

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

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

3 (1.3.1949)

# 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 Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 3

STUTTGART, MÄRZ 1949

4. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Einladung zum Ärztl. Fortbildungstag in Stuttgart.	31
<b>Dr. Rüter:</b> Fortschritte der Orthopädie (II. Teil)	31
<b>Dr. Hoschek:</b> Die Tuberkulose als Berufskrankheit	36
<b>Dr. Langbein:</b> Was nun?	38
<b>Dr. Hess:</b> Zur Frage einer Neuordnung der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung	39
<b>Dr. Jensen/Dr. Schrag:</b> BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose	43
<b>Buchbesprechungen</b>	44
<b>Bekanntmachungen</b>	46
Sonderbekanntmachung des Innenministeriums — Opiumstelle — für Nord-Württemberg und Nord-Baden	48
Ärztekammer Nord-Württemberg	49
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	51
Ärztekammer Baden (US-Zone)	52
Landesärztekammer Süd-Baden	52

## EINLADUNG

zum Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, dem 2. April 1949  
im Landesgewerbemuseum, Kienestr. 18

- 9—10 Uhr **Dozent Dr. Vaubel, Wiesbaden:**  
Gelenkerkrankungen vom Standpunkt der inneren Medizin.
- 10—11 Uhr **Prof. Dr. Kreuz, Bad Cannstatt:**  
Gelenkerkrankungen vom Standpunkt des Orthopäden.
- 11—12 Uhr **Prof. Dr. Dietrich, Stuttgart:**  
Gelenkerkrankungen vom Standpunkt des pathologischen Anatomen.
- 15—16 Uhr **Prof. Dr. Reisner, Stuttgart:**  
Gelenkerkrankungen vom Standpunkt des Röntgenologen.
- 16—17 Uhr **Prof. Dr. Nitschke, Tübingen:**  
Chronische Polyarthritiden im Kindesalter.
- 17—18 Uhr **Prof. Dr. Dennig:**  
Einfacher Kropf und Hyperthyreose.

Weitere Fortbildungstage werden am 7. Mai, 4. Juni und 2. Juli des Jahres stattfinden.

Dr. Neuffer  
Präsident der Ärztekammer  
Nord-Württemberg

Prof. Dr. Dennig  
Vorsitzender des Ausschusses  
für ärztliche Fortbildung

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

## Fortschritte der Orthopädie

### ÜBERSICHTSREFERAT

Von Dr. med. H. Rüter  
II. Teil

Die Ursache des Kreuzschmerzes und der Ischias und ihre Behandlung hat in den letzten Jahren, hauptsächlich auf Grund von zahlreichen amerikanischen Veröffentlichungen, zum Teil eine neue und andere Deutung und Richtung erfahren. Von deutscher Seite wird von A. Stimpfl (Arzteforschung 1, 109) an Hand von

33 selbst operierten Fällen die amerikanische Auffassung bestätigt, daß die Zusammenhänge zwischen Lumbago und Ischias und erkrankter Zwischenwirbelscheibe weitaus häufiger sind, als man bisher annahm. Ein in den Wirbelkanal sich vorwölbender degenerierter Nucleus pulposus (N. p.) bewirkt eine Kompression der je-

weiligen Rückenmarkswurzel. Es werden 3 Stadien dieses Krankheitsbildes unterschieden: 1. Subluxation des N. p. und die Vorwölbung des Annulus fibrosus in den Wirbelkanal, 2. der komplette Prolaps und 3. der Prolaps mit Verwachsung der vorgefallenen Teile mit der Umgebung. Die ersten Beschwerden gehen meistens von dem erfolgten Druck auf die hinteren Wurzeln aus. Dadurch werden meist typische hypästhetische Zonen von dermatomartiger Ausbreitung verursacht, die sich von den hypästhetischen Zonen, wie sie bei der Stammischias im Ausbreitungsgebiet peripherer Nerven vorkommen sollen, deutlich unterscheiden. Weitere diagnostische Zeichen für das Vorliegen eines N. p. ist die Verstärkung der Kreuz- und Beinschmerzen beim Husten, Niesen und Lachen, verminderte Lendenhohlkrümmung, Abschwächen oder Fehlen der Partellarsehnen- und Achillessehnenreflexe. Die Schmerzen sind zunächst paravertebral, dann an der Außenseite des Ober- und Unterschenkels vorhanden. Röntgenologisch ist die Verengerung des Zwischenwirbelsraumes zu verwerten. Zur Entfernung des N. p. wird die knochenparende Operation nach Love der Hemilaminektomie vorgezogen.

J. Keegan (Arch. Surg. 55, 1947) gibt ein Schema über die Dermatome des menschlichen Körpers nach eingehender neurologischer Untersuchung an über 1000 Fällen von N. p., wovon in 588 Fällen die Identifikation und Lokalisation der Wurzelläsion operativ bestätigt wurde. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Dermatombereiche am Stamm und an den Gliedmaßen konstant in fortlaufender Reihenfolge angeordnet sind, und daß es keine Varianten gibt entsprechend den Varianten des Skeletts, wie etwa lumbosacraler Übergangswirbel usw. Die Lokalisation nach der Dermatomkarte soll zuverlässiger sein als röntgenologische und myelographische Untersuchungen. Die Ursache des N. p. führt Wilson (Amerik. Journal of Surg. 74) auf Überbiegungs- und Überstreckungstraumen der Wirbelsäule zurück, die zu einer Berstung des Lig. annulare führen sollen. Die Mehrzahl der Fälle soll konservativ zu behandeln sein. Nur wenn die Beschwerden nach 3 Wochen nicht nachlassen, wird operiert. Die Erfolge der Operation sind nach Joung (Proc. roy. Soc. Med. 40, 1947) gut, wie Nachuntersuchungen von 248 konservativ und 533 operativ Behandelten ergeben haben. Von den konservativ Behandelten waren  $\frac{1}{3}$  schmerzfrei und  $\frac{4}{5}$  unverändert mit alten Beschwerden. Bei den Operierten waren 80% ohne Symptome, 11% gebessert und 9% ohne therapeutischen Erfolg. Es wurde operiert durch Resektion des Wirbelbogens und des Lig. flavum. Nur selten wurde bei den Operierten kein N. p. gefunden. Eine zusätzlich versteifende Operation, eine Spanplastik, wurde nur selten nach Entfernung des Prolapses abgeschlossen.

Im Gegensatz zu diesen optimistisch anmutenden Erfolgsberichten steht die Tatsache, worauf A. Stimpfl hinweist, daß Nachuntersuchungen von großem Krankengut in den USA nur 30% befriedigende Ergebnisse dieser Operation ergaben, und daß eine Anzahl amerikanischer Betriebe bei Neueinstellungen Bewerber mit typischer Narbe, d. h. an N. p. Operierter, nicht mehr einstellt und große Lebensversicherungs- und Krankenversicherungsgesellschaften die Neuaufnahme solcher Personen ablehnen. Von deutscher Seite, u. a. von Jäger, Warner und Schrader (Tagung orthop. Ges., Heidelberg) wird die traumatische Entstehung des N. p. in

Zweifel gezogen und die überwiegende degenerative Entstehungsform in den Vordergrund gestellt. Es ist außerdem auffallend und unerklärlich, daß im deutschen Krankengut im Vergleich zum amerikanischen sich der N. p. als Ursache der Kreuzschmerzen nur in weitaus geringerem Prozentsatz hat finden lassen. So hat Jäger unter 5000 Kranken mit Rückenschmerzen nur 10 auf N. p. Verdächtige finden können. Diese Feststellung deckt sich auch mit eigenen Beobachtungen. Warner weist darauf hin, daß mit unseren konservativen Behandlungsmethoden, u. a. mit der Novocain-Aufquellung der Rückenmuskulatur, der paravertebralen und der praesacralen Novocain-Injektion, der überwiegende Teil der Kranken mit Rücken- und Ischiasbeschwerden zu heilen ist und will die Indikation zur Operation weitgehend einschränken. Über die ausgezeichnete Wirkung des Novocains, nicht nur bei Lumbago, sondern auch bei der Ischias-Neuritis, bei Myalgien und Myogelosen berichtet E. Fenz (Ergebn. f. Chir. 34). Die Ischiasneuralgie, die häufig den ganzen Plexus lumbosacralis betrifft, war bei jedem fünften Patienten mit einer einzigen praesacralen Injektion behoben worden. Die praesacrale und paravertebrale Injektion soll der epiduralen an Wirksamkeit weit überlegen sein. Bei der praesacralen Injektion werden 200–250 ccm einer  $\frac{1}{4}$ %igen Novocain-Lösung in physiologischer Kochsalzlösung injiziert, wobei die Nadel 2 Querfinger lateral neben der Steißbeinspitze dorsal vom Rectum in Richtung auf den Plexus lumbosacralis eingeführt wird. Zusatz von Acetylcholin und Betaxin können vorteilhaft sein. Die praesacrale Novocain-Injektion hat sich auch an unserem Krankengut bei chronischer Ischias ausgezeichnet bewährt.

Sulzer (Tag. orthop. Ges., Heidelberg) befürwortet bei Rückenschmerzen mit Verdacht auf N. p. zunächst eine konservative Behandlung mit Bettruhe und Hochlagerung der Beine und Flexion der Lendenwirbelsäule unter Beseitigung funktioneller Fehlstellung in der Annahme, daß mit dem Bandscheibenprolaps gleichzeitig eine Subluxation der zugehörigen Zwischenwirbelgelenke verbunden ist. Eine ähnliche Bedeutung mißt Brocher (zit. Med. Klin. 61, H. 16) den Wirbelgelenken zu, wenn er die rheumatische Ischias nicht als eine Neuritis, sondern als einen visceroneuralen Reflex, ausgehend von einem lumbosacralen Gelenk, ansieht. Danach würde es sich beim Lasègueschen Zeichen nicht um ein Nerven-, sondern um ein Gelenksymptom handeln.

Die Bedeutung von Knochen- und Gelenkerkrankungen als Ursache des Ischiassymptoms wird auch von H. Schön (Med. Klin. 41, H. 17) hervorgehoben. Häufig fand sich bei Kranken, die unter der Diagnose Ischias eingewiesen waren, eine Ca.-Metastase, Osteochondrose der Bandscheibe, eine Spondylarthrosis bei einseitiger Lumbosacralisation, chron. entzündlicher Prozeß der Articulatio sacro-iliaca, eine Ostitis tbc. der Beckenschaukel, Osteoporose mit Spontanfrakturen, Coxitis tbc. und Malum coxae senile. Die Röntgenuntersuchung ist daher bei chron. Ischias unerläßlich. Der Ischiaschmerz als spinale Symptom kommt auch bei der Spondylolisthese vor. Eine Besserung der Beschwerden erzielte Puig-Guri (Surg. Gyn. Chicago 83) beim Wirbelgleiten in der Hälfte seiner 60 Fälle, und zwar sowohl durch die konservative Behandlung mit Stützkorsett als auch durch die hintere Wirbelsäulenversteifung nach Albee-Hibbs. Als weitere Ursachen, die eine

Ischias hervorrufen können, nennt Behringer (Med. Klin. 42, H. 16) Lues, Diabetes, Arteriosklerose, Infektionskrankheiten durch toxische Wirkung, aber auch Erkältungen und Durchnässungen. Entsprechend den verschiedenen Ursachen der Ischias und des Ischiassymptoms gibt es keine Standard-Therapie. Bei frischer Ischias ist Bettruhe nötig, Wärme, Analgetica, Schwitzkuren und Salicylstöße. Für chronische Fälle eignen sich Pakungen mit Fango, Moor, Pyriker-Kuren, Vaccineurin, Galvanisation, Histaminiontophorese, epidurale Novocain-Injektionen, Impletol und Neurischian in den Nerven.

Die **Küntschernagelung**, die sich in der Behandlung der Frakturen in geeigneten Fällen einer steigenden Beliebtheit erfreut, wurde auch verschiedentlich zur Behandlung der Pseudarthrosen und zur Stabilisierung bei Osteotomien angewandt. Die Brauchbarkeit der Nagelung bei **Pseudarthrosen** ist noch umstritten, ihre Indikation sicherlich begrenzt. Langhagel (Chirurgentagung Jena 1947) setzt sich für die Nagelung bei Pseudarthrosen nach Schußverletzungen ein. Es kommt zuweilen zur Infektion und zu Abszessen, die jedoch den Autor nicht zur Nagelentfernung gezwungen haben. Sogar fistelnde Pseudarthrosen wurden von ihm genagelt. Diese Auffassung wird von anderen Autoren (Gulecke, Tag. sächs. Chirurgen Jena 1947) nicht geteilt, sondern den bisherigen Verfahren der Knochenspanverpflanzung nach Abheilung aller Wunden der Vorrang gegeben. Hellner (Chirurg 19, H. 6) lehnt auf Grund seiner Erfahrung bei Pseudarthrosen die alleinige Nagelung ab. Mit zusätzlicher Spanplastik sollen die Erfolge jedoch befriedigender sein. Diese Feststellung entspricht auch unseren Erfahrungen. In der Kombination von Spanplastik und Küntschernagel wird von Lezius (Chirurg 17/18, H. 5) bei Defekt-Pseudarthrosen des Unterarmes der Fibulaspanspan bevorzugt, der nach entsprechender Herrichtung auf den Nagel oder auf mehrere Kirschnerdrähte aufgefädelt werden kann. Der Vorteil des Verfahrens liegt darin, daß der Nagel allseitig von Knochentransplantat umgeben ist. Wanke (Zbl. f. Chir. 72, H. 11) wendet die gleiche Methode für die Pseudarthrose des Oberarmes an. Bei Defekt-Pseudarthrosen der unteren Gliedmaßen macht Lezius eine zirkuläre Verkürzungsosteotomie des symmetrischen Knochens der Gegenseite und verwendet das gewonnene Knochenstück zur Transplantation in die Defekt-Pseudarthrose und Stabilisierung mit Küntschernagel (Chirurg 17/18, H. 4). Zenker bevorzugt zur Auffüllung des Defektes bei Defekt-Pseudarthrosen die Spongiosa nach Matti neben der Fixierung mit Küntschernagel (Chirurg 17/18, H. 8).

In der amerikanischen Literatur wird bei Pseudarthrosen neben einer Knochenspanverpflanzung zusätzlich eine Metallplatte nach Lane, die auf den Span und Knochen zur besseren Fixation aufgeschraubt wird, empfohlen, ein Verfahren, das in Deutschland bisher anscheinend keine Anhänger gefunden hat. Statt des üblichen Schienbeinspanes wird von Horwitz und Lambert (Surg. 84, 435) der Darmbeinkamm als Knochentransplantat gewählt, der sich durch seinen spongiösen Bau und seine gute osteogenetische Potenz auszeichnet. Die zusätzliche Metallplatte soll dem Span über die kritische erste Zeit des Einwachsens hinweghelfen. Wenn die Größe des Defektes zur Verwendung eines Schienbeinspanes zwingt, werden zusätzlich zur Erhöhung der osteogenetischen Fähigkeiten kleine Darmbeinspanchen eingefügt. Trotz

Penicillin-Anwendung aus prophylaktischen Gründen über viele Wochen in hohen Dosen wird bis zum Zeitpunkt der Operation 6 Monate nach Abschluß der Infektion und Schluß der Fisteln gewartet. Andere amerikanische Autoren (Bishop, Stauer, Swanson, Journal of Bone and Joint Surg. 47) sahen bei 580 Tibiaspanplastiken meist ohne Metallplatte Erfolge in über 90% der Fälle. Auch in der **Behandlung der Schlottergelenke** der großen Gelenke nach ausgedehnter Resektion steht die Stabilisierung durch freie Knochenspantransplantation an erster Stelle. Mit dieser sogenannten Verriegelungsarthrodese konnte Ploetz (Orthop.-Kongr. 1947) gute Erfolge vorweisen. Die Indikation zur operativen Behandlung der Schlottergelenke umreißt S. Weil und führt Vor- und Nachteile gegenüber der Versorgung mit orthopädischen Apparaten auf (Vhdl. orthop. Ges. 47). Die Erfolgsaussichten der Gelenkplastik an einzelnen Gelenken, ihre Indikation und ihre funktionelle Brauchbarkeit und Bedeutung wird abgegrenzt. Die Methode der Gelenkplastik am Hüftgelenk wurde durch ein neues Verfahren von Smith-Petersen bereichert. H. Gade (Oslo, Acta chir. scand 28) hat seine Erfahrungen an 100 Fällen von Hüftgelenkplastiken vorwiegend bei Osteoarthrosen mitgeteilt. Der entknorpelte Hüftgelenkskopf wird mit einer halbkugeligen, hohlen Metallkappe überzogen, die aus einem Metall, dem Vitalium, besteht, das ähnliche Eigenschaften wie der V<sub>2</sub>A-Stahl hat. Obwohl bezüglich des Dauererfolges diesem Verfahren noch gewisse Unsicherheitsmomente anhaften und Spät komplikationen, wie die Protrusio acetabuli und Gelenkatrophie vorkommen, wird diese Plastik bei gleichzeitiger Gelenkkapselresektion doch empfohlen. Gegenüber der Hüftgelenkarthrodese, die eine sichere und schmerzlose Belastungsfähigkeit erreicht, ist die Plastik absolut nur indiziert in gewissen Fällen, u. a. bei gleichzeitiger Gelenkversteifung des gleichseitigen Kniegelenks oder des anderen Hüftgelenks. Zur Behandlung der **Schenkelhalspseudarthrose** empfiehlt K.H. Bauer (Tag. d. orthop. Ges. Heidelberg) die Nagelung mit 2 parallel liegenden Dreikantnägeln, deren Lage in der üblichen Weise, wie bei der Schenkelhalsfraktur-nagelung, durch vorherige Drahtführung bestimmt wird. Die Vorteile gegenüber der Umlagerungsosteotomie und der weniger stabilen Osteosynthese mit nur einem Nagel können auf Grund eigener Erfahrung bestätigt werden. Wenn eine knöcherne Vereinigung der Fragmente nicht mehr zu erwarten ist, wird von Heym (Chirurgentagung Berlin 1947) eine Hüftgelenkplastik ausgeführt, Resektion von Hüftkopf und Hals mit Umkippung des Trochanter major nach medial und Einstellung in die Pfanne. 6 so behandelte Fälle hatten gute Hüftgelenkbeweglichkeit.

Die **operative Versteifung des Hüftgelenks** wird oft bei älteren Patienten mit schwerer Arthrosis des Hüftgelenks zur Beseitigung der Beschwerden auf Kosten der Beweglichkeit notwendig. Die Operationsmethode nach van Nees durch Eintreiben eines langen Dreikantnagels von Trochanter bis in das Darmbein wurde von Pitzen modifiziert (Z. f. Orth. 77, 4). Da der Nagel allein keine dauernde Versteifung herbeiführen kann, werden zusätzlich Knochenstücke aus dem äußeren Anteil von Kopf und Pfanne herausgemeißelt und in zerkleinerter Form wieder eingefügt. Es kommt dadurch zur Ankylose im äußeren Anteil des Gelenkspaltes. Durch diese zusätzliche Maßnahme wird die Operation nicht viel ein-

greifender, da eine völlige Freilegung des Gelenkes und temporäre Luxation des Kopfes nicht notwendig ist. Wenn auch durch die Nagelversteifung des Hüftgelenkes nach van Nees nicht in allen Fällen eine völlige Ankylose erzielt wird, so ist die sofortige Beschwerdefreiheit und Ruhigstellung des Gelenkes nach unseren Erfahrungen mit der Originalmethode doch gewährleistet. Wenn beim *Malum coxae senile* die Arthrodesese aus bestimmten Gründen kontraindiziert ist, hat sich uns zur Linderung der Beschwerden die Resektion des zugehörigen Obturatoriusastes in einigen Fällen als vorteilhaft erwiesen.

Eine neuartige Behandlung der noch eiternden Pseudarthrosen und Schlottergelenke wird von Greifensteiner (F. f. Orth. 77, 2) angegeben. Die Pseudarthrosenenden werden angefrischt und aufeinandergestellt. Dann wird oberhalb und unterhalb der Pseudarthrose ein Kirschnerdraht quer durch den Knochen gebohrt und beide Drähte in einem Spannbügel vereinigt, so daß die Knochenenden aufeinandergepreßt werden. Ähnlich wird bei Schlottergelenken verfahren. Der Vorteil des Verfahrens liegt darin, daß die Wundheilung und die übliche Wartezeit von einem halben Jahr, die bei allen anderen osteoplastischen Methoden und Nagelungen üblich ist, in Fortfall kommen soll.

Die nach Schußbrüchen so häufigen **osteomyelitischen Höhlen der langen Röhrenknochen** trotzen oft jeder konservativen Behandlung und die völlige Abtragung der Höhle mitsamt den Knochenrändern, die sog. Abmahlung, ist bei sehr großen Defekten nicht immer möglich. Von Prigge (J. of Bone and Joint Surg. 132) wird bei chronischer Osteomyelitis die Höhle radikal ausgeräumt und anschließend durch gestielten Muskelappen oder mit Darmbeinknochenspänen gefüllt. Die Wunde wird durch lockere Naht geschlossen unter gleichzeitiger Penicillin-Applikation in hohen Dosen für 3 Wochen. Die Resultate bei 64 Fällen wurden als gut bezeichnet. Ein ähnliches Verfahren beschreibt Coleman (Surg. Gyn. Obst. Chicago 83). Er füllt die Knochenhöhlen nach Entfernung nekrotischer Knochenreste mit Spongiosaspänen auf und verschließt die Wunde ohne Drainage. Auch hierbei sollen die Erfolge in 52 Fällen befriedigend sein. Gute Ergebnisse durch Einbringen von gestielten, gut durchbluteten Muskelplomben in vorher ausgeräumte infizierte Knochenhöhlen werden auch von deutschen Autoren (u. a. Schreiber, Zbl. f. Chirurgie 72, 1227) mitgeteilt und können auch nach eigenen Erfahrungen mit dieser Methode bestätigt werden. Die Auffüllung eitriger Knochenhöhlen mit Knochenspänen und drainagelosem Wundverschluß, wie sie von amerikanischen Autoren vorgeschlagen wird, erscheint jedoch selbst bei langdauernder Penicillin-Prophylaxe ein gewagtes Verfahren. Seine Anwendung verlangt im Hinblick auf die nicht unerhebliche Zahl penicillinresistenter Keime eine kritische Auswahl der Fälle und entsprechende antibakterielle Vorbehandlung.

Volkman (Chirurg 19, H. 4) bevorzugt in der Behandlung alter Knochenfisteln nach guter Ausräumung die Bohrung der Diploe, bzw. des Markraumes und Mobilisierung der starren Fistelränder. Auch bei diesem Verfahren, das sich in gleicher Weise auch für tuberkulöse Fisteln eignen soll, werden gute Erfolge berichtet, und ein Wiederaufflackern der Infektion soll dabei nicht zu befürchten sein.

Die Behandlung der eitrigen Knochenhöhlen durch Seesand hat in den letzten Jahren zahlreiche Anhänger gefunden. Sie geht auf Läden und Hetzer zurück. Es wird dabei, wie Grundmann (im Zbl. f. Chirurgie 72, 1209) angibt, die gut operativ ausgeräumte Höhle mit sterilisiertem Seesand aufgefüllt und die Wunde nicht verschlossen. Das Wundsekret spült den Sand zum Teil wieder heraus. Deshalb wird die Fistel immer wieder nachgefüllt, zum Schluß beim kleiner werdenden Fistelgang durch Kanüle oder durch Einblasen. Die günstige Wirkung beruht auf einem chemischen Reiz, u. a. dadurch, daß kolloidale Kieselsäure in Lösung geht und eine Hyperämie, Exsudation und Wundsäuberung hervorruft. Ein mechanischer Reiz durch Quarzkristalle soll die Wundreaktion fördern. Die Wunde wird durch den Sand offengehalten, der eine feuchte Kammer bildet und Toxine und Bakterien absorbiert.

In der **Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose** wurde in den Tageszeitungen die Aufmerksamkeit auf eine neuartige Behandlung mit Peteosthor durch Troch, Hildesheim, gelenkt. Veröffentlichungen des Erfinders darüber liegen noch nicht vor. Einen Bericht über seine Arbeit gab Troch auf der Tuberkulosekonferenz 1947 in Pyrmont. Das Präparat ist noch nicht im Handel und die genaue Zusammensetzung noch nicht bekanntgegeben. Es handelt sich um eine radioaktive Substanz, das Thorium X, ein Platinsol und Eosin. Die wirksame Substanz ist das radioaktive Thorium X, während das Platinsol und das Eosin als Katalysator und als Vehikel dienen sollen. Das Thorium X zerfällt infolge seiner niedrigen Halbwertszeit von 3,64 Tagen verhältnismäßig schnell und zwar pro Tag um 16%, so daß seine Wirksamkeit nach 5—6 Tagen erschöpft ist. Das wirksame Prinzip ist die alpha-Strahlung des Thorium. In vitro gelingt mit Peteosthor die Abtötung des Tuberkelbazillus. Das Mittel wird in verschiedener Dosierung und Zusammensetzung intravenös und intraartikulär gespritzt und soll eine schnellere Ausheilung des tuberkulösen Herdes bewirken, als es mit den bisherigen Mitteln möglich war. Als Nebenwirkung ist ein starkes Absinken der Leukozyten bekannt. Ob sonstige Nebenwirkungen, z. B. bei Kindern die Gefahr der Keimschädigung, die Anwendung des Mittels einschränken, ist durch die noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen nicht sichergestellt.

Auf der Suche nach einem Tuberkulose-Heilmittel aus der Reihe der Sulfonamide wurden von Domagk die Thiosemicarbazone gefunden (Naturwissenschaften 33, 315), die in vitro in höchsten Verdünnungen eine bakteriostatische Hemmungswirkung auf den Tuberkelbazillus ausüben. Die Wirksamkeit bei Hauttuberkulose hat sich nach Berichten auf der Chirurgentagung Freiburg 1948 (Domagk und Heilmeyer) als sehr gut gezeigt. Die Haut- und Schleimhauttuberkulose ist mit dieser Substanz, dem TB 1 und TB 2, weitgehend heilbar. In der Anwendung gegen die Knochen- und Gelenktuberkulose besteht ebenso wie bei der Lungentuberkulose bis jetzt noch die Schwierigkeit, das Mittel in die vom Blutkreislauf weitgehend isolierten Herde hineinzubringen. Die Wirksamkeit des TB 1 und TB 2 bei Knochen- und Gelenktuberkulose unterliegt z. Zt. noch der klinischen Prüfung.

Zur Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung weist C. Rabel auf die Wirtschaftlichkeit und die Annehmlichkeit und Erfolgsicherheit seiner Behandlungs-



Indikationen:  
Myalgien, Lumbago, Neuralgien, chronische  
Neuritiden, Ischias, chronische und subchronische  
rheumatische Arthritiden, allergische Krankheiten

**HEINRICH MACK NACHE.**  
FABRIK CHEM.-PHARM. PRÄPARATE · JLLERTISSEN-BAYERN



Bei Husten, Bronchitis

**MUCIDAN**

Tabletten  
Teewürfel  
Tropfen  
Sirup

KALI-CHEMIE AKTIENGESELLSCHAFT  
SEHNDE/HANNOVER




PENICILLIN - SULFONAMID  
ALS SYNERGISTISCHE KOMponentEN

**PS Kombination**  
DAS NEUE PRINZIP VON OPTIMALER WIRKUNG

**PS - PUDER**  
**PS - TABLETTEN**  
**PS - STYLI** STERIL  
**PS - GLOBULI** STERIL  
**PS - SALBE**  
**PS - NASENSALBE**  
AUSSERDEM IN KÜRZE LIEFERBAR:  
**PENICILLIN PRO INJ.**

BISHER NICHT ERREICHTE WIRKUNGSBREITE IN DER  
BEHANDLUNG BAKTERIELLER INFESTIONEN.  
ERMÄSSIGTE PREISE - WIRTSCHAFTL. VERORDNUNG.  
AUSFÜHRICHE LITERATUR STEHT ZUR VERFÜGUNG.  
IN DEN APOTHEKEN VORRÄTIG.

CHEMIE *Grüntal* GMBH.  
STOLBERG IM RHEINLAND



**DERIMINAL**  
Deriphyllin + Phenyläthylbarbitursäure

Cardiacum und Diureticum mit potenziert  
zentralspasmolytischer und sedativer Wirkung

AMPULLEN  
SUPPOSITORIEN  
TROPFEN

CHEMIEWERK *Alsbury* AKTIENGESELLSCH.  
Frankfurt/Main

# STADA

## Präparate

### Antirheumatica:

#### LINIRHEUMIN

Rheuma-Liniment 50 u. 100 ccm

#### SPECIES ANTIRHEUMATICAE

Rheuma-Tee „Stada“

Fragen Sie

Ihren

Apotheker

aus dem  
Laboratorium

Ihrer

# APOTHEKE

### Expectorantia:

#### THYMUSYL

auch mit Ephedrin und Codein

#### GUAKALIN

auch mit Ephedrin und Codein

Für Nieren- u. Zuckerkranken:

## Überkinger Adelheid-Quelle

Klinisch und pharmakologisch geprüft und erprobt.  
Große Erfolge selbst bei veralteten Nierenleiden.  
Bewährt auch bei Zuckerkrankheit.

Prospekte und Bezugsquellennachweis durch:

Mineralbrunnen A.-G., Bad Überkingen  
Kreis Göppingen (Württ.)

## Soledum-Balsam

zum Einreiben der Brust und zum Inhalieren

Das bewährte Adjuvans bei  
**Keuchhusten**  
hartnäckigem Husten und Bronchitis

besonders indiziert bei schlechter Verträglichkeit oraler Antitussiva,  
vor allem in der Kinderpraxis (O. P. 20 g = 1,55 DM o. U.)  
(Kur-P. 100 g = 6,85 DM o. U.)



**SOLEDUM G.m.b.H.**

Chemisch-pharmazeutische Fabrik  
BAD SEGEBERG | HOLSTEIN

**WIEDER DA!**

*Carbo „Königsfeld“*  
e Coffea tosta nach Dr. Heisler

O.P. zu 30 g 1,70 DM

*Madaus* **Dr. Madaus & Co.**  
KÖLN AM RHEIN

*Blut-Regeneration*

durch

**Aegrosan-**  
Ferro-Calcium-Saccharat

Anämie  
Kachexie  
Neurasthenie  
Rekonvaleszenz

Tropfdosierung  
daher äußerst sparsam

**JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN, BERGISCH GLADBACH**

methode hin (Z. f. Orth. 76, 2). Es wird die völlige Abduktion der Beine im Hüftgelenk in Lorenz I Stellung bevorzugt. Der Gips wird nach 8 Wochen durch eine Schiene in gleicher Stellung ersetzt. Er kommt bei ambulanter Behandlung mit wenigen Röntgenaufnahmen aus und läßt die Kinder zu Hause früh auf einem Dreirad aufsein und bewegen.

In mehreren Arbeiten wurde die Frühbehandlung nicht nur der angeborenen Hüftverrenkung, sondern auch der Hüftgelenksdysplasie als Vorstadium schon im Säuglingsalter empfohlen. Hilgenreiner (Z. f. Orth. 76, 3) nimmt gegen diesen Vorschlag Stellung und demonstriert eine Reihe von Schäden, die durch die Behandlung im Säuglingsalter entstehen können. Es ist in einer Reihe von Fällen durch prophylaktische Abduktionsbehandlung zu schweren Deformitäten der Schenkelköpfe gekommen und sogar zur Osteochondritis auf der im Gipsverband eingeschlossenen gesunden Hüftseite. Da röntgenologisch nachweislich ein Teil der Fälle mit angeborener Hüftgelenksdysplasie ohne Behandlung völlig zur Ausheilung kommt, gelangt Hilgenreiner zu der berechtigten Forderung, die prophylaktische Behandlung der Hüftgelenksdysplasie weitgehend einzuschränken.

Einen Beitrag über Probleme und Technik der Pfannendachplastik leistet Bergmann (Z. f. Orth. 77, 3). Sowohl beim Herunterhebeln des oberen Pfannenrandes nach Lance-Schede als auch bei der Plastik durch Einfügen eines Tibiaspanes am oberen Pfannenrand nach Spitzzy kommt es auf die richtige Höhe der Spananlage und gute Überdachung des Kopfes an. Nur bei richtiger Höhe des Spanes und bei physiologischer Beanspruchung durch den Schenkelkopf im Wechsel von Belastung und Entlastung baut sich der Span gut und kräftig ein.

Zur Ätiologie der angeborenen Hüftverrenkung ist die Beobachtung der Deformität bei zwei Zwillingsschwestern bemerkenswert. Die Beobachtung bestätigt die bekannte endogene Ursache einer rezessiv vererbten Anlage, wobei äußere Gründe zur Entstehung der Luxation eine weitere Rolle spielen können.

Die **habituelle Schulterluxation** ist durch operative Maßnahmen mit großer Sicherheit zu heilen. Die früher üblichen Schultergelenkkapselverstärkungen und Fascienzügelauflagerung des Kopfes wurden wegen zahlreicher Rezidive weitgehend verlassen. Hohmann (Z. f. Orth. 76, 2) empfiehlt die Verstärkung des vorderen Kapselanteiles durch Raffung des M. subscapularis und Verlagerung des Coracobrachialis. Von Witt (Chirurg 17/18, H. 15) wurde bei 70 Fällen, die nach einer modifizierten Methode von Eden-Hybinette operiert wurden, Knochenspaneinpfanzung am vorderen unteren Pfannenrand, kein Rezidiv beobachtet. Gleich gute Ergebnisse werden mit der Knochenspanplastik auch von Adam mitgeteilt (Chirurg 19, H. 8). Die Überlegenheit der Edenschen Operation gegenüber der Fascienzügelauflagerung kann auch nach eigenen Erfahrungen bestätigt werden. Die Operation nach Oudard hat sich an Erfolgssicherheit der Edenschen Operation uns annähernd gleichwertig erwiesen. Es wird dabei der Proc. coracoideus eingemeißelt und vor den vorderen unteren Anteil der Schultergelenkspfanne umgebogen.

Zur Behandlung der **Krallen- und Hammerzehen** und leichter Fälle von **Hallux valgus** wird von Ramstedt (Chirurg 19, H. 9) nach vorheriger manueller Korrektur

die künstliche Syndaktilie ausgeführt, die Vereinigung der seitlichen Hautränder ohne weitere Maßnahmen am Knochen. Der bleibende Erfolg solcher Maßnahmen wird mit Recht von H. Schulze bezweifelt (Chirurg 19, H. 4). Schulze bevorzugt die übliche Operation des Hallux valgus nach Brandes, Resektion von  $\frac{2}{3}$  des Grundgliedes oder nach Hohmann, Keilosteotomie aus dem 1. Mittelfußknochen, beim Hammerzeh die Resektion des Grundgliedköpfchens. Die künstliche Syndaktilie hat sich auch uns nicht bewährt, und es besteht nach unserer Auffassung kein Grund, die oben genannten bewährten Behandlungsmethoden zu verlassen.

Beim **Ballenfuß** will Borggreve (Z. f. Orth. 77, 1) das Tiefertreten des Großzehenballens infolge Überdehnung des Lig. transversum durch eine Ringbandplastik verhindern. Ein Fascienstreifen wird ringförmig um die gespannte Sehne des Großzehenstreckers und des 1. Mittelfußknochens herumgeschlungen.

Die **Osteoarthritis der Kniescheibe** gibt häufig Veranlassung zu langandauernden Beschwerden, rezidivierenden Ergüssen und Bewegungsstörungen. Von amerikanischen Autoren wurde in Fällen schwerer Osteoarthritis die Kniescheibe entfernt (Haxston, Joung und Regan, Arch. Surg. 54). Bei ausreichender Beweglichkeit wurde mit dieser Behandlung bei Osteoarthritis Beschwerdefreiheit erzielt. Bei der rheumatischen Arthritis wurde nur bei einem Teil der Fälle Besserung beobachtet. Da die bisherigen intraartikulären Operationen zum **Ersatz zerrissener Kreuzbänder** nicht immer befriedigten, führte Hauser (Surg. 84, 339) eine neuartige extraartikuläre Operation durch. Ein am oberen Patellarrand gestielter Lappen aus der Quadricepssehne wird extraartikulär zum inneren hinteren Tibiarand geführt und dort mittels Nagel oder Krampe befestigt. 15 so operierte Fälle zeigten gute Ergebnisse. Neuartig ist auch der Behandlungsvorschlag von Hirsch bei leichten Fällen von Chondropathie der Patella (Acta chir. scand. 94). Er konnte nachweisen, daß bei der bisherigen Methode der weiteren Entfernung von Knorpelstückchen durch Glättung des Kniescheibenknorpels die geschaffenen zusätzlichen Defekte sich nicht regenerieren. Er schlägt deshalb vor, zunächst bei der Chondropathie nur eine Exstirpation der Synovialis aus dem oberen Rezessus vorzunehmen und erreicht dadurch in einigen Fällen Beschwerdefreiheit. Zu dieser Operation liegen keine eigenen Beobachtungen vor. Es scheint jedoch nicht ohne weiteres einleuchtend, wie durch die Entfernung der Synovialis der Verlauf der Chondropathie zu beeinflussen ist.

In der operativen Behandlung der **Meniskusverletzung** hat sich der kleine Schrägschnitt, ausgeführt am hängenden Knie in Blutleere, weitgehend durchgesetzt und weist große Vorteile gegenüber der völligen Aufklappung des Gelenkes mit dem Payr-Schnitt auf. Von H. Lerch (Z. f. Orth. 77, 2) wurde dieser Eingriff sogar an 20 Fällen ohne Komplikationen erfolgreich ambulant ausgeführt. Zur Diagnostik von Kniebinnenschäden, Meniskus-, Kreuzbandverletzungen und Corpora libera verlangen Gerschon und Cohen (Arch. Surg. 54, 682) die Pneumographie. Spezialaufnahmen in Extension, Abduktion und Adduktion sind zur einwandfreien Darstellung des Knieinnenraumes erforderlich. Auch nach eigenen Erfahrungen ist die Pneumographie eine ungefährliche und wertvolle Bereicherung der diagnostischen Maßnahmen zur Feststellung der Kniebinnenschäden.



Zur radikalen Entfernung des Meniskus wird von Dwyer und Taylor (Arch. Surg. 54) ein kleiner vorderer und hinterer seitlicher Schnitt empfohlen. Sie beobachteten in den meisten Fällen gute Dauerresultate. Weniger günstig beurteilt Becker (Deutsche Zeitung f. Chir. 160) die Spätergebnisse der operativen Meniskusentfernung. Er bevorzugt die konservative Behandlung wegen möglicher Operationsschäden und weil der Verbleib des Meniskus im Gelenk für die Funktion von Bedeutung sein soll. Howard (Amerik. Journal of Surg. 74) macht auf Grund der Prüfung von Endresultaten einer 10-Jahresperiode folgenden Vorschlag: Punction des Gelenkes, Reposition des luxierten Meniskus und Beseitigung der Streckhemmung und Ruhigstellung für 15 Tage. Nur bei

Mißlingen des Repositionsversuches und bei Auftreten von Rezidiven wird die Operation durch Exstirpation des Meniskus angeschlossen. Grundlage dieser Behandlung ist die Tatsache, daß Quer- und Längsrisse ausheilen können, dagegen nicht die Korbhenkelrisse. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit betrug nach ihm bei konservativer Behandlung 62 Tage, bei den operierten Fällen 152 Tage. Diese lange durchschnittliche Krankheitsdauer der operierten Fälle erscheint sehr hoch und entspricht nicht unseren eigenen Erfahrungen mit der operativen Meniskusbehandlung. Die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung nach der Operation beträgt an unserem Krankengut 3—4 Wochen, die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit 4—6 Wochen.

## Die Tuberkulose als Berufskrankheit

(Vermeidbare Sünden)

Von Dr. med. Rudolf Hoschek, staatl. Gewerbearzt, Stuttgart

Die Haftpflicht für Unfälle bei der Berufsarbeit und für die Berufskrankheiten ist seinerzeit durch Reichsgesetz (RVO § 848) von den Unternehmern auf die Berufsgenossenschaften übertragen worden. Auch die Tätigkeit in den Krankenhäusern, im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege unterliegt der Unfallversicherung. Die Träger dieser Unfallversicherung sind in Nord-Württemberg das Württ. Versicherungsamt für die Staatl. Dienststellen, der Württ. Unfallversicherungsverband für die öffentlichen Krankenhäuser der Kreise und Gemeinden und schließlich die Betreuungsstelle für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für die charitativen und privaten Anstalten.

Wenn auch Unfälle und Berufskrankheiten im wesentlichen gleichgestellt sind, so hat es sich doch als notwendig erwiesen, im Interesse der Versicherten die Berufskrankheiten als besondere Gruppe auszusondern. Nach der 3. und 4. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 und vom 29. März 1943 ist für diese eine Übergangsrente vorgesehen. Diese wird dann gewährt, wenn bei einer Weiterbeschäftigung die Gefahr besteht, daß eine Berufskrankheit entstehen, wiederentstehen oder sich verschlimmern wird. Die Übergangsrente soll den Berufswechsel erleichtern, indem sie die dadurch entstehende vorübergehende (oder dauernde) Minderung des Einkommens ausgleicht. Diese zusätzliche Möglichkeit ist in der übrigen Unfallgesetzgebung nicht vorhanden, welche nur im Falle einer bereits eingetretenen Erwerbsminderung eine Entschädigung vorsieht.

Die häufigste berufliche Gefährdung in den Krankenanstalten, im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege bilden die Infektionskrankheiten, und hier ist auch wirtschaftlich am folgenschwersten die berufliche Tuberkuloseinfektion. Der Versicherungsschutz umfaßt bei allen Infektionskrankheiten schlechthin alle Personen, die in „Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheimen und sonstigen Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, ferner Einrichtungen und Tätigkeiten in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und im Gesundheitsdienst, sowie Laboratorien für naturwissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche“ tätig sind.

Von 1946 bis Juli 1948 wurden dem Württ. Versicherungsamt von den staatl. Dienststellen allein (Gesundheitsämter usw.) in unserem kleinen Nord-Württemberg 30 Tuberkulosefälle als Berufskrankheiten gemeldet, davon 3 Todesfälle. Im August 1948 kamen weitere 6 neue Fälle von Erkrankungen hinzu. In normalen Zeiten wurden 3—4 Fälle pro Jahr gemeldet. Die Zahl der bei der Krankenpflege erworbenen Tuberkuloseinfektionen allein bei der Tätigkeit in den Krankenhäusern der öffentlichen Hand, für die ein anderer Versicherungsträger (Württ. Unfallversicherungsverband) zuständig ist, ist noch höher (1944 waren es nur 6, dagegen 1947 bereits 15 und in der Zeit von Januar

bis September 1948 sogar 23 Fälle!). Über die Ansteckungen in den privaten Krankenanstalten (Betreuungsstelle für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) fehlen mir zahlenmäßige Unterlagen.

Angesichts dieser Zahlen haben sich einige Versicherungsträger veranlaßt gesehen, die bereits seit Jahren bestehenden Schutzvorschriften zur Verhütung der Tuberkulose als Berufskrankheit erneut zusammenzufassen und diese allen bei ihnen versicherten Anstalten und Dienststellen nochmals ins Gedächtnis zu rufen. Aus Platzmangel muß ich mich auf eine verkürzte Wiedergabe beschränken:

1. Zur Pflege ansteckungsgefährlicher Tuberkulosekranker dürfen nur widerstandsfähige, gesunde Personen über 25 Jahre verwendet werden. Dies gilt für Ärzte, Pflege- und Hauspersonal, sowie für die sonstigen Angestellten, soweit sie einer Infektionsgefahr ausgesetzt sind.
2. Personen unter 20 Jahren dürfen grundsätzlich an solchen Arbeitsplätzen nicht verwendet werden.
3. Personen zwischen 20 und 25 Jahren dürfen nur nach vorheriger Zustimmung des Versicherungsträgers einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt werden. Voraussetzung ist u. a. eine spontane oder nach einer Schutzimpfung positive Tuberkulinreaktion. Auf Grund der Erfahrungen der letzten Jahre besteht erfreulicherweise von seiten der Berufsgenossenschaften wenig Neigung zur Erteilung dieser Zustimmung.
4. Schwesternschülerinnen und Krankenpflegeschüler, Familien usw. dürfen erst am Ende der Ausbildungszeit (frühestens im 2. Jahr) und nicht länger als insgesamt 6 Wochen einer Ansteckungsgefahr mit Tuberkulose ausgesetzt werden.
5. Alle gefährdeten Personen (Ärzte, Pflege- und Hauspersonal) sind röntgenologisch zu untersuchen:
  - a) beim Beginn der gefährdenden Tätigkeit binnen einer Woche nach Dienstantritt,
  - b) während der Tätigkeit in regelmäßigen Abständen von 3 Monaten,
  - c) unmittelbar nach Beendigung der Tätigkeit bzw. 6 Monate nachher.
6. Das Personal ist beim Dienstantritt über die Verbreitungswege und die Verhütung der Tuberkulose eingehend zu belehren („Anweisung zur Verhütung der Tuberkulose für in Anstalten tätige Krankenpflegepersonen“, herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt).

Gegen diese klaren und für jede Anstalt durchaus tragbaren und leicht durchführbaren Vorschriften ist sachlich nichts einzuwenden. Man müßte nun annehmen, daß sie auch überall eingehalten werden. *Wie sieht es aber in Wirklichkeit aus?*

Wie ich bei meiner Gutachterstätigkeit für die Berufsgenossenschaften leider feststellen mußte, wurden in den letzten drei

Jahren in zahlreichen Fällen systematisch alle Punkte der obigen Vorschriften außer acht gelassen, wodurch es zur Tuberkuloseinfektion kam, nicht nur „post hoc, ergo propter hoc“, denn die Zahl derjenigen gemeldeten Erkrankungsfälle, bei denen die Vorschriften eingehalten wurden, ist wesentlich geringer — ein Beweis für die sachliche Berechtigung der Vorschriften besonders in der heutigen Zeit. Aber „Verba docent, exempla trahunt“.

Ich bringe also im folgenden, einige Beispiele. Einen Teil der Fälle verdanke ich meinen Amtskollegen Dr. Mainx (Nord-Baden), Karlsruhe, und Dr. Mager (Süd-Baden), Freiburg:

1. J. T., Pförtner, 59 Jahre alt, Ostflüchtling, hat in Ermangelung von Stationsmädchen die Reinigungsarbeiten auf den Krankenzimmern der Offen-Tuberkulösen ausgeführt. Die periodischen Untersuchungen wurden zwar vorschriftsmäßig gemacht, woraus hervorgeht, daß mit einer beruflichen Gefährdung gerechnet wurde. Nach einigen Monaten wurde eine beginnende Lungentuberkulose röntgenologisch festgestellt, man hat ihn aber trotzdem weiter denselben Dienst machen lassen! Der Mann ist wenige Monate später an einer käsigigen Pneumonie gestorben. So geschehen in einem großen Krankenhaus in Nord-Württemberg im Jahre 1947.
2. E. H. war 22 Jahre alt (!). Trotzdem wurde sie zur Pflege Offen-Tuberkulöser verwendet. Wie zu erwarten war, erkrankte sie nach einigen Monaten an einem Frühinfiltrat mit Zerfall (Nord-Württemberg 1947).
3. L. M., Kinder- und Säuglingspflegeschwester, 20 Jahre alt (!), wurde „aushilfsweise“ auf der Tuberkulosestation des Kinderkrankenhauses beschäftigt, wo immer mehrere offen-tuberkulöse Kinder lagen. Erfolg: Frühinfiltrat (Nord-Württemberg 1948).
4. P. D., Laborantin, 20 Jahre alt, keine Einstellungsuntersuchung. Kontakt mit ambulanten offenen Patienten aus der Tuberkulosefürsorge, die vom Chefarzt nebenamtlich mitversehen wurde (BKS, Sputum). Pleuritis exsudativa, wahrscheinlich Primärkomplex (1946).
5. G. R., Hausgehilfin, war mit 21 Jahren (!) auf einer Station für Offen-Tuberkulöse beschäftigt (Zimmerreinigen). Nach 6 Monaten offene Oberfeldtuberkulose (1948).
6. L. B., Krankenpfleger, 50 Jahre, hat 1946—1948 auf der Tuberkuloseabteilung eines größeren Krankenhauses vorwiegend Asylierungsfälle gepflegt. Die Einstellungsuntersuchung ergab Zeichen einer früher durchgemachten fibrösen Erkrankung links unter dem Schlüsselbein. Bereits Anfang 1947 wurde vom Röntgenologen eine geringe Verschattung an derselben Stelle gesehen und der Verdacht auf Aktivität ausgesprochen. Sputum war negativ, BKS normal. Er wurde daraufhin weiter im Dienst belassen und dadurch weiteren Ansteckungen ausgesetzt. Anfang 1948 wurde endlich je eine größere Caverne links und rechts festgestellt. Das Sputum war jetzt positiv, die BKS jedoch noch immer fast normal. Erst jetzt erfolgte die Einweisung in die Heilstätte. Der Fehler lag hier in der Überwertung der normalen Senkung. Diese versagt nicht selten bei den Frühfällen, was leider oft vergessen wird (1948).
7. R. B., Krankenschwester, 19 Jahre alt (!), hat ½ Jahr Offen-Tuberkulöse gepflegt. Frühinfiltrat (1948).
8. H. F., Röntgenschwester, 21 Jahre alt (!), hatte beim Röntgen täglich mehrere Kranke und Schwerkranke mit offener Tuberkulose zu betreuen. Exsudative Pleuritis (1947).
9. Dr. med. H., 30 Jahre alt, Arzt der Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung. Trotz des bekannten Kontaktes mit Offen-Tuberkulösen (Spiegeluntersuchungen, Kehlkopfabstriche und lokale Behandlungen bei Offen-Tuberkulösen und Larynx-tuberkulose) wurden weder eine Einstellungs- noch Kontrolluntersuchungen gemacht. Erkrankt an einem zerfallenden Frühinfiltrat (Nord-Baden 1948).
10. G. G., Säuglingspflegeschülerin, 21 Jahre alt (!), wurde auf der Tuberkulosestation einer Kinderklinik beschäftigt. Frische Lungentuberkulose (Nord-Baden 1948).
11. Dr. med. I. G., Ärztin auf der Tuberkulosestation einer Klinik, 26 Jahre alt, keine Einstellungsuntersuchung, keine Kontrolluntersuchungen. Erkrankt Januar 1948 (Nord-Baden).
12. A. K., Pförtner am Krankenhaus, Infektion durch Transport von infiziertem Verbandmaterial und Wäsche. Näheres nicht bekannt (Nord-Baden).
13. E. K., Säuglingsschwester, 20 Jahre alt (!), wurde auf der Tuberkulosestation verwendet. Außerdem erfolgten die Kontrolluntersuchungen unregelmäßig. Frische Lungentuberkulose. Näheres nicht bekannt (Nord-Baden 1948).
14. M. R., 22 Jahre alt, sonst wie Nr. 13 (Nord-Baden 1948).
15. E. D., Heizer in einem Kreiskrankenhaus, 48 Jahre alt, desinfizierte trockene Krankenwäsche und Kleidungsstücke der Offen-Tuberkulösen im Heißluftapparat. Vorwiegend linksseitige offene Tuberkulose mit akutem grippeartigem Beginn (Nord-Württemberg 1948).
16. Ch. H. (4615), Krankenpflegerin, im Sommer 1945 (18 Jahre alt!) mit der Pflege eines Tbc-Schwerkranken beschäftigt. April 1946 progrediente Tuberkulose (Süd-Baden).
17. F. W. (4706), Hausmädchen an der Lungenheilstätte N. Als Küchenmädchen mit Geschirrttransport usw. beschäftigt. Mit 17 Jahren (!) an Tuberkulose erkrankt (Süd-Baden).
18. E. B. (4701), Hausmädchen an der Röntg.-Abt. der Klinik. Reinigungsarbeiten u. dgl. in kriegsbedingt-behelfsmäßigen Räumen. Mit 19 Jahren an Tuberkulose und Erythema nodosum erkrankt (Süd-Baden).

Allein im Jahre 1948 mußte ich bei 63 Tuberkulosefällen eine berufliche Ursache anerkennen. 23 Prozent hiervon waren unter 25 Jahre alt. Wenn auch aus dieser kleinen Zahl weitgehende Schlüsse nicht gezogen werden dürfen, so ist dies bei der bekannten Überalterung unseres Pflegepersonals ein immerhin beachtlicher Anteil. Bei allen Jugendlichen fehlen die Angaben über den Ausfall der Tuberkulinprobe bei Beginn der Tätigkeit.

Aus dieser kleinen und durchaus nicht vollständigen Zusammenstellung ist u. a. folgendes ersichtlich:

Die Schutzvorschriften sind allem Anschein nach bei den Leitern der Krankenhäuser oder Dienststellen vielerorts in Vergessenheit geraten, was sehr bedauerlich ist, jedoch z. T. durch die Umbesetzung vieler leitender Stellen nach dem Kriegsende seine Erklärung findet. Leider kann nicht nur den betreffenden Verwaltungsorganen, sondern auch den leitenden Ärzten auf Grund ihrer Sachkenntnis der Vorwurf nicht erspart bleiben, daß sie solche Mißbräuche und Nachlässigkeiten geduldet haben. Alle diese Fälle wären bei genügender Vorsicht wahrscheinlich vermeidbar gewesen.

Neben der Übertragung der Tuberkulose durch die bekannte Tröpfcheninfektion darf auch die Einatmung der gegen Austrocknung widerstandsfähigen Bazillen in Form von Staub aus ange-trocknetem Sputum nicht vergessen werden.

Daher ist das trockene Ausfeigen in den Krankenzimmern bei Strafe zu verbieten. Durch die praktischen Erfahrungen ist es leider gerechtfertigt, auf solche Selbstverständlichkeiten heute noch, viele Jahrzehnte nach dem Tode Robert Kochs, hinzuweisen.

Auch das Abzählen der gebrauchten Kranken- und Bettwäsche in trockenem Zustande ist aus dem gleichen Grunde gefährlich. Ebenso ist das Ausstauben der Decken und Aufschütteln der Kissen bei offenen Patienten tunlichst zu vermeiden. Im übrigen sind die Lebensbedingungen der gefährdeten Personen möglichst einwandfrei zu gestalten, keine unnötigen körperlichen und seelischen Belastungen, anständige Unterkunftsräume, ordentliche und ausreichende Verpflegung sind erforderlich.

Ein besonderes Augenmerk verdienen die in der freien Krankenpflege tätigen Personen. Auch diese sind, soweit sie Tuberkulöse pflegen, durch das Gesundheitsamt zu überwachen, was m. W. bisher nicht überall geschieht.

Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, daß einer der Versicherungsträger, nämlich die Berufsgenossenschaft bzw. Betreuungsstelle für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege erst vor wenigen Wochen neue „Richtlinien“ beschlossen hat, in welchen auf ein Schutzalter von dieser Stelle kein Wert mehr gelegt

wird. An dessen Stelle soll die BCG-Schutzimpfung treten. Es wird dabei die Ansicht vertreten, daß einerseits jüngere Personen nur deshalb häufiger an Tuberkulose erkranken, weil sich unter ihnen mehr Tuberkulin-negative befinden und daß andererseits die Schutzimpfung in ihrer immunisierenden Wirkung dem natürlichen Primärinfekt gleichkommt. Die Wissenschaft hat darüber bekanntlich das letzte Wort noch nicht gesprochen. Auch in einigen anderen wesentlichen Punkten weichen die Richtlinien von den bisherigen „Schutzvorschriften“ ab.

So begrüßenswert auch die Forderung ist, tuberkulinnegative Personen (ohne Rücksicht auf das Alter) einer Schutzimpfung zu unterziehen, so wird m. E. erst die Zukunft zeigen müssen, ob es vertretbar ist, die alten Erfahrungen jetzt schon über Bord zu werfen. Solange dies nicht geklärt ist, können die staatlichen Aufsichtsorgane nach wie vor auf die Einhaltung auch der bisher gültigen Schutzvorschriften nicht verzichten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß zahlreiche berufliche Tuberkuloseansteckungen auf eine Übertretung der Schutzvorschriften und Außerachtlassung sonstiger selbstverständlicher Vorkehrungen zurückzuführen sind. Insbesondere sind es jugendliches Alter (unter 25 Jahre), unregelmäßige oder überhaupt fehlende Röntgenuntersuchungen, insbesondere bei den Ärzten und Säuglingsschwestern, mangelhafte Auswertung verdächtiger Röntgenbefunde, Versäumnis der sich aus dem Befund

ergebenden therapeutischen Konsequenzen, trockenes Reinigen der Krankenzimmer, trockene Desinfektion und Sortieren der Krankenwäsche.

Es wäre erfreulich, wenn die Herren Chefärzte und ärztlichen Dienststellenleiter, auch wenn dies schon früher bereits geschehen sein sollte, die Verhältnisse ihrer Untergebenen im Sinne der obigen Ausführungen nochmals kontrollieren würden. Andererseits muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß der Versicherungsträger das Recht hat, bei groben Verstößen gegen die Vorschriften die Krankenhäuser, Dienststellen, bzw. ihre verantwortlichen Leiter, für die eingetretenen Schäden haftbar zu machen.

Endlich wäre noch zu erwähnen, daß nicht jede Tuberkulose bei einer Pflegeperson als Berufskrankheit anerkannt wird. Eine Aktivierung latenter Herde durch Überanstrengung im Dienst gilt nicht als berufseigentümliches Risiko und wird daher nicht entschädigt. Gefordert wird der Nachweis der *überwiegenden* Wahrscheinlichkeit einer exogenen Superinfektion vom Patienten, bzw. seinen Ausscheidungen, gegenüber einer endogenen Reinfektion. Die bloße theoretische Möglichkeit genügt nicht.

Über die besondere Eignung früher an Tuberkulose erkrankter Personen für die Pflege von Tuberkulösen sind die Meinungen geteilt.

## Was nun?

Von Dr. med. Friedrich Langbein, Pfullingen

Geldentwertung hat nun zum zweitenmal innerhalb von 25 Jahren den privaten Versicherungsschutz illusorisch gemacht, das erstemal durch Inflation, das zweitemal durch die Währungsreform vom 20. Juni 1948, und zwar sowohl für die Kapitalversicherung als für die Rentenversicherung.

Wenig oder gar nicht gelitten haben die Pensionen und Renten der Staats- und Körperschaftsbeamten, der Landesversicherungsanstalten, der Angestelltenversicherung und der Berufsgenossenschaften. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, daß alle diese Renten und Pensionen nicht einem angesammelten Kapital- und Reservefonds, sondern bei den Beamten dem laufenden Etat entnommen werden und bei den Arbeitern und Angestellten aus den laufenden Beiträgen der Versicherungspflichtigen gedeckt werden können.

Nach diesen Erfahrungen, nach denen die Angehörigen der freien Berufe und unter ihnen die Ärzte die Hauptleidtragenden sind, kann bei einer Neuordnung des ärztlichen Versorgungswesens nur eine Form in Frage kommen, die der Pensionsversicherung der Beamten oder der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten angepaßt ist. Damit scheidet die Kapitalversicherung, die auf der Ansammlung eines Deckungskapitals beruht, aus der Pflichtversicherung der Ärzte endgültig aus.

Der junge Arzt, der durch die Satzungen seiner Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung zum Beitritt zu einer Ärzteversorgungskasse gezwungen wird, und jährlich einen erheblichen Teil seines Einkommens an diese abgibt, muß aber dafür die Sicherheit haben, daß beim Eintritt des Versicherungsfalles diese Versorgungskasse noch existiert und ihre Leistungen erfüllen kann. Dazu brauchen wir den Schutz eines Gesetzes, das den Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht und die Pflicht auferlegt, die Versorgung ihrer Mitglieder nach Maßgabe einer von der Regierung genehmigten Satzung dauernd zu übernehmen.

Die bayerische Ärzteversorgung, die auf Grund des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen geschaffen wurde, garantiert diese Sicherheit und hat, wie man hört, auch die Währungsreform gut überstanden. Zwar ist sie auf dem Kapitaldeckungsverfahren aufgebaut, aber trotz des Verlustes von 90% ihrer Reserven durch die Währungsreform, war sie in der Lage, zunächst 100% der Renten, und vorsichtshalber ab 1. Oktober 1948 wenigstens 85% auszubezahlen, und zwar durch die laufenden Einnahmen aus dem 7%igen Abzug vom Honorar. Ein schlagender Beweis von der Richtigkeit der Auffassung unseres Stuttgarter Sachverständigen, Herrn Dr. Dunz, der ein Kapitaldeckungsverfahren nicht für notwendig hält, sofern das Umlageverfahren mit gewissen Kautelen ausgestattet ist.

Da wir Ärzte aber doch ein großes Interesse an der Freizügigkeit haben und hoffen, daß diese in absehbarer Zeit innerhalb der deutschen Länder wieder möglich wird, wäre zu wünschen, daß das unseren Absichten entsprechende Versicherungsgesetz zentral von der in Bälde zu erwartenden Bundesregierung erlassen wird. Andernfalls müßten sich die Ärztekammern an ihre Länderregierungen wenden.

Was erwarten wir Ärzte unter den heutigen allgemeinen und besonderen wirtschaftlichen Verhältnissen von einer Ärzteversorgung, bzw. was müssen wir mindestens erwarten, wenn diese ihren Zweck erfüllen soll, den alten und invaliden Ärzten, ihren Witwen und Waisen die Anrufung öffentlicher Hilfe zu ersparen?

Wir müssen uns zunächst darüber klar sein, daß einmal die allgemeine Verarmung des deutschen Volkes, das im Verhältnis zu den notwendigsten Unterhaltskosten stark gesunkene Durchschnittseinkommen der Bevölkerung und die durch die Überfüllung unseres Standes bedingte Verteilung des ärztlichen Gesamteinkommens auf allzuviele Ärzte auch das Durchschnittsnettoeinkommen der Ärzte auf ein Niveau senken wird, das vielleicht noch dem eines mittleren Beamten entspricht, vielleicht noch 5000 DM betragen wird. Die

Folge dieses geringen Einkommens wird es natürlich nur einem geringen Prozentsatz der freipraktizierenden Ärzte ermöglichen, sich ein Vermögen zu erwerben, von dem oder von dessen Zinsen sie im Falle längerer Krankheitsdauer oder Arbeitsunfähigkeit und im Alter ihre Familie unterhalten können. Um so notwendiger ist die gemeinsame Fürsorge beim Eintritt des Erwerbsverlustes.

Es ist die Aufgabe der Versicherungsmathematiker und der Statistiker, festzustellen, wie hoch bei einem Einkommen von 5000 DM die prozentualen Abzüge sein müssen, die notwendig sind, um dem Arzt eine Rente von monatlich 250 DM, der Witwe 60% und jedem Kind 10% geben zu können.

Eine offene Frage ist noch die, ob und wie die bisher und auch nach der Währungsreform mit Kapital versicherten Kollegen in die von mir vorgeschlagene Rentenversicherung übernommen werden können. Ich halte es für möglich, durch Verhandlungen mit den Versicherungsgesellschaften Allianz und Deutsche Ärzteversicherung, welche seit 1935 die kollektive Kapitalversicherung der württembergischen Ärzte betrieben haben, diese Frage zu lösen.

Aber mit der Fürsorge für die Zukunft der jetzt und später praktizierenden Ärzte sind unsere Pflichten und Aufgaben gegenüber unseren Standesangehörigen nicht erschöpft. Die alten und invaliden Ärzte haben durch die Währungsreform ihr Vermögen fast völlig verloren. Sollen wir sie der öffentlichen Fürsorge übergeben? Ich glaube kaum, daß trotz unserer schlechten wirtschaftlichen Lage sich jemand finden wird, der diese Alten und Witwen und Waisen ihrem Schicksal überläßt. Wir haben in den letzten 3 Jahren vielen Tausenden junger Ärzte über das notwendige Maß hinaus die Niederlassung und damit die Existenz ermöglicht. Sie und die anderen alle werden das Verständnis aufbringen, auch

für die Alten, Invaliden und Witwen und Waisen zu sorgen.

Eine wesentliche Entlastung, d. h. Verbilligung der Beiträge für eine Versorgungskasse kann erzielt werden, wenn sich die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Änderung des Verteilungsmodus der Kassenhonorare entschließen könnten. Die größte wirtschaftliche Not besteht ja bei invaliden und alten Ärzten und ihren Familien, die durch die Währungsreform ihre für die Zeit der Not aufgesparten Kapitalreserven und Ansprüche aus Lebensversicherungen verloren haben. Eine solche Not wird noch viele Jahre für die ältere Ärztesgeneration eintreten, und sie und ihre Familien werden auf die freiwillige Unterstützung durch die Versorgungskassen angewiesen sein. Um den Kollegen und unseren Witwen diese bitteren Bittgänge zu ersparen, schlage ich vor, das Kassenhonorar in Zukunft so zu verteilen, daß jeder Arzt von seinem Eintritt in die kassenärztliche Tätigkeit bis zu seinem Tode ein monatliches Fixum von 250 DM erhält. Die nach Vornahme dieses Betrags noch zur Verfügung stehende Summe wird wie bisher im Verhältnis der Zahl der Leistungen und Fälle zur Auszahlung gebracht. Dieser Verteilungsmodus schafft ein Recht auf eine der Pension der Beamten entsprechende Altersversorgung und kommt, wenn er dauernd beibehalten wird, jedem zugute. Er erleichtert ebenso den neu zur Kassenpraxis zugelassenen Kollegen den Anfang.

Wie mir Herr Dr. Haedenkamp, dem ich diesen Gedanken vor kurzem vortrug, mitteilte, ist dieser in Hamburg schon verwirklicht worden.

Mit all diesen Problemen wird sich in allernächster Zeit ein auf dem Arztag in Stuttgart beschlossener Ausschuß von Vertretern sämtlicher Ärztekammern der amerikanischen, britischen und französischen Zone befassen. Über seine Vorschläge und Entschlüsse werden auch unsere Kammern zu beraten haben.

## Zur Frage einer Neuordnung der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung

Von Dr. jur. A. Hess, Bad Nauheim

Die Frage einer Neuordnung der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung beschäftigt nach der Währungsreform in zunehmendem Maße die Ärzte und ihre Berufsorganisationen. Der 51. Deutsche Arztag in Stuttgart am 16./17. Oktober 1948 hat sich ebenfalls mit der Frage befaßt und hat beschlossen, daß jede Landesärztekammer einen Arzt als Sachbearbeiter für die Angelegenheiten der Versorgung und Fürsorge für Ärzte und ihre Hinterbliebenen einsetzen soll, und daß diese Sachbearbeiter im Interesse der Koordinierung der Maßnahmen in den einzelnen Kammerbereichen zu einem Ausschuß bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zusammentreten sollen.

Der nachstehende Aufsatz soll Gesichtspunkte aufzeigen, die bei der Erörterung dieser Frage zu beachten sind, die Diskussion hierüber anregen und dadurch eine Grundlage für die Verhandlungen in dem Ausschuß bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern schaffen. Der Aufsatz behandelt

- im 1. Abschnitt die bisherige Gestaltung,
- im 2. Abschnitt die Einwirkung der Währungsreform,
- im 3. Abschnitt die möglichen Wege einer Neuordnung und
- im 4. Abschnitt Vorschläge für Sofortmaßnahmen.

### I.

Die wichtigste Grundlage für die bisherige Gestaltung der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung bildet § 46 Abs. 2 der Reichsärzteordnung:

„Die Reichsärztekammer kann, um die Ärzte und deren Hinterbliebenen vor dringender Not zu schützen, Anordnungen über eine Versicherung der Ärzte treffen. Die Anordnungen bedürfen der Zustimmung des Reichswirtschaftsministers. Zur Durchführung der Versicherung darf keine neue Versicherungsunternehmung geschaffen werden.“

§ 88 trifft ergänzende Bestimmungen über die Ausgleichung und Übernahme von Gruppenversicherungsverträgen und sonstigen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen aus der früheren Zeit durch die Reichsärztekammer.

Auf Grund des § 68 Abs. 2 RAO hat die Reichsärztekammer mit Zustimmung des Reichswirtschaftsministers am 7. Februar 1938 eine „Anordnung zur Vereinheitlichung des ärztlichen Versorgungswesens“ herausgegeben. Die wesentlichen Punkte dieser Anordnung sind folgende:

Bei den Ärztekammern, für die bisher Versorgungseinrichtungen nicht bestehen, wird eine „Abteilung Ärzteversorgung“ errichtet. Die RAK behält sich vor, bereits bestehende Versorgungseinrichtungen entsprechend dieser Anordnung umzustellen. Die RAK schließt für den Bereich der Ärztekammer, bei der eine „Abteilung Ärzteversorgung“ errichtet ist, mit beaufsichtigten Versicherungsgesellschaften (Vertragsgesellschaften) Verträge, durch die Ärzte und ihre Hinterbliebenen auf Berufsunfähigkeit, Alters- und Hinterbliebenen-Rente und auf ein Sterbegeld nach bestimmten Richt-

sätzen versichert sind. An der Ärzteversorgung nehmen alle Ärzte teil, die der Ärztekammer angehören. Von der Pflichtteilnahme sind befreit, Ärzte, die bei der Errichtung der „Abteilung Ärzteversorgung“ ein bestimmtes Alter überschritten haben, Assistenzärzte, ärztliche Beamte und festangestellte Ärzte mit Rechtsanspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenen-Versorgung. Auf Antrag können befreit werden, Ärzte, die im Zeitpunkt der Errichtung der Abteilung Ärzteversorgung eine gleichwertige Lebensversicherung besitzen und verheiratete weibliche Ärzte, wenn sie durch Versorgungsansprüche ihres Ehegatten gesichert sind. Darüber hinaus behält sich die Reichsärztekammer die Befugnis vor, von sich aus Ärzte von der Teilnahme an der Ärzteversorgung freizustellen. Auf der anderen Seite können Ärzte, die von der Pflichtteilnahme befreit sind, zur freiwilligen Teilnahme zugelassen werden. Die Teilnahme an der Ärzteversorgung beginnt automatisch am ersten Tage des Kalendervierteljahres, der dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtteilnahme oder für die freiwillige Teilnahme folgt. Der Arzt oder seine Hinterbliebenen haben Rechtsanspruch auf Leistungen nur an die Vertragsgesellschaft, und zwar nach Maßgabe des zwischen der Reichsärztekammer und der Vertragsgesellschaft geschlossenen Vertrages. Alle Ärzte, die an der Versorgung teilnehmen, zahlen als Beitrag einen Hundertsatz ihres ärztlichen Berufseinkommens, mindestens aber die Hälfte des Durchschnittsbeitrages. Die Teilnahme an der Versorgung endet

- durch Verlust der Bestallung,
- Aufgabe der ärztlichen Berufstätigkeit und
- Befreiung von der Pflichtteilnahme bzw.
- Verzicht auf freiwillige Teilnahme.

In diesen Fällen hat der Arzt Anspruch auf Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder (soweit es sich um Kapitalversicherungen handelt) auf Auszahlung des Rückkaufwertes entsprechend den bis dahin entrichteten Beiträgen.

Diese Anordnung ist die Grundlage für eine soziale Pflichtversicherung der Ärzte, die sich von der Sozialversicherung — von den Beitragsquellen abgesehen — im wesentlichen nur dadurch unterscheidet, daß sie nicht durch einen eigenen öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger, sondern durch Abschluß von Gruppenversicherungsverträgen mit privaten Versicherungsunternehmen auf privatrechtlicher Grundlage sichergestellt ist.

Die Anordnung der Reichsärztekammer ist nicht überall und konsequent durchgeführt worden. Vielfach besteht im Bereich der einzelnen Landesärztekammern ein Nebeneinander von alten und neuen Kapital- und Rentengruppenversicherungen. Auch bestehen neben den Gruppenversicherungsverträgen vielfach Versorgungs- und Unterstützungskassen, insbesondere für die Ärzte und deren Hinterbliebenen, die infolge der Altersgrenze nicht mehr in die Gruppenversicherung aufgenommen werden konnten, während an anderen Stellen auch diese Ärzte durch Entrichtung eines Einmalbeitrages seitens der Ärztekammern in die Gruppenversicherung aufgenommen wurden. Eine Sonderstellung nimmt Bayern ein, wo die Versorgung über einen öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger erfolgt.

Es erhebt sich die Frage

1. ob und inwieweit § 46 Abs. 2 RAO. und die auf Grund dieser Bestimmung erlassenen Anordnungen der Reichsärztekammer auch heute noch als Grundlage für eine Pflichtversicherung der Ärzte dienen können,

2. inwieweit die auf Grund dieser Anordnungen geschlossenen Gruppenversicherungsverträge etwa fortgesetzt werden müssen.

In einem Gutachten des Vortragenden Rates im Zentral-Justizamt für die Britische Zone, Dr. Bülow, werden beide Fragen vollinhaltlich bejaht. Dieser Stellungnahme kann man insoweit beitreten, als sie die Reichsärzteordnung und die auf ihrer Grundlage erlassenen Anordnungen auch heute für gültig und damit als geeignete Grundlage für eine Pflichtversicherung ansieht. Zu weitgehend sind dagegen m. E. die Feststellungen des Gutachtens, daß daraus zu folgern sei, daß die Gruppenversicherung unter allen Umständen fortgeführt werden müsse, und daß insbesondere auch alle nach dem Zusammenbruch neu niedergelassenen Ärzte der Vertragsgesellschaft hätten gemeldet werden müssen und weiterhin gemeldet werden müßten, und daß diese Ärzte auch ohne eine solche „Meldung“ kraft Gesetzes versichert und

die Ärztekammern zur Entrichtung der Beiträge verpflichtet seien. Nur durch ein Gesetz oder durch eine neue Anordnung entsprechend § 46 Abs. 2 RAO. könne diese Folge abgewendet werden, nicht einmal durch vertragliche Vereinbarung mit der Vertragsgesellschaft. Der beschränkte Umfang dieses Aufsatzes verbietet es, auf die Begründung dieser weitgehenden Folgerungen in allen Einzelheiten einzugehen. Zu ihrer Widerlegung mag an dieser Stelle der Hinweis auf § 6 Abs. 2 der Anordnung der Reichsärztekammer vom 7. Februar 1938 genügen, nach dem die Reichsärztekammer (also heute die an ihre Stelle getretene Landesärztekammer) v o n s i c h a u s Ärzte von der Teilnahme an der Versorgung entbinden kann. Eine zahlenmäßige oder gruppenmäßige Beschränkung dieser Befugnis besteht nicht. Sie kann m. E. sogar auf die bereits versicherten Ärzte ausgedehnt werden mit der Folge, daß es den betreffenden Ärzten freigestellt ist, ob sie an der Versicherung weiter teilnehmen wollen oder sie für ihre Person in eine beitragsfreie umwandeln wollen.

Für die laufenden Versicherungsverträge sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß der Versicherernehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode (längstens 1 Jahr) kündigen kann und, wenn die Prämie für einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren bezahlt worden ist, entweder Auszahlung des Rückkaufwertes oder Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung verlangen kann. Die Auszahlung von Rückkaufwerten ist allerdings z. Zt. bis auf weiteres gesperrt.

## II.

Sowohl die Versicherungsverträge wie die eigenen Versorgungs- und Unterstützungskassen der Kammern sind durch die Währungsreform schwer getroffen worden.

1. Am schlimmsten getroffen sind die Fälle, in denen der Versicherungsfall (Tod oder Altersgrenze) bereits vor der Währungsreform eingetreten ist. Ausgezahlte Kapitalbeträge sind inzwischen auf ein Nichts zusammengeschnitten, die laufenden Renten im Verhältnis 10 : 1 auf D-Mark umgestellt. Von seiten der privaten Versicherungsunternehmen, der Versicherungsaufsichtsbehörden und der Berufsvertretungen der Ärzte und anderer in gleicher Lage befindlichen Berufe (insbesondere Handwerker und Presse) sind energische Versuche unternommen worden, wenigstens eine Besserstellung der Pflichtrentenversicherungen in Angleichung an die staatliche Sozialversicherung durchzusetzen. Die Versicherungsaufsichtsbehörden haben zur Weitergabe an die Alliierte Bankkommission bei der Bank der Deutschen Länder den Entwurf einer Durchführungsverordnung eingereicht, nach dem Renten- und Pensionsversicherungen im allgemeinen und Pflichtlebensversicherungen im besonderen eine Besserstellung im Rahmen der Währungsreform erfahren sollen. Über diese Vorlage ist noch nicht endgültig entschieden. Sollte sie abgelehnt werden, so bleibt den Rentenversicherten nur die Hilfe aus dem Lastenausgleich. Die einzige Vergünstigung, die in diesem Zusammenhang den Rentenversicherten gewährt werden soll, ist, daß die Lastenausgleichrenten über die Versicherungsgesellschaften oder sonstigen Versorgungseinrichtungen geleitet werden können, wodurch gewisse Verbesserungen geschaffen werden können. Von dieser Möglichkeit sollten die Ärztekammern sowohl für die Rentenempfänger aus Gruppenversicherungsverträgen (im Benehmen mit den betreffenden Vertragsgesellschaften), als auch für die Versorgungs- oder Unterstützungsempfänger ihrer eigenen Versorgungs- und Unterstützungskassen weitgehend Gebrauch machen. Sie erhalten dadurch die Möglichkeit, die Restleistungen aus der Versicherung oder Versorgung und die Lastenausgleichrente entsprechend der wirtschaftlichen Lage und Bedürftigkeit der Leistungsempfänger auf ein angemessenes und ausreichendes Maß aufzustocken. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß die Bestimmung des § 39 des 1. Lastenausgleichsgesetzes eine Ergänzung dahin erfährt, daß Unterstützungsleistungen nicht auf die Lastenausgleichrenten angerechnet werden, die von Berufsorganisationen ohne Gewährung eines Rechtsanspruchs ihren bedürftigen Mitgliedern oder deren Hinterbliebenen gewährt werden. Auf Antrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern bei der Verwaltung der Finanzen des Vereinigten Wirtschaftsgebietes ist eine entsprechende Bestimmung in den Entwurf für die Durchführungsverordnung zum Lastenausgleichsgesetz aufgenommen worden. (Der Anrechnungs-

zwang derartiger Unterstützungsbeträge auf die Lastenausgleichsrente würde jede freiwillige berufskollegiale Unterstützung für die Zukunft unmöglich machen, da die Ärzte und andere Berufsstände zwar bereit sein werden, ihren in Not geratenen alten Berufskollegen und deren Hinterbliebenen zusätzliche Unterstützung zu gewähren, aber nicht in der Lage sind, erst die gesamte Lastenausgleichsrente zu übernehmen, um dann darüber hinaus zusätzliche Unterstützungen zahlen zu können.)

2. Etwas besser gestellt als die bereits ausgezahlten sind die laufenden Versicherungsverträge, wenn sie durch Weiterzahlung der Beiträge aufrechterhalten werden. Die versicherungsmathematischen Grundlagen der Lebensversicherung fordern bei höherem Eintrittsalter erhöhte Beiträge für die Deckung der gleichen Versicherungssumme. Da die Versicherungsverträge (wenn auch unter Abwertung des bisher zurückgelegten Deckungskapitals) auf der ursprünglichen Vertragsgrundlage weitergeführt und sogar aufgefüllt werden können, ergibt sich daraus, daß die Abwertung der vor der Währungsreform gezahlten Beiträge der Versicherten tatsächlich in einem besseren Verhältnis als 10:1 erfolgt ist. Für die Kapitalversicherungen bringt außerdem die Gewährung einer erhöhten Auszahlung im Todesfall eine nicht unerhebliche Verbesserung. Schließlich hat die bevorzugte Gestaltung der Gruppen-Versicherungsverträge in einigen Kammerbereichen zu besonders günstigen Ergebnissen geführt.

3. Es läßt sich also nicht leugnen, daß die Versicherungsverträge gegenüber anderen Kapitalanlagen eine bevorzugte Behandlung erfahren haben. Reine Geldanlagen bei Sparkassen und sonstigen Bankinstituten sind durch die nachträgliche erhebliche Abschreibung der Festgeldkonten besonders stark in Mitleidenschaft gezogen worden. Anlagen in Hypotheken, Pfandbriefen, Obligationen usw. sind 10:1 abgewertet, also tatsächlich auch schlechter behandelt worden als alle laufenden Versicherungsverträge. Die Frage, ob sich Anlagen in Sachwerten (bebautes und unbebautes Grundbesitz, Anteilen an gewerblichen Betrieben etc.) im Durchschnitt besser behauptet haben, kann nicht ohne weiteres bejaht werden. Dazu müßten zunächst die Verluste durch Kriegszerstörungen, Demontagen, Restitutionsen, Enteignungen usw. im Verhältnis zum Gesamtvermögen festgestellt werden. Dazu käme die Belastung des Sachvermögens durch den Lastenausgleich, die in ihrer endgültigen Auswirkung noch nicht zu übersehen ist. Dagegen steht auf der anderen Seite fest, daß die Leistungen aus dem Lastenausgleich den geschädigten Sachbesitzern in keinem besseren Verhältnis zugute kommen als den Besitzern von Geldwerten und insbesondere den Versicherten. Dabei ist es in der Praxis nicht unerheblich, daß die letzteren im allgemeinen die Tatsache und die Höhe ihres Verlustes am leichtesten einwandfrei nachweisen können. Letzteres gilt im besonderen Maße gegenüber dem Besitz von Gold und Edelsteinen und anderen transportablen Werten, in denen viele heutzutage die beste Kapitalanlage zu erblicken geneigt sind. Auch dieser Besitz ist von den Kriegseinwirkungen nicht immer verschont worden, und der Nachweis und die Anerkennung seines Verlustes dürfte praktisch auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen. Im übrigen sind gerade gegenüber dieser Art des Besitzes zwei Momente zu beachten, die auch gegenüber anderen Arten des „Sachbesitzes“ mehr oder weniger zutreffen:

a) Sie können von Leuten, die ihr Geld auf redliche Weise verdienen und versteuern, meist nur in Zeiten aufsteigender Konjunktur und erträglicher Steuern zu hohen Preisen erworben werden, während sie oft in Zeiten der Not und allgemeinen Deflation mit großen Verlusten abgesetzt werden müssen.

b) Vor allem aber ist zu beachten, daß diese Sachwerte nur aus dem versteuerten Einkommen erworben werden können, während die Versicherungsprämien sehr weitgehend vom versteuerten Einkommen abgezogen werden können. Dies bedeutet eine erhebliche Verbilligung des Erwerbs von Versicherungswerten gegenüber dem Erwerb solcher „Sachwerte“ — wenigstens für alle die, die ihr Einkommen redlich verdienen und versteuern, wie die Ärzte.

4. Es kann also zusammenfassend festgestellt werden, daß die Versicherungsleistungen, im Durchschnitt gesehen, bei dem großen Zusammenbruch und dem Zusammenstreifen aller Werte durchaus nicht am schlechtesten abgeschnitten

haben. Trotzdem kann man sich auf der anderen Seite der Tatsache nicht verschließen, daß zum zweitenmal in einer Generation die Ersparnisse zur Sicherung des Lebensabends und der Familie in beträchtlichem Umfang verlorengegangen oder zusammengestrichen worden sind, und daß auch die Pflichtversicherung der Ärzte sie vor diesem Schicksal nicht bewahrt hat. Die Frage ist also berechtigt, ob es zweckmäßig und zu verantworten ist, an einer solchen Pflichtversicherung für die Zukunft festzuhalten oder ob man an ihrer Stelle nicht eine bessere Form der Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung schaffen kann, oder auf eine solche als Standeseinrichtung ganz verzichten soll.

### III.

Das Verantwortungsbewußtsein, das die Ärzteschaft nach dem Zusammenbruch und erneut nach der Währungsreform sofort für ihre alten berufsunfähigen Kollegen und für die unversorgten Hinterbliebenen eintreten ließ, läßt einen Verzicht auf jede Altersversorgung als Standeseinrichtung nicht zu; denn die Kollegen, die heute aus ihrem spärlichen Einkommen ihre in Not geratenen Berufskollegen und die Hinterbliebenen unterstützen, dürfen mit Recht erwarten, daß auch für ihr Alter und für ihre Hinterbliebenen vorgesorgt wird.

Es bleibt also zunächst die grundsätzliche Frage, soll die Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung abermals auf der Grundlage der Kapitaldeckung in Form einer wie auch immer gearteten Lebensversicherung aufgebaut und der Gefahr des abermaligen Verlustes der Kapitaldeckung ausgesetzt werden, oder soll man sich darauf beschränken, durch Leistungen der berufstätigen Kollegen das aufzubringen, was jeweils notwendig ist, um den berufsunfähig gewordenen Kollegen und den Hinterbliebenen das Existenzminimum zu gewährleisten.

1. Die als letzte genannte Form des sogenannten Umlageverfahrens hat aus den Erfahrungen der Inflation nach dem 1. und der Währungsreform nach dem 2. Weltkrieg sehr viele Anhänger gefunden. Sie weisen mit Recht darauf hin:

a) daß Inflation und Währungsreform gezeigt haben, daß in unsicheren Zeiten jede Vorsorge durch Sparen mehr oder weniger illusorisch ist;

b) daß die neben den besonderen Einschnitten der Inflation und der Währungsreform einherlaufende, ständige und nicht nur auf Deutschland beschränkte Verminderung des Geldwertes jedes Geldsparens besonders unwirtschaftlich mache, da der Geldwert, den der Sparende in seinem Alter oder seine Hinterbliebenen im Falle seines Todes erhalten, nicht mehr dem entspreche, den er seinerzeit gespart habe.

Daneben erscheint sehr oft eine andere, äußerst zweifelhafte und einer sachlichen Beurteilung m. E. nicht standhaltende Argumentation, daß man nämlich durch ein Umlageverfahren mit sehr viel geringeren Beiträgen sehr viel höhere Leistungen gewähren könne als durch ein Kapitaldeckungsverfahren. Dies ist eine Milchmädchenrechnung, die übersieht, daß den geringen Lasten zu Beginn eines solchen Verfahrens (wenn man es auf die im Beruf stehenden Ärzte beschränkt) zunehmende und immer höher werdende Lasten in der Zukunft folgen, bis ein bleibender Normalstand von Leistungsempfängern gegenüber den Lastenträgern erreicht ist, wobei es durchaus möglich ist, daß sich das Verhältnis einmal über diesen Normalstand hinaus sehr zuungunsten der Lastenträger verschiebt, z. B. wenn eine Auswanderung jüngerer Kräfte in erheblichem Umfang einsetzen sollte, während die Versorgungsbedürftigen bleiben und sogar zunehmen. Welche Lasten werden dann den weniger gewordenen Berufstätigen zugunsten der verbleibenden und zunehmenden Versorgungsbedürftigen aufgebürdet? Will man aber die zwangsläufige Erhöhung der Lasten bis zum Normalstand und das Risiko eines Übersteigens dieses Normalstandes durch von vornherein erhöhte Beitragsleistungen ausgleichen, so ist man schon wieder dabei, Kapital anzusammeln und es der Gefahr der Entwertung auszusetzen.

Worin sollen und können überhaupt die angeblichen großen finanziellen Vorteile des Umlageverfahrens gegenüber dem Kapitaldeckungsverfahren liegen? Sie könnten doch nur in übersteigerten Verwaltungskosten und Gewinnen der Versicherungsgesellschaften gesucht und gefunden werden. Wenn das wirklich zutreffen sollte, ist dies ein Grund für die Wahl eines anderen Verfahrens? Wenn die Versicherungsgesellschaften tatsächlich zu hohe Verwaltungskosten oder Gewinne haben sollten, so ist dem durch

Selbsthilfeeinrichtungen der Ärzteschaft in genau der gleichen Weise abzuheften, wie dies durch ein Umlageverfahren in eigener Regie angeblich möglich ist. Diese Fragen müssen einwandfrei und vorurteilslos durch Sachverständige geprüft werden, und ihre Beurteilung muß entscheidend sein für die Art der Organisation der künftigen Versorgungseinrichtung der Ärzteschaft, aber nicht für die Entscheidung zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren, die damit gar nichts zu tun hat und nichts zu tun haben kann.

2. Beachtlich bleiben also für die Entscheidung: Kapitaldeckungsverfahren oder Umlageverfahren nur die oben zu 1) a—b aufgeführten Argumente, die letzten Endes die Bereitschaft zum eigenen Sparen überhaupt betreffen. Der Sparwille des deutschen Volkes hat zweifellos durch die Erfahrungen nach den beiden letzten Kriegen einen erheblichen Schock erlitten und die deutsche Lage innerhalb der weltpolitischen Gesamtlage ist nicht dazu angetan, den Sparwillen zu ermuntern. Auf der anderen Seite müssen wir uns darüber im klaren sein, daß wir ohne Sparen in irgendeiner Form nie wieder auf einen „grünen Zweig“ kommen können. Dies gilt für den einzelnen wie für das gesamte Volk. Sollen wirklich die Ärzte durch den Übergang zum Umlageverfahren das Signal geben:

Alles Sparen ist unnütz! Lebe von einem Tag auf den anderen! Die Zukunft lohnt es nicht, für sie zu arbeiten!

Ich glaube, kein verantwortlich Denkender wird sich einer solchen Aufforderung anschließen können. Und wenn wir zum drittenmal einen Zusammenbruch erleben sollten — wovor Gott uns behüten möge! —, so müßten wir zum viertenmal von neuem beginnen, wenn wir uns nicht selbst aufgeben wollen.

Ich kann deshalb den Ausgangspunkt der Verfechter des Umlageverfahrens — die Ablehnung jeden Sparens — nicht billigen. Dagegen halte ich es für richtig und notwendig, sich genau zu überlegen, welche Form des Sparens unter den gegebenen Umständen die beste, sicherste und wirtschaftlichste ist.

Ich möchte aber die Betrachtung über das Umlageverfahren nicht abschließen, ohne auf zwei sehr gewichtige Argumente hinzuweisen, die gegen die Wahl dieses Verfahrens sprechen, und zwar vom rein eigensüchtigen Standpunkt aus:

a) Wenn wir heute den Gedanken des eigenen Sparens für unsere und unserer Angehörigen Zukunft aufgeben, wer garantiert uns dafür, daß nicht die jüngeren Berufskollegen einmal den Gedanken des Verzichts zugunsten ihrer alten Kollegen und deren Hinterbliebenen aufgeben? Man wird dagegen vielleicht den Einwand erheben, daß Pflichten und Rechte zur Teilnahme an dem Umlageverfahren öffentlich-rechtlich verankert werden müßten. Glauben Sie, daß die öffentlich-rechtliche Verankerung eines derartigen Verfahrens im Rahmen der Reichsärztekammer in den vergangenen Jahren die alten Ärzte und ihre Hinterbliebenen vor der schlimmsten Not bewahrt hätte, wenn es nicht das ganz private Verantwortungsbewußtsein jedes einzelnen berufstätigen Kollegen getan hätte?

b) Hinzu kommt noch eine ganz nüchterne Erwägung. Die Beitragsausgaben für ein solches Umlageverfahren sind steuerlich als Sonderausgaben zu betrachten, gleichgültig, ob den Beitragszahlenden ein Rechtsanspruch oder nur eine Erwartung auf künftige Berücksichtigung aus diesem Verfahren eingeräumt wird. Nur dann können derartige Umlagen als Betriebsunkosten von den Betriebseinnahmen abgesetzt werden, wenn sie ausschließlich für die Unterstützung der gegenwärtig in Not befindlichen Berufskollegen oder ihrer Hinterbliebenen bestimmt sind, die Beitragszahlenden selbst aber daraus für sich nichts erwarten, sondern ihre eigene Versorgung durch eigenes Sparen sichern. Die kritiklose Einführung des allgemeinen Umlageverfahrens würde also zur Folge haben, daß die Umlagen auf den für Sonderausgaben zur Verfügung stehenden, beschränkten Betrag angerechnet werden und dem einzelnen dadurch unter Ausnutzung dieses Freibetrags das eigene Sparen erheblich einschränken oder sogar unmöglich machen. Was kann also ein allgemeines Umlageverfahren der Ärzteschaft eintragen, wenn sie nicht zugunsten anfangs geringerer Umlagen den Kopf in den Sand stecken will vor einer um so höheren Belastung in der Zukunft, die ihr die steuerlich begünstigten Möglichkeiten eines eigenen Sparens nimmt, ohne ihr mehr zu geben als die unsichere Erwartung einer Fürsorgeleistung

ihrer jüngeren Kollegen für ihr eigenes Alter oder für ihre Hinterbliebenen?

3. Wenn die Ärzteschaft weiterhin aus kollegialem Verantwortungsbewußtsein für die alten durch Krieg und Währungsreform in Not geratenen Ärzte und Hinterbliebenen sorgen will, so kann sie dazu allerdings des Umlageverfahrens nicht entzagen. Sie sollte es aber beschränken auf die Unterstützung derer, die nicht mehr durch eigene Arbeit und eigenes Sparen ihren Lebensabend und ihre Familie sichern können. Sie gewinnt dadurch die Möglichkeit die Beiträge für diesen Unterstützungsfonds im Rahmen des allgemeinen Kammerbeitrags steuerlich als Betriebsausgaben zu behandeln, während sie den Freibetrag der Sonderausgaben für eigenes Sparen freihält. Die Lasten, die der Ärzteschaft aus einem solchen Umlageverfahren erwachsen, sind von vornherein übersehbar. Sie sind in den meisten Fällen durch die Lastenausgleichsrente gegenüber dem bisherigen Zustand erheblich vermindert und werden von Jahr zu Jahr absinken.

Hierzu eine Zwischenbemerkung:

Hätten die Kollegen, die und deren Angehörigen künftig die Lastenausgleichsrente beziehen, nicht selbst gespart, so hätten sie mangels eines Vermögensverlustes keinen Anspruch auf diese Rente und würden ihren berufstätigen Kollegen in vollem Umfange auf der Tasche liegen.

Für alle diejenigen, die heute im Beruf stehen und die noch die Möglichkeit haben, für ihren Lebensabend und für ihre Angehörigen zu sparen, gibt es also m. E. nur den Weg des verantwortungsbewußten Sparens, wobei der kollegiale genossenschaftliche Zusammenhalt dem einzelnen die gemeinsame Stütze und eine möglichst billige, wirtschaftliche und sichere Verwaltung und Anlage seiner Beiträge gewährleisten muß.

4. Welche Voraussetzungen müssen hierfür überlegt und geschaffen werden?

a) Ob die Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung weiterhin durch Gruppenverträge mit Privatversicherungsgesellschaften erfolgen soll, oder ob und wie die Berufsorganisationen und ihre Verwaltungseinrichtung zur Kostenersparnis stärker eingeschaltet werden sollen, muß ebenso sorgfältig und sachverständig geprüft werden wie die Frage, ob überhaupt die Rechtsform einer Privatversicherung beibehalten werden soll, oder ob man nicht etwa die Bildung einer öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalt nach Art der Bayerischen Ärzteversorgung anstreben soll.

Für die Wahl zwischen privatrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Gestaltung darf man sich allerdings keiner Täuschung darüber hingeben, daß die Leistungen einer öffentlich-rechtlichen Anstalt genau so durch Beiträge oder Umlagen fundiert sein müssen wie die einer privatrechtlichen Einrichtung. Auch ein Hinweis auf die Sozialversicherung hilft darüber nicht hinweg. Was der Staat für die Stützung der Sozialversicherung nach der Währungsreform ausübt und ausgeben muß, gibt er auf der anderen Seite im Wege der Lastenausgleichsrente in anderer Form auch für die durch die Währungsreform geschädigten Besitzer von Privatversicherungen aus. Einen über diesen Sonderfall der Währungsreform hinausgehenden laufenden Staatszuschuß, wie ihn die Sozialversicherung von seiten des Staates erhält, kann die Ärzteschaft nicht erwarten, solange sie ein freier Beruf ist und bleiben will.

Bei der Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztliche Berufsorganisation ihren eigenen Verwaltungsapparat in die Durchführung der Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung einschalten soll, darf nicht übersehen werden, daß die notwendige Verwaltungsarbeit in jedem Fall geleistet werden muß. Sie kann nicht „nebenbei“ geleistet werden, sonst müßte man daraus folgern, daß der derzeitige Verwaltungsapparat übersetzt und nicht voll ausgelastet ist. Es ist aber sehr fraglich, ob die ärztliche Berufsorganisation diese Verwaltungsarbeit „nebenbei“ billiger und besser erledigen kann als das darauf eingearbeitete Spezialpersonal einer Versicherungsgesellschaft. Nur eine sachverständige Überprüfung der Angebote der Versicherungsgesellschaften wird diese Frage einwandfrei beantworten können. Weiterhin bleibt in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob es auf die Dauer gesehen richtiger ist, das Lebensrisiko der Ärzte für sich allein zu betrachten und zu behandeln, oder aber es in einen größeren Zusammenhang hineinzustellen, um die besonderen Todesgefahren, denen der ärztliche Beruf z. B. bei einem Seuchengang ausgesetzt ist, in einem größeren und umfassenden

deren Risiko vielleicht besser ausgleichen zu können, als dies sonst der Fall wäre.

b) Mit besonderer Sorgfalt muß die Frage einer sicheren Anlage der Beiträge geprüft werden. Hier wäre zu überlegen, ob das aus diesen Beiträgen angesammelte Deckungskapital — als eine Art genossenschaftlicher Kredithilfe der Ärzteschaft — der Errichtung und Einrichtung von Arztwohnungen und Arztpraxen etc. vorbehalten bleiben kann, natürlich gegen die notwendige Sicherung durch Eigentumsvorbehalt, Hypotheken etc. Dabei könnte man daran denken, daß die aus dem Deckungstock finanzierten Bauten, Einrichtungen etc. Eigentum der Versicherungs- oder Versorgungsträger bleiben, dem Versicherten aber die Möglichkeit eingeräumt wird, das Eigentum in Anrechnung auf die Versicherungsleistung zu erwerben.

c) Eine andere Frage, die im Zusammenhang damit geprüft werden muß, ist die, ob und wie man die Versicherungsleistungen mit der Entwicklung des Geldwertes in Einklang halten kann, um damit dem Substanzverlust durch ständiges weiteres Sinken des Geldwertes vorzubeugen. Ich stelle dafür einen bereits nach dem 1. Weltkrieg von anderer Seite gemachten Vorschlag zur Debatte, der dahin ging, die Versicherungsleistungen nicht mehr auf eine bestimmte Geldsumme abzustellen, sondern auf die jeweilige Höhe der Gehälter oder Pensionen bestimmter Beamtens Kategorien, denen der Staat erfahrungsgemäß immer in Anpassung an die jeweilige wirtschaftliche Gesamtlage ein bestimmtes, ihrer Stellung angepaßtes Existenzminimum sicherstellt.

Man könnte auch daran denken, die Versicherungsleistungen nicht an Beamtengehälter oder Pensionen zu koppeln, sondern an den Lebenshaltungskostenindex oder andere allgemeingültige Maßstäbe als Ausdruck der jeweiligen Geldwertentwicklung.

Es ist nicht zu verhehlen, daß dadurch ein gewisses Unsicherheitselement in die Berechnung der Beiträge hineingetragen würde, die sich selbstverständlich dann auch der Entwicklung des Geldwertes nach oben oder unten anpassen müßten. Wäre das nicht auch durchaus wünschenswert?

Ein Hineindenken in solche neue Formen und Arten der Versicherung und damit ein Heraustreten aus altgewohnten und eingefahrenen Gedankenansätzen wird sicher den Routiniers der Versicherungsmathematik und Versicherungspraxis schwer fallen und bei ihnen auf Widerstand stoßen, aber es

erscheint mir zweckmäßig und notwendig, um dem stark angeschlagenen Versicherungsgedanken neuen Auftrieb zu geben.

d) Es konnte nicht meine Aufgabe sein und geht über mein Vermögen, auf alle diese Fragen wohl erwogene und sachverständige Antworten zu geben. Ich hoffe aber, damit Anregungen gegeben zu haben, die die Erörterung der Sachverständigen befruchten und in Bahnen lenken sollen, die nicht nur eine fortschrittliche Gestaltung der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung, sondern darüber hinaus Impulse für eine Neubelebung des privaten Versicherungsgedankens überhaupt einleiten können.

Meine eigenen Vorschläge beschränken sich daher auf einige Sofortmaßnahmen, die der Lösung der vordringlichen Tagesaufgaben dienen und Zeit für eine gründliche Erörterung und Prüfung der grundsätzlichen Fragen lassen.

#### IV.

##### Vorschläge für Sofortmaßnahmen:

1. Einschaltung der Ärztekammern in die Auszahlung der Lastenausgleichsrente zugunsten der bisher aus ihren eigenen Versorgungs- und Fürsorgekassen betreuten Kollegen und Hinterbliebenen und zugunsten der Rentenbezieher aus Gruppen-Versicherungsverträgen, letzteres im Benehmen mit der betreffenden Versicherungsgesellschaft.

2. Feststellung des darüber hinaus noch notwendigen Unterstützungsbedarfs

a) für solche Bedürftige, die mangels Vermögensverluste keine Lastenausgleichsrente erhalten,

b) für Empfänger von Lastenausgleichsrenten, die einer zusätzlichen Unterstützung bedürfen, um daraus den Umlagebeitrag und den Umlagebeitrag im Rahmen des Kammerbeitrags für die nächste Zukunft zu errechnen.

3. Fortsetzung der Gruppenversicherungsverträge für die z. Zt. darin versicherten Ärzte und alle die, die die Beiträge aufbringen können; für die anderen unter Umständen Abschluß günstiger Lebens-Risikoversicherungen für eine Übergangszeit, bis

4. die Unterlagen gesammelt und ausgewertet sind für die künftige zweckmäßige Gestaltung der Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung auf der Grundlage des verantwortungsbewußten eigenen Sparens.

## BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose

I. Vortrag von Dr. Jensen, Dänemark, vor der Stuttgarter Ärzteschaft am 9. Februar 1949  
im Robert-Bosch-Krankenhaus

Die BCG-Schutzimpfung (Bazille Calmette-Guérin) wird zur Zeit auch hier vom Dänischen Roten Kreuz zusammen mit dem Gesundheitsamt durchgeführt. Wissenschaftlicher Garant der Aktion ist das staatl. Seruminstitut in Kopenhagen, das den Impfstoff liefert. Dieser wird im Flugzeug aus Kopenhagen gebracht und kann bis 2 Wochen nach der Herstellung gebraucht werden.

Es handelt sich bei der BCG-Schutzimpfung um eine intracutane Einspritzung abgeschwächter boviner Tb-Bazillen, die Calmette im Verlauf von 13 Jahren durch 230 Überführungen auf Nährsubstraten für Vieh und Menschen apathogen gemacht hat. Die Impfung ist völlig harmlos und schmerzlos. Bei der Lübecker Katastrophe 1930 lag eine Verwechslung mit virulenten Tb-Bazillen vor.

Die BCG-Schutzimpfung wird heute intracutan nach der Methode des schwedischen Kinderarztes Walgren durchgeführt. 0,1 ccm des Impfstoffs (=  $\frac{1}{40}$  mg = 1 Mill. apathogener Bazillen) werden langsam intracutan (nicht subcutan!) mit einer feinen Platin-Iridium-Kanüle in die II. Deltoideusregion injiziert. 3—4 Wochen später erscheint ein Knötchen an der Impfstelle, das sich zu einem kleinen cutanen, 5—6 Wochen nach der Impfung perforierenden Geschwürchen umbildet, das nach einigen Wochen narbig verheilt. Die positive Tuberkulinreaktion tritt meistens 6 Wochen nach der Impfung auf, kann aber auch 10 Wochen anstehen. Das Geschwürchen kann sich in gewissen Fällen mehrere Monate halten, ohne daß dies etwas Besonderes anzusehen wäre.

Vor der Impfung wird die Moro-Pflasterprobe (bei Kindern unter 15 Jahren) und die Mantoux-Probe bei älteren Kindern gemacht, und bei allen Kindern als 2. Probe ein Mantoux

mit höherer Dosis, um die impfungsfähigen tuberkulinnegativen Kinder herauszufinden.

10 Wochen nach der BCG-Schutzimpfung erfolgt die Kontrolle mit den gleichen Tuberkulinproben wie vor der Impfung. In 98—99% aller Fälle wird die Reaktion positiv. In negativen Fällen kann man erneut impfen.

Gegenindikation ist das Vorliegen einer akuten fieberhaften Erkrankung, eine wirkliche Epidemie (z. B. Masern, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Typhus usw.) und positive Tuberkulinreaktion.

Als Komplikation kann sich bei unrichtiger, nicht streng intracutaner Impfung, besonders bei Säuglingen, ein ungefährlicher Abszess bilden, auch eine Schwellung der Achseldrüsen. (Diese Abszesse sind aber bei richtiger Technik sehr selten, siehe Diskussionsbemerkung von Breu.) Die Abszesse sollen punktiert, nie incidiert werden.

Der Impfschutz dauert mindestens 5 Jahre.

Bei der Massenimpfung wird man möglichst alle Personen im Alter von 2—18 Jahren impfen, um die Kinder so früh als möglich zu immunisieren. Säuglinge können auch geimpft werden.

Die Kinder werden in Kindergärten und Schulen im Einverständnis mit den Eltern geimpft. Auch in Ländern, wo ein Notzustand herrscht, wie in Polen und Ungarn, waren die Erfahrungen durchaus günstig. In keinem Fall sind gesundheitliche Schäden durch die Impfung entstanden.

In Deutschland wurden bisher eine halbe Million, in ganz Skandinavien über 1 Million, auf der ganzen Welt zwischen 5 und 10 Millionen geimpft. In Hessen wurden 450 000 Kinder geimpft und davon 160 000 geimpft. In Skandinavien wird



zur Zeit erwogen, die Impfung obligatorisch zu machen, wie sie es seit Februar 1948 in Norwegen schon ist.

**Diskussion:** Schrag führt aus, daß das stat. Material über die Wirksamkeit der Impfung positiv lautet. Auch auf dem Wiesbadener Tuberkulosekongreß 1948 wurde die BCG Schutzimpfung weitgehend bejaht. Kleinschmidt kam zu positiver Beurteilung, ebenso Volhard, de Rudder und Catel, wie auch Bennhold. Einige Gegner (besonders Prigge) wollten geltend machen, daß die Wirksamkeit der Impfung noch nicht bewiesen sei, gingen aber auf die amerikanische Arbeit von Aronson und Palmer nicht ein, die ursprünglich die Unwirksamkeit der Impfung nachweisen sollte, aber dann zu überzeugend positiven Ergebnissen kam (Vers. bei Indianern).

Von Drigalski berichtet, die Impfung bedeute eine 4 bis 5fache Sicherung gegenüber Nichtgeimpften. v. Drigalski,

## II. Bemerkungen von Obermedizinalrat Dr. Schrag, Stuttgart

Zur Zeit wird von den Gesundheitsämtern Nord-Württembergs mit Hilfe eines dänischen Impf-Teams die freiwillige BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose bei den Kindern und Jugendlichen im Alter von ca. 3—9 Jahren, 14 Jahren und 18 Jahren durchgeführt. Allein in Stuttgart werden ca. 40 000 Kinder und Jugendliche mit Tuberkulin geprüft. Die überwiegende Mehrzahl der Erziehungsberechtigten hat sich dort mit der Durchführung der Impfung einverstanden erklärt, und die Zahl der geimpften Kinder wird deshalb groß sein.

Es wurden schon früher als Vorbereitung auf die Impfung im Südwestdeutschen Arzteblatt orientierende Aufsätze über die BCG-Impfung veröffentlicht. Über den Vortrag von Dr. Jensen, den dieser am 9. Februar 1949 vor der Stuttgarter Ärzteschaft hielt, wird in dieser Nummer berichtet. Bezüglich der Wirksamkeit und Unschädlichkeit der Impfung wird auf diesen Bericht verwiesen. Wie sich das Ausland, das schon größere Erfahrungen auf diesem Gebiet hat, zu diesen Fragen stellt, geht wohl am besten aus der Tatsache hervor, daß die Impfung nicht nur in Norwegen obligatorisch ist, sondern auch in der Armee von Schweden, Jugoslawien und der UdSSR, in letzterer auch bei den Säuglingen.

Es wird von allen Autoren mit größeren eigenen Erfahrungen angegeben, daß auch die Impfung eines bereits tuberkuloseinfizierten Kindes ohne Einfluß auf den schon vorhandenen Tuberkuloseherd sei. Trotzdem werden bei allen Kindern vor der Impfung 2 Tuberkulinproben gemacht, um nicht das Impfergebnis mit Fällen zu belasten, die infolge der vorher schon stattgefundenen Infektion später an Tuberkulose erkranken. Es läßt sich aber nicht vermeiden, daß ein kleiner Teil der Kinder kurz vor und nach der Impfung infiziert wird, bevor der Impfschutz sich ausgebildet hat (in der präallergischen Phase), obwohl alle Kinder, die in der Umgebung einer den Gesundheitsämtern bekannten Infektionsquelle leben, erst dann geimpft werden, wenn sie genügend lange von der Infektionsquelle getrennt sind. Wenn sich einmal die Impfung bei uns so eingebürgert hat, wie in den nordischen Ländern, und wir selbst Erfahrungen gesammelt haben, werden wir wohl entsprechend den vom Internationalen BCG-Kongreß in Paris 1948 herausgegebenen Richtlinien auf

der 1930 in Berlin die BCG-Impfung ablehnte, da bei der geringen Kindersterblichkeit an TBC damals keine Notwendigkeit dazu vorlag, hat sich in der Zwischenzeit von der Wirksamkeit der Methode überzeugt und tritt warm für sie ein. Auch eine zufällig in die negative Phase fallende Impfung hält er für unbedenklich.

**Breu:** In Ludwigsburg wurden 6200 Kinder = 60% der tuberkulinnegativen Kinder vor 3 Monaten geimpft. Dabei sind 2 Impfschüsse, bei einem Kind ein Exanthem und bei einem subfebrilen Temperaturen aufgetreten. Eine in einem Fall befürchtete TBC-Meningitis entpuppte sich bei der Obduktion als Kleinhirntumor. Bei einem weiteren Verdachtsfall auf TBC-Meningitis deckte die Sektion eine typische Grippe-Encephalitis auf.

eine Trennung von der Ansteckungsquelle verzichten können.

Mehrfach ist es jetzt schon vorgekommen, daß Erkrankungen, die sich in der Zeit nach der Impfung oder nach einer positiven Tuberkulinprobe zeigten, von den Eltern oder Hausärzten damit in Zusammenhang gebracht wurden. So wurde von Medizinalrat Dr. Breu, Ludwigsburg, wieder von einem Kind berichtet, das einige Wochen nach der Impfung unter den Symptomen einer Meningitis erkrankte, die Sektion deckte eine typische Grippe-Encephalitis auf. Ein Stuttgarter Kind, das vor einem Jahr geimpft wurde, erkrankte ein halbes Jahr darauf (!) nach der Angabe der Mutter an „Herzklappenentzündung“, der behandelnde Arzt habe einen Zusammenhang mit der Impfung für möglich gehalten. Diese Fälle zeigen, wie vorsichtig man in seinem Urteil sein muß, bevor die Umstände genau geklärt sind. Es ist selbstverständlich, daß bei einer so großen Anzahl von tuberkulingeprüften und geimpften Kindern ein Teil in der Zeit darauf allerlei Krankheiten bekommt, es ist auch wahrscheinlich, daß ein kleiner Teil der geimpften Kinder an Tuberkulose erkranken wird, da ja kein 100% iger Schutz erreicht wird, und da außerdem eine Infektion vor Angehen des Impfschutzes möglich ist. Ja, es ist sogar nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung möglich, daß das eine oder andere Kind eine tuberkulöse Meningitis bekommt, nachdem und trotzdem es mit BCG geimpft wurde. Jeder solche Fall muß selbstverständlich genau geklärt und evtl. auch eine Sektion gemacht werden. Es wird aber an Hand von Einzelfällen nicht möglich sein, sich ein Bild über die Wirksamkeit der Impfung zu machen, und auch einzelne nach und trotz der Impfung eintretende tuberkulöse Erkrankungen können nicht als Beweis dafür angesehen werden, daß entgegen den auf Millionen von Impfungen sich stützenden Erfahrungen des In- und Auslands die Impfung unwirksam oder gar schädlich sei. Auch hier kann nur auf Grund von großen Beobachtungsreihen mit einwandfreien statistischen Methoden die Frage geprüft und entschieden werden.

Die Kollegen werden gebeten, alle diesbezüglichen Beobachtungen dem zuständigen Gesundheitsamt mitzuteilen und mit ihrem Urteil gegenüber den Erziehungsberechtigten vorsichtig zu sein, um unnötige Beunruhigung der Bevölkerung zu vermeiden.

## BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. F. Proell: „Dentale Herdinfection.“ 30. Band der Schriftenreihe: Der Rheumatismus. Verlag Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig.

Der Fraenkomples der Herdinfectionslehre ist von hoher wissenschaftlicher Warte gesehen und abgehandelt. Die Theorien der Herdinfection, ihre Bakteriologie, ihr Wirkungsmechanismus werden ausführlich gewürdigt. Die lawinenartig angeschwollene Literatur ist in ihren wesentlichen Teilen referiert und in großer Ausführlichkeit mitgeteilt.

Proell befindet sich mit allen namhaften Kennern des Problems der dentalen Herdinfection im Einklang, wenn er als Sanierungsmaßnahme die Beseitigung sämtlicher erfassbaren Herde fordert. Alle pulpentoten Zähne müssen als Herde angesehen werden. Beim gegenwärtigen Stand der Diagnostik und der therapeutischen Möglichkeiten gibt es keine andere

Möglichkeit der Herdsanierung als Entfernung der pulpentoten Zähne oder unter gewissen Bedingungen Beseitigung der Herde durch Wurzelspitzenresektion. Bemerkenswert ist, daß Proell der Zahnsanierung vor der Tonsillektomie den Vorzug gibt mit der Begründung, daß viele tonsilloene Herde vom Zahnsystem aus entstehen und unterhalten werden können.

Besonderes Interesse verdient die Darstellung der Allgemeinbehandlung, die Proell im Anschluß an die Herdsanierung empfiehlt. Proell beschränkt sich hier — wie in seinem ganzen Werk — nicht auf das Zahnsystem, sondern er betrachtet die Herdinfection als einen wichtigen Teil der allgemeinen Krankheitslehre. Sowohl die Vakzine- als auch die Serumtherapie scheinen in der Nachbehandlung fokalförderter Allgemeinerkrankungen wertvolle Dienste zu leisten.

Die Ausführungen Proells sind außerordentlich klar. Die Ausstattung seines Buches ist der Zeit entsprechend vorzüglich, die Bildreproduktionen im Text sind anschaulich und genügen technisch allen Ansprüchen.

Dr. Rheinwald

Dozent Dr. med. habil. *Wolfgang Knierer*: „Über seltene maligne Tumoren.“ (Beihefte zur „Medizinischen Monatsschrift“, Heft 1.) Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1947.

Schriftleitung und Verlag der „Mediz. Monatsschrift“ haben die glückliche Lösung gefunden, Arbeiten, die sich wegen ihres größeren Umfangs zu einer Wiedergabe in ihrer Zeitschrift nicht eignen, in einer besonderen Schriftenreihe herauszugeben. Im 1. Heft berichtet Knierer München in zwei inhaltlich voneinander unabhängigen Abhandlungen über Untersuchungsergebnisse bei seltenen malignen Tumoren. Der 1. Abschnitt („Über eine seltene Form des Hautcarcinoms“) enthält die klinische und histologische Beschreibung einer meist an den Wangen und vorwiegend bei jüngeren Frauen auftretenden Abart eines Hautkarzinoms. Die Affektion bildet eine wenig über die Hautoberfläche plan erhabene, scharf und rundlich begrenzte, auf der Unterlage verschiebbare Platte. Die Farbe ist weiß gelblich, die Konsistenz ledererdig, die Oberfläche glatt, meist glänzend, mit feinen Gefäßweiterungen und leichter Schuppenbildung. Histologisch handelt es sich um Basalzellenepitheliome. Die sorgfältige und kritische Durchsicht des Schrifttums ergab, daß das Krankheitsbild seit 1899 nur in 26 Fällen beschrieben worden war, und zwar unter Bezeichnungen wie sklerodermie- oder morphäa-artiges oder -ähnliches Basalzellenepitheliom. Verfasser schlägt auf Grund von drei eigenen Beobachtungen die Bezeichnung „Karcinoma basocellulare keloidiforme“ vor, da das Aussehen der Affektion mehr an ein Keloid als an eine Morphäa denken lasse. — In seiner 2. Abhandlung („Über Sarkome auf chronisch-entzündlichen Veränderungen“) versucht Knierer der Frage nachzugehen, ob für die Entwicklung von Sarkomen die chronische Entzündung (meistens Lupus) selbst oder aber die Schädigung durch Röntgen- oder Radiumbestrahlungen verantwortlich zu machen sei. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß sich diese Frage nur auf statistischem Wege zur Zeit noch nicht klären lasse. Dagegen erscheint es ihm auf Grund von drei eigenen und einer Reihe von im Schrifttum niedergelegten Beobachtungen als wahrscheinlich, daß die histologische Differenzierung der Tumoren in polymorphzellige, polymorphkernige oder Riesenzellenformen mehr von der chronischen Entzündung selbst als von der vorangegangenen Bestrahlung abhängt.

Dr. Werner Schmidt (Stuttgart)

*M. Goertz und D. W. Unsel*: „Medizinisches Wörterbuch der deutschen und englischen Sprache.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. 300 S.

Das Buch ist gedacht als Helfer beim Lesen medizinischen Schrifttums in englischer Sprache, bei der Übersetzung deutscher Texte ins Englische, wie auch bei persönlicher Berührung mit der Medizin angelsächsischer Länder und enthält außerdem die wichtigsten Ausdrücke der verwandten und benachbarten Gebiete (Pharmazie, Chemie, Physik) und eine große Anzahl sonstiger vor allem in der Medizin gebräuchlicher Wörter. Das kleine praktische Lexikon befriedigt ein wirkliches Bedürfnis.

Dr. Karl Erhard Weiss

*G. Erich Schubert*: „Das peptische Geschwür des Magens und Zwölffingerdarms.“ Eine Studie über seine Entstehung, Erkennung und Behandlung. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1947.

Die erschreckend hohe Zahl der Magengeschwürskranken, die zunehmende Bedeutung dieses Leidens in sozial-hygienischer Hinsicht und die Schwierigkeiten der Behandlung gerade in heutiger Zeit rechtfertigen von vorneherein ein Buch, das sich zum Ziel setzt, die einschlägigen Fragen und Probleme kritisch zu besprechen.

Das Magengeschwür ist keine örtliche Erkrankung, sondern hat seine Wurzeln — als Ulcuskrankheit — sowohl im körperlichen Belastetsein, als auch in seelischen Erschütterungen; Mangel- und Fehlernährung, Not und Sorgen in weitestem Sinne. Hitze und schlechte Kaugewohnheiten führen zu der sog. „vegetativen Dystonie“, deren Niederschlag, über spastische Zustände und Kreislaufstörungen bzw. gastritische Veränderungen, die örtliche Geschwürsbildung ist.

Im ersten Hauptkapitel des Buches wird ein guter Überblick über die Entstehung, die Physio-Pathologie und Diagnostik des Magengeschwürs gegeben. Bei der inneren Behandlung wird größter Wert auf eine konsequent durchgeführte Ruhekur

(Freiluft- bzw. Sonnenbehandlung!) gelegt; die Physiologie der Ernährung, die Diätetik (Vitamine!) und die medikamentöse Behandlung finden ausgiebige Darstellung. Einen günstigen Eindruck hat der Verfasser von Hormongaben (bei Männern Cyren B, bei Frauen Percorten); bei einer bestimmten Gruppe von Geschwürskranken mit gräulich brauner Hautfarbe, asthenischem Typ und depressiver Gemütslage, äußerlich an Addison'sche Krankheit erinnernd, wurde mit gutem Erfolg eine Suprareninbehandlung ( $1/4$ — $1/2$  Ampulle jeden 2. Tag je nach Reaktion) iniiziert. Da es sich in diesem Falle regelmäßig um callöse, ins Pankreas penetrierende Ulcera handelte, wurde eine Überfunktion des Pankreas angenommen, die ihrerseits zu einem Überwiegen des Parasympathikus und einer Unterfunktion des Sympathikus führt. Wie weit diese Gedankengänge richtig sind, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

Die Indikation zur chirurgischen Behandlung wird nach den heute wohl allgemein geltenden strengen Gesichtspunkten gestellt; ein Schleimhautulcus ist niemals Gegenstand einer operativen Behandlung. Jedes Geschwür ist prinzipiell vor der Operation einer sachgemäßen inneren Behandlung zuzuführen. Absolute Indikation zur Operation besteht lediglich bei der Perforation und hochgradiger Pylorusstenose, außerdem werden bei Geschwüren, die in Nachbarorgane penetrieren, bei erheblicher Blutungsgefahr auf Grund des anatomischen Sitzes, bei mehrfach bereits erfolgten Blutungen und bei drohender Stenosierung chirurgische Überwachung und evtl. operative Eingriffe nötig werden. Daß Kranke mit schwerer Geschwürsblutung nicht erst nach erfolgloser innerer Behandlung dem Chirurgen überwiesen werden sollen, verdient allgemeine Beachtung; hier heißt es entweder sofort oder gar nicht. Immerhin sprechen die guten operativen Ergebnisse Finsterer's für chirurgisches Vorgehen bei massiven Blutungen.

Dr. Reichle

*Reiner Müller*: „Medizinische Mikrobiologie — Parasiten, Bakterien, Immunität.“ 3. Aufl. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—München—Wien.

Das Buch hat einen klaren Aufbau und behandelt die einzelnen Fragen bis auf die letzten (1946) gewonnenen Ergebnisse. Die einzelnen Abhandlungen sind gespickt mit wertvollen Zusätzen aus allen einschlägigen Grenzgebieten. Dem Studenten vermittelt das Buch alles Wissenswerte. Jeder, der biologischen Unterricht gibt, findet darin wertvolle Hinweise, die er sonst nur mühselig in der Literatur suchen muß. Dem Arzt gibt die weitere Fassung einen Ausblick in die Grenzgebiete und ergänzt seine „allgemeine Bildung“. Neben der strengen Wissenschaftlichkeit ist das Buch äußerst anregend und interessant geschrieben.

Prof. Dr. Lutz

*Prof. Dr. K. W. Jötten*: „Der derzeitige Stand der Tuberkulose-Ausbreitung und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung.“ 1. Aufl. 51 Seiten. Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung, Münster 1947.

In einer Zeit, in der die Tuberkulose so um sich greift, wie in der Gegenwart, wird das vorliegende kleine Buch des bekannten Tuberkuloseforschers und Hygienikers Jötten sehr begrüßt. Im ersten Teil seiner Ausführungen belegt der Verfasser auf Grund statistischer Erhebungen unter Beigaben von Kurven, daß auch in Westfalen in den Jahren 1945/46 die Tuberkuloseerkrankungsziffern angestiegen sind. Die durchschnittliche Tuberkulosemortalität hat ebenfalls eine, wenn auch nur geringere, Zunahme erfahren, — eine Feststellung, die auch für unser Land Nord-Württemberg zutrifft. Wenn auch die Ausbreitung der Tuberkulose infolge der gut organisierten Tuberkulosebekämpfung in den Jahren vor dem letzten Krieg nicht die Werte des ersten Krieges und der damaligen Nachkriegszeit erreicht haben, müssen trotzdem alle Bekämpfungsmaßnahmen eingeleitet werden, um zu verhüten, daß die Tuberkulose weiter um sich greift.

Bei der Besprechung der Maßnahmen, die wir zur Eindämmung der Tuberkulose zu ergreifen haben, stellt Jötten mit vollem Recht die energische Bekämpfung der offenen Tuberkulose in den Mittelpunkt. Die Infektionsquelle muß abgeriegelt werden. Bazillenstreuer mit Gefährdung der Umgebung gehören in eine Tuberkuloseanstalt. Bei der Aufnahme in Lungenheilstätten und Tuberkulosekrankenhäusern sollen die Offentuberkulösen gegenüber den Leichtlungenkranken bevorzugt werden. Die Desinfektion des Auswurfs muß sachgemäß mit den bewährten Präparaten durchgeführt werden. Die Zahl der

nichtansteckend Tuberkulösen hängt von der Intensivierung der Sputumuntersuchungen ab. Bei der Besprechung der Kinder-tuberkulose läßt Jötten auch den Kinderkliniker von Münster, Köttgen, zu Worte kommen. Köttgen fordert die Angliederung einer Beobachtungsstation für tuberkulöse Kinder an die Universitäts-Kinderklinik in Zusammenarbeit mit den Tuberkulosefürsorgestellten. Am Schluß wird über neuere therapeutische Versuche berichtet.

Die Monographie gibt Anregungen für jeden, der sich mit Tuberkulosebekämpfung beschäftigt, insbesondere aber für den Tuberkulosefürsorgearzt.  
Dr. Breu

Hofrat Prof. Dr. Dr. h. c. Hans v. Haberer: „Die Erkrankungen der Leber und der Gallenwege — Ein Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Chirurgie.“ Für Ärzte und Studierende. Thomas-Verlag, Kempen (Niederrhein) 1947, 199 S., 16 Abb.

Die Leber- und Gallenwegkrankungen haben in den letzten zehn Jahren nicht zuletzt durch die besonderen Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse sowohl in pathologisch-physiologischer als auch in klinischer Hinsicht an Bedeutung gewonnen. Das Buch von Haberer ist eine äußerst wertvolle Ergänzung zu den neuen Arbeiten von internistischer Seite.

Der Verfasser behandelt nach klaren anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen die spezielle Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege. In dem Kapitel der speziellen Pathologie und Klinik hat der Verfasser bewußt den Chirurgen und Internisten in gleicher Weise klinisch besonders interessierende Erkrankungen der äußeren Gallenwege (Cholelithiasis, Choledocholithiasis und Cholecystitis) und die Hepatopathien zuerst besprochen.

Nach übersichtlicher Zusammenfassung der Symptomatik und gesamten Differentialdiagnose der Gallensteinkrankungen werden eingehende therapeutische Erwägungen vom chirurgischen und internen Standpunkt aus angestellt. Neben der eigenen sehr reichen jahrzehntelangen klinischen Erfahrung und wertvollen Beobachtungen im Krieg 1939 und 1945 verwertet der Verfasser die Sammelstatistik von Enderlen und Hotz bei seinen therapeutischen Folgerungen. Die Indikationsstellungen zur operativen Behandlung werden an Hand von eindrucksvollen Krankengeschichten herausgearbeitet. Im wesentlichen wird der Standpunkt von Enderlen angenommen:

„Frühoperation heißt frühzeitig eingreifen, sowohl in Hinsicht auf das Gallenleiden als auch in Hinsicht auf das Lebensalter. Ihre Vorzüge sind: Der Kranke ist im Beginn des Leidens widerstandsfähiger, der Prozeß ist lokalisiert; Leber, Pankreas, Nieren und Herz weisen noch keine schweren Veränderungen auf. Wenn es zugänglich ist, läßt man den Anfall abklingen; im freien Stadium ist die Mortalität halb so hoch als im Anfall.“

In einer sehr übersichtlichen Tabelle der an Gallenblase und Gallenwege ausgeführten Operationen wird ein Einblick in die Gesamtleistung der operativen Therapie gewährt und anschlie-

send wird berichtet über die Rest- und Rezidivbeschwerden, die der Chirurg und Internist beobachten kann.

Im zweiten Teil des Kapitels werden eingehend die Hepatopathien besprochen. Wegen der komplexen Ätiologie der hepatogenen Ikterusformen und der großen praktischen Bedeutung dieser Erkrankungsformen für die Klinik werden die grundlegenden Arbeiten Eppingers und in pathologisch-anatomischer Hinsicht die Auffassungen von Rösle herangezogen und gewürdigt. Auf das anatomische und klinische Geschehen bei der Lebercirrhose wird absichtlich nicht näher eingegangen, sondern nur die sehr beschränkten chirurgischen Maßnahmen bei Blutungen aus Oesophagus und Magenvaricen angeführt.

Da im Rahmen der obengenannten hepato-lienalen Erkrankungen besonders bei dem hämolytischen Ikterus unter besonderen Umständen eine chirurgische Behandlung erfolgreich sein kann, wird diese Krankheitsgruppe wieder ausführlich behandelt. Die Symptomatik, Differentialdiagnostik und Therapie bei Leberabszeß und Leberchinococcus wird an Hand von Krankengeschichten besprochen und auch epikritisch ausgewertet.

In den folgenden Kapiteln werden die Geschwülste und die Tuberkulose der Leber sowie die Lues kurz bearbeitet und abschließend über die Verletzungen der Leber und Gallenwege sowie über angeborene Erkrankungen dieser Organe berichtet.

Das vorliegende Buch mit seinen vielseitigen Fragestellungen zeichnet sich nicht nur durch seinen besonders wertvollen sachlichen Inhalt und seine Geschlossenheit aus, sondern trägt die persönlich-menschliche Note eines großen Klinikers. Der Verfasser hat die Richtigkeit des bedeutsamen Ausspruches Ernst v. Bergmanns: „Es gibt kein Grenzgebiet zwischen Chirurgie und Medizin, es gibt nur ein gemeinsames Gebiet ärztlichen Könnens“ tatsächlich bestätigt.  
Dr. H. Speth

„Die deutsche Opiumgesetzgebung.“ Zusammenge stellt und mit Hinweisen auf die derzeitige Durchführung versehen von Armin Linz. Springer-Verlag, Berlin Göttingen, 1948.

Die Verordnungen über Betäubungsmittel (Opium, Morphinum, Kokain usw.) sind übersichtlich zusammengestellt, mit einem Anhang: Richtlinien für die Anwendung von Betäubungsmitteln in der ärztlichen Praxis. Das Fehlen einer zentralen Aufsichtsbehörde, wie es das Reichsgesundheitsamt war, macht sich störend bemerkbar.  
Dr. Karl Erhard Weiss

Franz Koelsch: „Die meldepflichtigen Berufskrankheiten.“ Zweite Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—München—Wien, 1947.

In gedrängter Kürze werden scharf umrissene Krankheitsbilder der meldepflichtigen Berufskrankheiten unter Berücksichtigung der Differentialdiagnosen entworfen. Das Buch wird dem beschäftigten Industriearzt ein willkommenes Hilfsmittel sein und ein verlässliches Nachschlagewerk in Zweifelsfällen.  
Dr. Karl Erhard Weiss

## Bekanntmachungen

### Verhandlungen über die Vergütung der Tätigkeit der Kassenärzte

Die „Arbeitsgemeinschaft der Ärzte und Krankenkassen für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet“ teilt mit:

Die Verbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landkranken-kassen und die Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Vereinigten Wirtschaftsgebietes sind in Verhandlungen über die Vergütung der Tätigkeit der Kassenärzte eingetreten. Die Kassenärzte halten eine Anpassung ihrer Vergütungen an die gegenwärtigen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse für unbedingt erforderlich, da ein großer Teil der Ärzteschaft in wirtschaftliche Not geraten ist. Diese Notlage ist nicht durch die Krankenkassen, sondern durch die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und dadurch entstanden, daß eine Revision der Honorarverträge seit dem Jahre 1931/32 nicht vorgenommen ist. Die Lage des Arztstandes wird durch die maßlose Überfüllung des Berufes, die Not der Flüchtlingsärzte und die ungenügende oder fehlende Bezahlung der in den Krankenanstalten tätigen jungen Ärzte verschärft.

Die Verbände der Krankenkassen und die Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen haben die „Arbeitsgemeinschaft der Ärzte und Krankenkassen für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet“ gegründet, in welcher die Honorarverhandlungen geführt und die gedeihliche Zusammenarbeit der Krankenkassen und Kassenärzte gefördert werden sollen. In vertrauensvoller Weise sollen alle strittigen Fragen und die im Interesse der Versicherten gemeinsam zu erfüllenden Aufgaben erörtert werden. In den ersten Verhandlungen, die am 18. Februar 1949 in Königstein/Taunus stattfanden, kam von beiden Seiten der Wille zum Ausdruck, das bestehende gedeihliche Verhältnis aufrechtzuerhalten. Von einer Erörterung etwa auftretender Streitfragen in der Presse wünschen die Organisationen der Ärzte und der Krankenkassen abzusehen, weil sie sich davon keinen Nutzen für die Versicherten und für die Krankenversicherung versprechen. Die Öffentlichkeit wird durch Verlautbarungen der Arbeitsgemeinschaft über den Fortgang der Verhandlungen unterrichtet werden. Die Arbeitsgemeinschaft ist bereit, Auskünfte zu erteilen.

### Aus dem Sozialhygienischen Ausschuß der deutschen Ärzteschaft

Durch Beschluß des 51. Deutschen Ärztetages wurde im Anschluß an das Referat über die „Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Ärzteschaft“ ein Ausschuß für Sozialhygiene gegründet, in den Prof. Lossen, Bad Nauheim, Dr. Rodewald, Kiel, und Dr. Dobler, Tübingen, gewählt wurden. Dieser Ausschuß soll die Bildung einer Sozialhygienischen Gesellschaft vorbereiten, in welcher die Ärzteschaft der organisatorische Träger der Sozialhygiene sein soll, die in den letzten Jahrzehnten offenkundig vernachlässigt wurde, für die Gesundheitserhaltung unseres Volkes aber von größter Wichtigkeit ist.

In einer ersten Arbeitstagung am 3. Dezember 1948 hat der Ausschuß die Herren Prof. Klose, Kiel, und Ob.Med.Rat Koch, Darmstadt, in den Ausschuß zugewählt und entsprechend den Anregungen auf dem Ärztetag an den Parlamentarischen Rat, seine Fraktionen und Mitglieder, im Auftrag der deutschen Ärzteschaft folgende Eingabe gerichtet:

1. die Gesetzgebung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ist dem Bund und seinen Organen vorzubehalten,
2. zur Durchführung dieser Gesetzgebung ist ein Bundesministerium für Gesundheitswesen zu schaffen.

Es wurde weiterhin beschlossen, daß der Ausschuß sich zunächst mit den Problemen beschäftigen soll, deren Behandlung nach der jeweiligen gesundheitspolitischen Lage einer vordringlichen Bearbeitung bedarf, daß er insbesondere sozialhygienisch erfahrene Forscher und Ärzte zur Mitarbeit heranziehen und Sektionen zur Erörterung von Einzelproblemen bilden wird.

Als vordringlichstes ist der Aufbau des werkärztlichen Dienstes in Angriff genommen. Das Amt VI für Verwaltung in Frankfurt beabsichtigt eine gesetzliche Regelung, welche die Betriebsleiter verpflichtet, Betriebsärzte hauptamtlich anzustellen. Um den notwendigen Einfluß auf die Ausgestaltung des werk- und betriebsärztlichen Dienstes zu nehmen, hat der Sozialhygienische Ausschuß beschlossen, eine betriebsärztliche Akademie einzurichten, auf der die in Aussicht genommenen Betriebsärzte für ihre speziellen Aufgaben vorbereitet werden sollen. Ein entsprechendes Kuratorium unter Zuziehung des Ministerialrats Dr. Paetzold vom Amt VI in Frankfurt und Beteiligung aller führenden Ärzte auf dem Gebiet der werkärztlichen Arbeit ist gegründet. Die Vorbereitungen sind so weit abgeschlossen, daß schon in wenigen Wochen der erste Kurs für Ausbildung von Werkärzten beginnen kann.

Wir sind der Ansicht, daß der betriebsärztliche Dienst nur dann wirklich werkärztlich bleibt und nicht in revierärztliche Methoden abgleitet, wenn sachgemäß vorgebildete ärztliche Kräfte zur Verfügung stehen und die Ärzte nicht von Betrieben abhängig werden.

Die Arbeit des Sozialhygienischen Ausschusses will den Aufbau einer „Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene und öffentliche Gesundheitspflege“ vorbereiten. In der Abteilung „Soziale Hygiene“ werden eine Reihe von Sektionen zusammengefaßt, die unter Leitung von besonders erfahrenen Fachärzten den Kampf gegen die Tuberkulose, die Geschlechtskrankheiten, die Herz- und Kreislaufkrankheiten, die Rheumaerkrankungen, die Geschwulstkrankheiten aufnehmen. Die Schulhygiene und die Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, die Bevölkerungsplanung und Eheberatung, die Gewerbehygiene, die Arbeitspsychologie und werkärztliche Tätigkeit, Ernährungsfragen, sozialhygienische Probleme und Flüchtlingsfragen, Fürsorge für Krüppel und Körperbeschädigte, für Geistesranke und Süchtige, Psychotherapie und hygienische Volksbelehrung, Medizinalstatistik und Vertrauensärztlicher Dienst sollen hier bearbeitet werden.

In der Abteilung „Öffentliche Gesundheitspflege“ sollen Kommunalverbände, Fürsorgeverbände, Wohlfahrtsorganisationen und behördliche Institutionen zu einheitlichem Handeln zusammengefaßt werden. Die Vorsitzenden dieser beiden Abteilungen sollen zusammentreten, um die jeweils vordringliche Arbeit festzustellen und darum bemüht sein, alle verfügbaren Mittel auf die jeweilige Arbeit zu konzentrieren.

Die Zeitschrift „Hippokrates“ wird die wesentlichen Arbeitsergebnisse veröffentlichen.

Dobler

### Neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden beim Hochspannungsunfall

Die Reichsbahndirektion Stuttgart legt Wert darauf, daß ein möglichst weiter Kreis von Ärzten **beschleunigt** mit den praktischen Ergebnissen einer Arbeit aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Zürich: „Neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden beim Hochspannungsunfall“ bekannt gemacht wird.

Wir geben im folgenden, um diesem Wunsche Rechnung zu tragen, zunächst eine kurze Zusammenfassung der für die erste Hilfe nach Hochspannungsunfällen wichtigen neuen Gesichtspunkte, so wie sie den Dienststellen der Reichsbahn zugeht:

„Nach neueren Forschungen kann nach Hochspannungsunfällen auch dann, wenn der Betroffene nicht bewußtlos wird und die äußeren Verletzungen verhältnismäßig klein sind, noch nach Tagen der Tod durch innere Vergiftung eintreten. Neben den bisherigen Vorschriften zur Rettung und ersten Hilfe bei Starkstromunfällen ergeben sich somit folgende Ergänzungsmaßnahmen: Man verabreicht dem Verletzten, wenn er bei Bewußtsein ist sofort, wenn er bewußtlos ist, sobald er aus der Bewußtlosigkeit oder Betäubung erwacht: einen Teelöffel Natr.-Bikarbonat in  $\frac{1}{3}$  Liter Wasser (= 5 Tabl. zu 1 g Na.Bi.). Diese Verabreichung von Bikarbonat soll über 24 Stunden stündlich wiederholt werden, sofern der sofort beigezogene Arzt nicht etwas anderes vorschreibt. Im übrigen gelten bei bewußtlosen durch Hochspannung Verletzten die Vorschriften über Wiederbelebung bei elektrischem Scheintod nach wie vor unverändert.“

Die Reichsbahndirektion hat den Bahnärzten und den an der elektrifizierten Strecke Ludwigsburg—Ulm gelegenen Krankenhäusern Photokopien der Originalarbeit zugehen lassen. Da die Arbeit u. E. von großer Wichtigkeit ist, werden wir in einer der nächsten Nummern ein ausführliches Referat bringen.

#### Die Schriftleitung

#### Fortbildungskurse beim Institut für Blutgruppenforschung in Göttingen

Das Institut für Blutgruppenforschung in Göttingen (Leiter: Prof. Dr. med. Peter Dahr) hält an den nachbezeichneten Terminen **Fortbildungskurse für Ärzte** ab, in denen alle die Kenntnisse der **Blutgruppenserologie** (einschließlich der Rh-Untersuchungen und mit besonderer Berücksichtigung der **Verhütung der Transfusionsschäden**) vermittelt werden sollen, wie sie für Ärzte als **Leiter von Blutzentralen** oder für Ärzte, die für das **Blutspendewesen** eines Krankenhauses verantwortlich sind, erforderlich sind — desgleichen **Fortbildungskurse für med.-techn. Assistentinnen**, die sich in den genannten Arbeitsbereichen betätigen.

Die Teilnehmergebühr beträgt für Ärzte 50 DM, für Assistentinnen 30 DM. Quartier kann auf Wunsch vermittelt werden.

**Kurse für Ärzte:** 14. bis 19. März, 11. bis 16. April, 9. bis 14. Mai, 6. bis 11. Juni 1949.

**Kurse für Assistentinnen:** 28. März bis 1. April, 25. bis 29. April, 23. bis 27. Mai, 20. bis 24. Juni 1949.

Anmeldungen jeweils bis 14 Tage vor dem gewünschten Kurstermin an Prof. Dr. Dahr, Göttingen, Kreuzberggring 57.

#### Lehrgang für Amtsärzte

Der 6. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird von Mitte April bis Ende Juli 1949 abgehalten. Das Vorlesungsverzeichnis wird den Lehrgangsteilnehmern rechtzeitig vor Beginn des Lehrganges zugestellt. Umgehende Anmeldung bei der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus-Sozialministerium, ist erforderlich, da die Zahl der Ausbildungsplätze begrenzt ist. Bei rechtzeitiger Anmeldung werden den Lehrgangsteilnehmern möblierte Zimmer vermittelt. Für eine Gemeinschaftsverpflegung ist gesorgt.

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

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

**Betäubungsmittelsperre und Betäubungsmittelbeschränkung**  
Anordnungen des Innenministeriums Württemberg-Baden — Opiumstelle —

## I.

Den nachstehend genannten Personen wurde der Bezug sämtlicher Betäubungsmittel gesperrt.

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

- Carady, Dr.,** Wladislaus, geb. 14. 9. 1910 in Supotiz, Jugoslawien, wohnhaft angeblich in Hamburg, Deutscher Ring Nr. 110, zuletzt Krankenhaushaus Kastatt.
- Dahn, Eugen,** Goldschmied, geb. 8. 12. 1899 in Pforzheim, wohnhaft Pforzheim, Christophallee 51.
- Frei, Gustav,** geb. 26. 9. 1909 in Neckarhausen und seine Ehefrau Paula, geb. Hemberger, wohnhaft Neckarhausen, Friedrich-Ebert-Str. 35.
- Gawlik, Heinz,** geb. 28. 7. 1921 in Kattowitz, wohnhaft Eßlingen-Mettingen, Obertürkheimer Str. 80.
- Grünwald, Amalie,** geb. 28. 1. 1901, wohnhaft in Heidelberg-Schlierbach, Guteutholweg 26.
- Häring, Susanne,** geb. Häusler, geb. 9. 5. 1916 in Nohl/Schweiz, wohnhaft Neumarkt/Oberpfalz.
- Husemeyer, Kurt,** geb. 30. 5. 1894 in Berlin, wohnhaft Karlsruhe, Umlandstr. 40.
- Kleinheinz, Max,** geb. 22. 5. 1923, wohnhaft in Babenhausen, Lk. Illertissen, Schranzenstr. 59.
- Knaack, Friedrich,** Diplom-Ingenieur, geb. 22. 3. 1910 in Dobran/Mecklenburg, zur Zeit ohne festen Wohnsitz.
- Köhleritz, Irma,** geb. Piaff, geb. 6. 10. 1929 in Niederbühl, Kreis Wetzlar, wohnhaft zur Zeit Turmhotel, Stuttgart, bei der Rosensteinbrücke.
- Kühlkopf, Gerhard,** geb. 31. 8. 1912, wohnhaft Plochingen, Schulstr. 16.
- Moog, Adolf,** Buchhalter, geb. 23. 7. 1899 in St. Johann (Saarbrücken), wohnhaft Mannheim-Waldhof, Am Herrschaftswald 77.
- Moog, Hans,** Arbeiter, geb. 28. 5. 1928, wohnhaft Mannheim-Waldhof, Am Herrschaftswald 77.
- Müller, Eugenie,** geb. Chavoën, geb. 20. 3. 1897 in Freiburg, wohnhaft Stuttgart, Reinsburgstr. 120.
- Quittenbaum, Gerda,** wohnhaft Stuttgart-S, Silberstr. 3.
- Russmann, Magdalena,** geb. Mauthe, geb. 28. 10. 1901, Hausfrau, wohnhaft Taillingen, Langestr.
- Schaum, Ernst,** Desinfektor, geb. 12. 5. 1915 in Insterburg, wohnhaft in Karlsruhe-Aue, Westmarkstr. 14.
- Schenke, Willi,** geb. 19. 4. 1912 in Schlochau, wohnhaft Plankstadt, Schwetzingen Str. 14.
- Scheurer, Liselotte,** geb. 6. 11. 1922 in Ludwigshafen, wohnhaft Heidelberg, Neckarstadt 22.
- Schön, Erwin,** geb. 24. April 1911, wohnhaft Pforzheim-Brötzingen, Arlinger Str. 68.

## II.

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

- Amerlein, Anna,** geb. 29. 8. 1889 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart-S, Böheimstr. 1 b.  
Verschreibender Arzt: Dr. med. Krauss, Stuttgart-W, Silberburgstr. 182.  
Apotheke: Marien-Apotheke, Stuttgart, Böblinger Str.
- Barth, Kurt,** geb. 1. 3. 1921, wohnhaft Seelach, Kr. Gmünd.  
Verschreibender Arzt: Dr. med. Paul Ehrhart, Schwäb. Gmünd.  
Apotheke: Mohren-Apotheke, Schwäb. Gmünd.
- Böttcher, Alfred,** geb. 2. 2. 1901, wohnhaft Karlsruhe-Rüppur, Heckenweg 59.  
Verschreibender Arzt: Dr. Eger, Karlsruhe.  
Apotheke: Ludwig-Wilhelm-Apotheke in Karlsruhe.
- Dietrich, Jakob,** geb. 22. 2. 1885 in Seelach, wohnhaft Seelach, Kr. Gmünd.

Verschreibender Arzt: Dr. Carl Hoechstetter, Adelsmannsteiden.

Apotheke: Apotheke in Abtsgmünd.

**Gerner, Hermann,** geb. 24. 10. 1900 in Korb-Dippach, wohnhaft Schwab. Hall, Gelbinger Gasse 99.

Verschreibender Arzt: Frau Dr. med. Gerster, Schwäb. Hall.

Apotheke: Sandelsche Apotheke, Schwäb. Hall.

**Gutmann, Hans,** wohnhaft Stuttgart, Teichstr. 10.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Karl Kübler, Stuttgart, Paulinenstr. 20.

Apotheke: Mozart-Apotheke, Stuttgart.

**Hohmann, Georg,** geb. 7. Februar 1898 in Brebach, wohnhaft in Tauberbischofsheim.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Zapf, Tauberbischofsheim.

Apotheke: Apotheke in Tauberbischofsheim.

**Jung, Alfred,** geb. 11. 9. 1918, wohnhaft in Schloßberg, Haus Nr. 34.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Reinhard, Trochtelfingen.  
Apotheke: Becksche Apotheke in Bopfingen.

**Mall, Erika,** geb. 28. 5. 1915 in Durlach, wohnhaft Karlsruhe-Durlach, Badener Str. 13.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Karl Heinz, Durlach, Reichenbachstr. 17.

Apotheke: Einhorn-Apotheke, Karlsruhe-Durlach.

**Mitsch, Käthe,** geb. 24. 11. 1878 in Rohrbach, wohnhaft Mosbach, Rosenstr. 4.

Verschreibender Arzt: Frau Dr. Liesel Rexroth, Mosbach.  
Apotheke: Stadt-Apotheke in Mosbach.

**Nagelmann, Hubert,** wohnhaft Heilbronn-Sontheim, Arnoldstr. 13.

Verschreibender Arzt: Dr. A. Dörr, Heilbronn.

Apotheke: Karlstor-Apotheke, Heilbronn.

**Pfälzer, Lilly,** geb. Raetzer, geb. 18. 12. 1898 in Pforzheim, wohnhaft Stgt.-Degerloch, Schrempfstr. 18.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Wilhelm, Möhringen.

Apotheke: Waldau-Apotheke, Stgt.-Degerloch.

**Pröger, Wilhelm,** Metzger, geb. 2. 2. 1912, wohnhaft Mosbach, Hauptstr. 59.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Weiler, Mosbach.

Apotheke: Apotheke in Mosbach.

**Raith, Friedrich,** geb. 22. 11. 1919 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart-W, Hasenbergstr. 13.

Verschreibender Arzt: Dr. med. Wolf, Degerloch, Löwenstr.

Apotheke: Engel-Apotheke, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 80.

**Sautter, Kurt,** geb. 18. 5. 1925 in Leinfelden, wohnhaft Leinfelden, Echterdinger Str. 21.

Verschreibender Arzt: Dr. M. Krafft, prakt. Arzt, Musberg.

Apotheke: Apotheke in Böblingen.

**Schmidt, Frieda,** geb. 29. Mai 1902 in Greitz, wohnhaft Sindelfingen.

Verschreibender Arzt: Frau Dr. Martha Küssner, Sindelfingen.

Apotheke: Apotheke Sindelfingen.

**Weinbrenner, Adolf,** geb. 13. 3. 1891, wohnhaft Beinstein, Großheppacher Str. 180.

Verschreibender Arzt: Dr. Burmeister, Waiblingen.

Apotheke: Untere Apotheke in Waiblingen.

## III.

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

**Dr. med. Kurt Hahne,** geb. 29. 6. 1902 in Büttringhausen, wohnhaft Stuttgart, Kleine Königstr. 8.  
Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Städt. Gesundheitsamt Stuttgart.

**Dr. med. Munkel, Otto,** prakt. Arzt, geb. 9. 9. 1916, wohnhaft in Karlsruhe, Heidestr. 18.

Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Staatliches Gesundheitsamt, Karlsruhe.

## IV.

Für Patienten ausgestellte Betäubungsmittel-Verschreibungen des nachstehenden Arztes dürfen nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch das Staatliche Gesundheitsamt beliefert werden. Für sich selbst darf der Genannte keine Betäubungsmittel verschreiben. Ferner ist kein Arzt in Nord-Württemberg und Nord-Baden berechtigt, ihm Betäubungsmittel zu verschreiben und keine Apotheke ist berechtigt, solche abzugeben:

Dr. med. dent. Wiesmaier, Tassilo, geb. 26. 2. 1910 in München, wohnhaft in Ulm/D., Rechbergweg 13.

## V.

Betäubungsmittel-Rezepte des nachstehenden Arztes dürfen nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch das Staatliche Gesundheitsamt beliefert werden. Ebenso dürfen Betäubungsmittel an den Genannten nur abgegeben werden, wenn die Rezepte vom Staatlichen Gesundheitsamt gegenzeichnet sind:

Dr. med. Klein, Walter, geb. 21. 3. 1919 in Schwab. Gmünd, wohnhaft Städt. Krankenhaus Sindelfingen.

Gegenzeichnendes Gesundheitsamt: Böblingen.

## VI.

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

Dr. med. Frank, Helmuth, geb. 5. 10. 1919 in Stuttgart, wohnhaft Stuttgart, Etzelstr. 27.

Dr. med. Nille, Friedrich, Walter, geb. 4. 10. 1906 in Schladebach, wohnhaft in Epenbach, Haus Nr. 100.

## VII.

Die in der Nr. 10/1948 dieses Blattes auf S. 60 unter IX ausgesprochenen Anordnungen, nach denen die Betäubungsmittel-Rezepte der nachstehenden Ärzte nur nach vorheriger Gegenzeichnung durch die Staatl. Gesundheitsämter Böblingen bzw. Mergentheim beliefert werden dürfen, werden hiermit aufgehoben.

Dr. med. Brückner, Ludwig, geb. 22. 5. 1911 in Nürnberg, wohnhaft Magstadt, Bahnhofstr. 32.

Dr. med. v. Richter, Friedrich, geb. 5. 4. 1916 in Berlin, wohnhaft Igersheim b. Bad Mergentheim, Kirchgasse 72.

## VIII.

Die über nachstehend Genannte verhängte Sperre zum Bezug von Betäubungsmitteln wird wegen Todesfalles hiermit aufgehoben:

Flister, Dr. med. Erich, wohnhaft Großgartach/Heilbronn.

Hauser, Heinz, wohnhaft Mannheim, Mollstr. 40.

Heck, Fritz, Dr. med., geb. 18. 10. 1895 in Sennfeld, wohnhaft gewesen in Mannheim.

Henrich, Karl, wohnhaft Heidelberg-Pfaffengrund, Schulpl. 19.

Junginger, Barbara, wohnhaft Endersbach, Schafgasse 5.

Sachsenheimer, Marie, Kleingartach, Hauptstr. 43.

## IX. Berichtigung

In der Veröffentlichung in Nr. 10/1948 dieses Blattes, S. 60, muß es bei

Dr. Kreis, Helmut, prakt. Arzt, geb. 29. 10. 1902, wohnhaft Mörsch, heißen: „wohnhaft nicht mehr in Mörsch. Der derzeitige Aufenthalt ist unbekannt.“

## X.

Der nachstehend genannten Ärztin wurde laut Verfügung der Landesregierung Sachsen-Anhalt wegen Betäubungsmittelsucht die Approbation entzogen:

Hirschhoff, Eva, zur Zeit Landesheilanstalt Halsenleben.

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

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

### Streptomycin-Anwendung

Auf Veranlassung des Innenministeriums Württemberg-Baden wird bekanntgegeben:

1. „Der Gesundheitsausschuß für die US-Zone beim Koordinierungsbüro der Länder hat beschlossen, daß künftig außer tuberkulöser Meningitis auch Miliartuberkulose mit Streptomycin behandelt werden soll. Die Behandlungszentren erhalten außerdem in beschränktem Umfange Streptomycin zur Behandlung von Meningitiden nicht tuberkulöser Art, postoperativen Streuungen, Toxicosen und lebensbedrohlichen Keuchhustenfällen bei Kindern unter 3 Monaten. Die Streptomycin-Behandlung darf auch künftig nur im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt des zuständigen Behandlungszentrums (Stadt. Kinderklinik, Stuttgart, Ob. Birkenwaldstr.) erfolgen, der die näheren Bestimmungen über Anwendung und Verwendung von Streptomycin trifft.“

2. „Es wird darauf hingewiesen, daß Streptomycin durch die Behandlungszentrale für Nord-Württemberg nur dann zur Verfügung gestellt werden kann, wenn der Krankheitsfall den Richtlinien des Gesundheitsausschusses des Länderrats entspricht. Werden Kranke mit Streptomycin behandelt, welches durch Liebesgabenpakete usw. eingeführt wird und fehlt für die Weiterbehandlung das Streptomycin, so kann mit einer Belieferung durch die Behandlungszentrale nicht gerechnet werden, wenn der Krankheitsfall den Richtlinien für die Behandlungszentralen nicht entspricht.“

### Meldepflicht für Erkrankungen an Grippe

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, gibt mit Erlaß vom 9. Februar 1949, Nr. X 707, bekannt:

„Nach wie vor fällt die Grippe nach der auch jetzt noch gültigen Anordnung der Militärregierung unter die meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Es sind sämtliche Fälle an klinisch echter Grippe an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Die Ärzte sind zu bitten, diese Meldungen nur zahlenmäßig wöchentlich dem zuständigen Gesundheitsamt mitzutellen. Bei besonderen Vorkommnissen (gehäuftes Auftreten von Sekundärinfektionen, Todesfälle) ist um kurzen

Bericht zu bitten. Die diagnostische Blutabnahme zu Beginn der Krankheit und nach 10 Tagen kann unterbleiben.“

### Ärztliche Schweigepflicht und Ermittlungen der Polizei

Das Justizministerium Württemberg-Baden hat am 26. November 1948 nachstehenden Erlaß an die Staatsanwaltschaften in Württemberg-Baden gerichtet:

„I. Es kann gelegentlich festgestellt werden, daß die Polizei bei ihren Ermittlungen den Umfang und die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht nicht genügend kennt oder nicht beachtet. So kommt es vor, daß Polizeibehörden telefonisch bei Ärzten über Patienten Auskunft einholen. Ferner, daß der Versuch gemacht wird, den Arzt zu vernehmen, ohne daß dem Arzt eine Entbindung durch den Patienten von der Schweigepflicht oder ein Einverständnis desselben mit der Auskunftserteilung vorgelegt wird. Zuweilen geht die Polizei sogar so weit, daß sie einzelne Karteiblätter des Arztes oder gar die ganze Kartei beschlagnahmt, auch in Fällen, in denen der Arzt selbst nicht Beschuldigter ist.

II. Demgegenüber muß dem ärztlichen Berufsgeheimnis wieder Geltung verschafft werden. Die ärztliche Schweigepflicht ist in § 13 der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433) geregelt. Diese Regelung gilt auch noch heute ohne wesentliche Änderung. Danach macht sich jeder Arzt strafbar, wenn er fremde Geheimnisse, die ihm bei Ausübung seines Berufes anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind, offenbart. Im Rahmen dieser Pflicht hat der Arzt selbstverständlich das Recht, die Auskunft zu verweigern, wenn er nicht von der Einhaltung des Geheimnisses entbunden ist. (§ 53 Abs. 1 Ziff. 3 und Abs. 2 StPO.). Die Entbindung von der Schweigepflicht ist durch schriftliche Erklärung des Patienten zu sichern.

III. Es ist ferner folgendes zu beachten. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein Vertrauensverhältnis, das über den Rahmen der Behandlung einer Einzelerkrankung und einer Einzelperson hinausreicht. Bei der Erforschung der Ursache einer Krankheit wird dem Arzt Einblick in die intimsten persönlichen und familiären Dinge gewährt, deren Bekanntwerden in den Polizeiakten höchst weittragende und

unerwünschte Folgen haben kann. Besteht hiergegen keine Sicherung, so leidet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient allgemein. Zwar macht sich der Arzt dann nicht strafbar, wenn auf seiner Seite eine Rechtspflicht oder eine sittliche Pflicht vorliegt, das Geheimnis zu offenbaren. Eine solche Pflicht des Arztes zur Offenbarung solcher Umstände wird jedoch regelmäßig nur dann angenommen werden können, wenn es sich darum handelt, einen künftigen Schaden oder künftiges Unheil abzuwenden. Die Verpflichtung, ein begangenes Vergehen aufzuklären, wird in höchst seltenen Fällen die Schweigepflicht überwiegen können, die für den Arztberuf im allgemeinen von höchster Bedeutung ist.

IV. Eine Befreiung durch den Patienten gibt dem Arzt aber nur die Pflicht, zur Sache selbst unmittelbar Auskunft zu geben und sich dabei an sein Krankenblatt zu halten. Das Krankenblatt enthält aber — vor allem bei langjährigen Patienten — Dinge, die mit der aufzuklärenden Tat nichts zu tun haben und auf welche sich die Befreiung von der Schweigepflicht sinngemäß gar nicht beziehen kann. Aus einem solchen Krankenblatt ergeben sich mitunter Krankheiten des Ehegatten oder von Vorfahren oder auch längst vergangene eigene Krankheiten des Patienten, an deren Bekanntgabe keinerlei rechtliches oder sonst wohlverstandenes Interesse bestehen kann. Die Vernehmung des Arztes darf also nur zum Einzelfall selbst durch konkrete Fragen, nicht aber durch Einforderung des Krankenblatts durchgeführt werden, geschweige denn durch Mitnahme der ganzen Kartei durch die Polizei mit dem Ziel, in dieser Kartei Anhaltspunkte für strafbare Handlungen zu finden.

V. Eine Beschlagnahme einzelner Krankenblätter oder gar der ganzen Kartei kann nur im Rahmen der Strafprozeßordnung § 94 ff. vorgenommen werden, wobei die Bestimmung des § 95 Abs. 2 S. 2 StPO. zugunsten der zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigten Personen zu beachten ist. Wenn die Beschlagnahmebestimmungen auch nicht unterscheiden, ob die Person, bei der die Beschlagnahme vorgenommen wird, Zeuge oder Beschuldigter ist, so muß nach Lage des Einzelfalles doch wohl unterschieden werden. Im § 98 Strafrechtspflegeordnung ist angeordnet, daß eine Beschlagnahme durch die Staatsanwaltschaften und Polizei nur bei „Gefahr im Verzug“ erfolgen darf. Eine solche wird aber dann regelmäßig zu verneinen sein, wenn ein Arzt, der selbst gar nicht verdächtig ist, als Zeuge gehört werden soll. In diesem Fall liegt in der Regel keine Gefahr vor, daß der Arzt etwa Beweismittel beiseite schaffen könne. Aber auch ein Arzt, der als Beschuldigter in Frage kommt, wird einer Beschlagnahme seiner ärztlichen Unterlagen nur dann ohne richterliche Anordnung unterliegen, wenn Anlaß zur Annahme besteht, er sei gewarnt und könne Beweismaterial beiseite schaffen. Auch hier wird eine sorgfältige Prüfung nach der Richtung notwendig sein, ob „Gefahr im Verzug“ vorliegt. Im übrigen muß die Beschlagnahme durch den Richter angeordnet werden.

In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, allgemein darauf hinzuweisen, daß mit der fortschreitenden Rückkehr zu normalen Verhältnissen und mit dem Ausbau rechtsstaatlichen Denkens die Begriffe „Gefahr im Verzug“ und „freies Ermessen“ mehr eingeengt werden müssen. Noch immer sind Beschlagnahmungen durch die Polizei ohne richterliche Anordnung der Regelfall. Dies kann allenfalls auf dem Gebiet besonders zeitbedingter Verbrechen wie Schwarzhandel und Einbruchdiebstähle gerechtfertigt werden, nicht aber auf dem Gebiet, auf dem es sich um die Achtung vor dem ärztlichen Berufsgeheimnis handelt.

Dem Innenministerium geht dieser Erlaß gleichzeitig zu mit der Bitte, die Dienststellen der Polizei entsprechend zu unterrichten.

#### Aushebung von Kassenarztsitzen

Laut Beschluß des Zulassungsausschusses werden zum 10. April 1949 in Nord-Württemberg

##### 21 Kassenarztsitze

ausgeschrieben. — Nähere Bestimmungen über die Ausbeschreibung sowie die Liste der ausgeschriebenen Kassenarztsitze sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, erhältlich.

Die in das Arztregister von Nord-Württemberg eingetragenen Anwärter auf die Kassenpraxis werden von der Ausbeschreibung durch ein besonderes Schreiben, welches alle weiteren Einzelheiten enthält, unterrichtet.

#### Arztverzeichnis

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg hatte in früheren Jahren regelmäßig das Verzeichnis der akademischen Heilberufe in Württemberg und Hohenzollern herausgegeben, bis der Krieg und die ersten Nachkriegsjahre die laufende Herausgabe unterbrachen. In Zusammenarbeit mit den in Betracht kommenden Organisationen hat nunmehr die Trifels Adreßbuch-G. m. b. H. in Stuttgart erstmalig wieder das Verzeichnis für Nord-Württemberg herausgebracht. Außer den Anschriften der praktizierenden Ärzte enthält das Werk die Adressen der Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker sowie der Krankenanstalten, Gesundheitsämter und Krankenkassen, die sich in Nord-Württemberg befinden.

Das sehr brauchbare Verzeichnis — Ausgabe A — ist den Kassenärzten in Nord-Württemberg unentgeltlich zugegangen. Andere Interessenten können es zum Preise von 5 DM zuzüglich Porto auf unmittelbare Bestellung von der Trifels Adreßbuch-G. m. b. H., Stuttgart-O, Alexanderstr. 32, beziehen.

Für Süd-Württemberg wird demnächst die Ausgabe B des Verzeichnisses in der gleichen Aufmachung und zum selben Preis bei der Trifels Adreßbuch-G. m. b. H. erscheinen. Wir machen hierauf aufmerksam und bitten, die Bestellungen unmittelbar beim Verlag aufzugeben.

#### 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.

#### Sportärzte-Lehrgang am 10. April 1949 in Stuttgart-Ruit

Die zunehmende sportliche Betätigung der Jugend macht eine bessere sportärztliche Überwachung notwendig. Es ist geplant, am 10. April 1949 in der Jugendleiterschule in Ruit bei Stuttgart eine Zusammenkunft der sportärztlich interessierten Ärzte mit Vorträgen und praktischen Vorführungen durchzuführen. Auswärtige Teilnehmer können in der Schule übernachten. Um rechtzeitige Anmeldung an den Landessportbund Württemberg, Stuttgart-N, Rote Straße 2a, wird gebeten.

Dr. Berner, Med. Direktor Prof. Dr. med. Heiss

Sportärztlich interessierte Kollegen werden gebeten, ihre Anschrift dem Landessportbund Württemberg mitzuteilen.

#### Verhandlungsbericht über die 2. Vollversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg und der 2. Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, am 29. Januar 1949, Stuttgart, Landesgewerbemuseum

I. Organisation der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Vereinigten Wirtschaftsgebiet (Referent Dr. Neuffer).

Durch „Vereinbarung“ beider Arbeitsgemeinschaften ist die Abgrenzung der Aufgaben geregelt. Die gemeinsame Geschäftsführung besteht aus: Hauptgeschäftsführer Dr. Haedenkamp, ärztlicher Geschäftsführer Dr. Schlögel, kaufmännischer Geschäftsführer Hohage und Justitiar Dr. Hess. Die Finanzierung erfolgt anteilig, d. h. zu etwa  $\frac{1}{4}$  durch die Arbeitsgemeinschaft der Kammern und zu etwa  $\frac{3}{4}$  durch die der Kassenärztlichen Vereinigungen. Als Unkostenbeitrag wird laut Beschluß des 51. Deutschen Ärztetages pro Arzt jährlich 3 DM und von seiten der KV-Landesstellen 0,15% des durchlaufenden Bruttohonorars erhoben. Als Unterabteilungen sind gebildet der Sozialhygienische Ausschuß (Mitglied Dr. Dobler) und der Ausschuß für das Fürsorge- und Versorgungswesen (Mitglied Dr. Knosp).

II. Bericht über die Sitzung des Sozialhygienischen Ausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärzte-

kammern am 3. Dezember 1948 in Frankfurt a. M. (Referent Dr. Dobler) siehe Sonderbericht Dr. Dobler Seite 47.

### III. Honorarverhandlungen

a) mit den RVO-Krankenkassen (Referent Dr. Neuffer).  
Bisherige Veröffentlichungen in der Presse wie „Das Ärztegespräch“ in der Stuttgarter Zeitung und „Was erhalten die Kassenärzte“ in der Gewerkschaftszeitung, veranlaßten Diskussion der Honorarfragen in der breiten Öffentlichkeit. Unsere Erwiderung „Nochmals: Was erhalten die Kassenärzte?“ wurde von der Gewerkschaftszeitung abgelehnt, deshalb Veröffentlichung im Südwestdeutschen Ärzteblatt, Heft 2. Bisher zahlreiche Besprechungen mit AOK Stuttgart und Landesverband. Beabsichtigt ist Verhandlung über Abänderung des Vertrages zur Pauschalverrechnung. Verringerung der Pauschalzahlung durch übermäßige Beanspruchung von Sachleistungen, die gesondert verrechnet werden! Bayern hat Ermächtigungsgesetz für das Arbeitsministerium erlassen, was analog auch von den württembergisch-badischen Landtag kommen soll. Damit besteht Möglichkeit, die Zulassungsordnung in Kraft zu setzen. Zentrale Honorarverhandlungen finden mit den Kassen zur Zeit dieser Veröffentlichung statt. Die Verhandlungen sind äußerst schwierig. Vor jeder Aufspaltung der Ärzte und der Einleitung von Einzelverhandlungen muß dringend gewarnt werden. Bekanntgabe von Ergebnissen zur Honorarerhöhung erfolgen nach jeweiligem Abschluß zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Verhandlungen mit den Ersatzkassen finden gleichzeitig statt.

b) mit den Ersatzkassen (Referent Dr. Schwoerer)  
Leistungen der Ersatzkassen bisher schon höher, daher nur geringe Verbesserung zu erwarten. Im Jahre 1933 vereinbarter Abschlag von 10–20% der Honorare bereits im Juni v. J. reduziert. Restlose Beseitigung geplant. Ersatzkassen zahlen 19 Tage des Juni 1948 in DM. Prüfung der Finanzen vorgesehen. Ausführliche Aussprache. Dr. Dobler weist darauf hin, daß in bisherigen Verhandlungen Ersatz der tatsächlichen Unkostenauslagen in voller Höhe gefordert wurde. Erneute Bitte der Vortragenden an die anwesenden Delegierten und KV-Abgeordneten, diesen Inhalt der Verhandlungen an die Kollegen persönlich weiterzuberichten.

IV. Bericht über Rechtszustand der Ärztekammer Nord-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg (Referent Dr. Neuffer).

Bisher Ärztekammer auf absolut rechtl. Boden, auch KV, für letztere klare Rechtsgrundlage durch Arbeitsministerium. Aussprache.

V. Die Arbeit der Geschäftsstelle der Kammer und der KV und ihre Finanzgebarung im Jahre 1948 (Referent Stein).

Personalfragen, Sparmaßnahmen, Buchhaltung usw. Aussprache bestätigt die Wirksamkeit der Sparmaßnahmen.

X. Voraussetzung für die Berechtigung zur Bezeichnung als homöopathischer Arzt (Referent Dr. Möbius).

Beschneidung durch die Ärztekammer nach Colloquium im Verein homöopathischer Ärzte.

VI. und VII. Zuwahl von Kammermitgliedern (für die beamteten Ärzte Dr. Berner, für die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern Dr. Borck).

XIV. Niederlassungsausschüsse in den Kreisärzteschaften (Referent Dr. Neuffer).

Ärzteschaften können in eigenem Ermessen handeln zur Vorbesprechung der Fragen, die der Zulassungsausschuß letztlich entscheidet.

VIII. Änderung der vorläufigen Satzung der Ärztekammer (Referent Dr. Krahn).

Nur zeitbedingte Korrekturen.

IX. Finanzgestaltung der Ärztekammer und KV im Jahre 1949 (Referent Dr. Knosp).

Haushaltsplan, Festsetzung von Entschädigungen für Praxisausfall der Mitglieder der Ausschüsse. Kammerbeitrag, Beitrag für Landesverband zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses e. V., Spende für Forschungsgemeinschaft Butenandt, Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen der Ärztekammer. Ausführlicher und kritischer Vortrag mit Aussprache. Besondere Berücksichtigung von Sparmaßnahmen. Kürzung des Zuschusses für die zentral wichtigen Ausgaben der Stuttgarter Ärzteschaft (Bücherei, Fortbildung usw.). Annahme des Haushaltsplanes einstimmig (41 Stimmen).

XI. Vertrag mit Rechtsberater der Ärztekammer Dr. jur. Schimmelpfennig.

XII. Zulassung zu den Ersatzkassen.

Sonderzulassung nur unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse bei nachgewiesenem Bedürfnis.

XIII. Zuwahl eines KV-Abgeordneten (Dr. Hammer) in die Honorarkommission.

XV. Zuwahl eines Flüchtlingsarztes (Dr. Necker) in den Ausschuß für Fragen der Flüchtlingsärzte.

XVI. Verschiedenes.

Beginn der Sitzung 14 Uhr 15, Ende 21 Uhr 45.

Dr. Zimmerle

### Geh. Sanitätsrat Dr. Moriz Fischer zum Gedächtnis

Am 6. September 1948 ist Geh. Sanitätsrat Dr. Moriz Fischer nach kurzer Krankheit im hohen Alter von 86½ Jahren gestorben. Nach Abschluß seiner Studienzeit, die er außer in Kiel und München in der Hauptsache in Tübingen verbracht hat, mußte er bald — im Jahre 1887 — die Praxis seines verstorbenen Vaters in seiner Heimatstadt Vaihingen an der Enz übernehmen, wo er sich nach kürzester Zeit in Stadt und Land das Vertrauen der Bevölkerung und eine ausgedehnte Klientel erworben hat. 1898 ist er nach Stuttgart übergesiedelt und übernahm im Herbst 1902 die Leitung der inneren Abteilung des Kinderhospitals Olgahospital in Stuttgart. Mit viel Geschick und großer Umsicht widmete er sich seinem neuen Aufgabengebiet. In den Jahren 1905 und 1906 war ich sein Assistent, damals noch der einzige bei einer stets belegten Bettenzahl von immerhin 200 auf der inneren Abteilung. An Arbeit hat es also nicht gefehlt und dies ganz besonders nicht auf der Diphtheriestation, da wir nach Möglichkeit alle Larynxstenosen mit Intubation behandelten.

Ich habe mich in diesen zwei Jahren davon überzeugen können, wie groß sein Verständnis gerade für die ärztliche Betreuung von Kindern und wie groß das Zutrauen seiner Schützlinge zu ihm war. Es war eine Seltenheit, daß ein Kind ängstlich war oder geweint hat, wenn er an sein Bett trat. Die meisten Kinder haben ihm lächelnd ihre Händchen entgegen gestreckt.

1934 mit 72 Jahren hat er die Freude erlebt, seinem einzigen noch lebenden Kinde, Dr. Werner Fischer — seine Tochter ist im ersten Weltkrieg einer heimtückischen Krankheit erlegen und sein älterer Sohn hat den Heldentod erlitten — seine Lebensarbeit zur Weiterführung übergeben zu können. Während dessen Kriegseinsatz hat er ihn in Klinik und Praxis in voller Rüstigkeit noch vertreten.

Bei dem Verständnis, das der Verstorbene für die Jugend und für die Belange des ärztlichen Nachwuchses gehabt hat, habe ich sehr gerne mit ihm zusammen gearbeitet und im Laufe der Jahre ist aus den stets ungetrübten Beziehungen eine wahre herzliche Freundschaft geworden.

So werde ich, wie alle, die ihm nähergetreten sind, dem warmherzigen Menschen und hochgeschätzten Arzte ein treues Andenken bewahren.

Dr. J. Georg Fischer, Stg.-Sonnenberg

## ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

### Bericht

Nachdem am 23. Januar 1949 der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung der Bizone in Frankfurt über die dringliche Notwendigkeit einer Neuordnung der kassenärztlichen Vergütung beraten hatte, fanden am 24. Januar 1949 Verhandlungen mit dem Verband der Ersatzkassen statt, bei

welchen über Zulassungsfragen und Honorarverbesserung Einigkeit erzielt werden konnte.

Am 26. Januar 1949 tagte in Rothenburg o. T. der bizonale Ausschuß für Ärzte und Krankenkassen unter Vorsitz von Ministerialrat Sauerborn, in welchem eine grundsätzliche Übereinstimmung über wesentliche Verfahrensfragen erreicht wurde.



Tags darauf verhandelte der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung der Länder der französisch besetzten Zone mit dem Verband der Ortskrankenkassen in Offenburg über Honorarfragen. Hierbei konnte erreicht werden, daß neben einer Verbesserung des Freiburger Schiedsspruches über das Junihonorar für die französisch besetzte Zone sofort alle Not- und Sonderabschläge der Kassen wegfallen, daß zur Abgeltung für die Leistungsverbesserung der Kassen vom 20. Mai 1941 ein Zuschlag auf die Kassenhonorare gewährt wird, daß die Abschläge der Ausgangsgrundlohnsumme bei Steigerung der Grundlohnsumme von mehr als 50 % sich in Zuschläge zu den Honoraren ändern und daß die durch Auflösung der Ersatz- und Betriebskassen veränderten Grundlohnsummen grundsätzlich neu berechnet werden.

Darüber hinaus haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unbeschadet dieser Abmachungen eine grundsätzliche Neuordnung der Honorare gefordert, die der tatsächlichen Steigerung der Praxisauslagen und der gegen 1930 vermehrten ärztlichen Leistung, insbesondere auf dem Gebiet der Sachleistungen, in keiner Weise mehr angemessen sind. Hierüber wird unter Vorlage aller statistischen Unterlagen in Bälde erneut verhandelt werden.

Der Verband der Ortskrankenkassen hat sich einverstanden erklärt, von der Wiedereinführung des Regelbetrages

für Arzneimittelkosten abzusehen, wogegen die Kassenärztlichen Vereinigungen sich verpflichtet haben, ihre Mitglieder zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise anzuhalten.

Dr. Dobler

#### Orthopädische Poliklinik der Universität Tübingen

Ab Mittwoch, den 2. März 1949, finden in den Räumen der Kinder-Poliklinik der Universität Tübingen regelmäßige Sprechstunden der neu eröffneten Orthopädischen Poliklinik statt.

Der Leiter der Orthopädischen Poliklinik ist Prof. Kreuz. Sprechzeit: Mittwoch und Freitag 14—16 Uhr.

Ort: Kinder-Poliklinik, Rümelinstraße 23.

#### Röntgenreihenuntersuchung

Die Filme, die bei der Röntgenreihenuntersuchung mit dem Schirmbildverfahren in der französisch besetzten Zone von Württemberg und Hohenzollern gemacht werden, werden in der Schirmbildstelle bei der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen aufbewahrt. Es ist die Möglichkeit gegeben, daß die behandelnden Ärzte auf Verlangen einen ausführlichen Röntgenbefund über das Ergebnis der Untersuchung bekommen können.

### ÄRZTEKAMMER BADEN (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

#### Ausschreibung von Kassenarztstellen

Es sind folgende Kassenarztstellen neu zu besetzen:

##### Karlsruhe-Stadt

Kassenarztstelle für einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

##### Karlsruhe Land

Ettlingen Kassenarztstelle für einen Facharzt für Röntgenologie

##### Heidelberg (Stadtteil Bergheim)

Kassenarztstelle für einen prakt. Arzt

##### Heidelberg-Stadt

Kassenarztstelle für einen Augenarzt

" " " Chirurgen

" " " Hautarzt

" " " Kinderarzt

" " " Lungenarzt

" " " Orthopäden

##### Heidelberg-Land

Eberbach Kassenarztstelle für einen Augenarzt

Wiesloch Kassenarztstelle für einen Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Kassenarztstelle für einen Chirurgen

Kassenarztstelle für einen prakt. Arzt

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

" " " " " " "

##### Sandhausen

Kassenarztstelle für einen prakt. Arzt

##### St. Ilgen

##### Leimen

##### Ziegelhausen

##### Baieral

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

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

sein bzw. gewesen zu sein,

Lebenslauf mit genauen Angaben der Ausbildungszeiten.

KV-Landesstelle Nordbaden

Abt. Zulassung

### LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 2534

#### Bezug des Südwestdeutschen Ärzteblattes

Das Südwestdeutsche Ärzteblatt, herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigung in Württemberg und Baden wird in Zukunft — nachdem die Papierschwierigkeiten überwunden sind — allen Ärzten unseres Kammerbereiches zugestellt. Der Bezugspreis wird von der Ärztekammer für sämtliche nach Südbaden

gelieferten Exemplare übernommen. Die Zustellung erfolgt um die Monatsmitte durch die Post, die Januar- und Februar- Ausgaben werden, soweit Exemplare vorhanden sind, nachgeliefert.

Diejenigen Ärzte, welche diese Zeitschrift bereits durch die Post beziehen, werden gebeten, sie zum nächstmöglichen Termin abzubestellen, damit zukünftig eine Doppellieferung vermieden wird.

Diesem Heft ist je eine Prospektbeilage der Firma Chem.-Techn. Gesellschaft, München-Posing, der Firma Dr. August Wolff, Bielefeld, und des eigenen Verlages beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden, Bezugspreis DM8.— 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 Kllett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77.