

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1947

6 (1.6.1947)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart

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

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 6

STUTT GART, JUNI 1947

2. Jahrgang

Einige Punkte zur Sozialversicherung

Von Med.-Rat Dr. Friedrich Koch, Darmstadt

Die Diskussion um die Reform der Sozialversicherung nimmt in der Öffentlichkeit in letzter Zeit nicht mehr den Raum ein, wie vor einigen Monaten. Andere Fragen, welche uns alle näher angehen, haben sich mehr in den Vordergrund gerückt. Daraus darf aber nicht der Schluß gezogen werden, daß die Energie der Befürworter der Reform auch nur im geringsten nachgelassen hat. Noch liegt der Entwurf einer neuen deutschen Sozialversicherung beim Kontrollrat zur Beratung vor, ohne daß wirklich wesentliche Änderungen an ihm vorgenommen wurden. Allerdings zeigt die Diskussion jetzt das folgende Bild: Die Hauptbefürworter der Reform sind die Gewerkschaften. Sie betonen dabei stets, daß sie die Vertreter der Versicherten sind, weil sie die Vertreter der werktätigen Bevölkerung sind. Sie sprechen angeblich im Namen der Versicherten und halten sich für allein berechtigt, in ihrem Namen zu sprechen. Nun haben aber inzwischen die Mitglieder der Ersatzkassen in Kundgebungen und Stellungnahmen ihren Willen dahingehend kundgetan, daß sie die Erhaltung der Ersatzkassen wünschen und die Einheitsversicherung ablehnen. Ebenso haben an verschiedenen Orten die Mitglieder der Betriebskrankenkassen ebenfalls gegen die Vereinheitlichung der Krankenversicherung Stellung genommen. Die Entwicklung der letzten Jahre ging aber in der Richtung, daß die Zahl der Ersatzkassen- und Betriebskrankenkassenmitglieder im Verhältnis zu den Mitgliedern der Ortskrankenkassen relativ zunahm. Rechnet man zu diesen noch die Kreise, welche neu in die Versicherung eingeschlossen werden sollen, insbesondere die selbständigen Erwerbstätigen und die freien Berufe, welche wohl kaum die Gewerkschaften als ihre Sprecher ansehen, so darf man getrost sagen, daß die Gewerkschaften in Wahrheit nur eine Minderheit von Versicherten vertreten.

Im Gegensatz zu den Ersatz- und Betriebskrankenkassen haben die Gewerkschaften auch noch nicht Abstimmungen ihrer Mitglieder vorgenommen. Ihre Kundgebungen zur Reform der Sozialversicherung geschehen auf Vertretertagungen. Die Ärzte stehen dagegen mit den Versicherten in täglicher Fühlungnahme. Sie müssen es bestreiten, daß die Gewerkschaften im Namen der Versicherten sprechen, wenn sie die Einheitsversicherung, und das heißt die Ortskrankenkassen, als einzige Kassenart befürworten. Sie müssen auf die auffällige Tatsache hinweisen, daß die Gewerkschaften im Namen der Versicherten eine Forderung erheben, die weder von den Versicherten selbst erhoben wird, noch den Interessen der Arbeiter, Angestellten und Beamten entspricht, welche sie vertreten wollen und sollen, daß sie eine Forderung erheben, die zum erstenmal von der Bürokratie der Ortskrankenkassen gestellt wurde, und die jedenfalls — um das Wort Interesse zu vermeiden — deren Gesichtswinkel entspringt.

Um das zu begründen, gehen wir von der Tatsache aus, daß die Forderung der Einheitskasse begründet wird mit der Notwendigkeit des „Lastenausgleichs“. Dieses Bedürfnis nach Lastenausgleich entspringt der Situation, in der sich die Ortskrankenkassen befinden als die Träger der ungünstigen Risiken. Man soll nicht übersehen, daß sie das tatsächlich sind und daß diese Tatsache die Ursache ihrer Forderung nach Lastenausgleich ist. Die Krankenversicherung ist nun einmal gezwungen, auch die Risiken mitzuversichern, die an sich versicherungstechnisch gesehen nicht versicherbar sind. Und diese Risiken werden im wesentlichen von den Ortskrankenkassen und ihren Mitgliedern getragen. Es ist unbestreitbar, daß es eine Ungerechtigkeit bedeutet, daß ein kleiner Teil der Bevölkerung somit eine Last trägt, die eigentlich die Allgemeinheit tragen müßte. Die Forderung, hier eine Änderung vorzunehmen in der Richtung, daß diese Last von der Allgemeinheit getragen wird, ist berechtigt. Die Ärzte sind die letzten, welche die Berechtigung dieser Forderung nach einem Lastenausgleich bestreiten. Sie würden gerne diese Forderung gemeinsam mit den Gewerkschaften erheben, sind sie doch selbst Leidtragende der jetzigen Situation. Denn auch sie gehören zu dem Personenkreis, der hier eine Last trägt, die eigentlich die Allgemeinheit zu tragen hat. Aber, wir möchten gerne die Gewerkschaften davon überzeugen, daß der Weg der Einheitsversicherung und der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die ganze Bevölkerung ein falscher Weg zur Lösung des Problems des Lastenausgleichs ist. Wir verstehen, daß dieser Weg aus dem Gesichtswinkel der Verwaltung der Ortskrankenkassen gesehen naheliegend erscheint. Aber naheliegende Lösungen sind häufig kurzfristige Lösungen.

Die Einheitsversicherung bedeutet nämlich nicht eine wirklich gerechte Lastenverteilung, weil auch hier die Last nicht von der Allgemeinheit, sondern von dem — wenn auch erweiterten, so doch begrenzten — Kreis der Versicherten getragen wird. Dazu kommt eine zweite Ungerechtigkeit, die in folgendem begründet ist: Die wesentliche Leistung der Krankenversicherung sind die Sachleistungen, die aber nicht nach dem Beitrag abstufbar sind. Soll aber gleicher Leistung gleicher Beitrag entsprechen, so dürfte für die Sachleistung der Beitrag nicht nach dem Einkommen abgestuft werden. Die Ungerechtigkeit, die in dem verschiedenen Beitrag bei gleicher Leistung liegt, wird aber mit jeder Ausdehnung der Versicherungspflicht auf höhere Einkommen vergrößert. Schließlich ist der Beitrag nicht mehr Beitrag, sondern versteckte Steuer. Und eine dritte Ungerechtigkeit tritt hinzu: Die Entwicklung der Krankenversicherung hat gezeigt, daß die Bedürfnisse der verschiedenen Berufsgruppen in bezug auf die Leistungsgestaltung so verschieden sind, daß Verein-

heitlichung der Leistung in Wirklichkeit bedeutet, die Leistung nach den Bedürfnissen eines Teils der Versicherten gestalten unter Mißachtung der Bedürfnisse der übrigen Versicherten. Die Einheitsversicherung beseitigt also nicht die Ungerechtigkeit in der Lastenverteilung, sondern vergrößert sie. Sie kann deshalb unmöglich dem Interesse der Versicherten entsprechen.

Das Interesse der Versicherten geht nämlich insofern mit dem der Ärzte gleich, als beiden an einer Lösung des Problems des Lastenausgleichs gelegen sein muß, die die Last der schlechten Risiken wirklich der Allgemeinheit auferlegt. Das könnte wenigstens teilweise dadurch geschehen, daß die Verwaltungskosten der Ortskrankenkassen vom Staat oder von der kommunalen Selbstverwaltung getragen werden. Es könnte völlig geschehen, wenn allen Versicherten gestattet wäre, Ersatzkassen zu gründen oder solchen anzugehören. In diesem Falle müßten dann die übrigen Ortskrankenkassen der kommunalen Selbstverwaltung übergeben werden. Dieser wirklich gerechten Lösung steht allein das Interesse der Bürokratie der Ortskrankenkassen entgegen, die nicht ihre Selbständigkeit verlieren will und eine Lösung vorzieht, die ihr eine große Machtausweitung gewährt. Sie hat deshalb das Schlagwort erfunden, daß diese Lösung bedeute, die Versicherten zu

Fürsorgeempfängern zu machen, obschon klar auf der Hand liegt, daß die Frage, wer die Kassen verwaltet, damit gar nicht das geringste zu tun hat.

Wer vom Geiste der Demokratie durchdrungen ist, versteht dabei nicht, warum Gewerkschaften nicht vorziehen, Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter zu verwalten, statt Beamte staatlicher Einrichtungen zu sein. Der Gedanke der Einheitsversicherung entstammt der staatssozialistischen Ideenwelt. Es ist deshalb nicht zu verwundern, daß der konservative Graf Posadowsky als Kronzeuge für diesen Gedanken angeführt wird. Von jeher galt ja der Staatssozialismus als entschieden reaktionär. Und es paßt dazu, daß die Einheitsversicherung in der russischen Zone durchgeführt ist und daß die SED ihre heftigste Verfechterin ist. Auch in der Frage der Reform der Sozialversicherung dreht es sich um den Kampf zwischen westlicher Demokratie und östlichem Totalitarismus. Die Ärzteschaft würde gerne mit den Gewerkschaften Hand in Hand gehen im Kampf um einen echten Lastenausgleich in der Sozialversicherung. Voraussetzung dafür ist aber, daß die Gewerkschaften sehen lernen, daß das Interesse der Versicherten besser gewahrt wird auf dem Wege demokratischer Selbsthilfe als mit Hilfe eines Totalitarismus östlicher Prägung.

Das Problem der Kranken-Zusatz-Kost

Von Dr. med. Otto R i s t, Karlsruhe

Bei der organisatorischen Bearbeitung der Frage der Kranken-Zusatz-Kost (KZK.) ist es für den Arzt naheliegend, zunächst einmal eine Reihe von Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen aufzustellen, für die die Gewährung von KZK. überhaupt begründet erscheint. Die Arbeit und Mühe, welche ärztliche Kommissionen zusammen mit Experten der Ernährungsämter aber an die Aufstellung solcher Krankheitskategorien hängen, ist umsonst, wenn die KZK. in ihrer verfügbaren Gesamtmenge nicht für alle Kranken solch aufgestellter Kategorien ausreicht. Dies ist aber tatsächlich der Fall. Es kann daher die KZK. nur für einen Teil der Kranken, etwa für die schwereren Kranken jener Gruppen, gewährt werden, und dabei ergibt sich bereits die grundsätzliche Frage der Beschränkung. Wie soll beschränkt werden, d. h. von welchem Grad einer Krankheit ab wäre KZK. zu gewähren, und wer bestimmt dies?

Selbstverständlich hängt die Beantwortung der ersten Frage von der verfügbaren Gesamtmenge an KZK. ab. Aber selbst wenn man diesen Faktor als fixiert annähme, bliebe die Gewährungsbreite immer variabel, weil man nicht weiß und vor allem von vornherein nicht weiß, wieviel Kranke anfallen. Man wird deshalb das Problem von dieser Seite her praktisch nicht zu einer befriedigenden Lösung bringen können, zumal die Beachtung der einzelnen Krankheitsgruppen — und es wird eine beträchtliche Zahl sein — den Praktiker zu sehr belastet und von ihm letztlich doch nicht durchgeführt wird. Die Aufstellung der für KZK. indizierten Krankheitsgruppen ist theoretisch an und für sich richtig, aber praktisch wertlos.

Der Lösung der Zusatzfrage kommt man dagegen näher, wenn man zunächst einige festumrissene Nahrungsmittelzusatzgruppen als Standardgruppen (etwa 7—10) aufstellt. Diese Aufstellung hätte sorgfältig nicht nur von dem Gesichtspunkt des Kalorienwertes, sondern auch unter dem der kochtechnischen Zweckmäßigkeit zu erfolgen. Eine eiweißreiche, eine kohlehydratarme bzw. -freie Gruppe, eine Gruppe für Breikost müßte dabei sein, d. h. die Gruppen müßten wohl unter dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit für verschiedene Krankheitsgruppen aufgestellt werden, sie sollten dem Praktiker aber dann zur beliebigen Verwendung, also ohne Indikationsverknüpfung, zur Verfügung gestellt werden. Aus eigenem Ermessen könnte dann

der praktizierende Arzt die für den Kranken geeignete Zusatzgruppe auswählen und auf einem Attest verordnen. Es bleibt dann dabei nur die Frage der Beschränkung zu lösen, welche, wie bereits eingangs erwähnt, notwendig ist.

Die gegenwärtige allgemein schlechte Ernährungslage erlaubt nicht, daß alle Kranken, die es an und für sich notwendig hätten, KZK. erhalten, denn die Gesamtmenge an Nahrungsmitteln, welche das Landesernährungsamt einer Zone zur Verfügung stellen kann, ist begrenzt und reicht nicht zur Versorgung aller Kranken aus. Dies ist eine betrübliche Tatsache, sie ist aber in Rechnung zu stellen und für alle Überlegungen, die hinsichtlich der Verteilung und Gewährung von KZK. gemacht werden, von fundamentaler Bedeutung. Die Wirklichkeit ist also derart, daß wir, ganz konkret betrachtet, für eine Zone in einer Lebensmittelkartenperiode vom Landesernährungsamt eine ganz bestimmte Menge an Nahrungsmitteln für die KZK. zur Verfügung gestellt bekommen. Damit ist de facto die Kontingentierung der KZK. geschaffen, und zwar zunächst für das Gebiet einer Zone. Errechnet man aus den aufgestellten Nahrungsmittelzusatzgruppen einen ungefähren Gruppendurchschnittswert, so wird man bestimmen können, wie viele Zusatzverschreibungen in einer Periode erfolgen dürfen, d. h. für wieviel Einwohner einer Zone KZK. zur Verfügung steht. Die meisten Landesernährungsämter sind diesen Weg auch tatsächlich gegangen, und auf diese Weise wurde festgesetzt, wieviel Prozent der Einwohnerzahl der Stadt- und Landkreise auf Grund der vorhandenen Mengen an Nahrungsmitteln KZK. erhalten können. Nehmen wir also z. B. an, eine Stadt mit 200 000 Einwohnern könnte 7 Prozent KZK. bekommen, so könnten in einer Lebensmittelkartenperiode 14 000 Einwohner dieser Stadt bzw. 14 000 Kranke dieser Stadt gleichzeitig KZK. beziehen.

Die Beschränkung auf diese Attestzahl ist nun — dies ist besonders zu beachten — die grundlegende Bedingung für alle weiteren regulierenden Maßnahmen. Die Durchführung der Beschränkung ist unerlässlich, wenn nicht der Gesamtbezug von KZK. gefährdet werden soll. Für sie gibt es nun zwei Wege: Entweder das Prüfarztsystem oder die weitere Durchführung der Kontingentierung bis zum einzelnen Arzt.

Dem Prüfarztsystem liegt somit zunächst als eine der Hauptaufgaben die Beschränkung der Attestzahl ob. Die dem Prüfarzt eingereichten Atteste müssen letztlich unter dem Gesichtspunkt kontrolliert und genehmigt werden, daß ihre Gesamtzahl in einer Lebensmittelkartenperiode das für eine Stadt ausgegebene Kontingent an KZK nicht überschreitet. Erst innerhalb dieses Rahmens kann dann die eigentliche ärztliche Tätigkeit des Prüfarztes erfolgen, nämlich die, die Atteste auf ihre Indikationsberechtigung hin auszuwerten. Dabei wird im einzelnen Krankheitsfall der Prüfarzt auch immer das Kriterium heranzuziehen haben, ob dieser Fall so schwerer Natur ist, daß er berechtigt ist, an der beschränkten Menge der KZK teilzuhaben und ob nicht andere Krankheitsfälle bedürftiger sind. Dieser schwierigen Aufgabe wird die Prüfarztstelle nur gewachsen sein, wenn sie die Krankheitsfälle genau kennt, d. h. wenn sie technisch und personell so eingerichtet ist, daß sie eine möglichst große Zahl von Kranken nachuntersuchen kann und nicht nur an Hand der eingereichten Atteste entscheiden muß. Hierfür wird in einer größeren Stadt eine Prüfarztstelle notwendig sein, die mehrere Ärzte voll beschäftigt und zahlreiche Räume sowie umfangreiche, allen Erfordernissen gerechte technische Einrichtungen beansprucht. Daß die Durchführung eines derartigen Prüfarztverfahrens in der heutigen Zeit der Raumnot und des Materialmangels auf große Schwierigkeiten stößt und auch beträchtliche laufende Unkosten bringt, ist außer Frage.

Der andere Weg ist die Kontingentierung des einzelnen Arztes. Der Vorschlag dieses Verfahrens wird dort, wo er vor Ärzten erstmals gemacht wird, zunächst auf entschiedene Ablehnung stoßen. Man hält es mit dem ärztlichen Gewissen für unvereinbar, daß einem praktizierenden Arzt die Möglichkeit genommen werden soll, dort, wo es notwendig erscheint, Zusatz zu verschreiben. Man denkt an den Fall, in dem das zugebilligte Kontingent verbraucht ist und für einen neuankommenden Kranken, der es nötig hätte, kein Attest mehr vorhanden ist. Dabei wird aber nicht bedacht, daß eine Beschränkung grundsätzlich besteht und daß sie, wenn nicht vom einzelnen Arzt, dann eben von der Prüfarztstelle durchgeführt werden muß. Was liegt nun aber näher, als ein Gesamtkontingent, welches de facto für einen Bezirk oder eine Stadt besteht, auf die einzelnen Ärzte zu verteilen? Ist es nicht besser, wenn schon einmal die Beschränkung nicht zu umgehen ist, sie dem einzelnen Arzt aufzuerlegen, diesem Arzt dafür aber dann innerhalb des gesteckten Rahmens freie Hand bei der Auswahl der Kranken, die er mit KZK bedenken will, zu lassen, als ihn dauernd durch die Prüfarztstelle zu bevormunden, welche die Kranken des einzelnen Arztes doch nicht so genau kennt und die nicht den Überblick über die Schwere aller bei dem einzelnen Arzt anfallenden Krankheiten besitzt? Wir glauben, daß die Freiheit des Arztes im Rahmen der gegebenen unumgänglichen Beschränkung beim System der Kontingentierung relativ mehr gewahrt bleibt als bei der Einrichtung eines ausgebauten Prüfarztsystems.

Dabei kommt es natürlich darauf an, wie das System der Kontingentierung des einzelnen Arztes durchgeführt wird. Nehmen wir an, ein Arzt erhalte als Anteil vom Gesamtkontingent einer Stadt für seine Praxis in der Kartenperiode, also in 4 Wochen, 100 Atteste, d. h. die Möglichkeit, 100 seiner Kranken irgendeiner der aufgestellten Zusatzgruppen zu verschreiben. Es wäre nun falsch, diesem Arzt nur 100 Formulare für die Verschreibung auszuhändigen; die Möglichkeit, notfalls einige wenige Atteste mehr zu verschreiben, muß bleiben. Da es sich dabei aber nur um Notfälle handeln kann, wäre der Arzt dafür mit der das Kontingent übersteigenden Zahl in der nächsten Kartenperiode zu belasten, ebenso, wie ihm nicht ausgenützte Atteste auf die nächstfolgende Kartenperiode gutgeschrieben werden sollten. Für die dazu notwendige Überwachung und Kontrolle ist kein Prüfarzt, sondern lediglich eine einfache zentrale Einrichtung nötig, wo alle verschriebenen Atteste durchlaufen und die die Kontingentkonten laufend führt. Im übrigen wird aber der gewissenhafte und einsichtige Arzt mit seinem Kontingent hauszuhalten verstehen. Er wird sich, um bei obigem Beispiel zu bleiben, ausrechnen, daß er pro Woche 25 Atteste verschreiben kann,

und wird diese Atteste an die Bedürftigsten seines jeweiligen Krankenstandes geben. Hat er am letzten Wochentag alle 25 Atteste ausgegeben und kommt doch noch überraschend ein schwerer Krankheitsfall, der Zusatz unbedingt erfordert, so wird dieser Arzt ein Attest von der kommenden Woche vorausnehmen, dafür aber in der kommenden Woche in der Abgabe von Zusatz etwas zurückhaltender sein, d. h. einen etwas strengeren Maßstab anlegen. Das Wesentliche ist, daß der einzelne Arzt im Rahmen der gegebenen Beschränkung verantwortlich für die Verteilung seines Attestkontingents bleibt, dafür aber auch die Freiheit für diese Verteilung hat.

Diese Darlegungen sind keine theoretischen Gedanken, sie stützen sich vielmehr auf eine praktische Erfahrung, die durch das Kontingentierungsverfahren (wie oben erwähnt) in Karlsruhe gewonnen wurde. Mit einigen Abweichungen, die hier anzuführen zu weit gehen würden, ist in Karlsruhe im wesentlichen die Kontingentierung des einzelnen Arztes nach obiger Ausführung durchgeführt worden. Auf Grund monatelanger Beobachtung kann man sagen, daß sich dieses Verfahren bewährt hat. Im Gegensatz zu anderen Städten und Bezirken, die sich zu diesem Verfahren nicht entschließen konnten und trotz Prüfarzteinrichtungen über die geforderte Beschränkung hinaus KZK verbrauchen, ist einerseits in Karlsruhe das Gesamtkontingent bis jetzt nicht überschritten worden, andererseits haben sich ernstliche Schwierigkeiten nicht eingestellt. Wo vereinzelt Reibungspunkte mit Ärzten und Patienten entstanden, konnten sie ohne Mühe zufriedenstellend für alle Teile beseitigt werden. Jedenfalls wurde der Arzt hier in seinem Verfügungsrecht über das ihm zugeteilte Attestkontingent in der Regel nicht beeinträchtigt, und wir glauben, daß gerade dies, wenigstens bei dem allgemeinen Beschränkungszwang, als recht befriedigend empfunden wurde. Die einzige Schwierigkeit dieses Kontingentierungsverfahrens besteht bzw. bestand in der Aufteilung des Gesamtkontingents auf die einzelnen Ärzte. Sie wurde in Karlsruhe so vorgenommen, daß der Vorstand der Ärzteschaft dabei die ihm bekannte Praxisgröße des einzelnen Arztes, die Praxisart und die Zahl der Atteste berücksichtigte, die der betreffende Arzt monatelang vor der Kontingentierung verschrieb. Einen weiteren Anhaltspunkt bot der Vergleich mit anderen ähnlichen Arztpraxen. Im übrigen wurde vor der Aufteilung des Gesamtkontingents die von den Krankenhäusern und der Tuberkulose-Fürsorgestelle verordnete Attestzahl für Tuberkulose, Diabetiker und Perniziöse abgesetzt. Ganz bewußt wollte man eine Kontingentierung dieser ärztlichen Instanzen vermeiden. Man hat sich daher einen Überblick verschafft, welche Zahl von Attesten in den vor der Kontingentierung vorausgegangenen Monaten diese Stellen verschrieben haben und hat dann entsprechend dieser Beobachtung eine ungefähre Gesamtzahl von Attesten für sie zu besonderer Verfügung reserviert. Desgleichen wurde eine gewisse Attestzahl für noch zu erwartende Arztpraxen vorbehalten.

Zusammenfassend ist somit folgendes herauszustellen:

1. Solange die Nahrungsmittel nicht für alle Kranken bestimmter Krankheitskategorien ausreichen, kann die Aufstellung solcher Kategorien nur den Sinn von Richtlinien zur Verordnungsindikation für KZK haben, als eigentliches Verfahrensschema ist sie zwecklos.
2. Es genügt die Aufstellung von 7—10 Nahrungsmittelzusatzgruppen, wobei jede Gruppe als feste Standardeinheit für eine Attestverschreibung gedacht ist. Solche Gruppen könnten wohl unter dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit für verschiedene Krankheitskategorien aufgestellt werden, sie sollten aber dem Praktiker zur beliebigen Verwendung, also ohne Indikationsverknüpfung, dargeboten werden.
3. Die Aufstellung solcher Standardgruppen, die mit einfachen Kennzeichen zu versehen wären, vereinfacht das Gesamtverfahren, da dadurch die Ernährungsämter instand gesetzt werden, feststehende Zusatzkarten für jede Gruppe fertigen zu lassen und abzugeben.
4. Im Hinblick auf die in jedem Fall bestehende Beschränkung der gesamten KZK, ist dem Verfahren der Kontingentierung des einzelnen Arztes gegenüber dem ausgebauten

Prüfarztssystem der Vorzug zu geben, zumal das letztere sehr teuer ist und bei seiner Errichtung in technischer und räumlicher Hinsicht auf große Schwierigkeiten stößt.

5. Die Kontingentierung des einzelnen Arztes überläßt ihm die Freiheit des ärztlichen Handelns innerhalb der gebotenen Begrenzung. Sie ermöglicht besser als das Prüfarztssystem die Auswahl der zusatzbedürftigen Kranken, weil

der behandelnde Arzt die Kranken seines jeweiligen Krankenstandes besser übersehen und beurteilen kann als der Prüfarzt.

6. Bei richtig durchgeführtem Kontingentierungsverfahren ist KZK. für lebensbedrohliche und ernste Erkrankungen immer sowie für Fälle von Tuberkulose, Diabetiker und Perniziöse, unbegrenzt zur Verfügung.

Penicillin

Das Innenministerium für Nord-Württemberg und Nord-Baden in Stuttgart teilt unter dem 13. Mai 1947 mit:

„Es ist zu erwarten, daß in nächster Zeit von der Militärregierung Penicillin nicht nur zur Behandlung der Gonorrhöe, sondern auch zur Behandlung anderer Erkrankungen, bei denen eine Indikation zur Penicillinbehandlung vorliegt, freigegeben wird. Damit die Ärzte sich vorher mit der Penicillinanwendung vertraut machen können, hat die Militärregierung bestimmt, daß die in der Anlage beigefügte Abhandlung „Penicillin“ sämtlichen Ärzten in Nord-Württemberg/Nord-Baden zuzuleiten ist. Die Ärzte sind darauf hinzuweisen, daß über den genauen Zeitpunkt dieser Penicillinfreigabe sowie über die Art der Penicillinausgabe und Anwendung für diese Erkrankungen noch besondere Durchführungsbestimmungen herausgegeben werden. Bis dahin sind Anforderungen von Penicillin zu unterlassen.“

Nachstehend folgt die oben erwähnte Abhandlung:

	Abschn.
Allgemeine Vorbemerkung	1
Auswahl der Fälle für die Behandlung	2
Lagerung und Konservierung	3
Verabreichungsmethoden und ihre Vorbereitung	4
Dosierung	5
Nebenerscheinungen	6
Grundzüge für die Behandlung chirurgischer Fälle	7
Penicillin bei bestimmten spezifischen Infektionen	8

1. Allgemeine Vorbemerkung

Penicillin ist eine hochwirksame antibakterielle Substanz, die aus dem flüssigen Extrakt der Kultur einer Schimmelpilzart, nämlich des Penicillium, gewonnen wird. Zur Zeit wird Penicillin in getesteter Oxford- (Florey-) Einheiten verwandt. Eine Oxford-Einheit wird als diejenige Menge Penicillin definiert, die in 50 cm Bouillon aufgelöst, jegliches Wachstum einer Testkultur von Staphylokokkus aureus gerade verhindert.

2. Auswahl der Fälle für die Behandlung

Penicillin darf nicht als Allheilmittel betrachtet werden. Derzeit liegen die spezifischen Indikationen für das Arzneimittel nur teilweise fest. Seine Wirksamkeit hat sich bei bestimmten wichtigen Infektionen als sicher erwiesen, während es sich bei anderen als wirkungslos herausstellte. Alle, die Penicillin anwenden, sollten daran denken, daß es ihre Pflicht ist, die Kenntnisse vom Nutzen und der beschränkten Verwendbarkeit des Arzneimittels zu vertiefen, indem sie genaue Aufzeichnungen machen. Wie bei anderen chemo-therapeutischen Mitteln hängt die Wirksamkeit des Mittels von der Art des Erregers ab, der für die Infektion verantwortlich zu machen ist (in einigen wenigen Fällen, von dem vorhandenen Stamm). Es sollte daher in jedem Fall alles getan werden, um den Erreger festzustellen, bevor man mit der Behandlung beginnt. Eine gut fundierte Therapie verlangt eine überlegte und ökonomische Anwendung des Penicillins. Bei Infektionen, bei denen andere Mittel, wie z. B. Sulfonamide, eine zufriedenstellende Wirkung haben, sollte diesen zur Zeit der Vorzug gegenüber Penicillin gegeben werden, wenigstens solange als ihr Versagen nicht feststeht. Penicillin sollte nicht wahllos bei jeder beliebigen Infektion verabreicht werden, besonders dann nicht, wenn es sich um nicht klar diagnostizierte oder hoffnungslose Fälle handelt.

a) Ein großer Teil des verfügbaren Penicillins sollte für solche Fälle verwandt werden, in denen das Arzneimittel sich als hochwirksam erwiesen und andere Mittel sich relativ oder absolut unwirksam gezeigt haben. Zu den auf Penicillin ansprechenden Erregern gehören die meisten gram-positiven Kokken

und Bazillen und alle gram-negativen Diplokokken. Folgende Mikroorganismen sind besonders penicillinempfindlich: Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, die Clostridium-Gruppe (besonders C. Welchii und C. septicum), Gonokokken, Meningokokken, außerdem gewisse Spirochaetenarten und Aktinomyzeten. Zu den Infektionsarten, bei denen Penicillin wirksam gewesen ist, gehören schwere Infektionen mit Bakteriämie, die auf die oben erwähnten Erreger zurückzuführen ist, sowie Karbunkel (besonders solche im Gesicht), Furunkulose, Zellgewebsentzündung, akute Osteomyelitis, septische Arthritis, akuter, nicht-puritrider Lungenabszeß, Gehirnabszeß, eitrige Meningitis, Wund- und Brand-Infektionen durch Penicillin-empfindliche Erreger.

b) Fälle, die mit Penicillin behandelt wurden, sollten sorgfältig beobachtet werden; kurze, klare und genaue Aufzeichnungen sollten gemacht und die gesammelten Erfahrungen von Zeit zu Zeit zusammengefaßt werden. Gasgangraen, die bei Tieren auf Penicillin angesprochen hat, muß hinsichtlich der Wirkung von Penicillin noch weiter geprüft werden. Ein weiteres Studium der Wirkung ist auch angezeigt bei akutem und chronischem Lungenabszeß, Empyem und intraperitonealen Infektionen durch die Penicillin-empfindlichen Erreger, Rückfallfieber, Framboesie, Leishmaniosis, Amöbenruhr, Pilzinfektionen und rheumatischem Fieber. Cholera, Pest, Tularämie, Trypanosomiasis, durch Virus-erreger und Rickettsien hervorgerufene Krankheiten haben bisher nicht auf das Mittel angesprochen. Die Erfahrungen, die bisher mit bakterieller Endocarditis gemacht wurden, haben enttäuscht.

c) Penicillin ist wirkungslos gegen gram-negative Bazillen, einschließlich der Typhus-Dysenterie-Koli-Gruppe, des haemophilus, pyocyaneus, proteus, Brucella und Friedländer Bazillus. Es ist ebenfalls wirkungslos bei Infektionen mit dem Tuberkelbazillus, Oidium albicans und bei colitis ulcerosa, abgesehen von ausgedehnten Sekundärinfektionen und Malaria.

3. Lagerung und Konservierung

Natrium-Penicillin wird in Pulverform in Ampullen zu je 100 000 oder 200 000 Einheiten geliefert. Ein Karton enthält 10 Ampullen, 5 Kartons machen eine Versandpackung aus. Die Ampullen oder Phiolen sollten bei einer Temperatur unter 10° C (50° F) gelagert werden. Unter solchen Verhältnissen büßt das Arzneimittel nichts von seiner Wirksamkeit ein bis zum Verfallstermin, der zur Zeit 3 Monate nach dem Zeitpunkt des Testens und Abfüllens liegt. Sehr niedrige Temperaturen schaden dem Mittel nicht. Neueste Untersuchungen haben ergeben, daß die volle Wirksamkeit beträchtlich länger als 3 Monate erhalten bleibt, und daß die Verabreichung überfälligen Penicillins keine nachteiligen Folgen hat, es sei denn die, daß seine Wirksamkeit geringer ist. Es ist ratsam, die Menge des zu verabreichenden Mittels nur dann zu erhöhen, wenn mehr als 6 Wochen seit dem Verfallstag verstrichen sind. Man kann das sehr leicht lösliche Penicillin in sterilem, pyrogenfreiem, destilliertem Wasser, in einer isotonischen Kochsalz- oder in einer 5prozentigen Traubenzuckerlösung auflösen. Es ist wichtig, daran zu denken, daß die Lösung nach dem Auflösen im Kühlschrank aufbewahrt werden muß; selbst dann läßt die Wirksamkeit derart nach, daß es vorzuziehen ist, Lösungen, die vor mehr als 24 Stunden zubereitet wurden, nicht zu verwenden. Lösungen sollten 48 Stunden nach ihrer Herstellung überhaupt nicht mehr benutzt werden.

a) Spritzen für die Verabreichung von Penicillin sollten vorzugsweise ganz aus Glas sein und nur für Penicillininjektionen verwendet werden.

b) Die Nadeln sollten mindestens 1 1/2 Zoll (3,75 cm) lang sein und nur zur Verabreichung von Penicillin verwendet werden.

c) Spritzen und Nadeln sollten nur wie folgt sterilisiert werden:

- (1) 10 Minuten in Wasser kochen, oder
- (2) autoklave Sterilisierung (mittels Dampfdruck) bei einem Druck von 6,5 atü für die Dauer von 20 Minuten.

Auf keinen Fall sollten Spritzen oder Nadeln mittels irgendeiner chemischen Substanz, wie etwa Alkohol, Formaldehyd u. ä. sterilisiert werden.

d) Spritzen und Nadeln sollten vor Gebrauch trocken in sterilen Behältern aufbewahrt, nur in trockenem Zustand und bei Zimmertemperatur benützt werden.

4. Verabreichungsmethoden und ihre Vorbereitung

a) Intramuskuläre Injektion: Sie ist die gebräuchlichste Art der Verabreichung. Es muß darauf geachtet werden, daß die Lösung tatsächlich in den Muskel und nicht in die Subkutis gespritzt wird. Die Muskulatur des Deltoideus, des Gluteus und des Oberschenkels ist für die Injektion am besten geeignet. Im allgemeinen tritt an der Injektionsstelle vorübergehend ein brennender Schmerz auf, der jedoch nach Verabreichung einiger weniger Injektionen verschwindet. Der Inhalt einer Ampulle oder Phiole (100 000 Einheiten) wird gewöhnlich in 10 ccm einer isotonischen Kochsalzlösung aufgelöst, so daß 1 ccm 10 000 Einheiten enthält.

b) Intravenöse Injektionen: Häufiges Auftreten von Thrombose nach intravenösen Einspritzungen macht diese Anwendungsart weniger empfehlenswert, weshalb man von ihr nur bei zwingender Notwendigkeit Gebrauch machen sollte (s. Abschn. 6, c). In Fällen schwerer, lebensbedrohender Infektion wird jedoch die intravenöse Verabreichung vorgezogen, weil dadurch rasch eine hohe Blutkonzentration erreicht und erhalten wird. Bei gewöhnlichen, intravenösen Injektionen wird der Inhalt einer Ampulle oder Phiole Penicillin in 100 ccm isotonischer Kochsalz- oder 5prozentiger Traubenzuckerlösung aufgelöst, so daß 1 ccm 1000 Einheiten enthält. Das Mittel kann in einer Kochsalz- oder Traubenzucker-Dauerinfusion verabreicht werden. Die innerhalb eines bestimmten Zeitraums verabreichte Menge kann annäherungsweise folgendermaßen errechnet werden: Innerhalb 8 Stunden wird 1 Liter Flüssigkeit infundiert, bei einem Rhythmus von 40 Tropfen pro Minute. Demnach wäre in einem Fall, in dem eine Gesamtdosis von 300 000 Einheiten in 24 Stunden gegeben werden soll unter gleichzeitiger Verabreichung von 3000 ccm Flüssigkeit, der Inhalt einer Ampulle oder Phiole in 1 Liter Flüssigkeit aufzulösen. Falls die Gesamtmenge des Penicillins erhöht werden soll, können von Zeit zu Zeit zusätzliche Dosen einer konzentrierteren Lösung (1000 Einheiten pro ccm) direkt in den Schlauch des Dauertropfs injiziert werden. Die Nadel soll in den oberen Teil des Schlauchs eingeführt werden, damit die Lösung genügend verdünnt wird, ehe das Mittel in die Vene gelangt.

c) Intralumbale Injektion: Da Penicillin nach intravenösen und intramuskulären Einspritzungen im Liquor cerebrospinalis nicht nachgewiesen worden ist, ist in Fällen von Meningitis die intralumbale Verabreichung durch Lumbalpunktion angezeigt. Man muß sich unbedingt vergewissern, daß kein intralumbales Hindernis vorhanden ist, wenn die Behandlung von einer Injektionsstelle aus erfolgt. Wenn ein solches Hindernis besteht, so muß das Mittel entweder durch Suboccipital-Punktion oder nach Trepanation in die seitlichen Ventrikel injiziert werden. Diese Eingriffe sollten nur von Ärzten mit der nötigen Fachausbildung vorgenommen werden. Zu diesem Zweck ist der Inhalt einer Ampulle oder Phiole Penicillin in 100 ccm steriler isotonischer Kochsalzlösung (1000 Einheiten pro ccm) aufzulösen.

d) Injektion in die Pleurahöhlen und Gelenkspalten: Bei der Verabreichung von Penicillin zur Unterstützung chirurgischer Behandlung von Abszeßhöhlen, sowie Pleura- oder Gelenkinfektionen, sollte das Mittel sowohl direkt in die Abszeßhöhle als auch, wie üblich, intravenös oder intramuskulär injiziert werden, da es in infizierten Körper- und Gelenkhöhlen nur sehr langsam diffundiert, so daß eine wirksame Konzentration nicht erreicht wird. Zur Injektion in eine Empyem- oder andere Abszeßhöhle, sowie in eitrige Gelenkspalten, kann eine Konzentration von 1000 Einheiten pro ccm isotonischer Kochsalzlösung verwendet werden.

e) Lokale Anwendung: Die wichtigste Indikation für die lokale Anwendung einer Penicillinlösung ist das Bestreben, den Grad der Wundsterilität aufrecht zu erhalten, der durch die Allgemeinbehandlung erreicht wurde. Wenn der gewünschte Grad der Bakteriostasis in der Wunde erreicht ist, so kann eine beträchtliche Menge Penicillin eingespart werden dadurch, daß

man von der Allgemeinbehandlung zur lokalen übergeht. Das pulverförmige Salz reizt die Wundoberfläche und sollte nicht verwandt werden. Gewöhnlich werden Lösungen verwandt, die 250 Einheiten pro ccm isotonischer Kochsalzlösung enthalten, jedoch kann die Konzentration auf 500 Einheiten erhöht werden, wenn es sich um eine hartnäckige Infektion handelt. Die Lösung kann als nasser Verband auf die Wunde gebracht oder mittels Drains appliziert werden. Eine Behandlung täglich genügt im allgemeinen, um die Wunde rein und frei von Eiterkokken zu halten. Um ein Verdunsten der Lösung zu verhindern, sollte der feuchte Verband mit Vaselinegase, Zellophan oder sonstigem undurchlässigem Material bedeckt werden.

5. Dosierung

Es ist ratsam, Penicillin gleich zu Beginn der Behandlung genügend hoch zu dosieren, da bekanntlich manche Erreger, besonders Staphylokokken, penicillinresistent werden, wenn längere Zeit kleine Dosen gegeben werden. Das Mittel sollte 3—5 Tage weitergegeben werden, nachdem der Patient fieberfrei ist. Während dieser Zeit kann, wenn kein Fieber mehr besteht, die tägliche Dosis um die Hälfte herabgesetzt werden. Die durchschnittlich erforderliche Gesamtdosis ist außerordentlich verschieden. Es sind schon Dosen von 600 000 Einheiten in 24 Stunden ohne Schädigungen verabreicht worden. Die nachstehend gemachten allgemeinen Angaben sollen als Leitfaden für die richtige Dosierung des Penicillins dienen. (Weitere spezifische Anleitungen werden in Abs. 8 unten gegeben.)

a) Infektionen mit penicillinempfindlichen Streptokokkenstämmen erfordern eine Dosis von 90 000 Einheiten in einem Zeitraum von 24 Stunden, und zwar intramuskulär verabreicht in Dosen zu je 15 000 Einheiten alle 4 Stunden oder intravenös in Dosen von 7500 Einheiten alle 2 Stunden.

b) Die Gruppe der Staphylokokken erfordert zwei- bis viermal soviel Penicillin als die der Streptokokken. Gewöhnlich sind bei intramuskulärer Anwendung 25 000 Einheiten alle 3 Stunden, d. h. 200 000 Einheiten pro Tag erforderlich.

c) Bei lebensbedrohlichen Infektionen mit Bakteriämie empfiehlt es sich, intravenöse Injektionen mit einer Anfangsdosis von 25 000 Einheiten anzuwenden und anschließend 10 000 bis 15 000 Einheiten stündlich durch intravenöse Dauertropfinfusion zu geben mit einer Gesamtmenge von 240 000—360 000 Einheiten pro Tag. Wenn der Patient auf die Behandlung anspricht, so kann man von der intravenösen zur intramuskulären Anwendung übergehen und die Dosis auf die übliche Menge herabsetzen.

d) Die Anwendung von Penicillin als Hilfsmittel bei entsprechender chirurgischer Behandlung des Gasbrandes wird nachdrücklich empfohlen. Das Mittel muß in solchen Fällen hoch dosiert, d. h. im allgemeinen müssen mindestens 400 000 Einheiten täglich verabreicht werden.

e) Zum probeweisen Gebrauch bei Infektionen, bei denen die Wirkung von Penicillin noch erforscht wird, wird vorgeschlagen, tägliche Gesamtdosen von 200 000—400 000 Einheiten zu geben.

6. Nebenerscheinungen

Die Anzahl der Nebenerscheinungen beim Gebrauch von Penicillin, so wie es jetzt hergestellt wird, sind sehr selten. Ernste Komplikationen sind nicht beobachtet worden und Todesfälle sind auf seine Anwendung nicht zurückzuführen.

Die im allgemeinen auftretenden Reaktionen sind folgende:

a) Urticaria. Sie ist die häufigste Komplikation, welche in 12 von 209 Fällen = 5,7 Prozent beobachtet wurde. Sie trat zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung auf, nämlich zum Teil schon am 1. Tag und oft erst in der 4. Woche. Sie wurde einmal als Komplikation bei ausschließlich lokaler Behandlung beobachtet. Die Quaddeln entwickeln sich gewöhnlich während der Behandlung, können jedoch auch erst 9 Tage nach dem Ende der Behandlung auftreten. Sie breiten sich auf dem ganzen Körper aus; das Gesicht und die Augenlider schwellen an; außerdem können die Finger anschwellen und Schmerzen in den Gelenken bestehen. Die Erscheinungen dauern 3—5 Tage lang an und werden gewöhnlich durch Behandlung mit Suprarenin oder Ephedrin günstig beeinflußt. Der Verlauf ist unabhängig von der Fortsetzung oder Beendigung der Behandlung. Spätere Behandlungen mit Penicillin bei Patienten, die während der ersten Behandlung an Urticaria litten, verliefen glatt und ohne Urticaria-Rezidive. Komplikationen, die häufig zusammen mit einer Urticaria auftreten, sind Fieber und krampfartige Leibschmerzen.

Fieber tritt nur bei schweren Urticaria-Fällen auf und übersteigt gewöhnlich nicht 40° C (101° F). Die Therapie kann gewöhnlich bei bestehender Urticaria fortgesetzt werden; spätere Behandlungen geben keinen Anhaltspunkt für eine fortbestehende Allergie.

b) Fieber. Bei einigen Patienten trat während der ersten 3 bis 5 Behandlungstage Fieber ohne Urticaria auf. Diese Reaktion ist bei vorher afebrilen Patienten besonders auffallend, obwohl auch bei Patienten mit fieberhaften Infektionen bedenkliche Temperatursteigerungen auftreten können. Im allgemeinen spiegelt die Fieberkurve den klinischen Fortschritt weniger deutlich wider als auf Grund der Erfahrungen mit den Sulfonamiden zu erwarten wäre. Es besteht also kein Anhaltspunkt dafür, daß Penicillin an sich antipyretisch wirkt.

c) Thrombophlebitis. Bei fortgesetzten intravenösen Injektionen tritt an der Injektionsstelle häufig eine Thrombophlebitis auf. Die Phlebitis macht sich am 2. Injektionstag bemerkbar und kann zu Schüttelfrösten und Fieber führen, wenn die gleiche Vene weiterhin benutzt wird. Diese Komplikation kann vermieden werden, wenn verdünnte Penicillinlösungen verwandt werden und die Injektionsstelle jeden Tag gewechselt wird. An Stellen, an denen in gewissen Zeitabständen intravenöse Injektionen vorgenommen werden, tritt eine akute Phlebitis nicht auf; das Vorkommen einer Thrombose spiegelt die Geschicklichkeit, mit der die Venenpunktion ausgeführt wurde, wider. Bis zu 500 intravenöse Einspritzungen wurden einem Patienten gegeben, ohne daß in einer einzigen Vene eine Thrombose auftrat. Die Gefahr eines Lungeninfarktes als Folge einer Thrombophlebitis der unteren Extremitäten läßt es ratsam erscheinen, alle intravenösen Injektionen in die Armvenen vorzunehmen.

d) Andere Reaktionen, die beobachtet wurden, sind: Vorübergehende brennende Schmerzen an der Stelle der intramuskulären Injektion (gewöhnlich nur während der ersten 48 Stunden der Behandlung), Kopfschmerzen, Schwächegefühl und Blutwallerungen, Geschmackssensationen, Parästhesien in den Hoden, Muskelkrämpfe und Eosinophilie (bis zu 20–30 Prozent). Die meisten dieser Begleiterscheinungen werden Unreinheiten zugeschrieben und ihre Häufigkeit wird allmählich abnehmen, je mehr die Herstellungstechnik verbessert wird.

7. Grundzüge für die Behandlung chirurgischer Fälle

Es wird ausdrücklich betont, daß Penicillin ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der chirurgischen Therapie, aber kein Ersatz für dieselbe ist. Seine Anwendung mindert die Bedeutung chirurgischer Grundsätze keineswegs herab, ermöglicht jedoch, sie auf viel breiterer Ebene anzuwenden und erlaubt es, bestimmte Eingriffe früher und mit größerer Sicherheit als dies sonst möglich wäre, durchzuführen. Der Versuch, eine Wunde steril zu machen, ist sinnlos, solange Sequester und Fremdkörper vorhanden sind, die aus Teilen von Kleidungsstücken, Mörtel oder anderen Überbleibseln bestehen. Diese müssen so früh wie möglich entfernt werden, nachdem die Infektion mit Penicillin beherrscht ist, und nachdem der Patient mittels Blut- und Plasmatransfusionen, sofern erforderlich, zur Operation vorbereitet wurde. Metallische Fremdkörper sind weniger problematisch und seltener die Ursache einer chronischen Eiterung. Eiter muß drainiert werden; er wird durch Penicillin nicht zum Verschwinden gebracht, auch wenn sehr große Dosen gegeben werden. Fälle chronischer Sepsis erfordern eine sorgfältige Beurteilung, ehe größere operative Eingriffe vorgenommen werden. Es hat sich herausgestellt, daß der „schwankende Zustand“ dieser Patienten mit dem verminderten Blutvolumen und dem Hämoglobinmangel zusammenhängt. Daher vertrauen diese Patienten Operationen schlecht und ihre Wunden heilen langsam. Deshalb ist, als einem wesentlichen Teil der Behandlung bei diesen Fällen chronischer Sepsis, ausgiebig von Blut- und Plasmatransfusionen Gebrauch zu machen. Um den durch Transfusionen wiederhergestellten normalen Hämoglobinspiegel zu erhalten, muß die Infektion mittels Penicillin beherrscht werden.

8. Penicillin bei bestimmten spezifischen Infektionen

Die Grundlage für die Anregungen bezüglich Dosierung, Anwendungsweise und allgemeine Grundsätze für die Behandlung der hier aufgeführten spezifischen Erkrankungen bilden über längere Zeit gesammelte Erfahrungen. Obwohl dieselben als Anhaltspunkt bei der Verwendung von Penicillin dienen mögen, so muß doch jeder einzelne Fall einsehend klinisch geprüft, und in chirurgischen Fällen chirurgische Prinzipien angewandt werden. Die Dosierung sowie Anwendungsweise und -dauer soll von Fall zu Fall variieren.

a) Schwere akute Infektionen mit Bakteriämie. Es handelt sich gewöhnlich um schwere, lebensgefährliche Infektionen, die eine sofortige Behandlung mit einer konzentrierten und wirksamen Anfangsdosierung erfordern. Eine hohe Anfangsdosis ist besonders wichtig für die Staphylokokken-Gruppe; daher empfiehlt sich die intravenöse Anwendung bei diesen Infektionen mit einer Anfangsdosis von 25 000 Einheiten; daran anschließend sollten 5000–7500 Einheiten in Abständen von 1/2 Stunde, noch besser mittels Dauertropfinfusion, bis zu einer Gesamtdosis von 240 000–360 000 Einheiten pro Tag gegeben werden. Solche Infektionen machen unter Umständen Dosen bis zu 600 000 Einheiten täglich erforderlich. Es ist manchmal notwendig, dieses Behandlungsschema mehrere Tage lang fortzusetzen, jedenfalls so lange, bis eine Wendung zum Besseren den Übergang zu einer Dosierung von 25 000 Einheiten alle 3 Stunden gestattet. Die Behandlung sollte 3–5 Tage fortgesetzt werden, nachdem der Patient fieberfrei ist; während dieses Zeitraums kann die tägliche Dosis auf die Hälfte herabgesetzt werden. Da empfindliche Streptokokkenarten gewöhnlich sehr gut auf Penicillin ansprechen, ist es ratsam, bei Streptokokken-Infektionen kleinere Dosen zu verwenden als oben für Staphylokokken-Infektionen angegeben. Bei gut ansprechenden Streptokokken-Infektionen mit Bakteriämie ist die intravenöse Behandlung mit einer Anfangsdosis von 20 000 Einheiten anzuwenden und im Anschluß daran 7500 Penicillin-Einheiten in zweistündlichem Abstand entweder als Einzelinjektion intravenös oder mittels Dauertropfinfusion zu geben. Wenn die Besserung des Befindens es zuläßt, kann zur intramuskulären Behandlung mit 15 000 Einheiten alle 4 Stunden übergegangen werden. Die Dauer der Behandlung wird durch die oben erwähnten Faktoren bestimmt. Es ist darauf zu achten, daß die Anwendung von Penicillin bei diesen Infektionen einen chirurgischen Eingriff nicht unbedingt ausschließt. Eine frühe Ausschaltung von Infektionsherden ist wichtig und, wo angezeigt, sollte eine richtige Drainage vorgenommen werden.

b) Osteomyelitis, septische Arthritis und septische Schußbrüche. Obwohl bei der Osteomyelitis mit Bakteriämie die oben angegebene Dosierung empfohlen wird, so sollte in Fällen ohne Bakteriämie bei Staphylokokken-Infektionen 25 000 Einheiten alle 3 Stunden und bei Streptokokken-Infektionen 15 000 Einheiten intramuskulär alle 4 Stunden gegeben werden. Ein chirurgischer Eingriff ist in diesen Fällen gewöhnlich nötig, besonders bei Osteomyelitis der Röhrenknochen und bei Sequesterbildung. Gewisse Anzeichen weisen darauf hin, daß Penicillin die Osteomyelitis der flachen Knochen günstig beeinflusst, wenn keine Sequester vorhanden sind, ohne daß ein chirurgischer Eingriff vorgenommen wird. Bei septischer Arthritis (Gelenkempyem) wird empfohlen, Penicillin intramuskulär in der oben angegebenen Dosierung anzuwenden, unter Berücksichtigung der Infektionsart und des Erregers. Die lokale Anwendung stellt eine wirksame Unterstützung bei der Behandlung dieser Fälle dar. Diese kann durch wiederholtes Absaugen von Flüssigkeit aus der Gelenkhöhle und Injizieren von Penicillin (1000 Einheiten pro ccm) oder durch Injektion von Penicillin in die Gelenkhöhle nach Anlegung einer Drainage vorgenommen werden. Das Einführen von Drains oder Röhrchen in die Gelenkhöhle sollte vermieden werden. Das Vorhandensein von Fremdkörpern oder Sequestern erfordert chirurgische Entfernung derselben. Bei septischen, komplizierten Brüchen hat sich Penicillin als besonders nützlich erwiesen, da es eine frühere und ausgedehntere chirurgische Behandlung gestattet. Es muß jedoch dem jeweiligen Charakter dieser Mischinfektionen Rechnung getragen werden. Staphylokokken und Streptokokken sprechen rasch auf Penicillin an, wie auch die durch Anaerobier hervorgerufene Zellgewebsentzündung, dank der bei diesen eitrigen Wundinfektionen vorhandenen proteolytischen Bakterien; jedoch vermögen die Bakterien in dem vorhandenen nekrotischen Gewebe und den Sequestern weiter zu existieren. Außerdem charakterisiert diese Patienten ein „unbeständiger Zustand“, der offensichtlich mit dem herabgesetzten Blutvolumen und dem verfügbaren Hämoglobin, sowie einer starken Flüssigkeitsansammlung im interstitiellen Gewebe zusammenhängt. Die Penicillin-Therapie muß deshalb mit Bluttransfusionen wirkungsvoll unterstützt werden; gleichzeitig muß danach getrachtet werden, das Flüssigkeitsgleichgewicht im intramuskulären und interstitiellen Gewebe wiederherzustellen. Penicillin wird intramuskulär in der oben angegebenen Dosierung verabreicht, je nach der Art des Erregers. Oberhalb auf diese Weise die Wunde keimfrei gemacht und die Infektion einewädmet werden kann ist ein Rezidiv möglich, es sei denn, daß Sequester und Fremdkörper entfernt werden und gut drainiert wird. Penicillin soll auch lokal angewandt werden.

c) Meningitis (verschiedene Erreger). Penicillin sollte bei allen Meningitisfällen angewandt werden, wenn sie durch Staphylokokken, Streptokokken oder Pneumokokken verursacht wurde. Bei intramuskulärer und intravenöser Injektion gelangt nur außerordentlich wenig Penicillin in den Liquor; daher ist es nötig, das Mittel direkt in den subarachnoidalen Raum oder in die Cisternen zu injizieren. Da es nach der intralumbalen Einspritzung nur sehr langsam resorbiert wird, braucht es bei einer Dosierung von 10 000 Einheiten nur ein- oder zweimal in 24 Stunden injiziert werden, je nach dem Krankheitsverlauf und der Ansprechbarkeit des Erregers auf das Mittel. Die intralumbale Verabreichung hat gelegentlich Kopfweh, Erbrechen, erhöhten intracraniellen Druck und eine Zunahme der Zellzahl des Liquors zur Folge. Gleichzeitig mit der intralumbalen Behandlung sollte das Präparat intramuskulär oder intravenös verabreicht werden, und zwar in derselben Weise wie für andere lebensgefährliche Infektionen in Abschn. 8 a oben besprochen.

Wenn der Meningokokkus der Erreger ist, sollte Sulfathiazol, das bekanntlich hochwirksam und einfach handzuhaben ist, angewandt werden. Sollte aus irgendeinem Grund Sulfathiazol nicht verabreicht werden können oder keine befriedigende Wirkung innerhalb 48 Stunden zu beobachten sein, so muß Penicillin, wie oben angegeben, verabreicht werden. Bei schweren, bösartig

verlaufenden Meningokokken-Infektionen, die durch Bakteriämie, Kollaps und Purpura charakterisiert sind, sollten Sulfathiazol und Penicillin zusammen sobald wie möglich verabreicht werden.

d) Pneumonie (verschiedene Erreger). Penicillin ist das Mittel der Wahl bei Streptokokken- oder Staphylokokken-Pneumonie. Die Behandlung erfolgt in der üblichen Weise wie bei anderen lebensgefährlichen Infektionen; Einzelheiten sind im Abschn. 8 a oben angegeben. Die Pneumokokken-Pneumonie spricht gewöhnlich prompt auf Sulfonamide an. Zur Zeit ist Sulfathiazol das Mittel der Wahl zur Behandlung dieser Erkrankung, bis mit Penicillin an einer beträchtlichen Patientenzahl genügend Erfahrung gesammelt und diese ausgewertet wurde. Alle Patienten, die innerhalb 72 Stunden auf Sulfathiazol nicht ansprechen, sollten mit Penicillin behandelt werden. Gewöhnlich genügen 15 000 Einheiten, intramuskulär alle 3 Stunden, Tag und Nacht 3 oder 4 Tage lang injiziert. Die bisherigen Erfahrungen haben gelehrt, daß Penicillin bei atypischer Pneumonie unbekannter Ätiologie nicht wirksam ist. Daher sollte das Mittel bei unkomplizierten Fällen atypischer Pneumonie unbekannter Ätiologie nicht verwendet werden. Wenn jedoch Komplikationen durch Infektion mit pyogenen Bakterien auftreten, kann Penicillin hochwirksam sein.

Bekanntmachungen

BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

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

Wahl zur Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg

Die auf den 16. März 1947 angesetzten Wahlen zur Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg mußten seinerzeit verschoben werden, weil die Besatzungsmacht eine erneute Überprüfung der Ärzte angeordnet hatte, die jetzt abgeschlossen ist. In den von der Militärregierung zurückgegebenen Listen wird für die Ärztekammer verbindlich festgestellt, welcher Arzt Mitglied der Kreisärzteschaften sein kann und damit die Wahlberechtigung zur Ärztekammer hat. Die in den Listen nicht aufgeführten und damit als nicht wahlberechtigt geltenden Ärzte können sich zur Klärung ihrer Mitgliedschaft und Wahlberechtigung über die Kreisärzteschaften an die örtlichen Militärregierungen, Special Branch, wenden.

Die kommissarisch tätigen Vorstands- und Ärztekammermitglieder haben mit überwiegender Mehrheit beschlossen, die Wahlen zur Ärztekammer so schnell wie möglich durchzuführen, um den Aufbau der Berufsorganisation einer gewählten Vertretung zu übergeben, die vom Vertrauen des größten Teils der Ärzteschaft getragen ist. In dem jetzigen schweren Kampf um die Freiheit des Berufsstandes erscheint es der derzeitigen Leitung der nordwürttembergischen Ärzteschaft weitaus wichtiger, eine gewählte Berufsvertretung zu haben, als die zeitraubende Anerkennung der Wahlberechtigung der Ärzte, die zur Zeit durch die Anordnung der Besatzungsmacht dieses Rechtes verlustig gegangen sind, abzuwarten.

Nachdem die Vorbereitungen für diese Wahl zur Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg abgeschlossen sind, wird die Wahl auf Grund der bereits veröffentlichten Wahlordnung (siehe Württembergisches Ärzteblatt 1946, Heft 9/12, Seite 93) hiermit ausgeschrieben. Die inzwischen notwendig gewordenen Änderungen dieser Wahlordnung werden gesondert bekanntgegeben. Wahlberechtigt sind alle im Kammergebiet ansässigen Ärzte und Ärztinnen, denen von der Besatzungsmacht das Wahlrecht zuerkannt ist, soweit sie nicht unter die in der Wahlordnung festgelegten Ausnahmen fallen. Die Wahlbarkeit ist auf „Nichtbetroffene“ und durch rechtskräftigen Spruchkammerentscheid „Entlastete“ beschränkt.

Die Wählerlisten liegen in der Zeit vom 31. August bis 13. September 1947 bei den Gesundheitsämtern der einzelnen Kreise und bei der Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg in Stuttgart-Degerloch zur Einsichtnahme auf. Während dieser Zeit können wegen Überlegung Wahlberechtigter bzw. Wählbarer oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter bzw. Nichtwählbarer Einsprüche erhoben werden. Als Termin für die Wahl ist der 5. Oktober 1947 in Aussicht genommen. Gewählt wer-

den in zwei Wahlgängen 25 Ärztekammermitglieder als Vertreter der Ärzteschaften und auf einer Landesliste weitere fünf Ärztekammermitglieder. Für jedes Kammermitglied sind in den beiden Wahlgängen außerdem je zwei Ersatzmänner zu wählen. Wahlvorschläge müssen bis zum 6. September 1947 beim Landeswahlausschuß (Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32) vorliegen.

Alle weiteren Einzelheiten sind aus der Wahlordnung zu ersehen.

Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg.

80. Geburtstag

Seinen 80. Geburtstag konnte Herr Obermedizinalrat Dr. Kohlhaas am 1. August des Jahres feiern. Den württembergischen Ärzten ist es eine Freude, den Jubilar zu diesem schönen Festtage zu beglückwünschen. Seit dem Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit im Jahre 1891 ist Herr Obermedizinalrat Dr. Kohlhaas nicht nur in unserem deutschen Vaterlande, sondern auch in den ehemaligen deutschen Kolonien als Arzt tätig gewesen. Ärztliche Tätigkeit bei der Hamburger Cholera-Epidemie 1892, Allgemeinpraxis in Stetten/Remstal und Waiblingen, Amtstätigkeit als Kreisarzt, Leitung des Ludwigspitals in Stuttgart und namhafte Beiträge zu der Entwicklung der Lungen- und Hirn-Chirurgie sind Marksteine auf dem Wege seines ärztlichen Schaffens. Mögen dem Kollegen Dr. Kohlhaas noch viele Jahre eines Lebensabends in körperlicher und geistiger Frische beschieden sein.

Bezirks-Ärztelkammer Nord-Württemberg.

Heilverfahren in Bad Mergentheim

Die Landesversicherungsanstalt Württemberg teilt mit:

„Nach der Übernahme der ehemaligen Versorgungskuranstalt in Bad Mergentheim, jetzt Schloßkurhaus Mergentheim, und nachdem die Landesversicherungsanstalt Württemberg weiterhin das Haus Schwaben in Bad Mergentheim wieder in Betrieb genommen hat, stehen für die Durchführung von Heilverfahren für Stoffwechselkranke in Bad Mergentheim ab Juni d. J. 150 Betten und ab Juli 220 Betten zur Verfügung. Beide Häuser sind neuzeitlich eingerichtet und stehen für die Durchführung von Heilverfahren für Versicherte der Landesversicherungsanstalt und der Angestelltenversicherung ganzjährig zur Verfügung.“

Wir machen auf diese Kurmöglichkeit aufmerksam und empfehlen, in allen geeigneten Fällen Heilverfahren für Stoffwechselkranke zu veranlassen.

Wiederaufnahme freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit nach Spruchkammerentscheidung

Das Ministerium für politische Befreiung Württemberg-Baden teilte den Ärztekammern Nord-Württemberg und Baden mit Schreiben vom 4. Juli 1947 — III — 1/1/Goe — mit:

Nach Art. 64 des Befreiungsgesetzes können Betroffene auf Grund der Entscheidung der Spruchkammer keine Ansprüche auf Wiedereinstellung oder Schadenersatz stellen. Die Bestimmung ist dem Wortlaut nach auf Personen in unselbständiger Stellung abgestellt, sie muß aber sinngemäß auch auf selbständig tätige Personen Anwendung finden. Das bedeutet, daß eine solche Person keinen Anspruch auf Wiedereinstellung in ihre alte Tätigkeit an ihrem alten Arbeitsplatz hat. Es entspricht daher nach Auffassung des Befreiungsministeriums durchaus der geltenden Rechtslage, wenn die Ärztekammer die Auffassung vertritt, daß ein ohne Arbeitsbeschränkung aus dem Spruchkammerverfahren hervorgehender Arzt keinen Anspruch hat, in seinen alten Arztsitz wieder eingesetzt zu werden, wenn dieser inzwischen infolge einer Neuzulassung besetzt ist. Das Verfahren, daß der Betroffene sich in solchen Fällen als Bewerber um eine Neuniederlassung ins Arztregister einzutragen hat, verstößt demnach nicht gegen das Befreiungsgesetz.

Rezeptpflicht für Atebrin

Der Gesundheitsausschuß des Länderrats hat in seiner Sitzung vom 11. 6. 1947 die Rezeptpflicht für Atebrin angeordnet wegen der abortiven Wirkung dieses Präparates.

Anträge auf Krankenwein.

Das Landwirtschaftsministerium Württemberg-Baden macht darauf aufmerksam, daß in der letzten Zeit so viel Atteste zum Bezug von Krankenwein ausgestellt worden seien, daß die Kreisernährungsämter mit ihren Kontingenten nicht mehr durchkommen. Das Ministerium läßt bitten, einen etwas strengeren Maßstab als bisher bei der Verordnung von Wein anlegen zu wollen.

Die Stuttgarter Ärzte werden außerdem vom Ernährungsamt Stuttgart gebeten, im Monat September keine Anträge auf Krankenwein einzureichen, damit in dieser Zeit die rückständigen Anträge erledigt werden können.

Anträge auf Ernährungszulagen

Auf Veranlassung des Ernährungsamtes weisen wir die Ärzte darauf hin, daß Anträge auf Ernährungszulagen bei dem für den Wohnort des Arztes zuständigen Ernährungsamt zur Prüfung einzureichen sind.

Tuberkulose-Fortbildungslehrgang

in den Zentralkliniken der L. V. A. Württemberg in Göppingen, am 11. Oktober 1947.

- 9.00— 9.45 Uhr: Prof. Dr. B ü c h n e r, Freiburg:
„Zur Pathologie der Tuberkulose“.
- 9.45—10.45 .. Med. Rat. Dr. B r e u, Göppingen:
„Frühdiagnose und Differentialdiagnose der Lungentuberkulose des Erwachsenen“.
- 11.00—11.30 .. Dr. A b h o f f, Göppingen:
„Allgemeinbehandlung der Tuberkulose“.
- 11.30—12.15 .. Ob. Med. Rat. Dr. S c h e u r l e n, Schömburg:
„Kollapstherapie der Lungentuberkulose“.
- Pause
- 13.30—14.30 .. Prof. Dr. Z u c k s c h w e r d t, Göppingen:
„Chirurgische Tuberkulose“.
- 14.45—15.30 .. Med. Rat. Dr. B r e u, Göppingen:
„Lungentuberkulose im Kindesalter“.
- 15.45—16.30 .. Ob. Med. Rat. Dr. S c h r a g, Stuttgart:
„Tuberkulosebekämpfung“.

Anmeldung bei den Zentralkliniken in Göppingen erwünscht.

Fortbildungskursus in Freiburg im Breisgau

Die Landesärztekammer Südbaden bittet um Bekanntgabe, daß die medizinische Fakultät der Universität Freiburg i. Br. in der Zeit vom 29. September bis 4. Oktober 1947 einen Fortbildungskursus für Ärzte unter dem Thema

„Fortschritte der Therapie in den verschiedenen Fächern der Medizin“

durchführt.

Anfragen über die einzelnen Vorlesungen, Unterbringung und Verköstigung von Teilnehmern außerhalb der französisch besetzten Zone Baden sind an die Landesärztekammer Südbaden, Freiburg i. Br., Karlsstraße 34, zu richten.

Abstempelung der Meldekarten

Vom Arbeitsamt Stuttgart wird gebeten, die Ärzte darauf aufmerksam zu machen, daß die Abstempelung der Meldekarten der Patienten durch die Ärzte nicht erlaubt ist. Jeder Kranke hat entweder durch seinen Arbeitgeber oder das Arbeitsamt seine Meldekarte abstempeln zu lassen.

Die Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg veranstaltet einen

Württembergischen Ärztetag

am Mittwoch, den 17. September 1947
im Straßenbahner-Waldheim, Stuttgart-Degerloch
(in der Nähe des Ärztehauses)

Beginn 9.00 Uhr s. t.

Ende: gegen 16.00 Uhr

Alle Kolleginnen und Kollegen werden hiermit herzlich eingeladen

Aus dem Programm: Wissenschaftliches Referat von Professor Dr. Butenandt, Tübingen — Aufbau und Arbeit der Berufsorganisation seit 1945 Dr. Hermann Gundert — Niederlassung und Zulassung Dr. Ilse Reinhardt — Die Verwaltungsgebiete der Ärztekammer Hauptgeschäftsführer Burmester — Der Kampf der Ärzteschaft um die Freiheit ihres Berufs Dr. Hans Neuffer — Aussprache

Die Ausgabe eines einfachen Mittagessens ist vorbereitet. Alle Einzelheiten, wie Tagesordnung, Organisation gemeinsamer Fahrmöglichkeiten usw. werden noch besonders bekanntgegeben

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14, Telefon 7 12 75

Unerlaubte Behandlung von US-Heeresmitgliedern durch deutsche Zivilärzte

Ab sofort ist es jedem deutschen Arzt verboten, US-Heeresmitglieder wegen ansteckender Krankheiten zu behandeln.

Sollte ein deutscher Arzt durch Drohung oder Gewalt zu einer Behandlung des Soldaten gezwungen werden, so hat er die Pflicht, sofort einen ausführlichen Bericht über den Fall an die Militärregierung zu geben.

Zuwiderhandlungen gegen dieses Verbot werden vom Militärgericht bestraft.

Penicillinbehandlung der Gonorrhöe

Das Hessische Staatsministerium, Der Minister des Innern, V/Medizinalabteilung, Referat Geschlechtskrankheiten, gibt bekannt, daß nach Mitteilung der Landes-Militärregierung ab 1. Juni 1947 kein Penicillin mehr zur Behandlung der Gonorrhöe zur Verfügung steht, da in Zukunft das Penicillin durch Importe beschafft werden muß. Es wird daher angeordnet, daß ab sofort die Gonorrhöe nur noch mit Sulfonamiden mit zusätzlicher Fiebertherapie behandelt wird. Erst wenn ein zweimaliger Sulfonamidstoß zu keinem negativen Ergebnis geführt hat, darf Penicillin bis zu 400 000 Einheiten und bei Schwangeren bis zu 800 000 Einheiten angewendet werden. Die Vulvovaginitis Gonorrhoea und die Blenorhoe kann bei der geringen Anzahl der Fälle weiterhin sofort mit Penicillin behandelt werden. Diese Anordnung ist genauestens zu beachten. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, daß durch das Hygienische Institut der Universität Frankfurt/Main Gonokokken-Vaccine zu Provokationszwecken in jeder beliebigen Menge bezogen werden können. Anforderungen sind unmittelbar dorthin zu richten.

Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten.

Alle Fälle von Masern, ansteckender Gelbsucht, Grippe und extrapulmonaler Tbc. müssen dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden.

Sonntagsfahrgenehmigungen

Sonntagsfahrgenehmigungen werden in Zukunft von den zuständigen Straßenverkehrsämtern der Stadt- und Landkreise ausgestellt.

Kammerbeitrag

Der Kammerbeitrag für die freipraktizierenden Ärzte ist bei allen Ärztekammern des Landes Hessen einheitlich auf RM 80.— jährlich festgesetzt worden. Dazu tritt ein Beitrag von monatlich RM 5.— für den Unterstützungsfond. Der Kammerjahresbeitrag für festbesoldete Ärzte beträgt bei einem

Monatsgehalt über RM 300.—	RM 30.—
Monatsgehalt von RM 100.— bis RM 299.—	RM 12.—
Monatsgehalt von RM 50.— bis RM 99.—	RM 6.—
unbezahlte Volontärärzte entrichten	RM 3.—

Hiervon werden $\frac{3}{4}$ dem Unterstützungsfond zugeführt. Der Stichtag für die Veranlagung ist der 1. Februar jedes Jahres.

Leichenschauheine

Bei der Ausstellung von Leichenschauheinen muß die Todesursache sowie der Name des Arztes deutlich und lesbar geschrieben sein. Dieser Hinweis ist deswegen erforderlich, weil es den Standesbeamten als Nichtmedizinern in vielen Fällen sonst nicht möglich ist, die Todesursache bei Beurkundung des Sterbefalles in die Standesamtsbücher zu übernehmen.

Ausländersuchaktion

Das Hessische Staatsministerium, Der Minister des Innern, hat folgenden Erlaß herausgegeben, um dessen Beachtung gebeten wird:

„Die Anfang 1946 auf Anordnung der Militärregierung durchgeführten Ermittlungen über Ausländer, die sich seit Kriegsbeginn freiwillig oder unfreiwillig im Reichsgebiet aufgehalten haben, sind von der Militärregierung als unzureichend bezeichnet worden. Die Militärregierung hat daher eine nochmalige Durchführung des Ausländersuchverfahrens zur Ergänzung und Überprüfung der im Vorjahre getroffenen Feststellungen angeordnet.

Die Suchaktion erstreckt sich auf alle Ausländer, staatenlosen Personen und deutschen Juden, die sich zwischen dem 2. Sep-

tember 1939 und 15. Juli 1946 zu irgendeinem Zeitpunkt im Lande Hessen aufgehalten haben, jedoch nicht auf deutsche Flüchtlinge und Ausgewiesene, die seit 1945 nach Hessen gekommen sind.

Das Suchverfahren umfaßt:

1. Nachforschung und Feststellung aller Behörden, Dienststellen, Betriebe usw., die irgendwelche Unterlagen oder Aufzeichnungen über Angehörige der Vereinten Nationen besitzen können, und zwar getrennt

a) nach Behörden, Dienststellen, Betrieben usw., welche bis Kriegsende vorhanden waren, insbesondere u. a. auch alle ehemaligen Dienststellen der NSDAP, ihrer Gliederungen und Verbände, ehemaliger Wehrmachtsdienststellen usw. Es handelt sich hier also um Stellen, welche nach dem Zusammenbruch aufgelöst wurden und heute nicht mehr bestehen.

Nachforschung und Feststellung über den Verbleib der Akten und Angehörigen dieser Dienststellen, welche eventuell Auskünfte geben können.

b) nach den zur Zeit bestehenden Behörden, Dienststellen, Betrieben usw.

2. Ergänzung der bereits eingereichten Unterlagen, und zwar:

a) Neuerstellung für alle bisher etwa noch nicht erfaßten Behörden, Dienststellen usw.,

b) Ergänzung der bereits vorliegenden aber unvollständigen Meldungen.

Die gesamte Suchaktion untersteht der einheitlichen Leitung der Abteilung VI des Hessischen Innenministeriums (Regierungsrat Kleberg). Für jeden Stadt- und Landkreis ist eine besondere Suchstelle eingerichtet, die dem Landrat und in den kreisfreien Städten dem Oberbürgermeister unterstellt ist. Die Suchstellen sind innerhalb ihres Kreises federführend für die nochmalige Durchführung der Suchaktion und übernehmen alle Aufgaben, die zur Erreichung des gesteckten Zieles unmittelbar oder mittelbar notwendig sind. Die erforderlichen Meldungen sind daher abweichend von der Regelung des vergangenen Jahres von den Krankenanstalten, Heil- und Pflegeanstalten, sowie den Ärzten nicht an die Gesundheitsämter weiterzuleiten und von diesen dem Ministerium zu übersenden, sondern unmittelbar der für den in Frage kommenden Kreis zuständigen Suchstelle zu erstatten. Alle Behörden, Dienststellen, Betriebe und Personen (Medizinalpersonen) sind verpflichtet, ihre vorhandenen Unterlagen den Sachbearbeitern der Suchstellen zur Einsichtnahme vorzulegen, die geforderten Meldungen zu erstatten und den Suchstellen nach jeder Richtung hin Rat und Hilfe zu gewähren.

Ich bitte daher die Arbeit der Suchstellen in jeder Weise zu unterstützen, ihnen alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die Meldungen, die von ihnen angefordert werden, zu erstatten. Ich weise darauf hin, daß die Militärregierung auf die sorgfältige und ordnungsgemäße Durchführung der Suchaktion den größten Wert legt. Jede Unterlassung, Verzögerung, Ungenauigkeit oder böswillige Absicht kann eine Bestrafung der verantwortlichen Persönlichkeiten durch die Militärregierung nach sich ziehen.“

Falscher Arzt

Es wird vor einem angeblichen Arzt Herbert Heinz Huch, geboren 23. Dezember 1900 in Gumbinnen gewarnt, der es verstanden hat, über 1 Jahr in Thüringen sich in den verschiedensten Stellungen ärztlich zu betätigen. Huch besitzt keine ärztlichen Papiere und ist auch niemals Arzt gewesen. Er hat sich der Verhaftung in Thüringen durch die Flucht über die Zonen-grenze nach dem Westen entzogen.

Ärztliche Gutachten

In zunehmendem Maße werden von Ärzten an Universitätskliniken und Krankenhäusern und von praktischen Ärzten Gutachten für Spruchkammern, Gerichte, Arbeitsämter ausgestellt, die nach Form und Inhalt erheblich zu beanstanden sind. Dadurch wird nicht nur die Tätigkeit der Amtsärzte erschwert, sondern auch ganz allgemein das Ansehen des ärztlichen Standes gefährdet. Das ist gerade heute um so bedauerlicher, als die Grundlagen des ärztlichen Standes von verschiedenen Seiten angegriffen werden.

Die Medizinalabteilung des Hessischen Staatsministeriums weist daher darauf hin, daß

1. amtsärztliche Gutachten nur von Amtsärzten, d. h. Leitern der Gesundheitsämter ausgestellt werden dürfen. Alle anderen Ärzte müssen ihre Gutachten als ärztliche bzw. fachärztliche Gutachten kennzeichnen.
2. Die Gutachten müssen einen einwandfreien Befund und

ÄRZTEKAMMER FRANKFURT/MAIN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14
Telefon 730 51 und 756 60

1. Das Gesundheitsamt des Stadtkreises Frankfurt/Main bittet, bei Auftauchen die nachstehenden Personen festzuhalten und der Polizei zu übergeben unter Benachrichtigung der Kriminalpolizei, V. Kommissariat (Telefon 30331, App. 8355, Krim.Ass. Thamm):
Martin Kohl, Günderrodestr. 7,
Hanni Sparrmann, fr. Inheidener Str. 30,
Hilde Norman, fr. Westendstr. 72.
Kohl ist rauschgiftsüchtig und soll zur Entziehung in die Nervenklinik angewiesen werden. Bei den beiden anderen Personen liegt Verdacht auf Rauschgift vor.

2. Das Gesundheitsamt des Stadtkreises Frankfurt/M. meldet Herrn Josef Emmerring, geb. 19. März 1898, wohnh. Frankfurt/Main, Hügelstr. 87, als rauschgiftsüchtig. Für zwingende Fälle ist Herr Emmerring an Herrn Dr. Ruppel, Eschersheimer Landstr. 420, zu verweisen, der bezüglich der Verwendung von Betäubungsmitteln mit besonderen Anweisungen versehen ist.

3. Das Gesundheitsamt des Stadtkreises Frankfurt/Main meldet auf Veranlassung der Kripo Stuttgart folgendes:
„In der Apotheke in Ellwangen wurden am 16. und 19. Mai 1947 auf die Namen
Heinz Henkel, Seb. Köhler und Alfred Schaller

ÄRZTEKAMMER GIESSEN

Geschäftsstelle: Gießen, Johannesstraße 15
Telefon 2792

Verlegung der Dienststelle

Nach langen Mühen ist es uns gelungen, unsere Dienststelle in unseren Vorkriegsräumen in der Commerzbank Gießen, Johannesstr. 17, I wieder einzurichten.

Im Interesse eines reibungslosen Geschäftsganges bitten wir, die wiederholt in unseren Rundschreiben bekanntgegebenen Dienststunden auch einhalten zu wollen.

Sprechzeiten täglich von 9 bis 12 Uhr vormittags. Bei rechtzeitiger telefonischer Anmeldung können auch in Ausnahmefällen andere Zeiten vereinbart werden.

Abhaltung von Sprechstunden

Es ist verboten, an mehr als einem Ort oder Ortsteil Sprechstunden abzuhalten. Alle Ärzte werden gebeten, bis zum 25. Juni 1947 der Geschäftsstelle Mitteilung zu machen, wo und zu welchen Zeiten sie Sprechstunden abhalten. Auch Fehlanzeigen sind unbedingt erforderlich, um endlich einen Überblick zu gewinnen, wieviel Ärzte gegen diese Bestimmung verstoßen.

Ernährungszulagen

Auf Grund der Verfügung Nr. 65 des Landesernährungsamtes Hessen vom 21. April 1947 und der dieserhalb geführten

ÄRZTEKAMMER KASSEL

Geschäftsstelle Kassel, Herkulesstr., Diakonissenhaus
Telefon 3347

Der Polizeipräsident Kassel

erbittet Mitteilung, ob eine etwa 50 Jahre alte Frau Grauer (oder ähnlich) aus Bad Sooden-Allendorf bei einem Arzt unseres Bezirkes behandelt worden ist.

Diese Nummer wird im August 1947 ausgeliefert.

ein klares, unzweideutiges Urteil der gestellten Frage nach Haftfähigkeit, Terminfähigkeit, Erwerbsminderung enthalten.

3. Unter allen Umständen müssen Wendungen vermieden werden, die nach Gefälligkeitsattesten aussehen.
4. Bescheinigungen über rein hygienische Angelegenheiten müssen den Gesundheitsämtern vorbehalten bleiben.

durch einen Rezeptfälscher Morphium-Rezepte eingelöst. Die Rezeptformulare stammen zum Teil aus Bayern und tragen den Stempel des Herrn Dr. Bomhard aus Nördlingen.

Personenbeschreibung: Der Schwindler ist etwa 35 Jahre alt, 1,60 m groß, hat dunkles, kurzgeschnittenes Haar, trägt langen grauen Anzug. Die linke Hand ist sichtbar verletzt. Außerdem Kopfschmerzen nach der linken Schulter.

Im Auftretungsfalle wird Festnahme und sofortige Nachricht an die Kriminalpolizei Frankfurt/Main, V. Kommissariat, Tgb.-Nr. 23405, erbeten.

4. Das Sanatorium „Küppelsmühle“, Bad Orb, teilt unter dem 8. Mai 1947 folgendes mit:

„Die Einweisungen von Patienten der Landesversicherungsanstalten sind in diesem Jahre in Anbetracht der wenigen zur Verfügung stehenden Häuser derart umfangreich, daß es uns kaum noch möglich ist, den Anforderungen gerecht zu werden. Wir sind deshalb gezwungen, die Aufnahme nur auf dringende Fälle zu beschränken und möchten auch Sie hiermit bitten, in diesem Jahre nur noch in dringenden Fällen Patienten in unser Haus einzuweisen.“

Ebenso wie in Bad Orb ist es, wie uns von einer Krankenkasse mitgeteilt wird, in diesem Jahre auch in den anderen Kurorten schwierig, die Patienten unterzubringen. Bei Anträgen auf Aufnahme von Kassenmitgliedern wird meistens mitgeteilt, daß die Zimmer bis Ende September besetzt sind, daß sich eine Unterbringung überhaupt nicht ermöglichen ließe, daß die Aufnahme nur auf schwerkranke Patienten beschränkt werden könne u. dgl.

Besprechung des Gesundheitsamtes, der Ärztekammer und des Leiters des Gewerbeaufsichtsamtes Gießen tritt nunmehr folgende Regelung der Ernährungszulagen für in Heilberufen tätiges Personal in Kraft:

- a) Ärzte, am Krankenbett tätiges Pflegepersonal, technische Assistentinnen, Fürsorgerinnen im Gesundheitsdienst, voll beschäftigte Hebammen, Zahnärzte, Dentisten, Heilpraktiker erhalten ab der 101. Zuteilungsperiode die Teilschwerarbeiterkarte. Soweit o.a. Kategorien bisher die Vollscherarbeiterkarten gegeben wurden, ist ein Neuantrag beim Gesundheitsamt nicht notwendig. Für alle anderen Personen ist Neuantrag zu stellen.
- b) Sofern Ärzte und Pflegepersonal einschl. technische Assistentinnen, Reinemachefrauen und Waschfrauen auf Tbc., Typhus- und Fleckfieberstationen oder außerhalb von Anstalten (einschl. Wasch- und Reinemachefrauen) eingesetzt oder in Privatpraxis als Spezialärzte oder Spezialpflegepersonal auf diesem Gebiet tätig sind, erhalten sie die Schwerarbeiterkarte und zuzüglich $\frac{1}{4}$ Liter Vollmilch.
- c) Bei Desinfektionen angestelltes Personal, einschl. Desinfektoren erhalten Normalarbeiterkarten und zuzüglich $\frac{1}{4}$ Liter entrahmte Frischmilch täglich.
- d) Die Genehmigung der Zulagen für Heilgehilfen, Heilgymnastinnen und Masseur erfolgt nicht mehr durch das Gewerbeaufsichtsamt, sondern durch das Staatliche Gesundheitsamt.

Die privaten Krankenversicherungen

erbitten die Ausstellung der ärztlichen Rechnungen bis spätestens 3 Monate nach beendeter Behandlung.

VITA:

Dr. Friedrich Koch, geb. 23. 3. 1894 in Bergstadt
Dr. Otto Bist, geb. 28. 4. 1899 in Triberg