

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948

10 (1.10.1948)

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, Mannheim

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 10

STUTTGART, OKTOBER 1948

3. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Prof. Dr. L. Fischer: Zur Epidemiologie der einheimischen Malaria in Südwestdeutschland	49
Dr. Spuler: Gedanken zur neuen französischen Sozialversicherung	51
Dr. Sroka: Vom Insulin und seinen pflanzlichen Ersatzstoffen	53
Buchbesprechungen	55
Bekanntmachungen	
Ärztekammer Nord-Württemberg	56
Sonderbekanntmachung des Innenministeriums — Opiumstelle — für Nord-Württemberg und Nord-Baden	57

Lehrstuhl für Tropenmedizin der Universität Tübingen, Prof. L. Fischer

Zur Epidemiologie der einheimischen Malaria in Südwestdeutschland

Von Prof. Dr. med. Ludolph Fischer

Das Wiederauftreten einheimischer Malaria in der Kriegszeit und in den Nachkriegsjahren hat sowohl in Deutschland als auch in den Nachbarländern das Malariaproblem erneut in den Vordergrund des Interesses gerückt. Über die zahlreichen seit Kriegsende im norddeutschen Tiefland aufgetretenen autochthonen Malariakrankungen ist mehrfach berichtet worden (*Brugsch, Hohenner, Klose und Eisentraut, Kirchberg und Mamlock, Laur, Weyer*); *Hormann* schätzt ihre Gesamtzahl auf etwa 3600. Anscheinend sind also auch heute in weiten Gebieten unserer Heimat die epidemiologischen Vorbedingungen für das Wiederauftreten endemischer Malaria gegeben.

Auffallenderweise ist aber Südwestdeutschland bis heute praktisch malariefrei geblieben, obwohl auch hier Flüchtlinge und Heimkehrer aus Malarialändern als Gameten Träger zugewandert sind. Lediglich aus Offenburg berichtet *v. Pein* über einige einheimische Tertianaerkrankungen; im westlichen Bodenseebereich bei Radolfzell konnte *Gunstlo* Fälle ermitteln, und drei weitere sind aus der Gegend von Horb, aus Tübingen und Stuttgart bekannt. Sonst aber scheint unser Gebiet praktisch von einheimischer Malaria frei geblieben zu sein, und es fragt sich, ob überhaupt diesen wenigen Einzelfällen eine epidemiologische Bedeutung zugesprochen werden darf, ob sie ähnlich wie in Berlin oder Schleswig-Holstein Vorboten größerer Epidemien sein können oder aber in kurzer Zeit ganz abklingen werden.

Diese Frage ist um so mehr berechtigt, als auch in den Flußniederungen Südwestdeutschlands bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein die Malaria endemisch geherrscht und teilweise sogar epidemischen Charakter gehabt hat. Straßburg und Germersheim sind im Rheintal gefürchtete Fiebergarnisonen gewesen. Ulm, Ehingen und Riedlingen waren lange Zeit wegen ihrer Malaria berüchtigt. Im Neckartal litten vor allem Stuttgart, Cannstatt, Gaisburg und Lauffen unter teilweise schweren Sumpffiebern, und das Vorkommen endemischer Malaria in der Tübinger Gegend von Kirchentellinsfurt bis Kildberg im vergangenen Jahrhundert ist gleichfalls bekannt. Von 1850 bis 1860 trat das Fieber teilweise epidemisch auf, und auch Ulm erlebte 1860 nochmals ein starkes Aufflammen der Malaria (*Baumann, Fischer, v. Rembold, Schubert* u. a.).

In der 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts aber machte sich überall ein langsamer und stetiger Rückgang der Malaria bemerkbar, und seit der Jahrhundertwende sind auch Württemberg und Baden praktisch malariefrei. Die Ursachen dieses Seuchenrückganges sind vielfach erörtert worden; sie sind anscheinend mannigfaltiger, als in der Regel angenommen wird. Chiningebrauch, klimatische Einflüsse, Abnahme der Anophelen und Besserung der ländlichen Wohnverhältnisse sind für das Aussterben der Krankheit in Deutschland verantwortlich gemacht worden, und der Versuch, die epidemiologische Bedeutung der heutigen Malariavorkommen zu klären, muß notwendigerweise von einer Beurteilung der genannten Faktoren ausgehen.

Da ein säkularer Rhythmus und die Chininbehandlung der Bevölkerung in den gefährdeten Gebieten bei uns nicht entscheidend sind, müssen vor allem die klimatischen Zusammenhänge geprüft werden. Wie die Malaria eigentlich eine Krankheit der warmen Länder ist, so sind auch in der gemäßigten Zone oftmals warme Jahre malarie reich, kalte dagegen fieberarm. So folgt z. B. in Germersheim (1859, 1865 und 1868) die Zahl der beobachteten Malariafälle unmittelbar dem Verlauf der mittleren Sommertemperaturen (*Fischer*). Die Entwicklung der Plasmodien in der Mücke ist ja weitgehend temperaturgebunden und benötigt — für *Plasmodium vivax* — bei einer mittleren Temperatur von 20° C nur etwa 18 Tage, bei 16° C dagegen bis zu 2 Monaten, während unter 15—16° C eine Entwicklung der Parasiten in der Mücke nicht mehr stattfindet (*Martini, Reichenow*). Daraus wird einmal verständlich, daß in warmen Jahren die sehr viel raschere Entwicklung der Parasiten zu stärkerer Verbreitung der Malaria Anlaß gibt, zum andern aber, daß kalte Sommer mit einer mittleren Temperatur von weniger als 15—16° C der Malaria überhaupt keine wesentliche Ausbreitungsmöglichkeit mehr gewähren. Länder mit sommerlichen Temperaturmitteln unter dieser „malariogenen Grenze“ sind also praktisch malariefrei.

Eine Einschränkung finden diese Darlegungen allerdings durch die Tatsache, daß die Anophelen sich nach dem Blutsaugen noch mehrere Tage bis zur Reifung ihrer Eier vorwiegend in den Innenräumen aufhalten (*Eisentraut*), und somit dürfte für die

Entwicklung der Parasiten in der infizierten Mücke nicht nur das wechselnde Außenklima, sondern, mehr als bisher angenommen, das auch in kühlen Jahren ausreichend warme und konstante künstliche Klima der Wohnräume und Ställe maßgebend sein.

Für die Entwicklung der Mückenbrut dagegen vom Ei zur Imago, die wiederum bei hohen Temperaturen wesentlich schneller vor sich geht als in kalten Jahren, ist allein das Außenklima mit seiner Rückwirkung auf die Brutwässer entscheidend. Wenn bei einer Temperatur von 16—19° C die Entwicklung der Mücken etwa 30 Tage beansprucht, bei 24—27° C dagegen nur 14 Tage (*Martini*), so ergibt sich zwanglos, daß in warmen Sommern einige Anophelesgenerationen mehr heranwachsen können als in kühlen Jahren. Je höher aber in einem Malaria-gebiet die Zahl der Mücken ist, desto größer ist — auch bei gleicher Gametenrägerzahl und gleichem Infektionsindex der Anophelen — die absolute Zahl der infizierten Mücken und damit die Infektionsgefahr für den Menschen. Warme Jahre sind also malariareich, weil sie Mückenjahre sind, während kalte Sommer infolge ihrer Mückenarmut malariarm sind (s. auch *Martini*). Die Zahl der Anophelen ist also in einem Fiebergebiet einer der entscheidenden Faktoren der Malariabeseitigung.

Diese Beziehung zwischen Malarihäufigkeit und Temperaturmitteln legt die Frage nahe, ob nicht das Verschwinden der einheimischen Malaria auf ein Kühlerwerden der Sommer in der 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts zu beziehen ist. Tatsächlich scheint dies in Schweden (Absinken der Julimittel seit 1760 von 17,68° C auf 16,60° C) und manchen Gegenden Norddeutschlands der Fall zu sein (*Martini*). Für die innerdeutschen Malariagebiete aber, insbesondere für Süddeutschland, lassen die 10jährigen Sommermittel der letzten 120 Jahre (Stuttgart 1826 bis 1947) keineswegs eine gleichmäßige Abnahme erkennen, die für das Aussterben der Malaria irgendwie entscheidend sein könnte.

Ähnlich verhält es sich mit den Niederschlägen, deren Einfluss auf die Malariabewegungen oftmals erörtert worden ist. Wohl können in den trocken-heißen und regenarmen Ländern des Südens ausgesprochene Regenjahre besonders malariareich sein (*Celli*), wenn zahlreiche neu entstandene Mückenbrutplätze zu starker Vermehrung der Anophelen führen. Der regenfeuchte Norden aber läßt in der Regel derartige Zusammenhänge vermissen, und da bei uns oftmals die regenreichen Sommer kalt sind, so ist eine eindeutige Beziehung zwischen Niederschlägen und Malaria in Nordeuropa kaum festzustellen (*Fischer*). Vor allem läßt sich im Laufe des 19. Jahrhunderts eine Änderung der Niederschlagsmengen, die die Abnahme der Malarihäufigkeit verständlich machen könnte, nicht erkennen (*Meteorol. Jahrb. Würtbg.*). Mit klimatischen Änderungen allein kann also das Problem des Malariarückganges in Deutschland ganz und gar nicht befriedigend geklärt werden.

Für die Entwicklung der Anophelen und damit auch für die Ausbreitung der Malaria ist neben den klimatischen Eigenarten vor allem das Vorhandensein geeigneter Brutplätze erforderlich, deren Zahl, Ausdehnung und Beschaffenheit durchaus von den geographischen Eigenheiten des Endemiegebietes, also unmittelbar vom Landschaftsbild bestimmt werden. Dieses hat sich aber im Laufe der letzten 100 Jahre in Deutschland sehr wesentlich gewandelt. Das 19. Jahrhundert ist die Zeit der großen Flußregulierungen, der Bodenassanierungen, und in allen Niederungen gibt die Korrektur der Wasserläufe der Landschaft ein völlig anderes Gesicht. So war z. B. das badische Rheintal im Beginn des 19. Jahrhunderts eine stark versumpfte, von häufigen Überschwemmungen heimgesuchte „amphibische“ Landschaft, durch die sich der Fluß „in 1000 Armen“ hindurchwand (*Metz*), immer wieder neue Wege suchend und ausgedehnte, rasch verschliffene Sumpfbereiche mit zahlreichen Altwässern zurücklassend. Immer wieder wurden die an den Ufern liegenden, durch Hochwasser gefährdeten Siedlungen überschwemmt oder gar zerstört, und manches Dorf lag am Ende einer Reihe von Überschwemmungen auf dem andern Rheinufer; so sehr änderte der Fluß seinen Lauf. In den nassen und oft überschwemmten

Uferwiesen fanden sich zahllose Anophelesbrutplätze, die die Ausbreitung der Malaria begünstigten.

Mit der großzügigen Rheinkorrektur aber gewann die Landschaft ein völlig anderes Bild. Der Fluß wurde in geregelten Lauf gelenkt, und die Grundwasserstände sanken vielerorts um mehrere Meter. Wo früher Sumpf- und Überschwemmungsgebiete gewesen war, entstand bebauter Kulturboden, Schilfdickichte wurden durch fruchtbare Gärten ersetzt, die unzähligen Brutplätze und mit ihnen die Zahl der Anophelen nahmen ab, und langsam gingen im Laufe der Jahre die Malariakerkrankungen zurück. In der Garnison Straßburg, wo am Ende des 18. Jahrhunderts 80% der hospitalkranken Soldaten am Wechselfieber litten, betrug die Malariamorbidity 1840 noch 40%, 1870 nach Beendigung der Rheinkorrektur 2,5% und 1885 nur noch 0,5%. Die Änderung des Landschaftsbildes mit der nachfolgenden Abnahme der Anophelen ist also der entscheidende Faktor für den Rückgang der Malaria. Im Donautal bei Ulm hören die Wechselfieber nach Beendigung der großen Donaukorrekturen im Laufe von 1—2 Jahrzehnten vollständig auf (*Verwaltungsber. Würtbg., Volz, Wagner*); Cannstatt und Gaisburg werden malariareich nach der Trockenlegung des Cannstatter Wasens vor 100 Jahren (*Huttenlocher*), und in Lauffen am Neckar verschwindet das Fieber gleichfalls nach Beseitigung einer vor mehreren Jahrhunderten abgeriegelten Altwässerschlinge (*Wagner*). Auch im oberen Neckartal nimmt bei Tübingen die Zahl der Fiebererkrankungen ab, seit der Fluß eingedämmt worden ist (*Leube*). Ganz entsprechend ist die Entwicklung in andern Malariagebieten Deutschlands und überall nimmt mit Austrocknung des Landes, der fortschreitenden Senkung des Grundwassers (*Martini*), der Beseitigung von Festungsgräben, Sumpf- und Schwemmlandflächen und der verbesserten Bodenausnutzung die Dichte der Anophelen so sehr ab, daß diese bei der verhältnismäßig kleinen Zahl der Gametenräger nicht mehr ausreicht, die Malaria unter den bei uns herrschenden klimatischen Bedingungen im Gleichgewicht zu halten, und dementsprechend ist überall ein Rückgang der Erkrankungen eingetreten.

Aber noch eine weitere Erscheinung fällt auf, die zur Klärung des Malariaproblems beiträgt. Während früher die Mücken vorwiegend in den Wohnräumen der Menschen gefunden wurden, halten sie sich heute auch in anophelesreichen Gegenden ganz überwiegend in den Viehställen auf und saugen Tierblut (*Hackett* u. a.). Tatsächlich findet man auch heute in sehr vielen Dörfern unserer Heimat Anophelen, aber fast immer nur in Ställen und kaum je in den Wohnräumen der Menschen. Offenbar haben die Anophelen im Laufe der Zeit ihre Lebensgewohnheiten wesentlich geändert, eine Erscheinung, die weniger auf die Entwicklung sog. „zoophiler“ Rassen als vielmehr auf eine Änderung ihrer Lebensbedingungen zu beziehen ist (*Hackett, Tänzer und Osterwald*). In alter Zeit waren die Ställe vielfach zugige, undichte und kalte Bauten, während die Wohnungen der Menschen auf dem Lande warm, wenig gelüftet und feucht waren, so daß die thermophilen Mücken naturgemäß die wärmeren Wohnräume der Menschen aufsuchten, um Blut zu saugen. Mit Besserung der Wohnverhältnisse für Mensch und Tier aber sind die Wohnräume heller und luftiger geworden, die Ställe als massive Bauten dagegen dichter und wärmer, so daß die Mücken nunmehr aus dem gleichen Grunde in die Ställe abgewandert sind und Tierblut saugen. Diese Änderung der Wohnverhältnisse mit dem nachfolgenden Abwandern der Mücken in die Ställe dürfte ein weiterer wesentlicher Grund für die Abnahme der Malaria in den kultivierten Ländern sein. Begünstigt wird dieser Vorgang naturgemäß noch durch das beständige Anwachsen der Viehzucht im Laufe des 19. Jahrhunderts. So steigt z. B. in Württemberg von 1831 bis 1900 die Zahl der Rinder von 789 469 auf 1 021 452 und die der Schweine von 201 754 auf 514 121, ein Vorgang, der die „Viehableitung“ der Anophelen wesentlich begünstigen muß.

Diese Zusammenhänge ermöglichen die epidemologische Deutung der neu aufgetretenen Nachkriegsmalaria. Als entscheidend wurde die Dichte der Anophelen erkannt, deren Entwicklung bei uns in Nordeuropa, wo die Sommertemperaturen immer nahe

der malariogenen Grenze liegen, weniger von den klimatischen Einflüssen als von der Zahl und Beschaffenheit der Brutplätze abhängig ist; nicht einmal der heiße Sommer des Jahres 1947 war wegen seiner Trockenheit besonders malariereich. Daraus folgt aber, daß die Malaria unserer Breiten in zivilisierten Ländern nicht mehr überwiegend „kosmischen“ Gesetzen unterworfen ist; ihr Rückgang ist vielmehr vorwiegend Folge menschlicher Bodenkulturarbeiten. Wohl mögen vereinzelte feuchtwarme Jahre auch bei uns Malariaausbrüche in ihrer Entstehung begünstigen; im wesentlichen aber haben die großen Bodenassanierungen des 19. Jahrhunderts in allen früheren Fiebergebieten, die Besserung der Wohnverhältnisse und die Mehrung der Viehzucht eine so gründliche Abnahme der Anophelen bewirkt, daß die Voraussetzungen für erneute größere Malariaausbrüche nicht mehr gegeben sind, und solange der bisherige Stand unserer ländlichen Wohnkultur, der Viehzucht und Landwirtschaft erhalten bleibt, sind epidemische Malariaausbrüche oder die Wiederentwicklung ausgedehnter Endemiegebiete nicht zu erwarten.

Die aus dem Kriege heimgekehrten Gameträger können diese Auffassung nicht ändern. Ihre Zahl ist verhältnismäßig gering; zum andern heilt ja jede Malaria im Laufe weniger Jahre aus, die Rezidive werden schon heute äußerst selten, und unter neuzeitlicher Plasmodinbehandlung wird der Kranke in wenigen Tagen gametenfrei, so daß die Infektionsgelegenheit für die Anophelen sehr viel geringer ist als in früherer Zeit und in Kürze ganz behoben sein wird. Die Malaria ist auch heute eine sterbende Krankheit, die geringe Ausbreitung in der Nachkriegszeit wird wie nach dem ersten Weltkriege in kurzer Zeit abklingen, und ein in den meisten Gegenden durchaus erträglicher und ungefährlicher „Anophelismus ohne Malaria“ wird

bleiben, solange nicht schwere Umwälzungen der Landschaft zu einer sehr wesentlichen Vermehrung der Anophelen führen.

Diese Gefahr ist aber nur dort gegeben, wo als Kriegsfolge in einem Lande Zusammenbruch der Landwirtschaft, Versumpfung oder Verödung großer Gebiete eintreten. Erschreckend deutlich zeigen dies die großen Malariaepidemien in Rußland in den Jahren 1918 bis 1923, und es ist gleichfalls ohne weiteres verständlich, daß heute gerade in den vom Kriege zerstörten Gebieten mit ihren zahlreichen neu entstandenen Mückenbrutplätzen und ihren oft trostlosen Wohnverhältnissen bei fehlender Stallablenkung der Anophelen die Bedingungen für die Wiederausbreitung der Malaria besonders günstig sind. Für unser engeres südwestdeutsches Heimatgebiet besteht aber allem Anschein nach eine ernsthafte Malariagefahr bisher nicht. Die infolge des Krieges eingetretene Vermehrung der Anophelen ist äußerst gering, der Wohnraum ist, besonders auf dem Lande, größtenteils erhalten geblieben, und die Viehzucht hat bis heute einen Stand gehalten, der eine zuverlässige Stallablenkung der Mücken gewährleistet. Es ist daher anzunehmen, daß, sofern nicht unvorhergesehene Ereignisse eintreten, in unserem Gebiet mit weiterer Ausbreitung der einheimischen Malaria kaum zu rechnen ist, wie ja auch in den übrigen Gebieten mit Beseitigung der Kriegsfolgen in Stadt und Land eine rasche Abnahme der Malariafälle eintreten wird. Wirksam unterstützt kann diese Entwicklung durch sinngemäße Schnakenbekämpfung werden, die mit Einführung der derzeitigen hochwirksamen Vertilgungsmittel in eine völlig neue Phase gerückt ist.

(Literaturnachweise können beim Verfasser angefordert werden.)

Anschrift d. Verf. Tübingen, Neckarhalde 7.

Gedanken zur neuen französischen Sozialversicherung

(Ein Vergleich der französischen und deutschen Krankenversicherung.)

Von Dr. med. Rudolf Spuler, Karlsruhe

Die französische Sozialversicherung erlebte nach dem zweiten Weltkriege eine wesentliche Änderung.

Um den Wert dieser Änderung richtig ermessen zu können, ist es notwendig, die früheren Bestimmungen der Sozialversicherung in Frankreich zu skizzieren und auch die Neuerung der Sozialversicherung in Frankreich, so wie sie ihren Niederschlag in der Verordnung vom 19. Oktober 1945 im Journal Officiel gefunden hat, mit der derzeitigen deutschen Sozialversicherung zu vergleichen.

Da der Stoff aber sehr groß ist und auch noch nicht in allen Teilen uns voll bekannt ist, erscheint es angezeigt, hauptsächlich die Neuerung in bezug auf die Krankenversicherung eingehender zu betrachten.

Man kann nach dem bekannten Werk von Noel Fiessinger¹ in groben Zügen die Sozialversicherung in Frankreich im Hinblick auf die Krankenversicherung in folgende Gebiete untergliedern, die zum Vergleich mit der deutschen Krankenversicherung dienen können: Die Sozialversicherung auf dem Lande, der Arbeitsunfall, unentgeltliche medizinische Hilfe, Krankenhausmedizin, die Betreuungsstellen, die Sozialversicherung in Handel und Industrie.

Der wichtigste Zweig der Krankenversicherung war bislang die Krankenversicherung des Handels und der Industrie. 15 Millionen Franzosen aus Handel und Industrie waren in der Krankenversicherung zusammengefaßt und von dieser betreut. Seit 1942 bestand die Verpflichtung, bei einer gewissen Einkommenshöhe, die den Betrag von 3500 frs. monatlich nicht übersteigen durfte, in einer Krankenversicherung eingeschrieben zu sein. Dieser Grenzbetrag wurde stets geändert. Der Arbeiter hatte nicht wie etwa in Deutschland die Verpflichtung, in eine Kassenart zu gehen, sondern er konnte sich diese selbst wählen. Diese

Versicherungen ersetzen nach Vorlage einer Quittungskarte die vorauslagten Beiträge zu einem gewissen Prozentsatz, stets mußte der Patient einen kleinen Teil an den Kosten selbst tragen, was seitens der Ärzte und seitens der Versicherungen, selbst bei den Versicherten, als richtig angesehen wurde. Die Gründe hierfür sind klar: Das unnütze Rennen des Patienten zum Arzt wird hierdurch eingeschränkt, der Patient weiß selbst den Arzt einzuschätzen, er ist ja nicht gratis. Auch selbst übereifrige Ärzte, die bei dem deutschen Ersatzkassensystem, das ja glücklicherweise Einzelleistungen vergütet, durch unnütze häufige Besuche oder ungerechtfertigtes Herauswinden von Sonderleistungen geschäftstüchtig sein wollen, sehen sich so durch den Patienten überwacht, der ja Interesse daran hat, daß er nicht einen zu hohen Anteil selbst zu tragen hat. Auch das System der Kassenscheinausgabe (Krankenbehandlungsscheine) ist anders gehalten als in Deutschland. Die ärztliche Schweigepflicht ließen sich die französischen Ärzte niemals aus der Hand winden, sie beharren getreulich ihrem Ehrenkodex auf Einhaltung derselben. Die Ärzte tragen auf dem Belegschein Ziffern ein, die nicht etwa wie beim deutschen Militär deutlich die Krankheit erkennen lassen, sondern diese Leistungsziffern geben nur die Art etwa gleichgelagerter Verrichtungen an, die nach einem Schema aufgestellt sind und mit einer gewissen Summe Geldes honoriert werden.

Die französische Ärzteschaft ließ sich auch nie die Frage der freien Honorarvereinbarung aus den Händen winden, sondern sie forderte „freie Honorarvereinbarung mit dem Patienten“. Diese Forderung ist sehr gerechtfertigt, da ja der Arzt, sofern das Wort Honorar noch einen Schimmer von Bedeutung haben soll, sich nach den sozialen Verhältnissen des Patienten zu richten hat. Es kann dann nicht vorkommen, daß ein Prokurist als Mitglied einer Betriebskrankenkasse oder einer Ortskrankenkasse, wie in Deutschland, sich zu denselben Tarifen behandeln läßt, wie ein einfacher Arbeiter, der nicht in der Lage sein

¹ Les Directives de la Médecine Sociale, Masson et Cie, Paris 1945

wird, irgendwelche höheren Zahlungen an den Arzt zu leisten, und gerade den Minderbemittelten hat ja in besonderem Maße die Fürsorge der Ärzte zuteil zu werden.

Das Wort Honorar ist hier noch absolut gesichert und auch das Honorar selbst als solches ist nicht eine Bezahlung, die nach den Mindesttarifen geregelt wird, sondern nach der sozialen Lage des Patienten.

Da nun einmal Frankreich die Offenheit liebt und jede unnütze Gewaltherrschaft oder Vorherrschaft irgendwelcher Seite ablehnt, so müssen alle Kassen (Versicherungen) ihre Leistungen anschlagen. Man stelle sich dies einmal in Deutschland vor, wo gerade die RVO-Kassen eifrig bemüht sind, ihren Mitgliedern die sehr, sehr niedern Pauschsätze, für die die Ärzte arbeiten müssen, vorzuenthalten. So ist es nicht zu verwundern, daß in Deutschland etwa 95% der RVO-Krankenkassenmitglieder nicht wissen, daß der Arzt für einen Behandlungsschein eine sehr niedere Gebühr erhält, gleichviel ob die Behandlung lange dauert oder nur sehr kurz.

Frankreich ist eben in dem Begriff der Freiheit Deutschland unbedingte über. Die französische Ärzteschaft würde es sich auch streng verbitten, wenn ihr ein Vertrag oder Burgfriede zugemutet werden sollte, der den Ärzten verbietet, über Honorarfragen mit den Patienten zu verhandeln. Das kommt in dem ausgezeichneten Referat des bekannten Arztes Docteur Drouet² zum Ausdruck, das dieser 1945 in Paris hielt. Die neue Versicherungsordnung, wenn man diesen Ausdruck schon gebrauchen darf, strich den Ärzten gewisse Rechte ab, bewahrte aber streng die Ehrenforderungen der Ärzte: Freie Arztwahl, Verordnungsfreiheit, Schweigepflicht und freie Honorarvereinbarungen.

Wir werden in der nachfolgenden Durchsprechung der „Ordonnance du 19 octobre 1945“ sehen, daß diese Forderungen sichergestellt sind, vor allem aber jedes unehrliche Spiel vermieden ist, daß Klarheit über die Honorierung der Ärzte bei den Patienten herrscht, was keinesfalls in Deutschland der Fall ist, wobei bemerkt sein muß, daß hier geradezu elementare Begriffe der Demokratie fehlen, absichtlich geknebelt werden. Es darf nicht verwundern, wenn große Staatsmänner des Auslandes feststellen, daß Deutschland noch nie eine wirkliche Demokratie kannte, und das ist richtig. —

Die Ordonance du 19 octobre 1945 sagt in dem Titel I, Art. 2: Versicherungspflichtig in der Sozialversicherung sind ohne Rücksicht auf Alter und Pensionsberechtigung alle Personen französischer Nationalität beiderlei Geschlechts, gleichgültig, ob es sich um Arbeiter oder Angestellte handelt, wo sie arbeiten, ob sie für einen oder mehrere Arbeitgeber arbeiten und ohne Rücksicht auf Art und Höhe ihres Einkommens, Form, Art und Rechtsgültigkeit ihres Vertrages.

Man sieht hier, daß die SV (Sozialversicherung) in Frankreich ähnliche Wege, was den Mitgliederbestand anbetrifft, gegangen ist, wie es der sowjetrussisch besetzte Teil Deutschlands auch tat. Die freie Wahl der Krankenversicherung ist somit dem Werktätigen genommen.

Besonders deutlich aber kommt im Artikel II, Leistungen, der Unterschied der Gedankenwelt und des Ehrgefühls zwischen Deutschland und Frankreich zum Ausdruck.

Nach Art. 8 wählt der Versicherte frei seinen Arzt. Irgendwelche Zwangsmaßnahmen gibt es nicht. Bestrebungen, wie sie in Deutschland derzeit im Gange sind, einen erheblichen Teil der Ärzte nicht zu Kassenärzten zu machen, wenn die SV-Reform durchginge, beweist, daß es den deutschen Trägern der SV um Eroberung eines Machtbereiches ankommt, in dem sie allein bestimmen wollen, was, wie man erkennt, in Frankreich neuerlich nicht der Fall ist.

Der Art. 10 läßt uns feststellen, daß in den verschiedenen Departements die Ärzte im Einvernehmen mit der SV die Tarife festsetzen, da ja die verschiedene Struktur der Wirtschaft und des Verkehrs in den recht unterschiedlichen Landschaften Frankreichs eine Regelung nach den örtlichen Verhältnissen als notwendig erscheinen läßt. — Deutlich hebt sich dieser Beschluß von den bisher in Deutschland geübten Verfahren des Abschlus-

ses mit dem Haupt einer Ärztführung oder vor 1933 mit einer Ärzteschaft ab, der dann für alle deutschen Ärzte Gültigkeit hatte. Dies ist heute noch für die Ersatzkassen der Fall, die einheitlich nach einer Gebührenordnung zahlen, was die ambulanten Behandlungen anbetrifft. Gerechter ist hier auch wieder das Vorgehen der französischen SV, die den örtlichen Verhältnissen stets Rechnung trägt und tragen wird.

Art. II stellt fest, daß die Krankenhausrate regional festgesetzt werden, und zwar im Einvernehmen mit allen interessierten Kreisen. Es werden somit die berechtigten Interessen der Privatkanneanstalten bewahrt, die sich nicht der hohen Unterstützungen durch Gemeinde und Staat erfreuen und mit erheblichen kleineren Mitteln auskommen müssen, und dies bei gleichen, wenn nicht gar besseren Leistungen. Gerade dies ist für eine ins Auge zu fassende Revision der Verträge in süddeutschen Gemeinden und Landesbezirken wichtig, woselbst durch Druck von öffentlichen Krankenhäusern die Tarife für die Privatanstalten genau so tief gehalten werden, da die Kassen drohen, sonst eben den privaten Häusern keine Einweisungen seitens der Kassen zu genehmigen. Sie vergessen aber, daß die Gemeinden meist Millionenbeträge in den Großstädten zuzahlen, um die städtischen und staatlichen Anstalten lebensfähig zu erhalten.

Der Art. 12 stellt die Gebühren fest, die dem Arzt zustehen, wobei der Art. 13 im Anschluß feststellt, daß der Arzt, wenn er diese Gebühren überschreitet, auf Antrag des Versicherten wie auch der SV dazu aufgefordert werden kann, die Gründe für die Erhöhung des Honorars anzugeben. Es wird ausdrücklich erwähnt, daß damit besonders schwierigen Verrichtungen, erhöhten Leistungen oder ausgewählten Kenntnissen Rechnung getragen wird.

Dies vermessen wir ganz in der deutschen Sozialversicherung, auch insbesondere in den Reformvorschlägen, woselbst die Leistung des Arztes als Arbeitsleistung gewöhnlicher Art eingeschätzt wird, eine typisch preußisch-deutsche Mißachtung der Leistung und des Könnens. Überhaupt ist in der RVO nicht die Zahlung von Einzelleistungen vorgesehen wie in der französischen SV, was einzig und allein gerecht ist. Es ist kaum anzunehmen, daß ein französischer Arzt sich derartig schäufel von der SV behandeln ließe und Können und Fleiß, Mut und Verantwortung mit 4.— Mark pro Krankenschein abspesen ließe, wie dies sein deutscher Kollege tun muß.

Der Kostenersatz für Medikamente wird in Art. 14 festgesetzt. Hier muß auch der Patient, genau wie bei dem Arzthonorar, einen kleinen Anteil selbst tragen. Die Kosten werden an den erstattet, der sie verauslagt hat. Also in Frankreich grundsätzlich an den Patienten, da einzig und allein er mit dem Arzt zu tun hat und seine Ansprüche dann wieder an die SV geltend machen kann. Dies hat so ungeheuerlich viel für sich, daß es nützlich erscheint, auf die Bedeutung dieser Einrichtung näher einzugehen.

Der französische Patient kommt zu seinem Arzt, den Schein vorlegend, der Arzt verlangt gleich sein Honorar für die in Frage gekommene Leistung, trägt die Gruppennummer auf dem Quittungsschein ein, der im Besitz des Patienten bleibt. Der Patient entrichtet das Honorar gleich an den Arzt. Nach Abschluß oder auch zwischen der Behandlung kann er zu der SV gehen und sich den Pflichtanteil derselben auszahlen lassen. Er weiß also immer, was der Arzt verlangt, er zahlt seinen Anteil von ca. 20% an dem Honorar und auch den Arzneien, er wird nicht in normalen Zeiten unnützlich oft zum Arzt gehen, da er einen kleinen Teil der Kosten selbst zu decken hat, auch wird er peinlich darauf bedacht sein, daß der Arzt nicht zuviel an ihm „herumdoktert“, da dies ja sein Geld kostet, er wird, wie sicherlich anzunehmen sein wird, die noch zu Hause befindlichen Medikamente aufbrauchen, bevor er sich neue gleicher Art verschreiben läßt. Ganz von diesem Umstand abgesehen, ist aber noch von Wert, daß der Patient weiß, daß der Arzt die Versicherung wie ihn etwas kostet, er weiß sogar, wieviel und bekommt dies zu spüren. Er wird also dem Arzt gegenüber einen ganz anderen Standpunkt beziehen, eine andere Achtung vor demselben haben. Die Versicherungen selbst haben durch dieses System einen Vorteil. Der

² Les assurances sociales du commerce et de l'industrie, Masson et Cie, Paris 1945

Patient überwacht selbst die Handlung des Arztes, er achtet selbst darauf, daß keine unnützen Kosten verursacht werden.

Man könnte den Einwand machen, daß in Deutschland auch der Patient einen Teil der Kosten zu tragen hätte, indem er eine jeweilige Gebühr von 25 Pf. für den Krankenschein und für das Rezept zu zahlen hat. Dieser Einwand ist aber nicht stichhaltig. Die Gebühr ist für lange Zeit einmalig und zwingt den Patienten in keiner Weise so zu denken, wie es der Franzose, wie oben dargelegt, tun muß und wird. Außerdem gibt es viel zu viel Ausnahmen in der Entrichtung der Gebühren.

Bewußt wurde dieses „billet modérateur“ in Frankreich beibehalten. Die Versicherung wie die Ärzteschaft, auch sicherlich die ordentlichen Patienten, waren sich des Wertes dieses „Bremschuhes“ bewußt, er ist fest in der SV verankert worden. — Es ist dringend zu wünschen, daß dies auch in Deutschland geschehe.

Auch sind die Tarife, die den Ärzten gewährt werden, durchaus nicht gleich. Die Patienten sind in verschiedene Gruppen eingeteilt, je nach ihren Einkommen, der Arzt wird auch dementsprechend honoriert, ja, honoriert und nicht bezahlt, wie in Deutschland. Die Ersatzkassen zahlen wohl in Deutschland Einzelleistungen, aber jeweils nur die niedersten Tarife, was nicht einleuchtet, da somit das Wort Honorar ja keinerlei Berechtigung mehr hat. Die deutschen Ärzte ließen sich dies Wort aus der Hand winden, man speist sie mit einer Gebührenordnung ab. Etwas Derartiges ließe sich die französische Ärzteschaft kaum bieten. Dort hält man auf seine Ehre. Soziales Gefühl? Ein so geflügeltes Wort in Deutschland in der Bekämpfung der Arztrechte. — Gerade das Vorgehen der französischen SV ist sozial gerecht, der Bessergestellte zahlt mehr wie der Minderbemittelte. Das ist sozial. — Aber gerade in Deutschland hält man all diese Probleme ängstlich den Versicherten vor, man weiß schon warum. Welcher Grund wäre dafür anzuführen, daß der Arzt nicht das Honorar mit dem Patienten vereinbart, natürlich in gewissem Rahmen? Es gibt Schönredner, die sagen, das Wort Honorar gehöre nicht in die Sprechstunde. Das ist die typische Überheblichkeit der Deutschen, aber, und dies sei betont, dieses Schlagwort wird nur von denjenigen gebraucht, die Interesse daran haben, daß der Patient nicht die Wahrheit erfährt. Einige Törichte reden es nach. Wenn der französische Arzt dies kann, der englische es macht, warum soll dies nicht für den deutschen auch angängig sein? Als ob der deutsche Arzt so ungeheuer feinfühlig wäre wie seine anderen europäischen Kollegen!

(Man konnte dies nicht unter allen Umständen im Kriege feststellen.) —

Ein so weites Eingehen auf diese Frage war notwendig, um gerade eines der wesentlichsten Merkmale der französischen SV richtig zu beleuchten.

Im selben Geist ist auch der Artikel 16 abgefaßt, der besagt, daß Krankenhausbehandlung zu den gleichen Tarifen gewährt wird, wie sie für selbstzahlende Kranke der entsprechenden Gruppe in Frage kommen.

Ein Druck auf die Krankenhäuser wurde somit nicht ausgeübt. Ein Reservatrecht für Krankenkassen gibt es also nicht. In Deutschland waren es gerade die Kassen, die die Krankenhäuser durch die verschiedensten Wege zwangen, gewisse an und für sich untragbare Tarife anzunehmen. Die Überschüsse der Kassen wurden ja nicht nur im Dritten Reich Hitlers in Darlehen an bedenklich schlechte Regierungen abgegeben, sondern auch schon im Zweiten Reich machte Brüning eine 50 Millionen Anleihe bei den Kassen, was allzu gerne heute verschwiegen wird — von den Kassen (RVO) selber.

In Kapitel II, Art. 24 wird der Anteil des Patienten an den Arztkosten einheitlich auf 20% festgesetzt.

Alle anderen Bestimmungen, über die Zeit der Gewährung von Krankengeld, von Heilmitteln, Kuren usw. sind ähnlich den deutschen, so daß nicht besonders darauf abgehoben werden braucht. Auch bilden die kleinen Unterschiede keine Handhabe für einen Beweis anderer Auffassung, eine Auseinandersetzung mit diesen kleinen Unterschieden erübrigt sich daher.

Es erschien interessant, die markantesten Unterschiede in der Krankenversicherung der SV in Frankreich und der in Deutschland herauszustellen und hervorzuheben. Sie können vielen Deutschen zeigen, daß andere Länder das Problem der Sozialversicherung sehr gut zu lösen verstehen, ohne dadurch die Ärzte herabzuwürdigen und zu Arbeitnehmern der SV zu machen; man nehme sich an der Offenheit Frankreichs ein Beispiel, an dem unumstößlichen Ehrgefühl der französischen Ärzte und an dem Anstand der SV, die keinen Terror auf die Ärzte auszuüben bestrebt ist. Wirklich, die französische Krankenversicherung (in der Fassung vom 19. Oktober 1945) beleuchtet die Brennpunkte der Auseinandersetzung zwischen den Befürwortern und den Gegnern der Sozialversicherungsreform in Deutschland. Sie ist als Muster sehr beachtenswert.

Vom Insulin und seinen pflanzlichen Ersatzstoffen

Von Dr. med. Karl H. S r o k a, Singen

Der Diabetes mellitus — die Zuckerkrankheit — ist so alt wie die Menschheit selbst. Im Jahre 1889 vermochten Mehring und Minkowski im Tierexperiment dann auch den künstlichen Diabetes mellitus nachzuweisen, der in allen Symptomen durchaus dem des Menschen entsprach. Der Inkretcharakter des Wirkstoffes der Bauchspeicheldrüse wurde von ihnen durch die neuerliche Verpflanzung des extirpierten Pankreas unter die Haut des Versuchstieres bewiesen, denn so konnte der Ausbruch des Diabetes wieder verhindert werden.

Jahrelang arbeitete Minkowski selbst daran, den spezifischen Pankreaswirkstoff zu isolieren. Seine Extrakte waren aber immer zu ausgesprochen gewebsschädigend, zu toxisch also. Den Amerikanern Banting und Best war es dann im Jahre 1920 in Macleod in Toronto-Kanada beschieden, diesen Wirkstoff in tatsächlich brauchbarer und für den Menschen unschädlicher amorpher Form zu extrahieren. Diesen einmaligen Erfolg erreichten sie vor allem dadurch, daß sie die Fermentwirkung der eiweißaufspaltenden Fermente des Pankreas, die ja bei der Bearbeitung der Bauchspeicheldrüse das Insulin selbst abzubauen imstande sind, durch Lösungen von saurem Alkohol eliminierten.

1923 entdeckte Collip im Pflanzenreich eine Reihe von Kräutern mit insulinähnlichen Wirkstoffen, die von ihm Glukokinine

genannt wurden. Allerdings konnte Collip diese Substanzen nur in spürbar schwächerer und nicht immer wirkungsausreichender Form extrahieren. Zwei Jahre später war es Abel, der Insulin dadurch in kristallisierter Form herstellte, daß er die amorphe Insulinsubstanz mit kleinen Mengen Zn, Cd oder Co behandelte, wodurch er die lockere Verbindung Insulin-Zn oder Co und damit auch die Molekularordnung zum Kristallgitter erreichte. Später führte Abel die Kristallisierung des Insulins auch durch die Gegenwart von Brucin mit Hilfe von Lösungen in 20prozentiger Essigsäure, Mischungen mit 13,5 Prozent Pyridin, Zusatz von 0,6 Prozent Ammoniak und Waschungen mit absolutem Alkohol herbei. Zwar ist das Abel'sche kristallisierte Insulinpräparat keineswegs wirksamer als die Banting-Best'schen amorphen Präparate, jedoch ist es von lipoid- und proteinartigen Substanzen entlastet. Das Insulin ist in reiner Form ein Eiweißkörper von dem Molekulargewicht 20 000. Während seine Konstitution noch unbekannt ist, gibt J. J. Abel in den Journ. Pharmacol. die Summenformel so an: $C_{45}H_{69}O_{14}N_{11}S \cdot 3H_2O$.

Der Sp. seines kristallisierten Präparates liegt um 233° C. In diesem umfangreichen Eiweißkörper Insulin ist die eigentliche wirksame Substanz, die prosthetische Gruppe, nur ein kleiner Teil des ganzen Körpers. Bisher sind alle Versuche, diese allein

wirksame Gruppe von dem übrigen Körper abzutrennen, noch gescheitert. Wenn man das Insulin einer Acetylierung, Veresterung und Umsezung mit Formaldehyd unterzieht, erreicht man seine Inaktivierung und kann diese auch teilweise durch Wiederabspaltung der eingeführten Substanzen aufheben und das Insulin regenerieren. Wird Insulin der Hydrolyse unterzogen, so entstehen wie bei anderen Eiweißkörpern Aminosäuren. Hier finden wir diese Zusammensetzung: Lysin 2 Prozent, Arginin 3 Prozent, Histidin 8 Prozent, Cystin 12 Prozent, Tyrosin 12 Prozent, Glutaminsäure 21 Prozent und Leucin 30 Prozent. Der Anteil an Schwefel macht 3,20 Prozent aus, den wir in Disulfidgruppen vorfinden.

Schon immer war in Deutschland die Insulinerzeugung ungenügend, so konnte beispielsweise in den Jahren 1943/44 bei einem Bedarf von 1,2 Milliarden Insulin-Einheiten nur 900 Millionen Einheiten produziert werden. Die Ausgangsbasis für die Insulinerzeugung bildet ja die Bauchspeicheldrüse der Säugetiere und der Fische. Insbesondere die Fische liefern eine insulinreiche Pankreas. Und hier sind es wieder die Knochenfische, die uns ein dankbares Ausgangsmaterial in die Hände geben, liegen doch bei ihnen die Langerhans'schen Inseln, der allein insulinproduzierende Anteil der Bauchspeicheldrüse, schon von Natur aus von der Pankreas isoliert.

Bevor wir das Insulin kannten, mußten wir die Krankheitserscheinungen der Zuckerkrankheit u. a. mit mancherlei Tees und Tinkturen aus dem Pflanzenreich bekämpfen. Unsere jetzt so notwendige Selbstbesinnung auf die uns noch verbliebenen Möglichkeiten hat uns auch in starkem Maße wieder zur Heilpflanzenkunde zurückgeführt, die in den vergangenen Jahrzehnten durch ernste wissenschaftliche Forschung einen entscheidenden Vorstoß zur Gleichberechtigung mit den anderen Zweigen der Heilkunde gemacht hat. Neben den schon länger bekannten insulinähnlich wirkenden Drogen ist es in neuerer Zeit vor allem der Mais, der hier unsere Aufmerksamkeit fesselt und die Behandlung des Diabetes ausschlaggebend zu unterstützen verspricht. Die antidiabetischen Wirkstoffe sitzen in den Blütenorganen der Maisgriffel. Bisher wurden nach Paride Perti (Boll. chim. farm.) diese Inhaltsstoffe der Maisgriffel isoliert: Alkaloid bis 0,05 Prozent, ätherisches Öl 0,08—0,12 Prozent, glukosidischer Bitterstoff 0,8—1,15 Prozent, fettes Öl 1,85—2,55 Prozent, Harz 2,25—2,78 Prozent, Saponine 2,25—3,18 Prozent, gummiartige Stoffe 2,65—3,80 Prozent, Gerbstoffe 3,55—4,15 Prozent, reduzierende Zucker 3,55—4,15 Prozent, Mineralstoffe 4,85—5,25 Prozent, Feuchtigkeit 11,0—15,0 Prozent, der Rest besteht aus Zellulose. An anorganischen Bestandteilen fand man neben Spuren von Mangan 13—18 Prozent lösliche Kieselsäure und 34—42 Prozent Kali. Im ätherischen Öl fand sich bis zu 18 Prozent Carvacrol, im fetten Öl Aradin- und Linolsäure; diese Säuren wirken in Mengen von 10—15 g als mildes Abführmittel. Während unser Arzneischatz bisher die *Zea Moidis* nicht kennt, ist der Mais in Brasilien, wo er ja eine lebensnotwendige Kulturpflanze darstellt, sowohl in der Volksheilkunde wie in der Schulmedizin ein wichtiges Arzneimittel. So liefert der Griffelgummi nach vorangegangener Säurebehandlung Xylose, die der Grund dafür ist, daß der Fluidextrakt der Gesamtdroge in Gaben von 5—15 g ein harntreibendes, gut entwässerndes Mittel ist. Während das Harz nur mild schleimhautreizend wirkt, hat der Genuß der Maisgriffel-Abkochung von 0,01/100 auf Grund der Saponine schon nach fünf Minuten eine sich immer mehr ausbreitende Totalhämolyse der Blutkörperchen zur Folge. Das Alkaloid ruft psychische Erregungen hervor, was die Indianer als Zusatz zum echten Tabak für ein starkes Rauschmittel seit ältesten Zeiten ausnützen. Seine adstringierenden Gerbstoffe lassen sich mit Eisenchloridlösung brauchbar grün färben, diese Gerbstoffe einer Kalischmelze unterzogen liefern Brenzkatechin. Der reduzierende Zucker ist übrigens Arabinose.

Als weitere aus Amerika stammende Pflanze, deren Inhaltsstoffe dort als antidiabetisch gelten, findet auch bei uns das Kakteenwachsende *Opuntia Phaeacantha*, volkstümlich „prickly pear“, der gewöhnliche Feigenkaktus, benannt, immer mehr in der Arzneimittellkunde Eingang.

Und in China ist die *Aralia chinensis* L. par. *glabrescens* mit anerkanntem Erfolg in der antidiabetischen Anwendung gut bekannt. Auch hier wäre zu hoffen, daß die Wirkstoffe dieser Pflanze bei uns bekannter werden könnten, wird sie doch in Ostasien sehr geschätzt. Nach Angaben des Journ. pharmacol. Soc. (Japan) ist es vor allem das β -Tarolin, worunter wir im Gegensatz zum α -Tarolin als wasserlöslichem Saponin ein wasserunlösliches Saponin verstehen, das, wenn es nicht schon selbst eine hyperglykämische Wirksamkeit entfaltet, so doch diejenige des Insulins zu unterstützen vermag. Als weitere Inhaltsstoffe vermodte man bisher Cholin, eine schleimige Substanz, und die Protokatechusäure zu isolieren.

An der Spitze der bisher in Mitteleuropa schon bekannten mannigfachen pflanzlichen antidiabetischen Drogen stehen die Bohnenschalen, die Hülsen der reifen Früchte also, *legumina Phaseoli*. Wir führen ihre recht brauchbare Senkung des Blutzuckerspiegels bei peroraler Darreichung auf das Guanidin und auf Aminosäuren zurück, von welchen das Arginin, eine α -Amino- δ -guanidinisovaleriansäure am wirkungsvollsten ist. Als weitere Wirkstoffe finden sich in den Bohnenschalen: Blausäure, Kieselsäure, Kalium und Phosphorsäure (Untersuchungen von W. Peyer und U. Weber). C. Wehner (Die Pflanzenstoffe, Jena) fand in den unreifen Bohnenhülsen 1,16 Prozent Zucker als Saccharose und 0,75 Prozent Inosit. Angaben des Apothekers Gnadt-Berlin berichten, daß die Asche der reifen Samenbohne 5—12 Prozent CaO und 27—46 Prozent P_2O_5 enthalten, die Asche des Bohnenkrauts 20 Prozent SiO_2 und 42 Prozent CaO. Nach Wehner beinhalten in den ersten Stadien ihrer Entwicklung die Fruchthülsen Allantoin, Arginin, Asparagin, Cholin, Leucin, Lysin, Nukleinbasen, Trigonellin, Tyrosin und weitere Substanzen, die insgesamt beim Reifungsvorgang in die Samen übertreten. Die Samen selbst enthalten noch: Cholesterin, p-Galaktan, Lezithin, Phaselin, Phascolin, Proteosen, Saccharose, Hämaglutinin-Phasin, Zitronensäure, Dextrin, Pentosane, ein raffinoseähnliches Trisaccharid und ein nicht reduzierendes, Schleimsäure lieferndes Kohlehydrat, p-Phytosterin und Phasol, auch Monoaminofettsäuren, Hemizellulose (bis 48,6 Prozent), Asparagin, Tryptophan, Tyrosin finden sich in den Samenschalen.

In der Literatur finden wir Arbeiten diabetischer Wirksamkeit der Aufgüsse von Bohnenschalen von H. Gehr, O. Geßner, O. Hartleb, L. Hilgenberg, E. Kaufmann, E. Otto. Letzterer Autor berichtet, daß auch grüne und noch unreife Bohnenschalen im Tierversuch den Nüchtern-Blutzucker zu senken vermöchten. In der Praxis werden sowohl Bohnenschalenabkochungen als auch der Fluidextrakt verwendet. Beide Darreichungsformen sind selbst in großen Dosen unschädlich, beide wirken vom Magendarmkanal aus.

Die Zahl der weiteren einheimischen pflanzlichen Insulin-Ersatzstoffe ist groß und sehr mannigfaltig. In erster Linie gehören hierzu die Heidelbeere, *Vaccinium Myrtillus* — und zwar nicht die Früchte, die als brauchbares Antidiarrhoicum bekannt sind, sondern die Blätter, weiter die Samen der Saat-Wicke, *Vicia sativa*, das Kraut und die Samen der Geißbraute, *Galega officinalis*, die ihre Hauptstandorte in Sachsen, Böhmen und Schlesien hat, das schöne goldgelbe Fingerkraut, *Potentilla aurea*, das Kraut der Artischocke, *Cynara scolymus*, endlich der Extrakt der Wurzel von *Polygonum officinale* und *multiflorum*. In jüngerer Zeit hat man festgestellt, daß das Vitamin B und in abgeschwächtem Maße auch das Vitamin C, insbesondere aber beide Vitamine kombiniert, den Blutzuckerspiegel senken.

Und auch eine weitere ausländische Heilpflanze soll noch Erwähnung finden, die Rinde und der Extrakt aus *Cortex Syzygii Jambolani*, die in der Kombination mit Diguandinverbindungen recht gut bekannt sind.

Aber nicht nur synthetische Verbindungen und natürliche pflanzliche Substanzen verfügen über antidiabetische Kräfte, sondern auch verschiedene anorganische Stoffe werden hier durchaus ernst genommen. So berichten Häußler und Schney (Biochemische Zeitung) über eine erhebliche Verstärkung der Insulinwirkung

auf die Glykosurie und die Hyperglykämie des Menschen durch die Beigabe von 10—20 mg Kupfer. Die wirksamste Form des Kupfers ist hier das Kupfersulfat. Ebenso anerkannt ist die Darreichung des Siliziums. Die Bauchspeicheldrüse enthält übrigens Silizium als SiO_2 in der Menge von 13,34 Prozent und übertrifft damit den Siliziumgehalt aller anderen Organe bedeutend. Diese Siliziumbehandlung ist verhältnismäßig alt, beschäftigte sich doch schon 1873 der Engländer F. R. Batty mit dem Problem der Darreichung des Siliziums bei der Zuckerkrankheit; 1914 dann allerdings ebenso erfolglos Kahle. Aba von Sztankay (Debreczin-Ungarn) fand endlich die wirksame Form des Siliziums im Calciummetasilikat $\text{Gel } 3 \text{ CaSiO}_3 \cdot 5 \text{ H}_2\text{O}$. Und auch die Hefe sollte hier als Rohstoffquelle für die Auseinandersetzung mit dem Diabetes mellitus nicht übergangen werden. Die Zubereitung der Hefe auf biologischem Wege durch Bazillen, so den *Streptococcus lacticus*, den *Bacillus lacticus* und das *Bacterium lactis aerogenes*, sind hier ebenso erfolgversprechend wie die chemische Aufarbeitung durch Extraktion unter Erwärmen auf 20°C nach vorangegangener fermentativer des Eiweiß.

Die Tatsache, daß das Insulin besonders günstig aus dem Pankreas von Fischen gewonnen werden kann, hat den Ungarn Ladislaus Faltay auf den Gedanken gebracht, Antidiabetika aus den ambrartigen Gewächsen von allerlei Seetieren, so vor allem von Krebsen, Schildkröten, Polypen, Muscheln, auch Walfischen

zu gewinnen. Hier zeigt sich eine Mischung mit Gynocardiaöl besonders heilkräftig.

So hat die wissenschaftliche Erkenntnis eine recht umfangreiche Anzahl von Austauschmitteln für das Insulin erfaßt, von denen gerade den natürlichen pflanzlichen Stoffen, den mannigfachen Heilkräutern also, hohe Bedeutung zukommt. Trotz der bemerkenswerten Wirksamkeit dieser antidiabetischen Drogen würde es jedoch einen Rückschritt bedeuten, wollte man die auf so großer Höhe befindliche Insulin-Diätbehandlung des Diabetes einschränken. Denn nach wie vor vermögen wir nur durch das Insulin den Diabetiker voll leistungs- und arbeitsfähig zu halten.

Auch die Unbequemlichkeit der „ewigen Spritzerei“ für den Patienten kann kein Grund sein, die Insulinbehandlung auch nur im geringsten einzuschränken, wenn sie möglich bzw. nötig ist; sie kann jetzt durch die Depot-Insulin-Behandlung spürbar erleichtert werden. Was die Ersatzmitteltherapie besonders bei dem heutigen Insulinmangel erzielen kann, vor allem die Bohrenschalen-, Maisgriffel- und Silizium-Behandlung, dann überhaupt eine Diabetikerdiät, welche reich an Gemüse ist, ist erstens eine beträchtliche Insulinersparnis, die man mit 50 Prozent nicht überbewertet — im Einzelfall etwa von 60 E. auf 30 E. —, zweitens ein Rückgang der diabetischen Hyperglykämie und Glykurie und drittens eine Stärkung und Besserung des Allgemeinbefindens überhaupt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. med. Kurt-Heinz Römer: „Das Antibiotikum Penicillin.“ Seine Eigenschaften und Wirkungen, seine therapeutische Verwendbarkeit. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-München-Wien.

Die Penicillinliteratur ist derart angeschwollen, daß selbst der, dem das angelsächsische Schrifttum zugänglich ist, sie kaum mehr überblicken kann. Zudem ändern sich in einer so fließenden Materie die Ansichten über Methoden und Erfolge fast von Monat zu Monat. Das Bedürfnis nach einer umfassenden Übersicht ist daher sehr groß. So greift man gespannt zu diesem Büchlein. Man findet auch eine ganz gute Darstellung von den Antibiotica und von den Eigenschaften, der Gewinnung und Testung des Penicillins, jedoch ist man davon enttäuscht, wie die praktische Penicillintherapie behandelt wird. Einzelberichte sind aneinandergereiht, es fehlen kritische Zusammenfassungen; dazu verfällt der Autor in den Fehler, der in vielen Referaten in Zeitschriften heute leider immer noch gemacht wird: englische Fachausdrücke und Einteilungen werden so übernommen, daß sie den meisten deutschen Lesern unverständlich bleiben. Es scheint sogar, daß sie dem Autor selbst nicht überall klar geworden sind, sonst könnte er nicht Seite 38 intralumbale Verabreichung von Penicillin in Gegensatz zu intrathekaler setzen, die Endokarditis lenta und die subacute bakterielle Endokarditis als zwei verschiedene und die kruppöse, die lobäre und die Pneumokokkenpneumonie als drei verschiedene Krankheiten abhandeln. Dazu kommen andere Ungenauigkeiten, z. B. wird das Pleuraempyem als Lungenempyem bezeichnet.

Trotz solcher Schönheitsfehler, die hoffentlich in einer sicher bald notwendigen neuen Auflage bereinigt werden, ist die fleißige Zusammenstellung wertvoll und entspricht einem dringenden Bedürfnis.

Prof. Dr. Dennig, Stuttgart.

Prof. Dr. med. Otto Veit: „Über das Problem Wirbeltierkopf.“ Thomas-Verlag, Kempen-Niederrhein, 1. Aufl. 102 S., 150 Abb., 1947.

Das Kopfproblem behandelt die Frage, wie es im Stamm der Wirbeltiere zur Bildung des Kopfes und zu seiner Um- und Weiterbildung kam. — Die Schrift beginnt mit einem kurzen Überblick über die historische Entwicklung der ganzen Fragestellung, an deren Anfang die Goethe-Oken'sche „Wirbeltheorie des Schädels“ steht. Indem diese teils Widerspruch teils Zustimmung auslöste, regte sie nicht nur eine lebhaft wissenschaftliche Aussprache an, sondern befruchtete damit zugleich die morphologische Forschung nachhaltig. — Den württembergischen Arzt wird es in diesem Zusammenhang erfreuen, wenn

er auf S. 26 liest, daß die ganze stark erörterte Frage mit den Arbeiten des bekannten Tübinger Anatomen Frieriep — der von 1878 bis 1917 an der Anatomie der württembergischen Landesuniversität wirkte — eine neue Wendung nahm. Dieser wies nämlich auf Grund eingehender Untersuchungen u. a. nach, daß jene berühmte Wirbeltheorie nur für ein klein umschriebenes Gebiet des Hinterhauptes anwendbar ist, dagegen in bezug auf die Bildung des Gesamtkopfes „ein genialer Irrtum“ war. Auch wird auf die Bestätigung und ergänzende Erweiterung der Frieriep'schen Befunde durch die neuzeitliche Forschung (auch die entwicklungsphysiologische) hingewiesen. — Dabei hat der Verf. der vorliegenden Schrift, der bekannte Kölner Anatom, dem in ihr behandelten wichtigen morphologischen Problem schon seit etwa 40 Jahren seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. So versteht man auch sein besonderes Geschick, den heutigen Stand des Kopfproblems in anregender und klarer Weise unter Berücksichtigung der allgemeinen und vergleichenden Morphologie und Entwicklungsforschung wiederzugeben, wobei die Anschaulichkeit sehr erleichtert wird durch 150 eingehend erläuterte Abbildungen. — Indem Verf. überall die wunderbare durch Vererbung wie Anpassung beeinflusste Vielgestaltigkeit des Lebens liebevoll berücksichtigt, vermeidet er jede starre morphologische Schematisierung und gibt ein ansprechendes Bild der lebendigen Formbildung.

Prof. Dr. W. Jacoby, Tübingen.

A. Janke: „Arbeitsmethoden der Mikrobiologie.“ 2. Auflage, 1. Bd. 1946. Verlag Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig.

Das Buch enthält die mikrobiologische Technik für das Arbeiten der Nichtmediziner. Für den medizinisch ausgebildeten Mikrobiologen enthält das Buch wichtige Hinweise auf seltene Kultur- und Färbemethoden, die in medizinisch geleiteten Instituten nicht oder selten angewandt werden. Wertvoll ist die Systematik der Myceten, die heute auch für medizinisches Arbeiten besonderes Interesse erhalten haben. Auch eine Systematik der Algen und Flechten ist beigelegt. Der Anhang enthält eine Reihe von Arbeitsmethoden zur Bestimmung des Wasserstoffexponenten, des Redoxpotentials, der Gasbildung durch Bakterien und serologischen Methoden. Diese Technik ist vor allem für wissenschaftlich arbeitende Mediziner interessant. Die erforderliche Originalliteratur ist angegeben. Den Schluß bilden sorgsam zusammengestellte Übungsaufgaben, die für Unterrichtszwecke sehr geeignet sind. Das Buch ist auf den neuesten Stand ergänzt und man kann mit Interesse dem Erscheinen des 2. Bandes entgegensehen, um einen Überblick über die gesamte Anlage zu haben. Das Buch kann schon in seinem ersten Teil den Interessenten warm empfohlen werden.

Prof. Dr. Lutz, Stuttgart.

Bekanntmachungen

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

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

Behandlung Geschlechtskranker

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abtlg. Gesundheitswesen, gibt mit Erlaß vom 8. 9. 1948, Nr. X 4803, bekannt:

„I. Verschiedene Vorkommnisse der letzten Zeit geben Veranlassung, nochmals auf die Richtlinien zur Behandlung der Lues hinzuweisen, um Auftreten von Rezidiven nach Möglichkeit zu vermeiden. Bei der Lues I sind grundsätzlich mindestens 3, bei der Lues II mindestens 4 kombinierte antiluetische Kuren durchzuführen. Bei der Lues III sollte nach Möglichkeit der entsprechende Facharzt je nach Art der Erkrankung konsiliarisch zugezogen werden. Es ist grundsätzlich zweckmäßig, bei Lueserkrankungen nicht über 6 kombinierte antiluetische Kuren hinauszugehen. In solchen Fällen sind die Patienten, falls die serologischen Reaktionen noch nicht negativ sind, zur stationären Penicillinbehandlung einzuweisen. Ebenso sollte in den Fällen, bei denen Salvarsan- oder Wismutpräparate nicht vertragen werden, grundsätzlich eine stationäre Behandlung mit Penicillin erfolgen. In allen Fällen einer Lues latens ist nach Möglichkeit eine Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit durchzuführen, damit eine beginnende Neuro-Lues nicht übersehen wird. Nach Beendigung der Lues-Behandlung sind im ersten Jahr vierteljährliche und in weiteren 4 Jahren halbjährliche Blutuntersuchungen durchzuführen.“

Weiterhin wird nochmals darauf hingewiesen, daß bei Verdacht auf eine Geschlechtskrankheit die Patienten grundsätzlich einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten konsiliarisch zu überweisen sind. Handelt es sich um eine Gonorrhoe, verbleibt der Patient bis zum Abschluß der Nachuntersuchungen beim Facharzt, handelt es sich um eine Lues, können die entsprechenden Kuren nach Anweisung des Facharztes durch den praktischen Arzt durchgeführt werden.

Infolge der Penicillinbehandlung der Gonorrhoe besteht die Gefahr, daß eine Lues übersehen wird, da in diesem Fall bei gleichartiger luetischer Infektion häufig keine klinischen Erscheinungen auftreten. Es wird daher nochmals darauf hingewiesen, daß in solchen Fällen 5 Monate lang in vierwöchentlichem Abstand Blutuntersuchungen auf Lues durchzuführen sind. In diesem Falle genügt die Durchführung einer Reaktion. Die Gesundheitsämter werden ersucht, den Ärzten diesen Erlaß bekanntzugeben und die Behandlung der Geschlechtskranken entsprechend zu überwachen.

II. Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß die nach Nr. 2 der Anlage zum Runderlaß des Innenministeriums vom 10. Juli 1946 Nr. X 2125 vorgeschriebenen Meldungen der praktischen Ärzte über die Beendigung einer Lues-Erkrankung nicht durchweg von allen hierzu verpflichteten Ärzten erstattet werden. Es wird daher ersucht, die praktischen Ärzte an die Meldepflicht zu erinnern.“

Salvarsan und injizierbare Wismutpräparate

Wie das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, mit Erlaß vom 9. 9. 1948, Nr. X 4502, mitteilt, wird die Bewirtschaftung von Salvarsan und injizierbaren Wismutpräparaten mit sofortiger Wirkung aufgehoben. Damit entfallen auch die Bestimmungen des Erlasses Nr. X 697 vom 3. 3. 1948, in welchem den Ärzten buchmäßige Nachweisung über den Zu- und Abgang an Salvarsan und injizierbaren Wismutpräparaten zur Pflicht gemacht worden war.

Ärztlicher Fortbildungskurs in den Vereinigten Staaten von Nordamerika

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abtlg. Gesundheitswesen, hat am 1. 10. 1948 nachfolgenden Erlaß Nr. X 5116 an die Gesundheitsämter herausgegeben:

„I. Der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen bei der regionalen Militärregierung Württemberg-Baden, Mr. Dr. Radcliffe, hat bekanntgegeben, daß voraussichtlich im Frühjahr 1949 für 30–40 Ärzte von Württemberg-Baden die Möglichkeit gegeben sein wird, in den Vereinigten Staaten einen etwa 2–6 Monate dauernden ärztlichen Fortbildungskurs zu besuchen. Durch diesen Fortbildungskurs soll den Ärzten von Württemberg-Baden

Gelegenheit gegeben werden, die amerikanischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und ihre Arbeitsweise kennenzulernen. Die dabei gesammelten Erfahrungen sollen dem Gesundheitswesen in Württemberg-Baden nutzbar gemacht werden.“

Bei der beschränkten Teilnehmerzahl können nur solche Ärzte von Württemberg-Baden zur Teilnahme an dem Fortbildungskurs in Betracht kommen, deren berufliche Tätigkeit für die Bevölkerung und das Gesundheitswesen für Württemberg-Baden besonders wertvoll und nützlich ist.

II. Die Kursteilnehmer sollen kostenfreie Hin- und Rückreise erhalten. Außerdem ist beabsichtigt, ihnen ein Tagegeld in Höhe von etwa 15 Dollar zu gewähren. Die Ärzte, die die Teilnahme an dem ärztlichen Fortbildungskurs in den Vereinigten Staaten anstreben und nach den Ausführungen in Abschn. I Abs. 2 dieses Runderlasses hierfür in Betracht kommen können, hätten ihre Gesuche in doppelter Ausfertigung je in deutsch und englisch nach Befürwortung durch die Landesorganisation (Ärzteschaft des Kreises) beim zuständigen Gesundheitsamt umgehend einzureichen. Die Gesuche von Ärzten, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehen, wären nicht von der Landesorganisation, sondern durch die unmittelbar vorgesetzte Dienststelle der Ärzte zu befürworten und beim Gesundheitsamt einzureichen. Die Gesuche der am Fortbildungskurs interessierten Ärzte hätten folgende Angaben zu enthalten:

- a) Personalangaben und berufliche Fähigkeiten.
 - b) Tätigkeit (beruflich) während des Dritten Reiches.
 - c) Allgemeine Grundeinstellung.
 - d) Wahrscheinlicher, im Interesse der Öffentlichkeit liegender Beitrag der reisenden Personen nach Rückkehr aus den Vereinigten Staaten.
1. Gegenwärtiges bekleidetes Amt?
 2. Welche Stellung soll nach Beendigung des amerikanischen Kursus eingenommen werden?
 3. Welche akademische Ausbildung?
 4. Welche englischen Sprachfähigkeiten?
 5. Welche anderen Länder wurden schon besucht?
 6. Allgemeine Grundeinstellung und persönliche Besonderheiten, die in USA vorher bekannt sein sollten.
 7. Angaben des Besuchers, was ihn in den USA am meisten interessieren würde.

Die Gesundheitsämter haben die Gesuche nach Prüfung und Stellungnahme in Bälde dem Innenministerium gesammelt vorzulegen. Fehlanzeige ist erforderlich.

III. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß es sich zunächst lediglich um das Meldeverfahren handelt. Irgendwelche Ansprüche auf Berücksichtigung könnten daraus nicht abgeleitet werden. Die Frage der Teilnahme der einzelnen Ärzte an dem Fortbildungskurs hängt in erster Linie von der Höhe der Mittel ab, die von der Amerikanischen Militärregierung zur Verfügung gestellt werden.

IV. Die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Ärzte der Gesundheitsämter usw.), die der Dienstaufsicht des Innenministeriums unterstehen und für die Teilnahme an dem ärztlichen Fortbildungskurs in Betracht kämen, würden vom Innenministerium ausgewählt werden. Die Gesundheitsämter haben bezüglich dieser Ärzte nichts zu veranlassen. Etwaige Gesuche von Ärzten, die zum Dienstbereich der Landesversicherungsanstalten Württemberg und Baden sowie zum Landesfürsorgeverband zählen, werden gegebenenfalls unmittelbar von diesen gesammelt dem Innenministerium zugeleitet werden.

V. Die Gesundheitsämter werden ersucht, die Ärzte in ihren Kreisen in geeigneter Weise von den vorstehenden Ausführungen zu verständigen.

Die Landratsämter haben Abschrift dieses Runderlasses erhalten.“

Berichtigung

Der auf Seite 48 der Nummer 9 dieses Blattes unter VI. eingetragenen Honorarkommission gehört als weiteres Mitglied an: Dr. med. Wilhelm Bosler, Langenbeutungen Kreis Ohringen. Tel. 11 Breßfeld.

Sonderbekanntmachung des Innenministeriums — Opiumstelle — für Nord-Württemberg und Nord-Baden

Betäubungsmittelsperre und Betäubungsmittelbeschränkung

Anordnungen des Innenministeriums Württemberg-Baden — Opiumstelle

I.

Den nachstehenden Personen wurde der Bezug sämtlicher Betäubungsmittel gesperrt.

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

- Dr. med. Arndt, Heinz, geb. 12. 6. 1914 in Gleiwitz, angebl. wohnhaft Freiburg i. Br. v. 24. 7. 1946
- Beretitsch, Maria, geb. Straubhar, geb. 11. 12. 1908 in Tuffuk (Ungarn), wohnhaft Ittersbach/Pforzheim, Obere Dorfstr. 13
- Bessler, Ulrich, geb. 20. 7. 1921 in Neuenhaus, Kr. Nürtigen, wohnhaft Stuttgart, Adalbert Stifter-Str. 93
- Betzler, Sophie, ledig, geb. 9. 10. 1923, wohnhaft Hassmersheim, Friedrichstr. 2 v. 2. 8. 1946
- Bloch, Anna, geb. Schmidt, geb. 15. 7. 1893, wohnhaft Leutershausen, Beinweg 4 v. 3. 6. 1946
- Collrep, Paul, kaufm. Angestellter, geb. 28. 3. 1919 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Kriegstr. 111 v. 4. 7. 1946
- Dehm, Emil, Krankenpfleger, geb. 7. 2. 1924 in Jöhlingen, wohnhaft Jöhlingen, Bachstr. 20 v. 29. 7. 1946
- Eifler, Franz, Hafenarbeiter, geb. 20. 2. 1902, wohnhaft Mannheim-Waldhof, Gartenstadt, Eichenhof 6 v. 17. 7. 1946
- Eifler, Martha, geb. Oßwald, geb. 30. 6. 1903 in Stgt.-Untertürkheim, wohnhaft Mannheim-Waldhof, Gartenstadt, Eichenhof 6 v. 17. 7. 1946
- Dr. med. Eisinger, Margarete, geb. Hennig, geb. 21. 12. 1907 in Mannheim, prakt. Ärztin, wohnhaft Mannheim-Waldhof, Karl-Stern-Str. 1 v. 29. 7. 1946
- Enz, Otto, geb. 26. 2. 1910 in Eislingen/Fils, wohnhaft in Kirchenbeuren, Kirchstr. 64.
- Euler, Johannes, cand. med. geb. 14. 11. 1898 in Zwickau, wohnhaft Mannheim-Waldhof, Oppauer Str. 46 v. 10. 6. 1943, erneuert 15. 5. 1946
- Faulseit, Paul, geb. 14. 7. 1910 in Fraustadt/Posen, wohnhaft Stuttgart, Calwer Str. 58 b. Monn
- Feldhoff, Wolfgang, Apotheker, geb. 15. 1. 1905 in Bremen, wohnhaft Eßlingen a. N., Bahnhofstr. 6
- Fischer, Werner, geb. 9. 12. 1922 in Homburg/Pfalz, und seine Ehefrau Gertrud, wohnhaft Stuttgart-W., Rotebühlstr. 109
- Fuchs, Alfred, geb. 27. 10. 1905 in Neudeck, Krs. Karlsbad im Sudetengau, wohnhaft in Göppingen, Spitalstr. 10
- Gensheimer, Ella, geb. 5. 4. 1899, wohnhaft in Sindelfingen, Krs. Böblingen, Obere Vorstadt 4
- Dr. Georgen, August, Betriebsorganisator, geb. 24. 2. 1895 in Saarbrücken, wohnhaft wahrscheinlich in Saarlouis, reist viel umher.
- Getthöfer, Wilhelm, techn. Korrespondent, jetzt Lehrer, geb. 23. 8. 1914 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Trütschlerstr. 17 v. 29. 7. 1946
- Glockner, Karl, Rentner, geb. 29. 11. 1890 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Mahlbergstr. 20 v. 13. 7. 1943, erneuert 25. 7. 1946
- Glöcklen, Margarete, geb. Klein, geb. 1. 1. 1896, wohnhaft Heidelberg, Mönchhofstr. 16, z. Zt. Walldürn, Hauptstr. 24 v. 8. 5. 1946
- Groh, Hermann, Kaufmann, geb. 5. 1. 1902 in Berlin-Schöneberg, zuletzt wohnhaft Leutershausen a. d. B., Lindenbrunnstr. 5, Aufenthaltsort zur Zeit unbekannt
- Grosse, Marianne, geb. 4. 6. 1895 in Müglitz, wohnhaft in Waiblingen, Dammstr. 70 (auch barbitursäurehaltige Schlaf- und Schmerzmittel)
- Gülzow, Gustav, geb. 24. 10. 1901 in Worms, wohnhaft in Sennfeld, Kreis Buchen/Baden, Bahnhofswirtschaft.
- Haidle, Maria, geb. Augustin, geb. 2. 2. 1901 in Heidelberg, wohnhaft Heidelberg-Pfaffengrund, Industriestr. 29
- Handloser Manfred, geb. 1. 7. 1924 in Ulm/D., wohnhaft Flensburg, Tirpitzstr. 65, z. Zt. Chirstophsbad, Göppingen
- Hartart, Norbert, stud. med., geb. 5. 2. 1926 in Ludwigshafen Rh., zuletzt wohnhaft Heidelberg, Hauptstr. 76 bei Dr. med. Richardt
- Hatzmann, Ferdinand, geb. 28. 10. 1891 in Bad Hohenstadt b. Passau, wohnhaft in Heidelberg am Hahnenberg 3
- Hauenstein, Wilhelmine, Laborgehilfin, geb. 27. 7. 1901 in Mannheim, wohnhaft Malsch, A. Heidelberg, Hauptstr. v. 25. 7. 1946
- Hennig, Hilde, Dolmetscherin, geb. 11. 7. 1918 in Mannheim, wohnhaft in Mannheim-Waldhof, Karl-Stern-Str. 1
- Henrich, Karl, Gärtner, geb. 19. 3. 1904, wohnhaft Heidelberg-Pfaffengrund, Schulplatz 19 v. 9. 9. 1946
- Hinnerkort, Fritz, geb. 14. 12. 1898, wohnhaft Kassel, Gartenstr. 13½ v. 19. 8. 1946
- Holder, Margarete, Apothekerin, geb. 11. 3. 1911, wohnhaft Pforzheim, Hohenzollerstr. 90 v. 9. 9. 1946
- Hommel, Ingeborg-Ellen, geb. Prinzessin von Bentheim-Steinfurt, geb. 24. 4. 1911, wohnhaft in Ulm, Staufengring 19
- Hübner, Herbert, Eisendreher, geb. 13. 12. 1917 in Freiberg i. Sa., wohnhaft Freiberg i. Sa., Schießplatz 7, zuletzt Bad Rappenau, Aufenthalt jetzt unbekannt vom 2. 9. 1946
- Dr. med. Hutter, Marianne, geb. 27. 3. 1910, wohnhaft Mannheim, Waldparkstr. 35
- Keller, Helmine, geb. 27. Januar 1919 in Münchingen, wohnhaft Münchingen, Rathausstr. 5
- Klostermann, Anna, Apothekerin, geb. 23. 10. 1894 in Gütersloh, wohnhaft Söllingen, Hauptstr. 149. Außerdem Verbot der Beschäftigung in Apotheken v. 10. 7. 1946
- Kramm, Albert, Ingenieur, geb. 3. 12. 1894, wohnhaft in Heidelberg, Uferstr. 10
- Kühn, Marianne, geb. Seitz, geb. 9. 7. 1917 in Frankfurt a. M., wohnhaft Karlsruhe, Bismarckstr. 1.
- Küpferle, Sepp, geb. 16. 8. 1919 in Karlsruhe, wohnhaft München 23, Unordlstr. 3.
- Leiser, Hans, Fahrlehrer und Kraftfahrtsachverständiger, geb. 20. 11. 1900 in Freiburg i. Br., wohnhaft Heidelberg, Rohrbacher Str. 99 (Gut Bierhelderhof) v. 24. 6. 1946
- v. Mark, Erwin, geb. 24. 12. 1899 in Breslau, wohnhaft Mannheim, Schloßbunker
- Messmer, Hella, geb. 9. 10. 1917 in Offenburg/Baden, wohnhaft Stuttgart, Calwer Str. 31
- Miczka, Leopold, Med. Assistent, geb. 28. 2. 1904 in Krasna/CSR, wohnhaft Heidelberg, Mühlthalstr. 7 oder Handschuhsheimer Landstr. 60 v. 19. 9. 1946
- Mitsch, Edith, geb. 29. 10. 1902 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Lange Rötterstr. 78
- Müller, Anna, geb. Stephan, Krankenschwester, geb. 13. 5. 1912 in Brux, wohnhaft Karlsruhe-Durlach, Oberwaldstr. 11, z. Zt. Aufenthalt unbekannt, Kennkarte Wigenhausen 105 435 v. 3. 3. 1947
- Müller, Karl, geb. 3. 4. 1911 in Heilbronn-Böckingen, wohnhaft in Großgartach vom 11. 8. 1947
- Neubauer, Viktoria, geb. 22. 11. 1899 in Mannheim-Seckenheim, wohnhaft Schriesheim, Neue Anlage 27 v. 13. 6. 1947
- Nöltner, Hermann, geb. 9. 12. 1900 in Mannheim, wohnhaft in Mannheim, Seckenheimer Str. 59.
- Pallentin, Emma, geb. Heigel, geb. 18. 2. 1906 in Wildstätt b. Kehl, wohnhaft Heidelberg, Märzgasse 5
- Praczyk, Franz, Beamter, geb. 7. 11. 1906 in Bochum, wohnhaft Offenbach Main, Wilhelmplatz 14 v. 1. 8. 1946
- Rieck, Gertrud, geb. Glaser, geb. 30. 9. 1902 in Wäschbeuren, wohnhaft in Geislingen/St., Tälesbahnstr. 12
- Riestein, Ewald, Dentist, geb. 29. 1. 1902, wohnhaft Königsbach, Steinerstr. 1 v. 1. 8. 1946
- v. Röder, wohnhaft Heidelberg, Weberstr. 13, z. Zt. Aufenthalt unbekannt v. 16. 12. 1946
- Dr. med. Rohrbach, Albert, geb. 15. 3. 1900 in Ludwigshafen, wohnhaft Wiesloch, z. Zt. Heil- und Pflgeanstalt

- Rohrbach, Senta, geb. Geissler, geb. 24. 6. 1902, wohnhaft Wiesloch, z. Zt. Heil- und Pflegeanstalt
- Rommel, Willi, geb. 29. 1. 1894 in Bochum, Kaufmann, wohnhaft in Heidelberg, Neckarstadt 14 v. 16. 12. 1946
- Salomon, Dorothea, geb. 17. 1. 1901 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Römerstr. 7
- Schieck, Helga, geb. 25. 6. 1908, wohnhaft Iserlohn, Hansa-Allee 37
- Schifferdecker, Kurt, Kaufmann, geb. 10. 6. 1920, wohnhaft Pforzheim, Christophallee oder Osterfeldstr. 21
- Schmahl, Günther, Zahnarzt, geb. 18. 11. 1912 in Düsseldorf, wohnhaft zuletzt Ettlingen, z. Zt. unbekannt
- Schmidt, Liselotte, geb. 14. 3. 1917 in Querrenburg/Bochum, wohnhaft zuletzt Karlsruhe, Roonstr. 27 v. 29. 7. 46
- Schmitt, Liddy, geb. Bolle, geb. 15. 2. 1912 in Datteln/Westfalen, wohnhaft Laudenbach a. d. B., Hauptstr. 48
- Schmitt, Walter, stud. jur., geb. 27. 4. 1920 in Mannheim, wohnhaft Schweigern/Baden Haus Nr. 11
- Schnell, Heinrich, geb. 20. 2. 1915 in Offenbach/Main, z. Zt. ohne festen Wohnsitz
- Schwenke, Karl Heinz, geb. 13. 5. 1921 in Gautsch, wohnhaft Eberstadt, Kreis Buchen, Haus Nr. 58
- Seeger, Cäcilie, geb. Schneider, geb. 27. 7. 1902, wohnhaft in Pforzheim, Krankenhaus
- Sieger, Friedrich, Kraftfahrer, geb. 9. 12. 1895 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Bürgermeister-Fuchs-Str. 41
- Dr. Spitzmüller, Otto, prakt. Arzt, geb. 8. 9. 1889 in Unteribental Freiburg, wohnhaft Mannheim-Seckenheim, Freiburger Str. 28 v. 3. 6. 1946
- Strackhaar, Antonie (Stracker), geb. Fries, geb. 4. 7. 1899 in Leipzig, wohnhaft Geislingen St. Altenstadt, Brukenwiesen 73
- Trouiller, Irmgard, Krankengymnastikerin, geb. 8. 6. 1921 in Heidelberg, wohnhaft Neurent, Bahnhofplatz 5
- Ulmer, Anna, geb. Enerle, geb. 7. 9. 1879 in Rietenau, Krs. Backnang, wohnhaft in Backnang-Steinbach
- Wagner, Erwin, geb. 10. 8. 1918 oder 10. 4. 1918 in Mühlheim a. Rh., wohnhaft Lütgelsachsen, Hirtenstr. 8 v. 23. 2. 1947
- Dr. Walter, Kurt, Facharzt für innere Krankheiten, geb. 16. 1. 1900 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Elisabethstr. 9 v. 4. 6. 1946
- Walz, Sofie, geb. Lotz, geb. 4. 7. 1902, wohnhaft in Obereslingen, Haldenstr. 5, z. Zt. Ludwigsburg-Obweil, Friesenstraße 49
- Zeiher, Georg, geb. 14. 10. 1885, wohnhaft Obereßlingen, Kreuzstr. 94
- II.
- Betäubungsmittel dürfen nur auf Rezepte, die vom Gesundheitsamt gegengezeichnet sind, abgegeben werden an:**
- Held, Christian, Rentner, geb. 25. 6. 1886, wohnhaft in Darmsheim, Krs. Böblingen
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Böblingen
- Hoffmann, Werner, geb. 15. 11. 1891 in Berlin, wohnhaft in Stuttgart, Zeppelinstr. 86 a
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Pfälzer, Lilly, geb. 18. 12. 1898, wohnhaft in Stuttgart-Degerloch, Lodystr. 18
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Pfitzenmaier, Friedrich, geb. 5. 10. 1901 in Göppingen, wohnhaft in Bietigheim, Krs. Ludwigsburg, Wilhelmstr. 7
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Ludwigsburg und Stuttgart
- Pornschnegel, Eugen, geb. 11. 1. 1914, wohnhaft in Stuttgart N, Nordbahnhofstr. 7
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Schneider, Stephan, geb. 22. 10. 1906, wohnhaft in Stuttgart S, Hohenheimer Str. 41
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- III.
- Eingeschränkte Bezugssperre mit der Maßgabe, daß nur der angeführte Arzt bzw. die Apotheke verschreibungs- bzw. abgabeberechtigt ist, besteht für:**
- Alber, Mechthilde, geb. Schreiber, geb. 15. 3. 1897, wohnhaft Karlsruhe, Vorholzstr. 43
Verschr. Arzt: Dr. Ufer, Karlsruhe, Klauprechtstr.
Apotheke: Hilda-Apotheke, Karlsruhe v. 16. 12. 1946
- Armbruster, Oskar, geb. 19. 12. 1891, Verwaltungssekretär i. R., wohnhaft in Stuttgart W, Gaußstr. 12
Verschr. Arzt: Dr. Heilige, Stuttgart, Herdweg 79
Apotheke: Löwen-Apotheke, Stuttgart
- Auer, Gertrud, geb. Frey, geb. 11. 7. 1908, wohnhaft Plüderhausen, Welzheimer Str.
Verschr. Arzt: Dr. Häussermann, Plüderhausen
Apotheke: Gaupp'sche Apotheke, Schorndorf
- Beck, Willy, geb. 6. 10. 1912 in Geislingen/St., wohnhaft Aalen, Heinrichstr. 4
Verschr. Arzt: Dr. Ottmar Benz, Aalen, Friedrichstr. 31
Apotheke: Gaupp'sche Apotheke, Aalen
- Both, Otto, geb. 25. 6. 1890 Berlin, wohnhaft Ammertsweiler, Kreis Schwäb. Hall
Verschr. Arzt: Dr. Hans Schmitz, Mainhardt
Apotheke: Wald-Apotheke, Mainhardt
- Brech, Maria, geb. 25. 2. 1901 in Brechtenhalde, wohnhaft Kornwestheim, Ebertstr. 2
Verschr. Arzt: Frau Dr. Hämmerle, Kornwestheim
Apotheke: Stadt-Apotheke, Kornwestheim
- Beißwenger, Gertrud, geb. Bräuninger, geb. 18. 9. 1905, wohnhaft Bürg. b. Neuenstadt
Verschr. Arzt: Dr. Johann Hegendörfer, Neuenstadt a. K.
Apotheke: Apotheke Neuenstadt a. K.
- Breuninger, Friedrich, geb. 8. 11. 1878 in Freudenstadt, wohnhaft in Unterweissach, Krs. Backnang, bei Krauter
Verschr. Arzt: Dr. Erna Haaß, Backnang, Obere Bahnhofstraße 10
Apotheke: Adlerapotheke und Obere Apotheke, Backnang
- Deubel, Luise, Krankenschwester, geb. 7. 4. 1886 in Malsch bei Karlsruhe, wohnhaft in Schlüchtern, Bahnhofstr. 19, Kth. Schwesternhaus
Verschr. Arzt: Dr. Förster, Großgartach
Apotheke: Kirchhausen
- Eckstein, Wilhelm, geb. 22. 2. 1893, wohnhaft Möckmühl, Postenhaus 98
Verschr. Arzt: Dr. Friedr. Joh. Laible, Möckmühl
Apotheke: Apotheke Möckmühl
- Engelhard, Stephan, geb. 18. 10. 1899 in Jagstheim, wohnhaft Jagstheim
Verschr. Arzt: Dr. Rudolf Rossmann, Kerkingen
Apotheke: Apotheke Bopfinger
- Fröhlich, Günther, geb. 24. 8. 1901 in Hannover, wohnhaft in Göppingen, Hohenstaufenstr. 76
Verschr. Arzt: Dr. Hörtling, Göppingen
Apotheke: Apotheke zum Goldenen Kreuz, Göppingen
- Gall, Rosine, geb. 4. 7. 1872 in Neidlingen, wohnhaft Nattern, Kreis Nürtingen, Weilheimer Str. 28
Verschr. Arzt: Dr. Eberhard Lebküchner, Bissingen/T.
Apotheke: Obere Apotheke, Kirchheim
- Gehbauer, Alfred, geb. 3. 2. 1920 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Scharnhorststr. 23.
Verschr. Arzt: Dr. Schad, Mannheim-Feudenheim.
Apotheke: Flora-Apotheke, Mannheim-Feudenheim.
- Hanser, Heinz, kaufm. Direktor, geb. 10. 4. 1911 in Mannheim, wohnhaft Mannheim, Mollstr. 40
Verschr. Arzt: Dr. Friedmann, Mannheim
Apotheke: Friedrichs-Apotheke, Mannheim v. 3. 6. 1946
- Harm, Hugo, geb. 22. 2. 1911 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart-Degerloch, Wilhelmstr. 2a
Verschr. Arzt: Dr. Banzhaf, Stuttgart, Tübinger Str.
Apotheke: Hirsch Apotheke, Stuttgart
- Heckel, Luise, geb. Knapp, geb. 30. 4. 1898 in Fellbach, wohnhaft Fellbach Kreis Waiblingen, Burgstr. 36
Verschr. Arzt: Dr. Gertrud Förschler, Fellbach
Apotheke: Rosen-Apotheke, Fellbach
- Herlan, Ida, geb. Mack, geb. 21. 9. 1893 in Spöck, wohnhaft Friedrichstal, Rheinstr. 1
Verschr. Arzt: Dr. Bräuninger, Blankenloch
Apotheke: Löwen-Apotheke, Graben v. 12. 7. 1946
- Hermann, Christine, geb. Geiger, geb. 12. 2. 1883 in Blaubeuren, z. Zt. wohnhaft Großheppach b. Pfarrer Bornhag im Mutterhaus
Verschr. Arzt: Dr. Otto Freihofer, Stuttgart, Richard Wagner Str. 1
Apotheke: Endersbach

- Hinterberger, Sofie, geb. 23. 5. 1903 in Wäscheneuren, wohnhaft in Wäscheneuren, Seestr. 339
Verschr. Arzt: Dr. med. Gekeler, Göppingen
Apotheke: Maudsche Apotheke, Göppingen
- Hörri-Hortene, Wilhelm, Laborant, geb. 8. 5. 1900 in Offenbach M., wohnhaft Karlsruhe-Durlach, Pfintzstr. 81
Verschr. Arzt: Dr. Lorscheid, Karlsruhe
Apotheke: Einhorn-Apotheke, Karlsruhe-Durlach v. 29. 7. 1946
- Junginger, Barbara, geb. Greiner, geb. 21. 8. 1921 in Langenau, wohnhaft Endersbach, Schafgasse 5
Verschr. Arzt: Dr. Blaum, Stetten
Apotheke: Apotheke Endersbach
- Kälberer, Arthur, geb. 21. 11. 1897 in Kirchheim/T., wohnhaft Kirchheim T., Alleenstr. 54
Verschr. Arzt: Dr. Otto Haffner, Kirchheim/T., Schlierbacher Str.
Apotheke: Adler-Apotheke, Kirchheim/T.
- Kälberer, Gertrud, geb. Consmüller, geb. 1. 7. 1894 in Leipzig, wohnhaft Kirchheim/T., Alleenstr. 54
Verschr. Arzt: Dr. med. Otto Haffner, Kirchheim/T., Schlierbacher Str.
Apotheke: Adler-Apotheke, Kirchheim T.
- Kessler, Hedwig, geb. Berthold, geb. 19. 11. 1900 in Pforzheim, wohnhaft Stuttgart 13, Neue Str. 48
Verschr. Arzt: Dr. Gärtner, Stuttgart, Eberhardstr. 47
Apotheke: Linden-Apotheke, Stuttgart-Gablenberg
- Kibler, Elisabeth, geb. 27. 6. 1899 in Freudenstadt, wohnhaft Schwäb. Hall, Heilbronner Str. 11
Verschr. Arzt: Dr. med. Max Kibler, Schwäb. Hall
Apotheke: Sandel'sche Apotheke, Schwäb. Hall
- Komen, Anna, verw. Klinkert, geb. 31. 6. 1893 in Anna-Paulowna/Holland, wohnhaft Stuttgart-Wangen, Hedelfinger Str. 55
Verschr. Arzt: Dr. Gärtner, Stuttgart, Eberhardstr. 47
Apotheke: Apotheke am Marktplatz, Stuttgart-Wangen
- Klein, Karl, wohnhaft Heidelberg, Bergstr. 27
wurde einem Arzt und einer Apotheke in Heidelberg zugewiesen v. 25. 11. 1946
- Lämmle, Lina, geb. 19. 4. 1895 in Neckarsulm, wohnhaft in Kirchhausen, Frankfurter Straße
Verschr. Arzt: Dr. Schwab, Frl. Dr. Mahling, Kirchhausen
Apotheke: Kirchhausen
- Mayer, Margarete, geb. Remelt, geb. 10. 2. 1910 in Breslau, wohnhaft in Göppingen, Schulstr. 10/II
Verschr. Arzt: Rudolf-Martin Lotsch, Göppingen, Uhlandstraße 9
Apotheke: Maudsche Apotheke, Göppingen
- Messerschmid, Martha, geb. 12. 8. 1901 in Winzingen, wohnhaft in Winzingen, Gde. Donzdorf, Kolbenfeldstr. 49
Verschr. Arzt: Dr. Mangold, Donzdorf
Apotheke: Schloß-Apotheke Donzdorf
- Miller, Boris, geb. 5. 1. 1910 in Saratow, wohnhaft Stuttgart Frauenkopf, Filderblickweg 32
Verschr. Arzt: Dr. Göbel, Stuttgart-Frauenkopf, Frauenkopfstr. 38
Apotheke: Internationale Apotheke in Stuttgart
- Mohrholz, Luise, Arbeiterin, geb. 19. 7. 1896 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Mörscher Str. 10
Verschr. Arzt: Dr. Fuhrmann, Karlsruhe
Apotheke: Falken-Apotheke, Karlsruhe v. 10. 7. 1946
- Moll, Wilhelm, geb. 11. 4. 1913 in Wängi/Thurgau, Schweiz, wohnhaft in Kuchen/Fils, S. B. I. 22
Verschr. Arzt: Dr. Blessing, Geislingen
Apotheke: Untere Apotheke, Geislingen/St.
- Moller, Katharina, geb. 23. 6. 1883, wohnhaft Mannheim, Heinrich-Lanz-Str. 32 oder Mannheim-Feudenheim, Ziethenstr. 68
Verschr. Arzt: Frl. Dr. Trescher, Mannheim
Apotheke: Keppler-Apotheke, Mannheim v. 5. 6. 1946
- Müller, Albert, Kaufmann, geb. 7. 10. 1908 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Parkstr. 11
Verschr. Arzt: Dr. Lorscheid, Karlsruhe
Apotheke: Berthold-Apotheke, Karlsruhe v. 10. 7. 1946
- Mulfinger, Marie, geb. 16. 7. 1888, wohnhaft Weiler Kreis Heilbronn
Verschr. Arzt: Dr. Gustav Diener, Affaltrach
Apotheke: Apotheke Affaltrach
- Niedermayer, Leonhard, geb. 11. 11. 1914 in Kirchheim Oberbayern, wohnhaft Stuttgart, Alte Weinsteige 32
Verschr. Arzt: Dr. Jetter, Stuttgart-S, Liststr. 2
Apotheke: Marien-Apotheke, Stuttgart
- Dr. Oestreich, Lothar, geb. 16. 9. 1905 in Techow/Ostpregnitz, wohnhaft Bopfingen, Pfarrgasse
Verschr. Arzt: Dr. Friedrich Kuntz, Bopfingen
Apotheke: Apotheke Bopfingen
- Pieri, Johann, geb. 20. 9. 1911 in Naas Kreis Weiz (Steiermark), wohnhaft Kuchen Kreis Göppingen, Hohle Gasse 4
Verschr. Arzt: Dr. Bäurle, Kuchen
Apotheke: Hohenstauten-Apotheke, Göppingen
- Pflüger, Walter, geb. 6. 3. 1913 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart-Bad Cannstatt, Veielbrunnenweg 20
Verschr. Arzt: Dr. med. Waldmann, Bad Cannstatt
Apotheke: König-Wilhelm-Apotheke Dr. Völker, Bad Cannstatt
- Pieper, Karl, Rentner, geb. 5. 12. 1912 in Düsseldorf, wohnhaft Sulzfeld, Wilhelmstr. 1
Verschr. Arzt: Dr. Kähny, Sulzfeld
Apotheke: Eppingen v. 27. 1. 1947
- Raichle, Paula, geb. 10. 4. 1889 in Nürtingen, wohnhaft Nabern Kreis Nürtingen, Weilheimer Str. 32
Verschr. Arzt: Dr. Eberhard Lebküchner, Bissingen/T.
Apotheke: Obere Apotheke, Kirchheim/T.
- Sachsenheimer, Marie, geb. 1873, wohnhaft in Kleingartach, Hauptstr. 43
Verschr. Arzt: Dr. Stengel, Güglingen (Württ.)
Apotheke: Güglingen (Württ.)
- Schabel, Wilhelm, geb. 15. 6. 1909 in Rosenau, wohnhaft Fellbach, Bahnhofstr. 31
Verschr. Arzt: Frau Dr. med. Förschler, Fellbach
Apotheke: Stadtapotheke, Fellbach
- Schneider, Emilie, geb. Schürenbrand, geb. 15. 8. 1886 in Wallmuschrat, Krs. Mettmann, wohnhaft in Winnenden, Leutenbacher Str. 44
Verschr. Arzt: Dr. Seiz, Winnenden
Apotheke: Gmelinsche Apotheke, Winnenden
- Schöpfel, Else, geb. Jerg, geb. 27. 12. 1905 in Freiburg i. Br., wohnhaft in Hoffenheim Baden
Verschr. Arzt: Dr. Spiegel, Sinsheim
Apotheke: Zentral-Apotheke, Sinsheim
- Schulz, Otto, geb. 28. 11. 1925, wohnhaft Ohringen, Karlsruhe-vorstadt 15a
Verschr. Arzt: Dr. Voss, Ohringen
Apotheke: Hof-Apotheke, Ohringen
- Seaman, Salomon, geb. 5. 1. 1900 in Wien, wohnhaft Ludwigsburg, Vischerstr. 38
Verschr. Arzt: Dr. Kurt Weiss, Ludwigsburg, Myliusstr. 5
Apotheke: Bischoff'sche Apotheke, Ludwigsburg
- Sommer, Rosa, geb. 4. 6. 1891, wohnhaft Möckmühl Kreis Heilbronn
Verschr. Arzt: Dr. Friedr. Joh. Laible, Möckmühl
Apotheke: Apotheke Möckmühl
- Sperling, Albert, geb. 2. 9. 1897 in Dresden, wohnhaft Waiblingen, Fuggerstr. 33
Verschr. Arzt: Dr. Kuhn, Waiblingen
Apotheke: Untere Apotheke, Waiblingen
- Stemmler, Oskar, Oberwerkführer a. D., geb. 18. 2. 1883 in Karlsruhe, wohnhaft Karlsruhe, Gebhardstr. 10
Verschr. Arzt: Dr. Henkes, Karlsruhe
Apotheke: Sonnen-Apotheke, Karlsruhe
- Stollenwerk, Willy, geb. 11. 9. 1914 in Eschweiler, wohnhaft Stuttgart, Krapfstr. 6
Verschr. Arzt: Dr. Münz, Stuttgart, Filderstr. 7
Apotheke: Mozart-Apotheke, Stuttgart
- Strauss, Gottlieb, Weingärtner, geb. 22. 7. 1870, wohnhaft Schnait i. R., Weilerwiesenberg 382
Verschr. Arzt: Dr. med. Haller, Schnait
Apotheke: Apotheke in Endersbach
- Supper, Ottilie, geb. 15. 2. 1906 in Leonberg, wohnhaft Leonberg, Seestr. 1
Verschr. Arzt: Frl. Dr. Gruber, Leonberg
Apotheke: Adler-Apotheke, Leonberg
Außerdem ist die vorherige Gegenzeichnung der Betäubungsmittel-Rezepte durch das Gesundheitsamt Leonberg erforderlich

- Vetter, Hans, geb. 30. 1. 1922 in Heldungen, wohnhaft z. Zt. Flüchtlingslager Karlsruhe, Bau VII, Zimmer 32
Verschr. Arzt: Dr. Döhle, Flüchtlingsarzt Karlsruhe
Apotheker: Stadt-Apotheker, Karlsruhe
- Villadt, Olga, geb. 19. 7. 1900 in Barmen, wohnhaft Stetten, Lange Str. 2
Verschr. Arzt: Dr. med. E. Blaum, Strümpfelbach
Apotheker: Apotheke Stetten
- Weber, Paula, geb. Scheking, geb. 1913, wohnhaft Heilbronn, Orthstr. 32
Verschr. Arzt: Dr. Dörr, Heilbronn, Friedr.-Dürr-Str. 37
Apotheker: Apotheke am Karlstor, Heilbronn
- Weigel, Babette, geb. 17. 11. 1892 in Heidelberg, wohnhaft Heidelberg, Neckarmünzgasse 8
Wurde einem Arzt und einer Apotheke in Heidelberg zugewiesen v. 4. 11. 1946
- Weitz, Karl, geb. 8. 2. 1899 in Frankfurt/M., wohnhaft in Mannheim, Drachenfelsstr. 3.
Verschr. Arzt: Frau Dr. Zacherl, Mannheim.
Apotheker: Löwen-Apotheker, Mannheim.
- Wieland, Karl, geb. 13. 7. 1924, wohnhaft in Mannheim, Waldparkstr. 27a.
Verschr. Arzt: Dr. Barth, Heinrich-Lanz-Krankenhaus, Mannheim. Apotheker: Notapotheker Lindenhof.

IV.

Betäubungsmittel-Rezepte von und für den nachstehend Genannten dürfen nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch das Gesundheitsamt beliefert werden:

- Raith, Friedrich, geb. 22. 2. 1910 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart, Hasenbergstr. 13
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart

V.

Dem nachstehend Genannten ist das Verschreiben von Betäubungsmitteln untersagt. Ferner ist kein Arzt in Nord-Württemberg und Nord-Baden berechtigt, ihm Betäubungsmittel zu verschreiben, und keine Apotheke ist berechtigt, solche abzugeben:

- Siekmann, Rolf, geb. 28. 9. 1920 in Köln, wohnhaft Walldüren, Kr. Buchen

VI.

Dem nachstehend genannten Arzt ist das Verschreiben von Betäubungsmitteln untersagt. Nur der angeführte Arzt bzw. die Apotheke ist berechtigt, solche für denselben zu verschreiben bzw. abzugeben:

- Dr. med. Werfer, Albert, geb. 2. 1. 1878 in Ellwangen, wohnhaft Ellwangen, Marienstr. 46
Verschr. Arzt: Dr. Speth, Ellwangen
Apotheker: Obere Apotheke, Ellwangen

VII.

Für Patienten ausgestellte Betäubungsmittel-Verschreibungen des nachstehenden Arztes dürfen nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch das Gesundheitsamt beliefert werden.

Für sich selbst darf der Genannte keine Betäubungsmittel verschreiben. Ferner ist kein Arzt in Nord-Württemberg und Nord-Baden berechtigt, ihm Betäubungsmittel zu verschreiben, und keine Apotheke ist berechtigt, solche abzugeben:

- Dr. med. Krämer, Otto, geb. 2. 3. 1901, wohnhaft in Kirschbach/Baden
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Bruchsal

VIII.

Betäubungsmittel dürfen auf Rezepte von folgenden Ärzten nur abgegeben werden, wenn sie vom Gesundheitsamt gegengezeichnet sind:

- Dr. med. Claussen, Walter, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, geb. 23. 3. 1901 in Wilster-Steinburg, wohnhaft in Stuttgart, Marienstr. 1B
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart

Diesem Heft ist eine Prospektbeilage der Firma E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt, über die Scabies-Behandlung mit „Jacutin-Emulsion“ beigelegt

- Dr. med. Jooß, Walter, prakt. Arzt, geb. 15. 8. 1900 in Heilbronn, wohnhaft in Stuttgart, Alexanderstr. 158
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Dr. med. Dr. med. dent. Weygand, Ludwig, Zahnarzt, wohnhaft in Biringen
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Künzelsau (Württ.)
Abgabeberechtigte Apotheke: Kloster-Apotheker, Schöntal.

IX.

Betäubungsmittelrezepte der nachstehenden Ärzte dürfen nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch das Gesundheitsamt beliefert werden. Ebenso dürfen Betäubungsmittel an die Genannten nur abgegeben werden, wenn die Rezepte vom Gesundheitsamt gegengezeichnet sind:

- Dr. med. Brückner, Ludwig, geb. 22. 5. 1911 in Nürnberg, wohnhaft Magstadt Kreis Böblingen, Bahnhofstr. 32
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Böblingen
- Dr. Kahl, Otto, Zahnarzt, geb. 24. 12. 1894 in Suhl/Thür., wohnhaft Stuttgart-O., Landhausstr. 90
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
Zur Abgabe von Betäubungsmitteln berechtigte Apotheke: Ostend-Apotheker, Stuttgart
- Dr. med. Marschner, Hubert, prakt. Arzt, geb. 9. 5. 1895 in Breslau, wohnhaft in Stuttgart-Obertürkheim, Augsburger Straße 637
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Mülberger, Günther, prakt. Arzt, geb. 23. 6. 1914 in Crailsheim, wohnhaft Crailsheim, Albrecht-Dürer-Str. 12
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Crailsheim
- Dr. med. von Richter, Friedrich, geb. 5. 4. 1916 in Berlin, wohnhaft in Igersheim bei Bad Mergentheim, Kirchgasse 72
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Bad Mergentheim
- Dr. med. Sametinger, Ernst, geb. 13. 1. 1902 in Nürnberg, wohnhaft Ulm/D., Olgastr. 133
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Ulm D.
- Dr. med. Schäfer, Max, geb. 21. 4. 1894 in Oberriexingen Kr. Vaihingen/Enz, wohnhaft Stuttgart-Bad Cannstatt, Waiblinger Str. 19
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Stuttgart
- Dr. med. Scheder, Karlheinz, wohnhaft in Gerlachsheim.
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Tauberbischofsheim
- Dr. med. Vogt, Helmut, geb. 4. 9. 1919 in Tannwald/Süd., wohnhaft in Schwäb. Gmünd, Olgastr. 30
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Schwäb. Gmünd

X.

Den nachstehend genannten Ärzten ist das Verschreiben von Betäubungsmitteln untersagt. Ferner ist kein Arzt in Nord-Württemberg und Nord-Baden berechtigt, ihnen Betäubungsmittel zu verschreiben, und keine Apotheke ist berechtigt, solche abzugeben:

- Dr. med. Christ, Karl, prakt. Arzt, geb. 8. 9. 1911, wohnhaft Heppenheim a. d. B., Ludwigstr. 15
- Dr. med. Heck, Fritz, Facharzt für innere Krankheiten, geb. 18. 11. 1895 in Sennfeld Malsbach, wohnhaft Mannheim, Prinz-Wilhelm-Str. 12
- Dr. med. Krauter, Paul, geb. 12. 12. 1896 in Mainhardt/Hall, wohnhaft Stuttgart-O., Landhausstr. 269
- Dr. Kreis, Helmut, prakt. Arzt geb. 29. 10. 1902, wohnhaft in Mörsch b. Karlsruhe, Praxis Dr. Pohling
- Dr. med. Stengelin, Albert, geb. 22. 2. 1900 in Tuttlingen, wohnhaft Nürtingen, Katharinenstr. 29
- Dr. med. Stoffel, Walter, geb. 3. 10. 1913 in Heidelberg, wohnhaft Mannheim oder Heidelberg, Moltkestr. 32
- Dr. med. Volkert, Kilian, prakt. Arzt, geb. 23. 11. 1906 in Heckfeld, wohnhaft Lauda, Hauptstr. 27.

- VITA: Prof. Dr. Ludolph Fischer, geb. 27. 4. 1900 in Hamburg
Dr. Rudolf Spuler, geb. 7. 12. 1912 in Karlsruhe
Dr. Karl Sroka, geb. 5. 12. 1914 in Neu-Fahrland

Veröffentlicht unter der Zulassung Nr. US-W 1057 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung. Bezugspreis DM 8.— jährlich zusätzlich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. Für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3
Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77. Auflage 8150, Ausg. Okt. 48.