

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948**

1/3 (1.1.1948)

Falz für Titellblatt

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Karl Erhard Weiss, Stuttgart

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Carl Oelemann, Bad Nauheim; Dr. Fritz Jelitto, Karlsruhe

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 1/3

STUTT GART, JANUAR/MÄRZ 1948

3. Jahrgang

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<b>Prof. Dr. Büchner:</b> Das Menschenbild der modernen Medizin	1
<b>Prof. Dr. Opitz:</b> Bekämpfung der Rachitis	4
<b>Gedanken zum § 218 RStGB.</b>	
<i>Dr. Litz:</i> Offener Brief an Herrn Dr. med. Gundert	5
<i>Dr. Fecht:</i> Erwiderung auf den Aufsatz von Dr. Gundert	6
<i>Dr. Gundert:</i> Antwort auf den „Offenen Brief“ und die „Erwiderung“	8
<b>Buchbesprechungen</b>	9
<b>Bekanntmachungen</b>	9
Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg	10
Bezirks-Ärztékammer Nord-Baden	10
Landes-Ärztékammer Hessen	12

## „Das Menschenbild der modernen Medizin“\*

Von Dr. med. Franz Büchner

o. Professor der Pathologie, Direktor des Ludwig-Aschoff-Hauses, des Pathologischen Instituts der Universität Freiburg i. Br.

Der Entwurf einer Vortragsreihe unserer Hochschule über „das Menschenbild“ ging von der Überzeugung aus, daß die Zusammenbrüche, die über uns und andere Völker gekommen sind, die letzten Auswirkungen schwerer geistiger Fehlentwicklungen in und außerhalb Deutschlands, in und außerhalb Europas sind, und daß eine der entscheidendsten Ursachen dieser Fehlentwicklungen in einem entstellten und entwürdigten Menschenbild gesucht werden muß. Uns in Deutschland begegnete die Entwertung des Menschen vor allem in einer radikalen Umdeutung des homo sapiens, des vom Geiste her geordneten, in den homo vivens, den aus dem vitalen Drang lebenden Menschen.

Von der Philosophie Nietzsches<sup>1</sup> genährt, durch fehlgedeutete und mißbrauchte Erkenntnisse der Biologie und Medizin scheinbar autorisiert, hat diese Umwertung im Nationalsozialismus den entscheidenden Schritt vom Gedanken zur Tat vollzogen und uns damit den Dämonien des entseelten Bios preisgegeben. In diesen Sturm wurde auch die Medizin unserer Tage mit hineingezogen. Sie mußte es erleben und ließ es da und dort geschehen, daß Jahrtausende gültige Gesetze ärztlicher Ethik beiseite geschoben wurden und daß man versuchte, aus dem Arzte als Helfer des bedrohten Menschenleibes seinen Strafrichter im Namen des Bios zu machen.

Die Ursprünge solcher Fehlentwicklungen liegen freilich weit zurück. Wir müssen sie unter anderem darin suchen, daß die Medizin der letzten hundert Jahre, von der Naturphilosophie enttäuscht, sich zu einseitig als Naturwissenschaft entwickelt hat. So ist sie grundsätzlich den Weg der Naturwissenschaften mitgegangen, die Erscheinungen der Natur vom Menschen abzurücken und zu verobjektivieren. Für ihren eigenen Bereich war dies nichts Geringeres als die Verdinglichung des Menschen. Das bedeutete aber den weitgehenden Verzicht der Naturwissenschaften auf eine Weiterentwicklung einer Kosmologie, der Medizin auf eine Weiterentwicklung einer Anthropologie. Denn

nur da, wo der Mensch als Mensch mit den Dingen der Natur und mit seinesgleichen mitschwingt, wo ihn die große Liebe mit ihnen verbindet, ist ein Erfassen des Kosmos und ein Verstehen des Menschen möglich.

Indem wir dies feststellen, liegt es uns fern, undankbar oder gar geringschätzig auf die bisherige naturwissenschaftliche Medizin zurückzublicken. Die Größe ihrer Leistungen steht unantastbar vor uns. Sie ist, wie alles Große, durch eine unmeßbare Askese erreicht. Sie hat eine Sachlichkeit in der Haltung des Forschers zur Entwicklung gebracht, die für uns und alle nach uns Kommenden gültig und verbindlich bleibt. Auch können wir ihre Methoden in der Krankheitsforschung ungestraft nicht mehr preisgeben. Aber es liegt wohl in der Tragik menschlicher Unzulänglichkeit, daß wir über der Konzentration unseres Blickes und unseres Denkens auf ein Neues das Alte leicht aus unserem Blick und unserem Bewußtsein verlieren.

Die Griechen hatten einen Kosmos. So konnte Anaxagoras auf die Frage, „zu welchem Zweck er geboren zu sein und zu leben wünschte“<sup>2</sup>, antworten: „um den Himmel, die Sterne, den Mond und die Sonne rings um ihn anzuschauen“<sup>2</sup>. Auch das Mittelalter hatte einen Kosmos, und so konnte noch Paracelsus<sup>3</sup>, der große Arzt zu Beginn der Neuzeit, von der Vorstellung durchdrungen sein, daß der Makrokosmos im Menschen als dem Mikrokosmos seine stoffliche Abbildung erfahre. Und es schwingt dieses kosmische Bewußtsein noch aus, wenn Harvey<sup>4</sup> in seiner berühmten Mitteilung über die Entdeckung des Blutkreislaufes 1628 sagt: „So ist das Herz der Urquell des Lebens und die Sonne der kleinen Welt, so wie die Sonne im gleichen Verhältnis den Namen Herz der Welt verdient.“

Wer von uns wagte heute noch so zu schreiben! Wie trocken sind unsere wissenschaftlichen Aussagen über die Welt und den Menschen längst geworden!

Aber wie sollen wir in der Medizin zurückfinden zu einer Anthropologie? Wir können es nicht in der Sprache des Paracelsus, so kostbar uns sein in der modernen Medizin wiederbelebtes Erbe auch ist. Wir können versuchen, es in der Sprache

\* Vortrag gehalten in der Vortragsreihe „Das Bild des Menschen“ der Universität Freiburg i. Br. am 24. Januar 1946. Gedruckt als Broschüre 1946 im Verlag Herder, Freiburg i. Br. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Verfasser und Verlag.

der Geisteswissenschaften zu tun, und wertvolle Versuche werden in dieser Richtung von einigen der besten Ärzte unserer Zeit gerade in Deutschland gemacht<sup>5</sup>. Aber das eigentliche Anliegen ist doch dies: wir dürfen es nicht Unberufenen überlassen, das naturwissenschaftliche Wissen der modernen Biologie und Medizin zu deuten, wie es in der Vergangenheit, gerade in Deutschland, allzuoft zu unserem Schaden geschehen ist. Wir dürfen dieses Wissen erst recht nicht preisgeben. Wir müssen vielmehr die in ihm verborgenen Aussagen über das Wesen des Menschen selbst ans Licht heben und dann in unserer eigenen Sprache davon künden.

In diesem Sinne lassen Sie mich den Versuch machen, in einem ersten Teil meines Vortrages einige wesentliche Erscheinungen am Menschenleib sichtbar zu machen, in einem zweiten Teil die Frage nach dem Wesen der Leiblichkeit des Menschen zu beantworten, und in einem dritten Teil das Gesagte in ein Menschenbild zu integrieren.

## I.

Wir stellen an den Organismen — so auch am Menschenleib — einige Phänomene fest, welche nicht nur in beschränkten Bezirken ihres Körpers oder in befristeten Phasen ihres Lebens verwirklicht werden, sondern in jedem Augenblick in allem, was den Organismus ausmacht, Wirklichkeit sind. So ist ein Organismus fortgesetzt und in allem, was ihn zusammensetzt, Stoffwechsel, er ist ständig und in allem Gestalt und Gestaltwandel, von der Zeugung bis zum Tode ist er in allem Verwirklichungs-substrat des Erbgefüges und zugleich Partner der Umwelt. Und für den Menschenleib gilt noch im besonderen, daß er fortgesetzt und in allem Partner einer Geistseele ist. Die Unterscheidung dieser Phänomene ist nicht im Organismus bedingt, in ihm sind sie eine ungeteilte Einheit; nur der Standpunkt, den wir untersuchend und betrachtend einnehmen, hebt aus der Einheit jene Phänomene heraus.

Wenn wir nun am Menschenleib als erstes Phänomen den Stoffwandel in unseren Blick nehmen, so stellen wir fest, daß er stofflich nie zur Ruhe kommt. Dauernd strömt die Umwelt mit der Nahrung und der Atemluft stofflich in uns hinein, nach kürzerer oder längerer Frist geben wir das Aufgenommene verwandelt wieder an sie zurück. Was wir als energiegeladene Stoffe in uns aufnehmen, bauen wir zunächst im Verdauungsakt und in der nachfolgenden Synthese unserem Leib gemäß um. Unter der Wirkung des mit der Atmung in das Blut aufgenommenen Sauerstoffs verbrennen wir es aber über kurz oder lang zu energiearmen Schlacken, die wir in der Niere, im Darm und als Kohlensäure in der Ausatemungsluft wieder ausscheiden. Nur so sind wir imstande, die für unsere Bewegungen, unsere Drüsenarbeit, unseren inneren Stoffwechsel und unsere Wärmebildung, vor allem aber auch für unser seelisch-geistiges Leben notwendigen Energien zu entbinden.

Wir haben nun früher angenommen, daß wenigstens am reifen Organismus ein Teil seiner Stoffe von Bestand sei. Aber auch das erwies sich als irrig. Das können wir heute mit Bestimmtheit auf Grund der hervorragenden Untersuchungen von Schönheimer<sup>6</sup> (1936, 1938) aussagen. Er hat in verschiedenen Stoffen die normalen Atome durch unphysiologische Isotope ersetzt, z. B. den Wasserstoff des Wassers durch schweren Wasserstoff, das sog. Deuterium, den Stickstoff bestimmter Stickstoffverbindungen durch schweren Stickstoff. Die so markierten Stoffe konnte er in ihrem Durchstrom durch den Organismus verfolgen. Er stellte fest, daß nach der Zufuhr des schweren Wasserstoffs die Fette sehr bald deuteriumhaltig, also schon ausgewechselt waren, nach der Rückkehr zur normalen Wasserzufuhr aber bald wieder durch Fette mit gewöhnlichem Wasserstoff ersetzt wurden, und daß nach der Zufuhr von schwerem Stickstoff die Eiweißkörper der Gewebe in kurzer Zeit diesen Stickstoff enthielten. Selbst die Hartsubstanzen des Organismus, also Knochen und Zahnbein, von deren Unveränderlichkeit wir lange überzeugt waren, erwiesen sich in Untersuchungen mit dem radioaktiven Isotop des Phosphors als stofflich sehr labil. —

Das Erstaunliche an unserem Organismus ist nun aber dies, daß bei dieser seiner radikalen stofflichen Unruhe, bei dem unauflöselichen Kommen und Gehen der Stoffe, seine Gestalt beharrt oder sich nur mählich wandelt.

Betrachten wir unseren Organismus vom Gestaltlichen her, so stellt er sich unserem Blick dar als ein reich gegliedertes, hierarchisch gestuftes System von Strukturen, die zu einer Gestaltganzheit zusammengefaßt sind und in jedem Augenblick unseres Lebens auf das Ganze hin handeln (vgl. v. Bertalanffy)<sup>7</sup>. Das Prinzip des Stufenbaues dieser Gestaltganzheit ist schon in den elementaren Struktureinheiten, den Zellen verwirklicht. Ihre Gliederung in den zentralgelegenen Kern und das umhüllende Protoplasma bedeutet nicht ein bloßes Beieinander und Incinander zweier Strukturen, vielmehr können wir heute, wenigstens für den Eiweißstoffwechsel, auf Grund der bewundernswerten Untersuchungen von Gaspersson<sup>8</sup> feststellen, daß allein der Zellkern den Eiweißstoffwechsel des Zellprotoplasmas ermöglicht und steuert, daß also der Kern die Leitstruktur der Zelle ist. Eine zweite Struktur- und Funktionsstufung sehen wir in allen differenzierten Organen. Ihren spezifischen, die besondere Organleistung tragenden Zellen sind bindegewebige Zellen vorgebaut, welche den Stoffwechsel der spezifischen Zellen entlasten und sichern. Eine dritte Stufung gewahren wir in der Überordnung der Drüsen mit innerer Absonderung, der sog. Hormondrüsen, über die nach außen absondernden Drüsen, die muskulären Organe und die Stützgewebe. Sie schütten ihre flüchtigen Wirkstoffe in das Blut aus und greifen durch Fernwirkung über das Blut in den Aufbau und die Tätigkeit jener Organe fördernd, hemmend oder modifizierend ein. Eine vierte Struktur- und Funktionsstufung begegnet uns innerhalb des Systems der Hormondrüsen in der Überordnung des Hirnanhangs über die anderen Hormondrüsen. Er induziert sie gestaltlich und funktionell, so daß die Schilddrüse, die Nebenschilddrüsen, die Nebennieren und die Keimdrüsen verkümmern und ihre Tätigkeit mehr oder weniger einschränken oder einstellen, wenn wir beim Tier den Hirnanhang entfernen oder wenn er beim Menschen schwer geschädigt wird (bei der sog. Simmondsschen Kachexie). Den Drüsen mit innerer Sekretion ist ein weiteres Struktur-Funktionssystem übergeordnet: das unter der Schwelle des Bewußtseins arbeitende vegetative Nervensystem. Seine peripheren Ganglien sind mit diesen Drüsen, aber auch mit fast allen anderen Organen, durch Nervenfasern verbunden. Sie sind ihrerseits im Zwischenhirn zu höheren nervösen Strukturen zusammengefaßt, so daß von hier aus nervöse Erregungen fördernd, hemmend und abwandelnd — über das System der Hormondrüsen oder direkt — in die Steuerung der Strukturen und Funktionen fast des ganzen Organismus eingreifen, wie wir für Kreislauf und Atmung aus den hervorragenden Experimenten des Züricher Physiologen W. R. Hess<sup>9</sup> wissen. Und über das Ganze wölbt sich als höchste Struktur unser Großhirn. In ihm werden aus der Tiefe des übrigen Organismus und von der Oberfläche unseres Leibes her diejenigen Erregungen gesammelt und integriert, welche sich in Bewußtseinslebnisse umsetzen; von ihm aus werden andererseits die bewußten Willenshandlungen unseres Organismus induziert.

Indem wir diese Hierarchie der Strukturen und Funktionen des menschlichen Organismus noch einmal überblicken, steht vor uns das Bild einer bewundernswerten Verfassung, Durchdringung und Aufzuspaltung der Teilstrukturen und Funktionen zu einer Gesamtgestalt, ein Bild, das wir in seiner Großartigkeit und immanenten Logik nur mit höchsten Gestaltungen der Kunst vergleichen können.

Aber wie verwundbar sind diese Strukturen und die Gesamtgestalt des Organismus! Es bedarf keiner groben Eingriffe; eine minutenlange stärkere Herabsetzung des Sauerstoffgehaltes in der Atemluft kann genügen, um an den empfindlichsten Strukturen verschiedener Organe schwere Veränderungen zu setzen. Das haben uns mit aller Eindringlichkeit unsere Studien über die geweblichen Wirkungen des allgemeinen Sauerstoffmangels, besonders bei der tödlichen Höhenkrankheit der Flieger, bewiesen<sup>10</sup>.

Auch ist das Beharren der Gestalt schon für den normalen Menschenleib nur ein scheinbares. Sobald wir die Gesamtgestalt des Organismus und seine Teilstrukturen im Ablauf des Lebens betrachten, zeigt sich uns sogleich, daß das Ganze und seine Teile einem langsameren oder schnelleren Strukturwandel unterworfen sind. Zwar täuschen viele Gewebe im reifen Organismus ein Beharren ihrer Strukturen vor. Längst wissen wir jedoch, daß in Wirklichkeit auch in ihnen ständig Zellen zugrunde gehen, aber durch Verjüngung aus den übrigen Zellen wieder ersetzt werden. Diese zelluläre Verjüngung vollzieht sich z. B. fortgesetzt an unserer Haut und an unseren Schleimhäuten. Andere Organe, z. B. die Thymusdrüse des Kindes und der Eierstock der Frau, zeigen einen auf einen bestimmten Lebensabschnitt befristeten Zyklus. So ist mit diesen Organen ein kleiner Lebenslauf in den großen Lebenslauf des Organismus eingeschlossen.

Entfaltung, Reife und Welken sind aber auch die Entwicklungsschritte der Gesamtgestalt. Das Wachstum des jungen Organismus bedeutet nicht einfache Massenzunahme, sondern zunehmende Differenzierung der Gestalt. Diese Differenzierung wird mit dem zunehmenden Potenzverlust der Zellen des Keimes erkauft: während diese in den frühen Entwicklungsschritten im Entwicklungsexperiment noch ganz verschiedene Gestaltungen aus sich hervorgehen lassen können, z. B. das Ektoderm sowohl Haut wie Zentralnervensystem, ist ihre Differenzierungsrichtung später immer enger festgelegt. Mit diesem Verlust an Potenzen geht bei zunehmender Differenzierung die Abnahme der Wachstumsfähigkeit der einzelnen Zelle einher. Diese Beobachtung wurde dahin gedeutet<sup>11</sup>, daß sich zwangsläufig infolge der zunehmenden Differenzierung die Wachstums- und Zellteilungsfähigkeit erschöpft. Für diese These spricht u. a. die Tatsache, daß die höchst differenzierten Strukturen, nämlich die Ganglienzellen des Zentralnervensystems, nach der Embryonalzeit überhaupt keiner Zellteilung mehr fähig sind. Sie scheint bewiesen durch die Beobachtung, daß sich differenzierte Gewebe, z. B. Bauchspeicheldrüse, im Gegensatz zu undifferenzierten nach Auspflanzung aus dem embryonalen Organismus nur kurze Zeit bis zur Differenzierung züchten lassen und dann ihre Zellteilungen einstellen<sup>12</sup>.

Würde dieses Erlöschen der Zellteilungsfähigkeit für alle differenzierten Organe gelten, so drohte dem Organismus unweigerlich die Erstarrung in der Gestalt, ja die schnelle Auflösung seiner Gestalt, weil im erwachsenen Organismus fortgesetzt Spezialstrukturen in Verlust gehen. Diese Verluste können nur dadurch gedeckt werden, daß in den Geweben bestimmt gelagerte Zellen indifferent und dadurch teilungsfähig bleiben<sup>13</sup>. So muß der menschliche Organismus, um sich in der Reife seiner Gestalt zu erhalten, die Spannung zwischen differenzierten und indifferenten Zellen, zwischen Geformtem mit erloschener und weniger Geformtem mit erhaltener Wachstumsfähigkeit, zwischen Formstrenge und Wachstumsdrang in Kauf nehmen.

In der Altersepoche des Organismus läßt die Formstrenge mehr und mehr nach: bestimmte Strukturen des Gehirns atrophieren<sup>14</sup>, an der Haut verkümmert die Epidermis. In den Schleimhäuten, besonders am Magen, treten beim normalen Verschleiß oder beim Wiederersatz krankhafter Defekte mehr und mehr geringer differenzierte Fehlregenerate auf. So lockert sich die Spannung zwischen den differenzierten und den wachstumsbereiten, sonst in ihrem Wachstum gezügelten Strukturen, besonders wenn die Differenzierungsfähigkeit noch durch zusätzliche chronische Reizwirkungen herabgesetzt wird. Je mehr das geschieht, um so eher wird die Wachstumsfähigkeit der indifferenten Zell-Lager geweckt. So kann schließlich in dem einen oder andern Organ ein hemmungsloses Wachstum hervorbrechen und sich eine Krebsgeschwulst entwickeln. Die Bereitschaft zum Krebswachstum, d. h. aber zur Auflösung der Form, ist also dem hochdifferenzierten Organismus schicksalhaft eigen. Das allgemeine (oder das örtlich verfrühte) Altern seiner differenzierten Strukturen kann diese Bereitschaft manifest machen, indem es jene Kräfte des Wachstums entriegelt, welche bei erhaltener Differenzierungsfähigkeit durch die Zucht der Differenzierung gemeistert werden<sup>15</sup>.

Die Krankheitsforschung zeigt uns aber noch ein anderes Grundgesetz, von dem die Gestaltungen unseres Organismus beherrscht sind, die Tatsache nämlich, daß jeder Strukturentfaltung ihr Maß gesetzt ist und daß jedes Übermaß früher oder später zur Katastrophe führt.

Die längerdauernde krankhafte Mehrbelastung eines Herzmuskelabschnittes, etwa bei einem Herzklappenfehler, bewirkt mit Notwendigkeit und zunächst zum Heil des Kranken eine Massenzunahme des Herzmuskels durch Verdickung seiner einzelnen Fasern. Diese Verdickung setzt aber die Fasern zwangsläufig unter schlechtere Atmungsbedingungen. So wird der verdickte Herzmuskelabschnitt mit der Zeit zwangsläufig in ein Versagen seines Stoffwechsels hineingetrieben und damit in den Zustand der Herzschwäche<sup>16</sup>. — Im Experiment läßt sich durch Zufuhr eines bestimmten Wirkstoffes des Hirnanhangs eine Wucherung des insulinbildenden Gewebes der Bauchspeicheldrüse herbeiführen und dadurch ein Zustand von Insulinüberschuß. Setzt man aber die Zufuhr des Wirkstoffes fort, so erschöpft sich das Gewebe, und es kommt zu seiner Verkümmern. Jetzt besteht bei den Versuchstieren ein Insulinmangel und dadurch eine Zuckerkrankheit<sup>17</sup>. — Die chronische Mehrbelastung des Herzmuskels verursacht einen Mehrbedarf an Wirkstoffen der Nebennierenrinde und dadurch eine Vermehrung des Nebennierenringewebes. Mit der Zeit aber erschöpft sich die Nebennierenrinde, und ihre Verkümmern ist die Folge<sup>18</sup>.

Als ein weiteres Grundphänomen unseres Organismus stellen wir die Tatsache fest, daß der Menschenleib im Wirbel seines Stoffwechsels, in dem relativen Beharren seiner Gestalt und in seinem Gestaltwandel fortgesetzt das Wirksubstrat seines Erbgefüges ist. Es ist zugleich eine der entscheidenden stofflichen Determinanten seiner Individualität.

Durch die Untersuchungen der modernen Genetik wissen wir, daß das Erbgefüge stofflich in den Genen verankert ist, die in den Chromosomen des Zellkerns liegen und deren Summe das Genom ist. Für verschiedene Organismen kennen wir heute durch bewundernswerte Untersuchungen genau die Lage der Gene in den Chromosomen. Wir wissen ferner, daß die Gene bestimmte Wirkstoffe bilden, welche schon auf den Stoffwechsel des Protoplasmas der Eizelle einwirken und seine Stoffwechselabläufe in eine bestimmte Richtung drängen<sup>19</sup>. In der weiteren Entfaltung des Embryo beeinflussen diese Wirkstoffe die im Keim sich heranbildenden Organisatorbezirke, später auch die Drüsen mit innerer Sekretion, so daß die Organisatoren und die Hormondrüsen durch ihre Wirkstoffe das Werk des Erbgefüges ergänzen und vollenden. Nach Abschluß der Entwicklung bleibt der Einfluß der Wirkstoffe des Erbgefüges auf den Stoffwechsel, die Strukturen und die Funktionen des Organismus — in unmittelbarer Wirkung oder mittelbar über die Hormondrüsen — erhalten. Es gibt also keinen Schritt der Entfaltung, der Lebensreife und des Alters unseres Leibes, der nicht von dem Erbgefüge mitbestimmt wäre.

Stecken im Erbgefüge ein oder mehrere krankhafte Gene, so können diese den Stoffwechsel so fehlerleiten, daß im äußeren oder inneren Aufbau des Organismus Fehlbildungen oder Fehlsteuerungen entstehen, welche als Erbkrankheit in Erscheinung treten können. Auch bei zunächst erbgesunden Sippen können solche Erbkrankheiten neu zur Entwicklung kommen. Es können nämlich spontan — im Experiment auch durch bestimmte Eingriffe — erbefeste Änderungen an einzelnen Genen, an Chromosomenstücken oder auch im gesamten Genom eintreten, die sog. Mutationen. Zum Teil bedeuten diese Mutationen eine Erhöhung der Vitalität, zum größeren Teil eine Herabsetzung und daher nicht selten die Entwicklung dieser oder jener Erbkrankheit.

Andererseits sind aber die Erbkrankheiten in ihrer Schwere durchaus kein unentrinnbares Fatum der erbkranken Sippe. So kann eine schwere Erbkrankheit in eine leichte, eine dominante in eine rezessive, erbfest umgewandelt werden. Dieses Phänomen ist dadurch bedingt, daß jedes Gen in seinem Wirkungsgrad

entscheidend von den übrigen Genen mitbestimmt ist. Da nun bei der Befruchtung der Eizelle durch die Samenzelle männliche und weibliche Gene sich zu einer neuen Genkonstellation vereinigen, kann die Wirkung schwer krankmachender Gene durch das Genom des erbgesunden Partners mehr oder minder abgeschwächt werden.

*Die Veröffentlichung wird im nächsten Heft fortgesetzt.*

#### Anmerkungen

<sup>1</sup> Nietzsche, Wille zur Macht, 303: „Der Mensch, eine kleine überspannte Tierart, die — glücklicherweise — ihre Zeit hat; das Leben auf der Erde, überhaupt ein Augenblick, ein Zwischenfall.“ — Jenseits von Gut und Böse, 4: „Die Falschheit eines Urteils ist uns noch kein Einwand gegen das Urteil... Die Frage ist, wie weit es lebensfördernd, lebenserhaltend, arterhaltend, vielleicht gar artzüchtend ist; und wir sind grundsätzlich geneigt zu behaupten..., daß Verzichtleistungen auf falsche Urteile ein Verzichtleisten auf Leben, eine Verneinung des Lebens wäre.“

<sup>2</sup> Aristoteles, Protrepticos. Nach Aristoteles, Biologische Schriften. Griechisch und deutsch von H. Balß, Ernst Heimeran, München 1943, S. 17.

<sup>3</sup> Paracelsus: „Daraus folgt nun, daß der Mensch die kleine Welt ist, das ist der Mikrokosmos — aus der Ursache, daß er ein Auszug der ganzen Welt ist, indem er ein Auszug aus allen Sternen, aus allen Planeten, aus dem ganzen Firmament, aus der Erde und allen Elementen ist.“ Nach W. E. Peuckert, Paracelsus, Die Geheimnisse, Dietrich, Leipzig 1941, S. 81.

<sup>4</sup> Nach Töply in Sudhoffs „Klassiker der Medizin“ 1910.

<sup>5</sup> Werner Leibbrand, Der göttliche Stab des Asclepius, Eine Metaphysik des Arztes, Otto Müller, Salzburg 1939. Victor von Weizsäcker, Arzt und Kranker, Koehler u. Amelang, Leipzig 1941. — V. E. von Gebssattel, Not und Hilfe, Alsatia-Verlag, Kolmar.

<sup>6</sup> Schönheimer u. Mitarbeiter, J. of biol. Chem. **114** (1936) und **127/128** (1939); Science 1938. (Zit. n. von Bertalanffy, Theoretische Biologie II, S. 185, Borntäger, Berlin 1942).

<sup>7</sup> Von Bertalanffy, Theoretische Biologie I, Borntäger, Berlin 1932.

<sup>8</sup> Caspersson, Naturwissensch. 1941, S. 33.

<sup>9</sup> W. R. Heß, Das Zwischenhirn und die Regulation von Kreislauf und Atmung, Leipzig 1938. Das besonders Bemerkenswerte an der Arbeitsweise des Zwischenhirns ist die Tatsache, daß es nicht einzelne Organe, sondern Organkomplexe steuert, welche erst durch ihr funktionelles Zusammenspiel zu einer sinnvollen Einheit vereinigt werden.

<sup>10</sup> Pichotka, Beitr. pathol. Anat. **107**, 117 (1942); Müller E., und Rotter W., ebd. **107**, 156 (1942); Hesse, ebd. **107**, 173 (1942).

<sup>11</sup> Schmalhausen, Roux' Arch. **113** (1928); **116** (1929); **123** (1931).

<sup>12</sup> E. Ries, Grundriß der Histophysiologie, Leipzig 1938, S. 299 ff.

<sup>13</sup> Schaper u. Cohen, Roux' Arch. **19** (1905).

<sup>14</sup> C. u. O. Vogt, Forsch. u. Fortsch. **19**, 274.

<sup>15</sup> Vgl. Fischer-Wasels, Hdb. d. norm. u. path. Physiologie **14**, 2 (1927) u. Klin. Wschr. **1932**, 1937 und 1977; Büchner, Beitr. pathol. Anat. **105**, 319 (1941).

<sup>16</sup> Harrison, Ashman u. Larsen, Arch. int. med. **49**, 151 (1931).

<sup>17</sup> Richardson u. Young, 1938, nach Anselmino u. Hoffmann, Berlin, Springer 1941.

<sup>18</sup> Liebegott, Beitr. pathol. Anat. **109**, 93 (1944).

<sup>19</sup> A. Kühn, Grundriß der Vererbungslehre, Leipzig 1939.

## Bekämpfung der Rachitis

Von Prof. Dr. med. Opitz, Heidelberg

Wie es nicht anders zu erwarten war, hat die Rachitis seit Kriegsende erheblich zugenommen. Wohl handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um leichte Formen, aber auch schwere Grade von englischer Krankheit, insbesondere Verbiegungen und Verkrümmungen des Skelettsystems, die man seit mehr als einem Jahrzehnt kaum noch zu Gesicht bekommen hatte, begegnen uns heute wieder ab und zu.

Die Gründe für diese Zunahme der Rachitis sind mannigfacher Art. Wir wissen, daß unzureichende Ernährung, Lichtmangel und Infekte der Entstehung Vorschub leisten. Diese drei Faktoren wirken sich besonders seit Kriegsende in äußerst ungünstiger Weise aus.

1. Rein empirisch wurde festgestellt, daß einseitige Milchernährung im 2. und 3. Lebenshalbjahr die Entwicklung der englischen Krankheit fördert. Daher hat man diese Kostform seit langem verlassen und durch eine gemischte Kost ersetzt; man gab den Kindern neben maximal 1/2 Liter Milch Obst, Gemüse mit Fleisch (letzteres besonders gern in Form von Leber), Eigelb und fast allgemein während der Wintermonate Lebertran. Heute wissen wir, daß durch die reichliche Zufuhr von Kuhmilch der Kalk-Phosphorstoffwechsel in ungünstigem Sinne verändert wird und daß zur Regulierung sehr viel größere Mengen antirachitischer Wirkstoffe erforderlich sind als bei kuhmilchharmer Ernährung oder gar beim Brustkind. Leider sind in der jetzigen Zeit die meisten Säuglinge und Kleinkinder auf eine einseitige Milch-Kohlenhydratkost angewiesen, ohne daß die Möglichkeit besteht, ihnen zusätzlich Lebertran zuzuführen.

Das Brustkind erkrankt normalerweise nicht an Rachitis oder allenfalls nur an ganz leichten Formen. Abgesehen von dem stoffwechselfähig begründeten geringeren Vitamin-D-Bedarf dürften das von der Mutter überkommene Vitamin-Depot sowie die kontinuierliche Zufuhr antirachitischer Stoffe mit der Muttermilch dafür verantwortlich zu machen sein. Das muß sich aber ändern, wenn die Mutter während der Gravidität und Lactation unzureichend ernährt wird und wenn beim Säugling gehäufte Infekte infolge herabgesetzter natürlicher Immunität und Lichtmangel disponierend hinzukommen. Tatsächlich sehen wir jetzt auch bei natürlich ernährten Säuglingen nicht ganz selten Zeichen von englischer Krankheit.

2. Der zweite wichtige Faktor, der für die Rachitis prädestiniert, ist der Lichtmangel. Die Ultraviolettstrahlen des Tageslichtes wirken in gleicher Weise wie die künstliche Höhensonne: sie aktivieren das an die Sterine des Unterhautfettes gebundene Provitamin des Vitamin D. Bei dem heutigen Wohnungselend, wo sehr viele Menschen in Kellern, dunklen Baracken oder in lichtarmen Räumen ohne Fensterscheiben leben müssen, wo viele Mütter infolge übermäßiger Inanspruchnahme durch die tägliche

Plage um die Besorgung der Nahrung keine Zeit haben, die Kinder ins Freie, d. h. an Licht und Sonne zu bringen, wirkt sich der Lichtmangel als rachitisfördernder Faktor sehr stark aus.

3. Das enge Zusammenleben der Menschen und die unzureichende Ernährung bringen es mit sich, daß die Kinder immer und immer wieder an banalen Infekten oder anderen Infektionen erkranken, womit wieder der Entstehung der englischen Krankheit Vorschub geleistet wird.

Alle diese angeführten nachteiligen Einflüsse hätten sich aber erheblich weniger ausgewirkt, wenn der synthetisch hergestellte Rachitisschutzstoff, das Vitamin D<sub>2</sub>, in genügender Menge vorhanden gewesen wäre. Besonders seit Ende 1945 machte sich ein zunehmender Mangel an Vigantol bemerkbar, so daß von einer systematischen Rachitisprophylaxe nicht mehr die Rede sein konnte. Dabei scheinen übrigens viele Ärzte vergessen zu haben, daß Höhensonnenkuren als Ersatz herangezogen werden könnten. Gegenwärtig ist glücklicherweise dieser D<sub>2</sub>-Mangel überwunden, und es ist die Aufgabe der Ärzte und Fürsorgestellten, sich dafür einzusetzen, daß der Kampf gegen die Rachitis mit allem Nachdruck wieder aufgenommen wird. Während aber früher die Prophylaxe mit der täglichen tropfenweisen Verabreichung von Vigantolöl durchgeführt wurde, empfiehlt sich heute die einmalige Gabe von Vigantol forte, das in 1 ccm 10 mg Vitamin D<sub>2</sub> enthält. Die sogenannte Stoßprophylaxe ist ebenso wirksam wie die protrahierten Vigantolgaben und hat zwei Vorteile: erstens wird sehr viel weniger Öl benötigt als bei der tropfenweisen Verabreichung, und zweitens wird dadurch die Prophylaxe auf eine viel zuverlässigere Grundlage gestellt.

1. Die Einsparung von Öl ist heutzutage ein entscheidender Faktor; mit der zweckmäßigen Verwendung der zur Verfügung stehenden Mengen steht und fällt die systematische Rachitisbekämpfung. Während bei der tropfenweisen Darreichung für eine vorbeugende Kur 20 ccm Öl benötigt werden, kommen wir bei Verwendung von Vigantol forte mit 1 ccm aus. Wir können also mit derselben Ölmenge 20mal soviel Kinder behandeln wie mit der protrahierten Verabfolgung.

2. Ein weiterer großer Vorteil der einmaligen Gabe besteht darin, daß diese unter den Augen des Arztes oder der Fürsorgeschwester verabfolgt werden kann, d. h. daß man die Gewißheit hat, daß das Kind auch wirklich die erforderliche Menge erhält. Bei der Tropfen-Prophylaxe spielt die Regelmäßigkeit der Verabfolgung die ausschlaggebende Rolle. Nur gar zu oft erleben wir es, daß infolge Vergeßlichkeit, Indolenz oder übermäßiger Inanspruchnahme der Mutter die Tropfen sehr unregelmäßig, ja tagelang oft überhaupt nicht gegeben werden. Dieser Unsicherheitsfaktor fällt bei der Stoßprophylaxe weg. Dabei dürfte es sich unbedingt empfehlen, die Gabe im allgemeinen in der

Sprechstunde oder Fürsorgestelle zu verabreichen und nur ausnahmsweise daheim durch die Mutter. Denn trotz aller Belehrung ist die Verabfolgung *lege artis* keineswegs immer garantiert, die Mutter schüttet den Inhalt des Röhrchens entgegen der Anweisung in die Flasche, wo ein unbestimmbarer Anteil zurückbleibt, oder entleert überhaupt das Gläschen nicht vollständig.

Es muß betont werden, daß mit der Verabfolgung von Vigantol forte die Aufgabe des Arztes nicht erschöpft ist. Vielmehr hat er sich nach 2—3 Monaten zu überzeugen, ob das Kind auch tatsächlich rachitisfrei geblieben ist. Nach den ausgedehnten Untersuchungen von Frick (Mon. f. Kdh. 87, 66, 1941) haben wir etwa mit 10% Versagern zu rechnen. Diese gilt es durch regelmäßige Kontrollen zu erfassen. Bei Kindern, die unter schlechten äußeren Verhältnissen leben, wo also die Rachitisgefährdung besonders groß ist, dürfte sich die Verabfolgung einer zweiten Dosis 3 Monate nach der ersten empfehlen.

Zu welchem Zeitpunkt soll nun die Prophylaxe einsetzen? Im allgemeinen wird der dritte Lebensmonat empfohlen. Ich halte diese schematische Angabe nicht für zweckmäßig, sondern halte es für richtiger, die Jahreszeit in Rechnung zu stellen. Denn wenn ein Kind beispielsweise im März geboren ist, so würde es nach den Richtlinien im Juni die erste und evtl. im September die zweite Dosis erhalten. Da die Dauer der Wirkung auf 3—4 Monate veranschlagt wird, wird sich also die Prophylaxe zur Zeit der stärksten Rachitisgefährdung, d. h. am Ausgang des Winters nicht auswirken. Wünschenswert scheint es mir, die Prophylaxe so zu leiten, daß die beiden ersten Lebenswinter unmittelbar davon betroffen werden. In obigem Beispiel würde das Kind Anfang Oktober die erste Gabe Vigantol forte erhalten und Anfang Januar eventuell die zweite. Während der Sommermonate dürften die natürlichen Lichtquellen für die Prophylaxe genügen. Für ein während des Winters geborenes Kind würde

natürlich die Prophylaxe im dritten Lebensmonat in Kraft treten.

Eine Sonderstellung nehmen die Frühgeborenen ein, die ja in hohem Maße und auch besonders frühzeitig zu Rachitis inklinieren. Diese erhalten mit vier Wochen die erste und mit sieben Wochen die zweite Dosis, dabei ist es zweckmäßig, die Gabe in zwei Hälften an zwei verschiedenen Tagen mit einem Tag Intervall zu verabfolgen, um bei darmempfindlichen Kindern einer durch das Öl hervorgerufenen Dyspepsie vorzubeugen. Dasselbe Vorgehen ist auch bei anderen Säuglingen mit Dyspepsieneigung angebracht.

Neuerdings wird auch der Gedanke einer kontinuierlichen Prophylaxe ventiliert in der Weise, daß alle drei Monate 10 mg D<sub>2</sub> verabfolgt werden. Ehe man dieses Vorgehen allgemein empfiehlt, sollte man sich von der unbedingten Unschädlichkeit überzeugen. Aber es ist vermutlich gar nicht einmal notwendig, so hohe D<sub>2</sub>-Gaben zu verabfolgen. Wie meine Assistenten Schirmer und Peter (Mon. f. Kdh. 75, 318, 1938) nachweisen konnten, war mit 6 mg D<sub>2</sub> bei unkomplizierter Rachitis ein ebenso prompter therapeutischer Erfolg zu erzielen wie bei Verwendung von 10 und 15 mg, bei gleichzeitig bestehender Spasmophilie waren sogar noch kleinere Dosen (3—4,5 mg) voll wirksam. Für die Prophylaxe werden entschieden kleinere Dosen benötigt als für die Therapie, so daß keine Veranlassung besteht, die vorbeugende Behandlung mit 10 mg-Gaben durchzuführen, wenn schon 6 mg im allgemeinen für die Therapie ausreichend sind. Damit stimmt auch die praktische Erfahrung überein: Frick fand nämlich bei der Prophylaxe mit 15 mg ebensoviel Versager wie mit 7,5 mg, d. h. ca. 10%. Er empfiehlt daher als Methode der Wahl zweimal 7,5 mg in dreimonatigen Abständen. Auf Grund dieser Überlegungen scheint mir eine kontinuierliche Prophylaxe mit Gaben von 5 mg alle drei Monate während der ersten beiden Lebensjahre aussichtsreich und völlig unbedenklich.

## Gedanken zum § 218 RStGB

*Unter dieser Überschrift haben wir in Heft 1/1947 des Südwestdeutschen Ärzteblattes einen Aufsatz aus der Feder des Stuttgarter Nervenarztes Dr. med. Hermann Gundert veröffentlicht, um damit innerhalb der Ärzteschaft die Diskussion über dieses auch sonst in der Öffentlichkeit häufig erörterte Problem anzuregen und einzuleiten. Die Weiterführung der Aussprache war leider bisher durch technische Schwierigkeiten behindert, so daß aus der Zahl der vorliegenden Zustimmungen und Ablehnungen erst heute zwei Entgegnungen von Dr. med. Litz und Dr. med. Fecht zum Abdruck gebracht werden können. Diesen Gedankenaustausch beschließt eine Antwort von Dr. Gundert.*

*Die Schriftleitung*

### Offener Brief an Herrn Dr. med. Gundert

Ihre „Gedanken zum § 218 RStGB.“, die Sie im Südwestdeutschen Ärzteblatt vom Januar 1947 veröffentlicht haben, können nicht unwidersprochen hingenommen werden.

Es steht außer allem Zweifel, daß der § 218 jährlich viele hunderttausendmal übertreten wird. Aber gerade damit beweisen Sie die Notwendigkeit dieses Paragraphen, denn wenn heute der Paragraph abgeschafft würde, würden die Abtreibungen in kürzester Zeit noch unerhörtere Ausmaße annehmen und zu einer Volksseuche ersten Grades werden. Ein Blick in die Gesetzgebung und die Geschichte bei anderen Staaten und Völkern würde Ihnen das genügend deutlich machen. Bekanntlich hat in neuester Zeit Rußland ungefähr wieder denselben Rechtszustand, wie er heute noch in Deutschland durch den § 218 gegeben ist. Rußland hat die Abtreibung in der Novemberrevolution freigegeben. Auf Grund der überaus schlechten Erfahrungen wurden nach und nach die Gesetze wieder verschärft, die Krankenhäuser, die eigens für die Abtreibung aufgestellt waren, sind wieder aufgehoben worden. Frankreich hat 1791 die Abtreibung freigegeben und schon 1810 ebenfalls auf Grund der schlechten Erfahrungen wieder unter Strafe gestellt.

Die Nichtbeachtung eines Gesetzes, das zum Schutze des Einzelnen wie der Gemeinschaft aufgestellt ist, ist kein Grund für dessen Aufhebung. Oder glauben Sie etwa, daß heute z. B., wo täglich hunderte von Diebstählen und Unterschlagungen vorkommen, wie jeder Staatsanwalt weiß, nicht zweckmäßigerweise auch der Paragraph über Diebstahl und anderes aufgehoben werden müßte? Denn gestohlen wird enorm, die Diebe könnten dann aber ohne Angst gefaßt zu werden ihr Handwerk ausüben. Die staatliche Gemeinschaft braucht aber einen Schutz

ihrer Bürger. Und hier geht es bloß um materielle Güter, dort aber um menschliches Leben, das Sie mit Ihrer Forderung der Willkür der Menschheit preisgeben wollen.

Sie betrachten den derzeitigen Zustand für den Arzt als untragbar, da der Eingriff einmal in die Sphäre des Kriminellen falle, zum andern aber der Arzt allein die Verantwortung für sein Handeln zu tragen habe. Das heißt mit anderen Worten, Sie verlangen, daß der Arzt in absoluter Souveränität Herr über Leben und Tod sei. Sind Ihnen die Erfahrungen des letzten Jahrzehnts nicht genug, wo Ärzte — gewissenlose Ärzte! — und das gibt es heute genau so wie vor Jahren! — auf Grund der ihnen übertragenen Vollmacht mit Menschenleben anfangen konnten was sie wollten? Erschrecken Sie nicht selbst über das Ausmaß dieser Verirrungen und dieser ärztlichen Handlungsweise? Wo sind hier die „Gesetze der Humanität und der ärztlichen Wissenschaft“ geblieben?

Wir sind ganz im Gegenteil der Überzeugung, daß die Gemeinschaft ein Recht hat, bei aller Wahrung der Freiheit des ärztlichen Berufes, dem ärztlichen Handeln Grenzen zu setzen. Denn der Arzt ist in vorzüglicher Weise der Diener und Schützer der menschlichen Gesundheit und des menschlichen Lebens, der nicht willkürlich nach seinem Gutdünken über menschliches Leben verfügen darf.

Wenn Sie glauben, die Freigabe des § 218 habe eine wesentliche Senkung der kriminellen Aborte zur Folge, so schauen Sie einmal auf die russischen Erfahrungen. 1923—1925 waren es in der Universitätsklinik in Tiflis von 1532 Aborten 1039, die durch heimliche Eingriffe in Gang gekommen waren, obwohl das Gesetz die Unterbrechung gestattet. Bei uns in Deutschland wäre

es in keiner Weise anders, da sich die meisten Frauen wohl davor scheuen würden, sich vom Gesundheitsamt registrieren zu lassen (und das müßte notwendig der Fall sein). Nicht zuletzt hat es seine psychologischen Gründe, daß der kriminelle Abort nicht verhindert würde.

Die Geschichte wiederum lehrt eindeutig genug, daß die Unterbrechung mancherlei Schäden für die Frau mit sich bringt. Es stehen auch genügend Statistiken zur Verfügung (Rußland!), die Ihnen das erläutern. Wenn Sie „weltanschaulichen oder sonstigen nichtärztlichen Tendenzen“ den Vorwurf machen, eine ausreichende Empirie auf diesem Gebiet verhindert zu haben, so muß man demgegenüber sogar sagen, daß es zunächst wohl weltanschauliche Gründe waren, die vielleicht eine bestimmte ärztliche Handlungsweise forderten, aber dann auch dazu angetan waren, die Forschung weiter zu treiben, und soviel mir bekannt, auch tatsächlich neue Wege gefunden haben. Im übrigen gibt es bei uns viele Ärzte aller Fächer, die entsprechende Erfahrungen aufweisen, und zwar keineswegs schlechtere mit der Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung als die, die solche durchführten.

Befremdend klingen Ihre Worte: „Ein Wesen, das nicht geatmet hat, hat nicht gelebt, es ist noch keine Person im menschlichen oder rechtlichen Sinn.“ Es ist nicht anzunehmen, daß Sie als Arzt dem ungeborenen Kind das Leben absprechen wollen. Leben entsteht nur aus Leben; was wächst, lebt auch, und was vom Menschen gezeugt ist, ist menschliches Leben. Ob man das menschliche Leben im Mutterschoß oder erst später tötet, spielt im Prinzip keine Rolle. Auf jeden Fall geben Sie dadurch jede Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben preis, und es ist kein weiter Schritt mehr zu den Konsequenzen der vergangenen Jahre.

Ehrfurcht ist eine Grundhaltung eines religiösen Menschen. Das „wahre Wesen der Religion“ zeigt sich wohl nirgends mehr als in der Anerkennung der Schöpfung und des Lebens als solchem. Daß der „Sündenfall“ für die Begründung der Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung herhalten muß, ist völlig unerklärlich. Wenn die Kirche nicht das Leben und damit auch die Fortpflanzungsfunktion positiv bejaht, so wäre ihr geradezu leidenschaftlicher Einsatz um die Erhaltung des menschlichen Lebens nicht verständlich. Vielleicht darf ich in diesem Zusammenhang ein paar Worte aus der Eheenzyklika Pius XI. aus dem Jahre 1930 zitieren: „Aber was für ein Grund vermöchte jemals ausreichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen? Denn darum handelt es sich hier. Mag man nun die Mutter oder das Kind töten, es ist gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur: Du sollst nicht töten! Gleich heilig ist Beider Leben, das zu vernichten selbst die Staatsgewalt keine Befugnis hat.“

### Erwiderung auf den Aufsatz von Dr. Gundert

Die Ausführungen Kollege Gunderts fordern in mehrfacher Hinsicht zum Widerspruch heraus.

Kollege Gundert ist ein Gegner des § 218. Man darf aber nicht in den verhängnisvollen Fehler verfallen, den § 218 an sich als verfehlt zu bezeichnen, da vielfach sein Zweck nicht erreicht wurde und jährlich millionenfache Übertretungen nicht nachgewiesen werden können. Wenn ein Gesetz verfehlt wäre, das seinen Zweck nicht voll erreicht, dann könnte man fast alle Strafgesetze gestrost abschaffen. Zustimmung wird man Kollege Gundert aber darin müssen, daß er die Forderung erhebt, die ärztlich angezeigte und vorgenommene Interruptio aus der Sphäre des Kriminellen herauszuheben.

Diese grundlegende Änderung der gesetzlichen Bestimmungen, die Kollege Gundert fordert, ist in der neuen Fassung des Strafgesetzbuches vorgesehen, und damit dürfte diese Frage endgültig zugunsten des ärztlichen Berufsstandes geregelt werden!

Auch für die Frauen gibt das neue Gesetz jenes Maß an Sicherheit, das sie billigerweise erwarten können. — Ganz abzulehnen ist aber, daß der Frau in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung prinzipiell ein Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper zustehe! Die „eigenen menschlichen Grundrechte“ gehen nicht so weit, daß sie die Tötung einer Menschenfrucht rechtfertigen könnten!

Kollege Gundert begründet seinen Standpunkt damit, daß „ein Wesen, das nicht geatmet hat, auch nicht gelebt habe und daß dieses Wesen keine Person im menschlichen oder rechtlichen Sinne sei.“

Das Gesetz sieht die Frucht als Rechtsgut an und schützt ihr Recht durch den § 218. Der § 218 spricht von der „Tötung der

Wenn die Kirche die Menschen auch durch Gesetze vor Irrweg und Verirrung schützen will, so tut sie es mit weiser Pädagogik und tiefer Kenntnis der menschlichen Natur, wie ein Vater auch manchmal zur Rute greifen muß, auch wenn seine Kinder trotz Einsicht in ihr ungehöriges Handeln Fehlhandlungen begehen.

Sie verlangen „ethische Erziehung und ärztliche Aufklärung“. Wie wollen Sie diese begründen, wenn Sie auf der anderen Seite jedem Ethos ins Gesicht schlagen und der Demoralisierung und sexuellen Hemmungslosigkeit und anderem mehr Tür und Tor öffnen? Steht etwa die Frau ethisch höher, die sich ihrer naturgewollten Bestimmung der Mutterschaft hingibt, oder die, die sich selbst entwürdigt und zum sexuellen Genußobjekt wird und persönlicher Bequemlichkeit folgt? Denn sogenannte soziale Gründe sind erfahrungsgemäß (auch hier liegen Statistiken vor!) die seltensten, die zur Schwangerschaftsunterbrechung führen.

Wo käme Ihr zitiertes Satz „mens sana in corpore sano“ mehr zur Geltung als nach den Forderungen der Kirche? Legt sie nicht den größten Wert auf ein natürlich-sittliches Leben, wo nicht mit technischen Mitteln die Einheit des Menschen gespalten und die Natur vergewaltigt wird? Wir glauben wohl, daß weltanschauliche Gründe in der Beurteilung dieser Frage eine oder sogar die entscheidende Rolle spielen. Denn das Leben ist nicht etwas rein Materielles, vielleicht sogar bloß beurteilt nach Nützlichkeit, Schädlichkeit, Bequemlichkeit oder Lästigkeit. Wenn ein Arzt nicht mehr die Ehrfurcht besitzt vor dem Leben, wie sollen sie Politiker oder Staatsmänner haben? Vielleicht rufen Sie sich den Eid unseres berühmten Vorfahren Hippokrates nochmals in Erinnerung, der wirklich ein ärztliches Berufsethos aufgestellt hat, der unter anderem sagt: „Ich werde niemandem ein tödlich wirkendes Gift verabreichen, auch auf Verlangen nicht. Ich werde auch keinen solch verwerflichen Rat erteilen. Ebensowenig werde ich einem Weibe ein Mittel zur Vernichtung des keimenden Lebens geben!“

Es wäre besser um unser Volk bestellt, wenn noch mehr Menschen sich mit der Liebe zum Menschen einsetzten, wie es die nach ihrem Ausspruch „gesundheitlich, weltanschaulich oder neurotisch verhinderten Menschen, die sich aus solchen Gründen letzten Endes das Zölibat zum Ideal gemacht haben“ (!), tun und wie es schließlich ohne Scheu persönlicher Opfer der Beweggrund und das Ziel der Caritas ist, nämlich mit der Liebe, die letzten Endes dem Leben dient, das ihr allerdings mehr wert ist als ein Stück Materie!

Dr. med. Karl Litj, Ulm.

Frucht im Mutterleibe“, ohne die von Kollege Gundert aufgeworfene Frage klar zu entscheiden. Es läßt sich tatsächlich juristisch weder sagen, daß die Unterbrechung eine „Tötung“ sei, noch daß sie es nicht sei.

Menschlich aber muß man feststellen, daß durch die Vernichtung der Frucht die Grundrechte eines Dritten — nämlich die der Frucht — entscheidend verletzt werden!

Wenn eine Frau die sogenannten Grundrechte für ihren Körper in Anspruch nimmt, so muß sie ihre eigene Forderung billigerweise auch auf ihr Kind übertragen! —

Wenn im übrigen der Begriff „Leben“ allein von der Lungenatmung abhinge, dann wäre es ja beispielsweise nach Kollege Gundert nicht strafbar, ein Neugeborenes, das mit weißer Asphyxie zur Welt kommt — also noch nicht durch die Lunge geatmet hat —, zu vernichten.

Nach § 1 BGB. beginnt aber die Rechtsfähigkeit des Menschen tatsächlich mit der Vollendung der Geburt.

Kollege Gundert vergißt, daß zu dem Begriff Leben noch andere Merkmale gehören als nur die Atmung!

(Im übrigen ist aber auch bei einem Wesen, das noch nicht durch die Lunge geatmet hat, zumindest eine Zellatmung vorhanden!)

Ich frage Kollege Gundert, wie er eigentlich die Frucht im Mutterleibe vom biologischen Standpunkte aus bezeichnen will, wenn er ihr Leben und damit Menschengleichheit und Menschenrechte abspricht? Wie kann etwas wachsen und sich entwickeln, wenn es nicht lebt? Wie kann man eine Frucht, die von einem Menschen gezeugt, von einem Menschen empfangen und getra-

gen wird und in der denkbar engsten biologischen Verbindung mit ihm steht, anders benennen als eben mit dem Namen „Mensch“! Und was ist dann folgerichtig die Vernichtung dieses Wesens anderes als Tötung? Von ärztlichen Gesichtspunkten aus erscheint es mir ferner ganz unverständlich, wenn Kollege Gundert wörtlich sagt: „Es ist bis heute nicht durch genügende Statistiken erwiesen, ob eine rechtzeitig, fachärztlich in der Klinik durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechung in körperlicher oder seelischer Hinsicht für die Frau eine nennenswerte Schädigung herbeiführt.“

Die Frage, die hier aufgeworfen ist, lautet also: „Ist die Schwangerschaftsunterbrechung vom gesundheitlichen Standpunkte aus ungefährlich und deshalb ohne weiteres vertretbar?“

Für den biologisch und physiologisch denkenden Arzt ist es eine Selbstverständlichkeit, daß eine Unterbrechung für den Organismus der Frau nicht gleichgültig sein kann.

Gerade in der Schwangerschaft dürfen wir das ganze Geschehen im Organismus der Frau nicht von engen Grenzen aus schauen, das heißt, wir haben uns davor zu hüten, nur die Veränderungen und Umwandlungen an den unmittelbar beteiligten Geschlechtsorganen zu beobachten, kritisch zu werten und sich allein um ihre neuen Funktionen zu kümmern. Wir müssen vielmehr bestrebt sein — wie K e h r e r sich ausdrückt —, die Gravidität von möglichst großen und weiten allgemein-medizinischen und naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten aus zu sehen und zu beurteilen.

Wir werden dann erkennen, daß die Schwangerschaft ein Vorgang von tiefgreifendster und feinsten Allgemeinveränderung des ganzen weiblichen Organismus und seiner Funktionen ist. Es werden neue physiologische und physikalisch-chemische Reaktionen von weittragendster Bedeutung durch sie ausgelöst, die Hormonbildung und ihre Ausschüttung ändert sich grundlegend, anatomische Umwandlungen in großem Ausmaße sind im ganzen Körper der Frau zu beobachten. Das Wichtigste erscheint mir aber die Tatsache, daß in der Gravidität die Zentrale für die Organ- und Gewebefunktionen aus dem System Zwischenhirn-Hypophyse heraus in die Trophoblasten des Eies bzw. in die Chorionepithelien verlegt wird!

Gerade hier ist eine ungeheure potentielle Energie zusammengeballt und die Wachstums- und Hormonbildungsfähigkeit ist beinahe als unbeschränkt zu bezeichnen.

Wird nun das Ei durch eine künstliche Unterbrechung vernichtet — und wir dürfen nicht vergessen, daß der Eitod sich in wenigen Minuten vollzieht —, so zerstört er gleichzeitig dieses neugebildete Zentrum für die Organ- und Gewebefunktionen. Es bedarf wohl keiner näheren Begründung mehr, daß dadurch im Körper der Frau ein Chaos entstehen muß!

Selten wird der Ablauf im Organgeschehen wieder ganz in normale Bahnen zurückfinden können, und die Folgen sind dann die zahllosen Unterleibs- und Stoffwechselleiden der Frau.

Ferner sehen wir bei etwa zwei Drittel aller Frauen nach Unterbrechungen eine Sterilität. Ist dies ein gleichgültiger Folgezustand? Wird nicht oft gerade dadurch später eine schwere psychische Erschütterung bei diesen Frauen hervorgerufen? Auch das Portio- und Corpuscarcinom sah ich nach Unterbrechungen gehäuft auftreten!

In der Literatur finden wir zahllose Angaben, die eine Bestätigung für die eben ausgesprochenen Befürchtungen und Beobachtungen darstellen.

M a r t i u s bezeichnet eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung „als ein für Körper und Seele der Frau nicht ungefährliches Verfahren“.

H ü s s y schreibt in seinem Buch über ärztliche Gutachten: „Man darf nicht vergessen, daß jeder künstliche Abort eine Art Mordes bedeutet; denn von Anbeginn der Befruchtung an zeigt die Frucht Lebenszeichen. Es wäre im medizinischen und juristischen Sinne durchaus willkürlich, wollte man den Beginn des Lebens mit dem Geburtstermin zusammenwerfen. Die Geburt ist nur eine zufällige Erscheinung des Gesamtlebens. So wäre es auch unbedingt falsch, den Beginn des Lebens in einen bestimmten Schwangerschaftsmonat zu versetzen. Man kann nun allerdings einwenden, ein Kind sei eben erst lebensfähig, wenn es am Ende der Gravidität oder doch nicht viel früher geboren werde. Das stimmt allerdings, das beweist aber noch lange nicht, daß man das Recht hat, vorher das Leben eines Menschen zu zerstören. Ebensogut könnte man dann sagen, es wäre berechtigt, Säuglinge umzubringen, da sie noch nicht ohne sorgsame Pflege gedeihen können. Es geht daraus hervor, wie unsinnig es ist, wenn der Hüter menschlichen Lebens, der Arzt, eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft befürwortet.“

Ein russischer Autor sagt unter anderem: „Mit 140 000 Aborten im Jahr dokumentieren wir nur, daß wir 140 000 Frauen jährlich zu Invaliden machen.“

Der deutsche Ärzteverein 1930 erklärte unter anderem, daß „eine Unterbrechung der Schwangerschaft immer auch mit gewissen Schädigungen, häufig mit Lebensgefahr für die Schwangeren verbunden sei“.

Professor Winter gibt bei Unterbrechung durch ärztlichen Eingriff eine Mortalität von 3,8 %, Kern von 6,2 % an, bei anderen Autoren wie K a s a n s k i und P o i s s n e r finden sich sogar Zahlen bis zu 9,67 %.

Man wird nicht sagen können, daß diese Zahlen kein Gewicht haben, sie sind im Gegenteil als erschreckend groß zu bezeichnen, wenn man die moderne Operationstechnik und Asepsis berücksichtigt!

Wenn man zudem die Geschichte der Abtreibung über viele Jahrhunderte verfolgt, so erkennt man, daß die künstlichen Unterbrechungen in allen Ländern stets zu gesundheitlichen Katastrophen geführt haben.

Wir brauchen nur in der Geschichte R u ß l a n d s zu blättern, dort finden wir die Bestätigung dafür, daß die Freigabe der Abtreibung ein verhängnisvoller Irrtum der Gesetzgebung und ärztlichen Anschauung war. Die gesundheitlichen Schäden durch die „L e g e a r t i s“ durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen waren so groß, daß Professor A l e x a n d r o f f schon auf der vereinigten Konferenz der therapeutischen und geburts-hilflichen Gesellschaft in M o s k a u am 10. Mai 1922 wörtlich unter anderem sagte: „Wir haben noch nie eine so große Anzahl septischer Erkrankungen gesehen wie in den letzten drei Jahren, was um so betrüblicher ist, als diese Erkrankungen in allerschwerster Form auftreten, beginnend mit Puerperal-endometritis und endigend mit Allgemeinsepsis, welche die Frau innerhalb weniger Tage dahintrifft.“

Als die schwersten Komplikationen bei der Ausführung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung sind die Gebärmutter-perforationen zu bezeichnen, die häufig vorkommen. Dies sind nur die unmittelbaren Folgen des operativen Eingriffs. Betrachten wir, was weiter mit den Frauen geschieht, bei denen eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen wurde, so sehen wir, daß ein großer Prozentsatz der Frauen die gynäkologischen Abteilungen der Krankenhäuser überfüllen, sie stellen heute das prävalierende Element dar!“

1922 kamen infolgedessen in Rußland besondere Gesetze gegen die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung.

In § 8 mußte jede Frau aufgeklärt werden:

1. über die gesundheitlichen Nachteile der Abtreibung,
2. über die mit der Operation verbundene Lebensgefahr und
3. über die Nachteile, die der Abort für das Wohlergehen der Sowjetrepublik darstellte.

Und in § 9 wurde bestimmt, daß sämtliche Unterabteilungen des Mutter- und Säuglingsschutzes verpflichtet sind, gegen die Abtreibung zu agitieren und in Aufklärungsvorträgen, ja in Theateraufführungen den Massen die Schädlichkeit der Aborte im allgemeinen und die Gefahr der pfuscherhaften Aborte im besonderen vor Augen zu führen.

Wenn also 1945 in Rußland die Kliniken, in denen die künstlichen Unterbrechungen bisher vorgenommen worden sind, geschlossen wurden, so ist das nach den Erfahrungen, die die Gesundheitsbehörden mit dem künstlichen Abort machten, sehr zu verstehen.

Wir Deutschen müßten eigentlich daraus lernen und nicht wieder mit der alten deutschen Gründlichkeit das Experiment, das Rußland der Welt vorgemacht hat, wiederholen wollen! Was Rußland dank seiner großen Bevölkerungszahlen und seines im Grunde gesunden sittlichen Empfindens überstehen konnte, ohne völkisch und sittlich zugrunde zu gehen, würde für uns gesundheitlich, bevölkerungspolitisch und sittlich den Untergang bedeuten.

Wenn Kollege Gundert am Schlusse seiner Ausführungen glaubt, noch „die kirchlich orientierten Kreise“ angreifen zu sollen, so ist dies in einem wissenschaftlichen Aufsätze sicher verfehlt und um so mehr zu bedauern, als die Argumentation, mit der es geschieht, wenig logisch stichhaltig, dafür aber leider allzuviel propagandistisch aufgebaut erscheint!

Die sogenannten kirchlich orientierten Kreise verlangen aus der Verantwortung heraus, die sie Gott und ihrem Volke gegenüber tragen und haben müssen, eine Bestrafung der Abtreibung! Von drakonischer Bestrafung ist aber nirgends die Rede!

Professor Hermann Muckermann ist z. B. in seinem Aufsatz: „Grundsätzliches zur Diskussion über § 218“ in der Zeitschrift „Begegnung“ auf Seite 149 gerade für eine milde Bestrafung eingetreten! Geradezu absurd ist es, zu behaupten, die Forderung dieser Kreise lasse die Einstellung erkennen, daß die „Fortpflanzungsfunktion in ihrer Auswirkung dem alten Fluch des Sündenfalles unterliegen müsse“. Was Kollege Gundert damit sachlich sagen will, ist mir unklar!

Wer die wahre Einstellung kirchlich orientierter Kreise kennt, der weiß, daß gerade hier die höchste Achtung und die tiefste Ehrfurcht vor dieser Funktion des Menschen besteht, die ja in das Mysterium des Lebens führt. Aus dem daraus gewonnenen Verantwortungsbewußtsein fühlen sie sich als Hüter und Wähler des Heiligsten im Leben berufen; denn vor allem diese Kreise haben das Mysterium des Lebens in seinem eigentlichen Sinne erkannt oder besser gesagt, erahnt — weil ja ein vollkommenes Durchdringen dieser letzten Dinge unmöglich ist.

Mit Sachlichkeit hat es ferner nichts zu tun, wenn Kollege Gundert diese Kreise ausgeschaltet haben will, weil sie ihm als „gesundheitslich, weltanschaulich oder neurotisch verhinderte Menschen erscheinen, die sich aus solchen Gründen letzten Endes das Zölibat zum Ideal gemacht haben“.

Das sind Entgleisungen, die jede wissenschaftliche Objektivität vermissen lassen.

Jeder Mensch mit einem normal entwickelten Rechtsempfinden, klarem Denken und geschärftem Verantwortungsgefühl hat das Recht und die Pflicht, Gefahren, wie sie durch die Freigabe des § 218 entstünden und auch durch eine ärztlich durchgeführte Unterbrechung entstehen müssen, aufzuzeigen und vor ihnen zu warnen, ohne daß man ihn deshalb als „verhinderten Neurotiker“ bezeichnen darf!

Kollege Gundert betont in seinen Schlußsätzen, daß für die Volksgesundheitspflege und die Caritas „die Aufgabe viel wichtiger, allerdings auch schwerer und unbequemer sei, für ein menschenwürdiges Dasein und Zusammenleben der Geborenen zu sorgen“.

Er widerlegt sich mit diesem Satze eigentlich selber! Er gibt nämlich zu, daß die Volksgesundheitspflege und die Caritas gerade dann große Pflichten und Aufgaben übernehmen, wenn

sie für den Schutz der Ungeborenen eintreten; denn sie selbst sind es ja später wieder, auf deren Schultern die Sorge und Mühe um diese durch ihr Eintreten am Leben Gebliebenen ruhen!

Kollege Gundert glaubt zuletzt noch sagen zu müssen, daß der § 218 durch seine Wirkungslosigkeit in weiten Volkskreisen lächerlich und durch seine schädlichen Nebenwirkungen wie Denunziation, Erpressung, Verfemung, Zerstörung des Familienfriedens verhaßt geworden sei.

Das Volk empfindet nicht den § 218 an sich als lächerlich, sondern nimmt nur manche Form, mit der der Kampf gegen ihn geführt wird, nicht mehr ernst. Dies kann nicht wundernehmen, da die Gründe, die angeführt werden, oft nichts mehr mit Logik, Rechtsgefühl und Sachlichkeit zu tun haben. Die anderen Punkte, die von Kollege Gundert oben genannt sind, können als letzte Auswirkung fast eines jeden Gesetzes beobachtet werden. Wenn wir seine Begründung anerkennen wollten, müßten wir wiederum einen großen Teil aller Strafgesetze streichen.

Am schmerzlichsten vermisste ich aber in dem ganzen Aufsatz Kollege Gunderts das Bekenntnis zur Achtung und Ehrfurcht vor der Heiligkeit des Lebens und dem tiefen Geheimnis der Menschwerdung! Diese Ehrfurcht vor dem heiligen Wunder des Lebens ist ja die Grundlage, auf der sich allein eine geordnete menschliche Gemeinschaft aufbauen kann. Als Ärzte müssen wir die Ehrfurcht, die zutiefst im Letzten von Gott ausgeht, empfinden; denn wie sollen wir ohne sie unsere Berufssendung erfüllen können!

Der Eid des Hippokrates hat auch heute noch seine ewige Gültigkeit, und zu ihm muß sich jeder von uns freudigen Herzens bekennen, indem er nachschwört:

„Ich werde niemandem ein tödlich wirkendes Gift verabreichen, auch auf Verlangen nicht. Ich werde auch keinen solch verwerflichen Rat erteilen. Ebensowenig werde ich einem Weibe ein Mittel zur Vernichtung des keimenden Lebens geben! Rein und gottgefällig will ich mein Leben und meine Kunst bewahren!“

Dr. med. Karl Elmar Fecht,  
Chefarzt am Neuen St. Vinzentiuskrankenhaus Karlsruhe

### Antwort auf den „Offenen Brief“ von Dr. med. Karl Litz und die „Erwiderung“ von Dr. med. Karl Elmar Fecht

Meine Gedanken zum § 218 im Südwestdeutschen Ärzteblatt (2. Jahrgang, Heft 1) haben teils nachdrückliche Zustimmung, teils energische Ablehnung hervorgerufen.

Zustimmend schreibt z. B. Dr. B. in R.: „Ihr Artikel . . . hat mir so gut gefallen, daß ich Ihnen für diese mutige Veröffentlichung meine Anerkennung aussprechen möchte. Ich fand in Ihrem Aufsatz all das, was ich hätte schreiben wollen.“

Dr. V. in G. schreibt: „ . . . das erste Vernünftige und Mutige, was ich über die Debatte des § 218 gelesen habe. — Ein Wort hinzuzufügen erübrigt sich für einen Arzt, der heute als Praktiker in der Sprechstunde steht und täglich die Not des Volkes sieht. Mein Lehrer Sellheim hat in Leipzig jahrelang hindurch Vorträge ähnlichen Inhaltes gehalten.“

Von gegnerischen Stimmen liegen die vorstehend abgedruckten des Herrn Dr. Litz und des Herrn Dr. Fecht vor.

Ich befeißige mich der gebotenen Kürze einer Stellungnahme mit folgenden Ausführungen:

Die Stellung des Arztes dem Gesetz gegenüber muß grundlegend neu geregelt werden. Der Arzt, der eine Interruptio lege artis durchführt, darf nicht von vornherein im Anklagezustand sich befinden und die Beweislast tragen. Dieser Standpunkt wird wohl von den meisten Kollegen, die sich überhaupt über die juristische Sachlage klar werden, geteilt. Ich verweise besonders auf die Ausführungen des Prof. Dr. jur. Eberhard Schmidt in der „Medizinischen Wochenschrift“ vom 18. Oktober 1947 S. 207. Auch Herr Dr. Fecht stimmt in diesem Punkt zu.

Des weiteren vertrete ich den Standpunkt, daß die sozialen Zustände, in denen sich eine Schwangere befindet, in natürlicher Wechselwirkung mit ihrer gesundheitlichen Tragfähigkeit stehen. Wenn die Schwangerschaftsunterbrechung nach dem Urteil einer Gutachterstelle erfolgt oder unterbleibt, so muß diese Stelle dem sozialen Faktor neben dem klinischen Befund genau so Rechnung tragen, wie dies etwa bei einer Tuberkulose oder auch bei einer Psychose Pflicht ist.

Auch diesen Standpunkt teilt die zitierte Arbeit von Prof. Schmidt.

Sehr scharf präzisiert Prof. Gaupp in seinen Ausführungen in der „Welt der Frau“ vom März 1947 die Notwendigkeit, die sozialen Faktoren mit zu berücksichtigen: „Es ist kategorisch abzulehnen, die soziale Indikation immer als ethisch verwerflich, mit dem Makel der Faulheit oder Bequemlichkeit, der Gottlosigkeit und materialistischen Unsittlichkeit zu behaften. So einfach ist die Antwort nicht. Gott fordert, wie wir annehmen möchten, von uns selbst die verantwortungsbewußte Entscheidung . . .“ Prof. Gaupp führt weiter aus, daß sich sogar die eugenische Indikation mit der sozialen und oft auch der medizinischen verbindet.

Die Frage, ob Organe der Fürsorgeeinrichtungen zur Feststellung der sozialen Verhältnisse hinzugezogen werden sollen, gleichsam als Gehilfen des ärztlichen Gutachters, ist mindestens zu erwägen.

Der zweite Teil meiner Gedanken stellt sozusagen wie ein Sprachrohr Bedenken und Zweifel gegen den § 218 zusammen, die aus der Bevölkerung ins Sprechzimmer des Arztes, speziell des Psychiaters dringen. Diese Stimmen schienen so gewichtig, daß sie auch vor einem ärztlichen Forum zu Gehör gebracht werden dürfen.

Es ist nirgends davon die Rede, daß ich selbst etwa der Ansicht sei, die Abtreibung könne bedingungslos freigegeben werden. Ich habe diesen Anschauungen „weitester Volkskreise“ in meiner Wiedergabe eine pazifistische, liberale und humane Tönung gegeben, habe erwartet und in Kauf genommen, damit einigen Anstoß zu erregen.

Über den Anteil des Selbstbestimmungsrechts der Frauen hat natürlich nicht der Arzt, sondern der Gesetzgeber zu entscheiden. Demzufolge sind hier neben den ärztlichen auch allgemeine Gesichtspunkte und Wertungen von Einfluß. Diese sind keineswegs rein wissenschaftlicher Natur. Gesetze sind nicht wissenschaftlich begründet, sondern entstammen Werturteilen, die sich nach Ort und Zeit wandeln. In der strittigen Frage ist es

natürlich wichtig, wie man über den ethischen Stand unserer Frauen denkt. Hält man ihre Anfälligkeit gegen kriminelle Tendenzen für sehr groß, so wird man versucht sein, zu scharfen Gesetzen zu greifen. Hält man die ethische Haltung unserer Frauen im großen ganzen für zuverlässig, so kommt man zu anderem Ergebnis.

Ein angesehener Frauenarzt brachte mir auf meinen Artikel hin zum Ausdruck, daß er gerade in der Zeit nach dem Zusammenbruch bei dem Großteil der Bevölkerung eine sehr positive Einstellung zum Kind bzw. zur Fortpflanzung feststelle. Bei richtiger Führung der Falschgestellten durch die Ärzteschaft sehe er keine Gefahr... wenn der § 218 falle.

Die vergangene Zeit und das Massenelend seit dem Zusammenbruch hat fraglos viele Gewissen stumpf gemacht. Es ist aber psychologisch aussichtslos, sich von Zwang und Drohung auf diesem persönlichsten und eigensten Lebensgebiet der Frau etwas Positives zu versprechen.

In dem Maße, wie das Verbot der Tötung und die Achtung vor dem Menschenleben auch auf anderen Lebensgebieten, im Alltag, Geltung gewinne, in dem Maße wäre auch eine sittliche Festigung der Bevölkerung hinsichtlich der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung zu erwarten und zu entwickeln.

Darauf, daß in juristischer Hinsicht bezüglich der „Tötung“ Unklarheiten herrschen, soll nicht weiter eingegangen werden. Es sei aber die Bemerkung erlaubt, daß ein Vergleich zwi-

schen Eigentumsdelikt und Schwangerschaftsunterbrechung in kriminal-psychologischer Hinsicht völlig abwegig ist. Während beim Eigentumsdelikt für die überwiegende Zahl der Menschen das Gesetz abschreckende Wirkung hat, ist hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechung die Abschreckung kaum wirksam. (Prof. Gaupp: „Die Erfahrung der letzten 50 Jahre lehrt, daß der § 218 keine abschreckende Wirkung von Belang ausübt. Kriminelle Aborte erfolgen schon lange jahraus jahrein nach Hunderttausenden... was für die Autorität eines Gesetzes sicher sehr mißlich ist. Das Gesetz erfüllt also seinen Zweck nur sehr mangelhaft. Das ist kein Grund, es ganz aufzuheben, aber es mahnt zur Besinnung...“)

Bei der Schwangerschaftsunterbrechung befindet sich die Frau im Zustand einer Notwehr und ist hinsichtlich ihrer persönlichen und sozialen Existenz häufig in lebensgefährlicher Weise bedroht. Beim Eigentumsdelikt kann wohl, vom Fall des Mundraubs abgesehen, nie von einem Zustand der Notwehr gesprochen werden.

Daß die Schwangerschaftsunterbrechung durch Nichtärzte, für die der Ausdruck Abtreibung ausschließlich Geltung hat, unter Strafandrohung zu stellen ist, ist klar. Wirksam wird diese Drohung jedoch nur sein, wenn der hilfesuchenden Schwangeren durch ärztliche Beratung und Führung ein gangbarer Weg im einen oder anderen Sinne gezeigt wird.

Dr. med. Hermann Gundert, Stuttgart.

## BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. Eduard Keeser: „Pharmakotherapie akuter Erkrankungen und Vergiftungen“. H. H. Nölke-Verlag, Hamburg. 96 Seiten.

Die kurzgefaßte Pharmakologie gliedert sich in zwei Teile. Im ersten ist die Behandlung akuter Erkrankungen mit kurzen Erläuterungen über die allgemeine Behandlung und nachfolgenden Rezepten. Im zweiten Teil wird die Behandlung akuter Vergiftungen besprochen, wobei eine kurze Symptomatik der jeweiligen Intoxikation vorausgesetzt wird, was für die selteneren Vergiftungen zumindest als sehr erwünscht zu bezeichnen ist. Da-

nach folgen wie bei den akuten Erkrankungen ein kurzer Abschnitt über die allgemeine Behandlung und anschließend der Rezeptteil.

Die alphabetische Folge in beiden Abschnitten und ein Sachregister ermöglichen eine rasche Orientierung.

Die angegebenen Anregungen für allgemeine und medikamentöse Behandlung sind zweckmäßig und erfahren zusammengestellt, die eigene Note ist gewahrt. Die heutige Arzneimittellage läßt das eine oder andere Rezept auf bessere Zeiten verschieben. Das Büchlein ist handlich und praktisch, ist für die Praxis geschaffen, gehört auf den Arbeitstisch und wird auch dem therapeutisch erfahrenen Arzt immer wieder Anregung bieten.

Dr. H. Giebel.

# Bekanntmachungen

## Deutscher Internisten-Kongreß

Vom 19.—21. Mai 1948 findet der erste große deutsche Internisten-Kongreß nach dem Kriege in Karlsruhe (amerikanische Besatzungszone) statt. Präsident des Kongresses ist Professor Martini, Bonn. Veranstalter: Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin.

Die Themen des Kongresses sind:

1. Tag: „Vegetatives Nervensystem“
2. Tag: „Blutfarbstoffe“
3. Tag: „Viruskrankheiten“.

Anmeldung zur Teilnahme spätestens 1. Mai 1948 an Kongreßbüro: Chefarzt Dozent Dr. med. habil., Dr. phil. Franz Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe, Städt. Krankenanstalten, Moltkestraße 18, Tel. 5430, App. 334. Bei rechtzeitiger Anmeldung wird für Verpflegung und Unterkunft gesorgt.

## Fortbildungskurs

### für Elektrokardiographie und Röntgenologie

Vom Montag, dem 24. bis Samstag, den 29. Mai 1948, findet der zweite Fortbildungskurs der Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe über Elektrokardiographie und Röntgenologie statt.

Extremitäten-Elektrokardiogramm  
Unipolare Brustwandableitung  
Belastungs-Elektrokardiogramm  
Steh-Elektrokardiogramm  
Röntgenbild  
Flächenkymogramm

Kursgebühr 40.— RM (zugunsten der Akademie).

Dozent: Doz. Dr. med. habil. Franz Kienle, Chefarzt der II. Med. Klinik, Städt. Krankenanstalten Karlsruhe.

Anmeldeschluß: 1. Mai 1948. Beschränkte Teilnehmerzahl.

## Institut für Psychotherapie Stuttgart

Sommersemester (April bis Juli) 1948

Vorlesungen:

1. Wilhelm Bitter: Einführung in die Psychotherapie.
2. Wilhelm Bitter: Allgemeine Neurosenlehre (Freud, Adler, Jung).
3. Wilhelm Laiblin: Archetypen des kollektiven Unbewußten nach C. G. Jung.
4. Hermann Gundert: Psychiatrisch-neurologische Grenzfälle mit Krankenvorstellung.
5. Helmuth Fischinger: Rechtsfragen (Zurechnungsfähigkeit, ausgewählte Kapitel aus dem Eherecht etc.).

Seminar und Übungen:

1. Felix Schottlaender in Gemeinschaft mit Maria Laiblin, Vilma Popescu, Vera Scheffen: Kasuistisches Seminar.
2. Wilhelm und Maria Laiblin, Lene Keppler: Heilpädagogisches Seminar.
3. Wilhelm Bitter unter Assistenz von E. A. Kreft: Autogenes Training.

Nähere Auskunft im Sekretariat des Instituts, Neue Weinsteige 63, Tel. 9 02 82.

Der Leiter:  
Dr. med. Dr. phil. Wilhelm Bitter,  
Facharzt für Nervenkrankheiten.

## An alle Bezieher!

Mit diesem Heft 1/3 wird der zweite Jahrgang des Südwestdeutschen Ärzteblattes eröffnet. Bedauerlicherweise war eine frühere Herausgabe infolge der bekannten Schwierigkeiten, insbesondere bei der Papierbeschaffung, nicht möglich. Auch ist für die nächste Zeit aus den gleichen Gründen eine regelmäßige Auslieferung noch nicht gesichert.

Die Bezieher des Südwestdeutschen Ärzteblattes werden deshalb um Verständnis und Nachsicht gebeten.

Herausgeber und Schriftleitung

## BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

### Änderungen in der Geschäftsstelle

Anfang April 1948 ist Herr Egon Burmester, bisher Hauptgeschäftsführer der Bezirks-Ärztekammer, aus seinem Amte ausgeschieden, um sich in einem anderen Lande eine neue Existenz zu schaffen. Seine hervorragenden Verdienste um den Aufbau unserer Organisation wurden gelegentlich der Vollversammlung der Bezirks-Ärztekammer am 20. März 1948 in einer kleinen Feier gewürdigt.

Auf Beschluß der Vollversammlung hat Herr Heinrich Ste in die Hauptgeschäftsführung übernommen. Neben dem ärztlichen Geschäftsführer, Herrn Dr. Friedrich Mö b i u s, ist als ärztlicher Referent Herr Dr. Johannes K r a h n tätig.

### Medizinische Fachliteratur für kriegsgefangene Ärzte

Wie der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg vom Länderrat, Referat für Kriegsgefangenenfragen, mitgeteilt worden ist, besteht unter den Ärzten, die noch in Kriegsgefangenschaft sind, ein großer Hunger nach Fachliteratur. Wir fordern deshalb die Kollegen auf, entsprechende Literatur, vor allem Fachzeitschriften, zur Verfügung zu stellen, die dann über die Landesarbeitsgemeinschaft für Kriegsgefangenenfragen den kriegsgefangenen Kollegen zugesandt werden sollen. Wir hoffen, daß möglichst viele Kollegen zu dieser Hilfeleistung bereit sind. Es wäre z. B. auch der Weg zu versuchen, daß Kollegen das Patenschaftsabonnement einer bestimmten medizinischen Zeitschrift für einen kriegsgefangenen Kollegen übernehmen.

Die Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg bittet um möglichst umgehende Mitteilung, wer von den Kollegen sich an dieser Aktion beteiligen will, und wird das weitere veranlassen.

### Penicillinzutachter

Zum Penicillinzutachter für den infolge Fortzugs ausgeschiedenen Herrn Professor Dr. med. Franz B a r d a c h z i ist Herr Dr. med. Werner P ü h m e y e r, komm. Leiter der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Eßlingen a. N., Telefon Nr. 1 62 44, vom Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, ernannt worden.

## BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

### Niederlassung zur Ausübung freier Privatpraxis

Um dem starken Andrang und dem großen Notstand der existenzsuchenden Kollegen und Kolleginnen zu begegnen, hat die Bezirks-Ärztekammer Nord-Baden mit Genehmigung der Inneren Verwaltung des Landesbezirkspräsidenten Baden beschlossen, die Niederlassung zur Ausübung freier Privatpraxis unter folgenden Bedingungen zu ermöglichen:

Die Ärzte, die bisher nicht zu frei praktizierender Tätigkeit in der Privatpraxis oder Kassenpraxis niedergelassen gewesen waren, sowie die Flüchtlingsärzte, können einen Antrag auf Genehmigung zur Ausübung frei praktizierender Tätigkeit in der Privatpraxis im Gebiet Baden (US-Zone) stellen, wenn sie folgende Forderungen erfüllen:

1. Der einheimische Arzt und der Flüchtlingsarzt mußte bis zum 3. 12. 1947 seine Eintragung im Arztregister der Ärztekammer Nord-Baden vollzogen haben bzw. sich um Niederlassung in Nord-Baden beworben haben.
2. Für in Nord-Baden mit behördlicher Genehmigung am 3. Dezember 1947 wohnhafte oder tätige Ärzte gilt die Eintragung ins Arztregister auch dann noch, wenn sie bis zum 31. Januar 1948 vollzogen wird.
2. Der einheimische Arzt muß in Baden geboren sein oder sich durch mehrjährige Tätigkeit in Baden ein Verdienst

### Richtlinien für die Verordnung von Penicillin

#### I. Bei inneren Erkrankungen

1. Da Penicillin vorerst nur in recht beschränkten Mengen zur Verfügung steht, muß in jedem Falle sorgfältig geprüft werden, ob durch Penicillin ein Erfolg zu erwarten ist und ob dieser Erfolg durch keine andere Behandlung — vor allem mit Sulfonamiden — erreicht werden kann.

um die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung erworben haben, oder er muß aus einem Teilgebiet Deutschlands stammen, in dem keine Niederlassungsbeschränkung für die Ausübung freier Privatpraxis gegenüber aus Baden stammenden Ärzten besteht.

3. Der einheimische Arzt und der Flüchtlingsarzt muß vor dem 31. Dezember 1939 das Staatsexamen abgelegt haben und im übrigen die Bedingungen des § 6 der Niederlassungsordnung hinsichtlich der Ärzte erfüllen, die vor dem 1. Mai 1944 approbiert sind. Bei Flüchtlingsärzten gilt an Stelle des Nachweises der deutschen Staatsangehörigkeit der Flüchtlingspaß in Verbindung mit der Zuzugsgenehmigung des Landesbeauftragten für das Flüchtlingswesen. Voraussetzung ist, daß der Arzt im Besitze einer deutschen Bestallung oder einer ausländischen Urkunde ist, die vom Gesundheitsausschuß des Länderrats als Ersatz für eine deutsche Bestallung anerkannt ist.

Jeder Kollege, der glaubt, obige Bedingungen zu erfüllen, und seine Niederlassung betreiben will, möge seinen Antrag mit dem Nachweis der erfüllten Bedingungen bei dem örtlichen Niederlassungsausschuß der für seinen derzeitigen Wohnsitz zuständigen Ärzteschaft umgehend einreichen.

### Verlustmeldung betr. Radium

Das Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, hat mit Erlaß Nr. X 773 vom 16. Februar 1948 den Staatlichen Gesundheitsämtern die Fahndung nach entwendetem oder abgegebenem und nicht zurückgeliefertem Radium zur Pflicht gemacht. Ärzte, denen ein Verlust an Radium bekannt geworden ist, werden gebeten, dies dem Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, mitzuteilen.

### Schwangerschaftsbestätigungen

Das Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, teilt mit: „Von den Ernährungsämtern werden wiederholt Fälle gemeldet, in denen von Hebammen, Ärzten und Fachärzten Schwangerschaftsbescheinigungen mit Angabe des vierten Monats ausgestellt werden. Die Schwangerschaft wird entsprechend weiterbestätigt. Die Geburt tritt aber nicht rechtzeitig ein. Bei allem Verständnis für die Schwierigkeit der Feststellung einer beginnenden Schwangerschaft muß verlangt werden, daß Irrtümer frühzeitig berichtet werden.“

### Vorsicht bei der Verordnung von Betäubungsmitteln!

Erneute Fälle von Betrügereien rauschgiftsüchtiger Personen geben Veranlassung zu dem Hinweis an die Kollegen, sich vor der Verschreibung von Betäubungsmitteln die Kennkarte solcher Patienten vorlegen zu lassen, die ihrer Person nach noch nicht bekannt sind.

### Lehrgang für Amtsärzte

An der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird vom 20. April bis 30. Juli 1948 der vierte Lehrgang für Amtsärzte abgehalten. Das Vorlesungsverzeichnis geht den Lehrgangsteilnehmern rechtzeitig vor Beginn des Lehrganges noch zu. Umgehende Anmeldung ist erforderlich, da die Zahl der Ausbildungsplätze in den praktischen Kursen begrenzt ist. Den Lehrgangsteilnehmern werden möblierte Zimmer durch Vermittlung des Wohnungsamtes oder des Studentenhilfswerks nachgewiesen werden. Für eine Gemeinschaftsverpflegung ist gesorgt.

Für Nord-Württemberg-Baden wird die Teilnahme von Hilfsärzten der Gesundheitsämter zentral durch das Innenministerium in Stuttgart geregelt, so daß unmittelbare Meldungen dieser Ärzte bei der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus-Sozialministerium, nicht abzugeben sind.

bei Tuberkulose und bei Malaria. Gonorrhoeische und syphilitische Erkrankungen fallen nicht in unseren Bereich und sind den zuständigen Stellen in der Hautklinik zuzuweisen.

3. Bei allen Prozessen, bei denen ein chirurgischer Eingriff in Frage kommt, vor allem bei allen Abszessen und dgl. darf dieser nicht versäumt werden. Der Chirurg ist zu der Beratung zuzuziehen. Beim Empyem soll vor der intrapleurale Penicillininjektion der Eiter durch Punktion möglichst entleert werden.

4. Grundsätzlich soll im allgemeinen der Versuch einer energischen Sulfonamid-Behandlung mit großen Gaben (mindestens täglich 6—8 g, je nach Erreger) vorausgeschickt werden. Jede Penicillin-Behandlung muß in einem fachärztlich geleiteten Krankenhaus erfolgen.

5. Bei Endocarditiden, besonders bei der Lenta, ist sehr sorgfältig zu prüfen, ob überhaupt ein Erfolg erwartet werden kann. Heilungen sind mehrfach beobachtet worden, sind aber nicht allzu häufig und erfordern viel Penicillin (mehrere Millionen Einheiten). Dauert die Erkrankung schon lange, länger als 2—3 Monate, und ist der Zustand infolge des Infektes oder des Herzleidens sehr schwer, so bietet die Behandlung keine Aussicht und muß unterlassen werden, wenigstens solange nicht größere Mengen von Penicillin zur Verfügung gestellt werden können.

6. **Dosierung:** Es müssen dreistündlich Tag und Nacht je 20 000 bis 40 000 (60 000) Einheiten gegeben werden, also 160 000 bis 320 000 (480 000) Einheiten am Tage. Die erforderliche Gesamtmenge schwankt zwischen einer halben und mehreren Millionen. Im einzelnen werden folgende ungefähre Gesamtmengen als wirkungsvoll und notwendig angegeben:

**Sepsis** (Staphylokokken — Streptokokken —, Puerperalsepsis). Gesamtmenge vom klinischen Verlauf abhängig, im Durchschnitt 1 Million Einheiten.

**Pneumonie** nur nach Erfolglosigkeit mit Sulfonamiden. Gesamtmenge: 500 000 Einheiten.

**Pleuraempyem:** Ortliche Behandlung und allgemeine Behandlung, 1 Million Einheiten.

**Meningitis:** Im allgemeinen Sulfonamid-Therapie erfolgreich; nur in Ausnahmefällen Penicillin-Behandlung, etwa 1 Million Einheiten.

**Pneumokokken — Peritonitis:** 500 000 bis 1 Million Einheiten.  
**Endocarditis lenta:** Gelegentlich wurde schon mit 2½ Millionen Einheiten ein Erfolg erzielt, meist sind aber mindestens 6 Millionen Einheiten und mehr erforderlich. Eine derartig große Menge kann vorerst jedenfalls für eine einzelne Erkrankung, die zudem eine ganz unsichere Aussicht bietet, nur ausnahmsweise abgegeben werden. Auf Absatz 5 wird verwiesen.

7. Wichtig ist, daß das Fieber bei einer erfolgreichen Behandlung schon in den ersten (2—4) Tagen abfällt. Bleibt das Fieber unverändert, ist auch von weiteren Gaben ein Erfolg nicht zu erwarten und die Behandlung abzusetzen, um das Mittel nicht zu verbrauchen.

8. Penicillin soll intramuskulär, in dringenden Fällen zunächst auch intravenös gegeben werden, bei Empyem in die Eiterhöhle, bei Meningitis auch intralumbal. Spritzen und Nadeln müssen durch Kochen in Wasser oder im Autoklaven sorgfältig sterilisiert werden. Desinfektionsmittel, auch Alkohol, sind dabei zu vermeiden. Es dürfen nur Glasspritzen gebraucht werden.

(Prof. Dr. Siebeck-Heidelberg, Doz. Dr. Volhard-Karlsruhe.)

## II. Aus chirurgischen Anlässen

Die Anzeigen für Penicillin sind:

1. **Prophylaxe und Therapie sonst sicher schwerer Wundinfektionen:**

Beispiele: Thorakoplastiken nach Empyemresthöhle, schwer verschmutzte Verkehrsunfälle, komplizierte Frakturen und Gelenkverletzungen, kombiniert mit großen Weichteilwunden usw.

2. **Pyogene Infektionen seröser Häute (Peritonitis, Meningitis, Pleuritis),** sofern, wenn irgend möglich, die Quelle der Infektionen selbst versorgt worden ist, z. B. Peritonitis nach Magengeschwürperforation (nach Übernähung oder Resektion), verschmutzte Schädelverletzungen mit Durabeteiligung, offener Pneumothorax u. dgl.

3. **Pyogene Infektionen, bei denen operative Eingriffe aussichtslos sind.** Beispiele: Maligner Gesichtsfurunkel, Wangenphlegmone, septische Zustände usw.

4. **Penicillin ist abzulehnen, wenn es sich um geschlossene Infektionen handelt, die erfahrungsgemäß nach chirurgischer Behandlung gute Heilaussichten haben.**

**Beispiele:** Abszesse, Phlegmonen, Osteomyelitis, subphrenische Abszesse u. dgl.

5. **Penicillin ist weiter abzulehnen, wenn es unmöglich Nutzen stiften kann,** z. B. bei alten Knochenfisteln durch Sequester, Fisteleitungen bei infizierten Fremdkörpern, Nahtinsuffizienzen u. dgl.

6. In allen Fällen, in denen es der Situation nach möglich ist, in **Sulfonamidbehandlung** zu versuchen und dieselbe dem Penicillin-Antrag vorzuschicken.

7. Wenn eine **Sulfonamidbehandlung nicht vorausschickbar** ist, muß dies in dem Antrag ganz kurz begründet werden.

8. Die Penicillin-Anträge müssen, wenn auch nur im Telegrammstil, die **Situation**, in der sich der Kranke befindet, **klar erkennen lassen.** Bloße Diagnosen reichen als Unterlagen für die Genehmigung nicht aus.

(Prof. Dr. K. H. Bauer-Heidelberg, Prof. Laqua-Karlsruhe.)

## III. Bei geburtshilflich-gynäkologischen Erkrankungen

Die Penicillin-Therapie kommt in Frage in erster Linie bei folgenden Erkrankungen:

1. **Sepsis post partum,** und zwar für alle klinischen Verlaufsformen. Die Diagnose der Erkrankungen sollte möglichst durch Blutkultur gesichert sein. In Zweifelsfällen dürfte aber auch mikroskopische und kulturelle Untersuchung des Zervikalsekretes genügen, besonders dann, wenn sich hier Streptokokken oder haemolytische Staphylokokken in Reinkultur finden. Eine Sulfonamidtherapie, also eine Darreichung von mindestens 30 g Suprinal in 3 Tagen sollte vorausgegangen sein. Es empfiehlt sich, diese Therapie bis zum tatsächlichen Eintreffen von Penicillin weiter zu führen.

2. **Sepsis post abortum.** Für sie gelten sinngemäß dieselben Bedingungen wie für die Sepsis post partum.

3. **Hochfieberhaftem septischem Abortus incompletus,** besonders wenn Verdacht auf Abtreibung oder Uterusverletzung besteht.

4. **Puerperale Peritonitis.** Als beste Form der Behandlung erscheint hier die Darreichung einer Dauertropfinfusion.

5. **Spät-Peritonitis nach Aborten** als Folge von Perforationen oder ascendierenden Erkrankungen.

6. **Schwere abszedierende Parametritis** bei protrahiertem Verlauf.

7. **Parotitis post operationem.**

8. In seltenen Fällen von schwerer Mastitis, welche mit allgemeinen septischen Symptomen verläuft.

**Bemerkung:** Besonderer Wert ist darauf zu legen, daß alle evtl. notwendigen chirurgischen Maßnahmen erfüllt werden, da die Penicillintherapie niemals einen chirurgischen Eingriff ersetzen kann.

**Dosierung:** dreistündig 30 000 Einheiten.

Die für einen Fall notwendige Höchstdosis dürfte zwischen 1 und 3 Millionen Einheiten schwanken.

Chronisch entzündliche Adnextumoren und chronische Parametritiden kommen, auch wenn sie mit Sulfonamiden vorbehandelt sind, als Indikation für Penicillinbehandlung nicht in Betracht.

(Prof. Dr. Runge-Heidelberg, Doz. Dr. Römer-Karlsruhe.)

## IV. Bedingungen für die Abgabe von Penicillin

1. Klinikaufenthalt des Patienten,
2. vorherige ergebnislose Sulfonamidbehandlung des Patienten,
3. Lebensgefahr des Patienten,
4. schriftliche Genehmigung des Penicillin-Obergutachters,
5. schriftliche Anweisung des Innenministeriums Stuttgart (Abt. Gesundheitswesen).

Nachdem neuerdings Penicillin bei den Kreiskrankenhäusern niedergelegt ist, kann in besonders dringenden Fällen — die fernmündliche Genehmigung des Penicillin-Obergutachters vorausgesetzt — das Penicillin dem niedergelegten Bestande ausnahmsweise sofort entnommen werden. In diesem Falle muß jedoch eine schriftliche Genehmigung des Penicillin-Obergutachters (vgl. Ziffer 4) ungesäumt nachgeholt werden. Der Obergutachter wird von seiner schriftlichen Genehmigung das Innenministerium (Gesundheitsabteilung) in Stuttgart benachrichtigen, damit nachträglich die schriftliche Anweisung (vgl. Ziffer 5) erwirkt wird.

Preis für eingeführtes Penicillin:

Der Apothekerabgabepreis beträgt 66.70 RM netto ohne jeden Zuschlag für Mega = 1 Million Einheiten.

## LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Hamburger Allee 12 — 14, Telefon 7 21 75

### Penicillin für nichtvenereische Erkrankungen

Um die Freigabe von Penicillin schneller zu ermöglichen und weitere Anfahrtswege zu vermeiden, hat die Medizinalabteilung des Hessischen Innenministeriums folgende Ausschüsse für die Freigabe von Penicillin bei nichtvenereischen Erkrankungen eingerichtet:

1. **Wiesbaden** für die Kreise Wiesbaden, Rheingau, Untertaunus und Limburg.  
**Vorsitzender:** Prof. Dr. med. Felke, Hautklinik Wiesbaden, Schwalbacher Str. 81, Tel. 59 781.  
 Prof. Dr. med. Kleinschmidt, Chirurg. Klinik der Städt. Krankenanstalten Wiesbaden, Schwalbacher Str. 62, Tel. 59 781, als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Kaufmann, Med. Klinik Wiesbaden, Schwalbacher Str. 62, Tel. 59 781, als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete. Penicillin-Ausgabestelle: Apotheke des Städt. Krankenhauses Wiesbaden, Schwalbacher Str. 62.
2. **Kassel** für die Kreise Kassel, Melsungen, Frittlar, Rotenburg, Eschwege, Witzenhausen, Hofgeismar, Wolfhagen, Waldeck.  
**Vorsitzender:** Prof. Dr. med. Nagell, Hautklinik Kassel, Mönchebergstr. 41, Tel. 3171.  
 Prof. Dr. med. Baumann, Chirurgische Abteilung des Stadtkrankenhauses Kassel-Wilhelmshöhe, Tel. 3608, als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Thöniessen, Innere Abteilung des Stadtkrankenhauses Kassel-Wilhelmshöhe, Tel. 3608, als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete.  
 Ausgabestelle: Apotheke des Stadtkrankenhauses Kassel-Wilhelmshöhe.
3. **Marburg** für die Kreise Marburg, Biedenkopf, Frankenberg, Ziegenhain.  
**Vorsitzender:** Prof. Dr. med. Schürmann, Universitätsklinik Marburg, Pilgrimstein 2a, Tel. 2687.  
 Prof. Dr. med. Wiedhopf, Chirurgische Universitätsklinik Marburg, Robert-Koch-Str. 8, Tel. 3017, als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Schwenkenbecher, Medizinische Universitätsklinik Marburg, Mannkopfstr. 1, Tel. 2102, als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete. Ausgabestelle: Universitäts-Apotheke „Zum Schwan“, Marburg.
4. **Fulda** für die Kreise Fulda, Gelnhausen, Schlüchtern, Hersfeld, Hünfeld.  
**Vorsitzender:** Dr. med. Jugelt, leitender Arzt der Haut- und Geschlechtskrankenabteilung des Stadtkrankenhauses Fulda, Edelzeller Weg 4, Tel. 3141/43.  
 Dozent Dr. med. Hildebrandt, Chefarzt und leitender Arzt der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses (Anschrift wie oben), als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Hertel, Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses (Anschrift wie oben), als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Ausgabestelle: Apotheke des Stadtkrankenhauses Fulda.
5. **Gießen** für die Kreise Gießen, Wetzlar, Oberlahn, Dill, Alsfeld, Lauterbach, Büdingen, Friedberg.  
**Vorsitzender:** Dozent Dr. med. Köhler, k.-Direktor der Universitätsklinik Gießen, Gaffkystr. 11, Tel. 4011.  
 Prof. Dr. med. Bernhardt, Chirurgische Universitätsklinik Gießen, Klinikstr. 37, Tel. 3533, als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Haas, Medizinische Klinik und Poliklinik Gießen, Klinikstr. 32, Tel. 3045, als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete.  
 Ausgabestelle: Apotheke der Universitätsklinik Gießen.
6. **Darmstadt** für die Kreise Darmstadt, Bergstraße, Dieburg, Erbach, Groß-Gerau.  
**Vorsitzender:** Dr. med. Römer, Hautklinik Darmstadt-Eberstadt, Gabelsbergerstr. 4, Tel. Eberstadt 275.

Dr. med. Rösener-Kleine, Chirurgische Klinik Darmstadt-Eberstadt, Heidelberger Str. 145, Tel. Eberstadt 340/49, als Fachberater für Chirurgie und verwandte Fachgebiete.  
 Prof. Dr. med. Plügge, Medizinische Klinik Darmstadt-Niederramstadt, Stiftstr. 2, Tel. Darmstadt 555, als Fachberater für Innere Medizin und verwandte Fachgebiete.  
 Ausgabestelle: Apotheke der Städt. Krankenanstalten Niederramstadt.

Die Ausschüsse erhalten monatlich durch den Vorsitzenden des Penicillinkomitees Frankfurt eine bestimmte Vorratsmenge von Penicillin zur Ausgabe für nichtvenereische Erkrankungen.

Die Lagerung hat in der jeweils oben angegebenen Apotheke unter Beachtung der Aufbewahrungsvorschriften zu erfolgen.

Die Entscheidung über die Freigabe trifft für die betreffenden Bezirke der jeweilige Vorsitzende des Ausschusses nach Anhören des Fachberaters.

Der Vorsitzende des Penicillinkomitees Hessen, Herr Professor Dr. med. Altman, Frankfurt, hat das Aufsichtsrecht über die Tätigkeit der einzelnen Ausschüsse und ist für die Beachtung der von der Militärregierung erlassenen Richtlinien verantwortlich. An ihn bitte ich monatlich jeweils die Penicillin-nachweisung und -abrechnung sowie die Befundberichte durch die Herren Vorsitzenden der Ausschüsse einzureichen.

### Rückdatierung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Nach Mitteilung der Krankenkassen mehrten sich in der letzten Zeit die Fälle, in denen Kassenärzte bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen als Beginn der Erkrankung einen rückwirkenden Zeitpunkt angeben. Die Rückdatierung des Krankheitsbeginnes vor den Beginn der Behandlung ist jedoch unzulässig. Nur in Ausnahmefällen kann sie bei besonderer Begründung durch den Arzt vorgenommen werden. Ist der Arzt infolge Arbeitsüberlastung nicht in der Lage, die für die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung notwendige Untersuchung an dem Tage vorzunehmen, an dem der Kranke beim Arzt erstmalig erscheint oder den Besuch des Arztes bestellt, dann soll der Arzt zur Vermeidung von Rückfragen durch die Krankenkassen diesen Sachverhalt auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kurz vermerken. Ich bitte, diese Richtlinien unbedingt zu beachten.

### Ärztliche Gutachten für den Arbeitseinsatz

Der Präsident des Landesarbeitsamtes Hessen teilt folgendes mit: „Seit langer Zeit weisen die Arbeitsämter immer wieder auf die bei ihrer Vermittlungstätigkeit gemachten Erfahrungen hin, daß von Personen, die einer Zuweisung in ein geregeltes Arbeitsverhältnis aus dem Wege gehen wollen oder sich einer bestimmten Arbeit bzw. einer Arbeitsverpflichtung zu entziehen versuchen, ärztliche Gutachten vorgelegt werden, aus denen zu entnehmen ist, daß die betreffende Person auf Grund des Untersuchungsbefundes für eine Arbeit in dem betreffenden Beruf oder für die Verrichtung bestimmter anderer Arbeiten nicht herangezogen werden kann. Es hat sich gezeigt, daß bei einer nochmaligen Überprüfung durch das zuständige Gesundheitsamt sich meist abweichende Feststellungen ergeben, die eine Arbeitsfähigkeit höheren Grades nachweisen.“

Ich bitte die Ärzte, vor der Ausstellung von Bescheinigungen, die zur Vorlage bei den Arbeitsämtern dienen sollen und die ein Urteil über die Arbeits- und Einsatzfähigkeit des Patienten zum Inhalt haben, eine gewissenhafte Untersuchung vorzunehmen und Bescheinigungen nur in den Fällen auszustellen, in denen sich tatsächlich ein objektiver Befund ergibt, daß die Einsatzfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit des Patienten beschränkt oder gemindert ist. Da die Ausstellung von Gefälligkeitsattesten nach § 8 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte verboten ist, setzt sich der Arzt im Übertretungsfalle unter Umständen der Gefahr eines berufsgerichtlichen Verfahrens aus.

### VITA:

Prof. Dr. Franz Büchner, geb. 20. 1. 1895 in Boppard/Rh.  
 Prof. Dr. H. Opitz, geb. 2. 11. 1888 in Schlottmig/Schl.  
 Dr. Karl Litz, geb. 15. 12. 1913 in Ulm  
 Dr. Karl Elmar Fecht, geb. 27. 10. 1895 in Freiburg/Br.