitssatz und den Sozialstaatsgrundsatz. Art. 126 Abs. 2 Bay. Verf. stellt kein aktuelles Recht, sondern einen Programmsatz dar. Er strebt nicht die volle Rechtsgleichheit zwischen ehelichen und unehelichen Kindern an. Er bezieht sich vielmehr nur auf die vom Staat und von den Gemeinden geleistete Sozialhilfe, die unehelichen Kindern genauso zugute kommen muß wie den ehelichen. Aus Art. 171 BayVerf., wonach jedermann gegen die Wechselfälle des Lebens Anspruch auf eine ausreichende Sozialversicherung im Rahmen des Gesetzes hat, läßt sich für den einzelnen kein subjektives Recht, besonders aber kein Grundrecht ableiten.

Bayerischer Verfassungsgerichtshof, Entscheidung vom 30. 9. 1960 — Vf 81 VII—59.

RUNDSCHAU

Die *Flucht des Geistes*. Es ist keine Propaganda, festzustellen, daß die Träger des Geistes, die Männer und Frauen der Wissenschaft und der Kunst den Boden der deutschen Sowjetzone in Scharen verlassen. Diese Flucht des Geistes vollzieht sich schweigend, gleichsam anonym, obwohl manche dieser Gelehrten und Künstler in ihren Fachkreisen einen geachteten Namen haben. Sie kommen, weil sie den Druck und die Gewissensnot, welche das Pankow-System notwendigerweise zur Folge hat, nicht mehr ertragen können. „Der Geist weht, wo er will": dieses alte Wort will besagen, daß der Geist ohne Freiheit nicht leben kann. Deshalb hat er alle die Reiche verlassen, in denen die Freiheit, das heißt die ungebrochene schöpferische Kraft des Menschen, unterdrückt oder eingeengt wurde.

Anfang 1958 verkündete Pankow die „sowjetische Umgestaltung der Hochschulen". Dieser Ausdruck besagt nichts anderes, als daß alle Natur- und Geisteswissenschaften ausschließlich auf marxistisch-leninistischer Grundlage betrieben werden sollen. Die Studierenden der Veterinärmedizin ebenso wie die der Musikwissenschaft, die des Bergbaus ebenso wie Romanisten und Anglisten sollen in erster Linie mit der marxistisch-leninistischen Scheinwissenschaft vertraut gemacht und erst von dort aus in ihr eigentliches Fachgebiet eingeführt werden. Niemand fragt danach, ob so etwas überhaupt möglich ist, ob es einen Sinn hat, ob es dem Studierenden Nutzen bringt oder die Wissenschaft als solche befruchtet: es ist befohlen und hat also zu geschehen: die Revolution verlangt es.

Das heißt aber nichts anderes, als daß die Wissenschaftler, die Professoren, Dozenten und Assistenten die Studierenden zu Kommunisten erziehen sollen, während sie selbst entweder den Kommunismus auf Grund ihrer wissenschaftlichen Überzeugung für ein falsches Wirtschafts- und Gesellschaftssystem halten oder ihm zumindest in weltanschaulicher Hinsicht gleichgültig gegenüberstehen. Beide Verhaltungsweisen bieten nicht die psychologische Voraussetzung dafür, andere zum Kommunismus zu bekehren.

Die folgenden Ziffern, den amtlichen Statistiken der Bundesrepublik entnommen, sind der Ausdruck einer unerträglich gewordenen Gewissensnot auf der einen und einer barbarischen Verachtung der geistigen Schöpferkraft auf der anderen Seite.

Es sind aus der Sowjetzone nach West-Berlin und in die Bundesrepublik u. a. folgende Wissenschaftler geflohen:

Lehrer:	1958	3089
	1959	1252
Januar bis September	1960	1468
und im Oktober	1960	242
Hochschullehrer, d. h. Professoren, Dozenten und Assistenten:	1958	208
	1959	188
Januar bis September	1960	123
und im Oktober	1960	11
Ingenieure und Techniker:	1958	2345
	1959	1590
Januar bis September	1960	1860
und im Oktober	1960	338
Zahnärzte:	1958	262
	1959	169
Januar bis September	1960	218
und im Oktober	1960	34
Ärzte:	1958	927
	1959	570
Januar bis September	1960	476
und im Oktober	1960	81
Veterinärmediziner:	1958	52
	1959	38
Januar bis September	1960	65
und im Oktober	1960	3

Das sind erschreckende Zahlen. Sie halten nicht nur dem Tiefstand und der Kulturfeindlichkeit des Pankow-Regimes einen Spiegel vor, sondern sie bedeuten auch neue Angst und neue Sorgen für die Deutschen, die unter dem Pankow-System leben müssen. Die Politik der Bundesregierung gegenüber diesen Fluchtvorgängen war deshalb seit 1949 unveränderlich in dem an die Deutschen in der Sowjetzone gerichteten Satz enthalten: „Bleibt in Eurer Heimat, wenn ihr es irgendwie könnt!" Es ist nicht verwunderlich, daß die Bundesregierung angesichts der wachsenden Flut der Wissenschaftler und Geistesarbeiter von großer Sorge für das Schicksal der zurückbleibenden Deutschen erfüllt ist. Sie hat volles Verständnis für die Gründe, welche die Flüchtenden zu ihrer Haltung veranlassen, aber sie denkt auch an die Menschen in der Sowjetzone, deren Schicksal durch die Flucht derer, die helfen und lindern könnten, noch schwerer und drückender wird. Die Stimme der Unterdrückten selbst würde, falls sie nicht von den Zonen-Machthabern erstickt würde, die Freiheit verlangen. Die steigenden Fluchtzahlen sind eine eindringliche Vorabstimmung.

(Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 214 vom 15. 11. 1960.)

Gegen vorzeitige Begabtenauslese. Das Niedersächsische Kultusministerium hat sich gegen den Plan einiger Schulverwaltungen im Bundesgebiet gewandt, künftig begabte Volksschüler ohne Aufnahmeprüfung in die weiterführenden Schulen aufzunehmen und nur noch die weniger Begabten zu prüfen. Das Ministerium warnte vor einer vorzeitigen Auswahl, da bei dem verschiedenartigen Aufbau der Schulen in Stadt und Land sowie der Vielzahl der gutachtenden Lehrer auch die Maßstäbe der Beurteilung von Eignung und Begabung nicht immer übereinstimmen könnten. Es müsse daher überlegt werden, ob man gerade die Kinder, deren Eignung nicht feststehe, dadurch noch unsicherer mache, daß nur sie in die Aufnahmeprüfung geschickt würden. „Sie würden in diese Prüfung mit dem Gefühl gehen, minderen Ranges zu sein als ihre Mitschüler, die als die offenbar begabteren und geeigneteren von allen Prüfungssorgen und -ängsten befreit sind."

Tragödien in der Luft

Die beiden Flugzeugkatastrophen über New York und München, die zusammen über 200 Todesopfer forderten, haben die Weltaufmerksamkeit auf die erhöhten Gefahren gelenkt, wie sie durch die ständige Zunahme des Luftverkehrs sowie eine außerordentliche Erhöhung der Fluggeschwindigkeit seit Verwendung der modernen Düsenflugzeuge entstanden sind. Mit dem großen New Yorker Zusammenstoß in der Luft stieg die Zahl der Personen, die 1960 in den USA bei Flugzeugunfällen ums Leben gekommen sind, auf 388 gegenüber 294 Personen im Jahre 1959. Die folgende vom National Safety Council, Chicago, veröffentlichte Statistik zeigt jedoch gleichzeitig, daß die Zahl der Todesfälle pro 100 Millionen Passagiermeilen im Auto erheblich höher ist als bei Reisen im Flugzeug.

Todesfälle pro 100 Millionen Passagiermeilen

Jahr	Personenautos und Taxis	Autobusse	Eisenbahn (Personenzüge)	Innereuropäischer Fluglinienverkehr	Int. Fluglinien verkehr amerikanischer Gesellschaften
1945	2,9	0,17	0,16	2,2	3,7
1950	2,9	0,17	0,58	1,1	2,1
1955	2,7	0,19	0,07	0,8	0,04
1958	2,3	0,24	0,27	0,4	0,2
1959	2,3	0,18	0,05	0,69	0,8

Dieser amerikanischen Statistik ist ergänzend beizufügen, daß während des Jahres 1959 total 24 800 Automobilisten bei Verkehrsunfällen tödlich verletzt wurden (wovon nur 300 auf Autobahnen!) sowie 100 Bus-Passagiere, nur 12 Zugpassagiere und 268 Flugzeugpassagiere bei Unfällen den Tod fanden. Leider liegen aus anderen Ländern, so auch der Schweiz, keine so ausführlichen Statistiken vor, so daß ein internationaler Vergleich nicht möglich ist.

Eine einheitliche Konzeption für die gesamte Gesundheitsgesetzgebung in Bund und Ländern forderte der Bundesvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte und Apotheker, Ministerialrat Dr. Karl, Düsseldorf.

Die Auswirkungen der Atombomben in Hiroschima und Nagasaki. Die 1945 über Hiroschima und Nagasaki abgeworfenen Atombomben hatten in zwei Kilometer Entfernung vom Zentrum der Explosion keine Wirkung mehr. Dies teilte die amerikanische Kommission zur Untersuchung der Atombombenopfer in Japan vor kurzem mit. Es war das erste Mal, daß die 1947 aufgestellte Kommission einen Bericht über ihre Untersuchungen veröffentlichte. Die Ergebnisse unterscheiden sich in einigen Punkten wesentlich von denen der Japaner. Während die amerikanische Kommission die Anzahl der von den Explosionen direkt betroffenen Personen in Hiroschima mit 144 000 angibt, von denen 79 400 starben, hatte die japanische Regierung schon vorher bekanntgegeben, daß sich die Explosion in Hiroschima auf 400 000 Menschen auswirkte. Nach den japanischen Darstellungen gab es 70 000 Tote.

Lichthupe + Schnelligkeit = Rowdytum? In welchem Land außerhalb Deutschlands darf eine Lichthupe überhaupt benutzt werden? Es wäre eine verdienstvolle Aufgabe für den ADAC, das einmal festzustellen. Meine Erlebnisse mit den ewigen „Blitzern" jedenfalls sind höchst unerfreulich. Das jüngste spielte sich auf der Autobahn München—Stuttgart ab. Kurz vor Ulm war die rechte Fahrbahnseite von einer amerikanischen Lastkraftwagenkolonne besetzt. Ich mußte also die linke Fahrbahn benutzen. Ich hatte einen indischen Geschäftsfreund bei mir. Hinter mir kam ein Fahrer, der mich dauernd mit der Lichthupe belästigte, obgleich er sehen konnte, daß ich nicht nach rechts abbiegen konnte. Bei der ersten Möglichkeit habe ich ihm den Weg freigemacht. Als der Fahrer mich passierte, neigte er den Kopf zur Seite und grüßte mit dem Rowdygruß. Ich hatte die Absicht, dem Mann hinterherzufahren. Mein indischer Geschäftsfreund beruhigte mich und sagte nur, „das ist einer der unhöflichen Menschen, die nicht wissen, was sie tun. Er hat vielleicht sehr wenig Zeit." Etwa 20 Minuten später war die Autobahn rechtsseitig wegen Reparaturarbeiten gesperrt. Man konnte die Warnlichter nur schwer von den Rückstrahlern vorausfahrender Lastkraftwagen unterscheiden. Das mag vielleicht die Ursache gewesen sein, denn dort lag der Wagen des unhöflichen Fahrers mit der Lichthupe auf dem Kopf — der Fahrer war tot. Der Inder bei mir im Wagen sagte nur: „Jetzt hat er zehn Millionen Jahre Zeit." Die Lichthupe müßte verboten werden.

(ADAC-Motorwelt, Heft 9, 1960)

Alkoholhöchstgrenze für Kraftfahrer im Ausland. Ab 1. Januar 1960 gilt in Österreich, wie der DTC mitteilt, eine Alkoholhöchstgrenze von 0,8 Promille gegenüber 1,5 Promille für Autofahrer in der Bundesrepublik. Im neuen tschechischen Straßenordnungsgesetz, das zum gleichen Zeitpunkt in Kraft tritt, ist Kraftfahrern vor und während einer Fahrt jeder Alkoholgenuß untersagt.

10 000 Kinder werden gegen Masern geimpft. In diesem Jahr wird sich entscheiden, ob der neue Impfstoff gegen Masern freigegeben werden kann. Der Impfstoff wurde von dem Harvard-Nobelpreisträger Dr. John W. Enders entwickelt und in diesem Jahr an rund 1000 Kindern erprobt. 1961 sollen in den USA mehr als 10 000 Kinder gegen Masern geimpft werden: der Impfstoff soll eine Gewähr dafür bieten, daß die Masern ganz leicht und ohne alle Schwierigkeiten verlaufen. Wenn die Impf-Aktion 1961 ein Erfolg wird, will der staatliche Gesundheitsdienst der USA die Produktion Ende des Jahres freigeben. Außer den Versuchen in den USA selbst soll der Impfstoff auch in Nigeria erprobt werden, wo immer noch viele Kinder an Masern sterben.

Die Zahl der Raucherinnen steigt stetig an; 1925 gab es in Deutschland unter 100 Rauchern 1 Frau, heute sind es 25.

Italien. *Riccardo Galeazzi-Lisi*, der Leibarzt des verstorbenen Papstes Pius XII., wird sich erneut vor einem römischen Ehrengericht wegen standeswidrigen Verhaltens (Veröffentlichung seines Tagebuches und mehrerer Fotos über den Todeskampf des Papstes) zu verantworten haben, nachdem das erste Urteil, das ein Berufsverbot aussprach, nur wegen eines Formfehlers aufgehoben wurde.

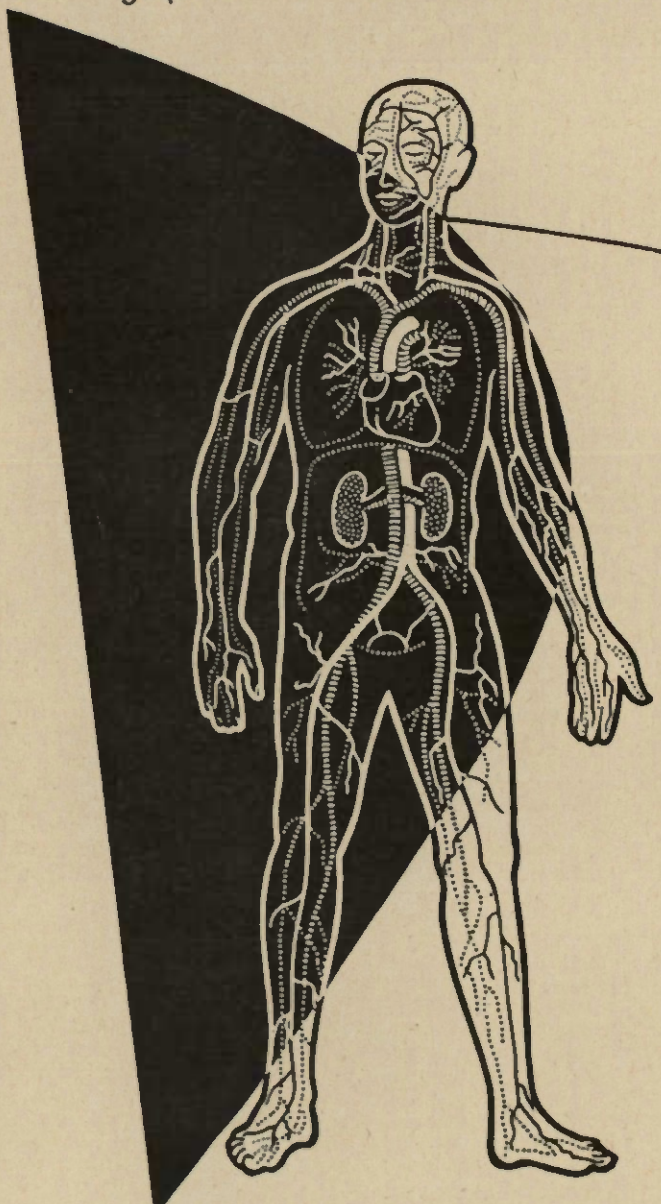
Japan: Rascher Ausbau der japanischen Universitäten: Einem in den „Gießener Hochschulblättern" veröffentlichten Reisebericht von Prof. Dr. R. Thauer, o. Prof. der Physiologie der Universität Gießen und Direktor des Kerckhoff-Institutes der Max-Planck-Gesellschaft, ist zu entnehmen: Die Aktivität an japanischen Universitäten, die apparative Ausrüstung ihrer medizinischen Institute und das Niveau ihrer Mitarbeiter kann nur Bewunderung abringen, wenn man bedenkt, daß die älteste Hochschule Japans, die Keio-Universität in Tokio, erst im Jahre 1858

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

COMPLAMIN®

3-(Methylaxyäthylamino)-2-oxypropyltheophyllin-nikotinat

vermindert den peripheren Strömungswiderstand, steigert die Herzkraft und verbessert die Stoffwechselsituation in den ischämischen Gefäßbezirken.



Complamin leistet daher mehr als ein einfacher Vasodilatator bei allen peripheren und cerebralen Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Apoplexien und Apoplexiefolgen, Ulcera cruris und anderen trophischen Störungen.

Originalpackung mit 30 Tabletten,
Originalpackung mit 10 Ampullen,
Klinikpackungen

60 Jahre im Dienste des Arztes

JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

gegründet wurde, daß alle anderen Hochschulen erst nach der Meiji-Restauration (1868) ihre Tore öffneten und bis zu diesem Zeitpunkt eine medizinische Wissenschaft im europäischen Sinne nicht existierte. Seit dieser Zeit sind 231 Colleges und Universitäten entstanden, von denen 72 eine Ausbildung über das übliche College-Niveau hinaus ermöglichen! In diesen Colleges und Universitäten lehren 40 444 Professoren, studieren 564 454 Studenten, von denen 493 302 Jungen und 71 152 Mädchen sind (Stand vom 1. Mai 1957). Was den aus Deutschland kommenden Hochschullehrer gegenwärtig am meisten interessiert, ist die Zulassung zu den Universitäten und die Vermehrung der Lehrstühle. Beide Probleme haben die japanischen Universitäten in einer Weise gelöst, die den deutschen Besucher mit Neid erfüllt. Kein Student wird ohne rigoroses Aufnahmeexamen zugelassen, mit dem Erfolg, daß im Jahre 1957 nur 20% der Bewerber immatrikuliert wurden. Die Härten dieses Systems sind offensichtlich, aber es ist charakteristisch, daß man trotzdem nicht daran denkt, es zu ändern. Auch die Lösung des zweiten Problems ist aufsehenerregend: In einem Lande, das zwar mit erstaunlicher Energie die Folgen des verlorenen Krieges überwunden hat, in dem es aber ein Wirtschaftswunder in unserem Sinne nicht gibt, hat man die Zahl der Lehrstühle in einem Ausmaß erhöht, das achtunggebietend ist. In fast allen mittelgroßen Städten gibt es zwei Universitäten (in Tokio 8 oder 9), und an fast jeder Medical School z. B. zwei Physiologische Institute, so daß 4 physiologische Ordinariate in einer einzigen Stadt keine Seltenheit sind. Man sollte deutschen Parlamenten davon erzählen, um ihren Diskussionen bei der Beantragung neuer Lehrstühle den richtigen Hintergrund zu liefern!

68 000 Krankenbetten in Österreich. Am 31. Dezember 1959 gab es in Österreich 297 Krankenanstalten mit zusammen 68 854 Betten (was einer Bettenzahlerhöhung um 488 gegenüber 1958 gleichkommt). Durchschnittlich waren jeden Tag des Jahres 1959 62 415 belegt, was einer Bettenausnutzung von 91 Prozent entspricht. In diesen Krankenanstalten wurden im Berichtsjahr 25 072 873 Verpflegstage verzeichnet.

Nur drei Fälle des einst so gefürchteten Wochenbettfiebers wurden 1959 bekannt, davon kein Sterbefall; von 694 an Kinderlähmung Erkrankten starben 99, 11 110 Fälle von Scharlach forderten ein Todesopfer, 1755 Diphtheriefälle 16, während 9010 Fälle von Keuchhusten 49 Todesopfer forderten. Von 302 Fällen von bakterieller Lebensmittelvergiftung endeten vier tödlich.

Schweden: Empfindlicher Schwesternmangel in schwedischen Krankenanstalten: Generaldirektor Arthur Engel, Chef des dem schwedischen Innenministerium unterstehenden Gesundheitsamtes, stellte kürzlich fest, daß der Mangel an Krankenschwestern mehr als doppelt so groß wie der Mangel an Ärzten ist.

Im vergangenen Jahre wurde festgestellt, daß 52 Prozent der in der Krankenpflege Schwedens tätigen Schwestern verheiratet sind. Die Zahl der Eheschließungen hat vor allem in den letzten Jahren stark zugenommen und erklärt auch, daß 26 Prozent der Pflegerinnen in einem Alter, in dem der Beruf ausgeübt werden kann, nicht tätig sind. Nur 53 Prozent der Krankenschwestern arbeiten jährlich mehr als drei Vierteljahre. Trotzdem sind nach Angabe der Arbeitsämter offenbar verhältnismäßig mehr verheiratete Mitglieder dieser Berufsgruppe tätig, doch ist Generaldirektor Engel der Ansicht, es müsse Möglichkeiten geben, den Arbeitseinsatz von Pflegepersonal in Krankenhäusern zu steigern. Dieses Jahr nehmen zwei neue Schwesternschulen ihre Tätigkeit auf. Hierdurch erhöht sich der Zugang an Lehrschwestern auf etwa 1840, doch kann sich das erst nach Ablauf von drei Jahren auswirken. Deshalb muß bis dahin alles geschehen, um die verheirateten Krankenpflegerinnen zu veranlassen, ihren Beruf wieder auszuüben. Sollte das nicht gelingen, dann sind verschiedene Krankenanstalten wegen Schwesternmangels gezwungen, Abteilungen zu schließen. So liegen die Verhältnisse beim Zentralkrankenhaus in Boden, wo eine neu instandgesetzte Abteilung mit 28 Betten nicht in Betrieb genommen werden kann, weil keine Pflegerinnen zu bekommen sind. Um den Urlaubsansprüchen des Pflegepersonals im Sommer zu genügen, müssen weitere Abteilungen geschlossen werden.

Schweden: Gesundheitskontrollen. Zusammen mit dem Gesundheitsministerium und dem Ärzteverband hat ein schwedischer Versicherungskonzern eine Untersuchung der gesundheitlichen Verfassung seiner 45 Jahre alten Lebensversicherten durchgeführt. Damit war die Absicht verbunden, die Versicherungsnehmer auf sich ankündigende oder etwa bereits vorhandene gesundheitliche Schäden aufmerksam zu machen. Die Untersuchungen waren kostenlos und konnten bei den Ärzten erfolgen, die den Versicherungsnehmern zusagten. Bei der Auswertung des Untersuchungsgutes wurde festgestellt, daß bei ungefähr einem Drittel gesundheitliche Bedenken bestehen. Herzschäden aufwartende Personen erklärten, niemals subjektive Symptome gehabt zu haben, daß sie sich veranlaßt gefühlt hätten, einen Arzt aufzusuchen.

Auf Grund der Ergebnisse hat sich der Versicherungskonzern entschlossen, eine weitere Untersuchung dieser Art durchführen zu lassen. Sie wird sich auf die Lebensversicherten beziehen, die im Jahre 1960 das 50. Lebensjahr vollenden.

Pläne für die Reform des Gesundheitswesens in der Türkei. Die „Neue Zürcher Zeitung" berichtete am 25. Oktober 1960 über die Verhältnisse in der Türkei u. a.:

„Dem Landvolk sollen nicht nur Schulen, sondern auch m e d i z i n i s c h e P f l e g e vermittelt werden. Damit ist es bis jetzt s c h l e c h t b e s t e l l t. General Gürsel selbst erklärte in einer Ansprache an die Ärzteschaft, daß 40 000 Siedlungen mit 18 Millionen Einwohnern ohne jede ärztliche Hilfe seien. Für Tuberkulöse stünden 10 000 Spitalbetten, für alle andern Kranken 21 000 Betten zur Verfügung. Dabei belaufe sich die Zahl der Tuberkulösen auf 250 000, von denen jedes Jahr 25 000 sterben. Eine halbe Million Syphilitiker, 150 000 Trachomakranke, 20 000 Leprakranke und andere erschreckende Zahlen ergänzen die erschütternde Statistik. Hunderttausend Kinder finden, nach Gürsel, weder Obhut noch Obdach. Die Türkei zählt nur 12 000 Ärzte; davon arbeiten 6500 in den Großstädten Ankara, Istanbul, Izmir, Adana und Bursa; etwa 1000 sind nach den Vereinigten Staaten abgewandert. Auf 1000 Geburten sterben 165 Kinder und 6 Mütter. Um einen Ausgleich zu schaffen, will die Regierung das ärztliche Berufswesen reglementieren und dafür sorgen, daß auch die Landbevölkerung medizinische Pflege erhält. Sollte diesem Plan Erfolg beschieden sein, dann würde sich auch der Bevölkerungszuwachs noch einmal stark vergrößern. Die Zahl der Türken, die 1918 auf unter 10 Millionen geschätzt wurde, hat sich in den vergangenen 42 Jahren verdreifacht."

USA: Tonbandvorträge. In Philadelphia, USA, erscheint zweimal monatlich the „A u d i o J o u r n a l o f D e n t i s t r y", also Tonbandvorträge mit zahnärztlichen Themen. Unter einem weitgespannten Hauptthema sind jeweils immer zahlreiche Einzelvorträge zusammengefaßt. Der Einzelband mit einer Spieldauer von einer Stunde kostet 9 Dollar, das Jahresabonnement 120 Dollar. Die amerikanischen Zahnärzte können die Kosten als „postgraduate education" von der Einkommensteuer abziehen.

LESERBRIEFE

Eine Veröffentlichung in dieser Rubrik bedeutet nicht immer eine Übereinstimmung der Schriftleitung mit dem Inhalt der Zuschriften. Die Schriftleitung kann aus Raummangel nur einzelne der bei ihr einlangenden Briefe abdrucken, soweit sie anzunehmen glaubt, daß diese für einen größeren Kreis von Interesse sein dürften. Kürzungen bleiben vorbehalten.

Zu der Notiz „Sprachenkundige Ärzte gesucht" im Bayer. Ärzteblatt (1960, Nr. 12) erhielten wir folgende Zuschrift:

Die in diesem Artikel gezeigten Wege sind praktisch nur äußerst begrenzt wirksam. In großen Städten oder in größeren Behörden mag man Sprachenkundige als Ärzte finden oder Dolmetscher verfügbar halten. In Kleinstädten und auf dem Lande ist dies hoffnungslos. Ich selbst kann gut tschechisch, kann einen Slowaken gut verstehen und er wird mich verstehen, wenn ich tschechisch rede; bei einem Italiener (kam schon neulich in meiner Praxis vor!) kann ich notdürftig ein Wörterbuch mitbenützen, was aber einen enormen Zeitaufwand bedeutet; desgleichen wäre dies bei einem Engländer oder Franzosen möglich. Bei einem allfälligen Türken heißt es kapitulieren oder pantomimen.

Ich könnte mir aber sehr gut vorstellen, daß man — etwa geordnet nach allgemeinen Fragen, allgemeinen Symptomen oder nach organsystem-eigenen Symptomen — ein Werk ausarbeitet, das nur Bilder verwendet, die dem Kranken gezeigt werden, wobei Zahlen, Ruf-Fragezeichen u. ä. als international bekannt vorausgesetzt werden. Werbefachleute stellen doch Kopfschmerzen, Nervenschmerzen, Galleschmerzen oder Jucken eindringlich bildmäßig dar. Es wäre eine Parallele zu der Internationalisierung der Verkehrszeichen, die ja auch notwendig wurde, je mehr fremde Kraftfahrer im Auslande reisen.

Dr. Erich Mendl, Mühldorf/Inn, Töginger Straße 59

BUCHBESPRECHUNGEN

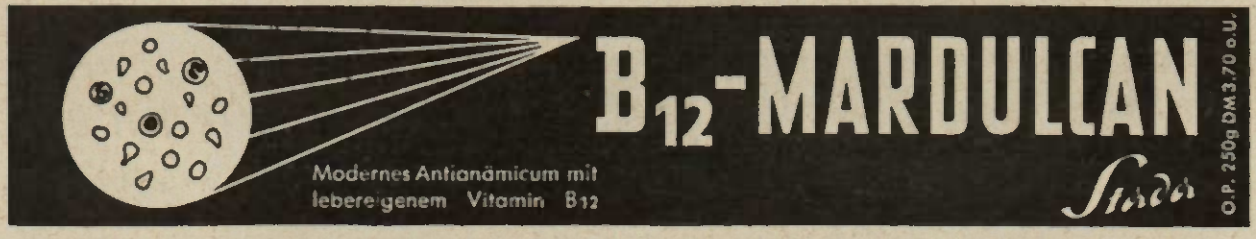
„Beiträge zur Fertilität und Sterilität"
Herausgegeben von R. Flkentscher
(Beilageheft zur Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 152, 1959)

Die als Beilageheft zur Zeitschrift für Geburtshilfe erschienene Monographie enthält die Vorträge, die auf der Gründungstagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität in München gehalten worden sind. Das wissenschaftliche Programm begann mit der Vorführung eines Farbfilmes von de Watevllle (Genf) über die Diagnostik der weiblichen Sterilität. Palmer aus Paris berichtete über Irrwege des Gases während der Tubendurchblasung, die er entweder während der Laparoskopie oder bei Operationen feststellen konnte. Die falschen Wege des Gases bedeuten keine Gefahr, wenn man stets mit Kohlensäuregas pertubiert. Rauscher (Wien) berichtete über Erfahrungen an einer Untersuchungsstelle für kinderlose Ehepaare, wo in den letzten 9 Jahren 1600 sterile Frauen wegen Kinderwunsches beraten bzw. behandelt worden sind. Diagnostisch hat sich dem Verfasser die sogenannte Simultanuntersuchung von Smear und Cervix am besten bewährt. Kühnert (Berlin) sprach über die Möglichkeiten und Grenzen der Sterilitätsbehandlung. Er hält die ambulant durchführbare Strichcurettage für notwendig. Von den operativen Methoden habe sich nur die Salpingolysis bewährt. Vasterling (Göttingen) sprach über Fruktose und Fruktolyse lm menschlichen Sperma. Die Fruktosekonzentration ist bei etwa 5% der Männer aus kinderlosen Ehen niedriger als durchschnittlich. Döpfmer (Bonn) sprach über die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die männliche Infertilität. 8,5% der von ihm untersuchten Männer waren nach Infektionskrankheiten infertil. Heinke (Gießen) trug über die Behandlung männlicher Infertilität vor. Er hält das Rebound-Phänomen als eine geeignete therapeutische Maßnahme bei infertilen Männern, die etwa 50% Erfolg verspräche. Auch Winzeler (Zürich) sprach zur Frage des Rebound-Phänomens beim Manne. Er berichtet über einen Fall, wo es nach Wärmeanwendung an den Hoden zunächst zu einer Azoospermie, anschließend jedoch zu einer besseren Spermabeschaffenhelt als vorher gekommen war. Thomas und Leuxner (Erlangen) trugen über die Behandlungsergebnisse bei Sterilität der Frau vor und konnten über einen erstaunlich guten Prozentsatz von Erfolgen (45%) berichten. Kaiser (München) sprach über Sterilität durch pathologische Corpus-luteum-Funktion, bei der es durch eine Insuffizienz des Gelbkörpers zu einem mangelhaft sezernierenden ödematösen Endometrium kommt, das eine Nidation erschweren oder unmöglich machen kann. Tillmann (Gießen) sprach über männliche Infertilität und berichtete über Lebensvorgänge der Samenbildungszellen, wie er sie kinomatographisch an der lebenden Zelle untersucht hatte. Der 2. Tag begann mit Bemerkungen zum Kampf gegen die Unfruchtbarkeit von August Mayer (Tübingen), der neben gynäkologischen Problemen vor allem soziologische und psychische Probleme aufrollte. Hüter (Wiesbaden) berichtete über eine Möglichkeit zur Verhütung von Tubenverschlüssen nach Entzündung, wo es durch Kombination von Cortisonen und Antibiotika zu deutlich besseren Ergebnissen kommt. Topp (Greifswald) berichtete über die Ergebnisse der Sterilitätsbehandlung an der Universitäts-Frauenklinik Greifswald seit 1945. Insgesamt waren dort 26% Erfolge zu verzeichnen gewesen. Burger und Dörlng (München) berichteten über eine Möglichkeit, die Strahlenbelastung bei der Salpingografie zu vermindern. Mit Hilfe des elektronischen Röntgenbildverstärkers lst es möglich, die Strahlenbelastung auf etwa 1/10 der früheren Werte zu reduzieren. Will (München) sprach über Hormonbehandlung bei der weiblichen Sterilität. Bei ovariellen Störungen im Sinne des anovulatorischen Zyklus und der Amenorrhoe konnte sie mit der Anwendung von gonadotropen Hormonen erstaunliche Erfolge berichten. Semm (München) sprach über die Bedeutung und Technik der uterotubaren Persufflation, wie sie an der II. Universitätsfrauenklinik in München mit einem dort entwickelten Gerät durchgeführt wird.

C. K. Döring, München

Geschichte der Cbirurgischen Universitätsklinik Erlangen. Ein Beitrag zur Geschichte der deutschen Medizin. Von Reg.-Med.-Rat Dr. med. Dr. phil. Alfred Heidacher mit einem Geleitwort von Prof. Dr. med. G. Hegemann. 1960. Emil Semmel Verlag, Bonn. 203 Seiten, 10 Tafeln, 2 Karten, 1 Beilage. Brosch. DM 24.—.

Eingeleitet wird das Buch, das mit außerordentlicher Gründlichkeit ein überaus großes Quellenmaterial verarbeitet, mit einer Schilderung der Gründung der Universität Erlangen, hier Irrtümer über die Beziehungen zur Universität Altdorf richtigstellend. Die Schaffung eines Clinicum medicums, einer ambulatorischen Klinik, durch den 1778 nach Eriangen berufenen Hofrat Friedrich von Wendt und die weitere Entwicklung, so die Gründung einer Chirurgischen Univ.-Klinik durch B. G. Schreger, wird in lebhafter, keineswegs trockener Darstellung an Hand interessanter Dokumente geschildert. Jedem einzelnen seiner Nachfolger, so Michael Jaeger, Georg Ludwig Strohmeyer (Anm. Seine Bedeutung wird z. B. in Leonards History of Surgery, erschienen 1943, als 'surgeon general of Hanover and professor at the Universities of Erlangen,



Munich, Freiburg and Kiel' gewürdigt. 'He is acknowledged as the father of modern German military surgery.' Hier wird auch Strohmeyers Einfluß auf die Entwicklung der Orthopädie ehrend gedacht.) In weiterer Folge kamen Heyfelder (später Oberchirurg der Truppen Finnlands, Generalstabsarzt der finnischen Armee und Professor der Chirurgie in Petersburg), Carl Thiersch (später nach Leipzig berufen, auch heute noch in vielem richtungweisend), Ernst Graser, Otto Goetze (von Frankfurt), vorerst abgeschlossen mit Hegemann (der von Marburg/Lahn kam), um nur einige Namen zu nennen. Das Buch, das für jeden die Geschichte der Medizin Interessierten, aber nicht nur für diese, eine Fundgrube darstellt, enthält auch biographische Daten über die Direktoren, die Privatdozenten und die planmäßigen Assistenzärzte der Chirurgischen Univ.-Klinik Erlangen im Laufe der Jahrzehnte. Ein großes Quellen- und Literaturverzeichnis, zahlreiche Abbildungen der Chirurgen, der alten und neuen Chirurgischen Univ.-Klinik beschließen die wertvolle Arbeit, der eine ausführliche Baugeschichte der Chirurgischen Universitätsklinik angefügt ist. Es bleibt nur der Wunsch offen, daß mit gleicher Gründlichkeit bearbeitete Werke auch anderwärts ihre fleißigen Autoren finden möchten. Koerting

Technischer Hauslärm. Ursachen und Bekämpfung. Von Baurat Ing. H. Sander. 1959. Verlag Haenchen und Jäh, Berlin-Charlottenburg. 53 Seiten, 7 Bilder.

In einer auch — oder gerade — die Ärzte interessierenden Schrift wird bei aller Kürze, doch klar zu dem heute so aktuellen Problem der Lärmbekämpfung auf dem Teilgebiet des Hauslärms Stellung genommen. Nach Anführung der Einzelursachen der Lärmentstehung in diesem Bereich werden Ratschläge zur Verhinderung angegeben. Der Autor hofft, daß man Wege finden wird, dem großen Ziel, „Ruhe" am Arbeitsplatz und in der Wohnung, näher zu kommen. Koerting

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

27. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin" vom 3. bis 5. März 1961

Thema: **„Neue Spezialgebiete und ihre Bedeutung für die praktische Medizin"**

Leitung: Professor Dr. Schretzenmayr, Augsburg.

Freitag, 3. März 1961:

16.00 Uhr: Teilnahme an den klinischen Visiten in der Medizinischen und Dermatologischen Klinik des Westkrankenhauses.

20.00 Uhr: Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen, Augsburg, Ulmer Straße 160a.

Samstag, 4. März 1961:

9.00 Uhr: Hauptreferate

1. Verkehrsmedizin:
   a) Der motorisierte Unfallarzt. OA. Dr. Giebel, Hamburg.
   b) Medizinisch-psychologische Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Kraftfahrtüchtigkeit. Dr. Müller-Jensen, Hamburg.
2. Blutersatz:
   Blutspenderzentrale, Klinik und Praxis. Prof. Dr. Spielmann, Frankfurt.
3. Labormedizin:
   a) Laborbefunde bei Lebererkrankungen und ihre klinische Bewertung.
   b) Welche Hilfen kann das Viruslabor der Praxis geben? Prof. Dr. W. D. Germer, Berlin.
   c) Cytologisches Labor und Praxis (Film).

14.00—15.15 Uhr: 4. Kosmetik In der Medizin:
   a) Chirurgische Erfahrungen. Frau Dr. M. A. Kavàn, Wien.
   b) Dermatologische Erfahrungen. Frau Dr. Fiebig, Köln.
   c) Moderne Xantombehandlung. Dr. Jobst, Stuttgart.

15.30—18.00 Uhr: Klinische Viliten in den Augsburger Krankenhäusern.

Sonntag, 5. März 1961:

9.00 Uhr: Hauptreferate:
5. Kinderpsychiatrie:
Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Jugendlicher. Prof. Dr. Winkler, Tübingen.

6. Psychopharmakologie:
Erfahrungen in Klinik und Praxis. Prof. Dr. H. Hoff, Wien.

7. Cardiologie:
Ambulante Diagnostik und Therapie des Herzinfarkts. Prof. Dr. Max Holzmann, Zürich.

8. Geriatrie:
Therapeutische Probleme bei alternden Menschen. Prim. Dr. W. Doberauer, Wien.

14.00 Uhr: Hauptreferate:

9. Anaesthesie und Reanimation:
Dr. Jean Lassner, Paris.

10. Nuklearmedizin und Weltraummedizin.

Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an das Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", Augsburg, Schäzlerstraße 19, Tel. 27 77.

Vorträge der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. für das I. Halbjahr 1961

20. Januar 1961
Prof. Dr. K. Voit, Mainz:
„Zur Klinik des Rheumatismus"

17. März 1961
Prof. Dr. R. Hegglin, Zürich:
„Die Bedeutung von Farbstoffkurven für die Beurteilung von Herzerkrankungen"

28. April 1961
Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:
„Grundlagen der Anämiebehandlung"

26. Mai 1961
„Klinische Demonstrationen" der II. Medizinischen Universitätsklinik München, Direktor: Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel

9. Juni 1961
Dr. med. Leo Wannagat, Chefarzt der Kuranstalt Haus Schwaben, Bad Mergentheim:
„Genügt für die heutige Leberdiagnostik noch die Laparoskopie?"

Die Vorträge finden jeweils im Hörsaal der Univ.-Nervenklinik, München, Nußbaumstr. 7, um 20.30 Uhr statt.

INSPIROL freie Atemwege

Fortbildungsveranstaltungen 1961 der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck

23. bis 28. Januar: 7. Kurs: „Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen".

30. und 31. Januar: 6. Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie.

1. und 2. Februar: Übungskurs in Herzschallschreibung.

13. bis 18. März: 8. Kurs: „Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen".

20. bis 22. März: Klinische Chemie (Transaminase, Elektrophorese mit Praktikum).

6. bis 11. November: 8. Einwöchiger EKG-Kurs zur Einführung in die praktische Elektrokardiographie.

11. und 12. November: 15. Klinisches Wochenende: Spezifische und unspezifische Therapie in Klinik und Praxis (Kasuistik und Diskussion).

13. und 14. November: 7. Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie.

13. bis 18. November: 9. Kurs: „Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen".

Anmeldungen für alle Kurse: Sekretariat Medizinische Universitätsklinik Innsbruck, z. Hd. Frau Jesernik.

Österreichische Wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin

In der Zeit vom 24. bis 27. März 1961 findet in Bad Gastein der VII. Kongreß der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin statt unter dem Präsidium von Univ.-Professor Dr. H. F. Häusler. Das Thema lautet:

„Probleme der Asozialität".

Programm:

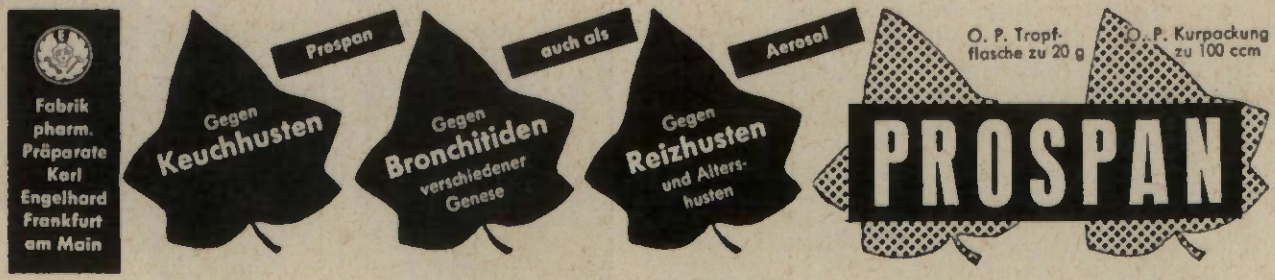
Freitag, 24. März 1961, 20.30 Uhr:
Begrüßungsabend.

Samstag, 25. März 1961, 14 Uhr, Theatersaal:
Wissenschaftliche Sitzung.
Univ.-Prof. Dr. H. **Hoff**, Wien:
„Die psychologischen Wurzeln der Asozialität"
Univ.-Prof. Dr. H. F. **Häusler**, Graz:
„Süchtigkeit durch Drogen"
Chefarzt Dr. S. **Mayer**, Wien:
„Aggravation, Simulation, Selbstbeschädigung"
Univ.-Prof. Dr. F. **Lanyar**, Graz:
„Versuche zur Verhinderung des Mißbrauchs sozialer Einrichtungen"
Landessanitätsdirektor Dr. K. **Braun**:
„Der asoziale Tuberkulosekranke"

Sonntag, 26. März 1961, 9 Uhr, Theatersaal:
Wissenschaftliche Sitzung
Univ.-Prof. Dr. August **Knoll**, Wien:
„Der asoziale Mensch als ‚natürliche' Erscheinung in der neuzeitlichen Sozialphilosophie"
Dr. W. **Deim**, Wien:
„Das politische Milieu und Asozialität"
Dr. E. **Musil**, Wien:
„Das heiße Eisen"
Präsident Dr. H. **Fuchs**, Wien:
„Statistische Daten über Häufigkeit von Asozialen"
Prim. Dr. V. **Gorlitzer-Mundy**, Knittelfeld:
„Das Problem der Analphabeten"
Dr. R. **Grundmann**, Wien:
„Mensch und Maschine"

Montag, 27. März 1961, 9 Uhr, Theatersaal:
Wissenschaftliche Sitzung
Univ.-Prof. Dr. F. **Mainx**, Wien:
„Die erbliche Komponente der asozialen Verhaltungsweise"
Univ.-Prof. Dr. C. M. **Hasselmann**, Erlangen:
„Sexualdruck in der Pubertät"
Univ.-Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien:
„Der kriminelle Asoziale im Aspekte des Gerichtspsychiaters"
Doz. Dr. W. **Solms-Rödelheim**, Wien:
„Zur Frage der Therapie der Asozialität".

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. H. F. Häusler, I. Universitäts-Frauenklinik, Wien IX, Spitalgasse 23.



KONGRESSKALENDER (Fortsetzung)

28.—30. 4. in **Überlingen:** 5. Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. Auskunft: Ärzteschaft Bodensee-Hochrhein, Konstanz, Zeppelinstraße 9.

5.— 8. 4. in **Mßnchen:** 78. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Junghanns, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Chefarzt des Evangel. Krankenhauses, Oldenburg i./O., Lasiusstraße 37.

7.— 9. 4. in **Bad Nauheim:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W. G. Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.

10.—13. 4. in **Wiesbaden:** 67. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, Schriftf. der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

28.—29. 4. in **Freiburg i. Brsg.:** Kongreß der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie. Auskunft: Prof. Dr. W. Winkler, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen.

29.—30. 4. in **Münster:** Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kiefer-Heilkunde). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Dr. W. Hahn, Münster in Westfalen, Robert-Koch-Straße 27.

Mai:

1.—6. 5. in **Lindau:** 11. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 2, Dienerstraße 17.

11.—13. 5. in **Konstanz:** 6. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Dozent Dr. H. C. Friedrich, Universitäts-Hautklinik, Tübingen, Liebermeisterstraße.

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.

23.—27. 5. in **Münster:** 45. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Werthemann, Pathologisches Institut der Universität Basel, Hebelstraße 24.

24.—28. 5. in **Berlin:** 10. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.

Mai/Juni:

29. 5.—3. 6. in **Wiesbaden:** 64. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Juni:

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

11.—24. 6. in **Freudenstadt:** 10. Deutscher Sportärztelehrgang. Auskunft: Städt. Kurverwaltung, Freudenstadt.

August:

27. 6.—2. 9. in **Karlsruhe:** 13. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftl. Kongreßbüro).

September:

4.— 6. 9. in **Mßnchen:** 4. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: Prof. Dr. J.-E. Meyer, Nervenklinik der Universität, München, Nußbaumstraße 7.

11.—13. 9. in **Heidelberg:** 60. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. J. Wolff, Duisburg, Lotharstraße 63.

11.—15. 9. in **Freudenstadt:** Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Geschäftsstelle der AFA: Institut für Atempflege, Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.

28.—30. 9. in **Hamburg:** 21. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Kongreß-Sekretariat Hamburg 1, Lohmühlenstr. 5, Allgemeines Krankenhaus St. Georg.

September/Oktober:

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 18.

Ulcrurisan®
Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.
BAVARIA
CHEMISCHE FABRIK »BAVARIA« MÜNCHEN-GRÄFELFING

Stellenangebote

im **Kreiskrankenhaus Mainburg/Ndb.** ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Vergütung nach TO A III mit Vorrückungsmöglichkeit nach TO A II und Nebeneinnahmen.
Anrechnung als Ausbildungszeit zum Facharzt für Chirurgie ist gegeben.
Weiter ist ab sofort die Stelle eines

Medizinalassistenten

zu besetzen. Monatlicher Unterhaltszuschuß in Höhe von 50 v. H. aus Verg.-Gr. TO A III und freie Kost und Wohnung im Kreiskrankenhaus.
Arbeit als Medizinalassistent für 14 Monate auf chirurgischer und urologischer Abteilung anrechenbar.
Bewerbung mit handschriftlichem Lebenslauf und den übrigen Unterlagen werden erbeten an den **Chefarzt.**

Das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge sucht zum baldmöglichen Eintritt einen Arzt (nach Möglichkeit Fachinternist oder Psychiater) als

Gutachter

für eine Beschäftigung in München. Vergütung nach Verg.-Gr. TO A II. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (einschließlich Spruchkammerbescheid) sind zu richten an das **Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München 13, Winzererstraße 9.**

Für die Chirurgische Abteilung (250 Betten) des Juliusspitals **Würzburg (Chefarzt OKMR. Prof. Dr. Makowsky)** sind ab sofort

2 planmäßige Assistenzarztstellen

zu besetzen. Anstellung nach TO A III bzw. II. Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit und Privatassistenz.

Bevorzugt werden Bewerber mit Vorbildung in Urologie, Röntgenologie oder Chirurgie. Herren, die ihre Facharztausbildung in Chirurgie anstreben und beabsichtigen, mehrere Jahre zu bleiben, werden gebeten, ihre Bewerbung an das **Oberpflegeamt der Stiftung Juliusspital Würzburg, Juliuspromenade 19,** einzureichen.

Gynäkologisch-geburtshilfliche Privat-Klinik in größerer Stadt Bayerns sucht

Assistenzarzt (Ärztin) oder
Medizinal-Assistent (Assistentin)

Vergütung nach TO A II bzw. III. Anerkennung für 2 Jahre Facharztausbildung bzw. Anerkenntnis der Medizinalassistentenzeit gegeben.
Bewerbungen unter 331/129 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Im **Sanatorium Waldheim des Landkreises Rehau in Silberbach/Ofr.,** ist sofort die Stelle eines(r)

zweiten Arztes (Ärztin)

zu besetzen. Bezahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe TO A II. Zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung wird nach dem TV vom 31. 7. 1955 gewährt. 1/3 der Beiträge trägt der Landkreis. Nebeneinnahmen sind möglich. 2-Zimmer-Wohnung kann sofort zur Verfügung gestellt werden. Bei der Beschaffung einer größeren Wohnung ist der Landkreis behilflich.
Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf und Zeugnisnachweisen sind an das **Tuberkulose-Sanatorium „Waldheim" im Silberbach üb. Marktredwitz/Ofr.** zu richten.

Assistenzarzt (-ärztin)

mit chirurgischer Vorbildung gesucht. Bezahlung nach TO A II. Handgeschriebener Lebenslauf, Zeugnisse und Lichtbild an **Chefarzt Dr. Döderlein, Städt. Krankenhaus Wasserburg am Inn (Oberbayern).**

Beim **Kreiskrankenhaus Landshut-Achdorf** ist die Stelle eines

1. Assistenten

auf der Chirurgisch-Gynäkologischen Abteilung zu besetzen. Besoldung nach TO A II und gute Nebeneinnahmen (Chefarztvertretung, Gutachten). Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an **Landratsamt — Landkreisverwaltung Landshut.**

Erfahrene, freundliche
Arzthelferin
(firm in Steno, Schreibmaschine, Kassenabrechnung), für sofort gesucht. Angeb. m. Gehaltsanspr. an **Dr. Maria Golling, Rosenheim, Reichenbachstraße 3.**

Im Blutspendedienst der städt. Krankenanstalten Nürnberg

ist ab 1. April 1961 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Bezahlung entsprechend Vorkenntnissen nach Vergütungsgruppe III bzw. II TO. A (Ortsklasse S); bei Bewährung später Aufrückungsmöglichkeit.

Bewerbungen mit Lebenslauf sowie Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse, möglichst auch Lichtbild, umgehend erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Die Stelle

für den angehenden praktischen Arzt

Assistenzarzt

(Medizin. Assistent) zum 1. 3. 1961 gesucht. Erwünscht: Vorbildung in innerer Medizin. Anrechnungsfähig: 10 Monate Chirurgie. Geboten: Weiterbildung in: Innerer Medizin, gesamt. Geburtshilfe, mittlere und Unfallchirurgie, Röntgendiagnostik. Vergütung: TO A III und Nebeneinnahmen. Wohnung und Verpflegung im Krankenhaus. Bewerbung an

Krankenhaus Fridolfing
Kreis Laufen

Anzeigenschluß
jeweils am 5. des Monats

Verschiedenes

Mädchen, 20 J., sucht Stelle als

Anfangssekretärin

in Kuranstalt. 2 Jahre Handelsschule, 2 Jahre Büropraxis. Zuschriften erbeten unter 331/133 an **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

EILT!

Gut eingeführte

Int. Fachpraxis

(vorw. Röntgen, EKG), wegen Todesfall in Regierungshauptstadt Bayerns sofort abzugeben. Zuschriften erbeten unter 331/132 an **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13**

Augenärztliche Vertretung

für Kassenpraxis vom 1. 1. 1961 bis 31. 3. 1961 in Oberbayern gesucht. Gebirgsnähe. Angebote erbeten unter 331/113 über **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Allgemeinpraxis
in München, ab sofort oder 1. April abzugeben. Zuschr. unter M. M. 77691 über **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Arztfr., MTA, Mitte 30, biet. Arzt Niederlassungsmögl., evtl. Einheirat in gr. Kassenpraxis aufstrebender Industriestadt Unterfrankens. Einrichtung, eig. Haus u. Wagen, gr. Verm. vorh. Zuschriften erbeten unter 331/119 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

In **Bad Kissingen,** im Kurzentrum 5-Zimmer-Wohnung mit Bad, geeignet für Praxis und Wohnung, oder Praxisräume für 2 Ärzte, zum 1. Juli 1961 zu vermieten. Zuschriften erbeten unter 331/118 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

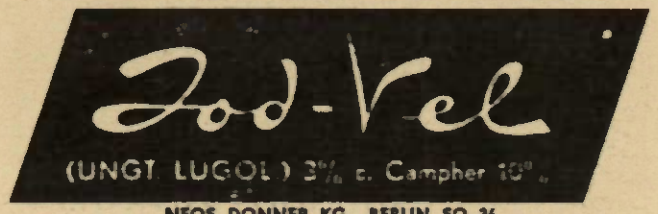
Fachärztin

für Gyn. sucht Halbtagsmitarbeit, ab 1. 4. 61 in Klinik oder i. Praxis in München, evtl. nähere Umgebung. Zuschr. erb. unter 331/138 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

Beachten Sie bitte

unsere Beilagen!

EILIGE ANZEIGEN erreichen das „Bayerische Ärzteblatt" durch
FERNSCHREIBER MÜNCHEN 05 23662
Verlag- und Anzeigenverwaltung CARL GABLER



NEOS DONNER KG., BERLIN SO 36

Zuverlässige Gastritis- und Ulcustherapie

MAZUR-A

Bei Hyperacidität

MAZUR-C

Bei Subacidität

DEUTSCHE ARZNEIMITTEL GESELLSCHAFT · BERLIN-LANKWITZ

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

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

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

„Du nahmst die Pille Desmaid
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

1611 Baindlkirch