

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949**

1 (1.1.1949)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigung  
in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Fritz Jelito, Mannheim; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 1

STUTTGART, JANUAR 1949

4. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Schriftleitung:	An unsere Leser!	1
Prof. Dr. Dennig:	Über Grippe und verwandte Krankheiten	2
Dr. Heinrich:	Elektrokardiographische Belastungsprüfungen	4
Dr. Oeter:	Zur Problematik der sozialen Krankenversicherung	10
Bekanntmachungen		
	Ärztekammer Nord-Württemberg	14
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	14

An unsere Leser!

## VERSPRECHUNGEN UND WÜNSCHE FÜR DAS JAHR 1949

Zu Jahresbeginn 1947 steuerte das Schifflin des neu erstandenen „Südwestdeutschen Ärzteblattes“, von den gutgemeinten Wünschen der drei Ärztekammern geleitet, einer scheinbar glückverheißenden Zukunft entgegen. Bald aber ließ die Entwicklung der Reichsmark das Papier in zunehmendem Maße vom Markt verschwinden. Schon 1947 konnten wir häufig nur Doppelnummern herausbringen, 1948 gar verließen bis zur Währungsreform nur 2 Nummern statt 6 die Druckerei. Ein unmöglicher Zustand für ein Blatt, das seine Hauptaufgabe darin erblicken muß, die Kollegen über die stets wechselnde Lage im Kampf um Existenzmöglichkeit und Würde unseres Standes zu unterrichten und gleichzeitig auch regelmäßig als Amtsblatt den beteiligten Kammern Bericht aus dem Leben der Berufsvereine, Bekanntmachungen von Regierungsstellen usw. zu bringen. Nur, wenn unter allen Umständen ein terminmäßiges Erscheinen des Blattes zu erreichen ist, zunächst monatlich, hoffentlich später alle 14 Tage, nur dann können wir unseren Aufgaben gerecht werden und nur dann können wir eine wirkliche Lücke in dem immer dichter werdenden medizinischen Blätterwald ausfüllen.

Nun, in der zweiten Jahreshälfte 1948 ist dies schon beinahe gelungen. Nur die November-Nummer, die rechtzeitig gesetzt war, erlitt eine Verzögerung von einigen Wochen, weil die Berichte über den 51. Deutschen Arztetag als unbedingt vordringlich gebracht werden mußten.

Nach mehrfachen Verhandlungen mit Verlag und Druckerei können wir nunmehr **versprechen**, daß unser Blatt künftig zur Monatsmitte in den Händen unserer Bezieher sein wird. Es wird wie bisher außer den Mitteilungen und Bekanntmachungen der Organisationen Aufsätze standesethischen, wirtschaftlichen, sozialärztlichen und wissenschaftlichen Inhalts mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Fortbildung bringen. Was die letztere angeht, so beabsichtigen wir, in jeder Nummer ein Übersichtsreferat aus einem der medizinischen Fachgebiete zu bringen. Dem Allgemeinarzt und dem freipraktizierenden Facharzt soll dadurch ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Disziplinen in den letzten Jahren und ein Wegweiser durch das neueste Schrifttum gegeben werden. Den Reigen dieser Übersichtsreferate wird ein Orthopäde in der Februar-Nummer eröffnen.

### Dies unsere Versprechungen!

Unsere **Wünsche** gehen dahin, daß die bis jetzt angeschlossenen Kammern uns reichlicher als bisher mit Beiträgen und Bekanntmachungen aus ihrem Bereich versehen. Daß auch die Südbadener sich in zunehmendem Maß an unserer Arbeit beteiligen und daß auch sie unser Blatt bald als das ihrige ansehen mögen, wäre „ein Ziel, aufs innigste zu wünschen“.

Die äußersten Termine, zu denen die Beiträge bei der Schriftleitung vorliegen müssen, werden am Schluß dieser Nummer unter „Bekanntmachungen“ mitgeteilt.

Möge das neue Jahr den so dringend nötigen engsten Zusammenschluß der gesamten Ärzteschaft der Westzonen bringen! Was an uns, an der Schriftleitung, liegt, soll geschehen!

Für die Schriftleitung:  
Dr. Schröder

## Über Grippe und verwandte Krankheiten

Von Professor Dr. med. H. D e n n i g, Stuttgart

Vortrag in der Ärzteschaft Stuttgart am 8. September 1948.

Viele von Ihnen werden sich noch an die Grippeepidemie erinnern, die 1918 über die Welt hinwegzog. In Deutschland erkrankte fast ein jeder mit hohem Fieber, Husten, Schnupfen, Bronchitis. Aber die meisten waren nach einigen Tagen wieder über den Infekt weg. Ein Teil der Patienten wurde jedoch schwer krank. Es kam zu Bronchopneumonien mit der ominösen blassen Zyanose, oft entwickelten sich Pleuraempyeme, die besonders übel verliefen. Manche erkrankten ganz akut, wie unter dem Bild einer schweren Vergiftung und gingen in wenigen Tagen zugrunde.

1918 wurden hauptsächlich junge Menschen schwer befallen, und es war besonders tragisch, daß viele junge Männer, die eben den Krieg und die Niederlage überstanden hatten, nun noch dieser heimtückischen Krankheit zum Opfer fielen. Man hat geschätzt, daß bei der Pandemie von 1918/19 in Deutschland fast 200 000 Menschen an der Grippe umkamen, in Europa 2,6 Millionen und auf der ganzen Welt etwa 20 Millionen Menschen.

Einige ältere Kollegen werden noch die Erinnerung an die Epidemie von 1890 haben, die in ähnlicher Weise gewütet hat. Damals wurden mehr die älteren Leute hingemäht. Wenn man weiter zurückgeht, so findet man sichere Nachrichten über die Grippe seit dem 14. Jahrhundert, als von Florenz aus eine größere Pandemie Europa überzog. Die Epidemien, die seither über uns hinweggingen, kehrten oft nach einem Zeitraum von etwa 30 Jahren wieder, so wie ja auch zwischen 1890 und 1918 annähernd 30 Jahre verstrichen. Wenn die jüngeren Kollegen von uns eine größere Grippeepidemie nicht mehr selbst erlebt haben, so wollen wir uns doch darüber klar sein, daß wir nicht im sicheren Port sind, sondern daß jetzt gerade seit der letzten großen Pandemie 30 Jahre verflossen sind und wir nicht ganz ohne Besorgnis in die nächste Zukunft sehen dürfen. Die Frage der Grippe hat also nicht nur theoretisches und historisches Interesse, sondern ist höchst aktuell.

Aber es sind nicht nur die großen und schweren Pandemien von Bedeutung, sondern jeder von uns erlebt alle paar Jahre, ja eigentlich sogar jedes Jahr, kleinere Epidemien ähnlicher Krankheiten, von denen wir uns fragen müssen, ob sie mit den großen Pandemien identisch sind. Man spricht bei diesen kleineren Epidemien oft von grippösen oder grippeähnlichen Krankheiten, so wie man früher von den typhösen Krankheiten gesprochen hat. Die typhösen Krankheiten haben sich im Laufe der Jahre weiter in das Fleckfieber, den Unterleibstypus, den Paratyphus A, B und C aufgelöst und sie werden sich weiter wahrscheinlich noch unterteilen lassen nach Bakterientypen, die vielleicht bestimmte Krankheitsbilder hervorrufen und therapeutisch verschieden beeinflussbar sind. Dasselbe wie bei den typhösen Krankheiten erleben wir jetzt bei den grippösen oder grippeähnlichen Krankheiten. Die Krankheitsbilder lassen sich aber erst auflösen, wenn die Erreger nachgewiesen werden, und wir sind jetzt in dem Stadium, wo eine Reihe von Fortschritten, aber noch lange kein Ende erzielt ist.

Sicher identifizieren läßt sich heute die *echte Grippe oder Influenza*, die wahrscheinlich die Ursache der früheren Pandemien war. Wir wissen heute, daß der Erreger nicht, wie man 1891 und noch 1918 glaubte, der Pfeiffer'sche Influenza-Bazillus ist, sondern daß er eine Virusart darstellt, von der man schon zwei Unterteilungen kennt, den Typ A und B, die sich mit Sicherheit voneinander trennen lassen. Das Virus läßt sich durch den Auswurf des Kranken auf Mäuse übertragen und kann gezüchtet werden, jedoch ist diese Züchtung schwierig und nur in einigen wenigen speziell darauf eingestellten Instituten möglich. Einfacher ist es, die Grippe serologisch nachzuweisen. Man benutzt dazu die Eigenschaft des Grippevirus, Hühnerblutkörperchen zu agglutinieren; das Serum von Grippekranken und

Rekonvaleszenten hemmt diese Agglutination. Man muß den Anstieg der Hemmungsreaktion im Beginn der Krankheit und nach 8—10 Tagen miteinander vergleichen. Die Diagnose kommt dadurch, daß sie also erst nach 10 Tagen zu stellen ist, für den einzelnen Fall zu spät. Es ist aber auch noch wichtig, hinterher zu erfahren, ob eine Grippe vorlag, und ob sie vom Typ A oder B war, weil sich damit die Art einer Epidemie feststellen läßt, und man Schutzmaßnahmen und Impfungen danach einrichten kann. Denn es ist äußerst wahrscheinlich, daß wir einer neuen großen Epidemie, wie sie 1918 und 1890 herrschten, heute nicht mehr so hilflos gegenüberstehen würden, sondern daß wir durch Schutzimpfungen der Epidemie Herr werden könnten. Es hat nur keinen Sinn, Schutzimpfungen durchzuführen, ehe eine deutliche Epidemie vorhanden ist, denn der Schutz hält nur wenige Wochen oder Monate an. Der Impfstoff wird aus den Lungen infizierter Mäuse gewonnen.

Eine zweite bakteriologisch einwandfrei klargestellte grippöse Erkrankung ist das sogenannte *Q-Fieber*. Ich selbst habe auf dem Balkan Anfang 1941 als beratender Internist die ersten Fälle gesehen und beschrieben. In kurzer Zeit sah ich dort über tausend Fälle einer grippeähnlichen Krankheit. Das Bezeichnende war ein etwa achttägiges Fieber mit heftigen Kopfschmerzen und ohne eigentlichen Organbefund. Aber öfters fanden wir sanguinolentes Sputum, und wenn wir die Gelegenheit zu Röntgenuntersuchungen hatten, fanden wir zu unserem Erstaunen über beiden Lungen in etwa der Hälfte der Fälle Bronchopneumonien, die bei der Perkussion und Auskultation kaum je festgestellt wurden. Im Gegensatz zur echten Grippe verliefen diese Bronchopneumonien aber durchaus gutartig, und es waren weiterhin im Gegensatz zur echten Grippe die oberen Luftwege nur wenig befallen, man sah also kaum Schnupfen, Laryngitis, Pharyngitis, Bronchitis. Wir waren damals im Zweifel, ob es sich um einen besonders milden *Genus epidemicus* der echten Grippe handle oder ob es eine eigene, bisher unbekannte Krankheit sei. Das Auffallende war, daß die einheimische Bevölkerung nicht erkrankte und daß die Krankheit damals auch nicht von Urlaubern nach Deutschland verschleppt wurde. Daraus konnte man schließen, daß die Bevölkerung auf dem Balkan schon immunisiert sei und daß für die Übertragung besondere Umstände maßgeblich sein müßten.

Die bakteriologischen Untersuchungen, die 1941 gemacht wurden, fielen negativ aus. Wir sprachen damals von Balkangrippe. Dasselbe Epidemie wurde dann auch an anderen Stellen des Balkan beobachtet, zum Beispiel auch von Herrn Beckmann in Rumänien. Sie griff bei unseren Soldaten auf die Krim über und 1944 nach Süditalien. 1944 gelang es dem deutschen Hygieniker Herzberg in Athen, den Erreger auf Meerschweinchen zu züchten und färblich darzustellen. Als die Amerikaner nach Süditalien und auf den Balkan vordrangen, hatten auch ihre Truppen mit der gleichen Epidemie zu tun. Sie setzten die in Athen von Herzberg angefangenen Züchtungsversuche fort und stellten nun fest, daß dieser Erreger identisch oder nahezu identisch sei mit einer aus australischen Epidemien her bekannten Rickettsie, die von dem ausgezeichneten australischen Hygieniker Burnet beschrieben war und nach ihm *Rickettsia Burneti* benannt ist. Sie war die Ursache für eine grippeähnliche Krankheit, die in Australien 1935 als Queenstown-Fieber (abgekürzt Q-Fieber) beschrieben und daraufhin später auch sporadisch in Amerika gefunden wurde.

All das scheint uns zunächst weit entfernt zu liegen, aber nun kommt das Neue hinzu, daß diese selbe Krankheit jetzt auch in Mitteleuropa auftritt: Zuerst wurde sie in der Schweiz beschrieben und jetzt im Jahre 1948 an mehreren Stellen in Deutschland eindeutig festgestellt, z. B. in der Nähe von Frei-

burg und von Tübingen, wo ganze Dörfer schlagartig vom Q-Fieber überfallen wurden. Damit steht diese Krankheit auch im Brennpunkt unseres Interesses. Wir werden sicher noch mehr von ihr zu hören bekommen. Die Übertragungsweise der Rickettsie ist noch nicht endgültig geklärt. Es ist wahrscheinlich, daß hier wie bei allen Rickettsien Insekten im Spiel sind, wie ja z. B. bei der Fleckfieber-Rickettsie oder der Rickettsie des Fünftagefiebers Kleiderläuse die Überträger sind. In Australien ist eindeutig festgestellt, daß die Rickettsia Burneti durch Zecken übertragen wird, die auf dem Vieh leben und bei denen Nagetiere als Zwischenwirte fungieren. Es ist auch für uns wahrscheinlich, daß solche Zecken des Viehes eine Rolle spielen, weniger indem sie den Menschen befallen, als daß Staub mit dem Kot der Zecken eingeatmet wird. Jedenfalls sind solche Inhalationsübertragungen in Laboratorien sowohl in Amerika als auch in Deutschland jetzt schon häufig vorgekommen.

Das Q-Fieber ist eine harmlose Krankheit, die meistens trotz der beängstigenden Bronchopneumonien in acht Tagen abläuft und keine Folgen hinterläßt. Todesfälle sind nur ganz selten. Ich habe bei über tausend Kranken, die ich auf dem Balkan gesehen habe, nur zwei oder drei Todesfälle erlebt. Bezeichnend ist, daß wenn die Epidemie ausbricht, gleich ein großer Teil der Bevölkerung betroffen wird. So haben wir damals auf dem Balkan gerade während des Vormarsches nach Griechenland ernste Sorgen gehabt, weil bis zu 25% der Truppenteile ausfielen. Die Diagnose des Q-Fiebers ist heute durch Agglutination oder Komplementbindung sicherzustellen. Sie kommt auch hier wieder für den einzelnen Fall zu spät, klärt aber eine Epidemie auf.

Nur kurz erwähnt sei eine weitere Krankheit, deren Erreger eindeutig feststeht und die auch meistens zu Bronchopneumonien führt, nämlich die *Psittakose* oder *Papageienkrankheit*. Es handelt sich hier um ein ziemlich großes pneumotropes Virus, das sehr schwere Bronchopneumonien hervorruft. Im Augenblick spielt die Krankheit in Deutschland kaum eine Rolle.

Nun müssen wir uns aber auf weniger geklärte Gebiete begeben. Im Krieg ist im angelsächsischen Schrifttum häufig darauf hingewiesen worden, daß Pneumonien auftraten, die sich von den croupösen Pneumonien dadurch unterschieden, daß sie meist nicht auf einen Lappen beschränkt waren, sondern bronchopneumonische Herde bildeten, und daß sie im ganzen wohl milder verliefen. Besonders die Amerikaner haben sich viel Mühe gegeben, Erreger herauszuzüchten. Sie glaubten, Virusarten identifizieren zu können. Das letzte Wort ist hier aber noch nicht gesprochen. Eine einheitliche und endgültige Identifizierung eines Erregers ist bisher nicht gelungen. Im deutschen Schrifttum ist meist der Ausdruck *Viruspneumonie* übernommen worden, die Amerikaner sind jetzt vorsichtiger und sprechen von *primärer atypischer Pneumonie*. Nachdem der Erregernachweis noch recht unsicher ist, war man sehr froh, als man zufällig entdeckte, daß das Serum dieser Kranken in der Kälte Blutkörperchen zur Agglutination bringt. Man glaubte, hier für die Viruspneumonie eine spezifische Reaktion entdeckt zu haben, die allerdings nicht alle, aber doch etwa die Hälfte der Kranken aufwies. In den letzten Monaten sieht man aber, daß diese Kälteagglutination keineswegs spezifisch ist. Sie tritt auch bei anderen Krankheiten auf. Heilmeyer hat sie auch beim Q-Fieber gefunden, so daß dieses Diagnostikum wahrscheinlich hinfällig wird. Wir selbst haben hier in Stuttgart nicht viel Glück mit dieser Reaktion beim Landesuntersuchungsamt erlebt, obgleich wir auch einzelne Fälle von Bronchopneumonie sahen, die man in die Viruspneumonie einreihen mußte. Wenn wir unsere Meinung über die Viruspneumonie zusammenfassen, so ist zu sagen, daß es sich höchstwahrscheinlich hier nicht um einen einheitlichen Erreger handelt, sondern um verschiedenartige Erreger, die ein ähnliches Krankheitsbild von fieberhaftem Infekt und Bronchopneumonie hervorrufen können.

Eine besondere Abart dieser „Viruspneumonie“ ist eine langsam verlaufende Form, die eine positive Wassermann-Reaktion auftritt. So sahen wir vor kurzem eine Kranke, die über mehrere Wochen eine Bronchopneumonie des linken Unter-

lappens, subfebrile Temperaturen und eine positive Wassermann-Reaktion zeigte, so daß wir zunächst an eine Lungenlues dachten, bis sich ohne antiluische Behandlung im Lauf der Zeit sowohl die Bronchopneumonie als auch die Wassermann-Reaktion in Wohlgefallen auflösten.

Eine sehr große Rolle spielt eine offenbar andersartige Krankheit: Der sog. *Erkältungskatarrh* oder Schnupfen, „common cold“ der Engländer, häufig auch als grippaler Infekt bezeichnet, den die meisten Menschen jedes Jahr ein- oder mehrmals durchmachen. Diese Krankheit geht mit Schnupfen, Pharyngitis, oft Laryngitis oder Tonsillitis einher. Sie kann tatsächlich durch Abkühlungen ausgelöst werden, wobei anzunehmen ist, daß für den Erreger durch die Abkühlung irgendwie günstigere Bedingungen geschaffen werden. Andererseits wissen wir aber genau, daß diese Erkältungskatarrhe ansteckend sind und z. B. in einer Familie mehrere Mitglieder gleichzeitig oder nacheinander befallen. Schon 1914 hat Kruse gezeigt, daß solche Erkältungskatarrhe virusbedingt sind, jedoch ist bis heute die Identifizierung dieser Virusreger nicht eindeutig. Es ist wahrscheinlich, daß es sich um verschiedene Virusarten handelt.

Im großen und ganzen können wir die genannten vier Hauptgruppen der grippeartigen Krankheiten klinisch auseinanderhalten. Die *echte Grippe* ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: kurze Inkubationszeit von 1–3 Tagen, starke Beteiligung der oberen Luftwege, Fieber, das etwa 5 Tage anhält und öfters um den 6. Tag zum zweitenmal ansteigt, im Beginn meist Leukopenie, Neigung zu üblen Bronchopneumonien und Pleuraempyemen. Das *Q-Fieber* hat eine Inkubationszeit von etwa 19 Tagen und geht mit ungefähr achttägigem Fieber einher. Es macht zunächst eher den Eindruck eines Typhus, weil es nur Kopfschmerz, hohes Fieber und Leukopenie ohne Organbefund zeigt. Im Röntgenbild finden sich häufig Bronchopneumonien, die jedoch im Gegensatz zur echten Grippe gutartig verlaufen. Die *Viruspneumonie* sieht zunächst wie eine croupöse Pneumonie aus, geht aber meist ohne Herpes und ohne Leukocytose einher, läßt die Pneumokokken vermischen und spricht im Gegensatz zur croupösen Pneumonie auf Sulfonamide und Penicillin nicht an. Der *Erkältungskatarrh* befällt wie die echte Grippe stark die oberen Luftwege, führt aber seltener zu Komplikationen und macht meist nur für 1–2 Tage Fieber.

Immerhin haben diese Krankheitsbilder eine erhebliche Variationsbreite. So kann eine leicht verlaufende echte Grippe genau wie ein Erkältungskatarrh aussehen. Im einzelnen sporadischen Fall ist daher eine Einreihung in eine der vier Krankheiten oft nicht möglich; meistens aber wird bei Gruppenerkrankungen die Diagnose aus dem klinischen Bild klar. Bakteriologisch und serologisch lassen sich, wie gesagt, aus dem großen Topf heute mit Sicherheit die echte Grippe mit dem Typus A und B sowie das Q-Fieber herausfischen.

Wie kompliziert die Dinge aber liegen können, zeigt eine Welle von grippeartigen Erkrankungen, die wir im Frühjahr 1948 in Deutschland erlebt haben; es waren große Krankenzahlen aus dem Rheinland, aus Hessen, Baden, Württemberg gemeldet (man vergißt solche Grippewellen nur so schnell, wenn die Krankheit leicht verläuft!). Die Analyse konnte noch nicht an allen Stellen durchgeführt werden, aber nach den Diskussionen, die auf dem Kongreß für innere Medizin in Karlsruhe einen Tag lang geführt wurden, scheint es am wahrscheinlichsten, daß sich gleichzeitig drei verschiedene Krankheiten: Grippe Typus B, Q-Fieber und Viruspneumonien überschneiden.

Wir haben gesehen, daß bei allen bisher genannten Krankheiten entweder Virusarten oder die ihnen nahestehenden Rickettsien als Erreger angesehen werden. Sind nun die Bakterien, d. h. die Kokken und Bazillen ganz abgesetzt? Das ist keineswegs der Fall. Als Erreger der croupösen Pneumonie gilt noch immer der Pneumococcus, gelegentlich der Friedländerbazillus; als Erreger des Keuchhustens der Keuchhustenbazillus usw.

Vor allem aber ist zu bedenken, daß die besprochenen virusbedingten Krankheiten der oberen Luftwege und der Lungen sehr häufig durch bakterielle Sekundärinfektionen kompliziert

werden. Namentlich wenn der Verlauf schwerer wird, spielen Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken, Pfeiffer'sche Influenzabazillen mit herein. Sie sind nicht die Ursache der Krankheit, aber sie komplizieren und erschweren sie oft in maßgebender Weise.

Die Feststellung der Erreger hat nicht nur theoretisches Interesse, sondern ist für die *Behandlung* von eminenter Bedeutung. Haben wir doch in den letzten Jahren durch die Sulfonamide, das Penicillin und das Streptomycin Waffen in die Hand bekommen, die uns in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten einen ungeheuren Aufschwung gegeben haben. Leider haben diese Mittel aber alle das eine gemeinsam, daß sie gegen die Virusarten und Rickettsien so gut wie wirkungslos sind, und so haben sie gerade in der Bekämpfung der Grippe und der verwandten virusbedingten Infektionen der oberen Luftwege und der Lungen keinen wesentlichen Fortschritt gebracht. Es ist wertlos, bei einem einfachen Erkältungskatarrh oder beim Q-Fieber diese Chemotherapie aufzuziehen. Das muß klar ausgesprochen werden, weil unsere wertvollen Arzneimittel sonst in unverantwortlicher Weise verschwendet werden. Den allzu arzneigläubigen Ärzten sei es empfohlen, in Zeiten grippaler Infekte nur jeden zweiten Kranken mit ihren Arzneien zu behandeln; die Begeisterung sinkt schnell ab, wenn man sieht, wie es genau so gut ohne die Arzneien geht!

Anders allerdings wird es, sobald die Viruskrankheiten durch Bakterien kompliziert werden, was man meistens daran merkt, daß sie einen besonders schweren Verlauf nehmen. In diesen Fällen — es mögen etwa 10% sein — ist es sehr wohl angezeigt, Sulfonamide oder Penicillin anzuwenden und damit wenigstens die eine Hälfte des Feindes niederzukämpfen. Ob man im Einzelfall eher zu Sulfonamiden oder zu Penicillin greifen soll, hängt von der Art des Erregers der Sekundärinfektion ab. Häufig sind beide wirksam. Man wird sich auch nach der Beschaffungsmöglichkeit und den wirtschaftlichen Verhältnissen richten müssen. Auf Einzelheiten einzugehen, ist im Laufe dieses Übersichtsvortrages nicht möglich. (Nur nebenbei sei hier bemerkt, daß die Psittakose eine der ganz wenigen

Viruskrankheiten ist, die einigermaßen auf Sulfonamide und Penicillin ansprechen.)

Wenn wir gegen die virusbedingten grippösen Erkrankungen kein spezifisches Mittel besitzen, so legen wir trotzdem nicht die Hände in den Schoß. Der Kranke muß immer das Gefühl haben, daß etwas für seine Krankheit getan wird, seien es auch nur harmlose Gurgelungen mit dünner Kaliumpermanganatlösung. Vor allem aber tritt die symptomatische Behandlung in ihr Recht. Wir können einen gefährdeten Kreislauf mit Strophanthin stützen, wir können etwa durch Inhalieren oder in der Bekämpfung eines Reizhustens mit Codein dem Kranken Erleichterung verschaffen. Viele Maßnahmen sind noch sehr umstritten. Man könnte tagelang das Für und Wider diskutieren, ob es gut ist, das Fieber durch Pyramidon, Aspirin und ähnliche Mittel herabzusetzen, oder ob es gut ist, durch parenterale Eiweißspritzungen das Fieber zu vermehren, ob man mit Gurgelungen, Pinselungen oder Schwitzpackungen dem Kranken wirklich hilft, oder ob man den beginnenden Schnupfen mit kleinen Jodgaben kupieren kann. Großenteils sind das Glaubensfragen, über die man sich wie bei anderen Dogmen herumstreiten kann. Ich persönlich glaube, daß im allgemeinen durch ein Zuviel der Therapie dem Kranken mehr geschadet als genützt wird, und daß es bei diesen Krankheiten hauptsächlich darauf ankommt, den Patienten durch Ruhe und Pflege seine Krankheit selbst überwinden zu lassen und nur in den besonderen Fällen bakterieller Sekundärinfektionen oder sonstigen Komplikationen einzugreifen; dann aber auch in der wirksamsten Weise. Wenn Penicillin oder Sulfonamide angezeigt sind, dann müssen sie in genügend hoher Dosis und in der richtigen Zeitverteilung gegeben werden.

Ich habe Ihnen namentlich auf dem Gebiet der Viruspneumonie und des Erkältungskatarrhs noch viel Problematisches vorsetzen müssen, aber wenn man sieht, wie sich allmählich ein Krankheitsbild nach dem anderen aus dem großen Konvolut der „Grippeerkrankungen“ herauslösen läßt, so spürt man heute doch Frühlingsluft und kann hoffen, daß schon die nächsten Jahre weitere Klärungen bringen werden.

Aus dem Balneologischen Universitätsinstitut Bad Nauheim (Direktor Prof. Dr. A. Weber):

## Elektrokardiographische Belastungsprüfungen

Von Dr. med. Kurt Heinrich, Braunschweig

In dem Streben nach einer objektiven Beurteilung des Kreislaufs wurde eine große Anzahl von Funktionsprüfungen ausgearbeitet, durch welche die Belastungsfähigkeit der Kreislauforgane bewertet und die Erkennung latenter Schädigungen gefördert werden soll. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es eine universelle, einfach zu handhabende Kreislaufbelastungsprüfung nicht gibt; alle angegebenen Methoden zeigen nur eine Teilfunktion oder eine Gruppe von Funktionen des Kreislaufs an. Nur durch Kombinationen verschiedener Funktionsprüfungen und nur in Ergänzung zur Vorgeschichte, dem klinischen, röntgenologischen und elektrokardiographischen Befund können wir zu einer optimalen Gesamtbeurteilung gelangen.

Die Entwicklung der Elektrokardiographie hat uns eine Reihe neuer Belastungsproben gebracht, auf die hier näher eingegangen werden soll. Die wichtigsten dieser Prüfungen sind: das Valsalva-Ekg, der Arbeitsversuch, der O<sub>2</sub>-Mangel-Test und das Aufsteh-Ekg.

Das Gemeinsame dieser vier Untersuchungsmethoden ist die Verwendung des Ekg als Indikator und ihr Zweck, eine Erzielung erschwerter Arbeitsbedingungen für das Herz, die bei mangelhafter Anpassungsfähigkeit zu einer Hypoxämie des Herzmuskels und damit unter Umständen zu elektrokardiographisch faßbaren Veränderungen führen. Sie unterscheiden sich aber wesentlich untereinander in der Art, wie diese vermehrte Belastung erreicht wird, so daß neben dem Zustand des Herz-

muskels und seiner Blutversorgung auch andere cardiale und extracardiale Faktoren bei der Bewertung eine Rolle spielen. Bei der Beurteilung muß man sich stets vor Augen halten, daß die diagnostische Leistungsfähigkeit dieser vier Belastungsproben wesentlich von dem diagnostischen Wert ihres gemeinsamen Indikators — des Ekg — abhängt. Die Herzstromkurve zeigt uns Ursprungsort, Rhythmus, Weg, Fortpflanzungsgeschwindigkeit und meist auch Dauer der Erregung im Herzen an; sie erlaubt uns die Erkennung lokaler oder diffuser Herzmuskelschädigungen und unter Umständen auch ungenügender koronarer Durchblutung; sie gestattet uns aber keine direkten Rückschlüsse auf die mechanische Funktion und Leistung des Herzens (32).

Der Valsalva'sche Preßversuch wurde als Kreislauffunktionsprüfung von Bürger (4) und seiner Schule ausgebaut.

Als Ekg-Belastungsprobe haben besonders Borst (3) und Franke (9) diese Methode verfolgt. Diese Belastungsprüfung besitzt den Vorteil, daß sie einer physiologischen Arbeitsbelastung entspricht, da praktisch jede akute Muskelanstrengung unter Preßatmung durchgeführt wird (z. B. Heben, Treppensteigen usw.). Ferner kann sie auch leicht bei bettlägerigen Kranken angewendet werden.

Technisch wird der Valsalva'sche Preßversuch folgendermaßen durchgeführt: Nach vorangehender, tiefer Inspiration werden unter Glottisschluß die Expirationsmuskeln und die Bauchmuskulatur etwa 20 Sekunden lang maximal kontrahiert

und dadurch ein erhöhter Druck im Brust- und Bauchraum mit besonderer Widerstandserhöhung im kleinen Kreislauf erzeugt. Vor, während und nach dem Pressen wird das Ekg in den drei Abteilungen fortlaufend registriert. Während des Pressens steigt der Venendruck vor dem rechten Herzen (unter Umständen auf Werte bis 500 mm H<sub>2</sub>O) an. Der arterielle Blutdruck nimmt zunächst zu, fällt dann aber durch Abnahme des Schlagvolumens ab, da sich infolge des erhöhten intrathorakalen Drucks der Blutstrom im Herzen verringert, — kann aber bei längerem Pressen durch reflektorische periphere Vasokonstriktion wieder ansteigen.

Beim Herzgesunden erfolgt pressorisch eine erhebliche Frequenzsteigerung mit Erhöhung von P<sub>a,a</sub> im Ekg. Bürger (4) deutet diese Tachycardie als Folge einer zentralen, durch Venen- und Liquordrucksteigerung ausgelösten Acceleransreizung, die eine gleichzeitige Vagusreizung überdeckt. Franke (9) nimmt dagegen an, daß bei der pressorischen Dehnung der großen herznahen Venenabschnitte und des rechten Vorhofs der kreislaufördernde Bainbridge-Reflex (13, 14) ausgelöst wird, der den Vagustonus vermindert und die Anpassungsfähigkeit des Herzens an ein erhöhtes, venöses Blutangebot erleichtert. Weiter

celeranswirkung in der postpressorischen Phase erkennbar wird (Abb. 1). Franke gibt dafür eine andere Deutung: Nach Aufhören des Pressens strömt das vor dem rechten Herz und in den Lungenkapillaren gestaute venöse Blut zum Herzen, das röntgenologisch erkennbar größer wird. Die Überfüllung des Herzens mit dem angestauten Blut führt zur Auslösung des Aorten-Depressor-Reflexes (17) und möglicherweise auch des Bezold-Jarisch-Effekts (14), eines kreislaufhemmenden, vorwiegend depressorischen und in den ersten Phasen stark verlangsamenden Reflexes, der hauptsächlich aus den Kammern kommt und das Herz durch Entspannung der Gefäße und den inneren Aderlaß auf die Blutspeicher entlastet.

Die Ekg-Veränderungen in der pressorischen Phase sind also auf zwei Faktoren zurückzuführen: 1. auf die durch den Bainbridge-Reflex bedingte Preßtachycardie, welche die Herzarbeit, besonders die Koronardurchblutung unökonomisch gestaltet, und 2. auf die mechanisch bedingte Belastung des rechten Herzens zusammen mit verminderter Koronardurchblutung infolge verringerten Schlagvolumens des linken Ventrikels. Die postpressorischen Ekg-Abweichungen sind wieder durch andere

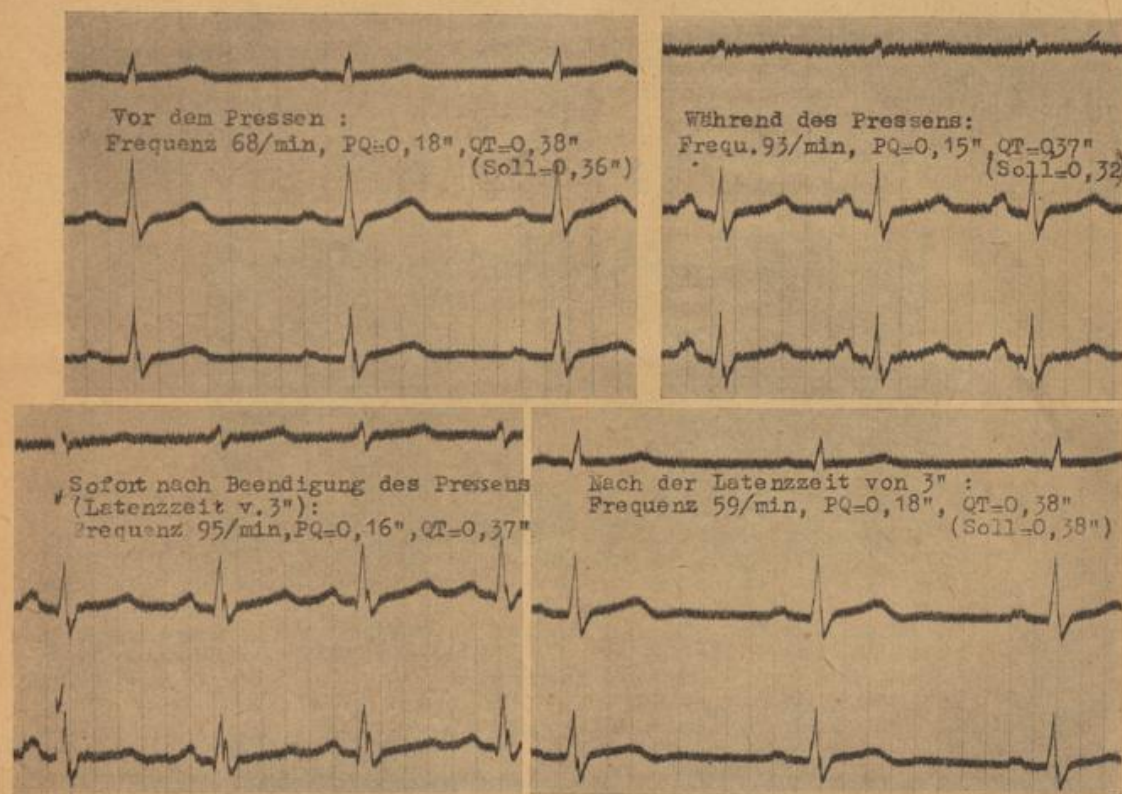


Abb. 1. Ekg bei Preßdruckprobe

zeigt sich in der pressorischen Phase eine geringe Verkürzung von PQ und QRS und eine relative Verlängerung der QT-Distanz, die bei hochgradiger Tachycardie zur Vorhofspfangung führen kann. Der Typ des QRS-Komplexes verschiebt sich nach rechts — wie bei Steilstellung der Herzachse — zunächst durch das Tiefertreten des Zwerchfells, dann durch eine funktionelle, dynamische Mehrbelastung der rechten Kammer bei geringerer Füllung des linken Ventrikels. T wird abgeflacht (bei Gesunden aber nie negativ), vielleicht auch als Folge der Acceleranswirkung.

Postpressorisch folgt nach einer Latenz von 3—8" eine reaktive Bradycardie mit mäßiger Zunahme von PQ und relativer Verkürzung der QT-Distanz. Nach Bürger sind dies Zeichen einer zentralen, von der pressorischen Phase herrührenden und diese überdauernden Vagusreizung, die erst nach Fortfall der Ac-

Funktionsumstellungen bedingt: einmal durch eine hämodynamische Mehrbelastung der linken Kammer nach der Latenzzeit und weiter durch die über den Aorten-Depressor-Reflex ausgelöste reaktive Vagusbradykardie.

Bei der Preßdruckprobe stellen sich Ekg-Veränderungen besonders bei latenten Myokardschädigungen sowohl infektiös-toxischer Genese, als auch bei Koronardurchblutungsstörungen ein. Meist finden sich pathologische Veränderungen der Nachschwankung in Ableitung II und III, entsprechend der Mehrbelastung des rechten Ventrikels während des Pressens. Franke wies diese Veränderungen vorwiegend bei fokaltoxischen Schädigungen und Myokarditis nach, bei denen außerdem in der postpressorischen Phase häufig Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen auftraten; bei Myodegeneratio cordis ist das häufige Fehlen der Preßtachycardie auffallend, wahrscheinlich bedingt durch eine

Störung im regulatorischen Ablauf des Bainbridge-Reflexes. Auch beim Myokardinfarkt tritt kaum eine Preßstachykardie auf, zum Teil, weil die Kranken oft nur einen geringen Preßdruck aufbringen können, vor allem aber wegen des Bezold-Jarisch-Reflexes, der nach den Untersuchungen von Dietrich und Schimert (6) das Krankheitsbild des Infarkts beherrscht. Die auffallend geringen Reaktionen bei Perikard-erkrankungen, besonders dem Panzerherzen, sind auf den Fortfall der hämodynamischen Lageänderungen und der nervösen Einflüsse zurückzuführen. Extrasystolen zeigen ein wechselndes Verhalten, wobei die postpressorische Häufung durch Überfüllung der linken Kammer überwiegt, aber auch eine pressorische Zunahme durch Überlastung der rechten Kammer vorkommen kann.

Wir haben also im Preßdruck-Ekg eine brauchbare elektrokardiographische Belastungsprüfung, bei der pressorisch vorwiegend der rechte und postpressorisch der linke Ventrikel belastet und gleichzeitig der Reflexmechanismus des Herzens geprüft wird. Die Methode eignet sich zur Erfassung von Frühschäden des Herzmuskels und seiner Sauerstoffversorgung und besitzt die besonderen Vorteile, keinen weiteren technischen Aufwand zu benötigen, einer physiologischen Belastung zu entsprechen und auch bei bettlägerigen Kranken anwendbar zu sein. Besondere Gefahren bietet die Preßdruckprobe nicht und eine Gegenindikation dürfte nur beim frischen Myokardinfarkt und bei fortgeschrittenen degenerativen Gefäßprozessen bestehen.

Von den elektrokardiographischen Belastungsprüfungen hat das Arbeits-Ekg (19, 20, 25) die weiteste Verbreitung erfahren, wenn auch sein Wert schon von zahlreichen Kritikern

ist meist unphysiologisch und unzureichend und zum Teil schuld an den häufigen Versagern dieser Untersuchungstechnik. Wir müssen von einem trainierten kräftigen Jugendlichen eine anders dosierte Leistung fordern als von einem älteren Kranken mit stenokardischen Beschwerden und ein Schematisieren vermeiden. Dabei eignet sich das Ersteigen von Treppenstufen am besten, wobei Höhe und Geschwindigkeit des Anstiegs der körperlichen Leistungsfähigkeit der Versuchsperson angepaßt werden können. Neben Ekg-Aufnahmen vor und sofort nach Belastung ist auch mindestens eine Aufnahme 3—5 Minuten nach Beendigung des Arbeitsversuchs erforderlich, damit die nicht seltenen Spätveränderungen der Nachschwankung der Beobachtung nicht entgehen. Nach körperlicher Arbeit finden wir bei Herzgesunden neben Tachykardie eine Erhöhung der P-Zacken, Senkung der PQ-Strecke und meist eine frequenzabhängige Verkürzung der PQ-Dauer. Schellong (26) hat in seiner Regulationsprüfung des Kreislaufs die Verkürzung der QRS-Breite als wesentliches Kriterium der Ekg-Reaktion nach Arbeit beim Herzgesunden beschrieben. Kritische Nachuntersucher (23, 30) haben auf die Inkonstanz dieses Zeichens und die großen technischen Fehlerquellen bei der QRS-Messung hingewiesen. Auch eigene Beobachtungen an der Breslauer Medizinischen Universitäts-Klinik ergaben selbst bei genauer Einhaltung der Schellongschen Methodik eine erhebliche Streuung der Werte vor und nach der Belastung und vor allem die Tatsache, daß Veränderungen der Nachschwankung nach Belastung wesentlich früher und häufiger anzutreffen sind, als die der QRS-Breite. Eine bestimmte Formveränderung der ST-Strecke — die sogenannte Tachykardieform der ST-Senkung (Abb. 2) — findet sich nach Arbeit auch

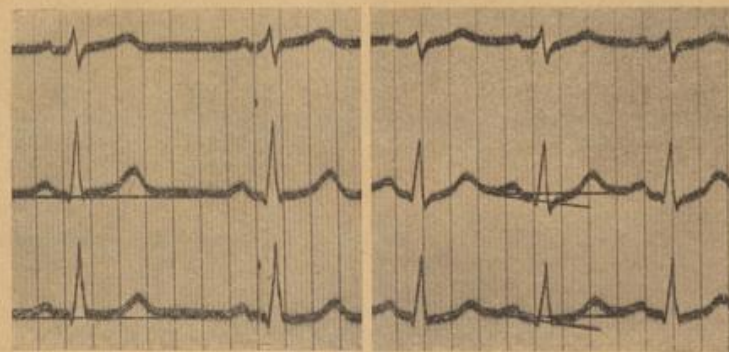


Abb. 2  
Ruhe-Ekg Arbeits-Ekg  
(120 Treppenstufen)  
bei einem Herzgesunden  
Nach Belastung „Tachykardieform“ der ST-Senkung. Frequenz in Ruhe  
70/min., nach Belastung 130/min.

(12, 16, 27) angezweifelt wurde. Bei sachgemäßer Methodik und Einengung der Indikation, vor allem unter Berücksichtigung dessen, was man von einer elektrokardiographischen Methode überhaupt erwarten darf, ist das Arbeits-Ekg aber auch eine wertvolle Ergänzungsuntersuchung in der Kreislaufdiagnostik geworden.

Zeigt eine Ruhe-Ekg schon pathologische Veränderungen, so ist die Durchführung eines Arbeitsversuchs meist überflüssig und unter Umständen sogar gefährlich. Ebenso wird man bei Kreislaufkrankungen, die sich aus sonstigen Befunden schon eindeutig erkennen lassen, besonders bei frischer oder rezidivierender Endocarditis, manifester Dekompensation, Hypertonie und schweren degenerativen Gefäßerkrankungen, wie ausgeprägter Koronarsklerose und bei Infarktanamnese auf diese Belastungsprobe verzichten können und müssen. Sie stellen Gegenindikationen dar.

Wesentlich ist bei dem Arbeits-Ekg die Anwendung einer individuellen, der Leistungsfähigkeit des Untersuchten angepaßten körperlichen Belastung. Die vielgeübte Methode der Kniebeugen

beim Herzgesunden nicht selten; sie besteht in einer Senkung des Anfangsteils der ST-Strecke; die aber sofort einen raschen steilen Anstieg zur positiven T-Zacke zeigt und ist durch das Tiefertreten der Nachschwankung von P bedingt, welche die QRS-Zeit überdauert und zu einem vertieften ST-Ansatz führt. Die T-Zacke ist unmittelbar nach Arbeit beim Herzgesunden verkleinert, erhöht sich dann über den Ausgangswert und verkleinert sich nach 3—5 Minuten wieder stärker.

Pathologisch zu werten sind deutliche Verlängerungen von PQ nach Belastung und stärkere Störungen der Vorhofkammerleitung, weiter eindeutige Verbreiterungen von QRS, horizontale, muldenförmige oder konvexe Senkungen der ST-Strecke, Umwandlungen einer vorher positiven T-Zacke in eine isoelektrische, wechselsinnige oder negative und monophasische Deformierungen.

Als krankhaft beurteilen wir auch starke T-Abflachungen in mehreren Ableitungen, ferner das Auftreten bzw. die Häufung supraventrikulärer und ventrikulärer Extrasystolen, besonders solcher von verschiedenem Reizursprung, Interferenzdissoziation und Wechsel des Reizursprungs. Die kreislaufphysiologischen

Umstellungen bei Körperarbeit, welche die geschilderten Ekg-Veränderungen beim Herzgesunden bewirken, sind sehr komplexer Art: Erhöhung des Acceleranstonus, Bainbridge- und anderer Kreislauf-Reflexe, Blutdrucksteigerung, Zunahme des Schlagvolumens und Änderungen des Zwerchfellstandes greifen dabei ineinander. Die pathologisch bewerteten Abweichungen der ST-Strecke und T-Zacke, wahrscheinlich auch schon die stärkere Abflachung von T sind als Zeichen der Sauerstoffnot des geschädigten Herzmuskels zu deuten. Für die diagnostische Beurteilung des Arbeits-Ekg gilt ebenso wie für die übrigen Belastungsprüfungen, daß ein negativer Ausfall noch nicht zum Ausschluß einer funktionellen oder organischen Herzmuskelschädigung berechtigt. Nur ein krankhafter Belastungs-Ekg-Befund ergibt einen verwertbaren Hinweis, der nicht gleichzeitig auf die mechanische Kreislauffunktion bezogen werden darf, sondern oft nur als erstes Warnungssymptom gelten wird. Daß auch das Arbeits-Ekg nur im Rahmen der übrigen klinischen Untersuchungen in die Diagnostik, Prognose und Aufstellung eines Therapieplanes einzubauen ist, bedarf hier nicht noch näherer Ausführungen.

Das Arbeits-Ekg hat, wie auch der Valsalva-Versuch, den Vorzug, daß zu seiner Durchführung keinerlei zusätzliche Apparaturen erforderlich sind. Die Nachteile dieses Verfahrens bestehen besonders in seiner beschränkten Dosierbarkeit. Man kann wohl die körperliche Belastung dem Einzelfall unter Berücksichtigung von Anamnese und Untersuchungsbefund, in dem auch die Kenntnis des Ruhe-Ekg wichtig ist, anpassen, muß aber stets eine Leistung fordern, deren Größe und Verträglichkeit schwer abzuschätzen ist. Außerdem ist mit der Beendigung der körperlichen Belastung noch nicht die Mehrbelastung des Herzens beendet; man sieht gerade bei Myokarderkrankungen oft eine Zunahme der Ekg-Veränderungen 3—5 Minuten nach dem Arbeitsversuch (19). Zudem kann die bei körperlicher Anstrengung auftretende Blutdrucksteigerung bei Gefäßerkrankungen recht unerwünschte Folgen haben. Bei Nichtbeachtung einer individuellen Arbeitsdosierung und der anfangs erwähnten Gegenindikationen sind schon unangenehme Zwischenfälle von uns beobachtet und in der Literatur (8, 10, 29) auch solche mit letalem Ausgang berichtet worden und haben die Methode zum Teil in Mißkredit gebracht. Sie dürften bei scharfer Indikationsstellung vermeidbar sein.

Bei dem Sauerstoffmangeltest wird an Stelle der körperlichen Belastung durch Reduktion der Sauerstoffspannung in der Atemluft eine dosierte Hypoxämie erzeugt. Entscheidend ist dabei der Grad der O<sub>2</sub>-Verarmung und die Dauer der Versuchsbedingung. Eine besondere Form der O<sub>2</sub>-Mangel-Atmung stellt der Unterdruckversuch dar, wenn auch bei dieser Belastung noch anderweitige Bedingungen entstehen, die eine absolute Gleichstellung von Sauerstoffmangel- und Unterdruck-Ekg nicht ganz erlauben (1).

Nach den tierexperimentellen Untersuchungen Borgards (2) kann man bei der Sauerstoffreduktion drei Phasen unterscheiden: Zunächst kommt es durch Abnahme des reflektorischen Vagustonus zu einer Frequenzsteigerung. Bei weiterer O<sub>2</sub>-Spannungs-Senkung tritt eine zentrale Vagusreizung mit Bradykardie ein — die Phase II. Die bei noch stärkerer O<sub>2</sub>-Verminderung erscheinende Phase III zeichnet sich durch direkte Herzschädigung und Vaguslähmung aus.

Für eine Funktionsprüfung darf der Sauerstoffmangel verständlicherweise nicht über die Grenze der Phase I getrieben werden, da mit Phase II der Kollaps droht. Ein geschädigtes Myokard wird schon unter O<sub>2</sub>-Mangel-Bedingungen mit Störungen der Erregungsform und Erregungsausbreitung reagieren, bei denen der normale Herzmuskel noch keine elektrokardiographisch registrierbaren, pathologischen Veränderungen bietet. Klinische O<sub>2</sub>-Mangel-Untersuchungen haben gezeigt, daß eine O<sub>2</sub>-Verminderung auf 7,5—9% die besten Untersuchungsbedingungen gewährleistet.

Gegenüber dem Arbeits-Ekg besitzt der O<sub>2</sub>-Mangel-Test die Vorteile einer besseren Dosierbarkeit, weniger Zwischenfälle (in Form von Kollaps), keiner ernsten Gefahren, keiner Blutdrucksteigerung und einer bedeutend schnelleren Erholungszeit (11).

Der einzige Nachteil besteht in dem besonderen apparativen Aufwand dieser Untersuchungsmethode.

Bei unserer Methodik bedienen wir uns konstanter Sauerstoff-Stickstoff-Gemische mit 8% O<sub>2</sub>-Gehalt, die aus der Druckflasche in einen Douglassack und über ein Ein- und Ausatemventil durch ein Mundstück zum Patienten geleitet werden. Mittels eines Dreiwegehahns kann jederzeit die sofortige Umschaltung von Außenluft auf O<sub>2</sub>-armes Gemisch und umgekehrt erzielt werden. Die Versuchsdauer beträgt 5—7 Minuten, doch spielt der Zeitfaktor bei der O<sub>2</sub>-Reduktion auf 8% nur eine geringe Rolle; bei positiven Ergebnissen zeigen sich die Veränderungen des Ekg schon nach 1—2 Minuten und erfahren durch längere Versuchsdauer lediglich eine stärkere Ausprägung. Ekg-Aufnahmen erfolgen vorher in Ruhe, während des Versuchs in Abständen von 2 Minuten und nach Beendigung der Mangelatmung.

Bei Herzgesunden beobachten wir eine Zunahme der Herzfrequenz, ein Schwinden der respiratorischen Arrhythmie, Gleichbleiben oder Verkürzung der PQ- und QRS-Dauer und relative Verlängerung von QT im Rahmen der Streubreite, ferner Größenzunahme von P, Lageveränderungen und Verkleinerung von QRS, seltener die Tachykardieform der ST-Senkung und geringe Abflachung von T. Die meisten dieser Abweichungen sind Folgen der Abnahme des reflektorischen Vagustonus. Beim gesunden Herzmuskel führt auch extremer O<sub>2</sub>-Mangel nicht zu ST-Senkung. Als pathologisch zu wertende Zeichen sind Rhythmusstörungen, besonders Extrasystolen, Zunahme von PQum mehr als 0,01 Sekunden, Verbreiterung von QRS, Verlängerung von QT über das Feld normaler Streubreite und stärkere Erhöhungen und Ver-

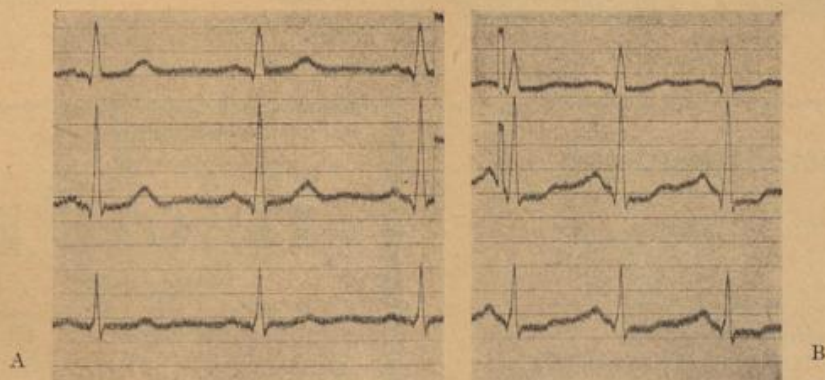


Abb. 3. V 217: 44-jähriger Mann, seit 1 Jahr Beklemmungsgefühl am Herzen, Atemnot und Herzklopfen bei Anstrengung. Klinisch und röntgenologisch am Herzen kein krankhafter Befund. RR 140/85 mm Hg. Keine Stauungserscheinungen. A: Ruhe-Ekg: ST<sub>1-3</sub> etwas länger in der Isoelektrischen verharrend, aber nicht gesenkt, T<sub>1-3</sub> positiv. B: Nach 2 Min. O<sub>2</sub> Mangelatmung; P<sub>2,3</sub> höher positiv, ST<sub>1</sub> gering gesenkt, ST<sub>2,3</sub> deutlich gesenkt, konvex, T<sub>1</sub> stark abgeflacht, T<sub>2,3</sub> biphasisch. Dieser Befund bleibt auch bei längerer Versuchsdauer unverändert und schwindet 3 Min. nach Beendigung wieder vollständig.



*Lakriment*  
Das kompendiöse Expectorans



Glycyrrhizin ammon.  
Kal. sulf. guajacol.  
Thymian, Castan, Vesc.  
Chamomillae, Ephedrin,  
hydrochlor., Sacch.

- 1 Optimale Hustenlinderung
- 2 Energische Sekretdaustreibung
- 3 Lösung des Bronchialkrampfes

Hersteller:  
APOTH. A. DIEDENHOFEN K. G. PHARM. FABRIK · BAD GODESBERG

*Blut-Regeneration*  
durch  
**Aegrosan**  
Ferro-Calcium-Saccharat

Anämie  
Kachexie  
Neurasthenie  
Rekonvaleszenz

Tropfendosierung  
daher äußerst sparsam

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN, BERGISCH GLADBACH

\* **Kinder-Wiesenhäus** \*

„Kindersanatorium Dr. med. Eichhorn“  
FREUDENSTADT  
im Schwarzwald - Tel. 403

Besitzer und Leiter:  
LAURA VIEDEBANTT · LISA KUNTZE

Ärztliche Leitung:  
Dr. med. PAUL CAMERER

Kindergärtnerin · Hauslehrerin · Eigene Landwirtschaft



ZUR FERRLECIT-THERAPIE:

## Arsen-Ferrlecit

ARSEN-EISEN-KUPFER-LECITHIN

Bei Anämien stärkeren Grades, auch der perniziösen Anämie, bei hochgradigen Erschöpfungszuständen und Gewichtsabnahmen, bei Neuralgien und Neurosen, bei Leukämien und Dermatosen.

ARSEN-FERRLECIT ist in besonderem Maße geeignet zur Durchführung der bekannten Arsenkuren in steigenden und fallenden Dosen mit allen Vorteilen der FERRLECIT-Therapie (Eisen-Kupfer-Lecithin).

O.P. 30 ccm Kur-P. 100 ccm Klin.P. 250 ccm

A. NATTERMANN & CIE. KÖLN-BRAUNSFELD  
Fabrik pharm. Präparate

Sofort in allen Apotheken erhältlich!

## HANSALBIN

Schwefelhaltige Aminosäure Cystin

BEI ALLEN EIWEISSMANGELSCHADEN

o. P. à 10 Tabletten zu je 0,2 g Cystin, DM 1.50 lt. AT m. U.

Auf Anforderung Klinikpackungen  
à 500 Tabletten



**BIGOT, SCHARFE u. CO**  
CHEMISCHE FABRIK GmbH  
HAMBURG

Altbewährt und wirtschaftlich

## Lefortin

Pulver  
Tabletten

bei Erschöpfungs- und Ermüdungszuständen, Dystrophien  
für die Kinderpraxis (Anorexia) 100 g Pulver 95 Pfg.

**Calceno f. d. gesamte Kalktherapie**  
(Calc. citric., Calc. glyc. phosph., Calc. phosph., Sacch. lact., Corr. g.)  
Packung mit 100 wohlschmeckenden Tabletten DM 1.30



Fabrik pharm. Präparate  
E. Noller, Stuttgart-W, Ludwigstraße 49

**Mineral-Bad Berg**

STUTT GART - BERG NECKARSTR. 266

Warme rein natürlich  
kohlen-saure**Stahlbäder**

mit Ruhegelegenheit

Bei Rheuma, Gicht, Ischias, Herz- und  
Nervenleiden und Blutdrucksteigerung

täglich 8-18 Uhr geöffnet

**Badsanatorium  
Dr. med. K. H. Bieling**

Bad Rietenau/Württemberg

Klinik für innere Krankheiten  
(Getrennte Abteilungen f. Erwachsene und Kinder - 3 Ärzte)

Heilanzeigen:

Innere, spez. Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheumat. Leiden,  
Bewegungsstörungen.

Folgen v. spin. Kinderlähmung usw.

Eig. Mineralquellen. Röntgen-Diagn., Ekg., Labor.  
Alle physikal. Beh. einschl. Kneippverf. u. Kurzwellen.  
Windgeschützte Wald- und Wiesenlage.

Fernruf: Backnang 561.

**Arbuze****Das pflanzliche Verdauungs-Enzym**Ersetzt und ergänzt mangelnde Verdauungskraft in Magen  
und Darm. Klinisch erprobt bei Gastritis und Gastroente-  
ritis, auch schlechter Fettverdauung, Fäulnis-Dyspepsie  
und -Diarrhöe. Meist schlagartige Behebung subjektiver  
Beschwerden, Magendruck, Völle, Ructus, Brechreiz etc.  
Hebung des Appetits. Verbesserte Ausnützung der Nah-  
rung bei Rekonvaleszenten etc. (60 Tabletten = DM 1.55)

DR. SCHWAB G.M.B.H., MÜNCHEN 13



Sedative Dauerwirkung durch  
**EUNERVIN**  
Nervinum und Sedativum  
bei nervösen Erregungszuständen jeder Aetiologie  
Analgo-Hypnotikum bei nervösen Schlaf-  
störungen und Schlaflosigkeit infolge Schmerzen  
oder Fieber.  
200 g DM 1.60

RIEDEL-DE HAEN A.-G. SEELZE BEI HANNOVER

Für Nieren- u. Zuckerkranken:

**Überkinger Adelheid-Quelle**klinisch und pharmakologisch geprüft und erprobt.  
Große Erfolge selbst bei veralteten Nierenleiden.  
Bewährt auch bei Zuckerkrankheit.

Prospekte und Bezugsquellennachweis durch:

**Mineralbrunnen A.-G., Bad Überkingen**  
Kreis Göppingen (Württ.)OTTONIA-Jodsalztabletten  
zur Kropftherapie und Prophylaxe

LECI-TRAPP Roborans, Cardiacum

LECI-TRAPP-TABLETTEN  
m. Kola, Lecith., Eisen-II-Salz, Traubenzucker  
u. Vitamin CSANO-TRAPP  
Depurans, Digestivum, Stomachicum

VERMI-TRAPP gegen Oxyuren

**OTTO TRAPP KG., TÜBINGEN**

Bursagasse 16




**VEREINIGTE**

**SONDERTARIF FÜR ARZTE**  
Krankentagegeld bis DM 20.—  
Operationskostentarif bis DM 5000.—

**Vereinigte Krankenversicherungs-A.G.**  
Vertragsgesellschaft der Bayerischen Landes-Ärztelammer

Württemberg-Nord: Bezirksdirektion Stuttgart, Königstraße 11  
Telefon 91767

Württemberg-Süd: Bezirksdirektion Ravensburg, Bachstr. 62  
Telefon 3149

**WIEDER SOFORT  
LIEFERBAR!**

**Plenosol**  
BEI CHRONISCH DEFORMIERENDEN  
ARTHROSEN

Dr. Madaus & Co.   
KÖLN AM RHEIN

breiterungen der P-Zacken zu nennen. Sie sind aber von untergeordneter Bedeutung gegenüber Veränderungen der Nachschwankung (Abb. 3). Die ST-Senkungen zeigen keine für die Grundkrankheit spezifische Form, sondern je nach Schwere der Veränderung einen langsam schräg ansteigenden, horizontalen, muldenförmigen und bei schwerer O<sub>2</sub>-Not des Herzmuskels meist konvex oder schräg absteigenden Verlauf der ST-Strecke, wobei beim gleichen Patienten oft ein Übergang zwischen den einzelnen Formverläufen von ST zu beobachten ist. Die ätiologische Deutung spezifischer Formveränderungen der Nachschwankung nach Korth (18) (z. B. „Hypertrophieform“) lehnen wir auch auf Grund der Beobachtungen am O<sub>2</sub>Mangel-Ekg ab. Sehr starke Abflachung oder Isoelektrisch-Werden eines vorher positiven T beurteilen wir auch dann als Zeichen einer Myokardschädigung, wenn eine gleichzeitige ST-Senkung fehlt; selbstverständlich auch die Entwicklung eines biphasischen oder negativen T; ein isosiertes Auftreten solcher T-Veränderungen in Ableitung III aber nur dann, wenn gleichzeitig auch in Ableitung II zumindest starke T-Abflachungen erkennbar sind.

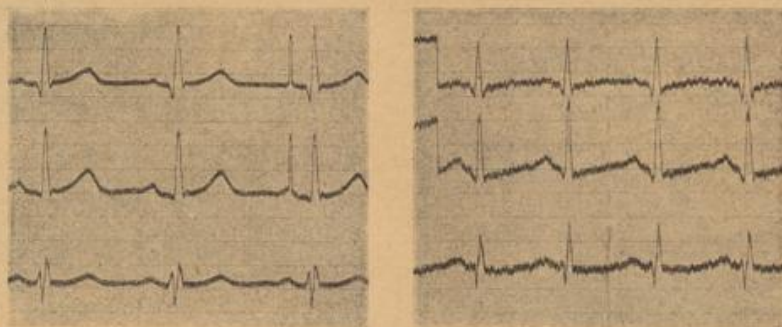


Abb. 4. V 255; 26-jähriger Mann. Vor 1 Jahr nach eitriger Mandelentzündung, Herzklopfen und Ateianot bei Anstrengung. Im Ekg wurde eine Myokardschädigung festgestellt. Nach Badekur und körperlicher Schonung wieder beschwerdefrei. Kommt zu einer Nachuntersuchung. Röntgenologisch und klinisch kein krankhafter Befund. RR 125/75 mm Hg. A: Ruhe-Ekg völlig o. B: nach 4 Min. O<sub>2</sub>-Mangelatmung (8%); ST<sub>2,3</sub> gesenkt, schräg ansteigend, T<sub>1-3</sub> stark abgeflacht, fast isoelektrisch. Subjektiv außer Ermüdung keine Beschwerden.

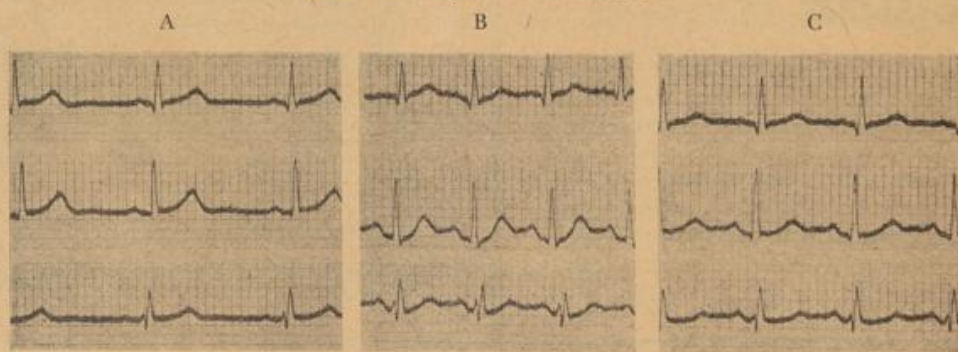


Abb. 5. V 255: Arbeits-Ekg bei dem gleichen Patienten. A: In Ruhe T<sub>1-3</sub> positiv. B: „Sofort“ nach raschem Ersteigen von 2x60 Treppenstufen: Vertiefter Abgang von ST<sub>2,3</sub> mit raschem schrägem Anstieg („Tachykardieform“ der ST-Senkung, — nicht charakteristisch für Myokardschädigung), T<sub>1</sub> und T<sub>3</sub> abgeflacht. C: 5 Min. nach Belastung: ST<sub>2,3</sub> gering gesenkt, T<sub>1-3</sub> abgeflacht.

Die Sauerstoffmangelatmung hat sich nach unseren klinischen Untersuchungen (11) als eine sehr brauchbare Methode zur Erfassung von Früh- und Spätschädigungen des Myokards und seiner Durchblutung erwiesen. Bei Kranken mit stenokardischen Beschwerden und normalem Ruhe-Ekg waren mit diesem Verfahren in 69% elektrokardiographische Zeichen einer Herzmuskelschädigung nachweisbar. Auch hier gilt die Einschränkung, daß ein positiver Ausfall eine krankhafte Störung am Myokard objektiv anzeigt, ein negativer Ausfall dagegen nicht den Beweis für das Fehlen pathologischer Veränderungen darstellt. Besonders wenn das Ruhe-Ekg hochpositive T-Zacken aufweist, die als Zeichen einer Vagotonie gedeutet werden, fehlen nach O<sub>2</sub>-Mangel-Atmung häufig pathologische Abweichungen des Ekg.

selbst dann, wenn Anamnese und sonstiger klinischer Befund das Vorhandensein einer Koronarsklerose wahrscheinlich macht.

Gegenüber dem Arbeits-Ekg ist die diagnostische Ausbeute des O<sub>2</sub>-Mangel-Tests besonders bei fokaltoxischen und postinfektiösen Myokardschädigungen größer (Abb. 4 und 5), bei Angina pectoris ungefähr gleichzusetzen, wenn auch bei dem Arbeitsversuch nicht selten eine graduell stärkere Ausprägung der ST- und T-Veränderungen festzustellen ist, insbesondere bei gleichzeitiger Hypertonie. Die Blutdrucksteigerung bei Arbeit stellt eine erhebliche Mehranforderung an den Sauerstoffverbrauch des Herzmuskels als die dosierte allgemeine Hypoxämie im Mangelversuch. So sind auch Extrasystolen nach körperlicher Belastung wesentlich häufiger anzutreffen als bei O<sub>2</sub>-Mangel-Atmung, da wohl die Kombination von Ischämie und vermehrter Herzleistung das Auftreten von Extrareizzentren begünstigt. Wir geben der O<sub>2</sub>-Mangel-Atmung gegenüber dem Arbeits-Ekg besonders bei degenerativen Herz- und Kreislaufkrankheiten den Vorzug wegen ihrer Gefährlosigkeit, guten Dosierbarkeit und der schnelleren Erholungszeit.

Das Aufsteh-Ekg (15, 28, 31) gibt im Gegensatz zu den bisher geschilderten drei Belastungsproben keinen direkten Aufschluß über den funktionellen Zustand des Herzmuskels. Hier gilt das Ekg nur als Indikator für ein vorwiegend peripheres Kreislaufgeschehen und seine reflektorische Steuerung. Beim Übergang vom Liegen in die aufrechte Haltung wird die Veränderung der hydrostatischen Verhältnisse normalerweise durch eine Reihe nervöser Mechanismen rasch ausgeglichen, vor allem durch die Pressorezeptoren und in zweiter Linie durch Chemorezeptoren (28). Auch der vom Herzen selbst ausgehende Bezold-Jarisch-Effekt und der bei Anstieg des Venendrucks auftretende Bainbridge-Reflex werden wirksam.

Störungen der orthostatischen Kreislaufreaktion können trotz

normal erhaltenem Reflexmechanismus bei abnormer Weitstellung der Peripherie auftreten; so bei konstitutionellen Veränderungen, bei Varikosis, Akrocyanose, beim sogenannten Verbluten in das Splanchnikusgebiet post cenam oder in die erweiterten Muskelgefäße nach Körperarbeit, nach Blutverlusten, starken Anämien usw. Der gesteigerte Sympathikustonus genügt in diesen Fällen nicht zum Ausgleich des peripheren Versackens. Wir finden dann das Krankheitsbild der „arteriellen orthostatischen Anämie“ oder der „hypotonen Kreislaufregulationsstörung“ nach Schellong (26). Dabei nehmen systolischer Blutdruck, Schlag- und Minutenvolumen und zirkulierende Blutmenge ab, diastolischer Druck und Venendruck steigen leicht an, die Pulsfrequenz erhöht sich stark. Es kommt zu einer Hirnischämie mit drohendem Kollaps. Das Ekg zeigt isolierte Veränderungen der Nachschwankung in Ableitung II und III (Abb. 6a, b).

Sympathikuseinflusses bleibt im Stehen die Herzfrequenz fast unverändert, systolischer und auch diastolischer Blutdruck sinken ab und auch hier folgt die cerebrale Ischämie und eventuell der Kollaps. Dagegen fehlen Veränderungen der Nachschwankung im Aufsteh-Ekg oder sind nur gering ausgebildet. Dieses Fehlen orthostatischer Ekg-Veränderungen bei vermindertem Sympathikustonus hat einige Autoren (7, 24) dazu veranlaßt, die ST- und T-Senkung als Ausdruck einer Sympathikuswirkung anzusehen. Die tierexperimentellen Untersuchungen von Meesen (22) scheinen diese Auffassung mit dem Nachweis frischer Nekrosen im linken Ventrikel bei Tieren nach orthostatischem Kollaps zu widerlegen (21). Im Aufsteh-Ekg des Menschen beweisen die Nachschwankungsveränderungen zwar keine Myokardschädigung, möglicherweise aber eine vorübergehende Durchblutungsnot des Herzmuskels. Der Einfluß der Herznerven kann sich

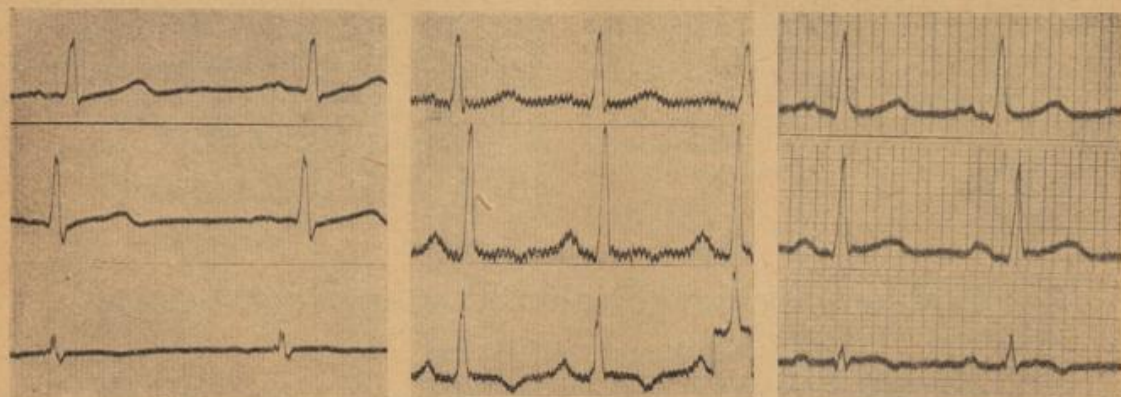


Abb. 6a  
Ekg im Liegen                      im Stehen                      nach Treppensteigen  
Orthostatische Ekg-Veränderungen bei hypotoner Kreislaufregulationsstörung

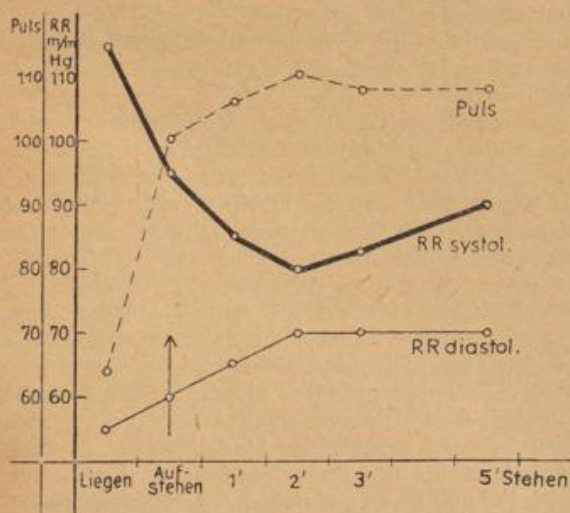


Abb. 6b. Verhalten von Blutdruck und Puls bei dem gleichen Kranken mit hypotoner Kreislaufregulationsstörung

Die zweite Störung der orthostatischen Kreislaufregulation betrifft den Reflexmechanismus, ist wesentlich seltener und wird in der angloamerikanischen Literatur als „Postural Hypotension“, nach Schellong (26) als „Hypodynamie Regulationsstörung“ bezeichnet. Sie findet sich bei Ausschaltung der Blutdruckzügler, bei Störungen der efferenten Bahnen der Presserezeptoren, bei Tabes, Simmondscher Kachexie, Syringomyelie, oft bei Basedow und bei Veränderungen der sympathischen Reflexzentren im Hypothalamus. Entsprechend der dabei vorliegenden Verminderung des

dabei auf dem Weg über nervös oder humoral gesteuerte Veränderungen der Kranzgefäßweite auswirken.

Wir können also das Aufsteh-Ekg bei gleichzeitiger Verfolgung von Blutdruck und Puls im Liegen und Stehen und im Vergleich mit einem anderen Belastungs-Ekg zur Abgrenzung peripherer Kreislaufstörungen von solchen des Herzmuskels anwenden.

Versuchen wir nochmals die wesentlichen Unterschiede der elektrokardiographischen Belastungsprüfungen hervorzuheben, so erkennen wir folgendes:

Bei dem **Preßdruckversuch** belasten wir in der pressorischen Phase vorwiegend den rechten, in der postpressorischen den linken Ventrikel und prüfen gleichzeitig die Reflexansprechbarkeit des Herzens.

Das **Arbeits-Ekg** zeigt uns die Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels und seiner Durchblutung an eine Mehrarbeit, wobei die Hauptbelastung infolge der Blutdrucksteigerung das linke Herz betrifft.

Das **O<sub>2</sub>-Mangel-Ekg** gibt uns Aufschluß über die Reaktion des Myokards auf ein allgemeines Minderangebot von Sauerstoff, stellt also im wesentlichen eine Prüfung der Koronarreserve dar.

Das **Aufsteh-Ekg** erlaubt uns bei gleichzeitiger Blutdruckkontrolle und im Vergleich mit einer anderen elektrokardiographischen Belastungsprobe die Abgrenzung peripherer Kreislaufstörungen von solchen des Herzmuskels, über dessen Funktionszustand es selbst nichts aussagt.

Die Kenntnis dieser funktionellen Unterschiede gestattet uns eine feinere Differenzierung in der Anwendung der Methoden, in der Indikation und Gegenindikation.

Die **Preßdruckprobe** eignet sich besonders zur frühzeitigen Erfassung beginnender Herzschädigungen, vor allem des rechten Herzens, zur Manifestierung vorübergehender Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen, sowie als Kreislauffunktionsprüfung bei bettlägerigen Kranken.

Das Arbeits-Ekg werden wir vor allem zur Beurteilung des Myokardzustands nach Infektionskrankheiten und bei Fokaltoxikose, bei subjektiven Herzbeschwerden ohne sonst faßbare Organbefunde, hauptsächlich bei Personen im jugendlichen und mittleren Alter heranziehen.

Der Sauerstoffmangelatmung gebührt der Vorzug bei degenerativen Herz- und Gefäßkrankheiten, vor allem bei Verdacht auf Koronarsklerose, bei Hypertonie, bei Kranken im mittleren und höheren Alter. Sie gibt aber auch bei latenten Myokardschädigungen nach Infektionskrankheiten und Fokalherden oft früher und bessere diagnostische Hinweise.

Das Aufsteht-Ekg verwenden wir zur Bewertung der orthostatischen Kreislauffunktion; vielleicht ist es auch zur Beurteilung der Kollapsgefährdung bei Operationen brauchbar.

Wir wissen, daß zwischen Ekg-Veränderungen und Veränderungen der Herzleistung, des Schlag- und Minutenvolumens und des Herzsaurestoffbedarfs keine direkten Beziehungen bestehen (5) und daß die im Ekg zum Ausdruck kommende Teilfunktion des Herzmuskels früher gestört sein kann als die des Gesamtkreislaufs. Die Ekg-Symptome behalten aber ihre Bedeutung als Warnzeichen in der Frühdiagnostik der Herzschädigungen und bisher werden die elektrokardiographischen Funktionsprüfungen noch von keiner anderen Methode bei der Erkennung von Fröh-schäden des Herzmuskels übertroffen.

#### Literatur:

1. Adamsek, *Lofftahrmedizin* 3, 1938 39.
2. Borpard, *Klin. Wschr.* 1936 II, 1642; *Arb.physiol.* 9, 308, 1936.
3. Born, *Klin. Wschr.* 14, 1821, 1935.
4. Bürger, *Münch. med. Wschr.* 68, 1066, 1921; *Verh. Dtsch. Ges. inn. Med.* 1925, 282; *Z. exp. Med.* 52, 321, 1926.
5. Delius, *Arch. Kreislaufforsch.* 11, 1, 1942.
6. Dietrich u. Schimert, *Z. klin. Med.* 125, 195, 1933.
7. Ewert, *Cardiologia* 2, 107, 1938.
8. Faleiro, *Dtsch. Arch. klin. Med.* 182, 346, 1938.
9. Franke, H., *Arch. Kreislaufforsch.* 14, 1, 1944.
10. Frey, A., *Med. Klin.* 1938 II, 1227.
11. Heinrich, K., *Z. klin. Med.* 141, 631, 1942.
12. Herkel, W., *Wiss. Mitt. Balneol. Univ.-Inst. Bad Nauheim* 6, 10, 1939.
13. Hochrein, *Herzkrankheiten I.* Dresden u. Leipzig 1942.
14. Jarisch, *Arch. Kreislaufforsch.* 7, 260, 1940.
15. Kienle, *Z. Kreislaufforsch.* 34, 185, 1942.
16. v. Kiss, *Verh. Dtsch. Ges. inn. Med.* 1938, 87.
17. Koch, E., *Die reflekt. Selbststeuerung des Kreislaufs*, Dresden u. Leipzig 1931.
18. Korth, *Dtsch. Arch. klin. Med.* 183, 230, 1938; *Klinische Elektrokardiographie*, Berlin u. Wien 1941.
19. Laurentius, *Arch. Kreislaufforsch.* 10, 346, 1942.
20. Lenseck, E., *Das Elektrokardiogramm*, Dresden u. Leipzig 1942.
21. Lütjehock, *Z. Kreislaufforsch.* 34, 81, 1942.
22. Meesen, *Beitr. path. Anat.* 102, 191, 1939.
23. Noffel, *Z. klin. Med.* 140, 16, 1941.
24. Nordenfeldt, *Hygiea* 99, 577, 1937; *Acta med. Scand.* Suppl. 119, 1941.
25. Reindell u. Delius, *Klin. Wschr.* 20, 497, 1941.
26. Schellmann, *Regulationserfahrungen des Kreislaufs*, Dresden u. Leipzig 1938.
27. Schenk, *Verh. Dtsch. Ges. inn. Med.* 1935, 115.
28. Schonotten, *Arch. Kreislaufforsch.* 11, 326, 1943.
29. Schöel, *Lehrbuch der Elektrokardiographie*, Berlin u. Wien 1937.
30. Semadeni, *Arch. Kreislaufforsch.* 5, 31, 1939.
31. Schönlank u. Reindell, *Z. klin. Med.* 190, 313, 1936.
32. Weber, A., *Die Elektrokardiographie*, Berlin 1937.

## Zur Problematik der sozialen Krankenversicherung\*

Von Dr. med. Ferdinand O e t e r.

Im Kampf um die Neugestaltung der deutschen Sozialversicherung spielt für uns Ärzte das Moment der Verantwortlichkeit und der Bindung an übergeordnete ethische Werte eine selbstverständliche und entscheidende Rolle. Für diesen Glauben an die priesterliche Sendung des Arztes, an seine Aufgabe als helfender Führer und Wegleiter bedrängter und notleidender Menschen hat unlängst der bekannte Publizist Benkiser in der Stuttgarter Wirtschaftszeitung beredtes Zeugnis abgelegt. Da nun aber der übersinnliche Teil des Problems von dem wirtschaftlichen Moment der Existenzsicherung unseres Berufsstandes nicht getrennt werden kann, begegnet diese unsere Auffassung auf seiten unserer Verhandlungsgegner von jeher einem nicht zu überwindenden Mißtrauen. Man glaubt dort hartnäckig, daß die Ärzte nach bewährtem Muster nur „von Gott reden“ und in Wirklichkeit „Kattun meinen“, wenn sie sich den Vorschlägen zur organisatorischen Vereinfachung der Sozialversicherung widersetzen, und daß es ihnen bei der Herausstellung ethischer Gesichtspunkte nur um die Verteidigung von angesichts der allgemeinen Verarmung des deutschen Volkes nicht mehr zu rechtfertigenden materiellen Sonderinteressen gehe. Gegenüber einer derartigen Auffassung werden die ärztlichen Gesichtspunkte solange jeder Überzeugungskraft entbehren, als es ihnen nicht gelingt, den exakten Nachweis zu erbringen, daß auch die wirtschaftlichen Nöte der Sozialversicherung in erster Linie auf eine psychologische Fehlsteuerung zurückzuführen sind und daß diese Fehlsteuerung die unausweichliche Folge der einseitigen Betonung organisatorischer Mittel

und Mittelchen bei gleichzeitiger Mißachtung aller Gefühlswerte der sozial betreuten Menschen darstellt.

Die ungünstigen psychologischen Bedingungen der deutschen sozialen Krankenversicherung haben schon jetzt die ärztliche Tätigkeit zu einer emsigen Betriebsamkeit verdammt. Dabei erfordern die sogenannten Bagatellfälle einen unverhältnismäßig hohen Arbeitsaufwand und verschlingen einen großen Teil der Gesamtkosten.

Der seiner sozialpolitischen Verpflichtung bewußte Arzt muß tagtäglich einen ermüdenden und aufreibenden Kampf gegen Störungsmomente der verschiedensten Art führen, dem doch der Erfolg versagt bleiben muß, solange die Versicherungsbedingungen von formalrechtlichen Gesichtspunkten beherrscht werden und in ihnen die Erkenntnisse der neueren Psychologie völlig unberücksichtigt bleiben. Mit Recht legt daher besonders die moderne französische Sozialgesetzgebung auf die „humanen Ziele der sozialen Fürsorge“ ganz besonderen Wert und betrachtet es als eine ihrer vornehmsten Aufgaben, die Entstehung eines „administrativen, bürokratischen und abstoßenden Mechanismus“ zu verhindern. Das sollte uns Deutschen sehr zu denken geben und sollte uns daran mahnen, daß der Eigenständigkeit und Eigenwilligkeit der menschlichen Persönlichkeit auf die Dauer ungestraft nicht Gewalt angetan werden kann.

Wir wissen heute, daß Denken und Handeln der Menschen nur zum Teil vom Bewußtsein kontrolliert und vom Verstand regiert werden, daß vielmehr irrationale Kräfte im gesamten menschlichen Leben eine entscheidende Rolle spielen. Diese Kräfte sind dafür verantwortlich, daß eine breite Zone der mit der Erkennung und Heilung von Krankheiten verbundenen Probleme in einem schwer zu durchdringenden Halbdunkel liegt und daß die für eine wirklich objektive

\* Wir beabsichtigen, dieser Abhandlung weitere folgen zu lassen, die sich mit der Problematik und Reform der sozialen Krankenversicherung befassen, auch wenn die darin wiedergegebenen Anschauungen mit den unsrigen nicht ganz übereinstimmen.

Schriftleitung

Bemessung der Kassenleistungen unbedingt erforderliche Aufhellung vieler Krankheitsvorgänge nur mit einem Aufwand an Zeit und Unkosten bewerkstelligt werden kann, der in keinem Verhältnis zu den möglichen Einsparungen liegt. Denn die Patienten betrachten die Einrichtungen und Leistungen der Versicherungsträger in der Regel nur von ihrem persönlichen Standpunkt aus und werten sie nach dem persönlichen Nutzen, den sie daraus ziehen können. Das sind natürliche und verständliche Reaktionen, die niemandem zum Vorwurf gemacht werden können, weil begreiflicherweise für den Kranken das eigene Krankheitsgeschehen völlig im Mittelpunkt seines Interesses steht. Aus diesem Grunde verlangt er vom Arzt in erster Linie eine großzügige Berücksichtigung seiner Wünsche, die er bei seinem häufig stark herabgesetzten Kritikvermögen grundsätzlich für berechtigt hält, und zwar in um so höherem Maße, als seine Krankheit nicht organisch, sondern seelisch bedingt ist. Die größten Ansprüche stellen aus diesem Grunde die eingebildeten Kranken, und es ist praktisch unmöglich, ihnen klar zu machen, daß sie ihre Wünsche im Interesse der Allgemeinheit irgendwie begrenzen müssen. Widersetzt sich der Arzt diesen Forderungen, so riskiert er den Verlust seiner Patienten. Andererseits führt die kritiklose Verfechtung sämtlicher Ansprüche des Patienten viel leichter zu Ansehen und großer Beliebtheit als überragende berufliche Tüchtigkeit.

Jeder Versuch, dieser Mißstände mit Verboten, Überwachungen und brachialer Gewalt Herr zu werden, ist von vornherein zum Scheitern verurteilt, wie die Praxis tagtäglich beweist. Denn die Skala der durch die falschen psychologischen Bedingungen geradezu herausgeforderten Störungsmomente ist zu bunt und reichhaltig, als daß sie sich auch nur entfernt in ein Überwachungsschema pressen ließe. Auch die Vorstellung, man könne diese Fehlleistungen dadurch beseitigen, daß man die Gesamtheit der Ärzte zu Funktionären der Gesellschaft macht, ist absurd, weil sie auf verhängnisvollen, ja geradezu selbstmörderischen Trugschlüssen beruht. Überall dort, wo die freie Berufstellung der Ärzte beseitigt wurde, hat sich bisher nur gezeigt, daß nunmehr für die Ärzte auch das wohlverstandene Interesse der Kranken hinter der Befolgung zentraler Direktiven und Befehle zurücktreten muß. Die Kranken, deren Wohl bisher im Mittelpunkt der Aufgabenstellung stand, werden zum Objekt autoritärer, obrigkeitlicher Maßnahmen. Die Ärzte werden zu Befehlsempfängern dieser Obrigkeit und ihrerseits wieder zu vorgesetzten Kontrollorganen für die Kranken.

Gleichzeitig werden dadurch aber noch viel mehr Kassengelder als bisher ihrem eigentlichen Zweck entfremdet. Die bisher schon bestehende Unwirtschaftlichkeit der deutschen sozialen Krankenversicherung, die darauf beruht, daß ein großer Teil ihrer Leistungen unnützer Leerlauf ist, wird noch vergrößert, und damit das Gegenteil von dem erreicht, was sich die Väter dieses Gedankens versprechen.

Das von allen erstrebte Ziel einer Sozialversicherung, die bei geringsten Aufwendungen einen größtmöglichen Nutzen gewährleistet, kann daher nur dann erreicht werden, wenn es gelingt, in einer allen Gegebenheiten Rechnung tragenden Weise die Interessen des ein-

zelen mit denen der Allgemeinheit zu koordinieren. Die Voraussetzungen dafür sind durch die Erkenntnisse der modernen Psychologie von der Tiefennatur des Menschen gegeben. Die wesentlichste Vorbedingung für den Erfolg einer Erneuerung der deutschen sozialen Krankenversicherung ist dabei der Verzicht auf den bisher vertretenen verhängnisvollen Totalitätsanspruch der RVO-Krankenkassen, der sich geschichtlich aus dem autoritativ von Staats wegen verfügten Charakter dieser Kassen herleitet. Hier bedarf es einer grundsätzlichen Neuorientierung. Die Krankenkassenmitglieder müssen aufhören, nur Objekt von Verwaltungskünsten zu sein. An die Stelle der Scheinselbstverwaltung muß eine echte demokratische Selbstverwaltung treten, die das Interesse des einzelnen anzieht und bindet. An die Stelle der totalen Betreuung, besser gesagt Bevormundung, muß eine Organisation treten, die sich bewußt auf die Sicherung gegen das große, schicksalsmäßige, die Kräfte des Einzelmenschen übersteigende Risiko beschränkt, während die Bagatellaufgaben, die jeder einzelne mit viel geringerem Aufwand und weit besser selbständig bewältigen kann, seiner eigenen Entscheidung überlassen bleiben müssen. Nur so ist es möglich, einem seelenlosen Kollektivismus zu entgehen, der den Einzelmenschen jeder materiellen, geistigen und charakterlichen Selbständigkeit beraubt und ihn zu einem willenlosen Werkzeug totalitärer Machtträume erniedrigt.

Die organisatorischen Vorschläge, die der Verfasser zur Erreichung dieses Zieles entwickelt hat, sind in der Münchener Zeitschrift „Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis“ und in der Heidelberger Zeitschrift „Die Selbstverwaltung“ ausführlich dargelegt und zur Diskussion gestellt worden. Das Wichtigste daraus sei hier wiedergegeben:

Die falschen psychologischen Voraussetzungen der sozialen Krankenversicherung finden auf dem Gebiet der Verwaltung ihren Ausdruck darin, daß diese sich nicht auf das unbedingt notwendige Mindestmaß an Organisation beschränkt, sondern bestrebt ist, den ganzen Menschen in eine soziale Bevormundung einzubeziehen. Infolgedessen muß von seiten der Kasse der Bagatellfall mit derselben Gewissenhaftigkeit und demselben Aufwand an Verwaltungs- und Überwachungskosten behandelt werden wie das große schicksalsmäßige Gefahrenmoment, das einzig und allein eine wahrhafte soziale Betreuung erfordert, weil es die Leistungsfähigkeit der Einzelpersonlichkeit übersteigt.

Die soziale Krankenkasse gibt in Gestalt der Krankenscheine ihren Versicherten Blankovollmachten gegenüber den Ärzten in die Hand und zwingt diese dadurch, auf alle, und zwar auch auf völlig ungerechtfertigte Ansprüche, und sei es auch nur in ablehnendem Sinne einzugehen. Die Ablehnung der sachlich nicht gerechtfertigten Patientenwünsche kostet dabei meist nicht nur nicht weniger, sondern sogar weit mehr Zeit, Mühe und Nervenkraft als deren Gewährung, sie bringt darüber hinaus aber auch noch eine wirtschaftliche Benachteiligung des verantwortungsbewußt handelnden Arztes gegenüber dem weniger gewissenhaften mit sich. Dadurch wird der Arzt mit einer moralischen Verantwortung belastet, die er weder aus persönlichen noch auch, infolge der Grenzen der Diagnostik, aus sachlichen Gründen zu tragen in der Lage ist. Da zudem

die Wertung des Krankenscheines lediglich nach einem primitiven Punktsystem erfolgt, bei dem weder Diagnose noch Behandlungsaufwand irgendeine Rolle spielen, da weiterhin der Krankenschein durch die häufig sogar objektiv nachweisbare Schwierigkeit seiner Heranschaffung sehr viel unnütze Arbeit verursacht und eine ständige Quelle für gegenseitige Verärgerung bildet, und da schließlich die scheinbar in dem Krankenschein begründete Genauigkeit und Objektivität bei der Mehrzahl der Bagatellfälle nur vorgetäuscht ist, wird folgende Regelung vorgeschlagen:

Für jedes Mitglied einer sozialen Krankenkasse und für jeden familienversicherten Angehörigen wird ein als „Krankenkassenpaß“ zu bezeichnender Ausweis ausgestellt, der dem Arzt bei jeder Inanspruchnahme vorgelegt werden muß. Die weitere Gültigkeit des Passes ist zu Beginn eines jeden Quartals sowie bei Kassenwechsel durch Abstempelung nachzuweisen. Dem Arzt sind für jede Leistung eine oder mehrere Gebührenmarken auszuhändigen, die der Versicherte für sich und seine Angehörigen vorrätig halten muß, sofern er nicht für die Bezahlung der ärztlichen Leistung selbst herangezogen werden will. Die Zahl der dem Arzt zustehenden Marken richtet sich nach einer vereinfachten Gebührenordnung, wobei eine einfache Beratung mit einer Marke, Beratungen außerhalb der Sprechzeit sowie Besuche mit zwei Marken, dringende Besuche mit drei Marken usw. zu entgelten wären. Die Wertung der einzelnen Leistungen müßte auf einer Seite des Krankenkassenpasses ersichtlich gemacht werden. Die Höchstzahl der Marken für eine einzelne Leistung wäre mit etwa fünf bis sechs zu begrenzen. Der Arzt klebt die vereinnahmten Gebührenmarken nach Kassen gesondert auf Bögen auf und rechnet mit einer kassenärztlichen Zentralstelle ab. Die dadurch verursachte Arbeit dürfte weit unter derjenigen liegen, die jetzt allein durch Mahnung außenstehender Scheine verursacht wird. Die durch den Ankauf der Gebührenmarken bedingte Selbstbeteiligung sollte etwa 20% betragen. Der Krankenschein bliebe nunmehr denjenigen Fällen vorbehalten, bei denen ärztliche Leistungen mit besonderem Zeit- und Ausgabenaufwand oder mit besonders hochwertigen Fertigkeiten erforderlich sind. Weiterhin sollten Krankenscheine bei allen längerdauernden, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen ausgestellt werden und die betreffenden Patienten auch in diesen Fällen von den Ausgaben für die Gebührenmarken befreit werden. Sinngemäß hätte auch bei den nicht selbst in Arbeit stehenden Familienangehörigen in derartigen Fällen die Behandlung auf Krankenschein zu erfolgen. Der Krankenschein müßte grundsätzlich vom Arzt durch Ausfüllen eines Formulars beantragt und vom Patienten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter gegengezeichnet werden. Die damit für den Arzt anfallende Arbeit würde im Höchstfall derjenigen entsprechen, die jetzt auf die Ausstellung von sogenannten Verlängerungsscheinen verwandt werden muß. Die Genehmigung der Kassen hätte durch Stempel und Unterschrift zu erfolgen. Auf dem Schein wären sämtliche ausgeführten Leistungen exakt einzutragen. Eine Bezahlung des Arztes nach Einzelleistungen wäre anzustreben.

Um zu verhindern, daß die Möglichkeit, jederzeit den Arzt zu wechseln, solange die Behandlung nicht auf Krankenschein erfolgt, zu einer Verschleuderung

von Arzneimitteln führt, sollte grundsätzlich, d. h. auch bei Mitgliedern selbst, bei der Bezahlung der Arzneimittel die Höhe der Selbstbeteiligung auf 50% festgesetzt werden. (Eine Ausnahme von dieser Regel wäre nur bei Impfstoffen und Seren und anderen Mitteln gegen bösartige seuchenartige Erkrankungen am Platze.) Dafür könnten jedoch nach Ausstellung des Krankenscheines, soweit es sich um ernste Erkrankungen handelt, die Arzneimittel auch den Familienmitgliedern völlig frei zur Verfügung gestellt werden.

Besonders hohe Unkosten entstehen den Krankenkassen durch die immer wiederkehrenden Versuche von Versicherten, ohne sachliche Berechtigung in den Genuß von Krankengeldzahlungen zu kommen. Die Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsgefühls, die für eine sachgemäße Krankenbehandlung oft nicht minder wichtig ist als objektive Untersuchungsergebnisse, wird dadurch in der sozialen Krankenversicherung außerordentlich eingeengt, ja fast unmöglich gemacht. Daraus resultieren nicht allzu selten, vor allem bei vertrauensärztlichen Beurteilungen, Fehlentscheidungen, die dann von den geschädigten Kranken oder dem Publikum der medizinischen Wissenschaft oder den betreffenden Ärzten zur Last gelegt werden. Der dadurch verursachte Schaden ist ungemein groß. Hier liegt fraglos auch einer der Hauptgründe für eine sogenannte Vertrauenskrise der Medizin, deren Überwindung nur möglich ist, wenn Vertrauen und Freiheit auch zu verlässlichen Grundlagen der sozialen Medizin gemacht werden. Das ist nur dann erreichbar, wenn auch auf dem Gebiet der Krankengeldzahlung das Bagatellinteresse weitgehend ausgegliedert und in den Entscheidungsbereich des einzelnen Versicherten zurückverlegt wird. Der einzige Weg dazu liegt in einer beträchtlichen Verlängerung der Karenzzeit bei gleichzeitiger Schaffung einer Einrichtung, die es den einzelnen Versicherten gestattet, sich für diese Zeit durch persönliche Leistung und persönliche Vorsichtsmaßnahmen zu sichern. Wir schlagen zu diesem Zweck vor, daß unter schrittweiser Verlängerung der Karenzzeit ein der dadurch bedingten Ersparnis an Krankengeldzahlung entsprechender Teil der Mitgliedsbeiträge abgezweigt und auf gesperrte Sparkonten verbucht wird, die für sämtliche Kassenmitglieder einzurichten sind.

Wird ein Kassenmitglied arbeitsunfähig, so kann es dann, eine bestimmte Mindesthöhe des Sperrkontos vorausgesetzt, während der Karenzzeit einen entsprechenden Betrag von seinem eigenen Sperrkonto abheben. Unterschreitet das Konto die erforderliche Mindesthöhe, so muß der Kranke sich an seine Gemeinde wenden, wenn er für die Dauer der Karenzzeit Unterstützung benötigt.

Die Gemeinde ist die einzige öffentliche Instanz, die sich auf Grund ihrer örtlichen Nähe und der Allseitigkeit ihrer Kontrollmaßnahmen vor Übervorteilung und Betrug schützen kann. Sie allein ist in der Lage festzustellen, ob sich der Antragsteller selbst helfen kann, oder aber ob der Ausfall von Einnahmen während der Karenzzeit zu einer wirtschaftlichen und sozialen Gefahr für ihn wird. Nur wenn dieser Fall gegeben ist, muß die Gemeinde Unterstützung gewähren. Sie braucht dazu keine festen Summen zu zahlen, sie kann alles Einkommen anrechnen und, indem sie allein vom tatsächlichen Bedarf ausgeht, ihre Hilfeleistung in jedem einzelnen Fall genau anpassen. Sie muß den einzelnen

immer von dem Gesichtspunkt betrachten, daß er sich zunächst helfen und alle vorhandenen Möglichkeiten selbst ausschöpfen kann, und kann aus diesem Grunde ihren Hilfsmaßnahmen auch die Form von Darlehen geben, die später wieder abbezahlt werden müssen, oder sie kann vorhandene Vermögenswerte belasten. Der Gemeinde müßte der größte Teil ihrer Auslagen von den Krankenkassen zurückerstattet werden. Eine kleine „Selbstbeteiligung“ der Gemeinde ist jedoch unbedingt erforderlich, da nur dadurch, ebenso wie beim Einzelmenschen, das Interesse an sparsamer Wachsamkeit aufrecht erhalten werden kann. Als Ausgleich für die Übernahme dieser Leistungen, bei denen es sich um echte kooperative Selbsthilfe handelt und bei denen nur kurzfristige Hilfeleistungen gewährt werden, um die Leistungsfähigkeit des einzelnen auf Dauer wiederherzustellen, müssen die Gemeinden von der toten Last der Fürsorgezahlungen für Alte und Invalide weitgehend befreit werden. Die dafür erforderlichen Maßnahmen werden in einer demnächst im Jedermann-Verlag, Heidelberg erscheinenden Schrift „Die Revolution des guten Willens“ eingehend erörtert werden.

Durch die vorgeschlagenen Maßnahmen wird sich der weitaus größte Teil der Kassenmitglieder veranlaßt sehen, seine eigene finanzielle Sicherung für den Fall der kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit nach besten Kräften zu betreiben. Die Einrichtung der sozialen Sperrfonds bei den Krankenkassen wird ihnen dabei wertvolle Hilfe leisten. Die Zahl derjenigen, die während der Karenzzeit auf Unterstützung angewiesen sind, wird von vornherein im Vergleich zu den jetzigen Krankengeldempfängern verschwindend gering sein, wenn die Dauer der Karenzzeit, wie vorgesehen, im Verlaufe mehrerer Jahre nur schrittweise verlängert wird. Dadurch wird der Kreis der zu Überwachenden klein und übersehbar werden. Er wird sich nur auf die wirklich Armen und die an der Grenze der Armut Stehenden beschränken. In erster Linie werden alle diejenigen ausscheiden, die zwar hohen Wert auf Ansehen und öffentliche Geltung legen, die sich aber heutzutage nicht scheuen, die Krankenkassen in schamlosester Weise auszunutzen und zu betrügen. Wir brauchen hier nur, um Beispiele zu nennen, jene freiwillig Versicherten zu erwähnen, die die Möglichkeit der Krankenschreibung dazu ausnützen, um ihre Geschäftsabschlüsse zu tätigen oder hinter verschlossenen Türen andere Arbeiten zu verrichten, „weil sie ja doch nur auf diese Weise auch einmal etwas aus der Kasse herausholen können“, oder wir brauchen nur an jene verantwortungslosen notorischen Faulenzer zu denken, die sich durch die leiseste Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens veranlaßt sehen, wochenlang der Arbeit aus dem Wege zu gehen und auf Kosten der Krankenkasse zu leben. Ihre Zahl ist sicher gering im Vergleich zu den Anständigen und Gewissenhaften, aber ihr Beispiel wirkt in höchstem Maße vergiftend auf die gesamte Versicherungsmoral, weil jedermann sieht, daß den Schädlingen bisher auf keinerlei Weise wirksam begegnet werden kann. Das wird durch die vorgeschlagene Verlängerung der Karenzzeit auf etwa 3 bis 4 Wochen grundsätzlich anders. Die Möglichkeit, auf Kosten der Allgemeinheit ungestraft schmarotzen zu können, wird dadurch in so weite Ferne gerückt und durch die Verschärfung der Beaufsichtigung so eingeengt, daß sie kaum noch locken dürfte. Andererseits wird aber auch

das für viele Erkrankungen so unsinnige Verbot jeglicher Arbeitsleistung dadurch überflüssig gemacht. Das ist von größter Bedeutung, denn häufig ist bekanntlich die Arbeit ein außerordentlich wichtiger Heilfaktor. Die heutige Form der sozialen Krankenversicherung scheidet ihn aber nahezu vollständig aus und beraubt uns dadurch einer auf keine andere Weise zu ersetzenden Handhabe zur Wiederherstellung der Gesundheit.

Die kassenärztliche Tätigkeit, die jetzt zu einem erheblichen Teil in der Ausstellung von Bescheinigungen besteht, für deren Richtigkeit eine Gewähr aus sachlichen Gründen überhaupt nicht übernommen werden kann, wird durch die Reorganisation nach unseren Vorschlägen von dem größten Teil ihres derzeitigen Leerlaufes befreit. Der Arzt hat es dann nicht mehr nötig, über die Beurteilung des Gesundheitszustandes hinaus auch zwangsläufig auf Grund bestehender Vorschriften auf solche Dinge eingehen zu müssen, die völlig außerhalb seines Urteilsbereiches liegen. Er hat nur noch seinem beruflichen Können entsprechend den Kranken bestmöglich zu beraten. Dieser dagegen ist gehalten, über die ihn angehenden wirtschaftlichen Fragen selbstständig zu entscheiden. Die Ärzte werden dadurch von dem lächerlichen Vorwurf entlastet werden, daß sie es bei der Behandlung von Kassenmitgliedern und bei der Ausstellung von Bescheinigungen an der erforderlichen Sorgfalt fehlen ließen. Denn sie würden nunmehr in der Lage sein, ihren großen Zeitgewinn für eine wirklich fruchtbare Arbeit an der Volksgesundheit zu verwenden.

Die den Krankenkassen durch die Verwaltung der sozialen Sperrkonten erwachsende Arbeit würde weit aus dadurch wettgemacht werden, daß sie von der Krankengeldzahlung und der Überwachung für die ersten 3 bis 4 Wochen Arbeitsunfähigkeit entlastet werden. Die Auszahlungen aus den Sperrkonten könnten auf Grund einer die Gesamtdauer der Arbeitsunfähigkeit beglaubigenden Bescheinigung erfolgen. Bei Kassenwechsel wäre lediglich der Guthabenbetrag an die neue Kasse zu überweisen, ohne daß ein neues Buch ausgestellt werden müßte.

Die Mehrarbeit der Gemeinden würde in keinem Verhältnis zu den Arbeitseinsparungen an anderen Stellen stehen. Nur in größeren Städten würde die Neueinstellung von Arbeitskräften in der Fürsorgeverwaltung erforderlich werden. Die jetzt bereits geführte Fürsorgekartei brauchte vermutlich nicht allzu stark erweitert zu werden.

Die Versicherten schließlich würden durch das in ihrem Sozialspargbuch dokumentarisch belegte Guthaben eine viel stärkere innerliche Bindung an „ihre Krankenkasse“ erhalten, als es durch die theoretisierenden Ausführungen der Krankenkassensatzungen jemals möglich sein kann. Die erforderliche Beaufsichtigung der Kassengeschäftsführung durch gewählte Ausschüsse der Kassenmitglieder könnte zu einem Umbau der Krankenkassen nach echt genossenschaftlichen Gesichtspunkten führen. Die verschiedenen Kassentypen würden sich automatisch aneinander angleichen. Zusammenschlüsse regionaler Art würden möglich werden und auf freiwilliger Basis das zustande bringen, was an Verwaltungsvereinfachung von den Reformern gefordert, aber mit Gewalt nie fruchtbar gestaltet werden kann.



# Bekanntmachungen

## Einsendung von Bekanntmachungen aus dem Bereich der Ärztekammern Württemberg-Hohenzollern, Baden (US-Zone) und Süd-Baden

Die Schriftleitung bittet, ihr den Wortlaut von Bekanntmachungen spätestens bis zum letzten Tag des dem Veröffentlichungsmonat vorhergehenden Monats zuzusenden. Nur dann ist mit einer rechtzeitigen Veröffentlichung zu rechnen. Be-

kanntmachungen für die Februar-Nummer müssen also bis spätestens 31. Januar in Händen der Schriftleitung sein.

Anschrift der Schriftleitung: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus.

### ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

#### Bezug des Südwestdeutschen Ärzteblattes

Der Vorstand der Ärztekammer Nord-Württemberg hat in seiner Sitzung vom 30. November 1948 beschlossen, nachdem die Papierschwierigkeiten überwunden worden sind, vom Januar 1949 ab das Südwestdeutsche Ärzteblatt allen Ärzten des Kammerbereichs Nord-Württemberg zuzustellen. Besondere Unkosten sind damit für die Ärzte nicht verbunden, da die Kosten aus dem Ärztekammerbeitrag bestritten werden. Die Zustellung erfolgt um die Monatsmitte durch die Post. Anschriftenänderungen sind der Ärztekammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, rechtzeitig mitzuteilen. Da jeder Arzt beliefert wird, entfällt nunmehr die Notwendigkeit, das Ärzteblatt in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und bei den Ärzteschaften auszulegen. Die Lieferungen an diese Stellen werden daher eingestellt.

#### Institut für Psychotherapie e. V. Stuttgart

In der zweiten Hälfte des Wintersemesters 1948/49 werden vom Institut für Psychotherapie, Stuttgart, Neue Weinsteige 63, folgende Veranstaltungen abgehalten — Beginn Anfang Februar:

##### A. Vorlesungen

Wilhelm Bitter	Psychologische Typen
	Zur Psychologie des Sexuallebens
Ina Böhlendorf	Einführung in die Hypnose
Manfred Breuninger	Klinik der Schlafstörungen
	Die mitmenschliche Beziehung

Jutta von Graevenitz	Probleme der Kinderneurose
Richard Kienzle	Psychologie des normalen Kindes
Olga v. Koenig-Fachsenfeld	Einführung in die Psychologie v. C. G. Jung
Paul Krauss	Kathartische Heilverfahren
Johannes Neumann, Wetzlar	Einführung in die Individual-Psychologie von Alfred Adler und seiner Schule
Aleks Pontvik, Stockholm	Zur Musik-Therapie
Felix Schottlaender	Grundbegriffe der Neurosenlehre
	Spezielle Neurosenlehre (Hysterie, Phobie, Zwangsneurose, Perversionen, Süchte, neurot. Charakter).

##### B. Seminare

Wilhelm Bitter	Traumseminar
Wilhelm Laiblin	Heilpädagogisches Seminar
Hermann Gundert	Psychiatrische und neurologische Klinik, besonders Grenzfälle
Richard Kienzle	Die Methode der Charakter-Diagnostik (Rorschach-Test, Wartegg-Test, Sceno-Test)
Felix Schottlaender	Kasuistisches Seminar

Nähere Einzelheiten sind beim Institut für Psychotherapie Stuttgart-S, Neue Weinsteige 63, Telefon 9 02 82, nachzuzufragen.

### ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

#### Nachruf

Am 6. Januar 1949 verstarb in Freudenstadt nach schwerem mit großer Geduld getragenen Leiden der Direktor der Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium des Landes Württemberg-Hohenzollern:

##### Reg.Med.Direktor Dr. Walter Huwald

Im Auftrage der Ärztekammern Württemberg habe ich am 11. Januar 1949 einen letzten Gruß der württembergischen Ärzte an seiner Bahre niedergelegt.

Als ich vor 3 Jahren auf der Suche nach einem bewährten Medizinalbeamten, der die Leitung des neuengerichteten Gesundheitswesens für Südwürttemberg weiterführen könnte, zu Dr. Huwald nach Freudenstadt kam, stand er eben in Rekonvaleszenz nach einer schweren Tumoroperation.

Des Todes dunkler Flügel hatte sich schon über seinen Lebensweg gelegt und gab ihm den Ernst und die Gnade dessen, der um die letzten Dinge weiß und frei geworden ist von Menschenfurcht und Ehrgeiz.

Schwer ist ihm, der frei von Ehrgeiz geworden, der Entschluß gefallen, sein liebgewordenes Amt und stilles Haus mit dem Getriebe des öffentlichen Lebens zu vertauschen, in dem auch ihm, der untadelig und gerechten Sinnes seinen

Weg ging, Verleumdung, Neid und Undank der Zeitgenossen nicht erspart blieben.

Wie oft hat er sich nach seinem stillen Schwarzwald zurückgesehnt! Nie hat er aufgehört, im Grund seines Herzens und in der Tat Arzt zu bleiben und hat damit die altbewährte Tradition des schwäbischen Amtsarztes vorbildlich weitergeführt.

Seine, ihm so sehr ans Herz gewachsene Tuberkuloseberatung in persönlicher Verantwortung für seine Kranken fortsetzen zu dürfen, war die einzige Bedingung, unter der er sein verantwortungsvolles Amt in Tübingen übernahm.

Er hat es geführt in höchstem Pflichtbewußtsein und Aufopferung im Kampf gegen Not und Krankheit unsrer Bevölkerung. Mit einer Härte gegen sich selbst, wie ich sie selten erlebt habe.

Längst vom Tode gezeichnet war er seinem hohen Beruf, Leben zu erhalten und Leiden zu lindern, getreu bis in die letzten Tage seines Lebens.

In tiefer Trauer stehen Württembergs Ärzte an der Bahre ihres frühvollendeten Kollegen, der ihnen immer ein guter Kamerad war und als Vorbild unter uns weiterleben wird. Die Ärztekammern Württembergs grüßen den Heimgegangenen in Treue und Dankbarkeit.

Dr. Döbler

Diesem Heft ist je eine Prospektbeilage der Firma Chem.-Techn.-Ges., München-Pasing und der Firma Hormon-Chemie München beigelegt

U.S.W.-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. Für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart-W, Essenbergsteige 5. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstraße 77.