

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

2 (1.2.1949)

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 Jelitto, Mannheim; Dr. Hans Krasko, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 2

STUTTGART, FEBRUAR 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|--------------------------------------|--|----|
| Dr. Rüter: | Fortschritte der Orthopädie (I. Teil) | 15 |
| Prof. Dr. Dietrich: | Die Stellung der pathologischen Anatomie im allgemeinen Gesundheitsdienst | 19 |
| KV. Landesstelle Württemberg: | Nochmals: Was erhalten die Kassenärzte? | 21 |
| Heinz Gollmar: | Umblick in der Privaten Krankenversicherung | 24 |
| Buchbesprechungen | | 26 |
| Bekanntmachungen | | 27 |
| Ärztekammer Nord-Württemberg | | 28 |
| Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern | | 29 |
| Ärztekammer Baden (US-Zone) | | 30 |

Aus der Orthop. Klinik der Univ. Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. S. Weil)

Fortschritte der Orthopädie

ÜBERSICHTSREFERAT

Von Dr. med. H. Rüter.

Die große Zahl von Kriegsversehrten mit ihren schweren bleibenden Verletzungen hat es mit sich gebracht, daß ein großer Teil der Publikationen auf dem Gebiet der Orthopädie sich mit der endgültigen chirurgischen und orthopädischen Versorgung der Kriegsverletzten befaßt, mit der Wiederherstellungschirurgie der Gliedmaßen, dem funktionellen Ersatz irreparabler Schäden, besonders irreparabler Lähmungen, den Fragen der Amputation und Nachamputation, der Stumpfkorrektur durch Hautplastik, der Versorgung mit Prothesen und dem Wiedereinsatz Schwerbeschädigter in einem Beruf.

In allen Veröffentlichungen ist eine seit einigen Jahren anhaltende Entwicklung der Orthopädie unverkennbar: die weitgehende Abkehr von Bandagen, Apparaten und anderen Hilfsmitteln überall da, wo ihre Anwendung durch einen operativen Eingriff zur Wiederherstellung von Form oder Funktion überflüssig gemacht werden kann. Irreparable Nervenlähmungen können zum Teil durch Muskel-Sehnentransplantationen, sog. Ersatzoperationen, funktionell behoben werden. In anderen Fällen kann der Gebrauch einer gelähmten Gliedmaße durch Gelenkversteifung soweit gebessert werden, daß die Anwendung von orthopädischen Hilfsmitteln überflüssig gemacht oder zumindest weitgehend eingeschränkt werden kann. Durch verbesserte Operationstechnik und Verringerung der Infektionsgefahr haben sich diese Verfahren in den letzten Jahren immer mehr Anhänger erworben.

Mit der Ersatzoperation der so häufigen irreparablen Radialislähmung beschäftigen sich viele Veröffentlichun-

gen des letzten Jahres. A. N. Witt (Chirurg 19, H. 4) berichtet über Erfolge bei 135 Operationen, die nach der klassischen Methode nach Perthes ausgeführt wurden: Tenodese des Handgelenkes zur Beseitigung der Fallhand und Verpflanzung der drei Handgelenksbeuger auf die Strecksehnen der Finger und des Daumens. Der Erfolg war so, daß in fast allen Fällen die Finger eigentätig völlig gestreckt werden konnten. Diese Kombination zwischen Strecksehnenplastik und Tenodese soll sich besonders beim Handarbeiter und Schwerarbeiter als bestes Verfahren bewährt haben. Die Sehnenplastik allein wurde in 130 Fällen ebenfalls erfolgreich ausgeführt. Gleich gute Ergebnisse erzielte K. Lindemann (Z. f. Orth. 77,1) mit der gekreuzten Strecksehnenplastik, wobei der radiale und ulnare Handgelenksbeuger auf die Langfinger und der ulnare auf die Strecksehnen des Daumens verpflanzt wird. K. H. Bauer (Chirurg 17/18, 1) begnügt sich mit der Übertragung des ulnaren Beugers allein auf die Langfinger, wobei die Einfachheit und die Kürze des Eingriffes bei ebenfalls gutem Erfolg als besonders vorteilhaft hervorgehoben wird. Mit geringen Abänderungen, entweder eigenen oder von früheren Autoren übernommen, wurden in weiteren Veröffentlichungen von Schwarz, Herbig, Zenker, König und Wojta ähnlich gute Erfolge berichtet (Chirurg 19, H. 4, H. 7; Z. f. Orth. 77,4; Chirurgetagung Jena 1947). Nach eigenen Erfahrungen wurden gute Ergebnisse erzielt nach der alleinigen zweizeitigen Sehnentransplantation. In der 1. Sitzung wird der ulnare Handgelenksbeuger an die Langfinger und in der 2. Sitzung der radiale Hand-

beuger an die Daumenstrecksehne gebracht. Bei gut entwickelter Muskulatur und bei richtig gewählter Spannung der Kraftspender reicht die Kraftleistung aus zur völligen Streckung der Finger und zur Streckung des Handgelenks bis zur Horizontalen.

Auch die **Ersatzoperationen des Nervus medianus** haben sich nach A. N. Witt (Tagung der orthop. Ges. 1947, Heidelberg) bei einem Krankengut von 88 Fällen bewährt. Durch eine Versteifung des Daumensattelgelenks und durch Koppelung der gelähmten tiefen Fingerbeuger II und III mit den Beugesehnen IV und V wird ein befriedigendes Greifvermögen der gelähmten Hand ermöglicht. Nach eigenen Erfahrungen kann die Brauchbarkeit dieser Methode bestätigt werden. Die Arthrodese des Daumensattelgelenks in Oppositionsstellung des Daumens hat sich zur Beseitigung der Opponenslähmung besser bewährt als die komplizierteren und in ihrer Funktion unsicheren und schwächer wirkenden Sehnenplastiken, wie sie in der amerikanischen Literatur von Bunnel und Steindler empfohlen werden (Bunnel, Surg. of the Hand 44).

Bei der **Lähmung des Trapezius** wurden nach Witt durch ein von M. Lange ausgearbeitetes Operationsverfahren die Rhomboidei und der Levator scapulae als Kraftquelle gewählt und bei der zusätzlichen Serratuslähmung noch der Latissimus dorsi herangezogen.

Die so häufige **Peroneuslähmung** wird durch eine Versteifung des unteren Sprunggelenks mit Tenodese der Fußstrecker so weit funktionell behoben, daß das Tragen von Stützapparaten und größtenteils auch die Peroneusfeder überflüssig wird. Diese Peroneusersatzoperation durch subtalare Arthrodese ist auch nach unseren Erfahrungen eine sichere und brauchbare Methode zur Beseitigung der so ungünstigen Varusstellung des Fußes und ist uns bei fast allen Peroneuslähmungen die Methode der Wahl. Durchblutungs- und Sensibilitätsstörungen bilden keine Gegenanzeige für die Operation. Die 2. Komponente der Peroneuslähmung, der Spitzfuß, kann leicht durch Peroneusfeder oder versteiften Schuh funktionell behoben werden, so daß unsererseits häufig auf die gleichzeitige Tenodese oder auf die hintere Anschlagssperre durch Einfügen eines Knochenspanns in den hinteren oberen Anteil des Calcaneus verzichtet wird.

Zur Beseitigung der **Krallenhand bei distaler Ulnarislähmung** berichtet St. Bunnel (Surg. of the Hand) über gute Erfolge mit der von ihm modifizierten Operation nach Nußbaum. Beide Ansätze des Flex. digit. sublimis werden abgelöst und durch einen Winkelschnitt in der Hohlhand zurückgezogen, gespalten und wieder vorgeführt etwa entsprechend dem Verlauf des gelähmten Lumbricalis und auf der Streckseite des Fingermittegliedes dicht unterhalb des Mittelgelenkes wieder befestigt. Als Nahtmaterial wird ein feiner, reizloser Draht gewählt, der so befestigt und aus der Haut so nach außen geführt wird, daß er nach einiger Zeit leicht herausgezogen werden kann. Auf diese Weise verbleibt kein Nahtmaterial für dauernd an den Sehnen, wodurch die reizlose Heilung gewährleistet sein soll. Das Verfahren hat sich auch uns als brauchbar erwiesen, allerdings auch ohne die neuartige Drahtnaht-Fixierung. Voraussetzung für die Operation ist die Unversehrtheit nicht nur des oberflächlichen, sondern auch des tiefen Fingerbeugers, der nach der Operation allein die Fingerbeugung übernehmen muß.

Auch in der **Nachbehandlung der Kinderlähmung** mit bleibenden Muskelausfällen nehmen die Ersatzoperationen immer noch einen großen Raum ein. W. H. Wagner (Z. f. Orth. 76,3) kommt in einer Reihenuntersuchung zu dem Ergebnis, daß der Erfolg des Ersatzes des Quadriceps durch den Biceps nicht immer befriedigend war, während die Übertragung des Tibialis auf den Peroneus beim paralytischen Klumpfuß und die Verpflanzung des Peroneus auf den Tibialis beim paralytischen Plattfuß immer gut war und sich bewährt hat. Diese Feststellung entspricht auch in etwa unseren eigenen Beobachtungen. Trotz der geringeren Leistungsfähigkeit der Biceps-Quadriceps-Plastik gegenüber den besseren Sehnenplastiken am Fuß, wird auf ihre Anwendung nicht verzichtet.

Der **Ersatz des Daumens** war immer schon eine lohnende Aufgabe, und es werden darüber von verschiedenen Autoren bemerkenswerte Einzelleistungen berichtet. Außer den bisher bekannten Verfahren (Verpflanzung der Großzehe nach Nikoladoni, Spalthandbildung, Fingerverschiebung und Auswechslung) wird ein weiteres Verfahren neuerdings in zunehmendem Maße angewandt. Von Oberdalhof (Chirurgentagung Wiesbaden 1947) wird über den erfolgreichen Daumenersatz in zwei Fällen mittels Rundstiellappenhauttransplantat aus der Bauchhaut und Rippenspann berichtet. Auch A. Vogel (Z. f. Orth. 77,2) ging ähnlich vor durch Bauchhauttransplantat und Tibiaspann. In einem weiteren Fall bei erhaltenem Daumen gelang ihm der Ersatz der Langfinger ebenfalls durch Tibiaspann und Hautplastik aus der Bauchhaut.

In der **Versorgung der Ohnhänder** hat sich bei geeignet langen Unterarmstümpfen die Zangenbildung durch Spaltung von Elle und Speiche nach Kruckenberg zum mindesten an einem der beiden Stümpfe allgemein durchgesetzt. Der bisherigen Originalmethode nach Kruckenberg und der Modifikation von Kreutz hat K. H. Bauer eine weitere, vereinfachte, hinzugefügt. (Klin. W'schrft, 1948, 65). Durch weitgehende Entfernung von Muskulatur, die für die Funktion nicht unbedingt wichtig ist, wird so viel Raum gewonnen, daß die Haut über beiden Unterarmknochen primär geschlossen werden kann. Das bedeutet eine Vereinfachung gegenüber der bisher notwendigen zusätzlichen Hautplastik aus der Bauchhaut. Schuchardt verwendet mit Erfolg zur Deckung des Hautdefektes einer Branche einen Rundstiellappen aus der Bauchhaut, der entsprechend vorher angelegt wird, und erhält dabei mehr Muskulatur, die er für den Gebrauch der Schere für wertvoll hält. (Z. f. Orth. 77,3). Sowohl mit dem Originalverfahren (Keyl, Orthopädenkongreß Heidelberg, 600 Fälle), als auch mit den übrigen Modifikationen der Kruckenberg-Operation werden gute Resultate erzielt. Bei der Methode von K. H. Bauer mit weitgehender Entfernung überflüssiger Muskulatur hat sich uns ein kleiner Nachteil gezeigt, eine schlechtere Durchblutung der Haut an beiden Branchen, besonders an der Ulna, und Kältegefühl an den Stümpfen. Ein Vorteil ist die Einfachheit der Operation, die schlankere Form der Stümpfe und das frühzeitig vorhandene gute Tastgefühl.

Die **Wiedereingliederung der Schwerversehrten** in das Berufsleben ist bei einer Zahl von 50 800 Versehrten in den Westzonen ein schwer zu lösendes Problem. Nach Untersuchungen von Ploetz (Kongr. f. Vers. Medizin, Tölz) ist es gelungen, in Bayern 57% der Schwerver-

sehrten wieder voll erwerbsfähig in das Berufsleben einzugliedern und nur 8—10% blieben dauernd erwerbsunfähig. Die von Siehlow (Kongr. f. Vers. Medizin, Tölz) in England studierten Methoden des Wiedereinsatzes von Schwerversehrten mit ihrer Zusammenfassung in großen Umschulungswerkstätten in Verbindung mit großen Industriebetrieben und in langjähriger Berufsausbildung mit Umschulung, sind sehr kostspielig und werden in Deutschland kaum durchzuführen sein.

Die **primären Amputationen im Felde** haben meistens keine brauchbaren und belastungsfähigen Stümpfe ergeben. Die Indikation für eine **Nachamputation** wird von H. Paas (Chirurg 17/18, H. 11) aufgezeigt. Die Nachamputation wird erforderlich bei ständig schmerzhaftem Stumpf durch Narben und Entzündungserscheinungen oder reaktive Veränderungen an den Knochen und Weichteilen, bei zu langen Stümpfen und bei Stümpfen mit torpidem Ulcus. Von den Fußstümpfen sind die Lisfrancstümpfe befriedigend, auf den Chopart wird meist zugunsten des Pirogoff verzichtet. In der Technik der Nachamputation tritt E. Schütze (Chirurg 19, H. 9) für eine seitliche Lappenbildung ein, möglichst unter Vermeidung von Ablösungen der einzelnen Gewebsschichten und Verschluss nur durch Hautnähte. Der Zirkelschnitt als Operationsmethode wird auch bei Erstamputationen abgelehnt, da die Retraktion der Weichteile zu stark ist und die ungünstigsten Stumpfverhältnisse hinterläßt. Eine Stumpfverlängerung wird durch Knochenspanaufpflanzung nur selten, meist nur am Daumen ausgeführt und auch nur dann, wenn genügend Weichteile von vornherein vorhanden sind. Die Knochenspanaufpflanzung mit zusätzlicher Weichteilverpflanzung wird wegen ungenügender Ergebnisse abgelehnt. Die Knochen werden gewonnen bei aseptischen Nachamputationen und konserviert in mit Sulfonamiden abgesättigten Kochsalzlösungen im Eisschrank (Bone Bank M. Thomas, England Cleveland Gen. Hospital). Bei Verlust sämtlicher Finger hat sich die Anlegung einer **Klaue** zwischen 1. und 5. Mittelhandknochen unter Resektion des 2.—4. bewährt. Wie auch von deutschen Verfassern empfohlen, werden die Oberarmstümpfe ziemlich lang gelassen und auch Exarticulationen im Hand- und Ellenbogengelenk als endgültige Versorgung ausgeführt. Von den Stümpfen der unteren Extremitäten wird der Syme-Stumpf sehr bevorzugt: Absetzung im oberen Sprunggelenk unter Wegnahme der Knöchel. Die Operation nach Syme ist in Deutschland nur wenig bekannt und wird selten ausgeführt. Eigene Erfahrungen darüber liegen nicht vor. Von den Chopartstümpfen kommt ein großer Teil zur Nachamputation, wenn die bekannte Spitz-Klumpfuß-Stellung auftritt und zu Ulcera und Druckstellen führt. In solchen Fällen hat sich uns die modifizierte Pirogoff-Operation nach Spitzzy — Albert Lorenz bewährt, Einstellen des angefrischten Calcaneus in die entknorpelte und verschmälerte Knöchelgabel.

In der Nachamputation von Kurzstümpfen ist man sehr zurückhaltend geworden. Zur Erhaltung ausreichender Stumpflänge, die für die Funktion des benachbarten Gelenkes notwendig ist, wird nach Entfernung unbrauchbarer Narbengebiete die Stumpfdeckung durch Hautplastik ausgeführt, entweder durch Rundstiellappen aus der Bauchhaut (Schuchardt, Der Rundstiellappen) mit zwischenzeitlicher Verpflanzung eines Stieles an den Unterarm oder bei Unterschenkelkurzstümpfen auch

der Rundstiellappen aus dem gleichseitigen Oberschenkel (Ziegler, Chirurg 19, H. 8, 11/12). Auch die gestielte Lappenplastik aus dem anderen Unterschenkel wird von Ziegler mit Erfolg ausgeführt und empfohlen. Über die Deckung von großen Defekten an der Ferse nach Erfrierung mit direkter Lappenplastik aus der gleichseitigen Gesäßhaut berichtet K. Lang (Kongr. f. Vers. Medizin, Tölz) gute Erfolge an über 100 Fällen. Die Unterschenkelkurzstümpfe werden von ihm durch Lappenplastik aus der Streckseite des anderen Oberschenkels versorgt. Über die Indikation, Operationstechnik und Erfolge der verschiedenen Methoden schreibt G. Arndt in der Zeitschrift f. Orthopädie Heft 1 und 2 ausführlich. Die Deckung von Unterschenkelkurzstümpfen durch direkte gestielte Lappenplastik aus der Streckseite des anderen Oberschenkels hat sich auch uns gegenüber dem zeitraubenden Rundstiellappen bewährt. Den Rundstiel aus der Bauchhaut bevorzugen wir beim Oberschenkelkurzstumpf. Als Voroperation bei Pseudarthrosen mit ausgedehnten Narbenflächen wählen wir zum Narbenersatz den Rundstiel aus der Bauchhaut, weil eine größere Erfolgssicherheit durch jeweils völligen Wundverschluss und einwandfreie Sterilität gewährleistet ist. Der größere Zeitaufwand wird damit in Kauf genommen.

Ursachen hartnäckiger **Stumpfbeschwerden** sind häufig Neurome, Kausalgie, Stumpfhyperpathie und Phantomschmerz. Die Wichtigkeit einer exakten Diagnostik bei Stumpfbeschwerden unterstreicht Frey (Tagung d. orthop. Ges. Heidelberg), da sonst keine ursächliche Behandlung möglich ist. Die Feststellung von Neuromen bildet meist keine Schwierigkeiten und die diagnostische Novocain-Injektion in das tastbare Neurom sichert die Diagnose. Das druckempfindliche Stumpfneurom soll entfernt werden. Diffuse, brennende Schmerzen finden sich bei der Kausalgie. Operative Eingriffe am Sympathicus sind dabei die Methode der Wahl. Die erfolgreiche Novocainblockade des Sympathicus ist als Test vor dem operativen Eingriff notwendig. Bei der Kausalgie der unteren Extremität kommt die paravertebrale Novocain-Injektion in Höhe des 3. und 4. Lumbalsegments in Frage, bei der oberen Extremität die Infiltration des Ganglion stellatum. Die Technik der Injektion ist angegeben bei Mau (Das Sudecksche Syndrom, Med. Klin. 46). Die wiederholte Injektion von Novocain in das Ganglion stellatum eignet sich in gleicher Weise zur Behandlung der Sudeckschen Dystrophie. Bei der Stumpfhyperpathie ist die Sympathicusausschaltung nicht immer in gleicher Weise erfolgreich. Bei dem pathologischen Phantomschmerz, der sich in einem Krampfschmerz des Phantomgliedes im Bereich des Ischiadicus-, Ulnaris- und Medianus-Abschnittes äußert, ist eine zentrale Verankerung vorhanden. Auffälligerweise neigen Patienten mit Commotio häufiger zu Phantomschmerz. Alle Eingriffe in der Peripherie, wie Neuromentfernung, Durchschneidung des Plexus, der vorderen Wurzeln, Chordotomie und Nachamputationen sind zwecklos. Sympathicus-Operationen sind nur im Frühstadium und nur in den seltensten Fällen erfolgreich. Inwieweit Eingriffe an der mittleren Zentralwindung des Gehirns, die von Mahoney ausgeführt wurden, von Dauererfolg sind, muß abgewartet werden. Schuhmacker (Chir. Kongr. amerik. College of Surg. XII/46, Cleveland) fand die Erfolge der Sympathicus-Ausschaltung an der oberen Extremität besser als an der unteren. Er fand auch gute Dauererfolge bei konservativer Behandlung, also lange

fortgesetzte wiederholte Novocain-Blockaden in das Ganglion stellatum. Über eine Koppelung kausalgiformer Beschwerden mit neuritischen Symptomen berichtet Cordell (Med. Klin. 47, 235) und sah Erfolge mit antineuritischen Behandlung. Das Zusammentreffen und die Überlagerung von Kausalgie und Neuritis haben wir bisher nicht beobachten können.

In der Herstellung von **Prothesen** sind im letzten Jahr keine umwälzenden Neukonstruktionen erfolgt. Die Neuerungen erschöpfen sich hauptsächlich in Verbesserungen der Prothesengelenke, wie z. B. das elliptische Kniepaßteil von Schubje (Z. f. Orth. 77, 4) und der Schaffung einer besseren Verbindung und festeren Verankerung des Stumpfendes mit der Prothese. Das Unterdruck-Kunstbein aus Holz mit Saugventil für den Oberschenkel hat sich wegen seiner guten Haftfähigkeit und bandagenlosen Befestigung weitgehend durchgesetzt. Für die bandagenlosen Niederdruck-Kunstbeine wählt Hepp (Z. f. Orth. 77, 3) die Bezeichnung Haftprothesen, da nach seinen eingehenden Untersuchungen nicht der Unterdruck im Schaft, sondern andere Kräfte, u. a. der elastische und muskuläre Seitendruck für den festeren Sitz des Stumpfes in der Prothese maßgebend sind. Gute Haftprothesen sollen sich durch gute Abdichtung des Trichters hoch am Stumpf in der Gegend des Tuberringes auszeichnen bei genügender Weite des Mittel- und Unterteiles. Die Vorzüge und Nachteile des Metallkunstbeines aus Duraluminium, das in England weit verbreitet ist, schildert der gleiche Verfasser. (Tagung orth. Ges. Heidelberg). Ein Vorteil ist die Möglichkeit der serienmäßigen Herstellung, die Festigkeit und das geringe Gewicht. Der Nachteil liegt in der schlechten Formbarkeit, der Temperaturleitfähigkeit, der Korrosion durch Schweißabsonderung, dem klappernden Geräusch beim Gehen. Wegen der überwiegenden Nachteile hat sich in Deutschland das Metallkunstbein nicht durchsetzen können. Um eine noch festere Verbindung zwischen Stumpf und Prothese herbeizuführen, konstruierte Elle (Tagung d. sächs. Chirurgen Jena, 47) die Säulenprothese für Unterschenkelkurzstümpfe, die allerdings bisher nur an 2 Amputierten erprobt wurde. Es wird hierbei ein V₂A-Bolzen durch die Haut der Stumpfkruppe in die Markhöhle eingeschlagen und dort verschraubt. An das außen überstehende Stück Stahl wird die Prothese aufgeschraubt. Es widerspricht jedoch den bisherigen Erfahrungen bei der Künstchen- und Schenkelhalsnagelung, daß ein im Knochen fest eingefügter Metallstab sich auf die Dauer nicht lockern soll.

Über einen neuen Grundstoff für ein Unterschenkelkunstbein berichtet Risse (Med. Klin. 41, H. 17). Die Prothese wird aus Hartgummi gefertigt und enthält eine einvulkanisierte, aufpumpbare Manschette, die sich wechselnden Stumpfformen durch entsprechend dosiertes Aufpumpen mit Luft gut anpaßt. Die Verbindung zu einem Gummifuß wird hergestellt durch einen verstärkten Hohlzylinder aus Gummi, der wie ein Sprunggelenk eine weitgehende Beweglichkeit und Anpassung an unebenen Boden zulassen soll.

Mit dem Problem der **elastischen Kniebremsung beim Oberschenkelkunstbein** haben sich Henschke und Mauch befaßt (Med. Klin. 41, H. 10). Die Bremsung des Kniegelenks geschieht durch einen im Unterschenkelteil befindlichen beweglichen Zylinder mit Kolben in Verbindung mit einer Gummiblase, die durch Bauchdecken-

druck gesteuert werden kann. Von den gleichen Erfindern wurde eine andere Konstruktion der hydraulischen Kniebremse an einem Modell vorgeführt (KWL-Institut Heidelberg, 1947). Die weitere Entwicklung dieses zwar komplizierten, aber anscheinend vorteilhaften Kunstbeines ist noch nicht bekannt, da die Erfinder ihre weiteren Versuche damit in USA noch fortsetzen.

Die Ursache schlechter Gehfähigkeit von Amputierten sind häufig **Gelenkkontrakturen**. Zur Vermeidung dieser Kontrakturen ist deshalb eine frühzeitige richtige Lagerung und Nachbehandlung des Amputierten erforderlich. G. Hohmann (Tagung orthop. Ges. Heidelberg) weist auf die besonders ungünstige Auswirkung der Abduktionskontrakturen bei Oberschenkelkurzstümpfen hin, die ein sehr schlechtes Gehvermögen, ein Reiten des Stumpfes auf dem Protheseninnenrand hervorrufen. Er empfiehlt die schräge Durchtrennung der lateralen Weichteile, wenn eine konservative Behandlung versagt. Auch die übrigen Gelenkkontrakturen bedürfen nach M. Hackenbroch (Z. f. Orth. 46, 2) einer sorgfältigen Auswahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen. Neben der aktiven und passiven Übungsbehandlung, dem Dauerzug und Streckverband, die zur Entlastung der Gelenkflächen, Lösungen von Verklebungen und Minderung der Muskelspannung führen, haben sich besonders Quengelverbände bewährt. Es wird Wert gelegt auf die dauernde Unterschwelligkeit des Zuges, die Durchführung bis zur Überkorrektur, die regelmäßige Unterbrechung mit aktiven und passiven Übungen und die abwechselnde Bearbeitung nach beiden Seiten bei doppelsinnigen Kontrakturen. Vor gewaltsamer Mobilisation in Narkose oder in örtlicher Betäubung wird gewarnt. Unter gewissen Voraussetzungen ist noch das Schultergelenk, hauptsächlich bei der rheumatischen Versteifung zur Mobilisation geeignet, am besten nach Vorbehandlung durch Übung, Dauerzug und Aufquellung. Die Indikation zur Gelenkplastik bei knöcherner Versteifung, der Ankylose, ist sehr begrenzt, da der größte Teil der Nearthrosen keinen vollwertigen Ersatz des Gelenkes darstellt. Die Aussicht der Arthrolyse bei bindegewebiger Versteifung, der Lötsteife, ist wesentlich günstiger, besonders am Fuß und Kniegelenk sowie an den Fingergrundgelenken. Bei der Spitzfußkontraktur wird außer der Z-förmigen Durchtrennung und Verlängerung der Achillessehne oft die quere Spaltung der Sprunggelenkkapsel notwendig, die Entfernung von Narben und Schwarten, evtl. Verlängerung der Zehenbeuger und des hinteren Schienbeinmuskels. Am Kniegelenk werden nach äußerem Längsschnitt der obere Recessus freigelegt, Verklebungen gelöst, die Quadricepssehne verlängert und dann, wenn notwendig, weitere Mobilisation durch Spaltung des äußeren Kapselblattes, evtl. auch an der medialen Seite, vorgenommen, bis der ganze distale Teil des Streckzuges mit Patella und Kniescheibenband nach unten geschlagen ist und aus dem Hauptgelenk nach rechtwinkliger Beugung hindernde Narben und Schwielenmassen entfernt werden können. Die Arthrolyse der Fingergrundgelenke mit dorsalem Längsschnitt, Verlängerung der Strecksehnen, quere Durchtrennung der Kapsel hat in 20 so behandelten Fällen zwar keine idealen Resultate, aber wesentliche Besserung ergeben. Auch nach eigenen Erfahrungen ergibt die Arthrolyse des Kniegelenks bessere Resultate als die der Fingergrundgelenke. Zur Behandlung der Streckkontraktur der

Fingergrundgelenke hat sich uns die Modifikation von Bunnel (Surg. of the Hand) besser bewährt. Es wird hierbei zur Vermeidung eines Rezidivs bei anderer Schnittführung nicht nur die Kapsel durchtrennt, son-

dern Teile der Kapsel, besonders die Seitenbänder werden entfernt. Ein postoperatives Schlottergelenk ist nicht zu befürchten, da das Gelenk von allen Seiten durch Muskulatur verspannt ist.

Die 2. Hälfte des Aufsatzes wird in der März-Nummer erscheinen.

Die Stellung der pathologischen Anatomie im allgemeinen Gesundheitsdienst

Von Prof. Dr. A. Dietrich, Stuttgart

„Ärzte im Hintergrund“ lautet der Titel eines amerikanischen Buches¹, das „einen Gang durch die Laboratoriumsmedizin“ schildert. Wird diese auch nicht bei uns in der Hand des Pathologen zusammengefaßt, so hat er doch einen wesentlichen Anteil daran, und es gilt für ihn, was der amerikanische Autor am Schluß schreibt, daß seine Bedeutung im Dienst am Kranken und in der allgemeinen Gesundheitspflege noch lange nicht die ihm gebührende Würdigung errungen hat.

Was weiß ein Kranker von der einschneidenden Bedeutung einer mikroskopischen Untersuchung für die Behandlung und Prognose? Was weiß die Allgemeinheit von der Wichtigkeit einer Obduktion für die Aufklärung einer Krankheit sowie für den Fortschritt ärztlicher Erkenntnis und eine sozialmedizinische Begutachtung?

Kann man dem einzelnen Angehörigen in einem Todesfall, von dem er erschüttert ist, den Mangel an Einsicht nicht übelnehmen, so fehlt aber auch bei Behörden, Krankenhausverwaltungen und selbst bei Ärzten vielfach das Verständnis für die Notwendigkeit einer Klärung von Krankheit nach dem Tode. Vor allem werden von Krankenhäusern und Verwaltungsstellen Kosten abgelehnt mit dem Hinweis, daß „nur wissenschaftliches Interesse“ bestehe, das bei dem Pathologen kostenlos vorausgesetzt wird. Wissenschaftliches Interesse liegt gewiß vor, aber in erster Linie bei dem Krankenhaus; denn die Kontrolle der ärztlichen Diagnose und Behandlung ist für das Krankenhaus von Wichtigkeit und die geschärfte Kritik kommt seinen Kranken zugute. Wissenschaft ist kein Paradestück, wie das Konversationslexikon im bürgerlichen Bücherschrank, sondern kennzeichnet den Geist und die Leistungshöhe eines Krankenhauses. Die Pflege dieses Geistes muß daher auch die Sorge der Krankenhausverwaltung sein.

Die Reichsversicherungsordnung enthält in der Bestimmung, daß die Mittel der Krankenkassen, abgesehen von Verwaltungskosten und Krankengeld, nur für die Behandlung der Kranken verwendet werden dürfen. Kosten für Obduktionen werden unter Hinweis hierauf abgelehnt oder beanstandet. Aber die Knappschafts-Krankenhäuser im Ruhrgebiet unterhalten wohl ausgestattete pathologische Institute, deren Nutzen schon durch die wachsende Erkenntnis der Staubkrankheiten und anderer Berufsschäden, abgesehen von der Begutachtung später Unfallsfolgen erwiesen wurde. Von der Württ. Ärztekammer war bereits 1932 eine Verständi-

gung zwischen den staatlichen Stellen des Gesundheitsdienstes, zwischen den Städten und dem Krankenkassenverband erreicht worden, nach der den bestehenden pathologischen Instituten Mittel zur Verfügung gestellt wurden, um Obduktionen in größerem Umfange zu ermöglichen. Der Umschwung von 1933 vereitelte den Plan. Aber in anderen Ländern besteht die Einrichtung von Verwaltungssektionen, die die fachwissenschaftliche Untersuchung unklarer Todesfälle auch ohne umständlichen Verwaltungsapparat ermöglichen.

In den allgemeinen Krankenhäusern großer Städte ist, außer den pathologischen Instituten der Universitäten, ein solches unter einem voll ausgebildeten Fachpathologen eine Selbstverständlichkeit. Auch Kreiskrankenhäuser und Privatanstalten haben wohl einen Obduktionsraum, dessen Ausstattung in mehr oder weniger glücklichem Verhältnis zur Einrichtung des ganzen Hauses steht, ganz abgesehen von instrumenteller Ausrüstung. Selbst die Aufbahrungsräume entsprechen durchaus nicht überall den Anforderungen der Pietät.

Eine Obduktion erfordert Übung und Erfahrung, um zu einem sicheren Urteil zu kommen. Es genügt nicht, ein Organ herauszunehmen, um auf den ersten Blick den krankhaften Zustand zu erkennen und zu erklären. Erst die Zusammenhänge der Veränderungen ergeben eine Beurteilung. Daher muß eine Obduktion von Anfang an mit Sachkenntnis ausgeführt werden. Nichts ist undankbarer für einen Pathologen, als kritiklos entnommene Organe oder Gewebestücke zur Untersuchung zu erhalten, bei denen oft der maßgebliche Teil fehlt und keine anschauliche Beschreibung auf das Ziel der Untersuchung hinweist.

Die Ausbildung der Mediziner in pathologischer Anatomie ist unter den heutigen Verhältnissen an den Universitäten mangelhaft. Wenn aber die pathologische Anatomie die sichere Grundlage für ärztliche Vorstellungen bilden soll, auf der sich Diagnose und Therapie aufbauen, so muß der Pflege pathologisch anatomischen Verstehens mehr Aufmerksamkeit zugewandt werden, um nicht ärztliches Wissen und Können heruntersinken zu lassen. Das muß allen Stellen, die für den allgemeinen Gesundheitsdienst verantwortlich sind, ans Herz gelegt werden.

Ich fasse die Bedeutung fachkundiger Obduktionen nochmals kurz zusammen:

a) Obduktion ist die Kontrolle ärztlicher Diagnose und Behandlung. Sie vermag allein unklare Symptome und Zusammenhänge aufzudecken. Sie bereichert dadurch die Erfahrung und ist die Grundlage für klinische

¹ German, William Mc.Kee, Ärzte im Hintergrund. Deutsch. Werk Verlag, Wörishofen.

Untersuchung, wie sie schon in der Zusammenarbeit von Skoda und Rokitsansky die physikalische Diagnostik auf ihre Höhe geführt hat. Auch für die Röntgendiagnose bildet der pathologisch anatomische Befund die unumgängliche Grundlage zur richtigen Deutung der Schattenbilder.

b) Obduktionen geben eine sichere Unterlage für eine Krankheits- und Todesursachenstatistik. Nach einer Zusammenstellung von Meerbeck erwiesen sich 70% aller standesamtlichen Meldungen, auf die die Medizinalstatistik aufgebaut ist, als unrichtig oder ungenau. Keine öffentliche Urkunde steht auf so unsicherer Grundlage wie die Todesbescheinigungen und damit auch die amtlichen Krankheitszusammenstellungen. Jede Besserung der Krankheitsfeststellung ist eine Aufgabe, der sich Behörden und soziale Körperschaften nach Kräften annehmen sollten.

c) Das Auftreten neuer Erkrankungen, vor allem von Seuchen, kann in den ersten Fällen erfaßt und in ihren Eigentümlichkeiten aufgedeckt werden.

d) Hierzu gehört auch die Aufklärung plötzlicher Todesfälle. Diese haben nichts mit gerichtlicher Medizin zu tun, denn über 90% solcher Fälle, die sich auf der Straße und auch in der Wohnung ereignen, sind in unbemerkten Krankheitszuständen begründet. Die Erklärung des überraschenden Ausgangs ist ein wichtiges Kapitel, das nur im Rahmen der gesamten pathologischen Anatomie ausgewertet werden kann.

e) Ein pathologisches Institut oder eine Prosektur kommt also der Prüfungsstelle eines technischen Werkes oder der Kontrollstelle eines Amtes gleich, etwa einer Oberrechnungskammer, nur mit dem Unterschied, daß Mängel nicht sofort abgestellt oder Reparaturen ausgeführt werden können, vielmehr die Anwendung der gewonnenen Erkenntnis auf praktische Maßnahmen der Gesundheitspflege erst mittelbar daraus hervorgeht.

Die Obduktion hinkt der klinischen Untersuchung und Behandlung nach, sie korrigiert Irrtümer, öffnet und schärft den Blick und fördert die allgemeine Erkenntnis; dem Einzelnen nützt sie aber auch dann, wenn eine Begutachtung für Hinterbliebenenfürsorge in Frage kommt.

Die praktische Aufgabe der pathologischen Anatomie ist aber nicht mit der Obduktionstätigkeit erschöpft. Die histologische Diagnostik stellt den Pathologen mitten in die klinische Tätigkeit als fachärztlichen und entscheidenden Berater. Die histologische Untersuchungstätigkeit hat in den letzten 50 Jahren eine ständig wachsende Bedeutung erlangt als Ergänzung der klinischen Diagnose chirurgischer und gynäkologischer Erkrankungen, auch solcher anderer Spezialfächer. Für die Feststellung von Krebs und anderen Geschwulstformen gibt es keine andere Methode, die einige Sicherheit gewährt, als die mikroskopische Erkennung des geweblichen Aufbaues. Auch ihr haften noch Mängel an, aber gerade diese erfordern eine durch Erfahrung gefestigte fachärztliche Ausführung und Beurteilung der Untersuchung.

Pathologisch-histologische Untersuchung ist keine rein technische Angelegenheit, die von einem mit der Herstellung und Färbung der Präparate vertrautem Personal, einer technischen Assistentin erledigt werden kann. Sie ist keine Sachleistung, die man von jedem Krankenhaus oder jedem Assistenten fordern kann. Ein Pauschale für Sachleistungen kann sinngemäß nur solche Leistungen betreffen, die in dem Krankenhaus selbst

mit dessen Einrichtungen und Hilfspersonal ausgeführt werden können. Wird die Untersuchung einem pathologischen Institut zugeleitet, so ist das eine fachärztliche Beratung außerhalb des Krankenhauses, wie etwa die Heranziehung eines Augen- und Ohrenarztes oder eines Röntgeninstitutes, das nicht dem Krankenhaus angegliedert ist.

Ich muß aber hervorheben, daß in meinem Tätigkeitsbereich von den führenden Krankenkassen dieser Sachlage volles Verständnis entgegengebracht und die Kosten histologischer Untersuchungen übernommen werden. Daß diese Erkenntnis aber bei einer Neuregelung der Gebühren allgemein wird, muß unser Bestreben sein.

Die histologische Diagnose beginnt am Krankenbett oder Sprechzimmer mit der sachgemäßen Wahl und Entnahme des Untersuchungsmaterials sowie der kritisch aufgestellten Vermutung, die dem Untersucher mitzuteilen ist. Die Versendung muß zweckmäßig erfolgen, z. B. ist es unsinnig, ein Gefäß voller Kot zur Untersuchung auf Rectum-Krebs zu verschicken. Die möglichste Entfernung von Blut ist bei Uterusschabsele eine leider vielfach vernachlässigte Maßnahme.

Die Übersendung des Untersuchungsmaterials bedarf als Brücke zwischen behandelndem Arzt und Pathologen eines Begleitschreibens, das, ganz abgesehen von den Personalien, die klinischen Angaben und die Fragestellung an den Untersucher erkennen läßt. Früher standen Chirurgen auf dem Standpunkt, der Pathologe dürfe nicht voreingenommen sein, sondern müsse objektiv an das Präparat herantreten. Das war eine völlige Verkennung zuerst schon der kritischen Einstellung des Pathologen, sodann ist die Beurteilung eines kleinsten Gewebsteiles nur möglich im Zusammenhang des Ganzen. So untersuchte ich kürzlich 2 Probeexzisionen der Trochantergegend, die nur schwieriges Gewebe ergaben; erst die dritte, auf Grund der klinischen Bemerkungen aus größerer Tiefe angeforderte Entnahme deckte das zugrunde liegende Sarkom auf.

Wir kommen damit an die Auswahl des Stückchens aus dem einlaufenden Material. Auch sie erfordert geübten Blick. Eine Beschreibung des Präparates, vielleicht auch eine Skizze ist notwendig, um den mikroskopischen Schnitt im Rahmen des Ganzen zu verstehen. Erwünscht ist, die Entnahme selbst vorzunehmen. Wenn dies von einem bereits eingearbeiteten Assistenten geschieht, muß das ganze Objekt bei der mikroskopischen Betrachtung zur Kontrolle bereitstehen.

Hierbei muß ich auf einen Unfug hinweisen, der mir erst in letzter Zeit wieder einmal begegnet ist. Ein Krankenhaus schickt sein diagnostisches Material gleichzeitig an zwei pathologische Institute, und zwar wurde das Stück von einem Famulus halbiert, natürlich, ohne den beiden Instituten hiervon Kenntnis zu geben. Häufig seien Widersprüche in den Diagnosen vorgekommen. Wenn eine Mamma ein Apfel wäre, den man genau halbieren könnte, so ginge das an. Aber wenn ein fauler Fleck nur in der einen Hälfte sitzt, kann er in der anderen Hälfte nicht entdeckt werden. Die Verhältnisse sind in Wirklichkeit noch viel verwickelter. Eine Zystenmamma muß oft in 10 Scheiben zerlegt und durchsucht werden, um eine verdächtige Stelle zu finden, von der das mikroskopische Präparat die Entscheidung gibt. Aus Uterusschabsele enthält vielfach ein Stückchen Teile des im Tubenwinkel sitzenden Korpuskarzinoms.

Eine histologische Diagnose ist nicht unfehlbar. Ich gebe, wie wohl alle Fachkollegen, einer zweifelnden Rückfrage gern Gehör und bin zu einer konsultierenden Aussprache mit einem benachbarten Fachvertreter gerne bereit, wie ich auch jüngeren Kollegen mit meiner älteren Erfahrung zur Verfügung stehe, ohne sie damit herabzusetzen.

Histologische Untersuchung ist nicht ein einfaches Sehen, sondern ein Schauen, d. h. die geistige Verarbeitung optischer Eindrücke, die in Erfahrung erworben und in Übung gefestigt bleiben muß. Histologische Diagnostik läßt sich nicht aus Büchern, sondern nur am Mikroskop lehren und lernen (Rob. Meyer).

Die histologische Diagnose hat nicht nur privatärztliches Interesse für die Erkennung und Behandlung eines Einzelfalles, sondern gehört zur allgemeinen öffentlichen Gesundheitspflege. Frühes Erkennen und rechtzeitiges gründliches Behandeln ist die Lösung der Krebsbekämpfung, gleichgültig, welche Methode der Behandlung, Operation oder Bestrahlung in Frage kommt. Eine Zusammenstellung der Probeausschabungen in meinem Laboratorium ergibt in 10% der Untersuchungen Karzinom. Das allein läßt die große Bedeutung der Frühdiagnose erkennen. Die Schnelldiagnose unmittelbar vom Operationstisch weg ist bei Krebsverdacht mancher Organe bereits weitgehend ausgebaut. Innerhalb von 5 Minuten kann ein positiver Befund ermittelt und die Operation darauf eingestellt werden.

Aber auch die Untersuchung von Operationspräparaten zur endgültigen Bestätigung der Diagnose ist eine wichtige Aufgabe. Sie ist notwendig zur Kontrolle und Vertiefung der Probeexzision; z. B. gibt die Feststellung der Ausdehnung einer Neubildung in der Umgebung die Richtlinien für die Nachbehandlung und für die Prognose. Aber selbst die Untersuchung von operierten Wurmfortsätzen ist nicht überflüssig. Der negative Befund kann darauf hinweisen, daß die Ursache der Krankheitserscheinungen nicht in ihm lag, aber auch Tuberkulose oder unbemerkte bösartige Neubildungen werden aufgedeckt.

In myomatösem Uterus läßt sich überraschend ein Sarkom erkennen oder auch ein verstecktes Karzinom nachweisen. In einer Bearbeitung von resezierten kallösen Magengeschwüren stellte ich unter 800 Fällen in 20% klinisch unbeachtetes Karzinom fest. Die hohe Prozentzahl erregte Erstaunen und Zweifel, ist aber erst

kurzlich bei Beachtung der zugrunde gelegten Voraussetzungen bestätigt worden.

So steht auch die histologische Diagnostik in der Reihe der Helferinnen, die der ärztlichen Kunst die Hand reichen, wie ihre Schwestern, die Bakteriologie und Serologie, klinische Chemie und Röntgenkunde. Aber gerade in dem verantwortungsvollen Bewußtsein ihrer wichtigen Aufgabe müssen wir Fachvertreter darüber wachen, daß die praktische Bedeutung unseres Gebietes im Dienste des allgemeinen Gesundheitswesens erkannt und bewertet und nicht als Tummelplatz dilettantischer, wenn auch gut gemeinter Übung im Nebenamt eines Assistenten statt Segen Unheil schafft.

Auf die Frage, die Gesamtheit der Laboratoriumsuntersuchungen dem Pathologen zu unterstellen, also außer der histologischen auch die bakteriologische und serologische Diagnostik sowie die Blut- und Urinuntersuchungen und andere klinische Prüfungsmethoden, will ich nicht näher eingehen. In vielen Prosekturen größerer Krankenanstalten besteht die Vereinigung und hat den Vorteil, daß ein verantwortlicher Arzt alle Untersuchungen überwacht und ihre Ergebnisse überschaut sowie sie nach neuen Fortschritten ergänzt, während sie in den Händen von Laborantinnen leicht schematisch verflachen und daher in außergewöhnlichen Fällen versagen. Die Einführung und Anpassung an neue Methoden findet nur schwer Eingang. Das könnte ich mit vielfachen Erfahrungen belegen. Es gilt auch hier wieder, daß Laboratoriumsuntersuchungen keine einfachen Sachleistungen sind, sondern einen wesentlichen Teil ärztlicher Diagnostik darstellen, der ärztlich geleitet sein muß.

Das eingangs zitierte Buch hebt nach einer Denkschrift der amerikanischen Gesellschaft für Chirurgie hervor, „daß die Leistungen der pathologischen und anderer Laboratorien wesentliche Voraussetzungen für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie für Krankheitsvorbeugung und -überwachung sind“. Für ein größeres Krankenhaus wird ein Fachpathologe gefordert. Dieses Ziel ist auch in unserem Lande noch längst nicht erreicht. Es sollte aber gerade in einer Zeit, in der alle Kräfte zweckmäßig eingesetzt werden müssen, nicht zurückgestellt werden.

Auch für die praktische Tätigkeit des Pathologen gilt die Verpflichtung: Salus aegroti suprema lex.

Nochmals: Was erhalten die Kassenärzte?

Die Darlegungen des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Nr. 28 der Gewerkschaftszeitung bedürfen der Berichtigung und Ergänzung. Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg macht dazu folgende Angaben¹:

¹ Die Redaktion der Gewerkschaftszeitung hat eine Bekanntgabe dieser Erwiderung abgelehnt mit der Begründung, daß die Ausführungen zu lang seien. Da zu den einzelnen Punkten des Artikels der Gewerkschaftszeitung jedoch erschöpfend Stellung genommen werden muß, halten wir eine Kürzung nicht für angängig und bringen deshalb an dieser Stelle die Erwiderung.

1. Seit dem 1. Januar 1932 sind die kassenärztlichen Leistungen durch eine pauschalierte Gesamtvergütung, das sog. Kopfpauschale, abgegolten. Das Kopfpauschale wird von den einzelnen Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtet, die es nach einem auf gesetzlichen Vorschriften beruhenden Verteilungsschlüssel an die Kassenärzte und etwa beteiligten Krankenhäuser weiterzuleiten hat. Der einzelne Kassenarzt hat nur gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung Anspruch auf Bezahlung seiner Leistungen.

2. Die Höhe der pauschalierten kassenärztlichen Gesamtvergütung ist nach den tatsächlichen Arztausgaben berechnet worden, die die einzelnen Krankenkassen im Jahre 1930 gehabt haben; sie beruht auf den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung. Diese Arztausgaben des Jahres 1930 enthielten selbstverständlich nicht nur die Kosten der Behandlung der **Mitglieder (Stammversicherte)**, sondern auch die der mitversicherten **Familienangehörigen**. Lediglich aus technischen Abrechnungsgründen wurde die Jahressumme der Ausgaben für die kassenärztlichen Leistungen nur durch die Zahl der Stammversicherten des Jahres geteilt und so der Grundbetrag errechnet, der nach Kürzung um einen gewissen Abschlag (6 bis 20%) das sog. Ausgangskopfpauschale ergibt. Selbst wenn die durchschnittliche Beitragseinnahme pro Versicherten wesentlich höher ist als im Jahre 1930, wird trotzdem das Kopfpauschale höchstens in der Höhe des Grundbetrages des Jahres 1930 ausbezahlt. Es ist also irreführend, wenn der Landesverband der Ortskrankenkassen bemerkt, daß das Kopfpauschale für jedes Mitglied ohne Rücksicht darauf gezahlt wird, ob der Arzt in Anspruch genommen wird oder nicht. **Das Kopfpauschale muß selbstverständlich für jeden Stammversicherten bezahlt werden, auch wenn er nicht krank gewesen ist, weil ja in diesem Pauschale die Bezahlung für die vielen Familienversicherten eingeschlossen ist, die sich in ärztliche Behandlung begeben.** Für die mitversicherten Familienangehörigen wird ja kein besonderes Pauschale gewährt, obwohl sie ärztlich genau so behandelt werden müssen wie die Versicherten selbst.
3. Es ist auch falsch, wenn der Gesamtvergütung, die durch die Ortskrankenkassen bezahlt wird, nur die Gesamtzahl derjenigen Erkrankten gegenübergestellt wird, die **arbeitsunfähig** sind, als ob etwa nur die arbeitsunfähigen Kranken dem Arzt besondere Mühe machten. Gerade das Gegenteil ist aber der Fall. Die vielen sogenannten „Bagatellfälle“, d. h. die arbeitsfähigen Kranken, beanspruchen einen großen Teil der Arbeitszeit und Arbeitskraft des Kassenarztes. Ferner gibt es gewisse Fachärzte, z. B. Frauenärzte und vor allem Kinderärzte, die fast nur Familienversicherte behandeln. Diese können überhaupt nicht arbeitsunfähig geschrieben werden, weil sie ja in keinem Arbeitsverhältnis stehen. Nach der eigenartigen Auffassung des Artikelschreibers dürften diese Fachärzte überhaupt kein Honorar bekommen, weil der Arzt ja angeblich „nur durch arbeitsunfähige Kranke belastet“ werde.
4. Was die Ortskrankenkassen mit dem Betrag von 39.08 Mark, den sie bei der Gegenüberstellung der Gesamtzahl der Erkrankungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit zu der Gesamtvergütung errechnet haben, beweisen wollen, ist nicht recht verständlich. Der unbefangene Leser gewinnt aber zwangsläufig den von den Krankenkassen sicherlich nicht beabsichtigten Eindruck, daß dies derjenige Betrag ist, den ein Kassenarzt je Behandlungsfall in Wirklichkeit erhält, und daß die im „Ärztgespräch“ angeführten, in so krassem Widerspruch zu 39.08 Mark stehenden Beträge aus der Luft gegriffen seien.
- Dazu ist folgendes zu sagen: Einmal darf nicht übersehen werden, daß der eine Betrag auf ein **ganzes Jahr**, die beiden anderen aber nur auf ein **Vierteljahr** abgestellt sind; ein Viertel von 39.08 Mark ergibt aber einen Betrag von 9.77 Mark. Die Spanne zwischen diesem und den beiden im „Ärztgespräch“ erwähnten Beträgen in Höhe von 3.90 Mark und 4.55 Mark ist also schon kleiner geworden. Zum anderen enthält der von den Kassen errechnete Betrag von 39.08 Mark je Jahr bzw. 9.77 Mark je Vierteljahr nur die Ausgaben, die für die Behandlung **Arbeitsunfähiger** aufgewandt worden sind. Bei dieser Darstellung müßten also die Kassenärzte in Nord-Württemberg die Hunderttausende von **arbeitsfähigen** Kassenmitgliedern und **Familienangehörigen**, die ihre Hilfe in einem Vierteljahr in Anspruch nehmen, völlig unentgeltlich behandeln!! Legt man aber der Berechnung, wie es allein richtig ist, die Gesamtbehandlungsfälle einschließlich der Arbeitsfähigen und Familienangehörigen zugrunde — und es handelt sich bei den Ortskrankenkassen in Nord-Württemberg um 448 877 Fälle in einem Vierteljahr des Jahres 1947 — so kommt auf einen Behandlungsfall nach Abzug der ambulanten Sachleistungen der Krankenhäuser in Höhe von rund 500 000 Mark je Vierteljahr ein Betrag von 4.89 Mark. Diese Zahl kommt aber den im „Ärztgespräch“ angegebenen Zahlen sehr nahe. Der noch verbleibende Unterschied ist dem für die einzelnen Fachgruppen verschiedenen Verteilungsschlüssel und den Leistungen zuzuschreiben, die neben dem Fallpauschale bezahlt werden. Die im „Ärztgespräch“ genannten Zahlen sind also keineswegs „Schlagworte“, sondern nüchterne Tatsachen.
5. Es ist selbstverständlich, daß der Kassenärztlichen Vereinigung durch Erfüllung der Aufgaben, die ihr nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichem Abkommen obliegen, Verwaltungskosten entstehen. Diese und nur diese werden vor Verteilung der Gesamtvergütung abgezogen. Sie betragen bis zum 30. Juni 1948 lediglich 1,5% des durchlaufenden Honorars, also noch 0,5% weniger als in dem Kassenärztlichen Landesvertrag für Württemberg vorgesehen war. Der Verwaltungskostenabzug war stets so niedrig, daß er sich immer sehen lassen konnte. Nur für zwei Vierteljahre nach der Währungsreform mußte er vorübergehend auf 3% erhöht werden. Die Verwaltungskostenabzüge spielen also bei der Honorarauszahlung überhaupt keine spürbare Rolle.
6. Die Aufwendungen für Alters- und Hinterbliebenenversorgung werden **nicht vor** Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung abgezogen, sondern erst **nach** der Zuteilung des zustehenden Honorars mit jedem einzelnen Arzt verrechnet. Diese Zahlungen berühren also auf keinen Fall die Höhe der Zuteilung an den einzelnen Arzt, beeinflussen also auch nicht die Auszahlungsquote.
7. Es ist richtig, wenn in dem Artikel bemerkt wird, daß mit den **Praxisunkosten** nicht nur die Einnahmen einer einzelnen Krankenkasse belastet werden dürften, sondern daß dabei alle Einkünfte des Arztes sowohl aus der Privat- als auch aus der kassenärztlichen Praxis zu berücksichtigen seien.

Die Ärzte verlangen auch gar nicht mehr, als daß die heutigen, sehr hohen Praxisunkosten in prozentualen Anteil auch durch das Kassenhonorar bezahlt werden müssen. Wenn man von den Einnahmen der Ärzte aus der Behandlung der Sozialversicherten redet, so müssen die **Summen** für die **Praxisunkosten vorher abgesetzt** werden. Nur die dann noch verbleibende Restsumme ist das tatsächliche Entgelt für die ärztliche Leistung und nur dieses steht dem Arzt zur Bestreitung seines Lebensunterhalts zur Verfügung und nicht die Bruttoeinnahmen, die irreführenderweise immer wieder genannt werden.

Der Index der Lebenshaltungskosten betrug im Jahre 1932 120 und ist im Jahre 1948 auf 200 angestiegen. Wie die Ausgaben für Unterhalt und Reparaturen eines Autos gestiegen sind, weiß jeder Autofahrer. Im gleichen Umfange, ja vielleicht noch mehr sind auch die Kosten für Röntgenröhren und für Ersatzteile an elektromedizinischen Apparaten in die Höhe gegangen. Infolgedessen betragen die heutigen Praxiskosten etwa 40 bis 60 % der Bruttoeinnahmen.

8. Es ist Tatsache, daß der **Auszahlungssatz** für die geprüften kassenärztlichen Leistungen in den letzten Vierteljahren **nicht höher als 65 %** lag. Das heißt mit anderen Worten: Die auf Grund der eingereichten Arztscheine berechtigten Forderungen der Kassenärzte für ihre ärztliche Tätigkeit konnten nur zu 65 % befriedigt werden, weil nicht mehr Geld zur Verfügung stand. Die Forderungen der Ärzte für ihre tatsächlich geleistete Arbeit sind weit höher als die auf Grund des Pauschalabkommens von den Kassen zur Verfügung gestellten Summen. Es ist also nicht abzustreiten, daß die derzeitige Honorierung der Kassenärzte völlig unzureichend ist.
9. Welches sind nun die **wirklichen Ursachen für diese niedrige Bezahlung der Kassenärzte**? Wir haben dargelegt, daß dafür die Verwaltungskostenabzüge und die Beiträge zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung nicht in Frage kommen. Ist es nun richtig, daß die vermehrte Zahl der Ärzte daran schuld ist? Die Richtzahl ein Arzt auf 600 Versicherte besteht schon seit dem Jahre 1932, also seit der Einführung des Pauschalabkommens. Es ist zuzugeben, daß diese Richtzahl bis zum Jahre 1945 nicht voll ausgenutzt worden ist. Nach dem Zusammenbruch ging aber ein Schrei durch die Presse, daß es viel zu wenig Ärzte gäbe, und die Kranken deshalb viel zu lange in den Wartezimmern warten müßten. Auch die Militärregierung hat sich dieser Frage angenommen und vermehrte Nieder- und Zulassung verlangt. Die Kassenärztliche Vereinigung hat es deshalb für richtig gehalten, die Richtzahl 1:600 voll auszunutzen. Sie hat sich dabei auch von dem sozialen Gesichtspunkt leiten lassen, daß den vielen Flüchtlingen und sonstigen um Arbeit und Brot gekommenen Ärzten eine Arbeitsmöglichkeit geschaffen werden müsse, soweit die gesetzlichen Bestimmungen dies gestatten. Wehe uns, wenn wir das nicht getan hätten! Es ist richtig, daß dadurch der Anteil des einzelnen Arztes aus dem Gesamtpauschale geringer geworden ist. Das würde aber nur be-

weisen, daß die Honorierung der ärztlichen Leistungen in der kassenärztlichen Tätigkeit bei der Richtzahl 1:600 zu niedrig ist. Sie beruht ja auf den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung, bei der eine Beratung mit 1 Mark und ein Besuch mit 2 Mark bezahlt wird. Es ist ein dringendes Erfordernis, daß diese Gebührenordnung, die in ihren ersten Anfängen aus dem Jahre 1815! stammt, den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen und dem heutigen Geldwert angepaßt wird. Würde das Kopfpauschale auf dieser Grundlage neu berechnet werden, so würde sich dadurch das Einkommen des Arztes von selbst heben.

Das starke Absinken des kassenärztlichen Honorars wird aber in der **Hauptsache** durch ganz andere Gründe bestimmt:

- a) Durch die körperlichen und seelischen Beanspruchungen und Entbehrungen von 1939 bis heute ist der Gesundheitszustand des deutschen Volkes sehr geschwächt worden. Die Versicherten müssen deshalb den Arzt viel öfter und viel länger in Anspruch nehmen als in den Jahren 1930 bis 1939. Dadurch ist eine **häufigere Beanspruchung der Kassenärzte** eingetreten. Das Versicherungsrisiko für die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung liegt seit 1932 allein auf den Schultern der Ärzte, weil das Kopfpauschale nicht für den Behandlungsfall, sondern pro Kopf der Versicherten ohne Rücksicht auf Häufigkeit und Dauer der Erkrankung gezahlt wird. Für die geleistete Mehrarbeit bekommt also der Kassenarzt nicht mehr bezahlt. Die Gesamtvergütung richtet sich ja nicht nach der heutigen Leistung der einzelnen Kassenärzte, sondern nach dem Pauschalsatz der Jahre 1930/32. Für Zeiten normaler Krankheitshäufigkeit, wie dies bis zum Jahre 1939 vorhanden war, ist dieser Zustand tragbar gewesen, heute ist er unhaltbar geworden.
- b) Seit dem Jahre 1930 hat die medizinische Wissenschaft bedeutsame Fortschritte gemacht. **Neue Untersuchungsmethoden** zur Feststellung von Krankheiten sind aufgekommen, die auch bei den Versicherten angewendet werden. Die Methoden sind **teilweise sehr kostspielig**; man denke nur an die Notwendigkeit der vielen Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme und Grundumsatzbestimmungen. Auch die **Behandlungsmethoden** sind **vielseitiger und damit teurer** geworden. Sie müssen zum Teil in Krankenhäusern ambulant durchgeführt und an die Krankenhäuser bezahlt werden. Die Kosten für diese Sachleistungen sind ganz wesentlich größer geworden als im Jahre 1930; sie unterliegen auch nicht der Begrenzung und dem Abzug wie die Honorare, sondern müssen nach festen Tarifsätzen vorweg aus der von den Kassen überwiesenen Pauschalsumme bezahlt werden. Um was für Summen es sich dabei handelt, geht aus folgender Gegenüberstellung hervor:
- 1932: Die Unterlagen sind durch Bomben vernichtet.
- 1936: 568 447.65 RM.
- 1939: 955 061.94 RM.
- 1947: 2 471 728.— RM!!; also das 4fache von 1936.

Die an die Kassenärzte zu verteilende Summe wird infolgedessen immer geringer. Bis heute ist für diesen vermehrten Aufwand für Sachleistungen gegenüber dem Stand des Jahres 1930 aber keine Ausgleichsberechnung, d. h. keine Pauschalerhöhung erfolgt. Sollen etwa die Fortschritte der Wissenschaft sowohl in der Krankheitserkennung als auch in der Krankheitsbehandlung den Kassenmitgliedern nicht zugute kommen, weil sie mit höheren Unkosten verbunden sind? Die Frage stellen heißt sie verneinen.

10. In Nord-Württemberg war das **durchschnittliche Einkommen**, das ein freiberuflicher Arzt (nicht Krankenhausarzt) im letzten Jahre vor der Währungsreform aus seiner gesamtärztlichen Tätigkeit, d. h. also aus **Privat- und Kassenpraxis** erzielte, zusammen 11 745 RM. Nach Abzug von 50 % Werbungskosten verblieb ihm ein steuerliches Einkommen von nicht ganz 6000 RM, d. h. 500 RM im Monat. Die Summe ist nach der Währungsreform eher noch weniger geworden. Ist ein monatliches Einkommen von 500 DM für einen Arzt angemessen, der eine so kostspielige Ausbildung hinter sich hat, der die große Verantwortung für die Gesundheit seiner Patienten trägt, der jederzeit für Hilfeleistungen bereit sein muß, häufig in seiner Nachtruhe gestört wird und manchen Sonntag für seine Kranken opfern muß? Wie soll er dabei die Ausbildungskosten seiner Kinder bestreiten oder für seinen Lebensabend sorgen?

Es wäre falsch, wollte man für diese katastrophale Verschlechterung der kassenärztlichen Ho-

norierung die Krankenkassen verantwortlich machen. Es ist aber auch eine falsche Beweisführung, wenn von Kassenseite die fast ironische Frage aufgeworfen wird, warum sich denn die Ärzte bei dieser schlechten Bezahlung so sehr um die kassenärztliche Tätigkeit bemühen. Der Grund ist einfach der, daß durch die Ausdehnung der Sozialversicherung, die zwangsläufig durch das allgemeine Absinken der Einkommen verursacht worden ist, die Zahl der Privatpatienten auf $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ zurückgegangen ist. Als sich der Arzt in der Hauptsache aus der Privatpraxis ernähren konnte, hat er die geringe Entlohnung für die kassenärztliche Tätigkeit stillschweigend in Kauf genommen. Die finanziell leistungsschwachen Patienten hat der gute Arzt ja immer schon umsonst oder um ein geringes Entgelt behandelt. Heute liegen die Verhältnisse anders. Die öffentlich-rechtliche Stellung der Sozialversicherung gebietet auch eine den Leistungen entsprechende Entlohnung. Die dem ärztlichen Idealismus zumutbare Grenze ist überschritten. Es geht um die geordnete Existenz der Kassenärzte, von der auch die geordnete Versorgung der Versicherten abhängt. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung müssen deshalb in gemeinsamer Verhandlung eine Lösung finden, welche die berechtigten Forderungen der Ärzte berücksichtigt und das heutige Mißverhältnis zwischen kassenärztlicher Leistung und ihrer Honorierung beseitigt. Wir geben uns der berechtigten Hoffnung hin, daß die in Württemberg traditionell gute Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen zu einem befriedigenden Ergebnis beitragen wird.

Umblick in der Privaten Krankenversicherung

Von Heinz Gollmar, Stuttgart-Weil im Dorf

Die Währungsreform und die damit verbundene Verknappung der privaten Barreserven bei einer gleichzeitigen Erhöhung der allgemeinen Lebenshaltungskosten bedeutet, in direkte Beziehung zur Privaten Krankenversicherung gebracht, zweierlei: ein erhöhtes Schutzbedürfnis gegen das für den einzelnen kaum in festen Zahlen auswägbar Krankheitsrisiko und den Zwang, diesen Schutz für eine möglichst niedere Prämie in möglichst großzügigem Umfang zu erhalten. In weiten Kreisen, die sich bisher zugetraut hatten, jeden noch so kostspieligen Krankheitsfall aus eigenen Mitteln abdecken zu können, ist das Bedürfnis nach der Geborgenheit in einer Krankenversicherung wieder sehr akut geworden, gleichzeitig aber werden die vorgeschlagenen Prämien einer genauen Prüfung unterzogen und oft als kaum tragbare Belastung empfunden, obwohl nach wie vor auch der Sozialversicherte aus seinem Bruttoeinkommen erhebliche Abzüge für die gesetzliche Krankenversicherung hinzunehmen hat, ohne sich über die Höhe seiner Beiträge und den Umfang des versicherten Schutzes selbst entscheiden zu können. So ist es auf der einen Seite der Wunsch, ausreichend gegen Krankheitsfälle versichert zu sein, auf der anderen Seite eine

sorgfältige Prüfung des sowieso schon belasteten Haushaltsetats, ehe der Versicherungsinteressent seine Entscheidung trifft.

Aber auch innerhalb der Versicherungsbestände hat die Währungsreform tief gravierend eingegriffen. Zahlreiche Kündigungen aus echtem, absolutem Geldmangel unter schmerzlichem Verzicht auf jeden Versicherungsschutz, Rückführung in die Sozialversicherung infolge arbeitsrechtlicher Veränderungen, Aussetzungen und Reduzierungen innerhalb der Tarife wurden bei den Gesellschaften beantragt. Inzwischen konnte allerdings manche Kündigung, die aus der Schockwirkung der Währungsreform heraus ausgesprochen wurde, wieder rückgängig gemacht werden. Diese Umwandlungen innerhalb des Bestandes als direkte Folge der Währungsreform wurden allerdings in gewissem Umfang erwartet. Jedoch sind die Gesellschaften im Begriff, diese schlagartig eingesetzte rückläufige Entwicklung durch eine erhöhte Quote von Neuaufnahmen zu egalisieren. Weit schwerwiegender als der direkte Eingriff durch die Währungsreform müssen ihre sekundären Folgen bewertet werden: Einstellung der Prämienzahlung infolge Arbeitslosigkeit und Zahlungsunfähigkeit, sowie

Reduzierung zahlreicher Einkommen auf ein sozialversicherungspflichtiges Niveau — eine Entwicklung allerdings, die ein Spiegel für eine gefährliche Krise innerhalb unserer gesamten Volkswirtschaft wäre.

Die erhöhte Schadensquote

Ein weit ernsteres Problem als die augenblickliche Entwicklung im Mitgliederbestand durch zeitbedingte Abgänge und gleichermaßen zeitbedingte Neuzugänge ist die Frage des Schadenanfalles. Die Tarife der Privaten Krankenversicherung basieren zum überwiegenden Teil auf jenen statistischen Unterlagen, die vor Ausbruch des Krieges greifbar waren. Selbst wenn die direkte, offensichtliche Kriegsbeschädigung auch ausgeschlossen werden kann, so hat doch der Krieg mit seinen direkten und indirekten Folgen das gesamte gesundheitliche Niveau unseres Volkes erheblich unterhöhlt. Man denke nur an die versteckten Krankheiten, die der Soldat aus Krieg und Gefangenschaft in die Heimat mitbrachte und die erst nach Jahren zum offenen Ausbruch kommen können, man denke an die gesundheitliche Belastung der Flakhelfer und der im Kriegsdienst verwendeten Frauen und Mädchen, an die Beanspruchung durch Bombenkrieg und winterliche Flucht, an eine jahrelange Ernährung nach einer sehr fragwürdigen Kalorienrechnung und an die gesundheitlichen Gefahren der teilweise unhaltbaren Wohn- und Heizungsverhältnisse. Alle diese Auswirkungen des Krieges auf den Gesundheitsstandard der Bevölkerung, deren Ursprung nicht wie bei einer sichtbaren Verwundung nachgewiesen werden können, fallen zu einem erheblichen Teil auch der Privaten Krankenversicherung zur Abdeckung zu, trotzdem die Prämienberechnung nach wie vor auf der Basis des Friedens und der damaligen, normalen Schadensquote erfolgt.

Die Honorar- und Kostenschraube

Sehr wesentlich ist im Rahmen einer solchen Betrachtung die Erwähnung der erheblich angestiegenen Behandlungskosten, die neben dem erhöhten Krankheitsanfall die Gesellschaften belasten. Die Verpflegungssätze der Krankenhäuser und die Heilmittel sind, der allgemeinen Preistendenz folgend, im Steigen begriffen, und ebenso ist allgemein ein langsam aber stetig ansteigendes Honorarniveau gegenüber den Privatpatienten zu beobachten. Das bedeutet nicht nur, daß selbst die großzügigsten Tarife weit über den friedensmäßigen Durchschnitt hinaus bis zur absoluten Höchstgrenze herangezogen werden müssen, sondern daß in vielen Fällen die im Frieden als ausreichend bezeichneten Tarife nicht mehr zur Regulierung der heutigen Schäden ausreichen. Dem Versicherten fallen dadurch wohl oder übel selbst bei guten Tarifen erhebliche Eigenleistungen, und zwar in immer steigendem Maße, zu. Während die Sozialversicherung in ihren Entschädigungen keineswegs den berechtigten Ansprüchen der Ärzte gefolgt ist, obwohl sie nach der Währungsreform in vielen Kreisen von der Möglichkeit einer Beitragserhöhung Gebrauch gemacht hat, ist bei den Ärzten die Tendenz offensichtlich erkennbar, die erhöhten Lebenshaltungskosten vor und nach der Währungsreform aus den Rechnungen gegenüber den Privatpatienten zu ziehen. Diese Praxis durchbricht nicht nur ganz erheblich den Sinn der Individualversicherung, indem sie den Privatpatienten zum Lückenbüßer für den Patienten mit dem Krankenschein macht. Sie bedeutet auch eine erhebliche Gefahr für die Rentabilität jeder ärztlichen Praxis, für die ein

möglichst ausgedehnter Kreis von Privatpatienten eine beträchtliche Garantie für den finanziellen Erfolg ist. Wenn die heute bestehenden Tarife der Privaten Krankenversicherung nicht mehr zur angemessenen Deckung der ärztlichen Kostenrechnungen ausreichen, muß entweder der Patient eine zu hohe Differenz aus eigenen Mitteln bestreiten oder aber sind die Gesellschaften, die durch einen erhöhten Krankheitsanfall ohnedies außerordentlich stark beansprucht sind, gezwungen, erhöhte Prämien zu fordern. Sowohl die zum Teil heute schon notwendig gewordenen Eigenleistungen als auch etwaige Prämien erhöhungen sind im gegenwärtigen Zeitpunkt äußerst unpopulär. Der Versicherte wird sich, ohne die Zusammenhänge übersehen zu können, von dem mangelnden Leistungswillen seiner Gesellschaft im besonderen und der Privaten Krankenversicherung im allgemeinen betroffen fühlen und dann eben in automatischer Reaktion bei der Sozialversicherung Schutz suchen. Hier weiß er genau, daß der übergebene Krankenschein ihn von allen Eigenleistungen entbindet, während heute für einfache Beratungen, die im allgemeinen bis zu 3 DM abgedeckt sind, nicht nur fünf und sechs, sondern auch 8 und 10 DM verlangt werden, und selbst in kleinen Gemeinden ein Hausbesuch mit 10 DM angesetzt wird. Oft nur die exklusivsten Tarife können heute noch die Honorarforderungen mancher Ärzte erstatten, während bisher Erstattungsniveau der Privaten Krankenversicherung und Honorarniveau der Ärzteschaft in einem tragbaren Verhältnis standen.

Die Ärzteschaft kann also selbst bis zu einem gewissen Grad den Umfang der in der Praxis geführten Privatpatienten bestimmen, wenn sie die Selbständigkeit des Privatpatienten insofern respektiert, als sie diese nicht zum Ausgleich für die als zu gering erachteten Leistungen der Sozialversicherung heranzieht und zu den bisher üblichen Sätzen zurückfindet, die immer noch lukrativer als die pauschale Behandlung auf Krankenschein sein dürften. In einer interessanten Diskussion, die kürzlich in den Spalten der „Stuttgarter Zeitung“ ausgetragen wurde, ist die Frage der Pauschalentschädigungen der Ortskrankenkassen ausführlich behandelt worden. Sowohl die niederen Sätze als auch die große Zahl der freiwillig Sozialversicherten wurden heftig kritisiert. Mancher Patient erfuhr erst aus diesen Veröffentlichungen von den geringen Entschädigungen, die der Arzt für seine Behandlung gutgeschrieben erhält. Gerade der Kreis der freiwilligen Mitglieder der Sozialversicherung ist ein dankbares Arbeitsfeld für die Werbeaktionen der Privaten Krankenversicherung. Ein dauerhafter Erfolg aber wird diesen Bemühungen nur dann beschieden sein, wenn die Privatgesellschaften ihr Prämienniveau einigermaßen konkurrenzfähig zu den Sätzen der gesetzlichen Krankenkassen halten können und wenn die Ersatzleistungen der Gesellschaften in einem erträglichen Verhältnis zu den ärztlichen Kostenrechnungen stehen. Das Regulativ für eine Vermehrung der Zahl von Privatpatienten liegt so zu einem wesentlichen Teil in der Höhe der geforderten Arzthonorare. Rein kalkulativer gesehen, dürfte es immer noch besser sein, von einer größeren Anzahl von Privatpatienten deren Lage angepaßte Honorare für jede Einzelleistung fordern zu können, als nur wenigen Privatpatienten „zeitgemäße“ Rechnungen auszusprechen, während sonst von der großen Mehrheit eben der Krankenschein vorgelegt wird.

Reformbedürftige Tarife

Gerade nach der Währungsreform wäre eine Anpassung und Vereinheitlichung von Leistungen, Tarifen und Bedingungen, wie sie besonders ausgeprägt bei der Sachversicherung in Erscheinung tritt, auch für die Private Krankenversicherung ein dankbares Thema, zu dessen Lösung bereits beträchtliche Vorarbeiten geleistet wurden. Obwohl gerade der finanzielle Schutz gegen die Krankheitskosten ein wesentlich individuelleres Risiko als die Sachversicherung darstellt, könnte doch eine Neuorientierung für den gesamten Zweig von erheblichem Vorteil sein. Abgesehen von der Fülle der verschiedensten Tarife wird die Private Krankenversicherung von Adgo, Preugo und eigenen Gebührenverzeichnissen bestimmt. Während der eine Tarif die Kosten für Haus- und Facharzt besonders großzügig berücksichtigt, legt der andere Tarif erhöhten Wert auf den Katastrophenschutz bei Operation und Krankenhausaufenthalt. Es gibt Tarife, die einzelne Leistungen zeitlich oder in der Höhe des Ersatzes begrenzen; andere Tarife wieder haben eine jährliche Gesamtleistungsgrenze und wieder andere geben nur eine prozentuale Beteiligung aus einer feststehenden Höchstleistung. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind trotz ihrer gleichen, vom Gesetz abgeleiteten Basis sehr variiert, z. B. in der Frage der Kündbarkeit durch den Versicherer oder in den Wartezeiten für spezielle Fälle. Daneben haben die verschiedenen Gesellschaftsformen eine höchst reale Bedeutung für den Versicherten.

Um die durch die finanztechnischen Verhältnisse hervorgerufene Situation ausgleichen zu können, zum andern aber, um den politisch vorgetragenen Angriffen, vor allem aus den Kreisen der sozialistischen Parteien wirkungsvoller zu begegnen, ist eine Verstärkung der inneren Linie innerhalb der Privaten Krankenversicherung durch eine Vereinfachung und Angleichung der Tarife, Prämien und Bedingungen von wesentlicher Bedeutung. Entscheidend dabei ist, daß bei einer Beibehaltung des Prämienniveaus das Schutzsystem auch vom Blickpunkt des Versicherten unter den neu eingetretenen, veränderten Verhältnissen nach Möglichkeit ver-

bessert wird. Die Frage, ob die Vorerkrankung bei entsprechendem Zuschlag mitversichert werden kann, wäre einer erneuten Prüfung wert. Daneben sollten die Gesellschaften, selbst bei einer augenblicklich besonders starken Anspannung, der Frage eines vorbeugenden Schutzes der Versicherten, gerade bei Kindern, ein erhöhtes Interesse zuwenden.

Wenn auch die Währungsreform keine besondere Umstellung, wie etwa bei der Lebensversicherung mit sich gebracht hat, so zwingt doch diese finanzielle Operation in unserem Wirtschaftskörper und ihre möglichen Fernwirkungen zu einer lebendigen und anpassungsfähigen Einstellung der Privaten Krankenversicherung und zu einem Eingehen auf eine veränderte finanzielle Leistungskraft der Versicherten, deren Anforderungen an die Gesellschaften darüber hinaus im allgemeinen noch erheblich angestiegen sind.

Bis jetzt hat jedoch die Private Krankenversicherung trotz aller Schwierigkeiten, die sich aus dem Krieg, der Nachkriegszeit, der Entwicklung zur Zwangsversicherung in der Ostzone, aus dem erhöhten Krankheitsanfall und aus der Währungsreform ergaben, ihre in Deutschland gut fundierte Stellung gehalten und sogar oft noch erweitert. Am Tage nach der Währungsreform erfüllte sie ohne Einschränkung ihre vertraglichen Verpflichtungen in neuer Währung und hat sich dadurch ein erhebliches Kapital an Vertrauen neu bilden können. Heute ist die Private Krankenversicherung mehr denn je der finanzielle Rückhalt des Privatpatienten. Sie gewährleistet die Einhaltung ihres ursprünglichen Geschäftsprinzips, daß sich in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten niemand aus finanziellen Erwägungen einschalten soll und daß jede Behandlung verrechnungsfähig ist.

In der allgemeinen Wirtschaftskrise der Preissteigerungen hat der Arzt selbst einen starken Hebel in der Hand, um die bisher ausreichende Leistungsfähigkeit der Gesellschaften, die nur schwer zu Prämienverteuerungen schreiten können, zu erhalten, was letzten Endes einer Erhaltung eines guten Stammes von Privatpatienten gleichkommt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Albert Krecke: „Vom Arzt und seinen Kranken.“ 21.—25 Tsd. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—München, 1947. Preis 9.— DM.

Das vorliegende Buch ist neben unveröffentlichten Berichten eine Zusammenfassung vieler Aufsätze des Verfassers, die er kurz vor seinem Tode geschrieben hatte und die 1932/33 in der M.M.-Wochenschrift erschienen sind. Aus ihnen spricht die große Erfahrung des Münchener Chirurgen Albert Krecke. Er findet in seiner menschlichen Güte Worte über Arztum, über die Seele des Arztes und des Kranken, über die chirurgische und seelische Behandlung der Kranken und über viele Dinge des täglichen Lebens in der ärztlichen Praxis, die in keinem Buche enthalten sind. Aus seinen Niederschriften spricht eine große erzieherische Begabung, gepaart mit einem herzerfrischenden Humor, der aus tiefer Herzengüte entspringt und nie verlegend wirkt. Mit schriftstellerischem Talent, großer Offenheit und Wahrheitsliebe versteht er die volle und ungeschminkte Wahrheit zu sagen, ohne daß er dabei Standesgenossen und den Arztstand bloßstellt oder irgend jemand wehtut. Seine ärztlichen Hinweise sind von bleibender Bedeutung und geben Rat und Aufschluß in schwierigen Lagen und Fragen. Die Gedanken aber über die Haltung des Arztes schlechthin bedeuten nachahmenswerte Hinweise und seien uns Richtschnur für die Hal-

tung des Arztstandes in der heutigen Zeit und bei der Neubildung der Standesordnung. Jeder Kollege sollte dieses Buch lesen.

Der beigefügte Nachruf von F. Lang (M. M.-Wochenschrift, Nr. 34, S. 1345, 1932) bringt die Gestalt Albert Kreckes denen näher, die ihn nicht gekannt haben. Dr. Schröder

W. Ziegmayer: „Die Ernährung des deutschen Volkes.“ Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Verlage G. m. b. H., Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig.

In schwerster Zeit hat Ziegmayer mit dem ihm eigenen Weitblick und mit Umsicht alle nur erfaßbaren Unterlagen hier verarbeitet. Vor allem hat er auch die Erfahrung der Kriegsjahre mitgeteilt, die sonst kaum mehr irgendwie zu finden sind. Sowohl bei den Grundfragen, wie in den Einzelfragen, sind alle nationalökonomischen, landwirtschaftlichen, physiologischen und ärztlichen Belange in einer musterhaften, klaren Darstellung zusammengetragen. Man muß das Werk als ein Standardwerk der Ernährung des deutschen Volkes bezeichnen und selbst, wenn die Ernährung wieder so langsam in die Normalbahn kommen wird, werden die von Ziegmayer gemachten Erhebungen, Feststellungen und Pläne weiterhin ihre Gültigkeit haben. Jeder, der sich mit der Ernährungsfrage des deutschen Volkes beschäftigt, muß auf dieses Werk zurückgreifen. Er findet dort alles, was im Laufe der letzten zehn Jahre an Ernährungsfragen im deutschen Volke akut gewesen ist.

Prof. Dr. Lutz

Bekanntmachungen

Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte in Frankfurt a. M.

Es wird manchen Leser des „Südwestdeutschen Ärzteblattes“ überraschen, einer neuen Organisation gegenüberzustehen, deren Notwendigkeit ihm vielleicht zweifelhaft erscheinen mag. Der bisherige Erfolg — ohne jede Werbung — beweist jedoch, daß die Gründung dieser Wirtschaftsgenossenschaft einem dringenden Bedürfnis entspricht und daß sie wesentliche Aufgaben wirtschaftlicher Natur für die westdeutsche Ärzteschaft zu erfüllen hat, Genossenschaftsaufgaben, die weder von den Ärztekammern noch von den Kasenärztlichen Vereinigungen selbst gelöst werden konnten.

Die Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte ist vor wenigen Wochen von einer Anzahl Ärzte Hessens als reine Einkaufsgenossenschaft gegründet worden. Gegenstand dieses auf genossenschaftlicher Selbsthilfe arbeitenden Unternehmens ist die Beschaffung und Vermittlung von Bedarfsgegenständen für die ärztliche Praxis, Vermittlung von Versicherungsschutz (Unfall, Haftpflicht) u. a. m.

Mitglied können jeder Arzt, jede ärztliche Organisation und die Angestellten dieser Organisation werden. Der Genossenschaftsanteil beträgt nur 50 DM, ein Betrag, der für jeden Arzt erschwinglich sein dürfte.

Vorstand und Aufsichtsrat der Genossenschaft, dem Ärzte und leitende Angestellte ärztlicher Organisationen angehören, erhält für seine Tätigkeit keinerlei Vergütung. Eine Gewinnausschüttung auf die Genossenschaftsanteile erfolgt nicht; soweit Preisnachlässe den Mitgliedern nicht direkt zufließen, werden die daraus erzielten Gewinne ausschließlich für Unterstützungszwecke an Ärzte und Arzthinterbliebene usw. im Einvernehmen mit den zuständigen Ärztekammern verwandt.

Es handelt sich bei dieser Neugründung, die eng mit den vorhandenen ärztlichen Organisationen zusammenarbeiten will, um die Schaffung einer Organisation mit ausgesprochen wirtschaftlichen Zielen. Je größer die Zahl der Mitglieder ist, die sich der Hilfe der Wirtschaftsgenossenschaft bedient, desto größer wird die Schlagkraft der Genossenschaft und ihr wirtschaftlicher Erfolg sein.

Z. Zt. ist die Genossenschaft in der Lage, Opel-Olympia- und Ford-Taunus-Personenkraftwagen bei Barzahlung in beschränktem Umfang abzugeben. Daneben ist bereits der Vertrieb von gyn. Untersuchungsstühlen, Instrumententischen, Instrumentenschränken, Blutdruckmeßgeräten, UKW-Apparaten, Schreibmaschinen, bei großen Objekten gegebenenfalls auf Ratenzahlung, eingeleitet. Nähere Einzelheiten sind bei der Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte, Frankfurt a. M., Hamburger Allee 12—14 (Ärztehaus), Tel. 72175 zu erfragen.

Tagung der „Wissenschaftlichen Gesellschaft südwestdeutscher Tuberkuloseärzte“

Die erste Nachkriegstagung der „Wissenschaftlichen Gesellschaft südwestdeutscher Tuberkuloseärzte“ findet am 30. April und 1. Mai 1949 in Bad Homburg v. d. H. statt. Programmmitteilung erfolgt noch. Teilnahmeanmeldungen bis 1. April an Dr. E. Meizer, St. Blasien (Schwarzwald), Vortragsanmeldungen bis 15. März an Doz. Dr. O. Wiese, Marburg/L., „Sonnenblick“.

Ärztliche Fortbildungskurse

In Karlsruhe finden folgende Fortbildungskurse statt:

1. Von Montag, den 2. Mai bis Sonnabend, den 7. Mai 1949
Dozent: Franz Kienle.

Elektrokardiographie: Extremitätenelektrokardiogramm, „unipolares“ Brustwandelektrokardiogramm, Belastungselektrokardiogramm.

Kursgebühr DM. 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

2. Von Montag, den 2. Mai bis Sonnabend, den 7. Mai 1949
Dozenten: Franz Kienle, Fr. Knüchel

„Moderne Laboratoriumsmethoden“.

I. Teil:

Hämатologie, peripheres Blutbild, Sternalpunktion, Eiweißchemie, unspezifische serologische Reaktionen einschließlich Lebertests und Leberfunktionsproben. — Theorie und Demonstrationen.

Kursgebühr DM. 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

3. Von Montag, den 9. Mai bis Sonnabend, den 14. Mai 1949
Dozent: Franz Kienle.

Vergleichende Herzdiagnostik: Röntgenbild, Flächenkymogramm, Extremitätenelektrokardiogramm, „unipolares“ Brustwandelektrokardiogramm und klinischer Befund in vergleichender Wertung.

Kursgebühr DM. 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

4. Von Montag, den 9. Mai bis Sonnabend, den 14. Mai 1949
Dozenten: Franz Kienle, Fr. Knüchel

„Moderne Laboratoriumsmethoden“

II. Teil:

Bewährte chemische und fotometrische Laboratoriumsmethoden für die klinische Praxis.

Kursgebühr DM. 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

Die Teilnehmerzahl zu den Fortbildungskursen ist beschränkt. Anmeldung bis spätestens 1. April 1949 an das Sekretariat der II. Medizinischen Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18. Für Unterkunft und Verpflegung wird gesorgt.

Documentation Médicale

Die Medizinische Abteilung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz gibt ihre Monatsschrift „Documentation Médicale“ (Ärztliches Schrifttum) nunmehr auch in deutscher Sprache heraus. Die Hefte enthalten jeweils einen Originalartikel und zahlreiche Referate aus ausländischen Zeitschriften aller medizinischen Fachgebiete. Das Jahresabonnement kostet 12 DM, die Einzelnummer 1 DM. Bestellungen sind zu richten an: Internationales Rotes Kreuz, Baden-Baden, Leopoldstr. 6.

Die Zeitschrift soll von der Medizinischen Abteilung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz in Genf **unentgeltlich allen aus Kriegsgefangenschaft entlassenen deutschen Ärzten** geliefert werden. Diese Ärzte werden daher gebeten, Namen und genaue Anschrift baldmöglichst dem Präsidium des Roten Kreuzes Württemberg und Baden, Abteilung Kriegsgefangenen- und Heimkehrer-Betreuung, Stuttgart-O, Neckarstr. 40, zu melden.

Suchkartei der Medizinalberufe

Im Jahre 1945 wurde im Ärztehaus, Berlin-SW 68, Lindenstraße 42, im Anschluß an das Reichsartzregister eine Suchkartei für alle Angehörigen der Medizinalberufe eingerichtet. Zweck dieser reinen karitativen Einrichtung ist, die Ärzte mit ihren Familien wieder zusammenzubringen, Patienten bei der Suche nach ihren Ärzten zu helfen und auch sonstigen Stellen dienlich zu sein, die irgendwelche Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten, Dentisten und Apothekern wieder herstellen wollen. Für jede gesuchte Anschrift wird eine Karteikarte angefertigt, auf Grund deren Angaben nunmehr Nachfrage im In- und Ausland gehalten wird. Die Suchkartei besteht heute schon aus rund 10 000 Karten. Die Anfragen konnten nahezu völlig erledigt werden. Akten, die noch nicht abgeschlossen werden konnten, werden weiter bearbeitet, da nicht selten in Briefen Angaben über andere Ärzte bzw. Zahnärzte, Dentisten und Apotheker enthalten sind, die für den Suchdienst nutzbringend verwendet werden können. Anfragen sind zu richten an: Ärztehaus, Berlin-W 68, Lindenstraße 42.

Gründung eines Institutes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M.

Auf Veranlassung der Militärregierung und des Innenministeriums Württemberg-Baden wird zur Kenntnis gebracht, daß unter der Leitung von Dr. med. Leo Dub in Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 45, ein „Institut zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ errichtet worden ist. Das Institut bearbeitet in verschiedenen Abteilungen die Prophylaxe, die Rechts- und Verwaltungsfragen und die medizinische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Es verfügt auch über eine Verlags- und Literaturabteilung.

Karl Bonhöffer †

Am 4. Dezember 1948 starb der Nestor der deutschen Psychiater **Karl Bonhöffer** in Berlin, wo er seit fast 4 Jahrzehnten als Professor der Psychiatrie und Neurologie der Leiter der dortigen Klinik war, nach Kraepelins Tod, wohl die führende Persönlichkeit unserer deutschen psychiatrisch-neurologischen Wissenschaft. Er war Schwabe wie einer seiner großen Vorgänger, **Wilhelm Griesinger**, den man den „Vater der modernen Psychiatrie“ zu nennen pflegt. Bei seinem 60., 70., 75. und 80. Geburtstag wurde in der Fachpresse seiner ausführlich gedacht, Festbände seiner Schüler und Freunde erschienen bei diesen Anlässen, in denen anschaulich zum Ausdruck kam, wie vielseitig und fruchtbar Bonhöffers wissenschaftliche Arbeit und wie groß der Einfluß war, den er als Forscher und Lehrer auf Generationen deutscher und ausländischer Ärzte ausgeübt hat. Geboren

am 31. März 1868 als Sohn eines württembergischen Richters, studierte er ab 1886 in Tübingen und Berlin, begann 1892 seine wissenschaftliche Laufbahn in Breslau bei Carl Wernicke, einem der bedeutendsten Gelehrten seiner Zeit. Ein ausgezeichneter Beobachter, ein psychologisch reich veranlagter Arzt, eine sehr kluge, fest in sich selbst ruhende Persönlichkeit, ein guter, mit strenger Selbstkritik ausgestatteter Darsteller der erhobenen Befunde und der von ihm mit feinem Einfühlungsvermögen erfaßten kranken Menschen schuf er in jahrzehntelanger Forscherarbeit eine Reihe von Werken, deren Inhalt noch heute volle Gültigkeit besitzt. Er lehrte uns die einzelnen Formen der Alkoholpsychosen genauer kennen, schuf die Lehre von den endogenen und exogenen Reaktionsformen, zeigte zuerst die anatomische Grundlage der Veitstänzerkrankungen. Wenn wir heute einen klaren Begriff von dem haben, was wir „hysterisch“ zu nennen haben, so danken wir dies in erster Linie einigen ausgezeichneten Arbeiten Bonhöffers. Was er sagte, war schlicht und wohlüberlegt; was er schrieb, hielt jeder Kritik stand.

Noch wenige Tage vor seinem Tod schrieb er mir in alter Frische; 60jährige Freundschaft hat uns miteinander verbunden. Ein Schlaganfall, aus dem er nicht mehr zum Bewußtsein erwachte, ersparte ihm ein langes Siechtum. Was er in seiner Familie an Schwerstem erlebte (gewaltsamer Tod zweier Söhne und zweier Schwiegersöhne unter dem Terrorregime Freislers) ist in die Geschichte unserer Zeit eingegangen. Er lebte in glücklichster Ehe mit der jüngeren Tochter des Breslauer Theologen Carl von Hase.

Requiescat in pace!

R. Gaupp (Degerloch)

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Ambulante Krankenzulagen

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, nimmt Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß für ambulante Krankenzulagen keineswegs unbeschränkte Mengen an Lebensmitteln zur Verfügung stehen. Vielmehr werden die Zulagen für Kranke von dem feststehenden Nahrungsmittelkontingent abgezweigt, so daß jede Krankenzulage zu Lasten der Normalverbraucher geht. Daraus entsteht die Verpflichtung für die Ärzte, sich bei der Verordnung von Krankenzulagen eine gewisse Beschränkung aufzuerlegen.

Arztbücherei Stuttgart

Die Bücherei befindet sich in der Geschäftsstelle der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart, Danneckerstr. 26 I (Telefon 760 44/45 und Stadtzentrale 425 53—57, 527 56—59 App. 1357 — Straßenbahnlinien: 5, 16 und 7).

Die Lesestunden sind auf Mittwoch und Freitag von 18 bis 21 Uhr angesetzt. Da auswärtigen Kollegen die Einhaltung der Lesestunden vielfach nicht möglich sein wird, steht ihnen die Benutzung auch während der Dienststunden der Geschäftsstelle täglich von 8—17 Uhr frei. Ein Ausleihen der Bücher und Zeitschriften ist z. Zt. noch nicht möglich.

Ärzeschaft Stuttgart: Gründung der Untergruppe Bad Cannstatt

Am 15. November 1948 wurde auf einer gutbesuchten Zusammenkunft der Cannstatter Ärzte beschlossen, zur Pflege des kollegialen Zusammenhalts eine Untergruppe Bad Cannstatt innerhalb der Ärzteschaft Groß-Stuttgart zu bilden.

In geheimer Wahl wurde als Obmann der Cannstatter Arztgruppe Kollege Kraus und als dessen Stellvertreter und Schriftführer Kollege Karpe bestimmt.

Aufstellung einer Eisernen Lunge

Das Baptist World Alliance Relief Committee hat dem Innenministerium als Geschenk eine Eisernen Lunge überlassen, die in der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt im Rudolf-Sophien-Stift aufgestellt wurde und zur Benützung für Kranke aus dem ganzen Lande zur Verfügung steht.

50jähriges Doktor-Jubiläum

Am 18. Dezember 1948 beging Herr Medizinalrat Dr. August Gerlach, Schwäbisch Gmünd, sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. Die Ärzteschaft Nord-Württemberg benützt diese Gelegenheit, Herrn Medizinalrat Dr. Gerlach die aufrichtigsten Glückwünsche auszusprechen.

Danksagung

Die württembergische Ärzteschaft hat unserer Bitte um freiwillige Geldbeiträge zur Württ. Äztl. Unterstützungskasse in so vornehmer und großzügiger Weise entsprochen, daß wir mit Stolz davon Kenntnis geben. Sie hat uns dadurch in Stand gesetzt, unsern regelmäßigen Unterstützungsempfängern wenigstens einen ansehnlichen Teil des sehnlichst erwarteten Unterstützungsbetrags und dazu eine Weihnachtsgabe von DM 10.— zuzuleiten, außerdem konnten wir in einer ganzen Reihe außerordentlicher Notfälle helfend eingreifen.

Die bis heute eingelaufenen Spenden betragen nunmehr annähernd DM 6500.—. Das ist ein Betrag, der uns gestattet, in unsere ausgeschöpften Kassen wieder einen gewissen bescheidenen Grundstock einzubauen und Hoffnungen zu haben für die Zukunft. Die Tatsache, daß uns mehrfach Einzelbeiträge zwischen 50 und 100 DM zugeflossen sind und daß allein die Ärzteschaft Ohringen uns als Weihnachtsgabe für bedürftige Arztlwitwen und -weisen den schönen Betrag von 300 DM übersandte, weiterhin der Umstand, daß der Betrag von 5 DM fast als Mindestbeitrag bezeichnet werden darf, also eine Beitragsleistung, die gewiß vielen Spendern und Spenderinnen nicht ganz leicht gefallen ist, ist Beweis genug, daß in unserem Stande die selbstverständlichste seelische Voraussetzung echten Menschentums nicht verlorengegangen ist.

Ein auswärtiger Kollege schrieb uns, daß wir dem vielgeplagten Arzt, der sein Scherflein beisteuern möchte, durch die notwendige Inanspruchnahme der PSch- oder Giro-Überweisung zu viel Umstand zumuteten, und daß vielleicht mancher Kollege dadurch von einer Beitragsleistung abgehalten worden sei. Wir haben angesichts der Tatsache, daß viele der Kollegen, die früher stets in den Reihen der Spender zu finden waren, aber diesmal trotz Berufsausübung fehlten, den

bestimmten Eindruck, daß der Kollege recht hat, ein Grund mehr, den Kollegen und Kolleginnen herzlich zu danken, die der Stimme ihres Herzens gehorchten und den Weg zur guten Tat beschrritten, obgleich er nicht ganz bequem war. Wir werden aber bemüht sein, in Zukunft dem zweifellos vorhandenen guten Willen den Weg zur guten Tat zu ebnet.

Ein anderer Kollege schrieb, daß er zu einer Spende bereit sei, wenn wir ihm zuvor die Namen der Verwaltungsratsmitglieder der Unterstützungskasse mitteilten. Wir haben sie ihm nicht mitgeteilt, weil diese Namen der ärztlichen Öffentlichkeit schon des öfteren genannt worden sind und uns seine Bedenken gegen ihn bedenklich stimmten. Wir danken ihm aber immerhin die Gelegenheit, allen Spendern und Spenderinnen zu sagen, daß sie sich jederzeit mit Erfolg um Einblick in Satzung und Rechnungsführung unserer Unterstützungskasse beim Vorstand oder Rechnungsführer bemühen können.

Auch werden wir, wenn uns in unserem Ärzteblatt wieder mehr Raum zur Verfügung gestellt werden kann, die namentliche Nennung der Spender und die Veröffentlichung der gesetzlich vorgeschriebenen Rechenschaftsberichte wieder aufnehmen.

Heute soll zuerst Dank gesagt sein allen, die unseren Alten und Armen mit ihrer Gabe Freude gemacht haben und Mut und Hoffnung für die Fortsetzung ihrer mühseligen Wanderung.

Der Verwaltungsrat der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse
Dr. Wilhelm Metzger, Stuttgart (Vorstand)
Dr. Langbein, Pfullingen, Dr. Dobler, Tübingen
Dr. Blerch, Stuttgart, Dr. Gundert, Stuttgart

Der Rechnungsführer: Reg.-Oberamtmann Zimmermann,
Stuttgart, Rotenbergstraße 27

(Konten der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse: Württ. Landessparkasse Nr. 313, Postscheckamt Stuttgart Nr. 5320.)

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Wahlergebnis

der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Die am 11. 12. 1948 im Bereich der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern durchgeführten Wahlen hatten folgendes Ergebnis:

1. Wahl zur Landesliste

Da nur ein Wahlvorschlag eingereicht wurde, gelten in diesem als Mitglieder und als Ersatzmänner verzeichneten Ärzte in der Reihenfolge des Vorschlags als gewählt. Diese sind:

1. Prof. Dr. Dr. h. c. Kretschmer, Ernst, Tübingen
2. Dr. Dobler, Theodor, Tübingen, Chefarzt des Versorgungskrankenhauses Tübingen
3. Frau Dr. Bohnet, Else, Tbc-Fürsorgeärztin am Staatl. Gesundheitsamt Tübingen
4. Dr. Kohler, Hans, prakt. Arzt, Schwenningen, Hohlöhrenstraße 5
5. Dr. Zander, Josef, Vol.-Ass. am Kaiser-Wilhelm-Institut für Biochemie, Tübingen
6. Dr. Doerfler, Wilhelm, prakt. Arzt, Biberach, Memminger Str. 24
7. Dr. Brocher, Tobias, Ass.-Arzt an der Heil- u. Pflegeanstalt, Schussenried
8. Dr. Reuther, Karl, Ass.-Arzt am Kreiskrankenhaus, Freudenstadt.

Ersatzmänner:

1. Dr. Lahmeyer, Friedrich, prakt. Arzt, Wildbad, Kr. Calw, Kernerstraße
2. Dr. Münzenmaier, Jürgen, Ass.-Arzt an der Medizin. Univ.-Klinik, Tübingen
3. Dr. Stübler, Eberhard, Chefarzt des Kreiskrankenhauses, Reutlingen
4. Dr. Beck, Richard, prakt. Arzt, Ebingen, Kronenstr. 21
5. Dr. Hoyer, Helmuth, Ass.-Arzt an der HNO-Klinik, Tübingen
6. Dr. Schuler, Heinrich, prakt. Arzt, Ravensburg, Schussenstraße 8
7. Dr. Beneke, Josef, Ass.-Arzt am Karl-Olga-Krankenhaus, Friedrichshafen
8. Dr. Ott, Heinz, Ass.-Arzt am Krankenhaus, Ebingen

2. Wahl zur Ärztekammer

Die Wahl der Kreisvertreter in den einzelnen Kreisen hatte folgendes Ergebnis:

- Kreis Balingen:** Mitglied: Dr. Gärtner, Ebingen
1. Stellv.: Dr. Pape, Ebingen
2. Stellv.: Dr. Ott, Ebingen
- Kreis Biberach:** Mitglied: Dr. Leuze, Laupheim
1. Stellv.: Dr. Degenhard
2. Stellv.: Dr. Matthäus
- Kreis Calw:** Mitglied: Dr. Seeger, sen., Bad Liebenzell
1. Stellv.: Dr. Beck, sen.
2. Stellv.: Dr. Schäfer
- Kreis Ehingen:** Mitglied: Dr. Kordhanke, Ehingen
1. Stellv.: Dr. Christ
2. Stellv.: Dr. Nußbaum

Kreis Freudenstadt: Mitglied: Dr. Breuer, Freudenstadt
1. Stellv.: Dr. Eberspächer
2. Stellv.: Dr. Feurer

Kreis Horb: Mitglied: Dr. Dordt, Horb
1. Stellv.: Dr. Haspel
2. Stellv.: Dr. Nagel

Kreis Münsingen: Mitglied: Dr. Wezel, Laichingen
1. Stellv.: Dr. Knauer
2. Stellv.: Dr. Schwarzkopf

Kreis Ravensburg: Mitglied: Dr. Schnabel, Weingarten
1. Stellv.: Dr. Dietrich Walcher
2. Stellv.: Dr. Hans Unsöld

Kreis Reutlingen: Mitglied: Dr. Borck, Pfullingen
1. Stellv.: Dr. Schwab
2. Stellv.: Dr. Schaible

Kreis Rottweil: Mitglied: Dr. Bihl, Rottweil
1. Stellv.: Dr. Fritz
2. Stellv.: Frau Dr. Baumann

Kreis Saulgau: Mitglied: Dr. Willi Mißmahl, Riedlingen
1. Stellv.: Dr. Hepp
2. Stellv.: Dr. Stiegele

Kreis Sigmaringen: Mitglied: Dr. Dopfer, Sigmaringen
1. Stellv.: Dr. Kinkel
2. Stellv.: Dr. Eisele

Kreis Tettnang: Mitglied: Dr. Lehner, Tettnang
1. Stellv.: Dr. Sautter
2. Stellv.: Dr. Holzberger

Kreis Tübingen: Mitglied: Dr. Heni, Tübingen
1. Stellv.: Dr. Vetter
2. Stellv.: Dr. Decker

Kreis Tuttlingen: Mitglied: Dr. Boesmann, Tuttlingen
1. Stellv.: Dr. Kathan
2. Stellv.: Dr. Beck

Kreis Wangen: Mitglied: Dr. Vogt, Isny
1. Stellv.: Dr. Smitmans
2. Stellv.: Dr. Rommel

3. Wahlen zur Kassenärztl. Vereinigung

Die Wahl der Abgeordneten in den einzelnen Kreisen hatte folgendes Ergebnis:

- Kreis Balingen:** Abgeord.: Dr. Weisser, Tailfingen
Stellv.: Dr. Beischer
- Kreis Biberach:** Abgeord.: Dr. Doerfler, sen., Biberach
Stellv.: Dr. Groeschel
- Kreis Calw:** Abgeord.: Dr. Beck, Nagold
Stellv.: Dr. Günzler
- Kreis Ehingen:** Abgeord.: Dr. Ried, Oberdisingen
Stellv.: Dr. Rothe, Dachingen
- Kreis Freudenstadt:** Abgeord.: Dr. Breuer, Freudenstadt
Stellv.: Dr. Eberspächer
- Kreis Hechingen:** Abgeord.: Dr. Kauffmann, Hechingen
Stellv.: Dr. Cluss, jun.
- Kreis Horb:** Abgeord.: Dr. Dordt, Horb
Stellv.: Dr. Haspel
- Kreis Münsingen:** Abgeord.: Dr. Knauer, Münsingen
Stellv.: Dr. Schwarzkopf

| | | |
|---------------------------|-----------|---------------------------------|
| Kreis Ravensburg: | Abgeord.: | Dr. Dietrich Walcher |
| | Stellv.: | Dr. Hans Schnabel |
| Kreis Reutlingen: | Abgeord.: | Dr. Borck, Pfullingen |
| | Stellv.: | Dr. Schwab |
| Kreis Rottweil: | Abgeord.: | Dr. Bihl, Rottweil |
| | Stellv.: | Dr. Kohler |
| Kreis Saulgau: | Abgeord.: | Dr. Missmahl, Riedlingen |
| | Stellv.: | Dr. Hepp |
| Kreis Sigmaringen: | Abgeord.: | Dr. Findeisen, Sigmaringen |
| | Stellv.: | Dr. Eisele |
| Kreis Tettngang: | Abgeord.: | Dr. Holzberger, Friedrichshafen |
| | Stellv.: | Dr. Henn |
| Kreis Tübingen: | Abgeord.: | Dr. Wagenhäuser, Tübingen |
| | Stellv.: | Dr. Hartmann |
| Kreis Tuttlingen: | Abgeord.: | Dr. Frohn, Tuttlingen |
| | Stellv.: | Dr. Kupferschmidt |
| Kreis Wangen: | Abgeord.: | Dr. Vogt, Isny |
| | Stellv.: | Dr. Reich |

Der Landeswahlausschuß hat in seiner Sitzung vom 23. Dezember 1948 die Vorschriftsmäßigkeit der vorgenommenen Wahl geprüft und sie als gültig anerkannt.

Der Vorsitzende des Landeswahlausschusses
gez. Dr. Langbein.

Neue Ärztekammer in Württemberg-Hohenzollern

Am 12. Januar 1949 fand die Konstituierung der neugewählten Ärztekammer für Württemberg-Hohenzollern in Tübingen statt. Vor Verabschiedung der alten Kammer gab Präs. Dr. Langbein einen Überblick über die in den letzten beiden Jahren geleistete Arbeit. Eine große Reihe wichtiger Standesfragen konnte geklärt und gelöst werden. Der Zusammenschluß der Ärzteschaft hat in einer nach außen oft unscheinbaren, aber um so wichtigeren mühevollen Arbeit eine wesentliche Festigung erfahren und zu einer Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern der franz. besetzten Zone sowohl als auch ganz Westdeutschlands geführt. Viele Aufgaben warten noch auf ihre Lösung, insbesondere muß die wirtschaftliche Lage der Kassenärzte, die größtenteils in ihrer Existenz bedroht sind, rasch und gründlich gebessert werden.

Über kassenärztliche Aufgaben und Fragen der Sozialreform referierte Dr. Dobler, während der Geschäftsführer der Kammer, Herr Averdung, die Bilanz vorlegte, die genehmigt wurde. Als Vertreter des Innenministeriums dankte Med.Rat Dr. Daniels dem Präsidenten Langbein für die ausgezeichnete Arbeit, die er mit der Ärztekammer in den verflochtenen Jahren für die Ärzteschaft und die gesamte Bevölkerung geleistet habe. Prof. Dr. Dr. h. c. Kretschmer fand als Vertreter der alten Kammer wie auch der Medizinischen Fakultät Worte wärmster Anerkennung für das verdienstvolle Wirken von Dr. Langbein, der der gesamten Ärzte-

schaft Württembergs und Deutschlands als ein Vorbild hoher Pflichterfüllung und wahren Arzttums über 50 Jahre lang bis in sein hohes Alter seine ganze Kraft für die ärztliche Organisation eingesetzt habe.

Dr. Langbein wurde einstimmig zum Ehrenpräsidenten der Kammer gewählt.

Bei der Wahl des neuen Kammervorstandes wurde einstimmig

Dr. Dobler zum Präsidenten der Kammer gewählt; zu seinem Stellvertreter Dr. Borck, Pfullingen, als drittes Vorstandsmitglied Dr. Grundler, Tübingen, zugleich als Vertreter der nicht niedergelassenen Ärzte.

Der erweiterter Vorstand umfaßt noch folgende Ärzte:

Dr. Doerfler, Prof. Gottron, Dr. Bihl, Frau Dr. Bohnet, Dr. Mißmahl sen., Dr. Zander, Dr. Gärtner.

Zur Kammer zugewählt wurden:

Dr. Grauer und Dr. Grundler; als Ersatzmänner Dr. Reich und Dr. Haug.

Der Fürsorge- und Versorgungsausschuß setzt sich aus folgenden Ärzten zusammen:

Dr. Langbein sen., Dr. Doerfler sen., Dr. Kordhanke, Dr. Borck, Dr. Heni.

Im Ausschuß für ärztliche Fortbildung sind tätig:

Prof. Kretschmer, Prof. Gottron, Dr. Gärtner, Dr. Bihl, Dr. Heni, Dr. Mißmahl.

Der Facharztanerkennungsausschuß setzt sich zusammen aus den Herren:

Prof. Kretschmer, Prof. Gottron, Dr. Gärtner, Dr. Heni, Dr. Grauer;

das Ehrengericht aus folgenden Ärzten:

Dr. Dobler, Prof. Kretschmer, Dr. Kohler.

Der Niederlassungsausschuß besteht aus:

Dr. Bihl, Frau Dr. Bohnet, Dr. Grauer, Dr. Gärtner, Dr. Heni, Dr. Dopfer.

Am Donnerstag, dem 13. Januar, konstituierte sich die Kassenärztliche Vereinigung des Landes Württemberg-Hohenzollern.

Als Vorsitzender des Vorstandes wurde Dr. Dobler gewählt,

als sein Stellvertreter Dr. Bihl, als Rechnungsführer Dr. Findeisen.

Zum erweiterten Vorstand wurden zugewählt:

Dr. Doerfler und Dr. Frohn.

Die Mitglieder des Zulassungsausschusses sind:

Dr. Gärtner, Dr. Grauer, Dr. Grundler; ihre Stellvertreter Dr. Bihl, Dr. Schnabel, Dr. Zander.

In einer sehr lebhaften und fruchtbaren Arbeitstagung wurden die wesentlichen Probleme der kassenärztlichen Tätigkeit sowie die Honorarfrage durchgesprochen und vorbereitende Schritte zu ihrer Lösung getroffen.

ARZTEKAMMER BADEN (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Es sind folgende Kassenarztstellen neu zu besetzen:

Karlsruhe-Stadt

1. Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt (Stadtmitte)

Karlsruhe-Land

2. Kassenarztstelle für einen Frauenarzt in Bretten

3. Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt in Langenbrücken (Kreis Bruchsal)

Mannheim-Stadt

4. Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt (Stadteil Almenhof)

Mannheim-Land

5. Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt in Neulufheim

6. Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt in Plankstadt.

Die Bewerbungen für obige Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes beim zuständigen Zulassungsausschuß der KV-Bezirksstelle Karlsruhe bzw. Mannheim einzureichen.

Die Bewerber haben den Nachweis zu erbringen, daß sie die Bedingungen der Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit gemäß der Zulassungsordnung vom 8. 9. 1937 erfüllt haben.

Außerdem sind an Unterlagen einzureichen:

Geburtsurkunde,
Heiratsurkunde,
Approbationsurkunde,
beglaubigter Nachweis der Kinderzahl,
Staatsangehörigkeitsnachweis,
Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
Facharztanerkennung,
polizeiliches Führungszeugnis,
Spruchkammerbescheid bzw. polit. Unbedenklichkeits-
erklärung,
ehrenwörtliche Versicherung, nicht rauschgiftsüchtig
bzw. gewesen zu sein,
Lebenslauf mit genauen Angaben der Ausbildungs-
zeiten.

KV-Landesstelle Nordbaden
Abt. Zulassung

U.S.-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. F. d. Anzeigent.: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77.