



Optimale Betreuung der werdenden Mütter

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Der Erhaltung von Leben und Gesundheit unserer Mütter und ihrer Neugeborenen gehörte stets die besondere Sorge der Ärzte. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit auf ein Minimum zu senken, muß trotz aller bisherigen Erfolge auch weiterhin unser Bemühen sein. Die wissenschaftlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, war und ist eine Aufgabe unserer klinischen Forschungsstätten. Die Durchführung einer optimalen ärztlichen Betreuung werdender Mütter ist in erster Linie eine Aufgabe der Praktischen Ärzte und der Frauenärzte in freier Praxis. Die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wollen dazu beitragen, eine möglichst lückenlose Durchführung dieser Aufgabe zu ermöglichen. Seit 1. Juli 1964 kann in Bayern jede werdende Mutter, die Mitglied einer RVO- oder Ersatzkasse oder Sozialhilfempfänger ist, zur Blutgruppenbestimmung ihren Arzt aufsuchen, ohne daß ihr dadurch Kosten entstehen. Die rechtzeitige Entdeckung der Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind setzt uns in die Lage, allein in Bayern jährlich an die 1000 Neugeborene vor dem grausamen Schicksal einer Erkrankung an Morbus haemolyticus neonatorum zu bewahren. Unter Auswertung der bisher gesammelten Erfahrungen wurde ein Merkblatt zur Durchführung der Blutgruppenuntersuchungen zusammengestellt, das diesem Brief beiliegt.

Die Blutgruppenbestimmungen waren aber nur der erste Schritt. Unsere werdenden Mütter müssen während der Zeit der Schwangerschaft regelmäßig und umfassend ärztlich betreut werden. Um den Kolleginnen und Kollegen diese Aufgabe zu erleichtern, wurde ein Sprechstundenblatt für Schwangere ausgearbeitet, welches wir Ihnen nun zur Verfügung stellen. Sie können ab sofort bei Ihrer Bezirksstelle die für Ihre Praxis notwendige Zahl an Sprechstundenblättern anfordern.

Das Sprechstundenblatt enthält alle wesentlichen Fragestellungen, auf welche der Arzt im Gespräch mit der Schwangeren eingehen sollte, und es bietet Raum zur möglichst übersichtlichen und einfachen Eintragung aller durchzuführenden Untersuchungen. Viele Erläuterungen sind dazu nicht notwendig. Zu den „turnusmäßigen Untersuchungen“ darf folgendes bemerkt werden: Der Raum reicht für 12 Untersuchungen. Bei normalem Ablauf der Schwangerschaft sollte man 6 Untersuchungen vorsehen. Der Arzt wird der Frau also jeweils den nächsten Untersuchungstermin angeben. Es liegt dann an ihr, diesen Termin einzuhalten oder auch früher zu kommen, wenn sich Beschwerden einstellen.

Werden verdächtige Befunde erhoben, so ist es Sache des Arztes, die Abstände zwischen den Untersuchungen

zu verkürzen, ihre Zahl also zu erhöhen. Die Zahl von 6 Untersuchungen ist lediglich ein Anhalt für den „Normalfall“. Bei den Laboruntersuchungen können die Luesreaktionen sowie die Untersuchungen auf Toxoplasmose und Listeriose auf Verdachtsfälle beschränkt werden.

Für Notizen bietet das Sprechstundenblatt genügend Raum, seine Größe ist den normalen Karteikarten angepaßt. Leitet der betreuende Arzt die Entbindung nicht selbst, so gibt er das Blatt rechtzeitig an den Kollegen weiter, den die Frau aufsucht. Er soll es anschließend wieder zurückerhalten.

Es ist der Wunsch der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, alle Frauen anzusprechen und sie aufzufordern, nach Eintritt einer Schwangerschaft zum Arzt zu gehen und sich während der ganzen Schwangerschaft betreuen zu lassen. Wir haben den RVO- und Ersatzkassen vorgeschlagen, die Kosten der ärztlichen Schwangerenbetreuung für alle Frauen, die versichert oder mitversichert sind, zu übernehmen. Sie konnten sich dazu leider nicht entschließen. Die Untersuchungen können nach der augenblicklichen Rechtslage deshalb nur dann über Krankenschein verrechnet werden, wenn die Frau ihren Arzt aufsucht aus Sorge, es könnte etwas nicht in Ordnung sein. Die Erfahrung lehrt, daß dies doch recht häufig der Fall ist. Wir hoffen, daß dieser unbefriedigende Zustand bald behoben wird. Dem Bundestag liegt ein Gesetzentwurf zur Änderung des Mutterchutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vor. Neben sonstigen Verbesserungen ist dabei auch vorgesehen, die Untersuchungen zur Feststellung und während der Schwangerschaft zu Pflichtleistungen der Krankenversicherung zu machen. Das Gesetz soll noch vor Ablauf der Legislaturperiode verabschiedet, der derzeitige unbefriedigende Zustand damit bald beendet werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mit der Begründung, die niedergelassenen Ärzte hätten zu wenig Zeit und seien auch sonst nicht darauf eingestellt, wird immer wieder versucht, die ärztliche Betreuung der werdenden Mütter in „Schwangerenberatungsstellen“ zu konzentrieren. Unser Wunsch und Bestreben ist es, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem niedergelassenen Arzt und seinen Patienten auch in dieser so bedeutsamen Phase im Leben einer Frau zu erhalten und zu festigen. Dazu müssen wir aber dokumentieren können, daß die ärztliche Betreuung im Sprechzimmer des niedergelassenen Arztes allen Anforderungen moderner Schwangerenbetreuung entspricht. Das „Sprechstundenblatt für Schwangere“ soll unseren bayerischen Kollegen eine gute Hilfe sein.

Dr. H. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Dr. F. Völlinger
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen
Vereinigung Bayerns

Das Urteil im Prozeß gegen Dr. Issels

Nachstehend veröffentlichen wir das uns inzwischen zugegangene Urteil in der Strafsache gegen Dr. Josef Issels wegen fahrlässiger Tötung im vollen Wortlaut (siehe auch „Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 1, 2 u. 3/1965). Dieses Urteil ist inzwischen rechtskräftig geworden, nachdem die Staatsanwaltschaft ihre Revision zurückgezogen hat.

Im Namen des Volkes!

Urteil

In der Strafsache gegen

Dr. med. Josef Issels aus Rottach-Egern,
geboren am 21. November 1907 in Mönchengladbach,

wegen fahrlässiger Tötung,
hat die 1. große Strafkammer des Landgerichts München II in der öffentlichen Sitzung vom

Donnerstag, den 29. Oktober 1964
Freitag, den 30. Oktober 1964
Montag, den 2. November 1964
Dienstag, den 3. November 1964
Donnerstag, den 5. November 1964
Freitag, den 6. November 1964
Montag, den 9. November 1964
Dienstag, den 10. November 1964
Mittwoch, den 11. November 1964
Donnerstag, den 12. November 1964
Freitag, den 13. November 1964
Dienstag, den 17. November 1964
Mittwoch, den 18. November 1964
Donnerstag, den 19. November 1964
Dienstag, den 24. November 1964
Montag, den 30. November 1964
Dienstag, den 1. Dezember 1964
Mittwoch, den 2. Dezember 1964
Donnerstag, den 3. Dezember 1964
Freitag, den 4. Dezember 1964
Dienstag, den 8. Dezember 1964
Mittwoch, den 9. Dezember 1964
Freitag, den 11. Dezember 1964

an der teilgenommen haben:

Landgerichtsdirektor Dr. Göppner	als Vorsitzender
Landgerichtsrat Dr. Huber Gerichtsassessor Pöll	} als Beisitzer
Bäck Ludwig, Wagnermeister in Tutzing	
Ziller Anton, Schlosser in Prittlbach	} als Schöffen
Erster Staatsanwalt Rüth	
Justizassistent Heintel JAss.-Anw. Niggl	als Anklagevertreter als (stv.) Urk.-Beamte der Geschäftsstelle

aufgrund der Hauptverhandlung

zu Recht erkannt:

- I. Das Urteil der 2. Strafkammer des Landgerichts München II vom 31. Juli 1961 wird insoweit aufgehoben, als eine Verurteilung des Angeklagten im Falle Wiesinger wegen eines Vergehens der fahrlässigen Tötung erfolgt ist.
- II. Der Angeklagte Dr. Josef Issels wird von drei Vergehen der fahrlässigen Tötung freigesprochen.
- III. Die Kosten des Verfahrens ausschließlich des Revisionsverfahrens trägt die Staatskasse.

Die Kosten des Revisionsverfahrens trägt der Angeklagte, die Gebühr für das Revisionsverfahren wird jedoch auf ein Fünftel ermäßigt.

Die Staatskasse hat auch die dem Angeklagten erwachsenen notwendigen Auslagen zu tragen, soweit er in den Fällen Wiesinger, Matzeit und Warnken freigesprochen worden ist und soweit sie ausscheidbar sind.

Gründe:

A.

Der Angeklagte Dr. Josef Issels wurde durch Urteil der 2. großen Strafkammer des Landgerichts München II vom 31. Juli 1961 wegen dreier sachlich zusammenfassender Vergehen der fahrlässigen Tötung zur Gesamtstrafe von einem Jahr Gefängnis verurteilt; von einem weiteren Vergehen der fahrlässigen Tötung und drei Vergehen des Betrugs wurde er freigesprochen. Soweit Freispruch erfolgte, wurden die ausscheidbaren Kosten der Staatskasse auferlegt, dagegen nicht die dem Angeklagten insoweit erwachsenen notwendigen Auslagen.

Auf die Revision des Angeklagten hat der I. Strafsenat des Bundesgerichtshofes mit Urteil vom 3. Mai 1962 das Urteil des Landgerichts München II vom 31. Juli 1961 mit den Feststellungen aufgehoben, soweit der Angeklagte wegen zweier Vergehen der fahrlässigen Tötung (Fälle Warnken und Matzeit) verurteilt wurde, und im übrigen im gesamten Strafausspruch.

Im Umfang der Aufhebung wurde die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Rechtsmittels, an das Landgericht München II zurückverwiesen. Die weitergehende Revision, die sich gegen den Schuldspruch der fahrlässigen Tötung (Fall Wiesinger) und die Nichtauferlegung der dem Angeklagten erwachsenen notwendigen Auslagen auf die Staatskasse in den vier Fällen des Freispruchs richtete, wurde verworfen.

Mit Beschluß vom 11. Mai 1964 hat die 1. Strafkammer des Landgerichts München II die Wiederaufnahme des durch im Schuldspruch rechtskräftigen Urteil des Landgerichts München II vom 31. Juli 1961 abgeschlossenen Strafverfahrens (Fall Wiesinger) angeordnet und ausgesprochen, daß die Hauptverhandlung zu erneuern ist.

Hiernach sind Gegenstand der neuen Verhandlung und Entscheidung die dem Angeklagten in dem Eröffnungsbeschluß vom 3. März 1961 zur Last gelegten drei sachlich zusammenfassenden Vergehen der fahrlässigen Tötung in den Fällen Wiesinger, Matzeit und Warnken.

B.

Der Angeklagte, der nach dem Studium der Medizin das medizinische Staatsexamen ablegte und zum Doktor der Medizin promovierte, war zunächst als Medizinalpraktikant und dann als Assistenzarzt an verschiedenen Kliniken tätig. Im Oktober 1938 eröffnete er eine Praxis als praktischer Arzt in Mönchengladbach. Im Jahre 1939 wurde er zur Wehrmacht eingezogen und war als Truppenarzt Kriegsteilnehmer bis Kriegsende. Im Januar 1946 nahm er seine Tätigkeit als praktischer Arzt in Mönchengladbach wieder auf. Er befaßte sich auch mit der Behandlung von Patienten, die chronische Leiden hatten, und mit unheilbaren Krebskranken. Um die Patienten stationär behandeln zu können, richtete er im Oktober 1950 im Krankenhaus in Hehn bei Mön-

chengladbach eine Station zur Aufnahme und Behandlung von unheilbaren Krebskranken ein. Als ihm dort am 11. 6. 1951 gekündigt worden war, eröffnete er am 15. 9. 1961 die Ringberg-Klinik in Rottach-Egern am Tegernsee, die er als „Spezialklinik für biologische Ganzheitsbehandlung und interne Tumorthapie“ bezeichnete. Nach einiger Zeit konnte er das Klinik-anwesen käuflich erwerben und erweitern. Die Klinik führte er bis 15. 9. 1960 als Chefarzt.

Der Angeklagte ist der Ansicht, daß die Krebskrankheit eine chronische Allgemeinerkrankung ist, deren Ursachen in der Konstitution des Patienten, in der Dyskrasie des Blutes, in der Zivilisationskost, in der Darmdysbakterie und den Fokalinfekten liegen.

Der Tumor gelangt nach seiner Meinung erst „im 4. oder 5. Akt der Erkrankung“ zur Entstehung und führt den Lokalbefund herbei. Damit steht der Angeklagte im Gegensatz zu der in der ärztlichen Wissenschaft vertretenen Lehre, nach der das Krebsleiden eine Lokalerkrankung ist. Demgemäß hält daher der Angeklagte die interne Therapie zur Beseitigung der Ursachen der Allgemeinerkrankung und somit zu deren Heilung für erforderlich. Sie ist neben der Operation, der Bestrahlung und Chemotherapie durchzuführen, soweit diese Behandlungsmethoden zur Anwendung gelangen können. Wenn letztere nicht oder nicht mehr anwendbar sind, ist die interne Therapie allein durchzuführen. Zur Allgemeinbehandlung des Organismus fanden während seiner Tätigkeit bis 1960 Anwendung: der Ersatz der Zivilisationskost durch Diät, die Beseitigung der Darmdysbakterie durch Zuführen von Koli-bakterien, die Beseitigung der Fokalinfekte durch Extraktion avitaler Zähne und Tonsillektomie, durch Blutwäschen, Sauerstoffsufflationen, Warmätherinhalationen und Einreibung von AV-Tropfen. Der Tumor selbst wurde mit Toxinal, Carzin und Novocarin, Impfstoffen und Seren sowie Zytostatika behandelt. Die Behandlung der Patienten war von 1950 bis 1960 im Prinzip die gleiche geblieben. Dabei wurden jeweils gleichzeitig mehrere Mittel zur Anwendung gebracht und diese von Fall zu Fall unter sich wieder ausgetauscht. Die Behandlungsweise des Angeklagten steht im Gegensatz zu der der Lehrmedizin, die das Krebsleiden als eine Lokalerkrankung ansieht und nur Operation, Bestrahlung und Chemotherapie (Hormonbehandlung) als Heilmethode anwendet. Diese sog. klassische Heilmethode führt nach dem derzeitigen Stand der ärztlichen Wissenschaft allein zur Heilung der Krebskrankheit oder zur Verlängerung des Lebens des Krebskranken.

C.

1. Der Handelsvertreter Karl Wiesinger, geb. am 26. 9. 1891, begab sich im Jahre 1951 in die Universitätsklinik in Würzburg. Dort wurde an der Vorhaut des Penis ein linsengroßer Tumor festgestellt. Die angeratene Operation ließ Wiesinger nicht durchführen, sondern unterzog sich der Behandlung mit Mistelpräparaten durch seinen Hausarzt Friedrich Rink in Coburg. Am 7. 7. 1954 erfolgte die Aufnahme Wiesingers in der Ringberg-Klinik, die er am 10. 9. 1954 wieder verließ. Anschließend wurde in Coburg die Behandlung nach schriftlichen Anweisungen des Angeklagten fortgesetzt, wobei der Hausarzt Rink die angegebenen Injektionen vornahm. Am 11. 1. 1955 suchte Wiesinger erneut die Ringberg-Klinik auf und war dann bis 22. 2. 1955 dort in stationärer Behandlung. Nach seiner Entlassung wurde die ambulante Behandlung durch Rink nach Weisung des Angeklagten bis 1. 5. 1955 fortgesetzt. Schließlich wurde Wiesinger am 21. 6. 1955 in der Universitätsklinik in Erlangen operiert und anschließend bestrahlt. Er ist am 23. 9. 1955 an Krebs gestorben.

II. Der Buchdrucker Albert Matzeit, geb. am 19. 4. 1902, begab sich im Juni 1958 zur Untersuchung in die Städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf. Dort wurde ein Tumor am linken Stimmband festgestellt. Die Probeexzision konnte erst am 1. 11. 1958 durchgeführt werden, weil sich Matzeit vorher nicht dazu entschließen konnte. Sie ergab ein differenziertes, geringgradig verhornendes Plattenepithelkarzinom. Mat-

zeit wurde auf die Notwendigkeit einer Operation hingewiesen.

Er konnte sich aber nicht dazu entschließen, sondern unterzog sich vom 21. 2. 1959 bis 8. 5. 1959 in der Ringberg-Klinik einer stationären Behandlung. Nach der Entlassung aus der Ringberg-Klinik begab er sich am 2. 6. 1959 wiederum in die Städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf. Dort wurde er am 5. 6. 1959 operiert und anschließend bestrahlt. Er ist am 25. 5. 1960 an Krebs gestorben.

III. Die Hausfrau Else Warnken, geb. am 7. 12. 1921, bemerkte im Januar 1954 einen Knoten an ihrer linken Brust. Am 18. 11. 1954 begab sie sich zu ihrer Hausärztin Dr. Münchow-Schmerl und zeigte ihr den Knoten. Die Ärztin verwies Frau Warnken in das St.-Joseph-Stift in Bremen zur Vornahme einer Probeexzision, die am 15. 12. 1954 durchgeführt wurde und ergab, daß ein Mamma-Karzinom vorlag. Nach Weihnachten 1954 wurde Frau Warnken wieder im St.-Joseph-Stift zur Durchführung der Operation aufgenommen. Sie wurde jedoch auf eigenen Wunsch am 30. 12. 1954, nachdem bereits mit Röntgenbestrahlungen und Hormonbehandlung die Behandlung eingeleitet war, wieder entlassen.

Am 3. 1. 1955 begab sich Frau Warnken in die Ringberg-Klinik und wurde dort bis 18. 3. 1955 stationär behandelt. An ihrem Wohnort setzte sie die Behandlung nach brieflichen Anweisungen des Angeklagten fort, wobei die Hausärztin Dr. Münchow-Schmerl die vorgeschriebenen Injektionen verabreichte. Am 22. 10. 1955 suchte Frau Warnken wieder die Ringberg-Klinik auf und wurde dort bis 7. 12. 1955 erneut stationär behandelt. Nach ihrer Entlassung erfolgte wiederum die Behandlung nach schriftlichen Anweisungen des Angeklagten unter Einschaltung der Hausärztin bis März 1956.

In der Folgezeit suchte Frau Warnken noch mehrere Heilpraktiker auf. Schließlich begab sie sich in das Dreifaltigkeits-Hospital in Lippstadt und wurde dort am 22. 8. 1957 operiert. Anschließend wurde sie bestrahlt und mit Hormonen und Chemotherapeutika behandelt. Nach anfänglicher Besserung ist sie am 13. 1. 1960 an Krebs gestorben.

D.

Dem Angeklagten wird vorgeworfen, er habe es in diesen drei Fällen grob pflichtwidrig unterlassen, die operablen Patienten der von den vorbehandelnden Ärzten empfohlenen Operation zuzuführen und damit mindestens zu einer erheblichen Verlängerung ihres Lebens beizutragen. Vielmehr habe er diese Patienten mit seiner internen Therapie, die den klassischen Behandlungsmethoden, nämlich der Operation und Bestrahlung, nicht gleichwertig sei, behandelt. Er habe die Behandlung trotz des sich verschlechternden Befundes fortgesetzt und somit den Zeitpunkt für die Vornahme einer erfolgversprechenden Operation versäumt. Dadurch habe er die Lebenserwartung der Patienten, die an den Folgen ihrer in seiner Klinik nicht sachgemäß behandelten Krebskrankheit gestorben seien, erheblich verkürzt. Diese besonders schwerwiegenden Pflichtverstöße seien für den Angeklagten nach seinen Kenntnissen und seinem Erfahrungsschatz als solche erkennbar gewesen. Der tragische Kausalverlauf mit dem Tod der drei Patienten sei für ihn voraussehbar gewesen.

E.

Der Angeklagte räumt ein, daß die drei Patienten zu den jeweils angegebenen Zeiträumen in seiner Klinik waren und dort mit seiner internen Therapie behandelt wurden, letztlich aber doch an Krebs starben. Dagegen bestreitet er, den frühzeitigen Tod der drei Patienten fahrlässig herbeigeführt zu haben.

1. Im Falle Wiesinger bringt der Angeklagte vor:

Er sei sich darüber klar gewesen, daß bei diesem Patienten, den er als einen seiner ersten operablen Patienten angesehen habe, die Operation und Bestrahlung angezeigt gewesen seien. Er habe Wiesinger deshalb sowohl beim ersten als auch beim zweiten Auf-

enthalt in der Ringberg-Klinik wiederholt auf die Notwendigkeit der Operation hingewiesen und ihm vor Augen geführt, welches Risiko er im Falle der Unterlassung der Operation und Bestrahlung eingehe. Wiesinger habe jedoch eine Operation mit dem Hinweis abgelehnt, daß diese einen tödlichen Ausgang nehmen könne und daß durch die Bestrahlung das Wachstum des Tumors begünstigt werde. Der Patient sei ein Anhänger der Naturheilverfahren gewesen und sei ohne sein Zutun in die Ringberg-Klinik gekommen. Er, der Angeklagte, habe kein Recht gehabt, ihn wegzuschicken. Schließlich sei auch noch fraglich, ob eine Operation während der einschlägigen Zeit eine Lebensverlängerung herbeigeführt hätte, weil schon vor Aufnahme in der Ringberg-Klinik Metastasen in der Leistendrüse vorhanden gewesen seien. Die Durchführung der Behandlung habe er auch aufgrund seiner bis dahin erzielten Heilerfolge für zulässig und angezeigt gehalten.

II. Der Angeklagte war eines Vergehens der fahrlässigen Tötung nicht zu überführen.

1. a) Aus der glaubwürdigen beeidigten Aussage des Zeugen Erich Richard Klopfer geht hervor, daß er mit dem Patienten Wiesinger erstmals im Frühjahr 1954 zusammengekommen ist und sich mit diesem 20 bis 30 Minuten unterhalten hat. Wiesinger habe ihm dabei mitgeteilt, daß er in der Ringberg-Klinik gewesen sei und daß Dr. Issels ihm zu einer Operation geraten habe. Auch aus der glaubwürdigen beeidigten Aussage des Zeugen Hans Kolb ergibt sich, daß der Angeklagte dem Wiesinger während dessen erstem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik zur Operation geraten hat. Der Zeuge hat nämlich bestätigt, daß Wiesinger ihm den erst längere Zeit nach seiner Vernehmung in der früheren Hauptverhandlung wieder vorgefundenen Brief vom 10. 6. 1955 geschrieben hat, in dem der Operationsrat des Dr. Issels erwähnt ist. Es heißt dort wörtlich: „... wie ich Dir schon mitgeteilt habe, hat mir damals Dr. Briggelmann und Dr. Braun von der Ringberg-Klinik ebenfalls zur Bestrahlung geraten, dagegen Dr. Issels und Dr. Hornbacher zur Operation...“

Schließlich geht auch aus der glaubhaften beeidigten Bekundung der Zeugin Laura Landmann, die als Krankenschwester der Ringberg-Klinik mit Wiesinger während seines ersten Aufenthaltes zu tun hatte, hervor, daß der Angeklagte mit Wiesinger über die Frage einer Operation gesprochen hat. Der Zeuge Dr. Braun, der Wiesinger während des ersten Aufenthaltes etwa drei Wochen als Vertreter des Stationsarztes zu behandeln hatte, hat glaubhaft unter Eid angegeben, daß Wiesinger seinen Rat zur Operation strikt abgelehnt hat. Der Angeklagte war nach den weiteren Angaben des Zeugen auch der Auffassung, daß Wiesinger operiert werden solle. Die Zeugin Dr. Martin, die während des ersten Aufenthaltes Wiesingers Assistenzärztin in der Ringberg-Klinik war, hielt nach ihren Angaben bei Wiesinger eine Operation für angezeigt, hat aber davon diesem nichts gesagt. Auf eine diesbezügliche Frage an Dr. Issels hat dieser sich nicht geäußert. Auch hat, der Aussage zur Folge, Dr. Issels in Gegenwart der Zeugin mit Wiesinger über die Frage einer Operation nicht gesprochen. Die Zeugin war aber, wie sie weiter angab, nicht bei sämtlichen Visiten anwesend, und Dr. Issels hat nach ihrer Bekundung mit jedem Patienten auch in seinem Privatzimmer gesprochen. Der Zeuge Dr. Hornbacher konnte über den ersten Aufenthalt Wiesingers in der Ringberg-Klinik aus eigenem Wissen nichts sagen, weil er diesen damals nicht kennenlernte. Er gab aber an, der Zeuge Dr. Braun habe ihm gegenüber geäußert, der „Chef“ hoffe, ohne chirurgischen Eingriff auszukommen.

Der Zeuge Klopfer kam nach seinen weiteren Angaben mit Wiesinger im März 1955 wieder zusammen; dabei hat ihm dieser unter anderem mitgeteilt, daß ihm auch in München zur Operation geraten worden sei, er sich aber nicht operieren lasse. Auch aus den glaubwürdigen beeidigten Aussagen der Zeugen Albert und Ingeborg Kneisel, Anna Henrici und Ruth Engesser geht hervor, daß Dr. Issels dem Patienten Wiesinger während dessen zweitem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik zur Operation geraten hat. Der Zeuge Dr. Horn-

bacher, der während des zweiten Aufenthalts mit der Behandlung des Wiesinger befaßt war, konnte zwar einen Operationsrat des Dr. Issels an Wiesinger nicht bestätigen. Er gab aber weiter an, daß er nicht bei allen Visiten des Dr. Issels anwesend war, und daß dieser auch sich häufig mit Wiesinger allein besprach. Die Zeugin Dr. v. Andrian sagte aus, daß sie die in der Krankengeschichte der medizinischen Universitätsklinik Erlangen unter „Vorgeschichte“ enthaltenen Angaben abgefaßt habe und diese auf Äußerungen Wiesingers beruhten. Bei der Aufnahme der Vorgeschichte sei aber auch die inzwischen verstorbene Ehefrau Wiesingers zugegen gewesen, die die Angaben bestätigt und möglicherweise auch selber Einwürfe zu den Erzählungen ihres Mannes gemacht habe. Die einschlägigen Angaben lauteten, „daß die Operation von Dr. Issels immer wieder zurückgewiesen worden sei“ und daß „Dr. Issels die Operation noch immer abgelehnt habe“. Nach den Angaben des Zeugen Dr. Henning hat die Ehefrau Wiesinger ihm gegenüber, als er auf die Vorgeschichte zu sprechen kam, in Abrede gestellt, erklärt zu haben, daß Dr. Issels bis zuletzt von der Operation abgeraten habe.

Der Zeuge Dr. Helmut Schmidt, Chefarzt der medizinischen Abteilung des Landkrankenhauses Coburg, bekundete glaubwürdig unter Eid, daß Wiesinger bei ihm am 11. 1. 1954 wegen Atemnot, Auswurf und Hustenreiz in der Sprechstunde war und nebenbei von einer Geschwulst am Penis sprach. Der Zeuge stellte die Diagnose eines Peniskarzinoms und legte Wiesinger nahe, in die Klinik nach Würzburg zu fahren, damit dort entschieden werde, ob eine Operation vorgenommen werden müsse. Am 18. 1. 1954 erschien Wiesinger wieder bei Dr. Schmidt und wurde von diesem erneut und mit Nachdruck auf eine klinische Untersuchung in Würzburg hingewiesen. Wiesinger habe nur geantwortet, er sei für naturgemäße Heilung.

Die Zeugin Lisa Thum kam nach ihren glaubhaften beeidigten Angaben mit Wiesinger während dessen erstem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik als Patientin in derselben Klinik öfters ins Gespräch. Dabei bezeichnete sich Wiesinger als Operationsgegner. Auch dem Zeugen Wilhelm Kühnhold gegenüber, der mit Wiesinger gut bekannt und mit ihm im Herbst 1954 öfters beisammen war, erklärte nach dessen glaubhaften beeidigten Angaben Wiesinger mehrmals, er sei ein Operationsverweigerer. Der Zeuge Hans Kolb, der mit Wiesinger während dessen erstem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik als Patient in einem Zimmer lag, sagte weiter aus: „... Wiesinger war ein konstanter Operationsverweigerer. Wiesinger war ein Naturmensch, er war überzeugt, daß die Natur sich selbst helfen müsse und daß man nicht operieren solle...“

Die Zeugin Johanna Kolb, Ehefrau des Zeugen Kolb, ging nach ihren glaubhaften beeidigten Bekundungen mit ihrem Mann und Wiesinger während des Aufenthaltes in der Ringberg-Klinik öfters spazieren. Aus den Äußerungen Wiesingers entnahm sie, daß er „ein überzeugter Vegetarier und grundsätzlicher Operationsverweigerer“ war. Nach den Bekundungen des bereits angeführten Zeugen Klopfer äußerte Wiesinger diesem gegenüber im Herbst 1954, im Januar 1955 und im März 1955, daß er sich nicht operieren lasse, und führte seine Einstellung auf Glaubensgründe zurück. Zu den ebenfalls bereits erwähnten Zeugen Albert und Ingeborg Kneisel sagte Wiesinger im Januar 1955, er lasse sich „das nicht wegschneiden“, er sei gegen diese „blutigen Operationen“, er lasse sich nicht „verstümmeln“ und: „Bei mir muß es ohne Operation gehen.“

Die Zeugin Ruth Engesser sagte glaubhaft unter Eid aus, daß, als ihr erster Ehemann vom 3. 2. bis 7. 8. 1955 Patient in der Ringberg-Klinik gewesen sei, sie sich zusammen mit ihrem Mann zweimal auch ausführlich mit Wiesinger unterhalten habe. Dabei habe dieser erklärt, er lasse sich nicht operieren, und noch gesagt: „Ach Gott, da bin ich ja kein Mann mehr.“ Aus der glaubwürdigen beeidigten Aussage der Zeugin Anna Henrici geht hervor, daß deren verstorbener Mann von Anfang Januar 1955 bis Ende April 1955 als Patient in der Ringberg-Klinik war und sie selber während dieser Zeit sich auch in Rottach-Egern aufgehalten hat. Als

ihr Mann Mitte Januar 1955 in das Zimmer des Wiesinger verlegt worden sei, habe sie auch diesen kennengelernt. Etwa Mitte Januar 1955 habe ihr Wiesinger erklärt, eine Operation komme für ihn nicht in Frage. Ein paar Tage später traf die Zeugin den Wiesinger im Zimmer ihres Mannes nicht an. Ihr Mann erklarte ihr, daß Wiesinger zu einem Arzt nach München gefahren sei, um sich wegen einer Operation zu befragen. Am späten Nachmittag des gleichen Tages kehrte Wiesinger zurück. Hierzu gab die Zeugin an: „Erregt meinte er (Wiesinger) dann, auch der Münchner Arzt könne ihn lecken, auch er habe ihm gesagt, er solle sich operieren lassen, das komme aber nicht in Frage, er lasse sich nicht operieren.“ Nach den Bekundungen des bereits erwähnten Zeugen Dr. Braun lehnte Wiesinger in der Ringberg-Klinik die vorgesehene Probeexzision strikt ab und „schnitt“ den Zeugen, nachdem ihm dieser zur Operation geraten hatte.

Nach den glaubwürdigen beideten Angaben des Zeugen Dr. Alfred Meyer sprach Wiesinger am 12. 1. 1955 in der Chirurgischen Klinik der Universität München vor und ließ sich von ihm untersuchen. Dabei gab Wiesinger an, daß er in der Ringberg-Klinik sei und hinter dem Rücken des Dr. Issels einen Chirurgen befragen wolle. Der Zeuge klärte Wiesinger auf, insbesondere wies er ihn auf die Notwendigkeit der Operation hin. Darauf erwiderte Wiesinger, Dr. Issels habe ihm das noch nie so deutlich gesagt. Der Zeuge ließ noch in Gegenwart Wiesingers ein Bett für ihn herrichten, dieser äußerte dabei, er müsse nur noch seine Sachen in der Ringberg-Klinik holen. Daraufhin entfernte sich Wiesinger und erschien nicht mehr.

b) Nach den Aussagen der Zeugen Erich Klopfer, Laura Landmann, Hans Kolb und Dr. Braun hat der Angeklagte dem Patienten Wiesinger während dessen erstem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik zur Operation geraten. Demgegenüber steht zwar, daß die Zeugin Dr. Martin von einem Operationsrat des Angeklagten nichts weiß; der Umstand jedoch, daß die Zeugin von einem solchen Rat nichts gehört hat, ist noch kein Beweis dafür, daß der Angeklagte einen solchen Rat nicht gegeben hat. Denn die Zeugin war nicht bei sämtlichen Visiten dabei, und der Angeklagte sprach mit dem Patienten auch allein. Die Angabe Dr. Hornbachers, der Zeuge Dr. Braun habe ihm gegenüber geäußert, der „Chef“ hoffe ohne chirurgischen Eingriff auszukommen, wurde von dem Zeugen Dr. Braun in Abrede gestellt. Da insoweit Aussage gegen Aussage steht und weitere Aufklärung bei der Länge der verfloßenen Zeit nicht erfolgen kann, ist weder das eine noch das andere erwiesen.

Aus dem Briefwechsel zwischen Wiesinger und dem Angeklagten ergibt sich ferner, daß Wiesinger in seinen Briefen vom 15. 11. und 8. 12. 1954 auf das fortschreitende Wachsen des Tumors hinwies und daß der Angeklagte in seinen Schreiben vom 17. 11. und 12. 12. 1954 nicht zur Operation riet, sondern weitere Anweisungen zur Anwendung seiner Therapie gab. Diesem Umstand kann aber keine entscheidende Bedeutung beigemessen werden, weil einerseits vorhergegangene mündliche Ratschläge zur Operation nichts gefruchtet hatten und andererseits der Operationsrat während des zweiten Aufenthalts wiederholt erteilt worden war.

Es ist daher festzustellen, daß der Angeklagte den Rat zur Operation schon während des ersten Aufenthaltes Wiesingers in der Ringberg-Klinik erteilt hat.

c) Nach den Aussagen der Zeugen Erich Klopfer, Albert und Ingeborg Kneisel, Anna Henriel und Ruth Engesser hat der Angeklagte dem Patienten Wiesinger aber auch während dessen zweitem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik zur Operation geraten. Demgegenüber steht allerdings auch hier, daß nach der Aussage Dr. Hornbachers auch während des zweiten Aufenthalts Wiesingers in der Ringberg-Klinik ein Operationsrat des Angeklagten nicht erfolgte. Der Umstand aber, daß der Zeuge von einem solchen Rat nichts gehört hat, ist kein Nachweis dafür, daß der Angeklagte einen solchen nicht gegeben hat; denn der Zeuge war — wie schon ausgeführt — nach seinen Angaben nicht bei allen Visiten dabei, und der Angeklagte hat mit Wiesinger

auch häufig allein gesprochen. Nach der Aussage der Zeugin Dr. v. Andrian sind die Angaben in der Vorgeschichte der Krankengeschichte, die bei der Aufnahme Wiesingers in der Erlanger Klinik am 14. 7. 1955 aufgenommen wurden, von Wiesinger in Gegenwart seiner Ehefrau, die möglicherweise auch Einwürfe zu den Erklärungen ihres Mannes machte, aufgenommen worden. Danach ist zunächst nicht einwandfrei zu entnehmen, ob die Angaben „Operation wurde von Dr. Issels immer wieder zurückgewiesen“ und „Dr. Issels lebte die Operation noch immer ab“, von Wiesinger selber oder von dessen Ehefrau herrühren. Letztere hat aber, wie aus der Aussage des Zeugen Dr. Henning hervorgeht, in Abrede gestellt, erklärt zu haben, daß Dr. Issels bis zuletzt von der Operation abgeraten habe. Die Angabe, „Operation wurde von Dr. Issels immer wieder zurückgewiesen“, bezieht sich nach dem Text der Vorgeschichte auf die Zeit vor dem zweiten Aufenthalt Wiesingers in der Ringberg-Klinik. Sie steht insoweit in Widerspruch zu der Angabe Wiesingers in seinem Brief vom 10. 6. 1955 an den Zeugen Hans Kolb, wonach ihm der Angeklagte während des ersten Aufenthalts in der Ringberg-Klinik zur Operation geraten hat. Die weitere Angabe, „Dr. Issels habe die Operation noch immer abgelehnt“, bezieht sich nach dem Text der Vorgeschichte auf die Zeit bis April 1955. Die Angabe steht im Widerspruch zu den Aussagen der Zeugen Klopfer, Kneisel, Henriel und Engesser. Es haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, aus welchen Gründen Wiesinger den Zeugen Kolb nicht auch von einer die Operation ablehnenden Einstellung des Angeklagten unterrichtet haben sollte. Den Umständen nach läßt sich nicht ausschließen, daß die diesbezüglichen Angaben in der Vorgeschichte eine Schutzbehauptung sind, um dem Chirurgen nicht die frühere eigene Abneigung gegen die Operation darzulegen, wie sie besonders aus dem Verhalten gegenüber Dr. Schmidt im Januar 1954 und gegenüber Dr. Meyer am 12. Januar 1955 zu ersehen ist.

Das Gericht vermochte daher diesen Angaben in der Vorgeschichte nicht zu folgen, sondern sieht auf Grund der Zeugenaussagen für erwiesen an, daß der Angeklagte dem Wiesinger auch während des zweiten Aufenthalts zur Operation geraten hat. Das Schreiben des Angeklagten vom 5. 8. 1955 an Wiesinger steht dazu nicht in Widerspruch; denn auch darin ist eingangs erwähnt, daß die Operation in Erwägung gezogen wurde.

Schließlich spricht auch der Umstand, daß der Angeklagte das Schreiben des Prof. Dr. Henning vom 27. 9. 1955 unbeantwortet gelassen hat, nicht dagegen. In diesem Schreiben wird auf die Untersuchung in der Chirurgischen Universitätsklinik in München (12. 1. 1955) hingewiesen, wo Wiesinger zur Operation geraten wurde. Es heißt dann weiter: „Sie sollen jedoch hiervon abgeraten und mit anderen Behandlungsmethoden begonnen haben.“ Aus der Fassung „sollen“ ist ersichtlich, daß Dr. Henning auf die bereits erwähnte Vorgeschichte im Krankenblatt Bezug nahm. Eine Rückfrage des Angeklagten, woher Dr. Henning seine Informationen habe, war zum damaligen Zeitpunkt nicht veranlaßt, ebensowenig wie eine Rechtfertigung dazu.

d) Allerdings geht aus den Bekundungen sämtlicher Zeugen nicht hervor, daß der Angeklagte den Patienten auch auf das Risiko hingewiesen hat, das er bei Unterlassung der Operation eingehe. Andererseits ist aber die Einlassung des Angeklagten, daß er dies, insbesondere auch während des zweiten Aufenthalts in der Klinik getan habe, nicht widerlegt worden. Denn die Aussage des Zeugen Dr. Meyer, wonach ihm Wiesinger erklärt habe, Dr. Issels habe ihm das noch nie so deutlich gesagt, reicht nicht aus, das Vorbringen des Angeklagten zu widerlegen, insbesondere nicht für den zweiten Aufenthalt, weil Wiesinger bereits einen Tag nach seiner am 11. 1. 1955 erfolgten zweiten Aufnahme in der Ringberg-Klinik bei Dr. Meyer war.

Aus den Aussagen der Zeugen Dr. Schmidt, Lisa Thum, Wilhelm Kühnhold, Erich Klopfer, Hans und Johann Kolb, Ingeborg und Albert Kneisel, sowie Ruth Engesser geht hervor, daß Wiesinger sowohl aus Glau-

bensgründen als auch wegen seiner biologischen Lebensweise und der Befürchtung, er sei nach der Operation kein Mann mehr, ein Operationsgegner war. Das folgt auch insbesondere aus dem Teil der Aussage der Zeugin Anna Henricl, in dem sie ihre Begegnung mit Wiesinger nach dessen Rückkehr aus München schildert. Es besteht kein Zweifel, daß die Äußerung Wiesingers sich auf Dr. Meyer bezog, der ihn in der Chirurgischen Universitätsklinik in München untersucht und über seine Lage aufgeklärt hatte.

Auf Grund dieser Zeugenaussage konnte sich das Gericht nicht davon überzeugen, daß Wiesinger sich durch ein energischeres Anraten des Angeklagten zur Operation sowohl während des ersten als auch während des zweiten Aufenthalts in der Ringberg-Klinik zur Operation hätte bewegen lassen.

2. Hinsichtlich der Frage, ob es Operationsverweigerer gibt oder nicht, haben mehrere Sachverständige in allgemeinen Ausführungen Stellung genommen.

Einige von ihnen haben die Frage verneint, andere bejaht. Da es sich nur um allgemeine Ausführungen handelte, kann diesen in den konkret zu entscheidenden Fällen weder in der einen noch in der anderen Richtung eine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. Denn selbst wenn der eine oder andere Sachverständige einen zunächst sich sträubenden Patienten zur Operation gebracht hat, ist nicht auszuschließen, daß ein anderer Patient sich nach wie vor ablehnend verhalten kann. Daß dem so ist, haben auch die glaubwürdigen Aussagen der Zeuginnen Thum und Wendel-Stucki ergeben, die trotz mehrfachen, dringenden Rates zur Operation eine solche abgelehnt haben. Aus dem Umstand, daß solche Patienten sich in aussichtsloser Lage oft doch noch zur Operation bewegen lassen, läßt sich nicht ohne weiteres herleiten, daß es keine „temporären Operationsgegner“ gibt.

3. Es ist auch nicht nachgewiesen, daß Wiesinger bei Vornahme der Operation, sei es während des ersten oder des zweiten Aufenthalts in der Ringberg-Klinik, noch erheblich länger gelebt hätte. Der Zeuge Dr. Schmidt gab an, daß er bei der Untersuchung Wiesingers am 11. 1. 1954 vergrößerte, ziemlich derbe Drüsen in der linken Leistengegend feststellte, die er für Metastasen hielt. Der Sachverständige Prof. Dr. Blumensaat, dem die Aussage des Dr. Schmidt eröffnet wurde, sah sich durch diesen Befund zwar nicht in der Lage, das Vorliegen von Metastasen zu bestätigen, konnte es aber andererseits in Anbetracht des bestehenden Peniskarzinoms nicht ausschließen. Dr. Blumensaat kam jedenfalls zu dem Ergebnis, daß eine Lebensverlängerung durch eine Operation nach dem 7. 7. 1954 nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu bejahen sei. Das Gericht hat sich dem schlüssigen Gutachten des Sachverständigen angeschlossen.

4. Der Angeklagte war daher freizusprechen. Nach dem vorliegenden gesamten Beweisergebnis ist ein begründeter Tatverdacht nicht mehr gegeben. Bei dieser Sachlage war die Erörterung der Heilfälle nicht mehr veranlaßt.

F.

Im Falle Matzeit bringt der Angeklagte vor:

Matzeit habe ihm bei seiner Aufnahme in die Ringberg-Klinik am 21. 2. 1959 erklärt, er sei schon bei mehreren Ärzten gewesen, die ihm zur Operation geraten hätten. Er sei gegen die Operation eingestellt, weil zwei Brüder an geringfügigen Operationen gestorben seien und er auch befürchte, daß er durch eine Operation die Stimme verlieren werde. Er, der Angeklagte, habe Matzeit geraten, vor der Krebsoperation eine Zahnsanierung und die Tonsillektomie vornehmen zu lassen, weil dann die Gefahr einer Embolie gebannt sei. Dabei habe er auch gehofft, daß der Patient nach diesen geringfügigen Eingriffen der eigentlichen Operation aufgeschlossener gegenüberstehen werde. Dieser sei aber auch nach deren Durchführung bei der ablehnenden Einstellung zur Ca-Operation geblieben. Er habe dann den HNO-Arzt Dr. Herrmann-Troß ersucht, den Patienten alle zehn Tage zu untersuchen, um so einen

Befund über den jeweiligen Stand des Tumors zu haben und bei dessen Fortschreiten Matzeit, wie es ihm schon bei anderen Patienten gelungen sei, doch noch zur Operation zu bringen. Als ihm Dr. Herrmann-Troß am 31. 3. 1959 vom Fortschreiten des Tumors berichtet habe, habe er dem Patienten erneut zur Operation geraten. Dieser habe wiederum abgelehnt. Den dringenden Operationsrat habe er am 27. 4. 1959 wiederholt, aber Matzeit sei wieder nicht darauf eingegangen. Schließlich sei auch fraglich, ob eine Operation in der einschlägigen Zeit eine Lebensverlängerung für Matzeit herbeigeführt hätte. Die Behandlung habe er auch auf Grund seiner bis dahin erzielten Heilerfolge durchgeführt.

II. Der Angeklagte war eines Vergehens der fahrlässigen Tötung nicht zu überführen.

1. a) In dem von Dr. Witzmann geführten Krankenblatt der Ringberg-Klinik stehen unter anderem folgende Einträge:

„27. 4. 1959: Bei der letzten Chefarztvisite wurde der Patient nochmals über die Grenzen der internen Tumorthherapie vom Chefarzt informiert. Es wurde ihm bedeutet, daß der Prozeß noch operabel ist und daß er jederzeit zur Operation aus der hiesigen Behandlung überwiesen werden könne. Es wurde ihm auch nicht verhehlt, daß der Prozeß weitergegangen sei. Der Patient will trotz allem die bisherige Therapie fortgesetzt haben und lehnt erneut eine Operation ab.“

„5. 5. 1959: Auch bei der letzten Chefarztvisite erhält der Patient die Krankheitssituation nochmals gründlich erklärt. Er zieht aber keine Konsequenzen daraus.“

„8. 5. 1959: Entlassung nach Hause auf eigenen Wunsch. Epikrise: „Der Patient wurde mehrfach bei den Chefarztvisiten darauf hingewiesen, daß die komb. biolog. chem. Therapie keinen eindeutigen Stillstand im Tumorstadium ergeben hatte, und daß die Möglichkeit eines operativen Eingriffs noch gegeben sei. Der Patient stand aber nach wie vor einer Operation ablehnend gegenüber und war zu einer weiteren internen Tumorthherapie bereit. Auch ein nochmaliger verstärkter Einsatz des Cytostaticums Endoxan mit insgesamt 1500 mg brachte keine sichtbaren Veränderungen. Als der Patient nochmals nachdrücklich darauf verwiesen wurde, daß das Krankheitsbild hier nicht zu beherrschen sei, verließ er die Klinik mit der Absicht, sich bei seinem vorbehandelnden Arzt nochmals vorzustellen, um dann eine endgültige Entscheidung bezüglich seiner Weiterbehandlung zu treffen.“

b) Der Zeuge Dr. Herrmann-Troß bekundete unter Eid glaubwürdig, daß zwischen ihm und dem Angeklagten vereinbart wurde, alle zehn Tage einen Bericht über den Stand des Tumors zu geben. Die Befunde, die immer gleich ungünstig waren, wurden Matzeit jeweils eröffnet. Schon während der ersten acht Tage wurde ihm geraten, die Operation in Düsseldorf vornehmen zu lassen; auch dem Angeklagten gegenüber äußerte der Zeuge: „Operieren lassen!“

Der glaubwürdigen beeidigten Aussage der Zeugin Emma Dabelstein zufolge war deren Mann mit Matzeit im gleichen Zimmer gelegen. Ihr Mann hat ihr sowohl mündlich als auch in Briefen mitgeteilt, daß der Angeklagte dem Patienten Matzeit zur Operation geraten habe. Die Zeugin Luitgard Hinkelmann hatte nach ihren glaubwürdigen beeidigten Bekundungen als Vertreterin der Oberschwester etwa fünf Wochen lang mit Matzeit zu tun. Bei Visiten, an denen sie teilnahm, habe der Angeklagte dem Patienten mehrmals zur Operation geraten, einmal mit den Worten: „Hören Sie mal, Herr Matzeit, Sie sehen selber, der Prozeß schreitet voran. Lassen Sie sich operieren.“ Die Zeugin Hildegard Hickler sagte unter Eid glaubwürdig aus, daß sie als Nachtschwester mit Matzeit zu tun hatte. Eines Abends war dieser sehr aufgelöst und erzählte ihr, Dr. Issels habe ihm nochmals geraten, er solle sich operieren lassen. Der Zeuge Dr. Witzmann hat glaubwürdig unter Eid angegeben, daß er die Einträge im Krankenblatt vom 27. 4. 1959 und 5. 5. 1959 vornahm und die Epikrise verfaßte. Beide entsprehen, wie er weiter aussagte, der damaligen Situation.

Der Zeuge Dr. Berger, HNO-Facharzt der Städt. Krankenanstalten Düsseldorf, untersuchte nach seinen glaubwürdigen beeidigten Bekundungen Matzeit am 6. 8. 1958 klinisch und stellte den Tumor am Stimmband fest. Er wies Matzeit auf den Ernst der Lage hin und riet dringend zur Operation. Dieser wollte es sich überlegen; er erschien nicht mehr. Den schriftlichen Aufforderungen des Zeugen vom 18. 6. und 25. 10. 1958, doch zur Probeexzision zu erscheinen, leistete Matzeit keine Folge. Er erschien erst wieder am 1. 11. 1958 aus Anlaß eines Erstickungsanfalls. Eine stationäre Aufnahme zum Zwecke der Operation lehnte Matzeit ab, obwohl er vom Zeugen darauf hingewiesen wurde, daß jetzt nur das Stimmband herausgenommen werden und er in vier bis fünf Tagen wieder sprechen könne, während er bei Nichtvornahme der Operation die Sprache verlieren könne und ihm später der Kehlkopf herausgenommen werden müsse. Das werde zur Folge haben, daß er dann eine Röhre brauche, wodurch ein sehr unangenehmer Zustand eintrete.

Der Zeuge Prof. Dr. Greven, Facharzt HNO der Städt. Krankenanstalten Krefeld, sprach nach seinen glaubhaften beeidigten Angaben mit Matzeit am 3. und 6. 2. 1959 und riet ihm eindringlich zur Operation, wobei er ihm auch die Folgen im Falle der Nichtoperation schilderte. Matzeit erwiderte, daß er sich nicht operieren lassen wolle.

Auch aus den weiteren Bekundungen der Zeuginnen Hildegard Hickler und Luitgard Hinkelmann geht hervor, daß Matzeit gegen die Operation war, weil er den Verlust der Stimme befürchtete. Die Zeugin Herta Denkhäus, deren Mann ebenfalls in der Ringberg-Klinik war, sagte glaubhaft unter Eid aus, daß sich Matzeit mit ihr mehrmals unterhalten habe. Dabei habe er sich gegen die Operation ausgesprochen mit der Bemerkung, er würde dadurch die Stimme verlieren, und außerdem seien auch seine zwei Brüder nach Operationen gestorben. Die Zeugin Elisabeth Heidemann hatte ihrer glaubwürdigen beeidigten Aussage zufolge als Stationschwester im Behandlungsraum mit Matzeit zu tun. Ihr gegenüber erklärte der Patient, daß er Angst vor einer Operation habe, weil seine Brüder nach Operationen gestorben seien, er lasse sich daher nicht operieren.

Die Zeugin Anna Matzeit, Ehefrau des Patienten, sagte glaubwürdig aus, daß sie nach Feststellung des Krebses „überall Ärzte gefragt hätten und daß diese zur Operation geraten hätten“. Sie seien schließlich nach Hause gefahren, um operieren zu lassen. Zu Hause habe ihr Mann eine Zeltung in die Hand bekommen, in der etwas über Dr. Issels gestanden sei. Jemand habe ihrem Mann dann gesagt, „der mache es ohne Operation“. Daraufhin habe sich ihr Mann in die Ringberg-Klinik begeben. Sie habe mit Dr. Issels vor der Mandeloperation gesprochen und ihm erklärt, wenn es in drei Wochen nicht besser werde, solle er ihren Mann heimschicken. Letzterer habe dann geäußert, er bleibe, weil ihm jemand gesagt habe, er werde zu 99% geheilt. Auf Vorhalt bekundete die Zeugin, sie wisse nicht mehr genau, ob Dr. Issels ihr vor oder nach der Mandeloperation erklärt habe, „die Kleinigkeit werden wir schon beheben“, sie wisse auch nicht mehr, ob er geäußert habe, „er habe schon größere Sachen gemacht, das sei eine Kleinigkeit“. Ihr Mann habe sich immer vorgestellt, er könne nach der Operation nicht mehr sprechen.

c) Der Aussage des Zeugen Dr. Herrmann-Troß ist zu entnehmen, daß der Angeklagte im Falle Matzeit besonders vorsichtig vorgegangen ist, und daß er — der Zeuge — dem Angeklagten die Operation vorgeschlagen hat. Daß dieser seinerseits den Vorschlag akzeptierte und dann Matzeit ebenfalls zur Operation riet, ergibt sich aus den Aussagen der Zeuginnen Emma Dabelstein, Luitgard Hinkelmann und Hildegard Hickler. Nachdem der Zeuge Dr. Witzmann bestätigte, daß seine diesbezüglichen Eintragungen im Krankenblatt den jeweiligen Tatsachen entsprechen, ist auch durch diese der Operationsrat des Angeklagten dargetan.

Dr. Witzmann sagte zwar weiter aus, er meine, Dr. Issels habe von der Möglichkeit einer Operation gespro-

chen, er — der Zeuge — sei aber der Ansicht, Dr. Issels habe mehr die negativen Seiten der Operation herausgestellt und dabei seine interne Therapie in den Vordergrund gerückt. Schließlich sagte der Zeuge noch: „Wenn Issels kompromißlos verlangt hätte, daß Matzeit sich operieren lasse, dann hätte dieser dies getan. Das ist meine Meinung.“ Differenzen haben hinsichtlich der Eintragungen im Krankenblatt nach den weiteren Angaben Dr. Witzmanns nicht bestanden. Dr. Issels habe ihm gegenüber, so sagte der Zeuge weiter aus, auch erklärt: „Sie wissen ja, die Operation verstümmelt, nur der Lokalbefund wird beseitigt und die Rezidivbildung ist nicht ausgeschlossen.“

Die Aussage des Zeugen ist jedoch nicht geeignet, seine eigenen Eintragungen zu entwerten; denn einerseits gab er selber an, daß hinsichtlich der Eintragungen keine Differenzen bestanden, andererseits handelt es sich bei der einschlägigen Aussage teils um allgemein gehaltene Formulierungen, teils um eine Schlußfolgerung des Zeugen selber. Soweit die angebliche Äußerung des Angeklagten in Frage steht, ist diese unerheblich, weil sie dem Zeugen gegenüber abgegeben wurde, nicht gegenüber dem Patienten Matzeit.

Auch die Aussage der Ehefrau des Patienten Matzeit spricht nicht gegen den Operationsrat des Angeklagten. Die Angaben darüber, warum ihr Mann in die Ringberg-Klinik gegangen ist, sind, soweit der Operationsrat in Frage steht, unerheblich. Nach ihren Angaben ist ihr Mann dort geblieben, weil ihm jemand eine 99prozentige Heilung in Aussicht gestellt hatte. Daß dies der Angeklagte war, läßt sich daraus nicht entnehmen. Auch war sich die Zeugin nicht mehr sicher, ob die angeführte Äußerung vor oder nach der Mandeloperation gefallen ist.

Aus den Aussagen des Zeugen Dr. Berger, Dr. Greven, Hildegard Hickler, Luitgard Hinkelmann, Herta Denkhäus, Elisabeth Heidemann und den Eintragungen im Krankenblatt, die Dr. Witzmann als richtig bestätigt hat, geht hervor, daß der Patient Matzeit zumindest infolge seiner Befürchtung, er werde die Stimme verlieren, und auf Grund der Tatsache, daß zwei Brüder nach Operationen starben, ein Operationsgegner war. Auf Grund dieser Zeugenaussagen konnte sich das Gericht nicht davon überzeugen, daß sich Matzeit durch den Angeklagten, selbst wenn dieser noch nachdrücklichere Hinweise auf die Operation gegeben hätte, zu der Operation hätte bewegen lassen.

2. Es ist auch nicht nachgewiesen, daß Matzeit bei Vornahme der Operation während der Zeit seines Aufenthalts in der Ringberg-Klinik Heilung oder erhebliche Lebensverlängerung zu erwarten gehabt hätte. Der Sachverständige Prof. Dr. Kressner, Chefarzt der Hals-, Nasen-, Ohrenabteilung des Städt. Krankenhauses München rechts der Isar, hat in seinem Gutachten ausgeführt, daß Anfang Februar 1959 die Aussichten für den Erfolg einer Operation noch günstig waren, weil der Tumor damals „auf das Kehlkopfinnere“ beschränkt war. Aber schon aus dem Befund des Facharztes Dr. Herrmann-Troß vom 23. 2. 1959, zwei Tage nach Aufnahme des Patienten in der Ringberg-Klinik, wonach „das linke Stimmband starr war, in Medianstellung fixiert“, ergebe sich, daß zur Zeit der Aufnahme in die Klinik der Tumor bereits fortgeschritten war. Denn die Beweglichkeit des Stimmbandes, so erklärte der Sachverständige weiter, kann nur aufgehoben sein, wenn die das Stimmband bewegende Muskulatur mitergriffen ist. Demzufolge war der Tumor bereits in eine Region eingedrungen, die mit Lymphbahnen stärker versorgt ist als die Stimmbänder. Dadurch ist die Malignität der Geschwulst erhöht und die Prognose einer günstigen Beeinflussung zweifellos herabgesetzt. Ein solcher Umschwung kann sich nach dem Gutachten des Sachverständigen innerhalb zwei bis drei Wochen vollziehen.

Der Sachverständige kommt in seinen Gutachten zu dem Schluß, daß durch eine Operation im Zeitpunkt der Aufnahme in der Ringberg-Klinik eine erhebliche Lebensverlängerung des Patienten Matzeit nicht mehr mit einer Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwartet werden konnte. Das Gericht hat sich dem schlüssig

begründeten Gutachten angeschlossen. Damit fehlt es an dem Nachweis, daß die Unterlassung der Operation während des Aufenthaltes in der Ringberg-Klinik für den frühzeitigen Tod Matzeits kausal gewesen ist.

3. Der Angeklagte war daher freizusprechen. Nach den vorliegenden gesamten Beweisergebnissen ist ein begründeter Tatverdacht nicht mehr gegeben. Bei dieser Sachlage ist die Erörterung der Heilfälle nicht mehr veranlaßt.

G.

I. Im Falle Warnken bringt der Angeklagte vor:

An ein Telefongespräch mit dem Ehemann der Patientin vor deren Aufnahme in die Ringberg-Klinik könne er sich zwar nicht mehr erinnern. Den Brief des Ehemannes vom 28. 12. 1954 habe er jedoch vorher erhalten. Die Patientin habe ihm bei der Aufnahme erzählt, daß sie „Furchtbares“ im St.-Joseph-Stift in Bremen erlebt habe. Der Oberarzt habe ihr erklärt, sie werde zunächst bestrahlt, dann würden beide Brüste entfernt und anschließend die Eierstöcke herausgenommen werden. Sie habe vor der Operation Angst gehabt, weil ihre Mutter nach einer Brustkrebsoperation gestorben sei. Auch habe sie zum Ausdruck gebracht, daß ihre Ehe zerstört werden könnte. Schließlich habe sie erklärt, sie werde, falls er sie nicht in der Ringberg-Klinik aufnehme, anderswo hingehen, weil es auch noch andere Methoden gebe. Er habe sie beruhigt und erklärt, die Operation sei die allgemeingültige Behandlungsweise, dabei verliere sie nur eine Brust. Da er schon mehrere Patienten, die gegen eine Operation gewesen seien, nach kürzerem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik zur Operation habe überreden können, habe er angenommen, daß ihm dies auch bei der Patientin Warnken gelingen werde.

Im übrigen habe sich der Fall Warnken von den Fällen Wiesinger und Matzeit insofern unterschieden, als bei der Patientin die Geschwulst durch die Probeexzision schon entfernt gewesen sei. Dies habe er jedenfalls aus dem Bericht des St.-Joseph-Stifts vom 11./12. Januar 1955 entnommen, in dem ausgeführt ist, daß am 15. 12. 1954 die Exzision eines erbsengroßen, unter der Haut freibeweglichen Tumors durchgeführt worden war. Er habe sich zwar eine „Nachoperation“ überlegt. Aber nach den Erfahrungen von Professor Dr. Demmer (Österreich) sollte eine solche nicht vorgenommen werden. Die Bestrahlung habe er durch seine Therapie ersetzt. Er habe Frau Warnken auf die Möglichkeit einer Rezidivbildung hingewiesen. Bei der zweiten Aufnahme in der Ringberg-Klinik sei wieder ein kleines Knötchen vorhanden gewesen. Er habe der Patientin erklärt, daß es herausgeschnitten werden müsse; sie habe darauf erwidert: „Aber ja keine Brustamputation vornehmen.“ Die Entfernung des Knötchens habe er durch den Arzt Dr. Felst vornehmen lassen. Mit dem Entlassungsbericht sei Frau Warnken an ihre Hausärztin Dr. Münchow-Schmerl überwiesen worden. Auf die alarmierenden Briefe vom 10. und 12. 3. 1956 und 9. 4. 1956 habe er am 18. 3. 1956 und 12. 4. 1956 geantwortet; dabei sei er jedoch davon ausgegangen, daß Frau Warnken eine strikte Operationsverweigerin sei. Auch habe die Hausärztin schon dauernd zur Operation geraten gehabt.

Schließlich habe er seine Behandlungsweise in diesem Fall auch für erfolgversprechend angesehen, weil er in drei Fällen bei nichtoperierten Mamma-Karzinomen Erfolge erzielt und in mehreren anderen Fällen, bei denen nach Operation und Bestrahlung sich Rezidive gebildet hätten, durch seine Behandlungsweise diese Rezidive geheilt habe. Es sei auch noch fraglich, ob eine Operation in der einschlägigen Zeit eine Lebensverlängerung für die Patientin Warnken herbeigeführt hätte.

II. Der Angeklagte war eines Vergehens der fahrlässigen Tötung nicht zu überführen.

1. Der Zeuge Artur Warnken, Ehemann der Patientin, sagte glaubwürdig aus, daß ihm der Angeklagte vor Aufnahme seiner Frau in der Ringberg-Klinik am Telefon erklärt habe, eine Operation sei nicht erforder-

lich. Daß seine Frau bereits im St.-Joseph-Stift gewesen sei, habe er hierbei nicht mitgeteilt. Nach den weiteren Angaben des Zeugen sollte seine Frau im St.-Joseph-Stift operiert werden, wobei sie auf die Folgen bei Nichtvornahme der Operation hingewiesen worden sei. Auf diese Eröffnung hin habe sie zu ihm gesagt, hier bleibe sie keinesfalls, er solle um was anderes schauen. Am 30. 12. 1954 sei sie auf eigenen Wunsch entlassen worden. Artur Warnken gab dann weiter an, seine Frau habe ihm einmal erklärt, Dr. Issels sei gegen die Operation.

Die Frage der Operation hätte, so sagte der Zeuge, soweit das eheliche Verhältnis in Betracht gekommen sei, für ihn „eigentlich“ keine Rolle gespielt. Er habe aber nicht gewußt, wie seine Frau darüber gedacht habe. Sie habe immer Angst vor der Operation gehabt, weil ihre Mutter wie auch die Frau eines Freundes nach der Operation gestorben seien. Wenn Dr. Issels für eine Operation gewesen wäre, dann wäre auch er nicht mehr dagegen gewesen, und „seine Frau hätte dann vielleicht auch mitgemacht“. Sie habe viel über „die Dinge“ gelesen und sei sich nie im klaren gewesen, was sie machen solle. Auch er habe sich trotz des Lesens von einschlägigen Büchern keine Klarheit verschaffen können.

Die Zeugin Dr. Münchow-Schmerl bekundete glaubwürdig unter Eid, daß die Patientin Warnken ihr am 18. 11. 1954 den Knoten an der Brust gezeigt habe. Die Patientin sei vorher zwei Jahre wegen Herzbeschwerden in ihrer Behandlung gewesen und habe gelegentlich auch erwähnt, sie fürchte sich vor einem Brustkrebs, weil ihre Mutter trotz Operation daran gestorben sei. Nach der Untersuchung am 18. 11. 1954 habe sie die Patientin zur Probeexzision an das St.-Joseph-Stift überwiesen. Mit diesem sei ein „Schnellverfahren“ abgesprochen worden, um die Patientin, wie die Zeugin sich ausdrückte, „im Falle der Notwendigkeit einer Operation zu überrumpeln“. Die Patientin sei dann erst wieder am 2. 4. 1955 bei ihr erschienen, weil die Behandlungsweise des Angeklagten nach der Entlassung aus der Ringberg-Klinik durch sie fortgesetzt werden sollte.

Die Zeugin will der Patientin damals sinngemäß erklärt haben: „Wenn Sie alles andere tun, als sich operieren zu lassen, dann leben Sie höchstens noch fünf Jahre.“ Die Antwort sei gewesen: „Ich lasse mich nicht operieren!“ Als Begründung habe die Patientin angegeben, sie habe Angst, das gleiche Schicksal wie ihre Mutter zu erleiden, sie wolle ihrem Kind erhalten bleiben. Dabei habe sie auch zum Ausdruck gebracht, sie habe Dr. Issels erklärt, daß sie die volle Verantwortung für ihr Verhalten übernehme. Zwischen dem 1. 7. 1955 und 11. 10. 1955 sei die Patientin bei der Zeugin nicht mehr erschienen. Ab 10. 12. 1955 — nach der Entlassung aus dem zweiten Aufenthalt in der Ringberg-Klinik — seien von ihr wieder Spritzen verabreicht worden, die letzte am 9. 3. 1956. Anschließend habe sie wieder zur Operation geraten. Am 17. 4. 1956 habe sich die Patientin an die Frau Dr. Nolfi in Dänemark, eine auf Naturheilverfahren eingestellte Ärztin, gewandt. Erst am 25. 5. 1956 sei sie wieder bei ihr erschienen. Anschließend habe sie wieder einen Heilpraktiker aufgesucht. Am 6. 8. 1956 habe die Patientin nochmals erklärt, eine Operation komme nicht in Frage. Sie habe sich dann wieder an einen Heilpraktiker gewandt. Die Zeugin faßte ihre Aussage dahin zusammen: „Da die Patientin sich nicht operieren lassen wollte, ging es so weiter. Erst im Juni 1957, nachdem sie erkannt hatte, was los war, war sie ‚mürbe‘ geworden und ließ sich zur Operation überreden.“

Der Heilpraktiker Werner Vogt aus Gengenbach/Schwarzwald gab als Zeuge glaubwürdig unter Eid an, daß die Patientin Warnken am 4. 7. 1956 anlässlich ihres Aufenthaltes in einem Rohkostkurheim bei ihm in der Sprechstunde gewesen sei. Aus dem Gespräch mit ihr habe er entnommen, daß sie eine Kur mache, um eine Operation zu vermeiden. Der Zeuge Dr. Hemm bekundete unter Eid glaubwürdig, daß die Patientin Warnken im Juli oder August 1956, als er noch als Heilpraktiker in München-Pasing tätig gewesen sei, in

seiner Sprechstunde erschienen sei. Er habe ihr erklärt, sie müsse sich erst operieren lassen, dann könne er eine Weiterbehandlung übernehmen, es sei ihm sonst zu gefährlich. Sie habe von einer Operation aber nichts wissen wollen und sinngemäß hinzugefügt: „Viele wurden operiert, obwohl sie keinen Krebs hatten, die Brust ist aber weg.“

Der Zeuge Dr. Braun, Arzt in der Ringberg-Klinik, traf nach seinen glaubwürdigen eidlichen Bekundungen mit der Patientin Warnken während ihres ersten dortigen Aufenthalts öfters zusammen. Als er mit ihr auf die Operation zu sprechen gekommen sei, habe sie ihm u. a. erklärt: „Lieber Doktor, Sie sind ein Mann, ich eine Frau. Sie verstehen mich nicht.“ Der Zeuge Dr. Mollier, prakt. Arzt in München, hat glaubhaft unter Eid angegeben, daß seine an Krebs erkrankte, inzwischen verstorbene Ehefrau als Patientin mit Frau Warnken während deren erstem Aufenthalt in der Ringberg-Klinik in einem Zimmer gelegen sei. Er sei daher mit ihr ins Gespräch gekommen. Dabei habe sie ihm zweimal erklärt, sie liege bei Dr. Issels, weil sie die Operation grundsätzlich ablehne. Die Zeugin Marschall war nach ihrer glaubhaften beidseitigen Aussage als Krankenschwester mit der Patientin Warnken während ihres ersten Aufenthalts in der Ringberg-Klinik ins Gespräch gekommen. Die Patientin habe immer wieder erklärt, sie wolle sich nicht operieren lassen, weil sie nicht verstümmelt sein wolle. Es war, so sagte die Zeugin weiter aus, ziemlich einmalig, daß eine so „Frische“ ohne Operation hereingekommen ist. Auch der Zeugin Müllenacker gegenüber äußerte nach deren glaubwürdigen Bekundungen die Patientin Warnken während ihres ersten Aufenthalts in der Ringberg-Klinik, sie wolle sich nicht operieren lassen.

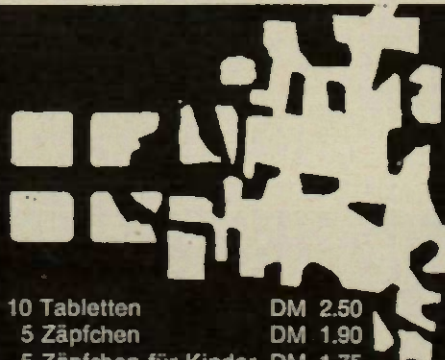
2. Die Beweisaufnahme hat zwar nicht ergeben, daß der Angeklagte der Patientin mit Nachdruck zur Operation geraten hat. Die Aussage des Zeugen Warnken, wonach der Angeklagte bei dem Telefongespräch erklärt hat, eine Operation sei nicht erforderlich, ist, selbst wenn die Äußerung als erwiesen angesehen werden könnte, nicht geeignet, ein Abraten des Angeklagten von der Operation nachzuweisen. Denn der Zeuge konnte keine näheren Angaben über den Inhalt des Telefongesprächs machen, insbesondere darüber, was er von der Erkrankung seiner Frau berichtet hatte. Mit Sicherheit hat er aber nicht mitgeteilt, daß seine Frau bereits im St.-Joseph-Stift liege, um dort operiert zu werden. Die weitere Aussage des Zeugen über die ablehnende Haltung Dr. Issels' zur Operation geht auf eine Äußerung seiner Frau zurück. Es ließ sich aber nicht klären, wann diese erfolgt ist. In ihrem Brief vom 10. 2. 1955 an ihren Ehemann schrieb sie dagegen unter anderem: „Dr. Issels lehnt eine operative Entfernung ja nicht ab, aber er führt sie nicht selbst aus.“ Die Briefe der Frau Warnken an ihren Mann vom 10. und 17. 1. 1955 sprechen weder dafür, daß Dr. Issels die Operation angeraten, noch dafür, daß er zu diesem Zeitpunkt davon abgeraten hat. Im ersteren heißt es nur: „Eine Operation kommt hier für mich nicht in

Frage, denn hier sind ganz andere Fälle, z. B. faustgroße Tumoren in der Lunge, das soll eben alles durch diese Kur von innen zerstört werden...“ und im zweiten: „...da kam Dr. Issels und sagte mir, ich sei ein schöner Fall, zu dem er sich freue!“ Abgesehen davon sind diese Briefe durch die oben zitierte Mitteilung vom 10. 2. 1955 überholt. Andererseits läßt die Wendung in diesen Briefen, „Dr. Issels denkt nicht daran, daß ich eine Brust abgenommen bekomme, er hat über den Plan der Bremer Ärzte mit Grausen den Kopf geschüttelt“, und die Angaben im Brief vom 9. 11. 1955, „ich wäre eine der wenigen Frauen der Welt, denen man zweimal einen Tumor entfernt ohne Amputation“, erkennen, daß der Angeklagte der Patientin Hoffnungen auf einen Erfolg seiner Behandlungsweise machte. Dafür sprechen im übrigen auch seine Schreiben vom 16. 3. 1956 und 12. 4. 1956, in denen er von der Erhaltung der Brust und davon, daß das Amputieren noch Zeit habe, spricht.

Das Gericht konnte sich aber aufgrund des weiteren Beweisergebnisses nicht davon überzeugen, daß die Patientin Warnken bei wiederholtem, eindringlicherem Rat zur Operation seitens des Angeklagten sich zu einer Operation tatsächlich hätte bewegen lassen. Nach der Aussage ihres Mannes hatte sie, als sie bereits im St.-Joseph-Stift war, nach der Eröffnung, daß sie operiert werde und daß die Eierstöcke herausgenommen würden, erklärt, hier bleibe sie keinesfalls, er solle „um was anderes schauen“. In der Tat hat sie dann das Stift auch kurz darauf verlassen. Daß sich sowohl die Patientin als auch ihr Mann der Folgen dieses Schrittes bewußt waren, geht aus dem Brief ihres Mannes vom 28. 12. 1954 an den Angeklagten hervor, in dem es u. a. heißt: „... Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir baldmöglichst aufgeben könnten, wann und ob meine Frau in Ihre Klinik kommen kann. Diesen Schritt verantworten wir dann selbst.“

Damit konnte aber nur der Austritt aus dem St.-Joseph-Stift und der Eintritt in die Ringberg-Klinik gemeint sein. In dem Schreiben kommt auch durch die Wendung: „Meine Frau würde die vielen Operationen, verbunden mit den Bestrahlungen und fleischloser Ernährung, wohl kaum als gesunder Mensch überstehen“, zum Ausdruck, daß auch der Ehemann gegen die Operation eingestellt war und nicht auf einer Operation mit Nachdruck bestand. Auch in seinem Brief vom 11. 1. 1955 an seine Frau klingt diese Ansicht durch, denn es heißt dort u. a.: „... Die vielen Bestrahlungen und Operationen hätten Dich in Verbindung mit der ganzen Krankenhausatmosphäre seelisch und körperlich mehr als heruntergebracht.“

Nach der Aussage der Zeugin Dr. Münchow-Schmerl hatte die Patientin Warnken, lange bevor sie den Knoten in der Brust bemerkt hatte, wegen des Todes ihrer Mutter eine panische Angst vor Brustkrebs gehabt. Der von der Zeugin geschilderte Überraschungsversuch nach der Untersuchung vom 18. 11. 1954 ist, wie der Austritt aus dem St.-Joseph-Stift zeigte, gescheitert. Dabei ist auch schon auffällig, daß die



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

Patientin von der Untersuchung ab noch bis zum 14. 12. 1954 wartete, bis sie sich zur Probeexzision einfand. Auch nach der Rückkehr vom ersten Aufenthalt in der Ringberg-Klinik ist die Patientin Warnken bei ihrem ablehnenden Verhalten zur Operation geblieben und hat dieses wiederum mit dem Tod ihrer Mutter und der Rücksicht auf das Kind begründet. Auch hat sie der Zeugin gegenüber erklärt, daß sie gegenüber Dr. Issels die Verantwortung für ihr Verhalten übernommen hatte. Nach dem zweiten Aufenthalt in der Ringberg-Klinik erschien die Patientin Warnken wieder bei der Zeugin und ließ sich am 9. 3. 1956 die letzte Spritze geben. Auch zu diesem Zeitpunkt hat die Zeugin wiederum zur Operation geraten. Diesen Rat hat die Patientin unbeachtet gelassen, sich vielmehr an die Heilpraktiker Vogt und Dr. Hemm sowie an die Ärztin Dr. Nolfi gewandt und erst im Juni 1957 den Entschluß zur Operation gefaßt, nachdem sich ihre bisherigen Bemühungen als erfolglos erwiesen hatten und sie „mürbe“ geworden war. Auch aus den Aussagen der Zeugen Dr. Mollier, Klara Marschall und Elisabeth Müllenacker ergibt sich die ablehnende Einstellung der Patientin Warnken zur Operation. Aus der Aussage des Zeugen Dr. Braun ist zu entnehmen, daß die Patientin angedeutet hat, sie sehe sich ohne Brust nicht mehr als vollwertige Frau an. Letzteres kann nur dahin verstanden werden, daß sie auch Befürchtungen hatte, ihr Mann könnte sich dann von ihr abwenden.

Die weitere Aussage des Zeugen Warnken kann nicht ins Gewicht fallen. Seine Angabe zum Punkt Eheverhältnis ist nicht überzeugend, weil er sagte, daß die Operation für ihn „eigentlich“ keine Rolle gespielt habe. Abgesehen davon konnte er nicht angeben, wie seine Frau tatsächlich darüber gedacht hatte. Nach seinen Angaben wäre zwar er bei einem entsprechenden Rat Dr. Issels' nicht mehr gegen eine Operation gewesen, während seine Frau „vielleicht mitgemacht hätte“. Der Umstand aber, daß seine Frau auch nach dem 9. 3. 1956 noch Heilpraktiker aufsuchte und sich erst im Juni 1957 zur Operation entschloß, zeigt, daß sie unbeeindruckt an ihrer negativen Einstellung zur Operation festgehalten hat. Die Angabe ihres Mannes, sie habe ihm gegenüber im Oktober 1955 geäußert, zu einer Operation sei es schon zu spät, ist nicht überzeugend. Denn einmal konnte sie gar nicht in der Lage sein, dies zu beurteilen, andererseits hat sie nach dem Beweisergebnis auch später die Operation mit der gleichen Begründung abgelehnt.

Der Umstand, daß die Patientin Warnken trotz Anratens ihrer Hausärztin zur Operation sich nicht dazu entschließen konnte, vielmehr weiter Heilpraktiker aufsuchte, spricht dafür, daß sie eine geradezu eingewurzelte Abneigung gegen die Operation hatte. Es ist daher nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, daß durch wiederholte nachdrückliche Hinweise des Angeklagten auf die Operation die Patientin Warnken sich zur Operation hätte bewegen lassen. Damit fehlt aber auch der Nachweis, daß das Verhalten des Angeklagten für den Tod der Patientin Warnken kausal gewesen ist.

3. Der Angeklagte war daher freizusprechen.

Aber auch nach dem Beweisergebnis über die vom Angeklagten benannten und in der Hauptverhandlung unter Beiziehung von Sachverständigen erörterten zwanzig Heilfälle (Erfolgswfälle) war ihm ein Verschulden am Tod der Patientin Warnken nicht nachzuweisen (vgl. H—K).

H.

(Numerierung der Fälle nicht fortlaufend)

1. Die noch lebende Patientin R. W., geb. 1928, wurde vom 18. 12. 1956 bis 18. 3. 1957 und vom 25. 8. 1957 bis 14. 9. 1957 in der Ringberg-Klinik behandelt. Bei ihr wurde am 13. 7. 1956 und 26. 11. 1956 nach einer Probeentnahme vom Muttermundeingang die Diagnose eines Plattenepithelzellkrebses gestellt.

Die Patientin hat die ihr vorgeschlagene Operation und Bestrahlung abgelehnt und sich in die Behandlung des Angeklagten begeben.

2. Die am 11. 11. 1959 verstorbene Patientin Käthe Wittig, geb. 1908, begab sich erstmals am 26. 5. 1955 zur Behandlung in die Ringberg-Klinik, wo sie zunächst fünf Monate verblieb. In den Jahren 1956, 1957 und 1959 war sie jeweils etwa vier Wochen dort. In der Zwischenzeit wurde sie ambulant behandelt. Die im September 1954 aufgrund der Probeentnahme erfolgte Gewebsuntersuchung führte zur Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms der Portio. Die Patientin hat Operation und Bestrahlung abgelehnt und sich in die Ringberg-Klinik begeben.

3. Die noch lebende Patientin Käthe Gerlach (geb. 1909) begab sich am 9. 10. 1950 in die ambulante und am 7. 11. 1950 in die stationäre Behandlung des Angeklagten, die sich über 19 Wochen erstreckte. Bei ihr wurde am 29. 11. 1949 histologisch ein kleinzelliges Plattenepithelkarzinom festgestellt. Eine Operation konnte wegen eines Herzleidens nicht durchgeführt werden. Es wurde daher eine kombinierte Strahlenbehandlung mit zwei Radiumeinlagen (7000 mgeh) und Röntgen-Tiefenbestrahlung (2400 r) durch ihren Arzt, Dr. Ley, vor Übernahme der Behandlung durch den Angeklagten durchgeführt. Am 19. 7. 1950 wurde im Raum zwischen Scheide und Mastdarm ein hühnerelgroßer weicher Tumor getastet. Nach Anlegung einer künstlichen Darmöffnung erfolgte eine weitere Röntgenbestrahlung (2400 r).

Der Bericht des Hausarztes Dr. Kronen vom Oktober 1950, nach Abschluß der ersten und zweiten Strahlenbehandlung, lautet: „Ausgedehntes Uteruskarzinom mit beginnender Metastasierung in das Beckenbindegewebe und das Kreuzbein. Faustgroßer Tumor im rechten Unterbauch, fortgeschrittene Kachexie, sekundäre Anämie, schwere Neuralgien, Gehunfähigkeit, Metastasen im Mastdarm, starke Stuhlbeschwerden.“ Die Patientin wurde dann vom Angeklagten behandelt.

4. Die noch lebende Patientin Else Diekmann (geb. 1898) war vom 10. 9. bis 15. 12. 1953 und vom 2. 7. bis 31. 7. 1954 in der Ringberg-Klinik. Sie erkrankte im Jahre 1952 an einem Kollum-Karzinom. Dieses wurde in der Universitäts-Frauenklinik Göttingen mit einer kombinierten Radium-Röntgen-Therapie (2 Radiumeinlagen je 2000 mgeh und insgesamt 4640 r) behandelt. Bei der Entlassung am 22. 11. 1952 hatte der Tumor gut angesprochen. Am 16. 9. 1953 berichtete der Facharzt Dr. Poeck, der die Patientin im Auftrag des Angeklagten untersucht hatte, unter anderem: „Das ganze kleine Becken ist von einem Tumor, der sich nicht genau abgrenzen läßt, ausgemauert, starke Absonderung von Krebsmilch und Blut.“ Sein Bericht vom 13. 11. 1953 lautet unter anderem: „Auffallende Besserung und auffallender Rückgang des Tumors, völliges Verschwinden der Tiefenbucht mit der früheren Wunde.“ Im Bericht des Dr. Poeck vom 15. 12. 1953

Lyo balsam

®

★
Percutanes
Expectorans
und Inhalat

»NEOS«-DONNER KG · 1 BERLIN 36

heißt es unter anderem: „...Keine Wunde, kein Krater, die Resistenz hat sich nicht vergrößert und ist in gleicher Weise wie bei der letzten Untersuchung fühlbar...“, und im Bericht vom 8. 7. 1954: „Das fast völlige Verschwinden des Tumors ist, wie am 13. 11. 1953, beständig geblieben.“

5. Die noch lebende Patientin Katharina Bollmann (geb. 1898) war vom 17. 9. bis 7. 12. 1955, vom 31. 7. bis 28. 8. 1956 und vom 28. 1. bis 22. 2. 1958 in der Ringberg-Klinik. Sie wurde am 16. 2. 1955 in die Städtische Frauenklinik in Bremen eingeliefert; der histologische Befund ergab ein Plattenepithelkarzinom. Dieses wurde mit einer kombinierten Radium-Röntgen-Therapie (5000 mgeh und 3000 r pro Parametrium) behandelt. Am 5. 7. 1955 erfolgte unter der Diagnose eines parametranen Rezidivs rechts eine erneute Aufnahme in der Frauenklinik. Die Behandlung erfolgte mit Achromicin und mit AF 2 Guarnieri. Die Nachuntersuchung erfolgte am 15. 9. 1955. Am 18. 10. 1955 erstellte die Fachärztin Dr. v. Riedel, die vom Angeklagten beigezogen wurde, den Befund: „Uterus atropisch. Auf der rechten Seite besteht im Anschluß an den Uterus, direkt auf dem Beckenboden aufsitzend und zur rechten Beckenwand hinaufsteigend, eine sehr derbe, etwa bananenförmige Resistenz. Infiltration beider Parametrien. Die rektale Untersuchung zeigt, daß das derbe Gewebe auch nach links weiterzieht und einen Teil des Douglas einnimmt.“ Am 13. 12. 1955 lautete der Bericht: „Gleichbleibender Befund.“ Im Juni 1960 wurde die Patientin aus der Krebsfürsorgebeobachtung ihrer Heimatstadt entlassen.

6. Die noch lebende Patientin Helene Koch (geb. 1905) war vom 10. 2. bis 31. 5. 1955, vom 31. 3. bis 29. 4. 1956 und vom 8. 3. bis 6. 4. 1957 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde im Jahre 1954 ein nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom der Cervix festgestellt. Sie wurde vom 3. 5. bis 4. 6. 1954 in der Städtischen Frauenklinik in Dortmund mit zwei Radiumeinlagen (insgesamt 5320 mgeh) und zwei Serien Röntgentiefenbestrahlungen behandelt. Die Prognose wurde als sehr dubios bezeichnet. Dr. Poeck hatte am 15. 2. 1955 unter anderem berichtet: „...Hieran anschließend zum Rektum eine derbe Resistenz... Bei rektaler Untersuchung fühlt man die im Douglas liegende Resistenz...“. Der Befund der Ärztin Dr. v. Riedel vom 15. 4. 1955 lautete unter anderem: „...Hinter dem Uterus ist ein etwa faustgroßer derber Tumor zu tasten, der vor allem bei der rektalen Untersuchung deutlich abzugrenzen ist...“. Dr. Klöpner berichtet am 23. 7. 1955 unter anderem: „Den Tumor im rechten Parametrium kann ich nicht mehr tasten.“

8. Die noch lebende Patientin Marianne Klepert (geb. 1926) wurde am 13. 6. 1957 wegen eines einseitigen Ovarialkarzinoms von Dr. Cuendet operiert. Ihr wurde eine Röntgennachbestrahlung empfohlen. Sie lehnte diese ab. Die Patientin war vom 27. 7. bis 19. 11. 1957 und im Jahre 1958 zweimal je ca. einen Monat in der Ringberg-Klinik. Die histologische Diagnose des Dr.

Büngeler vom 7. 9. 1957 lautet: „Undifferenziertes Carcinoma solidum. Soweit prognostische Aussagen aus dem mikroskopischen Bild überhaupt möglich sind, ist die Geschwulst als sehr bösartig anzusehen.“ Die Patientin wurde am 20. 2. 1962 von einem Kind entbunden.

9. Die noch lebende Patientin J. K. (geb. 1914) war vom 6. 1. bis 30. 4. 1954 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde im August 1953 ein papilläres Zystadenokarzinom festgestellt. Am 14. 9. 1953 wurde in der Mayo-Klinik in Rochester eine Totalexstirpation vorgenommen und anschließend kamen eine radioaktive Gold-Salzlösung (2000 ccm) und Röntgenbestrahlungen zur Anwendung. In dem Befund des Dr. Poeck vom 26. 1. 1954 wurde eine in der Tiefe festgestellte Resistenz als ein Rest des operierten und bestrahlten Karzinoms angesehen. Am 30. 4. 1954 berichtete er unter anderem: „...Die früher angegebene Resistenz von Kirschgröße ist nicht mehr fühlbar.“

10. Die noch lebende Patientin Elisabeth Dreyer (geb. 1919) war vom 21. 3. bis 10. 6. 1953 und vom 8. 3. bis 14. 4. 1954 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde am 19. 2. 1952 ein Portiokarzinom festgestellt. Anschließend erfolgte eine Radikaloperation. Bestrahlungen kamen im April 1952 und im August 1952 zur Anwendung, nachdem im Juni 1952 ein Rezidiv festgestellt worden war. Am 28. 8. 1953 stellte Dr. Haust unter anderem fest: „Kleines Becken ist mit Tumormassen ausgefüllt.“ Am 6. 4. 1954 berichtet Dr. Poeck unter anderem: „...Besteht eine derbe tiefe Resistenz, die als Ca-Infiltration aufzufassen ist...“. Der Entlassungsbericht vom 14. 4. 1954 lautet unter anderem: „...Keine Beschwerden von seiten des Tumors.“

11. Die am 9. 4. 1963 verstorbene Patientin Ruth Friedrich (geb. 1915) war vom 24. 4. bis 31. 7. 1954, 13. 4. bis 18. 6. 1955 und vom 29. 5. bis 27. 6. 1956 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde am 15. 5. 1953 ein Portiokarzinom festgestellt. Sie wurde dann mit Radium-Röntgen-Therapie behandelt. Im September 1953 wurde der Verdacht auf ein linksseitiges Rezidiv angenommen. Es erfolgte dann eine weitere Röntgenbestrahlung; auch im Februar/März 1954 wurde nochmals bestrahlt. Am 21. 4. 1954 lehnte die Patientin trotz Empfehlung eine weitere Bestrahlung ab.

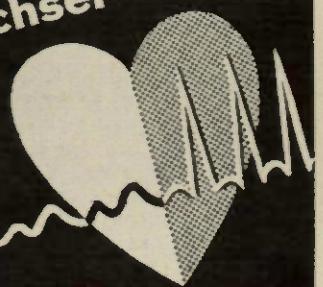
12. Die am 4. 10. 1959 verstorbene Patientin Frieda Daum (geb. 1901) war vom 22. 7. 1953 bis 30. 1. 1954 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde im Januar 1951 ein solides Plattenepithelkarzinom der Portio festgestellt. Wegen des fortgeschrittenen Stadiums wurde eine Operation nicht mehr durchgeführt. Im Januar/Februar 1951 erfolgte eine Behandlung mit Radiumeinlagen (insgesamt 6000 mgeh) und anschließend mit Röntgentiefenbestrahlung. Im Januar 1953 trat der Verdacht eines Rezidivs im rechten Parametrium auf, und es erfolgten wiederum zehn Bestrahlungen (je 200 r). Der Untersuchungsbefund des Dr. Poeck vom 16. 9. 1953 lautete unter anderem: „Das ganze kleine Becken ist mit einer starren Tumormasse ausgemauert.“

Adenylocrat[®]
Adenylsäuren-Organextrakt - Crataegus

ADENYL-CHEMIE
7016 Gerlingen bei Stuttgart

O₂-Donator für das Myocard
reguliert Myocardstoffwechsel
Coronardurchblutung

20 ccm 50 ccm



13. Die noch lebende Patientin Therese Bucheder (geb. 1907) war vom 17. 9. bis 17. 12. 1956 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde im April 1954 ein Plattenepithelkarzinom der Portio festgestellt. Am 4. 5. 1954 wurde die Radikaloperation durchgeführt. Im Januar 1955 trat ein Rezidiv auf. Es erfolgte weitere Bestrahlung im März 1955 (5400 r). Der Befund des Dr. Schönbauer vom 15. 9. 1956 lautete unter anderem: „Es sieht so aus, als ob ein Tumor durch die Wand durchbrechen würde, wobei die suspekta Stelle fast zur Gänze noch mit Schleimhaut bedeckt ist. Tumorgewebe mit Sicherheit noch nicht zu erkennen...“. Der Befund der Ärztinnen Dr. Schneider und Dr. v. Riedel vom 18. 9. bzw. 17. 10. 1956 spricht jeweils auch vom Vorhandensein eines Tumors.

14. Die noch lebende Patientin A. D.-B. (geb. 1921) war vom 18. 10. 1953 bis 13. 3. 1954, vom 13. 9. bis 13. 10. 1954, vom 5. 2. bis 25. 3. 1955 und vom 16. 7. bis 8. 8. 1958 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde am 10. 3. 1952 ein solides Plattenepithelkarzinom vom Typ des Basalzellenkarzinoms festgestellt. Am 25. 10. 1952 wurde eine abdominale Totalexstirpation von Uterus und Adnexen durchgeführt. Anschließend erfolgte Behandlung mit zwei Serien Tiefenbestrahlung. Im Juni 1953 trat Verdacht auf ein Rezidiv auf.

Die erwogene Bestrahlung wurde von der Patientin abgelehnt. Der Befund des Dr. Poeck vom 27. 10. 1953 lautete unter anderem: „Das ganze linke Parametrium ist ausgefüllt mit einem dicken Tumor, der mit der Beckenwand fest verbunden ist. Der Douglas ist gleichfalls mit einer Resistenz ausgefüllt, die sich zungenförmig gegen das Rektum zu vorwölbt... Diagnose: Ca-Metastasen im Becken.“

16. Die noch lebende Patientin Gerta Kaiser (geb. 1891) war vom 22. 2. bis 18. 5. 1956 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde am 19. 1. 1956 eine Probeexzision aus einer Geschwulst im Bereich der Schilddrüse durchgeführt. Der Befund des Pathologen Prof. Dr. Doerr lautete unter anderem: „... Beurteilung: Getzow'sche Struma. Mit Rezidivneigung ist zu rechnen. Maligne Struma.“ Die Patientin hat die erwogene Operation und Bestrahlung abgelehnt. Der Entlassungsbefund der Ringberg-Klinik lautete unter anderem: „Gute Rückbildung des Tumors, Halsumfang von 37 cm auf 34 cm zurückgegangen.“

19. Die noch lebende Patientin Ursula Hoffmann (geb. 1944) war vom 12. 7. bis 20. 11. 1956 und vom 25. 6. bis 21. 8. 1957 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde in der Kinderklinik in Bremen am 5. 4. 1956 ein fast hühnereigroßer, nicht druckschmerzhafter Tumor am rechten Kieferwinkel festgestellt. Am linken Kieferwinkel war ein bohnengroßer Lymphknoten zu tasten. Es handelte sich um ein Lympho-Sarkom. Am 12. 4. 1956 erfolgte die vollständige Exzision des Lymphknotenpaketes. Anschließend kam die Röntgentherapie zur Anwendung.

Eine Untersuchung vom 30. 6. 1956 ließ den Verdacht auf einen metastatischen Befall der mediastinalen Lymphknoten aufkommen. Dr. Grumbt äußerte Verdacht auf Tumor hinter dem rechten Ohr. Deshalb wurde eine zweite Bestrahlungsserie in Erwägung gezogen. Diese wurde vom Vater der Patientin abgelehnt; er veranlaßte vielmehr die Aufnahme seiner Tochter in die Ringberg-Klinik.

25. Die noch lebende Patientin Thea Camphausen-Döhm (geb. 1933) war vom 29. 10. 1952 bis 13. 2. 1953, vom 4. 9. bis 1. 10. 1953, vom 7. 11. 1954 bis 21. 1. 1955, vom 7. 11. bis 17. 12. 1955 und vom 20. 11. bis 20. 12. 1956 in der Ringberg-Klinik. Bei ihr wurde im Jahre 1952 ein von der Pleura ausgehendes und bis zur Wirbelsäule reichendes Gewächs mit teilweiser Beteiligung der Wirbelsäule festgestellt. Dieses wurde als fibroplastisches Sarkom diagnostiziert. Es wurde eine partielle Tumorentfernung vorgenommen, weil eine Radikaloperation wegen Befürchtung neurologischer Komplikationen nicht möglich war. Anschließend erfolgte Röntgenbestrahlung (insgesamt 3000 r). Im August 1954 kam es im Anschluß an eine Tonsillektomie zu einer schweren Tiefenhöhlenentzündung und dann zu einem doppelt faustgroßen Tumorrezidiv. Dieses

wurde mit Röntgenstrahlen behandelt (4000 r). Am 1. 5. 1956 hatte sich das Rezidiv zurückgebildet und ist nicht wieder in Erscheinung getreten. Die Patientin wurde 1962 von einem Kind entbunden.

31. Die noch lebende Patientin E. D.-S. (geb. 1931) war vom 1. 8. bis 8. 10. 1955 in der Ringberg-Klinik. Die Patientin wurde bis 1948 an einem Mammillenkern behandelt. Die im gleichen Jahr vorgenommene Probeexzision und anschließende histologische Untersuchung ergab eine „gutartige Geschwulst“. Die im Jahre 1949 von einem Dermatologen entfernte Geschwulst erwies sich als Hyperkeratose der Mamille. Im Jahre 1950 wurde die Geschwulst, die sich wieder gebildet hatte, zweimal entfernt. Ein erneutes Geschwulstwachstum im Jahre 1953 ergab die „Verdachtsdiagnose“ auf einen Paget-Krebs. Es folgte eine nochmalige Entfernung der Geschwulst an der Brustwarze, weil die Patientin eine Amputation der Brustdrüse abgelehnt hatte. Der Aufnahmebefund vom 1. 8. 1955 lautete: „Aus der rechten Mamille ist ein blumenkohlähnlicher Tumor von 2 cm Durchmesser 1 cm höher vorgewachsen mit dünnem Stielansatz. Auf der Oberfläche leicht blutend, am Stiel nassend und deutlich foetor.“ Am 3. 8. 1955 erfolgte Exstirpation des Tumors unter Schonung der Brustwarze. Seitdem ist es nicht mehr zu einem Gewächswachstum gekommen. Die Patientin wurde 1962 von einem Kind entbunden.

32. Die noch lebende Patientin Hedwig Wendel-Stucki (geb. 1912) war vom 16. 8. bis 17. 10. 1958 in der Ringberg-Klinik. Sie bemerkte im Februar 1955 den Austritt von Flüssigkeit aus der rechten Brustwarze und im Jahre 1956 einen nußgroßen Knoten in der rechten Brust. Im Februar 1958 entdeckte die Patientin einen zweiten Knoten in derselben Brust. Im Juni 1958 suchte die Patientin den Arzt Dr. Bäumler auf, der einen Krebs in der rechten Brustdrüse feststellte. Anfang August 1958 fand der Arzt Dr. Stückelberger in der rechten Brust einen „pflaumengroßen Tumor“, der mit der Umgebung adhärenz war, dazu „axilläre Drüsen“. Die Operation wurde abgelehnt; die Patientin begab sich dann in die Ringberg-Klinik.

33. Die noch lebende Patientin Lisa Thum (geb. 1913) war vom 9. 7. bis 8. 9. 1954 in der Ringberg-Klinik. Sie bemerkte im Mai 1953 in der linken Brustdrüse einen Knoten. Dieser wurde ab September 1953 etwa ein 3/4 Jahr von einer Ärztin mit Iseador behandelt. Am 16. 6. 1954 erfolgte die operative Entfernung des Knotens durch Dr. Bertele in Ulm. Der histologische Befund des Prof. Dr. Schairer vom 18. 6. 1954 lautete u. a.: „Diagnose: Seirrhöses Mamma-Carcinom bei Mastopathia cystica.“ Daraufhin wollte der Chirurg die Brustdrüse nachamputieren und bestrahlen. Die Patientin lehnte jedoch beides ab und begab sich in die Ringberg-Klinik.

34. Die noch lebende Patientin M. R. (geb. 1911) war vom 23. 1. bis 5. 5. 1956 in der Ringberg-Klinik. Sie bemerkte im Oktober 1955 ein Knötchen in der rechten Brust. Der nach der Probeexzision erhobene Befund des pathologischen Instituts der Universität Bonn (Prof. Dr. Hamperl) vom 11. 11. 1955 lautete: „Krachmandelgroßes Gewebestück mit einem hanfkorngroßen Knötchen. Bei ausgesprochener Mastopathia chronica cystica findet sich ein unscharf begrenzter knotiger Herd mit atypischen Drüsenbildungen und teilweise soliden Epithelwucherungen. Es handelt sich um ein Carcinom.“ Die Operation unterblieb, es wurde aber eine Röntgenbestrahlung vorgenommen (4000 r), die am 17. 1. 1956 zum Abschluß gebracht wurde. Anschließend wurde der Patientin nochmals zur Operation der Brust geraten. Diese lehnte ab und begab sich in die Ringberg-Klinik.

I.

I. 1) Der Sachverständige Prof. Dr. Stoll, der seine Gutachten aufgrund der ihm vorgelegenen Krankengeschichten erstattete, hat angegeben, daß in den Fällen 1 und 2 die Diagnose auf Plattenepithelkarzinom lautete und eine Operation und Bestrahlung vor Aufnahme in die Ringberg-Klinik nicht erfolgt war. Im Falle 1 kommt er aufgrund der eigenen mikroskopischen Untersuchungen des Originalpräparates zu dem Ergebnis, daß ein Krebs nicht vorgelegen hat. Vielmehr

handelte es sich um eine gutartige Schleimhautveränderung, die als „atypisches Epithel der Portio“ zu bezeichnen und in die Gruppe 0 einzureihen ist. Ein Heilerfolg durch die interne Therapie wird daher von ihm verneint. Die Patientin Fall 2 ist nach den Angaben des Sachverständigen vier Jahre und sechs Monate nach Beginn der internen Therapie gestorben. Er kommt zu dem Schluß, daß durch die interne Therapie eine Heilung — fünf Jahre Überlebenszeit ab Beginn der Behandlung ohne Zeichen eines Rezidivs — nicht erreicht wurde. Außerdem ist das Karzinom nach den Bestrahlungen während der Behandlungszeit in der Ringberg-Klinik nicht verschwunden. Die beobachtete Verkleinerung des Tumors erklärt sich durch die Entquellung des besonders wasserreichen Tumorgewebes. Dies, so führte der Sachverständige weiter aus, hat den Angeklagten auf den günstigen Einfluß seiner Behandlung schließen lassen. Schließlich konnte der Sachverständige nicht mit Sicherheit sagen, daß die interne Therapie die Überlebenszeit verlängert habe.

Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik führte aus, daß er im Falle 1 nach den vorliegenden Befunden an der mikroskopischen Diagnose, wie sie vor Beginn der Behandlung in der Ringberg-Klinik gestellt wurde, keinen Zweifel habe. Er kommt daher zu dem Ergebnis, daß die Patientin durch die interne Therapie geheilt wurde. Im Falle 2 kommt Dr. Savnik zu dem Schluß, daß durch die interne Therapie der Fortschritt des Prozesses „aufgehalten und gehemmt“ wurde, da andernfalls die Patientin — nach seinen Erfahrungen — mindestens drei Jahre früher gestorben wäre. Zum Falle 1 erklärt der weitere (dritte) Sachverständige Dr. Manstein, daß nach seiner Ansicht eine scharfe Grenze zwischen „gut“ und „böse“ nicht zu ziehen sei. Die Zuverlässigkeit der histologischen Untersuchung hänge von der Erfahrung ab.

In den Fällen 3 bis 6 hat der Sachverständige Dr. Stoll bestätigt, daß nach den ihm vorliegenden Krankengeschichten die jeweiligen Diagnosen auf Plattenepithelkarzinom, Kollumkarzinom, Plattenepithelkarzinom, Plattenepithelkarzinom und Plattenepithelkarzinom der Cervix richtig waren und die Patientinnen jeweils mit Radium und Bestrahlung behandelt worden waren, bevor sie in die Ringberg-Klinik eingetreten sind. Der Sachverständige kommt im Falle 3 zu dem Ergebnis, daß sich nicht mit Sicherheit feststellen lasse, ob die in der Scheiden-Darm-Zwischenwand entstandene hühnereigroße Schwellung noch Reste des Krebses waren oder eine entzündliche Strahlenreaktion in diesem Bereich darstellten. Bei der Behandlung durch den Angeklagten hat es sich um eine Nachbehandlung gehandelt, deren Einwirkung auf das Grundleiden gegenüber der Einwirkung der Bestrahlung nicht abgegrenzt werden kann.

Ein Heilerfolg durch die interne Therapie wird vom Sachverständigen verneint. Vielmehr schreibt er die Beseitigung des Tumors der Strahlentherapie zu. In den Fällen 4 und 5 haben nach den Ausführungen des Sachverständigen keine Reste des Krebses bzw. keine Rezidive nach der Strahlenbehandlung vorgelegen, vielmehr lassen sich die jeweils lokalen Befunde der Ärzte Dr. Poeck und Dr. v. Riedel als Strahlenreaktionen erklären. In beiden Fällen ist die Behandlung durch den Angeklagten als Nachbehandlung anzusprechen, wobei sich deren Wirkung gegen die Wirkung der Strahlenbehandlung nicht sicher abgrenzen läßt. Eine Heilwirkung im Hinblick auf die Krebsheilung durch die interne Therapie wird in beiden Fällen verneint. Im Falle 6 sieht der Sachverständige die Blutungen aus dem Darm als Strahlenreaktionen an und bezeichnet die Behandlung durch den Angeklagten als Nachbehandlung, die sich auf den allgemeinen Zustand der Patientin günstig ausgewirkt hat. Ein Heilerfolg hinsichtlich des Krebsleidens wird verneint.

Im Falle 8 hat es sich nach den Angaben des Sachverständigen Dr. Stoll um einen einseitig entwickelten Granulosazelltumor gehandelt. Dieser wurde operiert. Eine Bestrahlung hat nicht stattgefunden. Der Sachverständige kommt unter Zugrundelegung des Operationsberichts zu dem Ergebnis, daß der einseitige Tumor durch die Operation radikal entfernt wurde und dies

für die Heilung ausreichend war. Die Behandlung durch den Angeklagten wird als Nachbehandlung bezeichnet. Eine Heilwirkung der internen Therapie hinsichtlich der Krebsheilung wird verneint.

Der Sachverständige Dr. Savnik kommt in den Fällen 3 bis 6 zu dem Ergebnis, daß die Tumore nach den Bestrahlungen noch vorhanden gewesen sind. Die Rückbildungen und die Rezidivfreiheit führt er auf die interne Therapie zurück. Im Falle 8 erklärte Dr. Savnik, daß es fraglich sei, ob der Tumor durch die Operation ganz im Gesunden entfernt worden ist. Er kommt zu dem Schluß: „Bei der Annahme, daß nicht ganz im Gesunden operiert worden ist, ist der internen Therapie der Erfolg zuzuschreiben.“ Der (dritte) Sachverständige Dr. Manstein hat zum Fall 8 angegeben, er habe den Eindruck eines Wachstums des Tumors. Er konnte aber nicht mit Sicherheit sagen, ob die Geschwulst durch die Operation ganz entfernt wurde oder nicht.

2) Der Sachverständige Dr. Manstein, der seine Gutachten aufgrund der ihm vorgelegenen Krankengeschichten erstattete, hat angegeben, daß in den Fällen 9 bis 14 die jeweiligen Diagnosen auf papilläres Zystadenokarzinom, Portiokarzinom, Portiokarzinom, Plattenepithelkarzinom der Portio, Plattenepithelkarzinom der Portio und Plattenepithelkarzinom vom Typ des Basalzellenkarzinoms richtig waren und die Patientinnen jeweils operiert und bestrahlt bzw. nur bestrahlt worden waren, bevor sie in die Ringberg-Klinik eingetreten sind. Im Falle 9 kommt Dr. Manstein zu dem Ergebnis, daß eine Überlagerung von schulmedizinischer und interner Therapie stattgefunden hat, so daß der Erfolg unmöglich mehr der einen oder anderen Methode zugeschrieben werden kann. Ob ein Rezidiv oder eine entzündliche Reaktion vorgelegen hat, sei schwer festzustellen.

Im Fall 10 kommt er zu dem gleichen Schluß mit der Maßgabe, daß wahrscheinlich die Nachbehandlung durch den Angeklagten das Überleben der Patientin ermöglicht hat.

Bei der Patientin Fall 11 führt der Sachverständige abschließend aus: „Inwieweit eine direkte Beeinflussung des Krebsgeschehens durch die verschiedenen Behandlungsarten in der Ringberg-Klinik erfolgt ist, kann bei der Ausgiebigkeit der schulmedizinischen Vorbehandlung nicht korrekt beurteilt werden. Nach dem Stande der Erfahrung ist hier aber ein Rezidiv anzunehmen.“ Im Falle 12 hat Dr. Manstein die Frage, ob ein Rezidiv vorgelegen hat oder nicht, offengelassen. Auch ist es schwer zu sagen, führt er weiter aus, ob die interne Therapie wirksam gewesen ist oder nicht. Im Fall 13 erklärt Dr. Manstein, daß er aufgrund der ärztlichen Erfahrung zur Annahme eines Rezidivs gekommen sei. Er vertritt die Auffassung, daß der Angeklagte der Meinung sein durfte, es habe sich um ein Rezidiv gehandelt. Schließlich hat der Sachverständige die Frage, ob der Erfolg auf der schulmedizinischen Vorbehandlung oder der internen Therapie des Angeklagten beruhe, offengelassen. Im Falle 14 kommt Dr. Manstein zu dem Ergebnis, daß das Vorhandensein eines wirklichen Tumors nach der Operation und Bestrahlung sehr fragwürdig sei. Die seinerzeitige Diagnose des Dr. Poeck auf Vorliegen eines Tumors sei jedoch auf einen Reizzustand der Parametrien nach der Bestrahlung zurückzuführen.

Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik kommt in den Fällen 9 bis 14 zu dem Ergebnis, daß der Tumor (Rezidiv) nach der schulmedizinischen Behandlung jeweils noch vorhanden gewesen ist.

Die Rückbildung und die Rezidivfreiheit führt er auf die interne Tumorthherapie des Angeklagten zurück,

3) Der Sachverständige Prof. Dr. Oeser, der seine Gutachten aufgrund der ihm vorgelegenen Krankengeschichten erstattete, hat angegeben, daß im Falle 16 die Diagnose auf Krebs der Schilddrüse (Struma maligna) und im Falle 19 auf Lympho-Sarkom der rechten Halsseite mit Beteiligung des Mediastinums gelaute hat. Die Patientin Fall 16 hat die Operation und Bestrahlung abgelehnt, während bei der Patientin Fall 19 die vollständige Exzision des Lymphknotenpaketes und anschließende Bestrahlung vorgenommen wurde. Im

Falle 16 kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, daß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei der Patientin keine krebsartige Erkrankung der Schilddrüse vorgelegen hat. Er geht davon aus, daß gegen den Befund des Prof. Dr. Doerr Bedenken bestehen, weil die klinischen Symptome und der gesamte Krankheitsverlauf gegen das Vorliegen einer bösartigen Geschwulst sprächen. Auch der Pathologe könne sich einmal täuschen. Andererseits kann der Sachverständige nicht ausschließen, daß eine maligne Struma vorgelegen hat. Ein Heilerfolg der internen Therapie wird jedoch von ihm verneint. Im Falle 19 kommt Dr. Oeser zu dem Ergebnis, daß bei der Patientin durch Operation und Bestrahlung das Lympho-Sarkom radikal beseitigt worden ist. Die Patientin ist tumorfrei in die Ringberg-Klinik eingetreten. Die Behandlung durch den Angeklagten wird als Nachbehandlung bezeichnet. Ein Heilerfolg durch die interne Therapie des Angeklagten wird ebenfalls verneint.

Der Sachverständige Dr. Hausbrandt führt aus, er nehme im Falle 18 mit Sicherheit an, daß die Diagnose des Dr. Doerr richtig gewesen ist und eine Struma maligna (Getzow'sche Strume) vorgelegen hat. Den Heilerfolg schreibt er der internen Therapie zu. Im Falle 19 erklärt Dr. Hausbrandt anhand der vorgelegten Röntgenbilder, daß die Bestrahlung zwar eine Rückbildung erbracht habe, für ihn aber kein Zweifel bestehe, daß das Lympho-Sarkom wieder „aufgeflackert“ sei. In diesem Fall könne es sich aber, wenn überhaupt, nur um ein Rezidiv gehandelt haben. Es kämen aber auch entzündliche Lymphdrüsenanschwellungen vor. Der Erfolg wird von ihm der internen Therapie zugeschrieben.

4) Der Sachverständige Prof. Dr. Blumensaat, der seine Gutachten aufgrund der ihm vorgelegenen Krankengeschichten erstattete, hat im Falle 25 angegeben, daß die Diagnose „fibroplastisches Sarkom“ richtig ist und nach der partiellen Tumorentfernung Bestrahlungen, auch nach Bildung eines Rezidives, vorgenommen wurden. Er kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, daß wegen des zeitlichen Zusammenhanges der zweiten Röntgenbestrahlungsserie mit der Rezidivbeseitigung die Heilung der Patientin in erster Linie auf die massive Röntgenbestrahlungstherapie zurückzuführen ist. Eine gewisse Mitwirkung der internen Therapie sei möglich. Der Sachverständige Prof. Dr. Annacker hat erklärt, es lasse sich nicht sagen, welche Behandlungsmethode zur Heilung geführt hat. Auch der Sachverständige Dr. Hausbrandt kommt zu dem Schluß, es lasse sich nicht abgrenzen, inwieweit die Heilung durch die Röntgentherapie oder durch die interne Therapie erzielt worden ist, wobei „zumindest in überwiegendem Maße die interne Therapie an der Heilung beteiligt ist“.

Im Falle 31 hat Prof. Dr. Blumensaat angegeben, daß die Verdachtsdiagnose auf einen Paget-Krebs vorgelegen hat und nach der am 3. 8. 1955 in der Ringberg-Klinik erfolgten Exstirpation der Geschwulst unter Schonung der Brustwarze es zu keinem Gewächswachstum mehr gekommen ist. Nach seiner Meinung hat ein maligner Tumor nicht vorgelegen; außerdem ist der Erfolg auf die Exstirpation zurückzuführen. Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik nimmt einen prä-cancerösen Prozeß an der Mamille an, der mit größter Wahrscheinlichkeit zu einem Brustkrebs vom Paget-Typ geführt hätte. Nach seiner Auffassung hat die Behandlung in der Ringberg-Klinik den Erfolg gebracht.

Im Falle 32 hat Prof. Dr. Blumensaat angegeben, daß im Juni 1958 die Diagnose auf Krebs lautete und im

August 1958 vor Eintritt in die Ringberg-Klinik ein „pflaumengroßer Tumor“ diagnostiziert wurde. Er kommt zu dem Ergebnis, daß es sich bei der Geschwulst in der rechten Brustdrüse nicht um eine Geschwulst (Blastom) und im besonderen nicht um einen Krebs gehandelt hat. Vielmehr, so erklärte er weiter, handelte es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Tuberkulose in der rechten Brustdrüse. Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik kommt ebenfalls zu dem Schluß, daß ein Krebs nicht vorgelegen hat.

Im Falle 33 hat Prof. Dr. Blumensaat angegeben, daß die Diagnose auf „scirrhöses Mamma-Karzinom bei Mastopathie cystica“ richtig war. Er kommt zu dem Ergebnis, daß der Tumor im Gesunden herausgeschnitten wurde und die Heilung so gut wie ausschließlich auf die frühzeitige und radikale Entfernung des Krebsherdes zurückzuführen ist. Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik kommt zu dem gleichen Ergebnis.

Im Falle 34 hat Prof. Dr. Blumensaat angegeben, daß der aufgrund der Probeexzision erstellte Befund des Pathologischen Instituts der Universität Bonn vom 11. 11. 1955 auf Karzinom gelaute hat und Bestrahlungen erfolgt sind. Er kommt zu dem Ergebnis, daß es sich um eine gutartige Erkrankung der rechten Brustdrüse nach Art einer Mastopathia cystica fibrosa gehandelt hat und nicht um einen Krebs. Außerdem ist, so führte er weiter aus, durch die Probeexzision eine Entfernung „in toto“ erfolgt. Der Sachverständige Prof. Dr. Savnik nimmt einen Brustkrebs an und kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, daß eine Entfernung durch die Probeexzision erfolgt ist.

II. Es ist somit festzustellen, daß der Sachverständige Prof. Dr. Stoll im Falle 1 das Vorliegen eines Karzinoms verneint, der Sachverständige Dr. Manstein die Frage offen läßt und der Sachverständige Prof. Dr. Savnik das Vorliegen eines Karzinoms und einen Heilerfolg der internen Therapie bejaht. Im Falle 2 sind sich die Sachverständigen Dr. Stoll und Dr. Savnik einig, daß ein Heilerfolg nicht vorliegt.

Hinsichtlich der Verlängerung der Lebenszeit der Patientin hat ersterer die Frage offengelassen, letzterer bejaht. Im Falle 3 ist nach Dr. Stoll offen, ob es sich um Krebsreste oder um eine Strahlenreaktion gehandelt hat, in den Fällen 4, 5 und 6 hat er Krebsreste bzw. Rezidive verneint und im Falle 8 den Erfolg der Operation zugeschrieben. Dagegen hat Dr. Savnik in den Fällen 3, 4, 5 und 6 das Vorliegen von Tumorresten bzw. Rezidiven bejaht und den Erfolg der internen Tumorthherapie zugeschrieben. Im Falle 8 ist aus seiner Formulierung nicht sicher zu entnehmen, daß der Erfolg auf die interne Therapie zurückgeht; denn dieser wird nur bei Unterstellung, daß nicht im Gesunden operiert worden ist, angenommen. Der Sachverständige Dr. Manstein hat die Frage, ob der Tumor ganz entfernt wurde oder nicht, offengelassen.

In den Fällen 9, 10 und 12 hat der Sachverständige Dr. Manstein die Frage, ob Rezidive vorgelegen haben oder ob es sich um Strahlenreaktionen gehandelt hat, offengelassen. In den Fällen 11 und 13 nimmt er nach der Erfahrung Rezidive an. Diese Formulierung ist nicht überzeugend und reicht für den Nachweis von Rezidiven nicht aus. Er konnte nicht sagen, ob der Erfolg auf die schulmedizinischen Methoden oder auf die interne Tumorthherapie zurückgeht. Der Sachverständige Dr. Savnik schreibt dagegen den Erfolg der internen Tumorthherapie zu.

TROPFEN, ELIXIER

die
hormonfreie
Frauenarznei

feminon®

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK HAUENEERSTEIN B/BADEN-BADEN

Die Zeit des Heuschnupfens ist die Zeit des blühenden Grases. Es ist die Zeit für

PERIACTINOL

Durch die während der Gräserblüte freiwerdenden 'Pollenallergene' kommt es bei sensibilisierten Menschen zu einer wesentlichen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, zu Rhinitis, Bronchitis und Konjunktivitis, nicht selten auch zu Ekzemen, Urtikaria und Bronchospasmen ('Heuasthma'). Wie bei anderen allergischen Reaktionen, so spielen auch beim Heuschnupfen Histamin und Serotonin eine bedeutende Rolle. Danach sollte sich die antiallergische Therapie richten.

PERIACTINOL, das neuartige Antiallergikum, zeigt einen ausgeprägten Antagonismus gegen Serotonin und Histamin.

Dadurch erklärt sich seine zuverlässige und anhaltende

Wirksamkeit bei Heuschnupfen, allergischen Dermatosen, Urtikaria, Sonnenbrand, Insektenstichen, Pruritus verschiedenster Genese sowie bei Migräne und gefäßbedingtem Kopfschmerz.

Weitere Vorzüge sind der rasche Wirkungseintritt und die ausgezeichnete Verträglichkeit.

Handelsformen:

10 Tabletten zu 4 mg

20 Tabletten zu 4 mg

100 Tabletten zu 4 mg

DM 2,35 o.U.

DM 4,10 o.U.

DM 14,40 o.U.



PERIACTINOL

Histamin + Serotonin Antagonist



SHARP & DOHME GMBH

Tochtergesellschaft der Merck & Co., Inc., Rahway, N. J. (USA), 8 MÜNCHEN 51, Postfach 1

Der Sachverständige Prof. Dr. Oeser hat im Falle 16 das Vorliegen eines Krebses verneint, konnte aber andererseits nicht ausschließen, daß ein solcher vorgelegen habe. Im Falle 19 hat er das Vorliegen eines Tumors bei Eintritt in die Ringberg-Klinik verneint. Dagegen hat der Sachverständige Dr. Hausbrandt im Falle 16 aufgrund der Diagnose des Prof. Dr. Doerr das Vorliegen eines Krebses bejaht; im Falle 19 läßt sich aus der Formulierung des Sachverständigen Dr. Hausbrandt ein sicherer Nachweis für das Vorliegen eines Rezidives nicht erbringen.

Im Falle 25 führt der Sachverständige Prof. Dr. Blumensaat den Heilerfolg auf die Röntgentiefentherapie zurück. Die Sachverständigen Dr. Hausbrandt und Prof. Dr. Annacker haben die Frage, ob Röntgenbestrahlung oder interne Therapie zum Erfolg führten, offengelassen. In den Fällen 31, 32 und 34 hat Dr. Blumensaat das Vorliegen eines Krebses verneint, davon im Falle 34 aber auch Entfernung „in toto“ angenommen; im Falle 33 hat er ebenfalls Entfernung „in toto“ durch die Exstirpation bejaht. Der Sachverständige Dr. Savnik hat in den Fällen 31 und 32 das Vorliegen eines Krebses ebenfalls verneint, im Falle 33 die Entfernung „in toto“ auch bejaht, dagegen hat er im Falle 34 das Vorliegen eines Krebses bejaht, aber auch Entfernung „in toto“ durch die Exstirpation angenommen.

In den Fällen 1, 2, 3, 4, 6 und 8 kommen die Sachverständigen Dr. Stoll und Dr. Savnik zu gegensätzlichen Ergebnissen, d. h., der erstere verneint Heilerfolge der internen Tumortherapie, der letztere bejaht sie. In den Fällen 1 und 8 spricht das Gutachten Dr. Manstein weder für die Ansicht Dr. Stolls noch für die des Dr. Savnik. Das Gericht vermochte weder dem einen noch dem anderen Sachverständigen zu folgen, da beide anerkannte Universitätsprofessoren sind und gegen ihre Erfahrungen keine Bedenken bestehen.

In den Fällen 9 bis 14 sind sich die Gutachter Dr. Manstein und Dr. Savnik ebenfalls nicht einig. Ersterer schreibt die Erfolge nicht der internen Tumortherapie des Angeklagten zu, letzterer dagegen schon. Auch hier vermochte das Gericht weder dem einen noch dem anderen Gutachter zu folgen, weil beide über langjährige Erfahrungen über die hier zur Frage stehenden Krebsleiden verfügen.

In den Fällen 16 und 19 widersprechen sich die Gutachten der Sachverständigen Dr. Oeser und Dr. Hausbrandt. Ersterer verneint Heilerfolge der internen Tumortherapie, letzterer bejaht sie. Bei den widersprechenden Gutachten vermochte das Gericht weder der einen noch der anderen Ansicht zu folgen, weil auch diese Sachverständigen über langjährige Erfahrungen verfügen.

Im Falle 25 steht das Gutachten Dr. Blumensaat im Gegensatz zu den Gutachten Dr. Hausbrandt und Dr. Annacker. Ersterer schreibt den Erfolg der Röntgenbestrahlung zu, die beiden anderen können auch einen Erfolg der internen Therapie nicht ausschließen. Auch hier vermochte das Gericht weder dem Gutachten Dr. Blumensaafts noch den der beiden anderen zu folgen, weil alle drei Sachverständigen sich auf langjährige Erfahrungen stützen können. In den Fällen 31 und 32

sind sich die Sachverständigen Dr. Blumensaat und Dr. Savnik darüber einig, daß ein Krebs nicht vorgelegen hat. In den Fällen 33 und 34 stimmen sie darüber überein, daß der Erfolg auf die Exstirpation „in toto“ und nicht auf die interne Tumortherapie zurückzuführen ist.

K.

Die Erörterung und Prüfung der vom Angeklagten als Beweis für die Wirksamkeit seiner internen Tumortherapie vorgetragenen Heilfälle hat nicht zu der Feststellung geführt, daß er mit dieser Therapie einen Krebs oder ein Rezidiv tatsächlich geheilt hat.

Andererseits aber ist dadurch gegen den Angeklagten erhobene Vorwurf entkräftet worden, daß er bei der Behandlung der Patientin Warnken einen ärztlichen Kunstfehler begangen und somit fahrlässig gehandelt hat.

Denn im Hinblick auf die widersprechenden Gutachten in den Fällen 1, 2, 16 und 34, bei denen Operation und Bestrahlung nicht zur Anwendung gekommen sind, mußten offen bleiben, ob die interne Therapie zum Erfolg beigetragen hat oder nicht. Das gleiche gilt aber auch für die übrigen Fälle, in denen es sich um die Behandlung von Tumorresten bzw. Rezidiven handelte, ausgenommen die Fälle 31 und 32, weil hier ein Krebs nicht nachweisbar vorgelegen hat. Die Sachverständigen räumen aber auch ein, daß der Angeklagte aufgrund der ihm vorgelegten Diagnosen in allen Fällen der Meinung sein konnte, er habe jeweils einen Krebs bzw. ein Rezidiv geheilt.

Soweit die subjektive Seite in Frage steht, können nur die Fälle herangezogen werden, die vor den beiden Aufhalten der Patientin Warnken in der Ringberg-Klinik bzw. dem Abschluß der Behandlung im März 1956 liegen. Das sind die Fälle 2 bis 8, 9 bis 12, 14, 25, 31 und 33. In diesen Fällen hat bei den Patientinnen vor deren Eintritt in die Ringberg-Klinik die Diagnose jeweils auf Krebs bzw. Krebsrest oder Rezidiv gelaute.

Wenn der Angeklagte in diesen Fällen Heilerfolge annehmen durfte, so konnte er darauf vertrauen, daß er auch im Falle Warnken Erfolg haben werde.

Hier kommt noch hinzu, daß die Sachverständigen Dr. Blumensaat und Dr. Savnik in den Fällen 31 und 33 erklärt haben, daß durch die Exstirpation „in toto“ der Tumor entfernt worden ist, obwohl auch in diesen Fällen nur Probeexzisionen erfolgt waren.

Der Angeklagte hat sich — im Falle Warnken — darauf berufen, daß er aufgrund des Operationsbefundes des Dr. Barthels angenommen habe, der Tumor sei durch diese Probeexzision entfernt worden. Der Sachverständige Dr. Blumensaat hat erklärt, der Angeklagte habe dieser Annahme sein können. Dagegen verneint der Sachverständige Prof. Dr. Wachsmuth in seinem Gutachten diese Möglichkeit. Der Sachverständige Prof. Dr. Stoll hat in anderem Zusammenhang ebenfalls bejaht, daß durch eine Probeexzision der Tumor entfernt werden könne. Nachdem Dr. Blumensaat und Dr. Savnik in den Fällen 31 und 33 die Entfernung „in toto“ bei einer Probeexzision bejaht haben, muß davon ausgegangen werden, daß der Angeklagte

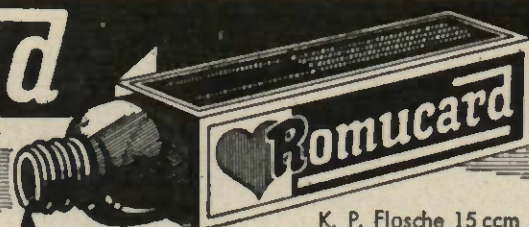
Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



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



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. Costan. 6 %, Aneurin hydr. 50 mg/%, Acid. ascorb. 500 mg/.

im Falle Warnken zumindest die Entfernung des Tumors annehmen durfte, so daß ihm eine Fahrlässigkeit insoweit nicht nachzuweisen ist.

Es ist also davon auszugehen, daß der Angeklagte während des ersten Aufenthaltes der Patientin Warnken annehmen durfte, durch seine Behandlung könne eine Rezidivbildung verhindert werden. Die Patientin Warnken wurde auch dauernd überwacht; bei ihrem Ausscheiden am 18. 3. 1955 wurde festgestellt, daß die „harte Resistenz“ verschwunden war.

Der Angeklagte hat unwiderlegt von dem Auftreten des Rezidivs im Sommer 1955 erst bei Wiedereintritt der Patientin in die Ringberg-Klinik am 22. 10. 1955 Kenntnis erhalten. Der Sachverständige Dr. Blumenfaat vertritt die Ansicht, daß auch durch die Probeexzision in der Ringberg-Klinik am 25. 10. 1955 das Rezidiv entfernt worden ist. Nach den Erklärungen des Sachverständigen Dr. Wachsmuth dagegen soll nur ein Teil des Karzinoms entfernt worden sein. Aufgrund dieser widersprechenden Angaben ist weder das eine noch das andere bewiesen. Das Gericht vermochte weder dem einen noch dem anderen Sachverständigen zu folgen, zumal beide über langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen. Abgesehen davon durfte der Angeklagte, wie schon weiter oben ausgeführt, aufgrund seiner Annahme, er habe schon in mehreren Fällen Rezidive geheilt, auch im Falle Warnken, ohne daß ihm eine Fahrlässigkeit zum Vorwurf gemacht werden kann, der Meinung sein, daß er ein Rezidiv ausheilen könne.

Nach alledem ist die Voraussehbarkeit des frühzeitigen Todes der Patientin nicht nachzuweisen und damit ein Nachweis für ein fahrlässiges Handeln nicht erwiesen. Unter Berücksichtigung des gesamten Beweisergebnisses liegt auch hier ein begründeter Tatverdacht nicht mehr vor.

Herr Dr. HAUSBRANDT hat uns unter Hinweis auf den Artikel „Der zweite Prozeß gegen Dr. Josef Issels“ im Januarheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ um Abdruck der nachstehenden Erklärung gebeten.

„Erklärung

Herr Dr. med. Fritz (Federico) HAUSBRANDT, Bozen, Facharzt für Innere Erkrankungen seit 1937 (laut Beschluß der Steiermärkischen Ärztekammer) und seit 1938 (laut Anerkennungsbescheid der Ärztekammer Ostpreußen) ist gemäß Bestätigung der Ärztekammer Bozen nach neuerlicher Prüfung in Italien anerkannter Facharzt für Innere Medizin (Universität Mailand) und außerdem Facharzt für Radiologie (Universität Padua). Dr. HAUSBRANDT hat sich nach ordnungsgemäßem Habilitationsverfah-

Bei dieser Sachlage konnte die Frage, ob eine während der beiden Aufenthalte in der Ringberg-Klinik vorgenommene Operation das Leben der Patientin Warnken erheblich verlängert hätte, dahingestellt bleiben. Bei den widersprechenden Angaben der Sachverständigen Dr. Blumenfaat und Dr. Wachsmuth ist die Kausalität der Nichtoperation offen zu lassen. Die Erholung des von der Staatsanwaltschaft beantragten Fakultäts-Gutachtens einer deutschen Universität war daher nicht mehr veranlaßt.

L.

Da der Angeklagte freigesprochen wurde, waren die Kosten des Verfahrens, zu denen auch die des Wieder- aufnahmeverfahrens gehören, mit Ausnahme der Kosten des Revisionsverfahrens, in dem der Angeklagte nur teilweise Erfolg hatte, der Staatskasse aufzuerlegen, § 467 Abs. I StPO. Die Revisionsgebühr ist nach § 473 Abs. I Satz 3 StPO auf ein Fünftel ermäßigt worden. Da, wie ausgeführt, ein begründeter Tatverdacht nicht mehr vorliegt, waren auch die ausscheidbaren notwendigen Auslagen des Angeklagten der Staatskasse aufzuerlegen, § 467 Abs. II StPO.

gez. Dr. Göppner, Landgerichtsdirektor
gez. Dr. Huber, Landgerichtsrat

Gerichtsassessor Pöll ist infolge Versetzung an der Unterschriftsleistung verhindert.

gez. Dr. Göppner, Landgerichtsdirektor
Hu.

Für die Richtigkeit der Abschrift

München, den 18. März 1965

Landgericht München II

gez. Huber, JAng.

als stv. Urk.-Beamter d. Gesch.-St.

ren an der ehem. Universität Königsberg (Preußen) habilitiert und wurde 1940 zum Dozenten für das Fach Gerichtliche und Soziale Medizin ernannt. Als ehem. Dozent darf er, wie es in Italien üblich und gesetzlich ist (laut § 10, Gesetz Nr. 1175 vom 30. 12. 1958), den Berufstitel Professor führen.

Herr Dr. Hausbrandt erklärt sich nicht in der Lage, seine mündlich unter Benützung der vorgelegenen Beweismittel (Krankenblätter, Röntgenbilder u. a.) abgegebenen Gutachten gemäß der durch das „Bayer. Ärzteblatt“ ergangenen Aufforderung nachträglich schriftlich zu erstellen, was auch mit wissenschaftlichen Dokumentierungsgepflogenheiten nicht vereinbar wäre. Er ist aber mit einer wörtlichen und vollständigen Veröffentlichung seiner Gutachten einverstanden, sofern Tonbandaufnahmen vorliegen, und

Azupanthenol®

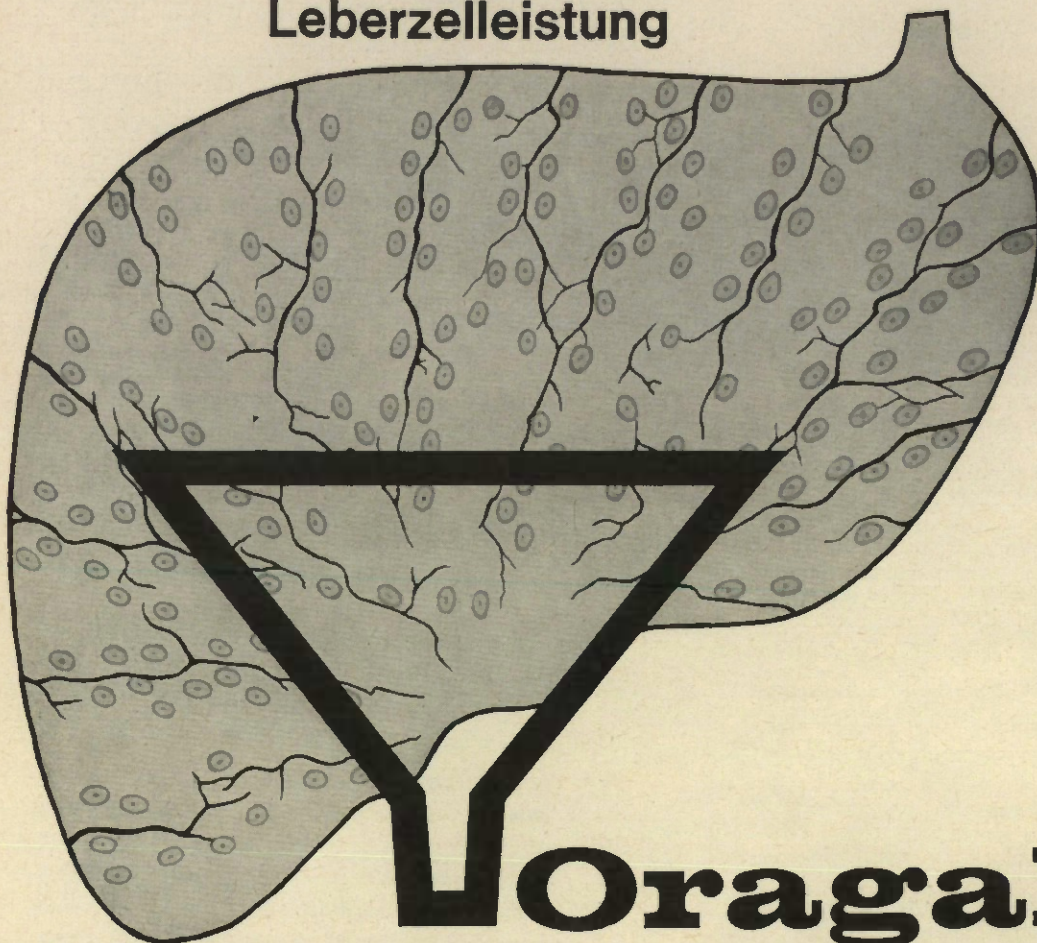
Tiefgreifende Heilwirkung durch **Azulen + Pantothensäure**
Gastritis, Sub- u. Hyperacidität, *Ulcus ventriculi et duodeni*
Als Liquidum und zur Rollkur seit Jahren bewährt

Adenylchemie 7016 Gerlingen bei Stuttgart

20 ccm 50 ccm
20 Tabletten 50 Tabletten

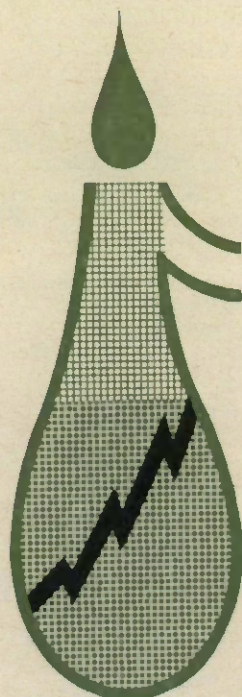
Neu!
Tabletten

Oragallin[®]
aktiviert
die
Leberzelleistung



NEU

Oragallin[®]
macht verdauungssicher



Oragallin S[®]
mit spasmolytischem Effekt

Indikationen

Cholecystitis, Cholangitis
Cholecystopathie
Cholangiopathie
Postcholecystektomie-Syndrom
Gastrointestinale Beschwerden
Roemheld-Syndrom
Meteorismus

Oragallin[®] Drageés

3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylamid · Pankreatin · Cellulase

Oragallin S[®] Drageés

3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylemid · l-Scopolamin-N-methylbromid



BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ

würde sogar im Interesse einer objektiven Beurteilung seiner gutachtlichen Stellungnahme darauf großen Wert legen.“

Wir stellen dazu folgendes fest:

Aus der uns übermittelten Bescheinigung der Ärztekammer Bozen geht hervor, daß Herr Dr. Hausbrandt zwar nicht Professor ist, aber nach italienischem Recht den Titel Professor tragen darf. Um den Unterschied zu den Verhältnissen in der Bundesrepublik in dieser Frage zu zeigen, wurde in dem genannten Artikel der Titel Professor in Anführungsstrichen gesetzt. Herr Dr. Hausbrandt führt in seinem Briefkopf folgende Berufsbezeichnung:

Prof. Dott. F. Hausbrandt
Facharzt für Innere Krankheiten
u. f. Röntgenologie

Dadurch entsteht der Eindruck, er sei Professor für Innere Medizin oder für Röntgenologie oder womöglich für beides. In Wirklichkeit hat er nach dem in Italien geltenden Recht die Erlaubnis, den Titel Professor ausschließlich deshalb zu führen, weil er früher an der Universität Rostock Dozent für Gerichtliche Medizin war.

Auf Wunsch von Herrn Dr. Bodo MANSTEIN, Chefarzt der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Detmold, stellen wir fest, daß durch die im Artikel „Der zweite Prozeß gegen Dr. Josef Issels“ gebrauchte Formulierung nicht behauptet werden sollte, er habe sich deshalb als Dozent bezeichnet, weil er an der Universität Münster einen Lehrauftrag für das Fachgebiet „Soziale Hygiene der Frau“ erhalten hatte. Es sollte vielmehr damit festgestellt werden, daß es objektiv unrichtig ist, wenn Herr Dr. Manstein, der 1944 zum Dozenten ernannt worden war, diese Bezeichnung auch heute noch führt. Die Erteilung eines Lehrauftrages ändert an dieser Tatsache nichts.

Da auf diesem Gebiet eine Rechtsunsicherheit häufig festzustellen ist, sehen wir uns zu folgender Feststellung veranlaßt:

Ernennungen zum Dozenten, die zwischen 1939 und 1945 erfolgt sind, stützen sich auf die Habilitationsordnung vom 17. 12. 1939 und einen entsprechenden Runderlaß des Reichsministeriums für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung. Mit ihrer Ernennung wurden die Dozenten außerplanmäßige Beamte auf Widerruf. Mit der Ernennung war die Verpflichtung verbunden, ein bestimmtes wissenschaftliches Fachgebiet an einer wissenschaftlichen Hochschule in Vorlesung und Übung zu vertreten. Die Bestimmung des Lehrgebietes wurde meist in einem Begleiterlaß ausgesprochen. Eine Ernennung zum Dozenten enthielt u. a. die Verpflichtung zum Abhalten von Vorlesungen oder Übungen. Die Amtsbezeichnung Dozent war also an eine bestimmte Tätigkeit gebunden, und das Recht zum Führen dieser Amtsbezeichnung entfiel, wenn die entsprechende Tätigkeit nicht ausgeübt wurde.

Nach dem Gesetz zu Artikel 131 GG gelten im übrigen alle Beamte auf Widerruf mit Ablauf des 8. 5. 1945 als entlassen. Mit diesem Zeitpunkt endete also auch die Berechtigung der Dozenten, diese Bezeichnung zu führen.

AUS DEM STANDESLEBEN



Foto: Inge Onckels-Ruthe

Auszeichnung für Professor Schretzenmayr

Professor Dr. med. Adolf SCHRETZENMAYR, Augsburg (links auf dem Bild), Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, wurde vom Badgasteiner Bürgermeister Anton KERSCHBAUMER die Ehrenplakette der Kurkommission verliehen. Damit würdigte die österreichische Kurstadt anlässlich des X. Internationalen Fortbildungskongresses, den die Bundesärztekammer vom 7. bis zum 20. März als Lehrgang für Praktische Medizin unter Teilnahme von nahezu 1500 Ärztinnen und Ärzten aus der Bundesrepublik, aus Österreich, Frankreich, England und der Schweiz veranstaltete, die verdienstvollen Bemühungen von Professor Dr. Schretzenmayr um die Durchführung dieser Veranstaltungen.

Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen

Der dritte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen — zwei Kurse waren bereits früher von der Bayerischen Röntgenvereinigung durchgeführt worden — wurde am 8. April 1965 mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung abgeschlossen.

Zum ersten Male bestanden alle 25 Teilnehmerinnen, die eine Berufstätigkeit von 3 bis 24 Jahren nachweisen konnten, die Prüfung.

Die Leitung des Kurses und den Vorsitz bei der Prüfung hatte wieder Herr Professor Dr. FRICK, der Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, übernommen.

Die Bayerische Landesärztekammer dankt ihm sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch den Damen und Herren der Firma Siemens, die diesen Kurs wieder sehr großzügig unterstützt hat, für ihre Mitwirkung.

Nächster Kurs

Der nächste Kurs für Röntgenhelferinnen wird voraussichtlich in der Zeit vom 11. bis 21. Oktober 1965 in Erlangen stattfinden. Meldungen zu diesem Kurs sollen umgehend, spätestens jedoch bis zum 30. August 1965, erfolgen.

Kurs für Laborhelferinnen

Der erste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird wahrscheinlich im November 1965 in Nürnberg stattfinden. Wir bitten, entsprechende Hinweise in den nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“ zu beachten.

Neuwahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Am 27. März 1965 trat die neugewählte KBV-Vertreterversammlung zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen und wählte ihren Vorstand.

Das Wahlergebnis lautet wie folgt:

Erster Vorsitzender:

Dr. Friedrich VOGES, Hamburg

Zweiter Vorsitzender:

Dr. Gerhard KÖNIG, Enger

Beisitzer:

Dr. Ernst AHRENS, Hannover

Dr. Hans W. MUSCHALLIK, Köln

Dr. Brendan SCHMITTMANN, Berlin

Dr. Friedrich VÖLLINGER, Freising

Dr. Hermann ZWECKER, Helsa

für die außerordentlichen Mitglieder:

Dr. Helmuth ADAMEK, Dortmund.

Neuwahl des Präsidiums des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Durch die Mitgliederversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose wurden am 24. März 1965 in Augsburg mit Rücksicht auf die im Oktober 1965 in München stattfindende XVIII. Internationale Tuberkulose-Konferenz die Herren

Präsident:

Senatsdirektor i. R. Prof. Dr. E. SCHRÖDER, Berlin

Schatzmeister:

Direktor Dr. JENSEN, Bremen-Oberneuland

Generalsekretär:

Obermed.-Rat i. R. Dr. F. KREUSER, Winnenden
b. Stuttgart

in ihren Ämtern wieder bestätigt.

Als Vizepräsident wurde Herr Direktor LIEBING, Frankfurt/Main, gewählt.

Ausnahmen von Halte- und Parkverboten

Ärzte finden bei dringenden Krankenbesuchen in zumutbarer Nähe oft keinen Parkplatz. Um ihnen solche Krankenbesuche zu erleichtern, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern jetzt bestimmt, daß die Kreisverwaltungsbehörden Ausnahmen von Halte- und Parkverboten genehmigen können. Ausnahmegenehmigungen werden Ärzten bekommen, die häufig zu dringenden Krankenbesuchen in verkehrsreiche Stadtgebiete gerufen werden, insbesondere Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Krankheiten und für Kinderkrankheiten. Die Inhaber solcher Genehmigungen erhalten ein Parkschild mit der Aufschrift „dringender Arztbesuch“ und dem Dienstsiegel der Kreisverwaltungsbehörde.

Auch ohne besondere Ausnahmegenehmigung können Ärzte von Halte- und Parkverboten befreit sein, wenn sofortige ärztliche Hilfe für Leben und Gesundheit eines Patienten unerlässlich ist. Nach den Grundsätzen des übergesetzlichen Notstands darf nämlich ein geschütztes Rechtsgut (hier die Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs) geopfert werden, wenn das das einzige Mittel ist, um ein höherwertiges Rechtsgut (hier Gesundheit und Leben) zu erhalten.

Der Arzt muß gewissenhaft die Gefahren und Nachteile, die durch sein Parken den anderen Verkehrsteilnehmern drohen, gegenüber den Gefahren, die seinem Patienten drohen, abwägen. Er muß sich dabei sicher sein, daß es ihm seine ärztliche Pflicht nicht mehr gestattet, einen weniger gefährdeten oder überhaupt einen erlaubten Parkplatz aufzusuchen.

Bamfoiin, Bamfoiin . . .

Seit Ende des Jahres 1964 liegt ein Ergebnis einer Untersuchung von Bamfoiin durch das Schweizer Arzneimittelwerk Sandoz AG vor. Bei allen angewandten Testen wurde keine Wirkung festgestellt. Tierversuche im Institut für anorganische Chemie in Heidelberg blieben ebenfalls ergebnislos.

Die Warnung vor Bamfoiin wird somit der Ärzteschaft erneut zur Kenntnis gebracht.

Der

Verband der sudetendeutschen Ärzte

(München 27, Pienzenauerstraße 1 a, Dr. Koerting) kann sudetendeutschen Ärzten, die die Absicht haben, die Tschechoslowakei zu besuchen, Hinweise geben.

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Straubing

Die nächste Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns findet am

26. Juni 1965 in Straubing

statt.

Nach § 4 Abs. 1 der Geschäftsordnung ist die Vertreterversammlung öffentlich für ordentliche und außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Zuhörer weisen sich durch einen Personalausweis und eine Bestätigung der für sie zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus.

Vorläufige Tagesordnung:

Honorarverteilungsmaßstab

Ort und Beginn der Vertreterversammlung in Straubing bitten wir bei der zuständigen Bezirksstelle zu erfragen.

Dr. Meider

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

zur souveränen Therapie bei *Ulcus ventriculi* und *duodeni*, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden

K. P. mit 30 Tabl. DM 2,85 o. U.

O. P. mit 60 Tabl. DM 4,80 o. U. / Klinikpackung

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

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

33. Fortbildungskurs – Leitung: Professor Dr. D. John

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: „Cytostatica“

„Möglichkeiten und Grenzen der Chemotherapie maligner Tumoren aus experimenteller Sicht“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. DRUCKREY, Freiburg/l. Br.

Krebszellen entstehen durch einen Defekt im genetischen System der Nucleinsäuren. Sie werden in graduell unterschiedlicher Weise, unabhängig von den normalen Regulationen der Homöostase, gebildet. So gibt es noch hormonabhängige Krebszellen, wie z. B. das Prostatacarcinom. In der Erkenntnis einer ausgezeichneten antiproliferativen Wirkung von gegengeschlechtlichen Hormonen lag einer der Anfänge der Chemotherapie. Das Wachstum der Tumoren resultiert aus der Differenz zwischen Vermehrung und Absterbegeschwindigkeit der Krebszellen. Das eigentliche Ziel einer Chemotherapie ist es, eine möglichst selektive Abtötung der Krebszellen herbeizuführen. Theoretisch ist zu vermuten, daß die Möglichkeit hierzu mit der Entartung der Krebszellen wächst. Mit den alkylierenden Substanzen war schließlich experimentell eine endgültige Heilung auch bei großen Tumoren möglich und man erkannte, daß eine etwaige Resistenz der Tumoren nicht prinzipieller Natur war, sondern ein quantitatives Problem darstellt. Der weitere Weg mußte also über eine Verbesserung der Verträglichkeit und therapeutischen Breite dieser Präparate gehen. Hierzu bietet sich das Prinzip der „Transportform“ an. Zum Beispiel ist im Endoxan die Lostgruppe an einen ringförmigen Phosphorsäurepropanolamidester als „Trägermolekül“ gebunden und wird in der Leber in eine hochaktive Wirkform umgewandelt. Wenn die Wirkung aber von der Konzentration abhängt, ist nur mit einer Dosierung, welche die therapeutische Breite voll ausnützt, also an die toxische Grenze herangeht, ein echter Heilungseffekt zu erwarten. Die Kenntnis der toxischen Dosis eines Chemotherapeutikum ist Voraussetzung jeder Therapie, und zwar in deutlicher Abgrenzung der Transport- und Wirkform. Für die praktische Therapie ergibt sich daraus die Frage der zweckmäßigen Einteilung unserer Dosen. Für das Endoxan zeigt sich, daß die tägliche Gabe von bis zu 6 mg pro Kilogramm an 12 aufeinanderfolgenden Tagen praktisch wirkungslos ist, eine einmalige Dosis von 50 mg pro Kilogramm aber eindeutige Effekte aufweist. Tierexperimentelle Analysen zeigen, daß die therapeutische Wirkung bereits nach wenigen Stunden abgeschlossen ist. In der

Nutzenanwendung ist also die bisherige Dauertherapie mit verzettelten kleinen Tagesdosen durch eine intermittierende „Stoßtherapie“ mit möglichst hoher Dosierung und dann in entsprechend längeren Zeitintervallen zu ersetzen. Der Zeitabstand der weiteren Stoßdosis ist nach klinischen Kriterien zu entscheiden.

Zweifellos ist die frühzeitige Operation und Bestrahlung für lokalisierte Tumoren nach wie vor die Therapie der Wahl. Die eigentliche Indikation der Chemotherapie liegt in der Generalisierung des Prozesses, d. h. in den Fernmetastasen. Wiederum im Tierversuch läßt sich deutlich zeigen, daß gerade die Kombination, die Entfernung des Primärtumors und die cytostatische Therapie, Heilungschancen eröffnet, wo die alleinige Anwendung des einen oder anderen Verfahrens keinerlei Möglichkeiten bietet.

Eine andere Chance der Chemotherapie ist in der Selektivität der Präparate zu suchen. In den letzten Jahren fand man Substanzen, die selektiv und regelmäßig jeweils nur einen bestimmten Organkrebs erzeugen. Dies ist interessant, weil von solchen Beispielen — speziell die Dialkylnitrosamine — grundsätzlich ein Weg zum Prinzip der Transportform aufgefunden werden müßte. In der Kombination von Organspezifität und Transportform mit hoher Wirkdosis im Bereich der entarteten Zellen eröffnet sich ein weites Feld, das Fortschritte bringen sollte.

„Der heutige Stand der Kenntnisse von den Grundlagen cytostatischer Therapie“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. E. GRUNDMANN, Wuppertal-Elberfeld

Sowohl die chirurgische Technik, als auch die Strahlentherapie scheinen in ihrer grundlegenden Möglichkeit weitgehend ausgeschöpft, weshalb der Optimismus weiterer Fortschritte in der Behandlung des Krebses auf der Chemotherapie ruht.

Wir kennen viele Krebsursachen, besser gesagt viele carcinogene Substanzen. Wir wissen, daß es Zellen gibt, welche im Rahmen der normalen Organogenese aus der Potenz der Zellteilung ausscheiden (z. B. Ganglienzellen), die andererseits aber auch nicht mehr maligne entarten können, dagegen bewahren andere Zellgruppen diese Fähigkeit in unterschiedlichem Maße, auch um biologischen Aufgaben gerecht zu werden, wie z. B. der Wundheilung, und geraten mitunter in den „Strudel der Zellteilung“, was dann die Entartung aus-

(Fortsetzung Seite 384)

Physiologischer Blutdruckheber
● mit Langzeiteffekt

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Konzentrationsschwäche,
fördert die Coronardurchblutung

RR-plus

30 und 60 Dragées

ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen
bei Stuttgart

Amuno[®]

Indometacin

Preis: 20 Kapseln zu 25 mg
DM 5.65 o.U.

AMUNO bedeutet den ersten grundlegenden und bemerkenswerten Schritt in der nicht-hormonalen Therapie rheumatischer Erkrankungen seit über einem Jahrzehnt.

AMUNO wirkt eindrucksvoll entzündungshemmend rasch schmerzstillend und nachhaltig fiebersenkend.

AMUNO spart Steroide ein oder macht sie entbehrlich, ist jedoch selbst kein Steroid und zudem mit keinem der bisher vorhandenen Antirheumatika verwandt.

AMUNO ist angezeigt bei rheumatischen Erkrankungen: den entzündlichen wie degenerativen, artikulären und extraartikulären klinischen Erscheinungsformen.

ein Schritt voran in der **Rheuma-Therapie**



Sharp & Dohme GmbH
8 München 51
Postfach 1

Tochtergesellschaft der
Merck & Co., Inc., Rahway, N.J. (U.S.A.)

Neues Merkblatt

Untersuchungen nur noch nach diesen Richtlinien durchföhrent

Verstärkte Maßnahmen gegen die Säuglings- und Müttersterblichkeit

Blutgruppen- und Antikörperuntersuchung bei Schwangeren zur Früherkennung des Marbus haematyticus neonatorum (Mhn)

- 5000** Neugeborene erkranken jährlich in der Bundesrepublik an Morbus haemolyticus neonatorum (früher auch als Icterus gravis oder fetale Erythroblastose bezeichnet) auf Grund einer Blutgruppenunverträglichkeit.
- 3000** davon sterben jährlich oder erleiden irreversible Veränderungen am zentralen Nervensystem mit schweren geistigen Defekten oder Lähmungen.
- 1000** Neugeborene jährlich sind in Bayern an Leben und Gesundheit gefährdet.
- 400** von ihnen werden durch rechtzeitige ärztliche Hilfe gerettet.
- 600** von ihnen sterben oder überleben nur mit schweren geistigen und körperlichen Schäden, weil ärztliche Hilfe zu spät in Anspruch genommen wird.

Ursache: Sensibilisierung im Rhesus-System, insbesondere, wenn bei einer Rhesus-negativen Mutter die Frucht das Rhesus-positive Merkmal vom Vater geerbt hat. Aber auch Sensibilisierung im ABO-System kann die Ursache sein.

Schädigungen des Kindes können nur durch rechtzeitige Behandlung des Neugeborenen vermieden werden. Die Gefährdung der Frucht läßt sich durch eine serologische Untersuchung der Mutter erkennen.

Zur Verhütung und Bekämpfung der durch diese Sensibilisierung verursachten Erkrankungen werden nach einer Vereinbarung zwischen dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände die dafür erforderlichen Blutuntersuchungen seit 1. Juli 1964 durchgeführt.

Die Zahl der über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abgerechneten Untersuchungen betrug im ersten Untersuchungsquartal (1. Juli bis 30. September 1964) 11 010, in der Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1964 15 577. Das sind beachtliche Zahlen, aber dennoch zu wenige. Es wird das Bestreben aller Beteiligten — des Staates, der Krankenkassen und der Ärzteschaft — sein müssen, durch Intensivierung der Aufklärung und Werbung auch die letzte Frau zu erreichen und zu gewinnen.

Auf Grund der bisher gesammelten Erfahrungen und zahlreicher Anregungen, die uns zugegangen sind, hat es sich aber auch als notwendig erwiesen, die Richtlinien für die Blutgruppenbestimmungen, wie wir sie im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 6/1964 veröffentlichten, zu überprüfen und neu zu fassen. Vor allem hat es sich als notwendig erwiesen, die in jedem Fall durchzuführende Blutgruppenuntersuchung auch auf die ABO-Unverträglichkeit auszudehnen.

Mit Übersendung dieses neuen Merkblattes an die Ärzte in Bayern bitten wir, die Untersuchungen nur noch nach diesen Richtlinien durchzuführen.

I.

Bei Erstgeburten und Mehrgeburten, deren Blutformel nicht bekannt ist:

In der 20. bis 28. Schwangerschaftswoche

1. Vollständige Blutgruppenbestimmung (A, B, O, AB, Rh-Faktor) und qualitative Antikörperreaktion).
2. Bei allen Frauen mit Blutgruppe O Hämolysetest gegen A und B.

Die Abrechnung der Leistungen nach Ziffer 1 und 2 erfolgt auf besonderem Abrechnungsschein.

3. Bei positivem Ausfall des Antikörpersuchtestes sofort quantitativer Antikörpernachweis (Titerbestimmung), der dann in der 25. bis 28. sowie in der 33. bis 38. Woche zu wiederholen ist.

Die Abrechnung der Leistung nach Ziffer 3 erfolgt über Krankenschein.

II.

Bei Mehrgebärenden mit bekannter Blutformel:

1. Bei jeder Frau Antikörpersuchtest, und zwar bei Rh-positiven in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche,
bei Rh-negativen schon in der 9. bis 16. Schwangerschaftswoche.
2. War der Hämolysetest (Abs. I Ziff. 2) bei einer früheren Untersuchung positiv, so muß er bei einer erneuten Schwangerschaft wiederholt werden.

War der Hämolysetest bei früheren Untersuchungen negativ, so muß er ebenfalls wiederholt werden.

Die Abrechnung der Leistungen nach Ziffer 1 und 2 erfolgt auf besonderem Abrechnungsschein.

3. Bei positivem Ausfall des Antikörpersuchtestes sofort quantitativer Antikörpernachweis (Titerbestimmung), der dann in der 25. bis 28. sowie in der 33. bis 36. Woche zu wiederholen ist.

Die Abrechnung der Leistung nach Ziffer 3 erfolgt über Krankenschein.

III.

Durchführung und Verrechnung der Untersuchungen:

1. Die Untersuchungen müssen vom Arzt selbst oder in seinem Auftrage von medizinisch-technischen Assistentinnen durchgeführt werden! Die blutgruppenserologischen Diagnosen müssen vom Arzt persönlich gestellt werden!
2. Die Untersuchungen können im übrigen nur von Ärzten durchgeführt werden, welche in der Lage sind, nicht nur die Blutgruppen zu bestimmen, sondern auch die qualitative Antikörperreaktion und den Hämolysetest auszuführen.
3. Für die Bestimmung der Blutgruppen und des Rh-Faktors müssen je zwei staatlich geprüfte oder entsprechend anerkannte importierte Test-

seren verwendet werden. Die Serumkontrolle mit bekannten Testblutkörperchen gehört zur Blutgruppenbestimmung! Sogenannte „Schnelltestseren“ oder sonstige vereinfachte Verfahren werden nicht anerkannt.

4. Die Verrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt nach folgenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte vom 1. April 1965:

Blutabnahme	Ziff. 27
Blutgruppenbestimmung (A, B, O, AB, Rh-Faktor D und qualitative Antikörperreaktion)	873
Hämolysetest	880
Quantitativer Antikörpernachweis (Titerbestimmung)	882

IV.

Folgerungen aus dem Ergebnis der Blutgruppenbestimmung:

Bekanntlich darf man mit etwa 15% Rh-negativen Frauen rechnen. Sofern die Antikörpersuchreaktion ein positives Ergebnis hat und die Titerbestimmungen verdächtige Werte zeigen, ganz besonders, wenn sie im Laufe der Schwangerschaft ansteigen, muß mit einer Erkrankung am Morbus haemolyticus neonatorum gerechnet werden. Diese Frauen müssen in der Klinik entblenden, wobei alle Vorbereitungen für einen Blutaustausch zu treffen sind, der sofort erfolgen muß, weil jede Stunde Zeitverlust irreparable Schäden verursacht.

Die Zahl der Fälle von ABO-Inkompatibilität liegt mindestens in gleicher Höhe wie diejenige der Rh-negati-

ven. Fällt der Hämolysetest positiv aus (ab Titer über 1:4), empfiehlt sich auch hier, Vorsorge für den Blutaustausch zu treffen, wenn auch die Wahrscheinlichkeit eines Mhn geringer, der Verlauf der Erkrankung weniger rasch ist. Eine besonders sorgfältige Beobachtung des Säuglings durch den Arzt ist erforderlich, um Anzeichen einer vorzeitigen, verlängerten oder verstärkten Gelbfärbung zu erkennen.

Bei Frauen mit einem unauffälligen Ergebnis der Blutgruppenuntersuchung besteht normalerweise keine Gefahr einer Erkrankung an Mhn. Da aber in Einzelfällen, auch wenn sie noch so selten vorkommen, aufgrund einer nicht ermittelten Blutgruppenunverträglichkeit doch noch Erkrankungsfälle vorkommen können, ist jedenfalls die ärztliche Beobachtung des Säuglings immer angezeigt.

Besondere Hinweise:

Zur Niederschrift der Befunde bei der Betreuung Schwangerer bitten wir, nur das dafür entworfene Sprechstundenblatt zu benutzen, das Sie durch Ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.

Für die Einsendung des Blutes folgende Hinweise beachten:

Erforderlich: ca. 8 ml Blut ohne jeden Zusatz.

Röhrchen — nicht Schutzhülle! — und Ausweiskarte lesbar mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum der Schwangeren bezeichnen.

Einsendung nicht vor Sonn- oder Feiertagen, da unverzügliche Bearbeitung des Materials zweckmäßig.

Anamnestische Angaben der Schwangeren dem Untersucher mitteilen:

Bluttransfusionen, Fremdblutinjektionen, Früh- oder Totgeburten, frühzeitiger, verstärkter oder verlängerter Neugeborenen-Ikterus bei vorangegangenen Geburten, Ergebnisse früherer Antikörperbestimmungen.

Bei Bluteinsendung zum quantitativen Antikörpernachweis (Titerbestimmung):

Blutgruppe, Rh-Faktor und Ergebnis des qualitativen Antikörpersuchtestes sowie Name und Anschrift des Arztes, der diese Befunde erhoben hat, mitteilen.

Kommt es bei Schwangeren mit nachgewiesenen Antikörpern oder anderweitig begründetem Verdacht auf eine Gefährdung der Frucht durch Morb. haem. neonat. zur Geburt, bevor es möglich war, die Schwangere in ein Krankenhaus einzuweisen, in welchem die Durchführung eines Blutaustausches gewährleistet ist, so sollten vom Neugeborenen bei der Geburt 5 ml Nabelschnurblut (ohne Zusatz) aufgefangen werden.

Das Kind sollte unverzüglich — unter Beifügung seines Nabelschnurblutes und von 8 ml mütterlichem Venenblut (ebenfalls ohne Zusatz) sowie der bei der Mutter erhobenen serologischen Befunde — in eine geeignete

Krankenanstalt eingewiesen werden. Hierbei sind Zeitverluste durch Abwarten der ersten klinischen Zeichen eines Morb. haem. neonat. zu vermeiden, da die Behandlungsergebnisse nicht zuletzt davon bestimmt werden, wann der erforderliche Blutaustausch beim Neugeborenen stattfindet.

Treten bei einem Neugeborenen Verdachtsmomente für Morbus haemolyticus neonatorum auf:

Unverzügliche Einweisung des Kindes in eine geeignete Krankenanstalt. 8 ml Venenblut der Mutter — ohne Zusatz! — sowie blutgruppenserologische Befunde mit-senden.

Verdachtsmomente für Morbus haemolyticus neonatorum:

- a) Anamnese der Kindesmutter (vorausgegangene Bluttransfusionen, Fremdblutinjektionen, Fehl-, Früh- oder Totgeburten, frühzeitiger, verstärkter oder verlängerter Neugeborenen-Ikterus bei vorangegangenen Geburten);
- b) Gelbfärbung des Fruchtwassers und der Nabelschnur (Auskunft der Hebamme!);
- c) ein unmittelbar nach der Geburt oder in den ersten 24 bis 36 Lebensstunden auftretender Ikterus des Neugeborenen;
- d) intensiver oder verlängerter Ikterus neonatorum;
- e) Anämie (beim Neugeborenen bereits bei Hgb unter 16 g% = 100% Sahll), Vermehrung von Erythroblasten und Retikulozyten beim Neugeborenen;
- f) Vergrößerung von Leber und Milz beim Neugeborenen;
- g) Hydrops des Neugeborenen.

Das Fehlen eines oder mehrerer dieser „Warnzeichen“ schließt das Vorliegen eines Morbus haemolyticus neonatorum keineswegs aus.

Liste van Krankenhäusern, die Blutaustauschtransfusionen bei Säuglingen durchführen*)

Oberbayern:

Kinderkrankenhaus Armstorf, Lkr. Wasserburg
 Kinderkrankenhaus Bad Wiessee, Lkr. Miesbach
 Kinderkrankenhaus Felicitas, Berchtesgaden/Stangaß
 Kinderkrankenhaus des Städt. Krankenhauses
 München-Schwabing
 Kinderklinik der Universität München, Lindwurmstr. 4
 Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße,
 München, Lachnerstraße 39
 Kinderkrankenhaus Steinhöring, Lkr. Ebersberg
 Kinderpoliklinik der Universität München,
 München 15, Pettenkofersstraße 8a
 I. Universitäts-Frauenklinik, München 15, Maistraße 11

Niederbayern:

Säuglings- und Kinderkrankenhaus Landshut,
 Schönbrunner Straße 5
 Säuglingskrankenhaus Passau

Oberpfalz:

Städt. Marienkrankenhaus Amberg
 Städt. Krankenhaus Neumarkt i. d. Opf.
 Städt. Kinderklinik Regensburg,
 Dr.-Martin-Luther-Str. 19
 Kinderklinik St. Hedwig, Regensburg, Steinmetzstr. 1—3

Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Landshuter Str. 65
 Städt. Krankenhaus Weiden

Oberfranken:

Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten Bayreuth
 Staatl. Frauenklinik Bamberg

Mittelfranken:

Universitätskinderklinik Erlangen
 Universitätsfrauenklinik Erlangen
 Allg. Krankenanstalten Nürnberg

Unterfranken:

Städt. Kinderklinik Aschaffenburg
 Universitäts-Kinderklinik Würzburg
 Säuglingskrankenhaus am Mönchberg, Würzburg
 Rot-Kreuz-Säuglings- und Kinderkrankenhaus, Würz-
 burg, Henlestr. 2

Schwaben:

Städt. Kinderklinik Augsburg
 Kinderkrankenhaus Josefinum, Augsburg
 Kinderabteilung am Stadtkrankenhaus Kempten
 Kinderklinik am Kreiskrankenhaus Memmingen
 Kinderabteilung am Stadtkrankenhaus Memmingen
 Kinderklinik St. Elisabeth, Neuburg a. d. Donau

*) Evtl. Ergänzungen der Liste werden im „Bayer. Ärzteblatt“ bekanntgegeben.

lokal
+ oral

= ideal

Bei
Hämorrhoiden
die überzeugende
Kombinationstherapie

lokal:
Varecort Zäpfchen und Rectacreme

Das Besondere an diesen Therapeutika: Rasche Linderung von Stechen, Brennen, Schmerzen und Juckreiz.

oral:
Varemoid Dragees

Varemoid wirkt kausal, ist einfach und sauber in der Applikation: Ein Hämorrhoidalmittel per se vor allem zur kurmäßigen Verwendung.

ideal:
Varecort + Varemoid

Die überzeugende Kombinationstherapie
bei Hämorrhoiden.

Zyma-Blaes AG München 25

(Fortsetzung von Seite 377)

macht. Das daraus abzuleitende Prinzip der Mitosehemmung, wie es z. B. mit Colchizin möglich wäre, betrifft letztlich aber alle Zellteilungen i. S. der Cytostase und ist deshalb als Arbeitshypothese für die Entwicklung therapeutischer Substanzen nicht weiter verfolgbar. Einen anderen Weg suchte man in der Spezifität des Stoffwechsels einer Tumorzelle. Die anaerobe Glykolyse ist jedoch nicht so spezifisch, wie man zunächst zu hoffen glaubte, und man mußte feststellen, daß Tumorzellen auch mit einer minimalen Glykolyse noch bestehen können. Die Sackgasse dieses therapeutischen Versuches — mit Substanzen wie E 39 und Trenimon — erwies sich aber insofern als umgehbar, als auch die Nucleinsäuresynthese deutlich gehemmt wird. Die Carzinomzelle hat einen stark gesteigerten RNS-Stoffwechsel, d. h. der Umsatz der Nucleinsäuren ist bis auf das 20fache erhöht. Cytologisch erkennt man nach Applikation alkylirender Substanzen die rasche Entwicklung von Reizformen, was indirekt die Störung des RNS-Stoffwechsels anzeigt. Eine Beeinflussung des DNS-Stoffwechsels tritt für die Therapie zurück, da noch toxischere Dosen notwendig wären, weshalb das angewandte Prinzip eigentlich nicht so sehr „cytostatisch“ genannt werden kann, als „stoffwechselhemmend“. Neuerdings erkannte man, daß in den Nucleinsäurestoffwechsel auch sog. Antibiotica eingreifen, und zwar ebenfalls im Sinne der Hemmung der RNS-Synthese. Dies wiederum stört bekanntlich die genetische Information für die cytoplasmatischen Funktionen. Das „Aktinomycin“ ist eines dieser Antibiotica. Die andere Anwendungsmöglichkeit bei Autoimmunkrankheiten — z. B. zur Verhütung einer hyperergischen Zerstörung transplanterter Gewebe oder Organe — zeigt grundsätzlich die konkurrierende Wirkung dieser Substanzen, welche auch als Nebeneffekt bei der cytostatischen Therapie beachtet werden muß. Schließlich wäre hinzuweisen auf sog. Antimetaboliten, Substanzen, welche nach Einbau eines falschen Bausteins in das Molekül stoffwechselhemmend angreifen können. Die medikamentöse Therapie scheint im Prinzip eine lösbare Aufgabe, und als optimistischer Ausblick kann angeführt werden, daß letzten Berichten zufolge die chemotherapeutische Heilung von Chorionepitheliomen, sogar ohne sonstige Therapie, wie Operation oder Bestrahlung, in einem erfreulichen Prozentsatz von klinischer Seite mitgeteilt wurde.

„Die cytostatischen Substanzen und ihre Wirkungen“

Aus dem Vortrag von Dr. HILZ, Hamburg (der an Stelle von Prof. Dr. Dr. h. c. H. EULER, Stockholm, sprach)

Das Charakteristikum einer Tumorzelle ist die Durchbrechung eines Reglerkreises, welcher das Zellwachstum kontrolliert. Auf der Suche nach biochemischen Besonderheiten der Tumorzelle lassen sich zwei grundlegende Erscheinungen aufzeichnen: 1. eine Steigerung der Energiebereitstellung mit Hilfe von Atmung oder Glykolyse und 2. eine Vermehrung des genetischen Materials, indirekt abhängig von der RNS-Synthese bzw. der sich daraus ableitenden Protein-synthese. In logischer Konsequenz forschte man dann nach Möglichkeiten, in diese Vorgänge einzugreifen, um eine Chemotherapie der Tumorzelle zu entwickeln. Die Hemmung der Atmung schließt sich von selbst aus, da die Nebenwirkungen auf andere vitale Vorgänge zu toxisch wären, eine selektive Glykolysehemmung verspricht deshalb wenig Erfolg, weil die Glykolyse nicht eine besondere Stärke der Tumorzelle ist. Die meisten wachstumsaktiven Zellen nehmen ihre Energie aus der Atmung, die hohe anaerobe Glykolyserate, wie sie von WARBURG vermutet wurde, scheint zumindest kein Charakteristikum der Tumorzelle zu sein. Schließlich wirken alle Substanzen, die eine Glykolysehemmung nach sich ziehen, primär über eine Nucleinsäurebeeinträchtigung, d. h., das Coenzym DPN wird erniedrigt. Die Cytostatica konzentrieren sich also auf den Nucleinsäurestoffwechsel.

Antibiotica, von denen eine cytostatische Wirkung bekannt wurde, besonders das Beispiel des Aktinomycins, scheinen zum größten Teil durch eine Blockierung der DNS für das „Abgreifen“ der RNS mit ihrem Messenger-Mechanismus für eine gezielte Eiweißsynthese zu liegen. Eine zweite große Gruppe sind die sog. Antimetaboliten. Auf Grund ihrer chemischen Ähnlichkeit mit den echten Metaboliten täuschen sie beim Einbau in den Zellvorgang die Eigenschaften jenes Stoffes vor, ohne die gleichen enzymatischen Fähigkeiten zu besitzen. Als Beispiele sind die Folsäureantimetaboliten zu erwähnen (Aminopterin usw.), gegen deren Verabfolgung die Zelle resistent zu werden vermag, indem hohe Folsäurereduktasespiegel geschaffen werden, welche die Antimetaboliten gleichsam ausfiltrieren. Unter den Purinanaloga, welche durch Ein-

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Diflaoiprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische
Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

bau in das RNS-System Anlaß zu einer falschen Matrizenformung sind, kommt dem 6-Mercatopurin eine besondere Bedeutung zu, da es die de-novo-Synthese der Purine hemmt. Die selektiv günstige Wirkung bei Leukosen erklärt sich daraus, daß im Knochenmark offenbar eine solche de-novo-Synthese nicht erfolgen kann und deshalb die dort gebildeten Zellen auf ein entsprechendes Angebot aus dem strömenden Blut angewiesen sind. Auch die Analoga des Glutamins bewirken eine Syntheseblockade für Purin und DPN. Hierher gehören auch die Stoffe aus der Pyrimidinreihe, welche dem Thymin nachgebaut sind. Durch Einbau eines Halogens in das Molekül ist der Umbau in das Thymin gehemmt, es kommt zu einem Anstau dieser Nucleinsäurebausteine, was einen zellinternen Regelkreis irritiert. Klinisch ist bemerkenswert, daß der Einbau von solchen Halogenderivaten eine Strahlensensibilisierung zur Folge hat.

Die alkylierenden Substanzen umfassen die Mehrzahl der derzeit gebräuchlichen Cytostatica. Alle sind sehr reaktive Verbindungen, wobei der entscheidende Angriffspunkt im Stoffwechsel noch nicht bekannt ist. Die Frage geht dahin, ob der DPN-Gehalt beeinflußt wird oder eine Nucleinsäuresyntheseinhibierung stattfindet. In physiologischen Verhältnissen halten sich beide Parameter etwa die Waage, was die Stoffe auch als radiomimetische Verbindungen einreihen läßt. Auffallend in allen Versuchen ist, daß der Zellzuwachs bereits gehemmt wird, bevor der DPN-Gehalt beeinträchtigt wird. Die primäre Noxe scheint also in der Struktur der Desoxyribonucleinsäure zu liegen. Von all diesen Cytostatica läßt sich sagen, daß sie zwar bevorzugt die Tumorzellen mit hoher Proliferationsrate treffen, aber keine spezifische Tumoraaffinität besitzen.

„Praxis und klinische Erfahrungen cytostatischer Therapie“

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. M. EGGSTEIN, Tübingen

Die Richtlinien für die Indikation und Durchführung einer cytostatischen Therapie bei Tumoren des epithelialen Typs lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. chirurgische und strahlentherapeutische Maßnahmen haben Vorrang,
2. die Chemotherapie ist eine Zusatz- oder Kombinationsbehandlung bei inoperablen Carzinomen, und

3. durch die Chemotherapie soll die Spanne des guten Befindens verlängert werden, aber nicht neues Leiden zu dem Leben gehäuft sein.

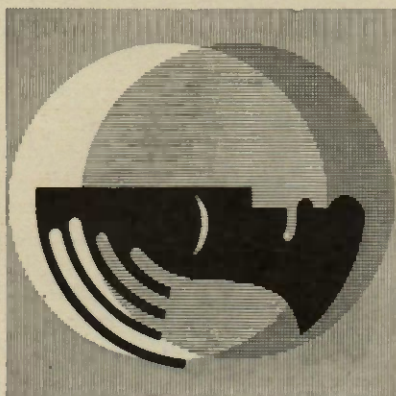
Die große Zahl der cytostatisch wirkenden Substanzen gliedert sich in 5 bestimmten Stoffgruppen zusammen:

1. alkylierende Substanzen,
2. Antimetaboliten,
3. Antibiotica,
4. Alkaloide und
5. Hormone.

Jene Präparate aus der Gruppe der Antimetaboliten eignen sich fast ausschließlich für Haemoblastosen, weil ihre allgemeine Toxizität sehr hoch ist. Die Wirkung der Antibiotica ist klinisch zumindest fraglich, nicht zuletzt besteht auch noch zu wenig Erfahrung über diese Substanzen. Von den Alkaloiden läßt sich eine Wachstumshemmung infolge Blockierung der Mitosen nachweisen, klinisch interessant sind das Vinco-Leukoblastin (Velve-Lilly) — teilweise mit gutem Effekt bei Lymphogranulomatosen — und die Podophyllum-Glykoside (SP-I und SP-G — Sandoz), über deren Einsatz eine zunehmende Erfahrung berichtet wird. Gegenüber den anderen Alkaloiden ist die therapeutische Breite wesentlich günstiger, das Präparat gilt auch als „schonendes Cytostaticum“, weil sehr selten drastische Blutbildveränderungen eintreten und deshalb auch in der Hand des praktischen Arztes eine verringerte Gefahr der Nebenwirkungen besteht. Während im Bereich der Haemoblastosen keine Erfolge zu erwarten sind, ist bei Bronchialtumoren, Lymphgranulomatosen und auch anderen Tumorformen der Versuch gerechtfertigt, d. h.: eine 4wöchige Infusionsbehandlung mit 4–8 Ampullen pro die und einer evtl. sich anschließenden Dauertherapie mit 6–12 Kapseln auch bei Symptomenfreiheit über mindestens 1 Jahr. Hervorgehoben wird eine Tumorsensibilisierung durch diese Präparate auf eine gleichzeitige radiologische Therapie. So wurde bei einem Ewingsarkom mit dieser Kombination eine erstaunliche Rückbildungstendenz beobachtet.

Die Hauptgruppe der Cytostatica zählt zu den alkylierenden Substanzen. Unter den Präparaten Mitarsen, Leukan, Trenimon und Endoxan wurde besonders von letzterem über eine zahlenmäßig fundierte klinische Erfahrung berichtet. Statistisch erweist sich diese Chemotherapie in 25% der Carzinome, 40% der Sarkome und über 60% der malignen Lymphome (Retothelsarkom,

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

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



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart



Prof. Dr. H. Druckrey,
Freiburg



Prof. Dr. E. Grundmann,
Wuppertal-Elberfeld



Dozent Dr. M. Eggstein,
Tübingen



Dr. R. Lopes Cardozo,
Leiden

Lymphogranulomatose usw.) als wirksam, wenn auch nicht im Sinne einer Heilung, so doch einer deutlichen objektiven Ansprechbarkeit des Tumorgewebes. Speziell für das Endoxan ergab sich in letzter Zeit die Frage, ob eine kontinuierliche Applikation oder eine intervallartige Stoßtherapie vorzuziehen sei. Die klinischen Resultate zeigen bislang keine signifikanten Unterschiede, wenn jeweils Kuren mit einer Gesamtmenge von 6 Gramm (im ersten Jahr dreimal, im zweiten Jahr zweimal und im dritten Jahr einmal) durchgeführt wurden, im ersten Fall fraktioniert auf Tagesdosen von 200 bis 400 mg, bei der Stoßtherapie in 8—12tägigen Abständen 20—30 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Die Leukocyten Depression hat nach etwa 6 Tagen ihren Tiefpunkt, erholt sich aber meistens rasch wieder. Bezüglich Trenimon besteht seitens des Referenten keine vergleichbare statistische Reihe, das Präparat eignet sich aber bevorzugt zur cytostatischen Instillationsbehandlung, z. B. zur intrapleuralem Applikation.

Die gezielte arterielle Infusion von Cytostatica brächte den Idealfall einer hohen Dosierung am gewünschten Ort, ist aber technisch nur in Ausnahmefällen möglich. Vor jeder Chemotherapie sind die Art des Tumors, der Allgemeinzustand des Patienten und die Möglichkeit vorrangiger Maßnahmen gründlich zu überdenken.

„Beitrag der Cytologie für die Wahl des Cytostatikum und für die Beurteilung seiner Wirksamkeit“

Aus dem Vortrag von Dr. P. LOPES-CARDOZO, Leiden (Holland)

Die Cytologie bietet als schonender und die Metastasierung nicht fördernder Untersuchungsvorgang die Möglichkeit einer vielfältigen klinischen Überprüfung der Diagnostik maligner Prozesse. Die Punktion des verdächtigen Gewebes ist einfach, in vielen Fällen dem Praktiker zugänglich und natürlich vor allem in der Klinik ohne Schwierigkeiten durchführbar. Schwieriger ist die Auswertung, da bisher noch zu wenig Zentren cytologischer Forschung bestehen, welche die entsprechende Erfahrung besitzen. Der Postversand sollte diese Lücke überbrücken.

Bei schon bekannter Diagnose — z. B. einer Lymphogranulomatose — kann durch die Punktion der verschiedensten Lymphdrüsengebiete die Ausdehnung des Prozesses verfolgt werden. Noch bedeutungsvoller ist natürlich die Hilfe bei der primären Diagnosestellung und die Frage, inwieweit die Cytologie eine Differenzierung des Malignitätsgrades gestattet. An vielen Beispielen — so in der Demonstration von Präparaten des Morbus Kahler — läßt sich die Fähigkeit der Cytologie

hierzu beweisen. Die Frage, ob aus einer einzigen Zelle die Diagnose und Determinierung der Krankheit mit der erforderlichen Sicherheit gestellt werden könne, entbehrt insofern der Grundlage, als in der Praxis beim Vorliegen einer entarteten Zelle meist auch andere im Präparat zu finden sind. Erstaunlich sind die Fortschritte der Cytochemie, so daß von seiten der Grundlagenforschung bereits etwa 50 Fermentfärbungen angegeben werden können. Die Verwendbarkeit dieser Methoden für die Klinik ist allerdings noch zu gering bearbeitet. Bekannt sind uns heute die PAS-Färbung, die Eisenfärbung, Peroxydasefärbung, Sudan-schwarz- und alkalische Phosphatasefärbung, meist aus dem Bereich der Haematologie. Durch die Aminopeptidasefärbung soll bei entsprechender Erfahrung bei einem Drittel der Magencarcinome ein positives Resultat zu erwarten sein. Die sog. Schmorl-Färbung leistet besondere Hinweise bei Melanomen.

Anhand einer Fülle von Bildmaterial wurde die Leistungsfähigkeit der Cytologie eindrucksvoll demonstriert. Die Wahl des Cytostaticums ergibt sich aus dem Nachweis der Ausbreitung, der Lokalisation und einer genauen Determinierung des neoplastischen Prozesses. Eine Kontrolle der cytostatischen Therapie ergibt sich häufig aus Kontrollpunktionen, welche dann entweder ein unbeeinflusstes Proliferieren erkennen lassen oder Degenerationsmerkmale, wie Vakuolisierung oder Lysis der Zellen, aufweisen. Unser therapeutisches Ziel wäre, die malignen Zellen zum Verschwinden zu bringen, die Mitosen abnehmen zu sehen oder überhaupt nicht mehr zu erkennen.

„Die Differentialtherapie der Leukosen mit cytostatischen Stoffen“

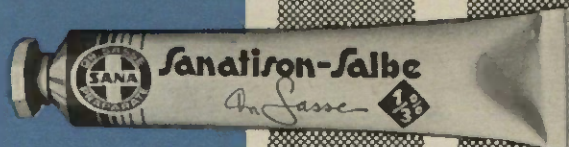
Aus dem Vortrag von Dr. H. BEGEMANN, München-Schwabing

Eine Differentialtherapie — in der gebräuchlichen Bedeutung des Begriffes — der Leukosen gibt es nicht. Die Stellung der Diagnose ist Aufgabe der Haematologie und gelingt ihr auch meist.

Die Stellung der Diagnose zieht nicht zwingend den Beginn einer Therapie nach sich. Die Therapie orientiert sich vielmehr am Gesamtbefinden des Kranken, der Anaemie, den Lokalsymptomen und erst zuletzt an der Leukocytenzahl im peripheren Blut. Unter Zugrundelegung einer solchen Notwendigkeit der Therapie hat sich klinisch für die einzelnen Krankheitsbilder folgendes bewährt:

1. bei den chronisch-lymphatischen Leukämien schieben hochdosierte intravenöse Endoxanstöße (wie auch von DRUCKREY empfohlen) kombiniert mit

Sanatison-Salbe
An Sasse



Die antibiotikumfreie Kortikoidsalbe für die langfristige Behandlung auch großflächiger Hautentzündungen sowie für Rezepturzwecke in den wirtschaftlichen Packungen zu

20 g DM 3,30

50 g DM 6,35

100 g DM 11,60

Die optimale Dosierung des körpereigenen Hydrokortisons vermeidet bei überzeugendem therapeutischem Erfolg Nebenwirkungen durch Resorption.



DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

ROTER

TABLETTEN

bei **Ulcus**
und
Gastritis

ROTER

PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM
DEPOT: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG. HAMBURG 1



Prof. Dr. H. Begemann,
München



Prof. Dr. H.
Nowakowski, Hamburg



Prof. Dr. H. Goldeck,
Bremen



Prof. Dr. C. G. Schmidt,
Münster

Corticosteroiden und Bluttransfusionen gute Erfolge zu bringen. Freilich können auch andere Lostderivate ähnlich Verwendung finden. Die Corticosteroide haben darüber hinaus auch als Einzelmedikamente bei den Lymphadenosen Bedeutung. Insbesondere beim Auftreten von Leuko- und Thrombocytopenien und den mitunter zu beobachtenden Immunohaemolysen ist diese Therapie indiziert. Eine anschließende niedrige Dauermedikation verbessert Zustand und Prognose.

2. Bei den chronischen Myelosen hat sich das Myleran besonders bewährt und durchgesetzt. Nach den eintretenden Rezidiven werden einzelne Behandlungsschläge angesetzt, evtl. kann auch eine Dauerbehandlung angewandt werden. Unter kleinen Dauerdosen wäre wöchentlich ein- bis zweimal je 1 Tablette à 2 mg zu verstehen. Vielleicht wird nicht die Lebenserwartung des Kranken gebessert, wohl aber der Gesamtzustand im Verlauf der Erkrankung. Leider können wir selbst bei Verschwinden aller klinischen Symptome meist ein Fortbestehen der Erkrankung cytochemisch verfolgen. Die alkalische Phosphatase der Granulocyten bleibt negativ oder schwach positiv. Auch das wichtige Kriterium des Vitamin-B₁₂-Spiegels im Serum bleibt bei der signifikanten Erhöhung. Dagegen sinkt er immer ab, wenn sich ein akuter Myeloblastenschub einstellt.
3. Für die akuten Leukämien sind die genannten Cytostatica kaum geeignet. Hier haben sich die Purinanaloga und Folsäureantagonisten besser bewährt. Bei Erwachsenen verwendet man das 6-Merkaptopurin, bei Kindern mehr das Aminopterin, den Folsäureantagonisten. Leukopenische oder thrombocytopenische Formen sind keinesfalls eine strikte Gegenindikation. Im Gegenteil kann eine konsequente Therapie eine Besserung des Blutbildes und Allgemeinbefindens erbringen. Von größter Bedeutung sind natürlich die Corticosteroide. Sie vermögen auch in alleiniger Applikation vollständige, oft mehrere Monate anhaltende Remissionen zu erzielen. Schließlich wird man kaum auf die Hilfe von Bluttransfusionen verzichten wollen. Ausschlaggebend für den Verlauf der Erkrankung scheinen endogene Faktoren und der krankheitseigene Rhythmus zu sein. Promyelocytäre Typen scheinen prognostisch wesentlich ungünstiger als sog. monocytäre Erscheinungsbilder.

Bezogen auf eine Lebensverlängerung, sind die Erfolge der cytostatischen Therapie bisher wenig ermunternd, doch ist es auch eine Aufgabe der Therapie, dem Erkrankten das Dasein zu verbessern.

„Grundsätze für die Therapie hormonabhängiger Geschwulstkrankheiten“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. NOWAKOWSKI, Hamburg-Eppendorf

Zu den hormonabhängigen, soliden Geschwülsten gehört ein bestimmter Prozentsatz der Mamma- und Prostatakarzinome. Hormonabhängig heißt, daß dieselben Hormone, welche normalerweise stimulieren, auch auf die entartete Zelle wirksam sind. Überraschend ist klinisch jedoch die vielfältige Reaktion der Tumoren auf die versuchte hormonelle Beeinflussung. Die endokrine Therapie ist grundsätzlich erst angezeigt, wenn der Versuch einer chirurgischen Radikaloperation vorausgegangen ist und natürlich, wenn ein Metastasenzustand eingetreten ist. Für das Prostatacarcinom scheint die Problematik einer endokrinen Behandlung wesentlich geringer als beim Mamma-carcinom.

Nach der Operation bieten sich zwei Möglichkeiten einer endokrinen Zusatztherapie: die prophylaktische Sofortbehandlung und die Therapie des Rezidivs, also nach dem freien Intervall. Die Problematik der Prophylaxe wird aus der vielfältigen Wirkungsweise, die man bei hormoneller Beeinflussung des Organismus beobachten mußte, erkennbar.

Zwei unterschiedliche endokrine Behandlungswege stehen zur Verfügung:

1. Die Ausschaltung aller möglicherweise das Wachstum fördernder Hormone durch die ablativen Verfahren, wie Kastration, Adrenalectomie und Hypophysiektomie.
2. Die Veränderung der endokrinen und metabolischen Verhältnisse des Organismus durch demikamentösen Einsatz von Androgenen, Oestrogenen oder auch Corticosteroiden. — Bei menstruierten Frauen ist zunächst eine Remission durch Ovarektomie zu versuchen. Da damit dem Körper nicht alle Oestrogene entzogen sind, ist als weiterer Schritt die bilaterale Adrenalectomie anzuraten. Dieses Verfahren hat in Kombination mit der Ovarektomie statistisch die größte Remissionsrate (50%). Die Hypophysiektomie ist ein noch weitergehender Eingriff, vermag allerdings in etwa 31% der Fälle noch eine objektive Remission zu erreichen, d.h. die Patienten leben etwa ein Jahr länger. Da dieser Eingriff heute ein kombiniert operativ radiologisches Verfahren darstellt, ist er auch bei nicht allzu gutem Allgemeinzustand der Erkrankten noch anwendbar. Für die Hypophysiektomie wie für die Adrenalectomie gelten natürlich in gleicher Weise die grundsätzlichen Erfordernisse einer sachgemäßen Substitution.

Bezüglich der Hormontherapie besteht insofern Verwirrung, als die Indikation zu Testosteron oder Oestrogenen durchaus schwierig sein kann, und die Wirkung beider Substanzen im weiteren Verlauf unberechenbare Änderungen aufzuweisen vermag. Testosteronpräparate scheinen eher angezeigt vor der Menopause und bei Weichteil- bzw. lokalen Metastasen, und zwar in einer Dosierung von 300 mg pro Woche. Auch Anabolica führen zu ähnlichen Ergebnissen, sind aber wegen der meist vorliegenden Depot-Form nicht empfehlenswert, da bei möglicherweise auftretendem Wirkungsumschlag kein rasches Absetzen möglich ist. Die Oestrogene scheinen bei älteren Frauen eine Überlegenheit zu besitzen, sind aber contraindiziert, wenn bei einer vorangegangenen Kastration ein günstiger Verlauf beobachtet werden konnte. Komplikationen sind im selben Maße möglich, wie bei den Testosteronpräparaten.

In jüngster Zeit versuchte man, eine Differenzierung des therapeutischen Vorgehens nach der genetischen Struktur der Tumorzellen herausarbeiten zu können. Chromatinnegative gelten demnach als männlich, Chromatinpositive als weiblich identifiziert, wobei gleichzeitig darauf hingewiesen wird, daß die chromatinnegativen Tumoren prognostisch wesentlich ungünstiger seien. Für die Praxis scheint dieses Verfahren noch nicht verwertbar wegen der Schwierigkeit der Identifizierung der Zellen. Man sollte sich deshalb vorerst an folgende Grundregeln halten:

1. Oestrogene nicht anzuwenden bei vorangegangener Remission nach Kastration und bei genügender Oestrogenausscheidung im Harn.
2. Vier Jahre nach Eintritt der Menopause kann der Versuch einer Oestrogentherapie bevorzugt werden.
3. Androgene in jenen Fällen, wo Oestrogene contraindiziert sind oder Komplikationen nach sich ziehen. Auch bei einem freien Intervall über 37 Monate scheinen eher Androgene berechtigt.

Die Notwendigkeit einer prophylaktischen Behandlung sollte sich von der Prognose ableiten, welche sich nach der Operation stellt. Sie ergibt sich aus dem Stadium des Mammacarcinoms, dem histologischen Malignitätsgrad und dem Zustand der Ovarien. Wenn erforderlich, ist die Kastration das einzige Verfahren, das prophylaktisch empfohlen werden kann. Hormone sind wegen der Unberechenbarkeit ihrer Wirkung zu dieser Zeit sehr zurückhaltend zu bewerten.

„Beurteilung und Behandlung von Nebenwirkungen cytostatischer Therapie“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. GOLDECK, Bremen

Bei medikamentösen Nebenwirkungen hat man grundsätzlich zu unterscheiden zwischen dosisunabhängigen, z. B. allergisch oder persönlichkeitsgebundenen, und dosisabhängigen, eigentlich toxischen Begleiteffekten. Im speziellen Fall der Cytostatica sind der therapeutische Effekt und die unerwünschte Nebenwirkung letztlich gleichartige Vorgänge. Unser Ziel müßte es sein, die größte antitumorige Erfolgchance bei möglichst geringer und reversibler Nebenwirkung auf das Normalgewebe und den Stoffwechsel zu erreichen.

In erster Linie sind die toxischen Einflüsse auf die blutbildenden Gewebe zu nennen. Die „Lost-Ausgangspräparate“ hatten eine kaum steuerbare, unberechenbare Toxizität mit Spätschäden noch nach Tagen im

Die Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer

MÜNCHEN 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 361121

nimmt ständig Vormerkungen von Praktischen Ärzten und Fachärzten aller Fachrichtungen entgegen für die Übernahme von Vertretungen bei erkrankten oder urlaubsbedürftigen Kollegen.

Insbesondere für die Zeit der ärztlichen Fortbildungskurse 1965 werden noch dringend Vertreter gesucht.

Sinne eines Leukocytensturzes. Neuere Cytostatica, wie Endoxan, sind zwar ebenfalls durch einen Leukocytensturz charakterisiert, im Tierversuch ist aber nahezu mit Gesetzmäßigkeit eine Reversibilität nachweisbar. Dies gilt insbesondere für die von Herrn Professor DRUCKREY empfohlene Stoßtherapie. Bei synchroner Gabe von Endoxan und Prednison war experimentell eine noch bessere Leukocytenfunktion zu beobachten. Dies gilt auch für die Thrombopoese. Bei erythropoetischen Begleitschäden ist mit einem wesentlich höheren Toxizitätsgrad zu rechnen. Andererseits müssen wir uns bewußt bleiben, daß die Leukopenie nicht nur Nebenerscheinung, sondern auch Wirkungsindikator für unsere klinische Beurteilung ist.

Außer den haemocytologischen Störungen ist auch eine cytostatische Beeinflussung der humoralen Abwehrfunktionen zu beachten, wie dies in einer Hemmung der Antikörperbildung demonstriert werden konnte. Schließlich wurde aus diesem Nebeneffekt bereits eine therapeutische Nutzenanwendung gezogen, indem man für Homotransplantationen eine Abschirmung der hierzu einsetzenden Antikörperbildung mit Cytostatica (vorwiegend 6 Merkaptopurin, aber auch Endoxan) durchführte. Schwierig bleibt die klinische Beurteilung von Begleitschäden an den großen Parenchymorganen. Leberschäden sollen z. B. unter Langzeitapplikation von Folsäureantagonisten auftreten. Man muß sich aber bemühen, krankheitseigentümliche Nebenerscheinungen, wie Metastasenbildung, Haemolysen, vermehrter Harnsäureanfall mit tubulärer Schädigung der Nieren usw., nicht als spezifisch cytostatica bedingt zu mißdeuten. Allgemeine Unverträglichkeitserscheinungen, wie sie früher bei den Lostpräparaten, ähnlich dem „Strahlenkater“ mit Kopfschmerz, Vertigo, Nausea, Brechneigung, Schweißausbruch, Temperaturerhöhung beobachtet wurden, sind bei den modernen Präparaten sicher seltener geworden. Dies gilt auch für cytostatische Sofortreaktionen im Sinne von Kreislaufalteration mit Tachycardie und Hypotonie. Enteritische Reizzustände und auch cystitische Beschwerden können als lokale, durch besonders hohe Konzentrationen entstehende Entzündungserscheinungen aufgefaßt werden. Ein Aussetzen der Medikation oder eine Verringerung der Dosis ist dann erforderlich. Eine ge-

Der 18. Bayerische Ärztetag

findet vom 15.-17. Oktober 1965 in

Bayreuth statt

wisse Reversibilität scheint die Schädigung des Keimgewebes zu besitzen, in jedem Fall sollte aber bei Anwendung von Cytostatica dem Wunsch auf Nachkommenschaft widersprochen werden. Die Besprechung dieser Probleme ist eine höchst individuelle Angelegenheit, wie überhaupt die „Risikodurchsprache“ von Fall zu Fall abgewogen werden muß.

Aus allen erwähnten Störfaktoren ergeben sich Konsequenzen für eine unterstützende Therapie im Sinne von Vitamingaben, Anabolica, Elektrolytbilanzierung, evtl. Gamma-Globulinsubstitution, Bluttransfusionen und vor allem die Gabe von Corticosteroiden.

„Grundlagen und Probleme einer Rezidivprophylaxe durch Cytostatica mit besonderer Bezugnahme auf Bronchial- und Lungenkarzinome“

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. L. ADELBERGER, Hemer (Westfalen)

Die Ergebnisse der bisherigen Therapie von Bronchialcarzinomen und anderen Lungentumoren sind trotz ausgefeilter Operationstechnik und aller Entwicklungen auf dem Gebiet der Strahlentherapie noch recht unbefriedigend. Diese lokalen oder höchstens regionalen Eingriffe sind an den Grenzen ihrer Möglichkeiten angelangt. Zudem muß man wissen, daß bei der Obduktion von postoperativ verstorbenen Patienten an Bronchialcarzinomen in über 50% bereits Metastasen in den verschiedensten Organabschnitten zu finden waren. Die Bekämpfung der Tumormetastasen und ausgeschwemmten Tumorzellen scheint aber nur mit einer Chemotherapie denkbar, weshalb auch eine weitere Verbesserung der therapeutischen Erfolgchancen nur auf diesem Weg noch möglich sein wird. Selbst bei inoperablen Tumoren ist eine echte Lebensverlängerung erreichbar, ja, es sind in Einzelfällen echte 5-Jahres-Heilungen zu beobachten gewesen. Einige Beispiele mögen den Versuch zu einer Chemotherapie neu beleben helfen:

Ein von der Lingula ausgehendes, solides, kleinzelliges Carzinom, welches wegen cardiopulmonaler Leistungsinsuffizienz keiner Pneumonektomie zugänglich war, wurde postoperativ intravenös und später per oral als Dauermedikation cytotatisch behandelt und ist jetzt bereits 6½ Jahre als „geheilt“ zu beobachten. — Bei einem malignen Pleuraendotheliom, welches wegen seiner Ausbreitung ebenfalls inoperabel schien, war nach Cytostatica ein baldiger Rückgang bis zur völligen röntgenologischen Beseitigung des Befundes erkennbar. — Ein Mediastinaltumor, welcher sich histologisch als Lymphosarkom erwies und welcher eingewachsen ins Pericard inoperabel war, zeigte nach

Cytostatica ebenfalls einen deutlichen Befundrückgang, verbunden mit wesentlicher Verbesserung des Allgemeinbefindens. — Bei einem 28jährigen wurde ein doppelfaustgroßer Mediastinaltumor, welcher histologisch eine Lymphogranulomatose in sarkomatösem Schub war, cytotatisch zunächst erfolgreich behandelt.

Der eindeutige Gewinn der Chemotherapie liegt in seiner Kombination mit der trotz allem anzustrebenden Totaloperation des Primärtumors. Dieser kombinierte Behandlungsweg findet immer mehr Anhänger. Natürlich muß eine ausreichende und kontinuierliche Cytostaticatherapie exakt überwacht werden, um die bekannten Nebenwirkungen frühzeitig zu erfassen und durch Unterstützung des Allgemeinbefindens — Bluttransfusion und Leberschutzpräparate, Cortison usw. — eine wirksame Allgemeinbehandlung angestrebt werden. Von den Cytostatica selbst wäre eine noch größere therapeutische Breite zu fordern. Eine Auswahl der Präparate qualitativ oder auch nach Tumorspezifität kann noch nicht verbindlich gegeben werden. Es bleibt meist eine persönliche Erfahrungssache mit dem einen oder anderen Medikament, und die Beschränkung bedeutet keine Abwertung anderer Cytostatica, sondern erleichtert eher eine fundierte Gegenüberstellung klinischer Erfahrungen. Auch die Frage nach der Dauer einer cytotatischen Therapie ist gegenwärtig noch nicht abschließend zu beantworten. Wichtig ist auf jeden Fall eine prae- und postoperative Stoßtherapie und eine sich daran anschließende Dauermedikation in kontinuierlicher oder intermittierender Form in Art von Kuren. Die Entscheidung über diese Behandlungsart kann unter Umständen durch die Art des Präparates vorgegeben sein. Häufig wurde von einer unterschiedlichen Beeinflussbarkeit von Tumorzelltypen berichtet, doch konnte in einem großen Patientengut keine signifikante Unterscheidung gemacht werden. Das Plattenepithelcarzinom hat im Gegenteil mindestens dieselbe Überlebensrate wie das kleinzellige Carzinom bei gleichermaßen angewandter intensiver Therapie. Das an der Klinik angewandte Schema, welches sich auf das Präparat Trenimon (Bayer) bezieht, lautet folgendermaßen: 3 bis 5 Tage praeoperativ intravenös täglich 0,2 mg, dann postoperativ ohne Unterbrechung Fortsetzung der intravenösen Therapie bis zu einer Gesamtdosis von 4 oder 5 mg und daran anschließend 2 bis 3 Kapseln zu 0,5 mg pro Woche in Übereinstimmung mit den Kontrolluntersuchungen des Blutbildes.

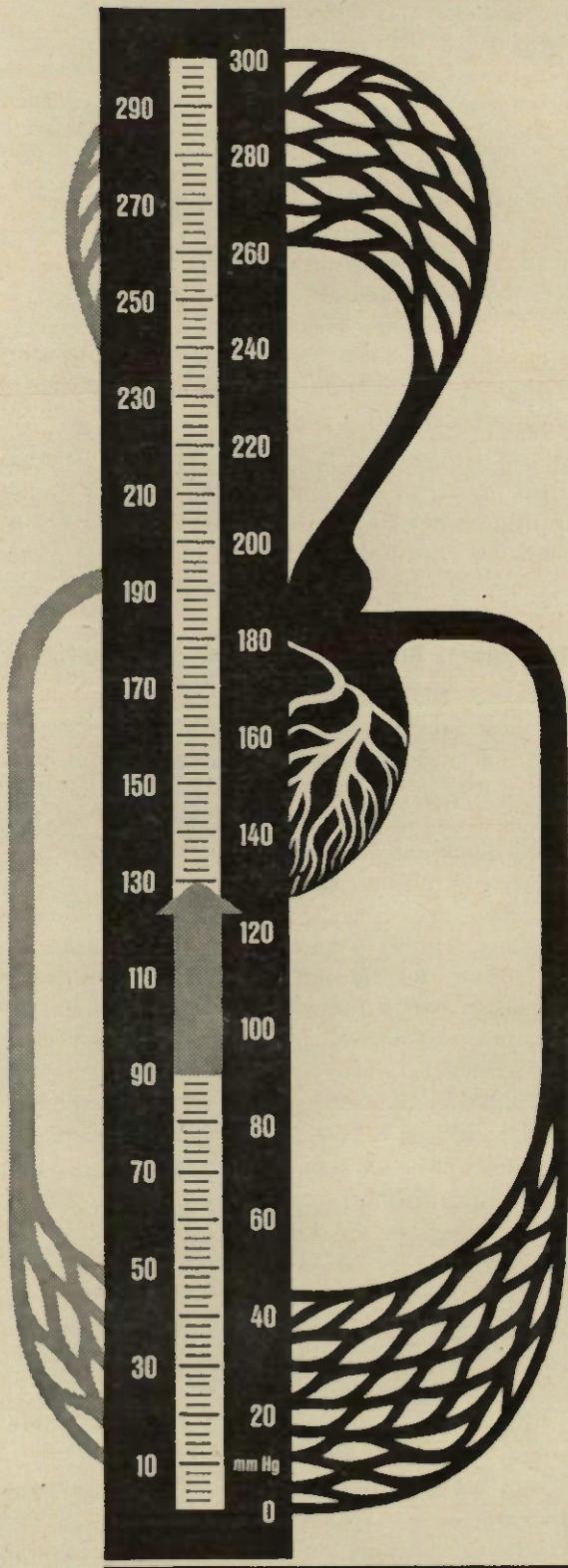
Die Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse in einem Vergleich von kombinierter Behandlung (Operation und Chemotherapie) gegenüber der alleinigen Totaloperation liegen statistisch bei einer Erhöhung der 5-Jahres-Heilungsrate um ein Drittel.

„Stoffwechselprobleme maligner Tumoren und ihre Beziehungen zur Therapie“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. C. G. SCHMIDT, Münster (Westfalen):

Aufgabe der Chemotherapie wäre im Idealfall die bevorzugte spezifische Schädigung der entarteten Zellen ohne wesentliche Beeinträchtigung des sonstigen Organismus. Dies aber setzt eine hinreichende biochemische Verschiedenheit des Stoffwechsels der Tumorzelle und der normalen Mutterzelle voraus. Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse gibt es keine bio-

HYPOTONIE



AKRINOR[®]

physiologisch
wirkendes
Kreislauf-
analepticum
mit

substanzeigenem
Langzeiteffekt

Kontraindikation:
HYPERTONIE

AMPULLEN (im/iv)
TABLETTEN

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/M



chemische Reaktion, die nicht auch in normalen Zellen ablaufen würde, dagegen dürften Tumorzellen in wechselläufigem Ausmaß nicht über alle Fermente verfügen, mit denen die normale Zelle ausgerüstet ist. Die Abweichung der Krebszelle hat also mehr den Charakter eines Defektes. Eine exakte, umfassende Definition des Stoffwechsels in der Carzinomzelle, insbesondere auch in Korrelation zum histologisch-morphologischen Bild, ist bisher nicht gelungen.

Historisch betrachtet, bestanden vier Hypothesen einer biochemischen Deutung der cancerogenen Entartung: die Warburg-Hypothese, die Greenstein-Hypothese, die Deletionstheorie und neuerdings die „feedback“-Deletionstheorie. Die Untersuchungen Warburgs ergaben zunächst, daß der Energiestoffwechsel eines Tumors eine Mischung von Spaltungs- und Oxydationsvorgängen ist, wobei sogar in Gegenwart von Sauerstoff die glykolytischen Spaltungen überwiegen können. Es lag die Schlußfolgerung nahe, daß eine Krebszelle dann entsteht, wenn normale Zellen sich als Folge einer Schädigung einer biologischen Oxydation auf den anaeroben glykolytischen Stoffwechsel umstellen. Eingehende Studien haben aber inzwischen bewiesen, daß die biologische Oxydation in den Tumorzellen in keiner Weise von dem in normalen Zellen ablaufenden Cytochromsystem abweicht bzw. defekt geworden wäre. Auch der Pasteur-Effekt — ein Regulationsphänomen der drei wirksamen energieliefernden Stoffwechselprozesse, entsprechend dem Sauerstoffangebot — ist in der Tumorzelle voll wirksam. Die häufig beobachtete, gesteigerte aerobe Glykolyse im malignen Gewebe kann also nicht als Folge einer defekten Atmungskette oder einer Störung des regulierenden Adenylsäuresystems begriffen werden, sondern zeigt sich trotz dieser unveränderten Voraussetzungen. Eine universelle Korrelation zwischen Malignität und aerober und anaerober Glykolyse besteht demnach nicht. Die intensive Glykolyse ist keine „*Conditio sine qua non*“ der Malignität. Nur bei fortgeschrittenen Malignitätsstufen scheint sie sich überhaupt signifikant in den Vordergrund zu schieben. Eine Arbeitshypothese für die Entwicklung von Cytostatica, welche nur auf einer gezielten Hemmung der Glykoseyserate aufbauen würde, nähme eine starke Beeinträchtigung der normalen und gesunden Stoffwechselvorgänge mit in Kauf. In der Tat haben alle Cytostatica eine Depression der DPN-Konzentration der Zelle und damit indirekt eine Beeinträchtigung der Glykolyse zufolge, was die derzeit noch mangelhafte therapeutische Breite und vor allem fehlende Spezifität für Tumorstoffwechsel ausmacht.

Die weitere Aufgabe wird es sein, Differenzen des Stoffwechsels bei verschiedenen Tumoren zu suchen, da letztlich nicht in allen Einzelheiten des Stoffwechsels und des Enzymmusters eine Identität erwartet werden kann. Bisher lassen sich nur für die Therapie des metastasierenden Coriumcarzinoms mit Folsäureantagonisten und 6-Merkaptopurin echte Ansätze für eine gezielte Chemotherapie erblicken, deren Spezifität in solchen Stoffwechselunterschieden begründet sein mag. Unter der Vielzahl morphologisch differenter Neoplasmen wird man nach unterschiedlichen Phänomenen, z. B. des Enzymmusters, suchen müssen, um neue Wege für die Chemotherapie zu öffnen.

(Fortsetzung folgt)

PERSONALIA

Dr. Middelmann 70 Jahre

Herr Kollege Dr. Wilhelm MIDDELMANN, Gmund/Tegernsee, der seit 1954 als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Miesbach amtiert, konnte am 6. Mai seinen 70. Geburtstag feiern. Dr. Middelmann wurde in Laer/Westfalen als Sohn eines Grubenbetriebsführers geboren. Seine vielseitige Begabung veranlaßte ihn, neben seinem Medizinstudium in Münster, Bonn und München auch Kunstgeschichte, Urheber- und Erfinderrecht zu belegen.



1924 ließ sich Kollege Dr. Middelmann in Gmund/Tegernsee nieder. Von Beginn seiner Tätigkeit an bis zur Stilllegung des Bergwerkes Marienstein wirkte er dort auch als Knappschaftsarzt.

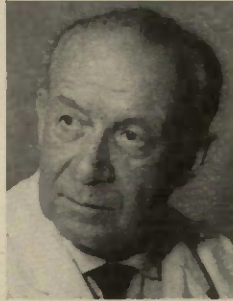
Herrn Chefarzt Dr. Leo Ritter zum 75. Geburtstag

Dr. Leo RITTER wurde am 26. April 1890 als siebenter von acht Söhnen eines Aachener Fabrikanten geboren. Schon in den Jahren vor dem ersten Weltkrieg führte der Weg den jungen Medizinstudenten ins Bayernland nach München, wo er sein Physikum machte. Nach dem Staatsexamen in Bonn 1914 zog er als Sanitäts-Offizier an die Westfront. Hier zwang ihn die Not zur Chirurgie, aber er begegnete auch seinem späteren chirurgischen Lehrer FRANGENHEIM aus Köln. In dem Wirrwarr der Nachkriegszeit kehrte Dr. Ritter 1919 zunächst nach München an das Pathologische Institut zurück, trat dann aber 1920 — trotz des verlockenden Angebotes eines Arbeitsplatzes bei Friedrich von MÜLLER — als Assistent in die Chirurgische Klinik Frangenheim in Köln ein. 1929 wurde der damalige Kölner Oberarzt Ritter zum Chefarzt des neuen Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Regensburg bestellt. Dieses Haus hat Herr Kollege Ritter zur ersten chirurgischen Klinik Ost-Bayerns ausgebaut und zu einer der angesehensten operativen Abteilungen gemacht. Im 2. Weltkrieg war er der leitende Chirurg einer großen Regensburger Lazarettabteilung mit über 500 Verwundeten.

Dr. Ritters besonderes Interesse gilt den chirurgischen Kerngebieten, den operativen Eingriffen im Bauch, an Extremitäten und der Krebsbehandlung. Hierüber hat er in vielen wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen berichtet. Um diesen erfolgreichen Chirurgen scharten sich viele Mitarbeiter; aus seiner Schule sind 19 Chefärzte hervorgegangen. Die Bayerische Chirurgenvereinigung wählte Herrn Kollegen Ritter 1953 zu ihrem Vorsitzenden und 1963 zu ihrem Ehrenmitglied. 1960 erhielt er das Bundesverdienstkreuz I. Klasse.

Professor Rohrschneider 70 Jahre

Am 30. April 1965 vollendete der Direktor der Universitäts-Augenklinik München, Professor Dr. Wilhelm ROHR-SCHNEIDER, sein siebenzigstes Lebensjahr. Der Jubilar, der einer der prominentesten Vertreter der deutschen Ophthalmologie ist, hat den Münchener Lehrstuhl seit seiner Berufung aus Münster im Sommer-Semester 1953 inne. Die



wissenschaftliche Forschung verdankt ihm zahlreiche wichtige Untersuchungen, insbesondere auch solche grundlegender Natur, die bedeutsame neue Erkenntnisse geliefert haben. Daneben sind viele klinische Arbeiten für die praktische augenärztliche Tätigkeit richtungweisend geworden. Professor Rohrschneider hat selbst in seinem Wirken immer das Ärztliche in den Vordergrund gestellt. Daher hat er sich den in der Praxis tätigen Kollegen verbunden gefühlt und deren Dienst an den Kranken zu fördern sich bemüht. Diesem Zweck dienten auch die großen und kleinen Fortbildungsveranstaltungen, die Professor Rohrschneider mit außerordentlichem Erfolg selbst durchgeführt, angeregt oder tatkräftig gefördert hat. Das besondere Verständnis für die Belange des niedergelassenen Arztes rührt her aus der Zeit eigener kassenärztlicher Tätigkeit in Weimar nach dem Ende des Krieges und dem Verlust des Arbeitsfeldes als Ordinarius in Königsberg.

Das Wirken des gebürtigen Berliners, der der Schule Emil KRÜCKMANN'S entstammt, in Bayern und München als Arzt und Universitätslehrer ist darüber hinaus besonders gekennzeichnet durch den kürzlich abgeschlossenen Wiederaufbau der kriegszerstörten Universitäts-Augenklinik, die nicht nur eine hervorragende Krankenanstalt, sondern auch eine angesehene Stätte wissenschaftlicher Forschung darstellt. Daneben hat Professor Rohrschneider zur wirksamen Betreuung der Sehbehinderten im Lande Bayern mit seinem erfahrenen Rat beigetragen.

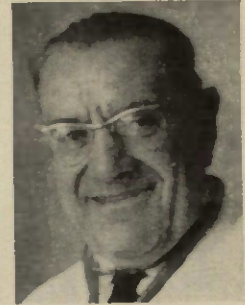
Als eine der hervorstechenden Eigenschaften beeindruckt bei persönlichem Verkehr die große Bescheidenheit und die menschliche Wärme seines Wesens, die ihn zum treusorgenden Hüter seiner Kranken und zum väterlichen Freund seiner Mitarbeiter werden ließ.

Das Ansehen, das Professor Rohrschneider in der wissenschaftlichen Welt und unter den Fachkollegen genießt, läßt sich daraus ermesen, daß er zum Präsidenten der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft gewählt wurde und zum Vizepräsidenten des XX. Internationalen Ophthalmologen-Kongresses bestimmt worden ist, der im Jahre 1966 in München stattfinden wird.

Es ist dem verehrten Jubilar, dem man die Zahl seiner Lebensjahre kaum glauben mag, zu wünschen, daß ihm sein Wohlbefinden noch lange erhalten bleibt und er sich weiterhin der erhebliche Umsicht und Tatkraft erfordernden organisatorischen Vorbereitung dieses großen Kongresses widmen sowie noch viele Jahre hindurch ihm am Herzen liegenden wissenschaftlichen Forschungsarbeiten, aber auch seinen Liebhabereien, nachgehen kann.

Dr. Schlemmer 70 Jahre alt

Herr Dr. A. SCHLEMMER, Bad Wiessee, Schüler von NEUBAUER, THANNHAUSER und EDENS, feierte am 14. April seinen 70. Geburtstag. Nach dem 2. Weltkrieg begann er den Aufbau eines klinischen Sanatoriums in Bad Wiessee, das er auch heute noch leitet.



100. Geburtstag von Sanitätsrat Dr. Otto Wetzler

Am 18. Mal konnte Herr Kollege Dr. Otto WETZLER, München, seinen 100. Geburtstag feiern. Der Jubilar ist in Günzburg/Donau geboren, in Augsburg humanistisch ausgebildet und studierte in München und Berlin. Nach der Approbation 1890 wurde er Schiffsarzt. 1893 ließ er sich in München als Praktischer Arzt nieder, wo er bis 1945 tätig



war. Außerdem war er zwischen 1903 und 1935 Bahnarzt. Der Jubilar erfreut sich noch körperlicher und seelischer Gesundheit. Er ist der älteste bayerische Kollege. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer überbrachte bei einem persönlichen Besuch die herzlichsten Glückwünsche der bayerischen Ärzteschaft.

FAKULTÄT

Erlangen-Nürnberg

Lehrauftrag über die „Soziologie der freien Berufe“

Für das Gebiet „Soziologie der freien Berufe“ hat die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg ab Sommersemester 1965 einen Lehrauftrag an J. F. Volrad DENEKE, MdB, Köln, erteilt.

Deneke, Hauptschriftleiter des „Deutschen Ärzteblattes — Ärztliche Mitteilungen“, führt ehrenamtlich die Geschäfte des im Vorjahre gegründeten „Instituts für freie Berufe“ an der Universität Erlangen-Nürnberg. Er ist Mitglied des Vorstandes des Bundesverbandes der freien Berufe.

München

Se. Magnifizienz Professor Dr. Gerhard WEBER, Direktor der Pädiatrischen Poliklinik, wurde durch die „Schwedische pädiatrische Gesellschaft“ zum Ehrenmitglied ernannt.

Der ordentliche Professor an der Universität Göttingen, Dr. Kurt KRAMER, wurde zum ordentlichen Professor der Physiologie in der Medizinischen Fakultät ernannt.

Die Lehrbefugnis für das Fach Dermatologie und Venerologie wurde dem wissenschaftlichen Assistenten Dr. Friedrich SCHRÖPL erteilt; damit ist die Berechtigung zur Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ verbunden.

Würzburg

Der außerplanmäßige Professor an der Universität Würzburg, Dr. Dietrich HENSCHLER, wurde zum ordentlichen Professor der Toxikologie und Pharmakologie in der Medizinischen Fakultät,

der außerplanmäßige Professor und wissenschaftliche Rat an der Universität Köln, Dr. Werner MAURER, zum ordentlichen Professor der Medizinischen Strahlkunde in der Medizinischen Fakultät ernannt.

IN MEMORIAM

Professor Marchionini †

Am 6. April 1965 erlag Prof. Dr. med. h. c. ALFRED MARCHIONINI, der Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, einem schweren Leiden. Die Ärzteschaft verlor mit ihm eine markante, in der Wissenschaft und Praxis, bei Ärzten wie bei Laien und weit über die deutschen Grenzen hinaus bekannte Persönlichkeit.



Am 12. Januar 1899 in Königsberg/Pr. geboren, mußte Marchionini sein Medizinstudium, unterbrochen vom Kriegsdienst, als Werkstudent durchführen. Seine wissenschaftliche Tätigkeit begann sehr frühzeitig, so daß Marchionini bereits 1928 Privatdozent in Freiburg/Br. war. In diese Anfangszeit fiel die physikalisch-chemische Forschung bei SCHADE in Kiel, die zu den Publikationen über den „Säuremantel der Haut“ führte. Marchionini propagierte die Bedeutung der Biochemie, physikalischen Chemie, Physiologie, der funktionellen Dermatologie für sein Fachgebiet, bearbeitete Probleme der Hauttuberkulose, der atopischen Neurodermitis, der Serologie, der Tropendermatologie, sowie der Zusammenhänge zwischen Ethnologie, Klima und Hautkrankheiten und andere Themen in mehr als 200 Publikationen. Mit der Herausgabe einer neuen Zeitschrift „DER HAUTARZT“ schuf er ein bedeutendes dermatologisches Publikationsorgan des deutschen Sprachraumes. Er übernahm zusätzlich die Edition eines vielbändigen Ergänzungswerkes zum Handbuch von J. JADASSOHN bei Springer und widmete sich durch die Veranstaltung der „Fortbildungskurse für praktische Dermatologie und Venerologie“ und Drucklegung von deren Vorträgen der Fortbildung der niedergelassenen Dermatologen.

Sein Weg führte über die Lehrstühle von Ankara in der Türkei sowie über Hamburg nach München, wo er 1954/1955 Rektor der Universität wurde.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Notwendige Richtigstellung einer Dissertation über E. Klebs

Von Dr. Walther Koerting
(Fortsetzung)

In einer Dissertation von Dr. Otto Mario Röthlin, die sich im Rahmen der „Zürcher medizinisch-geschichtlichen Abhandlungen“ (Neue Reihe) mit dem genialen Gelehrten und Forscher Prof. Dr. Edwin Klebs beschäftigt, finden sich nicht nur Ungenauigkeiten und Flüchtigkeiten, sondern — dies muß bei einer medizinhistorischen Arbeit besonders angemerkt werden — auch zahlreiche Irrtümer, die unwiderlegt zu schwerwiegenden falschen Schlüssen führen müssen. Daß gerade bei diesen Punkten die bei wissenschaftlichen Arbeiten üblichen Belege als Beweis für die angebliche Richtigkeit fehlen, ist bedauerlich, weil die bestimmten Behauptungen Dr. Röthlins den oberflächlichen Leser, aber nicht nur diesen, dazu verleiten können, sie als zweifellos richtig anzuerkennen.

Klebs kam nicht, wie Röthlin (S. 7) schreibt, 1867 als Extraordinarius für pathologische Anatomie nach Bern, sondern bereits 1866. Am 5. Januar 1867 bekam er, der eine Schweizerin geheiratet hatte, das Bürgerrecht in Oberburg (Kanton Bern). 1867 wurde Klebs, „sogar“, wie Röthlin anführt, Ordinarius.

Die Zeit in Bern

Über die Berner Zeit von Klebs gibt Bernhard Naunyn 1*) in seinen „Erinnerungen, Gedanken und Meinungen“ Aufschluß. Er schreibt:

„Zwischen Klebs und mir entwickelte sich ein recht intimes Verhältnis. Auch er hatte eine Tochter des Landes heimgeführt; als ‚Rose des Emmenthals‘ war sie wegen ihrer Schönheit gefeiert worden. Ihr fehlte leider die Heiterkeit und Elastizität, um an der Seite eines so heftigen, impulsiven Mannes die rechte Stelle zu finden.

Klebs war ein hochbegabter Morpholog, unter den ‚pathologischen Anatomen‘ (oder Pathologen, wie sie sich bald lieber nannten) jener Generation und morphologischer Observanz stand er mit Recklinghausen durchaus an erster Stelle. Die ersten Bände seiner leider nie vollendeten ‚pathologischen Anatomie‘ sind das beste, was damals seit Rokitsanski auf diesem Gebiet geschrieben war. Es war sehr zu bedauern, daß er der Morphologie abwendig wurde und sich der Bakteriologie zuwandte, denn für experimentelle Arbeit und insbesondere für experimentelle Bakteriologie fehlte ihm nicht nur die Schulung, sondern auch die Begabung. Solange es sich um das bloße Auge handelte, war er der ruhige Forscher, unter dem Mikroskop aber wurde

1a) Bernhard Naunyn (geb. 1839 Berlin, gest. 1925 Baden-Baden), Prof. in Dorpat, Bern, Königsberg, Straßburg. Der eigentliche Begründer der experim. klin. Medizin.

Cefossin > CEFAK[®]
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK-KEMPTEN



CEFAK-KEMPTEN

schon seine Intuition den Bakterien gegenüber von seiner Phantasie beherrscht, und dem Experiment stand er wenig kritisch gegenüber. Immerhin ist er derjenige, der durch ein Jahrzehnt im Kampfe für die bakterielle Natur der Infektionskrankheiten die Fahne getragen hat. Durch Einführung der festen Nährböden für Bakterienkulturen hat er sich ein großes Verdienst erworben, aber Entdeckungen von bleibendem Werte hat er hier nicht gemacht. Mit wirklichem Schmerze habe ich es miterlebt, wie er mehr und mehr sich selbst verlor und wie seine Laufbahn nach glänzendem Anfang mehr und mehr in die Irre ging. Klebs war eine warmherzige und anziehende Persönlichkeit, seine sich gelegentlich bis zur Haltlosigkeit steigernde Heftigkeit brachte es aber leider mit sich, daß der Weg zur Freundschaft mit ihm durch das Purgatorium stürmischer Zusammenstöße ging.“ (Anm. Naunyn schreibt aber von sich selbst: „Wenn ich mich in Königsberg so unbehaglich fühlte . . . so war ich selbst daran nicht unschuldig. Heftig und reizbar, ich habe immer auf jede vermeintliche Ungerechtigkeit stark reagiert und sah ich solche wohl auch da, wo keine vorlag. . . . Ich war verwöhnt und gab dem Unwillen über die vermeintlichen Kränkungen in jeder Weise Ausdruck.“) „Doch kam es bald und gar nicht schwer dazu, daß er den, der ihm bestimmt entgegentrat, achtete. Wir sind uns freundschaftlich recht nahegetreten; ein leider früh verstorbener Sohn wurde mein Patenkind, und es gehört zu meinen traurigen Erinnerungen, wie das unstete Wesen dieses bedeutend und gut angelegten Freundes auch das freundschaftliche Band zwischen uns mehr und mehr lockerte.

Der Verkehr unter uns war so munter und fröhlich, wie unser Alter, das schöne Land, der gute Wein und nicht am wenigsten unsere gehobene Stimmung dies mit sich brachte. Eine Gesellschaft so jugendlicher, von der vollen Begeisterung für ihren Beruf und dem frohen Bewußtsein vom Werte der durch eigene Kraft erworbenen Stellung getragener Männer müßte ganz von Gott verlassen sein, wenn es bei ihr an der ‚Stimmung‘ mangeln sollte. Dazu jene Zeit, die über alles, was sich deutsch fühlte, ein Gefühl von Befriedigung, von Glück verbreitete, wie es in Jahrhunderten einer Nation nur einmal geschenkt wird. Wir waren genug Deutsche beieinander, um uns nicht einsam zu fühlen. Die Berner fühlten freilich nicht wie wir, und wir waren klug genug, nicht von ihnen zu verlangen, daß sie in unseren Jubel einstimmten, es mußte uns genug sein und war uns genug, daß sie neidlos das neue Deutschland und unsere Gefühle achteten. Und das taten sie. Nirgends hat man uns unser Nationalgefühl gekränkt. Die Regierung kam uns mit vollikommenem Vertrauen und größter Achtung entgegen, und auch im Insepsital haben wir von den Scherereien, mit denen die Vorstände solcher Stiftungen den dort untergebrachten Kliniken gern das Leben schwer machen, nie zu leiden gehabt.“

Die Berufung nach Würzburg

Nach sehr erfolgreichen Jahren in Bern folgte Klebs 1872 einer Berufung nach Würzburg. Röthlin widmet dem Wirken von Klebs ein eigenes „Würzburg und Prag“ betiteltes Kapitel. Gleich anfangs eine Unrichtigkeit:

„1872 siedelte Klebs . . . nach Würzburg über, wo Cohnheim, Rindfleisch, Orth und Stricker wirkten.“

Es muß so der Eindruck entstehen, daß diese hier zu jener Zeit dort tätig waren. Cohnheim (1839—1884) war von 1867 bis 1872 pathologischer Anatom in Kiel, dann bis 1878 in Breslau und von 1878 in Leipzig. Rindfleisch (1836—1908) kam 1862 nach Zürich, 1865 nach Bonn und 1874 erst als Nachfolger von Klebs nach Würzburg. Auch bei G. Sticker, dem verdienten Medizinhistoriker von Würzburg, finden sich in seiner Arbeit (siehe Literaturverzeichnis) Orth und Stricker nicht erwähnt.

Über die Vorgeschichte der Berufung von Klebs nach Würzburg liest man bei Röthlin nichts. Aber das Archiv der Würzburger Universität gibt hier eingehend Aufschluß, gleichzeitig die Wertschätzung von Klebs unter Beweis stellend. Der Antrag der medizinischen Fakultät in Würzburg ist in der Eingabe vom 13. Februar 1872 enthalten:

Würzburg, den 13. Februar 1872.

Bericht der medizinischen Fakultät.

Wiederbesetzung der durch den Weggang des Professors von Recklinghausen erledigten Professur der pathologischen Anatomie.

Königlicher academischer Senat!

Die medizinische Fakultät hat schon in mehreren Sitzungen die Wiederbesetzung der Professur der pathologischen Anatomie in reifliche Erwägung gezogen und ist endlich in ihrer Sitzung vom 8. Februar zu einem bestimmten Entscheide gelangt, den dieselbe hiemit Einem Hohen akademischen Senate zur Befürwortung bei der Höchsten Stelle unterbreitet.

Vor Besprechung der Personalfrage will die medizinische Facultät in erster Linie hervorheben, dass die Professur der pathologischen Anatomie eine der wichtigsten der medizinischen Facultät ist, indem dieselbe recht eigentlich als das Bindeglied zwischen den theoretischen und praktischen Fächern erscheint. Mehr als jeder andere Lehrer der medizinischen Facultät hat es der Professor dieses Faches in seiner Hand, die theoretischen Disziplinen: Anatomie, Physiologie und die Naturwissenschaften im Interesse der praktischen Erkenntniß zu verwerthen; dafür treten aber auch an ihn in viel höherem Grade als an andere Anforderungen der mannigfachsten Art heran, und kann man unbedingt sagen, dass der pathologische Anatom, wenn er seiner Aufgabe vollkommen genügen will, der vielseitigste und kenntnißreichste aller medizinischen Lehrer zu sein hat.

(Fortsetzung folgt)

RECORSAN

- LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,25o. U.

- Gesellschaften Gräffling und Lüneburg

AMTLICHES

Entscheidung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 31. 3. 1965:

Parken von Kraftfahrzeugen der Ärzte während dringender Krankenbesuche

Vollzug der Straßenverkehrs-Ordnung

Ärzte, die dringende Krankenbesuche zu machen haben, finden in zumutbarer Nähe oft keinen erlaubten Parkplatz. Um ihnen solche Krankenbesuche zu erleichtern, kann ihnen die Kreisverwaltungsbehörde Ausnahmen von Halte- und Parkverboten genehmigen (§ 46 Abs. 2 Satz 1 StVO). Dabei ist wie folgt zu verfahren:

1. Genehmigungsempfänger

Ausnahmegenehmigungen sind nur Ärzten zu erteilen, die häufig zu dringenden Krankenbesuchen in verkehrsreiche Stadtgebiete gerufen werden (insbesondere Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Krankheiten und für Kinderkrankheiten). Dem Antrag des Arztes soll eine Stellungnahme des Ärztlichen Kreisverbandes beigefügt sein.

2. Geltungsbereich der Genehmigung

Die Ausnahmegenehmigung befreit von Halte- und Parkverboten (amtliche Verkehrszeichen nach Bild 22, 23, 31 und 32 — Beschränkungen nach Abschn. A I c Nr. 1 — der Anlage zur StVO), die im Bereich der Genehmigungsbehörde bestehen. Die Ausnahmegenehmigung kann auf bestimmte Gemeinden oder Gemeindeteile beschränkt werden. Auch können einzelne Straßen oder Straßenteile von der Ausnahmegenehmigung ausgeschlossen werden. Die Ausnahmegenehmigung gilt nur für dringende Krankenbesuche, wenn in zumutbarer Nähe keine andere Parkmöglichkeit zur Verfügung steht.

3. Geltungsdauer

Die Ausnahmegenehmigung ist widerruflich zu erteilen. Sie ist zu widerrufen, wenn der Grund für sie entfällt, wenn sie mißbraucht wird oder wenn es die Verkehrsverhältnisse zwingend erfordern. Unter der zuletzt genannten Voraussetzung kann die Ausnahmegenehmigung auch nachträglich eingeschränkt werden.

4. Genehmigungsbescheid

Die Ausnahmegenehmigung ist durch Bescheid nach Muster zu erteilen.

5. Parkschild

Der Genehmigungsempfänger erhält ein Parkschild nach Muster. Die Parkschilder sind fortlaufend zu nummerieren und mit dem Dienstsiegel der Kreisverwaltungsbehörde zu versehen.

6. Kosten

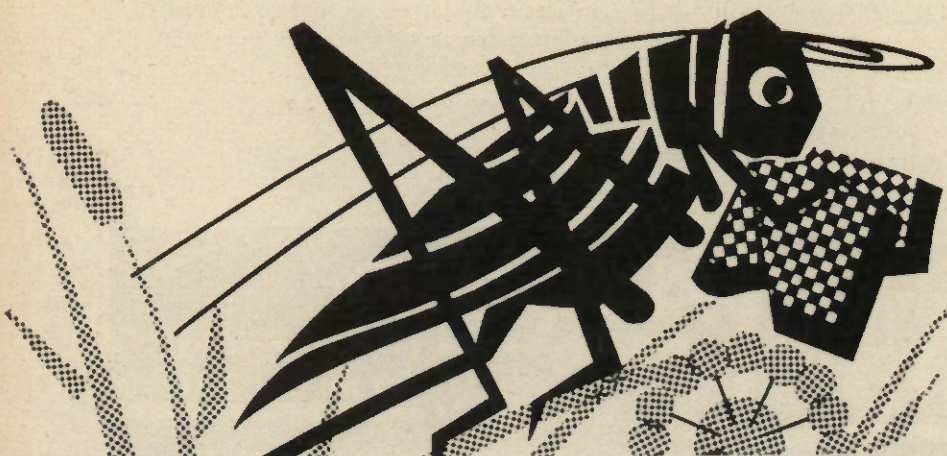
Die Gebühr ist nach dem Kostenverzeichnis, 2. Teil, Tarif Nr. VI. 1. A. 6 anzusetzen. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Auslagen für das Parkschild als Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen.

Auch ohne besondere Ausnahmegenehmigung können Ärzte von Halte- und Parkverboten befreit sein, wenn sofortige ärztliche Hilfe für Leben und Gesundheit eines Patienten unerlässlich ist. Nach den Grundsätzen des übergesetzlichen Notstands darf nämlich ein geschütztes Rechtsgut (hier die Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs) geopfert werden, wenn das das einzige Mittel ist, um ein höherwertiges Rechtsgut (hier Gesundheit und Leben) zu erhalten.

Der Arzt muß deshalb im Einzelfall gewissenhaft die Gefahren und Nachteile, die durch sein Parken den anderen Verkehrsteilnehmern drohen, gegenüber den Gefahren, die seinem Patienten drohen, abwägen. Er muß sich dabei sicher sein, daß es ihm seine ärztliche Pflicht nicht mehr gestattet, einen weniger gefährdeten oder überhaupt einen erlaubten Parkplatz aufzusuchen.

Hinweis des Bayerischen Staatsministeriums des Innern:**Krankenanstalts-Verzeichnisse**

Im „Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 11/1965 vom 12. März 1965 sind die Verzeichnisse der Krankenanstalten, die zur Ableistung des Krankenpflagedienstes und der Famulatur geeignet, und der Krankenanstalten, medizinischen Institute, Gesundheitsämter und Ärzte, die zur Ausbildung der Medizinalassistenten ermächtigt sind, veröffentlicht.



Bei Heuschnupfen

Prosplen

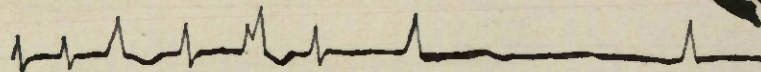
Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées	1,45 DM
O.-P. 100 Dragées	3,55 DM
O.-P. 10 ccm Tropfen	1,95 DM



IFAH GMBH · HAMBURG

dirigiert das Herz . . .



Rhythmochin[®]

Extrasystolische Herzrhythmusstörungen
Paroxysmale Tachycardie

drohender Infarkt
Infarktnachbehandlung

Peroral
zuverlässig
wirksam

Rhythmochin I Dregées
(Chinidin, Procainamid, Crataegus)
Rhythmochin II Dregées (cum sedativo)
(+ 0,0015 g Phenyläthylbarbitureäure)

Nur für Notfälle: Rhythmochin pro injektionen

O. P. zu 20 und 50 Dragées

Ampullen zu 5 x 10 ccm



CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG AG WEVELINGHOVEN/RHEINLAND



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1965*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach war im März wieder niedriger als im Vormonat; auf 100 000 der Bevölkerung entfielen 78, im Vormonat noch 102 Erkrankte (auf ein Jahr umgerechnet). Diphtherie trat, wie im Februar, nur in einigen wenigen Fällen auf. Eine Person erkrankte im März an übertragbarer Kinderlähmung in paralytischer Form; bei dem gemeldeten Sterbefall handelte es sich um eine im Jahre 1961 erkrankte Person.

Im Berichtsmonat traten in der kreisfreien Stadt und im Landkreis Regensburg Gruppenerkrankungen an Ruhr auf, wodurch die Erkrankungsziffer von zwei im Februar auf neun Fälle je 100 000 der Bevölkerung stieg. Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Enteritis) sank dagegen. Ebenso ging die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 48 im Februar auf 37 im Berichtsmonat zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Februar bis 3. April 1965 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)				
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung										
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	dar. parat. Fälle	ST	Meningokokken-Meningitis	ST			E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E
Oberbayern	—	—	342	—	—	—	1 ³⁾	10	—	9	1	—	—	1	—	—	—	5	—
Niederbayern	1	—	39	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	29	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	82	—
Oberfranken	1	—	102	—	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	2	—	109	—	—	—	—	9	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	1	—	49	—	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Schwaben	1	—	74	—	—	—	—	7	—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—
Bayern	6	—	744	—	1	1	1 ³⁾	46	3	17	2	1	1	3	—	2	—	88	—
München	—	—	201	—	—	—	1 ³⁾	7	—	2	—	—	—	1	—	—	—	3	—
Nürnberg	1	—	52	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19	
	Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Aussatz		Ornithose				Tollwut		Verdachtsfälle von Tollwut ⁴⁾		Toxoplasmosose	
	Salmonellose		Übrige Formen								Psittacose		Übrige Formen							
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	16	—	—	—	—	—	92	1	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	3	—
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—
Oberpfalz	19	—	—	—	—	—	33	2	—	—	—	—	—	—	—	—	107	—	3	—
Oberfranken	4	—	—	—	—	—	38	—	1	—	—	—	—	—	—	—	45	—	—	—
Mittelfranken	4	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	41	—	1	—
Unterfranken	2	—	1	—	2	—	90	—	—	—	—	1	—	1	1	1	158	—	1	—
Schwaben	1	—	—	—	—	—	19	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	—
Bayern	46	—	1	—	2	—	354	3	1	—	1	—	2	—	1	1	370	—	11	—
München	8	—	—	—	—	—	45	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

2) ST = Sterbefälle. 3) Erkrankung im Jahre 1961.

4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

MITTEILUNGEN

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Niederbayern:

Neureichenau (Kreis Wolfstein) — 1 Prakt. Arzt

Der vor kurzem in Neureichenau niedergelassene Praktische Arzt hat mit sofortiger Wirkung (15. 4. 1965) diesen Ort wieder verlassen, so daß dieses weitläufige Gebiet wieder ohne Arzt ist. Die Wiederbesetzung ist vordringlich.

Grafenau — 1 Prakt. Arzt

In Grafenau, das ein Einzugsgebiet von rund 10 000 Einwohnern umfaßt, sind gegenwärtig nur zwei Praktische Ärzte tätig, daneben zwei Fachärzte (Chirurg, Internist), die jedoch als Chefärzte des Kreiskrankenhauses nur für die ambulante Behandlung von Fachfällen zur Verfügung stehen. Bis zum 1. 1. 1964 war noch eine Praktische Ärztin niedergelassen, die jedoch infolge Krankheit ihre Praxis aufgeben mußte.

Passau — 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Der einzige in Passau tätige Facharzt für Kinderkrankheiten hat seine Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung gem. § 29 Abs. 2 ZO-Ärzte zurückgegeben, weil er infolge seiner Tätigkeit als hauptamtlicher Chefarzt der Kinderklinik nicht mehr in der Lage war, auch ambulante Fälle zu betreuen. Damit ist Passau und die nähere Umgebung auf dem Fachgebiet der Pädiatrie vollkommen unversorgt.

Landau/Isar — 1 Prakt. Arzt

In Landau/Isar, das ohne Einzugsgebiet über 6000 Einwohner zählt, sind z. Z. nur drei zu den Kassen zugelassene Praktische Ärzte tätig, daneben ein Arzt ohne RVO-Kassen. In den letzten Jahren sind zwei Kollegen wegen Überschreitung der Altersgrenze ausgeschieden, ohne daß dafür eine Neuniederlassung erfolgte.

Dingolfing — 1 Prakt. Arzt

In Dingolfing sind z. Z. vier Praktische Ärzte in der Kassenpraxis tätig. Darunter ein 70jähriger und ein beinamputierter Kollege. Dingolfing ist ein aufstrebender Industrieort mit ca. 10 000 Einwohnern und einer neunklassigen Oberschule.

Mengkofen (Landkreis Dingolfing) — 1 Prakt. Arzt

In Mengkofen ist eine Allgemeinpraxis durch den Tod eines Kassenarztes frei geworden. In Mengkofen ist z. Z. nur ein Kassenarzt tätig, daneben eine Ärztin,

deren RVO-Kassenpraxis z. Z. ruht. Der Arztsitz umfaßt ein Einzugsgebiet von 3000 Einwohnern.

Röhrnbach (Landkreis Wolfstein) — 1 Prakt. Arzt

Die einzige Stelle eines Praktischen Arztes in Röhrnbach ist durch den Tod des bisherigen Praxisinhabers frei geworden. Röhrnbach ist ein schöner, verkehrsmäßig günstig gelegener Ort im Bayerischen Wald mit rund 850 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von 3000 bis 4000 Einwohnern. Praxisräume sind sofort beziehbare. Wohnräume werden von der Gemeinde Röhrnbach beschafft.

Nähere Auskunft über die Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 844 Straubing, Heerstraße 2.

Mittelfranken:

1. Wendelstein (Kr. Schwabach) — 1 Prakt. Arzt

2. Weidenbach/Triesdorf

(Kr. Ansbach)

— 1 Prakt. Arzt

Nähere Auskunft über die Bezirksstelle Mittelfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 85 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

„Sprechstundenhelfer für Ärzte“

Im Rahmen des Schrifttums zur Kontaktpflege zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Versicherten wurden in den letzten Jahren in Anlehnung an eine deutsche Krankenordnung „Beachten Sie bitte...“ gleiche Krankenordnungen für Gastarbeiter in den Sprachen

Italienisch, Spanisch, Griechisch, Englisch, Französisch, Türkisch, Portugiesisch

entwickelt. Die kleinen Dolmetscher am Ende der Hefte haben sich für das Gespräch in der Praxis als erste Verständigungshilfen sehr gut bewährt (Preis pro Heft DM —,40 bzw. DM —,50). Außerdem gibt es einen „Sprechstundenhelfer für Ärzte“, mit dem der Arzt spanische, griechische und italienische Gastarbeiter befragen kann (Preis DM 5,20). Zu beziehen sind die Hefte durch den Verlag W. Kohlhammer GmbH, 7 Stuttgart 1, Postfach 747.



Bei
nervöser Erschöpfung,
Übererregbarkeit
und geistiger
Überbeanspruchung
hilft

Omnisedan®

TAGESSEDATIVUM



TAESCHNER

RUNDSCHAU

Finanzkniffe helfen der Rentenversicherung nicht

von Gerhard Schanz („Die Welt“ vom 24. 4. 1965)

Wahrhaft dynamisch scheint man im Bundesarbeitsministerium zu sein, wenn es um die gesetzliche Rentenversicherung geht. Gerade erst wurde die Grenze, bis zu der Angestellte pflichtversichert sind, auf ein Monatseinkommen von 1800 DM erhöht; und schon faßt man, wie zu hören ist, eine weitere Steigerung auf 2000 DM in wenigen Jahren ins Auge. Im Vordergrund dieser Überlegungen dürfte die Sorge stehen, die Finanzierungslücke der Rentenversicherung so leise wie möglich zu schließen.

Wieso droht der Rentenversicherung eine Finanzierungslücke? Sie ist eine Folge der Bevölkerungsstruktur und des Systems. Im Prinzip geht die staatliche Rentenversicherung seit der Reform von 1957 davon aus, daß das Einkommen der Rentner im wesentlichen aus den Beiträgen der Aktiven gezahlt wird. Der Rentenanspruch des einzelnen wird — wieder im Prinzip — durch drei Faktoren bestimmt: 1. durch die Höhe der Beiträge, die der Versicherte während seines Berufslebens entrichtet hat; 2. durch die Dauer der Beitragszahlung und 3. durch die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung. Die Summe der Leistungen, welche die Rentenversicherung jeweils aufbringen muß, richtet sich außerdem natürlich nach der Zahl der Rentner.

Auch die Beitragseinnahmen der Versicherung hängen von der Entwicklung der Einkommen ab; außerdem von der Zahl der Beitragszahler und schließlich von dem Prozentsatz des Einkommens, der als Beitrag abgeführt wird. Was dann noch fehlt, kommt größtenteils aus Steuern.

Die Finanzierungslücke der Sozialversicherung entsteht nun daraus, daß sich das Verhältnis der Aktiven zu den Rentnern künftig merklich verschlechtern wird. Darüber sind sich alle Experten einig. Will die Sozialversicherung die Renten, die sie heute verspricht, später nicht kürzen, muß sie nach mehr Einnahmen Ausschau halten. Das einzige Mittel, das nachhaltig wirkt, ist ein höherer Beitragssatz.

Heute gehen von den Einkommen der Pflichtversicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze (gegenwärtig 1200 DM) vierzehn Prozent des Bruttoeinkommens an die Rentenversicherung. Etwa ein Drittel der Summe, die aus den Beiträgen aufkommt, schießt der Bund zusätzlich aus Steuermitteln zu. Im Arbeitsministerium glaubt man offenbar, vom 1. Januar 1967 an mit einem auf gut siebzehn Prozent erhöhten Beitragssatz auskommen zu können.

Diese Schätzung ist günstiger als noch vor wenigen Jahren. Damals hatte man mit achtzehn oder neunzehn Prozent gerechnet. Die neue Kalkulation unterstellt eine raschere Entwicklung der Einkommen. Die Renten folgen den Einkommen der Aktiven indessen nicht unmittelbar, sondern mit einer mehrjährigen Verzögerung. Daher die Entlastung.

Die rapide Steigerung der Einkommen hat auch in den letzten Jahren die Kassen der Rentenversicherung gefüllt und eine Beitragserhöhung bisher entbehrlich gemacht. Mit anderen Worten: Je stärker sich eine inflatorische Einkommensentwicklung durchsetzt, um so besser ist das für die Beiträge der Aktiven und die Kassen der Rentenversicherung; die Rentner haben das Nachsehen.

Bei der geringeren Erhöhung des Beitragssatzes ist aber schon die Erweiterung der Pflichtversicherung auf Angestellte mit einem Einkommen bis zu 2000 DM unterstellt. Der Effekt einer solchen Ausdehnung ist klar: Man gewinnt zusätzlich Beitragszahler, ohne daß dadurch im Augenblick die Aufwendungen steigen. Das kommt erst später.

Schließlich denkt man offenbar daran, die Rücklage der Rentenversicherung, die immer eine Jahresrente betragen soll, nicht mehr aufzustocken. Damit würde man nochmals ein Prozent am Beitragssatz sparen. Ein weiterer Kunstgriff wäre es, den 2. Deckungsabschnitt zu spalten. Statt für die kommenden zehn Jahre Beiträge festzulegen, die am Anfang zu hoch, später zu

niedrig, im ganzen auskömmlich wären, könnte man eine Rate wählen, die für die ersten fünf Jahre reicht, später aber durch eine um so höhere abzulösen wäre.

Um diese Kunstgriffe kreisen die Gedanken im Arbeitsministerium, offenbar mit dem Ziel, die höhere Belastung des einzelnen wie des ganzen Volkes, die bei ungekürzten Rentenansprüchen unausweichlich ist, wenigstens in der Optik noch einige Jahre hinauszuschieben. Am grundsätzlichen Problem ändert sich dadurch nichts.

Dieses grundsätzliche Problem heißt: Kann die Rentenversicherung ihr Versprechen halten, wenn aus den Beitragszahlern von heute einmal die Rentner von morgen geworden sind? Das Verhältnis der Aktiven zu den Rentnern wird sich in den kommenden Jahrzehnten weiter verschlechtern. Das ist nicht, wie oft angenommen wird, eine Folge der beiden Weltkriege. Im Gegenteil, die Rentenversicherung wird gegen Ende der siebziger Jahre und am Anfang der achtziger Jahre sogar vorübergehend entlastet werden, wenn die Gänge ins Rentenalter treten, die durch Geburtenausfälle im Ersten und Verluste im Zweiten Weltkrieg geschwächt sind.

Danach wird sich jedoch die natürliche Bevölkerungsentwicklung durchsetzen und bis zum Beginn des nächsten Jahrhunderts zu immer ungünstigeren Verhältnissen von Rentnern und Aktiven führen. Zugleich werden sich die mehrfachen Erweiterungen der Rentenversicherung auswirken, die in unseren Tagen höhere Beitragseinnahmen bringen, schließlich aber auch einmal mehr Rentenleistungen erfordern werden.

Bleibt die Konstruktion der Rentenversicherung so, wie sie heute ist, und werden die Rentenansprüche nicht gekürzt, dann werden die Berufstätigen nach der Jahrhundertwende mehr als dreißig Prozent ihres Einkommens für die Ausgaben der Sozialversicherung aufbringen müssen; sei es direkt an Beiträgen, sei es auf dem Umweg über Steuergelder. Ob das dereinst politisch durchsetzbar sein wird, mag zweifelhaft erscheinen. Ebenso zweifelhaft ist es daher, ob sich ein heute 25- oder 30jähriger darauf verlassen kann, daß er später die Rente erhält, die man ihm heute verspricht.

Zweifelhaft ist aber nicht nur, ob solche Belastungen in drei oder vier Jahrzehnten politisch durchsetzbar sein werden. Ungewiß ist es auch, ob sie wirtschaftlich tragbar sind. Der internationale Wettbewerb, an dem bis dahin nicht nur die heute reifen Industriestaaten teilnehmen werden, setzt auch wohlmeinender Sozialpolitik Grenzen. Die Frage nach der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ist letztlich die Frage nach der Sicherheit der Arbeitsplätze und nach dem Wohlstand aller. Diese Frage stellt sich nicht einmal erst im Jahre 2000, sondern schon früher. Sie wird durch aktuelle sozialpolitische Wünsche noch verschärft.

Gewiß, mit der Verschlechterung im Altersaufbau der Bevölkerung haben wir uns abzufinden. Ebenso ist es unvermeidbar, daß — volkswirtschaftlich gesehen — die Erwerbstätigen für die Alten arbeiten müssen. Um so wichtiger wird die Methode der Altersversorgung. Ein System, das sich mehr und mehr zur Volksversicherung hin zu entwickeln scheint und mit einem fast reinen Umlageverfahren bei wachsender Belastung des Sozialprodukts eine Vollversorgung anstrebt, droht die notwendige Kapitalbildung erheblich zu hemmen — mit allen Folgen für die Preise, mit allen Folgen auch für die Struktur der Wirtschaft.

Die Politiker dürfen deshalb nicht länger darauf verzichten, auch die volkswirtschaftliche Seite des Systems sozialer Sicherheit zu durchdenken. Die kleine Rentenreform dieses Jahres gewährt dazu eine ausreichende Frist. Die Politiker sollten sie nutzen, die Sozialversicherung grundlegend zu sanieren, statt im Weiterwursteln mit kleinen Finanzkniffen ihr Heil zu suchen und vor der Bedeutung ihrer Aufgaben die Augen zu verschließen.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klinge, München 23
 Byk-Guiden Lomberg GmbH, Konstanz
 Chemische Fabrik von Heyden AG, München
 Beiersdorf & Co. AG, Hamburg
 Schweizerische Unfallversicherung Winterthur, München

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Süddeutsche Kinderärzte-Tagung in Regensburg
am 12. und 13. Juni 1965**

Hauptthemen: Urologie des Kindesalters sowie Mucoviscidosis und Coeliakie.

Auskunft: Professor Dr. H. Hanssler, Kinderklinik St. Hedwig, Regensburg.

**Kongreß der österreichischen und
Bayerischen Gesellschaften für Geburtshilfe
und Frauenheilkunde 1965**

Am 18./19. 6. 1965 findet in der Univ.-Frauenklinik Innsbruck, Direktor Prof. Dr. med. TAPFER, eine Gemeinschaftstagung der Österreichischen und Bayerischen Gesellschaften für Geburtshilfe und Frauenheilkunde statt. Die Sitzung der Bayerischen Gesellschaft ist am 18. 6. unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. med. R. FIKENTSCHEK, II. Univ.-Frauenklinik München, Lindwurmstraße 2a. Anfragen können an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. med. R. KAISER, I. Univ.-Frauenklinik, 8 München, Marienstraße 11, gerichtet werden.

**10. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs
vom 9. bis 11. Juli 1965 in Wangen**

Freitag, 9. Juli 1965

8.30 Uhr:

Eröffnung durch den Präsidenten der Ärztekammer Baden-Württemberg, Herrn Dr. Degenhardt, in der Kinderheilstätte Wangen

9.30 bis 10.15 Uhr:

Die Indikation zur Lungenresektion im Kindesalter
(Brügger, Wangen)

10.20 bis 10.50 Uhr:

Zur tracheo-bronchialen Aspiratlon von Fremdkörpern im Kindesalter
(Doesel, Wangen)

11.10 bis 11.40 Uhr:

Folgezustände nach Meningitis tuberculosa
(Suda, Wangen)

12.00 bis 12.30 Uhr:

Zur medizinischen Begutachtung der Tuberkulose in der Rentenversicherung
(Ehrecke, Stuttgart)

15.00 Uhr:

Abfahrt zum Sanatorium Überra (Einstiegmöglichkeit: Gasthof „Zum Praßberger“ und Bahnhof Wangen)

16.00 bis 16.45 Uhr:

Extreme Fälle und extreme operative Eingriffe bei Lungentuberkulose
(Huzly, Stuttgart)

16.50 bis 17.20 Uhr:

Chemotherapie der Lungentuberkulose bei resistenten Erregern
(Seidel, Stuttgart)

17.30 bis 18.00 Uhr:

Über Bronchocelen
(Forschbach, Überra)

18.10 bis 18.25 Uhr:

Weichen Wert hat die Lungenfunktionsprüfung?
(Georgl, Überra)

Führung durch die Heilstätte

Samstag, 10. Juli 1965

8.30 bis 9.00 Uhr:

vormittags in der Kinderheilstätte Wangen

Über Mediastinoskopie

(Primer, Schömburg)

9.10 bis 9.40 Uhr:

Das Problem der Neuzugänge in der Tuberkulose-Fürsorge. Epidemiologische und statistische Gesichtspunkte

(Neumann, Stuttgart)

9.50 bis 10.20 Uhr:

Aktuelle Probleme aus der Praxis des Lungenfacharztes
(Eychmüller, Ulm)

10.40 bis 11.00 Uhr:

Die sogenannte expiratorische Trachealstenose und ihre Behebung durch operative Spanversteifung
(Dortenmann, Singen)

11.10 bis 11.30 Uhr:

Die Bedeutung des Carlens-Katheters für den diagnostischen und therapeutischen Eingriff
(Kronschwitz, Tübingen)

11.40 bis 12.10 Uhr:

Abgrenzung, Überschneidung und Zusammenarbeit zwischen Klinik, freier Praxis und Tuberkulosefürsorge-stelle in der Tuberkulose-Bekämpfung
(Göttsching, Freiburg)

15.00 Uhr:

Abfahrt zur Heilstätte Hirtenstein bei Oberstdorf (Allgäu). Begrüßung durch Herrn Medizinaldirektor Dr. Piacenza, Chefarzt.

16.30 bis 17.00 Uhr:

Zur histologischen Differentialdiagnose chronischer Lungenerkrankungen
(Emminger, Augsburg)

17.10 bis 17.40 Uhr:

Nierensteinbildung im Abiauf der Tuberkulose und die Frage der Chemolyse
(Rossbach, Friedrichshafen)

17.50 bis 18.20 Uhr:

Die epidemiologische Lage der Tuberkulose im Allgäu
(Kurz, Kempten)

18.30 bis 19.00 Uhr:

Besondere Gesichtspunkte der Lebertherapie bei Tuberkulose-Kranken
(Ottenjann, Stuttgart)

Führung durch die Heilstätte

Sonntag, 11. Juli 1965

9.00 bis 13.00 Uhr:

Sitzung des Arbeitsausschusses für Kinder-Tuberkulose des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in Form eines Tischgesprächs in der Kinderheilstätte Wangen.

Diskussionsthema: „Die primäre Eintrittspforte der Tuberkelbakterien in der Lunge.“

Teilnehmer sind die Mitglieder des Arbeitsausschusses für Kindertuberkulose des Z. K. und geladene Gäste.

Innerhalb des großen Gesprächs sind bis jetzt folgende Kurzvorträge vorgesehen:

Schmid: Kausalgesetze des sogenannten Primärkomplexes

Freerksen: Experimentelle Erfahrungen über die Erstauseinandersetzung von Makroorganismen mit Tuberkulosebakterien

Strophoperm

Das linguale Strophanthin

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans



Sicher

weil durch ausgewogene Dosierung jedes einzelnen der Hauptbestandteile – Barbitursäurederivate von kurzer und langanhaltender Wirkung – das Einschlafen und Durchschlafen ermöglicht wird. Jahrzehntelange klinische und pharmakologische Erfahrungen mit den Barbituraten ermöglichen den bemerkenswert sicheren therapeutischen Einsatz.

Sicher

weil durch das Zusammenwirken der Komponenten ein zuverlässiger hypnotischer, sedativer und das übererregte vegetative Nervensystem entspannender Effekt erzielt wird.

Zur Nacht Resedorm – am Tage in Form

Indikationen:

Primäre und sekundäre Schlafstörungen, Angst, Nervosität und Reizbarkeit, vegetative Dystonie, Zerebralsklerose.

Handelsformen:

Packung mit 125ccm Saft. Packung mit 20 Tabletten.



PAUL LAPPE GMBH
Chem. Pharm. Fabrik 506 Bensberg-Köln

Görgenyi-Göttche: Über die primäre Eintrittspforte bei der aerogenen Infektion
Müller: Beobachtungen der Veterinärmedizin
Rudnik: Pathogenese der Primärtuberkulose
Schwartz: Pulmonale Primär-Affekte und ihre pulmonalen Begleiterscheinungen
Simon: Extrapulmonaler und pulmonaler Primärkomplex
Uehlinger: Patholog.-anatomische Erfahrungen in bezug auf Primärkomplexe
Nichtmitglieder des Arbeitsausschusses, die an der Wanger Fortbildungstagung teilnehmen, sind vom Zentralkomitee eingeladen, an dieser Sitzung teilzunehmen.
Auskunft: Professor Dr. H. Brügger, 7988 Wangen im Allgäu, Kinderheilstätte. Zimmerbestellung beim Städt. Verkehrsbüro Wangen im Allgäu, Rathaus.

42. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in Erlangen am 23. und 24. Juli 1965

Hauptthemen:

ALLGEMEINE THEMEN

E. Rühgelmer, Erlangen:

Behandlung und Prognose des Wundstarrkrampfes

K. E. Loose, Itzehoe:

Diagnostik, Indikation, Technik und Spätergebnisse bei operativer Varizenbehandlung

UNFALLCHIRURGIE

J. Boehler, Linz:

Die Überwachung und Behandlung bei konservativer und nach operativer Versorgung von Frakturen

B. G. Weber, St. Gallen:

Die Überwachung und Behandlung nach operativer Versorgung von Frakturen

MALIGNER ERKRANKUNGEN IM HALSBEREICH

F. Gall, Erlangen:

Indikation und Technik der radikalen Halsdissektion

H. G. Borst, München:

Struma maligna

MAGENCHIRURGIE

N. Henning, Erlangen:

Diagnostik des Magenkarzinoms

M. Schwaiger, Marburg:

Therapie des Magenkarzinoms

F. Holle, München:

Die Indikation zur Operation beim Magenuleus

M. Allgöwer und J. Hegglin, Chur (Schweiz):

Magenresektion versus Pyloroplastik plus Vagotomie

NICHTMALIGNER ERKRANKUNGEN

DES ENDDARMES

B. C. Morson, London:

Polypen des Enddarmes

F. Stelzner, Hamburg:

Diagnostik und Operationstechnik bei Analfisteln

F. Rehbein, Bremen:

Diagnostik und Operationsmethoden bei der Hirschsprung'schen Erkrankung

Auskunft: Oberarzt Dr. J. Hoferichter, Chirurgische Univ.-Klinik Erlangen, Krankenhausstraße 12.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königlstraße 86/III, Tel. 35 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto 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. Scharschinger, München. Druck Richard Pflaum 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.