

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

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

7/9 (1.7.1947)

# 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 7/9

STUTTGART, JULI-SEPTEMBER 1947

2. Jahrgang

## INHALTSVERZEICHNIS

|  | Seite     |
|--|-----------|
| <b>Nauheimer Tagung</b>  | <b>50</b> |
| <b>Dr. Wajnapel: Gesteigerte Diurese in den Konzentrationslagern</b> | <b>65</b> |
| <b>Stimmen aus dem Leserkreis</b>                                    |           |
| <i>Dr. Scheinpflug: Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten</i>    | <b>66</b> |
| Erwiderungen auf den Aufsatz des Herrn Dr. Weigt in Heft 2/3         | <b>66</b> |
| <b>Tagungsberichte</b>   |           |
| Religiös-wissenschaftlicher Ärzte-Kongreß in Bad Mergentheim         | <b>68</b> |
| <b>Bekanntmachungen</b>  |           |
| Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg                                 | <b>69</b> |
| Bezirks-Ärztékammer Nord-Baden                                       | <b>72</b> |
| Landes-Ärztékammer Hessen  | <b>72</b> |

## Nauheimer Tagung

Am 14. und 15. Juni 1947 waren in Bad Nauheim die Vertreter aller Ärztekammern der amerikanisch, britisch und französisch besetzten Zonen Deutschlands zu gemeinsamen Beratungen versammelt. Die Besprechungen und Beschlüsse dieser ersten Tagung, an der mit Ausnahme der russisch besetzten Zone sämtliche deutsche Ärztekammern durch ihre gewählten und berufenen Vertreter teilgenommen haben, sind von so grundsätzlicher Bedeutung für den Wiederaufbau der deutschen Ärzteschaft, daß wir die wesentlichen Referate, Verhandlungen und Beschlüsse im Südwestdeutschen Ärzteblatt zusammenfassend veröffentlichen.

Der Bericht ist an Hand des Protokolls nach den wichtigsten Punkten der Tagesordnung gegliedert:

- I. Ernährungsnot des deutschen Volkes
- II. Bericht über Nürnberger Ärzteprozeß
- III. Änderung der Berufsordnung
- IV. Frage der Jungärzte und Einschränkung des Medizinstudiums
- V. Betriebsärztefragen
- VI. Ärztliche Versorgung der Körperversehrten
- VII. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
- VIII. Vermögen und Rechtsnachfolge der Reichsärztékammer und KVD.

Am Sonnabend den 14. Juni 1947, 9 Uhr c. t. begrüßte Dr. Oelemann als Präsident der Landesärztékammer Hessen die zahlreich erschienenen Tagungsteilnehmer im großen Hörsaal des William-Kerckhoff-Instituts und übertrug die Leitung der Tagung an Dr. Dobler, Tübingen.

## Eröffnung der Tagung

In seiner Eröffnungsansprache begrüßte Dr. Dobler die Tagungsteilnehmer im Namen des Seniors der württembergischen Ärzteschaft, Präsident Dr. Friedrich Langbein, und dankte Dr. Oelemann für die gastliche Aufnahme und Vorbereitung der Tagung in Nauheim. Er freue sich insbesondere, daß heute die Vertreter aller deutschen Ärztekammern der nicht russisch besetzten Zonen zur Besprechung wichtigster gemeinsamer Fragen der ärztlichen Organisationen zusammengekommen seien. Die Tagesordnung sei beängstigend reichhaltig, werde sich aber bei Konzentrierung auf das Wesentliche und Übertragung der Formulierungen an Arbeitsausschüsse wohl durchführen lassen.

Den Punkt IIb der Tagesordnung, der die Neuordnung der psychotherapeutischen Tätigkeit vorsehe, bitte er, abzusetzen. Als Referent sei Prof. v. Weizsäcker, Heidelberg, vorgesehen gewesen, der auf dem Gebiet der Psychotherapie über besondere Erfahrungen verfüge. Der frühere Präsident der internationalen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie, Prof. Kretschmer, habe jedoch dringend gebeten, von einer Beschlußfassung auf diesem schwierigen Gebiet Abstand

zu nehmen, bis die klinische Psychiatrie zu diesen wichtigen Fragen Stellung genommen habe: die Psychotherapie sei ein integrierender Bestandteil der psychiatrisch-neurologischen Wissenschaft. So falsch es wäre, eine Monopolisierung des tiefenpsychologischen Könnens in der Hand des Nervenarztes anzustreben, so sei doch für die spezielle Psychotherapie die volle Ausbildung des neurologisch-psychiatrischen Facharztes zu fordern, der die Kliniken besondere Aufmerksamkeit zuwenden müßten. Die allgemeine Psychotherapie müsse als notwendiger Bestandteil jedes ärztlichen Handelns in die medizinische Universitätsausbildung hineingetragen werden. Ein regelmäßiger Kollegunterricht in Psychotherapie, medizinischer Psychologie, Konstitutionslehre und Charakterologie sei an allen Universitätskliniken auszubauen.

Der Vorsitzende glaube, daß man sich diesen Ausführungen nicht verschließen könne, und habe deshalb Herrn Prof. v. Weizsäcker und zugleich Herrn Prof. Kretschmer gebeten, auf der nächsten Nauheimer Tagung ihre Stellungnahme zu diesem schwierigen Fragenkomplex darzulegen.

### PUNKT I DER TAGESORDNUNG

## Ernährungsnot des deutschen Volkes

**Dr. Dobler:** Die wichtigste uns allen auf dem Herzen brennende Sorge sei die Frage der Ernährungsnot unseres Volkes insgesamt und unserer Kranken insbesondere. Wir befänden uns im Augenblick wohl in der schwersten Ernährungskrise, die Europa in hunderten von Jahren zu durchschreiten hätte, für uns Deutsche verschärft durch die schweren Erschütterungen und Substanzverluste, die unser gesamtes wirtschaftliches und kulturelles Leben erfaßt haben.

Seit Jahren sehen wir diese Katastrophe herankommen, und wir Ärzte hätten nichts unversucht gelassen, durch Aufklärung und Mahnung auf die immer zunehmende Verschärfung aufmerksam zu machen und die zeitige Einleitung von Hilfsmaßnahmen zu fördern. Wir hätten darauf hingewiesen, daß die in Deutschland zur Verteilung kommenden Rationen schon jahrelang unterhalb des Standes liegen, bei dem große Teile unseres Volkes auf die Dauer schwersten Schaden leiden und zugrunde gehen müssen. Wir wüßten auch längst, daß selbst bei bester Ablieferung und Verwendung des Abgelieferten zugunsten deutscher Verbraucher die Versorgung aus unserem reichhaltigen Nordostens beraubten, mit Millionen von Flüchtlingen überfüllten Vaterlande niemals genügen kann. Die Militärregierungen hätten sich dieser Ansicht schon lange angeschlossen und entsprechende Einfuhren aus Übersee zugesagt.

Es sei nicht unsere Sache festzustellen, wie es trotz dieser Erkenntnisse zu dieser schwersten Krise kommen konnte, die unser Volk nun in seinem Bestand akut bedrohe. Und wenn uns heute nun von den Militärregierungen eine langsame Aufbesserung der Rationen für die nächste Zeit versprochen würde, so sei damit, so wichtig diese für unsere physische Weiterexistenz sei, im wesentlichen wieder nichts Grundsätzliches gesichert: wir würden so lange immer wieder vor neuen Hungerlagen mit vermutlich immer schärferen sozialen und politischen Krisen stehen, bis eine grundsätzliche Änderung der Einstellung der Weltmächte erreicht sei, die es uns ermöglichen, aus eigener wirtschaftlicher Kraft unsere Bedürfnisse auch auf dem Gebiet der Ernährung zu befriedigen. Dies werde nur möglich sein, wenn Deutschlands Einheit gewahrt wird, seine Wirtschaft wieder in Ordnung kommt, wenn seine Produktion gesteigert, sein Geldwesen saniert wird. Daß in Moskau keine Verständigung

zwischen den Alliierten über diese notwendigsten Maßnahmen gefunden worden sei, bedeute für Deutschland und Europa eine tödliche Gefahr.

Dies alles sei so oft gesagt worden und alle diese Resolutionen hätten so wenig gebessert, daß man sich mit Recht fragen müsse: ob es einen Sinn habe, wenn die deutsche Ärzteschaft, die weder Kohlen fördern, noch Fett und Getreide in Argentinien aufkaufen oder ihre eigene Arbeitsleistung exportieren könne, noch einmal in einer theoretischen, um nicht zu sagen rhetorischen Stellungnahme zur Ernährungsfrage sich äußere.

Und doch sei es nötig, daß wir noch einmal an das Weltgewissen und die Vernunft appellieren: wir wollen dabei auf zwei Dinge vor allem achten: daß zwar die Not in Deutschland größer sei als in den meisten Nachbarländern, praktisch aber doch ganz Europa unter dieser schweren Krise leide und in volle Abhängigkeit von Amerika gekommen sei, und daß auch die Hilfsquellen Amerikas angesichts der ungeklärten politischen Weltlage keine unerschöpflichen seien.

Es scheine ihm aber zum andern, daß im Ausland, auch in Amerika, die Not Deutschlands und insbesondere unserer Industriezentren nicht überall genügend bekannt sei. Man denke, wenn man selbst satt ist, nicht gern an den Hungrigen. Er glaube nicht, daß jenseits des Atlantik mehr die Tendenz bestehe, uns „zur Strafe“ hungern zu lassen. Wir Ärzte hätten aber die Pflicht, mit aller nüchternen Sachlichkeit darauf hinzuweisen, daß das Verhungernlassen eines Volkes nicht nur inhuman, sondern auch politisch sehr unklug sei: das Leben im Hungerstoffwechsel bringe den Einzelnen und die breite Masse in einen schweren pathologischen Zustand: in nervös gereizte Apathie, in erregte Kraftlosigkeit und geringere Einsicht, die sich bei der so sehr gewünschten Erziehung zur Demokratie politisch nur ungut auswirken könne. Prof. Weber weise ganz richtig darauf hin, daß die geringe Arbeitsleistung größerer Teile des Volkes und die Neigung zur „Selbstbemitleidung“, wie es die Amerikaner bezeichnen, die einem Aufbau hindernd im Wege stehe, nicht deutsche Charaktereigentümlichkeiten seien, sondern psychische und somatische Pathologie des chronischen Hungerzustandes.

Wir Ärzte müßten wieder und immer wieder auf diese Tatsachen und Gefahren hinweisen, denn wir sähen sie am klarsten.

Unsere Regierungen und die einsichtigen Männer der Militärregierungen würden uns Dank wissen, wenn wir als berufene Hüter der Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zukunft unseres Volkes mit aller Offenheit und Entschiedenheit diese Sorgen und Nöte mutig zur Sprache brächten. Wir wollten deshalb nach Diskussion dieses ganzen Fragenkomplexes im Namen der gesamten Ärzteschaft, als deren berufene und gewählte Vertreter wir hier zusammen seien, eine Erklärung an unsere Re-

gierungen und die ganze Welt richten um unserer Verantwortung willen vor uns selbst, unserem deutschen Volk und Vaterland und vor der Welt.

Er bitte zunächst Herrn Prof. Thomas, den derzeitigen Dekan der Medizinischen Fakultät Erlangen, um Berichterstattung zu dieser Frage, um alsdann die Professoren Bertram und die Wissenschaftler des KWI für Ernährungsphysiologie um ergänzende Stellungnahme zu bitten.

### Prof. Dr. Thomas: Ernährungsnot des deutschen Volkes

Er nimmt vom Standpunkt des wissenschaftlichen Ernährungsphysiologen Stellung zu den Ernährungsschäden, die sich in den letzten Jahren zunehmend steigern. Er weist darauf hin, daß sowohl die Zahl der Kalorien als auch die qualitative Zusammensetzung der Nahrung völlig ungenügend ist. Unsere Gesamternährung liege weit unter dem zu fordernden Minimum und habe bereits zu einer Dauerschädigung des Volkes geführt. Die qualitative Fehlernährung sei hier gleich verhängnisvoll wie die absolute Unterbilanz. Am schwerwiegendsten sei die mangelhafte Zufuhr der Aminosäure zu bewerten, welche ein Absinken der Gesamtleistung der körperlichen und geistigen Arbeit zur Folge habe. Prof. Thomas weist dann auf die lebenserhaltende Bedeutung der Aminosäure im Körper hin, die hauptsächlich in der Leber gespeichert sei. Die nächste Reserve bestehe im Muskelprotein, das erst nach Verbrauch aller mobilen Reserven angegriffen werde. Nach Verbrauch der Eiweißreser-

ven treten Gesundheitsstörungen auf, die vor allem durch Fehlleistungen der endokrinen Drüsen bedingt seien. Prof. Thomas macht praktische Vorschläge und weist darauf hin, daß das tierische Eiweiß sich nur sehr beschränkt durch pflanzliches Eiweiß ersetzen läßt. Gleich wichtig sei eine Erhöhung der Fettzehrung, die zur Leistungssteigerung absolut notwendig sei. Er schlage zur Milderung des Fettdefizits als gangbarsten Weg die Einfuhr von Soja vor. Selbst wenn wir aus dem Weltmarkt nur Ölkuchen einführen würden, könnten wir schon durch weitere Verarbeitung wesentliche Mengen von Öl gewinnen. Auch die Steigerung der Herstellung synthetischen Fettes sei anzustreben, wenn seine Verwendungsmöglichkeit auch noch nicht genügend praktisch durchgeprüft sei. Es gebe kein Allheilmittel. Man müsse eben auf allen Gebieten versuchen, die Produktion zu steigern und verschiedene Wege zum gleichen Ziel zu beschreiten.

### Prof. Dr. Bertram: Hungerkrankheit

Mengenmäßig reichliche, aber fehlerhaft zusammengesetzte Nahrung führt zu Zivilisationsschäden bzw. -krankheiten. Mengenmäßig unzureichende Nahrung führt zu Hungerkrankheit. Zu den Zivilisationskrankheiten gehören Zahnerkrankungen (Karies, Parodontose, Gebißanomalien), Stoffwechselkrankheiten (Fettsucht, Zuckerkrankheit), nervöse Erkrankungen (vegetative Stigmatisierung und als Folge davon chron. Magenkrankheiten und Steinerkrankungen), Herz- und Gefäßschäden (Hypertonie, Herzinfarkt) und Unfruchtbarkeit. Sie nehmen unter dem Einfluß des Hungers ab. Der gesunde Organismus reagiert auf jede Beanspruchung optimal. Fehlernährung führt zu Krankheitsbereitschaft. Diese kann jedes Organ treffen, hat aber ihren bevorzugten Sitz im Hypophysen-Zwischenhirnsystem (Zentrum des endokrinen Systems und des Sympathicus-Parasympathicus). Das ganze System ist eine übergeordnete Schaltstelle für nervöse und hormonale Impulse, falsche Ernährung kann zu funktionellen Störungen in diesem Gebiet führen. Konstitution ist Ausdruck erblicher Eigenart dieser Zentren. Der Leptosome ist mager, hat einen flotten Stoffwechsel und bevorzugt Eiweiß, der Pykniker neigt zu Fettsucht, hat einen trägeren Stoffwechsel und bevorzugt Kohlehydrate. Die jetzige Unterernährung betrifft das ganze Volk ohne soziale Unterschiede. Es besteht ein Mangel an Brennstoffen, vor allem aber an bestimmten, nicht substituierbaren Baustoffen. Die Hungerschäden sind daher unabhängig von der Energiezufuhr gemessen in Kalorien, sie sind vor allem Ausdruck von Eiweißmangel. Im besonderen fehlen gewisse lebenswichtige Eiweißbausteine (Aminosäuren). Unterernährung wird lange vertragen. Der Organismus schaltet Spargänge ein. Er stellt vom Sympathicus auf den Parasympathicus um (Pulsverlangsamung, Senkung des Blutdrucks, der Körpertemperatur, des Grundumsatzes). Erst unter extremen Bedingungen, oft ganz akut, versagen die Regulationen, und alle vitalen Vorgänge brechen zusammen. Ein Hungerkranker befindet sich im Zerstörungstoffwechsel. Im Mittelpunkt der Hungerkrankheit steht der Eiweißmangel. Wesentlich sind die schwefelhaltigen Aminosäuren (Kasein, Cystin, Glutathion).

Symptome der Hungerkrankheit:

1. Ödeme an den Beinen, im Gesicht, am ganzen Körper, Transsudate. Unterstügend wirken vermehrte Kochsalzzufuhr und Wasserzufuhr, Alkalireichtum, Kohlehydratreichtum (Steckrüben!), seelische Belastungen. Oft Kombination mit Ödemen

anderer Art: cardial, renal, statisch. Zu Grunde liegt wahrscheinlich eine zentrale Störung des Wasserstoffwechsels und Störungen in der Nebennierenrinde.

2. Abmagerung geht nicht parallel der Schwere der Hungerkrankheit. Die Konstitution spielt eine Rolle. Jugendliche und Frauen werden verschont, ältere Männer sind bevorzugt.

3. Psychogen: Abnahme der Konzentrationsfähigkeit und der Merkfähigkeit, Apathie, Entschlußlosigkeit, abnormes Schlafbedürfnis, oft depressive Züge, Unverträglichkeit, asoziales Verhalten, Kriminalität.

4. Kreislauf: Hypotonie, Bradycardie, Puls bis 30 im Gegensatz zur Pulszahl bei cardialen Ödemen. Folge: Schwindelzustände, Ohnmacht, Akrocyanose der Glieder. EKG. o. B.

5. Verdauungsorgane: Meteorismus (schlackenreiche Nahrung, ungenügender Säuregehalt des Magensaftes), vegetative Fehlsteuerung, Obstipationen und Diarrhöen. Leber stark verkleinert, Hypoglykämien. Schwere, teilweise tödliche Zustände von Bewußtlosigkeit.

6. Harnapparat: Polyurie, Nycturie (zentrale Störung des Wasserstoffwechsels), Haut oft blaß, dünn, schilfernd, Haare borstig, zu Ausfall neigend. Trophische Veränderungen (Querfurchen der Nägel), Pyodermien, symmetrische Hautblutungen (Symmetrie beweist nervöse Einflüsse).

7. Bewegungsorgane: Atrophie der Muskulatur, Adynamien, idiopathischer Muskelwulst nach Beklopfen. Hungerosteopathien (Osteoporose auf Grund von Hypophysenschädigungen).

8. Drüsen innerer Sekretion: Schwere Ausfälle auf Grund unvollkommener Hormonbildung: Bei der Schilddrüse hauptsächlich Myxoedem, Basedow selten, bei den Sexualdrüsen Potenzstörungen, Amenorrhoe, Gynäkomastie, Nebennieren: Adynamie, Senkung des Blutdrucks, Diarrhöen, Pigmentierung. Hypophyse nur funktionell erkrankt.

Allgemeine Symptome: Ödeme in 25 Prozent, starker Fettschwund (Herzbeutel gallertige Masse), Hungerleber (bis herab zu 750 Gramm), Haemosiderose, Neigung zu Thrombose, Zunahme der Tbc, sonst Infektionen seltener, wenn aber eingetreten, mit Vermehrung der Komplikationen. Anaemien, Leukopenien, Abnahme des Serumweißes, besonders der Albumine.

Normale Blutsenkungsgeschwindigkeit. Der Wiederaufbau vollzieht sich auch bei Zufuhr der fehlenden Stoffe sehr langsam, besonders ältere Männer sind sehr wenig dazu in der Lage. Behebung des Zustandes ist mehr ein wirtschaftliches und politisches als ein ärztliches Problem. Sie besteht in der Beschaffung von Nahrung, besonders von Eiweiß. Bei ausgesprochener Hungerkrankheit Vorsicht mit starker Nahrungszufuhr (Diarrhöen), wichtige Stoffe: Milch, Milchprodukte, Fleisch (Hochseefischerei), Soja, Süßlupine, Hafer, Hefe, Eiweiß, schwefelhaltige Aminosäuregemische, Transfusion von Blut, Transsudaten und Ascitesflüssigkeit. Wichtige Fette: Butter und Öle, Kohlehydrate, aber nicht einseitig, weil sonst Mehlährschäden auftreten. Andere

Maßnahmen: Bettruhe, Wärme, Massage, weiter können gegeben werden Vitamin B1 und bei Diarrhöen Laktoflavin, Hormone (Cortylin, Praephyson) und Leberpräparate.

Dr. Dobler dankt den Professoren Thomas und Bertram für ihre hochinteressanten und überzeugenden Darlegungen und betont nochmals, daß die Grundlagen, auf denen sich die beabsichtigte Resolution zur Ernährungsfrage aufbaue, nüchtern und absolut hieb- und stichfest sein müssen, wenn sie Wirkung haben solle.

Er erteilt Prof. Lutz das Wort zu einem Referat über Krankenernährung.

#### Prof. Dr. Lutz: Krankenernährung

Prof. Lutz berichtet über Neuordnung der Krankenverpflegung in der amerikanischen und britischen Zone. Sie soll mit der 103. Periode in Kraft treten. Es werden besondere Krankenhaussätze für die Alterstufen festgelegt. In diesen Sätzen sind sämtliche Kostformen eingeschlossen. Die Tuberkulosesanatorien erhalten gesonderte Kostsätze, ebenso die Heil- und Pflegeanstalten, ärztlich geleitete Erholungsheime, Alters- und Blindenheime. Werdende und stillende Mütter haben besondere Zuschläge. Es handelt sich also um einen festen Krankenhaussatz, unabhängig vom Satz der Normalverbraucher. Zulagen für ambulante Kranke werden auf besondere Karten mit der Kennziffer 7 ausgegeben und stellen die Normalzulage dar. Für besondere Fälle können besondere Zulagen beantragt werden.

Die Zulagen für werdende und stillende Mütter können mit Beginn des 4. Monats gewährt werden, mit Beginn des 7. Monats ist eine erneute Bestätigung beizubringen. Die Stillzulage kann bis zur Höchstdauer von 10 Perioden gewährt werden. Bei Fehlgeburt bis zum 3. Monat können im Bedarfsfall Krankenzulagen gegeben werden. Bei Fehlgeburten ab 4—6 Monaten

und Totgeburten werden für 2 Zuteilungsperioden die Zulagen weitergeführt.

Die Zulagen für Ärzte und Pflegepersonal sind in beiden Zonen auf Teilschwerarbeiter festgelegt worden. Der Personenkreis der Gefährdeten wurde erweitert. Auch Zahnärzte und Dentisten werden erfaßt. Für Ärzte und Pflegepersonal der Tuberkulosestation wird Schwerarbeiterzulage und  $\frac{1}{4}$  Liter Vollmilch gewährt. Grundsätzlich wichtig ist die Mitarbeit der Ärzteschaft in diesen Fragen, ehe Verfügungen erlassen werden.

Dr. Dobler dankt auch Prof. Lutz für sein Referat und berichtet über die Schwierigkeiten der Krankenernährung in der französisch besetzten Zone, die trotz vieler Bemühungen der deutschen und französischen Dienststellen noch nicht befriedigend gelöst seien. Insbesondere sei die Krankenernährung in den Lungenheilstätten unzureichend. Am schwierigsten sei die Lage in dem Schwarzwaldkurort Schömberg, für den aber die Amerikaner eine zusätzliche Verpflegung in Aussicht gestellt haben. In Süd-Württemberg bekommt der größere Teil der Ärzte Schwerarbeiterzulagen, soweit sie politisch nicht schwer belastet sind.

#### Prof. Dr. Lehmann: Über das Eiweißminimum

Untersuchungen, die über das Eiweißminimum im Arbeitsphysiologischen Institut durchgeführt wurden, führten zu der Erkenntnis, daß bei körperlicher Schwerarbeit zwar das physiologische Eiweißminimum, d. h. die zur Bestandserhaltung der Körpers erforderliche Eiweißmenge nicht ansteigt, daß aber die Eiweißmenge, die notwendig ist, um die körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten, größer ist als bei fehlender körperlicher Arbeit. Trotz des erhöhten Eiweißbedarfs des Schwerarbeiters besteht praktisch für den Schwerarbeiter kein Eiweißproblem, da eine Ernährung, die genügend Kalorien enthält, bei unseren Ernährungsgewohnheiten ihm automatisch auch ausreichende Eiweißmengen zuführt. Bei geistiger Konzentrationsarbeit wurde ein erhebliches Nachlassen der Leistungsfähigkeit, das zu einem Zustand der Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit führt, beobachtet, sobald die Eiweißzufuhr unter den Wert der Kriegsrationen sank. Eiweißmengen, wie die dem Normalverbraucher heute zur Verfügung stehenden, führten bereits zu erheblichen Leistungsabnahmen. Es kann daher kein Zweifel darüber bestehen, daß die Leistungsfähigkeit aller von Normalverbraucher-Rationen lebenden Deutschen durch Eiweißmangel erheblich gemindert ist, und daß die Erscheinungen der reizbaren Apathie, die heute allenthalben zu beobachten sind, in erster Linie als Eiweißmangel-Symptome anzusprechen sind. Daß eine direkte Beziehung zwischen der Kalorienaufnahme und der Leistung im Betrieb tatsächlich besteht, geht schlagend aus der beiliegenden Kurve hervor, in der die Kalorienaufnahme pro Tag der Förderleistung je Mann und Schicht gegenübergestellt ist. Die Kurve, die sich auf das gesamte Ruhrgebiet bezieht, umfaßt die Zeit von Beginn bis zum Ende des Krieges. Die aufgewandten Arbeitskalorien blieben, von vorübergehenden Schwankungen abgesehen, konstant, trotz eines erheblichen Absinkens der Förderleistung.

Wenn ein Schwerarbeiter bei voller Leistung 3600 Kalorien braucht, so entfallen davon rund 2000 Kalorien auf das außerberufliche Leben und den Grundumsatz während der Arbeit. Zur eigentlichen Arbeit bleiben ihm also nur 1600 Kalorien.

Da er von den außerberuflichen Kalorien nur verschwindend wenige einsparen kann, so bleiben ihm von einer Ration von 2500 Kalorien nur 500 Kalorien für die Arbeit übrig. Er kann also auch nur etwa ein Drittel seiner normalen Arbeitsleistung ausführen. Die tatsächlich in der Industrie vor einem halben Jahre beobachteten Leistungen lagen bei etwa 50—70 Prozent der normalen Leistung. Und selbst heute, wo die Kalorienzufuhr des Schwerarbeiters kaum zur Deckung seines persönlichen Bedarfs ausreicht und für die Arbeit also eigentlich nichts übrig bleibt, sehen wir noch Leistungen von 30—60 Prozent. Diese Leistungen sind nur dadurch möglich, daß der Arbeiter unter rücksichtslosem Einsatz seiner Ersparnisse sich zusätzliche Kalorien zu beschaffen weiß, mit deren Hilfe die Produktion noch auf einer gewissen Mindesthöhe gehalten wird. Die Ersparnisse des Arbeiters sind hierdurch bereits weitgehend aufgezehrt worden. Eine Einschränkung der Arbeitszeit kommt nicht in Frage, da dem Arbeiter hierdurch der Verdienst und die Zulagekarte verloren gehen würden. Der Unternehmer bezahlt daher eine 8-stündige Arbeitszeit und erhält dafür nur eine Arbeit, die in 2—3 Stunden geleistet werden könnte. Eine Erhöhung der Produktion würde unter diesen Verhältnissen zu einer wirtschaftlichen Katastrophe führen, sofern nicht vorher durch eine großzügige Maßnahme auf dem Ernährungsgebiet die Arbeitsfähigkeit der schaffenden Bevölkerung wiederhergestellt wird.

Tabelle

|                   | I               | II                 | III                       | IV   |
|-------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--|
|                   | Deutsche Normen | Völkerbunds-normen | Kartensätze Frühjahr 1947 | Frühjahr 47 tatsächl. ausgegebene Kalorien |
| Normalverbraucher | 2400            | 2400               | 1550                      | 820  |
| Schwerarbeiter    | 3600            | 3600-4800          | 2500                      | 1780                                       |
| Schwerstarbeiter  | 4200            | über 4800          | 2800                      | 2160                                       |
| Bergmann          | 4500            | „                  | 4000                      | 3400                                       |

Dr. Dobler dankt Prof. Lehmann für seinen außerordentlich wichtigen Vortrag, der die enge Verknüpfung von ärztlichen und wirtschaftlichen Fragen beweise, die nur in gemeinsamer

Betrachtung ein Bild der tatsächlichen Lage ergeben können, und erteilt Prof. Kraut das Wort zu seinem Referat über Einfluß der Ernährung auf die Leistungsfähigkeit des Arbeiters.

### Prof. Dr. Kraut: Ernährung und Arbeitsleistung

Trotzdem das Bestehen einer großen Unterernährung des Deutschen Volkes nicht bestritten werden kann, ist es doch schwierig, den Grad der Unterernährung objektiv und zahlenmäßig festzustellen. Das Nachlassen der Körperkräfte vieler Menschen zeigt, daß der Rückgriff auf die Eiweißbestände des Körpers bereits über die ersten Stufen (Extraktivstoffe, das Reserveeiweiß der Leber und das unwichtigere Organeiweiß) hinausgeht und sich schon auf das Eiweiß der Muskelzellen erstreckt. Aber dies im einzelnen zahlenmäßig zu erfassen, ist nicht möglich.

Klarer sind die Mangelerscheinungen bei der kalorischen Unterernährung. Beobachtungen unseres Institutes während der Kriegszeit, z. B. an Arbeitern, die mit der Errichtung eines Bahndammes beschäftigt waren, haben gezeigt, daß bei unbeeinflusster körperlicher Arbeit die Leistung von den aufgenommenen Kalorien begrenzt wird, sobald das Leistungssoll über das Kalorienangebot hinausgeht. Wird durch irgendwelche Anreize, z. B. durch ein Prämiensystem, die Leistungsbereitschaft über das kalorisch gedeckte Maß hinausgehoben und dadurch eine höhere Leistung erreicht, so ist ein Abbau von Körpersubstanz, ein Gewichtsverlust die notwendige Folge. Wir können heute aus dem fast allgemein zu beobachtenden Gewichtsverlust der Arbeiter schließen, daß ihre körperliche Leistung über das Maß hinausgeht, das den aufgenommenen Kalorien adäquat ist. Dies bewirkt eine Verschärfung des Eiweißmangels, da nunmehr auch zur Kaloriendeckung noch Muskelsubstanz eingeschmolzen werden muß. Hierdurch sinkt die körperliche Leistungsfähigkeit, so daß später ein wesentlich größerer Aufwand von hochwertigen Nahrungsmitteln erforderlich sein wird, um den normalen Körperzustand wieder herbeizuführen. Aber der Gewichtsverlust zeigt gleichzeitig, daß in den meisten Berufen ein höheres Maß von Arbeit als das heutige aus Gründen der Kaloriendeckung nicht verlangt werden darf. Beobachtungen im

Ruhrgebiet ergaben, daß in der eisenerzeugenden und -verarbeitenden Industrie und in der Bauindustrie ein katastrophaler Leistungsabfall während der letzten Monate mit ihrer ungenügenden Belieferung der Lebensmittelkarten eingetreten ist, so daß die Leistung in vielen Betrieben heute bei 40 Prozent oder weniger der Vorkriegszeit liegt. Dabei ist der Endpunkt des Leistungsabfalles keineswegs erreicht, wie aus den Beobachtungen der letzten Wochen hervorgeht. Es muß betont werden, daß auch eine volle Belieferung der Lebensmittelkarten den Leistungsabfall nicht verhindert, sondern nur etwas aufgehalten hätte. Mit einem Satz von 1550 Kalorien für den Normalverbraucher kann kein Volk leben, und mit einer Leistung von 40 Prozent und weniger der Normalleistung kann auf die Dauer keine Volkswirtschaft existieren. Die durch den Zusammenbruch unseres Ernährungsregimes eingetretene Katastrophe ist daher ebenso sehr eine gesundheitliche wie auch eine volkswirtschaftliche. Nur eine grundlegende Besserung seiner Ernährung durch baldige und ausreichende Einfuhr von Nahrungsmitteln kann das deutsche Volk wieder lebens- und arbeitsfähig machen.

In einer sich an die Referate anschließenden sehr lebhaften Diskussion wurden die seitherigen Ergebnisse des von der Ärztekammer Nord-Rheinland eingesetzten Ernährungsausschusses bekanntgegeben und die Notwendigkeit festgestellt, alle nur erreichbaren einwandfreien Unterlagen für die Resolution zu sammeln, da sie nur dann Aussicht auf eine breite Wirkung im Ausland haben werde. Zur Ausarbeitung einer Resolution wurde eine Kommission berufen, der folgende Kliniker und Wissenschaftler angehören: Prof. Thomas, Prof. Bertram, Prof. Kraut, Prof. Lutz, Dr. Hartmann, Dr. Kattentidt, Ob.-Med.-Rat Schmidt.

Die Resolution konnte vom Vorsitzenden am Sonntagvormittag vorgelegt werden und hat folgenden Wortlaut:

## Resolution zur deutschen Ernährungslage

Die deutsche Ärzteschaft appelliert an das Weltgewissen, den bereits weit fortgeschrittenen körperlichen Verfall des deutschen Volkes nicht weiter zuzulassen. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung lebt zur Zeit von Rationen, die nur ein Drittel des international anerkannten Mindestbedarfes ausmachen. Selbst die Zulagen der Schwerarbeiter reichen nur aus, das Leben zu erhalten, nicht aber, um die geforderte Arbeit zu leisten. Diese chronische Unterernährung hat bereits zum weitgehenden Abbau der Körpersubstanz des Deutschen geführt und nicht nur seine körperliche Leistungsfähigkeit extrem herabgesetzt, sondern auch seine geistige Spannkraft vermindert und sein seelisches Gefüge verändert. Der hungernde Mensch ist antriebslos, reizbar, überkritisch und untauglich für Aufbau und staatsbürgerliche Betätigung. Die Ärzteschaft warnt vor den Gefahren, die diese unvermeidbaren physiologischen Folgen des chronischen Hungerns in jedem davon betroffenen Volk für die übrige Welt, für die Ethik und für die Sicherheit der übrigen Menschheit in sich bergen.

Die Säuglingssterblichkeit in deutschen Städten ist auf das Doppelte gestiegen, die Tuberkulose hat sich vervielfacht und durchsucht das ganze Volk.

Die deutsche Ärzteschaft ruft aus ärztlicher Verantwortung heraus die Hilfe der Welt an für Neuaufbau und sofortige entscheidende Aufbesserung der Ernährung. Sie hält folgende Sofortmaßnahmen für durchführbar: Zulassung Deutschlands zum Walfang und zur Hochseefischerei, Ermöglichung synthetischer Fettherstellung, Herstellung der nötigen Düngemittel, Transitverarbeitung von Ölkuchen.

Die deutsche Ärzteschaft ist der Ansicht, daß noch vor diesen Maßnahmen eine großzügige Lebensmittellieferung von außen die bereits verlorene Arbeitsfähigkeit des deutschen Volkes wieder herstellen muß. Danach muß dem deutschen Volk die Möglichkeit zurückgegeben werden, aus eigenem Export von Fertigwaren den unentbehrlichen Import zu finanzieren. Die deutsche Landwirtschaft war nie in der Lage, den Nahrungsmittelbedarf zu decken, unter den heutigen Verhältnissen einer auf vermindertem Raum zusammengedrängten, vermehrten Bevölkerung und einer unzureichenden Versorgung mit Düngemitteln, Saatgut und technischen Ausrüstungen ist sie es weniger denn je.

|         |
|---------|
| IV      |
| Prozent |
| 120     |
| 1700    |
| 2160    |
| 3400    |

Die deutsche Ärzteschaft ist überzeugt, daß dem deutschen Volk der Anspruch auf Leben als primitivstes Menschenrecht zuerkannt wird. Eine gesunde und ausreichende Ernährung darf keinem Volke vorenthalten werden. Die Humanität gebietet, entgegenstehende Interessen diesem unabdingbaren und unwandelbaren Menschenrecht unterzuordnen.

Die exakten wissenschaftlichen Unterlagen, Statistiken und Kurven führender Kliniker, Ernährungsphysiologen und Arbeitsphysiologen, auf denen sich diese Resolution aufbaut, werden baldigst als Anlage nachgeliefert.

In der Debatte über die Resolution wurde darüber Einmütigkeit erzielt, daß diese in ihrer jetzigen Fassung der Presse und den deutschen Regierungsstellen sofort, den Militärregierungen aber erst nach Zusammenstellung aller wissenschaftlichen Unterlagen überreicht werden soll, die durch einen „Ernährungs-

rat der deutschen Ärzte“ unter Leitung von Prof. Bertram innerhalb drei Wochen ausgearbeitet werden sollen unter Mitwirkung der Herren Heilmeyer-Freiburg, Rein-Göttingen, Koller-Hannover, Ratschow und Eckert und der Professoren Lehmann, Kraut und Müller vom KWI.

#### PUNKT II DER TAGESORDNUNG

### Bericht über Nürnberger Ärzteprozeß

**Dr. Mitscherlich:** Man kann sagen, daß die Nürnberger Prozesse, neben ihrer vordergründigen Aufgabe der Bestrafung Schuldiger, Rekonstruktionsversuche der größten Krise unseres Volkes in der Neuzeit darstellen. Wir wissen, daß wir in einer an Schatten reichen Zeit leben, und wir verschweigen es uns nicht, daß diese Schatten über unserem Vaterland sich am dichtesten gesammelt haben. Es ist möglich, darüber zu diskutieren, ob der notwendige Rechenschaftsbericht in einem juristischen Verfahren gegeben werden kann. Ich bezweifle das, bin aber der Meinung, daß diese Prozesse für uns gegenwärtig eine der wichtigsten Möglichkeiten eines Quellenstudiums darstellen — eines Studiums, das wir dann verpflichtet sind, mit allen Kräften zu verbreiten, um uns Brücken zu einer vertieften Erkenntnis der faktischen Tatbestände und der menschlichen Verfassung, welche zu ihnen führten, zu verschaffen.

In diesem Sinn verstand ich den Auftrag, den ich die Ehre hatte von den Ärztekammern zu empfangen, und denen sich sämtliche medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten anschlossen. Es war uns bei dem ersten Gespräch, welches ich mit Herrn Dr. Oelemann und Herrn Dr. Koch führte, klar, daß die Aufgabe einer beobachtenden deutschen Ärztekommision beim Nürnberger Militärgericht eine zweifache sein müßte: eben die Vermittlung der Tatbestände, welche dem Gerichtsverfahren zugrunde liegen, und der Versuch, aus diesen Tatbeständen die Zustände und Motive zu erkennen, aus denen heraus sich all die erschreckenden und kaum verstehbaren Ereignisse und Kundgebungen entwickelten. Mit einem Wort, es war wieder einmal die Frage, ob wir aus der Geschichte zu lernen verstünden oder nicht, die uns hier gestellt wurde. Ich glaube, daß wir einer solchen Aufgabe nicht Herr werden können, wenn wir uns allein moralisch von den heute angeklagten Männern distanzieren. Dies ist gewiß ein Leichtes. Aber es ist nutzlos für uns, sobald wir an die dunkle Zukunft unseres Jahrhunderts denken, in dem sich vielleicht erneut Situationen ergeben könnten, die eine ähnliche Kälte und Achtlosigkeit gegenüber dem Lebensrecht im Augenblick schwächerer oder mißachteter Menschen mit sich brächten. Es wird notwendig sein, die furchtbaren Warnungen und die zahl- und namenlosen Opfer der Menschenverachtung recht zu verstehen, d. h. die Allgegenwart solcher Motive des Hasses oder einer sehr fragwürdigen Idealvorstellung von Gesundheit und Kraft zu durchschauen, wie sie im Nationalsozialismus blind gemacht haben für die Wirklichkeit und die Würde mitmenschlicher Pflichten. Das Gerichtsverfahren nimmt seinen Ausgang von erbeutetem Dokumentenmaterial und von den Zeugenaussagen Überlebender, denen ein glücklicher Zufall behilflich war, nicht ebenso der Vernichtung anheimzufallen, wie dies befehlsgemäß auch mit den heute noch vorliegenden Dokumenten hätte geschehen sollen. Wenn also auch der Stoff des Prozesses sehr umfangreich ist, so ist er trotzdem überaus lückenhaft und bietet alle Schwierigkeiten für eine Rekonstruktion der Tatbestände. Zudem sitzen auch auf der Anklagebank

nur die Überlebenden und solche, deren Schuld mehr oder weniger deutlich schien. Wir dürfen hier schon feststellen, daß diese Auswahl der Angeklagten nur aus der weitgehend gelungenen Vernichtung belastender Unterlagen verständlich ist, und daß manchen von ihnen gewiß weniger Schuld treffen mag als vielen, die sich heute vielleicht noch frei bewegen.

Die Rekonstruktion des geschichtlichen Ablaufs wird aber noch weiterhin dadurch erschwert, daß die Anklage ihre Aufgabe darin sieht, den formalen Schuldnachweis zu erbringen, während es die Aufgabe der Verteidigung ist, den Zusammenhang zwischen verbrecherischen Ereignissen und der Person der Angeklagten aufzulösen. Somit ist also eine sehr erhebliche Verdunkelungsgefahr gegeben, die ohne Zweifel die Möglichkeiten der historischen Ausschöpfung der Unterlagen sehr schmälert.

Damit ist aber schon das Hauptcharakteristikum des Prozeßablaufes angedeutet, nämlich, daß es im großen und ganzen nicht darum geht, Tatsachen zu bestreiten, sondern darum, einerseits die Verantwortlichkeit der einzelnen Angeklagten an den Verbrechen zu bestreiten, andererseits in Frage zu stellen, ob es sich bei dem, was sich tatsächlich zutrug — bei bestimmten Menschenversuchen oder bei der Euthanasie — überhaupt um Verbrechen handelt.

Man muß rühmend hervorheben, daß im Prozeß die Richter mit einer wahrhaft ungewöhnlichen Objektivität walten. Dies mag z. B. daraus ersehen werden, daß die Anklage für sich 30 Tage beanspruchte, während die Verteidigung nun schon im fünften Monat andauert. Die Objektivität des Gerichtes gestattet der Verteidigung auch das Beibringen eines sehr weithergeholtentlastungsmaterials, wenn ihm nur irgendeine Beweiskraft für das Verfahren zugestanden werden kann. Sehr deutlich wurde dies einmal bei einer prinzipiellen Erörterung der Zulässigkeit von Menschenversuchen an unfreiwilligen Versuchspersonen. Der Verteidiger des Hauptangeklagten Karl Brandt legte dem Gericht einen Artikel der Zeitschrift „Life“ vor, aus welchem hervorgeht, daß in amerikanischen Gefängnissen große Versuchsreihen an Häftlingen mit Malaria durchgeführt wurden. Die Anklagevertretung versuchte die Anerkennung des Dokuments aus zwei Gründen zu verhindern: 1. Weil ihr damit die Last zufeile, eine genaue Nachprüfung derartiger Versuche vorzunehmen. 2. Aber mit folgendem Argument: „Genau wie in Deutschland können auch in den Vereinigten Staaten und anderswo Verbrechen begangen werden. Und die Tatsache, daß bewiesen wird, daß in irgendeinem gegebenen Fall ein derartiges Verbrechen in den Vereinigten Staaten begangen wurde, nütze der Verteidigung nichts in dieser Verhandlung.“

Der Verteidigung andererseits kam es auf die Klärung des Begriffes „Verbrechen“ an. Um dies zu können, „müsse man sehen, was unter den Menschen als ‚menschlich‘ angesehen wird, um Vergleiche ziehen zu können.“ Wirft man einen Blick auf die inkriminierten Menschenversuche, so ist das hohe Maß von

Achtlosigkeit dem „Material“ gegenüber in die Augen springend, und man wird sich nicht behaglich fühlen bei der Vergleichung dieser Versuche mit denen, die zu gleicher Zeit in anderen Ländern ausgeführt wurden. Obgleich die Anklagebehörde mit Recht darauf hinwies, daß ein Verbrechen nicht dadurch bedeutungsloser wird, daß es auch anderswo begangen wird, erkannten die Richter die Zulässigkeit der Vorlage jenes Zeitschriftenartikels an. Wohl aus keinem anderen Grund als dem, dem Angeklagten keinen prinzipiellen Weg zu seiner Verteidigung zu verbauen. Im übrigen habe ich Ihnen die vorliegende Diskussion über die Beweiskraft des Hinweises auf dubiose Versuche außerhalb Deutschlands und auch schon vor der nationalsozialistischen Epoche nicht ohne Absicht zitiert. Diese Diskussion spielt ja innerhalb der Ärzteschaft gegenwärtig eine nicht unbedeutende Rolle, und sie ist wirklich der Beachtung würdig. An der Frage des Humanversuches und an der raschen Bedenkenlosigkeit, ihn auszuführen, ist in der Tat eine kritische Situation zu erkennen, in die unsere Medizin geraten ist.

Es ist zu hoffen, daß gerade auf diesen Punkt das größte Interesse der Forscher in unserem Lande gerichtet wird. Ich kann in diesem Zusammenhang auf die Tiefe des vorliegenden Problems nicht eingehen und möchte Sie nur hier schon auf eine soeben erscheinende Schrift Viktor v. Weizsäcker's über „Euthanasie und Menschenversuche“ aufmerksam machen. In schlagwortartiger Abkürzung möchte ich die zwei Hauptmomente bezeichnen, die der Prozeß als die großen Motive in der Verirrung ärztlichen Denkens und Handelns sichtbar werden ließ:

Es ist dies erstens die Entfremdung, welche zwischen Arzt und Kranken durch die Technisierung der naturwissenschaftlichen Medizin zustande kam dadurch, daß der Mensch immer weniger Subjekt und mehr organisches Objekt wurde. Ich hebe hier einen Entwicklungszug heraus und bin sicher, daß Sie mich dabei nicht mißverstehen werden, als ob ich damit schon so etwas wie eine Anklage erheben wollte. Es kommt mir nur auf die Feststellung eines Tatbestandes an.

Der zweite Anteil des Geschehens wurde durch die Selbstentfremdung des Arztes von seinen Berufsaufgaben bestritten, die das Eindringen der nationalsozialistischen Gedankenwelt in die ärztlichen Überlegungen bewirkte.

Für diese Gedankenwelt kann man den Ausdruck „Dilettantismus“ sehr wohl verwenden. Unter Dilettantismus soll hier die falsche Verabsolutierung wissenschaftlicher Teilergebnisse verstanden werden. Ein weiteres tat die Bannung, die von der Autorität der Machthaber ausging. Auch die Macht wurde verabsolutiert. Weil diese Menschen an die Macht gekommen waren, mußte ihre Weltanschauung und der Anspruch, den sie aus ihr folgerten, wohl richtig sein, konnten sie Gehorsam verlangen. Klassisch kommt dies zum Ausdruck in einer Äußerung Karl Brandt's. Sein Verteidiger fragte ihn nach seiner Auffassung von der Rechtmäßigkeit der Euthanasie, deren Durchführung ihm übertragen worden war.

„Für mich — sagte er — kam vielleicht noch entscheidend hinzu, daß das Staatsoberhaupt selbst mir diesen Auftrag erteilt hatte und ich sicher nicht erwarten konnte, daß ich zu irgendeiner kriminellen Handlung einen solchen Erlaß zudiktiert bekäme, und auch in der weiteren Folge zeigte sich für mich, ebenso wie für die anderen, daß überall so gehandelt wurde, als ob tatsächlich alles in Ordnung ist, und es war für uns in Ordnung.“

Das ist die Wirklichkeit des „als ob“. Und so spricht ein Mann, der keinerlei psychiatrische Fachausbildung besitzt, der auch praktisch nichts tat, um sich durch Augenschein von den Euthanasieanstalten und der Art und Weise, wie in ihnen gearbeitet wurde, zu überzeugen. Man verließ sich auf die Verwaltungsmaschine, auf das Berufsethos der Menschen, von denen man nichts anderes erwartete, als daß sie einen Befehl genau so ausführten, wie man ihn gegeben hatte, und die vor allem

von sich selber auch nichts anderes erwarteten, nicht selbständig ein Ethos vertraten, unter Umständen gegen einen Befehl zu handeln die Kraft hatten.

Wenn man am Geschehenen diese beiden Anteile, Technisierung der ärztlichen Wissenschaft und Übertragung absoluter Macht an dilettantische Köpfe, im Auge behält, dann gewinnt man einen Leitfaden durch alle diese Irrwege und Irrtümer.

Das Verhängnis hebt auch zeitlich mit der Euthanasie der unheilbar Kranken an — es heißt „unheilbar Kranken“, nicht Geisteskranken in jenem Erlaß Hitlers, der auf den Tag des Kriegsbeginns rückdatiert wurde. Von der Euthanasie entwickelte sich dann das „Programm“ folgerichtig weiter, einmal zur Vernichtung als rassisch minderwertig erklärter Menschen und zur Vernichtung Arbeitsunfähiger oder Krimineller.

Zum anderen sind eine weitere Konsequenz die systematischen Vorbereitungen zur Massensterilisation der Angehörigen unerwünschten Volkstums. Ein letzter Schritt des Dilettantismus bestand in der Verabsolutierung der Zweckforschung. Der Zweck war die Kriegführung. Er wurde absolut gesetzt aus der demagogischen Maxime, daß der Staat alles, der einzelne nichts sei.

Nun kann man an diesem ganzen Geschehen, das sich unter dem Gesichtspunkt rücksichtsloser Rationalisierung und ideologischer Entbindung von den Geboten der Menschlichkeit zwanglos selbst ordnet, Motive unterscheiden, die in verschiedenen Helligkeitsgraden hintereinander liegen. Im Vordergrund steht die „Menschlichkeit“. Sie war die öffentliche — offizielle Seite. Gerade im Hinblick auf die Euthanasie berufen sich alle an ihr beteiligten Angeklagten immer wieder auf sie. Am grotesksten wohl der Angeklagte Brack, wenn er auf die Frage des Richters, warum die jüdischen Insassen von Heil- und Pflegeanstalten ursprünglich vom Euthanasieprogramm ausgeschlossen waren, sagte: „Es sollte, wie Bouhler sich ausgedrückt hat, die Wohltat der Euthanasie nur Deutschen zugute kommen“.

Hinter dieser seltsamen Form des Mitleides wird als nächster Zusammenhang die Vorstellung einer biologischen Befreiung sichtbar. Die Euthanasie ist dann für den Arzt eine biologische Heilmethode am Körper der Rasse. Noch unausgesprochener, noch weiter aus der Diskussion ausgeschlossen, aber deshalb nicht weniger beabsichtigt, ist die ökonomische Erleichterung, die der Gnadentod mit sich bringt. Hitler hatte Pläne einer Euthanasie wohl schon in den Jahren seines geistigen Trainings für die Übernahme der Macht gefaßt, 1935 soll er gesagt haben, daß er sie durchführen würde, wenn einmal Krieg sein sollte, weil dies dann „glatter und leichter“ möglich sein würde. Bedenkt man, daß von den 600 000 Krankenbetten, die in Deutschland bei Kriegsausbruch ihm zur Verfügung standen, etwa die Hälfte auf die Heil- und Pflegeanstalten entfiel, so sieht man sofort die ökonomische Bedeutung der Ausrottung der Geisteskranken im hellsten Licht.

Die Massensterilisation lag wiederum auf der gleichen Ebene der rassistischen politischen Befreiung. Hier haben aber erneut Ärzte bedenkenlos Vorschub geleistet. Ich nenne besonders den Namen des bedeutenden Röntgenologen Hohlfelder und des ebenso bedeutenden Gynäkologen Glauberg. Die näheren Einzelheiten sind der von uns herausgegebenen Dokumentenpublikation „Das Diktat der Menschenverachtung“ zu entnehmen, weshalb ich Wiederholung vermeiden möchte.

Wir haben in der modernen Wissenschaft ein großes Beispiel dafür, daß die Trennung der sozialen Funktionen unserer Gesellschaft nicht mehr in der gleichen Weise aufrechterhalten werden kann, wie dies noch im 19. Jahrhundert der Fall war. Ich meine die Atomphysik, durch welche am deutlichsten der Nachweis erbracht wurde, wie ein wissenschaftliches Ergebnis unversehens in den Bereich des Politischen hinüberwechselt und dort zur allergrößten Bedeutung gelangt. Diese Tatsache ist ein Aufruf zur Besinnung, den wir unter keinen Umständen überhören dürfen, wenn uns unsere Lebensführung nicht erneut in der vollkommensten Weise aus den Händen gleiten soll. Während wir den Verhandlungen des Nürnberger Ärzteprozesses



zuhörten, erkannten wir, wie sehr die Themenstellung von der Euthanasie bis zur wehrwissenschaftlichen Zweckforschung durch die nationalsozialistischen Vorstellungen von der Welt und ihren Zusammenhängen bedingt waren. Auch wer wissenschaftlich einwandfreie und ethisch gerechtfertigte Versuche in jener Zeit unternahm, z. B. um das Los des Menschen im Kriege zu erleichtern, mußte sich darüber klar sein, daß er damit eben dem Krieg, und zwar dem Krieg der nationalsozialistischen Führer Vorschub leistete. Gerade diese Überlegung ist es, die sich uns an jedem Verhandlungstag wieder aufdrängte. Denn auch wenn der eine oder andere der Angeklagten keine Schuld im Sinne des Strafrechtes trägt, wie uns dies der Fall zu sein scheint, dann bleibt doch ein hoher Grad von Würdelosigkeit als Gesamteindruck erhalten. All diese Verschiebungen der Verantwortung, dieses Eingeständnis des Nichtwissens größerer Zusammenhänge, diese Abwälzung auf andere zeigt immer erneut, in weldh hohem Maß der einzelne einerseits Teil eines Geschehens geworden ist, das unmittelbar und mit aller Wucht auf ihn zurückkommt und ihn einbezieht und wie sehr er zugleich der primitivsten Freiheiten beraubt ist. Aber noch schlimmer, wie er sich beinahe dazu drängt, seine Freiheit und Verantwortung in andere Hände zu legen. Der Angeklagte Dr. Fischer, ein Assistent Prof. Gebhardt's, beruft sich ebenso auf das Autoritätsverhältnis seinem Chef gegenüber, wie die höchsten Militärärzte sich hinter dem Befehl verschanzen, und dies ist wieder jene furchtbare Auswirkung der Totalität, daß man sich auf Autorität beruft, den Autoritätsgedanken blindlings aus einer Hierarchie übernimmt, sei es der wissenschaftlichen, sei es der staatlichen, in der er einen inneren Anspruch und eine echte Gültigkeit besaß. So kommen wir zu der Auffassung auch in unserem Beruf von der Unteilbarkeit der Verpflichtung, die uns heute allen auferlegt ist. Es war vielleicht eine tragische Situation, daß viele z. B. den Nationalismus am Nationalsozialismus guthießen und dann außerstande waren, sich gegen das zu wehren, was er unter „sozial“ verstand. Man hätte ja die Rebellion garnicht im Politischen leisten müssen, man hätte sie auf dem Boden der Wissenschaft austragen können, und hier zeigt sich, wieviel mehr „übergeordnetes staatliches In-

teresse“ auch in scheinbar von der Politik weit abgelegenen Bezirken enthalten ist, als man es gemeinhin sich einzugestehen wagt. Deshalb ist es wohl berechtigt, heute anzuklagen eben ein System, in dem die Maxime gilt, daß der Staat alles und der einzelne nichts ist. Und es wird wohl das Wort, das einmal in diesem Prozeß gefallen ist: „Ich bin ein gehorsamer Soldat“ kaum entschuldigen können.

Es schiene mir aber pharisäisch zu sein, wenn wir uns zu billig dieser Anklage entzögen. Jeder sollte wissen, wie weit er vor der Geschichte mit angeklagt ist. Keiner sollte sich selbstgerecht der Verantwortung vor dem eigenen Gewissen entziehen, wenn er die Zwangslagen überprüft, in die ihn die vergangenen Jahre gebracht haben. Denn wir Ärzte sind in der glücklichen Lage, einen Maßstab zu besitzen, einen Maßstab, der in der Beziehung zwischen Arzt und Kranken unmittelbar prüfbar ist. Insofern dieses Verhältnis persönlich und therapeutisch gefestigt geblieben ist, erfährt es durch all das, was der Nürnberger Prozeß ans Tageslicht gebracht hat, keine Erschütterung.

**Dr. Dobler** dankt Dr. Mitscherlich für die geleistete Arbeit und eröffnet die Debatte.

In der Diskussion wurde Kritik geübt an Presseveröffentlichungen durch Dr. Mitscherlich, die zu Mißverständnissen Anlaß gegeben haben. Es wurde darauf hingewiesen, daß man heute bei der Leserschaft keineswegs immer mit dem Willen zu objektiver Beurteilung rechnen dürfe, und daß andererseits jedes Eingreifen in die schwebenden Verhandlungen im Interesse der Wahrheitsfindung vermieden werden müsse.

Dr. Mitscherlich wurde der Dank für seine bisher geleistete Arbeit und volles Vertrauen für seine weitere Tätigkeit ausgesprochen. Zugleich wurde ein Ausschuß zur regelmäßigen Erörterung aller Organisationsfragen und der Zusammenarbeit der Ärzte mit der medizinischen Fakultät gebildet, in den folgende Ärzte berufen wurden: Dr. Sievers, Dr. Hartmann, Dr. Thieding, Dr. Oelemann, Dr. Berthold, Dr. Neuffer, Dr. Meyer, Dr. Rieder, Dr. Dobler. Auf Vorschlag von Dr. Neuffer wird Dr. Haedenkamp als Schriftführer berufen.

### PUNKT III DER TAGESORDNUNG

## Änderung der Berufsordnung

*Dr. Koch: Vom Wesen des Arztums*

Ich bin aufgefordert worden, über das Wesen des Arztums hier zu sprechen. Ich muß mich dabei kurz fassen und das heißt, ich muß mich weitgehend mit Andeutungen begnügen und ich muß das, worauf es mir wesentlich ankommt, in pointierter Form vortragen. — Ich gehe aus von der Bestimmung des § 1 der jetzt noch gültigen Deutschen Ärzteordnung: „Der Arzt ist zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen. Er erfüllt eine öffentliche Aufgabe. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.“ Hier steht als Aufgabe des Arztes nebeneinander der Dienst am Einzelnen und der Dienst an der Volksgesundheit. Es erscheint mir wesentlich, daß man diesen Begriff der Volksgesundheit näher untersucht in dem Bedeutungswandel, dem er im Laufe der Zeit unterworfen wurde, will sich der Arzt wieder neu auf das Wesen seines Arztums besinnen.

Wer vom Wesen des Arztums spricht, verweist in der Regel zuerst auf den Eid des Hippokrates. Hier aber ist von einer anderen Aufgabe des Arztes als der des Dienstes am einzelnen Menschen nicht die Rede; der Eid spricht nur davon, wie der Arzt sich dem einzelnen Kranken gegenüber verhalten soll, spricht nur von der Beziehung des Arztes zum einzelnen Kranken. Mehr noch als auf der Antike basiert aber unser Berufsethos auf dem Sozialethos der christlichen Kirche; denn es gibt kein isoliertes Berufsethos, das nicht irgendwie in dem Sozialethos der Zeit und der Umwelt, in der der einzelne Beruf steht,

basiert. Das christliche Sozialethos aber ist schon ganz auf den Einzelnen gerichtet, auf den Nächsten, bedeutet nicht Individualismus in dem Sinne, in dem er heute in Verruf geraten ist, aber Personalismus, persönliche Beziehungen von Mensch zu Mensch, vom Arzt zum Patienten. Gewiß sahen schon die mittelalterlichen Stadtärzte, sowohl wie die Ärzte zur Zeit des aufgeklärten Despotismus, auch ihre Aufgabe darin, tätig zu sein im Interesse dessen, was wir öffentliche Gesundheitspflege nennen. Aber wesentlich und primär waren sie gerichtet auf den Dienst am einzelnen Kranken und Hilfsbedürftigen. Und wenn zur Zeit des aufgeklärten Despotismus der Staat Medizinalordnung schuf, nicht nur eine Gebührenordnung, sondern auch eine Berufsordnung schuf, so blieb der Staat selbst ja auf das Wohl des einzelnen Untertanen gerichtet. Einen Begriff der Volksgesundheit, welcher als Kollektivbegriff dem Begriff der Gesundheit des Einzelnen übergeordnet ist, gab es jedenfalls nicht. Der Begriff Volksgesundheit ist erst in der neuesten Zeit entstanden. Er war zunächst auch kein Ganzheitsbegriff, sondern bedeutete einfach die Gesundheit aller Volksgesundheitsangehörigen. Zum Kollektivbegriff wurde er erst in der Zeit, in der jene „Wirtschafts- und Klassenkräfte“ auf den Staat Einfluß gewannen, von denen A. Weber in seinem Buche „Die Krisis des modernen Staatsgedankens in Europa“ spricht. Als Kollektivbegriff diente der Begriff „Volksgesundheit“ vor allem den Krankenkassenverwaltungen dazu, ihren Anspruch, die Ärzte zu

beherrschen und ihre Tätigkeit zu kontrollieren, zu rechtfertigen. So wurde dieser Begriff auf einer Krankenkassenkundgebung am 31. Oktober 1924 verwendet, wenn es dort heißt: „Die Kassen verlangen das Recht, unter größtmöglicher Förderung unserer Volksgesundheit (das gilt als das höchste Prinzip) den kassenärztlichen Dienst . . . zu gestalten.“ Und Helmut Lehmann sagt in seinem Buche „Ärzte und Krankenkassen“: „Der Arzt als Individualist . . . muß Verständnis für den Kollektivismus der Krankenversicherungswirtschaft gewinnen.“ Jetzt erst entstand der Gedanke, daß die Tätigkeit des Arztes nicht ganz auf den einzelnen Kranken gerichtet sein, sondern einem Kollektivum als dem höheren, übergeordneten Gesichtspunkt sich unterordnen solle. Wo die Bemühung darauf gerichtet war, diesen Kollektivbegriff konkret zu bestimmen, fand man nur den Weg zu folgender Konstruktion: Die Sozialversicherung dient letzten Endes der Wirtschaft, ihre Kosten belasten das Unkostenkonto derselben, müssen also unter dem Gesichtswinkel der Rentabilität stehen. Die ärztliche Tätigkeit in der Sozialversicherung kann also nur dazu dienen, die Leistungsfähigkeit des Produktionsfaktors Mensch aufrechtzuerhalten.

Es gelang dem Nationalsozialismus, den an sich leeren Kollektivbegriff „Volksgesundheit“ mit einem scheinbar sinnvolleren Inhalt zu erfüllen. Derselbe ist in § 19 der Reichsärzteordnung folgendermaßen formuliert: „Die deutsche Ärzteschaft ist berufen, zum Wohl von Volk und Reich und für die Erhaltung und Hebung der Gesundheit, des Erbgutes und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken.“ Was nachher daraus geworden ist, daß der Arzt, der vorher schon zum Werkzeug der Wirtschaft gemacht werden sollte, nunmehr zum Werkzeug der politischen und rassenpolitischen Ziele des totalitären Staates gemacht werden sollte, das hat uns der Nürnberger Ärzteprozeß erschreckend gezeigt. Nach diesen Erfahrungen kann eine Neubesinnung auf das Wesen des Arztums nach meiner Ansicht nur davon ausgehen, daß Aufgabe des Arztes grundsätzlich ist, dem Einzelnen zu dienen, daß er Helfer des hilfesuchenden Menschen sein soll, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient eine personale Beziehung ist. Von jeher hat dabei der Arzt den Kranken auch in den sozialen Zusammenhängen gesehen, in denen er steht: in der Familie, im Beruf, im Volk. Und wo der Arzt sieht, daß Krankheit für einen Patienten die Bedeutung gewinnt, als ein Mittel zur Flucht vor der Verantwortung gegenüber der Familie, dem Beruf, dem Volke zu dienen, da hat er von jeher seine Aufgabe darin gesehen, dieses Verantwortungsgefühl zu stärken, auf welchen Wegen auch immer. Aber wenn der Arzt solches tut, verläßt er dann den Gesichtspunkt, daß er Helfer des Einzelnen ist und stellt er sich dann unter einen höheren sozialen Gesichtspunkt? Oder ist es nicht so, daß beides gar nicht zu trennen ist, daß der Dienst des Arztes am Einzelnen Dienst an der Gesamtheit nur deshalb und insoweit ist, als er am Einzelnen geleistet wird?

Dabei werden wir die Vorwürfe ernst nehmen, die den Ärzten gerade von Seiten der Versicherungsträger gemacht werden, und uns mit ihnen auseinandersetzen müssen. Denn hiermit wird der Anspruch begründet, daß der Arzt unter die Aufsicht und Kontrolle derselben gestellt werden müsse. Diese Vorwürfe gehen in zwei Richtungen:

1. Der Arzt übe seinen Beruf unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlicher Interessen aus und sein wirtschaftliches Interesse stehe dem Interesse des Kranken an der Heilung entgegen. Dazu ist in Kürze zu sagen: Der Arzt hat seinen Beruf nie von wirtschaftlichen Gesichtspunkten her gesehen. Erst die Krankenversicherung zwang ihn zu einem wirtschaftlichen Spekulantentum, das dem Wesen des Berufs widerspricht, und zwar dadurch, daß ein Druck auf ihn ausgeübt wurde mit wirtschaftlichen Mitteln und von einer Seite, die ihre Tätigkeit unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausübt.

2. Der Arzt sei zu sehr geneigt, den Wünschen des Patienten nachzugeben. Dieser Vorwurf trifft all die unechten Formen von Arztum, die sich im Gefolge der Sozialversicherung ausgebildet haben und die ich hier nicht im Einzelnen schildern will. Zu-

sammenfassend können wir diese Entwicklung zur Unedtheit wohl am besten darstellen, wenn wir sie in Parallele setzen zu dem, was Werner Sombart in seinem Buch „Der moderne Kapitalismus“ über die Kunst sagt.

Mit der Ausweitung der Produktion und des Konsums im Gefolge der kapitalistischen Wirtschaft wuchs auch der Bedarf an künstlerischen Erzeugnissen. Der Geschmack derer, die neuen Bedarf hatten, war aber noch unausgebildet, ihr Geschmack war ein Parvenügeschmack, dem die bedarfdeckende Wirtschaft entgegenzukommen geneigt war. Nur eine Herrschaft des Künstlers über die Konsumenten konnte und kann den Dämon des Ungeschmacks besiegen. Das Ziel der Sozialversicherung war nach der kaiserlichen Botschaft vom November 1881, „den Hilfsbedürftigen einen ergiebigeren Beistand“ zu gewähren, d. h. also ihr Ziel mußte sein, auch dem wirtschaftlich Schwachen vollen Zugang zum Arzt und zu echtem ärztlichen Wirken zu geben. Als solche wurde die Sozialversicherung von jeher von den Ärzten bejaht und zu diesem Ziele mitzuhelfen, waren die Ärzte von jeher bereit. Die Sozialversicherungsträger aber durften so wenig eine Herrschaft über die Ärzte ausüben, wie die Unternehmer über die Künstler, wenn nicht die kapitalistische Wirtschaft kulturzerstörend wirken sollte.

Dr. E. Meyer-Berlin hat die Formulierung geprägt: Die Sozialversicherung dient der Zweckermöglichung, die Ärzteschaft dient der Zweckverwirklichung. Die letztere kann nicht der ersteren untergeordnet werden, die erstere muß vielmehr der letzteren dienen. Kehren wir nochmals zurück zu dem Begriff „Volksgesundheit“. Derselbe kann nur gebraucht werden in dem Sinne, daß er die Gesundheit aller umfaßt, er ist kein Ganzheitsbegriff. Der letzte Ganzheitsbegriff im Zusammenhang mit dem Begriff Gesundheit kann nur sein der Mensch als Ganzes. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben uns gelehrt, daß der Versuch, ärztliche Tätigkeit unter einen Kollektivbegriff „Volksgesundheit“ zu stellen, nur dazu führt, das wahre Arztum und damit ein Stück Kultur zu zerstören. Die Ärzte müssen aus der Neubesinnung auf das Wesen ihres Berufes auch eine neue Zielsetzung gewinnen. Sie stehen erneut im Kampf gegen Mächte, welche als kulturzerstörend bezeichnet werden müssen, weil sie die Entfaltung wahren Arztums zerstören. Die Entfaltung wahren Arztums und die Bekämpfung aller unechten Formen ärztlichen Wirkens ist nur möglich durch die Ärzte selbst und durch die Unterstellung der Ärzte unter die eigene Organisation, welche ihre Aufgabe in voller Selbstverwaltung erfüllt. Die Selbstverwaltung, welche die Kassenärztliche Vereinigung erkämpft hat, ist noch keine wirkliche Selbstverwaltung. Sie ist noch nicht wirklich unabhängig von den Einflüssen, welche die Interessen der Zweckermöglichung auf die Art der Zweckverwirklichung haben. Deshalb müssen die Ärzte die völlige Trennung des Gesundheitsdienstes in der Sozialversicherung von der Geldverwaltung fordern und die Unterstellung des ersteren unter rein ärztliche Leitung. Nur dann werden die deutschen Ärzte das erfüllen können, was nach den Erfahrungen der hinter uns liegenden Zeit die Welt von ihnen erwartet, nämlich daß sie Träger wahren Arztums und echter ärztlicher Kultur sind.

**Dr. Dobler** dankt Herrn Koch für sein grundlegendes Referat und fordert Herrn Haedenkamp auf, jetzt über Berufs- und Facharztordnung zu sprechen.

**Dr. Haedenkamp:** Wenn Sie die Berufsordnung und die Vorschläge zu ihrer Änderung miteinander vergleichen, wird Ihnen auffallen, daß die einleitenden Worte fortgelassen sind und kein neuer Vorschlag gemacht wurde. Das ist aus dem Gefühl heraus geschehen, daß dieser Teil der Berufsordnung ganz bestimmt einer neuen Fassung bedarf. Warum das so ist, hat sich aus dem Referat von Herrn Koch ergeben. Ich persönlich möchte meiner Überzeugung dahin Ausdruck geben, daß der Arzt nicht im Dienst einer einzelnen Einrichtung, auch nicht nur im Dienst eines einzelnen Menschen, sondern im Dienst der Menschheit zu stehen hat. Das ist der übergeordnete und höchste Begriff und auch der zutreffendste. Denn

unsere ärztliche Fürsorge erstreckt sich auf jeden Menschen, selbst auf den Feind. Dieser Begriff und seine Kennzeichnung ist bisher überhaupt noch nicht zum Ausdruck gekommen. Aber gerade die heutige Zeit hat uns zu der Überzeugung gebracht, wem wir eigentlich zu dienen haben. Es würde sich meiner Ansicht nach als notwendig erweisen, diesen Gedankengang als einen Vorspruch in die Berufsordnung zu geben. Man könnte auch noch eine andere Form finden. Ich denke, dem Arzt die Pflicht der Eidesleistung aufzuerlegen, wenn ihm die Approbation gegeben wird. Dieser Eid soll an der Spitze der Berufsordnung stehen. Eidespflicht ist Gewissenspflicht.

**Dr. Dobler:** Wir begrüßen diesen Vorschlag von ganzem Herzen. Die tiefste Quelle unseres Arzttums liegt nicht in sozialen oder wirtschaftlichen Gründen. Unsere Verpflichtung leiten wir aus göttlichem Gebot her.

**Dr. Berthold:** Bayern hat der Berufsordnung die hippokratische Formel voranstellen lassen. Sie wird gegen Unterschrift vorgelegt.

In Fortsetzung der Debatte über die Präambel zur Berufsordnung führt **Dr. Haedenkamp** am Sonntag vormittag aus:

Ich hatte gestern vorgeschlagen, daß wir eine Eidesformel an die Stelle des bisherigen Vorspruchs setzen wollen. Der Anwalt leistet vor dem Präsidenten der Anwaltskammer einen Eid, ohne Mitwirkung einer staatlichen Vertretung. Dem würde entsprechen, daß der Arzt nach seiner Approbation in einer feierlichen Sitzung den Eid auf seine Berufspflicht vor der Ärztekammer leistet. Wir können auch die Form der Verpflichtung wählen, darüber wäre noch zu debattieren. Ich habe versucht, eine Formulierung zu finden. Sie soll auch eine Reaktion auf den Nürnberger Prozeß sein.

**Dr. Neuffer:** Der Gesundheitsausschuß beim Länderrat hat die Ärztekammer beauftragt, die Berufsordnung von den nationalsozialistischen Einflüssen zu reinigen. Ich würde vorschlagen, die Begründung auch in der Presse zu veröffentlichen. Wir würden einen sehr wirksamen Einfluß auf die Öffentlichkeit haben.

Verlesung der Formulierung durch Dr. Dobler:

## Gelöbniß

Ich gelobe, daß ich den Beruf des Arztes als Dienst am Menschen und seiner Gesundheit ausüben, meine ärztlichen Pflichten gewissenhaft erfüllen und in meiner Heiltätigkeit den eigenen Vorteil dem Wohle des Kranken unterordnen werde.

Ich werde allezeit für die Freiheit meines ärztlichen Wirkens eintreten und als Richtschnur für mein Handeln keine anderen Gesetze anerkennen als die der Menschlichkeit, der Nächstenliebe und der selbstlosen Hilfsbereitschaft. Ich werde mich keinem anderen Zwang als dem meines ärztlichen Gewissens unterwerfen und die Gebote der ärztlichen Sitte und der Berufsordnung und die Regeln und Erfahrungen meiner Kunst beachten.

Als Lernender werde ich meinen ärztlichen Lehrern mit Achtung und Ehrerbietung vor ihrer Verantwortung, ihrem Wissen und ihren Lebenserfahrungen begegnen; als Erzieher der ärztlichen Jugend ein Vorbild sein und sie mit den Idealen der Menschlichkeit und des Arzttums erfüllen; als Forscher will ich ein Diener der Wissenschaft und der Wahrheit sein und meine Erkenntnisse und Beobachtungen der leidenden Menschheit, meiner Kunst und meinen Berufsgenossen nutzbar machen.

In meiner Berufsausübung werde ich darnach streben, meine ärztliche Gesinnung lauter zu bewahren, mit allen Kräften nach ihrer Verwirklichung trachten und die Heiltätigkeit nicht um des Gewinnes oder des Ruhmes willen ausüben.

In Ehrfurcht vor dem schöpferischen Walten in der Natur und im Vertrauen auf ihre mir oft verborgenen Kräfte werde ich alles menschliche Leben bewahren, in seinen natürlichen Ablauf auch nach dem Wunsche des Kranken nicht eingreifen, das keimende Leben schützen und behüten und die Fortpflanzungsfähigkeit niemals ohne zwingenden Grund zerstören.

Gegen seinen Willen und auch nicht mit seinem Einverständnis werde ich weder am gesunden noch am kranken Menschen Mittel oder Verfahren anwenden oder erproben, die ihm an Leib, Seele oder Leben schaden oder Nachteil zufügen könnten.

Dem Kranken werde ich mit Rücksicht und Mitgefühl und mit Achtung vor seinem Leiden begegnen. Über das, was er mir anvertraut, werde ich schweigen und alles, was mir über ihn und seine Krankheit bekannt wird, als Berufsgeheimnis bewahren.

Den Bedürftigen und Schwachen werde ich meine besondere Fürsorge zuwenden, alle Bestrebungen zur Erhaltung und Pflege der Gesundheit fördern und meine Kräfte mit denen meiner Berufsgenossen vereinen, um ihr erfolgreiches Wirken zu ermöglichen.

So werde ich in allem den Idealen wahren Arzttums und reiner Menschlichkeit nachleben und mir stets meiner hohen Verantwortung bewußt sein, um mich durch mein Verhalten außerhalb und innerhalb meines Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zu erweisen, die mein Beruf erfordert.

Nach eingehender Diskussion wurde in der Nachmittagssitzung unter Vorlage der redigierten Resolution über das „Gelöbniß“ folgender Antrag Dobler-Thieding einstimmig angenommen:

„Die am 15. Juni 1947 in Bad Nauheim versammelten Vertreter aller Ärztekammern der amerikanisch, britisch und französisch besetzten Zonen Deutschlands haben einmütig beschlossen, die deutschen Ärzte in feierlicher Form auf nachfolgendes Gelöbniß zu verpflichten. Jeder neu in den Beruf eintretende deutsche Arzt muß dieses Gelöbniß vor dem Vorstand der zuständigen Ärztekammer ablegen.“

## PUNKT IV DER TAGESORDNUNG

## Frage der Jungärzte und Einschränkung des Medizinstudiums

Dr. Dobler: Einschränkung des Medizinstudiums

Dr. Dobler berichtet über die Verhältnisse in Tübingen. Er teilt die Zahlen der Medizinstudierenden der Landesuniversität Tübingen seit dem Sommersemester 1944 mit:

|          |      |               |          |     |             |
|----------|------|---------------|----------|-----|-------------|
| SS 44    | 1737 | (1. Sem. 135) | WS 46/47 | 936 | (1. Sem. 5) |
| WS 44/45 | 1041 | (1. Sem. 39)  | SS 47    | 902 | (1. Sem. 1) |
| WS 45/46 | 1146 | (1. Sem. 6)   |          |     |             |
| SS 46    | 1046 | (1. Sem. 10)  |          |     |             |

Die Einflußnahme der Ärztekammer auf die Medizinische Fakultät habe sich sehr günstig ausgewirkt. Maßgebend für die Zulassung sei die Zahl der Verlustjahre, der Verserhtenstufe, die Tatsache politischer Verfolgung und die Leistung. Arztkinder werden bevorzugt.

Er führt weiter aus:

In einem recht interessanten Bericht über die medizinische Erziehung in den Vereinigten Staaten von Amerika, der in der Medizinischen Klinik Nr. 9 vom 9. Mai erschienen ist, hat Prof. Guttentag mit Recht darauf hingewiesen, daß die Frage der Regelung des ärztlichen Nachwuchses weitgehend eine Funktion des gesamten Ärztestandes ist und nicht ausschließlich der Universität. Es scheint, daß in Nordamerika die Vertretungen der Ärzteschaft schon längst maßgebenden Einfluß nicht nur

## Dr. Sievers: Neuregelung der Anstellung von Volontär- und Assistenzärzten

Die Jungärzteschaft ist ein Problem, das nicht nur an Krankenanstalten besteht, die ganze Jungarztbewegung ist in Fluß gekommen. Ich hoffe, daß die Tendenz besteht, die Jungärzteschaft an der Organisationsarbeit zu beteiligen. Wir haben in jedem Vorstand mindestens einen Jungarzt sitzen. Ich selbst habe vor einigen Wochen in Göttingen vor Assistenz- und Volontärärzten gesprochen und die Herren informiert, was wir für die Jungärzte getan haben. Es ist uns allen bekannt, daß mindestens eine zweijährige Ausbildungszeit für die ärztliche Arbeit gefordert wird, dasselbe für die Niederlassung. In den kleineren

## Dr. Hubener: Die Jungärztagung in Marburg

Dr. Hubener verliest die Resolution von Marburg:

„Am 12. und 13. Juni 1947 trafen sich in Marburg gewählte und beauftragte Vertreter der Jungärzte und Mediziner aller Besatzungszonen Deutschlands. Sie erlauben sich, den Regierungen der Länder folgende Resolution zu überreichen:

Trotz unserer Notlage versichern wir, das ärztliche Berufsethos unter allen Umständen hochzuhalten und die Freiheit des ärztlichen Berufes zu wahren. —

Das Arzttum ist überparteilich und gewissenhaft. Wir rücken ab von den Handlungen der in Nürnberg angeklagten Ärzte und bekennen uns zu den Ideen der Münchener Studentenrevolte!

Von diesem Geiste beseelt, wenden wir uns an die Länderregierungen: Laßt den medizinischen Nachwuchs nicht in der Not ersticken! Die moralische und soziale Not ist groß, durch Ausbeutung unserer Arbeitskraft in den weitaus meisten Krankenanstalten und die Unmöglichkeit der soliden Weiterbildung wächst sie von Stunde zu Stunde.

Die Tradition der deutschen medizinischen Wissenschaft verlangt, daß endlich dem Nachwuchs das Recht auf bezahlte Arbeit und Ausbildung gesetzlich gesichert wird.

Wenn unsere warnende Stimme nicht gehört wird, lehnen wir die Verantwortung für einen zukünftigen Niedergang des Ansehens der deutschen Medizin in der Welt ab!

In demselben erheblichen Maße, in dem durch Kriegszerstörungen und Nachkriegsfolgen die Zahl der Krankenhäuser und damit der Krankbetten gesunken ist, stieg die Zahl der Kranken durch die Einsiedlung von Millionen Flüchtlingen, durch den geschwächten Gesundheitszustand, die schlechte Ernährungslage und die Wohnungsnot der

auf die Zulassungen zum Medizinstudium, sondern auch auf die gesamte Entwicklung der beruflichen Ausbildung während der Universitätsjahre genommen haben. Ich glaube, daß wir in diesem Punkt von drüben lernen können. Der Weg zur praktischen Verwirklichung wird über eine verstärkte Einflußnahme der Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechtes auf die Medizinischen Fakultäten führen, ohne in die souveränen Rechte der Universitas academica einzugreifen.

U. a. hat die Ärztekammer Württemberg-Süd bereits früher den Fakultäten den Vorschlag gemacht, daß das Studium der Medizin wieder wie ehemals vom Besuch eines humanistischen Gymnasiums abhängig gemacht werden soll. Allein dadurch würde eine gewisse Auslese für das Medizinstudium bedingt.

Es hat aber keinen Sinn, daß einzelne Universitäten sich diesem Gedanken öffnen und eine vernünftige Beschränkung der Zulassung zum Medizinstudium durchführen, wenn andere Medizinische Fakultäten das Tor schrankenlos offen halten. Wir werden versuchen müssen, zu einer einheitlichen Stellungnahme und einheitlichen Praxis zu kommen, wenn wir das schwierige Problem mit Aussicht auf Erfolg lösen wollen.

Ich schlage vor, daß der Neunerausschuß dieses Problem weiterbearbeitet. Zustimmung.

Krankenhäusern sollen Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden, indem neben dem Chirurgen auch der Internist, Gynäkologe und notfalls auch ein Röntgenologe arbeiten. Wir haben ferner die Bestimmung, daß auf 50 Betten 1 Assistenzarzt und 1 Pflichtassistent mit freier Station und RM 40.— im Monat kommen. Daß dieser Erlaß nicht von allen Stellen befolgt wird, wissen wir. Wir müssen aber unser Augenmerk auf die Jungärzte richten, das liegt in unserem eigenen Interesse, da wir selbst einmal abtreten werden.

Bevölkerung. Dadurch sind die weitaus meisten Krankenhäuser immer voll belegt, enthalten nur schweres Krankengut und haben eine viel größere Frequenz als früher, da die Patienten wegen Platzmangels oft schon vor der Ausheilung entlassen werden müssen. Alle diese Umstände erhöhen und erschweren die Arbeitsleistung der Ärzte ganz beträchtlich. Als Illustration hierzu ein Bericht, der in einer Arbeitsgemeinschaft zwischen Direktoren und Assistenten der Kliniken Hessens verfaßt wurde und eine Darstellung der Wochenstundenleistung der Assistenten in den verschiedensten Fachstationen gibt. Der Bericht wird in der Anlage beigefügt. — Da die Arbeit von den bezahlten Ärzten nicht mehr bewältigt werden konnte, mußte sie in den meisten Ländern in zunehmendem Maße wegen Mangel an Planstellen von unbezahlten Ärzten geleistet werden, was jedem Arbeitsrecht und jedem sozialen Empfinden widerspricht.“

In Marburg waren anwesend die gewählten und beauftragten Vertreter der Jungärzte der Westzonen, ebenso Vertreter der Ostzonen. Wir haben festgestellt, daß wir die gleichen Probleme und die gleichen Schwierigkeiten und die gleichen Forderungen haben wie die Ärzte. Es war sehr an uns herangetreten worden, in die Gewerkschaften zu kommen. Die Situation war sehr kritisch. Die letzte Resolution ist im wesentlichen an Sie gerichtet. Ich bitte abzustimmen, ob Sie mit der Forderung übereinstimmen, daß die Jungärzte das passive und aktive Wahlrecht erhalten.

Die Abstimmung ergibt Einmütigkeit darüber, daß den Jungärzten das aktive und passive Wahlrecht für die Kammer in gleichem Umfang wie den niedergelassenen Ärzten zugestanden wird.

### Dr. Weinholz: Die Ärzte in Kriegsgefangenschaft

Ich habe in England während meiner Gefangenschaft fünf deutsche Kriegsgefangenenlazarette kennengelernt. Ich selbst war in einem als ärztlicher Leiter tätig, und zwar als Vermittler der deutschen und englischen Lagerverwaltung. Das Lager hatte nur deutsches Sanitätspersonal und diente zur Versorgung aller deutschen Kriegsgefangenen. Verpflegung und Unterkunft waren gut. Die Aufgabe dieses Lagers: Heimsendung deutscher Kriegsgefangenenentransporte, ungefähr monatlich 90 Leute. Die deutschen ärztlichen Leistungen wurden von den englischen Dienststellen sehr anerkannt, und es herrschte zwischen beiden ein gutes Einvernehmen. Trotzdem leiden die deutschen Kriegsgefangenen sehr unter seelischen und physischen Schwierigkeiten. Die Sorge um ihre Familien lastet auf allen. Hinzu kommt die immer mehr schwindende Hoffnung auf eine Existenz in der Heimat nach Entlassung aus der Gefangenschaft. Ärzte

werden im allgemeinen nur entlassen, wenn sie durch Krankheit dauernd dienstunfähig sind. Der Stacheldraht wirkt auf die Dauer sehr deprimierend.

Es wäre gut, wenn die Ärztekammern Verbindung mit ihren kriegsgefangenen Ärzten aufnehmen würden. Vielleicht wäre auch ein Austausch mit unverheirateten Kollegen möglich.

**Dr. Döbler** dankt für den Bericht. Die Ärztekammer Württemberg-Süd hat seit 1 1/2 Jahren alle Anstrengungen gemacht, die kriegsgefangenen Ärzte auszutauschen. Leider konnte die französische Militärregierung ihre Zustimmung dazu nicht geben.

Am Sonntag nachmittag bringt der Vorsitzende folgende Entschlüsse zur Abstimmung, die einstimmig angenommen werden.

## Entschlüsse zur Jungärzterfrage

Die in Nauheim versammelten Vertreter der Ärztekammern in den drei westlichen Besatzungszonen stellen sich inhaltlich voll auf den Boden der Marburger Jungärzteresolution vom 13. Juni 1947 und empfehlen den Länderregierungen dringendst, nach den Vorschlägen ihrer Jungärzteschaft zu verfahren.

Die in Nauheim versammelten Vertreter der Ärztekammern in den drei westlichen Besatzungszonen empfehlen den Ärztekammern, für die angemessene Beteiligung der Jungärzte an den Vorständen und Ausschüssen Sorge zu tragen, damit bis zur Wahl, bei der den Jungärzten aktives und passives Wahlrecht zusteht, die Vertretung derselben gesichert ist.

Die in Nauheim versammelten Vertreter der Ärztekammern in den drei westlichen Besatzungszonen nehmen Kenntnis von dem in der Anlage ausgeführten Standpunkt der Jungärzteschaft zur Frage der Fachausbildung und Frage der Notexamina.

Die in Nauheim versammelten Vertreter der Ärztekammern in den drei westlichen Besatzungszonen empfehlen der Ärzteschaft des Landes Hessen, der Jungärzteschaft im Ärztehaus Frankfurt/Main Gelegenheit zur Einrichtung eines Büros zu geben, und sagen der Jungärzteschaft eine Finanzierung dieses Büros in notwendiger Höhe gleichzeitig zu. Die Finanzierung dieses Büros geschieht durch Umlage auf die Ärztekammer.

### PUNKT V DER TAGESORDNUNG

## Betriebsärzterfragen

**Dr. Berthold:** Wie das Dritte Reich die Funktion der Betriebs- bzw. Revierärzte verstanden wissen wollte, ergibt am besten die Verordnung vom 16. Dezember 1942. Um den Arbeitseinsatz während der Dauer des Krieges durch Erhaltung bzw. schnellste Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Gefolgschaftsmitglieder kriegswichtiger Betriebe zu sichern und den Verlust von Arbeitsstunden weitmöglichst zu vermeiden, hat die KVD mit dem Amt „Gesundheit und Volksschutz“ der DAF nachstehende Vereinbarung getroffen:

„Die KVD ist grundsätzlich bereit, den haupt- und nebenamtlichen Betriebsärzten die revierärztliche Behandlung in den Betrieben zu übertragen. Es ist ein Einvernehmen zwischen KVD und DAF herzustellen. Wenn keine Einigung, so entscheidet die „Reichsführung“ der KVD. Härten für in der Nähe wohnende Kassenärzte sind tunlichst zu vermeiden.“

Die folgenden Durchführungsbestimmungen zeigen, daß auf die Wünsche der Kassenmitglieder kein Bedacht genommen wurde; die Durchführung wurde nach 4 Stufen gehandhabt:

1. Abhaltung revierärztlicher Sprechstunden im Betrieb „ohne Einschränkung der freien Arztwahl“.
2. Einschränkung der freien Arztwahl nur während der Arbeitszeit.
3. Einschränkung der freien Arztwahl für alle gefähigen Gefolgschaftsmitglieder. Der Revierarzt entscheidet, ob er den Kranken selbst weiterbehandeln will. (War der Kranke aber zu weit weg oder wenn es pressierte, war der Kassenarzt draußen gut genug!)  
Arbeitsunfähigkeitsklärung nur durch den Revierarzt.
4. Aufhebung der freien Arztwahl für alle Gefolgschaftsmitglieder.

Die Kosten des Verfahrens wurden auf das Kassenhonorar abgewälzt. Nach einem Bericht aus Nürnberg konnten die Betriebsangehörigen praktisch kaum noch ihren Arzt frei wählen. Nach einem Bericht aus Augsburg belief sich die Zahl der Behandlungsfälle der Revierärzte auf 8000—10 000 im Vierteljahr, Ober- und Nieder-Bayern im ersten halben Jahr 1944 auf über 11 000 Fälle, in München zwischen 15 000 und 23 000 Fälle im Vierteljahr. Angehörige sind dabei nicht berücksichtigt. Die revierärztliche Tätigkeit wurde zum Praxiswerbemittel. Die Betriebe und Krankenkassen fanden Geschmack daran und versuchten, Ambulatorien und dergleichen zu errichten, die den Krieg überdauern sollten. Die Verhältnisse in der Ostzone zeigen, daß dies der beste Weg wäre, die freie Arztwahl auf kaltem Wege zu erledigen. Bayern hat deshalb alsbald nach Errichtung einer Ärztekammer hier Abhilfe geschafft. Dies wurde in folgendem Beschluß der Landesärztekammer vom 23. April 1947 erreicht.

#### „Beschluß:

- I. Das während der Nazizeit aufgekommene System der sogenannten Betriebsärzte, welche neben der hygienischen Betreuung des Betriebes allgemeine Untersuchungen und Begutachtungen, ferner ärztliche Behandlung in allen Fällen betätigten, wird im Interesse der Aufrechterhaltung der freien Arztwahl aufgehoben.
- II. An deren Stelle treten, soweit es sich um größere Betriebe von einer bestimmten Belegschaftszahl aufwärts handelt, Werkärzte mit fester Anstellung und Gehalt, denen lediglich die hygienische Überwachung des Betriebes zufällt, ferner evtl. Reihenuntersuchungen und die Erste Hilfe in Notfällen. Eine darüber hinausgehende ärztliche Begutachtung oder Behandlung ist untersagt.

- III. Verträge, welche Werkärzte im Sinne der Ziffer II abschließen, sind vorgängig der Landesärztekammer zur Genehmigung vorzulegen.
- IV. Von einer Firma oder Behörde angeordnete Untersuchungen gehen zu Lasten der beauftragenden Stelle und können aus kassenärztlichen Mitteln nicht honoriert werden. Nach Nothilfeleistungen sind die Patienten sofort einem behandelnden Arzt zuzuweisen. Das Prinzip der freien Arztwahl ist auf jeden Fall zu wahren, wonach eine Beeinflussung des Erkrankten durch den Werkarzt nicht statthaft ist. Die Begutachtung von erwerbsunfähigen Kranken im Sinne einer Nachuntersuchung ist Angelegenheit des behandelnden Arztes bzw. der zuständigen vertrauensärztlichen Dienststelle der Krankenkasse."

Ein etwa abgeschlossener Werkarztvertrag ist vorzulegen und genehmigungspflichtig. Die Verhandlung mit dem Werk ist Angelegenheit des Kollegen. Werkärzte bedürfen keiner Niederlassungsgenehmigung. Eine Werkarztstelle kann von jedem Arzt besetzt werden. Hier finden sich Arbeitsmöglichkeiten für Jungärzte und Flüchtlingsärzte. Werkarztstätigkeit ist eine Vorschule in sozialer Medizin und für spätere kassenärztliche Tätigkeit. Freie Arztwahl bleibt erhalten. Sie baut sich auf persönliches Vertrauen zum Arzt auf und Vertrauen ist die Grundlage des ärztlichen Erfolges.

Die Ärztekammern sind mit den Ausführungen des bayr. Ärztekammerpräsidenten im wesentlichen einverstanden und übertragen die Weiterbehandlung dem Neunerausschuß.

#### PUNKT VI DER TAGESORDNUNG

### Ärztliche Versorgung der Körperversehrten

**Dr. Dobler:** Im Zug der Demobilisierung der Kriegs- und Reservelazarette waren bis zum Herbst 1945 die meisten militärischen Lazaretteneinrichtungen aufgelöst. In den einzelnen Besatzungszonen wurde die Auflösung in verschiedenem Tempo durchgeführt. Während in der amerikanischen und wohl auch britischen Zone lediglich noch Kriegsgefangenenlazarette weiterbestehen durften, gab die französische Besatzungsmacht ihre Einwilligung zur Umwandlung von Reservelazaretten in Versorgungskrankenhäuser, in denen die Kriegsversehrten bis zu ihrer Wiederherstellung behandelt werden konnten. So war es mir möglich, in Württemberg ein Dutzend Versorgungskrankenhäuser mit 3 000 Betten einzurichten. Im Laufe des letzten Jahres konnte die Zahl der Betten auf ungefähr 2 000 verringert werden, da auf dem Sektor der Chirurgie naturgemäß eine wesentliche Schrumpfung des Krankengutes eingetreten war, während auf dem Gebiet der Tuberkulose die Einrichtung weiterer Kuranstalten sich als notwendig erwies. Z. Zt. besteht in Süd-Württemberg ein zentrales Versorgungskrankenhaus im Neuen Standortlazarett Tübingen mit einer sehr gut besetzten neuro-chirurgischen Abteilung, welche zugleich eine der wenigen Hirntumorenabteilungen Süddeutschlands einschließt, eine Abteilung für Neurologie, der eine sehr erfolgreich arbeitende Hirnverletztenfürsorge angeschlossen ist, eine allgemein-chirurgische Abteilung und eine innere Abteilung für Begutachtungs- und Beobachtungsfälle. Angeschlossen ist das Versorgungskrankenhaus Urach, in dem sich 200 schwer Gesichts- und Kieferverletzte befinden, bei denen größere plastische Operationen nötig sind. Als Auffangkrankenhaus für die aus französischer Kriegsgefangenschaft zurückkommenden Kriegsversehrten habe ich in letzter Zeit in Weingarten noch ein Versorgungskrankenhaus mit 300 Betten, chirurgische, interne und Tuberkuloseabteilung, eingerichtet. In Ochsenhausen befindet sich eine neurologische und Hirnverletztenabteilung mit 200 Betten und allen Möglichkeiten der Umschulung. In Tuttingen, Beuron und Ravensburg sind drei Versorgungskrankenhäuser mit vorwiegend orthopädischer Tätigkeit. In Weingarten, Nagold und Ried sind große und ausgezeichnet geleitete Kuranstalten für tuberkulosekranke Kriegsversehrte eingerichtet, für die ich auch in St. Blasien, Nordrach, Freudenstadt, Rosenharz und Schömberg noch einige hundert Vertragsbetten belegt habe.

Alle Versorgungskrankenhäuser und Sonderabteilungen stehen unter der Leitung ausgesuchter Spezialärzte, die sich für die Arbeit an unseren Schwerversehrten in besonderem Maße eignen und einsetzen. Während in den Ländern der amerikanischen und wohl auch englisch besetzten Zonen die Hauptversorgungsmänter und alle Versorgungseinrichtungen der früheren Wehrmacht aufgelöst oder der LVA einverleibt wurden, ist in der französischen besetzten Zone die Arbeit für die Kriegsversehrten noch in der Hand der Hauptversorgungsmänter geblieben, was für unsere Kriegsversehrten zweifellos eine wesentlich bessere Versorgung ermöglicht. Wie die Entwicklung allerdings weitergehen wird, läßt sich heute noch nicht voraussagen.

Unsere Erfahrungen haben nun gezeigt, daß für eine Reihe von Kriegsschäden die Behandlung in Spezialabteilungen dringend notwendig ist. Die Bettennot in den allgemeinen Krankenhäusern ermöglicht häufig keine genügend sorgfältige und erfolgreiche Behandlung unserer Versehrten.

Unzählig sind die Fälle, in denen wir Kriegs- und Unfallversehrte mit Nervenschußlähmungen in unsere Versorgungskrankenhäuser bekommen, welche bei rechtzeitiger Naht sehr viel mehr Aussicht auf Wiederherstellung gehabt hätten, bei denen wir jetzt durch plastische Operationen notdürftig das Versäumte nachholen müssen.

Auch die orthopädische Nachbehandlung bei Amputierten und Gelenkversteifungen ist im Lande draußen fast immer ungenügend und erreicht infolgedessen keine optimalen Erfolge.

Ein besonders schwieriges Aufgabengebiet sind unsere Hirnverletzten, die eine besonders sorgfältige Behandlung und Betreuung brauchen, wenn wir nicht in einigen Jahren wieder die gleich trostlosen Erfahrungen machen wollen wie nach dem letzten Krieg, als bis zu 80 Prozent der Hirnverletzten in wenigen Jahren als Folge ihrer allgemeinen traumatischen Hirnleistungsschwäche sozial und wirtschaftlich absackten.

Bei der Hirnverletztenbetreuung, die wir jetzt durchführen, ist es immerhin gelungen,  $\frac{1}{4}$  der Schwerversehrten wieder in ihrem Beruf unterzubringen und bis jetzt zu erhalten. Hierzu gehört aber eine außerordentlich große Erfahrung, die sich nur in langen Jahren an tausenden von Fällen erlernen läßt, und das Wissen um die ganz besonderen Heilungsbedingungen, unter denen ein schwergeschädigtes Gehirn noch Jahrzehnte nach dem Trauma steht.

Wir erleben es alle paar Wochen, daß uns ein Hirnverletzter mit einem Spätabszeß des Gehirns gebracht wird, der erst durch die Beteiligung der Meningen für den Nichtfacharzt manifest wurde, und dann oft nicht mehr gerettet werden kann.

Ein gleich trauriges Kapitel sind unsere Querschnittsläsionen, die häufig monatelang in den Kriegsgefangenenlagern und Krankenhäusern gehalten werden, ohne daß die notwendige und wenigstens Erleichterung bringende Laminektomie durchgeführt worden wäre, die glücklicherweise auch sehr spät noch zu erfreulichen Besserungen führt.

Auch für unsere tuberkulösen Versehrten ist es uns gelungen, vorbildliche Heilstätten mit so viel Unterbringungsmöglichkeiten zu schaffen, daß ich jeden zur Heilstättenkur gemeldeten Fall innerhalb von 3 Tagen einweisen kann.

Es ergibt sich nun die Frage, inwieweit in anderen Ländern der französischen, amerikanischen und britischen Zone ähnliche Einrichtungen zur Spezialbehandlung von Kriegs- und Unfallversehrten bestehen, die es uns ermöglichen, die ihnen regional zustehenden, aus Kriegsgefangenschaft kommenden Patienten zu überweisen. Im Interesse unserer schwerstgeschädigten Kriegsversehrten scheint es mir ein Gebot der Menschlichkeit und ärzt-

lichen Pflicht, hier eine Planwirtschaft anzustreben, welche unseren Kriegsverehrten die besten Chancen für eine Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit bietet.

Um die Grundlagen hierfür zu schaffen, ist es notwendig zu wissen, wie die speziellen Verhältnisse in jedem Land gelagert sind. Wenn z. B. Süd-Baden und Nord-Württemberg nicht in der Lage sind, ein in seinem Aufbau sehr kompliziertes, in seinem Betrieb kostspieliges Versorgungskrankenhaus für Hirn- und Nervenschußverletzte einzurichten, werden wir in Tübingen gern bereit sein, unsere Abteilungen hierfür zur Verfügung zu stellen. Das gleiche gilt auch für die anderen Spezialgebiete, einschließlich der Tuberkulose. Ich muß jedoch für eine zweckmäßige Planung wissen, mit welchem Bedarf zu rechnen ist.

Deshalb möchte ich vorschlagen, daß wir uns nicht auf die bürokratischen Wege der Landesversicherungsanstalten verlassen, sondern daß die Ärztekammern durch einen auf dem Gebiet des Versorgungs- und Unfallwesens erfahrenen Referenten im Laufe der nächsten 14 Tage die schon bestehenden Möglichkeiten zur Unterbringung Kriegs- und Unfallverehrter in besonderen Krankenabteilungen zusammenstellen und an die Ärztekammer Württemberg-Süd melden.

Desgleichen, ob und wieviel ihrer Hirn- und Nervenschußverletzten und Tuberkulosekranken sie ev. in schon bestehenden Versorgungskrankenhäusern anderer Länder unterzubringen wünschen.

Ich werde dann diese Mitteilungen zusammenstellen, versuchen, eine gewisse Planwirtschaft zu entwerfen, und den Ärztekammern über die sich daraus ergebenden Möglichkeiten Bericht geben.

**Dr. Peters:** Ich spreche für die ganze britische Zone. Wir haben in Bad Pyrmont ein Hirnverletztenzentrum für die ganze Zone mit den besten Hirnchirurgen und Einrichtungen. Wir haben auch dort ein Rehabilitationszentrum, wo alle Amputierten und Verehrten und Beschädigten Aufnahme und Behandlung finden können. Sie erhalten so lange Berufsschulung und Fürsorge, bis sie Wohnung und Arbeit gefunden haben. Bei Hirnverletzten finden jederzeit entsprechende Beratungen statt. Sämtliche ehemalige Lazarette sind zusammengefaßt worden in ein Landesamt für Krankenanstalten. Ein zweites Zentrum befindet sich in Schleswig-Holstein in Malente, dort sind auch ganz vorbildliche Einrichtungen. Wir haben außerdem in Bad Pyrmont einen Unterrichtskurs für Psychotherapie für die ganze britische Zone. Dafür werden auch Lehrer geschult. Auch werden dort in der aktiven Bewegungstherapie hervorragende Resultate erzielt. Wir wollen gern anderen Hirnverletzten Gast-

freundschaft gewähren, wenn wir dafür unsere Tuberkulosekranken unterbringen können. Wir haben fast überall Reizklima, mit dem wir nicht viel anfangen können. Wir könnten gut 1 000 Tbc-Kranke zur Kur wegschicken, dafür nehmen wir gern Amputierte und Hirnverletzte auf.

**Dr. Lossen** führt in der Diskussion aus:

Es ist das wirklich eine Frage, die wir im ganzen sehen müssen und auch von der humanitas aus. Wenn man das Gesetz zur Leistung der Körperbeschädigten sieht, da muß man sich fragen, ob Herr Ernst nicht bessere Aufgaben hatte als die Sozialversicherung. Es ist nicht nur damit getan, daß man Hirnchirurgen hat, man braucht auch Psychologen und Pädagogen. Das gleiche gilt für die Tuberkulose. Man kann, die Kranken nicht nur in die Betten legen, sondern wir müssen auch Arbeitstherapie treiben. Meinem Empfinden nach sollten wir uns überlegen, ob wir nicht als Ärzte in Form einer Resolution Stellung nehmen sollen. Die LVA hat nur politische Pläne.

**Dr. Hartmann:** In Nordrhein-Westfalen sind diese Verhältnisse noch viel schlimmer. Die Bettenzahl ist fast um die Hälfte gesunken. Wir hatten eine ganze Reihe guter Versorgungskrankenhäuser, die aus Lazaretten übriggeblieben waren. Wer soll die Kosten für die Krankenhäuser übernehmen? Sie schweben vollständig in der Luft und sollen aufgelöst werden. So steht in Wuppertal ein großes Krankenhaus vor der Auflösung, weil niemand die Kosten übernehmen will. Ich möchte Sie bitten, daß die heutige Tagung eine Entschließung faßt, in der wir die Landesregierungen bitten, zur Versorgung der Kriegsverletzten die bestehenden Versorgungskrankenhäuser als Landeskrankenhäuser zu übernehmen. Sonst ist es unmöglich, den Kranken und Verletzten in der Nordrheinprovinz und Westfalen gerecht zu werden.

**Dr. Dobler:** Ich glaube, daß dieser Vorschlag sehr begrüßenswert ist. Wir wollen die Landesregierungen bitten, daß sie die Versorgung in die Hand nehmen. Es ist viel billiger, wenn man die Leute gut ärztlich versorgt, ehe sie ein Leben lang Rentempfänger sind. Ich möchte vorschlagen, daß Herr Hartmann und Herr Lossen den Antrag formulieren. Auch die Kriegsverehrten fühlen sich weitgehend verraten und verlassen von uns. Ich schlage vor, daß Herr Lossen und Herr Hartmann eine kurze Resolution zur Körperbeschädigtenfrage formulieren.

Es wird folgende Entschließung zur Frage der Verehrten vorgeschlagen und einstimmig angenommen:

## Entschließung zur Verehrtenfrage

Die Ärzte der westlichen Zonen haben zur Kenntnis genommen, daß keineswegs überall ausreichende Einrichtungen und Möglichkeiten für die Wiederherstellung der Körperverehrten bestehen. Diese Aufgabe ist nach Ansicht der Ärzte ebenso dringlich wie die Rentenversorgung. Es muß höchstes Ziel ärztlicher Arbeit sein, jeden Beschädigten möglichst gut ärztlich zu behandeln und zu versorgen bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Beschädigte wieder berufstätig ist. Die Ärztekammern bitten die Landesregierungen, die entsprechenden Einrichtungen zu schaffen und für deren Erhaltung Sorge zu tragen, und stellen ihre sachverständige Hilfe zur Verfügung.

### PUNKT VII DER TAGESORDNUNG

## Gesellschaft für Versicherungswissenschaft

**Dr. Sievers:** Am 28. März 1947 ist die „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft“ mit dem Sitz in Köln von Vertretern der Versicherungswissenschaft und der Versicherungspraxis, sowohl der privaten als auch der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung gegründet worden.

Die Gesellschaft soll sich auf breitester Ebene der Pflege der Aufgaben der gesetzlichen und privaten Versicherung widmen. Insbesondere sollen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens durch Erarbeitung ausreichenden und objektiven statistischen und versicherungsmathematischen Materials die künftigen ob-

jektiven Bedürfnisse einer sozialen Sicherung des deutschen Volkes festgestellt sowie die zweckmäßigsten Formen zur Befriedigung dieser Bedürfnisse ermittelt werden. Daneben wird sich die Gesellschaft um die Schaffung eines volkstümlichen Versicherungsrechts, um die Klärung der deutschen Versicherungswirtschaft in den Friedensverträgen und nicht zuletzt um die Wiederherstellung internationaler Zusammenarbeit bemühen.

Die Gesellschaft wird sich eines Arbeitskreises von haupt- und nebenberuflichen Mitarbeitern bedienen, die bereits dem Kreise anerkannter Wissenschaftler und Sachverständiger an-

gehören und die Verhältnisse in allen Besatzungszonen kennen. Zu den Mitteln der Publizierung der Arbeitsergebnisse wird u. a. eine Zeitschrift gehören, deren Herausgabe bereits genehmigt ist.

Es ist der Wunsch der Gründer, daß die „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft“ vom Vertrauen aller Deutschen getragen wird, die berufen sind, verantwortungsbewußt am Wiederaufbau des staatlichen, wirtschaftlichen und sozialen Lebens mitzuwirken. Träger der Gesellschaft sollen daher neben Einzelpersonen insbesondere Korporationen und Verbände der gewerblichen Wirtschaft, der Landwirtschaft, der Gewerkschaften, der Ärzteschaft, einschließlich weiterer Berufsvertretungen, die Universitäten, politische Parteien und nicht zuletzt die Verbände der privaten und gesetzlichen Versicherung sein.

Der Vorstand der Gesellschaft besteht aus fünf Mitgliedern, die mit Rücksicht auf die Bedeutung der verschiedenen Gruppen für die soziale Sicherung des deutschen Volkes der Ver-

sicherungswissenschaft, der privaten Personenversicherung, der Sozialversicherung, der Ärzteschaft und den Gewerkschaften angehören, wobei der Vertreter der Versicherungswissenschaft Vorsitzender sein soll.

Die Finanzierung der Gesellschaft soll in erster Linie durch Beiträge der Mitglieder erfolgen; zur Deckung bis dahin entstehender Aufgaben wurde ein Gründungsfonds geschaffen.

Verhandlungen zur Einholung der Billigung der britischen Militärregierung und zur Eintragung der Gesellschaft in das Vereinsregister stehen vor dem Abschluß.

**Dr. Koch:** Wir müssen die Gründung dieser Gesellschaft ganz außerordentlich begrüßen. Der hiesige Kongreß wollte erreichen, daß der Gedanke der Sozialversicherung in weite Kreise getragen wird. Das war uns leider nicht gelungen. Wenn es dieser Gesellschaft gelingt, werden wir sie mit Material und allem unterstützen.

#### PUNKT VIII DER TAGESORDNUNG

### Vermögen und Rechtsnachfolge der Reichsärztekammer und KVD.

**Schneider:** Ich möchte, da ich nur darüber Unterlagen besitze, folgendes Thema behandeln: „Das Vermögen der R. F. der KVD beim und nach dem Zusammenbruch“. Manchem von Ihnen wird es bekannt sein, daß auch für die KVD wie bei der RÄK alljährlich eine Gesamtbilanz erstellt wurde, und zwar aus den Zahlen der Reichsführung Berlin und den Zahlen sämtlicher Landes- und Bezirksstellen mit eigener Bilanzierung. Die letzte Gesamtbilanz kam für 1943 zustande, sie ergab etwa 145 Millionen Fonds und ein freies Vermögen von etwa 57 Millionen. Für 1944 wären die Ziffern wohl erheblich höher gewesen. Die Erstellung einer Gesamtbilanz für 1944 war infolge des Zusammenbruchs nicht mehr möglich.

Der Magistrat der Stadt Berlin hat bald nach der Kapitulation für die ärztlichen Organisationen einschl. Reichsgesundheitsverlag, ferner für die zahnärztlichen und dentistischen Organisationen, für die Hebammenschaft und für die Aktion Brand (Krankenhaus-Sonderanlagen) Treuhänder eingesetzt.

Die Wiederaufnahme einer halbwegs geregelten Tätigkeit im Ärztehaus in der Lindenstraße war erst vom September 1945 ab möglich, da sich das Ärztehaus in einem verwüsteten Zustand befand, und zwar einmal durch die Folgen der letzten Luftangriffe, zum anderen dadurch, daß das Haus über zwei Monate von der Roten Armee als Kommandantur benutzt worden war. Nachdem im Juli 1945 auch die westlichen Alliierten Berlin besetzten, wurde das Ärztehaus in den amerikanischen Sektor einbezogen.

Trotzdem die Buchhaltungsunterlagen in völlige Unordnung geraten und in allen Stockwerken und im mit Grundwasser gefüllten Keller zerstreut, zum Teil nicht mehr vorhanden waren, konnte zunächst eine Bilanz für die Reichsführung der KVD für den 20. April 1945 erstellt werden. Das ist der Tag, an dem zum letzten Male vor der Kapitulation im Ärztehaus gearbeitet worden ist. Die Beträge dieser Bilanz, die ich nachher bekanntgeben und erläutern werde, möchte ich als „Altgeld oder Altmark“ bezeichnen, im Gegensatz zu den Zahlen der per 31. Dezember 1945 und 1946 aufgestellten Bilanzen, die als „Neugeld oder Neumark“ angesehen werden müssen, und zwar deshalb, weil in Berlin sämtliche Postscheck-, Bank usw. -Guthaben, die beim Zusammenbruch vorhanden waren, gesperrt, also eingefroren sind.

Bei der Wiedereingangssetzung des Betriebes in der Lindenstraße wurde für die neuen Geschäftsvorfälle nach der Kapitulation mit Null angefangen. Alles, was sich darnach ergab, war sog. Neugeld.

Lassen Sie mich zunächst die Abschlußbilanz per 20. April 1945 (in Altmark) erläutern:

Die Bilanzsumme auf beiden Seiten beläuft sich auf rund 109,3 Millionen Mark.

In den Aktiven sind enthalten:

An Geldwerten:

- |                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1. Kassenbestand . . . . .        | rund RM 120 700.—  |
| der als verloren anzusehen ist    |                    |
| 2. Postscheckguthaben . . . . .   | rund RM 393 000.—  |
| 3. Bankguthaben auf laufenden und |                    |
| Festgeldkonten . . . . .          | rund RM 42,5 Mill. |

Diesen rund 43 Millionen Postscheck- und Bankguthaben dürfte im Hinblick auf die zu erwartende Währungsreform wahrscheinlich kein allzu großer Wert mehr beizumessen sein.

Die Wertpapiere machen einen Betrag von rund 47,9 Millionen aus.

Hierbei handelt es sich hauptsächlich um deutsche Reichsanleihen bzw. Reichsschatzanweisungen.

Die Forderungen machen insgesamt einen Betrag von rund 5,7 Millionen aus, sie setzen sich zusammen aus:

- |   |                     |
|---|---------------------|
| Forderungen an Dienststellen der Reichs-  |                     |
| ärztekammer mit . . . . .                 | rund RM 3,5 Mill.   |
| darunter an die Reichsärztekammer München | rund RM 2,4 Mill.   |
| an die Reichsärztekammer Oberdonau Linz   | rund RM 1,050 Mill. |
| Ferner an KVD-Dienststellen . . . . .     | rund RM 537 000.—   |
| wovon allein die Landesstelle Württem-    |                     |
| berg RM 500 000.— betreffen, und zwar     |                     |
| aus m. E. völlig überflüssigen Festgeld-  |                     |
| manipulationen.                           |                     |

Die übrigen unter „Forderungen“ zusammengefaßten Beträge betreffen kleinere Posten an Lieferanten und sog.

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| Darlehensstock-Darlehen mit insgesamt | rund RM 41 000.—  |
| Niederlassungsdarlehen mit . . . . .  | rund RM 120 800.— |
| Sonstige Darlehen mit . . . . .       | rund RM 718 000.— |
| Sonstige Forderungen mit . . . . .    | rund RM 774 000.— |

Die Anlagewerte von . . . . . rund RM 3,170 Mill.

umfassen folgende Grundstücke:

- |  |                   |
|--|-------------------|
| das unbebaute Grundstück in Berlin-Char-   |                   |
| lottenburg, Berliner Str. und Char-        |                   |
| lottenburger Ufer, auf dem das neue        |                   |
| deutsche Ärztehaus errichtet werden        |                   |
| sollte mit . . . . .                       | rund RM 1,6 Mill. |
| das Ärztehaus in der Lindenstraße mit      |                   |
| einem Buchwert von . . . . .               | rund RM 560 000.— |
| das Haus ist etwa zu 60 Prozent benutzbar, |                   |



das Haus der Auslandsabteilung der RAK in Berlin-Grünwald mit . . . . . rund RM 282 000.—  
 das Haus ist unbeschädigt, jedoch von den Engländern beschlagnahmt,  
 das Haus des früheren Reichsgesundheitsführers Dr. Conti in Berlin-Grünwald, Warmbrunnen-Straße mit . . . . . rund RM 114 000.—  
 die bekannten Häuser in Bad Berka mit rund RM 120 000.—  
 sowie einige weitere Hausgrundstücke in Berlin, Leipzig, Potsdam, Osterwald b. Hannover u. Rottendorf b. Würzburg mit rund RM 500 000.—  
 Die derzeitigen Verkehrswerte der Grundstücke liegen erheblich über den Buchwerten.

Die Aktiv-Hypotheken machen einen Betrag von rund 6,650 Millionen aus. Es handelt sich hierbei um 155 Einzelhypotheken auf Grundstücke hauptsächlich in Berlin, Leipzig, Hamburg, Kiel, Rheinland-Westfalen usw. Für jedes Hausgrundstück, für das eine Hypothek gegeben wurde, haben wir den Zustand nach dem Zusammenbruch feststellen lassen und, obwohl ein Teil der Häuser erheblich oder weniger erheblich zerstört ist, gehen die Hypothekenzinsen verhältnismäßig gut ein. Auf den Zinseingang nach dem Zusammenbruch komme ich später noch zurück.

Die Beteiligungen machen einen Betrag von . . . . . rund RM 2,76 Mill. aus, und zwar entfallen auf die Führerschule Alt-Rhese . . . . . rund RM 1,180 Mill. Güter-Verwaltung Alt-Rhese . . . . . rund RM 1,370 Mill. auf die Druckereifirma Otto Regel in Leipzig auf den Sattlerhof in Kempfenhausen b. Starnberg . . . . . rund RM 115 000.— auf die Ärztekasse in Aussig . . . . . rund RM 10 000.— Sowie über die Aktiva.

Von den Passivposten dürften folgende interessieren:  
 Verbindlichkeiten an Dienststellen der KVD . . . . . rund RM 60,6 Mill. davon als wichtigster Posten die Zentrale Ausgleichskasse, die ZAK mit . . . . . rund RM 59 873 000.— und die Verbindungsstelle Wien mit . . . . . rund RM 505 000.—

In dem Posten ZAK dürften 30 Millionen Vorauszahlungen zentralabrechnender Kassen, hauptsächlich für I/45, zum Teil noch für IV/44 enthalten sein, so daß rund 30 Millionen als Eigenvermögen der ZAK angesehen werden können.

Unter den Verbindlichkeiten sind weiter enthalten solche an Dienststellen der Reichsärztekammer mit insgesamt . . . . . rund RM 3,8 Mill. und zwar

Pensionsfonds RAK A . . . . . rund RM 3,059 Mill.  
 Pensionsfonds RAK B . . . . . rund RM 524 000.—  
 Pensionsfonds RAK C . . . . . rund RM 1 100.—

An weiteren Fonds figurieren in der Bilanz der Reichsführung der KVD unter den Verbindlichkeiten ein Bereitschaftsfonds von . . . . . rund RM 1 314 000.— eine Gerh. Wagner-Stiftung mit . . . . . rund RM 1 155 000.— die für die Stipendien mittelloser Medizinstudenten geschaffen wurde, ferner die Pensionsfonds A, B und C von zusammen . . . . . rund RM 6 840 000.—

Bei einem Posten „Ärztinnen-Begräbniskasse“ von . . . . . rund RM 32 800.— handelt es sich um das Vermögen dieser Kasse am 1. Januar 1945. Für Rückstellungen sind unter den Verbindlichkeiten . . . . . rund RM 7,9 Mill. ausgewiesen, darunter als größter Posten ein Betrag von . . . . . rund RM 7 Mill. für einen „Neubau Deutsches Ärztehaus“

Der Unterschied zwischen Aktiven und Passiven ergibt per 20. April 1945 ein Vermögen von . . . . . rund RM 26,5 Mill.

Wenn man das immerhin gewaltige Zahlenwerk dieser Bilanz von über 109 Millionen bei vorsichtiger Bewertung auf seinen tatsächlichen Zeitwert zurückführt, dürfte nicht allzuviel übrigbleiben.

Ich möchte noch erwähnen, daß die Einnahmen aus Hypothekenzinsen, Darlehenszinsen, Rückzahlungen von Hypothekenbeträgen und Darlehen in der neuen, sog. „Neumark-Buchhaltung“ verbucht werden. Die Hypothekenzinsen gehen mit etwa 65 bis 70 Prozent ein, und zwar sowohl was Berliner als auch auswärtige Hypotheken, auch in der russischen Zone, betrifft. Sie werden zwar erheblich geschmälert durch die 25 prozentige Kapitalertragssteuer. Immerhin sind aber seit Wiederaufnahme des Betriebes, also vom September 1945 bis Ende März 1947, rund RM 300 000.— an Hypothekenzinsen eingegangen. Sie werden verwandt zur Bestreitung der Unkosten des Verwaltungsapparates der Treuhänder sowie für die Wiederinstandsetzung des Ärztehauses in der Lindenstraße. Im Ärztehaus ist seit einem Jahr eine Anzahl von Räumen an verschiedene Firmen vermietet. Der Magistrat der Stadt Berlin hat vom Treuhänder eine erhebliche Anzahl von wertvollem Mobiliar und Schreibmaschinen erhalten, für die seit einiger Zeit auch Miete bezahlt wird, ich möchte aber bezweifeln, ob wir diese Gegenstände jemals wiederssehen werden.

Abschließend möchte ich noch etwas über die Hartmannstiftung sagen.

Das Grundvermögen der Stiftung betrug bei der Neugründung RM 500 000.— Mindestens die Hälfte dieses Vermögens war mündelsicher anzulegen. Die Satzung der Hartmannstiftung ist Ihnen gewiß bekannt.

Die Bilanz der Hartmannstiftung per 20. April 1945 (also in Alt-Mark) sah so aus:

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Aktiva:</b>                         |                   |
| Postscheck- und Bankguthaben . . . . . | rund RM 164 300   |
| Wertpapiere . . . . .                  | rund RM 1 695 000 |
| Aktiv-Hypotheken . . . . .             | rund RM 1 037 800 |
|  | RM 2 897 100      |
| <b>Passiva:</b>                        |                   |
| Dienststellen der KVD . . . . .        | rund RM 35 500    |
| Rückstellung . . . . .                 | rund RM 16 900    |
| Rentendeckungsfond . . . . .           | rund RM 2 344 700 |
| Vermögen . . . . .                     | rund RM 500 000   |
|  | RM 2 897 100      |

Die Hypotheken der Hartmannstiftung sind intakt. Die Zinsen gehen gut ein. Bisher sind rund 60 000.— RM Hypothekenzinsen seit der Zeit nach dem Zusammenbruch eingegangen. Die vor dem Zusammenbruch an 27 frühere Angestellte der KVD gezahlten Unterstützungen machten einen Betrag von monatlich rund 3200.— RM aus. Es bestünde also die Möglichkeit, die Zahlungen der Unterstützungen aus der Hartmannstiftung auch für neue Fälle wieder aufzunehmen, und sei es zunächst auch nur in einem reduzierten Umfang.

Eins möchte ich noch sagen, daß die Finanzverwaltung in den 12 Jahren des nationalsozialistischen Regimes in Berlin durchaus sauber gewesen ist, daß keinerlei Unterschlagungen oder Veruntreuungen vorgekommen sind. Es hat hier und da eine gewisse Verschwendung von Geldern stattgefunden, die aber von allerhöchster Stelle befohlen wurde. Einen Vorwurf kann man den damals maßgebenden Herren machen, daß sie alle freien Gelder in Reichsanleihen anlegten und auch die Außenstellen zwangen, ihre Honorar-Ausgleichsfonds in Reichsanleihen anzulegen. Diesen Befehl haben zwar nicht alle Stellen ausgeführt, deshalb sind sie heute glücklicher dran.

Dr. Döbler dankt Herrn Schneider. Er schlägt als Termin für die nächste Nauheimer Tagung den 21.—22. September vor.

**Dr. Neuffer** spricht im Namen aller Teilnehmer Herrn Dr. Oelemann den herzlichsten Dank für die gastliche Aufnahme in Bad Nauheim aus.

**Dr. Sievers:** Ehe wir unsere Tagung beschließen, sei es ihm eine besondere Pflicht und Freude, Herrn Dobler für seine außerordentlich geschickte und erfolgreiche Leitung der Tagung unseren aufrichtigen Dank zu sagen. Es sei sehr gut und konzentriert gearbeitet worden.

**Dr. Dobler** dankt seinerseits allen Referenten und allen Kollegen für ihre intensive Mitarbeit. Er wünsche, daß die Arbeit der Tagung gute Früchte trage.

## Gesteigerte Diurese in den Konzentrationslagern

Von Dr. med. David Wajnapel, Stuttgart

Eine der schwersten Beschwerden in den KZ.-Lagern war die enorm gesteigerte Diurese. Diese Beschwerde, welche sich insbesondere bei Nacht geäußert hat, war eine richtige Plage im Leben der KZ.-Insassen, weil sie dringend 10 bis 15mal in manchen Fällen in der Nacht urinieren mußten, das die kurze Nachtruhe nach der schweren Arbeit illusorisch machte.

Diese Angelegenheit ist viel mehr kompliziert, als es auf den ersten Augenblick scheinen könnte.

Die Ursachen der gesteigerten Harnabsonderung konnten sein:

- die gesteigerte Harnproduktion,
- Verringerung der Harnblasenvolumen, eventuell pathologische Reaktion derselben.
- Schwächung des Sphincter Vesicae urinariae.

Unzweifelhaft war die Harnproduktion in manchen Fällen stark gesteigert. Ungenügende qualitative Ernährung hat manchen Häftling zur Einnahme von ungeheuren Mengen Nahrung gezwungen, um wenigstens teilweise seinen Hunger zu stillen. Es sind mir Fälle bekannt, daß ein Häftling 4—5 Liter der „Wassersuppe“ zu Mittag auf einmal eingenommen hat. Selbstverständlich mußten solche Mengen Flüssigkeit eine gesteigerte Harnabsonderung hervorrufen. Doch war die Zahl solcher „Glücklichen“ sehr gering. Ein durchschnittlicher Häftling bekam täglich  $\frac{1}{2}$  Liter Kaffee und knappe  $\frac{3}{4}$  Liter Suppe, also nicht viel über 1 Liter Flüssigkeiten. Trotzdem haben eben diese ausgehungerten Lagerinsassen am meisten wegen gesteigertem Urinieren gelitten.

Es ist auch sehr wahrscheinlich, daß die Polyurie eine Folge der qualitativen Zusammenstellung der eingenommenen Nahrung war. Praktisch haben die Häftlinge so gut wie kein animalisches Eiweiß bekommen. Die Nahrung bestand hauptsächlich aus pflanzlichen Bestandteilen (Kohlrüben, Kraut, ein bißchen Kartoffel). In diesen Speisen befinden sich sehr wenig Natriumsalze, dagegen reichlich Kaliumverbindungen. Die Natriumionen haben eher wasserbindende Eigenschaften, dagegen die Kaliumionen wirken diuretisch. Man muß auch den Kreislauf berücksichtigen. In den Fällen der gesteigerten Nykturie, bei welchen gleichzeitig Ödeme festzustellen sind, die so oft bei den ausgehungerten Häftlingen hervortraten, beweisen, daß in der Pathogenese der Ödeme außer anderen Momenten (Hunger, Hydrämie, Verschiebung des Albumin-Globulin-Quotienten usw.) auch die Kreislaufinsuffizienz eine gewisse Rolle spielt, was die Mobilisierung der Ödemflüssigkeit für die so typischen Zustände während der Nachtruhe erklärlich macht. Was die Fassungsvermögen der Harnblase betrifft, so sind es diejenigen pathologischen Zustände, welche das Volumen direkt beschränken, wie z. B. Tbc. der Harnblase. Es ist kaum vorstellbar, daß diese von größerer Bedeutung für die Pathogenese der Polyurie bei KZ.-Insassen gewesen wäre. Demgegenüber kann die pathologische Reaktion der Harnblase von Bedeutung sein. Also vor allem wichtig ist der Temperatureinfluß. Ungenügend angezogen, arbeitete der KZ.-Häftling während der kalten Jahreszeiten in Kälte und Feuchtigkeit, was nicht ohne Einfluß auf die Harnblasentätigkeit bleiben konnte. Auch die anormale Zusammensetzung des Harnes, infolge gründlich geänderter Kost konnte reflektorisch Harnblasenspasmen hervorrufen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die

Abschwächung des Sphincters, welche parallel mit der allgemeinen Schwächung und Abmagerung geht, das Urinieren schon bei schwachem Druck verursacht hat. Ich muß unterstreichen, daß der Harn bei diesen Zuständen durchsichtig, wasserklar, von geringem spezifischem Gewicht ist und dabei keine pathologischen Elemente festzustellen waren, außer in Fällen, die gleichzeitig durch Nephrose, Nephritis, Tbc., Amyloidose usw. kompliziert waren.

Man kann auch nicht die Wirkungen des Nervensystems verschweigen. Allgemein bekannt ist das Ausscheiden von sogenannter Urina Spastica in großen Mengen unter Wirkung der nervösen Reize wie Angst usw. Daß solche „Reize“ in den KZ.-Lagern nicht selten waren, muß man nicht unterstreichen. Endlich muß man noch den Einfluß der endokrinen Drüsen berücksichtigen. Es ist selbstverständlich, daß die endokrinen Drüsen, von sehr zarten Geweben gebaut, mit ihren vielen Gefäßen und starker Innervation gegen schädliche Einflüsse sehr empfindlich sind. Der Hunger und nervöse Störungen haben in den KZ.-Lagern eine ganze Reihe von Erscheinungen seitens der endokrinen Drüsen in Form deren Insuffizienz hervorgerufen. Ich werde kurz manche solche Formen erwähnen: Amenorrhoe bei den Frauen (eine, allgemeine Erscheinung), Impotenz und Hodenatrophie bei den Männern als Zeichen der Insuffizienz der Sexualdrüsen, Trockenheit und Abschuppung der Haut, Haarausfälle und Nagelveränderungen als Zeichen der Hypothyreose. Manche Fälle von extremer Kachexie (bei gleichen Bedingungen), welche an das Bild der Simmondschen Kachexie erinnern, Abschwächung der Muskelkraft, Blutdrucksenkung, Neigung zu Durchfällen, dunklere Hautfärbung, verringerte Widerstandskräfte gegen Infektionskrankheiten; also ein Bild der Nebenniereninsuffizienz.

Kein Wunder darum, daß man die Polyurie auch als eine Form von Insuffizienz des Hinterlappens der Hypophyse betrachten könnte. Von diesem Standpunkt aus habe ich im KZ. Auswärtig bei den Kranken, die über starke Beschwerden klagten, mit der Behandlung von Pituitrineinspritzungen begonnen. Die Resultate waren sehr gut. Den Kranken, welchen die bisherigen Verordnungen nichts geholfen haben (Beschränkungen der Mengen von Flüssigkeiten und dünne Nahrung, wärmere Kleidung usw.), haben unmittelbar nach den Einspritzungen sofortige Erleichterung gefühlt. Die Einspritzungen habe ich immer in den Nachmittagsstunden durchgeführt.

Kranke, welche vor der Einspritzung sieben- bis achtmal in der Nacht urinieren mußten, haben nach der ersten Spritze nur ein- bis zweimal Harn gelassen. Diese Besserung hat fast immer zwei bis drei Tage angehalten, dann ist selbstverständlich ein Rückfall eingetreten, da die Therapie nur Substitutionstherapie sein konnte. Man mußte die Einspritzungen wiederholen, immer mit demselben Ergebnis.

Daß für die Polyurie die nervösen Einflüsse von großer Bedeutung sind, kann die Tatsache beweisen, daß man bei sogenannten „Prominenten“, die unter besseren Bedingungen lebten, gut ernährt und angezogen waren, nicht in der Kälte arbeiteten, diese Zustände trotzdem öfters bemerken konnte.

## STIMMEN AUS DEM LESERKREIS

### Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Gedanken eines „Utopisten“ anlässlich eines Fortbildungskurses über Geschlechtskrankheiten

Von Dr. med. H. Scheinpflug, Friedrichshafen

Es wird zwar von uns Ärzten gelegentlich anerkannt, daß eine wirksame Bekämpfung der GK. nur dann möglich wäre, wenn die Unantastbarkeit der Ehe wieder im Volksbewußtsein lebendig würde; dabei wird dann meist darauf hingewiesen, daß nicht nur ärztliche Maßnahmen für eine wirksame Prophylaxe vonnöten seien. Ja, muß man sich fragen, sind denn nicht alle Maßnahmen, die für eine wirksame Prophylaxe in Frage kommen, ärztliche zu nennen? Ein Arzt sollte sich doch in erster Linie der wirksamsten und besten Prophylaxe zuwenden und seine Kräfte nicht in Palliativmaßnahmen erschöpfen. Woher kommt es, daß wir Ärzte so wenig zu dieser Prophylaxe beitragen?

Ohne Promiskuität gäbe es keine GK. Der Spezies homo sapiens ist aber vom Schöpfer Monogamie und nicht Promiskuität zugewiesen worden. Manche Spezies in der Naturgeschichte gedeiht bei Promiskuität wunderbar. Wozu Promiskuität beim Menschen führt, das haben wir erlebt und erleben es täglich. Also, man kann wohl mit Recht sagen, die Wurzel allen Übels ist eben diese Promiskuität, und hier hätte nun die Bekämpfung einzusetzen. Aber es geschieht nicht, weil wir Ärzte selbst in den Vorstellungen des säkularisierten Menschen vom Geschlechtsleben befangen sind: wir fassen die Sache nur hygienisch auf und meinen, daß jedem ein Recht auf Geschlechtsleben nach eigenem Geschmack, ohne Verpflichtungen, zusteht. Ehescheidungen und Verhältnisse sind eben Privatsache, die den Arzt nichts angehen und die jeder mit sich selbst und dem jeweiligen Geschlechtspartner abzumachen hat.

Man kann sagen: Die Säkularisierung der Ehe, die Aberkennung der Heiligkeit der Ehe, ist der Anfang dieser Entwicklung. Dieser liegt weit zurück, etwa im Zeitalter der Renaissance und

Reformation. Damals gerieten wir auf die schiefe Ebene und schlitterten in Verhältnisse hinein, wie wir sie uns früher nie hatten träumen lassen. Die Atmosphäre, in der wir leben, die macht's! Die kommt aber nicht von außen an uns heran, sondern wir machen sie selbst. Wir alle sind verantwortlich für den Dunstkreis, in dem wir leben.

Was das Hineinschlittern betrifft, so geht es uns ähnlich wie mit der Euthanasie. So mancher von uns hat Morphinum überdosierte, wenn es galt, einem hoffnungslos Kranken seine Qualen zu verkürzen. Und doch liegt darin eine Schuld. Es ist uns eben allen verhängt, daß wir uns in die Schuld verstricken; wenn aber aus der Not eine Tugend gemacht wird und das Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens durchbrochen wird, dann gleiten wir unaufhaltsam ab. Genau so geht's in sexualibus: Erhebeu wir Notlösungen zur Norm und sehen in ihnen keine Schuld mehr, dann sind wir verloren.

Bedingungslose Monogamie im Sinne des Evangeliums (Markus 10, 2—12, Matthäus 19, 3—12), dazu haben wir unsere Patienten zu erziehen, denn wir sind nun mal zu Volkserziehern bestellt. Im Sinne des Evangeliums, das ist nicht unwissenschaftlich. Jesus von Nazareth war Arzt und Naturforscher, allerdings mehr durch Antizipation (Intuition) als durch Empirie; wir brauchen uns nicht zu genieren, ihn zu zitieren, wie wir etwa Hippokrates zitieren. Wenn ich einem Manne seine GK. heile und ihm sage: „Wenn du wieder was hast, dann komme beizeiten zu mir“ — dann treibe ich nicht die rechte Prophylaxe. „Sündige hinfort nicht mehr!“, das wäre die richtige Beratung. Erziehen aber können wir nur durch Vorleben. Wäre in dieser Beziehung nicht manches auch von uns Ärzten nachzuholen? Es ist verdammt wenig Zeit nachgeblieben: die Wolken der nächsten apokalyptischen Gewitter zeichnen sich schon am Horizont ab. Nur ein Blinder kann einen Zusammenhang dieser mit unserem Thema leugnen.

### Erwiderungen auf den Aufsatz des Herrn Dr. Weigt: Die „Überarztung“ in Württemberg

(Südwestdeutsches Ärzteblatt, 1947, Heft 2/3)

Herr Dr. med. Karl Visino, prakt. Arzt in Aulendorf, schreibt:

Ich führe meine Praxis trotz meinen 75 Jahren weiter, um meinem jungen Schwiegersohn, der auch Flüchtling ist, die Niederlassungsmöglichkeit zu geben (vorerst sog. Gemeinschaftspraxis). Ich habe schon einmal im Jahre 1919, 1920, 1923 es erleben müssen, daß meine sämtlichen Ersparnisse über Nacht durch die Inflation verloren gingen. Jeder, der nicht vom Mond kommt, weiß auch heute, daß ein großer Teil des Vermögens als Vermögensabgabe verloren geht und daß der Rest durch Entwertung so klein wird, daß man davon noch weniger leben kann als von einer Altersrente. Zudem bin ich in der wenig beneidenswerten Lage, daß ich eine Tochter mit 3 Kindern im Alter von 12 bis 16 Jahren verhalten muß, weil ihr Mann (Jude) in einem KZ umkam und sie nicht existieren könnte ohne meine Unterstützung trotz UNRRA. So wie mir wird es wohl auch noch vielen anderen überalterten Kollegen gehen.

Herr Dr. med. Otto John, prakt. Arzt in Hofbieber (Kreis Fulda), schreibt:

Als Mitglied eines Zulassungsausschusses in Hessen, wo ebenfalls eine große Zahl von Ärzten auf Nieder- und Zulassungserlaubnis wartet, möchte ich zu dem Artikel antworten.

Aus zwei Gründen steht das Problem der ärztlichen Berufsaussichten zur Diskussion:

A. Es gibt tatsächlich zu viele Ärzte für die augenblickliche soziale Struktur unseres Volkes.

B. Sowohl die nachdrängenden Jungärzte als auch ein Teil der ärztlichen Führungsschicht sind von der heute überall herrschenden „Planwirtschaft“ so beeindruckt, daß sie fast vergessen, im Arztberuf einen freien Beruf zu sehen.

Ad A. Entweder muß im Medizinstudium ein Numerus clausus geschaffen werden (sonst müssen wir die Neugründungen von Universitäten mit Besorgnis betrachten) oder die Ärztekammern müssen viel überzeugender als bisher den jungen Studenten klarmachen, daß nach dem Staatsexamen weder eine Möglichkeit zur ordentlichen Weiterbildung noch eine Aussicht auf selbständige Existenz besteht.

Es steht fest, daß im Jahre 1945 und Anfang 1946 von der neugegründeten Ärzteschaft Zulassungen ausgesprochen wurden, die vielleicht nicht unbedingt notwendig gewesen wären. Aber es geschah in dem Bestreben, möglichst schnell und möglichst vielen zu helfen. Auch konnte man, als die Flüchtlinge in großer Zahl eintrafen, nicht wissen, wieviel zugehörige Kollegen zuletzt ebenfalls als Flüchtlinge auftauchen würden. Deshalb sollte nachträglich nicht getadelt werden. Wenn uns nun von der amerikanischen Militärregierung aufgegeben wurde, auf 2000 Seelen einen Arzt zuzulassen, so kommt auf eine vakante Stelle sicher doch die fünffache Anzahl von Bewerbern, und die vier leer ausgehenden fühlen sich benachteiligt. Darüber hinaus sind wir uns im Klaren darüber, daß wir selbst dem Zugelassenen, im Verhältnis zu der ihm gestellten Aufgabe als Arzt, nur ein bescheidenes Einkommen bieten können.

Ad B. Grundsätzlich sollte sich jeder Arzt, der heute nach einer Praxis strebt, selbst ehrlich die Frage beantworten, ob ihm, als er mit dem Studium der Medizin begann, die Ärztekammer oder die KVD eine Praxis für die Zeit nach beendeter Ausbildung verheißen hat. Diese Frage wird jeder mit „Nein“ beantworten müssen und, anstatt die Ärztekammern zu kritisieren, wird er deren Bemühungen um die Versorgung möglichst vieler Kollegen anerkennen müssen.

Wer erst wieder den richtigen Blickpunkt zum freien Arztberuf gewonnen hat, wird auch nicht mehr gegen „Doppelverdienertum“ wettern. Warum soll die Arbeit beider Ehegatten im gleichen Beruf eine Sünde sein, während man es bei gemischten Berufen ganz in der Ordnung findet? Muß der Schriftsteller seinen Beruf aufgeben, wenn er eine Schauspielerin heiratet? Oder umgekehrt? Wer einen Beruf erlernt hat und sich ein Tätigkeitsfeld schuf, darf nicht aus „Planungsgründen“ an der Ausübung verhindert werden.

Der wahre Arzt ist mit seinem Berufe so verwachsen, daß er ihn meist bis an sein Lebensende ausübt und sich nicht vorher zur Ruhe setzt. Es ist auch bekannt, daß heute jeder Verdienende mindestens mehrere ausgeübte oder sonst aus der Bahn geworfene Familienangehörige mitunterhält. Man kann auch bei vorhandenem Vermögen niemandem zumuten, freiwillig seinen Arbeitsplatz aufzugeben, um vielleicht in Kürze von einer Wohlfahrtsunterstützung zu leben. Der Kollege Weigt hat sicher noch nichts von der unrühmlichen „Ärztzangsversicherung“ gehört, sonst würde er seinen Vorschlag „eine Verpflichtung der beruflich tätigen Ärzte zur Hilfeleistung für überalterte Ärzte“ gar nicht zur Diskussion stellen. Auch hier spukt wieder die Planungswirtschaft. Wir sind doch ein freier Beruf und jeder soll für sich sorgen, um nicht im Alter von der Allgemeinheit ein Almosen annehmen zu müssen.

*Herr Dr. med Siegfried Heilgeist, Marbach/N., schreibt uns zu demselben Artikel des Herrn Kollegen Weigt:*

Ihre Aufforderung, zu den Ausführungen des Herrn Kollegen Dagobert Weigt im Heft 2/3 des Südwestdeutschen Ärzteblattes zur sogenannten „Überarztung“ in Württemberg Stellung zu nehmen, möchte ich nicht unbeantwortet lassen. — Ich weiß nicht, ob die Behauptung des Herrn W. sich auf genaue Zahlenunterlagen stützt, daß die ausgewiesenen Ärzte mit ihren Landsleuten im gleichen Verhältnis wie in ihrer Heimat so z. B. auch in Württemberg untergebracht wurden. Meiner Meinung nach ist es vielleicht eher anzunehmen, daß die Zahl der Flüchtlingsärzte zur Menge der Ausgewiesenen jetzt größer sein wird. Mit wenigen Sätzen ist dies jedenfalls nicht zu erklären, und es dürfte bei den Volksverschiebungen jetzt auch statistisch gar nicht mehr zu erfassen sein, diese Verhältniszahl herauszufinden. Wenn in jedem Kreis entsprechend der Zahl der Flüchtlinge entsprechend viel ausgewiesene Kollegen eingesetzt werden, sollten, nach der Meinung des Herrn W. weiter zu folgern, die Flüchtlingsärzte ja eigentlich untergebracht sein. Daß dem nicht so ist, ist bekannt und beweist, daß man mit so einfachen Überlegungen an die Frage nicht herangehen kann.

Als Hauptgrund für den Ärzteüberschuß in Württemberg möchte Herr W. die Masse der Jungärzte ansehen. Damit hat er sicher nicht unrecht. Was aber seine weiteren Ausführungen über dieses Problem anbelangt, so verlangen diese eine Entgegnung. Es wäre allerdings billig und einfach, die Ursache und vor allem auch die Beseitigung des Ärzteüberschusses auf Kosten der Jungärzte zu lösen mit der reichlich kühnen Behauptung, alle im Kriege approbierten Ärzte seien „ungenügend vorgebildet und ohne wirklich ärztliche Erfahrung“. Ich weiß nicht, was Herr W. zu solchen Äußerungen berechtigt. Mit meiner Meinung werden sicher viele Jungärzte einig gehen und mir bestätigen, daß es manche ältere Kollegen ohne Über-

legung gern tun, das Kriegsstudium und die Kriegsapprobation von vornherein als minderwertig zu bezeichnen. Die Begründung für dieses Urteil liegt einmal in der bereits im Kriege begonnenen Propaganda, auf den deutschen Hochschulen sei die medizinische Ausbildung im Rückgang, die deutschen Ärzte verstünden ihr Geschäft nur im Amputieren, die jungen Ärzte könnten nicht einmal selbständig eine Bluttransfusion z. B. ausführen usw. Zum anderen, und dies dürfte auch der wichtigere Grund sein, gebrauchen das Argument der ungenügenden Vorbildung der Jungärzte meistens diejenigen, die in der Vielzahl der neuen Kollegen eine Konkurrenz sehen und eben ihre Existenz auf oft recht sichtbar egoistische Art zu verteidigen suchen. Und dabei sind es meist solche Kollegen, die die Konkurrenz fürchten müssen auf Grund ihrer eigenen schlechten Vor- und Weiterbildung, die sie aber nicht zu Kriegszeiten sich erworben haben. Das heißt natürlich nicht, daß die medizinische Ausbildung vor dem Kriege ungenügend war, aber es war eher dem eigenen Belieben belassen, mit welchen Kenntnissen man die Hochschule verließ. Und diese persönliche Freiheit bestand nach meiner eigenen Erfahrung während des Kriegsstudiums nicht. Die Studentenkompagnien usw. — soweit es sich um Soldaten handelte, und das waren ja fast alle — übten einen Zwang zum Besuch der Kollegs und Kurse aus, und man konnte sich ein Bummeln viele Semester hindurch nicht leisten, denn wer den Forderungen nicht entsprach, hatte mit seiner Abkommandierung zu rechnen. Das Lernen erfuhr durch die Uniformierung wenig Hemmung. Die Ausbildung an allen Universitäten dürfte den ganzen Krieg hindurch bis auf die letzten Kriegsmonate genau so tadellos und gründlich erfolgt sein wie im Frieden. Es sind von dem Vorwurf der ungenügenden Ausbildung nur die betroffenen, die zu Kriegsbeginn ohne Examen ihre Notapprobation erhielten, und die, die in den letzten Kriegsmonaten mitten im Studium waren und es gerade abschlossen.

In Erweiterung dieser Frage wäre zu bemerken, daß die seit Kriegsende im Studium stehenden Studenten sicher nicht die Friedens- und Kriegsausbildung erfahren. Denn die Lern- und Lehrmöglichkeiten sind ganz andere und nicht etwa bessere. Trotzdem habe ich noch nirgends gelesen, daß man diesen jungen Kollegen eine ungenügende Vorbildung usw. vorwirft. Ein Urteil über die Ausbildung im Kriege sollen sich nur die erlauben, die sie selbst erlebt haben oder Vergleichsmöglichkeiten besitzen.

Der Vorschlag, die Jungärzte insgesamt als Volontärärzte einzureihen, ist in seiner Kürze doch sehr naiv. Hierbei gilt es übrigens erst einmal zu klären, ob die im Kriege approbierten Ärzte, deren Examen bis zu 7 Jahren zurückliegen kann, immer noch als Jungärzte zu gelten haben. Bei diesem Vorschlag besteht die Gefahr, daß auf Kosten der im Krieg approbierten Kollegen andere vielleicht egoistische Pläne und Ziele verwirklichen können.

Auf der gleichen Ebene scheint mir dann auch der Vorschlag zu liegen, die Jungärzte auf die beruflichen „Möglichkeiten“ in der Ostzone hinzuweisen. Die Gründe des Ärztemangels in der Ostzone sind allzu bekannt, als daß man sie hier anführen müßte; oder hat Herr W. davon noch nichts erfahren? Man kann sich doch nicht über die „Überarztung“ in Württemberg beklagen, wenn man weiß, daß in der russischen Zone die Möglichkeit besteht, sich eine neue Existenz zu schaffen.

Die Meinung des Kollegen W. über das Kurpfuschertum kann ich nur unterstreichen. Wirklich, es ist unverständlich, daß von offizieller Seite nichts dagegen unternommen wird. Liegt es nicht auf der gleichen Linie, wenn Kartenschläger und „Wahrsager“ und sonstige Schwindler ungehindert die Dummheit ihrer Mitmenschen ausnützen können? Für alle Ärzte wäre eine amtliche Stellungnahme zum Thema und der Zukunft des Kurpfuschertums sehr wünschenswert.

## TAGUNGSBERICHTE

## Religiös-wissenschaftlicher Ärztekongreß

In Bad Mergentheim tagte vom 14. bis 20. April 1947 ein religiös-wissenschaftlicher Ärzte-Kongreß katholischer Ärzte aus den drei westlichen Zonen. Es gab der Tagung ein besonderes Gepräge, daß unter den 150 Teilnehmern katholische Theologen, Mediziner, Priester und Ärzte in fruchtbarer Zusammenarbeit nachdachten über die Ursache der Zerfallserscheinungen in allen Schichten des Lebens und eine christliche Antwort suchten.

Wie die Leiter des Kongresses Dr. Alf. Riegel, Schorndorf, und Stadtpfarrer B. Hanßler, Schwäbisch Hall, bei der Eröffnung betonten, sei die Tagung nicht von irgendeiner amtlichen Stelle oder Organisation einberufen worden — sie sei vielmehr einer rein persönlichen Initiative erwachsen. Ein Rückblick auf die Geschichte der Medizin seit dem 19. Jahrhundert zeige die Entwicklung aus rein naturwissenschaftlich-materieller Einstellung zu einem Einbruch der Metaphysik in die Naturwissenschaften und damit in die Medizin. Der Sinn der Tagung sei eine Wiederbegegnung des christlichen Denkens mit der Naturwissenschaft und damit eine Wandlung des kulturellen Daseins durch Verbindung von Religion und Wissenschaft, aus der sich wichtige Aspekte ergeben sollen. Es wurde hingewiesen auf die bisherigen Bestrebungen und Tagungen dieser Art, besonders auf die Ärztesagung der evangelischen Akademie in Bad Boll, die einen solch tiefen Eindruck auf die Besucher hinterlassen habe und mit der wir uns geistig verbunden fühlen.

Der Botaniker Prof. Dr. Troll, Mainz, sprach über die Überwindung des materialistischen Denkens in den Naturwissenschaften und über eine neue Sinndeutung des Lebens durch die biologische Wissenschaft. Der eigentliche Bildungswert der Naturwissenschaften liege in dem Erkennen eines gestalthaften Aufbaus. Der Naturphilosoph Prof. Dr. A. Wenzl, München, entfaltete ein Bild der geistigen Situation, die der christliche Mensch heute als Erbe vorfindet. Er stellte den Menschen als das „vielschichtige Wesen“, der alle vier Seinsstufen in sich birgt, in die Mitte seiner Betrachtungen. Der Physiologe Dozent Dr. Ohlmeyer, Tübingen, stellte überzeugend vor Augen, wie entscheidend die richtige Erkenntnis des Biologischen für das ärztliche Handeln ist. Die Technik kann dem Menschen nützen oder schaden.

Stadtpfarrer Hanßler betrachtete die biblische Leiblehre. Er setzte eigentlich das Referat von Prof. Franz Büchner, Freiburg, der in letzter Stunde zu kommen verhindert war, voraus: „Von der Leiblichkeit des Menschen“ (siehe Büchner: „Das Menschenbild der modernen Medizin“, Verlag Herder, Freiburg). Hanßler wies nach, wie östliche und hellenistische Anschauungen von Leibfeindlichkeit in die abendländische Geschichte Eingang gefunden hätten. Die biblische Auffassung aber sei von Leibfeindlichkeit in diesem Sinne weit entfernt. Der Gegenspieler des Lebens ist der Tod. Ihm tritt der Arzt mit seiner Kunst entgegen. Ihm mit der nötigen Haltung zu begegnen, ist Aufgabe jedes Menschen. Prof. Dr. v. Gebattel zeigte die verschiedenen Todeslehren der Jahrhunderte auf und die Todesvorstellungen der Welt, die, weil sie sich von Gott lösten, in Todesverachtung oder Todesangst mündeten. Diese Anschauungen bedürfen zur Lösung der Ergänzung durch den Theologen Prof. Dr. Rahner, München, erklärte, es genüge nicht, über den Tod zu wissen, sondern es heiße den Tod zu leben, der in den Tod Christi einfließt. Wir Ärzte müssen wieder die Kunst lernen, den Kranken, wenn alle ärztliche Kunst versagt, gut sterben zu lassen.

Um Tod und Leben ging es auch in der eingehenden Aussprache über den Schutz des keimenden Lebens und über die Fragen über den § 218, zu denen die Frauenärzte Prof. Dr. Aug. Mayer, Tübingen, und Dr. K. E. Fecht, Karlsruhe, Referate hielten. Als Ergebnis dieser praktischen Fragen wurden folgende Entschlüsse gefaßt:

### I. Entschluß betreffend Schutz des keimenden Lebens

Die auf dem religiös-wissenschaftlichen Kongreß in Bad Mergentheim versammelten katholischen Ärzte verlangen den absoluten Schutz des keimenden Lebens. Wir verwerfen eine Auf-

hebung oder Lockerung des § 218. Wir stehen auf dem Boden des für alle verbindlichen Naturrechtes, das für uns in der Enzyklika „Casti connubii“ Papst Pius XI. folgendermaßen entfaltet wird:

„Was für ein Grund vermöchte jemals auszureichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen, denn darum handelt es sich hier.“ Die Enzyklika bezeichnet das Leben von Mutter und Kind als gleich heilig, „das zu vernichten selbst die Staatsgewalt keine Befugnis hat“. (Nr. 53.)

Die Heiligkeit des menschlichen Lebens verlangt also die Achtung vor dem Menschen in jeder Phase seiner Entwicklung. Das ungeborene Leben muß deshalb den gleichen Schutz genießen wie das geborene Leben. Die Durchbrechung dieser Forderung hat in den letzten Jahren in Deutschland nach zunächst unbedeutend erscheinenden Verstößen zuletzt zur Mißachtung des menschlichen Lebens überhaupt und zum Massenmord geführt.

Ganz abgesehen von der grundsätzlichen Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung, erwidern wir aus ärztlicher Verantwortung heraus auf die Forderung nach einer Lockerung des § 218:

1. Jede Schwangerschaftsunterbrechung stellt eine ernsthafte Gefährdung für den leib-seelischen Organismus der Frau dar, auch wenn sie kunstgerecht und vor Ende des 3. Monats vorgenommen wird.
2. Auch die augenblickliche Notlage unseres Volkes rechtfertigt eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung nicht, denn Tötung kann niemals Lösung einer sozialen Notlage bedeuten.
3. Wir verlangen vielmehr einen sofortigen und ausreichenden Ausbau der Schwangerenfürsorge hinsichtlich der Ernährung, Wohnung, Kleidung und ärztlichen Betreuung.
4. Eine vorübergehende Freigabe oder eine örtlich verschiedene Handhabung des Gesetzes widerspricht jedem natürlichen Recht, schafft eine nicht verantwortbare Rechtsunsicherheit, ein Rechtsgefälle von Land zu Land und muß die leibliche und seelische Gesundheit des Volkes untergraben.

### II. Entschluß betreffend Sozialversicherungsreform

1. Wir anerkennen, daß die allgemeine Not und Verarmung neue Maßnahmen in der Sozialversicherung notwendig machen, fordern aber, daß bei dieser Reform Versicherte und Ärzte als unmittelbar Beteiligte maßgeblich mitwirken.
2. Diese Frage läßt sich ohne Beachtung der naturrechtlichen und christlichen Grundsätze des sozialen Lebens nicht lösen.
3. Darum darf durch eine solche Reform das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Kranken nicht zerstört werden, das auf der Freiheit der Arzt- und Patientenwahl beruht.
4. Wir lehnen daher eine monopolartige, uniforme Zwangsversicherung ab, die Arzt und Krankes der Willkür und der anonymen Macht einer Versicherungsbürokratie auszuliefern droht.
5. Wir stellen uns damit an die Seite der Entschlüsse der Vertreter der evangelischen Kirche in Bad Boll.

Der Kongreß war ein gut gelungener Versuch, die notwendige Einheit des Ärztlichen und Religiösen aufzuzeigen. Das Ringen um ein neues im Metaphysischen verankertes Sein des Arztes wurde begeistert aufgenommen, nicht zuletzt von der jungen Generation. Eine neue geistige Schau und Lebenshaltung wird bestimmt auch praktische Auswirkungen haben.

Dr. med. Riegel.

# Bekanntmachungen

## BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

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

### Württembergischer Ärztetag

Der am 17. September 1947 in Stuttgart durchgeführte Württembergische Ärztetag war ein voller Erfolg. Mehr als 800 Kollegen und Kolleginnen waren der Einladung des Ärztekammervorstandes gefolgt und erlebten eine eindrucksvolle Tagung, die allen Teilnehmern, insbesondere auch der großen Zahl unserer Gäste, lange in Erinnerung bleiben wird.

Das „Südwestdeutsche Ärzteblatt“ wird einen ausführlichen Bericht über diesen Ärztetag in seiner nächsten Nummer veröffentlichen. Einige der Vorträge werden wegen ihrer grundsätzlichen oder allgemeinen Bedeutung im Wortlaut gebracht werden.

### Pflege- und Gefährdetenzulage

Vom Innenministerium für Nord-Württemberg und Nord-Baden wurde uns folgender Erlaß zugeleitet:

„Die Pflege- und Gefährdetenzulage wird denjenigen Personen gewährt, die durch ihre berufliche Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen in erhöhtem Maße Infektionen ausgesetzt sind. Die Gewährung der Pflege- und Gefährdetenzulage mit Beginn der 102. Zuteilungsperiode (26. Mai 1947) hat nach nachstehenden Richtlinien zu erfolgen:

#### A) Zulagen für Ärzte und das Pflegepersonal

1. Teilschwerarbeiterzulage können alle Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Heilpraktiker erhalten, die nach den geltenden Bestimmungen zugelassen sind und wöchentlich mindestens 48 Stunden arbeiten, außerdem Krankenschwestern und Hebammen.

2. Schwerarbeiterzulagen zuzüglich  $\frac{1}{4}$  Liter Vollmilch können erhalten die unter 1. genannten Personen (inschl. technische Assistenten, Wasch- und Reinmachefrauen) dann, wenn sie auf Tbc-, Typhus- und Fleckfieberstationen oder außerhalb von Anstalten eingesetzt oder in einer Privatpraxis als Spezialärzte oder Spezialpflegerinnen für Tuberkulose tätig sind.

3. Die Zulagen gemäß vorstehenden Ziffern 1 und 2 erhalten daher beispielsweise auch Krankenschwestern-Schülerinnen und Gemeindefürsorgern, dagegen nicht Kinder- und Krippenschwestern in Tagheimen, Säuglingspflegerinnen außerhalb von Krankenanstalten, Betriebsschwwestern in Industriebetrieben sowie Personal in Krankenhäusern, das nicht ausschließlich in der Krankenpflege tätig ist.

#### B) Zulagen für techn. Assistenten, Röntgenpersonal, Desinfektoren und Fürsorgerinnen im Gesundheitsdienst

1. Medizinisch-technische Assistenten, die in Krankenhäusern oder in Instituten für Pathologie, Bakteriologie, Serologie oder Hygiene, in der Anatomie oder Gerichtsmedizin tätig sind, können die Teilschwerarbeiterzulage erhalten.

2. Das ständig im Röntgen- oder Radiumdienst verwendete Personal kann die Normalarbeiterzulage zuzüglich  $\frac{1}{4}$  Liter entrahmte Frischmilch erhalten. Dasselbe gilt für Desinfektoren. Für hauptamtliche Desinfektoren kann die Gefährdetenzulage gemäß Ziff. A 2 beantragt werden.

3. Ständig im Außendienst tätige Fürsorgerinnen im Gesundheitsdienst sowie Gesundheitspflegerinnen erhalten die Teilschwerarbeiterzulage.

#### C) Genehmigung der Anträge

1. Die Anträge auf Gewährung der Zulagen sind auf dem vorgeschriebenen Formblatt von den Betriebsleitern über die örtlichen Gesundheitsämter dem Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, zur Genehmigung vorzulegen. Das Innenministerium übersendet die genehmigten Anträge den Kreisernährungsämtern zur Ausgabe der Zulagekarten an die Betriebsführer.

2. An Ärzte- und Pflegepersonal, denen auf Grund der bisher geltenden Bestimmungen Schwerarbeiterzulagen gewährt wurden, sind ab der 102. Zuteilungsperiode (26. Mai 1947) wie vorstehend ausgeführt, Teilschwerarbeiterzulagen auszugeben. Neuanträge haben nur diejenigen zu stellen, für die die Zulagen gemäß Ziff. A 2 in Frage kommen.

#### D) Teilnahme an der Gemeinschaftsverpflegung

1. Ärzten, Schwestern und Hebammen, die an der vollen Tagesverpflegung in den Krankenanstalten usw. teilnehmen, sind die Zusatzkarten nicht auszuhändigen. Sie erhalten die Zulagen durch Verabreichung einer entsprechend verbesserten Verpflegung gegenüber dem nichtzulageberechtigten Personal der Krankenanstalten.

In diesen Fällen sind die Schwerarbeiterzulagen den Krankenanstalten durch entsprechende Berücksichtigung bei der Bezugscheinausstellung zu gewähren.

2. Bei Ärzten, Schwestern und Hebammen, die nur teilweise im Krankenhaus verpflegt werden, ist der Betriebsleiter berechtigt, die für diese Verpflegung erforderlichen Abschnitte der Zusatzkarten einzubehalten.

3. Ärzten, Schwestern und Hebammen, die nicht an der Gemeinschaftsverpflegung in Krankenanstalten teilnehmen können, sind die Zulagekarten auszuhändigen.

#### E) Allgemeine Bestimmungen

Für die Gewährung der Zulagekarten gelten die allgemeinen Bestimmungen über die Gewährung von gewerblichen Zulagen. Ärzte usw. mit selbständiger Praxis gelten im Sinne dieser Bestimmungen als Betriebsleiter. Die Betriebsleiter haben die Karten an die Zulageberechtigten am Freitag jeder Woche für die laufende Woche auszugeben. Die Zulagekarten sind von den Kreisernährungsämtern jeweils für eine Periode an die Betriebsleiter auszugeben. Bei Arbeitsunterbrechung infolge Urlaub, Krankheit usw. gelten für die Einbehaltung der Zusatzkarten die gleichen Bestimmungen wie für die gewerblichen Arbeiter.

Sämtliche vorstehende Neuregelung entgegenstehenden Bestimmungen treten mit Ende der 101. Zuteilungsperiode (25. Mai 1947) außer Kraft.“

### Behandlung von Geschlechtskrankheiten

Vom Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart wurden wir gebeten, die Ärzte darauf aufmerksam zu machen, daß die Behandlung von Geschlechtskrankheiten, insbesondere von Go.-Kranken, durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgen muß; dagegen können antiluetische Kuren im Benehmen mit dem erstbehandelnden Facharzt durch Nichtfachärzte durchgeführt werden. (Auf den Erlaß des Innenministeriums vom 8. Juli 1946, dessen wesentlicher Inhalt im Württ. Ärzteblatt Nr. 8 vom September 1946, S. 71, unter der Überschrift „Die Mitarbeit der praktischen Ärzte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Nord-Württemberg/Nord-Baden“ bekanntgegeben wurde, wird hingewiesen.)

### Ausstellung von privatärztlichen Attesten

Der Präsident des Landesarbeitsamtes Württemberg-Baden hat am 24. Mai 1947 um Bekanntgabe folgender Mitteilung gebeten:

„Der Mangel an Arbeitskräften stört zunehmend den Wirtschaftsablauf und gefährdet vor allem den Wiederaufbau, die Erzeugung lebenswichtiger Güter für den Inlandsbedarf und der Güter für den Export. Um den angemeldeten Bedarf an Arbeitskräften wenigstens zu einem Teil befriedigen zu können, sind die Arbeitsämter gehalten, die Personen, die zum Kreis der Meldepflichtigen zählen, aber nicht in Arbeit stehen, laufend zu überprüfen und nach Möglichkeit zum Einsatz zu bringen.“

Bei diesen Bemühungen stoßen die Arbeitsämter jedoch auf erhebliche Schwierigkeiten, die namentlich darin bestehen, daß die Meldepflichtigen, wenn die Gründe für ihre ablehnende Haltung nicht ausreichen, privatärztliche Atteste beibringen, in denen bescheinigt wird, daß die Untersuchten nicht arbeitsfähig sind oder sich für bestimmte Arbeiten nicht eignen. Auf diese Atteste stützen sich sodann die Arbeitspflichtigen, auch wenn die körperlichen Anforderungen der betreffenden Arbeitsplätze gering sind, und lehnen, wenn sie nicht arbeitswillig sind, jede ihnen nachgewiesene Arbeit unter Berufung auf die ärztliche Begutachtung ab.

Ich möchte Sie bitten, die Herren Ärzte auf diese Schwierigkeiten hinzuweisen und ihnen in geeigneter Weise nahezu legen, bei der Ausstellung von Attesten für Arbeitspflichtige einen strengeren Maßstab anzulegen und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer Person nicht unberücksichtigt zu lassen, daß bei den heutigen Ernährungsverhältnissen mit normalen Arbeitsleistungen in der Wirtschaft ohnedies nicht mehr gerechnet wird.

### Anweisungen für ärztliche Untersuchungen.

Die Landesversicherungsanstalt Württemberg, welche die Aufgabe hat, die Invalidenversicherung (und zur Zeit auch die Angestelltenversicherung) im Lande Württemberg durchzuführen, hat neue Anweisungen für die Ärzte, die Gutachten abgeben, herausgegeben. Die Anweisungen lauten:

#### A. Für Rentenbewilligung

„Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.“ (§ 1254 RVO.) Soll Witwenrente gewährt werden, so ist bei der Prüfung der Frage, ob Invalidität vorliegt, außerdem die bisherige Lebensstellung zu berücksichtigen. (§ 1256 RVO.) Verschiedene Grade der Invalidität wie bei der Unfallversicherung gibt es nicht. Mangel an Arbeitsgelegenheit ist im allgemeinen kein Grund für Gewährung von Rente. Berufsinvalidität genügt nicht zur Annahme von Invalidität im Sinne der RVO.

Die Untersuchung muß sich stets auf den ganzen Menschen erstrecken; im Spruchverfahren werden häufig Angaben über krankhafte Veränderungen gemacht, die vom untersuchenden Arzt nicht gesehen oder beachtet worden seien. Die Niederschrift kann sich auf die Schilderung der kranken Organe beschränken, ein Hinweis auf die Gesundheit der übrigen Organe darf aber nicht fehlen.

Dem Untersuchungsbefund ist eine kurze Schilderung der Angaben des Versicherten über seine Arbeits- und Erwerbsverhältnisse und über die Beschwerden, die ihn in seiner Erwerbsfähigkeit behindern, vor auszuschicken.

Das eigentliche Gutachten hat sich insbesondere auszusprechen über

- die Krankheiten, durch welche die Erwerbsfähigkeit herabgesetzt wird (unter Betonung der Hauptursache);
  - die Frage der Invalidität. Das Schlußurteil muß sich darüber klar aussprechen, in welchem Grad (nach Hundertteilen) die Erwerbsfähigkeit auf Grund des objektiven Befundes vom ärztlichen Standpunkt aus beeinträchtigt ist. Dabei ist zu beachten, daß die in Hundertteilen der vollen Erwerbsfähigkeit ausgedrückte Abschätzung verschiedener körperlicher Schäden nicht einfach zahlenmäßig zusammengerechnet werden kann, daß vielmehr stets der Gesamtzustand zu berücksichtigen und zu beurteilen ist.
- Erscheint entgegen dieser Schätzung der Untersuchte aus sonstigen, in seiner Person liegenden Gründen nach Ansicht des Vertrauensarztes invalide, so wäre dies unter Angabe der dabei berücksichtigten persönlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Verhältnisse zu erläutern;
- den Beginn der Invalidität, sowie über die Frage, ob dauernde oder vorübergehende, voraussichtlich nicht länger als 1 Jahr bestehende Invalidität vorliegt;
  - die Besserungsmöglichkeit des Zustandes durch ein Heilverfahren und den Ort der Durchführung. (Heilverfahren aus Mitleid, sogenannte charitative Heilverfahren, dürfen nicht eingeleitet werden, die Krankheit muß nach verständigem Ermessen heilbar oder für längere Zeit wesentlich besserungsfähig sein; das Heilverfahren hat der Vorbeugung drohender Invalidität oder der Beseitigung der bereits eingetretenen zu dienen, § 1310 RVO.; seine Kosten dürfen nicht außer Verhältnis zu dem Erfolge stehen);
  - den Zeitpunkt einer notwendigen Nachuntersuchung.

Ist eine fachärztliche Untersuchung geboten und am Wohnort des Vertrauensarztes ausführbar, so ist sie sofort einzuleiten; das Gesamturteil über den Grad der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit hat aber der Vertrauensarzt abzugeben.

Hält dieser zur weiteren Klärung der Diagnose oder sonstiger Zweifelsfragen die Beobachtung in einer Klinik oder in einem größeren Krankenhaus für angezeigt, so ist dies kurz zu begründen.

#### B. Für Rentenentziehung

„Ist der Empfänger einer Invaliden- oder Witwenrente infolge einer wesentlichen Änderung in seinen Verhältnissen nicht mehr invalide im Sinne der §§ 1254, 1256 RVO., so entzieht ihm die Landesversicherungsanstalt die Rente.“ RVO. § 1293.

Die Rente hat wegzufallen:

1. Bei Nachweis einer wesentlichen und nicht bloß vorübergehenden Besserung der Krankheit oder der Gebrechen, wegen deren die Rente bewilligt worden ist, unter der Voraussetzung, daß nicht inzwischen aus anderen Gründen Invalidität eingetreten ist. Gegenüberzustellen ist für die Frage der Rentenentziehung nicht die Schätzung der Erwerbsfähigkeitseinbuße von früher und jetzt, sondern der objektive Befund, wie er sich für die zu vergleichenden Zeiten ergibt. Ist bei geringem Befunde Rente gewährt worden, so reicht nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts der Wegfall des geringen Befundes zur Begründung einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse aus.

Eine veränderte Beurteilung der Sachlage bei unverändertem Sachstand kann keinen Entziehungsgrund bilden. Die bloße Besorgnis, die Erwerbsfähigkeit werde nicht von Dauer sein, rechtfertigt nicht die Weitergewährung der Rente.

2. Auch ohne Besserung des objektiven Befundes, wenn der Rentempfänger sich an den krankhaften Zustand oder das Gebrechen gewöhnt hat und hierdurch oder durch ein passendes Hilfsmittel oder Ersatzstück oder durch eine anderweitige Ausbildung, wie überhaupt durch den Erwerb neuer Fertigkeiten oder Fähigkeiten, die Erwerbsfähigkeit gegen früher sich entsprechend gehoben hat.

Für die Form und Ausdehnung des Gutachtens haben im allgemeinen dieselben Grundsätze wie bei der Rentenbewilligung zu gelten: Im besonderen ist anzuführen

- worin die wesentliche Besserung besteht und wie sich hierzu die tatsächlichen Erwerbsverhältnisse verhalten,
- in welchem Grad die Erwerbsfähigkeit jetzt beeinträchtigt ist (in Hundertteilen),
- ob durch ein Heilverfahren Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit möglich und ob der Rentempfänger mit einem Heilverfahren einverstanden ist,
- ob und wann sich eine Nachuntersuchung empfiehlt oder ob mit Sicherheit jede wesentliche Besserung ausgeschlossen ist und sich daher eine weitere Nachuntersuchung und Kontrolle erübrigt.

Bei der Entziehung einer Witwenrente ist darauf zu achten, daß der Invaliditätsbegriff in § 1256 RVO. von dem in § 1254 RVO. abweicht. Es ist nach § 1256 RVO. insbesondere auch die bisherige Lebensstellung zu berücksichtigen.

#### C. Bei der Begutachtung

Ist in geeigneten Fällen die Frage der Geschäftsfähigkeit — §§ 104 bis 115 BGB. — zu prüfen (Z. 16 des Gutachtenformulars) und auch die Frage der Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige an Stelle der Rente (§§ 120, 121 RVO.) zu erörtern.

#### D. Angestelltenversicherung

Die oben genannten Anweisungen gelten im allgemeinen auch für die Angestelltenversicherung. Im besonderen wird auf § 27 des Angestelltenversicherungsgesetzes verwiesen, welcher lautet: „Als berufs unfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.“

Ist der Empfänger eines Ruhegeldes nicht mehr berufs unfähig, so entzieht ihm die Landesversicherungsanstalt das Ruhegeld.

#### E. Allgemeines

Bei der Beurteilung der Frage der Invalidität oder Berufsunfähigkeit sind die Gutachter nicht an die Sätze gebunden, welche auf dem Gebiet der Unfallversicherung oder der Versorgung der Kriegsbeschädigten vielfach angewendet werden.

### Feststellung der Versehrtenstufe

Die Landesversicherungsanstalt Württemberg bittet um Bekanntgabe folgenden Schreibens:

„In letzter Zeit häufen sich wiederum die Fälle, in denen praktische Ärzte ihren Patienten auf ihr Ersuchen ärztliche Bescheinigungen und Zeugnisse der einzuschätzenden Erwerbsminderung und Versehrtenstufe mitgeben.

Die Feststellung der Versehrtenstufe u. MdE. (Minderung der Erwerbsfähigkeit) von seiten der behandelnden Ärzte ist im Interesse eines ungetrübten Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und dem Amt für Körperbeschädigten-Leistungen unerwünscht.“

### Über das Friedmann-Mittel („Utilin“).

Das Innenministerium veranlaßt die Veröffentlichung folgenden Auszuges aus der Zeitschrift „Das Deutsche Gesundheitswesen“, Heft 22, 1. Jahrgang, vom 15. November 1946.

„Angesichts neuerlicher Bemühungen, den Friedmann-Impfstoff gegen Tuberkulose („Utilin“) in der Öffentlichkeit mehr oder weniger laut anzupreisen, hat die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone eine Beratung sachverständiger Wissenschaftler und Ärzte veranstaltet. Dort wurde die folgende Entschließung einstimmig angenommen.

#### Entschließung

Das Urteil über das Friedmann-Mittel steht auf Grund einer weit mehr als 30jährigen wissenschaftlichen und praktischen Erfahrung im In- und Auslande fest. Dieses Urteil lautet übereinstimmend:

1. Das Friedmann-Mittel ist bei der Behandlung der Tuberkulose unwirksam.
2. Es kann sich sogar schädlich und für den Kranken verhängnisvoll auswirken, wenn der Kranke sich im Vertrauen auf das Friedmann-Mittel einer bewährten und geeigneten Behandlung entzieht.
3. Der durch Anwendung des Friedmann-Mittels bedingte Aufschub sachgemäßer Behandlung heilbarer Bazillenstreuer verlängert unnötig die Gefahr, daß sie als Infektionsquellen wirken.
4. Schon vor 1933 stand es fest, daß die Befürwortung des Friedmann-Mittels nicht zu vertreten ist.
5. Die in letzter Zeit verbreitete Behauptung, daß die Behandlung mit dem Friedmann-Mittel aus politischen Gründen während der Nazizeit besondere Einschränkungen erfahren habe, ist falsch.“

### Leichenöffnungen

Der Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften gibt bekannt:

„Wiederholte Klagen geben uns Anlaß, auf die ausschlaggebende Bedeutung und Wichtigkeit der Leichenöffnung in allen denjenigen Fällen hinzuweisen, in welchen die Todesursache oder der ursächliche Zusammenhang des Todes mit einem behaupteten Arbeitsunfall oder mit einer behaupteten Berufskrankheit nicht zweifelsfrei feststeht, die Berufsgenossenschaften aber mit einem Entschädigungsanspruch der Hinterbliebenen zu rechnen haben. Die Leichenöffnung ist schon dann geboten, wenn auch nur der geringste Zweifel denkbar ist.

Als erster Grundsatz bei einer Leichenöffnung, die von sachverständiger Seite ausgeführt werden soll, muß gelten, daß sie sobald wie möglich nach dem Tode vorgenommen wird. Die makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen sind in ihrem Ergebnis um so zuverlässiger, je schneller nach dem Tode die Leiche obduziert wird. Ist erst Fäulnis eingetreten, stößt in manchen Fällen vor allem die mikroskopische Untersuchung auf Schwierigkeiten.

Eine Ausgrabung der Leiche sollte mit Rücksicht auf das Empfinden der Hinterbliebenen tunlichst vermieden werden.

Wir bitten, von allen Todesfällen, in denen ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit von irgendeiner Seite behauptet wird, der ursächliche Zusammenhang zwischen Tod und Unfall jedoch nicht völlig einwandfrei feststeht, die zuständige Berufsgenossenschaft unverzüglich fernmündlich oder telegraphisch zu benachrichtigen, damit die Berufsgenossenschaft in der Lage ist, die Leichenöffnung unverzüglich in die Wege zu leiten. Die Kosten dieser Benachrichtigung trägt die Berufsgenossenschaft.“

### Rückgabe von leeren Flaschen und Glasballons

In Anbetracht der außerordentlichen Knappheit von Flaschen und Ballons, die zur Verarbeitung der diesjährigen Ernte an Obst- und Trauben-Säften zur Verfügung stehen müssen, bittet der Ernährungs- und Landwirtschaftsrat für das amerikanische und britische Besatzungsgebiet die Chefärzte der Krankenhäuser, Sanatorien usw., die umgehende Rücklieferung vorgenannter Materials an die Lieferanten zu veranlassen. Es wird in diesem Zusammenhang auf die äußerst geringen Herstellungsmöglichkeiten von Hohlglas, insbesondere infolge Kohlenknappheit hingewiesen.

### Betäubungsmittelsperre

Anordnungen des Innenministeriums  
— Opiumstelle

Den nachstehenden Personen wurde der Bezug sämtlicher Betäubungsmittel gesperrt.

Kein Arzt in Nord-Württemberg, Nord-Baden ist berechtigt, den Genannten Betäubungsmittel zu verordnen, und keine Apotheke ist berechtigt, solche abzugeben.

Müller Karl, geb. 3. April 1911 in Heilbronn-Böckingen, wohnhaft in Großgartach, vom 11. August 1947.

Stürzer Willi, geb. 23. März 1921 in Göppingen, wohnhaft in Göppingen, Schelmenäckerstraße 7, vom 15. März 1947.

Eingeschränkte Bezugssperre mit der Maßgabe, daß nur der angeführte Arzt bzw. die Apotheke verschreibungs- bzw. abgabeberechtigt ist, besteht für:

Schöpfel Else, geb. Jerg, geb. 27. Dezember 1905 in Freiburg i. Br., wohnhaft in Hoffenheim/Baden; verschreibender Arzt: Dr. Spiegel, Sinsheim; Apotheke: Zentral-Apotheke, Sinsheim.

Weber Paula, geb. 1903, wohnhaft früher Heidelberg, Zepelinstraße 137, jetzt Heilbronn, Orthstraße 32; verschreibender Arzt: Dr. Dörr, Heilbronn, Friedrich Dürstraße 37; Apotheke: Apotheke am Karlstor, Heilbronn.

### Warnung

Wie die Landesversicherungsanstalt Württemberg mitteilt, kann eine Kostenübernahme für Morphinum oder morphinumhaltige Arzneimittel für Eugen Pornschlegel, geb. 11. Januar 1914, wohnhaft Stuttgart N, Nordbahnhofstr. 7, nicht mehr erfolgen. Die AOK. Stuttgart wurde von der Landesversicherungsanstalt gebeten, auf dem Reichsbehandlungsschein des P. folgenden Vermerk anzubringen: „Morphium oder morphinumhaltige Arzneimittel dürfen auf Kosten der Landesversicherungsanstalt, KB.-Leistungen, nicht verordnet werden.“

### „Das Diktat der Menschenverachtung“

Von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern wurde zum Nürnberger Arztprozess eine Ärztekommision als Beobachter entsandt. Der Leiter dieser Kommission, Privat-Dozent Dr. Alexander Mitscherlich, Heidelberg, hat zusammen mit Dr. Fred Mielke eine Dokumentensammlung unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung“ im Verlag Lambert Schneider, Heidelberg, herausgegeben.

Der Vorstand der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg hat der Bedeutung dieser Veröffentlichung für die gesamte Ärzteschaft Rechnung getragen und eine entsprechende Auflage käuflich erworben, um jedem Arzt im Landesbezirk Nord-Württemberg ein Exemplar übergeben zu können. Die Verteilung ist inzwischen über die Kreis-Ärzteschaften erfolgt.

### Ernährungszulagen

Die neuen Richtlinien über die Zulagen für ambulante Kranke gehen in diesen Tagen allen praktizierenden Ärzten in Nord-Württemberg gesondert zu.

Wir weisen besonders darauf hin, daß frühere Veröffentlichungen im redaktionellen Teil oder an dieser Stelle damit überholt sind.

### VITA:

Dr. David Wajnapel, geb. 14. 1. 1907 in Radom

Dr. H. Scheinplung, geb. 9. 10. 1892 in Pernigal

Dr. Alfons Riegel, geb. 5. 6. 1894 in Bad Mergentheim



**REZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN**

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

**Fortbildungskurse der Akademie für ärztliche Fortbildung  
in Karlsruhe**

Im Rahmen der Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe, finden in der nächsten Zeit folgende Fortbildungskurse statt:

1. **Praktische Elektrokardiographie.**  
Von Montag, den 10. November bis Samstag, den 15. November 1947.  
Dozent: Doz. Dr. med. habil., Dr. phil. Franz Kienle, Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Karlsruhe.  
Anmeldeschluß: 19. Oktober 1947.  
Beschränkte Teilnehmerzahl.
2. **Vergleichende Herz-Diagnostik. Extremitäten-Elektrokardiogramm, „unipolare“ Brustwandableitung, Belastungs-Elektrokardiogramm, Röntgenbild, Flächenkymogramm.**  
Von Montag, den 24. November bis Samstag, den 29. November 1947.  
Dozent: Doz. Dr. med. habil., Dr. phil. Franz Kienle, Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Karlsruhe.  
Anmeldeschluß: 26. Oktober 1947.  
Beschränkte Teilnehmerzahl.

Für Verpflegung und Unterkunft kann evtl. gesorgt werden. Anmeldung an den ärztlichen Direktor der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Stadt-Obermed. Rat Dr. med. Schoen.

**LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN**

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

**Ausstellung ärztlicher Atteste für Erholungsurlaub im Auslande**

Die Landesmilitärregierung teilte mit, daß in zahlreichen Fällen ärztliche Atteste für angeblich Kranke für Erholungszwecke im Ausland ausgestellt worden seien. Es sei in vielen Fällen festgestellt worden, daß derartige ärztliche Atteste für Personen ausgestellt wurden, die überhaupt nicht krank und erholungsbedürftig waren. Diese Anstände hätten sich hauptsächlich bei Einreisen zu Erholungszwecken in der Schweiz ergeben.

Solche Atteste dürfen nur ausgestellt werden, wenn es sich um eine erwiesene Erkrankung und dringend erforderliche Erholungsreise handelt.

Zur Vermeidung unbefugter Ausstellung von Attesten ist eine Nachuntersuchung durch den zuständigen Amtsarzt notwendig.

**Amerikanische Bibliotheken in Hessen**

1. Amerikanische Bibliotheken sind in den nachstehend aufgeführten Städten in Hessen eröffnet worden:

Frankfurt/M., Taunusanlage 11 Marburg, Neustadt 27  
Darmstadt, Lagerhausstraße Giessen, Ludwigstraße 34  
Kassel, Wilhelmshöher Platz Wiesbaden, Wilhelmstraße 15

2. In den Bibliotheken können die nachfolgend aufgeführten medizinischen Journale nachgeschlagen oder entliehen werden:

- American Academy of Pediatrics-Journal — ersch. monatlich.  
American Journal of Hygiene — erscheint monatlich.  
American Journal of the Medical Sciences — ersch. monatlich.  
American Journal of Obstetrics and Gynecology — erscheint monatlich.  
American Journal of Ophthalmology — erscheint monatlich.  
American Journal of Surgery — erscheint monatlich.  
American Medical Association-Journal — ersch. wöchentl.  
American Public Health Association-Journal — ersch. monatlich.  
American Review of Tuberculosis — erscheint monatlich.

**ÄRZTEKAMMER WIESBADEN**Geschäftsstelle: Wiesbaden, Parkstraße 19  
Telefon 27 719**55 jähriges Doktorjubiläum**

Am 2. Juni 1947 feierte Herr Prof. Dr. med. Felix Blumenfeld, Wiesbaden, sein 55jähriges Doktorjubiläum in körperlicher und geistiger Frische.

Am 25. Mai 1867 als Sohn eines Arztes in Osnabrück geboren, studierte Herr Professor Blumenfeld Medizin in Tübingen, Leipzig, Berlin und Würzburg, wo er 1890 sein Staatsexamen ablegte. Anschließend setzte er seine Studien in Berlin fort und widmete sich neben Arbeiten über Stoffwechselkrankheiten und Meteorologie besonders der Oto-Laryngo-Rhinologie. Außerdem beschäftigte er sich mit Bioklimatik und Fragen der Erkenntnistheorie.

Seit 1896 ist Herr Prof. Blumenfeld in Wiesbaden als Arzt tätig. Seine vielen und umfangreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen machten ihm bald im In- und Ausland einen

American Social Hygiene Association-Journal — erscheint neunmal jährlich

American Veterinary Association-Journal — ersch. monatlich

Hygeia — erscheint monatlich

International Association for Dental Research Journal — erscheint monatlich

Journal of Dental Research (Sec.: International Association for Dental Research) — erscheint monatlich

3. Medizinische Textbücher sind ebenfalls vorhanden, ebenso Zeitschriften allgemeinerer Art.

**Gründung einer sportärztlichen Vereinigung**

Eine Zusammenkunft hessischer Sportärzte auf einer Tagung in Frankfurt beschloß, im Rahmen des Landessportverbandes Hessen eine sportärztliche Vereinigung zu gründen. Vertreten sind sämtliche hessischen Ärztekammern. Mit der Gesamtplanung wurde Dr. Max Danz, Kassel, beauftragt und außerdem wurden 6 Obleute gewählt, die in ihren jeweiligen Ärztekammerbezirken die organisatorischen weiteren Vorbereitungen übernehmen sollen. Als besondere Aufgaben wurden die ärztliche Betreuung unserer Sportler und Sportlerinnen, eine Neuaufnahme der Lehrtätigkeit über Sportschäden und Unglücksfälle und über die Physiologie der Leibesübungen, unter besonderer Berücksichtigung der augenblicklichen Ernährungsverhältnisse, herausgestellt.

Weitere Zielsetzungen sind:

Neuanregung der sportärztlichen Forschungsarbeit und Planung eines hessischen Sportsanatoriums.

Alle sportärztlich interessierten Kollegen werden gebeten, Herrn Dr. med. Danz, Kassel-Ki., Teichstraße 35, ihre Anschrift mitzuteilen. Es soll noch in diesem Sommer eine offizielle Gründungsversammlung stattfinden anlässlich einer großen Sportveranstaltung in Frankfurt, zu der dann besondere Einladungen ergehen werden.

weit über Fachkreise hinaus bekannten Namen, die auch durch Ernennung zum Professor im Jahre 1918 eine äußere Anerkennung fanden.

Besonders eng aber ist Herr Professor Blumenfeld mit der Stadt Wiesbaden verbunden. Er war nach dem ersten Weltkrieg von 1919 bis 1920 Vorsitzender des Vereins der Ärzte Wiesbadens, außerdem Vorsitzender der Gesellschaft der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, 2. Vorsitzender und Mitbegründer der Mittelrheinischen Studiengesellschaft für Klimatologie und Balneologie sowie ärztlicher Berater beim Bau des Kaiser-Friedrich-Bades und des damals fürstlich-schaumburg-lippeschen Bades Eilsen. Professor Blumenfeld ist außerdem Begründer des Balneologischen Instituts in Wiesbaden.

Gerade für Wiesbaden hat Herr Professor Blumenfeld außerordentlich viel getan und wesentlich zu dem weltbekannten Ruf des Heilbades beigetragen.

Die Fülle seiner wissenschaftlichen Arbeit findet ihren Ausdruck in 77 Veröffentlichungen.

Diese Nummer wird im Oktober ausgeliefert.

Veröffentlicht unter der Zulassung Nr. US-W 1057 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung. Bezugspreis RM. 8.- jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77. Auflage 8000, Ausg. Oktober 47.