

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948

8 (1.8.1948)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

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

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 8

STUTTGART, AUGUST 1948

3. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Dr. Staehler: Die Bedeutung der Vor- und Nachbehandlung bei operativen Eingriffen wegen Prostatahypertrophie	25
Dr. Böhm: Die Schaffung von Behandlungszentren der Meningitis tbc. mit Streptomycin ist nunmehr notwendig!	27
Dr. Schwoerer: Anstellungsbedingungen der Assistenzärzte	28
Dr. Rist: Die Niederlassung und Kassenzulassung in Nordbaden seit 1945	29
Prof. Dr. Dennig: Ärztliche Fortbildung im Bereich der Ärztekammer Nord-Württemberg	31
Tagungsberichte: Tuberkulose tagung in Ried	32
Buchbesprechungen	33
Bekanntmachungen	34
Ärztekammer Nord-Württemberg	34

(Aus der Urolog. Abteilung [Oberarzt Dr. Werner Staehler] der Chir. Univ.-Klinik, Tübingen, Prof. Dr. Th. Naegeli)

Die Bedeutung der Vor- und Nachbehandlung bei operativen Eingriffen wegen Prostatahypertrophie

Von Dr. med. Werner Staehler, Tübingen

Die Beurteilung des Krankheitsgeschehens bei Prostatahypertrophie hängt in erster Linie vom Zustand der Nierenleistung ab; das Schicksal des Prostatikers wird hingegen von den therapeutischen Maßnahmen bestimmt, die wir ergreifen müssen, um ihn aus dem gefährlichen Zustand bei unzureichender Nierenleistung in einen ungefährlichen zu überführen, in welchem die operative Beseitigung des Abflußhindernisses sodann gefordert wird. Diese Zeit der Vorbehandlung liegt sowohl in den Händen der Klinik wie in denen des praktizierenden Arztes, dessen Eingreifen also das Schicksal des Prostatikranken mitbestimmt.

Während des Anfangsstadiums der Prostatahypertrophie, die pathologisch-anatomisch gesehen keine Hypertrophie der Prostata ist und die daher auch die klinisch bessere Bezeichnung Struma colli vesicae oder *Blasenkreppf* im Hinblick auf die ähnliche Strumabildung am Hals verdient, ist die Entleerung der Blase noch gewährleistet und die Nieren sind leistungsfähig. Im 2. Stadium treten trotz erheblicher Mehrleistungen der Blasenmuskulatur Harnrückstände auf, die wir als Restharn bezeichnen. Je mehr die Restharmengen zunehmen und auf eine je längere Dauer sich dieser Zustand erstreckt, um so deutlicher machen sich die Rückwirkungen auf die Nieren bemerkbar. Der Abfluß des Harns aus dem Harnleiter in die Blase ist behindert, die Retention greift auf die oberen Harnwege über und vermindert die Nierenleistung, das 3. Stadium ist erreicht. Hochgradige Retentionen führen zu anatomisch nachweisbaren Parenchymveränderungen im Sinne der Schrumpfung des Nierenmarks und irreparablen Dilatationen der Harnleiter und Nierenbecken mit bindegewebiger Durchsetzung der Muskulatur. Die Konzentration des Harns sinkt, die kompensatorische Tätigkeit der Niere äußert sich in vermehrter Wasserausscheidung, wo-

durch wiederum dem Gewebe Wasser entzogen wird. Als klinisch sichtbares Zeichen der Niereninsuffizienz finden wir das starke Durstgefühl, die trockene Haut, die Appetitlosigkeit, den Widerwillen gegen Fleisch, das oft sehr erhebliche Frostgefühl sowie Magen-Darmbeschwerden. Nur rechtzeitig einsetzende ärztliche Behandlung kann den Kranken vor einem irreparablen Nieren-schaden bewahren.

Die Beseitigung der Harnretention, d. h. also die *Entlastung*, ist die wichtigste Maßnahme in der Vorbehandlung, deren Ziel es ist, die Nierenfunktion soweit wie möglich zu bessern. Der Katheter ist das einfachste Gerät, mit dem wir dieses Ziel erreichen können.

Die Katheterung der Blase ist unter aseptischer Bedingung mit dem Tiemannkatheter, der eine gebogene Führungsspitze besitzt und daher am besten am vergrößerten Mittellappen emporgleiten kann, leicht durchzuführen. Gelingt dies bei den akuten Harnverhaltungen nicht, so ist der gebogene Metallkatheter zu benutzen, der fast immer zum Ziel führt. Wenn aber auch diese Maßnahme nicht genügt, kann die Punktion der Blase oberhalb der Symphyse mit einer 10 cm langen Kanüle, der ein dünner Gummischlauch aufgesetzt ist, mit Erfolg auch in der Praxis ausgeführt werden. Bei den stark aufgefüllten Harnblasen, die in den meisten Fällen auch tastbar sind, gelingt diese Punktion immer. Aus der stark gefüllten Harnblase dürfen bis zu 1000 ccm entleert werden. Die Katheterung muß aber des öfteren, ein- oder zweimal täglich, wiederholt werden.

In einem solchen Zustand ist die weitere Beurteilung jetzt nur klinisch möglich, da der Kranke auf die Entlastung hin in der verschiedensten Weise reagieren kann: Der Zustand bleibt oder verschlimmert sich, der Zustand wird langsam besser, der Zustand wird rasch besser. Diese *Entlastungsreaktionen*, deren

Ablauf weitgehend vom Grade der vorhandenen oder hinzutretenden Infektion beeinflusst wird, sind für die Art und Dauer der Vorbehandlung maßgebend; aber erst nach Ablauf einer gewissen Zeit können wir beurteilen, ob der Kranke für einen operativen Eingriff reif ist, ob die Vorbehandlung noch lange ausgedehnt werden muß oder ob ein Eingriff, sei es auch nur die Elektroresektion, überhaupt in Frage kommt. Wenn sich die Vorbehandlung mit dem Dauerkatheter oder auch mit der Blasenfistel auf Grund des Bluthemismus und der Nierenfunktionsprüfung auf längere Zeit erstreckt, kann die weitere Kontrolle in hausärztlicher Behandlung durch den praktischen Arzt erfolgen. Die mit dem Dauerkatheter in die Behandlung des Hausarztes entlassenen Kranken mit noch ungenügender Leistungsfähigkeit der Nieren und mit der in den meisten Fällen vorliegenden Harninfektion bedürfen neben der örtlichen Behandlung der Blase der Kontrolle des Allgemeinzustandes und insbesondere des Herz- und Gefäßsystems.

Die Vorbehandlungszeit beträgt heute bei dem stark reduzierten Ernährungszustand mindestens die doppelte Zeit wie früher; sie kann mehrere Wochen bis viele Monate notwendig werden. Die klinische Prüfung der Harnstoffwerte im Blut, des Wasserverdünnungs- und Konzentrationsversuches, der Gesamtfarbstoff-Ausscheidung, sowie die Wertung des Kreislaufes läßt nach erfolgter Vorbehandlung erst die Beurteilung zu, in welcher Form das Abflußhindernis beseitigt wird.

Die Richtlinien für die *Vorbehandlung* für den Hausarzt können wir dahingehend zusammenfassen, daß streng darauf geachtet wird, kalte Getränke und die Berührung mit Kälte und Nässe vollständig zu vermeiden. Jedes kalte Getränk, auch kaltes Wasser, verschlechtert das Leiden sofort. Auch von der Einnahme alkalischer Mineralwässer ist dringend abzuraten. Empfehlenswert ist eine Teemischung von gleichen Teilen Hagebutten und Zinnkraut. Fleischspeisen sind einzuschränken, Gewürze ganz zu verbieten und die Salzmengen zu verringern. Milch ist wegen der Gefahr der Alkalisierung des Harns zu streichen. Die Trinkmenge soll reichlich sein. Bettlägerigkeit muß unbedingt vermieden werden; vielmehr sind regelmäßige Bewegungen und Laufen in frischer Luft anzuraten. An Harninfektionen sollen nur leicht verträgliche Mittel gegeben werden; Urotropin, Salol und Neotropin-Tabletten werden zumeist gut vertragen. Sulfonamide sind bei der ohnehin durch die Nierenschädigung beeinträchtigten Magenschleimhaut nach Möglichkeit zu vermeiden. Sitzbäder können zweimal in der Woche mit lauwarmem Wasser angeordnet werden. Die Blasenpülungen durch den liegenden Katheter werden am besten dreimal wöchentlich mit Rivanollösung 1:10 000, 3%iger Borwasserlösung oder Chinosollösung, 1/2 Tablette auf 1 Liter Wasser, vorgenommen. Der Verweilkatheter soll alle 2 Wochen, spätestens nach der 3. Woche durch einen neuen ersetzt werden, da er leicht mit alkalischen Salzen inkrustiert. Ist die Vorbehandlung ohne Dauerkatheter angezeigt, so soll alle 2 Tage die Blase vom Restharn befreit und eine Spülung angeschlossen werden. Bei den akuten Harnverhaltungen kann ohne weiteres bis zu 1000 ccm entleert werden, jedoch ist bei völliger Harnsperre zunächst täglich zu kathetern und eine Klinikbehandlung zu fordern. Das frühzeitige Einlegen eines Dauerkatheters bei völliger akuter Harnsperre ist nicht zu empfehlen und verursacht eine zu starke akute Entzündung mit Fieberattacken, die leicht uroseptischen Charakter annehmen können.

Für die operative Beseitigung des Harnabflußhindernisses, der Blasenknötchen also, stehen uns die radikale Ausrottung des gewucherten Adenoms, die stets anzustreben ist, das ist die Enukleation, zur Verfügung; als nicht radikale Maßnahme ist die Elektroresektion anzusehen, das ist die instrumentelle transurethrale elektrische Abtragung der vorspringenden Knoten. Dieser Eingriff dient in erster Linie dazu, das Abflußhindernis, nämlich die in den Blasenhalshals vorspringenden Knoten, zu beseitigen.

Die *Elektroresektion* ist ein Eingriff, der wesentlich leichter als die Enukleation vertragen wird und der auch eine nicht so lange Vorbehandlungszeit benötigt. Dieser Eingriff wird dann

ausgeführt, wenn die Blasenknötchen noch klein sind. Große Knoten sollen nur dann reseziert werden, wenn der Allgemein- und Ernährungszustand ein radikales Vorgehen nicht gestatten. Als unmittelbare Vorbehandlung dient ebenfalls der Katheter, und zwar ist bei stark entzündeten Harnwegen ein Dauerkatheter notwendig. Bei aseptischem Harn und niedrigem Restharn genügt das tägliche Kathetern. Die Elektroresektion ist technisch die schwerste der intravesicalen instrumentellen Operationen und ist in der Hand von Urologen ein gefährlicher Eingriff. Die Erfahrungen, die ich bisher an fast 600 Fällen sammeln konnte, lassen eine verhältnismäßig geringe Mortalität gegenüber der Enukleation, auch in Fällen von stärker Nierenschädigten, erkennen.

Nach der Elektroresektion tritt zumeist eine stärkere cystitische Reaktion auf, die durch die sich abstoßenden Nekrosen bedingt ist, die der elektrische Schnitt mit sich bringt. Das Abstoßen dieser weißlichen Nekrosen an der Schnittfläche am Blasenhalshals verursacht eine starke Trübung des Harns mit Flockenbildung. Selten tritt eine späte Nachblutung nach acht bis zehn Tagen auf, wenn die Nekrosen gewaltsam vom Schorf abgerissen werden. Die entzündlichen Erscheinungen nach der Elektroresektion, nach welcher der Restharn vollständig verschwinden soll, gehen frühestens nach drei Wochen zurück. Recht häufig erlebt man, daß die Harntrübung noch wochenlang verbleibt. Es steht daher im Vordergrund der *Nachbehandlung* nach der Elektroresektion die Bekämpfung der Harninfektion.

Bei noch verhältnismäßig starker Cystitis ist es unbedingt notwendig, daß die Harnblase noch ein- bis zweimal wöchentlich gespült wird, am besten eignet sich hierfür 3%ige Bor- oder Rivanollösung 1:10 000. Diese Spülungen können vom Hausarzt ohne weiteres ausgeführt werden. Es empfiehlt sich jedoch, noch zusätzlich Harndesinfizientien zu geben. Als geeignete Mittel hierfür sind Pyridium, Neotropin und Prontalbin-Tabletten zu empfehlen. Reichliche Trinkmengen unter Bevorzugung saurer Mineralwässer sind vorteilhaft. Auch die Ernährung soll auf eine Säuerung des Harns eingestellt sein; Eier, Fleisch, Fisch und Wurst sind daher zu verabsagen. Milch ist stark einzuschränken. Zur Säuerung des Harns können Acidolamin oder auch Acidolpepsin und Kampfersäure in Oblaten verordnet werden. Verabsäumt man die postoperative Behandlung der Harninfektion, insbesondere die Blasenpülung bei noch stark infiziertem Harn, so kann sich rasch ein septisches Harnfieber einstellen.

Die Radikaloperation, die *Enukleation* des Prostataadenoms, die entweder durch Sectio alta oder vom Damm bzw. von der Ischiorectalgrube aus vorgenommen werden kann, soll heutzutage nur denjenigen zugemutet werden, die einen ausgesprochen günstigen Allgemein- und Kreislaufzustand sowie entsprechend gute Nierenfunktionsproben aufweisen. Dabei ist auffallend, daß die von unten vorgenommenen Operationen, die also extravasical vor sich gehen, wesentlich besser vertragen werden als die durch Sectio alta vorgenommenen. Ich bevorzuge daher in letzter Zeit die besser verträgliche Operation der extravasicalen Enukleation auf dem Wege über die Ischiorectalgrube.

Die nach der Operation nötig werdende Katheterung für ein bis zwei Wochen bedingt ebenfalls eine Harninfektion, die sich in der Regel aber rascher beheben läßt als die nach den Elektroresektionen auftretende. Hier genügen zumeist die oben genannten Harndesinfizientien. Blasenpülungen für längere Zeit sind weniger erforderlich.

Wenn wir zusammenfassend die Maßnahmen während der Vor- und Nachbehandlungszeit bei den Operationen an der Prostata überschauen, so kommen wir zu dem Ergebnis, daß die Intensität der hausärztlichen Behandlung der Vor- und Nachbehandlungsperiode von besonderer Wichtigkeit, ich möchte sagen, von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg der Operation ist. Es gehört daher zu den wichtigsten Aufgaben des praktischen Arztes, gerade diesem Gebiet seine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da er maßgebenden Anteil am Enderfolg hat.

Die Schaffung von Behandlungszentren der Meningitis tbc. mit Streptomycin ist nunmehr notwendig!*

Von Dr. med. F. Böhm (Lungenheilstätte Überruh)

Die chemotherapeutischen Forschungen über die Wirksamkeit des Antibioticums Streptomycin bei der Tuberkulose sind im Laufe des Jahres 1947 zu einem gewissen Abschluß gekommen (s. meine Übersichtsreferate in Dtsch. Med. Wschr. 1946 H. 13/16, 1947 H. 45/46 und die fortlaufenden Referate in „Der Tuberkulosearzt“). Es konnte festgestellt werden, daß das Streptomycin gewisse Formen der Tuberkulose eindeutig so günstig beeinflußt, daß die erzielten Resultate sicher weit über dem Maß der bei der Tuberkulose üblichen Spontanregressionen liegen. Die tierexperimentellen und klinischen Untersuchungen wurden in den USA-Beobachtungszentren so gewissenhaft und umfassend geführt, daß die Resultate vollständiges Vertrauen beanspruchen können. Im großen und ganzen läßt sich sagen, daß ein tuberkulöser Befund um so günstiger auf Streptomycin-Behandlung reagiert, je frischer und je zugänglicher er diesem Mittel ist.

Die auffälligsten Resultate mit dem Streptomycin wurden bei der Behandlung der bis jetzt immer tödlich verlaufenden Meningitis tbc. erreicht. Während in der deutschen Literatur lediglich ein vereinzelter Fall von Doxiades (Dtsch. Gesdh. Wes. 1947, H. 17) bekannt geworden ist, sind außer der amerikanischen Literatur größere Beobachtungsreihen u. a. in Rußland, Italien und in Frankreich bekanntgegeben worden.

Insbesondere der Bericht aus der Kinderklinik in Paris von Prof. Dr. Debré und Mitarbeiter (Brit. Med. J. 1947, S. 847) über 100 beobachtete Fälle erscheint in seinen Beobachtungsergebnissen so wichtig, daß daraus auch für uns schleunigst Konsequenzen zu ziehen sind. Von den 100 sichergestellten tuberkulösen Meningitiden sind bei einer maximalen Beobachtungsdauer von 240 Tagen nach Abschluß der Behandlung 47 Patienten gestorben und 53, z. T. ohne neurologische Symptome klinisch vollständig wohl, z. T. mit weniger oder mehr bedeutenden neurologischen Symptomen und noch nicht ganz erholt, am Leben. Wenn bei einer früher 100%ig tödlich verlaufenden Krankheit man doch anscheinend die Mortalität auf 50% herunderdrücken kann, so zwingt dieser Umstand zu Änderungen in der diagnostischen und therapeutischen Stellung ihr gegenüber. Während die Frühdiagnose der Meningitis tbc. bis jetzt nicht besonders intensiv betrieben wurde, da die noch so frühzeitig erfolgte Diagnose die Therapie und die Prognose ja in keiner Weise beeinflusste, ist nunmehr auf eine frühzeitigste Diagnose dieser Krankheit größter Wert zu legen, da aus den Beobachtungen der verschiedenen Autoren eindeutig hervorgeht, daß die Erfolgchancen der Streptomycinbehandlung um so größer sind, je eher die Therapie einsetzt. Debré lehnt z. B. die Streptomycinbehandlung nur dann ab, wenn die Patienten schon im Coma eingeliefert werden. Bei fortgeschrittenen Nervenlähmungen, Bewußtseinsstörungen und Konvulsionen versucht er die Therapie noch, obwohl er sich der minimalen Aussichten klar bewußt ist.

Die Behandlung der Meningitis tbc. mit Streptomycin soll in einer Klinik stattfinden, da die Früh- und Verlaufsdiagnose neben der Tätigkeit des Internisten bzw. des Pädiaters noch die ausgedehnte Mithilfe des Neurologen und des Augenspezialisten verlangt, und zwar wegen den subtilsten Feststellungen der Zu- oder Abnahme von neurologischen und insbesondere Augenhintergrundsymptomen. Besonders leyttere haben sich für die Verlaufsdiagnose dieser Krankheit durch Beobachtung des Aufschießens und Schwundes von Retina- und Chorioideatuberkel und der Papille sehr wichtig gezeigt. Da für die Diagnose und besonders für die Verlaufsdiagnose regelmäßige Untersuchungen des Liquors bezüglich seines Bazillen- und Zellgehaltes und insbesondere bezüglich quantitativer Zucker- und Eiweißbestimmungen sich als sehr wesentlich erwiesen haben, ist die Mithilfe eines einwandfrei und hochqualifiziert arbeitenden klinisch-bakteriologisch und chemischen Laboratoriums auch

unerläßlich. Ähnlich muß in Fällen von Heilungen mit neurologischen Residuen in vielen Fällen — und dies sei betont — mit Erfolg der Neurochirurg hinzugezogen werden. Daß die Streptomycin-Verabreichung, die wenigstens in den ersten zehn Tagen in täglichen intramuskulären und intralumbalen bzw. intracysternalen Injektionen besteht, routinierte Ärzte verlangt, ist ebenso einleuchtend. Aus diesen Gründen muß die Behandlung der Meningitis tbc. den Kliniken vorbehalten werden, weil ja das gemeinschaftliche Wirken aller erwählten notwendigen Faktoren nur in einer gut geführten größeren Klinik möglich erscheint.

Die Behandlung der Tuberkulosen und insbesondere der Lungentuberkulosen mit Streptomycin soll aber, im Gegensatz dazu, entweder größeren, klinisch eingerichteten und tatsächlich klinisch arbeitenden Lungenheilstätten vorbehalten werden oder solchen Kliniken, in denen selbständige größere Tuberkulose-Abteilungen bestehen mit Ärzten, die längere Zeit sozusagen hauptamtlich diese Abteilung führen. Die Beobachtungszentren in der USA, die über die größten, mehrere hundert Krankheitsfälle umfassenden Beobachtungsreihen verfügen, weisen mit Recht darauf hin, daß die Einführung eines wirkungsvollen Antibioticums gegen die Tuberkulose, das aber nicht generell anwendbar ist und dessen Anwendungen sogar primäre und sekundäre Gefahrenmomente beinhaltet, notwendig dazu führt, daß die Tuberkulose nur von Ärzten behandelt werden soll, deren Kenntnisse bezüglich der Tuberkulose genügend umfassend sind, um sie die Wahl treffen zu lassen, welche Patienten den Unbequemlichkeiten, dem Risiko und sogar den Kosten dieser Therapie ausgesetzt werden sollen. Die toxischen Wirkungen des Streptomycins beiseite lassend, soll nur auf den Umstand hingewiesen werden, daß der Koch-Bazillus sehr leicht streptomycinresistent wird und eine unsachgemäße Behandlung, insbesondere bei nicht gut ausgewählten Fällen dazu führen kann, daß das Streptomycin gerade dann versagen könnte, wenn im vorgestalteten Verlauf der individuellen Tuberkulose eine solche lebensbedrohende Form — z. B. ein exsudativer Schub — aufzutreten würde, die ihrerseits sonst auf Streptomycin sehr gut anspricht. Eine nun streptomycin-resistente Bazillenpopulation bedeutet, deletären Folgen gegenüber machtlos dazustehen.

Wenn man die bisherigen Resultate der Streptomycinbehandlung, insbesondere aber die Resultate bei der Meningitis tbc. überblickt, so erscheint es an der Zeit, die Forderung zu erheben, daß unsere Gesundheitsbehörden alle Anstrengungen machen sollen, in kürzester Zeit eine genügende Streptomycinreserve für die einzelnen Länder zu beschaffen, um Behandlungszentren schaffen zu können. Solche Streptomycin-Notstandsreserven, besonders bei der Meningitis tbc., aber auch bei der akuten Miliartbc., werden von der Amerikanischen Tuberkulosegesellschaft auch gefordert. Wohl bleibt die Meningitis tbc. auch weiterhin eine ernste, das Leben bedrohende Krankheit. Wenn man aber — und welcher Arzt wird das nicht können — sich der traurigen und niederschmetternden Machtlosigkeit erinnert, mit der man bisher bei der Diagnose „Meningitis tbc.“ eigentlich tatenlos dem verhängnisvollen Verlauf zusehen mußte, und wenn man sich vergegenwärtigt, wieviel Hoffnungen diese Form der Tuberkulose gerade bei den Jüngsten zunichte macht, so wird man verstehen, wenn Prof. Debré erwähnen kann, daß in seiner Klinik die Abteilung für die Meningitis tbc., die bis jetzt ja überall immer eine Stätte der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung war, eher einem Spielzimmer ähnlich sieht, in dem Lebendigkeit und das muntere Treiben von momentan 46 Kindern herrschen, die 2—10 Monate unter Beobachtung stehen, und daß dies tief beeindruckend wirkt.

Es ergeht also an unsere verantwortlichen Stellen der dringende Aufruf, Streptomycin-Behandlungszentren für die Meningitis tbc. an unseren Universitätskliniken baldigst ermöglichen zu wollen.

Literatur steht den Interessenten zur Verfügung.

* Die Forderung des Verfassers ist kurz vor Redaktionsschluß verwirklicht worden (siehe unter Bekanntmachungen Seite 34).

Anstellungsbedingungen der Assistenzärzte*

Von Dr. med. Paul Schwoerer, Waiblingen

Zu den Pflichten der Ärztekammer gehört die Sorge für die Anstellungsbedingungen der Assistenzärzte.

Wir können nicht darauf warten, bis hier die von den nicht-niedergelassenen Ärzten angestrebte gesetzliche Regelung die Krankenhäuser verpflichtet, eine bestimmte Anzahl von Assistenzärzten zu bestimmten tariflichen Bedingungen anzustellen, sondern hier müssen sich die leitenden Krankenhausärzte gemeinsam und einzeln einsetzen, um möglichst vielen jungen Kollegen Arbeit und Brot zu verschaffen. Es ist nicht wahrscheinlich, daß eine derartige gesetzliche Regelung überhaupt zustande kommt. Wir müssen zufrieden sein, wenn amtliche Richtlinien herauskommen.

Bei der gegenwärtigen Notlage vieler junger Ärzte, die sich noch nicht niederlassen können und teils aus Existenzgründen, teils zur Ausbildung eine Assistentenstelle suchen, ist es unsere Pflicht, dafür zu sorgen, daß an jedem Krankenhaus mindestens so viele Assistenzärzte angestellt und besoldet werden, wie dies zur bestmöglichen ärztlichen Versorgung der Kranken notwendig und für das Krankenhaus wirtschaftlich tragbar ist. Darüber hinaus können für Ausbildungszwecke nach Bedarf unbesoldete Volontärarztstellen geschaffen werden.

Im allgemeinen sind die Reineinnahmen eines Krankenhauses aus den ärztlichen Leistungen einschließlich der von den Chefärzten bezahlten „Entschädigungsbeträge“ wesentlich höher als die Gehälter sämtlicher Ärzte des Krankenhauses, einschließlich Chefarztgehältern. Wenn wir uns im Einzelfall die Mühe machen, die Reineinnahmen des Krankenhauses durch die ärztlichen Leistungen zu berechnen, so können wir damit den Einwand, der häufig von der wirtschaftlichen Seite aus gegen die Anstellung weiterer Assistenzärzte gemacht wird, leicht widerlegen. Es geht nicht an, daß die ärztliche Arbeitskraft dazu mißbraucht wird, das Defizit auszugleichen, das häufig durch das Mißverhältnis zwischen tatsächlichen Verpflegungskosten und den meist zu niedrigen Tagessätzen in der 3. Verpflegungskategorie entsteht. Hierzu müssen entweder die Überschüsse aus der 1. und 2. Klasse oder andere Mittel herangezogen werden.

Wie viele Assistenzärzte werden nun in einem Krankenhaus benötigt?

Vor dem Kriege galten als amtliche Richtlinien die 1938 in dem Büchlein von Dr. jur. Walter Sachs veröffentlichten Zahlen, wonach grundsätzlich auf 50 belegte Betten ein Assistenzarzt entfiel, wobei die Größe der Anstalt und die Eigenart der Sonderfächer zu berücksichtigen waren. In dieser Verhältniszahl waren auch Leichtkrankenabteilungen einbegriffen, die es bei der heutigen Überfüllung der Krankenhäuser kaum mehr geben dürfte.

Auf chirurgischen, gynäkologischen und inneren Abteilungen sollte ein Assistenzarzt nicht mehr als 40 Betten versorgen. Dabei waren Oberärzte und Medizinalpraktikanten nicht mitzuzählen.

Inzwischen haben sich die Verhältnisse geändert. Durch die Fortschritte der Technik in Diagnostik und Therapie, durch den rascheren Wechsel der Patienten und andere Ursachen werden jetzt mehr Assistenzärzte benötigt als vor zehn Jahren.

In der Marburger Resolution vom 13. Juni 1947 wurde in der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung von der Arbeitsgemeinschaft der nicht-niedergelassenen Ärzte folgender Richtsatz aufgestellt:

„Die beschäftigten Ärzte werden nach wie vor nach der ihrer Berufsausbildung entsprechenden Besoldungsgruppe der Tarifordnung für Angestellte (II bzw. III) und ihren sämtlichen Bestimmungen angestellt und besoldet. Als Richtsatz gilt, daß für je 30 belegte Betten ein Assistenzarzt und ein Hilfsarzt anzustellen sind. Die Abzüge für Wohnung und Verpflegung dürfen die vom zuständigen Finanzamt festgesetzten Sätze für Sachbezüge nicht überschreiten. Hilfsärzte (d. h. Ärzte nach Ablei-

stung eines Pflichtassistentenjahres) erhalten dieselben Bezüge wie Stationsärzte (Assistenten) mit einem Abschlag von 30 % vom Grundgehalt und Wohnungsgeld. Pflichtassistenten (d. h. Ärzte im ersten Berufsjahr) erhalten 40 % des Assistentengehaltes. Verheirateten Hilfsärzten und Pflichtassistenten wird das Wohnungsgeld voll ausgezahlt. Im übrigen gelten auch für die Hilfsärzte und Pflichtassistenten die Anstellungsbedingungen der Tarifordnung für Angestellte Gruppe III. Ein Drittel der Hilfsarztstellen kann durch Pflichtassistenten besetzt werden.

Oberärzte, Röntgenärzte, Ärzte in Forschungsstellen sowie Pathologen gelten nicht als angestellte Ärzte im Sinne des obigen Richtsatzes. Bei Polikliniken soll auf je 20–40 Patienten je nach Fach ein Arzt mit voller Vergütungsgruppe entfallen. Zu mindestens 3, höchstens 5 Ärzten der vollen Vergütungsgruppe III bzw. II der Tarifordnung ist ein Oberarzt zusätzlich anzustellen.“

Diese Richtlinien waren wohl etwas zu hoch gegriffen und dürften nur für Universitätskliniken und sehr große städtische Krankenhäuser Gültigkeit haben.

Dementsprechend wurde ein gestaffelter Bettenschlüssel aufgestellt, der die unterschiedlichen Bedingungen der Krankenhäuser berücksichtigt und den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen dürfte. Er teilt die Krankenhäuser in fünf Gruppen folgendermaßen ein:

Bettenschlüssel

I.

Der Bettenschlüssel I bezieht sich auf Universitätskliniken und große kommunale Anstalten mit universitätsähnlichem Charakter.

Es kommen auf 30 durchschnittlich belegte Betten:

1 Assistenzarzt
und 1 Hilfsarzt.

II.

Der Bettenschlüssel II bezieht sich auf große städtische Krankenhäuser, die aus dem Rahmen der Bedeutung eines durchschnittlichen Krankenhauses herausragen und auf solche private Häuser, die durch ihren Ruf oder ihre Bauart über dem Rahmen eines Durchschnitts-Krankenhauses stehen.

Es kommen auf 40 durchschnittlich belegte Betten:

1 Assistenzarzt
und 1 Hilfsarzt.

III.

Der Bettenschlüssel III ist der Bettenschlüssel des allgemeinen mittelgroßen Durchschnitts-Krankenhauses. Es werden hierunter die meisten Durchschnitts-Krankenhäuser fallen.

Es kommen auf 50 durchschnittlich belegte Betten:

1 Assistenzarzt
und 1 Hilfsarzt.

IV.

Der Bettenschlüssel IV bezieht sich auf Landkrankenhäuser und ähnliche ihres Charakters.

Es kommen auf 60 durchschnittlich belegte Betten:

1 Assistenzarzt
und 1 Hilfsarzt.

V.

Der Bettenschlüssel V bezieht sich auf Heil- und Pflegeanstalten und ähnliche ihres Charakters.

Es kommen auf 70 durchschnittlich belegte Betten:

1 Assistenzarzt
und 1 Hilfsarzt.

Dabei ist unter einem Hilfsarzt wie in der Marburger Resolution ein minderbesoldeter, noch in der Ausbildung stehender Assistenzarzt zu verstehen. Die Bezeichnung „Volontärarzt“ wird hier bewußt vermieden, weil diese dem eigentlichen Charakter eines Volontärs entsprechend für unbesoldete, überzählige, nicht fest angestellte Ärzte vorbehalten bleiben soll.

Für die nicht vollbesoldeten „Hilfsärzte“, soweit sie nicht noch Pflichtassistenten sind, haben wir hier in Nord-Württemberg die Bezeichnung „außerordentliche Assistenzärzte“ gewählt (nicht „außerplanmäßige“, da eben für die „außerordentlichen“ auch Planstellen geschaffen werden sollen).

* Auszug aus einem Referat auf der ersten Vollversammlung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Krankenhausärzte von Nord-Württemberg am 29. Mai 1948

Die Besoldung der Assistenzärzte muß nach der Krankenhausaristatordnung vom 1. April 1939 und der Änderungsverordnung vom 15. Mai 1943 erfolgen. In der Vergütungsordnung der Krankenhausaristatordnung ist die Einstufung der Assistenzärzte in die für die Akademiker mit abgeschlossener Hochschulbildung vorgesehenen drei Gehaltsgruppen — TO.A. I, II, III — erfolgt.

Die Änderungsverordnung vom 15. Mai 1943 (Deutsches Ärzteblatt vom 1. Juni 1943, Heft 12, Seite 143) legt folgende Tätigkeitsmerkmale für die einzelnen Gruppen fest:

Vergütungsgruppe I

Tätigkeitsmerkmale:

Oberärzte, die sich durch besonders verantwortliche Tätigkeit und hochwertige Leistungen aus der Vergütungsgruppe II TO.A. herausheben.

Oberärzte, denen mindestens drei Ärzte der Vergütungsgruppe III oder II TO.A. unterstellt sind.

Vergütungsgruppe II

Tätigkeitsmerkmale:

Ärzte (Zahnärzte) mit besonderer Verantwortlichkeit, die sich durch besondere Leistungen aus der Vergütungsgruppe III herausheben, insbesondere Assistenzärzte als ständige Vertreter des leitenden Arztes.

Erste Assistenzärzte.

Assistenzärzte (Stationsärzte), Assistenzzahnärzte, denen mindestens ein Assistenzarzt (Assistenz Zahnarzt) unterstellt ist oder die mindestens 35 Betten betreuen.

Vergütungsgruppe III

Tätigkeitsmerkmale:

Assistenzärzte, Assistenz Zahnärzte und sonstige Ärzte.

Nach den Ausführungen von Dr. Sachs im Deutschen Ärzteblatt kommt die Eingangsgruppe III für die Assistenzärzte schlechthin und sonstigen Ärzte in Betracht. Diejenigen Assistenzärzte (Stationsärzte), die mindestens 35 Betten betreuen, sind nach Ablauf eines Dienstjahres oder nach einer einjährigen Berufstätigkeit in die Vergütungsgruppe II einzustufen. Als Dienstzeit in diesem Sinne wird auch Kriegsdienst oder sonstige ärztliche Tätigkeit angerechnet.

Tatsächlich aber ist diese Änderungsverordnung von 1943 den wenigsten bekannt und wird deshalb meist nicht beachtet. Vielmehr sind die meisten vollbesetzten Assistenzärzte nach TO.A. III, Oberärzte nach TO.A. II besoldet.

Da die Vergütungsgruppe III der TO.A. die niedrigste für Akademiker mit abgeschlossenem Hochschulstudium ist, ist es ein schon sehr weitgehendes Zugeständnis der jungen Ärzte, wenn sie sich als „außerordentliche Assistenzärzte“ mit einem Gehalt von 70% der TO.A. III und als Pflichtassistenten, also im ersten Jahr nach dem Staatsexamen, mit einem Gehalt von 40% der TO.A. III begnügen.

Der häufige Einwand, daß sich die Assistenzärzte noch in der beruflichen Ausbildung befänden, ist deshalb unberechtigt, weil die Assistenzärzte durch die Erteilung der Approbation zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind. Ausgelernt hat ein Arzt nie; in besoldungsrechtlicher Hinsicht muß aber das Staatsexamen wie in anderen Berufen als Abschluß der Berufsausbildung gelten. Wo sollte man sonst die Grenze ziehen? Die Assistenzärzte haben, wie jeder andere Beruf, einen moralischen, sozialen und rechtlichen Anspruch auf tarifliche Besoldung.

Die Niederlassung und Kassenzulassung in Nordbaden seit 1945

Von Dr. med. Otto Rist, Karlsruhe

Nachdem die amerikanische Besatzungsmacht die Niederlassungsbeschränkung aufgehoben hat und damit die Ärztekammer von der Aufgabe, die Niederlassungen von Ärzten im Interesse der Sicherung der ordentlichen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu regeln, entbunden worden ist, erscheint es angezeigt, der breiteren ärztlichen Öffentlichkeit einen Übersichtsbericht über das seit 1945 durchgeführte Verfahren der Niederlassung und Kassenzulassung in Nordbaden zu geben.

Wie fast allen übrigen Gebieten, so brachte das Kriegsende auch der ärztlichen Organisation im Jahr 1945 den völligen Zusammenbruch. Während bei der nationalsozialistischen Macht ergreifung im Frühjahr 1933 die damaligen Führungsärzte die vorhandenen organisatorischen Einrichtungen einfach übernehmen konnten und sie nur auf den Stil des Dritten Reiches umzustellen brauchten, war unsere Organisation 1945 nicht nur zerschlagen, sondern auch ihrer gesamten Unterlagen verlustig gegangen. Der Umstand, daß durch die Auflösung Deutschlands in verbindungslose Einzelteile Bestimmungen und Regelungen zentralen Charakters lebensunfähig wurden, ließ fast unüberwindliche Schwierigkeiten aufkommen. Dazu kam noch, daß das gesamte Aktenmaterial z. T. vernichtet, z. T. durch die Alliierten beschlagnahmt war. Deshalb war ein Aufbau von Grund auf notwendig. Politisch unbelastete Ärzte, die über den engen Gesichtskreis eigener Interessen hinausblickten und für die Gesamtheit der Ärzteschaft eine Verantwortung fühlten, haben in jener Zeit, die zu einem Chaos zu führen drohte, sich hier und dort entschlossen, örtlich eine gewisse provisorische Ordnung in den Aufgabenbereich zu bringen, der früher durch die ärztliche Organisation verwaltet wurde. Sie konnten aber nicht verhindern, daß namentlich auf dem Gebiet des Niederlassungswesens eine große Zahl von Einzelhandlungen vorgenommen wurden, die teils aus der Not der Lage kamen, teils infolge Mangels einer übergeordneten Autorität erfolgten. Vor allem war es zu zahlreichen spontanen Niederlassungen an Orten gekommen, die für die Gründung einer neuen Existenz besonders günstig waren. Solche günstigen Gelegenheiten ergaben sich dadurch, daß manche Ärzte aus dem Krieg nicht mehr zurückkehrten und daß sehr viele Ärzte durch die Militärregierung an der weiteren Ausübung der Praxis verhindert, z. T. interniert wurden. Zugleich konnte aber auch zu jener Zeit die Beobachtung gemacht werden, daß die Zahl der Ärzte, die eine Niederlassung anstrebten, von Woche zu Woche rapid wuchs. Einmal kam darin die mißliche Tatsache zum Ausdruck,

daß für die Expansionspolitik des Dritten Reiches viele Ärzte weit über den innerdeutschen Bedarf hinaus gezüchtet wurden und daß die Befreiung vom Frontdienst für zahlreiche Abiturienten das Motiv war, sich dem ärztlichen Beruf zuzuwenden. Zum anderen war der Zustrom von Existenz suchenden Ärzten aus den russisch und polnisch besetzten Teilen Deutschlands und aus stark zerstörten Gebieten außerordentlich groß. Der so entstandene, überdurchschnittlich große Andrang zur Niederlassung bildete eine ernste Gefahr für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Es wäre nämlich mit Sicherheit bei ungehemmter Betätigung dieses abnormen Überangebots von Ärzten ein schonungsloser Existenzkampf des einzelnen Arztes zu erwarten gewesen, der sich zum Schaden der Kranken und der allgemeinen gesundheitlichen Belange der Bevölkerung ausgewirkt hätte. Deshalb entschloß sich schon im September 1945 die Innere Verwaltung, zur Sicherstellung einer geregelten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung mit Ermächtigung der Militärregierung eine Verordnung auf Grund des § 29 des Polizeistrafgesetzbuches zu erlassen, die die Niederlassung von Ärzten von einer besonderen Genehmigung abhängig machte. Für die Erteilung dieser Genehmigung zur Niederlassung, welche damit neben der Approbation notwendig war, wurden zu jener Zeit die Leiter der örtlich gebildeten Ärzteschaften beauftragt. Durch diese Bestimmung wurde die Niederlassungsfreiheit, die bis dahin auf Grund der Bestallungsurkunde allgemein in Deutschland bestand, beschränkt. Zugleich wurde aber auch durch sie eine Grundlage für die Möglichkeit eines geregelten soliden Wiederaufbaues der ärztlichen Organisation geschaffen. Als sich dann im Dezember 1945 die Ärzte-Vorkammer in Nordbaden bildete, ging die Erteilung der Niederlassungsgenehmigung auf sie und die ihr untergeordneten Instanzen (Ärzteschaften) über. Ab Juni 1946 übernahm die ordentliche, auf Grund demokratischer Wahlordnung zustandegekommene Ärztekammer diese Aufgabe. Zu ihrer Erfüllung dienten der Kammer dabei ihre Vorarbeiten der systematischen Erfassung aller

niedergelassenen und sich um Niederlassungsbewerbenden Ärzte als erste und tatsächliche Grundlage. In rechtlicher Hinsicht konnte sie auf dem § 46 der Reichsärzteordnung fußen, die nicht außer Kraft gesetzt war.

Es galt daraufhin für die zu genehmigenden Niederlassungen einen Maßstab zu finden, der unter Berücksichtigung der bereits vollzogenen Niederlassungen einerseits nicht zur gefährlichen Überfüllung führen, andererseits aber auch der Notlage der Vielzahl existenzsuchender Ärzte gerecht werden sollte. Die Überlegungen hierfür waren nicht einfach. Nicht nur, daß die Bevölkerungszahl alles andere als stabil war und man dauernd noch mit örtlichen Verschiebungen der Einwohner zu rechnen hatte, komplizierte die Bearbeitung; es tauchten auch dadurch Schwierigkeiten auf, daß die Verhältnisse durch laufende, wechselnde und wiederkehrende Suspendierungen von Ärzten seitens der Militärregierung fluktuierend waren und daß nicht zuletzt eine grundsätzliche Änderung der Existenzgrundlage jedes Arztes durch die drohende Reform der Sozialversicherung in Rechnung zu stellen war. Alle diese Faktoren waren zu berücksichtigen, wenn man nicht einfach in den Tag hinein gestalten wollte. Dabei war sich die Ärztekammer aber auch darüber im klaren, daß sie im allgemeinen demokratischen Aufbau ihre ausschließliche Zuständigkeit für die Krankenkassenzulassung nicht auf die Dauer behalten konnte, daß vielmehr hier wieder eine Zusammenarbeit mit den Kassenverbänden zu erwarten und auch anzustreben war, deren endgültige Gestaltung allerdings alle Möglichkeiten seinerzeit noch offen ließ.

Angesichts dieser zu erwartenden Entwicklung hatte deshalb die Ärztekammer schon frühzeitig — und zwar bereits im Oktober 1946 — die Fühlung mit den Krankenkassen bzw. mit dem ihre Interessen vertretenden Landesdirektor der Arbeit aufgenommen. Die Beratung ergab, daß es als zweckmäßig und richtig geboten erschien, künftig zunächst die Niederlassungen und Kassenzulassungen zu koppeln. Verschiedene Gründe waren dafür maßgebend, besonders der, daß damals infolge der unsicheren und fluktuierenden Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt der in der noch gültigen Zulassungsordnung von 1937 verankerte Zulassungsschlüssel (ein Arzt auf 600 Versicherte) nicht angewandt werden konnte und auch der, daß im Hinblick auf die drohende Sozialversicherungsreform nach ihrer Durchführung eine gesicherte ärztliche Existenz ohne Kassenpraxis kaum mehr zu erwarten war. Man vereinbarte deshalb, für den Niederlassungsschlüssel die Einwohnerzahl zugrunde zu legen, und zwar die Quote von 1:2500 für Landgemeinden und 1:1200 für Städte. Beide Schlüssel zusammengenommen ergab einen Niederlassungsschlüssel von 1:1600, bezogen durchschnittlich auf ganz Nordbaden. Der Landesdirektor der Arbeit war mit der Garantierung dieser Verhältniszahl zufrieden und erklärte zugleich sein Desinteressent an der personellen Besetzung der einzelnen Arztsitze. Diese Vereinbarung war für die weitere Entwicklung des Niederlassungsverfahrens von entscheidender Bedeutung. Sie gestaltete nicht nur die Zusammenarbeit mit den Kassen harmonisch, sondern bildete auch die Grundlage eines sicheren und soliden Aufbaues der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ohne sie wäre es bei den allgemeinen Schwierigkeiten der Nachkriegszeit vor allem nicht geglückt, die Niederlassungen und Kassenzulassungen so durchzuführen, daß die durch sie geschaffene Lage ohne wesentliche Existenzerschütterungen in die Regelung wird übergehen können, welche in absehbarer Zeit eine bizonale Zulassungsordnung bringen dürfte. Dies erweist allein schon die Tatsache, daß sich bis jetzt alle getätigten Niederlassungen — von geringen Ausnahmen abgesehen — im Rahmen der kommenden bizonalen Zulassungsordnung halten, die im Hinblick auf die nun wieder etwas stabilere Arbeitsmarktlage zu dem Versichertenzahlenschlüssel (ein Arzt auf 600 Versicherte) zurückkehrt.

Die so durchgeführte Niederlassungsregelung, die in der Niederlassungsordnung der Ärztekammer Nordbaden ihren formalen Ausdruck fand, hatte sich also bewährt. Sie hatte vor allem eine zur künftigen Entwicklung anschlussfähige Lage geschaffen. Damit stellte sie das Optimum an organisatorischen

Maßnahmen dar, welches unter den seit 1945 vorhandenen Schwierigkeiten und labilen Zuständen zu erreichen war. Eine fundamentale Grundlage bildete dabei die eingangs erwähnte Niederlassungsbeschränkung. Zweifellos stellte diese Beschränkung einen schweren Eingriff in die Rechte des Arztes dar und bedeutete eine Härte für alle existenzsuchenden Ärzte, zu denen gegen Ende des Jahres 1946 auch noch die große Zahl der Flüchtlingsärzte stieß. Die Ärztekammer war sich dieser Härte stets bewußt, ebenso des Opfers, das von all den Kollegen verlangt wurde, die nach fertiger Ausbildung nicht sogleich eine Niederlassung erhalten konnten. Deshalb war die Ärztekammer immer bestrebt, Niederlassungen bis an die Grenze des Tragbaren zu ermöglichen. Es war durchaus nicht so, daß sich die ärztliche Organisation aus egoistischen Gründen gegen neue Niederlassungen wehrte, um die Interessen der beati possidentes zu wahren. Die Niederlassungsbeschränkung war aus der Not geboren und für die Ärztekammer selbst ein unvermeidliches Übel, welches sie so klein wie möglich zu halten suchte. Deshalb brachte die Ärztekammer an Weihnachten 1947 und an Pfingsten 1948 eine Sonderregelung heraus, welche unter ganz bestimmten Bedingungen über 200 Ärzten die Möglichkeit zur freien Niederlassung im Gebiet Nordbaden bot. An dieser Regelung hatten vor allen Dingen die Flüchtlingsärzte teil, denn sie brachte ihnen fast allen die Niederlassungsgelegenheit. Es ist zu erwarten, daß ein Teil dieser durch die Sonderregelung zur Niederlassung kommenden Ärzte auch sofort die Krankenkasse erhält, womit wieder ein Schritt vorwärts zur Entlastung des anstehenden Ärztereservoirs getan ist.

Sah diese Sonderregelung von Weihnachten 1947 schon wieder die Entkoppelung im Niederlassungsverfahren vor, d. h. die Lösung der Kassenzulassung von der Niederlassung, welche unter normalen Verhältnissen angezeigt ist und auch wieder angestrebt werden muß, so finden wir dieselbe Erscheinung bei der Wiederzulassung eines Teiles der suspendiert gewesenen Ärzte.

Die Wiederzulassung dieser Ärzte bildete für die Ärztekammer von Anfang an ein schwieriges Problem, und zwar weniger in den Städten als in den Landgemeinden. Die Lage war dort so, daß in vielen kleinen Gemeinden nach der Suspendierung des einzigen Arztes oder eines der beiden allein im Ort tätigen Ärzte eine sofortige Wiederbesetzung des Arztsitzes zur Versorgung der Bevölkerung notwendig wurde. Dies konnte namentlich in den Jahren 1945—1946 nur durch politisch unbelastete Ärzte geschehen. Diese Kollegen waren aber aus begrifflichen Gründen nicht bereit, den freigewordenen Arztsitz als Vertreter oder sonstwie nur provisorisch anzunehmen. Es blieb daher keine andere Wahl, als diese einspringenden Ärzte niederzulassen und zugleich zu den Kassen zuzulassen. Dies geschah denn auch, zumal die Militärregierung diese Maßnahme förderte, und es zu jener Zeit der allgemeinen politischen Lage nach nicht zu erwarten war, daß die suspendierten Kollegen wieder auf ihren alten Arztsitz zurückkehren würden. Das Gesetz Nr. 104 brachte indessen Spruchkammerurteile, die selbst politisch schwerbelasteten Ärzten keine Arbeitsbeschränkung auferlegten. So verlangen diese durch das Spruchkammerurteil von der Suspendierung freigekommenen Ärzte ihren alten Arztsitz wieder. Auf der anderen Seite besteht aber auch der politisch unbelastete Arzt mit Recht auf seiner Niederlassung und Kassenzulassung, vor allem auf dem Schutz seiner Existenz, die er durch den aus der Suspendierung zurückkehrenden Kollegen infolge der Kleinheit der Gemeinde bedroht fühlt. In vielen Sonderberatungen versuchte die Ärztekammer, diese schwierige Lage zu lösen. Juristische Stellungnahmen verschiedenen Ergebnisses verwickelten die Situation noch mehr, bis schließlich eine rechtlich fundierte Regelung dahingehend getroffen wurde, suspendiert gewesene Ärzte, die keine Arbeitsbeschränkung haben, nunmehr grundsätzlich wieder niederzulassen, ihnen jedoch die Zulassung zur Kassenpraxis nur dort zu erteilen, wo für kassenärztliche Tätigkeit genügend Raum besteht und keine offensichtliche Härte gegenüber politisch unbelasteten Ärzten eintritt. Diese Verfahrensweise stützt sich auf den vom

Arbeitsministerium vertretenen Rechtsstandpunkt, daß durch die Suspendierung das Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen als erloschen anzusehen ist. Eine Reihe von suspendiert gewesenen Ärzten dürfte daher ihre Niederlassung ohne Kassenzulassung erhalten, eine Maßnahme, die — wie oben erwähnt —, ebenfalls eine Entkoppelung bedeutet, für die Gesamtplanung aber keine Erschütterung bringt, da die Unterbringung dieser Ärzte im Hinblick auf die Wiedererrichtung eines Rechtsstaates in Rechnung gestellt war.

Der Bericht über das Niederlassungswesen wäre unvollständig, wenn nicht noch im besonderen der Schwierigkeiten gedacht würde, die die Versorgung der zugewiesenen Flüchtlingsärzte bereitet. Diese Schwierigkeiten kamen deshalb auf, weil die Flüchtlingsärzte nicht gleichzeitig mit den Flüchtlingen kamen, diese aber sofort ärztlich zu versorgen waren, und weil ein Großteil der Flüchtlinge nicht geschlossenen Eintrags, sondern langsam und infiltrierend. Dadurch nahmen die einzelnen Gemeinden wohl an Zahl zu, aber nicht so sehr, daß sich ohne weiteres Plätze für neue Ärzte ergaben. Außerdem waren rechtsgültige Niederlassungen in Nordbaden schon in großer Zahl erfolgt, ehe die ärztliche Organisation als solche stand. Die Ärztekammer sah sich daher von vornherein einer vollzogenen Tatsache gegenüber. Angesichts dieser Lage war es nicht möglich, die Forderungen der Flüchtlingsärzte zu erfüllen, ihnen quasi in einmaliger Generalaktion insgesamt Arztsitze im Verhältnis der Einheimischenzahl zur Flüchtlingszahl einzuräumen (6:1). Dazu wäre die Wiederaufhebung einer großen Zahl von Niederlassungen notwendig geworden. Es blieb daher nur der Versuch übrig, die aufgestellte Verhältniszahl auf die seit 1945 getätigten Niederlassungen anzuwenden und die Niederlassung von einheimischen Ärzten und Flüchtlingsärzten dieser Verhältniszahl anzupassen. Dies wurde denn auch trotz aller Schwierigkeiten annähernd erreicht. Zu einem vollen Ausgleich der Forderungen der Flüchtlingsärzte kam es dann aber noch durch die Sonderregelung von Weihnachten 1947, die einem großen Teil der Flüchtlingsärzte die Niederlassung ermöglichte. Nicht immer wurden die Maßnahmen der Ärztekammer von den Flüchtlingsärzten verstanden; mala voluntas wurde sogar der Ärztekammer unterstellt. Der Ärztekammer liegt jedoch eine Benachteiligung der Flüchtlingsärzte vollkommen fern, nur ist sie nicht in der Lage, ein Problem allein zu lösen, das selbst dem Staat in großem Umfang auch nicht gelingt, nämlich jedem Flüchtling, der einmal eine Existenz hatte, sie wieder zu verschaffen. Dafür ist unser Lebensraum zu eng und die Überbevölkerung in diesem Raum zu groß geworden. Im übrigen hat aber auch die Ärztekammer die Pflicht, sich um die große Zahl einheimischer Ärzte zu kümmern, die auf Niederlassung warten, zumal diese Zahl ungleich größer ist, als die der Flüchtlingsärzte und im Gegensatz zu der der Flüchtlingsärzte weiter anwachsen wird. In einer gerechten Behandlung dieser beiden großen Gruppen von Ärzten sieht die Ärztekammer eine ihrer vornehmsten Aufgaben.

Seit 1945 wurden bis Ende März 1948 in Nordbaden 379 einheimische Ärzte niedergelassen sowie 144 nichtbadische ausgewiesene Flüchtlingsärzte, die freiwillig oder durch Ausweisungsbefehl aus andern Zonen und andern Ländern kamen. Die

Kassenzulassung haben davon 271 einheimische Ärzte und von der zweiten Gruppe 121 Ärzte erhalten. Die seit 1945 niedergelassenen Ärzte, welche keine Kasse haben, sind in der überwiegenden Mehrzahl solche, die als Krankenhausärzte und beamtete Ärzte keine Kassenzulassung haben oder aus persönlichen Gründen auf die Kassenzulassung verzichteten. — Auf Niederlassung in Nordbaden warten nach dem Stand des Arztregisters vom 31. März 1948 noch 308 einheimische Ärzte und 112 Ärzte der erwähnten andern Gruppe.

Diese Zahl der auf Niederlassung wartenden Ärzte wird sicher künftig noch stark zunehmen, und zwar dadurch, daß ungleich mehr Ärzte nach bestandem Staatsexamen in die Reihe der Anwärter treten, als Ärzte beim besten Willen niedergelassen werden können. Die Produktion von Medizinern durch unsere Universitäten ist noch nach überschlägiger Orientierung so groß, daß die Tätigkeit aller Niederlassungsausschüsse trotz aller ersten Bemühungen um das Schicksal der existenzsuchenden jungen Ärzte immer mehr einer Sisypusarbeit gleichkommen wird. Dies trifft nicht nur für Nordbaden, sondern für den Bereich aller westdeutschen Kammern zu. Es kann daher von dieser Stelle auch nicht nachdrücklichst genug auf die Gefahr hingewiesen werden, die in dieser anhaltenden Überproduktion von Medizinern an den Universitäten liegt. Auf die Dauer wird die Ärztekammer das immer größer werdende Überangebot von nachrückenden jungen Ärzten weder lenken noch eindämmen können. Es werden hier doch einmal die zuständigen staatlichen Instanzen zur Besinnung kommen und sich aufraffen müssen, an der Quelle ein gesundes und maßvolles Regulativ einzusetzen, wenn nicht eines Tages der ganze Arztstand und die Gesundheit des Volkes in einem Chaos zusammenbrechen soll. Für die Art der hier dringend notwendigen Regelung weist das Verfahren in USA den Weg.

Zum Schluß möchte aber noch allen auf Niederlassung wartenden jungen Ärzten gesagt werden, daß eine erlangte Niederlassung noch keine Existenz bedeutet. Das kann nicht stark genug betont werden. Es darf nicht vergessen werden, daß die überaus raschen Existenzfindungen bei fast allen seit Kriegsende bis jetzt getätigten Niederlassungen auf die in dieser Zeitspanne herrschenden abnormen Verhältnisse zurückzuführen sind, im besonderen auf den Geldüberhang. Mit der Wiederkehr normaler Lebensbedingungen in Deutschland wird es jedoch so kommen, wie es früher in normalen wirtschaftlichen Zeiten war: der junge niedergelassene Arzt wird sich durch solide, mühevoll Arbeit erst in Jahren seine Existenz aufbauen können. Durchschnittlich werden wie früher etwa drei Jahre vergehen, bis außer der Bestreitung der Praxisunkosten auch noch ein bescheidener Lebensunterhalt für die Familie erzielt wird, zumal dann ebenso wie früher eine Kassenzulassung erst Jahre nach der Praxisgründung erreicht werden wird. Im allgemeinen wird dann derjenige junge Arzt am ehesten zu einer Existenz kommen, der fähig ist, sich durch gewissenhafte ärztliche Arbeit das Vertrauen der Kranken zu erwerben. Hierzu gehört, daß er nicht nur medizinische Kenntnisse besitzt, sondern auch auf ihnen ein Können aufbaut, welches in Verbindung mit ärztlich-sittlicher Haltung den Kranken das bestimmte Gefühl gibt, in ihm einen wirklichen Helfer gefunden zu haben.

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Ärztekammer Nord-Württemberg

Von Prof. Dr. med. H. D e n n i g
Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Fortbildung

Über die Bedeutung der ärztlichen Fortbildung braucht man kaum ein Wort zu verlieren. Es ist mindestens ebenso wichtig, das Niveau der fertigen Ärzte zu erhalten, als das der angehenden Ärzte (Studenten und Pflichtassistenten) zu schaffen. Im Augenblick ist die ärztliche Fortbildung besonders wichtig, weil sie durch die Verhältnisse des Krieges und der Nachkriegszeit brachgelegen hat, weil viele Fortschritte, die die inter-

nationale Medizin in dieser Zeit gemacht hat, noch nicht genügend in Deutschland durchgedrungen sind, und weil die persönliche Fortbildung unter dem Mangel an Büchern sehr erschwert ist.

Unter den heutigen Verhältnissen können die Fortbildungskurse in Krankenhäusern, die sich in früherer Zeit sehr bewährt hatten, wohl nirgends durchgeführt werden, da die Unter-

bringung und Verköstigung solcher Ärzte unmöglich ist. Um so wichtiger ist es, in Vorträgen, die an die Ärzte herangeführt werden, weiter zu wirken. Da dem Vernehmen nach in anderen Ärztekammerbezirken die ärztliche Fortbildung noch nicht recht in Gang gekommen ist, sei hier kurz berichtet, welche Maßnahmen in unserem Bezirk in der letzten Zeit ergriffen wurden.

1. In der Zentrale Stuttgart wurde hauptsächlich von den Krankenhausärzten für die Stuttgarter Ärzte an 8 Abenden innerhalb von 4 Wochen je zweistündig ein Vortrag aus dem Gebiet der pathologischen Anatomie, der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Dermatologie und der Hygiene, der Kinderkrankheiten, der Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten und der Augenkrankheiten durchgeführt. Die Teilnahme war rege.
2. Für die Ärzte aus der Umgebung von Stuttgart wurden an zwei Samstagen ganztägig ebensolche Vortragsreihen durchgeführt. Die Teilnahme war so groß, daß die Räumlichkeiten nicht ausreichten und dieser Kurs zweimal abgehalten werden mußte.
3. In Heilbronn, Schwäb. Hall und Ulm wurden ähnliche Vortragsreihen hauptsächlich von den dortigen Krankenhausärzten abgehalten. In Göppingen, wo besonders günstige Räumlichkeiten vorhanden sind, wurde ein Vortragsstag durchgeführt, zu dem u. a. auch Dozenten aus Tübingen und Heidelberg sich zur Verfügung stellten.

4. Es wurde aus ganz Nord-Württemberg eine Liste von 34 Dozenten aufgestellt, von denen jeder zwei Themen nannte. Diese Liste wurde an alle Ärzteschaften verteilt mit der Anregung, daß jede Ärzteschaft mindestens viermal im Jahr einen der Redner zu einem etwa einstündigen Vortrag anfordert. Meistens finden diese Vorträge im Beginn einer anderweitigen Versammlung bei der Ärzteschaft statt.
 5. Die Leiter sämtlicher Kliniken und Institute in Tübingen halten an einer Reihe von Samstag-Nachmittagen Vorträge in Stuttgart.
 6. An die ärztlichen Leiter aller Stuttgarter Krankenhäuser erging die Aufforderung, klinische Visiten oder Demonstrationen mit Diskussion für eine kleine Teilnehmerzahl von 8—20 Ärzten einstündig einmal im Monat durchzuführen. Die Stuttgarter Ärzte wurden aufgefordert, sich zu diesen Visiten namentlich zu melden. Es haben sich 157 Ärzte gemeldet, die nun an den verschiedenen Krankenhäusern diese Demonstrationen mitmachen. Falls sich diese Einrichtung bewährt, soll sie auch auf die Krankenhäuser im Lande ausgedehnt werden.
- Durch diese Maßnahmen ist erreicht, daß nicht nur in Stuttgart, sondern überall im ganzen Lande in den Ärzteschaften eine sehr rege ärztliche Fortbildung im Gang ist. Es erübrigt sich wohl, die Themen zu nennen, die bei dieser ausgedehnten Tätigkeit natürlich mannigfaltig sind und alle Gebiete der Medizin umfassen.

T A G U N G S B E R I C H T E

Tuberkulose tagung in Ried

Am 3. April 1948 fand im Versorgungs Krankenhaus Ried bei Lindenberg, der größten Tuberkuloseheilstätte des Hauptversorgungsamtes Württemberg-Hohenzollern, eine von der Ärztekammer Tübingen gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst des Versorgungswesens veranstaltete Arbeitstagung über „Therapie der Tuberkulose“ statt, an der über 200 Ärzte aus Süddeutschland teilnahmen. Medizinaldirektor Dr. Dobler eröffnete die Besprechungen mit einem Übersichtsreferat über den gegenwärtigen Stand der Tuberkulose und konnte neben den Vertretern des württembergischen Innen- und Arbeitsministeriums und der Universitäten Tübingen und Freiburg eine Reihe hervorragender Tuberkuloseforscher begrüßen.

Er führte einleitend aus, daß kein anderes Problem auf dem Gebiete des Gesundheitswesens die Ärzteschaft und die Sozialpolitiker so ernst beschäftigte, wie das der Tuberkuloseerfassung und Bekämpfung. Alle anderen kriegs- und nachkriegsbedingten Krankheitsinbrüche in unser Volk haben sich begrenzen und beherrschen lassen. Auch die Geschlechtskrankheiten seien im Rückgang und werden sich dank guter Behandlungsmethoden und straffer Erfassung weiter zurückdrängen lassen.

Nur die Tuberkulose schreite allen Bemühungen zum Trotz immer noch unaufhaltsam weiter, da uns einerseits das spezifische Heilmittel gegen diese heimtückische, vielgestaltige Krankheit fehle, andererseits aber bei dem engen Verknüpfsein gerade der Tuberkulose mit den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen unseres in Not und Hunger lebenden Volkes die Voraussetzungen für eine großzügige Entseuchung immer noch denkbar schlecht seien.

Er betonte, daß auch in den süddeutschen Ländern trotz ihrer gesünderen wirtschaftlichen Struktur im letzten Jahr die Kurve der Tuberkuloseerkrankungen bedrohlich angestiegen sei: in Württemberg-Baden habe sich die Kindertuberkulose in einem Jahr verdoppelt; an den Universitäten Süddeutschlands sei die Tuberkulosehäufigkeit der Studenten von 1,4 auf über 3% gestiegen. Bei einer gemischten Land-Industriebevölkerung Südwürttembergs habe die Röntgenschirmbilduntersuchung noch höhere Krankheitszahlen ergeben. Die Erkrankungshäufigkeit und Sterbezahl der Männer sei im Gegensatz zu früher heute größer als die der Frauen.

Die Ursachen dieser immer noch fortschreitenden Verseuchung unseres Volkes liegen aller Welt vor Augen: Wohnungsnot, Flüchtlingelend und mangelhafte Ernährung bedrohe die körperliche und geistige Substanz unseres Volkes und begünstige die verhängnisvolle Zunahme der Tuberkulose. Alle ärztlichen

und staatlichen Bemühungen, ihr Einhalt zu tun, müßten vergeblich sein, solange nicht durch eine qualitative und mengenmäßig ausreichende Ernährung die Gefährdeten geschützt, für die Erkrankten die Grundbedingung ihrer Heilung gewährleistet würde.

Als nächster Referent unterzog Prof. Nägeli, Tübingen, die verschiedenen heute üblichen Methoden der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose einer von großer persönlicher Erfahrung und umfassendem Wissen getragenen sachlichen Kritik und wies insbesondere darauf hin, daß bei der heute allgemein geringeren Widerstandsfähigkeit der Kranken eine strenge Indikationsstellung für den chirurgischen Eingriff und größtmögliche Schonung bei der Durchführung nötig sei.

Dr. Brügger, Direktor der Kinderheilstätte Wangen, berichtete über seine reichen Erfahrungen mit elektrochirurgischer Behandlung der Weichteiltuberkulose, welche insbesondere bei Drüsenkrankung die Behandlungszeit wesentlich herabzusetzen und die Erfolge zu bessern vermöge, was heute bei dem großen Bettenmangel von besonderer Wichtigkeit sei.

Der Chefarzt der Heilstätte Ried, Obermedizinalrat Brecke, teilte seine Beobachtungen und Erfahrungen mit, die er mit einer antibiotischen Behandlung der Lungentuberkulose bei einer Anzahl Kranker seiner Heilstätte gesammelt. Bei aller gebotenen Vorsicht in der Beurteilung könne man sich von dieser Methode bei geeigneten Krankheitsfällen doch eine wesentliche Unterstützung des Heilerfolges versprechen, wenn auch die klassische Behandlung mit Klimakur und unterstützenden operativen Eingriffen hierdurch noch in keiner Weise entbehrlich sei.

Dozent Dr. Masshoff vom Pathologischen Institut Tübingen sprach in fesselnden Ausführungen über das pathologisch-anatomische Bild der Tuberkulose und ihrer Heilungsvorgänge und erläuterte sein Referat durch ungewöhnlich instruktive Demonstrationen.

Prof. Pflomm, Isny, und Dr. Böhm, Überruh, berichteten über die operative Behandlung der Darmtuberkulose bei schwerlungenkranken Patienten. Bei ganz geringer Operationsmortalität konnte die Mehrzahl der Schwerverkranken nicht nur von ihrer Darmtuberkulose befreit werden, sondern zeigte auch eine wesentliche Besserung oder Heilung ihrer Lungenkrankung im weiteren Verlauf ihrer Kurbehandlung. Die durch Bilddemonstrationen eindrucksvoll unterstützten Ausführungen berechtigten zur Hoffnung, daß die so gefürchtete Komplikation der Darmtuberkulose künftig nicht mehr so ungünstig beurteilt werden muß.

Dr. Luz, Oberarzt der Heilstätte Ried, sprach über die Möglichkeiten und Ergebnisse der „Kollaps-Therapie im Rahmen

der Heilstätte" an Hand von 500 Krankengeschichten, und konnte überzeugend darlegen, daß bei vorsichtiger und zweckmäßiger Wahl der Behandlungsmethoden die Erfolge auch bei fortgeschrittener Lungentuberkulose, wie sie insbesondere bei unseren Heimkehrern jetzt so häufig in Erscheinung tritt, noch durchaus befriedigend sind.

An alle Vorträge schlossen sich lebhaftige Aussprachen an, in denen wertvolle Erfahrungen auf dem gesamten Gebiete der Tuberkulosebehandlung mitgeteilt wurden.

Dr. Dobler beschloß die arbeitsreiche Tagung mit der Mahnung, nicht müde zu werden im Kampf um Bestand und Zu-

kunft unseres Volkes, und wies noch eindrucklich darauf hin, daß bei allen erfreulichen Fortschritten der Heilstättenbehandlung die entscheidende Rolle in der Bekämpfung der Tuberkulose ihrer Früherkennung zufalle und damit beim praktischen Arzt liege, den der Kranke im allgemeinen mit seinen uncharakteristischen Frühsymptomen doch zuerst konsultiere. Sein Wissen und Können in der Früherkennung der Tuberkulose entscheide in erster Linie über das Schicksal des Kranken, da Frühbehandlung immer noch die besten Heilergebnisse verbürgt.

Dr. Dobler

BUCHBESPRECHUNGEN

P. Lester und J. Millot (Paris): „Grundriß der Anthropologie“. Autorisierte deutsche Ausgabe des Werkes *Les Races Humaines*. Besorgt von F. Falkenburger (Mainz). 1947. 190 Seiten. Verlag von Moritz Schauenburg in Lahr.

Es handelt sich um die Übersetzung eines französischen Grundrisses, der seinerzeit 1936 in I. und 1939 in kaum veränderter 2. Auflage erschien. Der Grundriß fußt hauptsächlich auf nicht-deutschen Arbeiten und setzt sich auch mit den Differenzen, die in Deutschland hinsichtlich der Rassenauffassung bis 1934 bestanden, ehe die deutsche Anthropologie vom Nationalsozialismus reglementiert wurde, nicht auseinander. Falkenburger hat den Grundriß in ausgezeichnete deutscher Übersetzung vorgelegt, aus der Erwägung: „Was außerhalb der deutschen Grenzen sich auf anthropologischem Forschungsgebiete abspielte, wurde ferngehalten und kam nicht herein; wäre es anders gewesen, der ganze Spuck des Rassenwahnes hätte sehr bald ein Ende gefunden.“ Das Buch ist als erster Grundstein zu einem Neuaufbau der deutschen Anthropologie warm zu begrüßen. Es ist auch für weitere Kreise verständlich.

Die Verfasser grenzen das Gebiet der Anthropologie enger ab, als es die deutsche Anthropologie tut. Sie schreiben: „Die Erforschung der Wanderung der Völker, das besondere Schicksal ihres Typus, ihrer Sprache und Zivilisation, die Menschheitsgeschichte seit ihrem Ursprung bis auf unsere Tage ... ist Aufgabe der Ethnologie; die spezielle Rassenkunde ist und kann nur ein Teil, und zwar einer der schwierigsten dieses großen Problems sein.“ Der Begriff der Rasse bleibt nach ihnen auf anatomische und physiologische Merkmale begrenzt; auf die psychischen Faktoren im Werden der Rassen wird nicht eingegangen. Dieser Auffassung entsprechend gliedert sich die Schrift in zwei Teile, deren erster „Morphologische Anthropologie“ von Lester und deren zweiter „Physiologische Anthropologie“ von Millot verfaßt ist.

Im ersten Teil wird Rasse definiert als eine Artvariation, die mehr oder weniger durch Erbllichkeit stabilisiert, jedoch ebenso wenig wie die Art durch sie begrenzt ist. „Bei seinen Forschungen, bei denen persönliche Einschätzung und Hypothesen einen breiten Raum einnehmen, bemüht sich der Anthropologe, durch ein gründliches Studium der einzelnen Bevölkerungen eine Auswahl von Individuen zu treffen, die ähnliche physische Charaktere aufweisen; diese ordnet er dann auf dem Papier zu Gruppen. Die so erhaltenen Gruppierungen stellen dann die Menschenrassen dar, sie sind zwangsläufig künstlich, in gewissem Sinne provisorisch und variieren nach der relativen Bedeutung, die die Anthropologen den verschiedenen anatomischen Merkmalen zuerkennen ... Zwischen den klar charakterisierten Typen bestehen noch eine Unmenge von Zwischenstufen, deren Einordnung in die eine oder andere Gruppe problematisch ist.“ So werden die Rassenmerkmale und ihre Brauchbarkeit für die Klassifikation der Rassen, der Einfluß von Umwelt und Kreuzungen auf die Rasse, die Rassen der Vorzeit und das Auftreten der jetzigen Menschenrassen sowie die Einteilung der heutigen Menschenrassen besprochen. Lester unterscheidet für die Gegenwart zur Hauptsache nur drei Rassen auf europäischem Boden, die nordische, die alpine und die Mittelmeerrasse.

Der zweite Abschnitt des Buches „Physiologische Anthropologie“ beansprucht insofern ein besonderes Interesse, als er die Zusammenhänge des ganzen Rassenbildes mit den verschiedensten Umwelteinflüssen und deren Variationen für viele Eigentümlichkeiten besonders deutlich hervortreten läßt. Er befaßt sich mit Rassenigentümlichkeiten des Wachstums, des Blutes (Blutgruppenverteilung), des Stoffwechsels, der Haut und Wärmeregulierung, des Nervensystems und der Sinnesfunktionen so-

wie einiger anderer physiologischer Merkmale und bringt dann auch Ansätze zu einer vergleichenden Rassenpathologie. Schließlich wird auch für die physiologischen Eigentümlichkeiten der Einfluß der Umwelt und der Rassenkreuzung besprochen. Millot streift dabei doch kurz auch noch psychologische Fragen, wie sie sich aus der Völker- und Rassengeschichte ergeben und formuliert das Ergebnis dahin, „daß die reinen Rassen nichts von Bedeutung hinterlassen haben, und daß im Gegenteil alle großen menschlichen Schöpfungen Völkern gemischter Rasse zu verdanken sind“.

Dr. K. Saller.

Gerhard Schubert: „Kernphysik und Medizin.“ Verlag Muster-Schmidt, Göttingen. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Heinrich Martius.

In leicht verständlicher Sprache führt uns der Verfasser ein in die Welt der Atome, ihre Zusammensetzung, das Wesen der Radioaktivität, die künstliche Umwandlung der Atomkerne, die Biologie ionisierend wirkender Strahlungen, die therapeutische Verwendung der Korpuskularstrahlungen, die biologisch-medizinische Anwendung stabiler und instabiler Atomarten, Versuche zur speziellen Strahlenbiologie, die biologische Wirkung der Erdaktivität und die kosmische Strahlung. Im zweiten praktischen Teil behandelt er die Praxis der Kernumwandlung, die Herstellung radioaktiver Präparate, die Technik der Indikatoruntersuchungen, die Messung ionisierend wirkender Strahlungen in Biologie und Medizin und den Strahlenschutz.

Das flüssig geschriebene Werk gibt Einblick in ein Gebiet, das für die Medizin von umwälzender Bedeutung ist, und gewährt Ausblicke in die Zukunft. Reiche praktische Erfahrung steht dem Verfasser zur Seite.

Dr. Karl Erhard Weiss.

Prof. Dr. Walter Birk: „Hippokrates, Paracelsus und Liek in ihrer Bedeutung für das Arztum von heute.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1946, 32 S.

Seltzam mutet die Zusammenstellung dieser drei Namen an, Alle drei waren sie Reformatoren der Medizin ihrer Zeit. In dem Eid des Hippokrates, der ja auch der heutigen Berufsethik zugrunde liegt, drückt sich eine hohe Berufsauffassung aus. Paracelsus verwarf die Humoralpathologie seiner Zeit und setzte an die Stelle des Studiums der ärztlichen Klassiker die Beobachtung und Erfahrung am Krankenbett. Und Liek ist berühmt geworden durch seine Unterscheidung zwischen dem Arzt und dem Mediziner und fordert vom Arzt seelische Einfühlung in den Kranken. Hierin ist der „Kurfürscher“ nach L.'s Ansicht häufig dem Arzt überlegen. Nach des Verf. Meinung schießt L.'s Kritik weit über das Ziel hinaus.

Dr. Karl Erhard Weiss.

„Die Bekämpfung der bakteriellen Lebensmittelvergiftung“ (Enteritis infectiosa, Botulismus). Neu bearbeitet im Zentralinstitut für Hygiene und Gesundheitsdienst, Berlin-Dahlem. Zu beziehen: Verlag Naturkundliche Korrespondenz, Berlin-Kleinmachnow, Zehlendorfer Damm 134. 22 Seiten.

Das Merkblatt über die Bekämpfung der bakteriellen Lebensmittelvergiftung ist vom Zentralinstitut für Hygiene und Gesundheitsdienst neu herausgegeben worden. Es ist in der Hauptsache für Ärzte, Pflegepersonal, Tierärzte, Nahrungsmittelchemiker und sonstige Beamte der Lebensmittelüberwachung bestimmt, aber auch für Leiter von Lebensmittelbetrieben und besonders von Küchen für Massenverpflegung wertvoll. In sachlicher Kürze und nach dem heutigen Stand der Wissenschaft werden alle wesentlichen Fragen der bakteriellen Lebensmittelvergiftung, die in der wärmeren Jahreszeit häufiger auftritt, behandelt: Ursache, Vorkommen und Übertragung, Bild und Verlauf, Maßnahmen zur Bekämpfung, Vorbeugung und Verhütung der Weiterverbreitung, Anzeigepflicht und Desinfektion.

Bekanntmachungen

Ärztlicher Fortbildungstag in den Zentralkliniken Göppingen

Die Ärztekammer Nord-Württemberg veranstaltet gemeinsam mit den Zentralkliniken Göppingen am 18. September 1948 einen ärztlichen Fortbildungstag. Es sprechen die Herren:

Prof. Dr. med. Beckmann: Neues aus dem Gebiet der Infektionskrankheiten.

Geheimrat Prof. Dr. med. Butenandt: Thema noch nicht festgelegt.

Prof. Dr. med. Deist: Bedeutung der tuberkulösen Allgemeininfektion für Diagnostik und Therapie.

Prof. Dr. med. Nonnenbruch: Neuere Forschungen auf dem Gebiet der Hochdruckkrankheiten.

Prof. Dr. med. Stark: Die Behandlung der Oesophagusstriktur.

Tagungsort: Ärztehaus der Zentralkliniken. Beginn: 9 Uhr, Ende gegen 17 Uhr. Für ein einfaches Mittagessen ist gesorgt. Anmeldung zur Tagung an die Zentralkliniken Göppingen erwünscht.

Lehrgang für Amtsärzte

Der 5. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird in der Zeit vom 2. November 1948 bis zum 25. Februar 1949 mit einer Unterbrechung durch die Weihnachtsferien vom 18. Dezember 1948 bis zum 9. Januar 1949 abgehalten. Das Vorlesungsverzeichnis geht den Lehrgangsteilnehmern rechtzeitig vor Beginn des Lehrganges nach zu. Umgehende Anmeldung bei der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus-Sozialministerium, ist erforderlich, da die Zahl der Ausbildungsplätze in den praktischen Kursen begrenzt ist. Den Lehrgangsteilnehmern werden möblierte Zimmer durch Vermittlung des Wohnungsamtes oder des Studentenhilfswerks nachgewiesen werden. Für eine Gemeinschaftsverpflegung ist gesorgt.

Die Meldung von Hilfsärzten der Staatl. Gesundheitsämter des Landesbezirks Württemberg zur Teilnahme an diesem Lehrgang erfolgt zentral durch das Innenministerium Württemberg-Baden in Stuttgart, so daß unmittelbare Anmeldungen dieser Ärzte nicht abzugeben sind.

Ärztetagung der Evangelischen Akademie in Bad Boll

Die Evangelische Akademie Bad Boll führt trotz der großen wirtschaftlichen Veränderungen ihre Arbeit uneingeschränkt fort und ladet auch in diesem Jahre die württembergischen Ärzte aus beiden Besatzungszonen zu einer Tagung ein, um ein

Nachdenken über die grundsätzlichen Fragen des Arztberufes zu fördern und das in den Vorjahren begonnene Gespräch zwischen Ärzteschaft und Kirche fortzusetzen. Die Tagung findet vom 24.—29. September 1948 im Kurhaus Bad Boll statt. Nach einer Eröffnung durch Herrn Landesbischof D. Wurm sollen insbesondere folgende Themen behandelt werden:

Professor Dr. med. Richard Siebeck, Heidelberg: Streiflichter aus der modernen Medizin in außerdeutschen Ländern.

(Redner noch unbestimmt): Wandlungen der Naturwissenschaft und ihre Konsequenzen für die Medizin.

Dr. med. Paul Tournier, Genf, und Prof. Dr. med. Carl Brinkmann, Tübingen: Die Kollektivkrankheit als politisches und medizinisches Problem.

Studiendirektor Hans Schomerus, Stuttgart, und Prof. Dr. med. Herbert Plügge, Nieder-Ramstadt: Die Beichte in der Medizin und in der Theologie.

Dr. Eberhard Müller, Direktor der Evang. Akademie in Bad Boll: Was heißt Leben?

Dr. med. Paul Tournier, Genf, und Prälat Dr. Martin Haug, Stuttgart: Die Überwindung der Vereinzelung in der Gemeinschaft der Kirche.

Anmeldungen zur Teilnahme an der Tagung, deren Aufbau auch Gelegenheit zur Ausspannung und persönlichen Erholung bietet, sind schriftlich bis spätestens 15. September 1948 an die Geschäftsstelle der Evang. Akademie, Bad Boll über Göppingen, Kurhaus, erbeten. Der Tagungsbeitrag beträgt einschließlich Unterkunft und Verpflegung 40 DM und kann auf Antrag ermäßigt werden. Interessenten werden gebeten, sich zwecks Zusendung einer genauen Tagungsfolge nach Bad Boll zu wenden.

Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin

Im US-Sektor Berlins ist mit Unterstützung der Amerikanischen Militärregierung eine „Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung“ gegründet worden, an der das Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin-Schöneberg, das Zinnowald-Krankenhaus, Berlin-Zehlendorf, und größere Fachabteilungen in anderen Krankenhäusern des US-Sektors beteiligt sind.

Die Akademie ist eine Einrichtung der von den Amerikanern genehmigten ärztlichen Standesorganisation. Mit der Leitung der Akademie sind Dr. Hussels und Dr. Misgeld, Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser Zinnowald und Auguste-Viktoria, beauftragt.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

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

Vorankündigung

Der englische Arzt Dr. J. A. B. Chartie, der sich auf einer Vortragsreise durch die Westzonen befindet, wird am 27. September 1948 in Stuttgart einen Vortrag über „Streptomycin“ halten. Ort und Zeit des Vortrags werden allen Ärzten in Stuttgart und den Vorsitzenden der Kreisärzteschaften im Kammerbezirk Nord-Württemberg noch bekanntgegeben.

Streptomycin

Auf Ersuchen des Innenministeriums Württemberg-Baden vom 30. Juli 1948 Nr. X 4061 werden nachstehende Ausführungen bekanntgegeben:

Streptomycin hat sich als ein sehr wirksames Antibiotikum gegen die verschiedensten Krankheitserreger erwiesen, und zwar auch gegenüber einigen Gram-negativen Erregern und säurefesten Stäbchen, gegen die Penicillin unwirksam ist. Seine Anwendung kommt daher für die verschiedenartigsten Krankheitszustände, für nichttuberkulöse bakterielle Infektionen, für verschiedene Tuberkuloseformen und insbesondere für die Meningitis tuberculosa in Betracht. In der Anwendung des Streptomycins ist man über das experimentelle Stadium noch nicht hinaus, und es bestehen noch Unklarheiten über die Höhe der Dosierung und die Dauer der Behandlung. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei der Anwendung des Streptomycins schwere Schädigungen zu beobachten sind, wie insbesondere Schädigungen des Nervus acusticus und vestibularis, sowie der

gesamten geistigen Entwicklung infolge hydrocephalischer Veränderungen.

Die Kosten der Behandlung sind außerordentlich hoch; 1 g Streptomycin kostet ungefähr 10 DM. Bei einer durchschnittlichen Menge von 60—100 g für den einzelnen Krankheitsfall kostet allein das Medikament 600—1000 DM; dazu kommt der Krankenhausaufenthalt von mehreren Monaten.

Der Gesundheitsausschuß des Länderrats hat sich entschlossen, Streptomycin aus USA in beschränktem Umfang einführen zu lassen, sieht sich jedoch veranlaßt, die Anwendung des Streptomycins vorläufig ausschließlich auf die Behandlung der tuberkulösen Meningitis zu beschränken. Bei der an sich stets tödlich verlaufenden tuberkulösen Meningitis erscheint die Anwendung des Streptomycins ohne Rücksicht auf die Kosten und ohne Rücksicht darauf, daß evtl. schwere und irreparable Schäden entstehen könnten, berechtigt, zumal in manchen Fällen ganz überraschende Besserungen des Krankheitszustandes und in einzelnen Fällen auch dauernde Heilungen festgestellt sind.

Da über Anwendung und Dosierung des Mittels noch keineswegs Klarheit herrscht, muß die Behandlung der tuberkulösen Meningitis auf die Anstaltsbehandlung beschränkt werden.

Damit auf Grund größtmöglicher Erfahrung die absolut notwendigen weiteren Beobachtungen und Feststellungen gemacht werden können, hat der Gesundheitsausschuß des Länderrats beschlossen, Behandlungszentren in den Ländern der US-Zone

einzurichten. Die Annahme von Tbc-Meningitis-Fällen für Streptomycin-Behandlung muß von jetzt ab im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt des zuständigen Behandlungszentrums erfolgen. Der leitende Arzt des Behandlungszentrums ist für die Entscheidung über die Annahme der Behandlung und über die für den Behandlungsfall festzusetzende Dosierung sowie für die Überwachung der Behandlung verantwortlich.

- Als Behandlungszentren wurden bestimmt:
- für Bayern Kinder-Krankenhaus Schwabing (Professor Hussler)
 - für Hessen Univ.-Kinderklinik Frankfurt-Sachsenhausen (Prof. Dr. Rudder) für Kinder-Patienten
Med. Univ.-Klinik Frankfurt a. M. (Prof. Volhard) für Erwachsene
 - für Württ.-Baden Städt. Kinderklinik Stuttgart, Obere Birkenwaldstraße (Obermed.-Rat Dr. Lempp)
Univ.-Kinderklinik Heidelberg (Professor Opitz)
 - für Bremen Kinderklinik Bremen (Prof. Hess)
 - für US-Sektor Tbc-Krankenhaus Heckershorn, Berlin-Wannsee, Am großen Wannsee 80 (Dr. Auersbach)

Verordnung von Insulin

Wie uns das Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, mit Schreiben vom 10. August 1948 Nr. X 4297 mitteilt, stehen nunmehr ausreichende Mengen von Insulin zur Verfügung. Somit kann künftig Insulin auch für die über 60jährigen Diabetiker sowie für die Insulin-Schockbehandlung verordnet werden.

Malzextrakt

Kontrollmarken für Malzextrakt werden vom Innenministerium nicht mehr ausgegeben. Die Rezeptpflicht bleibt noch bestehen.

Beschlüsse der Vollversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg vom 4. 8. 1948 (auszugsweise)

Deutscher Ärztetag in Rothenburg o. d. Tauber vom 3.—5. September 1948

Die Ärztekammer Nord-Württemberg entsendet 6 Delegierte. Dr. Neuffer nimmt als Referent teil. Als Delegierte werden gewählt: Dr. Schwoerer, Frh. Dr. Reinhardt, Dr. Knosp, Dr. Jakob, Dr. Walz, Dr. Zimmerle. Als Stellvertreter im Behinderungsfall: Dr. Piazzolo, Dr. Gerhard.

Durchführung des Württembergischen Ärztetages

Der diesjährige Württembergische Ärztetag soll für beide Ärztekammern Nord-Württemberg und Württemberg-Hohenzollern gemeinsam durchgeführt werden. Der Vorsitzende der Ärztekammer wird ermächtigt, das Erforderliche zu veranlassen und als Termin möglichst den 2. Oktober 1948 zu wählen. Tagungsort soll Stuttgart sein.

Änderung der Bezeichnung „Bezirks-Ärztekammer“

Die vom Engeren Vorstand beantragte Änderung der Bezeichnung „Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg“ in „Ärztekammer Nord-Württemberg“ wird genehmigt.

Die Währungs- und Steuerreform und ihre Folgen für die Ärzte und ihre Berufsvertretungen

Die von der Geschäftsführung ergriffenen Maßnahmen, um die durch die Währungsreform verursachten Schwierigkeiten der Kassenärzte zu mildern, werden genehmigt, insbesondere die Kreditaufnahme bei der Württ. Girozentrale und dem Landesversicherungsamt Württemberg-Baden in Stuttgart.

Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen

- Zur Unterstützung von in Not geratenen Ärzten, Arzttwitwen u. a. Arztangehörigen haben dieselben Grundsätze und Richtlinien zu gelten, die vor der Währungsreform Gültigkeit hatten.

Um die früher festgelegten Unterstützungsbeträge* zahlen zu können, soll für das II. Halbjahr 1948 2,5% Beitrag vom Privat- und kassenärztlichen Einkommen durch Abzug vom Kassenhonorar erhoben werden.

* 120 DM für das Arzthepaar
100 DM für den alleinstehenden Teil
20 DM für jedes Kind

- Vorbehaltlich einer generellen gesetzlichen Regelung sollen die Empfänger von Renten, die auf Grund einer früheren Mitgliedschaft in der ärztlichen Versorgungskasse erworben worden sind und nunmehr nur in Höhe von $\frac{1}{10}$ des ursprünglichen Nennbetrags in DM von den Versicherungsgesellschaften gezahlt werden, bis auf weiteres ebenfalls aus der Fürsorgeeinrichtung der Ärztekammer unterstützt werden. Dabei sind die für die übrigen Unterstützungsempfänger geltenden Grundsätze zu beachten. Die Unterstützungen werden höchstens bis zum Nennbetrag der früheren RM-Renten in DM gewährt, nicht aber über die Unterstützungshöchstbeträge der Fürsorgeeinrichtung hinaus.

Für unterstützungsbedürftige Kinder von Rentenempfängern, die nach der bisherigen Regelung aus der Versorgungskasse der Ärztekammer Leistungen empfangen, sollen monatlich 25 DM gezahlt werden.

Die Gewährung eines Darlehens aus den durch den 2,5%igen Abzug zu erwartenden Kammermitteln an die frühere „Zoeppriy-Kasse“ wird abgelehnt. Es sollen aber gleichzeitig Maßnahmen eingeleitet werden, um die Beitragseinnahmen der Zoeppriy-Kasse, die sich aus freiwilligen Spenden und laufenden Zuwendungen zusammensetzen, zu erhöhen.

Verwaltungskosten, Haushaltpläne usw. für Kammer und Kassenärztliche Abrechnungsstelle

- Die Verwaltungskosten für die Zeit vom 21. Juni bis 31. Dezember 1948 dürfen die Hälfte der Gesamtsumme der beiden am 4. Februar 1948 genehmigten Haushaltpläne für die Kammer und die Kassenärztliche Abrechnungsstelle nicht überschreiten. Der Geschäftsstelle wird zur Pflicht gemacht, nach Möglichkeit durch geeignete Maßnahmen bei den sächlichen Kosten eine Einsparung von 25% des veranschlagten Gesamtbetrages herbeizuführen.
- Die notwendigen Anschaffungen für den Geschäftsbetrieb sind nur insoweit erlaubt, als sie mit ihrem auf das II. Halbjahr 1948 entfallenden Teilwert durch laufende Einnahmen oder eigenes Vermögen gedeckt sind.
- Innerhalb des Rahmens der hiernach für Kammer und Kassenärztliche Abrechnungsstelle zur Verfügung stehenden Gesamtsumme sollen mit tunlicher Beschleunigung von der Geschäftsstelle neue Haushaltpläne für Kammer und Kassenärztliche Abrechnungsstelle aufgestellt werden, die jedoch der Zustimmung des Finanz-Ausschusses bedürfen.
- Ein außerordentlicher Haushalt für bauliche Veränderungen der Geschäftsstellenhäuser ist unter Beachtung der gebotenen Sparsamkeit ebenfalls in aller Kürze aufzustellen und dem Finanz-Ausschuß zur Überprüfung und Genehmigung vorzulegen.
- Die beabsichtigte Einrichtung einer Küche für die Verpflegung der Angestellten soll nur dann genehmigt werden, wenn die Rentabilität dieser Einrichtung gesichert erscheint, ohne daß es eines wesentlichen Zuschusses der Kammer bedarf.

Änderungen in der Zusammensetzung der Kammer, des Vorstandes und der Ausschüsse

Die durch das Ausscheiden von Fräulein Dr. Bock freigewordenen Ämter eines Kammer- und Vorstandsmitgliedes übernimmt deren Stellvertreterin, Frau Dr. Jellinghaus-Kopka. Als Nachfolger des ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedes Dr. Herrmann, Heilbronn, wird Dr. Walz, Heidenheim, in den Vorstand gewählt.

Im Finanz-Ausschuß tritt an Stelle des ausgeschiedenen Dr. Berner jetzt der stellv. Vorsitzende Dr. Schwoerer, im Zentralen Niederlassungs-Ausschuß an Stelle des ausgeschiedenen Dr. Berner jetzt Dr. Zimmerle, im Berufungsausschuß an Stelle des ausgeschiedenen Fräulein Dr. Bock jetzt Frau Dr. Jellinghaus-Kopka.

Die Geschäftsstelle der Kammer wird ermächtigt, für die Mitglieder des ZNA Dr. Majer, Dr. Ketterer und Dr. Rauth im Verhinderungsfalle aus der Liste der gewählten Stellvertreter, soweit diese in der Nähe von Stuttgart wohnen, die jeweiligen Ersatzmänner zu bestimmen.

Neufassung der Wahlordnung für die Ärztekammer Nord-Württemberg

Die infolge Ablauf der Wahlperiode im Herbst d. J. fällige Kammerneuwahl soll fristgerecht durchgeführt werden. Die hierzu vom Vorstand nach Beratung im Ausschuß für berufs-

ständige Fragen neu gefaßte Wahlordnung, die erhebliche Vereinfachungen vorsieht, wird genehmigt.

Krankenzulagen-Atteste

Die neuen Bestimmungen über Ernährungszulagen für Kranke werden allen niedergelassenen Ärzten als Sonderdruck übersandt werden (mit Gewichtstabellen für Erwachsene und Kinder).

Pflichten der Fachärzte

Es besteht Veranlassung, erneut auf die nachfolgenden Bestimmungen der Berufsordnung hinzuweisen:

§ 33

Der Facharzt ist grundsätzlich von der Ausübung einer allgemeinen ärztlichen oder allgemeinen vertrauensärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen. Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienst und ehrenamtliche Tätigkeit sind hiervon ausgenommen.

Fachärzte müssen sich im wesentlichen auf ihr Fach beschränken und müssen über die notwendigen Einrichtungen zur Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit verfügen.

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

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

Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen. Geschieht dies nicht, so hat der vertretene Arzt erhöhte Sorgfalt bei der Auswahl des Vertreters walten zu lassen.

Friedrich Hammer zum Gedächtnis

Mitten im zweiten Weltkrieg starb in biblischem Alter und von der Bürde der hohen Jahre belastet San.-Rat Dr. Friedrich Hammer, früherer Chef der Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart, aus der sich unter seinem Nachfolger die große Städtische Hautklinik entwickelte.

Die äußeren Verhältnisse gestatten erst heute einen Nachruf für die außergewöhnliche Persönlichkeit des Entschlafenen.

Hammer hat als Arzt ein Leben lang segensreich gewirkt und hat an seiner Krankenabteilung einer Generation von Hautärzten ihr Rüstzeug vermittelt. Daß sein beweglicher Geist, der sich nie Ruhe gönnte und täglich neue Probleme und Ziele sah, keine dogmatische Schule schuf, sondern zum eigenen Nachdenken anregte, ist ein besonderes Verdienst Friedrich Hammers.

Seine Untersuchungen über Einwirkungen des Lichtes, insbesondere des Kohlenbogenlichtes auf die gesunde Haut und die Hauttuberkulose, die er vor etwa 50 Jahren gleichzeitig mit Finsen, aber völlig unabhängig von ihm ausführte, waren Pionierarbeit. Durch kleinliche Schikanen der Stadtverwaltung wurden ihm damals die äußeren Möglichkeiten zur Fortsetzung seiner Arbeiten entzogen, so daß Finsen ihm mit dem Abschluß und der Veröffentlichung seiner Untersuchungen zuvorkam und Weltruf erlangte, den sich bei etwas günstigeren äußeren Arbeitsbedingungen Friedrich Hammer vielleicht in gleicher Weise verdient hätte.

Erwähnt sei, daß Friedrich Hammer mit seinem aufgeschlossenen Geiste sich mit Vererbungsfragen befaßte, längst bevor die Vererbungswissenschaft in ihrer Bedeutung erkannt und anerkannt wurde. Seine Naturbeobachtung und sein naturkundliches Wissen machten einen Spaziergang mit ihm zu einem Erlebnis. Seine botanischen Kenntnisse wurden von Fachleuten anerkannt.

Hammer trat mit Wort und Beispiel für die Leibesübungen ein, längst bevor sie zur allgemeinen Mode geworden waren. Er war vor der Jahrhundertwende einer der ersten, die in Württemberg Ski liefen.

Er führte wohl als erster in Deutschland gegen erhebliche äußere Widerstände Gymnastik und Turnen in die allgemeine Krankenbehandlung ein. Heute sind das selbstverständliche Heilmaßnahmen, damals wurde er von Ärzten und Laien als Sonderling betrachtet.

Ein besonderes Gedenken verdienen Hammers Wesenseigenschaften. Er war ein edler Kern in rauher Schale, ein Mann von Humor, Selbstkritik, großer Hilfsbereitschaft und von fanatischer Wahrheitsliebe. Es war ihm selbst die gesellschaftliche Notlüge zuwider, und er gebrauchte sie wohl nie. Seine hohen

menschlichen Eigenschaften mußten jedem vorbildlich erscheinen, der das Glück hatte, diesen aufrechten Mann kennenzulernen oder unter ihm zu arbeiten. Dr. Fritz Maerz, Eßlingen

Theodor Veiel zum 100. Geburtstag

Am 29. März 1848 ist ein besonderer Stern am schwäbischen Himmel aufgegangen. Der hochangesehene Arzt, langjähriger Leiter des Cannstatter Krankenhauses und Präsident der deutschen dermatologischen Gesellschaft, Geh. Hofrat Dr. Theodor Veiel, erblickte an diesem Tage in Bad Cannstatt das Licht der Welt. Er stammte aus der schon seit Anfang des 19. Jahrhunderts angesehenen Arztfamilie V. Schon sein Vater, Hofrat Dr. Albert v. Veiel, nahm einen hervorragenden Platz in der heimischen Ärzteschaft und vor allem in der damals erst im Aufblühen begriffenen Dermatologie ein. Er gründete auch schon die später im In- und Ausland berühmte Heilanstalt für Hautkranke in Cannstatt, die zuletzt bis vor etwa 20 Jahren Dr. Fritz Veiel, der leider schon verstorbene älteste Sohn Theodor V., leitete. Das Bestreben, sich nicht auf den heimischen Gesichtskreis zu beschränken, hat frühe in der Familie V. Ausdruck gefunden: Hofrat Dr. Albert v. Veiel hat damals schon eine Reise in die Türkei, nach Konstantinopel gemacht und mußte wegen dieser damals besonderen Leistung dem württembergischen König darüber Vortrag halten. Auch Theodor Veiel sah sich nach seinem Studium in Heidelberg und Tübingen in Paris, London und Wien um und vervollkommnete so seine medizinischen und dermatologischen Kenntnisse. So war es selbstverständlich, daß er bald in der Heimat ein großes Ansehen als Arzt und Dermatologe gewann und auf Kongressen als Vertreter beauftragt wurde. Anfang des Jahrhunderts wählte ihn die deutsche dermatologische Gesellschaft zu ihrem Präsidenten, eine Stellung, die er bis kurz vor seinem Tode am 13. September 1923 inne hatte. Daß ihn auch andere medizinische Vereinigungen im In- und Ausland zum Mitglied wählten, ist selbstverständlich. Als hervorragender Praktiker gehörte er jahrzehntelang dem deutschen Reichsgesundheitsrat in Berlin an.

Trotz seiner ererbten Stellung in der Dermatologie beschränkte sich Theodor Veiel nicht auf diese. Er leitete in dem Städt. Krankenhaus in Cannstatt die chirurgische bis 1906 und die medizinische Abteilung bis nach dem ersten Weltkriege. Einseitiges Spezialistentum war nicht nach seiner Art. Darum übte er auch eine ausgedehnte Konsiliarpraxis aus und ist so der Ärzteschaft weithin in Süddeutschland bekannt geworden. Neben seinen großen Kenntnissen auf dieser breiten Basis verfügte er über eine besondere Liebenswürdigkeit und einen Takt gegen die Kollegen, die jeden für ihn gewinnen mußte. Das Ansehen des Kollegen, der ihn gerufen hatte, stärkte er so gut als er konnte. Unter den großen Ärzten, die damals in Stuttgart praktizierten, ragte Theodor Veiel damit hervor. Er hatte keinen Feind unter den Kollegen; Zwiste unter ihnen auszugleichen, war seine spezielle Kunst. So hat die württembergische Ärzteschaft allen Grund, an diesem Tage sich Theodor Vieles zu erinnern und in ihm einen ihrer Besten zu ehren. In der Dermatologie hat er sich hauptsächlich therapeutisch betätigt. Er führte zahlreiche neue Methoden ein, die auch heute noch nichts von ihrer Wirksamkeit verloren haben. Ein „moderner“ Arzt, der den jeweiligen Moden folgte, war er nicht. Was er empfahl, war erprobt und von ihm selbst für gut befunden. Gegen die Strahlenbehandlung, die zu Beginn des Jahrhunderts so siegreichen Eingang fand, war V. stets skeptisch. Gab es doch damals nicht wenige „Krematorien“, aus denen Patienten schwer lädiert hervorgingen. Solche kamen in ihrer Not vielfach zu V., und es war keine Rückständigkeit, wenn er sich dagegen wandte. Nur seine besondere Rücksicht auf die Kollegen hielt ihn ab, daraus Material zu literarischer Polemik zu ziehen. Zusammen mit dem Chirurgen Prof. Hofmeister hat er viele dieser Opfer einer Linderung ihrer großen Leiden und plastischer Wiederherstellung zugeführt. Prof. Dr. Linser

VITA: Dr. Werner Staehler, geb. 8. 3. 1908 in Jena
Dr. Franz Böhm, geb. 24. 4. 1907 in Preßburg
Dr. Paul Schwoerer, geb. 26. 11. 1902 in Freiburg i. Br.
Dr. Otto Rist, geb. 28. 4. 1899 in Triberg
Prof. Dr. Helmut Dennig, geb. 13. 7. 1895 in Tübingen
Dr. Theodor Dobler, geb. 7. 1. 1893 in Pflugfelden Kr. Ludwigsburg
Priv.-Doz. Dr. K. Saller, geb. 3. 9. 1902 in Kempten
Dr. Karl Erhard Weiss, geb. 14. 11. 1879 in Schw. Gmünd