

öffentlichen Interesse ein Preisgeben durch den Arzt zwingend erfordert oder zuläßt (vgl. hierzu E 6, Dtsch. med. Wschr. 1958, 151).

Nun kommt im vorliegenden Falle aber noch hinzu, daß der Patient zwar insoweit Herr seines Geheimnisses ist, als er die Meldung an die Versicherungsanstalt mit der Folge des Verlustes seiner Ansprüche untersagen kann, daß er aber die Meldung an das Gesundheitsamt nicht verbieten kann. Hier ist die Schweigepflicht und das Recht des Arztes, zu schweigen, kraft Gesetzes durchbrochen. Bei ansteckender Lungentuberkulose muß nach der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. 12. 1938 (RGBl. I, S. 1721), deren Weitergeltung in der Rechtsprechung anerkannt ist, das Gesundheitsamt verständigt werden. Da eine solche Meldung im Zweifel schon vor der Einweisung in das Tbc-Krankenhaus erfolgt war, versteht es sich von selbst, daß auch eine Besserung dem Gesundheitsamt zu melden ist. Dies liegt sogar im eigenen Interesse des Patienten.

Was nun die Bedenken anlangt, daß innerhalb von Behörden Akten der verschiedensten Art durch die Hände nichtärztlicher Personen gehen, so muß dies als Folge des Sozialstaates hingenommen werden. Wer Ansprüche stellt, muß sich auch damit abfinden, daß solche Ansprüche bürokratisch behandelt werden. Man kann in einer Anstalt oder einem Amt, wo untergeordnete Arbeiten begriffsnotwendig sind, nicht lauter approbierte Ärzte zu Hilfsdiensten heranziehen. Man braucht Schreibkräfte, Verwaltungsaktuelle und Registratoren. Insoweit bestehen beim Gesundheitsamt keine Schwierigkeiten, den der Leiter des Gesundheitsamts ist ein Arzt und alle Angestellten eines solchen ärztlich geleiteten Amtes sind sonach Gehilfen, die dem Arzt in seinem Berufe helfen, selbst wenn sie ehrenamtlich, also nicht selbst berufsmäßig tätig sind. Bei Versicherungsanstalten und anderen Unternehmen ist in der Regel nicht ein Arzt der Leiter. Soweit er ein medizinisches Dezernat leitet, unterliegen auch seine Gehilfen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 300 StGB. Den Ärzten übergeordnete Stellen können umgekehrt nicht als deren berufsmäßige Gehilfen angesehen werden. Hier kommen nur die allgemein beamtenrechtlichen Schweigebote strafrechtlicher Art (§ 353b und c StGB) und disziplinarische Maßnahmen in Betracht. Gewiß sind das einige Lücken, die aber jedenfalls nicht so schwerwiegend sind, als daß man außerhalb einer allgemeinen Reform des Rechts besondere Sonderbestimmungen schaffen müßte.

Bundesanwalt Dr. M. Kohlhaas, Karlsruhe-Durlach, Elly-Heuss-Weg 5

**D 12** Ist eine gesetzliche Krankenkasse verpflichtet, die Kosten für die Behandlung von Bazillen-Dauerausscheidern zu übernehmen, zum Beispiel Typhus, Paratyphus-Ausscheider, mit Kombinationsbehandlung, Bluttransfusion, Chloromycetin, Cholezystektomie, Penicillin und Reizkörpertherapie?

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, Krankenhilfe zu gewähren, wenn eine Krankheit im Sinne der RVO vorliegt. Dafür ist Voraussetzung ein regelwidriger Körperzustand, der entweder Arbeitsunfähigkeit verursacht oder ärztliche Behandlung notwendig macht. — Beim Bazillen-Dauerausscheider ist die Krankenkasse also zur Ge-

währung von Krankenhilfe verpflichtet, wenn ärztliche Behandlung erforderlich ist. Für den Umfang der ärztlichen Versorgung gilt § 368e RVO. Die ärztliche Versorgung muß zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sein. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen. Die Ärzte dürfen sie nicht bewirken oder verordnen, die Krankenkasse darf die Kosten nicht übernehmen. Innerhalb dieses Rahmens ist die Krankenkasse zur Kostenübernahme für die Behandlung von Bazillen-Dauerausscheidern verpflichtet. — Die in der Frage erwähnte Kombinationsbehandlung, u. a. mit Bluttransfusion, Cholezystektomie, läßt an die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung denken. Krankenhauspflege ist nach dem derzeitigen Stand des Leistungsrechts der RVO keine Pflichtleistung, sondern eine Kann-Leistung (Ermessensleistung) der Krankenkassen. Die Bestimmung in § 182 Abs. 4 RVO ist zu beachten; die zu gewährenden Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Dr. P. Petersilie, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 3

**J 8**

#### Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung und Eheverbot im Ausland

Frage: Gibt es zur Zeit Staaten, in denen Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung oder Eheverbot aus eugenischer Indikation geübt werden?

Antwort: Nach Mitteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es zur Zeit Gesetze über Sterilisation und Kastration in folgenden Staaten: Dänemark: Gesetz Nr. 176 vom 11. 5. 1935 über Sterilisation und Gesetz Nr. 171 vom 16. 5. 1934 über die bei Geisteskrankheiten zu ergreifenden Maßnahmen, Finnland: Gesetz Nr. 83 vom 17. 2. 1950 über Sterilisation und Gesetz Nr. 84 vom 17. 2. 1950 über Kastration, Island: Sterilisationsgesetz seit 1938, genaues Datum hier unbekannt, Japan: Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit vom 13. 7. 1948, Norwegen: Gesetz Nr. 2 vom 1. 6. 1934 über Sterilisation, Schweden: Gesetz Nr. 133 vom 24. 3. 1934 über Kastration und Gesetz Nr. 282 vom 23. 5. 1941 über Sterilisation, USA: hier bestehen Sterilisationsgesetze in 32 von den 49 Staaten der USA. Von einer Aufzählung dieser einzelnen Staaten wird abgesehen. Sterilisationen aus eugenischer Indikation werden nach dieser Mitteilung in den aufgeführten Ländern auf freiwilliger Basis durchgeführt und sind auf dieser Basis durch die genannten Gesetze legalisiert. Bei Geschäftsunfähigkeit der Betroffenen sehen einige Gesetze vor, daß der Staat solche Maßnahmen in besonders geregelten Ausnahmefällen anordnen kann.

Gesetze über Schwangerschaftsunterbrechung bestehen in folgenden Staaten: Bulgarien: Instruktion vom 27. 4. 1956, Dänemark: Gesetz Nr. 177 vom 23. 6. 1956, Finnland: Gesetz Nr. 82 vom 17. 2. 1950, Ungarn: Erlaß des Ministerrates Nr. 1047/56 vom 3. 6. 1956, Polen: Gesetz Nr. 61 vom 27. 4. 1956, Schweden: Gesetz Nr. 318 vom 17. 6. 1938, modifiziert 1942 und 1946, Schweiz, Genf: Ausführungsbestimmungen vom 12. 12. 1953 zu Art. 33 des Gesetzes zur Anwendung des Strafgesetzbuches vom 7. 12. 1940, Tschechoslowakei: Gesetz Nr. 68 vom 19. 12. 1957, Jugoslawien: Dekret Nr. 27 vom

11. 1. 1952. Nicht bekannt ist, inwieweit die vorgenannten Gesetze Bestimmungen über Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation enthalten.

Gesetze über Eheverbote aus eugenischer Indikation sind nicht bekannt. Einige der aufgeführten Gesetze enthalten Bestimmungen über Ehegesundheitszeugnisse und deren Verweigerung bei Vorliegen vererbbarer Geisteskrankheiten. Diese Ehegesundheitszeugnisse sind aber, wie z. B. in Frankreich, nur von Bedeutung bei einem evtl. Antrag auf staatliche Zuschüsse zur Eheschließung und Familiengründung.

Nähere Einzelheiten sind folgenden Publikationen zu entnehmen: 1. Le Recueil international de Législation sanitaire (Berliner Medizinische Zentralbibliothek und Bundesministerium des Innern, Abteilung Gesundheitswesen, Bonn), 2. Nachtsheim, Hans: „Für und wider die Sterilisation aus eugenischer Indikation“, Stuttgart 1952, Georg Thieme Verlag, 3. Audit, Jean, u. a.: „L'Eugénique“, Paris 1953, J. B. Baillièrre et Fils.

Dr. J. Stockhausen, Bundesärztekammer,  
Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1

## BERICHTE AUS DEM AUSLAND

Aus der Diabetikerzentrale der Landesversicherungsanstalt Hamburg (Leitender Arzt: Dr. med. Dr. phil. H. Brechmann)

### Diabetestherapie in den USA

Von Klaus Rentzsch

Wer etwas über den Stand der Diabetestherapie in den USA aussagen will, läuft Gefahr, Verallgemeinerungen Vorschub zu leisten, die eine weite räumliche Distanz von jeher begünstigt. Das gilt für beide Ufer des Ozeans. Spricht man drüben mit jemandem z. B. über Nadisan oder die ersten Anfänge der BZ 55-Therapie, so heißt das, „die Deutschen haben...“ und alle Kritik oder Hochachtung, je nach Einstellung des Gesprächspartners, wird leicht in dieser Weise verallgemeinernd vorgebracht. Selbstverständlich weiß man, daß wir keineswegs 1955 die Insulinspritze weggelegt haben; da aber immer nur eine beschränkte Anzahl von Spezialisten die Literatur eines Fachgebietes überschauen kann, wirken sich alle leichtfertigen Verallgemeinerungen eben irgendwie nachteilig aus. Man sollte sich ihrer enthalten. Deshalb muß am Anfang eines solchen medizinischen Reiseberichtes die eigentlich selbstverständliche Feststellung stehen, daß es in einem fast kontinentalen Raum wie dem Staatsgebiet der USA nicht eine einzige Methode der Diabetesbehandlung geben kann, sondern daß unterschiedliche Auffassungen nebeneinander bestehen und in der Praxis ausgeübt werden.

Dennoch herrscht drüben eine bestimmte Schule vor, so daß sich niemand zumindest der kritischen Auseinandersetzung mit ihr und ihren Auffassungen entziehen kann. Diese auf den drei Grundgedanken Diät, Insulin und Übung aufgebaute Methode Joslins hat sich bisher diesen entscheidenden Einfluß erhalten können. Ihre Grundthesen waren in den zwanziger Jahren für die Diabetestherapie revolutionierend. Sie brachten die bewußte Abkehr von dem bis dahin geltenden Streben nach Heilung des Zuckerkranken zugunsten einer umfassenden Führung des an einer Organunterwertigkeit leidenden Patienten. Sie waren die folgerichtige Ergänzung der Entdeckung des Insulins und ermöglichten erst dessen volle Nutzenanwendung in der Praxis. Wenn diese Gedanken auch heute nicht mehr neu sind, so ist es doch wertvoll, sich ihrer einmal wieder klar bewußt zu werden, weil sich damit die Erkenntnis der Sonderstellung des mit einer Organunterwertigkeit behafteten Patienten gegenüber

anderen Kranken verbindet. Diese Sonderstellung bedingt besondere, heilfürsorgerische Maßnahmen und eine ständige ärztliche Führung, die in der üblichen ärztlichen Praxis, die auf Diagnostik und Therapie im Sinne der Heilung vorübergehender Erkrankungen abgestellt ist und sein muß, nur selten genügend Berücksichtigung finden kann.

Die Forderung einer Erfassung der Zuckerkranken durch Diabetiker-Zentralen, auf der Basis ärztlicher Zusammenarbeit und ohne gesetzlichen Zwang, ähnlich den Tbc-Fürsorgestellen, ist berechtigt, nicht um in die Behandlungsfreiheit des praktizierenden Arztes einzubrechen, sondern um eine zusätzliche Aufgabe an diesen Kranken zu erfüllen. Besonders unter den Gegebenheiten einer Großstadt ist eine gleichmäßige Überwachung während Jahren und Jahrzehnten praktisch nicht anders zu erreichen. Eine strikte Beschränkung auf Stoffwechsel-Kontrollen bringt übrigens keine Entfremdung des Patienten vom behandelnden Arzt, sondern führt ihn im Gegenteil oft diesem rechtzeitig wieder zu. Die Zusammenarbeit zwischen Zentrale und Arzt ist dabei eine rein organisatorische Aufgabe und nur eine Frage des guten Willens auf beiden Seiten.

Auch die Arbeit der Joslin-Clinic, Boston/Mass., basiert auf diesen Grundgedanken. Getragen wird das Institut von der American Diabetes Association. Es soll nicht verschwiegen werden, daß die Zusammenarbeit dieses Institutes mit der praktizierenden Ärzteschaft ebenfalls noch durch Vorurteile belastet ist, die auch bei uns gegenüber ähnlichen Institutionen bestehen. Dennoch hat es sich als führende Forschungs- und Behandlungsstätte den entscheidenden Einfluß auf die Diabetes-Behandlung im Lande weitgehend sichern können. Schon in organisatorischer Hinsicht findet man die sehr perfektionierten Methoden der Joslin-Clinic mit nur geringen Abweichungen in anderen Diabetes-Kliniken des Landes wieder. Während sich die Aufgabengebiete von Ärzten, Laboratorium und Schwestern von selbst abgrenzen, ist der Diät-Berater für den kontinentalen Besucher ein Novum. Er tritt in Tätigkeit, sobald die ärztliche Unter-