BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBBN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nr. 8 | München, August 1961 | 16. Jahrgang

Zur Bekämpfung der Alkoholsucht

OMR Dr. F. Stemplinger

Der Alkoholkonsum ist im In- und Ausland noch im Steigen begriffen, erfaßt immer weitere Kreise des bürgerlichen Mittelstandes, der gehobenen Gesellschaftsschichten und verlagert sich allmählich aus der Gaststätte und dem Stehausschank in die Familie, wo ein künstliches Alkoholklima geschaffen wird, dem auch Frauen und Jugendliche auf die Dauer nicht zu widerstehen vermögen.

Es gehört nach amerikanischer Sitte zum guten Ton sog. Partys in Hausbars nach bestimmten Rezepten und einem vorgeschriebenen Kultzeremoniell zu geben. Man versteht sich sehr wohl auf die Kunst des Mixens und genießt nach dem Grundsatz: trinke mäßig, aber regelmäßig. Kein Wunder, wenn bei festlichen Gelegenheiten selbst ein Arzt, der in Wort und Schrift die Abstinenz vertritt, mit Alkohol geradezu überschwemmt wird, weil man glaubt der Alkohol schaffe erst die richtige Festesfreude.

Man spricht daher nicht mit Unrecht vom sog. Wohlstandsalkoholismus, denn im Zeitalter der Vollbeschäftigung und des Wirtschaftswunders verdienen auch die Vertreter des Elendsalkoholismus sehr gut, haben daher größere Möglichkeiten den Stoff in ausreichenden Mengen zu erstehen und bei der unbewältigten Freizeit der 40-Stunden-Woche viel zu viel Zeit dazu; im Grunde genommen hat sich also das Alkoholmilieu einerseits dem Lebensstandard angepaßt, andererseits neue Kreise erobert, aber die Menschen sind die gleichen geblieben, geändert hat sich nur die äußere Aufmachung, der Firnis. Bekanntlich sind die Verhältnisse in USA, dem reichsten Land der Welt, in dieser Richtung weit schlimmer, während das wirtschaftlich schwache Italien kaum einen Alkoholismus kennt.

Wenn man beim größten Teil dieser Genießer kaum von einem Suchtgeschehen sprechen kann, so haben wir trotzdem allen Grund wachsam zu sein, denn

1. kann es beim Durchschnitt dieser Wohlstandstrinker langsam zu einer Gewöhnung, d. h. zu einer Alkoholvergiftung kommen;
2. laufen latent Suchtgefährdete Gefahr auf diesem Wege in die Sucht hineinzuschlittern, weil sie im Zustande der seelischen Dekomposition sehr bald merken, daß man mit einem Martini oder Dujardin unter Umständen leichter und schneller über gewisse Schwierigkeiten des Lebens hinwegkommen kann;
3. die zunehmende Veralkoholisierung aller Verkehrsteilnehmer sowohl der Motorisierten wie der Fußgänger und der in technischen Betrieben Beschäftigten bringt im Zeitalter der Automation weitere Gefahren mit sich, woran in der Regel gar nicht gedacht wird, denn der Alkohol wird bekanntlich nur sehr langsam ausgeschieden, und zwar stündlich ca. 0,12 mg %, d. h. 3 Liter Bier, die einen Blutalkoholgehalt von 1,5 mg% bedingen, werden demnach erst nach ca. 15 Stunden ausgeschieden, innerhalb dieser Frist steht das Gehirn noch unter alkoholischem Einfluß. Ich kann daher nicht verstehen, daß in den staatlich betriebenen Autobahngaststätten ausschließlich an Kraftfahrer Alkohol in beliebigen Mengen ausgeschenkt wird; auf der einen Seite bestraft man den angetrunkenen Steuermann, auf der anderen Seite lebt der Staat vom Alkoholverzehr.

Es ist in dieser Situation immerhin erfreulich, daß die fortschreitende Automation und das brennende Verkehrsproblem zwingend die Abstinenz verlangen; denn die Bilanzen der letzten Jahre sind katastrophal genug. Leider wird es nach dem Gesetz der Trägheit wohl Jahre dauern, bis sich die Erkenntnis von der Notwendigkeit der Abstinenz auf der Straße und im Betrieb allgemein durchsetzen wird. In vielen einheimischen Betrieben stehen neben den Arbeitsplätzen noch Bierflaschenautomaten zur Selbstbedienung, wenn auch bekannt ist, daß in manchen Kantinen während der Arbeitszeit überhaupt kein Tropfen Alkohol verausgabt wird.

Das Ausland macht z. Z. größere Anstrengungen, dem Gebot der Stunde Rechnung zu tragen als das Bundesgebiet, das sich auf Propagandaaktionen „alkoholfreier Verkehr" beschränkt.

In Frankreich gilt seit 1. 1. 61 die sog. Charte antialkoholique, wonach der Ausschank von Alkohol in Werkkantinen nur während der Essenspause erlaubt ist. Man erhöhte die Lizenzsteuer für Gaststättenbetriebe, verbietet Lizenzen in der Nähe von Krankenhäusern, Schulen, Fabriken, Siedlungen des sozialen Wohnungsbaues im Umkreis von 200 m, schließt alte und kauft andere auf, um sie ebenfalls zu schließen. Um den Franzosen zum Obstsaft- und Milchtrinker zu erziehen, fordert man die Vernichtung von Rebstöcken als Reaktion auf die Unzahl der Verkehrstoten und Alkoholpsychosen in den Nervenkrankenhäusern.

In Österreich trifft man ähnliche Vorkehrungen. Wegen der Erhöhung der Geldstrafen auf 5000 Schilling und des drohenden Führerscheinentzugs ließen die Wiener am vergangenen Sylvester ihre PKWs daheim und fuhren mit dem Taxi nach Hause, so daß in der Sylvesternacht nur 1 betrunkener PKW-Fahrer festgenommen werden mußte. Bezeichnend ist die Anregung eines Chefredakteurs an seine Leser, die Alkoholinserate zu ignorieren.

Trotz dieser ermutigenden Ansätze ist das Alkoholproblem bei uns und im Ausland höchst aktuell, und es wird der Zusammenarbeit aller Einsichtigen bedürfen, um hier einen grundlegenden Wandel zu schaffen.

Eine wirksame Abwehr setzt bekanntlich eine genaue Kenntnis der medizinischen Probleme voraus.

Was verstehen wir unter Trunksucht und welche Maßnahmen stehen uns zur Bekämpfung zur Verfügung?

Trunksucht ist kein einheitlicher Krankheitsbegriff, sondern eine körperlich-seelische Komplexerkrankung, die sich als Symptom bei den verschiedensten Persönlichkeiten und Krankheiten findet und zunächst nichts über Diagnose, Ursache oder Grad der Grundstörung besagt.

Sucht ist bekanntlich eine Krankheit, deren letzte Ursache wie bei jeder anderen Krankheit in der Anlage und den Umweltverhältnissen zu suchen ist, wobei der Akzent jeweils auf der einen oder anderen Ursache liegt. Sicher ist, daß die bloße Berührung, der Kontakt mit Suchtmitteln ebensowenig zur Sucht führt, wie Pettenkofer s. Z. sein Experiment mit lebenden Choleravibrionen ohne zu erkranken überstand, weil eben keine konstitutionelle oder dispositionelle, d. h. latente Bereitschaft zur Krankheit vorlag. Wenn nämlich der Kontakt allein ausreichte, dann müßten wir 15 Jahre nach Kriegsende noch Millionen von opiatsüchtigen Versehrten haben, die in den Krankenhäusern tagtäglich Operierten nicht mitgezählt. Dabei beträgt die Zahl der amtlich ermittelten Opiatsüchtigen ca. 5500. Deren größter Teil zählt zu den primär Suchtgefährdeten, die a priori mit dem Leben nicht fertig werden und daher dem Lebenskampf ausweichen, die Flucht in die Krankheit, den Selbstmord vorziehen oder glauben, diesen Kampf mit Hilfe von Betäubungsmitteln bzw. Alkohol oder auch durch kriminelle Handlungen (Diebstahl, Brandstiftung, Mord) besser durchstehen zu können. Selbstredend befindet sich unter diesen amtlich Erfaßten auch ein Teil Operierter, die unter den Einfluß des Opiates gerieten und nicht mehr davon loskamen, weil sie ebenfalls eine latente Suchtbereitschaft hatten.

Umwelteinflüsse

Je stärker die Umwelteinflüsse, desto häufiger kann sich ein latentes Suchtgeschehen manifestieren, daher gab es unmittelbar nach dem Krieg unverhältnismäßig viele SM und Opiatsüchtige, die aus den vielen Wehrmachtssanitätsdepots zu Phantasiepreisen ihre Ware beziehen konnten; es gab dafür relativ wenige Trinker, weil damals der Stoff fehlte. Erst mit der Besserung der wirtschaftlichen, sozialen und politischen Verhältnisse traten die SM, der Opiatmißbrauch zurück, an deren Stelle kam jedoch seit 1948 wieder der Alkohol. Warum der einzelne Süchtige in seiner Konfliktsituation die Flucht in die Krankheit, den SM, die Betäubung oder das Verbrechen vorzieht, läßt sich schwer sagen. Auf jeden Fall bedeutet das Ausweichen in die Neurose eine Fehlhaltung oder Störung der Erlebnisverarbeitung, Mißverhältnis zwischen Willenskräften und Triebverlangen.

a) Diese Reaktion ist an kein Alter und an keine spezifische Krankheit gebunden, sondern findet sich

1. bei Schwachsinnigen und Beschränkten,
2. bei haltlosen, stimmungslabilen, selbstunsicheren, gehemmten Psychopathen, die a priori zur Sucht prädestiniert sind,
3. bei präpsychotischen und psychotischen Persönlichkeiten: Cyklothyme, Schizoide, Manisch-Depressive, Schizophrene, Epileptiker,
4. bei organisch Hirnkranken: Tumor, Cerebralsklerose, Hirnatrophie, Lues, Hirnverletzungen,
5. bei Neurotikern, zu denen die Fehlhaltung zählt,
6. bei Berufstrinkern,
7. bei sog. Normaltrinkern, die bis zum Beginn des Alkoholmißbrauchs völlig normal schienen.

Nach den Statistiken verteilen sich diese Diagnosen prozentual:

	Hoff	Stemplinger
Schwachsinn	10	2
Psychosen	9	20
Neurosen	24	18
Psychopathen	51	53
Unbekannt	6	—
Berufstrinker	—	7

Behandlungsmöglichkeiten

Betrachten wir die Behandlungsmöglichkeiten des Alkoholkranken unter dem Gesichtspunkt der Diagnose, dann werden wir sofort verstehen, daß eine einheitliche Behandlung nicht möglich ist.

Es stehen uns verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

1. die ambulante Fürsorge,
2. die offene Heilstätte,
3. das geschlossene Nervenkrankenhaus.

Wir sind uns wohl alle darüber einig, daß ausgesprochene Psychosen wie manisch-depressive Irresein, Schizophrenie, Epilepsie und im allgemeinen auch organisch Hirnkranke einer klinischen Behandlung zugeführt werden müssen. Aber auch primär asoziale, kriminelle, schwachsinnige Psychopathen werden verwahrt werden müssen, wenn die Situation eine Belassung innerhalb der Familie nicht mehr erlaubt.

b) Nachdem wir mit der Diagnose allein nicht weiterkommen, werden wir uns nach einem anderen Einteilungsprinzip umsehen müssen.

Wir unterscheiden Gelegenheits-, Genuß-, Kontakt- oder primäre Trinker und meinen damit alle diejenigen, die vorwiegend unter dem Einfluß der Umwelt dem Alkohol verfallen. Wir sprechen daher auch von exogenem Alkoholismus, im Gegensatz dazu vom vorwiegend endogenen Alkoholismus, wozu die Konflikts-Erleichterungs- bzw. sekundären Trinker zählen. Einteilungsprinzip wäre hier also das Motiv.

Je mehr die Umwelteinflüsse überwiegen, desto leichter müßte ein Behandlungserfolg zu erzielen sein; freilich darf hierbei nicht übersehen werden, daß der Kontakt allein nicht zur Trunksucht führt, wenn nicht

eine latente Suchtbereitschaft dahintersteckt. Sie ist daher als letzte Ursache anzusehen, weshalb ein Teil der Wirte, Vertreter, Dirnen alkoholkrank werden. Je stärker jedoch die Anlagefaktoren sind, desto bedeutungsloser werden die Umweltverhältnisse. Solche Menschen verfallen dem Suchtgift aus innerer Veranlagung, selbst unter den günstigsten äußeren Umständen. Ich kannte zwei Millionäre, die sich jeglichen Genuß leisten konnten, aber infolge ihrer inneren Leere und Unausgeglichenheit, ihres ausschließlichen Interesses am Dolcefarniente ohne Opiate und Alkohol nicht leben konnten, schließiich Erpressern in die Hände fielen und durch SM endeten, weil die Summe aller krankhaften, dekadenten Reize nicht mehr ausreichte, ihrem Leben einen Sinn zu geben.

Nichtsdestoweniger brauchen wir nicht alle Konfliktstrinker in Bausch und Bogen ungünstig zu beurtellen. Sie können mit recht gutem Erfolg auch ambulant behandelt werden, falls man die Ursache beseitigen und den guten Willen mobilisieren kann.

Einige Beispiele:

1950 wurde ein Polizeibeamter wegen Bestechung im Amt entlassen, es folgte die gerichtliche Bestrafung mit Bewährung, das Disziplinarverfahren. Der damit verbundene seelische Druck ließ ihn den Weg zum Alkohol finden. Nach Bereinigung aller Schwierigkeiten, Pensionierung auf halben Sold, Unterbringung in einem Geschäft bei guter Bezahlung, kam er bald seelisch wieder ins Gleichgewicht und hat seit Jahren nie mehr über den Durst getrunken, weil keine Veranlassung mehr dazu bestand, sich zu betäuben.

Eine Frau aus Jugoslawien, die der Ehemann als Kriegsgefangener kennenlernte, lebt hier in einer ihr wenig zusagenden Umgebung. Die Schwiegereltern, die in der gemeinsamen Wohnung leben, respektieren das einfache Bauernmädchen anscheinend zu wenig, sprechen abfällig von der „Bratkartoffelfreundschaft" ihres Sohnes, der zudem auf seine Eltern mehr hört als auf Frau und Kind. Sie geriet daher in eine reaktive Depression und wich in ihrem Kummer in die Neurose der Trunksucht aus. Sie wird sich aus dieser Konfliktsituation erst lösen, wenn sie der Ehemann mehr beachtet und eine ihrem Gehäuse entsprechende Umgebung schafft.

Ein Technlker verlor im Ausland seine Frau. Das Alleinsein, der Zwang, in die Wirtschaft zu gehen, führte zum Anschluß an einen Trinkerkreis und somit zum Alkoholmißbrauch. Um diesem Teufelskreis zu entrinnen, kam er kürzlich in die Heimat zurück, suchte sofort den Arzt auf, um wieder in geordnete Verhältnisse zu kommen. Die Prognose ist um so besser, als K. recht intelligent und willens ist, sich wieder zu resozialisieren.

e) Aus dem Gesagten geht wohl eindeutig hervor, daß Diagnose und Klärung der Ursachen wohl sehr wichtig sind, aber nicht entscheidend für die Wahl der Behandlungsart. Bleibt nur noch übrig, den Krankheitsverlauf zu untersuchen.

Phasen der Trunksucht

Wir wissen, daß die Trunksucht verschiedene Phasen durchläuft (Jellinek):

1. die symptomatisch-voralkoholische Phase: der Trinker berauscht sich kaum oder trinkt nur, bis er jenes Maß an euphorischer Zufriedenheit, an Mut oder Anregung bzw. Vergessen erreicht hat, das seine Angst, schlechte Laune oder Verstimmung, seinen Mangel an Auftrieb verflüchtigen läßt, ohne daß schon Erscheinungen des sozialen oder familiären Zerfalls zu beobachten wären. Der Trinker betrachtet den Alkohol lediglich als lebensnotwendige Medizin.
2. Die symptomatisch-prodromale Phase: Sie ist gekennzeichnet durch Steigerung der Trinkmengen, um die erwünschte Wirkung im Sinne des inneren Ausgleichs unter allen Umständen zu erreichen, wodurch allmählich mehr oder weniger starke Bewußtseinstrübungen, aber noch keine Rauschzustände aufzutreten pflegen. Gleichzeitig meldet sich der Beginn einer alkoholbedingten Persönlichkeitsveränderung mit sozial-familiären Schwierigkeiten.
3. Die kritische Phase, in der es zum völligen Verlust der Kontrolle kommt, insoferne die angestrebte Seelennarkose jedesmal nur durch den Vollrausch — daher der Name Rauschtrinker — zu erreichen ist, die individuelle Toleranzgrenze und somit der kritische Punkt überschritten und der Teufelskreis geschlossen ist. Der alkoholbedingte Abbau der Persönlichkeit hat inzwischen erhebliche Forischritte gemacht. Der Trinker wird einsichtslos, unbelehrbar, schiebt alle Schuld an der prekären Situation auf seine Umgebung oder die Verhältnisse, scheitert schließlich auch an der Arbeitsstelle, in der Familie, versandet wirtschaftlich völlig, macht Schulden, gerät in Verlogenheit, Egoismus, Brutalität, Rücksichtslosigkeit, verliert jegliches Ehrgefühl und Selbstachtung, bemitleidet sich selbst und vermag sich infolge der dauernden Katerstimmung und der sekundären Folgen seiner Trunksucht nicht mehr aufzuraffen und gleitet so in das
4. Stadium, in dem er nur mehr Sinn fürs Trinken hat, gleichgültig ob Bier, Wein oder Schnaps, Spiritus oder Wermut, der bekanntlich besonders rasch zu schweren körperlichen Vergiftungserscheinungen, zu Alkoholpsychosen und bei Jugendlichen auch zu Hirnatrophien führen kann.

L. Baumer, Bamberg, hat im Zuge einer differenzierten Diagnosenstellung bei 54 chron. Alkoholikern in 70% eine mehr oder weniger hochgradige Hirnatrophie feststellen können. Er fand auch eine gewisse Korrelation zwischen Stärke des psychischen Abbaues und Grades der Atrophie. Er nimmt daher an, daß eine nachgewiesene Hirnatrophie auch die Ursache des chronischen Alkoholismus sei.

Selbstverständlich gibt es auch Hirnatrophiker, die nicht trinken, und Trinker, die keine Atrophie aufweisen. Baumers Alkoholiker mit normalem Enzephalogramm (30 v. H.) zeigten dafür schon von Jugend auf ihre psychopathologischen Wesenszüge, sie sind offenbar identisch mit unseren psychopathischen Trinkern a priori. Außerdem können Hirnatrophien nicht selten die Folge des chron. Alkoholismus sein, namentlich bei jugendlichen Wermuttrinkern (Matrosen).

Zu den übrigen chronischen Alkoholpsychosen: Delir, Halluzinose, Paranoia, Epilepsie sowie zum SM oder kriminellen Entgleisungen von Trinkern, Dipsomanie bestehen anscheinend keine bestimmten Korrelationen.

Die Hirnatrophie besteht demnach in der Regel schon vor Beginn des Alkoholmißbrauchs und zeigt sich im Knick der Lebenslinie und des psychischen Abbaues, einer häufig motivlosen Verstimmung, einem ängstlichen Unruhezustand, einer mangelnden Belastungsfähigkeit im Sinne einer Störung der Erlebnisverarbeitung oder einer psyehlsehen Dekomposltion mit vegetativen Schmerzen und Schlaflosigkeit, ein Zustandsbild, das einer Depression ohne Gehemmtheit und tiefergreifendem Affekt ähnelt, aber ebenso schwierig abzugrenzen ist wie eine alkoholbedingte Euphorie von einer echten cyklothymen Heiterkeit.

Dieser seelische Hintergrund ist die Voraussetzung der psychologischen Dynamik des Suchtgeschehens, oder wenn Sie wollen, einer neurotischen Reaktionsfähigkeit oder der latenten Suchtbereitschaft, die wir ganz allgemein bei jedem Suchtgefährdeten, aber auch beim Hirnatrophiker finden, er lechzt nach einem seellschen Ausgleich wie der Durstende nach dem Quell oder der dekomponierte Herzkranke nach seiner Digitalis- oder Strophantindroge. Kommt er in dieser Situation mit dem Alkohol in Berührung, dann fällt der Groschen, er erkennt blitzartig, daß es etwas gibt, was geeignet ist, seine Leistung zu steigern, seinen Mut zu heben oder den Schleier des Vergessens zu vermitteln.

Die Diagnose des trunksüchtigen Hirnatrophikers umfaßt demnach die konstitutionellen Wesenszüge der Ausgangspersönlichkeit, die Symptome des atrophischen und alkoholbedingten psychischen Abbaues, die daher in der Regel nur bei klinischer Überprüfung einwandfrei zu stellen ist, wichtig für die Frage der Heilstätteneignung.

Ambulante Behandlung oder Heilstätte?

Welche Trinker eignen sich am besten für die ambulante Betreuung und wann ist es Zeit für die Einleitung einer Heilstättenkur?

Rekapitulieren wir das bisher Gesagte!

1. Echte Psychosen einschließlich der organischen Gehirnkrankheiten und der asozialen, kriminellen Psychopathen bedürfen ebenso der klinischen Behandlung wie das sog. 4. Stadium aller übrigen Alkoholkranken.
2. Bei der Auswahl sind die Diagnose, die Ursache und das Stadium der Trunksucht zu berücksichtigen.
3. Man denke auch daran, daß die Prognose bei Frauen im allgemeinen ungünstiger ist als beim Durchschnitt der Männer, denn Frauen sind vorwiegend Konflikts-, Männer vorwiegend Kontakttrinker.
4. Erfahrungsgemäß soll man das Alter der Heilstättenpatienten nicht zu hoch und nicht zu niedrig ansetzen (27 bis 60 Jahre).
5. Zur Domäne der ambulanten Behandlung zählt vor allem der Präalkoholismus, der exogene oder Kontakt-, Gelegenheits- oder Genußtrinker, der psychopathisch Haltlose, Gehemmte, Stimmungslabile, der noch über genügend guten Willen, ausreichende Intelligenz und einen ethischen Fond verfügt.

Ferner der neurotische Konfliktstrinker, soweit sie alle das 3. Stadium nicht überschritten haben. Grundsätzlich wird man bei diesen Trinkern stets erst einen Versuch der ambulanten Behandlung einleiten und sie erst nach wiederholten Rückfällen oder bei völlig fehlender ambulanter Betreuung einer offenen Heilstätte zuführen.

Für den Behandlungserfolg auf lange Sicht sind naturgemäß auch das häusliche Milieu, das Betriebsklima und eine lückenlose ärztlich-fürsorgerische Betreuung ausschlaggebend.

Bei drohender Gefahr des Abgleitens in die 3. Phase soll man mit der Einweisung in die Heilstätte nicht zögern. Es wäre demnach keineswegs verwunderlich, wenn die meisten Heilstättenkuren dort beantragt würden, wo eine ambulante Betreuung fehlt oder ungenügend erscheint.

Durch die kombinierte ambulante Behandlung mit Antabustbl. gelingt es heute nicht selten, einen Kranken wieder ins Lot zu bringen, der früher in eine Heilstätte hätte aufgenommen werden müssen. Dadurch kommt es zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Krankengutes der Heilstätte, wodurch unter Umständen die Prognose der Insassen ungünstiger ausfallen könnte. Doch stehen heute einer modernen Heilstätte auch neue Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die diesen Nachteil wieder auszugleichen vermögen.

Gelingt es, den Probanden schon im 1. Stadium des Präalkoholismus abzufangen, dann haben wir unsere Aufgabe im Sinne der Prophylaxe gelöst. Der systematische Ausbau einer weitverzweigten Fürsorge in Stadt- und Landkreisen würde mit relativ geringen Mitteln ein Absinken in die ungünstigeren Stadien verhindern und so erhebliche Unkosten der öffentlichen Hand, der Versicherungsträger, vermeiden lassen, und zwar durch Einsatz der örtlich zuständigen Karitaskreisfürsorgerinnen bzw. der Diakonissen. Diese Propbylaxe würde sich auf lange Sicht genauso bezahlt machen wie bei der Tbc oder der Bekämpfung der rheumatischen Erkrankungen. Leider sind wir von dieser Wunschvorstellung noch weit entfernt. Dies um so mehr, als es offenbar noch Versicherungsträger zu geben scheint, die glauben, innerhalb ihres Versorgungsgebietes gäbe es überhaupt keine Trinker.

Um die Mißerfolge in der ambulanten Fürsorge und den Heilstätten auf ein erträgliches Maß herabzudrücken, ist vor allem eine gründliche ärztliehe Untersuehung und Analyse der Ursachen der Trunksucht notwendig, denn ohne eine einwandfreie Diagnose ist eine kausale Behandlung umsonst und mit ihr der Erfolg fragwürdig.

Ich halte im Gegensatz zu anderen Kollegen und Klinikern eine jeweilige stationäre Überprüfung vor Beginn einer ambulanten Behandiung nicht für notwendig, aber auch nicht für möglich. Bei der chronischen Bettennot sollen alljährlich Tausende von Trinkern klinisch untersucht werden? Wie steht es mit der Kostenfrage, dem Einverständnis des Probanden, dem Verlust der Arbeitsstelle, des Verdienstes, der Versorgung der Familie in Abwesenheit des Vaters?

In einer Großstadt kann man die notwendigen klärenden Untersuchungen durch Fachärzte (EKG, EEG, Leberkontrolle usw.) jederzeit ambulant durchführen. Nur in Ausnahmefällen wird man daher auf eine Klinikaufnahme zurückgreifen müssen. Wir wissen genau, daß die Antabustbl. kein Heilmittel ist, aber im Rahmen der ambulanten Behandiung unentbehrlich geworden ist. Der Wille sie zu nehmen, ist die erste Voraussetzung für den Erfolg, daher das nette Bonmot: „Erst der Wille, dann die Pille!"

Sehr viele Rückfälle können mit ihrer Hilfe rasch und sicher abgefangen werden. Die Quote der auf diese

Weise sanierten, d. h. wieder sozial Gewordenen beträgt allenthalben auch bei uns 60 v. H.

Der Rest müßte mehr als bisher auf seine Eignung für eine Heilstättenkur überprüft werden. Bei einem Teil müßte diese Möglichkeit von vornherein verneint werden. Mitunter würde ein gelinder Druck von außen her, etwa ein drohender Scheidungsantrag, eine mögliche Verwahrung, der Verlust der Stellung oder eine gerichtliche Bestrafung nachhelfen.

Bei der geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten der Heilstätten — z. Z. ca. 400, das wären alljährlich 800 Kuren — muß die Auswahl nach einem besonders strengen Maßstab erfolgen, damit die Erfolgsquote möglichst hoch gehalten werden kann.

Das ärztliche Zeugnis muß sich über die Vorgeschichte, die Gesamtentwicklung der Person, die Belastung, das Familien-, Betriebsklima, die Ursachen des Alkoholmißbrauchs, über Krankheitsdiagnose und das Stadium der Trunksucht, das negative Ergebnis einer längeren ambulanten Behandlung auslassen. Zahl und Art der Rückfälle sollen dem zahlungswilligen Versicherungsträger ein genaues Bild der Persönlichkeit und der evtl. Erfolgsaussichten vermitteln, denn jede Fehlentscheidung würde zu einer unnützen Geldausgabe, zur Verschlechterung des Milieus der Heilstätte führen, da ein fragwürdiger Zugang wie ein fauler Apfel auch den Erfolg der übrigen Insassen in Frage stellen könnte. Das gilt vor allem bei Persönlichkeiten mit einer Mischsucht Alkohol plus Opiate oder Btm. Die Behandlung in einer offenen Heilstätte ist nach Ansicht der Experten der Weltgesundheitsorganisation ein notwendiger Bestandteil der heutigen Trinkerbehandlung, sie hat auch im Zeitalter der Antabusbehandlung ihre Bedeutung nicht verloren. Ihr Einfluß reicht vielmehr weit über den erfolgreichen Abschluß der Kur hinaus ins Leben der Familie und der Arbeitsstelle, dadurch, daß die Verbindung mit den „Ehemaligen" schriftlich und auch mündlich aufrechterhalten bleibt, wenn auch die örtlichen Beratungsstellen und Abstinenzvereine die unmittelbare Betreuung übernommen haben.

Daraus ergibt sich die Tatsache, daß eine unermüdliche und enge Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fürsorge und Heilstätte für einen Dauererfolg der Betreuten unabdingbar ist.

Ich habe versucht, die verantwortungsvolle Arbeit der ärztlichen Fürsorge aufzuzeichnen. Auf die dargelegte Weise müßte es gelingen, unsere Arbeit im Kampf gegen den Alkoholmißbrauch voranzutreiben und so ein Stück Erziehungsarbeit im Rahmen der Volksgesundung zu leisten.

Anschr.: München 23, Franz-Josef-Straße 10/II.

Die klinische Fortbildung in Bayern 1961

Die Teilnahme an nachstehenden Kursen ist noch möglich. Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der angekündigten Kurse teilnehmen wollen, bitten wir, sich n u r an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden, welche die Teilnehmer zu den Kursen einteilt.

1. INNERE KRANKHEITEN

23. bis 28. 10. 1961:
München, I. Med. Univ.-Klinik
Prof. Dr. Schwiegk

23. 10. bis 4. 11. 1961 (2 Wochen!):
München, I. Med. Klinik des Städt. Krankenhauses Schwabing
Prof. Dr. Stoermer, Prof. Dr. Begemann

30. 10. bis 4. 11. 1961:
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Doz. Dr. Blömer

1. bis 4. 11. 1961:
Bad Kissingen, Sanatorium „Kurheim Franken" der LVA Unterfranken
Leiter: Prof. Dr. Schulze, gemeinsam mit
Saale-Sanatorium der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Leiter: Dr. Brügel

13. bis 18. 11. 1961:
Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Prof. Dr. Wollheim

CHIRURGIE

23. bis 28. 10. 1961:
München, Chirurgische Univ.-Klinik
Prof. Dr. Zenker

23. bis 28. 10. 1961:
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Prof. Dr. Maurer

6. bis 11. 11. 1961:
Erlangen, Chirurgische Univ.-Klinik
Prof. Dr. Hegemann

6. bis 11. 11. 1961:
Würzburg, Chirurgische Univ.-Klinik
Prof. Dr. Wachsmuth

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

6. bis 11. 11. 1961:
Würzburg, Univ.HNO-Klinik
Prof. Dr. Wullstein (für Allg. Praktiker)

FRAUENKRANKHEITEN

23. bis 28. 10. 1961:
Erlangen, Univ.-Frauenklinik
Prof. Dr. Dyroff

6. bis 11. 11. 1961:
Würzburg, Univ.-Frauenklinik
Prof. Dr. Schwalm

Das Urteil gegen Dr. Issels

Am 31. Juli 1961 verkündete der Vorsitzende der 2. Großen Strafkammer des Landgerichts München II, Landgerichtsdirektor Dr. Klaus Seibert, folgendes Urteil:

Dr. Josef Issels wird wegen dreier sachlich zusammentreffender Vergehen der fahrlässigen Tötung zu einer Gesamtstrafe von einem Jahr Gefängnis verurteilt.

Auf die Strafe wird die Untersuchungshaft angerechnet.

Im übrigen wird der Angeklagte freigesprochen.

Soweit der Angeklagte verurteilt wird, hat er die Kosten des Verfahrens zu tragen. Soweit er freigesprochen wird, fallen die ausscheidbaren Kosten der Staatskasse zur Last.

DIE VORLÄUFIGE MÜNDLICHE URTEILSBEGRÜNDUNG

I.

Bei dem großen Interesse, das der Prozeß gegen den Angeklagten Dr. Issels in der Öffentlichkeit gefunden hat, und bei den zahlreichen Mißverständnissen, die hinsichtlich Zweck und Ziel des Verfahrens entstanden sind, ist die Versuchung übergroß, der Begründung des eigentlichen Schuld- und Strafausspruches sozusagen einen allgemeinen Teil voranzustellen und sich insbesondere mit den durch den Prozeß aufgeworfenen Fragen, die um das so heiß umstrittene Problem der Krebskrankheit kreisen, vor allem aber mit der ganzen Problematik dieses Prozesses auseinanderzusetzen. Dieser Versuchung muß jedoch widerstanden werden. Gegenstand dieser Urteilsbegründung darf nur sein, was auch Gegenstand der Beratung aller Richter gewesen ist. Da sich diese Beratung aber nur darauf erstreckte — und auch nur darauf erstrecken durfte —, inwieweit sich der Angeklagte im strafrechtlichen Sinne schuldig gemacht hat, haben Erörterungen, die über den aktuellen Anlaß der Rechtsfindung hinausgreifen, in dieser wie auch der nachfolgenden schriftlichen Begründung keinen Platz, denn sie würden immer nur die Meinung eines einzelnen Mitgliedes dieses Gerichts wiedergeben.

II.

Gleichwohl müssen zu Beginn einige allgemeine Feststellungen getroffen bzw. wiederholt werden, die auch bei der Urteilsfindung eine Rolle gespielt haben und damit Beratungsgegenstand waren.

1. Da ist zunächst auf den im Laufe des Verfahrens schon des öfteren zur Sprache gekommenen Umstand zu verweisen, daß das Gericht *nicht über die Wirksamkeit der internen Therapie des Angeklagten zu befinden hatte.* Daß es dazu auch gar nicht in der Lage gewesen wäre, ergibt sich mit besonderer Deutlichkeit aus der Bekundung des Sachverständigen Prof. Dr. Schulten, der erklärte, daß es eines Weltärztekongresses bedürfte, um über die Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit der zahllosen vom Angeklagten angewandten Mittel ein abschließendes Urteil fällen zu können, sofern man von den in der Ringberg-Klinik zeitweise durchgeführten obskuren Behandlungsmethoden, die auch das Gericht als wertlos erkennen konnte, absieht. Wenn sich das Gericht dennoch im ersten Teil des Verfahrens einen Überblick über die in der Ringberg-Klinik durchgeführte Therapie zu verschaffen versuchte, so geschah dies lediglich deshalb, weil es die sieben konkreten Fälle ja nicht sozusagen im leeren Raum verhandeln konnte, sondern zuerst den Hintergrund aufhellen mußte, vor dem sich der Angeklagte und sein Verhalten plastisch abzeichneten. Das allein war Sinn und Zweck der Beschäftigung mit der Isselsschen Therapie. Daß dieser Zweck insofern erreicht wurde, als das Gericht damit bereits tiefe und für die Entscheidung wichtige Einblicke in die Persönlichkeitsstruktur des Angeklagten gewann, wird inzwischen jedem aufmerksamen Prozeßbeobachter klargeworden sein.

2. Eine weitere Feststellung allgemeiner Art, die ebenfalls nicht als Ausdruck persönlicher Meinung, sondern als Beratungsergebnis verstanden werden muß, betrifft *das Problem des Außenseitertums in der Medizin*, das im Laufe des Prozesses in zahlreichen Presseveröffentlichungen immer wieder in den Vordergrund geschoben wurde. Noch törichter als die Erwartung, das Gericht werde über die Richtigkeit der Isselsschen Therapie entscheiden, ist die Auffassung, es habe in diesem Verfahren eine Art Schiedsrichterrolle zwischen Schulmedizin und medizinischem Außenseitertum übernommen. Davon kann nicht im entferntesten die Rede sein. Abgesehen davon, daß der Angeklagte nach seiner eigenen Darstellung als Verfechter einer sogenannten Kombinationstherapie gar nicht als Außenseiter, sondern eher als modifizierter Schulmediziner anzusehen ist, steht das Gericht auf dem Standpunkt, daß dem Außenseitertum in Wissenschaft und Forschung eine zwar bedeutsame Rolle zufällt, daß es aber am Krankenbett allein auf die volle Kenntnis und Ausschöpfung aller zur Verfügung stehender wissenschaftlicher Methoden der Diagnostik und Therapie ankommt und daß es einen ärztlichen Kunstfehler darstellt, wenn wissenschaftliche Methoden, über deren Wert und Bedeutung keine Diskussion mehr möglich ist, außer acht gelassen werden.

3. Weiter wäre in diesem Zusammenhang noch zu dem vielfach erhobenen Vorwurf Stellung zu nehmen, das Gericht habe dem Angeklagten die Möglichkeit genommen, durch das *Aufzeigen von Heilerfolgen* die Richtigkeit seiner Therapie unter Beweis zu stellen. Wenn das Gericht vom ersten Tag an sich der Aufrollung dieses Komplexes widersetzt hat, so geschah dies deshalb, weil für die *strafrechtliche* Entscheidung, die es zu treffen hatte, die Frage der Heilerfolge nicht gestellt werden mußte. Eine weitergehende Legitimation für die Prüfung einer Frage als deren Rechtserheblichkeit aber gibt es für das Gericht nicht. Wenn, wie eine Zeitung schrieb, die Öffentlichkeit ein Recht habe, zu erfahren, ob der Angeklagte mit seiner internen Therapie Heilerfolge erzielte, so ist das Gericht für die Geltendmachung dieses Rechts der falsche Adressat.

4. Und schließlich noch ein Wort zum *Sachverständigenproblem.* Schon gleich zu Beginn des Verfahrens ist das ungute Wort gefallen, daß man es also wieder einmal mit einem Sachverständigen-Prozeß zu tun

habe, „geradeso, als ob es niemals einen Rohrbach-Reinfall gegeben habe" (Hannoversche Presse). Nun, in den vergangenen sechs Wochen wird wohl allen, die diesen Prozeß mit Aufmerksamkeit verfolgt haben, klargeworden sein, daß es sich hier nicht um einen Sachverständigenprozeß im üblichen Sinne handelte. Von einem solchen könnte allenfalls die Rede sein, wenn es um Probleme gegangen wäre, zu denen das Gericht keinen Zugang gehabt hätte. Dies mag für manchen Indizienprozeß gelten, wo es z. B. auf das Vorhandensein von Giftspuren im Körper, die Feststellung von Urkundenfälschungen, die Sicherung von Fingerabdrücken, also um rein technische Probleme geht, die vom Sachverständigen sozusagen unter Ausschluß des Gerichts, dem hier jede Sachkunde fehlt, gelöst werden. Nicht so in diesem Verfahren. Durch intensive Befassung mit den Grundlagen des Krebsproblems, den verschiedenen Heilmethoden und Heilungsaussichten ist das Gericht in die Lage versetzt gewesen, das, was ihm von den selbstverständlich nicht entbehrlichen Gutachtern vorgetragen wurde, nicht kritiklos hinzunehmen, sondern sich seine eigene Meinung darüber zu bilden und dem Sachverständigen damit den Platz zuzuweisen, der ihm im Strafprozeß zukommt, nämlich den eines Gehilfen des Gerichts. Es soll damit nicht zum Ausdruck gebracht werden, das Gericht hätte sich angemaßt, rein medizinische Fragen, unabhängig vom Urteil der Sachverständigen, auf Grund seiner — natürlich nur fragmentarischen — Sachkunde zu entscheiden, es sah sich aber in allen Phasen dieses Prozesses doch stets in die Lage versetzt, die medizinischen Gutachten nicht unbesehen hinzunehmen, sondern sie zu wägen und bei auseinandergehenden Ansichten sich für diese oder jene auf Grund eigener Überzeugungsbildung zu entscheiden.

III.

Wenn im folgenden zum Schuldspruch in den dem Angeklagten zur Last gelegten Einzelfällen Stellung genommen wird, so kann es sich dabei selbstverständlich nicht um eine Wiedergabe des umfangreichen Beratungsergebnisses, sondern nur *um das Gerüst einer summarischen Begründung* handeln. Dabei soll zunächst mit den Fällen der *fahrlässigen Tötung* begonnen werden.

1. DER FALL WIESINGER:

Hier, wie auch in den übrigen drei Fällen, lag dem Angeklagten zur Last, einen *operablen* Krebskranken, der sich in seine Behandlung begeben hatte, ausschließlich mit den Mitteln seiner internen Therapie behandelt zu haben, obwohl er auf Grund seiner medizinischen Ausbildung und beruflichen Erfahrung wußte oder wissen mußte, daß *nur Operation oder Bestrahlung* einen optimalen Heilungserfolg verbürgten. Durch dieses pflichtwidrige Verhalten habe er — so nimmt die Anklage an — den vorzeitigen Tod des so behandelten Patienten fahrlässig verursacht.

Der Angeklagte hat im Fall Wiesinger, einem an Penis-Ca erkrankten 62jährigen Mann, *nicht bestritten, daß er mit der von ihm durchgeführten internen Therapie das Leiden nicht habe zum Stillstand bringen können und daß seine Behandlungsmethode somit für eine wirksame Bekämpfung der Erkrankung nicht ausgereicht habe.* Er hat weiter zugegeben, daß nur eine Operation mit evtl. nachfolgender Bestrahlung geeignet gewesen wäre, das Tumorwachstum zu bekämpfen. Er hat sich jedoch damit verteidigt, daß er dem Patienten Wiesinger wiederholt nachdrücklich die Operation empfohlen, *daß dieser aber ebenso nachdrücklich eine solche abgelehnt habe.* Mit letzterer Einlassung konnte er jedoch keinen Erfolg haben.

Nicht widerlegbar ist dem Angeklagten allerdings, daß der Patient Wiesinger *während seines ersten Aufenthaltes in der Ringberg-Klinik im Sommer 1954* auf Grund seines starken Hanges zu einer „biologischen", also unblutigen Behandlungsweise, die angezeigte Operation oder Bestrahlung auch dann abgelehnt hätte, wenn sie ihm *seinerzeit* vom Angeklagten angeraten worden wäre, zumal der Befund damals noch ein relativ harmloser war, insbesondere Metastasen noch nicht bestanden. Da somit in diesem Zeitpunkt ein nachdrücklicher Hinweis des Angeklagten auf die Notwendigkeit einer Operation *möglicherweise ohne Wirkung geblieben, die Unterlassung des gebotenen Hinweises auf die damals bereits dringend angezeigte Operation für den Erfolg, d. h. den Tod, also nicht mit Sicherheit kausal gewesen wäre,* erübrigte es sich, das Verhalten des Angeklagten während des ersten Aufenthalts des Wiesinger in der Ringberg-Klinik einer näheren sachlichen und rechtlichen Prüfung zu unterziehen.

Anfang Januar 1955 wurde Wiesinger dann zum zweiten Male in der Ringberg-Klinik aufgenommen. Damals war nicht nur das Tumorwachstum fortgeschritten, sondern es war auch bereits eine Metastase in der Leistengegend tastbar. Bereits wenige Tage nach seinem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik begab sich Wiesinger heimlich in die Chirurgische Universitätsklinik nach München, wo er sich von dem Zeugen Dr. Mayer eingehend untersuchen und *darüber belehren ließ, daß nunmehr eine sofortige Operation angezeigt sei.* Wiesinger erklärte damals dem Dr. Mayer, *er sehe nunmehr auf Grund seiner Belehrung ein, daß er um die Operation nicht herumkomme, und bat um unverzügliche Aufnahme in der Chirurgischen Klinik zum Zweck der Vornahme der Operation.* Darauf hin bestellte Dr. Mayer den Wiesinger, der sich bei dieser Gelegenheit gleich ein Bett reservieren ließ, auf den nächsten Tag. Anschließend kehrte Wiesinger in die Ringberg-Klinik zurück, um seine Sachen zu holen. Dort erzählte er, wie auf Grund der glaubhaften Aussage seiner Witwe, der Zeugin Wiesinger, feststeht, *dem Angeklagten von seinem Besuch in München und dem dort erteilten Rat zur sofortigen Operation.* Der Angeklagte äußerte sich, wie Wiesinger später seiner Frau schrieb, hierzu weder positiv noch negativ, *sondern erklärte lediglich dem Sinne nach, daß ihm bei einer solchen Operation „alles weggeschnitten werde".* Unter dem Eindruck dieser Äußerung verließ den Patienten Wiesinger wieder der Mut, *er gab den Operationsplan auf und nahm weiterhin die interne Therapie des Angeklagten in Anspruch.* Die Folge war, daß sich sein Zustand immer mehr verschlechterte. Nachdem er im Februar 1955 die Klinik wieder verlassen und bis Mai 1955 dort noch zur ambulanten Behandlung in regelmäßigen Abständen erschienen war, brach er schließlich auch diese verärgert ab, wobei er seiner Frau als Grund angab, daß ihm *nunmehr* auch der Angeklagte zur Operation geraten und damit zu erkennen gegeben habe, daß auch *er* mit seinem Latein zu Ende sei. Im Juni 1955 ließ sich Wiesinger schließ-

lich auf Anraten eines Heilpraktikers in der Universitätsklinik in Erlangen operieren, wobei er sowohl dem Vorstand der Klinik, Prof. Henning, sowie der die Anamnese aufnehmenden Ärztin v. Andrian, nach deren glaubwürdigem Zeugnis erklärte, *der Angeklagte und sein Hausarzt Rink hätten ihm von einer Operation abgeraten.* Am 23. 9. 1955 erlag Wiesinger seinem Krebsleiden.

Auf Grund dieses erwiesenen Sachverhalts steht zur Überzeugung des Gerichts fest:

1. Daß der Angeklagte, obwohl er auf Grund des eigenen Befundes und der ihm durch Wiesinger Anfang Januar 1955 bekanntgewordenen Auffassung der Chirurgischen Klinik in München wußte, daß nunmehr höchste Gefahr im Verzuge war, *es unterließ, dem Patienten eindringlich die Befolgung des Operationsrats ans Herz zu legen, sondern ihm im Gegenteil die abschreckenden Folgen eines solchen Eingriffes vor Augen stellte.*

2. Daß er dadurch den trotz seiner Abneigung gegen jede Operation damals dazu bereiten Patienten von seinem Vorhaben wieder abbrachte.

Daß dieses Verhalten des Angeklagten angesichts der in der Rechtsprechung (LM Nr. 6 zu § 230) entwickelten Forderung, *ein Arzt müsse, wenn er die Notwendigkeit eines Eingriffs erkenne, den Kranken eindringlich auf die Duidung des Eingriffs hinweisen, eine Pflichtverletzung darstellt,* bedarf ebensowenig einer Begründung, wie die Tatsache, daß für ihn als den ausgebildeten Mediziner und Spezialkrebsarzt *die Folgen einer Unterlassung des Eingriffs vorhersehbar waren,* daß er also *fahrlässig* im Sinne des Gesetzes gehandelt hat.

Fest steht aber auch, *daß dieses pflichtwidrige Handeln für den vorzeitigen Tod des Wiesinger ursächlich geworden ist,* denn hätte der Angeklagte, wie es seine Pflicht gewesen wäre, den *damals* zur Operation entschlossenen Wiesinger in seinem Entschluß unterstützt, dann hätte dieser nach Überzeugung des Gerichts die Operation gleich durchführen lassen. *Denn es ist nicht einzusehen, warum Wiesinger, der dem Rat des Angeklagten, dem er voll vertraute, diesem weniger zu folgen bereit gewesen wäre, als dem des ihm bis dahin unbekannten Dr. Mayer.* Wenn er unter dem Eindruck der Haltung des Angeklagten von der Operation Abstand nahm, *dann kann dies nicht als eine freie, autonome Willensentscheidung des Wiesinger gewertet werden,* denn von einer solchen könnte man *nur sprechen, wenn Wiesinger trotz Aufklärung seitens des Angeklagten über den ihm empfohlenen erfolgversprechenden Behandlungsweg und der durch ihn eröffneten optimalen Erfolgsaussicht* (Bundesgerichtshof, Urteil vom 21. 6. 1960) *seinen Operationsentschluß aus freien Stücken aufgegeben hätte.* Nur in diesem Falle wäre es erlaubt, im damaligen entscheidenden Zeitpunkt von Wiesinger als einem wirklichen *„Operationsverweigerer"* zu sprechen, ein Begriff, über den später noch einiges zu sagen sein wird.

Daß die Zeit bis Mitte Januar 1955 tatsächlich der entscheidende Zeitpunkt war, ergibt sich aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Gottron. Dieser verschaffte auf Grund eingehender Ausführungen dem Gericht die Überzeugung, daß im Hinblick auf das damalige vermutliche Vorhandensein einer Metastase in der Leistengegend durch eine Operation möglicherweise zwar eine Dauerheilung des Krebses nicht mehr zu erzielen gewesen wäre, *daß aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nach dem gesamten Krankheitsbild eine nicht unbeträchtliche Lebensverlängerung über den tatsächlichen Todestag, also den 23. 9. 1955, hinaus, zu erreichen gewesen wäre.* An der Richtigkeit dieses Gutachtens, das im Einklang steht zu dem Verhalten des sachverständigen Zeugen Dr. Mayer, der auf Grund der von ihm selbst vorgenommenen Untersuchung, also auf Grund genauer Kenntnis des Befundes, eine Operation im Januar 1955 noch für durchaus erfolgversprechend hielt, bestehen vernünftige Zweifel um so weniger, als es sich bei Prof. Gottron um einen Gelehrten von internationalem Ruf *mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiet des Penis-Ca* handelt.

Anlaß zu solchen Zweifeln — und das soll gleich an dieser Stelle erklärt werden — *gab auch nicht die von Prof. Leicher in dem noch zu erörternden Fall Vogel vorgetragene Auffassung, es sei beim Krebs, gleichgültig um welche Form, welches Stadium und welchen Patienten es sich handle, niemals möglich, die Behauptung aufzustellen, daß eine Operation mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine auch nur lebensverlängernde Wirkung erzielen könne.* Diese Meinung, mit der sich Prof. Leicher in scharfen Gegensatz zu seinen Kollegen Prof. Gottron, Prof. Herrmann und Prof. Zenker setzte, *scheint dem Gericht in dieser allgemeinen Form unhaltbar.* Auch wenn es sich bei Krebs um eine Krankheit handelt, deren Entstehung und Verlauf noch weitgehend unerforscht sind, so *ist es nach dem Erfahrungsschatz, wie er in den letzten Jahrzehnten zusammengetragen wurde, einerseits und der Vervollkommnung der Operations- und Bestrahlungstechnik andererseits doch möglich, bis zu einem gewissen — allerdings relativ frühen — Stadium eine sichere Prognose über den Erfolg einer Operation im Sinne einer Heilung, auf alle Fälle aber im Sinne einer nicht unbeträchtlichen Lebensverlängerung zu stellen.* Dies gilt, wie dem Gericht auf Grund eigener Beschäftigung mit dieser Materie bekannt ist, *besonders für die hier in Betracht kommenden Krebse, nämlich den Hautkrebs, den Kehlkopfkrebs und das Mamma-Ca.* Prof. Zenker, einer der führenden Chirurgen Deutschlands, *mit einer ausgedehnten Operationserfahrung bei Karzinomen, hat diese Auffassung ausdrücklich bestätigt.* Da sich seine Ansicht mit der von Prof. Gottron und Prof. Herrmann, ebenfalls zwei in der Ca-Behandlung äußerst erfahrenen Medizinern deckt, *sah sich das Gericht nicht gedrängt, die abweichende Meinung von Prof. Leicher einer weiteren Nachprüfung zu unterziehen.* Dazu bestand um so weniger Anlaß, als keinesfalls gesagt werden kann, Prof. Leicher verfüge über Forschungsmittel, die denen der anderen drei Gelehrten überlegen seien. Dies ergibt sich schon bei einem Vergleich der Größe der von ihnen geleiteten Kliniken. Das Gericht ist also, um es nochmals nachdrücklichst zu betonen, der Überzeugung, *daß mindestens bei den hier in Betracht kommenden Krebsformen, also dem Hautkrebs, dem Kehlkopfkrebs und dem Brustkrebs bis zu einem gewissen Stadium, das man als Steinthal I bezeichnet, sichere Heilungs-, jedenfalls aber Lebensverlängerungsprognosen gestellt werden können.* Dabei muß ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß

diese Überzeugung *nicht* beeinflußt wurde von dem kriminal-politischen, allerdings sehr bedeutsamen, Gedanken, daß im Falle der Unmöglichkeit, auch in diagnostisch völlig klaren Früh-Fällen, Aussagen über den Kausalverlauf zu machen, dazu führen müßte, daß auf dem Gebiet der Krebsbehandlung jedem Kurpfuschertum, z. B. à la Gröning, Tür und Tor geöffnet würde, denn es würde sich, da jede Bestrafung den Nachweis der Kausalität verlangt, fortan im straffreien Raum bewegen.

Zusammenfassend ist also zum Fall Wiesinger festzustellen, daß der *Angeklagte durch Verletzung der ihm als behandelnder Arzt obliegenden Sorgfaltspflicht, in der Form der Aufklärungs- und Beratungspflicht den vorzeitigen Tod des Patienten, der für ihn vorhersehbar war, fahrlässig verursacht* und sich damit eines Vergehens *der fahrlässigen Tötung im Sinne des § 222 StGB* schuldig gemacht hat.

2. DER FALL VOGEL:

Auch in diesem Falle hat der Angeklagte seine Aufklärungs- und Beratungspflicht in fahrlässiger Weise verletzt. Bei diesem Patienten handelte es sich um einen Kranken mit einem Kehlkopf-Ca, *dessen Operation ihm in der Universitätsklinik in Tübingen Anfang November 1958 dringend nahegelegt worden war.* Vogel, der die mit der Operation verbundene Verstümmelung fürchtete, suchte daher zunächst die Ringberg-Klinik auf, um sich dort, wie es in dem Arztbrief des Zeugen Dr. Ruoff von der Universitätsklinik vom 5. 11. 1958 hieß, „beraten" zu lassen. Auch Vogel war also kein strikter „Operationsverweigerer", was sich aus der glaubhaften Aussage seiner als Zeugin vernommenen Ehefrau Frieda Vogel ergibt, die bekundete, *daß ihr Mann auf den Operationsrat der Universitätsklinik erklärte: „Wenn es sein muß, muß man eben operieren."* Er war also, wie auch alle anderen hier in Rede stehenden Kranken, ein *Operationszauderer*, der um den Eingriff herumkommen wollte, *aber keinesfalls um den Preis seines Lebens.*

Hier wäre unter Bezugnahme auf das zu diesem Thema früher Gesagte einzuflechten, daß es nach den Bekundungen der Professoren Dr. Schulten und Dr. Lindemann den *„Operationsverweigerer" so gut wie überhaupt nicht gibt.* Lediglich *unter Psychopathen oder Angehörigen bestimmter Sekten* findet man gelegentlich Personen, die auch um den Preis ihres Lebens die Operation verweigern, *die dann aber auch keinen Zweifel darüber lassen, daß sie das Risiko des Todes auf sich zu nehmen bereit sind.* Keiner der hier in Betracht kommenden Patienten hat sich jemals in diesem Sinne geäußert und keiner wäre auch zu einem solchen Opfer bereit gewesen. Wie Prof. Schulten, ein erfahrener Kliniker, mitteilte, ist es ihm noch in jedem Falle gelungen, Personen, die die Vornahme einer notwendigen Operation aus welchen Gründen auch immer zunächst ablehnten, *durch sachliche Argumente zu überzeugen und dazu zu bringen, den Eingriff vornehmen zu lassen.* Kranke, die nach umfassender Aufklärung über die Behandlungswege und ihre Erfolge *in unbeeinflußter freier Entscheidung die Operation ablehnen,* und zwar in klarer Erkenntnis aller sich daraus ergebenden Konsequenzen, sind nach Prof. Schulten in der Praxis eine ungewöhnliche Seltenheit. Daß Wiesinger, Vogel, Matzeit und Frau Warnken zu ihnen gehört haben sollten, hält das Gericht, auch wenn man von dem übrigen Beweisergebnis in dieser Richtung absieht, für ausgeschlossen, *wobei vor allem die Tatsache nicht zu übersehen ist, daß ja auch diese Patienten, mit Ausnahme Vogels, der inzwischen inoperabel geworden war, die Operation schließlich, wenn auch zu spät, an sich vornehmen ließen.* Sie alle begaben sich in die Ringberg-Klinik, weil sie auf Grund einer weitverbreiteten Meinung *hofften,* dort ihr Leiden *ohne Messer* ausheilen zu können. Das war auch dem Angeklagten bekannt. *Um so mehr wäre er verpflichtet gewesen, diesen Irrtum bei den operablen Kranken auszuräumen und sie mit besonderem Nachdruck auf die Notwendigkeit, sich der klassischen Behandlungsmethoden zu bedienen, hinzuweisen.* Bei der *ungewöhnlichen Autorität,* die er bei seinen Patienten besaß und die schon daraus hervorgeht, *daß sie sich ohne Widerstand den meist recht unangenehmen Behandlungsmethoden, insbesondere der Herdsanierung durch Zahnextraktionen und Tonsillektomie, der Ringberg-Klinik unwidersprochen fügten,* wäre es ihm nach der festen Überzeugung des Gerichts durchaus gelungen, *mit dem Gewicht seiner Persönlichkeit und den teilweise von ihm angewandten suggestiven Beeinflussungsmethoden die operablen Fälle zur Operation zu bewegen.* Das aber hat er nicht getan, sondern er hat im Gegenteil, wie im Falle Wiesinger bereits dargetan wurde und in den übrigen Fällen noch zu schildern sein wird, die *Operationsabneigung* der Kranken unterstützt und sie damit für seine interne Therapie gewonnen. Daß unter diesen Umständen von einer freien, unbeeinflußten Willensentscheidung bei diesen *Operationszauderern* nicht die Rede sein kann, bedarf keiner weiteren Begründung.

Der Angeklagte hat also auch im Falle Vogel grob pflichtwidrig gehandelt, indem er diesen Patienten, der, wie aus dem Arztbrief des Dr. Ruoff hervorgeht, „seinen Rat einholen" wollte, nicht über den nach seiner eigenen Einlassung auch von ihm als notwendig erkannten Operationsweg aufgeklärt, sondern ihm die Inanspruchnahme seiner internen Therapie nahegelegt

Cefadysbasin®
TROPFEN
TABLETTEN
AMPULLEN
CEPAK KEMPTEN
PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

hat. Daß sich der Angeklagte im Falle Vogel der *Pflichtwidrigkeit seiner Handlungsweise in besonderem Maße bewußt war*, beweist im übrigen der Umstand, daß er *nachträglich* in einer äußerst unkorrekten Weise die Medizinalpraktikantin Dr. Tapolski beauftragte, *das von ihr geführte Krankenblatt in dem Sinne umzuschreiben, daß sich Vogel trotz Belehrung geweigert habe, die Operation vornehmen zu lassen.* Es ist bezeichnend, daß er auf diesem Auftrag sogar dann noch bestand, als die Zeugin, wie sie glaubhaft versicherte, äußerte, daß Vogel eine derartige Erklärung nicht abgegeben habe.

Trotzdem konnte sich das Gericht *in diesem Fall zu einer Verurteilung des Angeklagten nicht entschließen*, und zwar deshalb nicht, weil es sich nicht völlig davon zu überzeugen vermochte, *daß das Leben Vogels, als er im November 1958 in die Ringberg-Klinik kam, mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gerettet oder doch erheblich verlängert worden wäre, wenn er sich noch in diesem Monat hätte operieren lassen.* Zwar hat der vorbehandelnde Arzt, Prof. Schwarz aus Tübingen, als sachverständiger Zeuge bei seiner ersten Einvernahme erklärt, daß bei einer Operation um diese Zeit das Leben des am *6. 7. 1959* verstorbenen Kranken *für 2 bis 3 Jahre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verlängert worden wäre.* Bei einer späteren Einvernahme schwächte er aber seine Aussage dahin ab, daß nur mit *„großer Wahrscheinlichkeit"* eine solche Verlängerung vorauszusagen gewesen wäre; mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte man allenfalls *eine Lebensverlängerung von sechs Monaten prophezeien können*, einer Auffassung, der Prof. Leicher, der ja, wie bereits erwähnt, generell jede Möglichkeit einer sicheren Prognose beim Krebs in Abrede stellte, *mit der Behauptung entgegentrat, daß auch ein solcher Zeitraum nicht habe vorausgesagt werden können.* Mit Rücksicht *auf das Schwanken des sachverständigen Zeugen Prof. Schwarz*, ferner der Tatsache, daß bei Vogel im November 1958 bereits eine *Metastasenbildung festzustellen war* und daß Dr. Ruoff, der Oberarzt der Tübinger Klinik, in seinem Arztbrief an den Angeklagten vom 5. 11. 1958 *den Befund bereits selbst als „dubios" bezeichnet hatte*, konnte sich das Gericht *nicht entschließen, den geforderten ursächlichen Zusammenhang zwischen der durch das pflichtwidrige Verhalten des Angeklagten unterbliebenen Operation und den bereits im Juni 1959 eingetretenen Ende* des Patienten als mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit bewiesen anzusehen. Zwar besteht nach wie vor eine *hochgradige Vermutung*, daß Vogel im Falle einer Operation *länger als nur bis zum 6. 7. 1959 gelebt hätte*, doch reicht diese Vermutung nicht aus, um den Angeklagten trotz Erfüllung der Tatbestandsmerkmale des § 222 StGB[1]) in diesem Falle schuldig zu sprechen. Es mußte daher insoweit auf Freispruch mangels Beweises erkannt werden.

3. DER FALL MATZEIT

Anders verhält es sich wiederum mit dem Patienten M. Dieser litt ebenfalls an einem *Kehlkopf-Ca, das aber im Gegensatz zu Vogel noch keine Metastasen gesetzt hatte und auf den inneren Kehlkopfkörper beschränkt war.* In Düsseldorf und Krefeld war ihm daher dringend geraten worden, die unter diesen Umständen besonders erfolgversprechende Operation alsbald vornehmen zu lassen. Da auch M. den Eingriff scheute und insbesondere im Hinblick auf zwei Todesfälle, die im Anschluß an eine Operation in seiner Familie aufgetreten waren, fürchtete, das gleiche Schicksal zu erleiden, suchte er eine ganze Reihe von Ärzten auf, *die ihm aber alle keinen anderen Rat geben konnten, als sich alsbald operieren zu lassen.* So kam es, daß M. seine Scheu vor dem Eingriff überwand und, wie seine Ehefrau, die Zeugin Anni Matzeit, glaubhaft bekundete, *sich Anfang 1959 zu einer Operation durchgerungen hatte.* In dieser Zeit las er in einer Zeitung, daß in der Ringberg-Klinik der Krebs auch ohne Messer behandelt und geheilt werde. Dies veranlaßte ihn, sich mit seiner Frau nach Rottach zu begeben, wo ihm der Angeklagte, wie die Zeugin Anni Matzeit aussagte, erklärte, *das, nämlich der Befund, sei eine „Kleinigkeit", die er in 2 bis 3 Wochen beheben werde.* Diese zuversichtliche Äußerung veranlaßte M., seine Operationspläne wieder aufzugeben und es mit der internen Therapie des Angeklagten zu versuchen, obwohl er ein gewisses Mißtrauen hegte und eigentlich mit seiner Frau lieber wieder nach Hause gefahren wäre, um sich in Düsseldorf operieren zu lassen. Er wurde jedoch vom Angeklagten zum Bleiben bewogen, der auch auf Frau M. in dem Sinne einwirkte, sie solle ihren Mann bestimmen, sich der erfolgversprechenden Kur in der Ringberg-Klinik zu unterziehen. Er *tat dies, obwohl er nicht nur aus Berichten der vorbehandelnden Ärzte und der Erklärung des Patienten selbst, sondern vor allem auch durch einen gleich nach der Aufnahme erhobenen und schriftlich niedergelegten Untersuchungsbefund seines eigenen HNO-Arztes Dr. Tross erfuhr, daß eine sofortige Operation ratsam* und die Durchführung der internen Therapie erst *nach* der Operation vorzunehmen sei. Alle diese Informationen und Hinweise *schlug der Angeklagte jedoch in den Wind und unterließ es wiederum pflichtwidrig, den Patienten M. auf die Notwendigkeit eines sofortigen operativen Eingriffs hinzuweisen*, bei dem es sich nach den Angaben seiner Frau keineswegs um einen „Operationsverweigerer" im oben besprochenen Sinne handelte. Wie der sachverständige Zeuge Dr. Witzmann, der Stationsarzt des Kranken, vielmehr eidlich bekundete, hatte M. zwar große Angst vor der Operation, doch gewann der Zeuge den sicheren Eindruck, daß bei der schwankenden Haltung des einfachen Mannes, der selbst die Folgen der zu treffenden Entscheidung nicht übersehen konnte, ein „kompromißloser" Rat des Angeklagten den Kranken „tatsächlich" zur Vornahme der Operation bestimmt hätte. Statt dessen — so schilderte dies der Zeuge Dr. Witzmann anschaulich — erwähnte der Angeklagte gegenüber dem sehr beunruhigten M., *der immer wieder fragte, was er tun solle*, bei verschiedenen Gesprächen, *daß man natürlich auch operieren könne, daß er — M. — damit aber noch nicht gesund werde.* Dabei schob er, wie Dr. Witzmann weiter bekundete, *die Vorteile der internen Therapie gegenüber denen der Operation so sehr in den Vordergrund, daß M. sich immer wieder entschloß, ersterer vor letzterer den Vorzug zu geben.* Es ist wiederum bezeichnend, daß der Angeklagte gelegentlich und ganz beiläufig auch von den Grenzen

[1]) § 222 StGB lautet: „Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bestraft."

seiner eigenen Behandlungsmethode sprach und den Zeugen Dr. Witzmann nach dessen glaubwürdiger Darstellung zum Zwecke der Beschaffung eines Alibis veranlaßte, *gerade diese Bemerkungen* im Krankenblatt festzuhalten, so daß, wie der Zeuge es plastisch schilderte, der Eintrag immer nur einen „Schnappschuß" aus der jeweiligen Gesprächssituation wiedergab.

Wie Dr. Witzmann, der einen vorzüglichen Eindruck hinterließ, dem auch der Angeklagte selbst das beste Zeugnis ausstellte, auf eindringlichen Vorhalt weiter nachdrücklich erklärte, *hatte er aus vielen Gesprächen mit M., diesem unentschlossenen und stets hin- und herschwankenden Mann, den sicheren Eindruck gewonnen, daß es sich bei ihm um keinen „Operationsverweigerer" gehandelt habe, sondern daß es nur eines energischen Zuspruchs des Chefarztes, also des Angeklagten, bedurft hätte, um ihn der Operation zuzuführen.*

Bei diesem eindeutigen Beweisergebnis kommt es auch auf die Vernehmung der in einem Eventual-Antrag benannten Zeugin Dabelstein nicht an. Das Gericht *unterstellt es als wahr,* daß deren Mann, ein Zimmergenosse des M., seiner Frau mittellte, *dieser wolle sich unter keinen Umständen operieren lassen.* Das Gericht hält es darüber hinaus für durchaus möglich, *daß M. dem D. gegenüber sich gelegentlich in diesem Sinne äußerte.* Das besagt aber nichts hinsichtlich der Unbeeinflußtheit seiner Willensentscheidung, denn nach den Angaben der Zeugin Anni Matzeit und Dr. Witzmann liegt der Gedanke nahe, *daß solche Äußerungen jeweils das Ergebnis seiner Gespräche mit dem Angeklagten waren.*

Es muß also auch hier wieder festgehalten werden, daß der Angeklagte *es pflichtwidrig unterlassen hat, den unentschlossenen und ihm blind vertrauenden Kranken eindringlich auf die Notwendigkeit des Eingriffs hinzuweisen* und ihn auf diese Weise der alsbaldigen Operation zuzuführen, von der er auf Grund seiner Erfahrungen sowie der ihm zugegangenen Arztberichte wußte oder wissen mußte, *daß ihre Unterlassung schwerste Folgen nach sich ziehen würde, die er mit seiner eigenen Therapie abzuwenden nicht in der Lage sein werde.*

Bleibt also wiederum nur mehr die Frage zu prüfen, ob die pflichtwidrige Haltung des Angeklagten auch bei Matzeit *zu einer erheblichen Lebensverkürzung geführt hat.* An diese Frage nach dem Kausalzusammenhang ging das Gericht insofern zunächst mit einigen Bedenken heran, als es sich vergegenwärtigte, daß M. vom 21. 2. bis 8. 5. 1959 in der Ringberg-Klinik war, sich am 5. 6. 1959 operieren ließ und erst am 25. 5. 1960 starb. *Würde es möglich sein* — so fragte sich das Gericht — *mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Feststellung zu treffen, daß der Verlust von nur 2½ Monaten, also der Zeit, in der M. sich in der Ringberg-Klinik aufhielt, von lebensverkürzender Wirkung war, zumal der Tod ja immerhin erst rund ein Jahr nach der Operation eintrat.* Der Sachverständige Prof. Dr. Herrmann hat indessen diese Bedenken durch seine überzeugenden Ausführungen zerstreut. Demnach litt M. an einem Kehlkopf-Ca, *das im Zeitpunkt der Aufnahme in die Ringberg-Klinik sich auf den operativ besonders günstig anzugehenden inneren Kehlkopfkörper erstreckte.* Operationen, die in diesem Stadium vorgenommen werden, haben in 80% aller Fälle eine *Heilung* zur Folge, auf alle Fälle garantieren sie bei der nur mit 1% zu veranschlagenden Operationssterblichkeit mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit *eine Lebensverlängerung auf mehrere Jahre hinaus. Letzteres besonders dann, wenn, wie hier, eine Metastasierung noch nicht vorlag. Dieser günstige Zustand währte, wie die laufenden Befundberichte des HNO-Arztes Dr. Tross ersehen lassen, bis zum 6. 4. 1958.* Damals trat erstmals eine tumorödematose Schwellung auf, die einen Einbruch in den Aryknorpel, *also den äußeren Kehlkopfkörper, anzeigten. Von diesem Augenblick sanken die Aussichten auf eine erfolgreiche Operation — auch im Sinne einer Lebensverlängerung — ganz erheblich. Daraus folgt, daß gerade die vor dem 6. 4. 1958 liegenden Wochen, die M. in der Ringberg-Klinik verbrachte, die letzte Periode waren, in der, wenn nicht überhaupt eine Heilung, so doch eine auf Jahre hinaus zu berechnende Lebensverlängerung hätte erzielt werden können. Gerade diese Wochen aber gingen durch die Beeinflussung des M. seitens des Angeklagten, seiner Therapie den Vorzug zu geben, verloren.* Daß sie ungenutzt verstrichen, was, wie ausgeführt, der Angeklagte zu vertreten hat, begründet somit den Kausalzusammenhang zwischen seinem Verhalten und dem vorzeitigen Tode des M., denn die pflichtwidrig unterlassene Handlung, dem Patienten die Operation eindringlich zu empfehlen, kann, da nach Überzeugung des Gerichts M. einer solchen Empfehlung gefolgt wäre, nicht hinzugedacht werden, ohne daß der Erfolg, nämlich eine erhebliche Lebensverkürzung, entfiele.

Der Angeklagte mußte also auch im Falle M. eines Vergehens der fahrlässigen Tötung nach § 222 StGB für schuldig befunden werden.

4. *DER FALL WARNKEN*

Von besonderer Tragik erfüllt ist der Fall Warnken. Eine junge hübsche Frau, glücklich verheiratet, Mutter eines damals 8jährigen Kindes, stellte Ende 1954 einen kleinen Knoten in der Brust fest. Eine im St. Josephsstift in Bremen vorgenommene *Probeexzision* ergab das Vorliegen eines Mamma-Ca. Die Klinik empfahl daraufhin als einziges, die Heilung mit Sicherheit versprechendes Mittel, die Radikaloperation der Brust mit Ausräumung der benachbarten Drüsen und, da es sich um eine noch gebärfähige Frau handelte, anschließend die in diesem Fall indizierte Entfernung der Eierstöcke. Naturgemäß konnte sich die Patientin mit die-

TYROSPIROL freie Atemwege

sem auf den gesicherten Erfahrungen der Schulmedizin gegründeten Behandlungsvorschlag nicht befreunden. *Wenn sie auch durch eine Verstümmelung der Brust eine Gefährdung ihrer Ehe nicht befürchten mußte, so war ihr Sinn zunächst doch darauf gerichtet, sich von ihrem Leiden ohne den zweifellos schweren Eingriff zu befreien.* Da ähnlich wie in den anderen Fällen auch bei ihr die Meinung bestand, in der Ringberg-Klinik werde der Krebs ohne Operation geheilt, setzte sich ihr Mann mit dem Angeklagten fernmündlich in Verbindung, der auf die bloße laienhafte Schilderung hin erklärte, er solle seine Frau nur schicken, *eine Operation sei nicht erforderlich.* Frau Warnken wurde daraufhin Anfang Januar 1955 erstmals in der Ringberg-Klinik aufgenommen und dort mit der internen Therapie des Angeklagten behandelt. Während dieses Aufenthaltes äußerte dieser, sie — Frau W. — sei *„ein schöner Fall, auf den er sich freue", eine Operation komme für sie „gar nicht in Frage", da ja der Tumor bei der Probeexzision bereits entfernt worden sei,* das sei sehr gut, alles andere bringe „die Kur ins reine". Weiter äußerte er, wie Frau W. in einem dem Gericht vorliegenden Briefwechsel ihrem Manne mitteilte, der Angeklagte *„denke nicht daran", daß sie eine Brust abgenommen bekomme.* Entsprechend diesen Erklärungen schenkte Frau W. dem Angeklagten ihr volles Vertrauen und beschloß, den Operationsvorschlag des Josephsstifts nicht zu befolgen, *obwohl nach der glaubhaften Bekundung des Zeugen Warnken zwischen den Eheleuten vor der Abreise der Patientin nach Rottach eine ausdrückliche Einigung darüber getroffen wurde, daß die Operation durchgeführt werden sollte, wenn auch der Angeklagte sich für sie ausspreche.* Woraus erhellt, daß es sich auch bei Frau W. keinesfalls um eine Operations-Verweigerin gehandelt hat. Nachdem die Patientin am 18. 3. 1955 die Klinik wieder verlassen hatte, wurde vom Angeklagten eine Art *Fernbehandlung* durchgeführt, die darin bestand, daß die Kranke regelmäßig Fieberkurven übersandte und über ihren Zustand berichtete, während der Angeklagte ihr ebenso regelmäßig eine Reihe von angeblich desensibilisierenden Mitteln zusandte, die sie einnahm oder die ihr von ihrer Hausärztin gespritzt wurden, *obwohl diese über die interne Therapie der Ringberg-Klinik nicht unterrichtet war und die zu verabreichenden Mittel überhaupt nicht kannte.*

Als sich im Laufe des *Sommers 1955* an der Exzisionsstelle ein Rezidiv bildete und sich auch sonst bedenkliche Anzeichen wie stechende und ziehende Schmerzen einstellten, suchte Frau W. *von Ende Oktober bis Anfang November 1955* erneut die Ringberg-Klinik auf. Bei dieser Gelegenheit nahm der Angeklagte eine Exstirpation des Rezidivs in seiner auf die Vornahme größerer Eingriffe nicht eingerichteten Klinik vor und behandelte im übrigen weiter mit seiner internen Therapie. Auch bei diesem zweiten Aufenthalt war *keine Rede davon, daß nunmehr die Operation angezeigt sei.* Er versicherte im Gegenteil der Kranken, daß sie *„einer seiner interessantesten Fälle"* und zusammen mit einer anderen Frau *„die einzige auf der Welt" sei, der man einen Tumor ohne Operation entfernt habe,* es sei ein *„ganz neuer Weg"*. Auch nach der zweiten Entlassung setzte zunächst wieder eine Fernbehandlung ein, die aber von der Patientin etwa im Mai 1956 abgebrochen wurde, nachdem sich ein weiteres Rezidiv gebildet hatte. Von diesem Umstand hatte der Zeuge Warnken den *Angeklagten bereits mit Schreiben vom 10. 3. 1956 in Kenntnis gesetzt und angefragt, ob er nicht wenigstens jetzt eine Amputation der Brust befürworte,* wobei er darauf verwies, daß seine Frau seines Rates und Urteils nunmehr besonders bedürftig sei. In einem *geradezu beschwörenden Schreiben* riet der Angeklagte *daraufhin erneut von einer Operation ab,* bagatellisierte das Auftreten des zweiten Rezidivs und meinte, daß man immer noch operieren könne, *„aber nicht wegen des Auftretens einer kleinen Metastase"*. Frau W. solle die Nerven nicht verlieren, sich nicht durcheinanderbringen und zu voreiligem Handeln verleiten lassen. Auch stellte der Angeklagte *die Übersendung einer Salbe in Aussicht, die das Tumorwachstum günstig beeinflussen werde,* ohne, wie er zugeben mußte, dazu in der Lage zu sein. Auch als ihm der Ehemann der Patientin am 10. 7. 1956 eine endgültige Absage erteilte, suchte der Angeklagte über ihre Hausärztin weiterhin auf sie Einfluß zu nehmen, *wobei er angesichts der ständigen Verschlechterung des Leidens völlig unverständlich von dem „bisher erreichten Erfolg" sprach.* Frau W., die nach den glaubhaften Angaben ihres Ehemannes wegen des nunmehrigen fortgeschrittenen Stadiums — inzwischen waren auch Metastasen aufgetreten — *der Auffassung war, für eine Operation sei es nun ohnehin zu spät,* versuchte es in der Folgezeit noch mit allerlei Naturheilmethoden, bis die Totaloperation am 22. 8. 1957 unausweichlich wurde. Sie kam selbstverständlich viel zu spät. Nach einem grauenhaften Endstadium, in dem es zu Metastasenbildung in Lunge und Gehirn kam, verstarb sie am 13. 1. 1960.

Soweit der Krankheitsverlauf und das Verhalten des Angeklagten.

Dessen Verteidigung geht in diesem Fall *weniger dahin, daß es sich bei Frau W. um eine Operationsverweigerung gehandelt habe,* obgleich er auch hier behauptete, daß sie ihm gegenüber erklärt habe, sie wolle sich nicht operieren lassen, ein Vorbringen, das durch die schon erwähnte gegenteilige Aussage des Ehemannes W. widerlegt ist. Der Angeklagte verteidigt sich hier vielmehr damit, *daß nach einer in der ärztlichen Wissenschaft weit verbreiteten und ernst zu nehmenden Auffassung beim Mamma-Ca ohne Entfernung der Brust lediglich mit einer Exstirpation des Tumors und anschließender interner Behandlung auszukommen sei.* Da der Tumor, so meinte der Angeklagte, bereits im St. Josefsstift in Bremen *bei der Probeexzision* entfernt worden sei, habe er nicht gegen die Regel der ärztlichen Kunst verstoßen, als er die Patientin bei ihrem ersten Aufenthalt rein intern und bei ihrem zweiten Aufenthalt nach Exstirpation des Rezidivs ebenfalls mit den Mitteln seiner Therapie behandelt habe. Der Angeklagte bot dafür den Beweis an durch das Zeugnis des emeritierten Prof. Demmer, der früher Extra-Ordinarius in Wien gewesen sei und in mehreren Aufsätzen über diese Behandlungsmethode und ihre Folgen berichtet habe.

Prof. Demmer, als sachverständiger Zeuge hiezu gehört, erklärte, daß er zwar bei etwa 73 Patientinnen mit einem Mamma-Ca ohne eine Radikaloperation der Brust (Anm. nach Rotter) ausgekommen sei, *daß er aber bei der Exstirpation des Tumors etwa zweieinhalb*

Finger breit im Gesunden operierte und dabei ein tortenförmiges Stück mit einer Seitenlänge von etwa 7 cm herausgenommen habe, wobei er bis auf die Faszie gegangen sei. Anschließend habe dann in drei Serien eine intensive Bestrahlung stattgefunden. In diesem Sinne habe er auch in den vom Angeklagten zitierten Veröffentlichungen berichtet.

Es bedarf im Rahmen dieser mündlichen Begründung kaum vieler Worte, um darzulegen, daß sich das Demmersche Verfahren von dem des Angeklagten sowohl *hinsichtlich der Tiefe des Eingriffs — in Bremen fand überhaupt nur eine Probeexzision statt, bei der nach Prof. Zenker und Demmer selbst nur in den seltensten Fällen der ganze Tumor erfaßt wird — wie auch hinsichtlich der Notwendigkeit einer nachfolgenden Bestrahlung grundlegend unterscheidet.* Das war natürlich auch dem Angeklagten auf Grund der Veröffentlichungen von Demmer bekannt und er hat — das muß leider gesagt werden — *das Gericht hier bewußt irreführen wollen, wenn er behauptete, sein Vorgehen entspreche der bewährten Behandlungsmethode Demmers.*

Da er mit diesem Verteidigungsvorbringen also keinen Erfolg haben konnte, hat er in einem *Eventualantrag* behauptet, es sei ihm mindestens in drei Fällen gelungen, ein Mamma-Ca nach Exzision des Tumors ohne Radikaloperation zu heilen. Die insoweit benannten Fälle lassen jedoch bei näherem Zusehen erkennen, *daß sie dem Fall W. nicht vergleichbar und für die Entscheidung daher bedeutungslos sind.* Im Falle der Patientin Th. I. (Fall 28 des Event.-Antr.) war seiner internen Behandlung *eine Radikalexzision im Demmerschen Sinn, nicht nur eine Probeexzision, vorausgegangen.* Im Falle der Patientin R. M. (Fall 29 des E.-An.) setzte die interne Therapie in der Ringbergklinik *erst nach einer dreiwöchigen Bestrahlung mit 5600 r ein* und im Falle Sp. E. (Fall 30 des E.-A.) handelte es sich um *ein lokalmalignes, basaliomatöses Adenom der rechten Brustwarze, also um kein Mamma-Ca, wie es bei Frau W. aufgetreten war,* sondern eher um einen Hautkrebs. Im übrigen muß in diesem Zusammenhang auf die Feststellung des BGH im sog. Leiprecht-Urteil[2]) verwiesen werden, *wonach die Heilungen einiger weniger Krebskranker durch eine andere Therapie als Operation und Bestrahlung für die Entscheidung ohne Bedeutung ist. Auf Ziffer 2 des Eventualantrags kommt es also bei ihr nicht an.*

Bei dieser Gelegenheit stellt sich nun allerdings die Frage, *ob der Eventualantrag für die Tötungsfälle aber vielleicht doch insoweit Bedeutung gewinnen könnte, als er in Ziffer 1 weitere 27 Heil- oder Besserungserfolge unter Beweis stellt.* Diese Frage war ihm zu verneinen:

1. Der Angeklagte hat in den Fällen Wiesinger, Vogel und Matzeit selbst zugegeben, die Notwendigkeit einer Behandlung dieser Kranken mit den klassischen Methoden erkannt und den Patienten dazu geraten zu haben. Diese hätten seinen Rat jedoch in den Wind geschlagen.

Diese Einlassung ist unvereinbar mit der durch den Eventualantrag unter Beweis gestellten Behauptung, er habe solche Heilerfolge erzielt, daß er sich zu einem Abweichen von der Schulmedizin in eben diesen Fällen für berechtigt halten durfte und seine Handlungsweise somit keinen Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht bedeutet habe.

2. *Unterstellt man es als wahr,* daß der Angeklagte mit seiner Methode tatsächlich rund 30 Fälle geheilt bzw. gebessert hat, *so errechnet sich bei einem Krankengut von rund 2300 Patienten eine Heil- bzw. Besserungsquote, die wenig über ein Prozent liegt,* wobei noch zu berücksichtigen ist, daß sich unter den im Eventualantrag aufgeführten Fällen *zahlreiche histologisch nicht gesicherte Krebse* (z. B. der Fall Kolb) befinden. Die Heilungsquote wäre also so gering, *daß kein vernünftiger und gewissenhafter Arzt sich für berechtigt halten durfte, die bewährten Behandlungsmethoden außer acht zu lassen bzw. sie dem Kranken nicht eindringlich zu empfehlen.* Im übrigen würde es sich auch bei den 30 Fällen, gemessen an dem gesamten Krankengut, nur um „einige wenige Fälle" im Sinne des Leiprecht-Urteils handeln, die die Entscheidung nicht beeinflussen könnten.

3. Unter den zu Ziffer 1) des Eventualantrags aufgeführten Fällen befindet sich *kein einziges Penis-Ca* und *nur ein noch dazu histologisch nicht gesichertes Kehlkopf-Ca* (Fall 23 des E.-A.). Es kann also keine Rede davon sein, daß der Angeklagte Heilerfolge bei der Behandlung *dieser* Krebse aufweisen kann.

4. In der Entscheidung des BGH in LM Nr. 6 zu § 230 StGB ist ausdrücklich der Leitsatz aufgestellt, *daß ein Arzt, der von der Schulmedizin abweichende Methoden anwendet, hiervon Abstand nehmen muß, wenn er auf Grund des fortschreitenden Krankheitsverlaufes erkennt oder erkennen muß, daß seine Methode nicht zum Ziele führt. In diesem Fall hat er zu den anerkannten und bewährten Heilmethoden zurückzukehren bzw. den Kranken eindringlich auf die Duldung eines operativen Eingriffs oder Bestrahlung hinzuweisen. Da der Angeklagte in allen vier Tötungsfällen alsbald erkannte, daß mit seiner internen Therapie der Krankheitsverlauf nicht aufzuhalten war, hätte er, unab-*

---

[2]) Anmerkung der Schriftleitung. In dem sog. Leiprecht-Urteil des Bundesgerichtshofes vom 12. Juni 1960/1 StR 186—60/ heißt es u. a. (s. a. Bayer. Ärzteblatt 1961 S. 23):

„Ein Arzt, der im Gegensatz zur sog. ‚Schulmedizin' steht, darf sich über deren Erfahrungen nicht hinwegsetzen. Das gilt besonders dann, wenn es sich um lebensgefährliche Erkrankungen (wie Krebs) handelt."

„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."

„Die Freiheit der Wissenschaft und Forschung, das Persönlichkeitsrecht eines Arztes und sein Recht auf freie Berufsausübung endigen zumindest dort, wo diese Rechte mit dem Grundrecht des Kranken auf Leben und körperliche Unversehrheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) in Widerspruch treten.

Die Meinung, daß die StrK. 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. 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."

„Es ist keine ‚Mißachtung des Patienten', wenn von einem Arzt verlangt wird, daß er einen Patienten über die Heilungsaussichten bei verschiedenen Heilmethoden wahrheitsgemäß aufklärt, und die eigene Behandlung unterläßt, wenn seine Mittel hierfür unzureichend sind. Der Kranke will in erster Linie geheilt werden. Den Weg hierzu hat ihm der Arzt unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erfahrung aufzuzeigen. Dem Kranken bleibt zwar die letzte Entscheidung, welcher Behandlung er sich unterwerfen will. Seine Entscheidung ist aber nur dann frei, wenn er über die möglichen Behandlungswege und ihre Erfolge hinreichend und wahrheitsgemäß aufgeklärt wird."

hängig von wirklichen oder vermeintlichen Erfolgen, bei anderen Kranken hier von einer Weiterbehandlung mit seinen Mitteln absehen und alles versuchen müssen, die Kranken einer Operation oder Bestrahlung zuzuführen, was ihm, wie mehrfach ausgeführt, nach Überzeugung des Gerichts bei Einsatz seiner Autorität auch gelungen wäre.

Das Ergebnis dieser Überlegungen ist also, daß es mindestens für die Entscheidung der Tötungsfälle auf den Eventualantrag im ganzen nicht ankommt, weil die dart behaupteten Tatsachen, auch wenn man sie als wahr unterstellt, den Angeklagten in den vier Fällen nicht entlasten würden.

Nachdem somit auch im Falle W. feststeht, daß der Angeklagte auch bei der Behandlung dieser Patientin die Sorgfalt, zu der er verpflichtet und im Stande war, schuldhaft außer acht gelassen hat, *blieb wiederum nur die Frage nach der Kausalität.* Hierzu hat der Sachverständige, Prof. Zenker, einer der bekanntesten Chirurgen Deutschlands, mit immenser Erfahrung auf dem Gebiet der Karzinom-Behandlung, ausgeführt, daß eine alsbald nach der ersten Aufnahme in der Ringberg-Klinik, *also im Frühjahr 1955 vorgenommene Radikaloperation die Patientin W., die sich damals im Anfangsstadium Steinthal I befand, mit einer Wahrscheinlichkeit geheilt worden wäre, die weit über 90% liegt. Auf alle Fälle aber hätte die in Bremen vorgeschlagene Operation, wäre sie im Frühjahr 1955 vorgenommen worden, die Kranke mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit noch viele Jahre, jedenfalls über den tatsächlichen Todeszeitpunkt, d. h. den 13. 1. 1960 hinaus, am Leben erhalten.* Dieser in Übereinstimmung mit der Literatur stehenden Auffassung schließt sich das Gericht auf Grund der überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen Prof. Zenker an, wobei hier nur auf das Standardwerk von Prof. Bauer, Heidelberg, „Das Krebsproblem", verwiesen werden soll, der nach seinem Material bei Radikaloperationen im Stadium Steinthal I sogar 98% *Dauerheilungen* verzeichnet.

Da also auch im Falle W. Kausalität, ärztliche Sorgfaltsverletzung und Vorhersehbarkeit des Erfolges außer Zweifel stehen, mußte der Angeklagte auch hier eines Vergehens der fahrlässigen Tötung schuldig gesprochen werden.

Soweit der Tötungskomplex.

IV.

Weit größere Schwierigkeiten in sachlicher wie in rechtlicher Hinsicht verursachten dem Gericht die drei Betrugsfälle Dehm, Schöneck und Lang. Hier lag dem Angeklagten zur Last, er habe in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, *inkurable* Krebskranke, also Kranke, die von der Schulmedizin als hoffnungslos aufgegeben worden waren, *zum Aufsuchen seiner Klinik und zu weiterem Verbleiben dadurch veranlaßt, daß er ihren Angehörigen Heilungs- oder Besserungsaussichten vorgespiegelt habe, die, wie er wußte, nicht gerechtfertigt gewesen seien.*

Zu diesem Vorwurf ist zunächst einmal ganz allgemein zu sagen, daß dem Angeklagten selbstverständlich nicht zur Last gelegt wird, daß er *überhaupt Inkurable* in seiner Klinik aufnahm. Dies stellt keine strafbare Handlung, *sondern weit eher ein Verdienst dar.* Ein anderes aber ist die Frage, ob er in *den drei konkreten Fällen* durch Täuschung der Angehörigen über das Krankheitsbild und den weiteren Krankheitsverlauf in diesen einen Irrtum über die tatsächliche Krankheitssituation hervorrief und sie so zu Vermögensdispositionen veranlaßte, die unterblieben oder nicht in diesem Umfang vorgenommen worden wären, wenn sie der Angeklagte wahrheitsgemäß darüber unterrichtet hätte, daß es für ihre Kranken eine Rettung — auch nicht mehr im Sinne eines Stillstands des Tumorwachstums oder einer ins Gewicht fallenden Lebensverlängerung — nicht mehr gebe. Hiezu ist folgendes zu sagen:

Feststeht auf Grund der Beweisaufnahme, daß der Angeklagte nicht nur in diesen drei Fällen, sondern ganz allgemein *den Angehörigen gegenüber immer wieder von einer „Chance" sprach, die die Patienten bei seiner Behandlung hätten.* Darüber hinaus äußerte er sich zu dem Zeugen Gabriel Schöneck, dessen Bruder in trostlosem Zustand mit einem weit fortgeschrittenen Melanosarcom, einer der bösartigsten Krebsformen, eingeliefert wurde, *er habe schon andere Krebskranke geheilt.* Durch diese und andere Redensarten, die der Zeuge nicht mehr exakt wiedergeben konnte, *entstand jedenfalls in ihm, wie er ausdrücklich betonte, der 100%ige Eindruck, daß der Angeklagte seinen Bruder heilen werde.* Ähnlich verhält es sich mit den Ehefrauen der an Lungenkrebs im letzten Stadium erkrankten Patienten B. und L. gegenüber, denen er versicherte, *ihre Männer hätten eine unbedingte „Chance"*, er habe schon Bronchialkarzinome geheilt, wobei er auf konkrete Fälle verwies. Im Laufe der Behandlung zeigte er dem Stiefsohn des Patienten Dehm, dem Zeugen Scheibeck, *eine Röntgenaufnahme und demonstrierte an ihr, daß sich der Zustand seines Stiefvaters ganz erheblich gebessert habe. Tatsächlich handelte es sich dabei um die Aufnahme eines anderen Patienten mit einem völlig anderen Befund.* Auch der Zeugin Lang erklärte er unter Vorweis verschiedener Röntgenaufnahmen, *daß der Tumor ihres Mannes in geradezu erstaunlicher Weise zurückgegangen und nur mehr einen guten Finger breit sei. Tatsächlich hatte sich das Befinden der beiden Patienten objektiv nicht nur nicht gebessert, sondern erheblich verschlechtert.* Wie auf Grund des Sachverständigen Prof. von Braunbehrens, eines anerkannten Röntgenologen, feststeht, war im ersten Falle für jeden, der Röntgenbilder auch nur einigermaßen deuten kann, *sofort erkennbar, daß die vorgezeigten Aufnahmen nicht zueinander gehörten,* während im zweiten Falle ein Vergleich der Aufnahmen des Lang nach Prof. Voßschulte *nicht einen Rückgang, sondern ein Fortschreiten des Tumorwachstums anzeigte.*

Es bedarf keiner besonderen Begründung, daß der Angeklagte durch den stereotypen Gebrauch des vieldeutigen Begriffs „Chance" und durch den Hinweis auf angebliche Heilerfolge in gleich oder ähnlich gelagerten Fällen *ein Verhalten an den Tag legte, durch das der Erfog einer Täuschung erreicht werden konnte und in den drei konkreten Fällen auch tatsächlich erreicht wurde.* (Schönke, Anm. 4 zu § 263.) Diese Täuschung und der dadurch hervorgerufene Irrtum über die Heilungsmöglichkeiten des Angeklagten hatte wiederum zur Folge, *daß die Angehörigen der Patienten*

D., Sch. und L. ihre Kranken in die Ringberg-Klinik verlegen ließen, wodurch ihnen erhebliche Auslagen entstanden. Da der Angeklagte auf diese Beträge keinen rechtlichen Anspruch hatte, hat er sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil verschafft. *Den in den Angehörigen durch den Gebrauch des Wortes „Chance" hervorgerufenen Irrtum hat er in der Folgezeit durch objektiv falsche Angaben über den Krankheitsverlauf aufrechterhalten und so erreicht, daß mindestens in den Fällen D. und L. die Patienten länger in der Ringberg-Klinik blieben, als es ihren eigenen Wünschen entsprach.* An der Verwirklichung des objektiven Tatbestandes im Sinne des § 263 StGB[3]) sind somit Zweifel nicht erlaubt.

Deswegen allein konnte der Angeklagte aber noch nicht bestraft werden. Ihm mußte darüber hinaus nachgewiesen werden, daß er Täuschungshandlung, dadurch bedingte Irrtumserregung und Vermögensschaden *mindestens bedingt in seinem Vorsatz aufgenommen und darüber hinaus die Absicht gehegt hat, sich einen Vermögensvorteil, auf den er keinen rechtlichen Anspruch hatte, zu verschaffen.* Der Angeklagte, der im übrigen die Erteilung der von den Zeugen Dehm, Scheibeck, Schöneck und Lang behaupteten günstigen Prognosen bestritten hat, hat sich darüber hinaus mit der Behauptung verteidigt, *daß er im Hinblick auf gewisse Heilerfolge auch in den drei Fällen eine, wenn auch nur sehr geringe Chance gesehen habe. Er habe angenommen, daß auch die Angehörigen der drei Patienten, die ja von den vorbehandelnden Ärzten über die Inkurabilität ihrer Kranken unterrichtet gewesen seien, diesen Ausdruck so verstanden hätten, wie er gemeint gewesen sei.* Jede bewußte Täuschung sei ihm völlig fern gelegen. Dies treffe auch für die *Vertauschung der Röntgenbilder* im Falle Dehm zu. *Hier habe es sich um ein Versehen seines Röntgenlabors gehandelt, das er nicht bemerkt habe.*

Zu diesem Verteidigungsvorbringen ist zu sagen: Sofern der Angeklagte seinen guten Glauben unter Beweis auf seine Heilerfolge rechtfertigen will, muß wiederum festgestellt werden, daß er *in seinem Eventualantrag lediglich 30 Fälle aufgeführt hat,* von denen, wie erwähnt, noch dazu eine beträchtliche Anzahl histologisch nicht gesichert sind. Das entspricht, wie ebenfalls schon ausgeführt, bei einem Krankengut von 2300 Fällen einer Heil- oder Besserungsquote von wenig mehr als 1%. *Man muß sich unter diesen Umständen ernstlich fragen, ob sich der Angeklagte angesichts dieses geringen Prozentsatzes wirklich für berechtigt gehalten hat, von einer echten „Chance", noch dazu in diesen drei trostlosen Fällen, zu sprechen.* Hielt er sich für berechtigt — vom Wortlaut her stellt eine Heilungsaussicht von 1% ja tatsächlich eine Chance *im rein abstrakten Sinne dar* —, dann muß man sich weiter fragen, *ob er sich wirklich nicht darüber im klaren gewesen ist, daß die Angehörigen, denen gegenüber er eine volle und auch von ihm anerkannte Aufklärungspflicht besaß, unter dem Begriff „Chance" weit mehr als nur eine minimale Erwartung verstanden, nämlich die reelle Aussicht, das Krebsleiden ihrer Kranken werde in der Ringberg-Klinik geheilt oder doch entscheidend gebessert.* Man möchte es bei dem Bildungsgrad und den reichen Berufserfahrungen des Angeklagten *kaum annehmen, daß er sich hinsichtlich des Vorstellungsbildes der Angehörigen so sehr geirrt hat.* Wenn beim Gericht dennoch der Rest eines Zweifels besteht, dann allein deshalb, *weil durch die Verlesung verschiedener Briefe feststeht, daß der Angeklagte in zahlreichen Fällen Angehörigen von Kranken, die wegen einer Aufnahme bei ihm anfragten, unter Hinweis auf die Aussichtslosigkeit einer Behandlung abschlägige Bescheide erteilte. Das könnte ein gewisses Indiz dafür sein, daß er eben doch nicht auf Täuschung ausgegangen ist und also auch in den vorliegenden Fällen die Angehörigen der Patienten Dehm, Schöneck und Lang nicht bewußt getäuscht hat.* Allerdings muß dem Angeklagten dann *das Zeugnis eines sehr schlechten Psychologen* ausgestellt werden, denn wenn er wirklich nicht erkannte, daß für die um das Leben ihrer Kranken bangenden Angehörigen *das Wort „Chance" weit mehr bedeutete, als er selbst darunter verstanden haben will, dann ist es um seine Kenntnis des Menschenherzens schlecht bestellt.* Auch die Tatsache, daß der Angeklagte den Zeugen Scheibeck und Lang *objektiv falsche Auskünfte über Röntgenbefunde erteilt,* vermochte dies hinsichtlich des subjektiven Betrugstatbestandes noch bestehenden Zweifel des Gerichts *nicht grundsätzlich auszuräumen.* Auf Grund der Darlegung der Sachverständigen Prof. von Braunbehrens und Prof. Voßschulte *steht nämlich fest, daß die Fähigkeiten des Angeklagten auf dem Gebiete der Röntgendiagnostik leider völlig unzureichend sind, so daß nicht ausgeschlossen werden kann, er habe das dem Zeugen Scheibeck vorgeführte Röntgenbild für das des Patienten Dehm gehalten, obwohl es — fast für einen Laien erkenntlich — einen ganz anders gearteten Thorax zeigte und daß weiterhin auch nicht auszuschließen ist, er habe die Verschlechterung des objektiven Befundes auf dem Röntgenbild des Patienten Lang einfach nicht erkannt.* Diese Feststellung ist zwar für einen Arzt, noch dazu für den Leiter einer Spezial-Krebs-Klinik, in der der

[3]) § 263 StGB lautet:
„Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, daß er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird wegen Betruges mit Gefängnis bestraft . . ."

GASTRIPAN® TABLETTEN
gegen Gastritis,
Ulcus ventriculi
et duodeni
L. MERCKLE GMBH
BLAUBEUREN

Röntgendiagnostik ein überragender Platz zukommt, *kein Ruhmesblatt, aber sie vermag den Angeklagten strafrechtlich zu entlasten*, und allein darauf kommt es hier an.

Mangels eines sicheren Nachweises einer vorsätzlichen Täuschung der Angehörigen in den Fällen Dehm, Schöneck und Lang war er daher, *wenn auch mit erheblichen Bedenken*, von der Anklage des Betruges *freizusprechen*.

V.

Soweit der Angeklagte im Sinne des Eröffnungsbeschlusses überführt wurde, mußte er, da keine Rechtfertigungs- oder Schuldausschließungsgründe erkennbar sind, bestraft werden. *Die Festsetzung des Strafmaßes bei Fahrlässigkeitsdelikten ist stets problematisch.* Noch mehr als bei den Vorsatzdelikten sind hier *verschiedene Abstufungen der Vorwerfbarkeit denkbar, die von einem nahezu entschuldbaren Versehen bis zur größten, an den bedingten Vorsatz heranreichenden Fahrlässigkeit reichen.* Die Rechtsprechung hat nicht zuletzt, um diesem Umstand Rechnung zu tragen, deshalb den Begriff der unbewußten und der bewußten Fahrlässigkeit entwickelt, wobei im ersteren Fall *der Täter den Erfolg mangels Anwendung der erforderlichen Sorgfalt nicht vorbereitet, während er im zweiten Fall dies zwar tut, aber in seiner pflichtwidrigen Sorglosigkeit darauf vertraut, daß er nicht eintreten werde.* Daß letztere Schuldform die schwerere ist, versteht sich von selbst. Sie liegt hier vor. Denn der Angeklagte hat auf Grund seiner umfangreichen Erfahrungen als Krebsarzt *sowie angesichts der ihm zugegangenen Berichte der vorbehandelnden Ärzte in den vier Tötungsfällen den schließlich eingetretenen Erfolg vorhergesehen, hat aber in seinem übersteigerten Optimismus und seiner von zahlreichen Zeugen bestätigten Kritiklosigkeit darauf vertraut, daß er nicht eintreten werde.* Diese bewußte Fahrlässigkeit stellt ein strafverschärfendes Moment dar. Weiter war *zu seinem Nachteil* nicht zu übersehen, daß er in allen drei Fällen, in denen er für schuldig befunden wurde, *in unverantwortlicher Weise das Krankenbild kurabler Patienten als Experimentierfeld benutzte, was besonders im Falle Warnken deutlich wird, den er — koste es was es wolle — zu einem Paradefall machen wollte.* Schließlich war auch zu seinen Ungunsten zu berücksichtigen, daß er über den tatbestandsmäßigen Erfolg des vorzeitigen Todes hinaus durch sein pflichtwidriges Verhalten den drei Patienten *erhebliche körperliche und seelische Qualen verursachte, was besonders für die Fälle Wiesinger und Warnken gelte.*

Strafmildernd konnte demgegenüber in Rechnung gestellt werden, daß er sich — mindestens in den ersten Jahren seiner Beschäftigung mit dem Krebsproblem — *in rein idealistischer Weise der Ärmsten der Armen, nämlich der inkurablen Krebskranken, angenommen und dabei ein Übermaß an eigener seelischer Belastung auf sich geladen hat, das nicht alltäglich ist.* Daß er vielen Kranken ihr trauriges Ende leichter ertragen ließ, darf ebenfalls zu seinen Gunsten in die Waagschale fallen. Fügt man in diesem Zusammenhang noch hinzu, daß er bisher *ein tadelfreies Leben* geführt hat, dann besteht *zu einer übertrieben strengen Betrachtungsweise ebensowenig Anlaß wie andererseits zu einer Bagatellisierung seines Verhaltens.* Wenn man bedenkt, daß ein Chirurg, der Tausende erfolgreich operierte, ein einmaliges folgenschweres Versehen, bestehend in dem Aufziehen einer falschen Spritze, mit vier Monaten Gefängnis sühnen mußte, dann sind hier sechs Monate Gefängnis für jeden Fall der fahrlässigen Tötung kaum als eine ungerechte Strafe anzusehen. Aus diesen drei Einzelstrafen war gemäß § 74 StGB eine Gesamtstrafe von einem Jahr Gefängnis *zu* bilden, auf die die Untersuchungshaft im vollen Umfang angerechnet werden konnte.

VI.

Zur Verhängung eines Berufsverbotes sah das Gericht keinen Grund. Es ist mit dem Vertreter der Staatsanwaltschaft der Auffassung, daß dieses Verfahren den Angeklagten, *der sicherlich kein Scharlatan, aber ebensowenig ein Märtyrer* ist, über die Mängel seiner Verhaltensweise so nachdrücklich aufgeklärt hat, daß er für ihre Beseitigung selbst sorgen wird und somit die Gefahr, er werde weiteres Unheil anrichten, so gut wie ausgeschlossen ist.

VII.

Soweit der Angeklagte verurteilt wurde, hat er die Kosten des Verfahrens zu tragen, soweit auf Freispruch erkannt wurde, fallen diese der Staatskasse zur Last. Zur Anordnung des Ersatzes seiner notwendigen Auslagen in den Freisprechungsfällen bestand kein Anlaß, da der derart jeweils erzielte *Freispruch nur mangels Beweises* erfolgt ist.

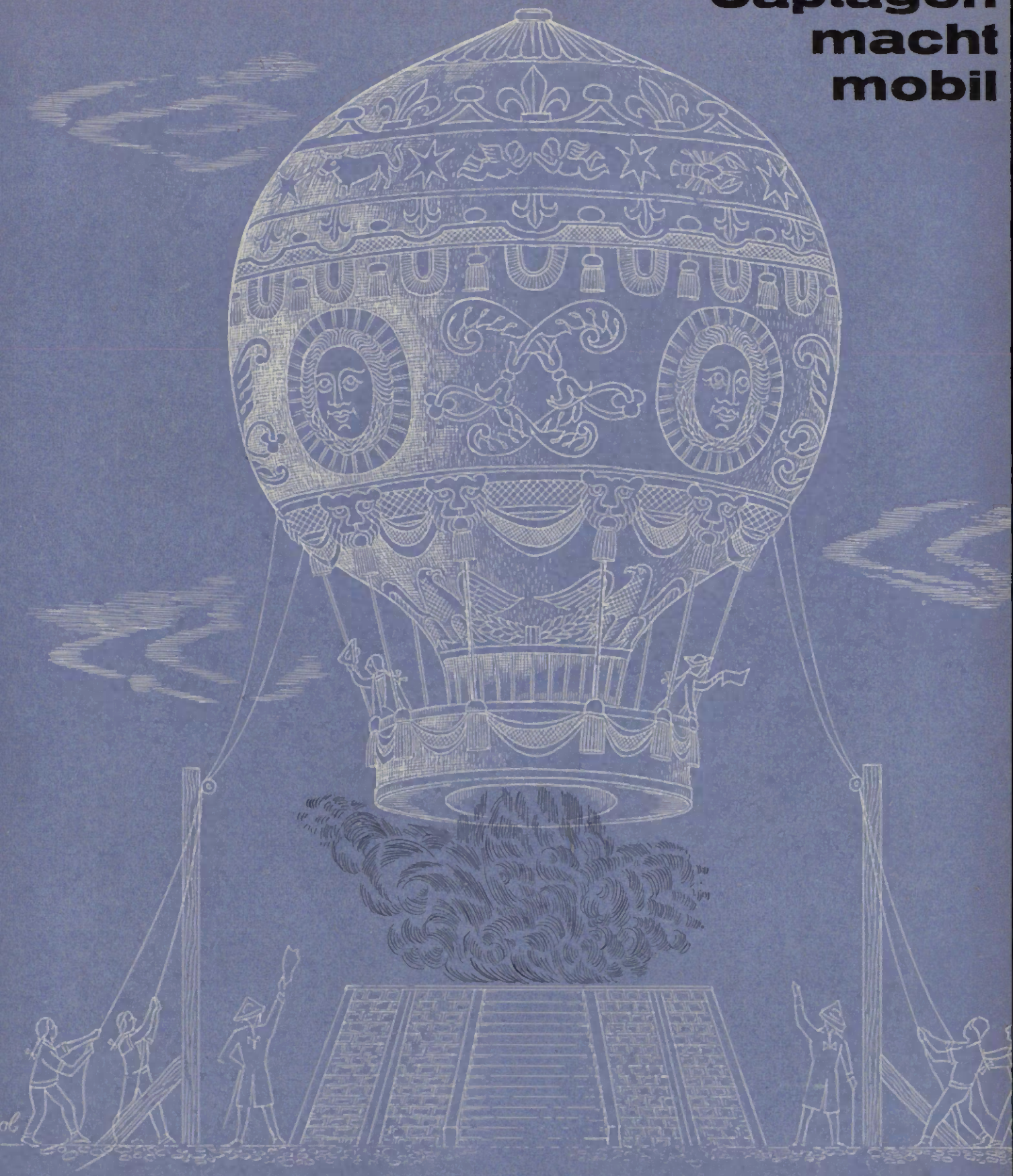
Ein vorläufiges Nachwort der Schriftleitung

Ein auf Grund ständiger Anwesenheit bei dem Prozeß ausgearbeiteter Bericht folgt im „Bayerischen Ärzteblatt".

Die 2. Große Strafkammer beim Landgericht München II, drei Berufsrichter und zwei Schöffen, hatten in sechs Wochen durch Einvernahme von 87 Zeugen und Sachverständigen, durch Einsichtnahme und Verlesung von Krankenblättern, Briefen und anderen Schriftstücken zu klären versucht, ob der Verdacht gegen den praktischen Arzt Dr. Josef Issels, Chefarzt und Inhaber der Ringberg-Klinik in Rottach-Egern, zu Recht besteht, daß er in drei Fällen in rechtswidriger Bereicherungsabsicht durch Vorspiegelung falscher und Unterdrückung wahrer Tatsachen und dadurch bedingte Irrtumserregung das Vermögen anderer beschädigt und in vier Fällen durch Fahrlässigkeit den Tod verursacht hat.

Das vorstehend abgedruckte Urteil mit der vorläufigen mündlichen Begründung ist das Ergebnis einer viertägigen Beratung des Gerichts. Das Gericht hat es sich also keineswegs leicht gemacht. Während also das Gericht eine so lange Zeit für die Urteilsfindung benötigte, haben Kommentatoren, die überhaupt nicht oder nur äußerst selten im Gerichtssaal waren, trotz des Mangels eingehenderer Kenntnis der Materie, zu ihrer die Öffentlichkeit beeindruckenden Stellungnahme nur ganz wenige Stunden zwischen Urteilsverkündung und Niederschrift benötigt. Das gilt auch für alle jene, die ohne Kenntnis der eigentlichen Tatbestände, nur auf Grund unvollständiger oder einseitiger Berichte ein vorschnelles Urteil gefällt haben.

Captagon® macht mobil



Captagon®

Psychotonicum

1 Tabl. = 50 mg 7-[2'-(1'-Methyl-2'-phenyl-aethyl-amino)-aethyl]-theophyllin-HCl

O. P. Karton 20 Tabletten DM 2.80 o. U.
Kartan 40 Tabletten DM 4.80 o. U.

wirkt mild anregend auf die Psyche und verbessert die körperliche Leistungsbereitschaft. Müdigkeit und Schwächegefühl werden beseitigt und eine ausgeglichene Stimmungslage erzielt.

HOMBURG

CHEMIEWERK HOMBURG
FRANKFURT/M.

AUS DEM STANDESLEBEN

Großes Bundesverdienstkreuz für Frau Dr. med. Viktoria Steinbiß, MdB

Bonn (ÄPI) — Frau Dr. med. Viktoria Steinbiß, MdB, (Bielefeld), stellvertretende Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen, wurde von Bundespräsident Dr. h. c. Heinrich Lübke mit dem Großen Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Bundestagspräsident Dr. Eugen Gerstenmaier überreichte Frau Dr. Steinbiß die hohe Auszeichnung anläßlich des Abschlusses der 3. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst Fromm, hat Frau Dr. Steinbiß telegrafisch die Glückwünsche der deutschen Ärzteschaft zur Verleihung des Großen Bundesverdienstkreuzes übermittelt.

Frau Dr. med. Viktoria Steinbiß, MdB, praktische Ärztin, wurde am 19. August 1892 in Bielefeld geboren. Nach dem Studium der Medizin an den Universitäten Frankfurt/Main, Göttingen, Heidelberg und Berlin promovierte sie im Jahre 1920 zum Dr. med. Nach dem Tode ihres Ehemannes übernahm sie 1931 die Leitung des Labors des Städtischen Krankenhauses Bielefeld. Während des Krieges übernahm Frau Dr. Steinbiß Arztvertretungen, vor allem auf dem Lande, später ließ sie sich in eigener Praxis nieder. Nach langjähriger Betätigung in christlichen Verbänden arbeitete sie nach 1945 am Aufbau der Christlich-Demokratischen Union in Bielefeld mit und war von 1946 bis 1954 Mitglied des Stadtrates und Vorsitzende der CDU-Fraktion in Bielefeld, außerdem zeitweise Vorsitzende des CDU-Kreisverbandes. 1946 wurde sie in den Landtag Nordrhein-Westfalen gewählt, 1949 in den Deutschen Bundestag. Frau Dr. Steinbiß gründete Ausschüsse ihrer Partei für das Gesundheitswesen und für Frauenfragen, außerdem war sie Obmännin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für das Gesundheitswesen. In der

1. und 3. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages war Frau Dr. Steinbiß stellvertretende Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen. Sie ist Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheitswesen der CDU, Mitglied des Bundesparteiausschusses und langjähriges Mitglied des Landesvorstandes der CDU Westfalen. 1954 wurde sie in den Vorstand des neugegründeten Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung gewählt, dessen Vorsitz sie nach vierjähriger Vorstandsmitgliedschaft übernahm. 1959 wurde sie außerdem zur Vizepräsidentin der Internationalen Union für Gesundheitserziehung, Sektion Europa, gewählt. Beim 64. Deutschen Ärztetag 1961 in Wiesbaden ehrte die deutsche Ärzteschaft Frau Dr. Steinbiß mit der Verleihung der Paracelsus-Medaille.

Gegen Gesundheitsgefährdung durch Olraffinerien

Resolution der Ingolstädter Ärzte

Der Ärztliche Kreisverband Ingolstadt hat in der nachstehend abgedruckten Resolution vor einer gesundheitlichen Gefährdung der Bevölkerung durch die Abgase von drei Ölraffinerien gewarnt, die in Ingolstadt errichtet werden sollen. Diese Resolution wurde auch dem Ingolstädter Stadtrat zur Kenntnis gegeben.

Die Ingolstädter Ärzteschaft sieht ihre Aufgabe nicht nur darin, daß sie den kranken Menschen ihre Hilfe angedeihen läßt, sondern will vor allem auch vorbeugende Maßnahmen aufzeigen, und die Bevölkerung rechtzeitig vor Gefahren warnen.

In der sich anbahnenden Entwicklung in unserem Wirtschaftsraum, mit einer Ballung von Ölraffinerien um Ingolstadt, sehen wir Ärzte eine außerordentliche Gesundheitsgefährdung unserer Bevölkerung, da die hiesigen klimatischen Verbältnisse jetzt schon für alle Asthmatiker und Herzkranke ungünstig sind. Eine Luftverunreinigung durch Abgase wird sich hier besonders ungünstig auf die Lebensbedingungen auswirken.

Da der Verkehr bei Verwirklichung der Raffinerlepläne enorm zunehmen wird, bedeutet das eine weitere Gefahr für die Einwohner unserer Stadt, und zwar durch die hohe Konzentration der Auspuffgase und nicht zuletzt durch den gesundheitsschädlichen Verkehrslärm. Die Auspuffgase sowie die bei der Teerproduktion entstehenden Abgase bereiten der Ärzteschaft besondere Sorge, da diese Stoffe für die Zunahme der Krebserkrankungen der Lunge und der Luftwege verantwortlich gemacht werden.

Die Ingolstädter Ärzteschaft erwartet deshalb, daß beim Bau der Raffinerien und der nachfolgenden Industriebetriebe alle Vorkehrungen getroffen werden, die nach dem derzeitigen Stand der Technik und der wissenschaftlichen Forschung möglich sind, um gesundheitliche Schäden der Bevölkerung zu vermeiden.

Dr. Baumgartner, 1. Vorsitzender

Aufgepeitscht!

Ausgleich der vegetativen Tonuslage durch

Reginerton

Das wirkungsstarke Umstimmungstherapeuticum bei vegetativ-dystonisch-dyshormonalen Krankheitszuständen

ARZNEI **DOLORGIET** BAD GODESBERG

25 Dragées DM 1.55 o. U. lt. AT.
u. weitere Packungsgrößen

Dragées

Helo-acid®

Zur Säureaktivierung und Magensaftsubstitution

Helo-acid comp.
. . . bei gleichzeitiger Fermentschwäche im oberen Darmbereich

ohne HCl deshalb echte Stimulierung u. anhaltende Regulierung der Magenfunktion

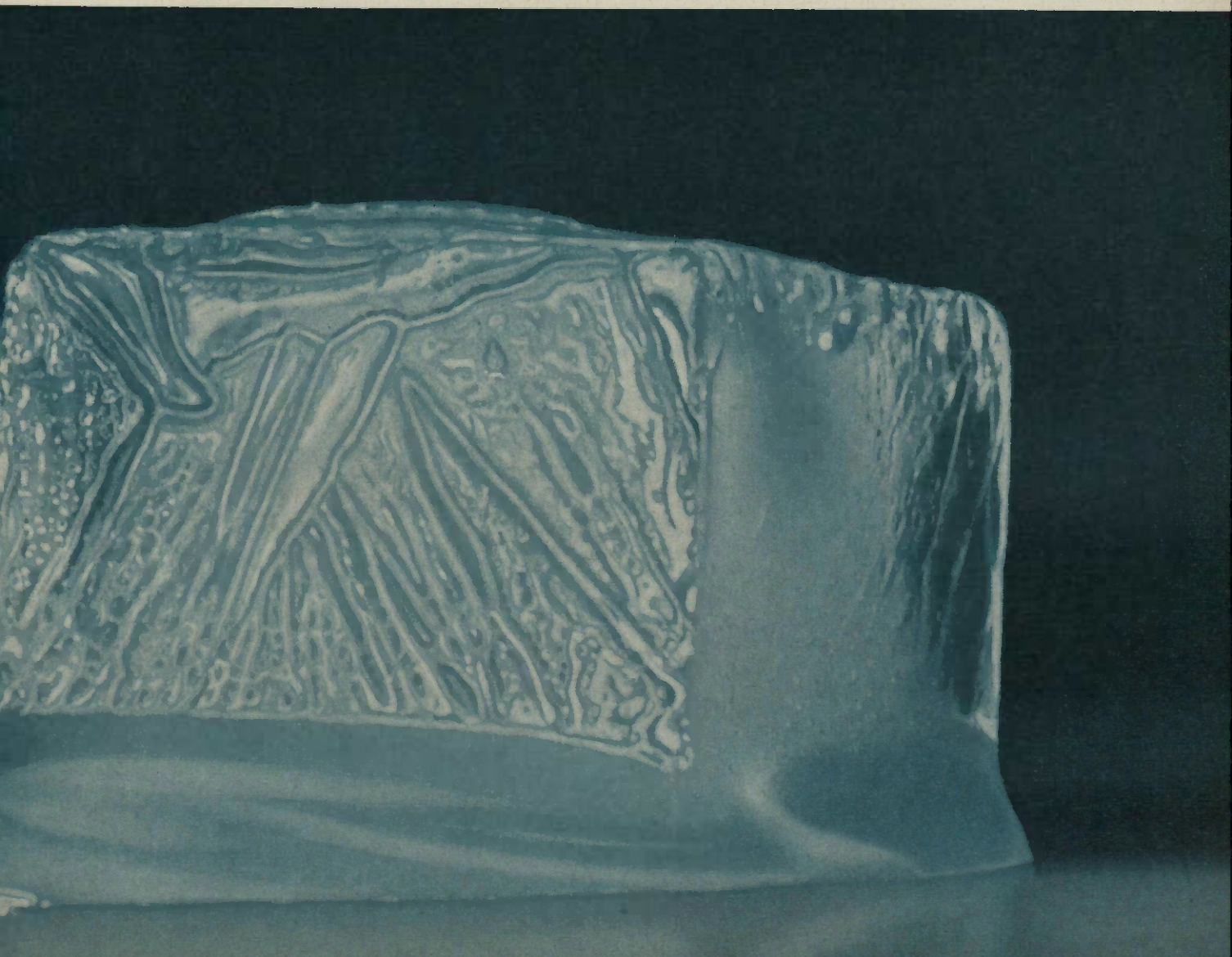
HELOPHARM • KG • BERLIN

Pyracortin® forte
löst die
Gelenke
aus ihrer
Erstarrung

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

Das Antirheumatikum für die Praxis
mit dem Prednison-Spareffekt
Rasche Schmerzbeseitigung
Wiederherstellung der Gelenkfunktion –
Auch bei Lumbago, Muskelrheumatismus, Arthrosen
gute Behandlungserfolge

Zusammensetzung
1,5 mg Prednison, 300 mg Pyramidon®
O.P. zu 20 Tabletten DM 6,75 (o. U., lt. At.)
Anstaltspackungen 100 und 500 Tabletten



Geschichte der Medizin

Hufelands Vermächtnis

(Schluß aus Heft 7/61)

II. Verhältnis zur Öffentlichkeit

Für niemand ist die öffentliche Meinung so wichtig als für den Arzt. Er ist im eigentlichem Sinne der Mann des Volkes, und die Stimme des Volkes entscheidet über ihn. Es muß also sein angelegentlichstes Geschäft sein, sich diese zu verschaffen, und er darf die Mittel nicht verachten, die dazu führen. Es ist ein eitler und sehr übel angebrachter Stolz, wenn junge Ärzte darin ihre Größe suchen, sich über die Meinung der Öffentlichkeit hinwegzusetzen und sie für nichts zu achten. Der wahre Stolz des Weisen ist, seinen Zweck auf das vollkommenste zu erreichen. Wer aber den Zweck will, muß auch die Mittel wollen. Der Hauptzweck des Arztes ist Heilung: Je mehr er Gelegenheit bekommen kann, sie auszuüben, desto vollkommener erreicht er diesen Zweck, ein Wohltäter der Menschheit zu werden. Nun ist aber die allgemeine gute Meinung eine Hauptbedingung dazu, und folglich gehört das Bestreben, sich diese zu erwerben, sich darin festzusetzen, allerdings auch zu den Verpflichtungen eines vernünftigen Arztes.

Es ist wahr, überwiegende Talente oder ein auffallendes Glück können die öffentliche Meinung gleichsam erzwingen, ja einen Arzt selbst gegen die allgemeine Stimme heben. Aber dies sind seltene Ausnahmen. Der gewöhnliche Fall ist, daß der junge Arzt bei den Mitmenschen allmählich eine Stimmung erregen muß, die ihm günstig ist und die denselben den Mut und die Lust gibt, ihm das Beste, was sie haben, Leben und Gesundheit, anzuvertrauen.

Die Hauptmittel dazu sind, außer der treuen und gewissenhaften Besorgung seiner Kranken, unerschütterliche Rechtschaffenheit, eine ordentliche · Lebensart, Mäßigkeit, das oben geschilderte verständige und gesetzte Betragen, Bescheidenheit, Klugheit und Besonnenheit in seinen Äußerungen und Urteilen, Vorsicht in der Wahl der Gesellschaften, Aufmerksamkeit nicht allein auf das Wesentliche, sondern auch auf den Schein. — Der Arzt, besonders der jüngere, vergesse nie, daß er mehr als ein anderer Mensch beobachtet wird. Er gehört dem Ganzen an. Jeder hat ein gewisses Interesse dabei, den, dem er einst sein Leben anvertrauen könnte, genauer kennenzulernen, und jeder maßt sich auch das Recht an, ihn zu beurteilen.

Der Arzt gehört keiner Partei, sondern dem Ganzen an. Popularität ist sein Element und Freiheit des Geistes und der politischen Verhältnisse sein edelstes Vorrecht. — Er hüte sich also sorgfältig, Partei zu nehmen oder sich in Verbindungen einzulassen, die ihn dazu nötigen. Vielmehr kann er sich glücklich schätzen, daß ihm sein Beruf erlaubt, ja ihn sogar verpflichtet, von Parteien und äußeren Verhältnissen der Menschen keine Notiz zu nehmen und immer nur rein den Menschen zu sehen.

Sehr empfehlend und nutzbringend wird es sein, wenn er durch Vorträge oder auch Schriften mehr Aufklärung über Erhaltung der Gesundheit und vernünftige Behandlung der Krankheiten zu verbreiten, Vorurteile zu bekämpfen und Einrichtungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes zustande zu bringen sucht. Es ist gewiß einer der sichersten und rühmlichsten Wege, wodurch ein junger Arzt Nutzen stiften, seinen Namen zur Kenntnis der Öffentlichkeit bringen und sich Ruf und Zutrauen erwerben kann. — Nur gehe er mit Vorsicht und Klugheit zu Werke, wenn er eingewurzelte Vorurteile oder Lieblingsgewohnheit seiner Mitmenschen angreifen will, denn leicht kann er es durch eine stürmische oder beißende Behandlung des Gegenstandes verderben und bloß bewirken, daß er sich verhaßt macht, ohne die Sache zu bessern.

Überhaupt sind Witz und Hang zur Satire eine sehr gefährliche Eigenschaft eines jungen Arztes. Bei keinem Menschen ist sie so nachteilig und mit dem Wesen seiner Bestimmung so unvereinbar, als bei dem, dem man sich in seiner ganzen Blöße zeigen und dem man Schwächen und Geheimnisse entdecken soll, die sonst niemand erfährt, und gewiß ist es, daß der größte Teil der Öffentlichkeit sich lieber einem beschränkten Kopfe, als einem Spötter oder Witzling anvertraut. — So mancher hat sich durch einen witzigen Einfall unversöhnliche Feinde zugezogen. Die Menschen vergeben leichter eine reelle Beleidigung, als eine Spötterei.

Verschwiegenheit ist eine der ersten und unentbehrlichsten Eigenschaften des Arztes, denn sein Beruf bringt es mit sich, daß er die verborgensten Geheimnisse erfährt und die Stelle des Beichtvaters vertritt. Das Glück nicht bloß einzelner Menschen, sondern ganzer Familien liegt dadurch in seiner Hand, und es würde die höchste Niederträchtigkeit sein, ein solches Zutrauen zu verraten oder gar einen absichtlichen Mißbrauch davon zu machen. Aber nicht bloß die Sache, sondern auch den Schein muß er vermeiden, daher so wenig als möglich von anderen Kranken sprechen, die darüber an ihn geschehenden Fragen kurz und unbestimmt beantworten, am allerwenigsten aber sich in Einzelheiten und Erzählungen aus ihrem häuslichen Leben einlassen.

Vor allen Dingen hüte sich der Arzt vor dem Rufe eines Spielers, Trinkers oder Wollüstlings, denn diese Eigenschaften stehen in geradem Widerspruche zu seinen Geschäften und rauben unausbleiblich das Zutrauen der Öffentlichkeit. Die erste nimmt ihm das Interesse an den Kranken, die zweite den Kopf und die dritte die Reinheit und Sicherheit des Charakters, die in den ärztlichen Verhältnissen ganz unentbehrlich ist.

Es ist daher sehr vorteilhaft, wenn der Arzt verheiratet ist und ein gutes häusliches Leben führt. Er wird dadurch nicht allein mehr Zutrauen besonders bei dem weiblichen Teile der Kranken erhalten, sondern auch manchem Verdacht, auch wohl mancher Zumutung am besten ausweichen.

Jeder Schein von Gewinnsucht muß vermieden werden. Sie erniedrigt den Arzt und die Kunst, schreckt den unbemittelten Kranken zurück und raubt das, was mehr wert ist als aller Reichtum — den guten Namen.

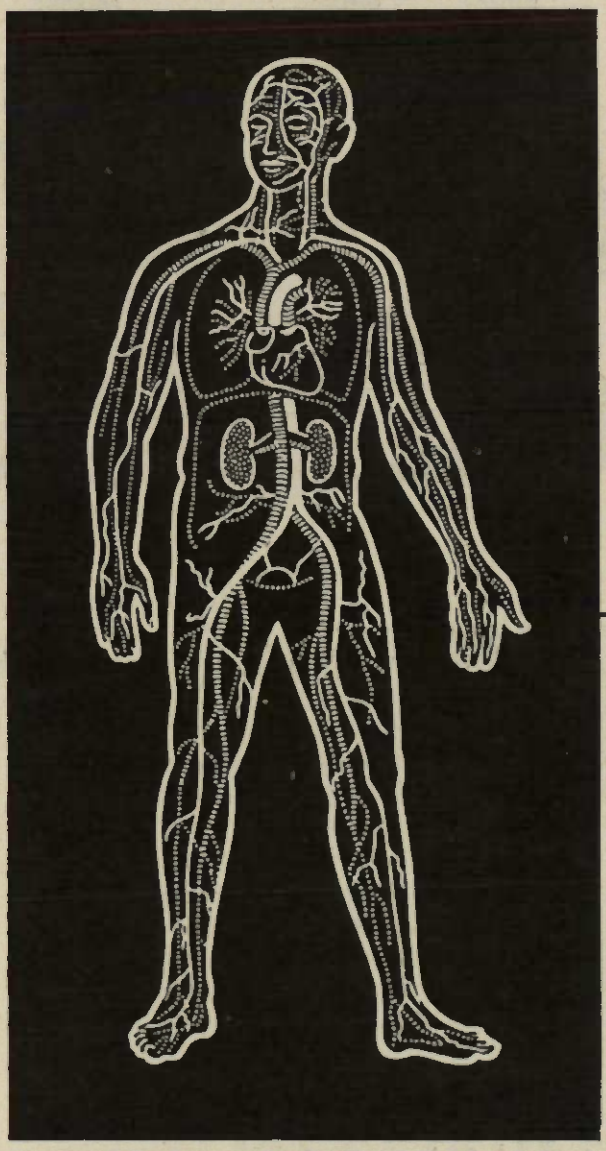
III. Verhältnis zu den Kollegen

Dieses Verhältnis ist zwiefach, teils allgemein, teils in Beziehung auf den Kranken.

Was das erste betrifft, so sollte gegenseitige

COMPLAMIN®

3-(Methyloxyäthylamino)-2-oxypropyltheophyllin-nikotinat



steigert das
Herz-Minutenvolumen
bei gleichzeitiger
Senkung
des peripheren
Widerstandes ohne
Blutdruckänderung.

Periphere
Durchblutungsstörungen,
Cerebralsklerose,
Apoplexie und sonstige
Arterienerkrankungen.

Tabletten und Ampullen

JOHANN A. WÜLFING • DÜSSELDORF

CARDIALE DEKOMPENSATION

bei akutem Herzversagen

CORDALIN®-STROPHANTHIN

Oxyaethyltheophyllin · Homburg · + k-Strophanthin

zur Dauertherapie

CORDABROMIN®-DIGOXIN

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

CHEMIEWERK **HOMBURG** FRANKFURT/M.

HOMBURG

Achtung, und wenn diese auch nicht möglich wäre, wenigstens Duldung das erste Gesetz sein. Nichts ist schwerer, als andere Menschen zu richten, aber nirgends ist es schwerer als in der Heilkunst. Es ist daher schon unverzeihlich genug, wenn die übrigen Menschen sich darüber abzusprechen anmaßen, aber empörend ist es, wenn Ärzte, die die Schwierigkeiten der Kunst und ihrer Beurteilung kennen, ihre Kollegen mit Härte, Lieblosigkeit oder Geringschätzung beurteilen, ihre Fehler aufdecken und sich dadurch zu heben suchen, daß sie andere herabsetzen.

Könnte ich doch die Wahrheit jedem meiner Mitbrüder so lebendig in die Seele rufen, als ich davon durchdrungen bin: Wer seinen Kollegen herabsetzt, der setzt die Kunst und sich selbst herab! — Denn einmal, je mehr Fehler die Öffentlichkeit an den Ärzten kennenlernt, je mehr Ärzte verächtlich oder verdächtig gemacht werden, desto mehr muß sie ja das Zutrauen zur Kunst überhaupt verlieren, und durch dieses verminderte Zutrauen aufs Ganze wird jedem Einzelnen und somit dem Tadler auch sein Teil entzogen. Gewiß, die Menschen würden weniger anmaßend und tadelsüchtig über die Ärzte herfallen, die Fehler derselben würden nicht das Lieblingsgespräch in Gesellschaften sein, wenn diese nicht selbst den Ton angäben und mit schlechtem Beispiele vorgingen. Es setzt den kurzsichtigsten Egoismus und Mangel allen Gemeingeistes voraus, wenn ein Arzt so handeln kann und sich im Ernste in dem Verhältnis zu heben glaubt, als er andere erniedrigt. — Ferner widerstreitet ein solches Verfahren den ersten Grundsätzen der Moral und Religion, die uns gebietet, die Fehler anderer nicht aufzudecken, sondern zu übersehen und zu entschuldigen, und so wird also ein solcher Arzt bei jedem Wohldenkenden mehr verlieren, als der, den er herunterzusetzen suchte. Denn jener verliert nur als Künstler, er aber als Mensch, und eine schlechte Handlung ist mehr als eine schlechte Kur. — Endlich sollten sie doch daran denken: mit welchem Maß ihr meßt, wird euch wiedergemessen. Wer andere hart und hochfahrend behandelt, der kann sich darauf verlassen, daß es ihm ebenso gehen werde, und das von Rechts wegen. — Bescheidenheit im Betragen und im Urteilen ziert jeden, einen jungen Arzt am meisten, wird ihm Freunde bei seinen Kollegen und Gelegenheit zu Belehrung verschaffen und ihn folglich sowohl in seinen äußeren Verbältnissen als auch in seiner inneren Vervollkommnung weiterbringen.

Noch ist die Heilkunst bei weitem nicht zu dem Grade von Vollkommenheit und Bestimmtheit gelangt, um über alle Heilmethoden absprechend urteilen zu können. Noch besitzen wir keinen Kodex, der gesetzmäßig und allgemeingültig wäre. Noch steht es jedem frei, sich seine eigenen Ansichten über den Organismus und seine Behandlung zu bilden, wenn sie nur der Vernunft und der Erfahrung nicht widerstreiten. Niemand wird leugnen, daß man in dem Heilungsgeschäfte auf verschiedenen Wegen seinen Zweck erreichen kann und daß die scheinbaren Widersprüche in der Behandlung sich durch die mannigfaltigen Gegenwirkungen des Organismus in Einheit auflösen können. Wahrlich, die organische Natur ist nicht so eng beschränkt, wie unsere Systeme, sonst würde nicht eins nach dem anderen haben geltend gemacht und mit Glück angewendet werden können. Am Ende bleiben doch die Erfahrung und die daraus richtig abgeleiteten Resultate das einzig Wahre und Beständige in der Medizin, und je länger und verständiger ein Arzt das Verhalten des lebenden Körpers gegen die Einwirkung der Außenwelt und besonders der Heilmittel beobachtet hat, je mehr er die Kräfte der letzteren zu würdigen und mit Gewandtheit zu benutzen gelernt hat, desto vollkommener ist er als Heilkünstler. — Mag also jeder sein System, seine eigene Ansicht der Dinge haben, mag besonders der jüngere Arzt sich glücklich fühlen, in den Besitz der neuesten und vollendetsten Ansicht gekommen zu sein und alles schulgerecht herleiten zu können. Nur glaube keiner, daß er allein in dem Besitze der Wahrheit sei. Er habe Achtung vor der Meinung anderer und besonders älterer, durch Erfahrung gereifter Ärzte und er denke recht oft daran, daß, wer alles zu wissen glaubt, nur auf der ersten Stufe der Kunst steht und daß der Anfang des Zweifelns und die Erkenntnis dessen, was man nicht weiß, das sichere Kennzeichen und zugleich das einzige Mittel des Fortschreitens ist.

Der junge Arzt schätze in dem älteren die Reife der Erfahrung, den geübten tiefen Blick, den Umfang und die Gründlichkeit der Kenntnisse, die Unterscheidung dessen, was zur Kunst wesentlich und zweckdienlich ist, von dem Unwesentlichen und Leeren; den praktischen Takt, die Kunst (die eigentlich den großen Praktiker macht und die nie erlernt, sondern nur erübt werden kann), das Allgemeine in die spezifische Form des Subjektes überzutragen und sowohl den Fall als die Behandlung aufs feinste zu individualisieren, die Kenntnis und Würdigung der Heilmittel mit ihren feineren und spezifischen Eigenheiten und endlich die Kunstfertigkeit, in allem den rechten Ort, Zeit und Maß zu treffen. Er suche durch Bescheidenheit, Wißbegierde und Empfänglichkeit sein Zutrauen und seine Freundschaft zu erwerben, befrage ihn in schwierigen Fällen um Rat, benutze seinen Umgang, und er wird nicht bloß für seine Ausbildung viel gewinnen, sondern sich auch eine Stütze an ihm verschaffen, die einem jungen Arzte so not tut. — Der ältere Arzt aber ehre in dem jüngeren den frischen, reinen Blick, die neue Ansicht der Natur und Kunst, die rege Kraft, die Wißbegierde, das Streben nach Wahrheit, den Fleiß und die Anstrengung, das Verdienst des redlichen Wollens, die wissenschaftliche systematische Bildung. Er bedenke, daß er auch diesen Weg hat gehen müssen und wie schwer es dem Anfänger wurde. Er nehme sich seiner wohlwollend und väterlich an, teile gern aus dem Schatze seiner Erfahrung mit, mache ihn in vertraulichen Stunden und mit dem Tone der Herzlichkeit auf seine Fehler aufmerksam und entschuldige und bedecke sie vor der Öffentlichkeit. Besonders in Fällen von gemeinschaftlicher Behandlung und Konsultation sei er vorsichtig und human, denn da kann der Ausspruch des alten Meisters oft über das ganze Glück des jungen Mannes entscheiden.

Überdies ist es ja eine ausgemachte Wahrheit, daß in der Medizin der kleinste Umstand die Lage der Sachen und ihre Bedeutung ändert und es schlechterdings unmöglich ist, über das Heilverfahren eines anderen zu urteilen, wenn man nicht selbst dabei gegenwärtig war und sich von allen Umständen genau unterrichtete.

Es bleibt also dabei, daß es immer entweder Mangel an Verstand oder an Kenntnis oder an gutem Herzen oder wohl gar ein böses Gewissen anzeigt, wenn ein

XOM 519

Egmol

schult den Darm von Grund auf

EGMOL das milde darmspezifische
Regulans mit dem neuartigen Wirkungsprinzip:

EGMOL führt zu einer dosierten Schleimabsonderung der Mucosadrüsen. Es erfolgt eine Volumenzunahme des Darminhalts mit reflektorischer Motilitätsanregung.

EGMOL wird nicht über die Blutbahn resorbiert, sondern wirkt ohne irgendwelche Nebenerscheinungen direkt vom Darmlumen aus.

INDIKATIONEN:

EGMOL ist in gesunden und kranken Tagen überall dort angezeigt, wo eine sichere und milde Stuhlregulierung erwünscht ist.

EGMOL erzieht den Darm in physiologischer Weise zu regelmäßiger Entleerung bei habitueller Obstipation und deren atonischen, dyskinetischen sowie spastischen Formen.

EGMOL reguliert mild die Darmtätigkeit vor und nach Operationen sowie vor und nach Geburten.

ZUSAMMENSETZUNG:

Di-oxyphenyl-methenyl-benzylalkohol

Dr. SCHMIDGALL GmbH Chem. Pharm. Fabrik
Stuttgart-Untertürkheim

Arzt nachteilig über seine Kollegen urteilt, und es ziemt dem rechtlichen Arzt auch dann, wenn er dazu aufgefordert wird, entweder sich damit zu entschuldigen, daß man in der Medizin ohne die genaueste Kenntnis des Falles gar nicht urteilen könne. Oder, wenn dies nicht möglich ist, alles zum Besten seines Kollegen zu erklären, welches nicht schwer ist. So wird er jederzeit sich und die Kunst ehren. — Was den zweiten Punkt, das Verhältnis der Kollegen zu den Kranken betrifft, so kommt hier zuerst die gemeinschaftliche Konsultation in Betracht. Sind die Meinungen gleich, so hat die Vereinigung mehrerer keinen Nutzen. Sind sie reell verschieden, so entsteht gar zu leicht Verwirrung und Halbheit in der Behandlung. Nur gar zu leicht mischen sich Leidenschaft und Persönliches ein, und, was das Schlimmste ist, das Interesse an dem Kranken und der Kur wird leicht durch die Einmischung mehrerer Ärzte geteilt und vermindert. Doch kann es Fälle geben, wo die Konsultation nützlich, ja unvermeidlich ist: wenn die Krankheit sehr verwickelt und hartnäckig ist und der Arzt ungewiß zu werden anfängt, wenn der Kranke wankend wird und das Zutrauen verliert, wenn große Verantwortlichkeit mit der Kur verbunden ist oder wenn das Herz dabei sehr interessiert ist, wobei man sich nicht trauen darf.

Soll nun aber eine Konsultation wahren Nutzen für den Kranken bringen, so muß sie folgende Eigenschaften haben:

Sie sei nicht zahlreich; zwei, höchstens drei Ärzte sind hinreichend. Sie werde aus solchen Ärzten zusammengesetzt, die nicht entschiedene Feinde sind, die nicht starrsinnig, nicht Partisanen einer Sekte a priori, sondern durch reife Erfahrung gebildet sind und die das Talent haben, zu verstehen und in die Gedanken anderer einzugehen.

Sie beschäftige sich hauptsächlich mit der Diagnostik, der Bestimmung der Ursachen und des Charakters der Krankheit und dann mit der Festsetzung des Heilplans. Die Ausführung und Leitung der Kur muß aber durchaus nicht einer Kommission, sondern nur einem, dem behandelnden Arzt überlassen bleiben.

Der Kranke darf nie Zeuge der Konsultation sein, sondern erst nach geendigten Unterhandlungen das gemeinschaftliche Ergebnis, soweit er es wissen darf, erfahren. Es würde im höchsten Grade unedel und zugleich grausam gegen den Kranken sein, wenn der zu Rate gezogene Arzt sich gegen ihn merken ließe, daß er das bisherige Verfahren für fehlerhaft halte. Bei der Verhandlung setze jeder seine Meinung bescheiden und gründlich auseinander und, sind die Meinungen verschieden, so suche man sich gegenseitig zu verständigen, ohne Eigensinn und Rechthaberei in den Ideengang des anderen einzugehen, um sich entweder demselben anzuschließen oder im entgegengesetzten Falle ihn desto überzeugender nach seiner eigenen Ansicht umzustimmen. Oft liegt die Ursache des ganzen Zwistes bloß in der verschiedenen Ansicht und Sprache, und man braucht nur seine Meinung in die Sprache des anderen zu übersetzen, um alle Differenzen aufzuheben. Sollte der Fall eintreten, daß durchaus keine Vereinigung der Meinungen und des Kurplanes möglich wäre, dann bleibt kein anderer Ausweg übrig, als die Entscheidung des Kranken. Dieser muß sich erklären, zu welchem Arzte er das meiste Zutrauen habe, und dessen Heilplan muß befolgt werden.

Nichts ist übler als die Gewohnheit mancher Kranken, außer dem gewöhnlichen noch andere Ärzte insgeheim zu konsultieren, und nichts ist tadelnswerter, als die Gewohnheit mancher Ärzte, solchen Zumutungen nachzugehen, ja sie oft dazu zu benutzen, Mißtrauen gegen den gewöhnlichen Arzt zu erregen und sich Eingang zu verschaffen. Kein rechtlicher Arzt kann so handeln. Er wird solche Anfragen abweisen und ihren Urhebern das Indiskrete ihrer Zumutung und die Unmöglichkeit fühlbar machen, ohne Zuziehung des gewöhnlichen Arztes und ohne Kenntnis seines Heilplans urteilen und raten zu können. Er glaube ja nicht, daß es gleichgültig sei, im allgemeinen seine Meinung über die Krankheit und die Kur hinzuwerfen. Es können dadurch auch ohne die mindeste böse Absicht Zweifel und Mißtrauen in der Seele des Kranken, Schwierigkeiten und unangenehme Verhältnisse für den behandelnden Arzt entstehen. Sollte er aber einsehen, daß der Kranke falsch behandelt wurde, so tritt freilich der höchste Zweck der Heilkunst, Rettung des Kranken, ein, dem alle politischen und kollegialen Rücksichten nachstehen müssen. Dieser muß erfüllt werden, und ist also dringende Lebensgefahr vorhanden, so muß er ohne weitere Rücksprache sogleich tun, was ihm sein Gewissen und seine Pflicht raten. Dies kann kein Arzt, wenn er billig denkt, übelnehmen. Ist hingegen der Fall nicht dringend, so muß er entweder eine Konsultation vorschlagen oder, wenn dies der Kranke aus besonderen Ursachen durchaus nicht will, so muß er, ohne den Kranken das mindeste merken zu lassen, insgeheim dem Arzt seine Meinung über eine bessere Behandlung mitteilen. So kann er die Pflichten gegen den Kranken und gegen den Kollegen vereinen und jenem helfen, ohne diesem zu schaden. Hat aber der Kranke das Zutrauen zu seinem Arzte ganz verloren und ist entschlossen, sich allein der Sorge eines anderen zu überlassen, so kann und darf es dieser ebensowenig versagen, als jener es übel aufnehmen, da das Zutrauen der Menschen frei und achtungswert ist. Nur handele man dabei von allen Seiten offen, schonend und wie es gebildeten und gesitteten Menschen geziemt.

Geht ein Kranker von einem Arzt zum anderen über, so ist es sehr gewöhnlich, daß er eben um diesen Schritt zu entschuldigen dem vorigen recht viel Böses, mit Recht oder Unrecht, nachsagt, und leider bringt es die Politik gemeiner Ärzte mit sich, dem beizupflichten und das bisherige Verfahren sehr tadelhaft zu finden. Aber nicht so der rechtschaffene Arzt. Er fühlt, daß ein solches Betragen unedel gegen seine Kollegen und selbst grausam gegen den Kranken wäre, dem es notwendig doppelten Kummer machen muß, wenn er überzeugt wird, nicht allein Zeit und Mühe verloren, sondern auch wohl seine Krankheit noch verschlimmert und unheilbar gemacht zu haben. Es ist unbegreiflich, wie es einem fühlenden Menschen möglich ist, einem Leidenden durch solche Erklärungen oft noch die letzten Tage des Lebens zu verbittern. Auch hier wird er also, wenigstens aus Liebe zum Kranken, wenn nicht aus kollegialer Rücksichtnahme, das bisherige Verfahren des Arztes gutheißen, die Zweifel des Kranken darüber beruhigen und den mangelnden Erfolg auf Rechnung anderer Ursachen zu schreiben suchen.

AMTLICHES

Auf Grund des Art. 11 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz vom 15. 7. 1957, GVBl. S. 162) erläßt die Bayerische Landesärztekammer folgende, mit Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern, Nr. III 8 — 5011/5 — 2 vom 13. Juli 1961 genehmigte

Wahlordnung

für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

I.
Allgemeines

§ 1
Wahlverfahren

(1) Die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer findet entweder

a) in Form der Briefwahl (Abschnitt II) oder
b) in Form der Urnenwahl (Abschnitt III)

statt.
(2) Die Entscheidung, nach welchem Wahlverfahren im Wahlbezirk (§ 3) gewählt wird, trifft für jeden Wahlbezirk die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes, für den Wahlbezirk München der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes München.

§ 2
Leitung der Wahl

(1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer bestellt der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer einen Landeswahlausschuß, bestehend aus dem Landeswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.
(2) Für jeden Wahlbezirk (§ 3) bestellt der Landeswahlleiter auf Vorschlag des Vorstandes des Ärztlichen Bezirksverbandes einen Bezirkswahlausschuß, bestehend aus dem Bezirkswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.
(3) Bei dem Wahlverfahren nach § 1 Abs. 1 b (Urnenwahl) bestellt der Bezirkswahlleiter für jedes Stimmlokal (§ 4, Abs. 4) auf Vorschlag der Vorstände der beteiligten Ärztlichen Kreisverbände einen Wahlvorstand von drei Mitgliedern, der aus seiner Mitte einen Wahlvorsteher bestellt.
(4) Die Entscheidungen des Landeswahlausschusses, der Bezirkswahlausschüsse und der Wahlvorstände werden mit Stimmenmehrheit getroffen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Ausschüsse sind beschlußfähig bei Anwesenheit von drei Mitgliedern, der Wahlvorstand bei Anwesenheit von zwei Mitgliedern.

§ 3
Wahlbezirke

Die Bereiche der acht Ärztlichen Bezirksverbände: München, Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben bilden für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer je einen Wahlbezirk.

§ 4
Stimmkreise

(1) Der Bezirkswahlausschuß legt im Benehmen mit dem Vorstand des Ärztlichen Bezirksverbandes die Stimmkreise fest. Ärztliche Kreisverbände mit etwa 100 oder mehr, mindestens aber 90 Mitgliedern, bilden für die Wahl einen eigenen Stimmkreis. Ärztliche Kreisverbände mit weniger als 90 Mitgliedern werden zu Stimmkreisen mit etwa 100 oder mehr Mitgliedern zusammengelegt; solche Ärztliche Kreisverbände können notfalls mit einem benachbarten Ärztlichen Kreisverband mit mehr als 90 Mitgliedern zu einem Stimmkreis zusammengelegt werden.
(2) Für je 100 Mitglieder eines Stimmkreises werden aus diesem ein Delegierter und zwei Ersatzmänner, mindestens aber für jeden Stimmkreis ein Delegierter und zwei Ersatzmänner gewählt. Bleibt nach der Teilung der Zabl der Mitglieder durch 100 ein Rest, der mehr als 50 ist, so tritt für diesen Rest ein weiterer Delegierter (mit zwei Ersatzmännern) hinzu.
(3) Der Bezirkswahlausschuß legt die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner entsprechend der Zahl der Mitglieder an einem vom Landeswahlleiter zu bestimmenden wahlnahen Stichtag fest und teilt sie dem Landeswahlausschuß mit.
(4) Bei dem Wahlverfahren nach § 1 Abs. 1 b richtet der Bezirkswahlausschuß in den Stimmkreisen nach Anhörung der Vorsitzenden der beteiligten Ärztlichen Kreisverbände mehrere Stimmlokale ein.

§ 5
Wahlberechtigung und Wählbarkeit

(1) Wahlberechtigt sind die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände Bayerns. Maßgebend ist dabei die Eintragung in eine Wählerliste (§ 9 bzw. 16).
(2) Wählbar sind alle wahlberechtigten ordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände.

§ 6
Ruhen der Wahlberechtigung und Wählbarkeit

Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht, sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder mit der Beitragsleistung zur Bayerischen Landesärztekammer für mebr als zwei Jahre in Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind.

§ 7
Wahlvorschläge

(1) Der Landeswahlausschuß bestimmt den letzten Termin für die Einreichung der Wahlvorschläge.
(2) Die Wahlvorschläge müssen von mindestens 5 v. H. der Wahlberechtigten des Stimmkreises unterschrieben sein. Bei Stimmkreisen mit mehr als 1000 Mitgliedern genügen 50 Unterschriften. Die Vorschläge haben zu enthalten: Vor- und Zuname, Geburtstag, berufliche Bezeichnung und Anschriften der Kandidaten.
(3) Die Vorschläge dürfen höchstens so viele Namen enthalten, als Delegierte und Ersatzmänner für den Stimmkreis zu wählen sind. Dabei muß ersichtlich sein, wer als Delegierter und wer als Ersatzmann vorgeschlagen ist. Der Wablberechtigte darf für jede Wahl nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen.
(4) Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so muß er sich binnen einer vom Bezirkswahlausschuß bestimmten Frist erklären, welchen Wahlvorschlag er unterstützt. Unterläßt er die Erklärung, so wird seine Unterschrift auf allen Vorschlägen gestrichen.
(5) Mit jedem Wahlvorschlag ist von jedem Kandidaten eine Erklärung vorzulegen, daß er zur Kandidatur und im Falle seiner Wahl bereit ist zur Annahme derselben und daß ihm Umstände, die seine Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind.
(6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den ersten Unterzeichner vertreten. Der zweite Unterzeichner gilt als Stellvertreter.
(7) Werden Wahlvorschläge nicht eingereicht, so kann die Stimmabgabe für jeden Wahlberechtigten (§ 5 Abs. 2) des Stimmkreises erfolgen.

§ 8
Prüfung der Wahlvorschläge

(1) Der Bezirkswahlausschuß hat die Vorschläge nach der Reihenfolge ihres Eingangs mit Ordnungsnummern

zu versehen, zu prüfen und etwaige Mängel dem Vertreter des Wahlvorschlags unverzüglich mitzuteilen. Die Mängel müssen spätestens 2 Wochen vor Beginn der Wahlfrist beseitigt sein; bis zu diesem Zeitpunkt können Vorschläge abgeändert, zusammengelegt oder zurückgenommen werden.
(2) Ist ein Kandidat in dem Wahlvorschlag nicht in der bestimmten Weise bezeichnet, so ist der Vertreter des Wahlvorschlags zur Ergänzung aufzufordern; kommt er der Aufforderung innerhalb der bestimmten Frist nicht nach, so wird der Name des unvollständig bezeichneten Kandidaten in dem Wahlvorschlag gestrichen.
(3) Wird eine Erklärung nach § 7 Abs. 5 trotz Erinnerung des Bezirkswahlausschusses nicht oder nicht in der bestimmten Frist vorgelegt, so wird der Name des betroffenen Kandidaten gestrichen.
(4) Kandidaten, die auf mehreren Vorschlagslisten genannt sind, werden durch Vermittlung der Vertreter der Wahlvorschläge zu einer Äußerung aufgefordert, welchem Wahlvorschlag sie zugeteilt werden wollen; erklären sie sich hierauf nicht innerhalb der bestimmten Frist, so werden sie von allen Wahlvorschlägen gestrichen.
(5) Enthält ein Wahlvorschlag mehr Namen von Kandidaten, als zugelassen sind, so werden die Namen der Kandidaten gestrichen, die den in der zulässigen Zahl vorgeschlagenen Kandidaten folgen.
(6) Die Wahlvorschläge sind ungültig, wenn sie verspätet eingereicht werden; das gleiche gilt, wenn die Wahlvorschläge nicht die erforderlichen Unterschriften tragen oder wenn die vorgeschlagenen Kandidaten nicht in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt sind, es sei denn, daß die Mängel spätestens 2 Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist beseitigt werden.

II.
Briefwahl

§ 9
Wählerlisten

Die Ärztlichen Kreisverbände legen für ihre wahlberechtigten Mitglieder eine fortlaufend nummerierte Wählerliste an. Eine beglaubigte Ausfertigung der Wählerliste erhält der Bezirkswahlausschuß. Jeder Wähler ist durch den Ärztlichen Kreisverband von der Eintragung in die Wählerliste schriftlich zu unterrichten. Die Benachrichtigung muß die Wahlfrist, die Nummer des Wählers in der Wählerliste und die Anschrift des Bezirkswahlausschusses angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum 14. Tag einschließlich vor der Wahl zur Einsicht bei den Ärztlichen Kreisverbänden aufzulegen. Während dieser Zeit können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich beim Bezirkswahlausschuß erhoben werden. Er entscheidet über den Einspruch. Nur der Bezirkswahlausschuß kann Änderungen der Wählerlisten vornehmen.

§ 10
Wahlbekanntmachungen

(1) Im Einvernehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt der Landeswahlausschuß die Wahlfrist und gibt sie den Bezirkswahlleitern bekannt. Spätestens 6 Wochen vor Beginn der Wahlfrist veröffentlicht der Bezirkswahlleiter eine Wahlbekanntmachung in ortsüblicher Weise. Die Bekanntmachung muß enthalten:

1. Beginn und Ende der Wahlfrist;
2. die Angabe der für die Ärztlichen Kreisverbände gebildeten Stimmkreise;
3. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner;
4. die Anschrift des Bezirkswahlausschusses, an den der Wahlbrief zu entsenden ist (§ 14, Abs. 3);
5. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung und unter Hinweis auf § 7 dieser Wahlordnung;
6. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerlisten bei Vermeidung des Ausschlusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswahlausschuß einzulegen sind.

(2) Der Bezirkswahlleiter kann nach Anhören des Bezirkswahlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

§ 11
Inhalt des Stimmzettels

(1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift: „Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ..... bis .....“ Er muß den Stimmkreis bezeichnen und die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 7 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 7 Abs. 2 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 8, Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.
(2) Im Falle des § 7, Abs. 7 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler ermöglichen, die Namen der von ihm gewählten Delegierten und Ersatzmänner getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Delegierte“ und „Ersatzmänner“ zu kennzeichnen.

§ 12
Versendung der Stimmzettel

(1) Der Bezirkswahlleiter hat 3 Tage vor Beginn der Wahlfrist an jeden in eine Wählerliste des Wahlbezirks eingetragenen Wahlberechtigten e i n e n Stimmzettel und einen Vordruck zur Abgabe der eidesstattlichen Erklärung mit z w e i Umschlägen zu übersenden. Der eine Umschlag trägt den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ..... bis .....“, der zweite (freigemachte) Umschlag trägt den Aufdruck „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“, die Nummer der betreffenden Wahlberechtigten in der Wählerliste sowie die Anschrift des Bezirkswahlausschusses.
(2) Hat ein Wahlberechtigter die nach Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlleiter anfordern.

§ 13
Ausübung des Wahlrechts

Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel verwendet werden. Der Wähler hat auf einem Vordruck eidesstattlich zu versichern, daß er den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet hat. Das Wahlrecht darf nur für den Stimmkreis ausgeübt werden, in dessen Bereich der Wahlberechtigte Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes ist.

§ 14
Stimmabgabe

(1) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorge-

RECORSAN® die älteste Herzsalbe
Jetzt mit neuer Salbengrundlage: Erhöhte Penetration
Fettfrei – Wasserlöslich – Nicht schmutzend
O. P. 20 g lt. AT. DM 1,80 o.U.
RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN-GRÄFELFING

schlagenen Kandidaten, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen, als zu wählen sind.
(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 kann der Wähler nur so viele Namen auf dem Stimmzettel getrennt angeben, als Delegierte bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.
(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Umschlag, der den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom..... bis....." trägt und verschließt den Umschlag. Der verschlossene Umschlag wird daraufhin in den zweiten Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer" gelegt. In diesen zweiten Umschlag wird weiter der unterschriebene Vordruck über die eidesstattliche Erklärung (§ 12 Abs. 1) eingelegt. Der Wahlbrief wird verschlossen, vom Wähler mit der Angabe des Absenders versehen und an den Bezirkswahlausschuß gesandt. Der Wahlbrief muß vor Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingehen.
(4) Ungültig sind:
a) Stimmzettel, die nach Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingegangen sind;
b) Stimmzettel, die sich in einem Umschlag mit der Angabe eines Namens befunden haben;
c) Stimmzettel, die sich nicht in einem geschlossenen Umschlag mit dem Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom..... bis....." befunden haben;
d) Stimmzettel, die in einem Wahlbrief ohne eidesstattliche Erklärung über die persönliche Ausübung des Stimmrechtes enthalten waren;
e) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten.

§ 15

Ermittlung des Wahlergebnisses

(1) Eingehende Wahlbriefe werden beim Bezirkswahlausschuß sofort mit einem Eingangsstempel versehen.
(2) Der Bezirkswahlausschuß ermittelt öffentlich und unverzüglich nach dem Ende der Wahlfrist das Wahlergebnis.
(3) Der Bezirkswahlausschuß stellt auf Grund der auf dem Wahlbrief vermerkten Wahlnummer die Wahlberechtigung des Absenders im Stimmkreis durch Vergleich mit der zuständigen Wählerliste fest. Dabei werden die Wahlbriefe nach Stimmkreisen geordnet und ihre Zahl für die einzelnen Stimmkreise ermittelt. Danach werden die Wahlbriefe für jeden einzelnen Stimmkreis eröffnet, die eidesstattlichen Erklärungen in den Wahlbriefen geprüft und beiseite gelegt; weiter werden den Wahlbriefen die darin enthaltenen Umschläge (mit der Aufschrift „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom.....bis.....") entnommen, durcheinandergemischt, geöffnet und die auf die einzelnen Kandidaten entfallenen gültigen Stimmen festgestellt.
(4) Bei dem Verfahren nach Abs. 3 prüft der Bezirkswahlausschuß laufend die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen nach § 14 Abs. 4 und entscheidet hierüber.
(5) Für jeden Stimmkreis ist eine gesonderte Zähl- und Gegenliste zu führen. In den Listen ist der Inhalt jedes gültigen Stimmzettels bei der Verlesung sofort zu vermerken. Die Listen sind von den Listenführern und vom Bezirkswahlleiter zu unterzeichnen.
(6) Im Stimmkreis sind die Kandidaten gewählt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Das gleiche gilt für die Ersatzmänner. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.
(7) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirkes ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

Die Zahl der Wahlberechtigten;
die Zahl der Wähler;
die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen;
die Zahl der ungültigen Stimmen;
die Namen der gewählten Delegierten und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl.

(8) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen; die Zähllisten nach Abs. 5 sind der Niederschrift beizufügen.

III.

Urnenwahl

§ 16

Wählerlisten

Die Ärztlichen Kreisverbände legen für ihre wahlberechtigten Mitglieder eine Wählerliste an. Jeder Wahlvorstand erhält für sein Stimmlokal (§ 4 Abs. 4) eine Ausfertigung der Wählerlisten des Stimmkreises. Jeder Wähler ist durch den Ärztlichen Kreisverband von der Eintragung in die Wählerliste schriftlich zu unterrichten (Wählerkarte). Die Benachrichtigung muß den Wahltermin und die Stimmlokale des Stimmkreises angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum 14. Tag einschließlich vor der Wahl zur Einsicht bei den Ärztlichen Kreisverbänden auszulegen. Während dieser Zeit können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich beim Bezirkswahlausschuß erhoben werden. Er entscheidet über den Einspruch. Nur der Bezirkswahlausschuß kann Änderungen der Wählerlisten vornehmen.

§ 17

Wahlbekanntmachungen

(1) Im Einvernehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt der Landeswahlausschuß den Wahltag und gibt ihn den Bezirkswahlleitern bekannt. Spätestens sechs Wochen vor dem Wahltag veröffentlicht der Bezirkswahlleiter eine Wahlbekanntmachung in ortsüblicher Weise.
(2) Die Bekanntmachung muß enthalten:
1. Tag, Beginn und Ende der Wahl,
2. die Angabe der für die Ärztlichen Kreisverbände gebildeten Stimmkreise und der Stimmlokale in den einzelnen Stimmkreisen,
3. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner,
4. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung und unter Hinweis auf § 7 dieser Wahlordnung,
5. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerlisten bei Vermeidung des Ausschlusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswahlausschuß einzulegen sind,
6. den Hinweis, daß die Wählerkarte zur Wahlhandlung mitzubringen ist.

(3) Der Bezirkswahlleiter kann nach Anhören des Bezirkswahlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

§ 18

Inhalt des Stimmzettels

(1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift: „Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer am .....". Er muß die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 7 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 7 Abs. 2 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 8 Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.
(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler ermöglichen, die Namen der von ihm gewählten Delegierten und Ersatzmänner getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Delegierte" und „Ersatzmänner" zu kennzeichnen.

§ 19

Wahlhandlung

(1) Die Wahl findet als Urnenwahl in den Stimmlokalen des Stimmkreises statt. Sie erfolgt schriftlich und geheim.
(2) Der Wahlvorstand des Stimmlokales leitet die Wahlhandlung.

(3) Die Wahlhandlung wird damit eröffnet, daß der Wahlvorsteher die Mitglieder des Wahlvorstandes und die Ersatzmänner bekanntgibt. Fehlen Mitglieder des Wahlvorstandes, so beruft der Wahlvorsteher zur Ergänzung des Wahlvorstandes die Ersatzmänner und, wenn solche nicht erreichbar sind, andere anwesende wahlberechtigte Mitglieder der Kreisverbände des Stimmkreises in den Wahlvorstand.
(4) Die Stimmzettel sind in den Stimmlokalen aufzulegen.
(5) Zum Stimmlokal haben nur die Wahlberechtigten und sonstige an der Wahl Beteiligte Zutritt.
(6) Für die Sammlung und Verwahrung der Stimmzettel während der Abstimmung wird eine Wahlurne verwendet. Der Deckel muß einen Spalt haben, der nicht mehr als 2 cm breit ist. Die Größe der Wahlurne bemißt sich nach den örtlichen Verhältnissen.
(7) Vor Beginn der Abstimmung hat sich der Wahlvorstand davon zu überzeugen, daß die Wahlurne leer ist. Bis zur Entnahme der Stimmzettel nach Schluß der Wahl darf die Urne nicht mehr geöffnet werden.

§ 20

Stimmabgabe

(1) Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel (§ 18) verwendet werden.
(2) Die Stimmabgabe ist nur in den Stimmlokalen des zuständigen Stimmkreises zulässig.
(3) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorgeschlagenen Kandidaten, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen als zu wählen sind.
(4) Im Falle des § 7 Abs. 7 kann der Wähler nur so viele Namen auf dem Stimmzettel getrennt angeben, als Delegierte bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.
(5) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten, sind ungültig.
(6) Der Wähler übergibt den Stimmzettel, zweimal zusammengefaltet, dem Vorsteher oder dem von diesem bezeichneten anderen Mitglied des Wahlvorstandes. Dieser läßt die Abgabe des Stimmzettels in der Wählerliste vermerken, entwertet die Wählerkarte durch den Vermerk „gewählt" und legt dann den Stimmzettel in die Wahlurne.

§ 21

Ermittlung des Wahlergebnisses

(1) Der Wahlvorstand ermittelt öffentlich und unmittelbar nach Ende der Wahl (§ 17 Abs. 2 Ziff. 1) das Wablergebnis.
(2) Dabei sind zunächst alle noch nicht benutzten Stimmzettel von den Tischen, an denen das Ergebnis ermittelt werden soll, zu entfernen. Hierauf werden die Stimmzettel in der Wahlurne durchgeschüttelt, entnommen und im ganzen ungeöffnet gezählt. Dann wird die Zahl der Abstimmvermerke in den Wählerlisten ermittelt. Die Zahl der Stimmzettel und der Abstimmvermerke werden miteinander verglichen. Eine auch bei wiederholter Zählung sich ergebende Abweichung der beiden Zahlen ist in der Niederschrift zu vermerken und, wenn möglich, aufzuklären.
(3) Darauf werden die Stimmzettel entfaltet; es wird festgestellt, wie viele gültige Stimmen auf die Kandidaten entfallen. Die Zahl der abgegebenen Stimmen ist in die Niederschrift aufzunehmen.
(4) Über die Gültigkeit der Stimmzettel beschließt der Wahlvorstand.
(5) Über die Wahlhandlung ist unter Zuziehung eines Schriftführers, der nicht Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes sein muß, eine Niederschrift anzufertigen, die von den Mitgliedern des Wahlvorstandes zu unterzeichnen ist. Sie muß enthalten:

a) die Namen der Mitglieder des Wahlvorstandes,
b) Tag, Beginn, Ende und Ort der Wahlhandlung,
c) die Gesamtzahl der abgegebenen Stimmen,
d) alle Beschlüsse des Wahlvorstandes unter Angabe des Stimmverhältnisses, mit denen sie gefaßt wurden,
e) die bei der Wahl sich etwa ergebenden Beanstandungen und alle sonstigen Vorfälle, die für die Gültigkeit der Wahl Bedeutung haben können,
f) die vorläufige Feststellung des Wahlergebnisses für das Stimmlokal.

(6) Nach dem Abschluß der Ermittlung des Wahlergebnisses gibt der Wahlvorstand sämtliche Wahlunterlagen direkt an den Bezirkswahlausschuß ab.
(7) Der Bezirkswahlausschuß stellt das Ergebnis für die einzelnen Stimmkreise bis spätestens zum Ablauf des dritten Tages nach dem Wahltag fest. Dabei entscheidet er über die Gültigkeit der Stimmzettel.
(8) Im Stimmkreis sind die Kandidaten gewählt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Das gleiche gilt für die Ersatzmänner. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.
(9) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirkes ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

Die Zahl der Wahlberechtigten,
die Zahl der Wähler,
die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen,
die Zahl der ungültigen Stimmen,
die Namen der gewählten Delegierten und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl.

(10) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen.

IV.

Abschluß der Wahl

§ 22

Verständigung der Gewählten

Der Bezirkswahlleiter hat die Gewählten gegen Nachweis von der Wahl zu verständigen.

§ 23

Bekanntgabe des Wahlergebnisses

(1) Nach der Feststellung des Wahlergebnisses durch den Bezirkswahlausschuß sind die Wahlakten an den Landeswahlleiter zur Bekanntgabe des Wahlergebnisses zu übermitteln. Dieser zeigt das Ergebnis dem Bayer. Staatsministerium des Innern an und übermittelt dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer die Akten über die Feststellung des Wahlergebnisses und die Stimmzettel.
(2) Der Landeswahlleiter veranlaßt die umgehende Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Bayerischen Ärzteblatt und stellt dabei den hierfür geltenden Stichtag fest.

§ 24

Ersatzmänner und Nachwahl

Für einen Gewählten, der vor Ablauf der Amtszeit ausscheidet, rückt für den Rest der Amtszeit der Ersatzmann seines Stimmkreises mit der höchsten Stimmenzahl nach. Ist kein Ersatzmann mehr vorhanden, so ist innerhalb von vier Wochen eine Nachwahl nach den Vorschriften bekanntzumachen und durchzuführen, die für die vorhergehende Wahl festgelegt waren.

§ 25

Wahlanfechtung

(1) Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 23, Abs. 2) die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayerischen Landesärztekammer anfechten.
(2) Die Wahl ist ungültig, wenn durch den gerügten Verstoß das Wahlergebnis verdunkelt worden ist. Die Entscheidung trifft der Landeswahlausschuß.
(3) Wird die Ungültigkeit der Wahl im ganzen ausgesprochen, so wird eine Neuwahl angeordnet. Sie ist innerhalb einer Frist von vier Wochen bekanntzumachen; im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung.
(4) Wird die Ungültigkeit der Wahl nur für einen bestimmten Wahlbezirk oder für einen bestimmten Stimmkreis ausgesprochen, so bleibt die Neuwahl auf diesen Wahlbezirk oder Stimmkreis beschränkt.

(5) Entsprechendes gilt, wenn die Wahl eines Delegierten oder Ersatzmannes ungültig ist. Die Neuwahl beschränkt sich dann auf die Wahl des Delegierten bzw. des Ersatzmannes, dessen Wahl ungültig war.
(6) Für die Neuwahl in einem ganzen Wahlbezirk (Abs. 4) gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung; im übrigen gelten für eine Neuwahl nach Abs. 4 und 5 die dem festgelegten Wahlverfahren jeweils entsprechenden Bestimmungen dieser Wahlordnung.
(7) Abs. 4 bis 6 gelten auch für eine Nachwahl.

§ 26
Wahlakten

Die Wahlakten sind bis zum Ablauf der Amtszeit der Delegierten von der Bayerischen Landesärztekammer aufzubewahren.

§ 27
Kosten

Die gesamten Kosten der Wahl gehen zu Lasten der Bayerischen Landesärztekammer.

§ 28
Einberufung der Landesärztekammer

(1) Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer lädt die Medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten zur Benennung je eines Mitgliedes als Delegierten zur Landesärztekammer ein.
(2) Spätestens vier Wochen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 23 Abs. 2) veranlaßt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer den Zusammentritt der gewählten Delegierten zur Wahl nach Art. 13 Abs. 2 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957.

§ 29
Inkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt am 1. des auf die Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt folgenden Monats in Kraft. Zum selben Zeitpunkt tritt die Wahlordnung vom 1. 10. 1958 außer Kraft.

München, den 20. Juli 1961

Dr. Sewering
Präsident

Vorläufiges Verbot der Ausübung des ärztlichen Berufes

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen teilte mit, daß der Regierungspräsident in Wiesbaden mit Verfügung vom 27. 1. 1961 — I/6 Az: 18b 02/11 gegen Dr. med. Hans Hammen, geb. am 25. 5. 1919 in Wiesbaden, wohnhaft in Wiesbaden, Lulsenplatz Nr. 8, ein vorläufiges Verbot zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (RGBl. I S. 1433) verhängt und die sofortige Vollziehung der Verfügung im öffentlichen Interesse angeordnet hat. Der Einspruch des Dr. Hammen sei am 29. 3. 1961 zurückgewiesen worden. Dr. Hammen ist somit nicht mehr berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen wies darauf hin, daß Dr. Hammen seit 1952 laufend eine Vertretertätigkeit ausgeübt habe. Da auch weiterhin damit gerechnet werden müsse, daß er als Vertreter tätig zu werden sucht, sei besondere Aufmerksamkeit angezeigt.

I. A. gez. Dr. Hein, Regierungsmedizinaldirektor.

*

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte mit, daß der Regierungspräsident in Wiesbaden mit Verfügung vom 5. 5. 1961 — AZ: 18b 02/03 — gegen Hans Karl Felmik, geb. am 27. 2. 1902 in Ostern/Rumänien, wohnhaft in Wißmar, Kreis Wetzlar, Loller Straße Nr. 15, gemäß § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (RGBl. I S. 1433) ein vorläufiges Verbot der Ausübung des ärztlichen Berufs verhängt und die sofortige Vollziehung der Verfügung angeordnet hat. Felmik ist somit nicht mehr berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben.

I. A. gez. Dr. Hein, Regierungsmedizinaldirektor.

MITTEILUNGEN

Zinssenkung und Änderung der Darlehensbedingungen der Bayer. Ärzteversorgung

Die Bayer. Versicherungskammer bittet um gefällige Kenntnisnahme, daß mit Zustimmung des Landesausschusses die Darlehensbedingungen bzw. der Zinssatz für Darlehen aus der Bayer. Ärzteversorgung mit Wirkung vom 1. Juli 1961 wie folgt geändert wurden:

I. Ausbezahlte Darlehen:

Von den vertraglich vereinbarten Zinsen (einschließlich Verwaltungskosten) in Höhe von 6½% jährlich wird ab 1. Juli 1961 bis auf weiteres lediglich ein Satz von 6% eingehoben.

II. Neu zur Auszahlung gelangende Darlehen:

a) Bürgschafts-Darlehen (bis zu 10 000 DM, Laufzeit bis 10 Jahre) werden ab 1. Juli 1961 zu 6% Zins jährlich gewährt bei einem Auszahlungskurs von 100%;
b) für Hypotheken-Darlehen beträgt der Zinsfuß ab 1. Juli 1961 gleichfalls 6% (einschließlich Verwaltungskosten). Hinsichtlich des Auszahlungkurses hat der Darlehensnehmer die Wahlmöglichkeit, entweder
   aa) 98% ohne Tilgungsstreckung oder
   bb) 100% mit Tilgungsstreckung für 2% der Darlehenssumme (d. h. der Darlehensbetrag wird voll ausgezahlt; der Mehrbetrag von 2% gegenüber den Darlehen zu aa) wird vor Tilgungsbeginn anstelle der Tilgungsraten eingehoben, die Tilgung selbst wird dadurch um 2 Jahre hinausgeschoben).

Dr. Hönig, Regierungsdirektor

Handbuch für den bayerischen Arzt
— Arztrecht —

Für das Handbuch ist nunmehr eine Ergänzungslieferung fertiggestellt worden, die sich aus folgenden Kapiteln zusammensetzt:

Erläuterungen zum Kammergesetz Art. 1—18

Änderung der Berufsordnung

Erläuterungen zur Berufsordnung § 3 (Schweigepflicht)

Wahlordnung

Beitragsordnung und Verwaltungsanordnung über die Kindergeldkasse

Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

Bestimmungen über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arznelen

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Bundesmantelvertrag

Die Ergänzungslieferungen werden in der zweiten Augusthälfte an die Ärztlichen Kreisverbände versandt. Wir bitten die Kolleginnen und Kollegen, die Ergänzungslieferungen ab September bei dem für ihren Bereich zuständigen Ärztlichen Kreisverband abzuholen.

Bayerische Landesärztekammer

LESERBRIEFE

Stellungnahme
zu dem Artikel von Dipl.-Psych. Dr. Dr. Graßl
Ausweitung der städtischen Erziehungsberatungsstellen
— eine Fehlentwicklnng!

Die erste Erziehungsberatungsstelle (EBST) Deutschlands wurde von dem Nervenarzt Dr. Leonhard Seif bereits 1921 in München gegründet. Dr. Seif erkannte schon seinerzeit die absolute Notwendigkeit einer seelischen Hygiene und damit einer Prophylaxe in Form der Erziehungsberatung. Zu seinem Kreis gehörten u. a. der Nervenarzt Dr. Weinmann, die Nervenärztin Frau Dr. Credner sowie der jetzige Jugendamtsdirektor Seelmann, der seit dieser Zeit ununterbrochen EBST unterhielt — auch als die EB unter dem Nationalsozialismus verboten wurde. Ebenso arbeiten in der Erziehungsberatungsstelle der Heckscher-Klinik seit 1926 ununterbrochen Nervenfachärzte, Kinderärzte, Psychologen und Pädagogen zusammen. Die jetzige Organisation der EB ist somit keine Nachahmung der anglo-amerikanischen Child-Guidance-Clinics, sondern setzt nur eine alte Münchener Tradition fort.

Zur Frage der im Artikel von Graßl aufgeworfenen Entpersönlichung des Arzt-Patient-Verhältnisses sei folgende Gegenüberstellung erlaubt:

Während sich der Erziehungsberater gemeinsam mit einem Mitarbeiter in geduldiger vielstündiger Arbeit — durchschnittlich pro Beratungsfall 10—15 Stunden — bemüht, die Sorgen und Nöte einer Mutter und ihres Kindes zu klären, werden zu gleicher Zeit in der Ambulanz einer Klinik durchschnittlich 100—150 Patienten von mehreren Ärzten und ihren zahllosen anonymen Helfern untersucht. Es bleibt unerfindlich, wie man in diesem Zusammenhang von einer Entpersönlichung des Arzt-Patienten Verhältnisses gerade beim Erziehungsberater sprechen kann.

Die Forderung, daß die Ärzteschaft allgemein mehr Anteil an der Leitung und Mitarbeit der Erziehungsberatung nimmt, wird von seiten der Beratungsstellen nur begrüßt. Dem steht jedoch entgegen, daß es nur eine geringe Anzahl von Ärzten gibt, die sich bisher für diese verantwortungsvolle und aufreibende Arbeit bereitwillig zur Verfügung gestellt haben. Es darf auch nicht übersehen werden, daß die Spezialisierung auf diesem Gebiet ein Fachwissen der Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie voraussetzt, welches nur durch eine langjährige Ausbildung erworben werden kann. Wenn auch diese Forderung nur langfristig auf dem Wege einer Neuordnung der medizinischen und fachärztlichen Ausbildung zu erreichen ist, so besteht doch die Möglichkeit, durch eine intensive Zusammenarbeit von ärztlichen Leitern der Beratungsstellen mit Interessierten, in der Praxis tätigen Kollegen notwendiges Spezialwissen zu vermitteln (z. B. eine sog. kleine Psychotherapie im Sinne von I. H. Schulz). Hierdurch würde auch das Interesse für die Arbeit der EB weiter geweckt werden und sich die notwendige Zusammenarbeit zwischen Praktikern, Beratungsstellen und Psychotherapeuten vertiefen.

Eine Umfrage (Dr. Biermann) an 500 in der Praxis tätigen Kinderärzten hat ergeben, daß die Mehrzahl derselben einen guten Kontakt zur Beratungsstelle bzw. dem Kinderpsychiater oder Kinderpsychotherapeuten haben und ein Spezialwissen auf dem Gebiete der Erziehungsberatung und Psychotherapie als notwendig anerkennt.

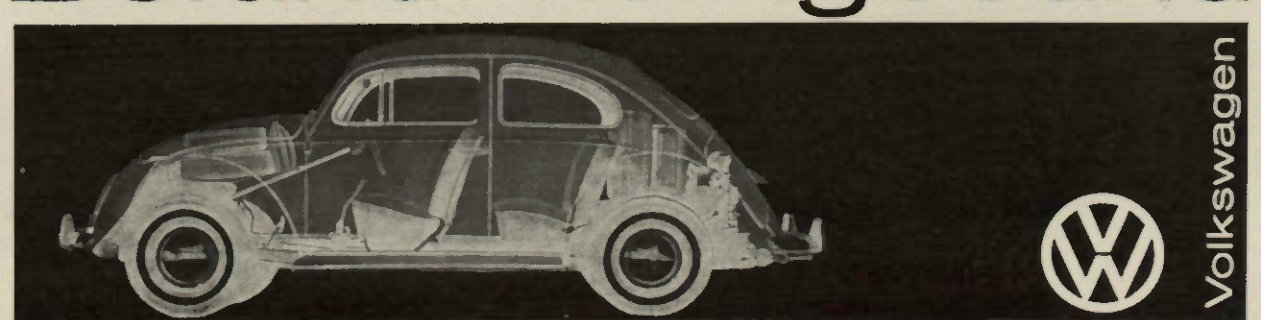
Die Tatsache, daß nur 10—20% der Hunderte von Erziehungsberatungsstellen in Westdeutschland von Ärzten geleitet werden, zeigt den Ernst der Situation auf. Es liegt an der Ärzteschaft, dieses zu erkennen, zumal, wie Graßl ausführte, die ärztlichen Belange teilweise nicht voll gesichert sind. Was die Erziehungsberatungsstellen des Stadtjugendamtes München betrifft, so stehen diese unter zentraler fachärztlicher Leitung. In jedem Falle bleibt ein vom Hausarzt überwiesenes Kind dessen Patient. Auch erhält der Hausarzt entsprechend den klinischen Gepflogenheiten bei Rücküberweisung einen ausführlichen Bericht, der die Zusammenhänge kindlicher Verhaltensstörungen entsprechend erhellt. Da viele Eltern ohne vorherige ärztliche Behandlung EBST aufsuchen, werden auch Kinder von hier aus an den Hausarzt überwiesen, damit von ihm notwendige medikamentöse Maßnahmen durchgeführt werden können und er ein soziologisch-psychologisches Bild erhält.

Wesentlich ist daher, die Zusammenarbeit zwischen EBST und Hausärzten zu aktivieren, nicht zu torpedieren durch polemische Darstellungen. Keine Praxis ist in ihrem Aufbau fehlerfrei, und oft muß man sich im Anfang mit provisorischen Maßnahmen behelfen.

Aus dem Dargelegten ergibt sich, daß die Situation gegenüber Krebs-, Rheuma- und sonstigen Beratungsstellen grundsätzlich anders ist.

Dr. Biermann, Kinderfacharzt und Psychotherapeut, Leiter der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in der Kinderpoliklinik der Universität München.

Befund: kerngesund



Zur Gallenbehandlung und Leberschutztherapie

Tassenfertiger Wirkstoffextrakt
In heißem Wasser vollkommen löslich!

SOLU-HEPAR®

Zusammensetzung: Wirkstoffextrakt aus: Fol. Balda, Rhiz. Curcum. xanth., Herb. Chelidon., Fruct. Card. marian. āā 10 g; Cobalt. 0,025 g; Ol. Menth. pip. tsqfr. 0,1 g.
Dosierung: Mehrmals täglich 1 Teelöffel Solu-Hepar auf 1 Tasse.
Indikationen: Erkrankungen der Gallenwege, Leberschutztherapie.
Handelsform: Packung, Inhalt 50 g, ausreichend für ca. 25 Tassen, DM 2,30 o. U.

HEUMANN Heilmittel

LUDWIG HEUMANN & CO. · NÜRNBERG · CHEM.-PHARM. FABRIK

Obermed.-Rat Dr. Heinhold, Nervenfacharzt und Psychologe, Leiter der EBST München-Land.

Frau Dr. Weber, Nervenfachärztin, Leiterin der heilpädagogischen Beratungsstelle der Heckscher-Nervenklinik für Jugendliche und Kinder.

Dr. Zeise, Nervenfacharzt, Leiter der Beratungsstelle des Stadtjugendamtes München, Mitglied der Vorstandschaft der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Eltern-Beratung e. V.

Erwiderung auf die vorstehende Stellungnahme von Dipl.-Psychologe Dr. med. et phil. Erich Grassl, prakt. Arzt

Zunächst muß festgestellt werden, daß — wie die Überschrift sagt — die Polemik nicht den bewährten und meist schon seit Jahrzehnten bestehenden Erziehungsberatungsstellen unter ärztlicher Leitung gilt — die sich nun in einer psychologischen Fehlreaktion zur Wehr setzen. Ihre hohe ärztliche, wissenschaftliche und soziale Leistung steht außer jeder Kritik und sei bei dieser Gelegenheit herzlich bedankt!

Die angesprochene Fehlentwicklung liegt einzig und allein

1. In der Ausweitung der städtischen Erziehungsberatungsstellen in München. Dazu der Text in der „Süddeutschen Zeitung" vom 31. 1. 1961, Seite 13/14: „In den letzten eineinhalb Jahren wurden in den verschiedenen Stadtteilen neun (9) Erziehungsberatungsstellen gegründet.... Die 4 Räume der Zentrale sind inzwischen längst zu klein geworden, und man hofft, noch im Februar in eine größere Etage in der Goethestraße umziehen zu können. Außerdem sollen in diesem Jahre wieder zwei (2) neue Beratungsstellen in München eingerichtet werden."

Jetzt neun (9) Erziehungsberatungszweigstellen und eine Hauptstelle, dann 11 Zweigstellen, nächstens 17 — wie man hört — und das würde so weiter gehen! Diese forcierte Ausweitung der Erziehungsberatungsstellen vom kommunalen Sektor aus ist ungesund!

2. Dazu kommt, daß diese Zweigstellen mit Nur-Psychologen oder Nur-Psychotherapeuten besetzt sind. Es wurde in meinem Artikel darauf hingewiesen, daß nach dem heutigen Stand der Wissenschaft Erziehungsberatung der heilpädagogischen Fälle — und das sind die des Jugendamtes — unmöglich von Psychologen oder Psychotherapeuten allein ohne ärztliche Voruntersuchung und ärztliche Mitarbeit betrieben werden könne. Es wäre genauso unmöglich, wie wenn die Stadt Lungenfachärzte ohne Röntgengeräte einsetzen würde!

Ein solcher — vom wissenschaftlichen Standpunkt aus — Fehlaufbau einer städtischen Dienststelle muß doch als Fehlanwendung unser aller Steuergelder angegriffen werden! Es wird doch niemand glauben können, daß etwa der eine leitende Nervenarzt in der Hauptstelle die gesamten Kinder der 11 Erziehungsberatungszweigstellen untersuchen kann. Erst neulich brachte in der Münchener Medizinischen Poliklinik der bekannte Schweizer Erziehungsberater, Prof. Dr. h. c. Zulliger, in einem Vortrag anfangs einige Fälle, die als reine Erziehungsfehler in die Beratungsstunde kamen und sich dann als organische Krankheitsfälle entpuppten. Nur-Psychologen behandeln dann vielleicht 10 bis 15 Stunden und mehr (das wurde in der Stellungnahme als Durchschnitt pro Fall angenommen) und kommen zu keinem Ergebnis, verzögern vielleicht sogar die ärztliche Behandlung eines Falles. Übrigens wies ein so genialer Erziehungsberater wie Prof. Zullinger darauf hin, wie viele Fälle oft in einer Beratung gelöst werden können, wenn man die Hintergründe einer Fehlentwicklung erkennt. Das kann oft der Hausarzt, der Hauskinderarzt viel besser, der etwa den trunksüchtigen Vater oder das zerrissene Familienleben des Kindes schon seit Jahren als Ursache der Fehlentwicklung kennengelernt hat.

Es gibt freilich dann viele Fälle, die stundenlanger psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung bedürfen — und die beherrschen Psychologen auf Grund ihrer Ausbildung bestens —, aber vorher muß durch eine eingehende ärztliche Untersuchung die Diagnose geklärt sein, und es muß auch die medikamentöse Behandlung miteinander besprochen sein.

3. Erziehungsberatung ist eine Domäne des freien Arztes und des freien Psychologen. Deshalb ist auch die Ausweitung der kommunalen Erziehungsberatungsstellen eine Fehlentwicklung. Gerade Erziehungsberatung, die zutiefst in das Familienleben und in die Entwicklung der Einzelpersönlichkeit eingreift und meist entscheidend ist für die Weiterentwicklung des Kindes und jungen Menschen, ist meist weltanschaulich untermauert und muß es sein. Der Erziehungsberater wird eine weltanschauliche Haltung annehmen müssen. Sollen sich die Eltern nun nicht mehr in freier Wahl ihre und ihrem Denken und ihrer Anschauung nahestehenden Erziehungsberater aussuchen können — sondern nur die von kommunaler Obrigkeit eingesetzten?!

Kommunale Obrigkeit ist politisch einmal so, einmal so und einmal so gefärbt. So ist es auf keinen Fall gut, wenn Erziehungsberatungsstellen Monopolstellen der Kommunen sind, von ihnen beaufsichtigt, bezahlt und geleitet.

Wenn man sich in der Stellungnahme auf die Erziehungsberatungsstelle des Münchener Nervenarztes Dr. Leonhard Seif beruft, so muß gesagt werden, daß dieser wirklich einmalige Kopf ein freier Mann war und blieb. Er hätte nie eine kommunale Erziehungsberatungsstelle übernommen, die heute rot, morgen schwarz und übermorgen grün tanzen muß. Hätte er sich den Behörden untergeordnet, so wäre seine Erziehungsberatungsstelle in der nationalsozialistischen Zeit nicht verboten worden.

DIGESTIVUM Dr. HETTERICH
Gastritis · Anorexie, Dysfermentie
30 ccm DM 1.80 o. U.
GALENIKA Dr. HETTERICH · FÜRTH/B.

Warum fördert man nicht die freien Erziehungsberatungsstellen Seifscher Prägung und Schöpfung?

Ein freies Teamwork von Arzt, Psychologe und Fürsorgerin in freier Praxis ist Seifsches Vorbild, das kommunale Teamwork aber ist seiner inneren Struktur nach doch eine Nachbildung der englischen „Child Guidance Clinics" im Zeichen des verstaatlichten Gesundheitswesens in England.

Und dieser Verstaatlichung des Gesundheitswesens wollen wir Einhalt gebieten, solange wir freie Ärzte sein können!

BUCHBESPRECHUNGEN

Größer als wir selbst. Von Thomas Randall. Limes Verlag, Wiesbaden. 783 S., Ganzleinen, DM 24.50.

Dieser amerikanische Bestseller durchleuchtet mit einer für europäische und vor allem deutsche Begriffe erstaunlichen Offenheit und Wahrhaftigkeit die Verhältnisse der amerikanischen Massenzivilisation. Der Verfasser greift mutig „hinein ins volle Menschenleben", wie es sich in den Trinkerheilstätten der USA abspielt, wo er selbst die Abgründe und die Tragik tiefster menschlicher Existenznot und Erniedrigung erleben mußte.

Für den Arzt und Psychologen ist das Buch gleichermaßen lehrreich, weil es eindrucksvoll die Entwicklung der vom Alkohol gezeichneten Menschen beschreibt, aber auch für den Soziologen bedeutet es eine Fundgrube von Themen und Schicksalen aus den Bereichen der Schattenseiten menschlichen Daseins.

Das Positive dieses interessanten Buches scheint mir vor allem die Tatsache zu sein, daß es dem Autor gelungen ist, die Hauptfiguren in ihrer charakterlichen Entwicklung glaubhaft und markant darzustellen. Menschlich sympathische Züge bleiben bei ihnen trotz aller Erniedrigung und Verzweiflung erhalten und vermitteln die Überzeugung, daß es nicht umsonst ist, sich auch der Gestraucheiten anzunehmen. Dr. Brentano-Hommeyer, München

Audiometrie, Schwerhörigkeit und Hörgerätewirkung. Von J. Berendes und W. Niemeyer. Schallplatte (17 cm, 45 U/min) mit Leitfaden (35 Seiten mit 27 Abb.). Verlag J. F. Lehmann, München, 1960. DM 18.—.

Die Schallplatte, verbunden mit einem einführenden Text, hat sich in der didaktischen Medizin bereits gut bewährt. Es lag nahe, diese Methode gerade für jenes Organ, welches dem Hören dient, nutzbar zu machen.

J. Berendes und W. Niemeyer haben sich dieser Aufgabe unterzogen. Das Textheft umfaßt 35 Seiten mit 27 Abbildungen im Text. Die Schrift gibt im ersten Teil einen kurzen, prägnanten Überblick über die Audiometrie in ihren verschiedenen Formen (Schwellen-Audiometrie, Vertäubung, überschwellige Audiometrie, Lautheitsausgleich, Geräusch-Audiometrie, Hörermüdung, Sprach-Audiometrie).

Im zweiten Teil werden die Hörstörungen besprochen, die praktisch gesehen in zwei Gruppen zerfallen: In die Schalleitungsstörung oder Mittelohrschwerhörigkeit mit hauptsächlichem Ausfall der tieferen Töne und die Schallempfindungsstörung oder Innenohrschwerhörigkeit mit hauptsächlichem Ausfall der oberen Töne; beide Formen gehen als kombinierte Schwerhörigkeiten oft ineinander über.

Die Schallempfindung beginnt an der Sinneszelle in der Schnecke als physiologischer Reizvorgang. Bis dorthin handelt es sich lediglich um Schwingungs-, also um physikalische Vorgänge. Zum physiologischen Bereich gehören außer dem Hörnerv die zentralen Bahnen und das zentrale Hörfeld in der Rinde. Eine Reihe von Audiogrammen erläutern den Text.

Im dritten Teil wird das Wesen eines Hörgerätes kurz beschrieben sowie auf Lautstärkebegrenzung, Störgeräusche, Bandbreite und den Klirrfaktor eingegangen. Eine Abbildung zeigt die Verstärkungskurven verschiedener Hörgeräte.

Im letzten Abschnitt werden die auf der Schallplatte dargestellten Beispiele bei verschiedenen Formen der Schwerhörigkeit mit beigegebenen Kurven beschrieben. Es werden Töne, Klaviermusik und Sprachteste benützt. Durch Drosselung verschiedener Hörbereiche wird dem Zuhörer der jeweilige Eindruck vermittelt, wie ein Schwerhöriger mit Schalleitungs- oder mit Schallempfindungsstörung Töne, Musik oder Sprache wahrnimmt, wobei Lautheitsausgleich, Hören in Ruhe und bei Unterhaltung, Hören im halligen Raum und andere Faktoren berücksichtigt werden. Die Beispiele sind didaktisch gut gewählt.

Die Ausfilterung bestimmter Frequenzbereiche erfolgt heute gewöhnlich durch die von Prof. K. W. Wagner vor mehreren Jahrzehnten angegebene Siebketten-Methode. Vorher benützte C. Stumpf zum Abbau und Wiederaufbau der Sprachlaute das Interferenzröhren-System, während Helmholtz mit Hilfe von Resonatoren Klanganalysen durchführte und bereits das Wesen der Vokale durch Beobachtung der Formanten erkannte.

Die Schallplatte mit dem erläuternden Text erfüllt in ausgezeichneter Weise die Aufgabe, die sich die Autoren gestellt haben. Jeder, der für dieses hochentwickelte Gebiet der Otologie Interesse hat, kann sich hier in kurzer und eindrucksvoller Weise orientieren. Herrn J. Berendes und seinem Mitarbeiter, Herrn W. Niemeyer, gebührt unser besonderer Dank, daß sie diese nicht leichte Aufgabe übernommen und dadurch den Bereich unserer Lehrmittel wesentlich erweitert haben.

Die Ausführung des Textheftes sowie die Wiedergabe der Schallplatte sind in jeder Hinsicht einwandfrei.

Prof. Dr. Josef Beck, Erlangen.

„Über Betrüger an Volksgesnndheit und Volksvermögen." Eine Aufklärungsschrift über das moderne Kurpfuschertum. Aus der Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe.

In den Vorträgen, die Dr. Schüppert in den Ärztlichen Kreisvereinen gehalten hat, wurde stets in der nachfolgenden Diskussion darauf aufmerksam gemacht, daß viel zu wenig aufgeklärt, belehrt und unterrichtet würde über das Wesen, die Methoden und über die Merkmale des modernen Kurpfuschertums. Diese Bemerkungen hatten ihren Grund in den im Verlaufe des Vortrages zum Ausdruck gekommenen Gesichtspunkten über die eigentlichen Wurzeln des Kurpfuschertums, nämlich eine Leichtgläubigkeit, Vertrauensseligkeit gegenüber Gedrucktem, Kritiklosigkeit und besonders einem Hang zum Mystischen. So ist es zu erklären, daß unter Ausnutzung dieser menschlichen Schwächen unermeßlicher Schaden an Volksgesundheit und Volksvermögen angerichtet wird von Personen, die entweder in unlauterer Werbung oder aber in Ausübung unerlaubter Heilkunde und durch Anpreisung ihrer Präparate „an der Haustür" sich zu betätigen pflegen.

Dieser offenkundigen Unkenntnis und dem Mangel an Erfahrung soll durch diese Schrift abgeholfen werden.

50 Strafurteile sind aufgeführt, wie sie im Laufe der Tätigkeit der Zentrale bekannt geworden sind. Diese Zusammenstellung stellt geradezu ein Kulturdokument dar und läßt deutlich erkennen, wie vielgestaltig und mannigfaltig dieses Gebiet ist, welches einem gar nicht leichten Kampfe sich gegenüberstellt.

Das Auflegen des Büchleins in den ärztlichen Wartezimmern wäre von bestem Nutzen.

Es ist vom Verfasser, Obermed.-Rat i. R. Dr. Schüppert, Mainz, Frauenlobstraße 2, gegen Erstattung der Selbstkosten (60 Pfennig inkl. Porto) zu beziehen.

Die Kassenarztgebühren — Vergütungswesen der RVO-Krankenkassen und der Berufsgenossenschaft für die Honorierung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen usw. — Amtliche Gebührenordnung (Preugo) — Bundesversorgungstarife. Von Wieglow/Roth, 5. Auflage, 8. Lieferung, 212 Seiten, Preis 22.— DM, Engel-Verlag, Dr. jur. Kurt Engel, Berlin SW 61.

Das bewährte Handbuch erhält durch die 8. Lieferung eine begrüßenswerte Ergänzung. Eine besondere Bereicherung stellen der Bundesmantelvertrag und die dazu gegebenen vielen Erläuterungen dar, die von der Praxis dringend erwartet wurden. Daneben sind die zu den gesetzlichen Vorschriften über die Vergütung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Leistungen (§§ 368 ff. RVO) unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung gebrachten Anmerkungen zu erwähnen. Die Länderregelungen über die Vergütung der

kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Leistungen sind ebenso auf den neuesten Stand gebracht wie das Vergütungswesen der Berufsgenossenschaften.

Die Ergänzung der übrigen Abschnitte des Werkes, insbesondere die Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern, die Amtliche Gebührenordnung (Preugo) und die Bundesversorgungstarife usw., wird durch die 9. Lieferung erfolgen, die sich bereits in der Drucklegung befindet.

Gerade jetzt, nach Verschiebung der KV-Reform auf die nächste Legislaturperiode, wo in der Übergangszeit manche Zweifelsfragen auftreten werden, erweist sich der Wieglow/Roth, wie immer, als der zuverlässige Berater.

Praktische Sportmedizin. Herausgegeben von Prof. Dr. F. Heiss, Ferd. Enke Verlag Stuttgart. 250 S., 62 Abb., 16 Tab., Gzln. DM 30.—.

Über Zweck der sportärztlichen Untersuchungen und die Organisation des D.S.Ä.B. spricht dessen ehem. Präsident im 1. Abschnitt. Als ausgezeichneter Kenner der Materie bringt er diese prägnant zur Kenntnis.

H. W. Knipping und W. Hollmann behandeln die Beurteilung der menschlichen Leistungsfähigkeit in einer Form, die jedem, dem angehenden wie dem erfahrenen Sportarzt, wirklich Wissenswertes vermittelt. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Untersuchungsergebnisse über die Belastbarkeit der jugendlichen und alten Menschen.

Ein neuer Gesichtspunkt der Beurteilung Jugendlicher nicht nach dem Alter, sondern nach dem sexuellen Reifegrad ist mehr als nur interessant. Man wird an die Auslese bei den antiken Olympischen Spielen erinnert.

Der Beitrag von Metzner vervollständigt das Kapitel Kreislauf. Der Abschnitt für den Prokop der Präsident der österreichischen Sportärzte verantwortlich zeichnet, über das Training, ist für jeden Kollegen wissenswert.

Der Herausgeber selbst, in der ganzen Sportwelt als Sportchirurg und mehrmaliger ärztlicher Betreuer der deutschen Olympia-Mannschaft bekannt, hat in seinem Kapitel über den Bewegungsapparat und die Wirbelsäule alles das gesagt, was zum Rüstzeug eines jeden Sportarztes gehört.

Pausenwein-Plank, Sportärztin und einstige Speerwerferin, hat als Mutter mehrerer Kinder die Voraussetzung, über den Frauensport autoritativ zu sprechen; denn eine Frau und Mutter weiß über die Wirkung der hormonellen Tätigkeit der Keimdrüsen doch aus eigener Erfahrung besser zu sprechen als ein Mann.

Auch der Beitrag von E. J. Klaus über Konstitutionsbestimmungen in der sportärztlichen Praxis zeigt das unbedingt Notwendige auf.

Der Abschnitt Sport und Ernährung von Franke ist knapp aber absolut ausreichend.

Die Bebilderung des Buches ist ausgezeichnet. Ein gutes Stichwortverzeichnis erleichtert die Orientierung bestens.

Das Werk gehört nicht in die Bibliothek, sondern in die Hand jedes Sportarztes. Dr. Friedrich

RUNDSCHAU

50 Millionen höhere Schüler. Nach einem Bericht der Kultur- und Erziehungsorganisation der Vereinten Nationen (UNESCO) ist auf der ganzen Welt eine Entwicklung zu beobachten, die eines Tages mit einer hundertprozentigen höheren Schulausbildung aller Jugendlichen abschließen könnte. In den USA ist die Zahl der höheren Schüler in den letzten 60 Jahren um das 13fache angestiegen. In Polen erreicht ihre Zahl bereits 75 v. H. der Volksschüler. Ähnlich ist es in Großbritannien. Insgesamt gehen heute 50 Millionen Jugendliche auf höhere Schulen. Daneben gibt es freilich noch sehr viele Kinder auf der Welt, die überhaupt in keine Schulen geben können.
(Bulletin, 31. 1. 61)

In zehn Jahren 200 000 Schulentlassene mehr. Eine Vorausschätzung der Schulentlassungen bis zum Jahr 1970 durch das Statistische Bundesamt zeigt, daß die Zahl der aus der Schule ins Erwerbsleben tretenden jungen Menschen in der Bundesrepublik (einschließlich Saarland) in den nächsten Jahren beträchtlich steigen wird, nachdem sie 1960 mit 577 000 ihren niedrigsten Stand in der Nachkriegszeit erreicht hatte. Schon 1961 wird sie mit 677 000 um 100 000 höher sein, bis 1963 auf 743 000, und unter geringfügigen Schwankungen bis 1970 auf 787 000 steigen. Die voraussichtliche Schülerzahl wird von 6,28 Millionen 1959/60 um 22 v. H. auf 7,66 Millionen 1970/71 wachsen, darunter in den Volksschulen um 23 v. H., in den Mittelschulen um 21,5 v. H. und in den höheren Schulen um 16 v. H. (Bulletin, 18. 2. 61)

Die akademischen Prüfungen im Studienjahr 1958/59. Im Studienjahr 1958/59 (Wintersemester 1958/59 und Sommersemester 1959) wurden nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes an den wissenschaftlichen Hochschulen des Bundesgebietes einschließlich Berlin (West) von deutschen und ausländischen Studierenden insgesamt 21 775 Staats- und Diplomprüfungen und 6134 Doktorprüfungen abgelegt. Von den Teilnehmern bestanden 85,9 v. H. die Staats- oder Diplomprüfung und 98,7 v. H. die Doktorprüfung. 4238 oder 19,5 v. H. der Staats- und Diplomprüfungen und 905 oder 14,8 v. H. der Doktorprüfungen wurden von Frauen abgelegt.

Unter den von deutschen Studierenden bestandenen Staats- oder Diplomprüfungen stehen mit 17,5 v. H. die technischen Fächer an der Spitze. Es folgen die Abschlußprüfungen in den geisteswissenschaftlichen Fächern mit 17,3 v. H., in der Rechtswissenschaft mit 18,6 v. H., in den Wirtschaftswissenschaften mit 14,8 v. H., in den Naturwissenschaften mit 13,1 v. H. und in den medizinischen Fächern (allgemeine Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin) mit 12,8 v. H. Von den erworbenen Doktoraten fällt den medizinischen Fächern mit 44,0 v. H. ein großer Anteil zu.
(Bundesanzeiger, 12/61)

„Der Normalsoldat." Nach den jetzt vorliegenden Unterlagen der Musterungsergebnisse von 94 603 jungen Männern des Geburtsjahrganges 1937 ist der 20jährige Normalsoldat dieses Jahrgangs mit 20 Jahren 173,2 cm groß. Er wiegt 66 Kilogramm, hat eine Kopfweite von 57 und eine Halsweite von 38 cm. Sein mittlerer Brustumfang beträgt 91 cm. Seine Stiefel haben die Schuhgröße 42.

Extreme Maße sind selten. Zu ihnen rechnen Körpergrößen von 2,07 Meter und unter 150 Zentimeter sowie Rekruten, die 120 Kilo wiegen, Kopfweite 62 cm, Kragenweite 48, 127 cm Brustumfang und Schuhgröße 49 haben.

Die Rekruten im Wehrbereich I (Hamburg/Schleswig-Holstein) waren am größten. Fast 20 Prozent dieser Rekruten sind größer als 180 cm. In Baden-Württemberg dagegen waren 15,4 Prozent der gemusterten Wehrpflichtigen kleiner als 1,66 m. dpa

Durchschnittsgröße des Amerikaners. Die Durchschnittsgröße des US-Amerikaners von 25 bis 35 Jahren beträgt gegenwärtig 1,78 Meter und die der Amerikanerin 1,65 Meter. Sie entspricht damit, wie die Nationale Geographische Gesellschaft mitteilt, der Durchschnittsgröße bei Sudan-Negerstämmen im mittleren Nilgebiet, die bisher als die größten Menschen der Welt bekannt waren. Der Amerikaner von heute ist im Mittel 5,1 Zentimeter größer und 2,2 Kilogramm schwerer als seine Vorfahren im Jahre 1900. (Ärzti. Praxis)

2,7 Millionen Abtreibungen? Wie in der Neuen Juristischen Wochenschrift 1959/2294 mitgeteilt wird, wurde 1958 im Gebiet der Bundesrepublik eine Abtreibungszahl von minimal 540 000, maximal 2 700 000 geschätzt bei 5400 Strafverfahren. Von 500 von den Ärzten abgewiesenen Frauen hätten 67% doch noch abgetrieben und nur 33% geboren. Die Sterblichkeit werde auf 3,8% errechnet. Erhebliche Verletzungen seien in 10% der Fälle unterlaufen. Der Umfang der Spätfolgen, wie Sterilität, Depressionen und Neurosen, sei noch zu klären. DMI

Knappschaft zählt mehr Rentner als Beitragszahler. Die nachteiligen Auswirkungen der Kohlenkrise für die knappschaftliche Rentenversicherung werden an der Mitgliederentwicklung der Ruhrknappschaft deutlich. Gab es Anfang 1960 noch ein leichtes Übergewicht der Versicherten gegenüber den Rentnern, so hat sich für 1961 dieses Verhältnis genau ins Gegenteil verkehrt. Mit einem Rentnerbestand von 426 000 und einem Mitgliederbestand von 399 000 gibt es jetzt in der knappschaftlichen Rentenversicherung 27 000 mehr Rentner als Beitragszahler!

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer vom 22. bis 24. September 1961 im Vortragssaal der National Registrier-Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160a.

28. Vortragsreihe

Thema: „Aktuelle Therapie"
Kursleiter: Prof. Dr. Schretzenmayr

Freitag, den 22. September 1961
16.00—18.00 Uhr:

Klinische Visiten im Westkrankenhaus

20.00 Uhr:
Filmabend im Vortragssaal der National Registrier-Kassen Augsburg, Augsburg, Ulmer Straße 160a
Krebszellen im strömenden Blut (Bayer)
Dinrese (Ciba)
Diagnostik und Therapie rheumatischer Herzerkrankungen (Hoechst)
Tumoren des Harntraktes (Pfizer)
Osteoporose (Schering)

Samstag, den 23. September 1961
8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung
9.00—10.45 Uhr:
Sulfonamid- und Antibiotikatherapie
Wann indiziert?
Wann überflüssig?
Wann gefährlich?
Dr. Karl Herm. Spitzy — Wien
Gibt es virucide Mittel?
Dr. Karl Herm. Spitzy — Wien
Wann soll man heute in der Praxis Cortison anwenden?
Dr. Hanns Kaiser — Alsbach

Pause

Besuch der Industrieausstellung

11.15—12.40 Uhr:
Kleine und mittlere Chirurgie in der Antibiotica- und Cortisonaera
Priv.-Doz. Dr. Werner Grill — München
Hormontherapie in der Frauenheilkunde
Prof. Dr. F. De Rom — Gent

Mittagspause

14.00—15.30 Uhr:
Referat und Round-table-Gespräch: Prof. Dr. J. Vonkennel — Köln
Aktuelle dermatologische Therapie

15.45—18.00 Uhr:
Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

18.30 Uhr:
Omnibusfahrt zur klinischen Demonstration im Sanatorium der LVA Schwaben in Bad Wörishofen

20.30 Uhr:
Geselliger Abend mit Tanz im Teesaal des Palasthotels „Drei Mohren"

Sonntag, den 24. September 1961
8.00—9.00 Uhr:
Besuch der Industrieausstellung

9.00—11.00 Uhr:
Moderne Therapie der zerebralen Anfallskrankheiten
Priv.-Doz. Dr. A. Matthes — Heidelberg
Therapie der akuten und chronischen Leberkrankheiten
Prof. Dr. W. Siede — Darmstadt
Therapie der Wassersucht
Prof. Dr. O. H. Arnold — Essen

Pause

11.30—12.40 Uhr:
Pathogenetische Bedeutung und Therapie der Pyelonephritis
Prof. Dr. A. Kleinschmidt — Mainz
Medikamentöse Nierensteinauflösung
(Ergebnisse des Deutschen Urologenkongresses)
Prof. Dr. C. E. Alken — Homburg/Saar

Mittagspause

14.00—16.00 Uhr:
Therapie der Arterienverschlußkrankheiten
Prof. Dr. G. Heberer — Köln-Merheim
Therapie der Osteochondrose und Osteoporose
Dozent Dr. Giebel — Hamburg
Neues in der internistischen Notfalltherapie
Prof. Dr. M. J. Halhuber und Dr. Hans Kirchmair — Innsbruck

KONGRESSKALENDER

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

August/Sept.:

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

September:

1.— 3. 9. in **Westerland/Sylt: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. H. Lezius, Hamburg 19, Schwenkestraße 19.**

4.— 6. 9. in **Köln: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Boden, Köln, Hohenstaufenring 7.**

4.— 8. 9. in **München: 4. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: Prof. Dr. J.-E. Meyer, Nervenklinik der Universität, München, Nußbaumstraße 7.**

Strophoperm Vegestigman

Durchschnittsdosis:
3 Tr. = 0,4 mg Strophanthin

Das linguale Strophanthin-Präparat
Volle cardiale Wirkung! Niedrige Dosierung!
Ohne Verluste und Verzögerung durch die Magen-Darm- und Leberpassage
Herz- und Coronarinsuffizienz, Altersherz, stenocardische Beschwerden, Angina pect., Operations-Vor- und Nachbehandlung, Myocard-Schutz bei Infektionen

Das percutane Herz- und Gefäßregulans
Stützt Herz, Kreislauf und Atmung, fördert die arterielle und venöse Durchblutung, wirkt spasmolytisch, sedativ und analgetisch
Vegetativ bedingte Herzstörungen, Coronarspasmen, Coronarsklerose, vegetative Dystonie, klimakterische Neurosen, Managerkrankheit, Wetterfühligkeit.

PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MÜNCHEN 13

Geld wie Heu

zu verbrauchen, ist für jeden modernen Großbetrieb unmöglich. Achten Sie deshalb beim Einkauf von Reinigungsmitteln auf deren Wirtschaftlichkeit. Die Qualität von PRIL zeigt sich in der Ergiebigkeit. Schon 1 Eßlöffel PRIL-Pulver ergibt 10 Liter „entspanntes Wasser".

Wer Pril nimmt, der spart gutes Geld!

Bitte, ausfüllen und mit genauem Absender einsenden an FEWA-Werk, Düsseldorf, Postfach 1121

Wir bestellen:

		DM			DM
___	PRIL-Pulver Fäßchen à 2 kg	9,80 je Stck.	___	FEWA	Fäßchen à 1,5 kg 6,80 je Stck.
___	PRIL-flüssig Kanister à 5 kg	3,75 je kg	___	RILAN	Fäßchen à 10 kg 9,80 je Stck.
___	PRIL-flüssig Kunststoff-Beh. à 30 kg	3,50 je kg	___	PARAL	Automat 4,95 je Stck.
___	PRIL-Spezial Kanister à 5 kg	3,75 je kg	___	OZONELL-Automaten	4,80 je Stck.
___	PRIL-Spezial Kunststoff-Beh. à 30 kg	3,50 je kg			

Unverbindliche Richtpreise. Lieferung über den Fachhandel.

GV 2/61

9.—18. 9. in **München-Höllriegelskreuth:** Herbstkursus für Homöopathie des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Auskunft: Dr. med. Walter Zimmermann, Chefarzt des Homöopathischen Krankenhauses München-Höllriegelskreuth.

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

11.—16. 9. in **Freudenstadt:** Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Geschäftsstelle der AFA: Institut für Atempflege, Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.

11.—18. 9. in **Westerland/Sylt:** 15. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde unter der Leitung von Prof. Dr. med. H. Pfleiderer. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

12.—17. 9. in **Aachen, Lüttich und Maastricht:** 7. Internationaler Konvent für Vitalstoffe, Ernährung, Zivilisationskrankheiten. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Hannover-Kirchrode, Bemeroder Str. 61.

14.—18. 9. in **Freudenstadt/Schw.:** 3. Arbeitstagung der Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke. Auskunft: Präsidium der Gesellschaft, Heidenheim/Brenz.

16.—20. 9. in **Augsburg:** 44. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft: Dr. med. H. H. Böttger, Hamburg 13, Hallerplatz 9.

18.—23. 9. in **Freudenstadt:** 21. Kongreß für Naturheilverfahren im Stadthaus zu Freudenstadt/Schwarzwald. Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Dr. med. H. Haferkamp, Leiter des Ausbildungswesens, Mainz, Adam-Karrillon-Str. 13.

20.—30. 9. in **Freudenstadt:** 17. Psychotherapieseminar. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.

22.—24. 9. in **Münstereifel:** Wochenend-Arbeitstagung des Kneippärztebundes e. V., Ärztl. Gesellschaft für Hydrotherapie, Physikotherapie. Auskunft: Kurverwaltung Kneipp-Heilbad Münstereifel, Rathaus.

22.—24. 9. in **Augsburg:** Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Thema: „Aktuelle Therapie". Auskunft: Augsburger Fortbildungstage für prakt. Medizin, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

23.—24. 9. in **Überlingen/Bodensee:** Wochenend-Arbeitstagung des Kneippärztebundes e. V. Ärztl. Gesellschaft für Hydrotherapie, Physikotherapie. Auskunft: Städt. Kurverwaltung Überlingen/Bodensee.

24.—28. 9. in **Heidelberg:** Kongreß der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Jaeger, Heidelberg, Bergheimer Straße 20.

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.

29.—30. 9. in **Freudenstadt/Schw.:** 45. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Dozent Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Mainz.

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.

30. 9.—1. 10. in **Wiessee:** Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Miesbach.

Oktober:

4.—6. 10. in **Heidelberg:** 5. Fortbildungskurs für sozialmedizinische Begutachtungskunde für Mediziner und Juristen. Auskunft: Prof. Dr. K. Holldack, Städt. Krankenhaus Neukölln, Berlin-Buckow II, Rudower Straße 56.

6.— 7. 10. in **Bad Nauheim:** 5. Kongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung von Heimkehrerkrankheiten. Auskunft: Verband der Heimkehrer Deutschlands e. V., Bad Godesberg, Herrstraße 17.

8.— 8. 10. in **Gaißach-Bad Tölz:** Fortbildungskurs für Kindertuberkulose anläßlich des 30jährigen Bestehens der Kinderheilstätte Gaißach. Hauptthema: „Neueste Ergebnisse auf dem Gebiet der Kindertuberkulose". Vorsitzender: Prof. Dr. G. Weber, Univ.-Kinderpoliklinik München. Auskunft: Dr. P. Ch. Schmid, Chefarzt der Kinderheilstätte Gaißach.

9.—11. 10. in **Braunlage:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Prof. Dr. med. Zörkendörfer, Bad Salzuflen, Bäderwissenschaftliches Institut.

12.—15. 10. in **Regensburg:** 27. Fortbildungskurs für Ärzte. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.

16.—28. 10. in **Berlin-Dahlem:** Internationales Seminar für medizinische Dokumentation und Statistik. Auskunft: Arbeitsausschuß Medizin der deutschen Gesellschaft für Dokumentation, Bielefeld, Stapenhorststraße 62.

19.—20. 10. in **Frankfurt a. M.:** Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt a. M., Alte Rothofstr. 6.

19.—21. 10. in **Saarbrücken:** Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: OMR Dr. Bodtländer, Saarbrücken 1, Haus der Gesundheit.

26.—28. 10. in **Hamburg:** Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med. Dir. Dr. Grieve, Hamburg 1, Besenbinderhof 41.

27.—29. 10. in **Erlangen:** 8. Fortbildungskurs in Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Poliklinik Erlangen, Östl. Stadtmauerstraße 29.

28.—29. 10. in **München:** Bayerischer Internistenkongreß. Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e. V., Dr. M. Jacubelt, I. Medizintsche Klinik, München 15, Ziemssenstraße 1.

AUSLAND

August:

21.—26. 8. in **Wien:** Internationaler Kongreß für Psychotherapie. Auskunft: Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.

August/September:

21. 9.—2. 9. **Meran:** IX. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen ab Mai 1961: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

28. 9.—2. 9. in **Wien:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Haematologie. Auskunft: Generalsekretariat, Wien IX, Frankgasse 8.

Liquirit

bei Ulcus ventriculi und duodeni, Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden

Die bewährte, wohlausgewogene Kombination auf therapeut. Breite

Keine Nebenwirkungen

K. P. mit 30 Tabl. DM 2.85 a. U. / O. P. mit 60 Tabl. DM 4.80 a. U. / Klinikpackg.

Dr. Graf & Comp. Nachf. Hamburg-Bahrenfeld Seit 1889

September:

3.—9. 9. in **Wien:** 3. Weltkongreß der Internationalen Federation für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Dozent Dr. V. Grünberger, Wiss. Sekretär, Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstr. 4.

3.—10. 9. in **Pörtschach/Kärnten:** 3. Internationaler Kongreß für Kneipp-Therapie, Allgemeine Therapie, Rehabilitation, Ganzmedizin (17. Fortbildungslehrgang) der Österreichischen und Deutschen Kneipp-Ärzte-Gesellschaft. Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes, Bad Wörishofen, Postfach 180.

4.—7. 9. in **Rom:** 10. Internationaler Kongreß für rheumatische Krankheiten. Auskunft: Prof. Dr. C. B. Ballabio, Clinica Medica Generale, Via F. Sforza 35, Mailand.

4.—10. 9. in **Bad Aussee:** 4. Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Präsidium der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Dr. E. Berghoff, Wien VIII, Piaristengasse 41.

7.—12. 9. in **Rom:** Internationaler Kongreß für Humangenetik. Auskunft: Sekretariat des 2. Internationalen Kongresses für Humangenetik Istituto G. Mendel, Piazza Galeno 5, Rom.

7.—13. 9. in **Rom:** 5. Internationaler Kongreß für Elektro-Enzephalographie und klinische Neurophysiologie. Auskunft: Dr. R. Vizioli, Viale Università 30, Rom

8.—10. 9. in **Genf:** Anaesthesie-Kongreß der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Anaesthesie. Auskunft: Frau Dr. med. Charlotte Lehmann, München 8, Ismaninger Straße 22, Krankenhaus rechts der Isar.

10.—15. 9. in **Rom:** 7. Internationaler Neurologen-Kongreß. Auskunft: Dr. G. Alema, Viale Università, Rom.

10.—20. 9. in **Velden/Wörther See:** Herbsttagung 1961 für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Verbandsbüro, München 2, Richard-Wagner-Straße 10/I.

11.—14. 9. in **Salzburg:** 3. Kongreß der Praktischen Ärzte der Internationalen Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin. Auskunft: Dr. K. Engelmeier, Oelde/Westfalen.

13.—18. 9. in **Amsterdam:** 3. Europäische Tagung der Internationalen Gerontologen-Vereinigung. Auskunft: Foundation European Geriatric Congres in the Nederlands 29, Burgemeester Patijnlaan, Den Haag.

14.—17. 9. in **Neapel:** 2. Internationales Symposium für Chemotherapie. Auskunft: Prof. Dr. P. Prezioal, Case postale 266, Neapel.

18.—22. 9. in **Rom:** Internationaler Neuroradiologischer Kongreß. Auskunft: VI. Symposium Neuroradiologicum c/o CIT-Ufficio Congressi, Piazza Colonna 193, Rom.

22.—23. 9. in **Salzburg:** 6. Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Thema: „Das Ulcus cruris". Auskunft: Hautabteilung der Landes-Krankenanstalten in Salzburg, Müllner Hauptstr. 48.

27.—30. 9. in **Zürich:** Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Prof. Dr. M. R. Francillon. Auskunft: Prof. Dr. M. R. Francillon, Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich 8, Forchstraße 326.

September/Oktober:

20. 9.—1. 10. in **St. Vincent/Aostatal:** 3. Internationaler Kongreß der Internationalen Medizinischen Gesellschaft zum Studium der Lebensbedingungen und Gesundheit. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Wien VII, Burggasse 71/I/6.

Oktober:

6.— 8. 10. in **Genf:** 7. Kongreß der Internationalen Vereinigung für Therapie. Leitung: Prof. Dr. G. Bickel. Auskunft: Dr. P. Rentchnick, Case Postale 229, Genf 4.

Mitteilung der Schriftleitung

Betr.: **Deutscher Bäderkalender 1961**

Die Kollegen erhalten den Deutschen Bäderkalender 1961 nicht über den Kreisverband, sondern durch die Post direkt zugesandt, wie uns der Deutsche Bäderverband e. V., Bonn, Poppelsdorfer Allee 37, mitgeteilt hat. Kollegen, die den Kalender bis Ende Oktober nicht erhalten haben, können ihn dort anfordern.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge & Co., München
Dr. Schwab GmbH., München
Dr. Rudolf Reiss, Chemische Werke, Berlin-West
Deutsche Arzneimittel-Gesellschaft, Berlin-West
Ehrl & Co., Arzneimittel KG., München
Dr. Karl Thomae, Biberach
Uzara-Werk, Melsungen
L. Merckle GmbH., Blaubeuren

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 13, Heßstraße 42. Die Zeitschrift erscheint monatlich.
Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer DM 3.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.
Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

Zuverlässig stimuliert

Cholaktol

die sekretive Leistung der Leberzellen nach individuellen Normen, ohne drastische oder toxische Belastungen

DR. IVO DEIGLMAYR CHEM. FABRIK NACHF. · MÜNCHEN 25

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

Stellenangebote

Am **Kreiskrankenhaus Pfarrkirchen** (Ndb.) ist wegen Ausscheidens des bisherigen Stelleninhabers ab 1. 12. 1961 die Stelle des

leitenden Arztes (Chefarzt)

durch Facharzt für Chirurgie zu besetzen. Gesamtbettenzahl des Krankenhauses 160, großzügiger Erweiterungsbau ist geplant. Außer dem Chirurgen ist noch je ein Facharzt für innere Krankheiten, für Augenkrankheiten und für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten als Belegarzt tätig. Für die Besetzung der Stelle kommt nur ein gutqualifizierter Facharzt mit mehrjähriger verantwortlicher Tätigkeit und umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen auf dem Gesamtgebiet der modernen Chirurgie (einschließlich Unfallchirurgie mit D-Arztverfahren und Gutachtertätigkeit), der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der chirurgischen Röntgendiagnostik in Frage. Die Einstellung erfolgt mit Sondervertrag. Bewerbungen mit Lichtbild, lückenlosem Lebenslauf, beglaubigten Abschriften von Zeugnissen, Approbations- und Promotionsurkunden und der Facharztanerkennung sind bis 1. 10. 1961 zu richten an das **Landratsamt Pfarrkirchen.**

Nach Fertigstellung des Bettenbaues wird für die Innere Abteilung des **Kreiskrankenhauses Berchtesgaden** (Allg. Frauenstation) ein

junger Assistenzarzt- oder Ärztin

zum 1. 10. 1961 eingestellt. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an **Chefarzt Dr. Kufner, Leiter der Inneren Abteilung, Berchtesgaden.**

Die **Landesversicherungsanstalt Schwaben** sucht zum ehestmöglichen Eintritt einen

Arzt für Heilverfahren

Das Aufgabengebiet umfaßt die Überprüfung der HV-Gutachten, Durchführung der HV-Untersuchungen, Vertretung des leitenden Arztes der Abteilung für das Gesundheitswesen u. a. m.
Erwünscht ist eine gute allgemein-medizinische Ausbildung und längere Tätigkeit, möglichst an einer internen Klinik bzw. bei einem Sozialversicherungsträger.
Bezahlung nach Vergütungsgruppe II BAT, bei Eignung baldige Übernahme in das Beamtenverhältnis vorgesehen. Möglichkeit für Nebeneinnahmen gegeben, Unterstützung bei Beschaffung einer Wohnung, Fünf-Tage-Woche.
Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen erbeten an die Personalabteilung der **Landesversicherungsanstalt Schwaben, Augsburg, An der Blauen Kappe 18.**

Am **Kreiskrankenhaus Dabenhausen in Schwaben** (1960 erweitert und modernisiert) mit 73 Betten, ist ab sofort eine planmäßige

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Vergütung nach TO A III bzw. II; Nebeneinnahmen sind möglich. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an das **Landratsamt Illertissen.**

Am **Kreiskrankenhaus Vohenstrauß/Opf.** (Neubau 120 Betten), ist ab sofort eine planmäßige

Assistenzarztstelle BAT II

und eine chirurgische

Medizinalassistentenstelle BAT III

zu besetzen. Wohnungen für verheiratete Bewerber sind vorhanden. Bewerbungen werden an das **Landratsamt Vohenstrauß/Opf.** erbeten.

Das **Kreiskrankenhaus Stadtsteinach/Oberfranken** (in der Nähe von Kulmbach und Bayreuth), sucht zum 1. Oktober 1961 einen

1. Assistenzarzt (Oberarzt)

Facharztanerkennung für Chirurgie, Erfahrung in D-Arzt-Verfahren sowie Geburtshilfe und Gynäkologie erwünscht. Bewerber soll in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten. Vergütung nach Gruppe I TO A sowie Nebeneinnahmen. — Wohnung kann beschafft werden. Bewerbungen an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses Stadtsteinach/Oberfranken.**

Krankenhaus Obernzell a. d. Donau
unter Leitung eines Facharztes für Chirurgie, sucht zum 1. Oktober 1961

1 Assistenzarzt

(Vergütung nach BAT II und Nebenbezüge)
und

1 Medizinalassistenten

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an
Marktgemeinde Obernzell bei Passau
(bekannter Urlaubsort an der Donau)

Auf der chirurgischen Abteilung (120 Betten) des **Versorgungskrankenhauses Bayreuth** sind die Stellen für
2 Assistenzärzte
neu zu besetzen. Bezahlung nach Verg.-Gr. III bzw. II. Wohnungen sind vorhanden. Im Krankenhaus wird ein umfangreiches, abwechslungsreiches Krankengut betreut (große, kleine und mittlere Chirurgie, Unfallchirurgie und Urologie). Drei Jahre der Tätigkeit werden auf die Facharztausbildung angerechnet. Die Anstellung erfolgt mit unbefristetem Vertragsverhältnis. Zusatzversicherung sowie Nebeneinnahmen durch Gutachten können zugesichert werden. Bewerbungen werden erbeten mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnissen an den **Chefarzt des Hauses.**

Beim **Städt. Krankenhaus Bad Tölz/Obb.**, Ortskl. S, (180 Betten), in landschaftlich schöner Gegend mit Bade- und Wintersportmöglichkeiten, werden für die chirurgische Abteilung

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Vergütung nach TO A III, Anerkennung von 2 Jahren auf Facharztausbildung,
für die chirurgische, gynäkologische oder interne Abteilung

1 Medizinal-Assistent (-in)

Vergütung ⅚ der TO A III, d. i. z. Z. ca. 570.— DM, gesucht. Verpflegung im Hause gegen Abzug. Unterkunft wird vermittelt. 48-Stunden-Woche. Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild an den Chefarzt des **Städt. Krankenhauses Bad Tölz, Dr. med. Dr. phil. Josef Stadler.**

Für die **Städt. Krankenanstalten Nürnberg** (2500 Betten, Ortsklasse S) werden ab sofort gesucht:

Pathologisches Institut (Vorstand: Obermed. Direktor Prof. Dr. Rix, Direktor der Städt. Krankenanstalten)

1 Assistenzarzt

Bezahlung nach Vergütungsgruppe III BAT.

Hals-, Nasen- und Ohrenklinik (nach modernsten Gesichtspunkten neu errichtete Klinik, ca. 100 Betten; Vorstand: Obermed.Rat Prof. Dr. Becker)

Assistenzärzte

Erwünscht — aber nicht unbedingt notwendig — sind Kenntnisse auf dem Gebiete der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten.
Bezahlung nach Vergütungsgruppe III bzw. II BAT.

Urologische Klinik (ca. 100 Betten; Vorstand: Obermed.Rat Prof. Dr. Thiermann)

1 Assistenzarzt

Bezahlung nach Vergütungsgruppe III BAT.
Dienstantritt jeweils nach Vereinbarung. Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse ab sofort erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Am **Evangelischen Krankenhaus Regensburg** (Allg. Krankenhaus mit überwiegend chirurg. Material — 140 Betten) sind sofort

1 Assistenzarztstelle und 1 Medizinalassistentenstelle

zu besetzen. **Evangelische Konfession ist nicht Bedingung!** Besoldung für Ass.-Ärzte: TO A III, für Med.-Ass. nach BAT. Bewerbungen mit Lebenslauf und den üblichen Unterlagen an **Evangelische Wohltätigkeitsstiftungen in (13a) Regensburg 2, Emmeramsplatz 11 (Abholfach 380),** erbeten.

Eine Tätigkeit für Fachärzte

in München und Augsburg

bietet sich durch Erweiterungsbau einer modernen Fachklinik mit

kleinem Operationssaal, Privatbetten als Belegerärzte zu bekommen

50 km südlich von München und Augsburg an oberbayer. See, in landschaftlich einmalig schöner Lage. Modernste Einrichtung, besonders geeignet für Hals-Nasen-Ohrenarzt, kosmetischen Chirurgen, Augenarzt, Frauenarzt und Strahlentherapeut. Nur ernsthafte Interessenten erhalten auf nur schriftliche Anfragen Auskunft durch:

Immobilienbüro Hildegard Schönberr, München 2, Karlsplatz 4

HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Der

REISE-SCHLAGER 1961

zur **RIVIERA am SCHWARZEN MEER**

14tägige FLUGREISE inkl. Vollpension nach

BULGARIEN

Abflug jeden Samstag ab München alles inkl. ab

DM 488.—

Fordern Sie bitte unseren ausführlichen Sonderprospekt an. Kärtchen oder Anruf genügt.

HOTEL PLAN Hotelplan
MÜ., Lenbachpl. 9
Victoriapassage
Telefon 55 54 35

Das Arztes guter Rat:
bei Katarrhen, Asthma, Herz- u. Kreislaufkrankheiten (Managerkrankheit)
BAD EMS
Mildes Schonklima
Neue Kurelnrichtungen · Natürliche Kohlensäure-Thermen · Tägl. Konzerte
Prospekte durch Kurdirektion

Pianos - Flügel
Kleinklaviere – Cembali
Bis zu 40 Monatsraten
Pianohaus Lang
München · Kaufingerstraße 28/I
Augsburg · Bahnhofstraße 15/I
Regensburg · Kassiansplatz 3

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Abbach (bei Regensburg). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen, Hautkrankheiten.

Bischofswiesen/Obb. b. Berchtesgaden, Spezialklinik für Heilschlaf. Leitender Arzt: Dr. med. Karl Pfeil. Telefon: Berchtesgaden 72 65, Ganzjahresbetrieb.

Brückenau-Bad (300 m). Säuerlinge, Moorbäder, Trinkkuren gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

Brückenau-Stadt (310 m). Eisen- und schwefelhaltige Säuerlinge, Trinkkuren, Moorbäder, gegen Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Rheuma.

Bad Dürrheim (700—800 m). 27%ige Solquelle, Atemwege — Rheuma — Kreislauf — chronisch entzündliche Augenleiden.

Bad Mergentheim (210 m).
Sanatorium Dr. Hoerstke, klinisch fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgeneinrichtung, elektrophysikalische Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet Telefon 357, 30 Betten.

Neustadt/Saale Heilbad (240 m). Erdigsulfatische Kochsalzsäuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren, Moorbäder. Heilanzeigen: Magen, Darm, Galle, Leber, Kreislauf, Gicht, Zucker und Rheuma.

Bad Orb im Spessart (170—540 m ü. M.), Herz, Kreislauf, Rheuma, Kohlensäure-, Sole-, Moorbäder; Fangopackungen; Inhalationen; Gradierwerk, Mittelgebirgsheilklima, ganzjähriger Kurbetrieb.

VEREINIGTE

SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE
Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operationskasten bis DM 5000.–
VEREINIGTE Krankenversicherung A. G.
München 22, Königinstr. 19 · Tel. 227625
Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

Privatnervenklinik Gauting
Bergstraße 50
Heilschlaf, Elektroschock-Therapie, Stickstoff-Anoxie, Psychotherapie usw. Alle Kassen.
Chefarzt Dr. med. C. Pb. Schmidt
Anmeldung: Tel. München 86 12 26 oder 33 20 02

Gegen **Enuresis nocturna** hat sich HICOTAN als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller. „MEDIKA" Pharm. Präparate, (13b) München 42

„Stetophon" Herzton-Apparat
Gleichzeitig Rufanlage
Erfolg für jede Praxis
Prospekt und Lieferung: Sanitest., Frankfurt-Eckenheim 353

Das kleine Klimabuch der Schweiz
soeben erschienen: 116 Seiten, 48 Illustrationen
Aus dem Inhalt: Von der Alpenluft zum Heilklima. Allgemeines zum Heilklima der Schweiz. Mediz. und klimatolog. Indikationen. Gesundheitssport und Klimakur. — 42 lokale Klimadarstellungen. Erhältlich zum Preis von DM 2.— beim Schweizer Verkehrsbureau, Frankfurt/Main, Kaiserstraße 23.
Ärzte erhalten diese Publikation gratis

ZOLGHADAR
Teppiche aus Persien
MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

Deutschland -

Städte und Landschaften

Dieses farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.

Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.

Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40 × 40 cm. Bildgröße 27 × 27 cm. In Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton – als Buch oder auch als Kassette mit losen Blättern – kostet die Ausgabe im Einzelverkauf DM 135.–

Carl Gabler GmbH · Fachbuchhandlung · München 2 · Jutastraße 24

GÜNTHER STOLZENBERG

Lebe richtig, bleibe rüstig!

152 Seiten
kartoniert DM 4.50

„Der Verfasser bringt in dieser Schrift eine erstaunlich vielseitige Betrachtung in Fragen der gesunden Lebensführung, die er unter das Prinzip der ‚Ganzheit' stellt. Seine Kritik zur heutigen Gesundheitspolitik verdient nicht weniger Beachtung als seine positive Darlegung dessen, wie wir leben sollen, um — gesund und rüstig zu bleiben."
Der Naturarzt, Stuttgart

„Stolzenberg zeigt uns in diesem Buch viele Wege, um mit den Problemen fertig zu werden. Jeder, der sich Gedanken über diesen Fragenkomplex macht, sollte das Buch lesen."
Heilpraktiker und Patient, Schleswig

„Ein wertvolles Buch, dessen Autor sich bemüht, eine umfassende Schau zu vermitteln. Sein Buch stellt einen Beitrag zum Fortschritt der Menschheit dar und solite von jedermann gelesen werden können"
Der Vivisektionsgegner, Bern

RPV **RICHARD PFLAUM VERLAG · MÜNCHEN 2**

Verfasser: Prof. Dr. Frana Schede

Einführung: Oberarat Dr. Berthold Borachel

Die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung

Zur Geschichte der Krankheit: Erreger und Epidemiologie der Poliomyelitis / Pathogenese und Pathologie / Zur Klinik der Poliomyelitis / Die Behandlung der Krankheit / Ruhigstellung oder Bewegung? / Die Bekämpfung der Kontrakturen / Die ausreichende Durchblutung / Die Übungsbehandlung / Stehen und Gehen, mechanische Stützmittel / Operationen / Sehnenverpflanzungen / Gelenkversteifungen.

68 Seiten, 30 Fotos und Skizzen, DM 4.50 **Im Richard Pflaum Verlag, München 2**

Dr. Erdt Arnulf Baindlkirch 161