

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Württembergisches Ärzteblatt. 1946-1946 1946**

6 (1.7.1946)

# WÜRTTEMBERGISCHES ÄRZTEBLATT

HERAUSGEGEBEN VON DEN WÜRTTEMBERGISCHEN ÄRZTEKAMMERN UND DER  
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG

Schriftleitung: Dr. med. Dr. rer. pol. Franz Koebner · Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart - W

Heft 6

STUTTGART, JULI 1946

1. Jahrgang

## Ärzteversammlung am 28. Juli 1946

Wie bereits viele der Kollegen gehört haben werden, ist im amerikanischen Gebiet der Entwurf zu einer neuen Sozialversicherungsordnung aufgestellt worden. (Siehe auch den Artikel von Dr. Dr. Koebner im Württembergischen Ärzteblatt, Heft 4/5.) Dieser wird, wenn er Gesetz werden sollte, einschneidende Veränderungen für unsere ärztliche Arbeit und das Gesundheitswesen des deutschen Volkes mit sich bringen. Der Entwurf wird in außerärztlichen Kreisen (von Sozialversicherungsspezialisten, Sozialpolitikern usw.) lebhaft diskutiert. Aus der Ärzteschaft wurde dringend eine Vollversammlung zur Diskussion dieser geplanten Sozialversicherungsreform gewünscht, zu der wir die Kollegen hiermit einladen. Es wird Zeit, daß die Ärzte sich an der Diskussion beteiligen und an der Gestaltung der Sozialversicherung mitarbeiten.

Die Versammlung findet am **Sonntag, 28. Juli 1946, um 9.30 Uhr**

in Stuttgart, im großen Hörsaal des Physikalischen Instituts, Wiederholdstraße 13, statt.

- Program m:
1. Referat Medizinalrat Dr. Koch, Darmstadt,
  2. Referat Dr. Husemann, prakt. Arzt in Stuttgart,
  3. Referat Dr. Herdt, Betriebsarzt der I. G. Farben, Ludwigshafen,
  4. Diskussion.

Ärztékammer Nord-Württemberg  
Der Präsident: Dr. med. Gundert.

## Ärztliche Stimmen zur Sozialversicherungsreform

1  
In dem Entwurf zur neuen Sozialversicherungsordnung ist der Sinn und das Wesen wahren Arzttums ganz außer acht gelassen worden. Die erfolgreiche ärztliche Behandlung eines Kranken beruht auf dem freiwilligen Vertrauensverhältnis des Kranken zum Arzt. Nach den §§ 171 bis 175 des Entwurfes ist der Arzt aber nicht der Vertrauensmann des Patienten, sondern der Versicherungsanstalt und in seinem Handeln vornehmlich durch diese bestimmt.

Wenn die Sozialversicherung in der Weise durchgeführt wird, wie sie in dem Entwurf vorgesehen wird, so bedeutet das nicht nur die Entwürdigung und das Ende wahren Arzttums, sondern auch zugleich das größte Unglück für die Kranken. Sie werden den Kurpfuschern in die Arme getrieben, in denen die Patienten noch die einzigen freien Heilbehandler erblicken, die nicht durch gesetzliche Vorschriften einer Sozialversicherung gebunden sind. Der dadurch entstehende Schaden für die Volksgesundheit wäre gar nicht mehr gut zu machen.

In einer Sozialversicherungsordnung muß aber nicht nur das Wohl der Kranken, sondern auch das Wesen des Arztestandes selbst besonders berücksichtigt werden. Die Ärzte sind nur wirklich leistungsfähig, wenn sie eine wirtschaftliche Selbständigkeit besitzen, die ihre ganze Kraft für das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken frei läßt. In dem Entwurf werden aber alle bisherigen Voraussetzungen für einen leistungsfähigen Arztstand über den Haufen geworfen; die privatärztliche Tätigkeit ist durch den Versicherungszwang für alle Gehalts- und Lohnempfänger fast ganz aufgehoben.

Letzter Sinn einer guten Sozialversicherung kann nicht das Wohl der eigenen Finanzen, sondern einzig und allein das Wohl der Kranken sein. Die Ärzte tragen in dem versicherungsärztlichen Dienst die Hauptlast, deshalb müssen sie auch eine besondere Berücksichtigung finden, die dem Wesen ihres Berufes Rechnung trägt. Sie müssen sowohl von behördlichen Einengungen als auch von finanziellen Sorgen frei sein, damit sie ihren aufopferungsvollen Dienst zum Wohl der Kranken tun können.

Wir Ärzte erheben deshalb gegen diesen Entwurf einer neuen Sozialversicherungsordnung den schärfsten Einspruch. In dieser für die öffentliche Gesundheit so überaus wichtigen Sache müssen in erster Linie die Ärzte gehört werden, da ohne sie die Krankenfürsorge überhaupt nicht durchgeführt werden kann. Nur verantwortungsbewusste Ärzte selbst können die Wege finden, auf denen der versicherungsärztliche Dienst zum Segen der Kranken geleistet werden kann.

Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch.

2

Daß der schuldvolle innere Zusammenbruch der Deutschen Sozialversicherung und die dermalige Konstellation im politischen Kraftfeld der Nation tiefgreifende Wandlungen im Gesamtgefüge der Sozialversicherung nach sich ziehen müsse, konnte selbstverständlich der Ärzteschaft nicht verborgen bleiben, um so weniger als sie den wichtigsten Tragpfeiler in der weitausgreifenden Architektur der Sozialversicherung darstellt, und die Geschichte ihres Standes seit langem in immer bedrohlicher werdendem Ausmaße von diesem ausgesprochen wirtschaftlich orientierten Teile des Staatsganzen mitbestimmt sieht.

Kein denkender Mensch wird bezweifeln können, daß das ehemals so stolze Gebäude der Deutschen Sozialversicherung nicht aufzurichten gewesen wäre ohne den starken Willen der Ärzteschaft, dem Ganzen zu dienen und in diesem Dienst Opfer zu bringen. Die Ärzteschaft kann stolz für sich die Tatsache in Anspruch nehmen, daß sie in keiner Notlage der Krankenversicherung versagt hat, und daß es ihr selbstloses Ausharren war, das den Untergang dieser Einrichtung in den Inflationsjahren verhindert hat. Es gehört mit zu den schmerzlichsten Erfahrungen der Ärzte, daß alle ihre Opfer, weil Opferbereitschaft einen nicht wegzudenkenden Bestandteil ihrer Standesethik darstellt, auch denen selbstverständlich erscheinen, denen sie dargebracht werden, und es war der beste Teil der Ärzteschaft, der sich durch die immer klarer erkennbare Entwicklungsrichtung des staatlichen Versicherungswesens in seinem inneren Arztum bedroht sah.

Tatsächlich ist nun auch, wie jeder sehen kann, der sich Tatsachen nicht verschließen will, der Ärztestand im Laufe der Entwicklung in allen Fragen der Mitwirkung am sozialen Versicherungswerk in eine Passivität hineingedrängt worden, die den Arzt um sein Arztum betrogen und nahezu in den Stand der Würdelosigkeit versetzt hat. Nicht ohne Groll und innere Verdrossenheit konnte zuletzt auch der berufene Arzt seinen aufreibenden Dienst am Ganzen versehen und nicht ohne Gefühl der Demütigung konnte er sich durch das Gestrüpp der Paragraphenreihen durchplagen, das ihm auf dem Weg zur Schaffung seiner wirtschaftlichen Existenz entgegentrat. Die hinter uns liegende Zeit der Gewaltherrschaft hat in der Ärztestand den Willen zur Abschüttelung der Fesseln, die wahres Arztum erdrosseln mü s s e n, aufs äußerste gesteigert und nur die ruhige Einsicht in die seelisch-geistige wie materielle Notlage unserer Zeit hat sie bislang davon abgehalten, zum Kampfe anzutreten.

Es wäre eine untilgbare Schande für den Ärztestand, der seine Bewährung längst erwiesen hat, wenn er betonen müßte, daß er heute nicht etwa die Zeit für gekommen glaubt, seine wirtschaftliche Lage zu verbessern, wiewohl ihm das Recht zustünde, zur Gewohnheit gewordene und mancherorts klug gehandhabte Irrtümer über seine wirtschaftliche Lage zu zerstreuen, wenn er erst erklären müßte, daß er auch in der heutigen Katastrophe der sozialen Versicherung opfernd am Rettungswerk mitarbeiten wolle; eine viel größere Schande aber wäre es, wenn er auch jetzt noch, nachdem die ersten Strahlen der Freiheit wärmend und hoffnunggebend in unser zerquältes und von

den eigenen Volksgenossen geschändetes Volk dringen, Arbeitsbedingungen weiterschleppen wollte, die unwürdig sind, und die ihn innerer Fäulnis überantworten müssen.

Die nunmehr vorliegende Neue Sozialversicherung erfüllt den Ärztestand von Nord-Württemberg und Nord-Baden mit Entsetzen und zwingt zu heiligem Protest.

Was soll es heißen, daß eine in das Gesamtleben der Ärzte und des ganzen übrigen Volkes tief einschneidende Versicherungsordnung zusammengestellt wurde, ohne daß auch nur ein einziges Mal die Vertreter des frei schaffenden Ärztestandes zur Beratung beigezogen worden sind in selbstverständlicher Gleichberechtigung mit den am Zustandekommen des Statuts so intensiv beteiligten Vertretern der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt? Was soll es heißen, daß dem Ärztestand eine seine Arbeit bis ins einzelne normierende und an vielen Stellen sein Mitbestimmungsrecht vollkommen auslöschende Arbeitsordnung auferlegt werden soll, die mit an erster Stelle von ihm selbst geschaffen sein müßte, weil keine gesunde Sozialversicherung zu denken ist, die nicht von dem Teil der Beteiligten bejaht werden kann, dem die größte Arbeit zufällt, dem Ärztestand.

Heißt es nicht die Intelligenz eines gebildeten Standes gefährlich unterschätzen und die Würde seiner Standesmoral mißachten, wenn man die dem Stand zum Fluch und Verhängnis gewordene Passivität durch solche Praxis in Permanenz erklärt?

Die Ärzteschaft von Nord-Württemberg und Nord-Baden erklärt in vollem Bewußtsein aller Folgen, daß sie nicht gewillt ist, sich fernerhin zum willenlosen Werkzeug einer Staatsführung machen zu lassen, die durch sich selbst bekundet hat, daß sie der Schaffung demokratischer Freiheit ihre Arbeit widmen wolle. Sie ist es der Gesamtheit schuldig, die durch den Verlust eines arbeitsfähigen und arbeitsfreudigen Ärztestandes sich bald genug in unveräußerlichen Rechten des persönlichen Lebens geschmälert sehen müßte, ihr zu sagen, daß die Sozialversicherungsordnung in keinem Teil unter ihrem Mitwirken zustandekommen ist, und sie ist es der nachkommenden ärztlichen Jugend schuldig, unzweideutig zu erklären, daß nicht durch freien Willensentschluß ihrer Väter, sondern durch Dekret der verantwortlichen staatlichen Stellen Lebens- und Arbeitsbedingungen für sie geschaffen wurden, unter denen es jenes freie Arztum nicht mehr geben wird, das viele von ihnen einst bewog, sich dem schönsten und zugleich entsagungsreichsten aller Berufe zuzuwenden.

Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart.

## Sozialversicherungsreform

### Gemeinsame Sitzung der Ärztekammern aus der amerikanischen Zone

Die Ärztekammer Nord-Württemberg hatte zur Beratung des Kommissionsentwurfes zur Sozialversicherungsreform die Ärztekammern der amerikanisch besetzten Zone für Sonntag, den 23. Juni 1946, in das Ärztehaus in Stuttgart eingeladen. Die starke Beteiligung der Vertreter von Nord-Baden und Groß-Hessen (Präsident Hofmann-Wiesbaden, Oelemann-Nauheim, Hammer, Koch-Darmstadt, Gräfer-Kassel, Geiger, Hamacher, Rist, Reinert, Wels, Eschner-Karlsruhe, Seubert, Barber, Steinmann-Mannheim, Spannagel, Stützel, Stengel, Wysocki-Heidelberg, Giggelberger, Spatze, Laubscher, Hommel-Pforzheim und die große Zahl der Gäste aus Tübingen, Freiburg i. B.,

Koblenz, Hannover, darunter Dr. Peters, der deutsche Sachverständige für Sozialversicherungsfragen bei der englischen Besatzungsbehörde, Präsident Sievers-Hannover und Dr. Dobler-Tübingen bewiesen, daß die Vertreter der Ärztekammern sich der schicksalhaften Bedeutung der Sozialversicherungsreform für die deutsche Volksgesundheit und die deutsche Ärzteschaft bewußt sind. Als Vertreter des Innenministeriums war Dr. Denk, als Vertreter des Stuttgarter Gesundheitsamtes Professor Gaupp erschienen.

Nach einer Begrüßungsansprache des Präsidenten der Ärztekammer Nord-Württemberg, Herrn Direktor Dr.

Gundert, berichtet Koebner unter Hinweis auf die Denkschrift der württembergischen Ärztekammer, die auf jedem Platze liegt, über die für den Arzt wichtigsten Punkte des Kommissionsentwurfes. Zum Zwecke des Ausgleiches des großen Defizits der Sozialversicherung sollen sämtliche ihrer Zweige zusammengeworfen werden; aber diese Zusammenlegung ist rein äußerlich; denn die Knappschaffsversicherung und die Arbeitslosenversicherung sind von vornherein ausgeschieden. Der Zusammenhang der Invaliden- und Krankenversicherung ist rein formal, denn der gemeinsame Beitrag soll 16 Prozent betragen, von dem 10 Prozent für die Invaliden- und Altersversicherung und 5 Prozent für die Krankenversicherung bestimmt sind. Aber der Rücklagenverlust beeinträchtigt die Liquidität der Krankenkassen nicht, da diese im allgemeinen jährlich bilanzieren. Soweit hier Defizite vorhanden sind, beruhen diese auf der Belastung der Kassen mit wesensfremden Leistungen ohne entsprechende Einnahmen. Die Unfallversicherung hat überhaupt keine Verluste, da sie rein auf dem Umlageverfahren beruht.

Die schweren Verluste der Invalidenversicherung beruhen darauf, daß hier das Kapitaldeckungsverfahren angewandt wird. Es ist unsinnig, in gegenwärtiger Notzeit erneut Reserven zu bilden. Trotz der zugestandenen Finanznot der Sozialversicherungsträger sollen die Leistungen erhöht und zum Ausgleich der Kreis der Versicherten fast auf das ganze Volk ausgedehnt werden, und zwar in grenzenloser Ausdehnung nur für die Sachleistungen, in Ausdehnung bis 7 200 RM für die Beiträge und Geldleistungen. Es ist daher fraglich, ob die Ausdehnung nicht eine Erhöhung der Anforderung mit sich bringen wird, die die Mehreinnahmen auffrißt. Die Krankheitsverhütung ist nur mit einem Satze kurz gestreift, der Krankentransport ganz vergessen. Sehr bedenklich ist die Festsetzung, daß die Bestimmungen über ärztliche Behandlung nur für den versicherungsärztlichen Dienst außerhalb der Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt und der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege gelten. Die Krankenkassen können also eigene Institute und Krankenhäuser errichten, in denen die Ärzte als abhängige Angestellte beschäftigt werden. Unärztlich ist ferner, dem Arzt die Pflicht aufzuerlegen, nur das unbedingt Notwendige zu tun. Der Arzt hat alles Erdenkliche für Leben und Gesundheit seiner Kranken aufzuwenden. Eine graphische Statistik des Referenten demonstriert die Verteilung des kassen- und privatärztlichen Einkommens auf die einzelnen Einkommensklassen und liefert die Grundlage für die Beurteilung der wirtschaftlichen Bedeutung der Privatpraxis.

Neuffer, Stuttgart, hebt hervor, daß es sich nicht nur um wirtschaftliche Dinge, sondern um das Wesen des Arztums handelt. Der seelische Kontakt zwischen Arzt und Kranken wird außer acht gelassen, wenn eine neue Ordnung die Ärzte zwangsweise zu Vertrauensleuten der Versicherungsanstalt macht.

Hammer, Darmstadt, zeigt, daß die Schaffung derartiger Mammutgebilde den Aufbau unseres Staates stört. Wirtschaftliche Gründe für die Beseitigung aller Kassen fehlen. Die Ersatzkrankenkassen können beibehalten, die Innungs- und Ortskrankenkassen wieder lebensfähig gemacht werden.

Koch, Darmstadt, verliert eine von ihm verfaßte Schrift und wendet sich vor allem gegen die Aufhebung des Selbstbestimmungsrechts der Versicherten in der Sozial-

versicherung. Das neue Gesetz bedeutet eine uferlose Ausdehnung der Bürokratisierung und der Ausschaltung jeder persönlichen Bewegungsfreiheit. Die Versicherten-Vertreter gehen nicht aus Wahlen hervor, sondern werden von den Gewerkschaften vorgeschlagen und der Präsident beruft sie.

Peters, Hannover, berichtet über die Vorgeschichte des neuen Entwurfes und die Entwicklung in der britisch besetzten Zone.

Sievers, Hannover, führt aus, wie sich die Ärztekammern mit den Krankenkassen im britischen Gebiet zu einer gemeinsamen Diskussion zusammengeschlossen haben. Die Ärzte dürfen sich die neue Reform nicht über ihren Kopf hinweg bestimmen lassen.

Hofmann, Kassel: Die Ärzte sollen sich mehr als Staatsbürger, wie als Ärzte fühlen. Die Verarmung des deutschen Volkes führt auf den Gedanken der Volksversicherung. Über die Zusammensetzung des Mitgliederbestandes der Krankenkassen und über ihre finanzielle Lage herrscht keine genügende Kenntnis. Die Durchführung des Entwurfes würde das Einkommen der Ärzte wesentlich verringern und den Arzt in Armut zurückführen, vielleicht zum Schaden seiner Berufsausbildung. Die Zusammenlegung der Krankenkassen entspricht einem Bedürfnis.

Hamacher, Karlsruhe, hält rechtlich das Zustandekommen des Entwurfes ohne parlamentarische Diskussion für ungesetzlich. Es besteht eine Gefahr für das Berufsethos. Die Ärzteschaft ist über die Planungen nicht genügend orientiert.

Hammer, Darmstadt: Ein objektives sachliches Urteil über die Frage der Reform der Sozialversicherung kann nur von Sozialpolitikern gesprochen werden. Es wird daher angeregt, eine erste Sozialpolitische Tagung zustande zu bringen. Der Entwurf stellt den Versuch dar, die Reform diktatorisch vor Zusammentritt der Parlamente durchzuführen.

Sievers, Hannover, berichtet über eine Sitzung der nordwestdeutschen Ärzteschaft. Gewünscht wird Krankheitsverhütung und -vorbeugung durch Einbau beamteter Ärzte bei Aufrechterhaltung des freien ärztlichen Berufes durch die freie Arztwahl. Die Zeiten der gewerkschaftlichen Methoden seien vorbei, Streikmittel sind unseres Standes unwürdig.

Geiger, Karlsruhe, weist auf die Bedeutung der Presse hin.

Koch, Darmstadt, erinnert daran, daß die Einheitskasse bereits 1929 genannt wurde. Die Wirtschaftlichkeit allein ist nicht maßgebend.

Metzger, Stuttgart, betont, daß es sich um einen Überfall handelt. Die kollektivierende Macht ist angetreten, es geht um das höchste Gut, um die Freiheit. Die Zahl 1 bedeutet die Diktatur. Die Kasse darf nicht zwischen Arzt und Patienten stehen.

Die Versammlung kommt einstimmig zu folgenden Vorschlägen:

Zusammenberufung eines Kongresses für Sozialpolitik; Ausarbeitung einer Denkschrift durch Dr. Koch, Darmstadt, und

Bildung eines Länderausschusses der Ärzteschaften von Groß-Hessen, Bayern, Württemberg und Nordbaden.

Dr. Koebner.

## Die öffentliche Diskussion des Gesundheitsgesetzes in den Vereinigten Staaten von Amerika

Von Dr. med. Ernst Röhr

Als Präsident Harry S. Truman am 9. November 1945 dem amerikanischen Volk eine umfassende gesetzliche Regelung seines Gesundheitswesens vorschlug, wurde ein schon lange drängendes Problem in das Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit gerückt. Ein Land, wie die Vereinigten Staaten von Amerika mit seinen 136 Millionen Einwohnern, kann es sich bei den hochzivilisierten Verhältnissen einer rationalen und materialistischen Welt nicht mehr leisten, seinen Bürger den wechselvollen Einwirkungen und Gefahren des täglichen Lebens im Schadensfalle sich selbst zu überlassen.

Der Aufschwung, den die Medizin durch ihre moderne wissenschaftliche Forschung genommen hat, und die damit notwendig gewordene größere Spezialisierung auf einzelne Fachgebiete haben gleichzeitig die Kosten ihrer kunstgerechten und ergiebigeren Anwendung für den einzelnen Menschen vergrößert. Hinzukommt die soziale und wirtschaftliche Lage vieler, für die diese kostspieligen Notwendigkeiten im Falle einer Erkrankung einfach nicht erschwinglich sind. Da aber die Gesundheit des einzelnen nicht mehr eine „Privatangelegenheit“ ist, sondern der Verantwortung aller unterliegt und geschützt werden muß, ist ein Plan geschaffen worden, bei dem der Gesunde dem Kranken hilft und, im Falle seiner eigenen Erkrankung, er in den Genuß der gleichen Hilfe gelangt. Die Senatoren Wagner und Murray und der Abgeordnete Dingell hatten schon im Juni 1943 einen entsprechenden Vorschlag zu einem nationalen Gesundheitsgesetz ausgearbeitet, der jetzt mit einigen Abänderungen als Wagner-Murray-Dingell Bill dem Senat bzw. dem Repräsentantenhaus zur Beurteilung und späteren Abstimmung vorliegt.

In den Vereinigten Staaten besteht praktisch bis heute im Rahmen einer nationalen Sozialversicherung noch keine Krankenversicherung, wie sie in den meisten europäischen Ländern vorzufinden ist. Die Verfassung enthält nur den Begriff der „allgemeinen Wohlfahrt“. Es mag hier das tiefstehende Mißtrauen des demokratischen amerikanischen Bürgers mitspielen, der der Bundesregierung von jeher nur die Rechte zugestanden hat, die unbedingt zum Wohle des Ganzen notwendig waren, aber der sich stärkstens gewehrt hat, wo die persönliche Freiheit und sein Unternehmertum eine Einschränkung, ganz gleich welcher Art, erfahren sollte. Ein Zeichen dafür ist auch, daß alle Formen der Sozialversicherung bisher keine Unterstützung aus den staatlichen Steuereinnahmen erhalten.

Maßnahmen zum Schutz gegen die Gefahren der Krankheit und den daraus resultierenden Notständen sozialer und wirtschaftlicher Art sind der persönlichen Initiative der sich davon bedroht fühlenden Personen überlassen worden. So bestehen eine Reihe von privaten nationalen Krankenhilfsorganisationen, Privatkrankenkassen bzw. Versicherungsgesellschaften und Krankenunterstützungsfonds von gewissen Berufsgruppen, Gewerkschaften oder Industriebetrieben. Entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit oder, besser gesagt, der Höhe der Beitragszahlungen ihrer Mitglieder, werden von diesen Einrichtungen die Kosten für Krankenhausaufenthalt, Krankenhausbehandlung, Krankengeld und selten die Arztkosten

vergütet. Die Blue Cross-Versicherungsvereinigung z. B. umfaßt etwa 14 Millionen Mitglieder, hauptsächlich Angehörige des Mittelstandes, die im Falle einer Krankenhausbehandlung die daraus erwachsenden Kosten durch die voreingezahlten Versicherungsbeiträge beglichen erhalten. Etwa 3,5 Millionen Menschen gehören Gesellschaften an, die nach einem Vorauszahlungssystem im Krankheitsfalle teilweise oder ganz die Arztkosten tragen. Es sei dazu bemerkt, daß der behandelnde Arzt gewöhnlich in keinem Vertragsverhältnis zu der Versicherungsgesellschaft mit irgendwelchen Bindungen betreffs Honorierung oder Beschränkung der Behandlungsmaßnahmen steht. Einige große Industriezweige, darunter vor allem die Schiffsbauwerften von H. J. Kaiser (Liberty- und Victory-Schiffe) haben für ihre Arbeiter bei einem jährlichen Beitrag von 30 Dollar (zirka 75 RM) ein eigenes Versicherungssystem geschaffen, das diesen freie Krankenhaus- und Arztbehandlung in eigenen Kliniken und von festangestellten, gut bezahlten Ärzten gewährt. Alle diese Einrichtungen privaten Unternehmertums, ob sie nun Gesellschaften auf Gegenseitigkeit, Ohne-Profit-Institutionen oder gewerbsmäßige Agenturen darstellen, sind für den Lohnarbeiter und Menschen mit niedrigem Einkommen kaum von Wert, der mit seinem Geld gerade noch die Bedürfnisse des täglichen Lebens bestreiten kann. Außerdem arbeiten diese Krankenversicherungen mit großem Verwaltungsaufwand und verhältnismäßig geringen Gegenleistungen. Die einzige staatliche Dienststelle auf dem Gesundheitsgebiet ist seit 1912 der Öffentliche Gesundheitsdienst (U. S. Public Health Service), der hygienische und allgemein gesundheitsfürsorgliche Aufgaben (Überwachung der Seuchen, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, neuerdings Krebserkrankungen u. a.) zu versehen hat.

Der Wagner-Murray-Dingell Bill<sup>1</sup> stellt einmal eine Erweiterung der im Sozialgesetz von 1935 (Social Security Act) getroffenen Maßnahmen dar; die Leistungen der Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie die Unterstützungen für Arbeitslose und die öffentliche Wohlfahrt sollen verbessert und auf einen größeren Personenkreis ausgedehnt werden. Weiterhin wird die Schaffung einer nationalen Krankenversicherung vorgeschlagen. Das gesamte Sozialversicherungsprogramm würde durch Beiträge der Nutznießer und Arbeitgeber unter einem einheitlichen System finanziert werden, und zwar würde dem Arbeitnehmer 6 Prozent seines Lohnes bzw. Gehaltes abgezogen werden, während ein entsprechender Betrag vom Arbeitgeber beigesteuert werden soll. Selbständige Personen hätten 7 Prozent ihres Einkommens zu zahlen, wobei ein Mehreinkommen über 3000 Dollar (zirka 7500 RM) jährlich bei der Festlegung der Beitragshöhe nicht berücksichtigt wird.

Der Gesetzesvorschlag sieht eine Pflicht-Krankenversicherung vor für alle Personen, die für Lohn oder Gehalt arbeiten (ausgenommen Geistliche und Mitglieder religiöser Orden), und Angehörige selbständiger Berufe sowie deren

<sup>1</sup> Social Year Book, 1945

Ehefrauen und Kinder bis zu 18 Jahren. 85 Prozent der Bevölkerung der Vereinigten Staaten würden dadurch erfaßt werden. An Leistungen sind vorgesehen: a) ärztliche Behandlung durch praktische Ärzte; b) durch Fachärzte; c) freie Krankenhausbehandlung (bis zu 30 Tagen; falls später die finanziellen Verhältnisse es erlauben, bis zu 90 Tagen); d) vom Arzt angeordnete diagnostische Untersuchungen aller Art und medizinische Sachleistungen; e) Zahnbehandlung in beschränktem Umfange. Arzneimittel, ausgenommen bei Krankenhausbehandlung, und häusliche Krankenpflege werden nicht vergütet.

Die oberste Behörde wird die staatliche Sozialversicherungstreuhandkasse (Federal Social Insurance Trust Fund) sein, die direkt dem Finanzministerium untersteht. In beruflicher und fachlicher Richtung erfolgt die Aufsicht durch das Direktorium des Staatlichen Gesundheitsdienstes, dessen Leiter (Surgeon General) ein beratender Ausschuß von 16 Mitgliedern aus medizinischen Berufen zur Seite steht. Die rein administrativen Aufgaben versieht das Sozialamt (Social Security Board), dem ebenfalls ein beratender Ausschuß, dem zu gleichen Teilen Vertretungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und der Allgemeinheit angehören, beigegeben ist. Das Prinzip der Aufrechterhaltung eines hohen medizinischen Niveaus, der freien Arztwahl und der Berufsfreiheit der Ärzte soll gewahrt bleiben. Für Forschungs- und Ausbildungsinstitute soll ein Sonderfond zur Verfügung gestellt werden.

Dieser Gesetzesvorschlag hat seinen geistigen Ursprung in den Gewerkschaften und wird daher von den beiden größten Gewerkschaftsverbänden, der American Federation of Labor (AFL) und dem Congress of Industrial Organizations (CIO), stark unterstützt. In Opposition dazu steht vor allem, mit Ausnahme zahlenmäßig kleiner Gruppen liberal gesinnter Ärzte, die gesamte amerikanische Ärzteschaft, an ihrer Spitze die American Medical Association mit 130 000 Mitgliedern. Die Presse<sup>2</sup> ist geteilter Meinung über die Auswirkungen dieser Neuerung. Zugegeben wird allgemein, daß das derzeitige System unzureichend ist; als Beweismittel dafür wird angeführt, daß anlässlich der Einziehung zum Wehrdienst 30 Prozent der Gemusterten als untauglich oder zeitweilig untauglich zurückgestellt werden mußten. Unter Hinweis auf die bisher erreichte hohe Leistungsstufe der amerikanischen Medizin wird davor gewarnt, die zwar mit Fehlern behaftete, aber sich stetig verbessernde Krankenfürsorge zugunsten eines umwälzenden theoretischen Planes, dessen eventuell überraschende Folgen nicht abzusehen sind, einfach beiseite zu schieben. Die größte Gefahr dieser Zwangsversicherung wird von mancher Seite darin gesehen, daß diese Maßnahmen zu einer Sozialisierung des ärztlichen Berufes führen und sich die daraus ergebende Reglementierung zum Schaden des Patienten auswirken würde. Es möge wahr sein, bemerkt die New York „Sun“, daß die Ärzte keine Angestellten der Regierung werden würden, aber die Vollmachten, die durch das Gesetz den Regierungskontrollstellen in organisatorischer und finanzieller Hinsicht gegeben würden, wirkten sich praktisch zu einer Beherrschung der ärztlichen Praxis aus, vom ersten Niesen bis zum letzten Schnaufer. Die Chicago „Sun“ schlägt, indem sie die Zwangskrankenversicherung wegen ihrer günstigen Auswirkung gerade für die Bedürftigen befürwortet, vor, daß man vom Plan der Lohnsteuer, die die schon an sich niedrige Kaufkraft der kleinen

Einkommensgruppen noch mehr herabdrückt, absieht und die Unkosten der Krankenversicherung aus den allgemeinen Steuern bestreite. Die Chicago „Daily News“ beleuchtet die finanzielle Seite dahin, daß der Arbeiter in seiner psychologischen Einstellung nach erfolgtem Beitragsabzug nur das als Bezahlung ansieht, was er in seiner Lohntüte nach Hause trägt; er wird also höhere Löhne verlangen.

Die American Medical Association lehnt die Wagner-Murray-Dingell Bill ab, da sie die ärztliche Berufsfreiheit und die freie Arztwahl verhindere; zur Diktatur auf medizinischem Gebiet sei nur noch ein Schritt. Sie hat ihrerseits, unter anderem, einige Programmpunkte zur Verbesserung des jetzigen Gesundheitssystems aufgestellt<sup>3,4,5</sup>: 1. Schaffung und Ausbau v o r b e u g e n d e r medizinischer Maßnahmen durch berufsmäßig geschulte Gesundheitseinrichtungen. 2. Die von der Regierung dafür zur Verfügung gestellten Mittel sollen nur örtlichen Kontrollorganen unterstehen. 3. Diesen Gesundheitseinrichtungen sollen nicht die reine Krankenbehandlung obliegen, da diese dann erfahrungsgemäß an Güte verliert. 4. Die ärztliche Versorgung der Bedürftigen soll den örtlichen und privaten Einrichtungen überlassen bleiben, die im Bedarfsfalle aus öffentlichen oder staatlichen Mitteln unterstützt werden. 5. Ärztliche Beratung für werdende Mütter und kunstgerechte Geburtshilfeleistungen für alle zu einem festgesetzten Preis, für Bedürftige durch staatliche Unterstützungsgelder. 6. Laufende ärztliche Überwachung der Kleinkinder, Impfungen usw. durch den Hausarzt oder Kinderfürsorgeeinrichtungen unter örtlicher Aufsicht mit staatlicher finanzieller Unterstützung.

Der amerikanische Senatsausschuß, der die Wagner-Murray-Dingell-Gesetzesvorlage prüft, hat Vertreter von Dienststellen, Organisationen oder kompetente Persönlichkeiten, die mit den aufgeworfenen Fragen mittelbar oder unmittelbar in Verbindung stehen oder einen maßgeblichen Teil der öffentlichen Meinung darstellen, zur Darlegung ihrer Auffassung vor sein Forum gebeten. A. J. Altmeyer (Vorstand des Sozialamtes)<sup>3</sup>: Trotz des einzigartig hohen Standes, den die Medizin in USA in den letzten 50 Jahren erreicht hat, leiden und sterben in diesem Lande noch viele aus Mangel an rechtzeitigem Erkennen oder einer Vernachlässigung der Krankheit, ungünstiger Verteilung der ärztlichen Einrichtungen und der Unmöglichkeit der Bestreitung von Krankenkosten. 4 bis 5 Prozent des Jahreseinkommens des Durchschnittsamerikaners wird infolge von Krankheit ausgegeben. Ein Viertel seiner Bemühungen geht dem Arzt jährlich durch Ausbleiben der Zahlung verloren. Die ungleichmäßige Verteilung von Praxen und Hospitälern, die in manchen ländlichen Bezirken und Landesteilen zu Mangelerscheinungen geführt hat, hängt mit der Affinität zahlungskräftiger Einwohnermassierungen und der Nähe medizinischer Institute zusammen. Die Nachteile der Privatkrankenversicherungen sind ihre begrenzte Mitgliederzahl, ihre ungenügenden Gegenleistungen und die zu hohen Beiträge, verglichen mit den Vergütungen. Gerade die Menschen mit kleinen Einkommen, die einer Krankenbehandlung oft am dringendsten bedürfen, würden dabei nicht erfaßt. Altmeyer befürwortet die Pflichtkrankenversicherung. Er schlägt vor, zur Bezahlung der ärztlichen Dienstleistungen eine Pau-

<sup>2</sup> The Journal of Amer. Med. Association, vom 2. Febr. 1946

<sup>3</sup> The Journal of Amer. Med. Assoc. vom 20. April 1946

<sup>4</sup> The Journal of Amer. Med. Assoc. vom 27. April 1946

<sup>5</sup> The Journal of Amer. Med. Assoc. vom 4. Mai 1946

schalssumme für einen bestimmten Bezirk zur Verfügung zu stellen, die dann von der Ärztekammer unter den Ärzten nach eigener Maßgabe verteilt wird. Die freie Arztwahl würde durch den Gesetzentwurf die Einschränkung erhalten, daß diejenigen Ärzte, die sich nicht den in Verbindung mit dem Gesetz stehenden Anordnungen der Regierung fügen, nicht von versicherten Kranken aufgesucht werden könnten, oder diese müssen bar, also doppelt zahlen. Auf die Klarstellung dieser Tatsache, die sich bei 110 Millionen Versicherten (85 Prozent der Gesamtbevölkerung) für die Existenz derjenigen Ärzte, die nicht unter diesem System arbeiten wollen, schwerwiegend auswirken würde, legte der Senatsausschuß in seiner Befragung großen Wert. Diese Frage der freien Arztwahl wurde auch mit L. J. Linder (Nationale Rechtsanwalts-gilde)<sup>4</sup> erörtert. Der Leiter des Gesundheitsdienstes (Surgeon General) bestimmt nach dem Gesetzentwurf die Höchstzahl der Patienten, die ein Arzt während eines bestimmten Zeitabschnittes behandeln darf. Da derjenige Kranke, der nach Erreichung dieser Quote den Arzt konsultieren will, nicht angenommen werden darf, erfährt auch hier die freie Arztwahl eine Beschränkung. Fiorello H. La Guardia (früher Oberbürgermeister von New York)<sup>5</sup> spricht sich für den Gesetzesvorschlag aus, doch schlägt er vor, daß die Ein-

wohner der einzelnen Landesteile selbst entscheiden sollen, ob sie diese Zwangskrankenversicherung haben wollen oder nicht. Er weist darauf hin, daß die Krankenversicherung allein die gesundheitlichen Mißstände nicht beseitigen kann, wenn nicht gleichzeitig ordentliche Wohnverhältnisse, ausreichende Ernährung im Kindesalter und geeignete hygienische Verhältnisse geschaffen werden. J. W. Fichter (Vorsitzender der Abteilung für Gesundheit der Nationalen Planungsgesellschaft)<sup>4</sup> hat im Hinblick auf die vorgesehenen Erweiterungen der medizinischen Versorgungseinrichtungen eine Berechnung der Kosten für notwendige Krankenhausneubauten angestellt; eine Summe von 3 Milliarden Dollar würde danach benötigt werden. William Green (Präsident der American Federation of Labor)<sup>5</sup> erklärt, daß sein Gewerkschaftsverband (6,5 Millionen Mitglieder) die Einführung der Zwangskrankenversicherung unterstützen werde. Die Kosten der Krankenversicherung werden auf jährlich 11 bis 13 Milliarden Dollar geschätzt, wobei etwa die Hälfte nur durch Versicherungsbeiträge gedeckt werden können; der Rest müßte aus Staatsfinanzen genommen werden.

Bei einer öffentlichen Befragung<sup>3</sup> glaubten 55 Prozent der Befragten, daß eine staatliche Krankenversicherung sich zum Wohle der ganzen Nation auswirken würde.

## Die englische Sozialversicherungsreform im württembergischen Rundfunk

Radio Stuttgart brachte in der Sendefolge: „Gegen menschliche Leiden“ am Freitag, den 14. Juni 1946, von 19.45 bis 20 Uhr einen Vortrag über die neue nationale Krankenversicherung in England. Der Sprecher wies einleitend auf die soziale Seite der Heilkunde hin, die als Theorie der Anwendung der ärztlichen Wissenschaft neben diese selbst getreten ist und in den meisten Staaten im Brennpunkt der sozialpolitischen Diskussion steht. Die erste Gesetzesvorlage zur öffentlichen Gesundheitspflege, die sich hauptsächlich mit sanitären Maßnahmen beschäftigte, wurde in England im Jahre 1848 vom Parlament angenommen. Gegen eine staatliche Einmischung in das Verhältnis zwischen Kranken und Arzt bestanden gerade in Großbritannien starke Widerstände. Andererseits hat sich die geschichtlich bedingte Verbindung der öffentlichen Wohlfahrts-pflege mit freiwilligen Organisationen nicht immer bewährt und wichtige Reformen wurden dadurch aufgehalten, wie auch eine große Mannigfaltigkeit verschiedener Institutionen der Angleichung an die veränderten Bedürfnisse entgegenstand. Unter der liberalen Regierung Lloyd George erfolgte im Jahre 1911 die Einführung des National Health Insurance Scheme, des nationalen Krankenversicherungsplanes, einer Zwangsversicherung für sämtliche Handarbeiter und die Angestellten bis zu einem Einkommen von 160 Pfund (RM 3200.—). 1942 wurde die Einkommensspanne auf 420 Pfund Sterling, also RM 8400.—, bei den Angestellten erhöht (in Deutschland bis jetzt RM 3600.—). 1943 fielen bereits 85 Prozent der Bevölkerung von England und Wales unter die Versicherungspflicht. Die Beiträge werden zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer, ein Sechstel des Bedarfes vom Staat getragen. Das Weißbuch der englischen Regierung vom Februar 1944, das einen Teil des allgemeinen Sozialversicherungsplanes von Sir William Beveridge entspricht, zielt auf einen neuen Standard des öffentlichen Gesundheitswesens mittels modernster ärztlicher Versorgung, die unentgeltlich für jedermann werden soll. Die nationale Gesundheitsorganisation, the National Health Service, deren Vorsitzender der Gesundheitsminister ist, der durch einen medizinischen Zentralrat von ärztlichen Fachleuten beraten wird, wird die Krankenhäuser und fachärztlichen Einrichtungen, die Privatkliniken und Institute, die lokalen Gesundheitszentren, in denen den Ärzten zur Behandlung ihrer eigenen Patienten die modernsten Apparate zur Verfügung gestellt werden, unterstellt erhalten. Der Plan bezieht die Ar-

beit der ständigen Hausärzte, der Fachärzte, Krankenhäuser und die häusliche Pflege ein.

Sobald hat das englische Parlament die neue Fassung des Gesetzes (National Health Bill) durch die gegenwärtige Labour-Regierung diskutiert. Grundgedanke ist auch hier die vollständige ärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung. Die Verschiedenheit liegt in der Art seiner Durchführung. Die gegenwärtige Zahl der Ärzte entspricht offensichtlich nicht dem Ansturm der Kranken, den eine allgemeine Zwangsversicherung schaffen würde. Jedenfalls darf die Krankenkasse nicht mit den übrigen Sozialversicherungen ideologisch und praktisch verwechselt werden.

Bereits vor sechs Jahren hat die englische ärztliche Organisation (British Medical Association) ein Komitee von 73 Mitgliedern zur Planung der Zukunft der ärztlichen Berufsausbildung gebildet. Ihr Präsident warnte in einem Artikel der „Times“ die Regierung vor revolutionären Eingriffen in das Gesundheitswesen. — Soweit der Rundfunkvortrag.

Für uns deutsche Ärzte ist es von besonderem Interesse, daß in England von vornherein die Bedeutung der Ärzte als Sachverständige auf dem Gebiete der Krankenversicherung erkannt ist und Ärzte an der Spitze und in der Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens vorgesehen sind. Während der jüngste deutsche Kommissionsentwurf dahin zielt, das gesamte Volk einer Zwangsversicherung zu unterstellen, die die Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das unbedingt Erforderliche unter Haftansprüchen und Strafen für den Arzt vorsehen soll, sind die englischen Reformvorschläge auf die modernste ärztliche Versorgung in jeder Hinsicht gerichtet. Der Rundfunkvortrag wies auch darauf hin, daß Deutschland zwar führend auf dem Gebiete der Sozialversicherung vorangegangen ist, daß aber der Hauptgrund Bismarcks für die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Gesetze vom 15. Juni 1884 ein taktisch innerpolitischer war, der mit der verfahrenen Arbeiterfrage zusammenhing. Die rastlose ärztliche und sozialärztliche Forschungs- und Aufklärungsarbeit trägt heute doch die Früchte, daß die sozialmedizinischen und ärztlich-wissenschaftlichen Gesichtspunkte in der Diskussion der Sozialversicherungsfrage eine steigend größere Rolle spielen. Die Aufgabe der gegenwärtigen ärztlichen Generation ist es, sie in sachlicher Oppositionsarbeit durchzusetzen.

Dr. Koebner.

# Die Pfeiffersche Blutkristallisations-Methode

Von Dr. med. Alla Selawry, Stuttgart-Degerloch. Mit 8 Abbildungen.

Die Pfeiffersche Methode ist eine neuartige Methode zur Blutdiagnostik. Im folgenden soll versucht werden, im Rahmen einer kurzen Übersicht ihre Entwicklung, die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse sowie die daraus sich ergebenden diagnostischen Möglichkeiten darzustellen.

1931 wurde die Methode von Ehrenfried Pfeiffer begründet. Er hatte Versuche angestellt, organische Substanzen im Medium eines Mineralsalzes auszukristallisieren. Dabei hatte er die Beobachtung gemacht, daß Mineralsalze in ihrer Kristallstruktur durch Zusatz organischer Substanz formal beeinflusst werden. Die Technik ist fol-

peratur und Luftfeuchtigkeit verdunsten. Dabei bildet sich nach 14—18 Stunden ein mit amorphen Massen durchsetzter Kristallrückstand auf der Glasplatte ab. Dieser ist dicht, teils verkrustet, teils von gradlinigen, zentral angeordneten Kristallbüscheln durchsetzt.

Fügt man solcher  $CuCl_2$ -Lösung einen organischen Zusatz zu — z. B. einen Auszug von *Equisetum arvense* — und läßt diese unter gleichen Bedingungen auskristallisieren, so findet man die entstandene Kristallstruktur wesentlich abgewandelt. Statt der gradlinigen zentralen Büschel treten stark gewellte Kristallformationen auf, welche Hohlformen statt der Zentren aufweisen. Der Pflanzenzusatz hat die Kristallstruktur formgebend beeinflusst, hat ihr seine Formkraft aufgeprägt.

Im Verlaufe der Versuche stellte Pfeiffer fest, daß ein und dieselbe organische Substanz, wie z. B. *Equisetum arvense*, bei gleichen Kristallisationsbedingungen immer wieder die gleichen Kristallformationen erzeugt. Die entstehenden Formen sind also nicht zufällig, sondern sie sind für den organischen Substanz-Zusatz charakteristisch. Sie lassen auf eine Gestaltungskraft schließen, die jedem Organischen zugrunde liegt.

Diese gewonnene Erkenntnis führte Pfeiffer dazu, im Verlaufe seiner Forschungsarbeit auch das Blut des Menschen mit  $CuCl_2$  zu kristallisieren. Dabei ergab sich als Phänomen, daß die Blutbilder verschiedener Personen völ-

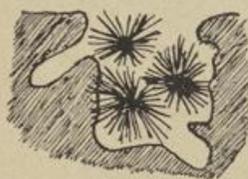


Abb. 1

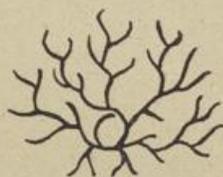


Abb. 2

Schematische Darstellung

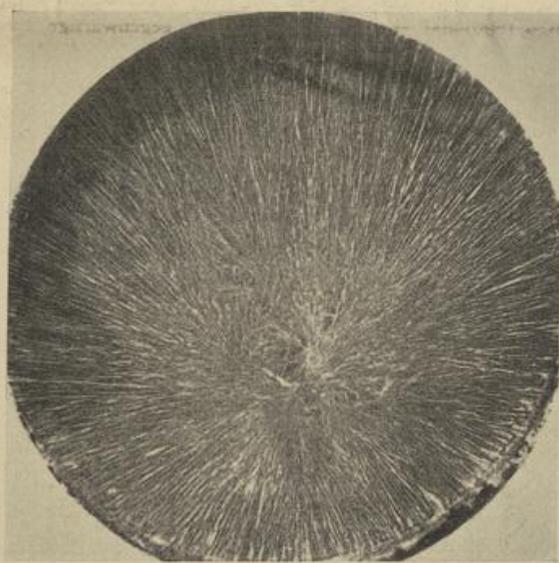
Zusatzloses  $CuCl_2$

$CuCl_2 + Equisetum arvense$

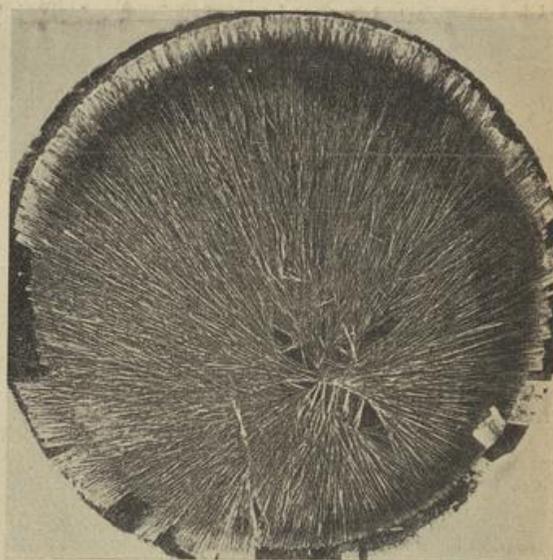
gende: Man läßt eine z. B. 10prozentige wässrige Kupferchloridlösung ( $CuCl_2$ ) auf einer ebenen, entsprechend gereinigten Glasplatte in einem Raum von bestimmter Tem-

Blutbild des Gesunden

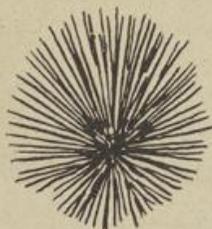
Blutbild des Tuberkulosekranken



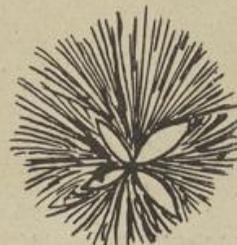
Ein Strahlungsmittelpunkt (gleichmäßige Strahlung)



Kreuzform im Zentrum



Schematische Darstellung



lig verschiedene Strukturen aufwiesen. Worauf waren diese zurückzuführen?

Nach langer Vorarbeit konnte als Grundphänomen festgestellt werden, daß das Kristall-Blutbild des Gesunden nur einen Strahlungsmittelpunkt aufweist, von dem aus die Kristalle gleichmäßig allseitig ausstrahlen. Werden Störungsformen beobachtet, wie Querstriche, Kreuzformen, Hohlräume u. a., so hat man es mit Blutbildern Kranker zu tun. Unter den zahlreichen auftretenden Störungsformen konnten typische Formen abgegrenzt werden, welche bei bestimmten Krankheiten zuverlässig auftreten und für diese charakteristisch sind. Wie diese typischen Formen festgelegt werden, ist im Beispiel auf S. 47 dargestellt.

Eine der wichtigsten dieser Formen ist die bei der Tuberkulose auftretende Kreuzform, d. h. von einem Zentrum ausstrahlende, peripher kreuzförmig versprühende Kristallbüschel. Pfeiffer nannte diese Form auf Grund ihrer Ähnlichkeit mit letzterem die Malteserkreuzform.

Diese Kreuzform läßt sich im Blutbild Tuberkulöser beobachten. Diese Beobachtung konnte durch Kristallisationen mit tuberkulösem Sektionsmaterial belegt werden. Im Organextrakt tuberkulöser Organe treten die gleichen typischen Kreuzformen gehäuft auf, wie im Blute Tuberkulosekranker. Eine weitere wichtige Beobachtung wurde beigefügt: Mit Tuberkelbazillen infizierte Kaninchen und Meerschweinchen wiesen bereits kurz nach der Infektion die typischen Kreuzformen im Blute sowie im Extrakt erkrankter Organe auf, während andere infizierte Tiere, die resistent blieben, die Tbc-Kreuzform vermissen ließen. So konnte man im Frühstadium die Infektion feststellen, die viel später durch den Sektionsbefund belegt wurde. Diese Feststellungen bringen den Gedanken an eine Tbc-Frühdiagnose mit Hilfe der Kristallisationsmethode nahe.

In gleicher Weise wurde an der Festlegung anderer Krankheitsformen gearbeitet. Ein umfassendes Gebiet stellt die Carzinom-Diagnose dar. Pfeiffer stellte am Hahnemann-College in Philadelphia ein Material von 600 pathologisch-histologisch belegten Ca-Fällen für den internatio-

nen Carzinom-Forschungskongreß im September 1939 in Atlantic City zusammen, wonach die Diagnosen-Sicherheit für die Anwesenheit von Ca 83 Prozent betrug, für die Abwesenheit von Ca 91 Prozent.

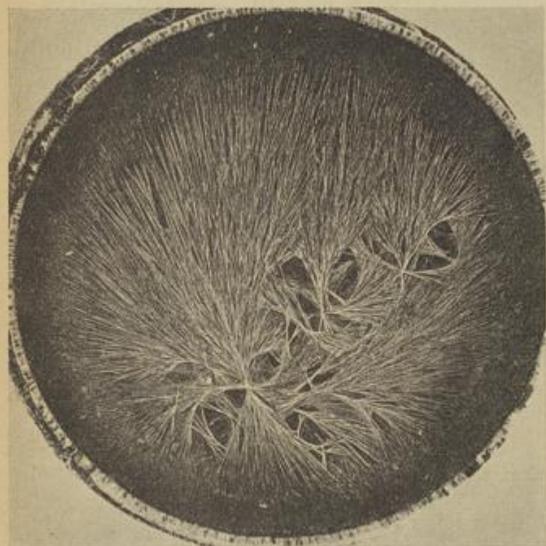
Inzwischen hatten sich auch andere Forscher mit der Kristallisationsmethode beschäftigt. Eine Nachprüfung und Bestätigung der Pfeifferschen Ergebnisse geschah an umfassendem Klinikmaterial durch Trumpp-Rascher sowie Begouin 1936—1939, welche sehr positiv über ihre Versuche berichten. Dann bereitete der Krieg dem gegenseitigen Forschungsaustausch ein Ende, so daß wir über weitere Ergebnisse der Methode außerhalb Deutschlands nicht unterrichtet sind.

Weitere, mit der Kristallisationsmethode angestellte Versuche auf pharmazeutischem Gebiet durch Krüger, sowie auf biologischem Gebiet können in diesem Rahmen nicht beschrieben werden.

**Eigene Resultate:** Im Verlaufe der Versuche mit der Pfeifferschen Kristallisationsmethode haben sich mir die vorliegenden Ergebnisse auf dem Gebiete der Carzinom- und Tuberkuloseforschung an beschränktem Material bestätigt. Ferner haben sich weitere, bisher noch nicht ausgearbeitete Gebiete der Anwendbarkeit der Methode ergeben.

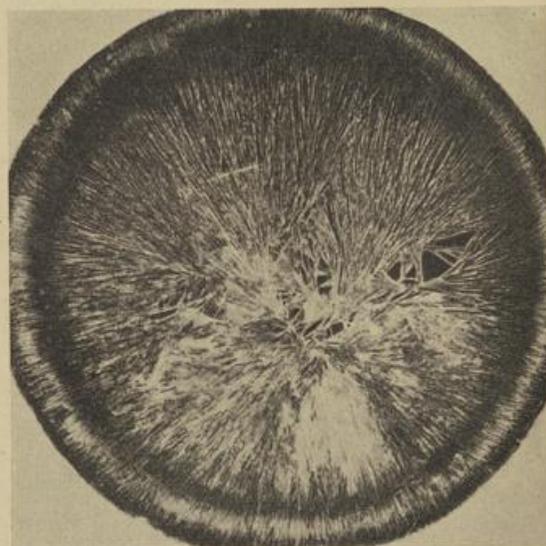
So waren im Blutbild Kranker bisher nicht bekannte, immer wieder auftretende charakteristische Formen aufgetreten, die ich auf Grund der Anamnese nur auf bestimmte Organe beziehen konnte. Diese Formen traten zuverlässig bei bestehenden Organerkrankungen auf. Während, wie erwähnt, das normale Blutbild des Gesunden einheitlich von einem Strahlungspunkt ausgeht und gleichmäßig verstrahlt, tritt im Kristallblutbild z. B. des Leberkranken eine typische Hohlform auf, die in die Kristallstruktur eingelagert ist, die sogenannte „Leberform“. Diese Beobachtung organ-spezifischer Formen wurde durch zahlreiche Kristallisationen tierischer Organextrakte durch Krüger belegt. So konnten die organ-spezifischen Formen nachgewiesen und festgelegt werden.

Leber-Organextrakt



Zahlreiche Leberhohlformen

Blutbild eines Leberkranken



Eine Leberhohlform rechts

Aus den vorangehenden Darstellungen ergibt sich, welche diagnostischen Möglichkeiten die Kristallisationsmethode bietet. Wohl ist eine gründliche Einarbeitung in diese völlig neuartige „Formen-Sprache“ notwendig, um die typischen Formen in ihrer Variationsbreite richtig feststellen und bewerten zu können. Doch ist dies die Voraussetzung zu jeder wissenschaftlichen diagnostischen Methode, wie z. B. Röntgen u. a. Hat man sich aber eingearbeitet, so bietet sich eine Fülle diagnostischer Möglichkeiten. Da das Kristallbild als empfindliches Medium schon auf feinste Blutänderungen reagiert, läßt sich die Methode durchaus bereits frühdiagnostisch verwenden. So wird ihre Anwendung vor allem auf dem Gebiete der Carzinom- und Tbc-Frühdiagnose liegen; außerdem kann sie wirksam zu Rate gezogen werden, wo Organerkrankungen unklarer Diagnose vorliegen und andere Methoden versagen.

Mir hat sich die Methode diagnostisch bei beschränktem Material von zirka 1000 Fällen in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten gut bewährt. Jetzt soll sie im größeren Rahmen an einer Universitätsklinik nochmals an Hand

pathologisch-histologischer Belege durchgeprüft und durch zahlreiches Material belegt werden, um dann als klinisch-diagnostische Methode verfügbar zu werden.

#### Literatur:

- Pfeiffer: „Studium von Formkräften an Kristallisationen“. Orient-Occident-Verlag 1931. Ders.: „Kristalle“. Orient-Occident-Verlag 1932. Ders.: „Empfindliche Kristallisationsvorgänge als Studium von Formkräften im Blut“. E. Weises Verlag, Dresden. 1935. Ders.: „Über Beeinflussung des Kristallisationsbildes von  $\text{CuCl}_2$  durch tuberkulöses Material“. Münch. Med. Wschr., 21. 1. 38. Nr. 3, S. 92, 85. Jg. — Trumpp-Rascher: „Nachprüfung der Pfeifferschen Angaben über die Möglichkeit einer kristallographischen Diagnostik. Versuch einer Hormonoskopie“. Münch. Med. Wschr., 26. 6. 1936, Nr. 26, S. 1049, 83. Jg. Ders.: „Versuch einer Kristall-Carzinom-Diagnose“. Münch. Med. Wschr., 7. 4. 1939, Nr. 14, S. 574, 86. Jg. — Beguin: „Quelques résultats de la méthode de cristallisations de Pfeiffer de la diagnostic du cancer et de la tuberculose“ — Extr. du Bull. Acad. Med. Paris. Séance du 28. juin 1938 T 119, Nr. 25. — Morris: „DZ und CT-Änderung durch Spuren von Proteinen“. J. of biol. chem. 141, 515, 20. 11. 1941 Puliret Mt. Ref. Chem. Zbl. 1943 I Nr. 23 2403, 9. 6. 1943.

### Beitrag zur lokalen Behandlung des Erysipels

Von Dr. med. M. T artler, Neckarwestheim.

Der Mangel an einigen äußeren Desinfizientien — Fehlen von Jod- und Sepsotinktur — brachte mich schon vor Monaten auf den Gedanken, mir selbst einen Ersatz für diese Arzneien zu beschaffen. Ich stellte mir eine alkoholische Lösung von Prontosiltabletten her. Dieses Mittel hat sich in meiner Praxis als ein vollkommener Ersatz für die oben erwähnten Medikamente erwiesen.

Ende September 1945 wurde ich zu einer 64jährigen Frau gerufen, welche an einem Erysipel des rechten Unterschenkels erkrankt war. Nachdem die Temperatur auf über 40 Grad gestiegen und die allgemeinen Krankheits-symptome schwere waren, war die Wirkung der Therapie besonders augenfällig. Ich verabreichte am 1. Tag 2 Gramm Prontosiltabletten peroral. Das Hauptgewicht legte ich jedoch auf die lokale Behandlung, welche darin bestand, daß die erkrankte Stelle mit der alkoholischen Prontosillösung eingepinselt wurde. Die Temperatur ging nach 24 Stunden auf 38 Grad zurück, und am 3. Tage war die Patientin fieberfrei. Auch die lokalen Symptome verschwanden sehr schnell.

Ermüht durch diesen Erfolg, behandelte ich einige leichtere Fälle des Erysipels im Gesicht ausschließlich lokal mit der obengenannten Prontosillösung. Der Erfolg war auch in diesen Fällen eindeutig.

Am 3. Mai 1946 wurde ich selbst zur Incision eines ausgedehnten Karbunkels (am Rücken) ins Krankenhaus nach L. gebracht. Nach der Operation in Äthernarkose wurde ich in das Zimmer eines erysipelkranken Mannes (54 Jahre) gelegt. Das E. hat sich bei diesem Patienten an den Rändern eines vor kurzem inzidierten Nackenfurunkels entwickelt und zog sich von da nach allen Richtungen des Körpers. Die parenterale Sulfamidtherapie blieb hier erfolglos, der Patient kam ad exitum.

Am 14. Mai wurde ich in häusliche Pflege entlassen.

Zweiundzwanzig Tage nach der Eröffnung des Karbunkels, elf Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus spürte ich gegen den 25. Mai ein leichtes Frösteln, nach kurzer Zeit stieg die Temperatur auf 40,5 Grad. Nachdem am 26. Mai die Temperatur auf derselben Höhe verblieb,

ließ ich mich nach W. ins Krankenhaus bringen. Der Oberarzt der Chirurgischen Abteilung diagnostizierte ein beginnendes Erysipel am unteren, lateralen Rande des Karbunkels. Mit Einverständnis des behandelnden Arztes wurde dieselbe Therapie, welche ich im September 1945 bei der Patientin durchgeführt hatte, auch bei mir angewandt: lokale Pinselung mit der alkoholischen Prontosillösung und peroral 4 Gramm Prontosil. Der Erfolg war auch hier genau so eindeutig wie im ersten Falle. Am 3. Tage war ich vollkommen fieberfrei.

Es liegt mir fern, aus diesen wenigen Fällen weitgehende Schlüsse zu ziehen, aber ich halte es zumindest für meine Pflicht, jetzt schon Ärzte und Forscher auf diesen therapeutischen Erfolg aufmerksam zu machen.

Da ich selbst in meiner Landpraxis weder das nötige Krankenmaterial noch die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Forschung habe, wäre es wünschenswert, daß auch andere Kollegen die Wirksamkeit dieses Mittels erproben.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die Lokaltherapie des Erysipels mit einer alkoholischen Lösung von Prontosil hat sich als sehr wirksam erwiesen. In leichteren Fällen kann die Lokaltherapie allein angewendet werden, während in schweren Fällen eine Unterstützung durch perorale — und parenterale Behandlung wünschenswert ist.

## PERSONALIEN

### Rektoratswechsel an der Universität Tübingen

In feierlicher Sitzung übergab der seitherige Rektor der Universität Tübingen, Professor Dr. Schneider, am 2. Mai in Gegenwart des Herrn Generalgouverneurs von Württemberg-Süd sein Amt an den neu gewählten Rektor, Professor Dr. Steinbüchel, den Dekan der Katholischen Fakultät.

Er gab hierbei bekannt, daß die Universität Herrn Dr. med. Th. Döbler für seine persönlichen Verdienste um die Erhaltung der Stadt und Universität Tübingen die Würde des Ehrensensors der Eberhardina verliehen hat.

## Zur Niederlassungsfrage

Von Dr. med. Hermann Gundert.

Die Niederlassungsordnung lehnt sich an früher schon für die Niederlassung bestehende Richtlinien an. Sie hat aber außerdem die Aufgabe, den besonderen Verhältnissen Rechnung zu tragen, in welche sowohl die Bevölkerung wie die Ärzte durch den verlorenen Krieg geraten sind. Es herrscht einerseits eine große Arztbedürftigkeit, andererseits ein Überangebot an Ärzten, leider auch an schlecht ausgebildeten Ärzten.

Unmittelbar nach der Besetzung herrschten völlig chaotische, ungesetzliche Verhältnisse bezüglich Niederlassung bzw. Praxisausübung. Diese geschah vielfach wild, d. h. ohne jede Zulassung. Das Innenministerium (Abteilung Gesundheitswesen) war gezwungen, um die Versorgung der Bevölkerung einigermaßen zu sichern, da und dort Praxisausübung vorläufig zu bestätigen, ohne daß es zuvor eine gründliche Prüfung oder gar auf weitere Sicht gültige Richtlinien in Anwendung bringen konnte.

Erst ziemlich spät, etwa ab April 1946, war der Aufbau der Standesorganisation soweit gediehen, daß eine Niederlassungsordnung ausgearbeitet und Organe der Ärztekammer mit der Durchführung beauftragt werden konnten. Diese Organe (Örtlicher und Zentraler Niederlassungsausschuß) haben nun die Aufgabe, alle Niederlassungen seit 1933 bzw. 1939 zu überprüfen und in planvoller Weise zu ordnen. Sie müssen insbesondere auch die Flüchtlingsärzte, die aus dem Flüchtlingskontingent unseres Landes (Schlesien, Tschechei, Ungarn, Elsaß) stammen, zur Niederlassung bringen.

Es ist leicht einzusehen, daß die Ärztekammer verpflichtet ist, vorläufige Niederlassungen, die durch das Innenministerium oder gar durch örtliche Stellen (Bür-

germeister, Landräte usw.) erfolgten, zu revidieren, sie nach den Richtlinien zu ordnen, also auch hin und wieder vorläufige Niederlassungen aufzuheben und statt der seitherigen Praxisinhaber solche einzusetzen, die nach den geltenden Grundsätzen den Vorrang haben. Diese Auswahl macht naturgemäß böses Blut und es werden sogar gegen die Ärztekammer Vorwürfe laut, daß sie ungerecht handle. Noch viel mehr böses Blut würde es machen, wenn die Ärztekammer sich nicht an Richtlinien halten und einfach jeden Praktizierenden dort bestätigen würde, wo er sich gerade seinen Arbeitsplatz errungen hat. Was bekämen wir dann von den älteren Kollegen zu hören mit guter Ausbildung, großer Praxiserfahrung, großer Familie, die noch dazu alteingesessen sind, oder gar heimatlos und besitzlos bis auf das, was sie am Leibe tragen, bei uns Unterschluß suchen müssen! Was würden sie uns sagen, wenn wir all die jungen Anfänger aus aller Herren Länder hier in den Praxen belassen würden, die sie sich dort ergatterten, wo sie sich gerade aus Hitlers Troß abgelöst haben!!

Die Undankbarkeit der Aufgabe der Ärztekammer ist jedem klar, der über den Zaun hinüber denken kann. Die Mitarbeiter der Ärztekammer sinnen buchstäblich Tag und Nacht darüber nach, wie ein gerechter Ausgleich in der Niederlassung aller Bewerber zu finden sei.

Es wolle doch jeder Kollege Vorschläge machen, wie man es am besten machen kann! Es wolle sich auch jeder überlegen, wen er in die Ärztekammer wählen will, sobald Wahlen durchführbar sind.

Mit sterilen Nörgeleien ist niemand gedient, wir brauchen produktive, gerechte Mitarbeiter.

## Erster Ärztlicher Fortbildungskurs in Tübingen

Der Präsident der Vorläufigen Ärztekammer Tübingen, Herr Dr. Langbein, hatte die württembergischen Ärzte am 8. Juni 1946 zu einem ersten Fortbildungskurs an der Universität Tübingen eingeladen. Im Beisein des Chefs der Santé Publique, Herrn Oberst Fabre, eröffnete Präsident Langbein vor überfülltem Auditorium der Universitäts-Frauenklinik den Kurs mit Worten herzlicher Begrüßung an die Gäste, Vortragenden und Teilnehmer. Er führte u. a. aus, es seien jetzt gerade 13 Jahre, daß er als damaliger Vorsitzender des Württembergischen Ärzteverbandes mit der Universität über einen ärztlichen Fortbildungskurs verhandelt habe, am gleichen Tage, an dem der nachmalige württembergische Ministerpräsident Mergenthaler anlässlich der Rektoratsübergabe an Prof. Dr. Dietrich im Festsaal der Universität die gesamte Professenschaft in maßloser Weise beschimpft habe, weil sie die nationalsozialistischen Ideen ablehnte. Diese Tage seien vorbei, aber nicht vergessen. Die kommenden Fortbildungskurse sollen die Lücken ausfüllen, die im Wissen und Können der Ärzteschaft im Laufe des letzten Jahrzehnts entstanden seien, Lücken, die nicht nur aus der langen Kriegsdauer, sondern auch aus der bewußten Vorenthaltung wich-

tiger medizinischer Errungenschaften in aller Welt durch die pseudowissenschaftlichen Parteidogmen entstanden seien. Die nationalsozialistische Überheblichkeit habe nicht zugeben dürfen, daß auch andere, insbesondere feindliche Völker, Fortschritte auf allen wesentlichen Gebieten erzielt hatten. Die wahre Wissenschaft sei aber immer international, bedürfe der gegenseitigen Befruchtung durch die Zusammenarbeit aller Kulturnationen. Wir deutschen Ärzte seien stolz auf die Beiträge deutscher Forscher auf dem Gebiet der Heilkunde, wir anerkennen aber auch dankbar, daß gleichzeitig Ärzte und Forscher aller Kulturnationen nicht minder Beiträge geleistet haben zu dem heutigen Stand des ärztlichen Wissens und Könnens, der die Mortalität und Morbidität der Menschheit so auffallend gesenkt habe. So hoffen wir, in diesen uns jetzt gebotenen Vorträgen nicht nur die Ergebnisse der jeweiligen deutschen, sondern auch der ausländischen Forschung zu hören.

Er fuhr fort, daß im vorliegenden Programm nicht nur Vorträge über wissenschaftliche und praktische Fragen, sondern bewußt an erster Stelle ein Vortrag über die ethischen Grundlagen unseres Berufes stehe. Die Ärztekammer sei Herrn Prof. Dr. Mayer besonders dankbar für die Über-

nahme dieses Referates. Es müsse offen ausgesprochen werden, daß in den letzten Jahren immer mehr Studierende sich für das Studium der Medizin entschieden haben, nicht weil sie innerlich sich zu Ärzten berufen fühlten, sondern weil sie sich äußere Vorteile davon versprochen. Für die Zukunft sei eine wesentliche Aufgabe der Ärztekammer die enge Zusammenarbeit mit den höheren Schulen und der Medizinischen Fakultät mit dem Ziel, dem Arztstand Elemente fernzuhalten, die den Beruf nur als Erwerbsquelle betrachten.

Die Folgen des Krieges stellen uns Ärzte weiterhin vor neue und ungewohnte Aufgaben: der zunehmende Mangel an ausreichender Nahrung erzeuge vielgestaltige Krankheitsbilder, die vor allem für die Kinder und heranwachsende Jugend zu schwerer Gefährdung führe. Die unmittelbaren Kriegsfolgen bei den durch Krankheit und Verwundung versehrten Kriegsteilnehmern haben die Einrichtung spezieller Versorgungskrankenhäuser dringend notwendig gemacht, über die Herr Dr. Dobler berichten werde, dem im wesentlichen die Unversehrtheit unserer alten Universitätsstadt, der Kliniken und Anstalten zu verdanken sei.

Die übrigen Vorträge werden zur Auffrischung und Erweiterung ärztlichen Wissens auf allen Gebieten ärztlichen Handelns dienen.

An den Schluß seiner Ausführungen stellte Herr Dr. Langbein die Forderung, in Zukunft das Medizinstudium wieder abhängig zu machen von der Vorbildung auf humanistischen Gymnasien, die durch ihre gründlichere Beschäftigung mit der griechischen und römischen Sittenlehre, welche mit der Renaissance des Mittelalters ihren Einzug in die höheren Schulen und Universitäten der europäischen Kulturvölker gehalten habe, eine größere

Gewähr für eine Erziehung zu einer weniger materialistischen Berufsauffassung bieten.

Herr Dr. Manfred Breuninger, Stuttgart, überbrachte sodann die Grüße der Ärztekammer Nord-Württemberg mit Worten herzlicher Freude und aufrichtigen Dankes, daß den Ärzten nach Jahren des Terrors und der geistigen Knebelung die Möglichkeit einer Aussprache und Erweiterung ihres Wissens gegeben werde. Alles ärztliche Handeln aber sei fruchtlos, wenn es nicht einem geschärften Gewissen unter den Augen der ewigen Liebe Gottes entspringe: dem schönsten, tiefsten, menschheitlichen, ärztlichen Gebot der Liebe.

Das erste Referat hielt der Direktor der Frauenklinik, Herr Prof. Dr. Mayer aus dem reichen Schatz seines Lebens über die Grundlagen der ärztlichen Ethik. Es folgte ein Bericht des leitenden Arztes des Versorgungswesens, Herrn Dr. Dobler, über die Versorgungseinrichtungen für Kriegsversehrte, in dem er sich gegen den Plan der Überweisung der Kriegsoffer an die öffentliche Fürsorge wandte und auch die verantwortliche Mitarbeit der Ärzteschaft bei der geplanten Neuordnung des Sozialwesens forderte. Ein Vortrag von Herrn Prof. Dr. Birk beleuchtete den Wert und die Notwendigkeit der Schutzimpfung bei Infektionskrankheiten der Kinder. Herr Prof. Dr. Letterer sprach als Pathologe in fesselnden Ausführungen über den Ablauf der Diphtherie-Erkrankungen und ihrer Komplikationen. Ein gemeinsames Mittagessen gab den aus dem ganzen Land zahlreich erschienenen Ärzten die Möglichkeit persönlicher Aussprache. Sie alle freuen sich auf den nächsten ärztlichen Fortbildungskurs, der am 22. Juni an der hiesigen Universität stattfinden wird.

Dr. med. D o b l e r, Tübingen.

## Tagung der Evangelischen Akademie in Bad Boll

Der Landesbischof D. Wurm der Württembergischen Evangelischen Landeskirche hatte die Ärzteschaft Württembergs vom 4. bis 12. Mai zu einer Tagung der Evangelischen Akademie im Kurhaus Bad Boll eingeladen. Er eröffnete die von Ärzten und Theologen außerordentlich zahlreich besuchte Tagung der „Stille und Besinnung“ mit bedeutsamen Ausführungen:

Sowohl die Männer der Kirche wie auch die Ärzte hätten weithin vergessen, daß sie von Gott berufen sind, Hüter des Lebens zu sein. Die Medizin habe aber in den vergangenen Jahrzehnten das materialistische Menschenbild des vorigen Jahrhunderts verlassen und gelernt, den Menschen wieder in seiner Ganzheit zu betrachten. Deswegen könnte heute auch wieder das Gespräch zwischen Medizin und Theologie in fruchtbarer Weise in Gang kommen, zumal auch die Kirche in der Bewährungszeit ihres Glaubens ein vertieftes Verständnis ihres Auftrages errungen habe. Diese Tage sollen dazu helfen, die gemeinsame Verantwortung für unser in die Irre gegangenes, gottentfremdetes und damit schwer krank gewordenes Volk zu tragen, in allem Ernst, aller Bewußtheit, aber auch im festen Glauben an die heilende Kraft göttlicher Liebe.

Im Namen beider Ärztekammern begrüßte Dr. Manfred Breuninger die Teilnehmer der Tagung mit herzlichen

Worten der Freude und wies mit tiefem Ernst auf die hohe und schöne Aufgabe des Arztes hin, unter Einsatz seiner ganzen Persönlichkeit mit heißer Liebe dem leidenden Menschen zu dienen. Prof. Dr. Mayer überbrachte die Grüße und Wünsche der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Von höchster ärztlicher Warte sprachen Prof. Dr. Siebeck über „Die Medizin in der Verantwortung“, Prof. Dr. von Weizsäcker über „Die seelischen Ursachen der Krankheit“, Dr. Bovet, Zürich, über „Menschenführung in der Sprechstunde“, Dr. Bovet sowie Dr. Tournier, Genf, über „Innere Stille“, Dr. Neuffer, Stuttgart, darüber, was wir Ärzte von der Kirche erwarten. Prof. Dr. Heim und Prof. Dr. Thielicke von der Theologischen Fakultät sprachen über das Thema: „Der Arzt der Menschheit“ und „Psychotherapie und Glaube“.

Neben aller Bedeutsamkeit der Vorträge, die der Tagung ein ungewöhnlich hohes Niveau zu geben verstanden, lag das tiefste Erlebnis aber doch in den fruchtbaren Aussprachen, die sich im Laufe der Tage im großen und kleinen Kreise entwickelten und in allen Teilnehmern tief und heilsam nachwirken werden.

Dr. D o b l e r.

# Bekanntmachungen

Ärtekammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44/45. Ärztekammer Württemberg-Süd, Tübingen, Neues Standortlazarett, Telefon 2262. Kassenärztliche Vereinigung Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44/45

## Sprechstunden

in der Dienststelle der Ärztekammer Nord-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg.

Sprechstunden in der Dienststelle nur Montag bis Freitag von 10 bis 12 Uhr und 14—16 Uhr. Samstags ist keine Sprechstunde. Außerhalb dieser Zeiten können Besucher mit einem Empfang nicht rechnen, da die Referenten und Sachbearbeiter durch Besprechungen mit anderen Dienststellen und dem internen Dienstbetrieb voll in Anspruch genommen sind. Ärzte, die sich aus beruflichen oder aus verkehrstechnischen Gründen nicht an die festgelegten Sprechstundenzeiten halten können, werden gebeten, telefonisch oder schriftlich wegen einem anderen Zeitpunkt anzufragen.

Für Rücksprachen mit dem geschäftsführenden Arzt und dem Sekretär des Vorstandes der Ärztekammer ist fernmündliche Voranmeldung dringend anzuraten.

Bei Postsendungen sind persönliche Anschriften an einzelne Mitarbeiter unzumutbar.

## Württembergische ärztliche Unterstützungskasse

Die Württ. ärztliche Unterstützungskasse, die seit vielen Jahrzehnten zum Teil aus Erträgen von Stiftungen von Ärzten, zum Teil aus freiwilligen ärztlichen Zuwendungen die Not unter nicht anspruchsberechtigten Mitgliedern des ärztlichen Standes, besonders von Witwen und Waisen, gelindert hat, bedarf zur Aufrechterhaltung ihrer Aufgabe heute mehr denn je der bisher gerne gegebenen freiwilligen Spenden der württembergischen Ärzte.

Wir bitten die Kollegen, die dazu in der Lage sind, herzlich um eine entsprechende Beisteuer. Die Amtsärzte der württembergischen Kreise nehmen wie bisher die Spenden entgegen. Diese können auch direkt an die nachstehend bezeichneten Konten der Unterstützungskasse einbezahlt werden:

Konto Nr. 5320 bei dem Postscheckamt Stuttgart	
Konto Nr. 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.	
Ärtekammer Württemberg-Süd	Ärtekammer Nord-Württemberg
gez.: Dr. F. Langbein	gez.: Dr. H. Gundert
Der Geschäftsführer gez.: Dr. W. Metzger	

## Pflichten der Fachärzte gemäß Berufsordnung

Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß die Pflichten der Fachärzte, wie sie in § 33 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte festgelegt sind, bei dem heute allgemein stark eingeeengten ärztlichen Arbeitsraum im kollegialen Interesse besonders gewissenhaft eingehalten werden müssen.

Die hier einschlägigen Bestimmungen des § 33 der Berufsordnung geben wir wie folgt wieder:

Der Facharzt ist grundsätzlich von der Ausübung einer allgemeinen ärztlichen oder allgemeinen vertrauensärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen.

Fachärzte müssen sich im wesentlichen auf ihr Fach beschränken.

Der Facharzt darf seine Besuchspraxis nicht zu einer allgemeinen hausärztlichen Tätigkeit entwickeln, er darf die Familie nicht ihrem Hausarzt entfremden.

Fachärzte, die Leiter von größeren Krankenanstalten oder deren Abteilungen sind, sollen sich außerhalb des Krankenhauses im allgemeinen auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken.

Darüber hinaus ist durch die Ärztekammer Württemberg-Süd bestimmt, daß Fachärzte, die Leiter von Krankenanstalten oder

deren Abteilungen sind, in den Ambulatorien der Krankenanstalten nur auf Überweisung durch andere Ärzte Patienten annehmen dürfen.

gez. Dr. Langbein,  
Präsident der Ärztekammer Württemberg-Süd.

## Gruppenversicherung der Württembergischen Ärzte

Da infolge der Fliegerangriffe während des Krieges sowohl bei der Ärztekammer wie bei der federführenden Versicherungsgesellschaft für Ärzte angelegte Einzelakten vernichtet wurden, fehlen die von einzelnen Ärzten gemachten Vormerkmale über Begünstigungen, Zessionen und Verpfändungen. Wir bitten daher die betreffenden Ärzte, die Begünstigungsverfügungen abgegeben haben, diese zu erneuern und bei der Ärztekammer Nord-Württemberg einzureichen.

## Abrechnung

### 1. Fremdkassenabrechnung

Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß die Fremdkassenabkommen mit den Abrechnungsstellen der amerikanisch, französisch und englisch besetzten Gebiete außerhalb Württembergs wie früher wieder in Kraft sind. Krankenscheine von Kassenmitgliedern aus diesen Gebieten müssen genau wie solche von Württemberg selbst entgegengenommen werden.

Die Krankenscheine der Fremdkassen sind bei der Abrechnung unbedingt mitzuzureichen. Fälle, die nicht mit Krankenschein belegt sind, werden gestrichen, es kann dafür keine Bezahlung gewährt werden.

### 2. Ersatzkrankenkassen

In der französisch besetzten Zone sind bekanntlich die Zwangsmglieder der Ersatzkrankenkassen an die Ortskrankenkasse überführt worden. Für die freiwilligen Mitglieder der Ersatzkrankenkassen sind die Einzelleistungen wie bisher nach den bereits mitgeteilten Ersatzkrankenkassenverträgen einzusetzen.

### 3. Urin-, Eiweiß- und Zucker-Untersuchungen

Die Kollegen werden gebeten, einfache Urin-, Eiweiß- und Zuckeruntersuchungen selbst auszuführen und diese nicht mehr an das Krankenhaus zu überweisen. Die Bezahlung solcher Untersuchungen im Krankenhaus werden von der KVV in Zukunft abgelehnt.

## Zuteilungen

### 1. Wundbenzin für die freipraktizierenden Ärzte Groß-Stuttgarts

Für den Monat Juli 1946 sind auf der Geschäftsstelle wieder Bezugscheine für Wundbenzin abzuholen.

### 2. Alkohol-Zuteilung an die Ärzte Nord-Württembergs

Den freipraktizierenden Ärzten Nord-Württembergs werden mit der Abrechnung I/46 für den Sprechstundenbedarf Alkoholscheine übersandt, die in jeder Apotheke eingelöst werden können. Ärzte, die keine Abrechnung erhalten, werden gebeten, die Alkoholscheine bei der Ärztekammer Nord-Württemberg anzufordern.

**Hauptversorgungsamt Tübingen****Leitender Arzt**

Die Ärzte der Versorgungsämter berichten, daß Kriegsversehrte mit offenen Befundberichten ihrer behandelnden Ärzte und deren Stellungnahme zur Versehrtenstufe zur Feststellung des Grades ihrer Versehrtheit bei den Versorgungsämtern erscheinen.

Dies führt zu einer erheblichen Erschwerung der Arbeit der Versorgungsämter. Ich bitte deshalb, in den Befundberichten zur Versehrtenstufe nur dann Stellung zu nehmen, wenn dies ausdrücklich vom Versorgungsamt verlangt wird, und diesen Befundbericht dann direkt dem zuständigen Versorgungsamt (Rottweil oder Ravensburg) zuzusenden. Es empfiehlt sich, auch alle anderen ärztlichen Unterlagen nur in geschlossenen Briefumschlägen mitzugeben.

Dr. Dobler.

**Postbetriebskrankenkasse**

Die Erhebung der Krankenscheingebühr von 25 Rpf. ist bei der Postbetriebskrankenkasse Stuttgart ab 1. Januar 1946 in Wegfall gekommen.

**Kurorte und Bäder**

Eine Umfrage in den Bade- und Kurorten Württembergs hat ergeben, daß folgende Orte wieder aufnahmefähig sind:

**Bad Wimpfen am Neckar:**

Heilbad für Erkrankungen der Atmungsorgane (Bronchitis, Asthma, allgemeine Schwächezustände). — Solbäder, andere medizinische Bäder, Inhalatorium für Apparate-, Raumvernebelungs- und Trockeninhalation, pneumatische Kammern, pneumatische Inhalation. Elektrische Lichtbehandlung und Hydrotherapie. — 150—200 Betten.

**Mineralbad Ditzenbach bei Geislingen an der Steige:**

Sanatorium für Herzranke. — Kohlensäure Mineralbäder. — Z. Zt. überfüllt.

**Bad Liebenzell:**

Rheuma, Gicht und Frauenleiden. — Thermalbäder. — Pensionshäuser für Privatpatienten und Unteres Bad. Nähere Auskunft durch Kurverwaltung.

**Bad Sebastiansweiler:**

Schwefelbäder, Trinkkuren, Diathermie und Fangopackungen. — Vorherige Anmeldung unter Beifügung von ärztlichen Zeugnissen.

**Württ. Staatsbad Wildbad:**

Thermalbadekuren, Kurzwellenbestrahlungen, Elektromose, Jontophorese, Höhensonne, Heißluftbehandlung nach Tyrnauer und Sollux-Bestrahlung. — Aufnahmemöglichkeit beschränkt. Vorherige Anfrage bei der Staatl. Badeverwaltung.

**Städt. Heilbad Ludwigsburg-Hoheneck:**

Solbäder mit und ohne Kohlensäure. Massage und Fangopackungen. Aufnahme beschränkt. Landhaus Elisabeth, Uferstr.

**Bad Friedrichshall-Jagstfeld:**

Kindersolbad Bethesda. — Solbäder, Höhensonne. — Kinder von 3—13 Jahren.

**Kurverwaltung Schömburg im Schwarzwald:**

Tuberkulose-Kurort. — Mehrere Tuberkulose-Heilstätten, viele Kurheime stehen zur Aufnahme von Privatpatienten zur Verfügung.

**Sanatorium Hirsau:**

Bäder, Massage, Übungsbehandlung, elektromedizinische Apparate, Kurzwellen, Röntgendiagnostik, klinisches Laboratorium, Liegekuren. — Sanatorium Hirsau, Dr. Römer. 45 Betten.

## Vorsorge Fürsorge

für Dich den Deinen

**Hannoversche Lebensversicherung**  
auf Gegenseitigkeit zu Hannover, vormals  
Preußischer Beamten-Verein.

Die große Lebensversicherung für jedermann mit der unmittelbaren Werbung für einen Versicherungsabschluß mit Selbstbelehrung und Selbstbedienung.

(20) Hannover, Postfach 50 Ae

## Alle Briefmarken des Dritten Reiches

einschließlich der ehemals besetzten Gebiete ab Lager sofort lieferbar.

Zusammenstellung von Anfängersammlungen. Schnellste Bearbeitung Ihrer Fehlliste.

Versand von Preislisten nur gegen philatelist. Frankatur im Spezialhaus

**Friedrich Becker, Frankfurt/M.-Bergen**

Steingasse 24

Einem erfahrenen Arzt, der Neigung zur Landpraxis hat und diese mit der

## Leitung eines kleinen Genesungsheimes

verbinden möchte, wird die Möglichkeit zum Aufbau einer solchen Existenz auf selten schön am Wasser gelegenen, altem niedersächsischem Heidehof geboten.

Angebote unt. D. 10020 an ZAG-Anzeigen-G.m.b.H.  
Hamburg 1, Bergstraße 9.

## Wir suchen zu kaufen bzw. zu tauschen:

**Neuere Fachliteratur**

auf dem Gebiete der inneren Medizin, Infektions- und Hautkrankheiten, Bakteriologie, Pharmakologie, Pharmazie und der organischen Chemie.

**Dringend gesucht:**

Heubner-Heffter: „Handbuch der Pharmakologie“. Beilstein: „Handbuch der organischen Chemie“. Tillmann-Juckeneck-Boerner: „Handbuch der Lebensmittelchemie“.

**Paul Rohmoser,**

Fachbuchhandlung und Antiquariat für Medizin und Naturwissenschaften, Radebeul-1 / Dresden, Sidonienstraße 1.



## KEBOROL

Hochwirksames Zahnbohrer-Reinigungs- und Desinfektionsmittel mit konzentriertem Rostschutz

## RÖTOL

Hand- und Winkelstück-Pflege- und Desinfektionsmittel

## Kisol

Schnell-Isoliermittel mit Tiefenwirkung. Spezialpräparat zur Isolierung von Gipsmodellen für Kautschuk und Kunstharz.



Erzeugnisse sind nur durch den Fachhandel erhältlich.

**A. KETTENBACH**

(16) Wissenbach/Dillkreis, Großhessen



## ARZNEIMITTEL „BRUNNER“

**CALASOT**  
Husten, Bronchitis

**FERSINAL**  
sek. Anämien, Erschöpfungszustände

**PHOSPHOSILIN**  
Arteriosklerose, Tuberkulose

**ANTINERVIT**  
Antineuralgicum, Antipyreticum, Analgeticum

**DIARRH-STOP**  
Diarrhöen auf chem. oder infektl. Grundlage

**ADOPIN-EMULSION**  
Rheuma, Gicht, Ischias

**ADEKASIN-SALBENSTIFT**  
Rheuma, Gicht, Ischias

**ANGINOSAN**  
Mund- und Halsaffektionen

**ACENEU**  
Schnupfen und Nasenkatarrh

**LUDWIG BRUNNER K.G.**

(früher Günther & Brunner K.G.)

Fabrik pharmazeutischer Präparate  
**BAD HOMBURG V. D. HOHE**

53.

## Briefmarken-Groß-Auktion

5. August 1946 — 10. August 1946

Alt-Deutschland, Europa  
und Übersee mit großen  
Seltenheiten.

Illustrierter Katalog gratis  
gegen Standesangabe.

**Edgar Mohrmann & Co.**

Schätzer u. vereidigter Briefmarken-Auktionator

**Hamburg 1, Speersort 6**

Telefon Nr. 334083

Briefmarken-Auktionshaus von Weltruf!

## TIRGON

Abführpillen

Symbiose  
von fein abgestimmten  
und mild wirkenden  
Grundstoffen

Wieder lieferbar



**M. WOELM, ESCHWEGE**

Fabrik chemisch-pharmazeutischer Präparate