

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 1

München, Januar 1965

20. Jahrgang

Um eine neue Gebührenordnung

In diesen Wochen wird die Entscheidung über die Gebührenordnung für Ärzte fallen, die die Bundesregierung am 17. Dezember 1964 dem Bundesrat zugeleitet hat.

Die zur Zeit noch geltende Amtliche Gebührenordnung geht zurück auf die Preußische Gebührenordnung („Preugo“) vom 1. 9. 1924. Diese Preugo ist durch eine Preisrechtsverordnung vom Jahre 1952 Bundesrecht geworden; ihre Mindestsätze sind in den Jahren 1952 und 1957 durch Preisrechtsverordnungen des Bundeswirtschaftsministers erhöht worden.

Neue Gebührenordnung

Im Jahre 1958 hat dann die Bundesärztekammer einen von ihr erarbeiteten Entwurf einer neuen Gebührenordnung der Bundesregierung vorgelegt. Dieser Entwurf wurde in der Folgezeit jedoch von der Bundesregierung nicht behandelt. Durch die am 1. Januar 1962 in Kraft getretene Bundesärzteordnung erhielt der Bundesminister für Gesundheitswesen die Ermächtigung zum Erlaß einer Gebührenordnung für Ärzte. Da der Erlaß einer neuen Amtlichen Gebührenordnung auf der Grundlage dieser Ermächtigung aber zweifellos noch lange Zeit in Anspruch nehmen würde, beantragte die Bundesärztekammer bereits vor mehr als zwei Jahren eine nochmalige lineare Erhöhung der Mindestsätze der Preugo um rund 40%. Obwohl nach den Bestimmungen des Paragraphen 13 der Preugo die Bundesregierung bereits von sich aus verpflichtet gewesen wäre, von Zeit zu Zeit zu prüfen, ob die Gebührenansätze dem Lohn-Preis-Gefüge noch entsprechen, wurde der Antrag der Bundesärztekammer lange Zeit hindurch nicht behandelt. Im Oktober 1964 legte das Bundesministerium für Gesundheitswesen dann endlich den „Entwurf einer vorläufigen Gebührenordnung für Ärzte“ vor.

Diese Gebührenordnung, die die Ersatzkassen-Adgo als Grundlagen benutzt, soll als eine Übergangsregelung bis zum Erlaß einer „auf lange Zeit brauchbaren neuen Amtlichen Gebührenordnung“ gelten.

Am 6. 11. 1964 erfolgte im Bundesgesundheitsministerium die Anhörung der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der ärztlichen Verbände, die dabei ihre Einwendungen und Änderungsvorschläge vorbrachten.

Bis zur Vorlage an die Bundesregierung, die den Entwurf am 9. 12. 1964 beschloß, hatte er allerdings noch sehr wesentliche Änderungen erfahren, die zuvor bei der Anhörung der Verbände nicht erörtert worden waren.

Diese Gebührenordnung wird abgelehnt

Der Vorstand der Bundesärztekammer und das Präsidium des Deutschen Ärztetages haben diese Gebührenordnung beraten und in der von der Bundesregierung vorgelegten Form abgelehnt.

Die Ablehnung richtet sich insbesondere gegen die Paragraphen 2 und 3 der allgemeinen Bestimmungen; auch dem Gebührenkatalog kann nicht zugestimmt werden. Die Paragraphen 2 und 3 sind nach unserer Auffassung rechtswidrig, da sie sich nicht an die in Paragraph 11 der Bundesärzteordnung gegebene Ermächtigung halten. Die inzwischen vorliegenden Rechtsgutachten von zwei Universitätsprofessoren kommen zu dem gleichen Ergebnis (siehe Seite 7).

Statt der vorgeschriebenen Mindest- und Höchstsätze werden nämlich durch die in Paragraph 2 niedergelegten Bestimmungen die Mindestsätze zu Normsätzen, die nur beim Vorliegen besonderer Umstände bis zum Sechsfachen überschritten werden dürfen. Damit werden bisher selbstverständliche Grundsätze in der ärztlichen Vertragsfreiheit in einem Maße eingeschränkt, daß diese Gebührenordnung allein schon dadurch für die Ärzte unannehmbar wäre.

Unsere Forderung geht daher dahin, diesen Paragraphen 2 und den Gebührenkatalog so zu ändern, daß wieder klar und eindeutig Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden, zwischen denen sich, wenn keine andere Vereinbarung getroffen ist, das Honorar des Arztes unter Berücksichtigung der ärztlichen Leistung und der Einkommensverhältnisse des Patienten bewegen kann.

Schwerwiegende Bedenken gleicher Art richten sich auch gegen den Paragraphen 3.

Durch diese Vorschrift würde der Arzt nicht nur — wie bisher — gegenüber Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung zur Anwendung der Mindestsätze gehalten sein. Er müßte sie vielmehr — etwa bei einem vertragslosen Zustand — auch gegenüber allen Personen anwenden, für die diese Institutionen zur Zahlung verpflichtet sind. Da rund 85% der Bevölkerung sozialversichert sind, bedeutet das, daß die Bundesregierung 85% der deutschen Wohlstandsbürger für minderbemittelt oder für sozial schutzbedürftig hält.

Es liegt wohl auf der Hand, daß solchen Gedankengängen die Ärzteschaft nicht nur aus rechtlichen, sondern auch aus sachlichen Erwägungen nicht zustimmen kann.

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat keinen Zweifel daran gelassen: Wenn die Paragraphen 2 und 3

nicht geändert werden, ist diese Gebührenordnung für die Ärzteschaft völlig unannehmbar.

Die Gebührenordnung bedarf nach Artikel 8 Abs. 2 des Grundgesetzes der Zustimmung des Bundesrates, dem sie am 17. 12. 1964 zugeleitet worden ist. Der neugebildete Bundesrats-Ausschuß für Gesundheitswesen, dessen Vorsitzender der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. H. JUNKER, ist, wird die Verordnung am 28./29. 1. 1965 beraten. Der zum 3. 2. 1965 einberufene außerordentliche Deutsche Ärztetag wird also bei seinen Beratungen die Änderungsvorschläge dieses Ausschusses bereits kennen.

Am 3. 2. 1965 erfolgt die Beratung im Sozialpolitischen Ausschuß des Bundesrates. Sodann geht diese Gebührenordnung mit den Vorschlägen der beiden Ausschüsse in das Plenum des Bundesrates, in dem Mitte Februar die Entscheidung fallen wird.

Der Bundesrat kann die Verordnung ablehnen, er kann ihr zustimmen oder Änderungsvorschläge machen. In diesem Fall ist die Zustimmung des Bundesrates also nur gegeben, wenn seine Änderungsvorschläge von der Bundesregierung übernommen werden.

Die Ärztekammern der Bundesländer haben daher sofort nach der Sitzung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages die Verhandlungen mit ihren Landesregierungen aufgenommen und diesen den Standpunkt der Ärzteschaft zu dieser von der Bundesregierung beschlossenen Gebührenordnung dargelegt.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer hatte in der Zwischenzeit mehrere Unterredungen mit dem Bayerischen Staatsminister des Innern, den leitenden Herren der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums sowie mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge. In diesen Unterredungen hat er unsere Einwendungen gegen die Gebührenordnung in der vorliegenden Form eingehend begründet und Änderungsvorschläge unterbreitet.

Wenn die Gespräche in den anderen Ländern ebenso verlaufen wie in Bayern, dann ist damit zu rechnen, daß die Länder im Bundesrat die von der Bundesregierung als Übergangslösung vorgelegte Gebührenordnung so ändern, daß sie keine Verletzung von Grundsätzen mehr enthält, die zum Wesen einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit gehören.

Entwurf einer Gebührenordnung für Ärzte

Nachstehend veröffentlichen wir die Paragraphen 1, 2 und 3 der allgemeinen Bestimmungen, gegen die sich unsere besonderen Einwendungen richten.

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1857) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 1

Den Ärzten stehen für ihre Berufstätigkeit Vergütungen (Gebühren, Entschädigungen und Auslagen) nach dieser Verordnung zu. Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Regelung getroffen werden.

§ 2

Die Vergütung bemißt sich nach dem anliegenden*) Gebührenverzeichnis. Die Gebühren und Entschädigungen des Verzeichnisses dürfen unter Berücksichtigung der beson-

*) Wegen seines großen Umfanges wird der Gebührenkatalog in dieser Nummer nicht abgedruckt.

deren Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen sowie der örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen bis zum Sechsfachen überschritten werden, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.

§ 3

(1) Vergütungen nach dem Gebührenverzeichnis sind bei Sozialversicherten und bei Personen, für die die Zahlung durch die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung geleistet wird, zu berechnen. Das gleiche gilt bei Personen, für die die Zahlung durch den Bund, die Länder, die Gemeinden oder Gemeindeverbände geleistet wird und bei Personen, die gesetzlichen Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesverordnungs-gesetz oder nach Gesetzen haben, die dieses Gesetz für anwendbar erklären. Sozialversicherte im Sinne dieser Verordnung sind Personen, für die Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung bestehen.

(2) Absatz 1 findet bei den dort genannten Personen nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

(3) Soweit besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder ein erheblicher Zeitaufwand dies rechtfertigen, kann abweichend von Absatz 1 eine höhere Gebühr berechnet werden.

Presseverlautbarungen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern

23. Dezember 1964

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Hans-Joachim SEWERING, trug heute dem Bayerischen Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich JUNKER, die Bedenken der Ärzteschaft gegen die vom Bundeskabinett beschlossene neue Gebührenordnung für Ärzte vor. Staatsminister Junker wurde vor kurzem zum Vorsitzenden des neuen Bundesratsausschusses für Gesundheitswesen gewählt. Dieser Ausschuß ist federführend für die Behandlung dieser Fragen im Bundesrat. Die beiden Gesprächspartner waren sich darüber einig, daß der allgemeine Teil der Gebührenordnung geändert werden sollte. Innenminister Junker brachte zum Ausdruck, daß dagegen nach seiner Auffassung das Gefüge des besonderen Teiles, der die einzelnen ärztlichen Leistungen aufführt, erhalten bleiben sollte.

15. Januar 1965

Innenminister Heinrich JUNKER besprach heute mit Arbeitsminister Hans SCHÜTZ und dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans-Joachim SEWERING, die neue Bundesgebührenordnung für Ärzte. Es bestand Übereinstimmung, daß im allgemeinen Teil der Gebührenordnung Änderungen vorgenommen werden sollten. Bayern hat im Bundesratsausschuß für Gesundheitswesen die Berichterstattung übernommen. Innenminister Junker, der auch Vorsitzender des Bundesratsausschusses ist, wird eine einheitliche Ansicht der zuständigen Ministerien und der Landesärztekammer vortragen.

Der Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. ROSCHMANN, bat heute den Innenminister, sich für eine unverzügliche Verabschiedung der Bundesgebührenordnung für Zahnärzte einzusetzen. Innenminister Junker versicherte, daß er auf eine schnelle Erledigung drängen werde.

Rechtsgutachten zur Gebührenordnung

Die §§ 2 und 3 der allgemeinen Bestimmungen sind nichtig.

Zu diesen Feststellungen kommen die Rechtsgutachten von Herrn Professor Dr. WEIDNER, Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit der Universität Bonn, und von Herrn Professor Dr. Fritz RITTNER, o. Professor der Rechte an der Universität Freiburg.

Herr Professor Dr. Weidner kommt in seinem Gutachten zu folgendem Ergebnis:

„1. Die der Bundesregierung in § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO) erteilte Ermächtigung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln, entspricht den Anforderungen, die vom Grundgesetz (Art. 80) her wie auch von der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts an eine wirkungsvolle Normensetzungsdelegation gestellt werden.

2. Diese Rechtsetzungsermächtigung wird indessen mit der von der Bundesregierung am 9. Dezember 1964 zur Vorlage an den Bundesrat beschlossenen Gebührenordnung für Ärzte (GO-Ä) in mehrfacher Hinsicht überschritten:

a) Wie in meinem Gutachten im einzelnen dargelegt werden wird, beinhaltet § 11 BÄO lediglich die Befugnis, die Gebührenordnung mit subsidiärer Geltungskraft auszustatten; nicht aber ist der Ordnungsgeber ermächtigt, der Gebührenordnung grundsätzlich zwingende Wirkung beizulegen oder ihre unmittelbare Geltung mit der Möglichkeit des Abbedingens anzuordnen. Dies letztere aber ist in § 1 S. 2 GO-Ä geschehen.

b) § 11 BÄO ermächtigt den Ordnungsgeber nur zur Setzung einer Gebührenordnung, die Mindest- und Höchstsätze vorsieht. Das von der Bundesregierung beschlossene Gebührenverzeichnis, auf das § 2 GO-Ä verweist, gibt indessen bei den einzelnen Leistungspositionen nicht eine Mindest- und eine Höchstgebühr an, sondern jeweils nur eine Gebühr. Aus § 2 S. 2 GO-Ä folgt, daß diese Gebühren nicht im Sinne der Ermächtigung des § 11 BÄO als Mindestsätze qualifiziert werden können, daß es sich vielmehr um sogenannte Norm- oder Regelsätze handelt, die der Arzt nur beim Vorliegen bestimmter Voraussetzungen — für die er beweispflichtig ist — „überschreiten“ darf.

c) § 11 BÄO ermächtigt den Ordnungsgeber lediglich zur Festsetzung von Mindest- und Höchstsätzen. Bei der Festlegung dieser Sätze hat er „den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen“. Der Rahmen dieser gesetzgeberischen Ermächtigung wird überschritten, wenn der Ordnungsgeber, wie dies in

§ 3 GO-Ä geschieht, zugunsten bestimmter Personen und Institutionen Festsätze vorschreibt.

Freilich enthält auch die zur Zeit noch in Kraft befindliche Preugo in ihrem § 2 — wenn auch inhaltlich anders geordnet — eine Bestimmung von Festsätzen. Gegen eine Übernahme dieser bei Erlass der Delegationsnorm des § 11 BÄO gültigen Regelung in die neue GO-Ä würden sich — da es sich insoweit nicht um die Setzung neuen Rechts handelte — keine Bedenken erheben lassen. Immerhin ist daran zu erinnern, daß die in ihrer sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung ins Gewicht fallenden Tatbestände des § 2 Preugo (wie auch des § 3 GO-Ä) weitgehend durch besondere gesetzliche Regelungen abschließend normiert sind; die Resttatbestände sind entweder der Regelung im Verordnungswege nicht zugänglich oder kaum bedürftig.

Jedenfalls ist der Ordnungsgeber durch § 11 BÄO nicht ermächtigt, den Kreis der durch § 2 Preugo privilegierten Personen und Institutionen (zu deren Nachteil) einzuschränken oder (zum Nachteil der liquidationsberechtigten Ärzte) auszudehnen, wie dies der Ordnungsgeber in § 3 GO-Ä versucht.

3. Es ist allgemein anerkannt, daß Rechtsverordnungen, die den Rahmen einer gültigen Ermächtigung überschreiten oder deren Inhalt mit gesetzlichen Vorschriften im Widerspruch steht, schlechthin nichtig sind. Diese Nichtigkeit hat jedes Gericht zu berücksichtigen, ohne daß es eines besonderen Ausspruchs des Bundesverfassungsgerichts bedürfte. Ebenso hat jede Verwaltungsbehörde die Nichtigkeit solcher Verordnungen zu beachten.“

Herr Professor Dr. Rittner kommt am Schluß seines Gutachtens zu folgenden Feststellungen:

„§ 2 des Entwurfs geht in seinen wesentlichen Punkten über die Ermächtigung hinaus, die § 11 BÄO erteilt hat.

§ 2 des Entwurfs wäre also, würde die Verordnung erlassen werden, nichtig.

Die Nichtigkeit könnte von jedem Gericht und von jedermann festgestellt und geltend gemacht werden. Es bedürfte nicht einmal einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.

§ 3 des Entwurfs wäre, würde die Verordnung erlassen werden, nichtig, weil er nicht durch eine Ermächtigung im Gesetz (§ 11 BÄO) gedeckt wäre.

§ 3 des Entwurfs erweckt ebenfalls einige weitere gewichtige rechtspolitische und verfassungsrechtliche Bedenken.“

Der zweite Prozeß gegen Dr. Josef Issels

Eine kritische Betrachtung

Von Dr. Walther Koerting

Drei Feststellungen seien vorausgeschickt:

1. Der Verfasser dieses Artikels ist mit Ausnahme des Angeklagten und dessen Verteidiger RA Dr. Kirstein der einzige, der bei beiden Prozessen vom ersten Tag an bis zum Schluß anwesend war. Er hat daher die Möglichkeit, beide Verfahren zu vergleichen.

2. Diese Kritik wurde vor dem Urteil verfaßt und der Schriftleitung übergeben.*) Dadurch ist eine unbeschwertere Betrachtung möglich geworden.

3. Der Verfasser war in einem langen Leben unzählige Male bei Gericht. Dadurch ist die erforderliche Sachkenntnis gewährleistet.

Es muß festgestellt werden, daß der zweite Prozeß mit dem ersten insofern nichts zu tun hat, als es ein völlig neues Verfahren ist. Trotzdem gab es diesmal von verschiedenen Prozeßbeteiligten Rückblicke auf das erste Verfahren.

Man muß sich dankbar an die ganz ausgezeichnete Verhandlungsführung im ersten Prozeß durch den Vorsitzenden, den damaligen Landgerichtsdirektor Dr. Klaus Seibert, erinnern, der sichtlich interessiert an der Meisterung des schwierigen Prozeßthemas — in vermutlich kurzer Zeit — ein reiches Wissen über die zur Entscheidung stehenden Probleme sich angeeignet hatte. Rückschauend muß man vergleichsweise die Bewunderung darüber aussprechen. Es kam hier niemals vor, daß ein Verteidiger den Staatsanwalt oder Sachverständigen bereits nach den ersten Worten unterbrochen hat, noch auch, daß gleichzeitig fünf Prozeßbeteiligte in keineswegs edlem Wettstreit, wie am 1. Dezember 1964, ihren Argumenten Nachdruck verleihen wollten, wobei es verständlicherweise an Stimmenaufwand nicht fehlte. Es muß auch hervorgehoben werden, daß im ersten Prozeß die Sitzungspolizei straff gehandhabt wurde, was zu einer bei einer Gerichtsverhandlung notwendigen und üblichen ruhigen Atmosphäre beitrug. Im Gegensatz dazu konnten im zweiten Prozeß die Zuhörer wiederholt durch Rufe und mehrmals sogar durch Klatschen ihrer Meinung zugunsten Dr. Issels Ausdruck geben. Nur einmal wurde etwas deutlicher dagegen Stellung genommen, wie überhaupt an diesem Tag eine, vermutlich durch die Anwesenheit des Präsidenten des Landgerichts München II, des Generalstaatsanwalts und Oberstaatsanwalts beeinflusste, etwas klarere Haltung bei der Leitung der Sitzung festzustellen war. Nur am 30. 11. 1964 drohte der Vorsitzende wegen des lauten Lachens der Zuhörer mit der Räumung des Saales bei Fortdauer der Kundgebungen.

Diese Beifallskundgebungen wurden sowohl von der Presse wie vom Rundfunk vermerkt. Dies kann also nicht als eine Erfindung, eine böswillige Erfindung des Verfassers gedeutet werden.

So war also die Atmosphäre beim zweiten Prozeß völlig anders als beim ersten. Auch sonst gab es Hin-

weise, daß sich Dr. Issels eines besonderen Wohlwollens erfreute.

Es sei auch erwähnt, daß an alien Sitzungstagen während der Verhandlung Zeugen und Sachverständige fotografiert wurden. (Die „Richtlinien für das Strafverfahren“ besagen in Absatz 110, „Wahrung der Ordnung“, u. a.: „Bild- und Tonaufnahmen können zur Folge haben, daß Angeklagte und Zeugen von der Hauptverhandlung abgelenkt und in ihrer Unbefangtheit beeinträchtigt werden. Daher empfiehlt es sich nicht, Bild- und Tonaufnahmen während der Vernehmung des Angeklagten und während der Beweisaufnahme zuzulassen.“)

Daß kein Einwand erhoben wurde, als eine ZuhörerIn (Frau I.) am 2. Dezember den Verteidiger Dr. Kückelmann während der Sitzung auf gewisse Vorgänge aufmerksam machte, ist ungewöhnlich.

Der Stil der Verteidigung

Abgesehen von anderen Momenten, auf die noch zurückzukommen sein wird, seien zwei Tatsachen erwähnt. Gleich zu Beginn des Prozesses kam der Verteidiger Dr. Kückelmann auf den Verfasser dieser Kritik zu und sagte, ohne sich vorzustellen: „Sie sind der Dr. Koerting“, was ich bejahte. Er hatte das „Bayerische Ärzteblatt“, Heft 10, 1964, in der Hand und fragte mich in barscher Form, ob ich der Verfasser des Artikels „Der neue Prozeß gegen Dr. Josef Issels“ (Seite 782) sei. Ich verwies darauf, daß der Artikel nicht gezeichnet ist und daß er sich, wenn er den Namen des Verfassers erfahren wolle, an den Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“ wenden müsse. Darauf entfernte sich Dr. Kückelmann grüßlos.

Am 30. Oktober 1964 stellte Dr. Kückelmann den Antrag auf Vernehmung der Zeugen RA Dr. Kirstein, Univ.-Prof. Dr. Büngeler, Univ.-Prof. Dr. Eder, Oberstaatsanwalt Dr. Weiss, des seinerzeitigen Staatsanwalts Dr. Parsch, Dr. Sewering, Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, und Dr. Koerting. Wenig später stellte Dr. Kückelmann den Antrag, Dr. Koerting sofort aus dem Saale zu verweisen. (Anmerkung: Da das Gericht über den Antrag der Verteidigung auf Einvernahme der genannten Zeugen noch keinen Beschluß gefaßt hatte, und der Paragraph 177 GVG nicht in Betracht kam, da einerseits kein Grund bestand, mich aus dem Saale zu verweisen, noch auch ein diesbezüglicher Beschluß des Gerichts vorlag, kann dieser Antrag nur dahin gewertet werden, daß es dem Verteidiger auf die Ausschaltung eines durch Presselegitimation ausgewiesenen Berichterstatters ankam. Siehe hier GG, Art. 5 Abs. 1. Es sei auch auf Nr. 110 der „Richtlinien für das Strafverfahren“ hingewiesen, worin es heißt: „Presse und Rundfunk dienen der Strafrechtspflege durch eine wahrheitsgetreue Berichterstattung, da sie die Tätigkeit von Richter und Staatsanwalt der Öffentlichkeit näherbringen. Sie dürfen in ihrer Berichterstattung nicht mehr beschränkt

*) Der Aufsatz wurde der Schriftleitung am 11. Dezember 1964 um 13 Uhr, eine Stunde vor der Urteilsverkündung, übergeben.

werden als es der Zweck der Hauptverhandlung gebietet.“

Es darf auch daran erinnert werden, daß derselbe Verteidiger am 1. 12. einen Beweisantrag stellte, der gegen das Gutachten eines am Vortage gehörten Sachverständigen (R) gerichtet war. Er mußte sich vom Staatsanwalt belehren lassen, daß er sich nicht im Zivilprozeß befinde, sondern im Strafprozeß. Es könne daher dieser verspätete Einwand nicht berücksichtigt werden. Der richterliche Beisitzer LGR Huber machte RA Dr. Kückelmann darauf auch seinerseits aufmerksam, daß er nach der Strafprozeßordnung am Tage vorher seinen Einwand hätte geltend machen müssen.

Die Sachverständigen

Es muß als sehr wesentlich bezeichnet werden, daß von der Vielzahl von Sachverständigen, die in diesem Prozeß gehört wurden, im ganzen nur fünf von der Staatsanwaltschaft benannt worden waren. Der Vorsitzende gab seinen Bedenken in der Sitzung vom 10. November 1964 selbst Ausdruck, als er darauf verwies, daß bisher nur von der Verteidigung benannte Sachverständige gehört worden seien. Deshalb halte er es für richtig, den von Dr. Issels und der Verteidigung wiederholt genannten Univ.-Prof. Dr. K. H. Bauer als Sachverständigen zu hören. — Der Staatsanwalt benannte als Sachverständige die Univ.-Professoren Dr. Dr. K. H. Bauer (Heidelberg), J. Becker (Heidelberg), H.-E. Bock (Tübingen), H. Hamperl (Bonn) und J. Rles (München). Außerdem wurde Univ.-Professor Dr. Werner Wachsmuth (Würzburg) als Sachverständiger gehört. —

Obwohl es in der Bundesrepublik eine Vielzahl von bedeutenden, auch in der internationalen Wissenschaft anerkannten sachkundigen Gelehrten gibt, haben es die deutschen Verteidiger für angebracht gehalten, Professoren und andere aus dem Ausland heranzuziehen, worin man wohl nicht ohne Grund eine bedauerliche Abwertung der deutschen Wissenschaft erblicken muß. Am Sachverständigentisch sah man aus Österreich Prof. Dr. Salzer aus Wien, der sich selbst als Außenseiter bezeichnete, Primarius Dr. Johannes Kretz (Wien), Primarius Dr. Leopold Altmann (Wien), Dr. Feiks (Wien) (die letzteren keine Professoren), aus Jugoslawien Prof. Dr. Sawnik aus Laibach und Prof. Dr. Kliss aus Budapest. Der von der Verteidigung ohne vorherige Befragung des Gerichtes mitgebrachte Pathologe Dr. Hribar, Laibach, wurde vom Gericht nicht zugelassen. Daß er sich trotzdem durch mehrere Tage am Sachverständigentisch niederließ, sei ebenso vermerkt, wie die Tatsache, daß der Deutsche Dr. Manstein, auf den noch hingewiesen wird, ihn trotz der Ablehnung durch das Gericht zur Begutachtung des einen Falles heranziehen wollte. Der Verteidigung genügte dies aber nicht, da sie noch Sachverständige u. a. aus den USA, San Franzisko, London, Japan, Frankreich und der Schweiz gehört wissen wollte.

Nun einige Worte noch über bestimmte Sachverständige.

Die Glaubwürdigkeit von Prof. Salzer soll nicht bezweifelt werden, aber es ließ doch aufhorchen, daß Dr. Issels in seinem Schlußwort sagte, daß er in den letzten zwei Jahren seine Patienten mit Mammakarzinom

an Prof. Salzer überwiesen hat. Dr. Werner Zabel, vom Gericht immer mit Professor angesprochen, vom Staatsanwalt danach gefragt, wo er Professor sei, antwortete, daß ihm der „Professor“ angefliegen und daß er eigentlich sozusagen Titularprofessor sei. Der Sachverständige Dr. Bodo Manstein, Gynäkologe in Detmold, bezeichnete sich zu Unrecht als Dozent, obwohl er an der Universität Münster nur über seine Bitte als Lehrbeauftragter für Sozialhygiene der Frau eingesetzt war. Dr. Hausbrand, Bozen, den man als „Wanderer zwischen den Weiten“ bezeichnen könnte, erschien in mehrfacher Hinsicht als Sachverständiger, sogar auf dem Gebiete der Röntgenologie, obwohl er keineswegs über die große Erfahrung der zu Wort gekommenen Röntgenologen mit einem ungeheuren Krankengut verfügen konnte. Gebürtiger Triestiner — denn er erklärte, er sei in seine Vaterstadt Triest zurückgekehrt —, promovierte er in Graz, war am gerichtlich-medizinischen Institut in Königsberg, Pr., und später in Straßburg in gleicher Eigenschaft tätig. Er gab an, in Graz und Wien Kliniken besucht zu haben. Später war er am Krankenhaus in Friesach tätig und zog sich dann nach Italien zurück, wo er die Prüfung als Facharzt für Innere Medizin und Röntgenologie bestanden haben will. Von dem Sachverständigen Hausbrand wird noch an anderer Stelle zu sprechen sein. Schließlich sei noch Dr. Nieper (Hannover) erwähnt, dessen Persönlichkeit im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1964, Heft 12, in einem Artikel „Auch ein Gutachter“ eingehend gewürdigt wurde, so daß es sich wohl erübrigt, hier nochmals auf ihn zu sprechen zu kommen.

„Wahrheitsfindung“

Der Verteidigung stehen alle Möglichkeiten offen, für den Beschuldigten einzutreten. Allerdings darf sie sich, nach BGH 9, 20, der Wahrheitsforschung nicht hindernd in den Weg stellen. *)

Hier seien die Tatsachen angeführt, daß Dr. Issels mehrfach Zeugen vor ihrer Einvernahme vor dem Gericht aufgesucht hat und Briefe an Zeugen geschrieben hat, worin sie gefragt wurden, ob sie sich an eine bestimmte Patientin erinnerten. Es wurde sogar die Diagnose angefügt und auch die Bemerkung, daß die Patientin eine Operationsverweigerin war. Es ist auch die Frage, ob es der Wahrheitsfindung dient, wenn der Angeklagte vor der Verhandlung mit einem als Zeugen vorgesehenen Arzt im Vorraum die Krankengeschichte durchgegangen hat. (13. November 1964.)

In diesem Zusammenhang blieb es nicht unbemerkt, daß der Vorsitzende den Zeugen jeweils ein Bild der Patientin mit der Frage vorwies, ob sie sich an diese Frau erinnern können. Es wäre wohl zweckmäßig gewesen, um jede Beeinflussung auszuschließen, der Zeugin mehrere Bilder vorzulegen und sie zu veranlassen, jenes der zur Verhandlung stehenden Patientin herauszufinden.

*) Dieser hier ausgestrichene Satz ist uns durch eine Einstweilige Verfügung des Landgerichtes München verboten worden. Im übrigen verweisen wir auf Seite 66.

Bezugnahme auf das Grundgesetz

Wenn die Verteidigung sich bei der Erörterung der Frage der Operationsverweigerung auf das Grundgesetz Art. 2 Abs. 2 berief: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, so dient das nicht zur Exkulpierung des Angeklagten und seiner internen Therapie. Dr. Issels hatte wiederholt erklärt, daß er im wesentlichen nur inkurable Fälle behandle, was ihm an und für sich als Verdienst anzurechnen wäre. Er hat aber unter anderem, so z. B. im Fall Warnken, eine der Operation mit Aussicht auf großen Erfolg zuzuführende Patientin behandelt, er hat aber auch in seinen Prospekten ausdrücklich angeführt, daß er mit seiner internen Kombinations-therapie des Krebses auch Tumoren im Anfangsstadium behandle. Im übrigen unterschied sich seine Verteidigung bei diesem Prozeß wesentlich von der im ersten Prozeß.*)

Offenbarung von Geheimnissen

In einzelnen Fällen haben die Patienten das Gericht gebeten, ihren Namen nicht zu nennen. In öffentlicher Verhandlung wurde der Personenname genannt und dies nur insofern eingeschränkt, als Sachverständige und Zeugen gebeten wurden, nur den Anfangsbuchstaben bei ihren Äußerungen zu nennen und an die Presse das Ersuchen gerichtet, auch ihrerseits nicht den vollen Namen zu verwenden. Es ist klar, daß damit die Wahrung des Geheimnisses nicht erfolgte.

In diesem Prozeß wurde auch von Paragraph 55 („Auskunftsverweigerungsrecht“) kein Gebrauch gemacht, obwohl nach Paragraph 55 Abs. 2 StPO, der Zeuge über sein Recht zur Verweigerung der Auskunft zu belehren ist. „Die Belehrung darüber ist spätestens notwendig, wenn während der Vernehmung Anhaltspunkte dafür erkennbar werden, der Zeuge könne sich durch Beantwortung einer Frage der strafgerichtlichen Verfolgung aussetzen.“ Der erhobene Zeigefinger des Vorsitzenden, wie dies in einem Fall geschehen ist, genügt nicht.

Die Verteidigung führte gleich zu Beginn des Prozesses den ehemaligen Geschäftsführer der „Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e. V.“, Dr. Spohr (Pforzheim), als Zeugen. Dieser war in mehrfacher Hinsicht zur Geheimhaltung ihm bekanntgewordener Tatsachen verpflichtet. Es wäre immerhin interessant gewesen, festzustellen, wie die Verteidigung oder Dr. Issels zur Kenntnis dieser, im übrigen für das Prozeßthema vollkommen unerheblichen Tatsachen gekommen ist. Man kann die Vermutung nicht ausschließen, daß Dr. Spohr selbst es war, der Dr. Issels darauf aufmerksam machte. Dr. Spohr ist leider — vermutlich in Unkenntnis der wahren Hintergründe — nicht gefragt worden, aus welchen Gründen seine Tätigkeit bei der obigen Gesellschaft beendet wurde. Beachtlich ist, daß Dr. Spohr im August 1964 mit Dr. Josef Issels zusammenkam.

Merkwürdige Äußerungen des Vorsitzenden

Es war schon auffallend, daß der Vorsitzende bei der Festsetzung des Sitzungsprogramms für den 4. Dezember 1964 sagte, daß am nächsten Tag der Fall Warnken „aufgewärmt“ werden würde. Der Vorsitzende

sagte aber auch, da RA Dr. Kückelmann in üblicher Weise Univ.-Prof. Dr. Wachsmuth unterbrach, zu dem Verteidiger: „Das heben Sie sich für das Schlachtfest auf.“

Die fünf Univ.-Professoren, die vom Staatsanwalt benannt worden waren und am 30. November 1964 ihr Gutachten erstatteten, bekamen keine Gelegenheit, zu den in ihrer Anwesenheit gemachten Äußerungen der nachfolgenden Sachverständigen der Verteidigung, soweit sie darin angegriffen wurden, Stellung zu nehmen. Der Vorsitzende untersagte es ausdrücklich dem Sachverständigen Prof. Dr. Ries, sich zu dem Fall Therese Bucheder (Fall 13) zu äußern, obwohl er wesentliches Material zu dem Fall beizutragen gehabt hätte.

Obwohl nur der 30. November 1964 der Besprechung der internen Therapie vorbehalten war, gestattete der Vorsitzende dem als Sachverständigen gehörten Dr. Hausbrand am 2. Dezember 1964 nicht nur zu dem betreffenden Fall sein Gutachten zu erstatten, sondern erlaubte ihm darüber hinaus in 1½stündiger Rede die interne Therapie Dr. Issels darzulegen und zu verteidigen.

Dr. Nieper, der bereits Erwähnung fand, durfte sogar eine von ihm stammende dreieinhalb Seiten umfassende Besprechung eines englischen Buches dem Gericht vorlesen. Ungewöhnlich war es auch, daß kein Einwand dagegen erhoben wurde, daß ein als Zeuge gehörter Arzt seine ganze Aussage ablesen durfte. Nach Paragraph 69 StPO ist die Vernehmung eines Zeugen die Entgegennahme mündlicher Erklärungen, wobei sich der Zeuge zur Stütze seines Gedächtnisses zwar schriftlicher Unterlagen bedienen darf, aber selbstverständlich nicht seine ganze Aussage aus einer vorbereiteten Schrift ablesen darf.

Die Presse und der Issels-Prozeß

Es wurde schon im „Bayerischen Ärzteblatt“ (1964, Heft 10) in einem Artikel „Der neue Prozeß gegen Dr. Issels“ darauf hingewiesen, daß, wie vor dem ersten Prozeß, auch diesmal Wochenblätter und Illustrierte seit Wochen reichillustrierte Berichte mit zahlreichen neuen Aufnahmen und Aussagen Dr. Issels gebracht haben. „Auch diesmal wurden wieder ausführliche, reichbebilderte Befragungen von später im Prozeß auftretenden Zeugen gebracht, deren Namen Journalisten kaum auf geheimnisvolle Weise bekannt wurden. Damit werden aber Zeugen (Anmerkung: was allerdings nur vom ersten Gericht gerügt worden war), auf eine nun gedruckt vorliegende Aussage vor ihrer Vernehmung durch das Gericht festgelegt, und überdies wird die Öffentlichkeit dem Trommelfeuer einseitiger und gleichgeschalteter Meinungsbildung ausgesetzt.“

Ähnliches wiederholte sich bei der Berichterstattung über den Prozeß selbst. Eine Dokumentation über das Verhalten der Presse während dieses Prozesses bleibt vorbehalten.

Gerade dieser Prozeß war ein Schulbeispiel dafür, in welcher intensiver Weise die öffentliche Meinung geformt wurde, wurden doch vielfach für Dr. Issels ungünstige Aussagen nicht aufgenommen. Auf zwei Tagungen in Innsbruck und Wien, an der hervorragende Vertreter der Presse und Ärzteschaft teilgenommen

*) Siehe „Bayer. Ärzteblatt“, 1961, Heft 9.

haben, habe ich darauf hingewiesen, daß dem Verschweigen durch die Presse eine nicht abzuschätzende Bedeutung zukommt. An vielen Nachmittagen war kein oder fast kein Journalist anwesend und trotzdem konnte man am nächsten oder übernächsten Tag Berichte darüber lesen. Daß Wochenzeitungen eine Kategorie für sich sind, ist nicht unbekannt. Trotzdem soll jedoch „Heim und Welt, die Wochenzeitung für alle“ (Nr. 49 vom 2. Dezember 1964) zitiert werden, die unter dem Titel „Wieviel Tote kostet uns der Issels-Prozeß?“ einen zweiseitigen Artikel brachte, in dem es zum Schluß hieß, daß die Verfechter einer überspitzten Schulmedizin ins Hintertreffen geraten sind und vor der Öffentlichkeit als eigentliche Angeklagte dastehen (!).

In vollkommener Verkenntung der strafrechtlichen Sachlage heißt es weiter: „Nicht nur die deutsche Ärzteschaft, sondern auch das deutsche Publikum dürfte künftig entschieden dagegen einschreiten, wenn erneut eine engherzige medizinische Doktrin ihren Totalitätsanspruch mit Hilfe von Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichten durchsetzen will...“ (Anm.: Es kann nicht oft genug gesagt werden, daß beide Issels-Prozesse nicht durch die Ärzteschaft, wozu sie berechtigt gewesen wäre, sondern durch einen Patienten der Ringberg-Klinik, Dehm, in Gang gesetzt wurden.) Zum Schluß dieses Artikels heißt es: „Es war ein beschämender Schlag für die deutsche Medizin, als kürzlich beim Issels-Prozeß die Frage aufgeworfen wurde, warum Deutschland auf den beiden letzten internationalen Krebs-Kongressen nicht vertreten gewesen sei, und als der Gutachter Dr. Nieper darauf antworten mußte: „Die Bundesrepublik hat auf diesem Gebiet nicht viel zu bieten, wenn ich ehrlich sein darf!“ (Anm.: Das ist eine glatte Unwahrheit, denn sowohl in Moskau wie auch in London war die Bundesrepublik vertreten.)

Die „NEUE Illustrierte“ brachte unter dem Titel: „Dr. Issels greift an! Krebs in Deutschland“ einen Brandartikel mit zahlreichen Unrichtigkeiten.

Obwohl das „Reichsgesetz über die Presse“ vom 7. Mai 1874 in Paragraph 11 Abs. 2 bestimmt, daß der Abdruck einer Berichtigung in demselben Teile der Druckschrift und mit derselben Schrift wie der Abdruck des zu berichtenden Artikels geschehen muß und in dem bayerischen „Gesetz über die Presse“ vom 3. Oktober 1949 in Paragraph 10 Abs. 2 festgelegt wird, daß der Abdruck einer Gegendarstellung in demselben Teil des Druckwerks und mit derselben Schrift wie der Abdruck des beanstandeten Textes erfolgen muß, wurde die untenstehende Gegendarstellung der Justizpressestelle des Oberlandesgerichts München auf Seite 87 der Nr. 46 dieser Zeitschrift in der Rubrik „Briefe“ (!), und das im Anschluß an vier Leserbriefe, abgedruckt. Diese Gegendarstellung lautet:

Eine Gegendarstellung

Zu dem in „NEUE Illustrierte“ Nr. 40 unter dem Titel „Krebs in Deutschland — Unter vier Augen mit Dr. Issels“ auf Seite 22 veröffentlichten Bericht stellt die Justizpressestelle des Oberlandesgerichts München richtig:

Weder Oberstaatsanwalt Weiß noch der damalige Staatsanwalt Dr. Parsch haben die ihnen in den Mund gelegten Äußerungen abgegeben. Ein Gespräch zwi-

schen Oberstaatsanwalt Weiß und Dr. Issels hat nach der Hauptverhandlung überhaupt nicht stattgefunden. Lediglich Frau Issels bat nach der Verhaftung ihres Ehemannes mehrmals bei Oberstaatsanwalt Weiß vorgesprochen. Auch bei diesen Vorsprachen sind die in der „NEUEN Illustrierten“ mitgeteilten Äußerungen weder dem Wortlaut noch dem Sinne nach abgegeben worden. Weder die Bayerische Landesärztekammer noch der Zentralaussschuß für Krebsbekämpfung sind jemals bei Stellen der bayerischen Landesjustizverwaltung in der Strafsache gegen Dr. Issels vorstellig geworden. Das Ermittlungsverfahren gegen Dr. Issels mußte auf eine Anzeige von privater Seite hin eingeleitet werden.

In diesem Zusammenhang muß auf etwas Grundsätzliches hingewiesen werden. Die Zeitungsberichtersteller umschwirrten die Verteidigung im Gerichtssaal und auf dem Gange, um für ihre Mitteilungen Berichte zu erhalten. Darüber hinaus gab z. B. der Verteidiger, RA Dr. Kückelmann, einem Teil der Pressevertreter vor seinem Plädoyer eine Abschrift desselben. Kaum jemals sah man einen Journalisten mit dem Staatsanwalt sprechen. Dies ist wohl auf den Erlaß des „Bayerischen Staatsministeriums der Justiz“ vom 10. 12. 1956 über das „Justizpressewesen“ zurückzuführen. Dort heißt es, daß Auskünfte an die Presse nur durch die Justizpressestellen oder die Behördenleiter erteilt werden. Welcher schwerfällige bürokratische Weg gegenüber den ungehemmten Möglichkeiten der Verteidigung!

Eine neue Krebsklinik in Oberbayern

Wie die „Chiemgau-Zeitung“ des oberbayerischen Volksblattes vom 1. September 1964 unter dem Titel „Vollchirurgische Klinik mit 200 Betten für Siegsdorf — Internationale Gesellschaft zur wissenschaftlichen Förderung der Krebsprophylaxe und für Wiederherstellung Geschwulstkranker will Krebsforschungsinstitut bauen“ mitteilt, wird in Siegsdorf bei Traunstein ein neues Krebsinstitut geplant. Präsident des Aufsichtsrates ist Prof. Dr. Erwin Schliephake, angeblich ordentlicher Professor an der Universität Würzburg. (Anm.: In Gießen 1894 geboren, war er von 1942 an a. o. Professor und Direktor der med. Univ.-Poliklinik in Würzburg. Im Jahre 1945 endete aus naheliegenden Gründen seine Tätigkeit. Seit 1952 ist er Chefarzt der Balmerschen Stiftung in seiner Geburtsstadt.) Er ist, was nicht verschwiegen werden soll, „Präsident der Internationalen Medizin-Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten in München“, über deren Bedeutung man wohl keine Worte verlieren muß. Vizepräsident ist der „Professor“ Dr. med. F. Hausbrand, Bozen, der als Zeuge bereits eingangs genannt wurde. (Anm.: Dr. Hausbrand hat vor Gericht angegeben, daß er „Dozent a. D.“ sei.) Wir bringen im folgenden wegen seines Interesses den Wortlaut der Meldung der Chiemgauer Zeitung.

„Von Vertretern des öffentlichen Lebens, der Wirtschaft und der ärztlichen Wissenschaft des In- und Auslandes wurde in einer Gründungsversammlung in Traunstein die „Internationale Gesellschaft zur wissenschaftlichen Förderung der Krebsprophylaxe und für Wiederherstellung Geschwulstkranker mbH.“ ins Leben gerufen.

Diese auf gemeinnütziger Basis errichtete Gesellschaft geht von der Erkenntnis aus, daß das erschreckende Überhandnehmen der Krebserkrankungen trotz der Fortschritte der modernen Medizin eine bessere Zusammenfassung der der Krebsbekämpfung dienenden Erkenntnisse und Kräfte fordert. Die vorwiegend auf eine Beseitigung der bösartigen Geschwulst ausgerichteten chirurgischen und strahlentherapeutischen Eingriffe oder die meist auch gesunde Zellen in Mitteleidenschaft ziehende Chemotherapie können leider nur relativ selten den Krankheitsprozeß unterbrechen oder vor Rückfällen schützen, und dies auch nur bei frühzeitiger Erkennung der örtlichen Geschwulst, welche aber in den meisten Fällen nicht möglich ist. Es muß also Aufgabe der Wissenschaft sein, möglichst alle zur Förderung einer Krebsentstehung beitragenden Faktoren zu erfassen, die äußeren, vielfach mit dem zivilisatorischen „Fortschritt“ zusammenhängen, wie die inneren, im menschlichen Organismus selbst gelegenen Faktoren wie hormonelle, Stoffwechselveränderungen und viele andere mehr. Daß diesbezüglich enge Wechselbeziehungen bestehen, geht schon aus der Beeinflussbarkeit gewisser Geschwülste durch hormonelle Therapieeinwirkung hervor.

Die neugegründete Gesellschaft sieht in der Förderung von Testmethoden für Früherkennung einer Krebsdisposition, in der Erforschung der Wechselbeziehungen zwischen dem ganzen Organismus und Krebsentstehung sowie der vergleichenden und synthetischen Anwendung aller Behandlungsverfahren einschließlich der ganzheitlich biologischen, auf Weckung der individuellen Abwehrkräfte abzielenden einen Weg, der zu einer weiteren Eindämmung der Volkskrankheit Krebs führen kann.

Diesem Ziel sollen von der Gesellschaft geplante Spezialheilstätten mit angeschlossenen Institut für wissenschaftliche Untersuchungen, mit allen modernen Mitteln der Wissenschaft ausgestattet, dienen. Dafür soll als erste Heilstätte eine vollchirurgische Klinik mit 200 Betten, die NEO-Klinik, Klinik für Neubildungs-Endokrine und Organsystemkrankheiten, in Eisenärzt-Siegsdorf geschaffen werden.

Präsident des Aufsichtsrates ist Professor Dr. med. E. Schliephake, Gießen, ordentlicher Professor an der Universität Würzburg und Chefarzt der Balmerschen Stiftung in Gießen sowie Präsident der Internationalen Medizin-Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten in München. Vizepräsident ist Professor Dr. med. F. Hausbrand, Bozen. Ferner gehören der Gesellschaft zahlreiche namhafte Ärzte und Wissenschaftler des In- und Auslandes an.

Mit dem Bau der Klinik und des angeschlossenen wissenschaftlichen Instituts soll im Frühjahr 1965 begonnen werden. Über dieses Vorhaben berichteten wir schon früher, als es in beiden Gemeinden vor dem Gemeinderat zur Anfrage hinsichtlich der Baugenehmigung und der Erschließung des vorgesehenen Geländes zur Vorsprache kam. Der für den Bau vorgesehene Grund liegt im Eisenärzter Gemeindeteil Höpfling im Besitz Knorr. Die Erschließung des Geländes müßte von Siegsdorf aus erfolgen, da dies in der Nähe der Sturmwiese, die ja bebaut ist, angrenzt. Zum Projekt wurde nachdrücklich betont, daß es sich für beide Gemeinden nicht nachteilig auswirken wird. -ik-

Beförderungen durch die Verteidigung

Im allgemeinen obliegt es dem Landesbergn (Ministerpräsident) oder dem zuständigen Minister, Beförderungen auszusprechen. Man borchte auf, als der Verteidiger, RA Dr. Kirstein, in seinem Plädoyer die Doktoren Hausbrand, Kretz, Altmann, Lampert u. a. als Professoren und Prof. Dr. Maurer (München) als Präsident des Deutschen Chirurgenkongresses bezeichnete.

Ein Wort über die fünf Universitätsprofessoren

Die am 30. November 1964 aufgetretenen deutschen Universitäts-Professoren (Anm.: keine Titular-Professoren) haben, das muß festgestellt werden, sich im Interesse der deutschen Wissenschaft zur Verfügung gestellt. Ihre Gutachten haben durch die Gediegenheit ihres Inhalts, durch die Untermauerung mit beweiskräftigem Material auch jene beeindruckt, die unter dem Eindruck der massiven Berichte für Dr. Issels für diesen Stellung bezogen hatten.

Es war grotesk, daß man Univ.-Prof. K. H. Bauer, der — was betont sei — vielfach positiv von Dr. Issels und der Verteidigung zitiert worden war, später abzuqualifizieren trachtete.

Es konnte nicht ausbleiben, daß ein Teil der eben erwähnten Sachverständigen, die nur ihr Bestes gaben, massive Drobbriefe erhalten hat, dies als Lohn für eine jahrzehntelange aufopfernde Arbeit für die deutsche Wissenschaft und Patienten ohne Unterschied der Nationalität.

Auch der langjährige Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik in Würzburg und Sachverständige, Univ.-Prof. Dr. Werner Wachsmuth, war Gegenstand von unbegründeten Angriffen der Verteidigung und Dr. Issels. Sein eindrucksvolles Gutachten bringen wir an anderer Stelle. Das Prinzip der Verteidigung war eine wirksame, vor rund vier Jahrzehnten erprobte Methode, zu wiederholen: „Die Aufnahmefähigkeit der großen Masse ist eine nur sehr beschränkte, das Verständnis klein, dafür jedoch die Vergeßlichkeit groß. Aus diesen Tatsachen heraus hat sich jede wirkungsvolle Propaganda auf nur sehr wenige Punkte zu beschränken und diese schlagwortartig solange zu verwerten, bis auch der letzte unter einem solchen Worte das Gewollte sich bestimmt vorzustellen vermag.“

Es war eine Geschmacklosigkeit, daß das Deutsche Fernsehen ausgerechnet an dem Tage, an dem die fünf Univ.-Professoren als Sachverständige gehört wurden, eine Sendung ausstrahlte, in der Univ.-Professor Dr. Nissen in Basel, also der Schweiz, Gelegenheit bekam, sich zu äußern, obwohl ihm eine Sachkenntnis der Prozeßmaterie kaum zugänglich gewesen sein dürfte.

Der Freispruch von der Anklage des Betrug

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Urteilsbegründung gesagt: „Auch in den Betrugsfällen hat das Landgericht nur mangels Beweises freigesprochen, und zwar, weil es — trotz weiterbestehenden Verdachts — nicht für erwiesen hielt, daß der Angeklagte den Kranken und ihren Angehörigen eine Heilungsmöglichkeit vorgespiegelt habe . . . Die Unschuld des Angeklagten hat sich also in keinem Falle ergeben. Ebensowenig läßt sich den Urteilsgründen entnehmen, daß die Straf-

kammer keinen begründeten Verdacht als vorliegend erachtet hat. Sie hat im Gegenteil zum Betrugsvorwurf noch ausdrücklich ausgeführt, es könne keine Rede davon sein, daß begründeter Tatverdacht ausgeräumt sei.“

Das zweite Gericht konnte sich mit diesen Fällen wegen Rechtskraft allerdings nicht mehr befassen.

Da das Gericht ursprünglich die Absicht hatte, sich nicht mit den „Methoden“ zu befassen, sondern nur die juristischen Tatbestände zu erörtern, wurde hier davon Abstand genommen, zu medizinischen Fragen Stellung zu nehmen. Diesbezüglich sei auf die Gutachten der am 30. November 1964 als Sachverständige gehörten Universitätsprofessoren verwiesen.

Zusammenfassung

Der Prozeß konnte weder einen Beweis dafür bringen, daß die interne Therapie Dr. Issels in der Lage ist, Tumoren ohne die bisherigen Methoden zu heilen, noch konnte nachgewiesen werden, daß Operation und Bestrahlung ihre Stellung eingebüßt haben. Gerade die Erfolgsstatistiken der letzten Jahre waren ein schlagender Beweis dafür, wieviel und wie Großartiges erreicht werden konnte!

Anschrift des Verfassers: 8 München 27, Pienzenauerstraße 1a.

Das Urteil

Die 2. Große Strafkammer beim Landgericht München II hat am 11. Dezember 1964 Dr. Josef ISSELS von der Anklage der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Da das Urteil und die (maßgebliche) schriftliche Begründung noch nicht vorliegen, verweisen wir darauf, daß diese nach Erscheinen im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht werden.

Öffentl. Erklärung der Medizinischen Fakultät der Universität München Der Krebs und seine Behandlung

Die Medizinische Fakultät der Universität München betrachtet es als ihre ärztliche Pflicht, zu dem in letzter Zeit viel diskutierten Krebsproblem öffentlich Stellung zu nehmen.

Berichte über neue angebliche Krebsheilverfahren könnten geeignet sein, in dieser für viele lebensentscheidenden Frage Verwirrung zu stiften. Der Verlauf eines Prozesses, der mit dem Freispruch des wegen fahrlässiger Tötung angeklagten Arztes endete, wird von manchen als Bestätigung einer neuartigen Krebstheorie und -therapie ausgelegt. Es erscheint daher dringend geboten, folgeschweren Mißverständnissen durch eine Aufklärung über die Natur der Krebskrankheit und ihre Behandlung vorzubeugen und die Öffentlichkeit über Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu informieren, die das Ergebnis jahrzehntelanger Praxis und Forschung in der ganzen Welt sind.

Zur Krebsentstehung

Der Krebs ist eine immer örtlich beginnende Wucherung krankhaft veränderter Körperzellen, die zer-

*) Dieser hier ausgestrichene Satz ist uns durch eine Einstweilige Verfügung des Landgerichtes München verboten worden. Im übrigen verweisen wir auf Seite 66.

störend in die benachbarten Gewebe einwachsen, auf dem Blut- oder Lymphweg in andere Körperregionen verstreut werden und dort Tochtergeschwülste (Metastasen) bilden können. Je nach Bösartigkeit, Lage und Größe der Geschwülste wird der ganze Organismus in Mitleidenschaft gezogen.

Es ist bekannt, daß bestimmte chemische und physikalische Reize, besonders bei chronischer Einwirkung, bösartige Geschwülste hervorrufen können. Die Erzeugung von Krebs durch Viren ist bisher mit Sicherheit nur beim Tier nachgewiesen. Eine der wichtigsten Aufgaben der modernen Krebsforschung ist es, die tieferen Ursachen für die Umwandlung normaler in bösartige Zellen und den Beginn des Geschwulstwachstums aufzudecken.

Zur Krebsdiagnose

Die Erkennung eines Krebsleidens beruht auf der ärztlichen Untersuchung des Kranken unter Verwendung zahlreicher klinischer, biochemischer, radiologischer und anderer Hilfsmittel. Stets ist die Sicherung der Geschwulstdiagnose durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung anzustreben. Allerdings bringt auch

Eupaco®

10 Tabletten	DM 2.50
5 Zäpfchen	DM 1.90
5 Zäpfchen für Kinder	DM 1.75
10 Ampullen zu 1 ml	DM 5.30

Preise o. U. n. A. T.
Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**

cascan

diese nicht in allen Fällen absolute Gewißheit. Ein wissenschaftliches Urteil über die Wirksamkeit einer Heilmethode kann aber nur aus solchen Fällen abgeleitet werden, bei denen eine bösartige Geschwulst auch mikroskopisch eindeutig nachgewiesen ist.

Zur Krebsbehandlung

Ziel der Krebstherapie ist es, das bösartige Gewebe so frühzeitig und vollständig wie möglich zu beseitigen. Die Wahl der Mittel ist dabei weitgehend unabhängig von den zum Teil noch offenen Fragen der Krebsentstehung; ein Brandherd muß gelöscht werden, auch wenn seine Verursachung noch nicht bekannt ist. Jeder Krebskranke kann geheilt werden, wenn es gelingt, die Geschwulst einschließlich ihrer Absiedlungen operativ vollständig zu entfernen oder durch Bestrahlung zur völligen Rückbildung zu bringen. Dementsprechend sind die Heilungsaussichten bei vielen Geschwülsten im Frühstadium sehr gut. Bei ungünstig gelegenen, besonders bösartigen oder spät erkannten Geschwülsten kann die vollständige Entfernung des krankhaften Gewebes erschwert oder unmöglich sein. Aber auch wenn eine Heilung nicht mehr zu erreichen ist, können Operation und Bestrahlung oft bedrohliche Komplikationen beheben, Schmerzen und Beschwerden lindern und das Leben unter Umständen beträchtlich verlängern. Die Medizin hat in den letzten Jahren größte Anstrengungen gemacht, weitere Methoden zu einer spezifischen Beeinflussung der Geschwülste und ihres Wachstums zu entwickeln. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß in geeigneten Fällen bestimmte, das Zellwachstum hemmende Stoffe (Zytostatika) oder Hormone das Fortschreiten der Krankheit wenigstens zeitweilig aufhalten können.

Auch die wissenschaftlich unterbaute Behandlung des Allgemeinzustandes eines Krebskranken gehört zu den selbstverständlichen ärztlichen Maßnahmen; sie vermag die übrige Behandlung zu unterstützen und den schicksalhaften Ablauf gelegentlich sogar zu verlangsamen. Es ist ein dringendes ärztliches Anliegen, die personellen und materiellen Voraussetzungen für die körperliche und seelische Pflege und die Nachbehandlung Krebskranker ständig zu verbessern.

Da aber eine unspezifische Allgemeinbehandlung den Krebs nicht beseitigen kann, ist es unzulässig und ge-

fährlich, sie den operativen oder radiologischen Behandlungen als gleichwertig gegenüberzustellen. Nur wer vor diesen Tatsachen die Augen verschließt, wird sich oder seine Angehörigen einer wissenschaftlich wohlbegründeten Therapie zugunsten ungeprüfter und unsicherer Verfahren entziehen.

Die im Rahmen der jüngsten öffentlichen Auseinandersetzungen vielfach zitierte „deutsche Schulmedizin, die sich in ihrer Orthodoxie und Immobilität gegen jeden Außenseiter wendet“, gibt es nicht. Es gibt auch heute keine „deutsche Medizin“ mehr, sondern nur noch eine einzige weltumfassende medizinische Wissenschaft, zu der sich auch deutsche Krebsforscher zählen dürfen. Nichts charakterisiert diese heutige internationale Wissenschaft besser als gerade ihre völlig unorthodoxe Bereitschaft für neue Theorien und Methoden, von wem auch immer sie angeregt werden. Man kann sicher sein, daß jeder Behandlungsvorschlag, wenn er überhaupt verantwortet werden kann, in kürzester Zeit von zahlreichen Wissenschaftlern und Kliniken aufgegriffen und mit Eifer geprüft wird. Diese Einstellung und die systematische Zusammenarbeit naturwissenschaftlicher und medizinischer Disziplinen führten zu den bedeutenden Entdeckungen und Heilerfolgen der letzten Jahrzehnte, welche die menschliche Lebenserwartung in erstaunlicher Weise erhöht haben. So geht die Medizin auch jeder Spur zur Lösung der Krebsprobleme gewissenhaft nach. Sie hat aber dafür zu sorgen, daß ein Heilverfahren erst dann unter Verzicht auf bewährte Mittel angewandt wird, wenn es einer objektiven Prüfung standgehalten hat.

Die Medizinische Fakultät warnt vor sachkundiger Beeinflussung der öffentlichen Meinung in einer für Leben und Gesundheit entscheidenden Frage wie der des Krebses und seiner Behandlung; sie warnt davor, die rettende ärztliche Hilfe mit wissenschaftlich unterbauten und erprobten Methoden in leichtgläubigem Vertrauen auf ungeprüfte, unsichere oder aussichtslose Behandlungsverfahren zu versäumen; sie rät dringend, die ärztlichen Empfehlungen, wie sie unter anderem in den Merkblättern der Landesärztekammer niedergelegt sind, zu beachten, sich besonders in gefährdeten Altersstufen vorsorglich untersuchen zu lassen und dadurch die rechtzeitige Erkennung und fachgerechte Behandlung des Krebses zu ermöglichen.

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



K. P. Flasche 15 ccm DM 1,80
O. P. Flasche 30 ccm DM 2,95

Zusammensetzung:

Papaver. 0,3 %, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid 7 %, Tinct. Bellad. 4 %, Tinct. Valerian. 3 %, Tinct. Castan. 6 %, Aneurin hydr. 50 mg%, Acid. ascarb. 500 mg%.

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

Auszüge aus den Sachverständigen-Gutachten

Der Prozeß gegen Herrn Dr. Issels hat große Beachtung in der Öffentlichkeit gefunden und auch recht gegensätzliche Reaktionen ausgelöst. Die Berichterstattung war — sofern man auf diese allein angewiesen blieb — nicht immer geeignet, eine eigene Urteilsbildung zu ermöglichen. So erklärt es sich, daß sogar bis in ärztliche Kreise hinein falsche Vorstellungen darüber entstehen konnten, worum es in diesem Prozeß ging.

Ging es um die sog. interne Tumorthherapie des Dr. Issels und die mit dieser verbundenen Methoden? Ging es darum, ob zur Krebsbekämpfung „Stahl und Strahl“ der „Schulmedizin“ oder lebende Krebse und Krautwickel bei Dr. Issels die besseren Mittel sind? Ging es um die Auffassungen und Meinungsverschiedenheiten von Gutachtern — und „Gutachtern“ — oder etwa um die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten?

Darüber hatte das Gericht nicht zu entscheiden. Es hatte ein Urteil über die Anklage der fahrlässigen Tötung zu fällen und festzustellen, ob Dr. Issels mit seiner sog. internen Tumorthherapie Krebskranke geheilt hat.

Das Gericht kam zum Freispruch von der Anklage der fahrlässigen Tötung*) und zur Feststellung: „Zur Gesamtheit der vorgelegten Heilfälle muß allerdings gesagt werden, daß in objektiver Hinsicht nicht erwiesen ist, daß Dr. Issels einen Krebsfall durch seine interne Therapie geheilt hat.“**) Es erscheint dringend geboten, das klarzustellen und nachdrücklich auf folgendes hinzuweisen:

Ein Freispruch von der Anklage der fahrlässigen Tötung bedeutet nicht, daß das Verhalten, das zum Strafverfahren führte, auch allgemein und insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer gewissenhaften ärztlichen Berufsausübung zu billigen und erlaubt ist!

Durch Mitteilungen über den Prozeß ist auch da und dort der Eindruck entstanden, als würde die wissenschaftliche Medizin in Deutschland in der Krebsbekämpfung weniger leisten als im Ausland oder als gar von der nicht unter wissenschaftlichen Methoden arbeitenden Medizin erreicht wird.

In Erfüllung ihrer Pflicht zur Information der Ärzte in Bayern über alle wichtigen fachlichen Fragen, insbesondere auch solchen über die Karzinombehandlung, hat sich die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ bemüht, alle im Prozeß gegen Dr. Issels abgegebenen Gutachten im Wortlaut zu erhalten. Diese Gutachten werden vollständig oder in Auszügen abgedruckt werden. Den Kolleginnen und Kollegen soll dadurch die Möglichkeit geboten werden, nach kritischem Vergleich ihr eigenes Urteil bilden zu können.

Der Abdruck beginnt nachstehend mit den Gutachten der Herren: Professor Dr. H. E. Bock, Tübingen, Professor Dr. J. Ries, München, Professor Dr. Wachsmuth, Würzburg.

Dr. med. Hans-Erhard Bock, oö. Universitätsprofessor, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen

Ich darf als Internist, und zwar als einer, der am Krankenbett alle Therapiestufen der chemotherapeutischen Krebsbehandlung seit 1946 miterlebt hat, und als Arzt, der seit 1930 sein spezielles Interesse für Leukämien und andere geschwulstartige Erkrankungen, z. B. des retikuloendothelialen Systems, durch Publikationen wiederholt belegt hat, darlegen, wie die Lehrmeinung über die Stellung der allgemeinen Therapie im Behandlungsplan der bösartigen Geschwulstleiden derzeit ist, und wie sie sich zu den Heilmethoden des Herrn Dr. ISSELS stellt. Leider muß ich von vornherein sagen: Alle Formen der Allgemeintherapie sind nichtkausale Therapien, sondern nur Zusatztherapien auf verschiedenen Ebenen, von denen keine einzige die Höhe und Bedeutung der chirurgischen oder röntgenradiologischen Ausschaltungsverfahren des Primärtumors erreicht. Ich sehe dabei ab von einigen Hormontherapien, die bei „hormonalabhängigen bzw. hormonal-gesteuerten“ Tumorformen möglich sind.

Wir diagnostizieren den Krebs, wenn er an irgendeiner Stelle (oder manchmal bereits an mehreren metastatisch hintereinander geschalteten) örtliche Veränderungen setzt. Ob er durch Lokaireizung von außen an den Oberflächen entstanden ist, ob er im Inneren durch Stoffwechsellentgleisungen, durch chemische oder biochemische Stoffe oder durch die Fülle der anderen

Cancerogene, unter denen auch Viren sein mögen, zustande gekommen ist, wir können seiner beim Menschen erst habhaft werden, wenn er ein lokales Leiden geworden ist. Systemkrankheiten sind von ihm zu trennen.

Alle Abweichungen des Blutes oder der Säfte, der roten Blutkörperchen oder der serologischen Verhältnisse, die der Arzt heute routinemäßig findet, sind beim Krebskranken unspezifische Krankheitszeichen, in gewisser Weise charakteristisch, nie beweisend, nur hinweisend auf die Krebsmöglichkeit. Die mikroskopische Gewebeuntersuchung (durch Punktionen oder besser durch Herausschneidung gewonnenen Materials) ist nötig. Der Nachweis der Krebszellen erst beweist Krebs, und diese Methode hat nicht messerscharfe Grenzen; in der Diagnostik gibt es also auch den subjektiven Faktor des Untersuchers. Menschlicher Irrtum ist möglich, besonders in Anfangsstadien.

Daß jede einigermaßen tiefreichende Erkrankung, auch an Oberflächen, den Gesamtorganismus in Mitleidenschaft zieht, daß Wechselwirkungen auftreten, Abweherscheinungen gegen das immer körperfremder werdende Gewebe in Gang kommen, ist eine biologische Selbstverständlichkeit, die keine Neuorientierung, nicht einmal einen neuen Aspekt des Krebsproblems erfordert. Weil man schon lange von Tieren weiß, daß die Abwehrkraft gegen überimpfte Tumoren besser oder schlechter sein kann — abhängig von der allgemeinen Gesundheit und von der Widerstandskraft der ererbten Natur und Konstitution, abhängig aber auch von der individuellen Konstellation und Kondition, in gewissem Umfang von der „Psyche“ und von der soziologischen

*) Die Staatsanwaltschaft hat gegen das Urteil Revision eingelegt.

**) Zitat aus der mündlichen Urteilsbegründung.

Situation —, darf man wohl mit Recht folgern, daß auch die menschliche Abwehrleistung (zellulärer wie humoraler wie hormonaler Art) den Krebsverlauf mitbestimmt, vor allem sein Wachstumstempo und seine Ausbreitung. Man wird einen Krebskranken (und möglichst auch schon jeden nur Krebsbedrohten) nicht in resistenzgefährdenden Lebens- oder Krankheitslagen oder in minderwertigen Ernährungssituationen belassen, sondern mit all den Mitteln, mit denen man schon seit Jahrzehnten, vor allem aber seit dem Ende des 2. Weltkrieges, Patienten für chirurgische Eingriffe vorbereitet, auch den Krebskranken schnellstens zur besten Ausgangssituation führen. Alle diese roborierenden Maßnahmen aber sind untergeordnet den schnellstens zu ergreifenden lokalen Maßnahmen, denn: Ausschaltung der Geschwulst heißt das oberste Gebot.

Wie oben schon gesagt, gibt es abgesehen von einigen wenigen hormonabhängigen Geschwulstarten beim Krebs und Sarkom nur zwei Verfahren, die Dauerheilung (im konventionellen Sinne: Heilungen von mehr als 5 Jahren) in einem hohen Prozentsatz versprechen, chirurgische und strahlentherapeutische.

Es gibt heute kein Heilverfahren, das beim diagnostizierten, bösartig eindeutigen Primärtumor neben Chirurgie und Radiologie bestehen kann im Hinblick auf Reproduzierbarkeit der Ergebnisse an allen Orten, an Voraussagbarkeit des zu erwartenden Erfolges und an — statistisch gesicherter — wesentlicher Lebensverlängerung. Dennoch suchen wir alle brennend nach solchen Verfahren. Das Versuchsfeld solcher Allgemeinmethoden ist aber niemals der Kranke mit dem Primärtumor (mit Ausnahme des der Besichtigung jederzeit zugänglichen Carcinoma in situ), sondern ist die leider große Zahl der Nicht- oder Nicht-mehr-Operablen und Nichtbestrahlungsfähigen. Beim heutigen Wissensstand über die Genese des Krebses betrachte ich es als leichtfertig Experimentieren, ein gesichertes isoliertes Primärstadium oder ein mit reellen Gründen zu belegendes Krebsvorstadium einer lediglich allgemeinen Therapie zuzuführen (wiederum mit der Ausnahme des Carcinoma in situ, der Systemkrankheiten und der völlig harmlosen Keimversprengungen oder der Leukoplakien, Polyposen u. a., die man im weiteren Sinne des Wortes als Präkanzerosen bezeichnet).

Der Krebs ist heute für jeden Therapeuten zu allererst eine örtliche Heilaufgabe, der sich die anderen Verfahren, deren sich gerade der Internist mit langsam steigenden Erfolgen erfreuen kann, bei- oder unterzuordnen haben. Die Kliniker sind voll beschäftigt mit der Aufgabe, aus der Fülle der Chemotherapeutika (mit zerstörender oder kompetitiv hemmender Wirkung) die besten herauszusuchen. Sie werden sich dabei auch der bewährten Methoden der allgemeinen Abwehr- und Leistungssteigerung, des Vitamin-, Enzym- und Hormonersatzes bedienen. Neuere und bessere zu finden, wird noch lange eine schwer lösbare Aufgabe bleiben. K. H. BAUER hat bereits mit einigen Fakten begründet, daß Krebs ein Lokalleiden ist: a) rechtzeitige lokale bzw. regionale Radikalausschaltung des Primärtumors verbürgt jahre- oder jahrzehntelange Gesundheit, auch ohne Allgemeinthherapie, b) paarige Organe erkranken in 99% nur einseitig, c) die Berufskrebse finden sich praktisch immer an denselben Organen, d) mit chemischen Cancerogenen kann man (DRUCKREY) gewissermaßen programmgemäß immer wieder dieselben Organkrebse hervorrufen.

Die Verfahren der Allgemeinbehandlung, der Vitaminversorgung, der Anregung, der Regelung von Ernährung und Verdauung, dienen ja alle der Erreichung des besten Abwehrzustandes. Die interne Chemotherapie ist gegen die Geschwulstzelle gerichtet, aber nur eine Therapie der mit Stahl und Strahl Nichtkurablen, wenn sie nach Sitz, Art oder Ausbreitung der Geschwulst oder wegen Schwäche, anderweitiger Erkrankung oder hoffnungslosen Funktionsausfalles für die im Primärstadium einzigen Therapiemittel nicht mehr in Frage kommen; sie ist eine Zusatztherapie bei ungenügender Operabilität, sie ist eine Rezidiv- und Metastasierungsprophylaxe und eine Metastasentherapie. Sie ist aber wenig selektiv; sie ist universell proliferationshemmend, sie ist durch Allgemeinmaßnahmen selbstverständlich unterstützungsfähig, aber als Chemotherapie mit sehr differenzierten zytostatischen Stoffen bisher noch durch keine andere Methode zu ersetzen. Das geht hervor aus Abb. 2*) für die Bronchialkrebs der Stadien I und II, deren Dreijahresziffer — wie ich von KARRER weiß, auch darüber hinaus — deutlich besser liegt und aus Abb. 3*) die ADELBERGERS Erfolge mit E 39 bzw. Trenimon über 5 Jahre zeigt, d. h. um etwa 10% verbesserte Heil-effekte aufweist. Das ist natürlich noch viel zu wenig und jede Bemühung, mit Hilfe einer fundierten, mit Statistiken belegbaren und reproduzierbaren und nicht nur auf Hypothesen aufgebauten Heilmethode bessere Resultate zu erzielen ist — nach möglichster Ausschaltung des Primärtumors — sehr zu begrüßen. Es liegt in der Natur der Sache, daß die Kliniken mit den differenteren, die Außenstationen und auch Herr Dr. Issels mehr mit den weniger differentiellen Methoden zum gleichen Ziele zu kommen versuchen. Ich weiß übrigens aus Arztberichten des Herrn Dr. Issels, daß auch er — früher von ihm prinzipiell verdammt — allopathische Dosen von Endoxan und E 39 verwendet.

Spontanheilungen kommen beim Krebsleiden wohl vor; man hat sie mit einer dreistelligen Zahl für die ganze Welt geschätzt. Aber als Heilung kann nur angesprochen und verwertet werden, was genügend histologisch belegt, kontrolliert und von einer Kommission nach klinischen Untersuchungen bestätigt wurde. Solange nur Einzelbeobachtungen in nicht genügender Zahl oder Vergleichbarkeit vorliegen, muß die massenstatistische Erhebung als der Wahrheit nahekommende oder jedenfalls in ihre Richtung weisende Allgemein-aussage gelten. Wie die proliferationshemmenden Mittel jede Zell- oder Gewebeproliferation (entsprechend ihrer Blutversorgung und Aktivität) erreichen und hemmen, so fördern alle Wuchsstoffe auch alle proliferationsfähigen Zellen, also u. U. auch gerade die Geschwulstzellen. Bei jeder kräfteweckenden, allgemeinzustandhebenden Therapie und Diät, bei jeder Hormon- oder Vitamin- oder Spurenelementzufuhr muß man sich sorgfältig überlegen, ob man mit den Wachstumsfaktoren nicht auch die Wuchsimpulse für die Geschwulstreste oder im Körper verstreute Geschwulstzellen (die es ja viel mehr und viel früher gibt, als wir früher gedacht haben) zuführt. Von dem sinuskurvenartigen, also nicht nur (in der gewünschten Richtung) abwehrstärkenden, sondern phasenhaft sicher auch abwehrschwächenden Verlauf der immunisatorischen Vorgänge, muß man sich die rechte Vorstellung machen, um nicht eben-

*) Abb. 2 und 3 werden hier nicht abgebildet; sie wurden im Gerichtssaal projiziert.

soviel Nutz- wie Schädigungseffekte zu haben. Allgemeinheit hat dennoch in jeder Phase des Geschwulstleidens ihre Berechtigung — aber nur in der rechten Einordnung in den Gesamtverlauf, unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung, ihres Schädlichkeits- bzw. Nützlichkeitsrisikos, ihrer Zumutbarkeit. Seelische Bereitschaft dazu zu heben und zu fördern, ist jeden guten Arztes Pflicht und bedarf keiner Glorioten. Es ist sicher unzutreffend, wenn man der universitätsklinischen Medizin den Vorwurf macht, sie sei an diesen Fragen nicht genügend interessiert.

Die körpereigene Abwehr aufzurufen und die Vernichtungsaktion an den Geschwulstzellen dabei nie bis zum Schaden des Gesamtorganismus zu übertreiben, ist eine schwierige Aufgabe, bei der eine individuelle Beobachtung durch den Arzt und eine sehr sorgfältige Kontrolle durch ein leistungsfähiges Labor zusammenwirken müssen.

Herr Dr. Issels bemüht sich zweifellos mit immer neuen Mitteln und Hypothesen darum. Seine Methoden müssen Mängel haben, wenn er eine generelle Alkalose des Tumorganismus bei seinen „Inkurablen“ findet. Ich erinnere mich an eigenen Krankengut aus der letzten Zeit eines Pankreaskrebses mit (dekompensierter) metabolischer Acidose, eines Retikulosarkoms und eines Plasmozytoms mit (dekompensierter) metabolischer Alkalose; es kommen aber auch, z. B. beim Magenkarzinom oder bei Lymphogranulomatose, normale Verhältnisse und Tendenzen der metabolischen kompensierten Acidose, ja sogar der dekompensierten respiratorischen Acidose bei Pleuraendothelium vor. Die generelle Verordnung einer Säuretherapie kann also nicht richtig sein. — Eine Erhöhung des Blutzuckers zwischen 120 und 140 mg% findet Dr. Issels anscheinend als ziemlich regelmäßigen Befund. — Er gibt auch merkwürdig viel auf die Aussage der VON BREHMERschen Methodik, die äußerst fehlerquellenreich und, wie er selbst anerkennenswerterweise gesagt hat, unspezifisch ist. An dünnen und dicken Ausstrichstellen kommen Unterschiede von beträchtlicher Stärke vor. Bei den meisten schweren Dysproteinaemien — solche Eiweißverschiebungen bei Nephrose, Schwangerschaft u. a., sind ja die bekannten fehldiagnostischen Klippen jeder bisherigen Krebsreaktion auf Eiweißbasis! — können sie — auch ohne Krebs — jahrelang positiv ausfallen. Er unterschätzt die Kompliziertheit und Differenziertheit des Tumoreiweißes, wenn er auf Immstoffe vertraut, die „mit menschlichem Krebseiweiß“ — wie uneinheitlich muß das sein von Tumor zu Tumor, von Mensch zu Mensch! — von Tieren gewonnen sind. Seine Betrachtung von Puls und Fieberkurve erscheint, wie das Bild 9 einer Hippokrates-Arbeit 1954, Fall 263/53, Fall M.Z. 18 Jahre alt, zeigt*), reichlich simplifiziert und ist allein ausgerichtet auf sein Denkschema. Hier wird ein Retothelsarkom abgebildet, bei dem Dr. Issels's Ziel die Beherrschung des „roten pulssteigernden Toxins“ war, das er mit Schilddrüsenwirkstoff (bei schon vorhandener Tachykardie!) und mit dem „immunbiologischen Tumorpräparat AX“ anging, damit aber 39,6 Grad Fieber erzeugte und den „roten Toxinpuls“ auf 140 steigerte —, und bei dem dann obendrein noch in solchem Zustand die Mandeln operativ entfernt wurden! Folge war zwar eine Entfieberung, aber eine schockartige,

denn der Blutdruck fiel auf 65/60 mmHg ab, und die Harnsekretion schrumpfte von 2,2 Liter auf 350 ccm ein. Der Tod erfolgte am 12. Tag danach. Dieser Fall spricht Bände!

Pulssteigerung beim Tumorkranken kann durch vegetative, anaemische, thrombotische, endokarditische, pulmonale Gründe — und keineswegs nur durch das der Klinik längst bekannte Eiweißzerfallsfieber hervorgerufen sein, und eine Tonsillektomie sollte sich in solchem Zustand verbieten, jedenfalls nicht einer Hypothese wegen gemacht werden. Und diese Hypothese lautet: „Krebs ist als ein vorwiegend fokaltoxisch allergisches Problem aufzufassen.“ „Seit Jahren durchgeführte Untersuchungen während der Operation sowie Gewebeschnitte der Mandeln“ — (meine Frage: sind alle untersucht oder nur Stichproben?) — „haben gezeigt, daß alle diese Mandelgewebe in krankhaftem Sinne verändert waren und dort vorher nicht bemerkte Eiterherde saßen, die mit zur Vergiftung und Sensibilisierung beitrugen. — Die Mandeln müssen deshalb ganz gleich, ob sie scheinbar gesund oder offensichtlich krank aussehen, ob sie Schmerzen verursachen oder nicht, auf jeden Fall entfernt werden. Wir kommen nicht herum um die traurige Feststellung, daß heute kaum noch gesunde Mandeln anzutreffen sind, da durch die Zahnherde, die seit mehreren Generationen bei fast 98% aller Menschen vorhanden sind, eine Dauervergiftung und damit Reizung der Mandeln verursacht ist. Es hat sich dabei herausgestellt, daß der Mandelherd noch wesentlich gefährlicher ist als die Zahnherde.“ Autistische Behauptungen und Übertreibungen!

Ich kann nur vermuten, daß hier die Grenze zwischen altersgemäßen — noch gesunden — und schon kranken Mandeln falsch liegt, jedenfalls gehören hier statistische Belege her; auch würden natürlich die Antistreptolysintiter wichtig sein. Von chronischer Tonsillitis kommen ja auch Streptokokkenrheumatismus und Nierenentzündung. Und nun liegen nach Issels auch bei der Multiplen Sklerose prinzipiell ähnliche Verhältnisse vor! Wissenschaftlich wäre es gewesen, Vergleichsuntersuchungen anzustellen, jeden gradzahligen Fall mit Mandelentfernung, jeden ungradzahligen Fall ohne Mandelentfernung zu behandeln und nach einiger Zeit festzustellen, ob es Unterschiede gibt, worin sie bestehen und in welcher Beziehung sie zum Krebsleiden und Krebsverlauf, auch zu Recidivierungs- und Metastasierungshäufigkeit, stehen. Retrospektiv wie prospektiv wichtige Aussagen würde man auf diese Weise machen können. Das aber ist das Unwissenschaftliche an der pausenlos sich ändernden Therapiefülle, daß keine therapeutischen Reihen gebildet werden, nicht einmal, wenn so fundamentale und blutige Operationen (sogar bei hohem Fieber und jagendem Puls) ultraradikal, wie K. H. Bauer sagte, gefordert werden. Es werden ab 1953 294 Tonsillektomien gemacht, 52 gleich in einem Monat. Die Methode ist in die Therapie anderer Völker nicht eingegangen; von vornherein trägt sie auch den Stempel der Unwahrscheinlichkeit, denn im allgemeinen schwindet das lymphatische Gewebe des Rachens mit der Alterung. Beim Krebskranken besonders stellt der pathologische Anatom die Atrophie des Zungengrundes und des lymphatischen Rachenringes meist in seinem Protokoll fest, jedenfalls habe ich das während mel-

*) Aus drucktechnischen Gründen erfolgt der Abdruck der Abbildung auf Seite 69.

ner zweijährigen pathologisch-anatomischen Tätigkeit bei WOHLWILL in Hamburg tun müssen und gelernt. Tonsillitis mit Fokus bedeutet Sensibilisierung von Gefäßbahn und Mesenchym. Dr. Issels nimmt aber eine Mesenchymblockade an. Mir ist die Relation von Mesenchymblockade zu Sensibilisierung schleierhaft. Auf S. 9 Hippokrates 16 (1954) sagt Dr. Issels, nach der Fokusausschaltung könne das sensibilisierende Geschehen autonom weiterlaufen, und dieses sei schuld an etwaigen Versagern. Man dürfe nicht den Fehler machen, die anschließend nötige Desensibilisierung zu unterlassen. „Unwillkürlich drängt sich“ Herrn Dr. Issels auf: „Autonomes Wachstum der Krebszelle ist vielleicht als Fortsetzung der allergischen Autonomie deutbar?“ Warum genügt nicht Desensibilisierung allein ohne die blutige Maßnahme der Tonsillektomie bei Schwerkranken? Ich kann auch diese Gedankengänge nicht nachvollziehen. Ich zweifle nicht, daß irgendeine dialektische Erklärung gegeben werden könnte, aber sie kommt aus einer eigenen Vorstellungswelt vom Fokalgeschehen, wenn man wirklich einen wesentlichen Kausalfaktor des Krebses in einer Fokaltoxikose behauptet. Warum haben die Rheumatiker und die Endokarditiskranken so selten Krebs? Warum hat von den Immunkrankheiten reinster Prägung der Lupus erythematodes generalisatus so selten und die Dermatomyositis überdurchschnittlich viel maligne Tumoren? Mir schwindelt es bei der Vorstellung, daß einem krebserkrankten Organismus eine so seltsame Aufeinanderfolge von meist kombinierten und oft im Tier produzierten Stoffen gegeben wird, die selbst als beträchtliche Allergene oder Antigene wirken können. Übersichtlich ist eine solche Therapie für einen Nachprüfer jedenfalls nicht, und mir scheint, daß nur der subjektive Grundriß des Hypothesenerbauers sie planvoll und sinnvoll erscheinen läßt.

Alle modernen medikamentösen Therapieerfolge sind der wissenschaftlichen Medizin zu danken, z. B. Antibiotika, Antidiabetika, Hormonersatz bei Mangelzuständen, Vitamin-B-12-Heilung der perniziösen Anämie. Überall geht der Zug nach Spezifität des Heilmittelangriffes: gezielte Bakterienbekämpfung, Unterscheidung von Alters- und Jugenddiabetes; nicht Gesamtnebennierenextraktgabe, sondern reine Komponenten müssen verabfolgt werden; B 12 und Folsäure werden differenziert gegen verschiedene Typen der früher perniziös genannten Blutarmut angewandt. Fast alle großen Therapieerfolge sind im Endeffekt überraschend einfach zu erzielen. Es flößt wenig Vertrauen ein, daß man auf dem rechten Wege sei, wenn so viele verschiedene Präparate mit Pauschalwirkungsversprechungen und so viele verschiedene Gruppen kombiniert eingesetzt werden müssen. Im Unterricht predigen wir, daß man den besten Therapeuten an der gezielten Spärlichkeit seiner Medikation, womöglich an der Eingleisigkeit seiner jeweiligen Therapie, am besten erkennt. Wir lehnen zu viele Kombinationen ab und vermeiden nach Möglichkeit Dauertherapien. Daß wir dennoch gerade in der Krebsfrage bis zu einem gewissen Grade dagegen verstoßen müssen, hat die Abb. 1*) gezeigt. Eine Therapie, die aber — wie die Isselsche — fünf Maßnahmen gegen die „Kausalfaktoren“ (?), vier bis fünf Komponenten gegen die Zweitschäden, sieben Maßnahmen zur Milieubeein-

flussung und drei bis vier Gruppen von Immuno-Ferment- und Zytostatika-Präparaten benötigt, die dazu dauernd wechselt, ohne daß einmal die Last der minderwertigen therapeutischen Fracht abgestoßen wird, erweckt Zweifel an ihrer Richtigkeit. Schlimmer aber ist: Nie wird einmal klar festgestellt, was sich nicht bewährt hat, was überhoit ist; übersichtlich ist ein solches Compositum therapeuticum nicht, und leider sind nur sehr wenige Versuche unternommen worden, die Bedeutung der einzelnen Wirkstoffe klar zu ermitteln. Auf den steckengebliebenen Versuch mit dem Novocarzin gehe ich noch ein, und sogleich nenne ich den Ansatz auf S. 3 der Hippokratesarbeit aus dem Jahre 1954, wo steht: „Führten wir neue Behandlungsmethoden in unserer Therapie ein, so wurden dieselben bei jeweils einer Patientengruppe von zwanzig Fällen durchgeführt.“ Aber wo stehen die Tabellen, die die Relation von Behandlungserfolgen zu den jeweils gebrauchten Behandlungsmitteln erkennen lassen? Daß in einem Jahr 7,9%, im 2. Jahr 18,5% Dreijährüberlebende und im übernächsten Jahr 27,3% (allerdings z. T. erst ein und zwei Jahre beobachtet!) Überlebende da waren, läßt keine Abschätzung des Wertes der Therapiekomponenten zu, denn im 2. Jahr kam Koll, Schilddrüse, Elpimed (Pischinger), Kurzwellendurchflutung, Zajicek-Hormonsalbe, Kankroin (Adamkiewicz), Isopatine (Mori), Hefe (Protti) und H 4888 (Domagk) hinzu, während im 3. Jahr die dentale Sanierung verschärft wurde, das Anatoxin von BREHMER, die Leberschutzmaßnahmen mit Prohepar und Hepsan, Neoblastine 2 und 3 von Leuwen und Karzodolan (Gaschler) einbezogen wurden.

Seit Ende 1963 kommt nun Novocarzin aus der Versenkung, „fabrikationstechnisch ohne grundsätzliche Abweichungen, im Prinzip in seiner eigentlichen tumorspezifischen Wirkung nur gering verändert, aber durch vitalisierenden Effekt und erhöhte Wirksamkeit auf Restitution von Zweitschäden zu einer Breitspektrumwirkung auf den Gesamtorganismus“ höher entwickelt, heraus. Das sind Wunschvorstellungen und Behauptungen, und es wäre an der Zeit, nun zu erfahren, ob es heute noch genauso beurteilt wird, und wie die Erfolge mit ihm endgültig waren. Es wird von mehr als 500 Fällen, die 2 Jahre mit Novocarzin behandelt wurden (S. 12), von 422 Fällen (S. 13), gesprochen, von denen sich 335 als beurteilbar herausumfahlen. Wie sind denn nun die Erfolge der — 119 Fälle umfassenden — Gruppe 2, die zumindest für 5, vielleicht sogar für 10 Jahre angegeben werden könnten? Weitere Frage: Und haben die seit 1958 trotz früherer Abneigung gegen solche Chemotherapeutika eingesetzten Zytostatika E 39 und Endoxan tatsächlich wie im Hippokrates 1956, S. 10, von Dr. Issels behauptet wurde, „einen Teil der Zweitschäden zusätzlich verstärkt und die Rehabilitierung äußerst erschwert“? Wirkt Novocarzin tatsächlich viel günstiger „als Modell eines optimalen Schutzstoffkomplexes“, das man notfalls auch als alleiniges Mittel verwenden darf, obwohl 1954 noch solche Teilmaßnahmen „abzulehnen und wissenschaftlich nicht mehr tragbar“ waren? — Ist die Behandlung gegen „Erballergosen“ wirklich noch nötig? Ist Krebs seltener geworden, seitdem Tuberkulose dezimiert und Lues zumindest periodisch gar keine Rolle gespielt hat? Suggestivnamen und Hypothesen!

Ist die Hypothesenfreudigkeit und -griffigkeit nur schwer faßlich und störend, so ist die Häufung und

*) Aus drucktechnischen Gründen erfolgt der Abdruck der Abbildung auf Seite 71.

der Wechsel der Mittel ohne Zwischenbilanz eine nicht zu bewältigende Erschwerung für eine kritische Auseinandersetzung (je 4—6 Präparate aus 4 verschiedenen Therapiebereichen!). SCHULTEN hat sich dahin geäußert, es bedürfte eines Weltärztekongresses, um über die Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit der zahllos angewendeten Mittel ein abschließendes Urteil fällen zu können, Wert und Unwert der Methoden zu erkennen („auch wenn man von der zeitweise durchgeführten obskuren Behandlungsmethode einmal absähe“).

Dr. Issels' Behauptung, daß „in der Verfechtung des Dogmas von der Irreversibilität des Krebses und von seiner Auffassung als Lokalerkrankung“ nur noch eine negative Bestrebung zu sehen sei“ (1954, S. 11), die „für das bisherige therapeutische Scheitern in höheren Maße verantwortlich gemacht werden müsse als die eigentliche Problematik des Krebsgeschehens“, empfinde ich als eine unlogische, ja unfaßliche Aggression. Sie hat nicht einmal heuristischen Wert.

Ich wiederhole:

1. daß eine Krebsformation im Körper, wo immer sie sei, eine Allgemeinwirkung, eine Wechselwirkung auf den gesamten Organismus und seine Abwehrsysteme ausübt, ist ebenso wie die Überzeugung, daß die — schwerdefinierbare und noch schwerer methodisch erfäßbare — Widerstands- und Reaktionslage des Organismus Manifestations- und Modifikationsbedeutung hat, schon aus Analogiegründen (zur Intoxikation, Infektion, Stress-Situation, chronischen Krankheitssituation usw.) eine biologische Selbstverständlichkeit und Banalität. Daß aber „nur die Auffassung vom Krebs als einer chronischen Allgemeinerkrankung“ Fortschritte ergeben könnte — oder, daß Krebs „als ein vorwiegend fokaltoxisch-allergisches Problem aufgefaßt werden müsse“, daß man mit Dr. Issels (1959) der Auffassung sein müsse, „daß der Zahnarzt mit seiner Therapie immer mehr in den Mittelpunkt des Krebsproblems rückt und es von seinem Verhalten abhängt, ob der Mensch (sonst) gesund bleibt oder krank wird“, bedeutet für mich autistisches Denken, dem ich weder theoretisch noch in den praktischen Konsequenzen zu folgen bereit bin. Aus Denkmöglichkeiten werden Behauptungen. Woher weiß Herr Dr. Issels, daß der Zusammenbruch der Abwehr die Voraussetzung der Krebsmanifestation überhaupt ist. Die schwereren Angst- und Schreckkatastrophen, Hunger und Krieg haben keine Krebshäufung zur Folge gehabt. Auch das Gegenteil wäre diskutabel, daß zu hoch getriebene, übersteigerte, entartete Abwehr Krebs manifestiere.

Woher weiß Herr Dr. Issels, daß seine Allgemeinbehandlung „die Umwandlung der krebsbereiten Zelle zum Krebstumor verhindert?“ — Woher weiß Herr Dr. Issels, daß man erst eine „genetisch jüngere“ Fokaltoxikose beseitigen muß, um den Zugang zur Beeinflussung der „älteren Erballergie“ freizumachen?

2. daß Allgemeinthherapie des krebskranken Menschen in allen Stadien seines Leidens eine Selbstverständlichkeit ist, daß alle bisher gegebenen allgemeinen und internen Maßnahmen aber nicht ausreichen und nicht berechtigen, auf die volle Erschöpfung der chirurgischen und strahlentherapeutischen Maßnahmen zu verzichten. Wer einem Kranken (mit der Ausnahme einer sehr kurz zu bemessenden Vorbereitungszeit) die statistisch erfolgreichsten Behandlungsformen der Chirurgie, Röntgen-Radiologie (und in begrenztem Umfang Hormontherapie) vorenthält, verhält sich schuldhaft, schulwidrig und unwissenschaftlich.

Erfolge sind gleichwohl denkbar. Vergessen wir doch nicht, welche Rolle die Droge Arzt und die Droge Hoffnung, die alle am Krankenbett von Krebskranken tätigen Ärzte gebrauchen und einsetzen müssen, gerade in der Behandlung des Herrn Dr. Issels unverkennbar spielen! Eine unüberschaubar reichhaltige Therapie und simplifizierte Diktionen — wie die oben genannten — machen Eindruck! Die moderne Medizin ist aber gerade dabei, ohne auch für die Zukunft die magische Seite jeder Begegnung von Arzt und Patient leugnen zu wollen, sich so weit wie möglich zu entmagisieren. Die Therapie des Herrn Dr. Issels dient nicht der wissenschaftlichen Klärung, sie mystifiziert. Sie steht im Gegensatz zur klinischen Therapielehre und handelt auch in der Faktorenanalyse ihrer Wirkung schulwidrig. Sie dient nicht jener Rationalisierung der Krebstherapie, ohne die ein Ersatz der heute allein erlaubten konventionellen Frühtherapie mit Messer oder Strahl undenkbar ist.

Dr. med. Julius Rles, Universitätsprofessor, Leiter des Strahleninstitutes der I. Universitäts-Frauenklinik München

In den bisherigen Verhandlungen ließ — soweit ich das übersehe — das zu den verschiedenen Fragenkomplexen beigebrachte Material nicht selten an Genauigkeit und richtiger Interpretation zu wünschen übrig.

Ich betrachte es deshalb als Gutachter für nötig, vor allem einwandfreies Zahlenmaterial über die Leistungsfähigkeit der Krebstherapie in der Welt beizubringen

neu



palmalgin®

-Tropfen-Sirup-
Komplexe Therapie
des Hustens
bel Erkältungs-
krankheiten.

Nur 1 Verordnung!
Das zusätzliche
„Grippemittel“
wird erspart!

Costopalm Arzneimittelwerk GmbH 7067 Plüderhausen bei Stuttgart



costopalm

und an einigen Beispielen die Schwierigkeiten für das richtige Verständnis der mit der Diagnose und Therapie des Krebses zusammenhängenden Fragen darzulegen.

Entsprechend meinem Auftrag werde ich mich auf den Fragenkomplex „Behandlung der Unterleibskrebse der Frau“ beschränken.

Zuvor aber noch eine Bemerkung zur allgemeinen Krebsstatistik! Es ist hier vorgebracht worden, die Heilungsziffer aller Krebskranken betrage nur 18%, offenbar, um daraus abzuleiten, dieser niedrige Prozentsatz erlaube jeden Versuch mit einer anderen Therapie als „Stahl und Strahl“. Aber schon vor 10 Jahren waren es 25%, die insgesamt geheilt werden konnten, und mit den verfügbaren Mitteln der sog. Schulmedizin hätten 50% geheilt werden können, wenn die Kranken im ersten und zweiten Stadium der Krebserkrankung zur Behandlung gekommen wären. Inzwischen ist der Prozentsatz schon über 30 angestiegen.

Zweierlei darf man aber bei der Betrachtung dieser Zahlen nicht außer acht lassen: In diese Prozentsätze gehen auch alle Nichtbehandelten, da nicht mehr Behandelbaren, und die innerhalb der 5jährigen Beobachtungszeit aus anderer Ursache Verstorbenen (interne Leiden, Unfälle, Selbstmord) mit ein.

Weiterhin: Die einzelnen Organkrebse sind von sehr unterschiedlichem Charakter. Ihre Bösartigkeit und Heilbarkeit variieren in Grenzen von 1 bis 100%.

Will man also von Methoden der sog. Schulmedizin Abstand nehmen, so muß man die jeweilige maximale Heilungsmöglichkeit der verschiedenen Organkrebse zum Vergleich heranziehen.

Wie sieht es da beim Unterleibskrebs der Frau aus?

Da ich vor wenigen Tagen den neuesten Band der Internationalen Stockholmer Statistik zugesandt erhielt (Annual Report), bin ich in der Lage, Ihnen die jüngsten Ergebnisse von 116 Therapie-Instituten aus der ganzen Welt zu vermitteln. Das statistische Material bezieht sich auf die Krebse des Gebärmutterhalses (Kollum), des Gebärmutterkrebses (Korpus) und der Scheide (Vagina) im Zeitraum 1948—1957.

Aus diesem Material folgende Zahlen:

1948—1957

Verteilung der Stadien und Resultate des Gebärmutterhalskarzinoms:

	1948—1957	%	1953—1957	%
Stadium I	27 245	23,2	15 185	24,6
Stadium II	43 804	37,2	23 345	37,8
Stadium III	39 300	33,4	19 656	31,8
Stadium IV	7 262	6,2	3 590	5,8
ohne Stadium	2		0	
	117 613	100,0	61 776	100,0

Behandlungs-
Resultate:

Lebend ohne Rec.	54 434	46,3	29 962	48,5
Lebend mit Rec.	1 391	1,2	718	1,1
† an Karzinom	55 811	47,4	28 030	45,4
Verschollen	2 843	2,4	1 351	2,2
† interkurrent	3 134	2,7	1 715	2,8
	117 613	100,0	61 776	100,0

Resultate der Stadien:	Zahl der beh. Pat.	ohne Rezidiv	Relative Heilungsziffer %
I	27 245	20 012	73,4
II	43 804	22 620	51,6
III	39 300	11 262	28,7
IV	7 262	539	7,4
ohne Stadium	2	1	
	117 613	54 434	46,3

Resultate der Stadien 1953—1957:

Resultate der Stadien:	Zahl der beh. Pat.	ohne Rezidiv	Relative Heilungsziffer %
I	15 185	11 372	74,9
II	23 345	12 364	53,0
III	19 656	5 935	30,2
IV	3 590	291	8,1
	61 776	29 962	48,5

1941 betrug die Heilungsziffer der Stadien I—IV nur 30,9%. Das bedeutet also bis 1957 einen Anstieg von 17,6%.

Ergänzend sei noch bemerkt, daß es sich beim Stadium I um Karzinome handelt, die auf den Ort der Entstehung, also den Gebärmutterhals, beschränkt sind. Stadium II: Befall des Parametriums, aber nicht bis zur Beckenwand; obere $\frac{2}{3}$ der Scheide.

Stadium III: Befall bis zur Beckenwand; unteres Drittel der Scheide.

Stadium IV: Übergreif auf Blase oder Mastdarm; Absiedlungen außerhalb des kleinen Beckens; Fernmetastasen.

Da Statistiken nicht selten von vornherein argwöhnisch betrachtet werden, sei ausdrücklich festgestellt, daß es sich nicht um eine gereinigte Statistik handelt. Alle Krebskranken, die zum Zwecke der erstmaligen Behandlung die Schwelle der Klinik überschreiten, gehen in die Statistik ein und dienen zur Errechnung der Absoluten Heilungsziffer, gleichgültig, ob sie noch behandelbar sind oder nicht. Die Relative Heilungsziffer bezieht sich auf die einzelnen Stadien der behandelten Kranken im Vergleich zu den nach 5 Jahren Geheilten. Alle Kranken, die diesen Zeitraum nicht überleben, gelten als an Krebs gestorben, ebenso die Verschollenen. Alle Kranken, die nach 5 Jahren zwar noch leben, aber mutmaßlich oder sicher ein Rezidiv haben, werden nicht in die Heilungsquote übernommen.

Es ist während dieses Prozesses das Wort gefallen, die deutschen Kliniken hätten in der Krebstherapie keine besonderen Leistungen aufzuweisen.

Ich habe mir die Mühe gemacht, aus der Stockholmer Statistik von 1964 die deutschen Institute herauszusuchen und die Heilungsziffern für sie gesondert zu berechnen. Dabei ergibt sich folgendes:

Kollumkarzinom	
Heilungsziffern der deutschen Institute (15)	
1953—1957	
Totale Zahl	Nach 5 Jahren ohne Rezidiv
12 815	7 020
	= 54,9%

Alle deutschen Institute liegen über dem internationalen Durchschnitt von 48,5%.

Bei den einzelnen Stadien schwanken die Heilungsziffern der verschiedenen Institute im

Stadium I	zwischen	71,7 und 90,1%
Stadium II	zwischen	44,0 und 68,7%
Stadium III	zwischen	25,1 und 46,7%
Stadium IV	zwischen	0 und 14,3%

Mit wenigen Ausnahmen liegen auch hier die deutschen Institute über dem internationalen Durchschnitt von 74,9%, 53,0%, 30,2% und 8,1% der Stadien I bis IV.

Auch an unserer Münchener I. Frauenklinik liegen die Heilungsziffern höher als dem internationalen Durchschnitt entspricht:

Kollumkarzinome 1955—1958:

Zahl der Kranken nach 5 Jahren geheilt

Stadium I	226	184	81%
davon operiert	25	20	
Stadium II	795	565	71%
Stadium III	786	363	46%
Stadium IV	76	4	5%
Stadien I—IV	1883	1116	59%

Nun zum Korpuskarzinom

Annual Report — Heilungsergebnisse

Verteilung der Stadien: 1948—1957			%
Stadium I Gruppe 1	8 037		61,2
Stadium I Gruppe 2	3 424		26,1
Stadium II	1 664		12,7
	13 125		100,0

Behandlungsergebnisse:

Lebend ohne Rezidiv	8 205	62,5
Lebend mit Rezidiv	223	1,7
† an Karzinom	3 621	27,6
Verschollen	179	1,4
† interkurrent	897	8,8
	13 125	100,0

Heilungsziffern der Stadien:	Zahl der beh. Pat.	ohne Rezidiv	Relative Heilungsziffer %
Stadium I Gruppe 1	8 037	6 175	76,8
Stadium I Gruppe 2	3 424	1 814	47,1
Stadium II	1 664	418	25,0
	13 125	8 205	62,5

Die deutschen Institute 61,5%. (Der Unterschied von 1% ist statistisch irrelevant!)

Karzinom der Scheide
Annual Report (Vol 13)

58 Institute beobachteten 1199 Fälle, von denen 1156 behandelt wurden (= 96,4%).

387 Patientinnen waren nach 5 Jahren gesund.
= 33,5%

50 Patientinnen verstarben interkurrent, 54 sind verschollen, 665 Kranke = 57,5% verstarben an ihrem Leiden.

Heilungsergebnisse der I. Univ.-Frauenklinik
München 1953—1956

	Beob.	geheilt
Stadium I	11	8
Stadium II	14	6
Stadium III	25	9
Stadium IV	14	3
Stadien I—IV	64	26 = 40,6%

Ich glaube, auch mit dieser Heilungsziffer können wir uns innerhalb der internationalen Konkurrenz recht gut sehen lassen. In der Zeitspanne zwischen 1933 und 1943 lag die Absolute Heilungsziffer an unserem Institut erst bei 23,1%.

Beim Krebs der Vulva, d. h. der äußeren Geschlechtsteile der Frau, kann ich keinen international verbindlichen Leistungsstandard der Therapie angeben, da dieser Krebs, ebenso wie der nachher noch zu erwähnende Eierstockkrebs, noch nicht in die internationale Stockholmer Statistik aufgenommen ist. Die Heilungschancen sind nicht gut, da über 50% der Frauen schon mit Lymphknotenmetastasen zur Behandlung kommen. (F. J. Tauszig 1940.) Die Fünfjahrheilungsziffern betragen zwischen 20 und 45%. An unserer Klinik liegen sie z. Z. bei 35%. Auch hier Anstieg der Heilungsziffern in den letzten Jahren.

Ovarial-Karzinom

Die größten Schwierigkeiten bereitet nicht nur dem Gynäkologen als behandelndem Arzt, sondern auch dem Pathologen, der die Diagnose sichern soll, der Eierstockkrebs. Er steht unter den Krebstodesfällen der Frau an 5. Stelle, und er hat die gewöhnlich späte Diagnose mit den Karzinomen des Magen-Darm-Traktes gemein.

Leider läßt sich beim Eierstockkrebs — und das selbe gilt auch für den oft nur schwer abgrenzbaren Eileiterkrebs — oft erst durch den Verlauf die wirkliche Bösartigkeit erkennen.

Weder der klinische Befund noch die mikroskopische Untersuchung sind hier so sicher, wie wir dies beim Krebs des Gebärmutterhalses, der Scheide oder etwa der äußeren Geschlechtsteile gewöhnt sind. Auch während der Operation kann man nicht mit Sicherheit die Bösartigkeit erkennen, auch dann nicht, wenn Knötchen und Knoten auf dem Bauchfell ausgesät sind.

Immer wieder kommt es vor, daß Frauen durch Palliativoperationen bei klinisch inoperablen „Karzinomen“ für 10, 15 und mehr Jahre geheilt werden, auch ohne Nachbestrahlung. Schon 1932 haben Taylor und Alsop über 36 derartige Fälle (fünf der Autoren selbst) aus der Literatur berichtet.

Aber es wurden noch andere interessante Beobachtungen gemacht (L a t o u r und D a v i s, 1957), derart, daß z. B. Frauen, bei denen die Operation abgebrochen worden war und die nicht nachbestrahlt wurden, nach einigen Monaten oder Jahren als operabel erschienen. Etwa 8% der auf Becken- und Bauchhöhle ausgebreiteten und als maligne angesehenen Ovarialtumoren dieser Frauen, haben 5 Jahre überlebt, ob sie nun bestrahlt wurden oder nicht.

Das überrascht weder den erfahrenen Kliniker noch den Pathologen. Selbst im mikroskopischen Gewebeschnitt ist der Malignitätsgrad nicht immer mit Sicherheit zu bestimmen. Das gilt vor allem für die papillärwachsenden Eierstocksgewebeschwülste. Manche von diesen Tumoren bilden sich nach Entfernung des Primärtumors zurück, obwohl die ganze Bauchhöhle mit Tumoren übersät ist.

Die Schwierigkeiten der histologischen Diagnose haben begreiflicherweise zur Folge, daß es bisher nur wenig vergleichbare Statistiken gibt. Erst in diesem Jahre hat man international verbindliche Abmachungen hinsichtlich der Klassifizierung getroffen. Was die Gesamtheilungsziffer betrifft, so sind die meisten internationalen Autoren mit mir einig, daß sie bei den echten Karzinomen 20% kaum wesentlich übersteigt. An unserer Klinik beträgt sie nach der letzten Statistik (1947—1951) 23,8%. (361:86).

Angesichts dieser Gesamtsituation beim Eierstockskrebs wird es ein nüchtern und kritisch denkender Mensch kaum als Malice ansehen, wenn wir sog. Schulmediziner Herrn Issels einfach nicht glauben, daß er mit seinen Methoden eine Frau mit Eierstockskarzinom geheilt hat, auch wenn sie aus der Mayo-Klinik kam und wenn Herrn Dr. Issels die histologische Diagnose Ovarialkarzinom vorgelegen haben sollte. Es ist nicht einzusehen, warum wir bei Dr. Issels weniger Kritik anwenden sollten als bei uns selber. Irrtumsmöglichkeiten sind, wie schon dargelegt, auch bei erfahrenen Pathologen durchaus gegeben. Ist diese Sachlage auch mißlich, so haben die amerikanischen Kollegen doch Ironie genug, festzustellen, daß diejenigen Gynäkologen die besten Heilungsziffern beim Ovarialkarzinom aufweisen, welche den konziliantesten Pathologen haben.

Abschließend möchte ich zu diesem Organkrebs der Frau sagen: Wenn sich auch beim Eierstockskrebs die Heilungsziffern in den letzten 20 Jahren nicht so konstant erhöht haben, wie beim Gebärmutterkrebs — immerhin betrug die Steigerung 10% —, so haben wir doch die berechtigte Hoffnung, mit den neueren Mitteln der Strahlentherapie (Supervolt-Bestrahlung, radioaktive Isotope) in Kombination mit cytostatischen Mitteln und Hormonen weitere therapeutische Fortschritte zu machen. Die jüngsten klinischen Erfahrungen deuten jedenfalls darauf hin.

Sieht man dies alles in allem, so sind wir bei der Behandlung der Unterleibskrebse der Frau zwar weit davon entfernt, mit dem bisher Erreichten zufrieden zu sein. Nur der Unkundige aber könnte behaupten, die sog. Schulmedizin habe versagt.

Um nun den Fragenkomplex Karzinom — Nichtkarzinom, Rezidiv — Nichtrezidiv, der bei den von Herrn Dr. Issels behaupteten Heilungen ja die entschei-

dende Rolle spielt, entfalten zu können, muß ich einiges über den Vorgang der Therapie, ihre Wirkung und ihre Komplikationen bzw. Folgezustände sagen. Ich tue dies am Beispiel des Gebärmutterhalskrebses.

Handelt es sich um klinisch und mikroskopisch einwandfreie Fälle, so wird im Stadium I entweder operiert und nötigenfalls nachbestrahlt oder nur mit Radium und Röntgen- oder Supervoltgeräten bestrahlt. Operation bzw. Bestrahlung liefern gleichwertige Heilungsergebnisse. Nur wenige Gynäkologen operieren beutzutage noch Frauen im II. Stadium. Kranke im Stadium III und IV werden grundsätzlich bestrahlt.

Differenzierter ist das Vorgehen beim sog. praeklinischen Gebärmutterhalskrebs, der nicht durch Auge und Tastuntersuchung, sondern nur im mikroskopischen Gewebeschnitt diagnostiziert werden kann. Operation in unterschiedlicher Ausdehnung ist hier die übliche Behandlung, Bestrahlung nur, wenn die Operation zu riskant wäre.

Diesem sog. praeklinischen Karzinom gehen jahre- evtl. sogar jahrzehntelange Veränderungen voraus, die über einfache Zellatypien schließlich zu sog. gesteigert atypischem Epithel führen. Von letzterem spricht man so lange, als es auf die Oberfläche und die Drüsengänge beschränkt ist, also noch nicht in die Tiefe vorwuchert.

Unglücklicherweise hat man diese Veränderungen Carcinoma in situ oder praeinvasives Karzinom genannt und damit allein vom Namen her die Vorstellung geweckt, daß es sich doch wohl um ein Karzinom oder zumindest um Karzinomverdacht handle. Dies hat zu therapeutischen Folgerungen geführt, die nicht immer gerechtfertigt sind. Es genügt nämlich die einfache Ausschneidung des veränderten Gewebes, um die Abheilung herbeizuführen und diese Maßnahme ist zu einem gynäkologischen Routine-Eingriff geworden.

Es ist höchstwahrscheinlich, daß es sich in dem von Dr. Issels als geheilt beanspruchten Fall lediglich um eine gesteigerte Atypie handelte. Ich stelle mich damit ganz auf die Seite von Professor Stoll, Heidelberg.

In etwa 25% der Fälle fängt irgendwann das gesteigert atypische Epithel an, an einer oder an mehreren Stellen zugleich, infiltrierend in die Tiefe zu wachsen. Wird dieser Bereich bei der Gewebentnahme ganz entfernt, so kann unter glücklichen Umständen der kleine diagnostische Eingriff allein genügen, um die Heilung herbeizuführen. Das ist die andere Erklärung für die angebliche Krebsheilung durch Dr. Issels.

Wir erleben es an unserer Klinik monatlich mindestens einmal, daß wir nach einer Gewebentnahme mit histologischer Sicherung durch den Pathologen und eigener Einsichtnahme in das angeforderte mikroskopische Präparat, bei den betreffenden Patienten keinen Krebs mehr nachweisen können.

Diese Sachlage ist nun keineswegs neu. Schon vor Jahrzehnten gab es Homöopathen, die behaupteten, durch ihre Medikamente einen Gebärmutterkrebs geheilt zu haben, der histologisch diagnostiziert war. Sie wußten im Gegensatz zum erfahrenen sog. Schulmediziner nicht, daß eine gründliche Curettage allein einen



VON WESTBERLIN NACH 108 LÄNDERN DER WELT



HÄDENSEA

GEGEN HÄMORRHOIDEN

Pruritus, Rhagaden, Fissuren

Salbe 20 g DM 1,50 o. U.

Suppositorien... 5 Stck. ... DM 1,25 o. U.

HÄDENSEA - GESELLSCHAFT · BERLIN - FRIEDENAU

Krebs für 5 und mehr Jahre zur Abheilung bringen kann.

Aus Gründen wissenschaftlicher Kritik muß man es also ablehnen, den von Herrn Dr. Issels geltend gemachten Fall als durch die „krebsspezifische Wirkung“ seiner internen Therapie geheilt zu betrachten.

Aber etwas Weiteres ist zu diesem Fall zu sagen: Selbst, wenn es sich um ein echtes, infiltrierend wachsendes Karzinom gehandelt hätte, — Herr Dr. Issels und einige Gutachter sind offenbar davon überzeugt —, so ist es ärztlich nicht vertretbar, einer Patientin die Behandlung vorzuenthalten, die eine statistische Heilungschance von über 90% hat. Diese Formulierung gilt sogar für den Fall, daß es Dr. Issels gelänge, zu beweisen, mit seiner Methode 10% Heilungen zu erzielen.

Die Operation einer Krebskranken, der sich ja in den meisten Fällen eine Nachbestrahlung anschließt und die alleinige Strahlenbehandlung stellen eine sehr starke körperliche Belastung, mitunter sogar eine Strapaze dar, muß sich doch die Kranke nicht nur mit der allgemeinen Strahlenwirkung, sondern auch mit den Krebszerfallsprodukten auseinandersetzen. Dabei kann das blutbildende System besonders angestrengt werden. Zum Glück lassen sich diese Nebenwirkungen heutzutage durch eine Reihe vorzüglicher Medikamente beherrschen, sehr im Gegensatz zu früher, wo man gar nicht so selten gezwungen war, Erholungspausen einzuschalten.

Was uns hier aber besonders zu beschäftigen hat, sind die örtlichen Gewebsveränderungen infolge der Strahlenwirkung. Das Krebsgewebe schmilzt ein oder auch nicht. Seine Strahlenempfindlichkeit schwankt in weiten Grenzen. Die Dosis der Strahlen wird eingeschränkt durch die Toleranzgrenze des gesunden Gewebes. Darüber haben wir gute Kenntnisse. Sie treffen in 92—94% der Fälle zu. Der restliche Anteil verfügt über eine konstitutionsmäßig bedingte Überempfindlichkeit des Gefäßbindegewebes oder eine lokale durch Entzündung bedingte Überempfindlichkeit des Gewebes, die nicht immer im Vorhinein zu erkennen ist.

Es kommt dann unter der Bestrahlung oder kurz hinterher zu einer sog. Strahlenreaktion, die harmlos ist und vorübergeht. Pfropft sich eine bakterielle Entzündung auf, so entsteht eine Strahlenkomplikation, die bei der Behandlung schon etwas mehr Mühe machen kann. Sie stellt für den Strahlentherapeuten dasselbe dar, wie eine Eiterung nach einer Operation für den Chirurgen.

Bilden sich Narben, Schwielen, Gefäßerweiterungen, so sprechen wir von einem Strahlenfolgezustand, der harmlos bleiben, aber durch eine hinzutretende bak-

terielle Entzündung auch einmal zu einem sog. Kombinationsschaden führen kann.

Von einem Strahlenschaden sprechen wir nur dann, wenn es sich um eine Gewebsveränderung handelt, die irreparabel ist, zugleich krankmachend oder gar lebensgefährdend wirkt. Erfreulicherweise kommen derartige Strahlenfolgen heute nur noch selten vor und zudem besitzen wir eine Reihe von vorzüglichen modernen Heilmitteln, mit diesen Gewebsveränderungen fertigzuwerden, wenn auch gelegentlich Geduld dazu erforderlich ist. Im übrigen wendet man die hohen Strahlendosen ja nur an, wenn das Krebsleiden es erfordert, um es nämlich zur Abheilung zu bringen.

Diese in ihrer Eigenart wohlcharakterisierten Strahlenfolgen nehmen einen ganz typischen Verlauf, der dem erfahrenen Strahlentherapeuten sehr gut bekannt ist, so daß er unter Mitberücksichtigung des Lokalbefundes mit hoher Wahrscheinlichkeit die richtige Diagnose stellen kann.

Vor allem die im Anschluß an intensive Bestrahlungen auftretenden Schmerzen sind charakteristisch. Ihnen liegt ein sehr einheitlicher objektiver Befund zugrunde, nämlich sog. Infiltrate und sog. „Tumorbildungen“, welche das Beckenzellgewebe und das Nebengewebe von Scheide, Blase und Mastdarm mehr oder weniger stark durchsetzen. Das Gewebe nimmt dabei eine höchst eigenartige, pralle, manchmal gummiartige Beschaffenheit an, die den Erfahrenen erkennen läßt, daß es sich hier nicht um ein Rezidiv, also um Karzinomwucherung handelt.

Diese Infiltrate entstehen dadurch, daß die durch die Bestrahlung erzeugte physikalische Entzündung durch eine bakterielle Entzündung überlagert wird, die gewöhnlich vom Darm ausgeht. Entwickelt sich ein derartiges entzündliches Infiltrat innerhalb von weniger nachgiebigem, sklerotischem Gewebe, so kann es gelegentlich auch knotige Beschaffenheit annehmen, deren Abgrenzung von einem echten Rezidiv nicht leicht ist.

Diese knotige Anordnung des Infiltrates entsteht auf die Weise, daß die unterschiedliche Festigkeit des Gewebes eine gleichmäßige Ausbreitung des Exsudats verhindert. Ein derartiges Infiltrat kann solche Formen annehmen, daß das kleine Becken wie ausgemauert erscheint. Ein Gynäkologe, dem diese Veränderungen nicht geläufig sind, schätzt sie meistens falsch ein, indem er sie für Karzinom hält. Für den erfahrenen Strahlentherapeuten und Gynäkologen, der täglich mit diesen Dingen umgeht, macht die Differentialdiagnose lediglich dann Schwierigkeiten, wenn möglicherweise neben entzündlicher Infiltration noch Reste von Karzinom vorhanden sind. Er wird sich keinesfalls auf die

Lymphozil

KLEINTABLETTE

®

die Umstimmungsznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENEERSTEIN 6/BADEN-BADEN

Diagnose Krebs festlegen, sondern den weiteren Verlauf abwarten, falls er keine histologische Klärung vornehmen kann.

Auf die diagnostische Gewebepunktion ist nur bedingt Verlaß, da sie nur bei positivem Ergebnis etwas Sicheres aussagt.

Verswinden die getasteten Infiltrate im Laufe einer gewissen Zeit, die Monate dauern kann, oder heilen sie narbig aus, so wird aus dem Verlauf geschlossen, daß es sich um eine entzündliche Komplikation und nicht um ein Karzinom gehandelt hat.

Diese harte Kritik wird rücksichtslos gegen die Interessen der eigenen Statistik geübt, so daß oft nach Jahren fragliche oder falsche Rezidiv-Diagnosen zurückgenommen werden.

Dafür folgendes Beispiel: Als ich 1939 an das Strahleninstitut der I. Frauenklinik kam, war gerade eine wissenschaftliche Arbeit fertiggestellt worden, die nachweisen wollte, daß 11% der nochmals bestrahlten Rezidive geheilt worden seien. Als ich nach dem Kriege zusammen mit meinem Mitarbeiter BREITNER zum Zwecke einer großen Arbeit über die Rezidive die fraglichen Krankenblätter überprüfte, stellte sich heraus, daß nur knapp 2% der Kritik standhielten.

Ähnliches ließe sich von anderen Instituten berichten.

Die entzündlichen Infiltrate beschränken sich übrigens nicht nur auf das Beckenzellgewebe, sondern sie können Mastdarm, Blase und Dickdarm einbeziehen, zu geschwulstartigen Verdickungen Anlaß geben, an den inneren Oberflächen Geschwüre entstehen lassen, die Blutungen, Schleimabgänge und Durchfälle zur Folge haben. Dann treten gewöhnlich auch leicht erhöhte Temperaturen auf.

Höheres Fieber deutet allerdings oft darauf hin, daß die Infiltrate die Harnleiter komprimiert haben und daß infolge der Rückstauung des Harns ins Nierenbecken dort eine Entzündung entstanden ist. Das einfache Karzinom-Rezidiv macht dagegen keine Temperaturen.

Die Veränderungen am Darm und im kleinen Becken können so stark werden, daß die Lichtung des Darms sich so verengt, daß ein Kunstafters nötig wird . . .

Jedem Kenner dieses leider etwas umfangreichen Fragenkomplexes ist es klar, daß hier eine Anhäufung von Fehldiagnosen vorliegt, die zu völlig falschen Schlußfolgerungen führte.

Man wird mir nun entgegenhalten, daß andere Gutachter die von Herrn Dr. Issels beanspruchten Heilungen anerkannt haben. Hierzu kann ich nur sagen: Unbeschadet ihrer Fachkenntnisse auf ihrem Spezialgebiet haben diese Gutachter doch die besonderen Verhältnisse der gynäkologischen Strahlentherapie und ihrer Komplikationen zu wenig beachtet.

Den von Herrn Dr. Issels herangezogenen Gynäkologen und Hausärzten kann man keinen Vorwurf machen, daß sie irrten. Sicherheit in der Differentialdiagnose Karzinom-Rezidiv-Strahlenkomplikation kann man nur in langzeitiger Ausbildung an einer Klinik erwerben, die über eine Abteilung für gynäkologische Strahlentherapie verfügt. Hier werden die Symptome und die objektiven klinischen Befunde bei regelmäßigen Kontrollen registriert und immer wieder der Kritik unterzogen. Hier sammelt sich auch ein Erfahrungsschatz, der notwendigerweise zu besonderer Fachkenntnis führt.

Faßt man zusammen, so konnte Herr Dr. Issels den Beweis nicht erbringen, daß er in der Lage ist, mit seinen Methoden einen Krebs zu heilen. Das vorgewiesene Krankengut ist von einer Beschaffenheit, daß jede Frauenklinik Dutzende von gleichartig verlaufenden Fällen vorweisen könnte, die allerdings nicht als geheilte Rezidive in die Statistik eingehen, sondern als primär geheilte Karzinome mit nachfolgender abgeheilter Strahlenkomplikation.

Den von Herrn Dr. Issels als geheilt beanspruchten Fällen liegen Fehldiagnosen zugrunde.

Damit bestätigt sich die alte Erfahrung, daß diejenigen Karzinom-Rezidive am besten ausheilen, die keine sind.

Und nun zum letzten Fragekomplex: Gibt es eine interne Krebstherapie, die nicht nur roborierend wirkt, sondern eine „krebsspezifische Wirkung“ hat?

Die moderne Medizin vertritt den Standpunkt, daß es eine echte Alternativbehandlung zu Operation und Bestrahlung nicht gibt. In allen Fällen, in denen Operation und Bestrahlung nachgewiesenermaßen eine Heilungschance verbürgen, ist es ärztliche Pflicht, diese Behandlungsweisen anzuempfehlen und anzuwenden. Interne Behandlungsmethoden sind „zusätzliche“ oder Hilfsmethoden, die dadurch charakterisiert sind, daß sie allein nicht ausreichen, einen Krebskranken auf die Dauer zu heilen.

Für
Ihre
Magen-
Patienten

ULCOLIND®

unterbricht 3-fach den circulus vitiosus
um ZNS Magen und Leber

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten

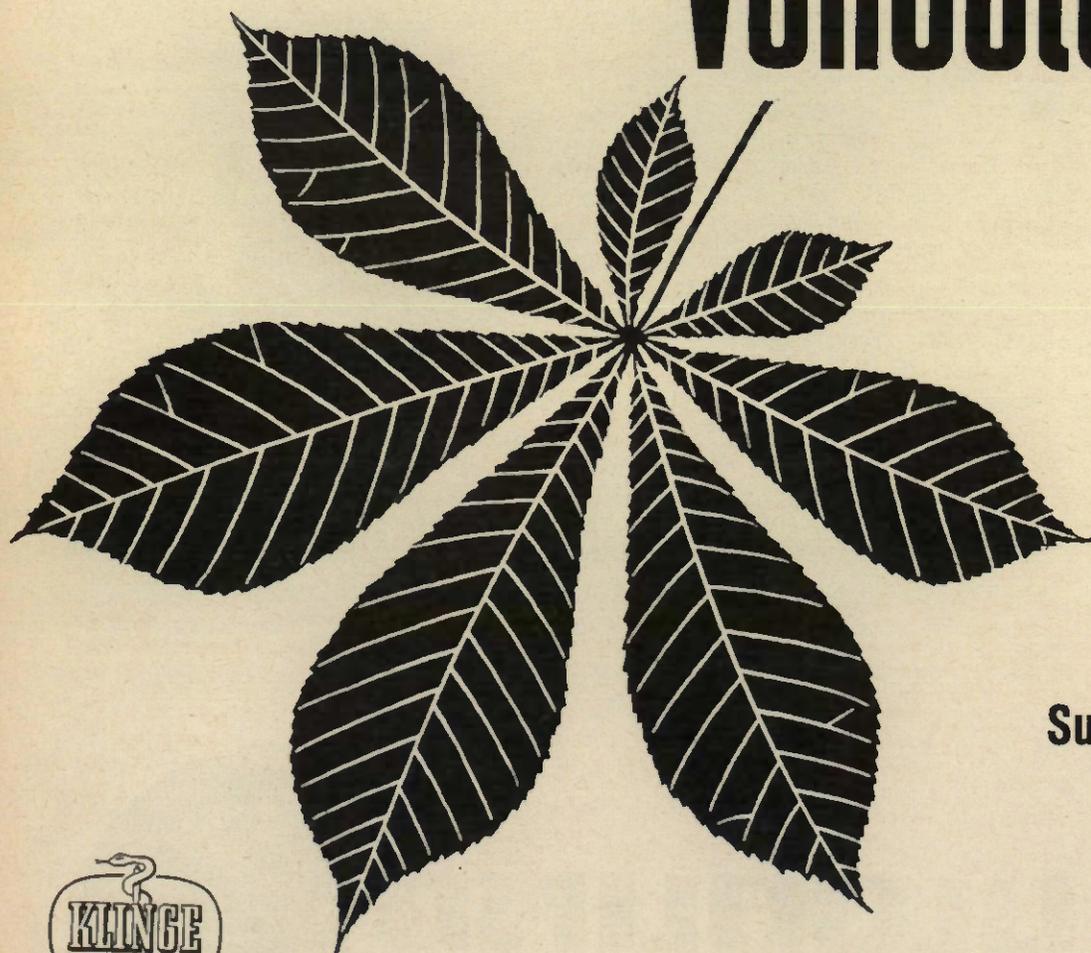
Lindopharm KG Hilden Rhld



Störungen der Hämodynamik und der Permeabilität:
Venenentzündung · Schwangerschafts-Varikositäten
Varicen · Haemorrhoiden · Brachialgie · Dysmenorrhoe

Roßkastanien-Extrakt

Venostasin®



Ampullen

Kapseln

Salbe

Suppositorien

Tropfen



München 23

Zu diesen Hilfsmethoden gehört auch die Behandlung mit zytostatischen Stoffen und Hormonen, die nach dem Kriege wegen der relativ guten objektiven Überprüfbarkeit ihrer Wirkungen im Brennpunkt des Interesses standen und noch stehen. Mit beiden dieser Stoffgruppen lassen sich Krebsgeschwülste zum Verschwinden bringen, verkleinern, im Wachstum hemmen, die Überlebenszeiten verlängern, aber keine Dauerheilungen erzielen. Eine Ausnahme bilden lediglich kleine, gut zugängliche Krebsgeschwülste, die mit zytostatischen Stoffen umspritzt und infiltriert werden können, z. B. die Lidkarzinome. Diese haben aber ohnehin eine besonders gute Prognose. Die Ursachen der bisher unbefriedigenden Wirkung der Zytostatika stehen hier nicht zur Debatte.

Zu den Hilfsmethoden gehören auch die Maßnahmen, die K. H. BAUER unspezifische Therapie nennt. Wir selbst bezeichnen sie als zusätzliche interne Therapie bei Krebskranken im engeren Sinne. Es sind dies allgemeine Maßnahmen, die sich auf folgende 4 Hauptpunkte beziehen:

1. Ernährung,
2. Behandlung mit Verdauungsfermenten und Vitaminen,
3. Regelung der Darmtätigkeit und Behandlung der sog. Dysbakterie des Darmes,
4. Umstimmungsmaßnahmen und sog. mesenchymaktivierende Therapie.

Mit diesen besonders von J. KRETZ empfohlenen Maßnahmen haben wir an der I. Frauenklinik seit dem Jahre 1942 zu behandeln begonnen und besonders seit der Währungsreform versucht, eine möglichst große Zahl von Kranken für diese Therapie zu gewinnen. Aber ich muß zugeben, daß nur ein relativ kleiner Prozentsatz der Kranken genügend Selbstdisziplin aufbringt und sich pädagogisch führen läßt, um die Behandlung über Monate und Jahre fortzusetzen.

Doch nun zu den einzelnen Punkten, die auch in der Therapie von Dr. Issels die Hauptrolle spielen.

Diät: Eine spezifisch gegen den Krebs gerichtete Diät gibt es nicht. Wenn man eine Kost wählt, die den Körper vor Überbeanspruchung und Anhäufung von Stoffwechselschlacken schützt oder zur sog. Entschlackung beiträgt und die Eubakterie des Darmes begünstigt, so hat man allen Anforderungen Genüge getan. Wir warnen mit J. Kretz vor jeder Überernährung, empfehlen kleine, öftere Mahlzeiten mit wenig Gewürzen und Kochsalz, Vollkornbrot, viel Frischgemüse und Obst. Alle die Schleimhäute reizenden Nahrungs- und Genußmittel sind zu vermeiden.

Ob es durch einseitige qualitative Auswahl der Nahrung gelingen kann, dauernden Einfluß auf das Krebswachstum zu gewinnen, ist fraglich und bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Durch einseitige saure oder alkalische Kost stellt man den Stoffwechsel des Krebsgewebes vor keine andere Aufgabe als z. B. durch die Entzuckerungstherapie mit Insulin, die eine azidotische, d. h. saure Stoffwechsellage erzeugt. Der damalige Münchner Ordinarius für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, BRÜNINGS, hat 1944 diese Behandlung versucht. Leider war es so, daß sich die Karzinome spä-

testens nach 2—3 Monaten auf die neue Stoffwechselsituation eingestellt hatten und ein verstärktes Wachstum den zunächst eingetretenen Wachstumsstillstand ablöste.

Trotz unserer reservierten Einstellung zu diesen Fragen empfehlen wir unseren Kranken eine Diät nach Art der von J. Kretz angegebenen, die sich wiederum an FREUND anlehnt. Wir sind uns durchaus bewußt, daß die Diätanweisungen, die wir unseren Kranken mitgeben, stark hypothetischen Charakter tragen und wir erkennen die dagegen erhobene Kritik durchaus an. Die Praxis zeigt uns aber immer wieder, daß sich die Patientinnen bei der von uns empfohlenen Kost wohler fühlen als vor Ausbruch der Krebskrankheit und daß häufig jahrzehntelange Stuhlverstopfungen und Müdigkeit verschwinden.

Sie sehen also, daß, obwohl z. Z. für eine echte Diätbehandlung bei Krebskranken die wissenschaftlichen Grundlagen noch fehlen, die sog. Schulmedizin dieses Gebiet nicht brachliegen läßt, wenn auch die Akzente der modernen medizinischen Forschung auf anderen Gebieten liegen.

Wissenschaftlich besser fundiert ist die Behandlung mit Vitaminen und Fermenten. Es ist nachgewiesen, daß viele Krebskranke an einem Defizit dieser Stoffe leiden, und daher wohlbegründet, die Stoffe in Form einer geeigneten Medikation zuzuführen. Bedenken, daß die verordneten Vitamine einen Wachstumsreiz auf den Krebs ausüben könnten, braucht man beim Menschen nicht zu haben.

Nach dem Kriege wurde zeitweilig die Vitamin-A-Therapie des Krebses propagiert. Die Erfahrungen unserer Klinik bei der Nachprüfung der Wirkung dieser Medikation waren nicht überzeugend. Eine direkte Wirkung auf den Tumor ließ sich nicht feststellen. Die Schmerzen ließen sich nur vorübergehend beeinflussen, nach 2 Monaten verschlechterte sich der Zustand der Kranken gewöhnlich rapide.

Die Regelung der Darmtätigkeit stellt für uns seit 1942 die Basistherapie jeder internen Behandlung bei Krebskranken dar. Dyspeptische Beschwerden, Darmblähung, unregelmäßige Darmentleerungen, Verstopfung kommen bei Krebskranken oft vor. Mit Diät, Medikamenten, subaqualen Darmbädern, Einläufen usw. sucht man dem abzuwehren.

Oft kommt man aber mit all diesen Maßnahmen nicht zum Ziel, da weder die Nahrung noch der Fermentmangel an den Störungen schuld ist, sondern möglicherweise eine „entartete Bakterienflora“. Damit taucht der sehr umstrittene Begriff „Dysbakterie“ auf, den Nissle geprägt hat, in der Meinung, daß bei allen Krebskranken eine Dysbakterie bestehe.

Nachprüfungen u. a. auch an unserer Klinik haben dies jedoch nur teilweise bestätigen können. In neuerer Zeit wurde der Begriff der Dysbakterie mit guten Gründen stark angegriffen (KAUFMANN). Dies berührt nach meiner Meinung in keiner Weise die klinisch gewonnene Erfahrung, daß sich auf den Vorstellungen der Dysbakterielehre eine erfolgreiche Allgemeintherapie aufbauen läßt. Dies ist durch Untersuchungen zahlreicher Autoren, die Frauen mit Unterleibskrebs behandelten, belegt.

Die Umstimmungsmaßnahmen bei der Behandlung von Krebskranken sind mannigfacher Art. Schon die Diät vermag eine gewisse Umstimmung zu bewirken. Dasselbe gelingt mit heißen Bädern, Kuren in Jod- und radioaktiven Thermalbädern, weiterhin mit Überwärmungsbädern. Auch künstliches Fieber kann eine Umstimmung hervorrufen. Nur muß man wohl dosieren. Nicht jeder Kranken ist ein „Stoß ins vegetative System“ zumutbar.

Die verschiedensten Mittel wurden angewandt, z. B. Milchinjektionen, Typhusvaccine, Mistelpräparate usw. Zu den umstimmenden Mitteln gehören weiterhin Eigenblutinjektionen, Bluttransfusionen, Organextrakte. Letztere haben wir seit über 16 Jahren in verschiedenster Form in Gebrauch. Einige Untersuchungen sprachen dafür, daß eine echte Aktivierung des Gefäßbindegewebes, des Mesenchymas, zustande kommt (PICHINGER). Im ganzen ist jedoch immer noch zu sagen, daß die Behandlung mit Organextrakten einer überzeugenden theoretischen Grundlage entbehrt und daß wir weitgehend auf Empirie angewiesen sind.

Bei Anwendung dieser Extrakte beobachtet man klinisch, daß die allgemeine Müdigkeit, Hinfälligkeit und Schwäche schnell schwinden. Appetit und Gewicht nehmen zu. Es stellt sich allmählich ein Gefühl der Lebensfrische und zunehmenden Spannkraft ein. Die Kranken fühlen sich ihrer Haus- und Berufsarbeit wieder mehr gewachsen. Objektiv beobachteten wir Rückgang von Stauungen und chronisch entzündlichen Infiltraten im Beckenzellgewebe, Auflockerung von Narben und Gewebesklerosen.

Alles wirklich sehr erwünschte Effekte! Nur eines haben wir, obwohl wir schon auf über 6000 Kuren an unseren Patientinnen zurückblicken, noch nicht beobachtet: das Verschwinden oder die Heilung eines Krebses mit diesen Mitteln allein.

Auf dieser Grundlage und mit diesen und ähnlichen Medikamenten hat Dr. Issels seine Therapie aufgebaut, als er 1952 die Ringberg-Klinik eröffnete. Er verordnete Diät, er bekämpfte die Dysbakterie, er verwendete die Organextrakte Elpimed, Polydyn, AF2, Mes-Acton, Iscador, Vitamine, Lebermittel und Schilddrüsenhormon, wie wir auch, allenfalls etwas anders kombiniert, was individuell von Bedeutung sein kann, in der Gesamtwertung aber keine Rolle spielt, da Heilungen nicht bewiesen werden können.

Damit stößt man auf die Kernfrage, wie die Wirkung solcher Behandlungsmethoden überhaupt objektiviert werden kann. In Frage kommen dafür nur Kranke, bei denen weder eine Operation noch eine Bestrahlung angezeigt ist, der Krebs also noch durch keine Maßnahme attackiert ist. In dieser Situation befanden sich die Pioniere der Strahlentherapie vor

50 Jahren. Erst als sie bei verloren geglaubten Kranken nicht nur Besserung und Lebensverlängerung, sondern Heilung erzielen konnten, war der Beweis erbracht, daß die Strahlentherapie als eine mit der Operation konkurrierende, in manchen Bereichen sogar als überlegene Behandlungsmethode gelten konnte.

Zu einem Beweis solcher Art hat Herr Dr. Issels wie ich fürchte, noch einen weiten Weg.

Wenn Sie nun fragen, welchen Beweis ich für die Nützlichkeit unserer eigenen internen Therapie bei Krebskranken erbringen kann, so muß ich antworten: einen statistisch sicheren nicht. Die Heilungsziffern beim Gebärmutterhalskrebs z. B. steigen seit 30 Jahren pro Jahr durchschnittlich um 1% an. Das gilt für alle renommierten Institute der Welt, ob sie zusätzlich interne Therapie üben oder nicht.

Daß an den Heilungsziffern unserer eigenen Statistik nichts zu erkennen ist, liegt z. Z. daran, daß der Prozentsatz der Kranken, die über längere Zeit bereit sind, sich einer besonderen Lebens- und Behandlungsweise zu fügen, relativ zu gering ist.

Etwas ist uns allerdings in unserem statistischen Material aufgefallen. Während die anderen Institute der Stockholmer Statistik zwischen dem 5. und 6. Jahr die höchste und dann abfallende Zahl der überlebenden Rezidive aufweisen, verzeichnen wir erst zwischen dem 6. und 7. Jahr die höchste Zahl. Das ist ein Hinweis, kein Beweis, daß die zusätzliche interne Therapie doch eine lebensverlängernde Wirkung haben kann. Man muß mit Aussagen dieser Art aber deswegen vorsichtig sein, weil die Karzinome ein und desselben Organs einen ganz verschiedenen Malignitätsgrad haben. Einige entwickeln sich sehr schnell, sie haben eine kurze Symptomzeit und sind sehr bösartig, andere entwickeln sich sehr langsam, haben eine lange Symptomzeit und sind trotzdem zum Zeitpunkt der Behandlung nicht weit fortgeschritten. Diese haben eine gute Prognose.

Beobachtungen in dieser Richtung hat man schon immer gemacht, als man nach der Lebensdauer unbehandelter Krebskranker forschte, die 5, 10 und mehr Jahre betragen kann.

Wir verfügen über eine Beobachtung aus der Zeit unmittelbar nach dem Kriege, wo eine Frau mit fortgeschrittenem Gebärmutterhalskrebs in unsere Klinik kam, sich aber nicht behandeln ließ, 5 Jahre später aber noch lebte.

Genug davon!

Wir fühlen uns jedenfalls verpflichtet, von allen Behandlungsmaßnahmen Gebrauch zu machen, die den Allgemeinzustand der Kranken zu bessern vermögen.

Ulcrrurisan®

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



CHEMISCHE FABRIK
»BAVARIA«
MÜNCHEN-GRAEFELING

Man muß sich aber im klaren sein, daß eine gute allgemeine Betreuung der Krebskranken und eine sorgfältige, nachgehende Fürsorge an sich schon eine gute Wirkung auszuüben vermögen, selbst wenn man keine der vorhin genannten Behandlungsmethoden anwendet.

Dieser Faktor erschwert natürlich die klinische Bewertung einer zusätzlichen internen Behandlung. Aber diese Schwierigkeit gilt ja nicht nur für die Therapie Krebskranker, sondern ganz allgemein.

Alle erwähnten Maßnahmen erfordern vom Kranken eine große Disziplin, von den Ärzten eine feste Führung, die auch die Psyche der Kranken nicht vernachlässigt.

Die Basis zu einer guten Allgemeinbehandlung und Umstellung der Lebensgewohnheiten kann am ehesten während eines Sanatoriumsaufenthaltes gelegt werden. Diese Auffassung ist nicht neu. Schon 1932 planten A. DÖDERLEIN und F. VOLTZ, mit Hilfe der Rockefeller-Foundation in Oberaudorf ein Kurheim für Krebskranke zu errichten. Ähnliche Pläne wurden von den Krebsgesellschaften einiger Bundesländer in den letzten 10 Jahren realisiert.

Dr. Issels verwirklichte einen gleichartigen Plan privat. Wäre er der ureigensten Aufgabe dieser Häuser, nämlich den Nach- und Erholungskuren zu dienen, treu geblieben, es wäre verdienstvoll genug gewesen. Durch die Behauptung, mit seinen sog. krebspezifischen Behandlungsmethoden Karzinomkranke heilen zu können, nahm aber seine Entwicklung einen verhängnisvollen Verlauf. Notwendigerweise führt eine solche Behauptung beim Publikum zur Ansicht, die klassischen Behandlungsmethoden Operation und Bestrahlung seien vermeidbar oder überflüssig.

Auf dieser Basis ist der Schritt vom unschlüssigen Patienten zum potentiellen und schließlich sogar absoluten Operationsverweigerer nicht mehr weit.

Es ist deshalb die Auffassung von Herrn Dr. Issels, die in einer völligen Fehleinschätzung seiner eigenen Möglichkeiten gründet, ärztlich nicht nur nicht zu rechtfertigen, sondern im Interesse der Kranken auf tiefste zu bedauern.

Dr. med. Werner Wachsmuth, oö. Universitätsprofessor, Direktor der Universitäts-Poliklinik und des Staatlichen Luitpoldkrankenhauses Würzburg*)

Ich habe als Sachverständiger zum Fall W., und zwar ausschließlich zu diesem, auszusagen:

Frau W. begab sich am 14. Dezember 1954 in die gynäkologische Abteilung des St.-Joseph-Stiftes in Bremen, da sie vor etwa 10 Wochen beim Waschen zu-

*) Die Schriftleitung hat die im Gutachten von Professor Wachsmuth zitierten Namen durch Anfangsbuchstaben ersetzt.

fällig einen Knoten in der linken Brust bemerkt hatte, der aber keine Beschwerden verursachte und angeblich auch nicht stark gewachsen sei. Dr. J. riet zur Probeexzision des pflaumengroßen Tumors zur Sicherstellung der Diagnose, die entweder noch am gleichen Tage oder am nachfolgenden, dem 15. 12. 1954 vorgenommen wurde. Es ist für die Beurteilung späterer Fragen von Bedeutung, daß Frau W. diesem chirurgischen Eingriff sofort und ohne alle Bedenken zustimmte.

Es ist weiter von Bedeutung, daß durch die Probeexzision nur zwei kleine, etwa bohnen große fibröse Gewebstücke aus dem Tumor entfernt wurden und daß nach dem Eingriff unter der etwa 1 cm (!) langen Operationswunde noch ein etwa pflaumengroßer, derber Tumor tastbar war. Bei der am 3. 1. 1955, also 2½ Wochen später, erfolgten Aufnahme in die Ringberg-Klinik wurde der Befund ausdrücklich bestätigt. Es heißt hier wörtlich: „An der linken Mamma kleine, druckempfindliche Narbe nach Probeexzision, darunter harte Resistenz tastbar.“ Dr. ISSELS konnte also beim Vorliegen einer nur 1 cm langen Hautnarbe und einer darunterliegenden harten Resistenz keinen Augenblick darüber im Zweifel sein, daß hier nicht der ganze Tumor zur Untersuchung entfernt worden war, sondern nur ein kleinster Teil.

Dieses „Anoperieren“ sehen wir als besonders gefährlich an, weil es einen Reiz setzt und Wachstum und Metastasierung in unübersehbarer Weise fördert. Aus diesem Grunde folgt der Probeexzision heute in den meisten Krankenhäusern und Kliniken die Radikalooperation unmittelbar und in gleicher Narkose, wenn das Ergebnis des Schnellschnittes, das bei guter Organisation in 10 Minuten vorliegen kann, positiv war. Bei Frau W. wurde nach Vorliegen des positiven histologischen Ergebnisses sogleich mit einer Röntgenbestrahlung begonnen, um das Feld gegen Verschleppung abzuschirmen und die Tumorzellen selbst zu zerstören. Es war nach Angabe des dortigen Röntgenologen, Dr. H., geplant, wie üblich mindestens 4000 r zu geben. Die Bestrahlungsserie wurde aber nach 700 r abgebrochen. Als weitere Therapie war vorgesehen, in der Pause zwischen dem Abschluß der Röntgenbestrahlung und der später durchzuführenden Ablatio mammae die Ovariectomie vorzunehmen.

Wenn in den Krankenblättern der Ringberg-Klinik davon gesprochen wird, es sei in Bremen die Entfernung beider Brüste vorgesehen gewesen, so findet diese Behauptung nirgendwo eine Begründung. Sie kann nur in der Ringberg-Klinik entstanden sein, da für das St.-Joseph-Stift in Bremen keinerlei Anlaß bestand, entgegen allen Gepflogenheiten auch die gesunde Brust zu entfernen. Auffällig ist auch, daß der Ehemann später, am 12. 3. 1956, bei Dr. Issels anfragt, ob er jetzt unter Berücksichtigung all der Umstände eine Amputation der Brüste oder nur einer Brust befürworte.

RECORSAN[®] - LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,25o. U.

- Gesellschaften Gräfelting und Lüneburg

Über den histologischen Befund dieser ersten Probeexzision ist zu sagen, daß ich mir die Präparate habe kommen lassen und daß ich nach eigener Prüfung die auch mir gegenüber wiederholte Angabe des seinerzeitigen Untersuchers, Oberarzt Sch. vom Pathologischen Institut der Städt. Krankenanstalten Bremen, bestätigen muß, daß die entfernten Stückchen nur kleine Teile eines infiltrierend wachsenden, soliden Karzinoms darstellen.

Man kann Herrn Dr. Issels schon allein auf Grund des ersten von ihm erhobenen klinischen Befundes nicht den guten Glauben zubilligen, der Tumor sei in toto entfernt worden. Auch in dem Bericht des St.-Joseph-Stiftes vom 11. 1. 1955 ist ausdrücklich von einer Probeexzision aus der linken Mamma die Rede. Durch den kleinen Einschnitt (1 cm lange Hautnarbe!) hätte sich wohl kaum der pflaumengroße Tumor in dem gebotenen Umfang entfernen lassen! Selbst wenn, wie es in einem anderen Bericht heißt, der Tumor nur erbsengroß gewesen wäre, mußte es Dr. Issels klar sein, daß man ihn nicht mit der notwendigen Radikalität, also ausreichend weit im Gesunden, bei einem 1 cm langen Schnitt entfernen konnte. Noch weniger findet sein weiteres Verhalten eine Stütze in den von ihm herangezogenen Arbeiten des Professors DEMMER, Wien, der für seine — übrigens sehr umstrittene — Therapie eindeutig „anstatt einer Probeexzision die Herausschneidung der verdächtigen Geschwulst breit, d. h. mindestens sicher im gesunden Gewebe der Brustdrüse“ verlangt und „auf jeden Fall bei positivem Karzinombefund eine Röntgentherapie einleitet“. Diese eingeschränkt radi-kale Methode begründet Demmer auch ausdrücklich nur damit, daß, ich zitiere weiter wörtlich, „wir ja noch mit der Strahlentherapie rechnen können in einer Vervollkommnung, welche früher fehlte und deren erfolgreiche Wirkung auf das Karzinom heute wohl außer Frage steht“.

Wie weit eine wirklich ernsthafte und endgültige Operationsverweigerung der Frau W. vorgelegen hat, ist durch das Gericht zu entscheiden. Als Sachverständiger möchte ich dazu nur folgendes sagen: Wirklich ernsthafte Operationsverweigerungen kommen bei Frauen mit Mammakarzinom kaum vor, sie gehören zu den größten Seltenheiten. Mir selbst ist in 40jähriger Tätigkeit als Chirurg und Klinikchef, also sicher in mehreren 1000 Fällen — in den letzten 5 Jahren hatte ich allein 413 Mamma-Karzinome zu behandeln —, nicht ein einziger Fall begegnet, bei dem man nicht durch verständnisvolles Zureden und entsprechende Aufklärung ohne große Schwierigkeiten die Einwilligung zur Operation erhalten konnte, nachdem die erste, verständliche Abwehrreaktion überwunden war. Im vorliegenden Falle spricht auch für die grundsätzlich positive Einstellung, daß Frau W. sich zweimal, am 15. 12. 1954 in Bremen und am 25. 10. 1955 in der Ringberg-Klinik, ohne alle Einwendungen zur Probeexzision, ferner zu Tonsillektomie und Zahnextraktion und, nachdem sie das Vertrauen zu Dr. Issels verloren hatte, am 22. 8. 1957 zur Radikaloperation in Lippstadt entschloß. Auch hat die prakt. Ärztin, Frau Dr. M. bei ihrer Vernehmung angegeben, daß Frau W. vor der Aufnahme ins St.-Joseph-Stift mit der durchzuführenden Operation einverstanden war.

Daß Frau W. die Behandlung in Bremen abbrach, da ihr hier die Amputation der Brust drohte, sie

aber des Glaubens sein mußte, daß sie in der Ringberg-Klinik ohne jeden Eingriff geheilt werden könne, ist leicht verständlich. Durch Interviews und Inserate war es nicht schwer, die Ringberg-Klinik zu einer Zufluchtstätte aller Hoffenden zu machen. Ich brauche hier nur zu verweisen auf zahlreiche Behauptungen, beispielsweise in dem Prospekt der Ringberg-Klinik, wo unter „Indikationen für die interne Kombinations-therapie des Krebses nach Dr. Issels“ gleich zu Beginn angegeben wird: „Tumoren im Anfangsstadium“, deutlich getrennt von den inoperablen und der Nachbehandlung nach Operation und Bestrahlung.

Im übrigen muß auf die Aussagen des Ehemannes und der Hausärztin, Frau M., verwiesen werden.

Die Patientin wurde vom 3. 1. bis 18. 3. 1955 stationär in der Ringberg-Klinik nach der Methode von Dr. Issels behandelt. Nach dem unter dem 2. 3. 1955 an die Hausärztin gesandten Bericht wurde eine Fokalsanierung durch Extraktion eines Zahnes durchgeführt und eine Tonsillektomie unter Aquacillinschutz vorgenommen. Es wurde sodann mit immunbiologischen und Fermentpräparaten begonnen und ein Präparat, dem von Dr. Issels Aktivierung des Mesenchyms zugeschrieben wird, gegeben. Ferner wurden 3 Blutwäschen und Desensibilisierungsmaßnahmen durchgeführt. Es wurde dann die interne Therapie in der üblichen Weise von Dr. Issels fortgesetzt.

Bei der Entlassung am 18. 3. 1955 war „die harte Resistenz“ angeblich völlig verschwunden. Ob man diesem Befund Bedeutung zumessen darf, erscheint mir sehr fraglich. Denn es finden sich zahlreiche sich widersprechende Angaben in den Krankenpapieren der Ringberg-Klinik. So steht beispielsweise in der Krankengeschichte unter dem 3. 1. 1955, dem Aufnahmetag, „an der linken Mamma kleine, druckempfindliche Narbe nach Probeexzision, darunter harte Resistenz tastbar“, während es in dem Bericht über die Aufnahme an die Ärztin vom 24. 1. 1955 lautet: „Außer der kleinen, druckempfindlichen Narbe (nach Probeexzision der linken Mamma) war klinisch kein organischer Befund erhebbar.“

Nach einer Behandlung mittels schriftlicher Anordnungen wird Frau W. am 22. 10. 1955 wieder in die Ringberg-Klinik aufgenommen. Sie gibt an, seit Juli 1955 wieder eine Verhärtung unter der alten Narbe festgestellt zu haben. Die Untersuchung ergibt ein kirschkernegroßes Knötchen unter der Narbe an der linken Brustdrüse, das als Lokalrezidiv aufgefaßt wird. Die Exzision wird in der Ringberg-Klinik am 25. 10. 1955 vorgenommen, und zwar durch den Assistenten Dr. F., der keinerlei chirurgische Vorbildung und Erfahrung besitzt. Offensichtlich hat auch kein Arzt bei diesem Eingriff assistiert. Während Dr. F. behauptet, den ganzen Tumor entfernt zu haben, wird durch die histologische Untersuchung bewiesen, daß dies nicht der Fall ist, daß vielmehr wieder nur ein Teil des Karzinoms mit dem Messer entfernt wurde. Für diesen unzulänglichen Eingriff im Sinne des Anoperierens trifft Dr. Issels als Chefarzt die volle Verantwortung.

Der Bericht der Ringberg-Klinik vom 25. 10. 1955, der das Präparat an das Pathologische Institut München begleitete, entspricht nicht den Tatsachen. Hier steht: „Bei der Patientin wurde Ende Oktober 1954 ein Knoten in der linken Mamma festgestellt, die Probeexzision

zeugung nicht abraten könnte, als sie sich entschloß, diese Kur nicht weiter fortzusetzen, antwortet Dr. Issels am 17. 8. 1956 folgendermaßen: „Ich verstehe Ihre und auch Frau W. gegenwärtige Haltung; bei der Art der Erkrankung wird man jedoch so lange mit Rezidiven zu rechnen haben müssen, bis auf Grund der internen Tumor-Therapie die restlose Umstimmung des Organismus erzielt ist . . . Ich bin gern bereit, Ihnen für Frau W. die von uns heute durchgeführte Therapievorschrift zu übersenden, damit unter Ihrer Kontrolle die Therapie fortgesetzt werden kann. Mich bewegt dabei nur ein Interesse, nämlich den bisher erreichten Erfolg durch Durchführung der Spezialbehandlung auf die Dauer zu sichern, so wie das auch bei anderen Patientinnen möglich gewesen ist.“

Die Hausärztin berichtet dann noch am 13. 3. 1957, daß in der Narbe ein pflaumengroßer Tumor und darüber zwei kleinere, kirsch kern- und kirschgroße Tumoren sich befinden. In der Achsel sitzen eine gut pflaumengroße und darunter kleinere Drüsen.

Frau W. hat sich dann wegen der generalisierten Metastasierung entschlossen, die linke Brust am 22. 8. 1957 abnehmen zu lassen. Es wurde im Dreifaltigkeitshospital in Lippstadt durch Dr. Sch. die Radikaloperation mit Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. In der linken Achselhöhle wurden zahlreiche krebshaltige Drüsen gefunden, ebenso unter dem großen und kleinen Brustmuskel.

Der Operation war, da bereits im Stadium Steinthal III durchgeführt, kein Erfolg mehr beschieden. Unter weiterer generalisierter Metastasierung in der oberen Schlüsselbeingrube, dem oberen Halsdreieck, der rechten Achselhöhle, der Haut der linken Brustwand und dann im Skelettsystem, also im Schädel, in der Lendenwirbelsäule, im Becken und wahrscheinlich auch in der Lunge kam es zu völligem Verfall. Der Tod löste die Patientin am 13. 1. 1960.

Die Frage, die sich dem Sachverständigen zunächst stellt, ist die: Dürfte Dr. Issels die ärztliche Verantwortung dafür übernehmen, einen durch Probeexzision anoperierten und in Röntgenbestrahlung befindlichen Brustkrebs durch seine interne Therapie der vorgesehenen weiteren Behandlung zu entziehen, ohne die Patientin auf das ungeheuerliche Risiko eindeutig und wiederholt aufmerksam gemacht zu haben? Und sodann: Hätte er nicht in diesem Stadium der Therapie aus Gewissensgründen die Behandlung der Patientin sogar ablehnen müssen, wenn sie trotzdem bei dem Wunsche, von ihm behandelt zu werden, verblieben wäre?

Der Bundesgerichtshof weist in seiner Entscheidung vom 3. 5. 1962 darauf hin, daß ein Arzt nicht allein schon deshalb einen Kunstfehler begeht, weil er ein bestimmtes Heilverfahren anwendet oder nicht anwendet und daß es in dieser Frage stets auf die Umstände des einzelnen Falles ankomme.

Der Bundesgerichtshof führt weiter aus: „So sehr das Reichsgericht die Gleichberechtigung der verschiedenen Heilverfahren und ‚Richtungen‘ betont und ausgesprochen hat, daß die allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft grundsätzlich keine Vorzugsstellung vor den von der Wissenschaft abgelehnten Heilverfahren ärztlicher Außenseiter oder nichtärztlicher Heilbehandler genießen, so hat es

dies für die strafrechtliche Beurteilung doch alsbald eingeschränkt, indem es den Heilbehandler für verpflichtet erachtete, ein Heilmittel oder Heilverfahren, das gegenüber einer bestimmten Krankheit nach dem augenblicklichen Stand der ärztlichen Wissenschaft weitaus überwiegend als das wirksamste gilt, jedenfalls dann anzuwenden, wenn nach der Überzeugung des Heilbehandlers keine sachlichen Gründe im Einzelfall gegen die Anwendung sprechen. Ergibt sich nicht schon hieraus, daß der Arzt oder sonstige Heilbehandler zur Anwendung jenes als am wirksamsten geltenden Mittels oder Verfahrens verpflichtet ist, so hat er das von ihm angewandte Verfahren oder Heilmittel stets auf seine Wirksamkeit zu prüfen und, falls er erkennt oder erkennen muß, daß es im gegebenen Fall versagt, für die Zuziehung eines anderen Arztes zu sorgen, was nach Sachlage nur bedeuten kann, daß jenes wirksamste Verfahren anzuwenden ist. Nach Ansicht des Senats sind diese an den Arzt zu stellenden Forderungen Mindestverpflichtungen, die sich aus der Übernahme der Heilbehandlung auch dann für den Arzt ergeben, wenn er einer bestimmten Richtung angehört und der Kranke dies weiß, ja wenn der Patient sich gerade aus diesem Grunde in die Behandlung des Arztes begeben hat. Denn der Kranke ist sich regelmäßig über die Grenzen eines bestimmten Heilverfahrens nicht im klaren. Der Arzt muß sich darüber Kenntnis verschaffen.“

Frau W. befand sich im Oktober 1954 unbestritten in dem sehr frühen und prognostisch günstigen Stadium nach Steinthal I. Man konnte also nach den umfassenden Statistiken der Weltliteratur bei der entsprechenden anerkannten Therapie, bestehend aus Radikaloperation, Röntgenbestrahlung und Hormonbehandlung, mit einer Heilungsziffer von durchschnittlich 85% rechnen. Demgegenüber wandte Dr. Issels seine innere Therapie an, an die er zwar glauben mag, für deren alleinige Wirksamkeit er aber bisher den Beweis schuldig geblieben ist. Der Ehemann der Patientin hat sogar hier ausgesagt, seine Frau habe ihm mitgeteilt, Dr. Issels habe ihr erklärt, sie und eine Frau W. seien die einzigen Patientinnen, deren Brustkrebs allein durch die interne Therapie geheilt werde. Als unantastbarer Grundsatz jedes ärztlichen Handelns gilt und verlangt es die Verantwortung dem kranken Menschen gegenüber, daß man lebensbedrohlich Erkrankte, die mit der herkömmlichen, allgemein anerkannten Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geheilt werden können, nicht dem Risiko eines neuen, bisher unbestätigten Heilverfahrens aussetzt. Wohin würde es führen, wenn jeder von einer Idee überzeugte Heilbehandler seine ersten Erfahrungen am Menschen sammeln und sie an die Stelle von Verfahren setzen wollte, für die in jahrzehntelanger mühseliger Arbeit von Generationen die theoretischen und technischen Voraussetzungen geschaffen wurden und die dann in der gesamten zivilisierten Welt sich als die zuverlässigsten erwiesen haben. Nur bei Kranken, die nach dem Stande unserer wissenschaftlichen Erkenntnisse und Möglichkeiten absolut nicht mehr heilbar sind, können derartige neue oder auch revolutionäre Verfahren ihre Berechtigung haben. Frau W. gehörte wahrhaftig nicht zu diesen.

Es kommt hinzu, daß Dr. Issels bei Frau W. in einem Augenblick seine interne Krebstherapie begann,

als sie infolge des „anoperierten“ Tumors und der gerade begonnenen Röntgenbestrahlung sich in einem Zustand erhöhter Gefährdung befand, was ihm als Arzt bekannt sein mußte. Selbst wenn er von der Wirksamkeit seiner Therapie völlig überzeugt war, mußte er wissen, daß dies nicht der geeignete Fall für ihn war und er hätte die Patientin bestimmen müssen, die begonnene Therapie fortzuführen und im Falle der Verweigerung die Behandlung ablehnen müssen. Denn es kann von keinem Arzt verlangt werden, gegen seine Überzeugung und gegen sein Wissen nur nach dem Wunsche der Kranken zu handeln. Hier steht das *Salus aegroti suprema lex* über dem Wunsche des Kranken, den leichtesten Weg zu gehen.

Kann man das alles noch als eine ärztliche Fehlleistung von Dr. Issels ansehen, so gewinnt der Fall ein anderes Gesicht vom 27. 10. 1955 ab, als die histologische Diagnose von Prof. Hueck das lokale, in der Ringberg-Klinik operativ nur teilweise entfernte Rezidiv feststellte. Das war der Augenblick, von dem ab die Entscheidung des Bundesgerichtshofes gilt, daß der Heilbehandler das von ihm angewandte Verfahren oder Heilmittel zu prüfen hat und, falls er erkennt oder erkennen muß, daß es im gegebenen Fall versagt, für die Zuziehung eines anderen Arztes zu sorgen hat, was nach Sachlage nur bedeuten kann, daß jenes wirksamste Verfahren anzuwenden ist.

Dr. Issels hatte Frau W. 10 Monate behandelt und er mußte nun spätestens beim Nachweis des Rezidivs erkennen, daß seine Therapie keineswegs wirksam war. Es war seine Pflicht, nunmehr die Patientin der allgemein anerkannt wirksamsten Behandlung wieder zuzuweisen. Man darf annehmen, daß das Karzinom infolge seiner biologisch relativen Gutartigkeit sich immer noch im Stadium Steinthal I befand, die Patientin also immer noch höchste Heilungsaussichten hatte. Zum zweiten Male stand er vor der Entscheidung, diesmal aber nach Scheitern seiner Therapie. Statt die Patientin nunmehr zur Operation zu überweisen, hält er sie mit allgemeinen Versprechungen hin, diagnostiziert und behandelt auf die Entfernung und rät dem besorgten Ehemann, der wegen einer Operation anfragt, noch ab. Das ist vom ärztlichen Standpunkt unentschuldigbar und bedeutet einen schweren Verstoß gegen die anerkannten Regeln ärztlicher Pflichten.

Wenn die Frage an mich gestellt wird, ob durch den Abbruch der in Bremen eingeleiteten schulmäßigen Therapie zur Durchführung der internen Krebsbehandlung in der Ringberg-Klinik eine Heilung der Frau W. verhindert oder mindestens ihr Leben erheblich verkürzt worden ist, so muß ich folgendermaßen antworten: Einem gewissenhaften ärztlichen Sachverständigen legt die Beantwortung der juristischen Definition „mit an Sicherheit grenzender Wahr-

scheinlichkeit“ eine fast nicht tragbare Bürde auf. Bei dem ungewöhnlich gutartigen biologischen Charakter dieses Karzinoms und dem frühen Stadium der Erkennung mußte man im Januar 1955 bei der Aufnahme in die Ringberg-Klinik mit einer Heilungswahrscheinlichkeit von durchschnittlich 85% für 5 Jahre rechnen, zum mindesten mit einer sicheren Verlängerung des Lebens, wenn Frau W. nach den in der ganzen Welt anerkannten Regeln behandelt worden wäre. Für diese Annahme spricht auch der trotz aller Irrwege günstige, sich über Jahre hinziehende Verlauf, ferner daß der Tumor lange Zeit lokalisiert blieb, ehe die allgemeine Metastasierung einsetzte. Bei allem Vorbehalt, den man bezüglich einer Prognose bei malignen Tumoren überhaupt machen muß, kann ich in diesem Falle nicht umhin zu erklären, daß im Dezember 1954 die Wahrscheinlichkeit, Frau W. durch die allgemein üblichen und bewährten Verfahren der Kombination von Radikaloperation, Röntgenbestrahlung und Hormontherapie zu heilen, denkbar groß war, mindestens ihr Leben verlängert worden wäre.

Das wirklich Erschütternde aber ist, daß zum Zeitpunkt der 2. Probeexzision im Oktober 1955 trotz offensichtlichen Versagens der sog. internen Krebstherapie noch einmal die gleiche denkbar große Wahrscheinlichkeit einer Heilung gegeben war, die m. E. aus vom medizinischen Standpunkt unerklärlichen Gründen nicht nur nicht wahrgenommen wurde, im Gegenteil: Dr. Issels hat bis zuletzt völlig uneinsichtig seine Therapie fortgesetzt, ja schon im offensichtlichen Stadium der allgemeinen Metastasierung unbegründet die Kranke und die Hausärztin beruhigt, bewußt falsche Hoffnung erweckt und vor jedem chirurgischen Eingriff gewarnt. Das ist vom ärztlichen Standpunkt aus unverantwortlich.

Das ist mein objektives Gutachten zum Falle W., das ich nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten verpflichtet bin. Erlauben Sie mir bitte zum Schlusse noch einige persönliche Bemerkungen:

Für einen ärztlichen Sachverständigen gehört die gegen einen Arzt gerichtete Aussage zu den schwersten Pflichten, denn in unserem ärztlichen Berufe wohnen „Schuldig“ und „Nichtschuldig“ häufig eng nebeneinander. Das, ich möchte sagen, Tragische an diesem Falle ist, daß Dr. Issels die Grenze überschritten hat, an der das oberste ärztliche Gesetz, das „Nihil nocere“ Halt gebietet. Er hat sich zum Versuche verleiten lassen, seine Therapie an einem kranken Menschen zu erproben, der mit den sog. Klassischen Verfahren mit größter Wahrscheinlichkeit geheilt worden wäre. Ob ein Arzt dieses oberste Gesetz durch unmittelbare Behandlung verletzt oder dadurch, daß er den Kranken vom heilbaren ins unheilbare Stadium gleiten läßt, ist letzten Endes gleich. In jedem Falle muß ein Kranker gegen derartige Versuche geschützt werden.

Nuclinal

mit großem Indikationsbereich

Vitamin-Heilcreme

LYSSIA-WERKE · WIESBADEN

AUS DEM STANDESLEBEN

„Mutter und Kind“

Thema des 36. Augsburger Fortbildungskongresses vom 26. bis 28. März 1965

Von A. Schretzenmayr

Wenn sich der 36. Augsburger Fortbildungskongreß mit dem Thema „Mutter und Kind“ beschäftigt, so könnte man zunächst glauben, daß hiermit zwar ein „gängiges“, jedoch im Grunde altehrwürdiges medizinisches Leitmotiv aufgegriffen und den fleißigen Hörern in neuem Gewande, aber in alteingeschliffenen Bahnen präsentiert werden soll. Daß dem nicht so ist, daß vielmehr die medizinische Relation Mutter—Kind erst in den allerletzten Jahren einen grundsätzlich anderen Aspekt, besonders in bezug auf Diagnose, Therapie und Prophylaxe erlangt hat, wird sich bei der Vorschau auf die einzelnen Referate ergeben.

Zunächst aber lassen Sie uns einen kurzen Blick auf die allgemein menschliche Beziehung Mutter—Kind werfen, wie sie in der bildenden Kunst von heute und früher zum Ausdruck kommt. Das Symbol „Mutter und Kind“ ist unserem westlichen Kulturkreis in den verschiedenen Versionen als „Madonna mit Kind“, „Anbetung“, „Dreikönigsfest“, „Epiphanie“ u. a. so geläufig, daß es uns kaum noch als abendländisches oder religiöses Zeichen zum Bewußtsein kommt; in einem kommerziellen Weihnachtskartenkatalog 1964 zum Beispiel hatten von ca. 250 angebotenen Ansichtskarten mehr als die Hälfte das Symbol „Mutter und Kind“ zum Thema, und zwar überwiegend von Meistern der romanisch-gotischen Stilepoche und der Renaissancezeit. Seit etwa 700 Jahren bis auf den heutigen Tag bedeutet offenbar dem Menschen des Abendlandes das Symbol „Mutter und Kind“ etwas sehr Wichtiges, worauf wir später zurückkommen wollen.

Wie aber war es im Frühmittelalter und vorher? Wie ist es in anderen Kulturkreisen? Überrascht stellt man fest, daß unser Symbol außerhalb des genannten Zeitraumes äußerst selten ist. In der spätantik-frühchristlichen Zeit sind die christlichen Symbole des Fisches, des *buon pastore*, des Pfaues, des Weinstocks, der Reben und viele andere bereits weit verbreitet, bevor erstmals Ende des 3. Jahrhunderts — und für längere Zeit einmalig — das Symbol „Mutter und Kind“ als Fresko in der Priscilla-Katakomben in Rom auftaucht (Abb. 1). Von dieser ersten frühchristlichen Darstellung bis zur Beliebtheit des Motivs im Hochmittelalter und in unserer Zeit gibt es nur wenige, um so wichtigere Bindeglieder: z. B. die Darstellung (Abb. 2) der Huldigung der Magier (Heiligdreikönig-Szene) auf dem Sarkophag der Adelpia in Syrakus (um 340) und das farbenprächtige Mosaik (Abb. 3) der thronenden Gottesmutter

in San Apollinare Nuovo in Ravenna (um 520). Waren die genannten Beispiele noch ganz der Kunst der Antike und Spätantike verhaftet, so finden wir das wichtigste Bindeglied für unser Motiv in einem Kunstdenkmal, das — vor kurzer Zeit noch fast unbekannt — immer mehr an Bedeutung für das Verständnis des „finsteren Mittelalters“, der „dark ages“ und für den Mechanismus der kulturell-künstlerischen Entwicklung von der Antike bis zu unserer Zeit gewinnt: Der Ratchis-Altar in Cividale (Abb. 4a, b und c).

Einige geschichtliche Vorbemerkungen sind für seine Deutung unerlässlich: Am Ostermontag, den 2. April 568 n. Chr. brachen die Langobarden von Pannonien mit ihren Familien und ihrem Vieh auf, drangen unter der Führung ihres Königs Alboin entlang dem Natisone in Italien ein und ließen sich, ohne auf Widerstand zu stoßen, zwischen Alpen und Benevent nieder. Die römischen Latifundienbesitzer wurden vertrieben, die bäuerliche Urbevölkerung blieb und wechselte den „padrone“: An die Stelle der Römer traten die vornehmen Langobarden, die Edeling. König Alboin ernannte seinen Schildträger und Neffen Gisulf zum ersten Herzog in Cividale, dem bis zum Sieg und Einzug Karls des Großen in Cividale (776 n. Chr.) 17 weitere, meist kriegerische Herzöge, folgten, unter ihnen Ratchis, Sohn des Herzog Pemmon und seiner frommen Gemahlin Ratperga. — Dieser kurze Auszug aus der Stadtgeschichte von Cividale, typisch für zahlreiche ähnliche Vorgänge während der Völkerwanderung, bedeutet kultur- und kunstgeschichtlich gesehen: Aufprall künstlerischer Potenzen auf die in Stagnation begriffene Antike, Durchbruch der germanischen Formen- und Gedankenwelt in der Kunst des Abendlandes und Aufbau dessen, was wir traditionsgemäß die „romanische“ Stilepoche nennen. — Der Ratchis-Altar ist einer der Zeugen für diesen stürmischen Evolutionsvorgang.

Es würde im Rahmen des uns gestellten Themas zu weit führen, nun im einzelnen die drei Szenen des Ratchisaltars zu schildern: Triumph Christi (Stirnseite des Altars), Heimsuchung (linkes Bild) und Epiphanie (rechtes Bild). Der Bruch mit dem bisher Konventionellen, die Überwindung der Antike, trifft den Betrachter mit gleicher Wucht, mit der der langobardische Einmarsch die antike Bevölkerung Friauls getroffen haben mag. Wenden wir uns unserem Symbol „Mutter und Kind“ zu, das in der Szene der Epiphanie dargestellt ist, so fällt es sicher nicht leicht, in dieser an

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen



Abb. 1: „Maria mit dem Kinde“, Freskodarstellung in der Priscilla-Katakombe in Rom (Ende 3. Jahrh. n. Chr.)

„moderne Kunst“ erinnernden Darstellung die Grundelemente zu erkennen, die in späteren Jahrhunderten jene begeisternden Madonnen mit Kind erstehen ließen. Und doch ließ dieser aus dem germanischen „Tierstil“, aus der Ausdrucksform des Ornaments entstandene, zugleich abstrakte und disziplinierte Stil genügend schöpferische Freiheit, um den Anstoß zur Weiterentwicklung zur Kunst des Mittelalters zu geben. Wer sich für romanische Portale mit ihren Tympanondarstellungen begeistert, erkennt unschwer die Vorläufer im Ratchis-Altar.

Hat nun unser christliches Symbol „Mutter und Kind“ Äquivalente in anderen Kulturkreisen oder vorchristliche Vorläufer? Die Antwort ist kurz: Abgesehen von einer, unserem Symbol kaum adäquaten Darstellung des an die Mutterbrust angelegten Säuglings in der hellenistischen Kunst (Vatikan-Museum) und abgesehen von altmexikanischen Tonfiguren ähnlichen Inhalts ist mir nur ein Beispiel aus der vorchristlichen



Abb. 2: „Huldigung der Magier“, Sarkophag der Adelpia, um 340 n. Chr., Nationalmuseum Syrakus

Zeit bekannt: Die „Göttin mit Kind“ aus dem etruskischen Tempel von Veji. Die Abbildung 5 zeigt die imponierende Terrakotta-Statue aus der Zeit und im Stil des weltberühmten etruskischen Apollo von Veji (500 v. Chr. Villa Giulia, Rom). Wenn man die stark beschädigte, erst jüngst entdeckte Terrakotta-Figur in Gedanken ergänzt, entsteht ein Bild, an das in entfernter Weise manche byzantinische Madonnen erinnern könnten, jedoch schließt allein schon das Intervall von fast 1000 Jahren ohne Brückensymptome irgendwelche Zusammenhänge aus.

Das Motiv „Mutter und Kind“ dürfte somit ein spezifisch christlich-abendländisches Symbol sein, das in anderen Kulturkreisen keine oder kaum Äquivalente hat und für das sich im Gegensatz zu den meisten frühchristlichen Symbolen, die fast durchwegs griechisch-hellenistisch-römische Vorgänger aufweisen, keine konstanten vorchristlichen Vorbilder finden lassen.

Das Motiv „Mutter und Kind“ versinnbildlicht über die religiöse Bedeutung hinaus die Verehrung des Abendländers für seine Familie. Welch krasse Gegensätze in den Auffassungen hier gegenüber dem fernöstlichen Kulturkreis bestehen, zeigt ein Blick auf das Symbol der chinesischen Familie (Abb. 6): Das Kind wird nicht von der Mutter, sondern von Männern präsentiert, vom Vater, Großvater und Urgroßvater. Es ist das Symbol für die Großfamilie, für den Clan! Das Wohl von Mutter und Kind, das Glück der Kleinfamilie, ist uninteressant! Entscheidend ist das Fortbestehen des Clans. Die Erhaltung der Generationen-



Abb. 3: „Thronende Madonna mit Kind“, San Apollinare nuovo in Ravenna (540 n. Chr.)

dirigiert das Herz . . .



Rhythmochin[®]

Extrasystolische Herzrhythmusstörungen
Paroxysmale Tachycardie

drohender Infarkt
Infarktnachbehandlung

Peroral
zuverlässig
wirksam

Rhythmochin I Dragées
(Chinidin, Procainamid, Crataegus)
Rhythmochin II Dragées (cum sedativo)
(+ 0,0015 g Phenyläthylbarbitursäure)

Nur für Notfälle: Rhythmochin pro Injektione

O. P. zu 20 und 50 Dragées

Ampullen zu 5 x 10 ccm



CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG AG WEVELINGHOVEN/RHEINLAND



Abb. 4a



Abb. 4b

Der Ratchis-Altar in Cividale (Friaul)



Abb. 4c

folge, wenn notwendig durch Polygamie, d. h. durch Zerstörung der Familie im abendländischen Sinn, ist für den fernöstlichen Menschen nicht nur Lebensziel, sondern auch gleichbedeutend mit Religion.

Vielleicht verstehen wir nun auch, warum unser Motiv „Mutter und Kind“ gerade heute eine so große Verbreitung und soviel Anklang findet. Die Großfamilie, die auch bei uns im Abendland, allerdings nicht als religiöser Selbstzweck, sondern als Wirtschaftsverband bestand, ist heute völlig verschwunden; wir mögen die Auflösung der Großfamilie aus vielen Gründen bedauern, sie ist eine Tatsache. In der För-

derung der Kleinfamilie, „seiner eigenen“ Familie im engsten Sinne des Wortes, erblickt der Abendländer heute das Motiv für seine hektische Arbeit, das ideell-materielle Gut, das er zu mehren und zu schützen bereit ist; auch derjenige, der nicht religiös eingestellt ist, sieht so in dem Symbol „Mutter und Kind“ das Sinnbild seines Strebens.

Die medizinischen und ärztlichen Aspekte des Themas „Mutter und Kind“ werden selbstverständlich weitgehend von diesen soziologisch-psychologischen Gegebenheiten beeinflusst. Nicht nur die Mutter, auch jedes einzelne Kind ist wertvoll geworden; an die Stelle des



mit hoher Geburten- und Säuglingssterblichkeit belasteten Kinderreichtums der Großfamilie tritt heute die Familienplanung. Damit wird zum aktuellsten Einzelthema das Referat „Die medikamentöse Geburtenregelung“, über das der junge Heidelberger Ordinarius für Frauenheilkunde, Prof. ZANDER, berichten wird. Eine „Familienplanung“ setzt aber voraus, daß das gewünschte Kind nicht nur zu der vorausgeplanten Zeit lebend ankommt, sondern daß es auch an Leib und Seele gesund ist. Die Großfamilie konnte es sich noch leisten, verkrüppelte Kinder, kranke und minderbegabte Kinder mitzuschleppen, ja, diese weniger tüchtigen Nachkommen konnten in der Großfamilie noch bestimmte Funktionen erfüllen; in der vorausgeplanten Kleinfamilie ist ein chronisch krankes, körperbehindertes oder minderbegabtes Kind nicht nur das Ende jeder Planung, sondern die Quelle eines lebenslangen Unglücks der betroffenen Familie. Aus diesen Gründen ist heute das Thema „Mutter und Kind“ fast gleichbedeutend mit dem der Prophylaxe für Mutter und Kind.

Drei wichtige Themen zu diesem Fragenkomplex leiten deshalb die Tagung am Samstag, den 27. März 1965, 8.30 Uhr, ein: Prof. G. FANCONI von GREBEL, Kinderklinik in Zürich, spricht über „Embryo- und Fetopathien“; der Leiter des Blutspendedienstes des BRK, Chefarzt Dr. GATHOF, Würzburg, berichtet über „Blutgruppen- und Faktorenunverträglichkeit“, und PD Dr. G. A. HAUSER, Luzern, erläutert die Klinik und Therapie der Gestosen. Da dieser Wissensstoff durch die genannten drei Referate nur schlaglichtartig aufgezeigt, in keiner Weise jedoch gründlich genug durchgearbeitet werden kann, findet für speziell interessierte Kollegen und deren Mitarbeiter(innen) im Anschluß an das Referat von Dr. Gathof in einem gesonderten Hörsaal ein zweitägiges blutgruppenserologisches Seminar statt, das jedem Teilnehmer die praktischen Grundlagen für dieses Thema vermitteln wird. Angesprochen sind nicht nur Laborärzte und Laborpersonal, sondern gerade auch Kinderärzte, Frauenärzte, chirurgische Disziplinen jeder Art und alle jene Ärzte, die regelmäßig oder gelegentlich mit Bluttransfusionen zu tun haben. Eine zweite Ergänzung zu den drei Einleitungsthemen ist das Podiumsgespräch am Samstag, den 27. März 1965,

◀ Abb. 5: „La dea col bambino“, etruskische Terrakottastatue, 6. Jahrh. vor Chr., aus dem Apollotempel von Veji (aus der Schule des berühmtesten etruskischen Künstlers Vulca)

TAESCHNER



Bei

Husten

hilft Kindern und Erwachsenen

Pertussin®

oral • perkutan • rektal

Neu: Pertussin® Halspastillen

nachmittags 13.45 Uhr, über „Schwangerenberatung und Stillprobleme als Aufgabe der ärztlichen Praxis“. Nicht nur berufspolitisches, sondern auch ethisches Ziel einer freiberuflichen Ärzteschaft ist es, die Schwangerenbetreuung in der eigenen Sprechstunde durchzuführen und nicht in staatlichen Instituten. Diese Forderung setzt aber die notwendigen Kenntnisse der modernen Medizin voraus. Das Podiumgespräch gibt die Gelegenheit, alle theoretischen und praktischen Fragen zu erörtern, die mit dieser wichtigen prophylaktischen Aufgabe der Allgemein- und Fachpraxis in Zusammenhang stehen.

Wenn nun das Kongreßthema von den pränatalen Fragestellungen zu Problemen der Geburt und der unmittelbaren Nachgeburtsperiode übergeht, so stehen heute auch hier die prophylaktischen Forderungen an erster Stelle. Es ist deshalb keine Redewendung, sondern ein grundsätzliches Novum, wenn die Themenformulierung des Referats von Prof. MARTIUS, München, lautet: „Moderne Geburtsleitung und Entbindung.“ Die Erfahrungen der EEG-Diagnostik in den letzten zehn Jahren haben ergeben, daß Epilepsie und andere zerebrale Schäden nicht nur intrauterin, sondern sehr häufig auch durch Störungen des Geburtsablaufes verursacht sind. Eine „Zange“ in der Anamnese wird heute nicht ganz zu Unrecht vom EEGisten oft als causa einer frühkindlichen Epl angesehen. Eine moderne Geburtshilfe muß, neben allen anderen Kautelen, dieser erschütternden Erfahrung Rechnung tragen. Das Thema



Abb. 6: „Väter und Kind“, Darstellung des fernöstlichen Familienideals (Gold- und Silberstickerei, Sammlung Sch.)

„Zwischenfälle in der Nachgeburtsperiode“ von Prof. Dr. Dr. W. PSCHYREMBEL, Berlin, ist zwar zunächst auf den Notfall, auf die Soforthilfe abgestellt. Aber auch in dieser Thematik sind wichtige prophylaktische Gesichtspunkte enthalten: In der französischen Koionlalbeamtenbesoidung galt der Grundsatz: „Die Jahre des Tropendienstes zählen doppelt, wie bei der Frau die Jahre der Schwangerschaft.“ Biologisch dürfte für die Frau die Zeit der Schwangerschaft nicht „doppelt zählen“, wenn „alles gut geht“. Es ist Aufgabe des Arztes, in der Nachgeburtsperiode alle jene Faktoren auszu-schalten, die heute so viele Frauen zu der immer wiederkehrenden anamnestischen Klage veranlassen: „Seit der Schwangerschaft bin ich krank.“ Ein aktuelles Thema der unmittelbaren Nachgeburtsperiode ist auch das der Mammaerkrankungen. Es ist bereits in dem erwähnten Podiumgespräch (Schwangerenberatung und Stillproblem) am Samstag, den 27. März 1965, nachmittags 13.45 Uhr, angesprochen. Zwei weitere Hauptreferate zu diesem Thema eröffnen den Sonntagvormittag des Kongresses (28. März 1965). „Röntgenologie der Mamma“ lautet der Titel eines Vortrags von Primarius Dr. W. DOBRETSBERGER, Linz. Es handelt sich um eine neue diagnostische Methode, und der mitten in der Praxis stehende röntgenologische Referent soll zeigen, ob diese bisher in der Klinik gepflegte Methode auch für die Praxis etwas taugt. „Früherkennung und Therapie der Mammaerkrankungen“, das Thema, das von unserem altbekannten, vielbewunderten Wiener Chirurgen Prof. KUNZ übernommen wurde, beschäftigt nicht nur den Praktiker, Frauenarzt und Chirurgen, sondern steht vordergründig vor einer weltweiten Untersuchungsreihe, die die Zusammenhänge zwischen Schwangerschaft, Laktation und Mamma-Ca endgültig klären will. Seitdem durch die „epidemiologischen“ Massenuntersuchungen eindeutig geklärt werden konnte, daß das Zigarettenrauchen einer der pathogenen Faktoren des Lungen-Ca's ist, will man endgültig entscheiden, ob die Frau als Preis für das Stillen ihrer Kinder das Mamma-Ca in Kauf nehmen muß. Die vorläufigen Ergebnisse sprechen dafür, daß die Laktation nicht als Faktor für das Mamma-Ca wirksam wird. Ob sich andere prophylaktische Ergebnisse zeigen werden, bleibt abzuwarten. Der praktizierende Arzt aber steht nach wie vor bei der Frage des tastbaren „Knotens in der Brust“, der „Verhärtung“, der Ca-phobie der Frau, vor schwierigen Entscheidungen, die zu klären und zu erleichtern das Referat KUNZ beitragen wird.

Den Vorträgen über die Nachgeburtsperiode und die Mammaerkrankungen schließen sich Referate über frühkindliche Erkrankungen an. Der Vortrag „Ernährung des Säuglings“ (Prof. Dr. W. DROESE, München) steht ganz im Zeichen der prophylaktischen Medizin und soll vor allem dem vielgeplagten Praktiker Wege zeigen, wie er aus dem Wald von Anpreisungen industrieller Kindernährmitteln herausfindet. Die „Neugeborenenklinik“, die heute tatsächlich in Form eigener Abteilungen unter der Leitung eines Kinderarztes den klassischen Gebärkliniken angeschlossen wird, soll dem praktizierenden Arzt und Facharzt in Form von zwei Referenten ans Herz gelegt werden: PD Dr. G. von MURALT, Bern, bespricht die „Konservative Therapie der Neugeborenenenerkrankungen“, während Prof. OBER-NIEDERMAYR, München, „Die Chirurgie und Orthopädie des Neugeborenen“ als Thema übernommen hat.

Schach
in Ihrer Hand



Choleretisch - antibakteriell -
spasmolytisch - Heperos -
das neue Präparat
bei Gallenwegserkrankungen

HEPEROS



-Institut GmbH München-Lohhof

Mit diesen Referaten schließt der Sonntagvormittag, und für die ganz Fleißigen — das sind erfahrungsgemäß immer die Kinderärzte und die kinderärztlich tätigen Praktiker! — sind nun am Sonntagnachmittag drei Referate à 30 Minuten über brennende Probleme zum Thema „Mutter und Kind“ angefügt. Wenn nun alle Vorsorge, Fürsorge und alle Bemühungen im Sinne der prophylaktischen Medizin doch einmal versagt haben, wenn doch das große Unglück geschehen ist, daß die Kleinfamilie mit einem nicht ganz gesunden Kind „gestraft“ wird, was dann? Jeder praktizierende Arzt hat wiederholt die Mutter oder die Eltern eines solchen Kindes in der Sprechstunde gehabt und kennt die ganze Not, Verzweiflung und Problematik eines solchen Kindes. Ich wiederhole mich bewußt: Die Großfamilie kannte diese Probleme nicht, oder zum mindesten nicht in diesem Maße. Es ist die gepiante Familie, die bei einem nicht ganz geratenen Kind diese fast unerfüllbare Forderung auf Abhilfe an den Arzt mit besonderem Nachdruck stellt. Was möglich ist zu tun, sollen folgende drei Referate vermitteln: Prof. Dr. H. ASPERGER, Wien: „Das schwererziehbare Kind“, Prof. Dr. O. VIVELL: „Neue Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe und -therapie im Kindesalter“ und Primarius Dr. A. RETT, Wien: „Das hirngeschädigte Kind.“

Möge der Teilnehmer, der Praktische Arzt und Facharzt jeder Richtung, aus diesen Referaten viel Wissenswertes für seine Praxis und für seine notleidenden Mütter und Kinder mit nach Hause nehmen. Was ich mit diesem Überblick zu sagen versucht habe, ist folgendes: Das Thema „Mutter und Kind“ ist ein uraltes Problem, dessen Symbol bereits vor 2500 Jahren von den Etruskern in der gleichen Weise künstlerisch dargestellt wurde, wie wir es uns heute als Weihnachtsgruß von Haus zu Haus schicken; aber das Thema „Mutter und Kind“ hat heute einen ganz besonders aktuellen Auftrieb erhalten durch die zahlreichen prophylaktischen und therapeutischen Möglichkeiten, mit denen der moderne Arzt die Sehnsucht der Mutter, das Gedeihen des Kindes und damit das Glück der Familie zu beeinflussen imstande ist.

Anschrift d. Verf.: Prof. Dr. A. Schretzenmayer,
89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Das Tagungsprogramm

des 35. Augsburger Fortbildungskongresses vom
26.—28. März 1965 ist auf Seite 81 veröffentlicht.

Sonderausstellung Julius Robert von Moyer

Im Deutschen Museum in München findet zur Zeit eine bis 28. Februar 1965 geöffnete Ausstellung über Julius Robert von Mayer, den berühmten Begründer der Lehre von der Konstanz der Kraft, statt. Der besondere Anlaß war, seiner anlässlich des 150. Geburtstages zu gedenken. Der am 25. November 1814 in Heilbronn geborene Gelehrte studierte u. a. auch in München Medizin. Nach seiner Promotion mit der Dissertation „Über das Santonin“ war er vorerst als Schiffsarzt tätig. Hier beobachtete er bei Aderlässen an der Schiffsmannschaft hellrotes Venenblut. Er deutete dies als Wirkung der veränderten Wärmeökonomie. Er wies mit voller Klarheit zum ersten Male den Begriff von Arbeit und Wärme und ihre Bedeutung für die Astronomie und Physiologie des Menschen nach. Später war er als Oberamtswundarzt und Stadtarzt in Heilbronn angestellt. Er mußte einige Zeit als Geisteskranker in Irrenanstalten verbringen, wo er noch nach der alten Methode mit Zwangsstuhl und Zwangsjacke behandelt wurde. Nachdem er 1854 als geheilt entlassen wurde, erhielt er die Genugtuung, von Universitäten und wissenschaftlichen Gesellschaften und durch Verleihung des Adels gewürdigt zu werden. Die reiche Ausstellung zeigt eine Fülle von handschriftlichen Dokumenten, Druckschriften, Bildern und Apparaten, die der Sammel-tätigkeit der Stadt Heilbronn zu danken sind. Hier findet sich auch das Diplom der Akademie der Wissenschaften zu München mit der Ernennung zum korrespondierenden Mitglied der Akademie, unterzeichnet von Präses Justus Liebig und dem Klassensekretär Fr. Ph. Martius. Auch das Diplom der Physikalisch-medizinischen Gesellschaft in Würzburg mit der Ernennung zum korrespondierenden Mitglied findet sich in der Sammlung. Aus Anlaß des Jubiläums wurde von Schmolz und Weckbach ein wertvolles reichbebildertes Werk „Robert Mayer. Sein Leben und Werk in Dokumenten“ herausgegeben, das einen eindrucksvollen Einblick in dieses Leben eines bedeutenden Arztes und Physikers gibt. Den Ärzten kann der Besuch dieser Ausstellung warm empfohlen werden. K-g.

Nächster Kurs für RöntgenhelferInnen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für ungeprüfte Röntgenhelferinnen findet Ende März / Anfang April 1965 in Erlangen statt. Um die Teilnahme an diesem Kurs können sich nur solche Röntgenhelferinnen bewerben, die mindestens drei Jahre diese Tätigkeit ausgeübt haben. Die Kursgebühr beträgt DM 100,—, die Prüfungsgebühr DM 20,—. Die Anmeldung zu diesem Kurs soll bis spätestens 28. Februar 1965 bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, erfolgen.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Inzwischen werden Sie alle die Broschüre „Psychiatrie heute – Psychiatrie und ihre Grenzgebiete“ als Band 1 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer erhalten haben. Dieses Buch ist Ihnen kostenlos zugegangen.

Im Band 2, der nun vorliegt, wurden die Vorträge der 14. Wissenschaftlichen Ärztesagung Nürnberg „Altern – Hypertonie – Vergiftungen“ abgedruckt. Er umfaßt 443 Textseiten. Sie können diesen Band zum Selbstkostenpreis von DM 6.– bei der Bayerischen Landesärztekammer bestellen. Wir bitten Sie daher, nachstehenden Bestellschein ausgefüllt an die

Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85,
zu schicken.

Bitte abtrennen und einsenden an: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85

Bestellschein

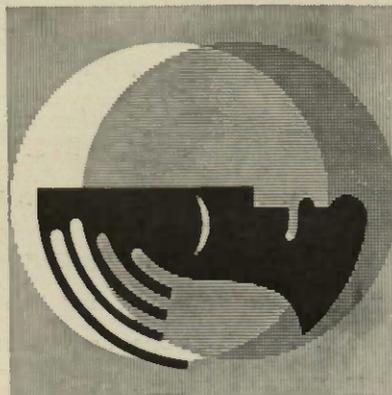
Hiermit bestelle ich den Band 2 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer: Vorträge der 14. Wissenschaftlichen Ärztesagung in Nürnberg „Neue Gesichtspunkte zum Altern und Alter – Therapie der nichtrenalen und renalen Hypertonie – Therapie der akuten Vergiftungen“ zum Preis von 6 DM (incl. Versandkosten).

Datum:

Unterschrift

Stempel

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

Zu den fast durchgehend irreführenden Meldungen in der Tagespresse über die vom Rechtsanwalt von Herrn Dr. Issels wegen zweier Sätze im Artikel „Der zweite Prozeß gegen Dr. Josef Issels“ (Seite 8) erwirkten Einstweiligen Verfügung erhielten alle bayerischen Zeitungen von der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft eine Richtigstellung. In der „Abendzeitung“, Ausgabe vom 16./17. 1. 1965, erschien außerdem eine Erklärung des Schriftleiters des „Bayerischen Ärzteblattes“, Dr. med. Willy Reichstein, die nachstehend im vollen Wortlaut wiedergegeben wird.

„Krebsarzt Issels erwirkt Einstweilige Verfügung“

Unter dieser und ähnlichen Überschriften ging in den letzten Tagen durch zahlreiche Zeitungen des Bundesgebietes die Meldung, daß Herr Dr. Issels eine Einstweilige Verfügung gegen die Bayerische Landesärztekammer und den Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“ erwirkt habe. Mit dieser Einstweiligen Verfügung wird — wie auch die AZ vom 13. 1. 65 berichtete — verboten, einen im „Bayerischen Ärzteblatt“ für die nächste Ausgabe angekündigten Artikel über den Prozeß gegen Dr. Issels „in der geplanten diffamierenden Form zu veröffentlichen“.

Die genannte Pressemeldung ist in der gewählten Form geeignet, nicht nur über den genannten Artikel, sondern auch über die Ärztekammer, das Ärzteblatt und dessen Schriftleiter und den Verfasser des Artikels völlig falsche Vorstellungen hervorzurufen. In Wahrheit wurden aus jenem Artikel, der fünf Druckseiten umfaßt, ganze zwei Sätze gestrichen!

Diese beiden Sätze sind im übrigen für das Verständnis des Artikels und seinen Inhalt unwesentlich und halten sich als Teil einer kritischen Stellungnahme nach unserer Auffassung durchaus im Rahmen der durch das Grundrecht der Pressefreiheit und der Freiheit der Meinungsäußerung gezogenen, aber auch geschützten Grenzen. Wir können daher in der Einstweiligen Verfügung auch kein berechtigtes Verbot eines unerlaubten Handelns, sondern nur einen Eingriff in die Pressefreiheit sehen.

Da das „Bayerische Ärzteblatt“ niemals die Absicht haben wird, irgendeinen Menschen zu diffamieren, bestand und besteht auch nicht die Absicht, Herrn Dr. Issels oder seinen Verteidiger zu diffamieren. Mit Erstaunen haben wir auch festgestellt, daß in diesem Fall die sonst auf diesem Gebiet so empfindsam reagierende allgemeine Presse die Mitteilung über das unserem Presseorgan auferlegte Verbot einer Meinungsäußerung offenbar ohne Besorgnis zur Kenntnis nahm. Die Art, wie die Tatsache der Einstweiligen Verfügung von einem der Verteidiger des Herrn Dr. Issels verbreitet und von der Presse auch aufgenommen wurde, paßt allerdings zu dem Bild der Begriffsverwirrung, die in Zusammenhang mit dem Urteil gegen Dr. Issels immer wieder festgestellt werden muß.

Es erscheint uns daher — auch zur Abwehr beleidigender Unterstellungen — dringend geboten, auf zwei Tatsachen hinzuweisen:

1. Das Gericht hat Herrn Dr. Issels von der Anklage der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Es hat in der mündlichen Urteilsbegründung aber auch folgende Feststellung getroffen: „Zur Gesamtheit der vorgelegten Heilfälle muß allerdings gesagt werden, daß in objektiver Hinsicht nicht erwiesen ist, daß Dr. Issels einen Krebsfall durch seine interne Therapie geheilt hat.“ Die Tatsache, daß diese Feststellung im Urteil der Öffentlichkeit kaum bekanntgeworden ist, macht sie deshalb nicht unwahr!

2. Der Freispruch des Herrn Dr. Issels von der Anklage der fahrlässigen Tötung bedeutet nicht, daß sein Verhalten, das zu dem Strafverfahren führte, auch allgemein und insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer gewissenhaften ärztlichen Berufsausübung zu billigen oder gar zu loben ist. Eine Aufklärung der Öffentlichkeit über diese sehr wesentlichen Tatsachen wäre verdienstvoller als eine großaufgemachte Verbreitung halber Wahrheiten über eine Einstweilige Verfügung.

Zur Schlangengift-Therapie



Vipericin®

beim rheum. Symptomenkomplex, insbesondere Myalgien,
Lumbago, chron. rheum. Gelenkaffektionen,
insbesondere bei Osteochondrosen, Osteoporosen,
Morbus Sudeck, Morbus Bechterew

Vipericin® 5 Amp. zu 1 ml, Vipericin®-Forte 5 Amp. zu 1 ml
Vipericin®-Salbe, Tube mit 20 ml, Vipericin®-Forte-Salbe,
Tube mit 20 ml

Anwendung: subcutan, intramuskulär, introcutan

Zur unspezifischen Reiztherapie



Acolon®

bei der Behandlung bonaler Infekte,
insbesondere der grippalen Infekte und bei allen
infektiösen Kinderkrankheiten

Acolon®-Tropfen, Flasche mit 15 ml
Acolon®-Tabletten. Rührchen mit 30 Tabletten

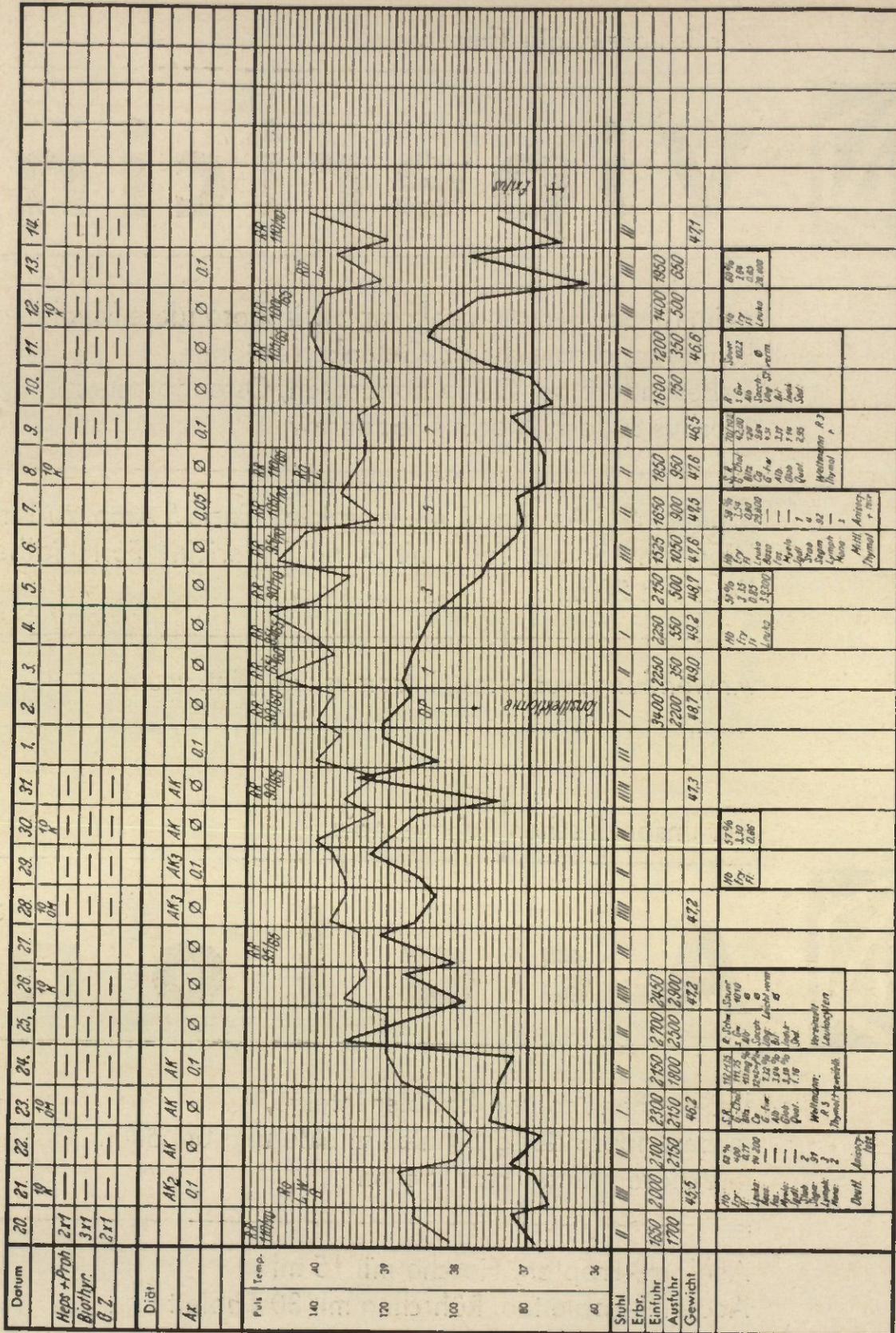


Bild 9: Fall Nr. 263/52, Pat. M. Z., 18 Jahre. Diagnose Retrothelarkom parasternal links operiert, histologisch gesichert, röntgenbestraht; multiple Lungenmetastasen. Kurverlauf des 1. Behandlungsmonats: Hochliegende Pulskurve bei Einweisung als Ausdruck schwerer toxischer Schädigung („Rotes Toxin“). Starke Fieberreaktion auf AX 01 (Immunbiologisches Tumorphäparat) am 6. Tag. Am 14. Tag Tonsillektomie mit nachfolgendem Abklingen der Temperatur ohne Beeinflussung der Pulskurve. Am 28. Tag Exitus nach weiterem Anstieg der Pulsfrequenz („Rotes Toxin“ therapeutisch nicht beherrschbar).
 Nachdruck aus „Ergebnisse und Erkenntnisse nach vierjähriger klinisch-interner Therapie beim inkurablen Krebskranken“ von Dr. med. Josef Issels aus „Hippokrates“ 16/1964 mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

In seiner kritischen Beurteilung der Behandlungswiese von Dr. Josef Issels erklärte der Gutachter Professor Dr. H. E. Bock (Seite 21) zu vorstehender Kurve folgendes:

Bei dieser Kurve, die von Dr. Issels als repräsentativ für seine Behandlungsmethode von ihm abgebildet wurde, ist außer der prinzipiellen Indikationsstellung

zur Tonsillektomie zumindest folgendes dringend abzulehnen:

1. Gabe von Schilddrüsenwirkstoff trotz Tachykardie;
2. Operationstermin trotz Fieber von 39,1° C und Pulsfrequenz von 140/min;
3. Nichtberücksichtigung des postoperativen Kreislaufschocks (RR 65/60 (!) mm Hg);
4. Nichtberücksichtigung des Nierenschocksyndroms (Oligurie von 350 ccm/Tag).

Stellung der Malignomtherapieformen

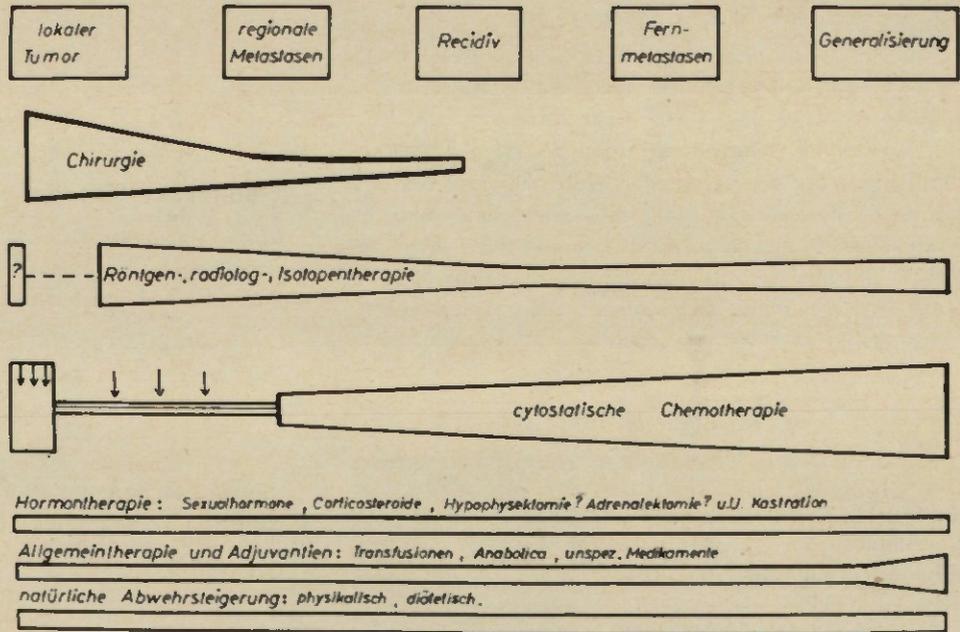


Abbildung 1 zu Sachverständigen-Gutachten Prof. Dr. Bock (Seite 21): Stellung, Bedeutung und Zeitplan der Malignomtherapieformen nach BOCK, H. E.: Chemotherapie des Krebses, Haupt-Referat auf der 30. Jahresversammlung der Schweizer Gesellschaft für Innere Medizin 1962 (Helvetica Medica Acta, Vol. 29 [1962]: 491-514 und Internist 4,3 [1963]: 77-83).

Das Zweite Deutsche Fernsehen bringt in seiner Sendung
„GESUNDHEITSMAGAZIN“

am Montag, 1. Februar 1965, 20.15 Uhr

ein Gespräch mit Herrn Professor Dr. H. E. Bock, Tübingen, Präsident des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V., über die Krebsbekämpfung und dabei auch über die im Prozeß gegen Dr. Issels zur Sprache gekommenen Fragen.

LACTUMFERMA®

die komplexe Lebertherapie
bei Leberschäden und zum Leberschutz



Exakt dosierbare Lacto - Proteine
Lipotrope Aminosäuren
Breitbandenzymen

FERMENT CHEMIE GMBH · 4950 MINDEN

PERSONALIA

Dr. Balzer 75 Jahre alt

Am 15. Januar 1965 wurde Herr Kollege Peter BALZER 75 Jahre alt. Er führte ehemals die Geschäfte des Münchener Ärztlichen Vereins für freie Arztwahl e. V. und war danach Geschäftsführender Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung. In der Wahrnehmung der Belange der Kassenärzte und insbesondere beim Bau des Ärztehauses München in der Briener Straße sowie bei der Erhaltung der Bayerischen Ärzteversorgung als einer von der Reichsärztekammer unabhängigen Einrichtung hat er sich große Verdienste erworben.

Dr. Völlinger 70 Jahre alt

Am 2. Januar 1965 konnte Herr Kollege Dr. Friedrich VÖLLINGER, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, seinen 70. Geburtstag begehen.

Seit nahezu 14 Jahren steht Herr Dr. Völlinger nun an der Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und seit mehr als 12 Jahren ist er auch Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Seine Mitarbeit in den ärztlichen Berufsorganisationen reicht zurück bis in das Jahr 1922, dem Beginn seiner selbständigen Tätigkeit als Praktischer Arzt in Freising. Nach 1945 hat er tatkräftig beim Wiederaufbau der berufsständischen Selbstverwaltung mitgewirkt. Für seine Verdienste wurde er 1960 mit dem großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Der Deutsche Ärztetag 1964 verlieh ihm in dankbarer Anerkennung seiner Verdienste um den ärztlichen Beruf und dessen Selbstverwaltung die Paracelsus-Medaille.



Ärzte erhalten den Bayerischen Verdienstorden

Wir freuen uns mitteilen zu können, daß eine große Zahl bayerischer Kollegen mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet worden ist. Es sind dies:

- Dr. Karl Arthur Bergler, Weissenburg, Eichstätter Str. 5
- Prof. Dr. Hans Bronner, München, Opitzstraße 20
- Dr. Klaus Dehler, MdL, Nürnberg, Spittlertorgraben 15
- OMR a. D. Alfred Groth, München 19, Löfftzstr. 5/III
- Dr. Ernst Hense, München 22, Steinsdorfstraße 18/I
- Prof. Dr. Alfred Hueck, München 13, Amalienstraße 15
- Prof. Dr. Wolfgang Laves, München 15, Frauenlobstr. 7

Dr. med. habil. Eugen Lederer, Ministerialrat a. D., München 55, Gräfelinger Straße 3

Dr. Bernhard Marlinger, Cham, Marktplatz 11

Prof. Dr. Ernst Wollheim, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2

Prof. Dr. Kari Zipf, Kempten, Zwanzigerstraße 52

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen

Herrn Obermedizinalrat Dr. Paul KAMPRATH, ehem. Chefarzt des Kreiskrankenhauses Lindau, wurde das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

Die Überreichung erfolgte in feierlicher Form in den Amtsräumen des Lindauer Oberbürgermeisters durch Staatsminister Dr. Franz HEUBEL.

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Gesandten Dr. Manchego und Dr. Ludwig Hamm, MdB

Vor dem Präsidium des Deutschen Ärztetages überreichte der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Ernst FROMM, am 13. Dezember in Köln das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft an zwei um das deutsche Gesundheitswesen verdiente Persönlichkeiten:

an Dr. med. Victor MANCHEGO, Gesandter bei der Botschaft der Republik Peru in Bonn, und

an Dr. Ludwig HAMM, MdB, Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen.

Dr. Manchego hat seine medizinische Ausbildung an deutschen Universitäten erworben. Nach der ärztlichen Approbation ist er — wie Dr. Fromm bei der Überreichung des Ehrenzeichens betonte — in schwerster Zeit als Arzt in Deutschland geblieben: Er war von 1941 bis 1947 an der Berliner Charité tätig. Seitdem hat er sich als Arzt und Diplomat insbesondere darum bemüht, auf dem Gebiet der Medizin die Verständigung zwischen den Völkern zu fördern.

Rechtsanwalt Dr. Hamm ist seit Beginn der 4. Legislaturperiode Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen. In dieser Zeit sind eine Reihe von gesundheitspolitisch wichtigen Gesetzgebungsarbeiten in Angriff genommen und abgeschlossen worden, wobei Dr. Hamm sich immer wieder mit Erfolg dafür einsetzte, daß der freie Arzt seinen angemessenen Platz im Gesundheitswesen einnehmen konnte. Dr. Fromm erwähnte als Beispiel das Jugendarbeiterschutzgesetz, bei dem zum erstenmal die freipraktizierende Ärzteschaft in ein umfassendes Vorhaben der präventiven Medizin eingeschaltet werden konnte.

Cefossin > CEFAK <®
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK KEMPTEN



CEFAK-KEMPTEN

AUS DER BUNDESPOLITIK**FDP zur gesetzlichen Regelung der Mutterschaftshilfe**

Nach Meinung des FDP-Abgeordneten und Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen Dr. Ludwig HAMM (Kaiserslautern) muß der Mutterschutz insbesondere in der gesundheitlichen Betreuung der werdenden Mütter während der Schwangerschaft und bei der Niederkunft verbessert werden, wenn weitere Erfolge im Kampf gegen die Mütter- und Säuglingssterblichkeit erzielt werden sollen. Dabei sollten möglichst alle Frauen in diese Betreuung einbezogen und ärztliche Beratungen und Versorgungsuntersuchungen einschließlich Blutgruppenuntersuchungen in ausreichender Zahl und eine regelmäßige Betreuung durch eine Hebamme sowie die Möglichkeit der Klinikentbindung nicht nur Pflichtleistungen der sozialen, sondern auch Tarifleistungen der privaten Krankenversicherungen werden. Für diese spezielle gesundheitspolitische Aufgabe sollte allen, auch den privaten Kassen, der Kostenrückgriff auf öffentliche Mittel ermöglicht werden.

Diese Regelung vermeide einen bedenklichen direkten staatlichen Eingriff durch die Einschaltung der Gesundheitsämter. Sie werde auch der gestellten Aufgabe gerechter als andere vorgeschlagene Lösungen.

Die Freien Demokraten strebten eine stärkere Individualisierung der Beschäftigungsverbote für werdende Mütter neben der bestehenden Schutzfrist von 6 Wochen vor der Niederkunft an, ohne daß die Freiheit der persönlichen Entscheidung über die Fortsetzung der Arbeit mehr als bisher eingeengt werden dürfe. Sie befürworteten, so erklärte Dr. Hamm, eine angemessene Verlängerung der unverzichtbaren Schutzfrist nach der Niederkunft, außerdem sinnvolle Maßnahmen ärztlicher und betrieblicher Art, die dem individuellen Schutz der werdenden Mutter und des Kindes dienen, da jede noch so gute gesetzliche Regelung nicht erschöpfend sein könne.

AMTLICHES**Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 11. 7./ 14. 11. 1964 in München mit Wirkung ab 1. 1. 1965 folgende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 26. 5. 1962 (Bayer. Ärzteblatt 1962/362, 1963/192 und 1964/1008) beschlossen:

§ 2 Gruppe 6 Abs. 1 Satz 1 HVM erhält folgende Fassung:

„Für jeden Besuch innerhalb der politischen Gemeinde, in der der Kassenarzt niedergelassen ist, wird als Abgeltung für Unkosten und Zeitversäumnis ein Betrag von mindestens DM 1.—, bei Nacht, am Sonntag und im Sonntagsdienst von DM 2.— bezahlt, sofern eine Wegegebühr nach diesem HVM nicht vorgesehen ist.“

München, den 31. 12. 1964

Dr. Völlinger
Vorstandsvorsitzender

Entzug der Approbation und andere Bestallungsangelegenheiten der Ärzte

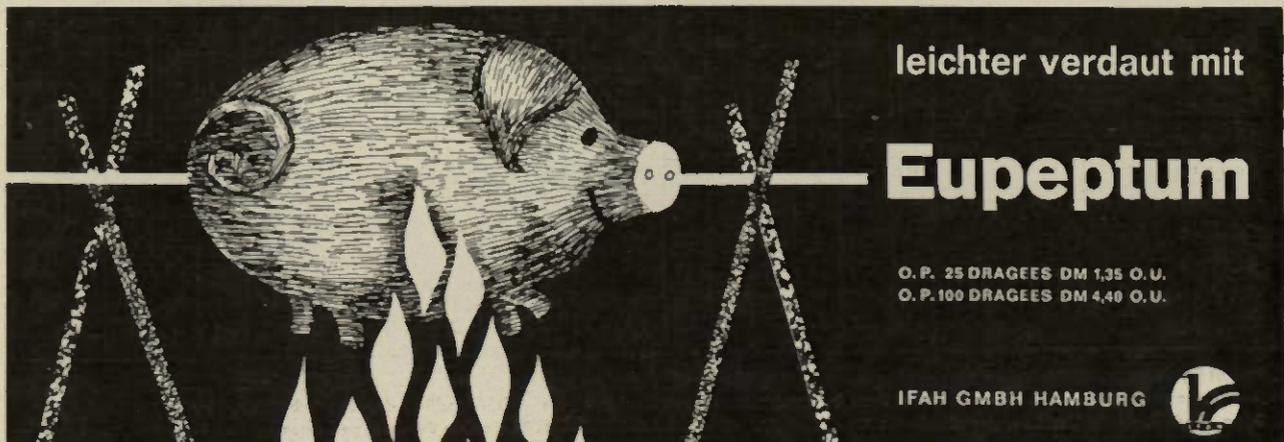
Betr.: Dr. med. Heinrich Clement, geb. 4. 1. 1915 in Medebach/Westf., wohnhaft: Berlin 21, Turmstr. 14.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin hat mit Verfügung vom 27. 12. 1963 gemäß § 5 Abs. 1 Ziff. 2 Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 1857 / Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin S. 1691) die Bestallung als Arzt zurückgenommen. Die dagegen gerichtete Klage ist vom Verwaltungsgericht Berlin abgewiesen worden; Berufung wurde nicht eingelegt. Die Verfügung ist daher seit dem 10. 10. 1964 unanfechtbar.

Die Anordnung des Ruhens der Bestallung vom 9. 1. 1963 ist damit gegenstandslos geworden.

Betr.: Dr. Friedrich Illgen, geb. 1. 7. 1890 in Crammitzschau/Sachsen, wohnhaft: Berlin 20, Waldürner Weg 18.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin hat am 19. 10. 1964 auf Antrag des Genannten die Ruhensverfügung vom 20. 12. 1962 aufgehoben. Dr. I. ist somit wieder berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben.



leichter verdaut mit

Eupeptum

O. P. 25 DRAGEES DM 1,35 O. U.
O. P. 100 DRAGEES DM 4,40 O. U.

IFAH GMBH HAMBURG

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1964*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Während Diphtheriefälle im November in etwa gleicher Zahl wie im Oktober bekannt wurden, nahm die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen im Berichtsmonat weiter zu. Die Erkrankungsziffer von 162 Fällen auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr berechnet) hatte den seit 1958 höchsten Wert. Es ist aber anzunehmen, daß damit, wie in den vergangenen Jah-

ren, der jahreszeitliche Gipfel erreicht ist. Übertragbare Kinderlähmung trat im November nicht auf.

An Bauchtyphus und bakterieller Ruhr erkrankten im November etwas weniger Personen als im Vormonat, die Zahl der Fälle von übertragbarer Leberentzündung (Hepatitis infectiosa) stieg etwas an.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. November 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare														
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)				
	dar. paral. Fälle	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E							ST	E	ST
Oberbayern	1	—	558	—	—	—	—	5	—	6	—	—	—	2	—	3	—	11	—
Niederbayern	11	—	70	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	1	—	12	—
Oberpfalz	20	—	74	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Oberfranken	—	—	167	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	1	—	—	1	—
Mittelfranken	1	—	182	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—
Unterfranken	1	—	82	—	—	—	—	5	1	11	1	—	—	2	—	1	—	1	—
Schwaben	1	—	185	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Bayern	35	—	1318	—	—	—	—	17	2	26	1	—	—	9	1	6	—	28	—
München	—	—	315	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	7	—
Nürnberg	1	—	56	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Regensburg	2	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19	
	Enteritis infectiosa																			
	Salmonellosa		Übrige Formen		Bakteriell		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾		Baugs'che Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach (stamdesantl. meldepfl.) Geburt		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	21	—	1	—	1	—	98	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Niederbayern	8	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2
Oberpfalz	2	—	—	—	—	—	38	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Oberfranken	3	—	—	—	—	—	54	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	—	—	—	—	56	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	28	—	—	—	2	—	80	—	1	—	3	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Schwaben	29	—	1	—	—	—	24	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	92	—	2	—	3	—	383	—	4	—	32	—	2	—	1	1	6	—	3	—
München	6	—	1	—	—	—	54	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) ST = Sterbefälle. 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres od. Tierkörpers.



**Von Husten
befreit!**

Puraeton

HUSTENSAFT 120, 240 und 600 g

HUSTENTROPFEN 15 und 50 ml

Jetzt auch mit Codein

Puraetonal

BRONCHIAL-BALSAM 25, 38 und 300 g

DOLORGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG

MITTEILUNGEN

Documenta Psychopathologica

Internationale Ausstellung des bildnerischen Schaffens Geisteskranker

Vom 28. bis 31. Januar 1965 findet in der Städtischen Galerie im Lenbachhaus, München, Luisenstraße 33 (Ecke Königsplatz) eine Ausstellung des bildnerischen Schaffens von Geisteskranken statt. Mit dieser Ausstellung soll Interesse für psychiatrische Probleme erweckt werden, da die Malerei Geisteskranker die Möglichkeiten bietet, dem Verständnis dessen, was ein Psychotiker empfindet, erlebt und erleidet, näherzukommen.

Gefährdet die Röntgenbestrahlung von Konserven die Erbmasse?

Prof. Dr. MAINX, der Vorstand des Wiener Universitätsinstituts für Biologie, berichtete über die genetischen Gefahren der Röntgenbestrahlung von Konserven. Wiener Forscher wollten erstmalig den Nachweis der Übertragung von Erbeigenschaften durch DNS bei mehrzelligen Lebewesen erbringen. Dabei wurden Fliegen mit DNShaltigen Lebensmitteln gefüttert, die zuvor einer Röntgenbestrahlung ausgesetzt waren. Für die Nachkommenschaft der Versuchstiere hatte das zu meist tödliche Folgen.

Heute wird in manchen Ländern bereits die Sterilisation von Konserven mit Röntgenstrahlen durchgeführt. Tatsächlich werden diese Nahrungsmittel durch die Bestrahlung keimfrei. Da aber vor allem Fleisch- und Fischkonserven große Mengen DNS enthalten, bedeutet, wie das zufällige Nebenergebnis der Experimente der Wiener Forscher zeigt, die Röntgenbestrahlung solcher Konserven eine ernste Gefahr für die menschliche Nachkommenschaft. In Österreich verbietet der gültige Lebensmittelkodex die Bestrahlung von Konserven.

A.-St.

Diätverpflegung

Das von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gemeinsam mit dem Deutschen Bäderverband, dem Verband der Köche Deutschlands und dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband geschaffene „Gütezeichen (RAL) Diätverpflegung“ wird jetzt von 39 Kurhäusern, Kurhotels und Sanatorien in den Bädern Bertrich, Hersfeld, Kissingen, Mergentheim, Nauheim, Neuenahr, Rothenfelde, Salzuflen und Steben sowie in Bühlerhöhe, Freudenstadt, Säckingen am Rhein und in Endbach (Kreis Biedenkopf) geführt. Das Gütezeichen kennzeichnet Häuser, in denen ständig vier Diätformen — Diät für Übergewicht, Diät bei Krankheiten der Verdauungsorgane, Diät bei Herz- und Kreislaufkrankheiten und Diabetes-Diät — erhältlich sind.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. R. RUEFF: *Die Zellelektrophorese und ihre diagnostische Anwendung in der Klinik*. 1964, 86 Seiten, kartoniert DM 18.—. J. F. Lehmanns Verlag München.

Der Verfasser berichtet eingangs über die von ihm durchgeführten Verbesserungen der Apparatur, u. a. durch Verwendung eines Phasenkontrastmikroskops mit 800facher Vergrößerung und durch die Vorbereitung der fotografischen Dokumentation. Der Hauptteil befaßt sich mit der Mittellung eigener Ergebnisse bei der Untersuchung von roten und weißen Blutzellen, Sternmarktblut, Lymphknoten und Tumorzellen.

Die Gewinnung des „Zytopherogramms“ bzw. des „Hämozytopherogramms“ ist an erhebliche apparative und arbeitstechnische Voraussetzungen gebunden. Die klinische Anwendung der Blutzellenelektrophorese bleibt zunächst bestimmten, festumrissenen Fragestellungen vorbehalten (Leukämie, Lymphogranulomatose usw.). Die Zellelektrophorese pathologischer Lymphknoten ließ noch keine sicheren Kriterien für bestimmte Krankheiten erkennen. An menschlichen Karzinomzellen konnte eine im Vergleich zu normalen Kontrollzellen des Ausgangsgewebes höhere negative Überschubladung nachgewiesen werden.

Die Monographie stellt in Fortsetzung der Arbeiten von RUHENSTROTH-BAUER und Mitarbeitern (1961) einen wertvollen Beitrag zu den Untersuchungen dar, die sich mit dem Wandschichtpotential der Zellen und seinen Änderungen unter physiologischen (Reifung) und pathologischen Bedingungen befassen.

Professor Dr. Hanns Baur, München

Praktische Fragen an die Kardiologie. Von Dozent Dr. med. R. GÜNTHER, Professor Dr. med. M. J. HALHUBER und Oberarzt Dr. med. H. KIRCHMAIR, Medizinische Universitäts-Klinik, Innsbruck. Zweite, durchgesehene Auflage, XVI und 530 Seiten. Kl. 8°, 1964. — Kunststoff-Einband, DM 33.—. Verlag Urban & Schwarzenberg, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, München und Berlin.

Die 1. Auflage dieses sehr instruktiven „Lesebuches“ wurde früher referiert. Die bereits jetzt fällig gewordene 2. Auflage enthält ein Sachregister, so daß sich der Leser bei der Rückschau besser orientieren kann. In meinem früheren Referat hatte ich bereits die Nützlichkeit dieses Buches betont und ein Erscheinen begrüßt. Ich vermissе in der 2. Auflage die Erwähnung des Elektroschocks zur Entflimmerung und neuartige Diuretika, die uns von sehr großem Nutzen sind. Vielleicht könnte die Notwendigkeit einer langsamen Entwässerung, besonders beim alten Menschen, etwas deutlicher herausgestellt werden, unter dem besonderen Hinweis, daß gerade beim alten Menschen die Bestimmung der Plasmaelektrolyte kein ausreichendes Bild über die Elektrolytsituation an den Grenzflächen gibt.

Ich wünsche dem Buch auch weiterhin recht viel Leser, da eine lange klinische Erfahrung mich zu dem Urteil berechtigt, daß in der klinischen Herzbehandlung noch vieles im argen liegt.

Dr. med. habil. Heinz Frank, Memmingen

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

35. Vortragsreihe am 26., 27. und 28. März 1965 Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Thema: „MUTTER UND KIND“**Kongreßleiter:** Professor Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung**Kongreßort:** Neuer Großbau der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße), Straßenbahnlinie 2, Endstation Kriegshaber**Freitag, 26. März 1965**

16.00 Uhr:

Klinische Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten

Filmprogramm

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160a

„Die Atemgymnastik bei Asthma bronchiale“ (Bayer) 12 Min.

„Virus und Krebs“ (Thomae) 13 Min.

Uraufführung:

„Die Insulinsekretion des isolierten Pankreas bei Perfusion mit blutsenkenden Substanzen“ (Hoechst) 15 Min.

„Der Kernikterus und seine Prophylaxe“ (Sandoz) 27 Min.

„Die Hiatushernie“ (Pfizer) 27 Min.

Hauptreferate**Samstag, 27. März 1965**

8.00—8.30 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung

8.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. G. Faneoni - v. Grebel, Zürich:

„Embryo- und Fetopatien“ 35 Min.

Dr. A. G. Gathof, Chefarzt des Blutspendedienstes des BRK, Würzburg:

„Blutgruppen- und Faktorenunverträglichkeiten“ 35 Min.

10.00—10.30 Uhr:

Pause (Besuch der Industrieausstellung)

10.30—12.30 Uhr:

PD Dr. G. A. Hauser, Chefarzt der Frauenklinik und Hebammenschule des Kantospitals Luzern:

„Klinik und Therapie der Gestosen“ 35 Min.

Prof. Dr. G. Martius, Oberarzt der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München:

„Die moderne Geburtsleitung und Entbindung“ 40 Min.

Prof. Dr. Dr. W. Psehymbel, Facharzt für Frauenkrankheiten, Berlin:

„Zwischenfälle in der Nachgeburtsperiode“ 35 Min.

Parallel zu den Hauptreferaten findet im Hörsaal, 5. Stock des Kongreßgebäudes, ein Einführungslehrgang in die serologische Erythroblastosediagnostik für Ärzte und deren Hilfspersonal statt.

12.30—13.45 Uhr:

Mittagspause (Besuch der Industrieausstellung)

13.45—15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:

„Schwangerenberatung und Stillproblem als Aufgabe der ärztlichen Praxis“

Gesprächsleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayr

Gesprächspartner: Die Referenten des Kongresses

15.30—18.30 Uhr:

„Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern“

Sonntag, 28. März 1965

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung

Hauptreferate

9.00—10.30 Uhr:

Primarius Dr. W. Dobretsberger, Vorstand der Röntgenabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern, Linz/Donau:

„Röntgenologie der Mamma“ 35 Min.

Prof. Dr. H. Kunz, Vorstand der II. Chirurgischen Universitätsklinik Wien:

„Früherkennung und Therapie der Mammaerkrankungen“ 30 Min.

Prof. Dr. J. Zander, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg:

„Die medikamentöse Geburtenregelung“ 35 Min.

10.30—11.00 Uhr:

Pause (Besuch der Industrieausstellung)

11.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Droese, Kinderklinik der Universität München, im Dr. von Hauner'schen Kinderspital:

„Ernährung des Säuglings“ 30 Min.

PD Dr. G. von Muralt, Leiter der Neugeborenenabteilung der Frauenklinik Bern:

„Konservative Therapie der Neugeborenenenerkrankungen“ 30 Min.

Prof. Dr. A. Oberrniedermayr, Vorstand der Chirurg. u. Orthopädischen Abteilung der Kinderklinik der Universität München:

„Die Chirurgie und Orthopädie des Neugeborenen“ 30 Min.

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause (Besuch der Industrieausstellung)

INSPIROL = Schutz + Wohlbefinden

Gurgelmittel/Munddesinfiziens - bewährt · wirksam · wohltuend

14.00—18.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Asperger, Vorstand der Universitäts-Kinderklinik Wien:

„Das schwererziehbare Kind“ 30 Min.

Prof. Dr. O. Vivell, Chefarzt der Kinderklinik Karlsruhe:

„Neue Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe und Therapie im Kindesalter“ 30 Min.

Primarius Dr. A. Rett, Vorstand der Kinderabteilung des Krankenhauses der Stadt Wien in Lainz:

„Das hirngeschädigte Kind“ 35 Min.

Klinische Visiten und Demonstrationen

Freitag, 26. März 1965

16.00 Uhr:

Westkrankenhaus, Langemarckstraße 11, Linie 2, Haltestelle Heimgarten

I. Medizinische Klinik: Klinische Demonstrationen
Chefarzt: Prof. Dr. Stötter

II. Medizinische Klinik: Klinische Demonstrationen
Chefarzt: Dr. Kaiser

Samstag, 27. März 1965

15.30 Uhr:

Westkrankenhaus, I. Medizinische Klinik und Nervenklinik

Chefarzt: Prof. Dr. Stötter

Ärztelokal:

Wann und wie soll heute im Krankenhaus transfundiert werden. Vollblut und Blutbestandteile. Behandlung von Transfusionszwischenfällen. — OMR Dr. Furthmüller

Diabetes und Schwangerschaft — Prof. Dr. Stötter
Isotopenlabor. Schilddrüsendiagnostik mit Radiojod — OMR Dr. Köhler

15.30 Uhr:

Westkrankenhaus, II. Medizinische Klinik

Chefarzt: Dr. Kaiser

Haus III, 2. Stock:

Probleme in der Behandlung innerer Krankheiten bei Schwangeren — Dr. Kaiser und Mitarbeiter

15.30 Uhr:

Westkrankenhaus, Dermatologische Klinik

Chefarzt: Prof. Dr. Nikolowski

Krankendemonstrationen — Prof. Dr. Nikolowski

Hauptkrankenhaus, Chirurgische Klinik, Krankenhausstraße 1, Straßenbahnlinie 1, Haltestelle Barfüßerbücke

Chefarzt: Dr. Mack

Röntgendiagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Mamma — OMR Dr. Klotz

Chirurgische Probleme bei Mammaerkrankungen — Dr. Gessner

Klinische Visiten

Hauptkrankenhaus, Prosektur, Krankenhausstraße 1, gegenüber dem Vinzentinum

Chefarzt: Dr. med. habil. Emminger

Demonstration zur Neugeborenensterblichkeit — Dr. med. habil. Emminger

Städtische Kinderklinik, Zollernstraße 85, Straßenbahnlinie 4, Haltestelle Bärenwirt

Chefarzt: Dr. Wunderwald

Teil I Klinische Demonstrationen auf den verschiedenen Krankenabteilungen mit Diskussionen am Krankenbett — Oberarzt Dr. Haggenmüller und Assistenten der Klinik

Teil II Gemeinsame Veranstaltung mit der Tbc-Fürsorgestelle Augsburg

a) Chemotherapie bei tuberkulösen Schwangeren (10-Min.-Referat) — OMR Dr. Liebknecht

b) Tuberkulindiagnostik beim Kinde und Jugendlichen — Einführung und praktische Erläuterungen — Dr. Urbach

c) BCG-Schutzimpfung — Einführung und praktischer Impfkurs — Chefarzt Dr. Wunderwald

Kinderkrankenhaus Josefinum, Kapellenstr. 30, Straßenbahnlinie 4, Endstation

Chefarzt: Dr. Freisleederer

15.30—17.00 Uhr:

Diskussion am Kaffeetisch über die zweckmäßigste Mütterberatung im Hinblick auf die Säuglingsernährung und die richtige Säuglingsbetreuung — Prof. Dr. Droese, Chefarzt Dr. Freisleederer, Oberarzt Dr. Schloßmacher

17.00—18.00 Uhr:

Klinische Visite

a) auf sämtlichen Abteilungen des Hauses nach Wunsch der einzelnen Gruppen

b) Laboratoriumsvisite mit praktischer Anleitung zur Blutuntersuchung mit Ultramikromethoden mit besonderer Berücksichtigung der Erythroblastoseprophylaxe und der Bilirubinbestimmung — Chefarzt Dr. Freisleederer, Oberarzt Dr. Apak und Assistenten der Klinik

16.00 Uhr:

Krankenhaus St. Alibert, Haunstetten, Straßenbahnlinie 4, Haltestelle Protestantische Kirche

Chefarzt: Dr. Gossner

1. Demonstration einer Mediastinoskopie und Pleurabiopsie

2. Gespräch über die zyklische Behandlung akuter Lungengeschädigter (Klinik, Sanatorium, Fachärzte) — Chefarzt Dr. Gossner, Dr. Fettingner, Dr. Fenner, Dr. Lehr

Einführungsgang in die serologische Erythroblastosedagnostik

für Ärzte und deren Hilfspersonal im Hörsaal, 4. Stock des Kongreßgebäudes

Veranstalter: Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes, Chefarzt: Dr. Gathof, Würzburg
Vorankündigung erforderlich.

Eine Bescheinigung über die Teilnahme am Kurs wird auf Wunsch ausgestellt.

10.30—12.30 Uhr:

„Methoden und Techniken der Blutgruppenserologie (ABO — Rh) im Hinblick auf die serologische Erythroblastosedagnostik“ mit praktischen Übungen

13.45—15.15 Uhr:

Teilnahme am Podiumsgespräch des Fortbildungskongresses (hier speziell Erythroblastosefragen)

15.30—17.00 Uhr:

Allgemeine Einführung zur Serologie der Erythroblastosedagnostik (Methoden und Techniken, insbesondere der Coombstest mit praktischen Übungen)

Sonntag, 28. März 1965

9.00—12.00 Uhr:

„Die serologische Diagnostik der Rh-Erythroblastose“ sonstige Erythroblastose-Probleme (Methoden und Techniken mit praktischen Übungen)

14.00—16.00 Uhr:

„Die serologische Diagnostik der ABO-Erythroblastose“ (Methoden und Technik mit praktischen Übungen)

Auskunft und Anmeldung: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19, Tel. 2 27 77.
Die Referate dieses Kongresses erscheinen als Heft 5 der „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“. Vorbestellung im Kongreßbüro oder beim J. F. Lehmanns Verlag, 8 München 15, Paul-Heyse-Straße 26.

Kurs zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin

Weiterbildung zum Werksarzt

Im Rahmen der in Bildung begriffenen Akademie für Arbeitsmedizin findet vom 1.—26. 2. 1965 der I. Kurs zur Weiterbildung zum Werksarzt (Einführung in die Arbeitsmedizin) statt. Er wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet. Tagungsort ist das Haus des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstraße 3.

Vortragsfolge

Montag, den 1. Februar 1965

9.00 Uhr:

Ansprache des Herrn Staatsministers Schütz, Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge

Ansprache des Herrn Dr. Sewering, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

Ansprache des Herrn Professor Dr. Marchionini, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München

Prof. Dr. Koelsch, Geschichte der Arbeitsmedizin I
Prof. Dr. Koelsch, Geschichte der Arbeitsmedizin II

Dienstag, den 2. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Gunther Lehmann, Direktor des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie:
„Die Arbeitsbelastung des Menschen“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Gunther Lehmann:
„Ermüdung durch Arbeit“

10.45—11.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. Borelli, Dermatologische Klinik der Universität München:
„Klinik der Berufsdermatosen“

Donnerstag, den 4. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Valentin, Medizinische Universitätsklinik Köln:
„Das Berufsasthma“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Gunther Lehmann:
„Arbeitsgestaltung“

10.45—11.30 Uhr:

Ministerialrat Dr. Koetzing, Bundesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bonn:
„Die gesetzlichen Grundlagen des Sozialversicherungsschutzes bei Berufskrankheiten“

Freitag, den 5. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Valentin, Medizinische Universitätsklinik Köln:
„Moderne Funktionsanalysen von Lungen, Herz und Kreislauf und die Pneumokoniosen“

9.45—10.30 Uhr:

Dr. von Clarmann, Chefarzt der Toxikologischen Station des Krankenhauses München rechts der Isar:
„Die Kohlenoxydvergiftung“

10.45—11.30 Uhr:

Prof. Dr. Lückert, Institut für Jugendforschung und Unterrichtspsychologie der Pädagogischen Hochschule der Universität München:
„Psychologisch-pädagogische Probleme im Umgang mit Jugendlichen am Arbeitsplatz“

Montag, den 8. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Oberarzt Dozent Dr. Göb, Orthopädische Poliklinik der Universität München:
„Haltungsschäden im Beruf“

9.45—10.30 Uhr:

Dr.-Ing. Paasche, Siemens-Schuckert-Werke, Erlangen:
„Grundlagen der Arbeitsbewertung“

10.45—11.30 Uhr:

Dr.-Ing. Paasche, Siemens-Schuckert-Werke, Erlangen:
„Aus der Praxis des Arbeitsstudien-Ingenieurs“

Dienstag, den 9. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Merté, Chefarzt der Augenabteilung des Krankenhauses München rechts der Isar:
„Gewerblich bedingte Augenkrankheiten“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Herrmann, Direktor der Universitäts- und Poliklinik für HNO-Krankheiten München:
„Gewerblich bedingte Lärmschäden“

10.45—11.30 Uhr:

Dozent Dr. Trummert:
„Grundbegriffe der ärztlichen Begutachtung“

Donnerstag, den 11. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Hellbrügge, Kinderpoliklinik der Universität München:
„Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Jugendalter“

9.45—10.30 Uhr:

Dr. Fuchs, Werksarzt der Firma Krauss-Maffei AG., München:
„Der alternde Mensch am Arbeitsplatz“

10.45—11.30 Uhr:

ORGR Dipl.-Ing. Kohlbeck, Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge:
„Sicherheitsingenieur und Werksarzt“

Freitag, den 12. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. Heiss, Direktor der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, München:
„Gewerblich bedingte Krankheiten des Zahn- und Kiefersystems“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Döderlein, München:
„Arbeitsphysiologie der Frau“

10.45—11.30 Uhr:

Ministerialrat Dr. Hein, Bayer. Staatsministerium des Innern:
„Der öffentliche Gesundheitsdienst“

Montag, den 15. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Dr. Niklas, Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz, München-Neuherberg:
„Medizinische Grundlagen des Strahlenschutzes“

9.45—10.30 Uhr:

Dr. Welznerl, Werksarzt der Steatit-Magnesia-AG., Lauf/Pegnitz:
„Gastarbeiterprobleme aus werksärztlicher Sicht“

10.45—11.30 Uhr:

Med.Ob.Rat Dr. Meier, Landesarbeitsamt Nordbayern, Nürnberg:
„Der ärztliche Dienst bei den Arbeitsämtern“

Dienstag, den 16. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Professor Dr. Schmidtke, Institut für Arbeitsphysiologie und Arbeitspädagogik der TH München:
„Psychische Beanspruchung bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeit (Psycho-physiologische Grundlagen)“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Seltz, Medizinische Poliklinik der Universität München:
„Psychosomatik und Beruf“

10.45—11.30 Uhr:

ORMR Dr. Zimmer, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen“

Donnerstag, den 18. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Direktor Dipl.-Ing. Gridl, Bayer. Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, München:
„Unfallverhütung und Heilverfahren als Aufgabe der Berufsgenossenschaften“

9.45—10.30 Uhr:

Oberarzt Dr. Probst, Unfallkrankenhaus der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Murnau:
„Chirurgische Berufskrankheiten“

10.45—11.30 Uhr:

Prof. Dr. Schmidtke, Institut für Arbeitsphysiologie und Arbeitspädagogik der TH München:
„Psychische Beanspruchung bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeit (Arbeitsplatzgestaltung)“

Freitag, den 19. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Oberarzt Dr. Probst:
„Chirurgische Abnutzungsschäden“

9.45—10.30 Uhr:

Ob.Med.Rat Dr. Hoffmann, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Schnenscheidenerkrankungen und Beruf“

10.45—11.30 Uhr:

ORGR Dipl.-Ing. Dausmann, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsschutz:
„Arbeitsschutz als Aufgabe des Staates“

Montag, den 22. Februar 1965:

9.00—9.45 Uhr:

Reg.-Med.-Dir. Dr. Schneider, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Die Staublungenerkrankungen I“

9.45—10.30 Uhr:

ORMR Dr. Thür, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Erkrankungen durch Lösemittel“

10.45—11.30 Uhr:

ORGR Dipl.-Ing. Kotzur, Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge:
„Technische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen“

Dienstag, den 23. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

Reg.-Med.-Dir. Dr. Schneider, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Die Staublungenerkrankungen II“

9.45—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Linzenmeier, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Mikrobiologie, München:
„Beruflich bedingte Infektionskrankheiten“

10.45—11.30 Uhr:

Dr. Münk, Werksarzt der Firma Siemens & Halske AG., Werk Nürnberg:
„Akute und lebensbedrohliche Krankheiten im Betrieb“

Donnerstag, den 25. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

ORMR Dr. Wagner, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn:
„Aktuelle Fragen auf dem Gebiet des gesundheitlichen Arbeitsschutzes und der Berufskrankheiten“

9.45—10.30 Uhr:

ORMR Dr. Acker, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Propylaxe der Berufsdermatosen“

10.45—11.30 Uhr:

Dr. von Clarmann, Chefarzt der Toxikologischen Station des Krankenhauses München rechts der Isar:
„Inhalatorische Anoxieschäden durch Blockierung der Atemfermente“

Freitag, den 26. Februar 1965

9.00—9.45 Uhr:

ORMR Dr. Bühlmeier, Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin:
„Blei als aktuelles gewerbliches Gift“

9.45—10.30 Uhr:

Dr. Florian, Werksarzt der Siemens & Halske AG., München:
„Das Berufsbild des Werksarztes und seine vertragliche Stellung“

An den Nachmittagen sowie mittwochs ganztägig finden Betriebsbesichtigungen und Demonstrationen statt. Eine Teilnehmergebühr wird nicht erhoben.

Anmeldungen werden erbeten an das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3.

Wir weisen darauf hin, daß es auch möglich ist, nur an einzelnen Vorträgen teilzunehmen.

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös – luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfreie Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verbond
Mehrmals nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45



Bewährt seit über 35 Jahren als Zuckeraustausch für Diabetiker!

47a/64

Nach der Einführung des Diabetiker-Zuckers SIONON in die Diabetes-Diät und den ersten Veröffentlichungen von Thannhäuser, Reinwein und v. Noorden im Jahre 1929 sind weit über 50 Publikationen über SIONON (bzw. Sorbit) erschienen, in denen über seine günstigen Eigenschaften als Zuckeraustausch für Diabetiker referiert wird.

- Kein Kohlenhydrat, keine Anrechnung auf BE
- Wird vom Organismus insulin-unabhängig verwertet
- Wertvoller Kalorienspender, so daß Fett eingespart werden kann
- Keine Erhöhung des Blutzuckers
- Hervorragender Glykogenbildner, keine Störung der Zuckerbestimmung

Eine erfolgreiche Weiterentwicklung ist das neue SIONON „zuckersüß“, das die volle Süßkraft des Zuckers hat und eine vollmundig reine, zuckergleiche Süße ergibt. SIONON „zuckersüß“ hat Körper wie Zucker, ist koch- und backbeständig, läßt sich wie normaler Haushaltszucker zur Herstellung von süßen Speisen, Gebäcken usw. verwenden.

SIONON „zuckersüß“ erfüllt in geradezu idealer Weise alle Forderungen, die an einen Diabetiker-Zucker zu stellen sind und macht den Speisezettel des Diabetikers so abwechslungsreich wie bei einer Normalkost.

SIONON® Zuckersüß
süßt zuckergleich alle Speisen für Diabetiker

Ausführliches Informationsmaterial sendet Ihnen gern
DRUGOFA GMBH KÖLN, 5 Köln 1, Postfach 367, Breite Straße 100

Bei vegetativ-dystonen Störungen - auch im Kindesalter - bewirkt

UZARIL

schnell und zuverlässig

zentrale Beruhigung und periphere Spasmyolyse

bei einer milden Dauer-Tonisierung

15, 50 und 100 ccm Liquidum

25, 50 und 100 Tabletten

6 Suppositorien K (Kinder), E (Erwachsene)

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

– besonders auch wetterbedingt –

UZARIL-CAMPHER DRAGÉES

25 Dragées zu 0,35 g · 60 Dragées zu 0,35 g

UZARA-WERK, MELSUNGEN

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



... auch bei der Anlage und Verwaltung Ihrer Rücklagen

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.

Februar 1985:

- 1.—12. 2. in Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie. I. Kurs von vier Kursen der ärztlichen Lehr- und Forschungsstätte für manuelle Therapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 1.—26. 2. in München: Kurs zur Weiterbildung zum Werksarzt, veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge und der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 2 18 41.
- 3.—6. 2. in Freudenstadt: 8. Wissenschaftliche Arbeitswoche über Fragen der Jugendgesundheit „Gesundheit als Wirtschaftsfaktor“ des Deutschen Jugend-Gesundheitsdienstes e. V. Auskunft: Deutscher Jugend-Gesundheitsdienst, 5 Köln-Lindenthal, Mommsenstraße 121.
- 15.—26. 2. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs; Einführungs- und 1. Fortbildungskurs für Werksärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 27.—28. 2. in Bergzabern: Wochenendkurs in praktischer Elektrokardiographie für Fortgeschrittene. Auskunft: Doz. Dr. Dr. Franz Kienle, Herz-Spezial-Klinik Bergzabern, 6748 Bergzabern.
27. 2.—13. 3. in Lenzerheide (Schwyz): XXVIII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes (Friedrich-Kurs) zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: DER, Frankfurt, Eschersheimer Landstr. 25.
28. 2.—5. 3. in Freudenstadt: 28. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

März 1985:

- 1.—5. 3. in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. 1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/Westf., Ostenallee 83, Klinik für manuelle Therapie.
- 1.—5. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 1.—14. 3. in Gießen: Einführungslehrgang in die quantitative Histochemie. Auskunft: Prof. Dr. W. Andritter, Pathol. Institut der Universität Gießen, 63 Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 1.—23. 3. in Gießen: XVI. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde und Physikalischer Medizin (Bäderreise vom 19.—23. 3. in hessische und süddeutsche Heilbäder). Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 1.—30. 3. in Düsseldorf: Amtsarztlehrgang der Akademie für Staatsmedizin Düsseldorf. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, 4 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 3.—5. 3. in Innsbruck: Klinische Tage der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck. — Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck.
- 4.—7. 3. in Loccum: Tagung der Evangelischen Akademie Loccum: „Soziale Sicherheit in der zukünftigen Gesellschaft.“ Auskunft: Evangelische Akademie Loccum, 3055 Loccum.

- 6.—7. 3. in Innsbruck: 8. Klinisches Wochenende der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck. Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck.
- 7.—20. 3. in Bad Gastein: X. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 8.—12. 3. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 8.—20. 3. in Davos: Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 8.—26. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs, Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 13.—20. 3. in Igls bei Innsbruck: Internationale Frühjahrs-tagung für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft Prof. Dr. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Straße 10/I.
- 15.—19. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs; 1. Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 15.—27. 3. in München und Garmisch-Partenkirchen: I. Internationales Seminar für Sport-Medizin. Auskunft: Bayerischer Sportärztebund e. V., 8 München 2, Brienner Straße 50.
- 20.—27. 3. in Bad Hofgastein: Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim. Doz. Dr. W. Doberauer, Wien XIV, Hütteldorfer Straße 188.
- 22.—26. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs; 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 22.—26. 3. in Paris: Internationaler Kongreß für den medizinischen Film. Auskunft: Dr. G. Beauchesne, Centre International du Film Médical, 36, Rue de Ponthieu, Paris 8^e.
- 26.—28. 3. in Augsburg: 35. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Wir bitten um Beachtung der Beilagen:

Kilnige, München
Byk-Gulden GmbH, Konstanz
Chem. Fabrik von Heyden AG, München
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Dr. F. Sasse, Berlin

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 22, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Post-scheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharinger, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie 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.