

c3919

ausgegeben von H. Schwalm und G. Döderlein, Verlag Urban & Schwarzenberg, München). Es werden sämtliche Erkrankungen der Vulva beschrieben, wobei mehr Wert auf die Klinik und auf die histologischen Befunde gelegt wird. Die Therapie wird demgegenüber nur mehr am Rande behandelt. Die Bilderbildung ist ausgesprochen reichhaltig, sowohl was die makroskopische Darstellung als auch die histologischen Befunde betrifft. Die englische Ausgabe enthält etwas mehr Abbildungen als die deutsche, auch die Schrifttumsangaben sind erweitert. Das Buch dürfte sich vor allem als Nachschlagewerk bei selteneren Erkrankungen der Vulva eignen. R. Kepp, Gießen

Spezielle chirurgische Therapie

Saegesser, M.: *Spezielle chirurgische Therapie*. 8., vollständig neu bearb. Aufl., 1972. 1524 doppelspaltige Seiten, 3243 Abb. (Verlag Hans Huber, Bern.) Ln. DM 330,-

Die achte, vollständig neu bearbeitete Auflage enthält zahlreiche neue Kapitel, die in das Lehrbuch aufgenommen wurden. Andere Kapitel wurden vollständig neu bearbeitet, um der raschen Entwicklung der Chirurgie in den letzten Jahren Rechnung zu tragen. Besonders zu erwähnen ist dabei das Kapitel der Knochenbruchbehandlung, das sich streng an die Richtlinien der »Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen« anschließt. Das nunmehr schon zu den Standardwerken der Chirurgie zählende Buch versucht erneut, die zahlreichen chirurgischen Spezialdisziplinen in einem Band überschaubar abzuhandeln, wobei gewisse Einschränkungen vorgenommen werden mußten, ohne daß dadurch der Wert und die Beliebtheit des Werkes geschmälert werden. Das überwiegend für die tägliche Praxis bestimmte Buch geht in prägnanter Form auf pathophysiologische Zusammenhänge ein, wirft differentialdiagnostische Erwägungen auf und umreißt klar die Indikationsstellungen.

Dem operativen Vorgehen wird nicht zuletzt durch reichhaltige, gute, schematisierte Abbildungen ein breiter Raum gewährt. Die präoperativen diagnostischen Verfahren werden ebenso erwähnt wie die Richtlinien der postoperativen Be-

handlung und auch die postoperativen Komplikationen. Das didaktisch gut aufgebaute Werk wird aufgrund seiner klaren Darstellung in seiner neu bearbeiteten Form wiederum ein zuverlässiger und wertvoller Ratgeber für den Chirurgen und jeden chirurgisch interessierten Mediziner sein.

H.-J. Peiper, Göttingen

Gestagene bei Tier und Mensch

Tausk, M.: *Pharmacology of the Endocrine System & Related Drugs: Progesterone, Progestational Drugs & Antifertility Agents*. Vol. II. (*International Encyclopedia of Pharmacology and Therapeutics, Section 48*) 1972. XIV, 538 pp. (Pergamon Press Ltd., Oxford.) Cloth £ 12,-

Dieser Band behandelt die Chemie, den Stoffwechsel und die pharmakologischen Wirkungen der Gestagene bei Tier und Mensch. In ganz hervorragender Weise werden die unterschiedlichen Wirkungsspektren der einzelnen Gestagene analysiert und diskutiert. Neben den mehr sexualspezifischen Effekten der einzelnen Gestagene wird unter anderem auch auf die Beeinflussung der Leber-, Schilddrüsen- und Nebennierenfunktion, des allgemeinen Stoffwechsels sowie des Gerinnungssystems eingegangen. Es wird deutlich gezeigt, warum das Vorhandensein oder Fehlen oder das Ausmaß bestimmter Teilwirkungen das eine oder andere Präparat bzw. Gestagen für ganz bestimmte Indikationen prädestiniert. In einer gesonderten Subsektion wird über die antifertilen Wirkungen von Östrogenen, Gestagenen und Östrogen-Gestagen-Kombinationen und die hormonale Kontrazeption ganz allgemein berichtet.

Dieser Band kann allen empfohlen werden, die sich mit experimentell-endokrinologischen Fragen der Reproduktion beschäftigen. Dem endokrinologisch-gynäkologisch interessierten Kliniker wird es dieser Band erleichtern, für die jeweilige Indikation das optimale Präparat zu wählen. Schließlich sollte jeder dieses Buch besitzen, der sich mit der hormonalen Kontrazeption beschäftigt.

F. Neumann und Y. Nishino, Berlin

Kleine Mitteilungen

Reform des § 218 StGB

Der 76. Deutsche Ärztetag hat am 12. Oktober 1973 in München folgende EntschlieÙung gefaÙt:

»Die Achtung und Erhaltung des menschlichen Lebens muß oberster Grundsatz für die Entscheidung bleiben, ob ein Schwangerschaftsabbruch legal durchgeführt werden kann. Auch das werdende menschliche Leben ist schutzwürdig und darf aus ärztlicher Sicht nur um der Erhaltung der Gesundheit der werdenden Mutter willen geopfert werden.

Der Deutsche Ärztetag lehnt daher die strafrechtliche Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen einer Frist von 3 Monaten ab. Es gibt keine Frist in der Entwicklung des menschlichen Lebens nach der Nidation im Mutterleib, vor deren Ablauf das werdende menschliche Leben keinen oder einen geringeren Schutz verdient. Die Fristenlösung würde daher mit Sicherheit zur Folge haben, daß viele Ärzte ihre Mit-

wirkung bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs versagen müÙten, was zwangsläufig zu der aus ausländischen Erfahrungen bekannten Entwicklung von Abtreibungskliniken führen würde.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nur dann gerechtfertigt, wenn er nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes abzuwenden. Medizinisch indiziert ist der Schwangerschaftsabbruch unter diesem Gesichtspunkt auch dann, wenn sich die Gefahr für den seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren aus einer aufgezwungenen Schwangerschaft, einer begründeten Befürchtung der Schwangeren, ein gesundheitlich schwer geschädigtes Kind zur Welt zu bringen, oder aus einer anders nicht abwendbaren sozialmedizinischen Notsituation der Schwangeren ergibt. Mit seiner Auffassung befindet sich der Deutsche Ärztetag in Übereinstimmung mit

den von der Weltorganisation der Ärzte in Oslo 1970 beschlossenen Grundsätzen »nach denen ein Schwangerschaftsabbruch nur als therapeutische Maßnahme durchgeführt werden sollte.

Nur die Beschränkung des legalen Schwangerschaftsabbruchs auf die medizinische Indikation in dem hier dargelegten Sinne kann die Übernahme der Kosten durch die soziale Krankenversicherung rechtfertigen.

Der Deutsche Ärztetag weist in diesem Zusammenhang eindringlich darauf hin, daß die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch nicht zur ärztlichen Pflicht gemacht werden darf.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt grundsätzlich die im Entwurf eines Gesetzes über ergänzende Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB vorgesehene Einführung eines Anspruches auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Deutsche Ärztetag betrachtet aber Bezeichnungen wie »ergänzende« oder »flankierende« Maßnahmen für unzutreffend, denn es muß sich hier um »Soziale Primärmaßnahmen zur Verhütung von Abtreibungen« handeln. Hier wollen die Ärzte sachverständige Mithelfer sein:

1. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zur emanzipatorischen Erziehung bei der Sexuaufklärung, bei der Schwangerschaftsverhütung und bei der Familienplanung. Insbesondere kann durch verstärkte individuelle Aufklärung der Bevölkerung über Fragen der Empfängnisregelung in vielen Fällen eine unerwünschte Schwangerschaft und damit auch die mit jedem Schwangerschaftsabbruch verbundene gesundheitliche Gefahr vermieden werden.
2. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zu sozialstaatlichen Initiativen bei der Adoptionsgesetzgebung, bei einem Lastenausgleich für kinderreiche Familien und bei der Organisation von Familienhilfen.
3. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zur Überwindung der Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft.

Der im Entwurf vorgesehene uneingeschränkte Anspruch jeder Versicherten auf ärztliche Hilfe bei Abbruch der Schwangerschaft zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch ist nur dann zu rechtfertigen, wenn der legale Schwangerschaftsabbruch bei der anstehenden Reform des § 218 StGB auf die medizinische Indikation eindeutig beschränkt bleibt.

Die medizinisch nicht indizierte Abtreibung darf auf keinen Fall eine gesetzlich anerkannte Handlung werden, sondern muß rechtswidrig bleiben, denn zu einer gesetzlich anerkannten Handlung könnten auch widerstrebende Ärzte einmal gezwungen werden, wenn z. B. die Nachfrage das Angebot an Abtreibern übersteigt. Durch den Bruch der Rechtsgrundlage des Rechts auf Leben als Folge der »Fristenlösung« verliert nämlich auch der uneingeschränkte Heilungsauftrag des Arztes seinen Halt. Selbst eine gesetzliche Bestimmung, daß kein Arzt zu einer medizinisch nicht indizierten Abtreibung gezwungen werden könne, wird nach einem Bruch der Rechtsgrundlage des Rechts auf Leben völlig unzureichend sein.

Einzelbestimmungen gewinnen dauernden Halt nur an den ihnen zugrunde liegenden rechtlichen Wertungen, wandeln sich – wie im Falle der Fristenlösung – die Rechtsgrundsätze, so sind die Einzelbestimmungen erfahrungsgemäß sehr schnell zu ändern.«

Ärztmangel und Regierung in den USA

Über Regierungsmaßnahmen zur Abhilfe des Ärztemangels in den USA berichtete unlängst L. M. Rousselot vom Bureau of Health Manpower Education der National Institutes of Health in Bethesda (Federal efforts to influence physician education, specialization distribution projects and options. Amer. J. Med. 55 [1973], 123). In dem Leitartikel wird zunächst darauf hingewiesen, daß beim Fortbestehen der gegenwärtigen Tendenzen im Jahre 1990 praktische Ärzte in Amerika nur noch 6% der Ärzteschaft ausmachen werden (1930: 80%; 1970: 19%), daß dann einer von jeweils drei Ärzten Ausländer sein wird (in

Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland in der 5. Vierwochenperiode (vom 22. 4 –19. 5. 1973)

Land	Scharlach		Übertragbare Hirnhautentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Ruhr		Hepatitis infectiosa	
	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr	absolut	auf 100000 Einwohner und 1 Jahr
Schleswig-Holstein	179	90,9	23	(11,7)	—	—	1	(0,5)	—	—	38	(19,3)
Hamburg	154	113,0	21	(15,4)	—	—	—	—	1	(0,7)	49	(36,0)
Niedersachsen	239	43,1	52	(9,4)	2	(0,4)	3	(0,5)	—	—	176	31,7
Bremen	26	(45,9)	7	(12,4)	—	—	1	(1,8)	—	—	24	(42,4)
Nordrhein-Westfalen	736	55,7	144	10,9	5	(0,4)	7	(0,5)	4	(0,3)	541	40,9
Hessen	255	60,0	49	(11,5)	—	—	3	(0,7)	6	(1,4)	170	40,0
Rheinland-Pfalz	104	36,6	20	(7,0)	—	—	1	(0,4)	—	—	96	33,8
Baden-Württemberg	477	67,8	47	(6,7)	2	(0,3)	2	(0,3)	3	(0,4)	238	33,8
Bayern	509	61,5	84	10,1	3	(0,4)	—	—	8	(1,0)	220	26,6
Saarland	42	(48,7)	4	(4,6)	—	—	—	—	—	—	27	(31,3)
Berlin (West)	191	119,8	49	(30,7)	1	(0,6)	1	(0,6)	5	(3,1)	115	72,1
Bundesgebiet	2 912	61,3	500	10,5	13	(0,3)	19	(0,4)	27	(0,6)	1 694	35,6
dagegen:												
4. Vierwochenperiode	3 846	80,9	544	11,4	20	(0,4)	11	(0,2)	33	(0,7)	1 618	34,0
Bundesgebiet, Jahresergebnis 1972	36 058	58,6	6 517	10,6	385	0,6	394	0,6	593	1,0	23 321	37,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Meldepflichtige Krankheiten. Ziffern, denen weniger als 50 Fälle zugrunde liegen, wurden eingeklammert, da diese infolge zu großer Zufallsschwankungen keinen sicheren statistischen Aussagewert besitzen.