

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

4 (1.4.1949)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen
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 4

STUTTGART, APRIL 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Einladung zum Ärztl. Fortbildungstag in Stuttgart	53
Dr. Neuffer: Zur Lage der Ärztekammer Nord-Württemberg und Kas- senärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg	53
Prof. Dr. Gaupp, jr.: Fortschritte der Neurologie (I. Teil)	57
Prof. Dr. Dr. Saller: Neue Vorstellungen vom Wesen der Homöopathie	59
Dr. Mainx: Wiederbelebungsversuche bei elektrischem Scheintod	61
Med.Rat Dr. Daniels: Das Meldewesen bei Geschlechtskrankheiten in Würt- temberg-Hohenzollern	64
Dr. Breyer: Änderung der Gebührenordnung? — Nein! sondern	65
Dr. Zimmerle: Warum Marburger Bund?	67
Obermed.Rat Dr. Schrag: Zur Frage der Röntgenreihenuntersuchungen	68
Buchbesprechungen	69
Bekanntmachungen	71
Ärztekammer Nord-Württemberg	72
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	74
Ärztekammer Nord-Baden	74
Landesärztekammer Süd-Baden	74

EINLADUNG

zum Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, dem 7. Mai 1949
im Landesgewerbemuseum, Kienestraße 18
(Fernruf 9 22 51—54, App. 269)

- 9.00—10.00 Uhr **Professor Dr. Höring, Tübingen:**
Die Abhängigkeit chemotherapeutischer Erfolge von Art und Stadium
des Infektionsprozesses.
- 10.00—11.00 Uhr **Professor Dr. Schlossberger, Frankfurt:**
Typenunterschiede bei Krankheitserregern und deren epidemiologische
Bedeutung.
- 11.00—12.00 Uhr **Professor Dr. Robert Gaupp jun., Stuttgart:**
Multiple Sklerose.
- 15.00—16.00 Uhr **Professor Dr. Schönfeld, Heidelberg:**
Hautschädigungen äußerer Herkunft, Nachweis, Klinik, Behandlung.
- 16.00—17.00 Uhr **Professor Dr. Kurt Schneider, Heidelberg:**
Über Verstimmungen.
- 17.00—18.00 Uhr **Professor Dr. Reichenmiller, Stuttgart:**
Medikamentöse Geburtsleitung.

Weitere Fortbildungstage werden am 4. Juni und 2. Juli 1949 stattfinden.

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Zur Lage der Ärztekammer Nord-Württemberg und Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg

Von Dr. med. H. Neuffer

Meine Kollegen und Kolleginnen!

Sie erwarten von mir eine Schilderung der Lage, in der sich unsere beiden Berufsorganisationen — Ärztekammer und KV — zur Zeit befinden. Um es gleich vorwegzunehmen: Die Lage ist reichlich kompliziert, ja sie ist sogar kritisch.

I. Ärztekammer

Sie kennen alle die einstimmig angenommene EntschlieÙung des 51. Deutschen Ärztetages, die sich vor allem mit der Bitte an die Militärregierung wandte, der Ärzteschaft die bewährte Berufsorganisation in der seitherigen Form zu belassen, für die z.B. in Nord-

Württemberg etwa 90% aller Ärzte sich ausgesprochen haben. Die Militärregierung hat uns auf diese ihr übersandte Entschliebung nicht unmittelbar geantwortet, dagegen die Innenverwaltung angewiesen, die gesetzlichen Unterlagen außer Kraft zu setzen, die die Ärztekammer betreffen. Dies ist durch einen Erlaß des Innenministeriums Württemberg-Baden vom 16. Februar d. J. geschehen, der uns am 4. März 1949 zugegangen ist, ohne daß der Vorstand der Ärztekammer vorher dazu gehört worden ist.

Der Erlaß lautet:

„Nach dem Befehl der Militärregierung Württemberg-Baden vom 23. September 1948 sind folgende Vorschriften nicht mehr anwendbar, da sie mit den Grundsätzen der Politik der Militärregierung nicht im Einklang stehen:

1. die §§ 14, 15 Abs. 3—4, 19—22, §§ 83, 89 und 90 der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 — RGBl. I S. 1433,
 2. die §§ 18—25, 27 und 29 der 1. Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung vom 31. März 1936 — RGBl. I S. 338,
 3. die 2. Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung vom 8. Mai 1937 — RGBl. I S. 585,
 4. die 4. Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung vom 31. Mai 1939 — RGBl. I S. 978,
 5. die Verordnung über die Verlängerung der Amtszeit der Mitglieder der ärztl. Berufsgerichte und ihrer Stellvertreter vom 10. Februar 1942 — RGBl. I S. 72,
-
23. das Württ. Gesetz über die öffentlichen Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 3. August 1925 — RegBl. S. 183,
 24. die Verordnung des Innenministeriums zur Durchführung des Ehrenrechtsverfahrens nach dem Gesetz über die öffentlichen Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 1. Dezember 1928 — RegBl. S. 435.“

Übergangsbestimmungen sind in dem Erlaß nicht zu finden. Da ein Ministerratsbeschuß vom 6. August 1947 vorliegt, der die gewählten Organisationen zur Durchführung der in der Reichsärzteordnung bestimmten Aufgaben der Ärztekammer ermächtigt, haben wir uns am 8. März d. J. an das Staatsministerium gewandt, wo zusammen mit den Herren der Gesundheitsverwaltung des Innenministeriums folgende Regelung getroffen wurde:

1. Der Beschluß des Ministerrats vom 6. August 1947 bleibt aufrechterhalten, jedoch mit den sich aus den neueren Weisungen der Besatzungsmacht ergebenden Modifikationen. Die Aufnahme eines entsprechenden Hinweises in die Bekanntmachung der Landesregierung über Gewerbefreiheit erscheint entbehrlich.
2. Das Innenministerium wird sämtlichen Stellen, die den Erlaß des Innenministeriums — Gesundheitsabteilung vom 16. Februar 1949 erhalten haben, eine Nachricht zugehen lassen, wonach die

als Überleitungsaufgaben bezeichneten notwendigen Arbeiten durch die bisherigen Stellen bis 30. Juni 1949 weitergeführt werden.

3. Die Ärztekammer wird beschleunigt für die Errichtung einer Standesvertretung der Ärzteschaft auf privatrechtlicher Grundlage Sorge tragen. Es bleibt der Ärztevertretung unbenommen, ihre Bemühungen um die Errichtung einer Ärztekammer analog der von der Militärregierung gebilligten Rechtsanwaltskammer fortzusetzen.
4. Für den Landesbezirk Baden kann bis zu einer entsprechenden Anregung weiteres vorbehalten bleiben.

Der unter Ziff. 2 vereinbarte Nachtragserlaß des Innenministeriums ist unter dem 15. März 1949 ergangen, jedoch entgegen der Absprache mit einer Abwicklungsfrist nur bis 31. Mai 1949. Er lautet:

„Durch die mit dem Bezugserlaß angeordnete Nichtanwendung eines Teiles der Reichsärzteordnung wird die weitere Wahrnehmung verschiedener Aufgaben nicht hoheitlicher Art durch die ärztliche Berufsvertretung — zunächst bis zum 31. Mai 1949 — nicht behrht.“

Meine Damen und Herren! Nachdem auf diese Weise die gesetzliche Grundlage zu einer Ärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte gegen den Willen der Mehrheit durch Befehl der Militärregierung entzogen worden ist, bleibt uns gar keine andere Möglichkeit, als uns freiwillig noch enger zusammenzuschließen, als wir es vorher pflichtmäßig zu tun hatten. Das ist meines Erachtens der beste Beweis, daß wir verstehen, was demokratische Freiheit ist.

Die Satzung einer freiwilligen Ärzteorganisation in Form eines eingetragenen Vereins haben wir schon seit langem vorbereitet. Sie ist inzwischen mit den Ländern Nord-Baden und Groß-Hessen abgestimmt und auch Bayern und Bremen zur Stellungnahme zugeleitet worden. Auch die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Bad Nauheim ist darüber unterrichtet. In einer Vorstandssitzung vom 16. März d. J. ist der einzutragende Verein „Ärztekammer Nord-Württemberg“ durch eine einmütige schriftliche Erklärung aller anwesenden gewählten Vorstandsmitglieder aus der Taufe gehoben worden, um den Kristallisationspunkt für hoffentlich fast alle Ärzte Nord-Württembergs zu bilden.

Unser Rechtsberater, Herr Dr. Schimmelpfennig, hat es übernommen, bei den verschiedenen Behörden die notwendigen Formalitäten zu erfüllen, damit die Lizenz des e. V. auf keine Schwierigkeiten stößt. Eine außerordentliche Vollversammlung der Ärztekammer zusammen mit allen Stellvertretern und Vorsitzenden der Kreisärzteschaften wird sich demnächst mit der Satzung befassen. Ich appelliere an den Geist der Gemeinschaft, ohne den die Ärzte überhaupt nichts erreichen, und hoffe, daß sich eine überwiegende Mehrheit zur freiwilligen Organisation zusammenschließen wird. Diese soll das Gute bewahren, das die seitherige Organisation in sich barg, aber trotzdem den Charakter der vollen Freiwilligkeit haben. Wir verpflichten uns in der Satzung, für das Vorhandensein eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztestandes Sorge zu tragen. Ein Ehrenrat soll über die Einhaltung der Verpflichtung wachen.

Wir verpflichten uns ferner, die ärztliche Fortbildung zu fördern, Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen zu schaffen, uns in jeder Form gegenseitig Hilfe zu leisten und die Mitglieder in allen ihren Berufsangelegenheiten zu beraten und nach außen zu vertreten. Die Beiträge bleiben die gleichen wie bei der seitherigen Ärztekammer in gestaffelter Form. Wer diese Satzung anerkennt, hat die Berechtigung, sich in der Öffentlichkeit als „Mitglied der Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ zu bezeichnen. Diese Bezeichnung, die auf dem Arztschild und auf den Briefköpfen angebracht wird, soll der Allgemeinheit künden, daß der betreffende Arzt Gewähr dafür bietet, sowohl als Mensch wie auch als Arzt Tüchtiges zu leisten. Wer diesen Grundsatz nicht anerkennt, schließt sich aus dieser Gemeinschaft aus, die nichts anders sein will als ein hochstehendes Arztecors, das mit den besten Gütern, die Ethik und Wissenschaft uns bieten, den Kranken in unserem Volk dienen will.

Wie die Facharztanerkennung gestaltet werden wird, bedarf noch weiterer Klärung. Vielleicht müssen wir uns den amerikanischen Verhältnissen anpassen, wo fachärztliche Gesellschaften gebildet werden, die die Facharztbildung regeln und am Schluß eine Prüfung vornehmen. Wer diese besteht, ist anerkannter Facharzt dieser Gesellschaft und kann dies ebenfalls auf Arztschild und Briefköpfen bekunden. Es wäre zu wünschen, daß diese Fachärztlichen Gesellschaften korporativ der freiwilligen Ärztekammer beitreten.

Dem Ministerium wird die „Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ nicht mehr unterstehen. Die Ärztekammer wird aber dem Ministerium sich mit ihrer Fachkenntnis und Organisation zur Verfügung stellen und sich erlauben, Vorschläge für die aktive Gesundheitspolitik einzureichen und über Presse, Rundfunk und Parlament ihrem Einfluß im Interesse der Volksgesundheit Geltung zu schaffen versuchen.

Noch sind Verhandlungen mit dem Bipartite Control Office in Frankfurt im Gange, um die letzten Möglichkeiten zu erschöpfen, eine Ärzteorganisation in der Weise der Württembergischen Rechtsanwaltsordnung zu erreichen. Bei der seither gezeigten Einstellung der Militärregierung fürchte ich aber, daß auch diese Verhandlungen nicht zum Ziele führen werden. Wir müssen uns also das Wort unseres Landsmannes Schiller zu eigen machen, das ich vor einigen Tagen am Grabe des um die Ärzteorganisation so hochverdienten Geheimrats Mandry erwähnt habe: „Das Alte fällt, es ändert sich die Zeit, doch neues Leben sproßt aus den Ruinen.“

II. Kassenärztliche Vereinigung

Wie steht es nun mit der KV? Hier scheint alles in Aufruhr. Das Gewitter kommt hier aber nicht von oben wie bei der Ärztekammer, sondern von unten. Die Behörden setzen sich für eine gleichmäßig geordnete Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ein. Die Verwaltung für Arbeit in Frankfurt hat einen Gesetzesentwurf über einen bizonalen Ausschuß von Ärzten und Krankenkassen vorgelegt und ihn mit den beteiligten Vertretern durchgesprochen. Die Militärregierung erklärt zur Zeit, daß sie an den Fragen der Sozialversicherung nicht interessiert sei. Dies sei vielmehr eine innerdeutsche An-

gelegenheit. Die Arbeitsminister in der US-Zone versuchen, die vom Zonenausschuß für Ärzte und Krankenkassen in der US-Zone beschlossene Zulassungsordnung in Kraft zu setzen, die in der britischen Zone bereits rechtsgültig ist.

Aber draußen bei den einzelnen Ärzten brodelt es. Man hört von einem „Komitee der freien Ärzte“, das von Hessen ausgeht. In einem Ort Württembergs will die Bürgerschaft allein den Arzt bestimmen, der zur Krankenkasse zugelassen werden soll, und hat entsprechende Protestversammlungen abgehalten und Entschließungen an die KV, die Militärregierung und alle Regierungsstellen verschickt.

Die schwierigen und langsam verlaufenden Verhandlungen mit den Krankenkassen um die Honorarerhöhung bringen den Geduldsfaden der Kollegen vollends zum Reißen. Dies alles ist nur zu verständlich, bin ich doch selbst mitten in einer angestrengten kassenärztlichen Tätigkeit und kenne daher die Verhältnisse aus eigener Erfahrung. Allerdings stehen mir auch noch andere Erfahrungen zur Verfügung, die über den Horizont der eigenen Praxis hinausgehen. Ich weiß, was die KV vor und seit 1945 geleistet hat, welche Schwierigkeiten überwunden werden mußten, um überhaupt wieder zu geordneten Verhältnissen zu kommen. Noch stehen wir in einem Vertragsverhältnis mit den Kassen. Das heutige Kassenarztrecht, das den Ärzten die Selbstverwaltung zugesteht, ist mit vielen Opfern erkämpft worden; die jüngeren Ärzte kennen diese dornenvolle Geschichte nicht. Sie schimpfen, wenn die Überweisung der KV nicht auf den Tag genau eingeht, oder wenn irgendwelche Abstriche gemacht und Mahnungen erteilt werden müssen. Sie verdonnern den Kollektiv-Vertrag, wissen aber nichts mehr von den entwürdigenden Zuständen des Einzelvertrages. Soll es wirklich wieder dahin kommen, daß die Ärzte mit Frack und Zylinder bei den Vorständen der Kassen Besuch machen und durch besondere Aufmerksamkeiten sich die kassenärztliche Tätigkeit erwirken? Eine bessere Bezahlung der ärztlichen Leistungen wird der Einzel-Vertrag ganz sicher nicht bringen. Dazu ist das Angebot der Ärzte viel zu groß. Die Kassen werden daher wesentlich weniger Kassenärzte als seither anstellen und zu der alten Richtzahl 1 Arzt auf 1000 oder 1300 Versicherte zurückkehren, ist doch die Verhältniszahl 1:600, die von den Ärzten durch viele Verhandlungen erkämpft worden ist, den Kassenvertretern ein Dorn im Auge. Soll auf diese Weise eine ärztliche Massenarbeit aufgezo-gen werden, die doch wahrhaft weder im Interesse des Patienten noch des Arztes liegt?

Wer also das heute bestehende Vertragsverhältnis bricht, ohne alle Trümpfe fest in der Hand zu haben, setzt mutwillig das Wohl der Gesamtheit aufs Spiel. Es müssen vielmehr alle Verhandlungsmöglichkeiten erschöpft sein, ehe man an den anderen Weg denken kann. Mit der Faust auf den Tisch zu schlagen, daß die leeren Gläser auf dem Boden zerschellen, ist wohl ein Augenblickserfolg, aber keine Kunst. Nachher kommt die Rechnung für den verursachten Sachschaden und muß bezahlt werden. Sind die Herren, die diese Radikallösung empfehlen, bereit, für die Zechen einzutreten? Die ganze Frage ist ja keineswegs nur eine wirtschaftliche, sondern eine hochpolitische. Politik ist

aber die Kunst des Möglichen und nicht des Unmöglichen. Meiner Überzeugung nach kann nur durch zähe Verhandlung unter immer neuer Vorlage erdrückenden statistischen Materials Schritt für Schritt ein besseres Honorarabkommen erzielt werden.

Ich möchte wünschen, daß die Fernstechnik bei uns schon eingeführt wäre. Dann hätten Sie alle an der 13stündigen nervenanspannenden Verhandlung am 11. März in Hannover und an der von morgens 9 Uhr bis nachts 2 Uhr dauernden Verhandlung am 31. März in Stuttgart teilnehmen können. Sie hätten dann die Leidenschaftlichkeit gehört, mit der die Herren des geschäftsführenden Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Vereinigten Wirtschaftsgebietes die Sache der Ärzte vertreten haben. Sie hätten aber auch die Diplomatie und Zähigkeit bewundern müssen, mit der vor allen Dingen die Herren Dr. Haedenkamp und Dr. Sievers die Kassenvertreter zu überzeugen versuchten. Allerdings hätten Sie auch die Gegenargumente der Kassen gehört; vor allem die Philippika des stellvertretenden Gewerkschaftspräsidenten von Bayern, der die Sache so hinstellen versuchte, als wollten die Ärzte den Arbeitern den letzten Pfennig aus der Tasche holen, weil nach seiner Ansicht eine Erhöhung des Honorars nur durch eine Beitragserhöhung der Mitglieder erreicht werden könnte. Es wurde von der Kassenseite auf die schwierigen Finanzverhältnisse vieler Kassen hingewiesen, die teilweise ihre Millionenkredite noch nicht zurückzahlen konnten, sondern durch die Grippeepidemie neue aufnehmen mußten. Man kann das nicht einfach damit abtun, daß man den Vorschlag macht, die Verwaltungskosten der Kassen, die bei 8% liegen, auf 2% wie bei der KV herabzusetzen.

Meine Damen und Herren! Auch die Kassen haben eine Aufsichtsbehörde, die die Höhe der Verwaltungskosten bestimmt und das finanzielle Gebaren beaufsichtigt. Es ist nun einmal eine Tatsache, daß die Verwaltungsarbeiten bei den Krankenkassen viel umfangreicher sind als bei der KV. Gewiß sind die schlechten Finanzen der Kassen für uns kein Grund, auf unsere berechnete Forderung einer anständigen Honorierung zu verzichten. Wenn der Staat eine Sozialversicherung gesetzlich einrichtet, muß er auch in irgendeiner Form für die Bezahlung der entstehenden Kosten besorgt sein. Freilich nehmen auch die Kassen sich die Freiheit, die kassenärztlichen Einnahmen scharf unter die Lupe zu nehmen und uns zu beweisen, daß man das Pauschale vielleicht noch sozialer verteilen könnte. Sie werden die Lebenshaltung der Ärzte beobachten und dann bei manchem feststellen, daß es ihm im Vergleich zur Gesamtbevölkerung noch ganz annehmbar ginge. Ich weiß, daß dies nur die Ausnahmen sind. Aber man kann damit Stimmung machen, vor allem eine Stimmung gegen die Ärzte, und diese Imponderabilien wiegen bei den Massen viel schwerer als alle wohlbegründeten und gerechten Forderungen. Die Patienten, die heute mit uns über die ungebührliche Honorierung der ärztlichen Leistungen schimpfen, stehen morgen gegen die Ärzte, wenn sie die erhöhten Kosten aus der eigenen Tasche bezahlen sollen. Mit diesen Tatsachen des öffentlichen Lebens muß man rechnen. Deshalb rate ich dringend, daß die Ärzte-

schaft sich Disziplin auferlegt. Der Vorschlag der Kassen zur Soforthilfe, wie er von den Kassen am 31. März 1949 nach langem Hin und Her und vielen Sonderbesprechungen zuletzt vorgelegt wurde, würde eine Honorarerhöhung von höchstens 6—7% bedeuten, d. h. mit anderen Worten, die Quote würde sich auf etwa 70% erhöhen. Dieses Zugeständnis wurde aber davon abhängig gemacht, daß die Kassen paritätisch an der Verwaltung der KV-Gelder teilnehmen. Sie verlangen Mitverwaltung der aufgebrachten kassenärztlichen Gesamtvergütung, insbesondere

- a) Mitwirkung bei der Prüfung der Arztrechnungen,
- b) Mitwirkung bei der Ausschüttung der Beträge,
- c) Mitwirkung bei Durchführung der Vorschriften über wirtschaftliche Verordnungsweise und bei Feststellung von Verstößen,
- d) Mitwirkung bei Festsetzung von Strafen für Kassenärzte, die im übrigen ihre Pflichten nicht erfüllen.
- e) Die Kassen fordern weiter ab 1. 4. 1949 folgende Eintragungen auf dem Krankenschein:
Diagnose, Leistungen, Beginn und Ende der Behandlung.

Das ist eine so ungeheuerliche Zumutung und eine so einschneidende, einseitige Änderung des bestehenden Arztrechtes, daß die Vertreter der Ärzte den Kassen nach 17stündiger Verhandlung morgens um 2.06 Uhr erklären mußten, darüber erst den Gesamtvorstand hören zu müssen. Dieser hat in seiner Sitzung, an der Vertreter aller Landesstellen der KV teilnahmen, am 1. April 1949 folgenden Beschluß gefaßt:

1. Eine Koppelung der Honorarregelung mit den Anträgen der Krankenkassen, soweit sie einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung darstellen, wird abgelehnt.
2. Der Aufstellung der Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit den Krankenkassenverbänden kann zugestimmt werden.
3. Der geschäftsführende Vorstand wird ermächtigt, die Verhandlungen über eine Übergangs-Honorarregelung fortzusetzen.
4. Auch die Verhandlungen über eine grundsätzliche Revision des Honorarabkommens vom Jahre 1932 sollen fortgesetzt werden.

Es muß also weiterverhandelt werden, um zuletzt doch noch zu einem für die Ärzte annehmbaren Resultat zu kommen. Der schleppende Gang der Verhandlungen stellt an die Geduld und Einsicht der in Not befindlichen Ärzte große Anforderungen. Es wäre aber verkehrt, in gerechtem Zorn über die augenblickliche Lage durch eine Bombe das Haus in die Luft zu sprengen. Dadurch würde unsere wirtschaftliche Lage nicht besser, sondern schlechter werden. Besonders bedauerlich wäre es, wenn ausgerechnet die württembergische Ärzteschaft sich einen solchen Schwabenstreich leisten würde. Ich jedenfalls müßte mich davon distanzieren und Ihnen das mir übertragene Amt zurückgeben. Der Geschlossenheit der Kassenverbände muß die eiserne Geschlossenheit der Ärzte gegenüberstehen. Weises und kühles Überlegen und Entscheiden müssen das Bild unseres äußeren Auftretens sein, hinter dem aber das Feuer der Einsatzbereitschaft für eine gerechte Forderung lodert.

1919
 GEGRÜNDET IN BONN
 1919



1949
 IN KÖLN AM RHEIN
 1949

Dr. Madaus & Co.

MIT NIEDERLASSUNGEN IN
 BERLIN · BRAUNSCHWEIG · GEISENHEIM · HAMBURG · KARLSRUHE · MÖLLN · MÜNCHEN · STUTT GART

STADA

Präparate

Antirheumatica:

CAPSIMENT

auf Alkoholbasis 50 ccm 1.70 DM

JOD-CAMPHER- CHLOROFORM-VASOLIMENT

30 ccm 1.20 DM

Fragen Sie

Ihren

Apotheker

Phytotherapeutica:

CARILAXAN-TEE

Blutreinigungs-Tee 50 g —.90 DM

DAPULMON-TEE

Brust- und Husten-Tee
50 g — 90 DM

aus dem
Laboratorium

Ihrer

APOTHEKE

Lakriment

Das kompendiöse Expectorans



Glycyrrhizin ammon.
Kal. sulf., guajacol,
Thymian, Ceston, Vasc.
Chamomillae, Ephedrin,
hydrochlor., Sacch.

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

Hersteller:

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

Melsanin

Expektorans



aus der
lebenden Retorte

denn das Präparat wird im Honig-
magen der lebenden Biene er-
zeugt aus Auszügen von Rad.
Althaeae, Fol. Salviae, -Millefol.,
-Menth. pip., Herb. Pulmon., Plan-
tagin., -Marrub., -Thymi, Flor.
Chamomill. und 0,04% Ephedrin.

HEINRICH MACK NACHF. ILLERTISSEN - BAY. gegr. 1849

Fortschritte der Neurologie

Von Prof. Dr. R. Gaupp jr., Nervenarzt, Stuttgart-Degerloch.

Ein Referat über die Fortschritte der Neurologie muß, wenn es seiner Aufgabe gerecht werden soll, sich in erster Linie mit der Grundlagenforschung befassen. Die krankheitsbeschreibende (nosographische) Periode kann als abgeschlossen gelten. Die Systematik erfährt nurmehr geringfügige Korrekturen. In der Therapie aber haben sich, von der Streptomycinbehandlung der tuberkulösen Meningitis abgesehen, keine grundsätzlichen, neuen Gesichtspunkte ergeben. Soweit es sich um die Sulfonamidtherapie der eitrigen Meningitis handelt, würde bereits Bekanntes nur wiederholt werden. Auf die Entwicklung der Neurochirurgie mit ihrer in den letzten Jahren erfolgten Ausweitung auf den Sympathikus muß von berufener Seite eingegangen werden.

Die Grundlagen in der Neurologie, wie in jeder anderen klinischen Disziplin, sind die Anatomie und die Physiologie. Hinzu tritt hier die Psychologie, deren Bedeutung zum Verständnis und zur Erklärung seelischer Veränderungen und Störungen bei organischen Hirnleiden im Wachsen ist.

Bei dem beschränkten Umfang der nachfolgenden Mitteilung konnte von vornherein nicht daran gedacht werden, all das abzuhandeln, was Fortschritt ist. Ein solcher Versuch wäre Fragment geblieben. Er hätte zudem sich auf eine trockene Aufzählung von Einzel-tatsachen und Autoren beschränken müssen. Damit könnten meinem Fachgebiet wenig Freunde gewonnen werden. Was aber will der Leser? Er will doch wohl, wie das auch die Schriftleitung durch Einführung dieser Referate zum Ausdruck bringt, wieder Anschluß gewinnen an die Forschung. Er will wissen, in welchen Richtungen sich die Forschung bewegt und wo neue Erkenntnisse reifen. Es erschien mir deshalb zweckmäßig, einzelne Kapitel herauszugreifen und zu besprechen, wobei die Auswahl naturgemäß subjektiv bestimmt wird.

Dem praktischen Bedürfnis entsprechend soll an erster Stelle die **Streptomycinbehandlung der tuberkulösen Meningitis** stehen. Sie erfolgt, nach einem Beschluß des Gesundheitsausschusses für die US-Zone, durch Behandlungszentren (für Nord-Württemberg: Städt. Kinderklinik, Stuttgart, Ob. Birkenwaldstr.) bzw. unter deren Aufsicht. Ein allgemeingültiges Schema über die Dosierung gibt es nicht. Richtlinien geben die leitenden Ärzte des zuständigen Behandlungszentrums. Die Kur erstreckt sich über sechs und mehr Monate. Das Streptomycin wird sowohl intralumbal bzw. intracisternal wie intravenös verabfolgt. Fortlaufende Liquorkontrollen sind erforderlich. Darstellungen des Ventrikelsystems durch Luftfüllungen geben Anhaltspunkte über eingetretene und zu erwartende Dauerschäden. Im Vordergrund aber steht naturgemäß der klinische Verlauf. Bei frühzeitiger Erkennung und konsequenter Behandlung gelingt es in etwa der Hälfte der Fälle, die Kranken klinisch symptomfrei zu bekommen. Ein kleinerer Teil spricht nicht an, der Rest zeigt eine nur kurze, leichte und vorübergehende Besserung. Aber auch da, wo bald Symptomfreiheit eintritt (nach Tagen bis Wochen), saniert sich noch lange der Liquor nicht. Nach den pathologisch-anatomischen Erfahrungen wechselt der Prozeß aus der exsudativen in die produktive Phase

über. Liquorzirkulationsstörungen mit zunehmenden Ventrikelausweitungen charakterisieren den chronischen Verlauf. Dazuhin kann es zu endarteriitischen Veränderungen und in deren Gefolge zu vaskulären Gewebsschäden (Fischer, Vortrag Stuttgarter Ärzteschaft, Januar 1949) kommen. So nimmt es nicht wunder, daß nach Monaten der Erscheinungsfreiheit wieder eine Verschlechterung einzutreten vermag und schließlich doch der Tod eintritt. Wie hoch der Prozentsatz endgültiger Heilungen ist, läßt sich bei uns in Deutschland noch nicht sagen, nach dem ausländischen Schrifttum schwankt er zwischen wenigen Prozent bis zu 60 und mehr. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß es den Anschein hat, als setze sich der Optimismus, der aus der neuen Welt herüberdringt, in Europa nicht durch. Die Ernüchterung ist im Wachsen, sie ist überraschend schnell gekommen. Die klinischen Bilder chronischer tbc.-meningitischer Verläufe sind ebenso eindrucksvoll wie erschütternd. Andererseits wird die Beobachtung einer raschen Aufhellung des Bewußtseins und fortschreitender Rückbildung der Symptome bei Ansprechen des kranken Organismus auf das Streptomycin zu einem Erlebnis, wie es beglückender für den Arzt nicht sein kann. Aber das Damoklesschwert eines Rückfalles schwebt für das folgende Jahr noch über dem Kranken.

Daß die Streptomycinbehandlung der Miliartuberkulose das Auftreten einer tuberkulösen Meningitis nicht schlechthin verhütet, habe ich in einem Falle gesehen. Auch auf mögliche Streptomycinschäden sei hingewiesen. Vor allem kommt es zu Ausfallserscheinungen seitens des 8. Hirnnerven. Diese können auch auftreten, wenn das Mittel nicht in die Liquorräume gespritzt wurde und das Zentralnervensystem von der Tuberkulose nicht betroffen wurde (Eigene Beobachtung; Streptomycinbehandlung bei Lupus erythematodes).

Als neues Krankheitsbild lernen wir den **Diskusprolaps** oder die **Nucleus-pulposus-Hernie der Zwischenwirbelscheiben** kennen. Da hierauf Rütger in seinem Übersichtsreferat über die Fortschritte der Orthopädie ausführlich eingegangen ist, kann ich mich auf einige ergänzende Bemerkungen beschränken. Der Diskusprolaps findet sich zu $\frac{9}{10}$ im Bereich der Bandscheiben zwischen 3. und 4., 4. und 5. Lendenwirbel und 5. Lendenwirbel und Kreuzbein. Der Rest betrifft vorwiegend die Halswirbelsäule. Bei stärkerer Einengung des Wirbelkanals kann es zum Bild eines Rückenmark- bzw. Caudatumors kommen. Weitaus am häufigsten aber zeigt er sich als „Ischias“ oder „Arneuritis“. Die Differentialdiagnose der „Ischias“ nach ihrer Genese beherrscht das Schrifttum. Dandy (Yearbook of Neurology, Psychiatry and Neurosurg. 1946) vertritt die Auffassung, daß 95% aller Ischiasfälle durch den Diskusprolaps bedingt seien. Dem vermögen wir nicht zuzustimmen. Mit Pette (Med. Klinik 23, 1948) u. a. halten wir daran fest, daß es eine genuine „rheumatische“ Neuritis lumbosakralis und lumbalis gibt. Für den Diskusprolaps kann als charakteristisch gelten das Auftreten akuter Erscheinungen im Anschluß an ungeschickte und forcierte Bewegungen des Rumpfes oder auch eines — oft recht harmlosen — Traumas. Im Be-

ginn steht häufig der „Hexenschuß“ mit mehr oder minder umschriebenem Lokalschmerz in Höhe des Prolapses im Mittelpunkt. Dieser kann sich zurückbilden und wiederauftreten, unter Umständen mehrfach, ehe weitere Symptome hinzutreten. Beim medialen Prolaps schwindet die physiologische Lordose, beim seitlichen kommt es zu einer Skoliose, und zwar — aus Gründen der Schonhaltung — in Richtung des Prolapses, also umgekehrt als bei der idiopathischen Ischias. Dazu gesellen sich neuralgische Beschwerden: beim Prolaps zwischen 3. und 4. LW nach der Außenseite des Oberschenkels, zwischen 4. und 5. LW nach der Innenseite des Unterschenkels und Fußes, zwischen 5. LW und Kreuzbein nach der Außenseite des Unterschenkels und Fußes. Im ersteren Fall kann der PSR, im letzteren der ASR fehlen. Segmental begrenzte Sensibilitätsstörungen (Herabsetzungen und Ausfälle im Gebiet der betroffenen Wurzeln) fehlen selten. Sie entsprechen weitgehend den Bereichen des neuralgischen Schmerzes. Mit Zunahme der Vorquellung können sich Blasen-Mastdarmstörungen (Retention), Lähmungserscheinungen in den Beinen und sensible Störungen im Bereich des Reitrosenbesatzes einstellen. D. h. das Caudasyndrom kann sich vervollständigen. Der Liquorbefund ist wenig charakteristisch, es sei denn, daß es zur Kompression kommt (Kompressionssyndrom). Die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule zeigen, aber keineswegs ausnahmslos, eine halb- oder ganzseitige Verschmälerung des Zwischenwirbelspaltes. Mitunter verstärkt sich diese auffällig bei seitlicher Abbeugung des Rumpfes. Die Myelographie, zweckmäßigerweise mit Luft bei Beckenhochlagerung, läßt mitunter die Abdrängung des Subarachnoidealraumes von der Vorderwand des Wirbelkanals nach dorsal erkennen. Doch können diese Befunde trügen und andererseits fehlen. Die Diagnose ist schwierig. Im Unterschied zum Diskusprolaps sind für die Neuritis lumbosakralis, worauf Pette besonders hinweist, hervorstechend die vasomotorischen Störungen und die Nerven-Druck- und Dehnungsschmerzen, während die sensiblen Störungen, sofern überhaupt vorhanden, diffus, nicht segmental begrenzt sind.

Eine absolute Operationsindikation liegt nur bei Kompressionserscheinungen vor.

Die **entzündlichen Krankheiten des Nervensystems** haben in den vergangenen Jahren lebhaftes Interesse gefunden. Über die akuten Formen hat Pette (Die akut entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems, 1942, Thieme-Verlag Leipzig) in einer Monographie den Stand unseres Wissens umrissen. Bei der **Multiplen Sklerose** denkt Pette an ein allergisches Leiden und deutet die Gewebsveränderungen in frischen Herden als Ausdruck einer serösen Entzündung. Dem ist, wie wir glauben mit Recht, Hallervorden (Klin. Wschr. 1948, II) entgegengetreten. Das anatomische Substrat läßt einen auf dem Blutweg in die nervöse Substanz eingedrungenen myelolytischen Giftstoff annehmen, dessen Art und Herkommen aber noch nicht bekannt ist. Therapeutische Folgerungen haben sich hieraus bisher noch nicht ergeben.

Dagegen spielt nach Bannwarth (Arch. f. Psychiatrie 113, 115 und 117) die seröse Entzündung für eine große Gruppe der **Polyneuritiden** eine ausschlaggebende Rolle. Bannwarth's Untersuchungen widmen sich vor allem der Frage „rheumatische Allgemeininfektion und Nervensystem“. Der Rheumatismus stellt

sich als „eine durch das fokale in das Allergiestadium gerückte Infektion dar“. Damit ist sein Standpunkt präzisiert. Unter den neurologischen Krankheitsbildern fallen in diesen Rahmen die chronisch lymphocytäre Meningitis, die einfachen rheumatischen Neuralgien und Mononeuritiden und die Polyneuritis, sofern sie im Liquor durch hohe Eiweißwerte bei niedriger oder normaler Zellzahl gekennzeichnet wird (sog. Guillain-Barré'sches Liquorsyndrom). Dieses Syndrom ist nach Bannwarth Ausdruck der sich an den intraduralen Wurzelnerven abspielenden serösen Entzündung. Es ist diese Polyneuritisform weder auf eine von einem bestimmten Erreger ausgehende, noch an einen bestimmten Ort gebundene Infektion beschränkt. Wesentlich ist vielmehr, daß es im Zusammenhang mit einer örtlichen Entzündung zu einer Umstimmung des Organismus mit allergischer Äußerung des peripheren Nervensystems bzw. der Wurzelnervengebiete auf die Antigene kommt. Auch die Serumneuritis und Serumpolyneuritis, sowie die nach Vaccinimmunisation auftretenden Nervenentzündungen gehören hierher. Da auch die Polyneuritiden als Nachkrankheiten von Allgemeininfektionen — an erster Stelle ist hier die postdiphtherische Polyneuritis zu nennen —, ihrem klinischen wie liquorologischen Befund nach in Übereinstimmung mit der Polyradikulitis nach Guillain-Barré stehen, so bekennt sich Bannwarth zu der Auffassung, daß, was als „interstitielle Polyneuritis“ im Gefolge der verschiedensten Krankheiten sich manifestiert (Rheumatismus, pyogene Allgemeininfektionen, Infektionskrankheiten des Magen-Darmkanals, Diphtherie, Ruhr, Injektion artfremden Eiweißes u. a.), sich pathogenetisch unter einem einheitlichen Gesichtspunkt, nämlich dem eines allergischen Krankheitsgeschehens betrachten lasse.

Wie die weiteren Untersuchungen gezeigt haben, sind Übergangsfälle der Polyneuritis mit dem Liquorsyndrom nach Guillain-Barré zur chronisch-lymphocytären Meningitis nicht so ganz selten. Andererseits stellt die Mononeuritis mit dem humoralen Syndrom einer chronisch-lymphocytären Meningitis nur den Endpunkt einer kontinuierlichen Reihe dar, an deren anderem Ende die rheumatische Neuritis ohne Liquorveränderung steht. Das erhellt nach Bannwarth, „wie groß die phänomenologische Spannweite, der bunte Wechsel und Formenreichtum in der klinischen und humoralen Gestaltung (Krankheitsbeginn, Intensität und Extensität der neurologischen Symptome, Verlauf, Art und Stärke der Liquorveränderungen) bei Krankheiten mit gleicher infektiös-allergischer (rheumatischer) Pathogenese sein kann.“

Ob nun, wie Bannwarth annimmt, die Zelleiweißdissoziation im Liquor stets Ausdruck des allergischen Geschehens an den Nervenwurzeln ist und die nervöse Schädigung darauf allein zurückgeführt werden kann, ist wohl noch nicht jedem Zweifel enthoben (W. Scheid Arb. z. Psychiatr. Neur. u. ihre Grenzgeb. Festschrift f. K. Schneider, Scherer-Verlag 1947). Nach den reichen Kriegserfahrungen darf die Koppelung zwischen dem klinischen Bild und dem humoralen Syndrom bei der „allergischen Polyneuritis“ nicht allzu eng angesehen werden. Gewiß zeigt der Liquorbefund die Stärke der „serösen Entzündung“ an. Daraus aber einen Schluß auf das klinische Bild nach seiner Schwere zu ziehen, wäre ebenso verfehlt, wie aus dem klinischen Bild auf

die Schwere der vorliegenden Liquorveränderungen zu folgern. Die „seröse Entzündung“ im Bereich der Liquorräume kann sich in sich erschöpfen, ohne zu Lähmungserscheinungen zu führen. Andererseits aber — und darin liegt eine wesentliche Einsicht —, besteht auf Grund von Liquorreihenuntersuchungen im Stadium der Infektionskrankheit und danach, vor dem Auftreten der Polyneuritis, bei der Ruhr (Herrlich, Nervenarzt 1948) und bei der Diphtherie (Gaupp, Nervenarzt 1949, im Druck) kein Zweifel, daß die Liquorveränderung den Lähmungen vorausgeht und nicht, wie Pette annahm, letzteren nachhinkt, so daß im **Einzelfall aus dem Liquor die Polyneuritisgefährdung erkannt werden kann.**

In Fällen leichter, zuweilen abortiv verlaufender Diphtherie, bei der es nach Wochen völligen Wohlbefindens ziemlich abrupt doch noch zum Ausbruch einer Polyneuritis kommt, erhält man in geradezu stereotyper Weise von den Kranken die Auskunft, daß der Nervenlähmung eine starke körperliche Belastung vorausging. Solche Angaben verdienen Berücksichtigung. Wenn man von einer Überanstrengungspoliomy-

elitis spricht, d. h. einer sich im Anschluß an starke Muskelbeanspruchung manifestierende Kinderlähmung und aus der experimentellen Polyneuritisforschung (z. B. Engelhardt und Berkenmaier Dermat. Wschr. 1938) erfährt, daß für die Lokalisation der Lähmung wie für deren Auftreten unter Umständen eine vorausgegangene muskuläre Beanspruchung entscheidend sein kann, so enthüllt das ein Prinzip, welches darauf schließen läßt, daß unter forcierter Muskeltätigkeit Umstellungen (der Stoffwechsellage?) erfolgen, welche die Widerstandsfähigkeit der nervösen Substanz herabsetzen und sie einer Schädigung zugänglich machen. (Auf die Beziehungen zur Beschäftigungsneuritis sei verwiesen.) Die daraus für die Therapie zu ziehenden Folgerungen liegen auf der Hand. Gewiß ist ein solcher auslösender Faktor nur einer unter möglichen anderen, der zudem bei den postinfektiösen Polyneuritiden mit kurzem Intervall sich dem Nachweis entzieht, aber die Tatsache lehrt doch wohl, daß die Beziehungen zwischen klinischem und humoralem Syndrom, selbst wenn man beiden die gemeinsame Ursache der rheumatischen Entzündung zugrundelegt, noch keineswegs ausreichend geklärt sind.

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

Neue Vorstellungen vom Wesen der Homöopathie

Von Prof. Dr. med. et phil. K. Saller, Stuttgart

Nach einem Rundfunkvortrag

Die homöopathische Heillehre wurde ursprünglich aus der Erfahrung begründet. Verschiedene Ärzte stellten immer wieder fest, daß manche Erkrankungen durch Einflüsse geheilt werden können, die selbst ähnliche Auswirkungen haben wie die Erkrankung. Derartige Beobachtungen finden sich bereits bei Hippokrates, dem Vater der Heilkunde, und sie sind auch in der mittelalterlichen Medizin vor ihrer gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Aera immer wieder gemacht worden. An der Schwelle unserer Zeit hat Hahnemann im Jahre 1796 der Homöopathie ihre eigentliche lehramtliche und teilweise auch bereits ihre naturwissenschaftliche Begründung gegeben. Er formulierte das „Similia similibus curentur“, d. h. Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden, das die theoretische Grundlage der Homöopathie bildet, und Hahnemann wies auch schon auf die Bedeutung der Konstitution für die Erkrankung und Arzneimittelwirkung hin. So sprach er davon, daß man für viele Krankheiten nicht von festen und einheitlichen Krankheitsbildern reden dürfe, sondern daß jeder Mensch eine besondere Art der Erkrankung verwirkliche, etwa eine besondere Art Wassersucht oder Geisteskrankheit oder dgl. Für die Wirkung der Arzneien im homöopathischen Sinn stellte sich Hahnemann vor, daß dabei die „Lebenskraft“ des Patienten eine entscheidende Vermittlerrolle zum Heilerfolge spiele. Die homöopathischen Heilmittel wirken nach dieser Vorstellung durch Anregung der Lebenskräfte im ganzen Organismus oder in besonderen Teilen der Ganzheit.

Die Zeit Hahnemanns und viele ihrer ärztlichen Anschauungen sind durch die Entwicklung der 150 Jahre seither überholt worden. Die mittelalterliche Medizin,

an deren Wendepunkt zur Naturwissenschaft Hahnemann stand und deren Wendung zur exakten experimentellen Naturwissenschaft er selbst mit veranlaßte, hat einer ärztlichen Lehre Platz machen müssen, die heute sehr viel kritischer und durch ungeahnte neue Erkenntnisse auch sehr viel tiefer begründet, darum in Einzelheiten viel sicherer ist, als die damaligen Ärzte es waren. Die eigentliche homöopathische Lehre Hahnemanns ist jedoch durch diese Entwicklung nicht überholt worden. Sie hat im Gegenteil durch sie bis heute Erklärungen gefunden, die viele von den homöopathischen, zunächst lediglich aus der Empirie abgeleiteten und für eine exakte wissenschaftliche Vorstellung noch unklaren Anschauungen voll verständlich gemacht und die zugleich zu einem teilweise sehr weitgehenden Ausbau der homöopathischen Lehre geführt haben. Der Ausbau wurde vor allem veranlaßt durch die pharmakologischen Forschungen im Sinn der Arndt-Schulz'schen Regel, dann durch die Allergie- und Immunitätslehre und schließlich in Ausweitung des alten konstitutionellen Denkens durch die modernen Erkenntnisse über die unwillkürlichen Nerven und innersekretorischen Drüsen in ihrer Bedeutung für die Konstitution.

Im **experimentell-pharmakologischen Sinn** haben homöopathische Ärzte schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts mit Tierversuchen gearbeitet, durch die sie ihre Arzneimittelprüfungen, die von Hahnemann nur für den Menschen eingeführt worden waren, pathologisch-anatomisch zu vertiefen trachteten. Die eigentliche pharmakologische Forschung hat sich dann um 1890 der homöopathischen Lehre angenommen und zu ihrer Begründung durch den Greifswalder Pharmakologen Schulz die sog. Arndt-Schulz'sche Regel

beigetragen. Schulz untersuchte seinerzeit ganz systematisch die Wirkung kleiner und großer Arzneimitteldosen und formulierte dabei seine Ergebnisse folgendermaßen: „Es ist mir gelungen, den Nachweis der doppelten Wirkung auch für die Fälle zu führen, wo es sich nicht um die tierische, sondern um die Pflanzenzelle handelt. Die Tatsache, daß jedes Agens, welches imstande ist, in gewisser Dosis das Zellenleben zu vernichten, eben dasselbe in herabgesetzter Gabe zu übernormaler Tätigkeit anzuregen vermag, habe ich für die Hefezelle zahlenmäßig feststellen können. Das Zellgift κατ' ἐξοχήν, der Sublimat, bedingt z. B. in einer Verdünnung von 1:600 000 bis 800 000 eine ganz gewaltige, weit über die Norm hinausgehende Gärung in einer mit Hefe versehenen Traubenzuckerlösung. Und ähnlich verhalten sich Jod, Brom, Salicylsäure usw.“ Zahlreiche Versuche seit Schulz haben seine Befunde bestätigt und nicht nur an der Hefe, sondern auch in Gewebekulturen und in anderen Experimenten weitere Stoffe als nach demselben Prinzip wirksam erwiesen. Die Bedeutung der Schulz'schen Feststellungen für die Weiterentwicklung der Homöopathie liegt darin, daß durch sie gewisse Regelmäßigkeiten in der unterschiedlichen Wirkung großer und kleiner Dosen derselben Arznei zu einem bestimmten Lehrsatz formuliert wurden und damit den weiteren Untersuchungen ein festes, seither mehrfach bewährtes Forschungsprinzip gegeben wurde.

Ein weiterer Weg zum tieferen Verständnis der homöopathischen Anschauungen wurde durch die **moderne Allergielehre und Immunitätsforschung** zu Beginn unseres Jahrhunderts eröffnet. Unter Allergie versteht man die ungewöhnliche Empfindlichkeit eines Organismus gegen bestimmte Stoffe, die von gesunden Menschen anstandslos vertragen werden. So ist das Heufieber eine Allergie gegen Gräserpollen, an der nur ganz bestimmte Menschen leiden. Auch gegenüber verschiedenen Eiweißstoffen, Fischeiweiß und dgl., sind Allergien nicht selten. Ein genaueres Studium der Allergierkrankheiten zeigte, daß solche Überempfindlichkeiten nicht nur durch die betreffenden Stoffe ausgelöst, sondern daß sie ebenso durch dieselben Stoffe in kleinerer Dosis auch geheilt werden können. Man spricht in dieser Hinsicht von einer Desensibilisierung der Patienten, d. h. die Patienten werden unempfindlich gemacht gegen die Stoffe, die ihnen sonst schaden, indem sie an immer größere Dosen dieses Stoffes allmählich gewöhnt werden. Weiter zeigte sich aber auch, daß eine Desensibilisierung nicht nur mit dem betreffenden Stoff selbst erfolgen kann, sondern auch mit gewissen anderen Stoffen, im Sinne einer mehr oder minder spezifischen Allgemeinmimmung des Organismus. Man braucht nicht den gleichen Stoff zur Desensibilisierung zu nehmen, sondern kann sie auch durch etwas Ähnliches erzielen. So kann man etwa in der Heufieberbehandlung anstatt mit Pollenextrakten mit Ameisensäure oder dgl. zum Erfolg kommen. Die Immunitätslehre ist auf dem Weg, der durch diese Erkenntnisse sich auftrat, noch weiter geschritten. Bahnbrechend in dieser Beziehung war Robert Koch, der große Entdecker des Tuberkelbazillus. Er hat seinerzeit den Versuch unternommen, die Tuberkulose mit Tuberkulin, einem Mittel zu heilen, das aus Tuberkelbazillen hergestellt war, also Ähnliches durch Ähnliches zu vertreiben. Die Erfolge einer Tuberkulinbehandlung im Koch'schen Sinn sind bis heute unstritten. Die einen vertreten sie leidenschaftlich, an-

dere leugnen sie. Nicht zu bestreiten ist, daß das homöopathische Verfahren, welches auch die Klinik mit diesen Methoden einschlug, bei anderen Infektionskrankheiten, vor allem vorbeugend, sehr erhebliche und allgemein anerkannte Erfolge erzielt hat. Die Impfungen gegen Cholera, Diphtherie, Dysenterie, Meningokokken, Pest, Pocken, Scharlach, Tetanus, Tollwut und Typhus, auch die zuletzt gegen die Tuberkulose empfohlene Calmette-Impfung entsprechen durchaus homöopathischem Denken und machen im weitesten Maß Gebrauch von der Heilregel, die schon vor 150 Jahren Hahnemann formuliert hat. Besonders die Pockenimpfung verdient in dieser Hinsicht wegen ihrer allgemeinen Verbreitung hervorgehoben zu werden; dabei wird durch die Impfung mit Kuhpocken den ähnlichen, aber viel gefährlicheren Menschenpocken vorgebeugt. Noch in früheren Jahrhunderten haben die Pocken teilweise verheerend unter den Völkern Europas gewirkt, heute sind sie dank der Kuhpockenimpfung in unserem Kulturkreis fast völlig verschwunden. Zugleich hat sich auch bei den Infektionskrankheiten nicht nur eine spezifische, sondern auch eine unspezifische Allgemeinmimmung mit anderen Mitteln vielfach als wirksam erwiesen. Man kann etwa ein spezifisches Fieber, wie den Typhus, durch ein anderes, ähnliches Fieber, etwa durch eine Milchinjektion oder etwas Ähnliches, erheblich abkürzen und damit die Typhusausscheidung beschleunigen. Für manche andere Krankheiten gilt Ähnliches. Die genauere Erforschung all dieser Vorgänge ist geeignet, auch das Wesen der Homöopathie näher zu erklären und ihre Erfolge dem modernen Verständnis zugänglicher zu machen.

Als letzte Fortführung des alten homöopathischen Denkens sollen schließlich die Erkenntnisse der **modernen Konstitutionsforschung** genannt werden. Die moderne Konstitutionsforschung hat vor allem durch ihre Beobachtungen über das vegetative Nervensystem und über die innersekretorischen Drüsen zu einer Begründung und Vertiefung der homöopathischen Auffassungen beigetragen. Für das vegetative Nervensystem, d. h. für die unwillkürlichen Nerven hat sich erwiesen, daß sie ihre Wirkung im Zusammenspiel zweier antagonistischer Anteile, des Vagus und des Sympathicus, entfalten. Die vegetativen Nerven sind ihrer Bedeutung nach geradezu die „Lebensnerven“ genannt worden. Sie sind nach der heutigen Auffassung das Substrat dessen, was zu Hahnemann's Zeiten Lebenskraft genannt wurde, und es ist von hohem Interesse, daß tatsächlich gerade die neuen Erkenntnisse über die vegetativen Nerven nunmehr Wesentliches zum Verständnis der homöopathischen Arzneimittelwirkungen beitragen, nachdem schon Hahnemann seinerzeit auf die Bedeutung der Lebenskraft für die Wirkung der homöopathischen Mittel hinwies. Die Inkrete, d. h. die Wirkstoffe der Drüsen mit innerer Sekretion, wirken durch das Zusammenspiel von noch mehr gegensätzlichen Strebungen als die vegetativen Nerven; ihre genaue Erforschung zeigte zugleich die Wirkung von so minimalen Stoffspuren an, wie man sie früher für unmöglich gehalten, wie sie die Homöopathie nach ihrer Erfahrung aber immer behauptet hatte. Jeder Einzelmensch ist in seinem vegetativen Nervensystem wie in seinen Inkreten aus den Gegensätzen dieser Systeme verschieden gestimmt, und das macht seine besondere Konstitution aus. Angesichts der Gegensätzlichkeit im vegeta-

tiven Nervensystem und im Inkretsystem wird klar, daß auf dieser Grundlage verschiedene Individuen auch durchaus gegensätzlich gestimmt sein können. Die Schlußfolgerung aus dieser Auffassung ist, daß dasselbe Heilmittel je nach der Konstitution des betreffenden Kranken ganz verschieden, unter Umständen geradezu gegensätzlich wirken kann. Als Beispiel sei auf die Basedowsche Krankheit und ihren Gegensatz, die Myxödemkrankheit verwiesen. Ein Basedow kann durch dasselbe Jod in derselben Dosis herbeigeführt werden, welche das Myxödem heilt. So liegen die Verhältnisse grundsätzlich für sehr viele Heilmittel und Konstitutionen. Eine Konstitutionsregel in diesem Sinn bedeutet geradezu das Gegenstück zu der Arndt-Schulz'schen Regel und ihre Ergänzung von seiten der kranken Menschen und ihrer vielen individuellen Verschiedenheiten her. Nicht nur die Heilmittel wirken in einer gestuften Skala je nach der Dosengröße verschieden auf die menschliche Konstitution, sondern die verschiedenen menschlichen Konstitutionen reagieren auch auf dasselbe Heilmittel verschieden je nach der individuellen Lage in ihrem vegetativen Nervensystem und im Zusammenspiel ihrer innersekretorischen Drüsen.

Aus der Dienststelle des Staatl. Gewerbearztes in Karlsruhe

Wiederbelebungsversuche bei elektrischem Scheintod

Von Dr. med. Friedrich Mainx
Facharzt für innere Krankheiten

Über das Wesen des elektrischen Stromes schlechthin bestehen auch in unserem hochtechnisierten Zeitalter vielerorts nur unvollkommene, wenn nicht überhaupt falsche Anschauungen. Was Wunder, daß auch die Meinungen der Fachleute über den Effekt des elektr. Stromes auf das lebende Gewebe, bzw. die Art der Veränderungen, die zum Tode führen, nicht ganz einig gehen. Demzufolge herrschen auch in der Praxis häufig irrige Anschauungen, zum Teil völlige Unkenntnis über elektro-pathologische Tatsachen und die aus ihnen zu folgender zweckmäßigen Maßnahmen, insbesondere was die erste Hilfe bei elektrisch Verunfallten anbelangt.

Der Umstand, daß immer wieder Fälle vorkommen, wo durch unrichtiges Verhalten von Laienhelfern, leider aber auch oft genug Ärzten, ein elektrischer Unfall mit Todesfolge endet, während bei richtigem Verhalten dieses Ende hätte abgewendet werden können, ist der Anlaß dieser Zeilen.

Es ist nicht Aufgabe der Arbeit, sich über die technischen Voraussetzungen dieser ersten Hilfe bis ins Letzte auszulassen. Soviel sei jedoch am Rande bemerkt, daß natürlich die **allererste** Maßnahme immer die Befreiung des Verunglückten aus dem Stromkreis sein muß, was am allerbesten durch völlige Abschaltung geschieht. Leider wird diese Abschaltung nicht immer oder zumindest nicht immer schnell genug erfolgen können, so daß der Helfer vor Berührung des Verunglückten auf seine eigene Sicherung durch Abisolierung bedacht sein muß, um nicht selbst in den Stromkreis zu geraten (Umwickeln der Hände mit einem trockenen Tuch, Stellen auf eine Bretterunterlage, einen Schemel, Sessel, Benützen eines Holzstockes u. dgl. kommt in Frage). Ist der Verunglückte aus dem Stromkreis, gilt die erste Sorge

Damit ist ein kurzer Einblick in die wichtigsten neuen Vorstellungen vom Wesen der Homöopathie gegeben. Diese Vorstellungen machen manches verständlich, was der Medizin vergangener Jahrzehnte an der Homöopathie zunächst noch als unklare Phantasterei erschien und was sie darum abgelehnt hat. Es ist nicht zu zweifeln, daß weitere Forschungen auch für die Homöopathie ebenso wie für die gesamte Medizin noch weitere Aufklärungen vom Wesen der Erkrankungen und von den Heilungsvorgängen bringen werden. Wir werden, wenn uns heute manches noch nicht ganz klar ist — ebenso wie den Ärztegenerationen vor uns die Homöopathie nicht ganz klar war — diese Behandlungsform darum nicht einfach ablehnen dürfen. Unsere Aufgabe wird vielmehr sein, alle unsere Beobachtungen unentwegt kritisch zu prüfen und uns dann zu bemühen, sie durch neue Fragestellungen, wie sie die Entwicklung der gesamten Wissenschaft gibt, dem Verständnis zugänglich zu machen, denn das ist der Weg der wissenschaftlichen Forschung. Auch die Homöopathie geht diesen Weg als Wissenschaft weiter zusammen mit den anderen ärztlichen Heilrichtungen, welche die bestmögliche Behandlung ihrer Kranken erstreben.

der Atmung und dem Kreislauf, wobei bei Stillstand ersterer eine zweckentsprechend durchgeführte künstliche Atmung, am besten nach der Methode von Silvester-Brosch unter Umständen durch Stunden konsequent durchzuführen ist. Die Wiederanregung des Kreislaufes bleibt in erster Linie dem Arzt vorbehalten. Er wird durch geeignete Applikation von Weck- und Kreislaufmitteln in Form von Injektionen versuchen, einen Herzstillstand zu beheben. Unterstützend wirkt hierbei schon die kunstgerecht durchgeführte Beatmung, die als Herzmassage wirken kann, wobei eine rhythmische Klopfmassage der Herzgegend in den Pausen der künstlichen Atmung, etwa im Tempo 60—80 pro Minute zusätzlich angebracht erscheint. Auch die Anwendung von peripheren Reizen, Riechenlassen an Salmiak, Bürsten von Händen und Fußsohlen mit harten Borstenbürsten oder rauen Tüchern kann noch versucht werden.

Wichtig ist, und das sei nochmals ausdrücklich hervorgehoben, daß in allen Fällen von Bewußtlosigkeit, Atem- und Herzstillstand bei elektrischen Unfällen zunächst — und zwar bis zum Beweise des Gegenteiles — das Vorliegen eines „**Scheintodes**“ angenommen werden muß und der Helfer demgemäß handelt. Erst wenn sichere Zeichen des eingetretenen Todes, wie Ausbildung der Totenstarre, Erscheinen der Totenflecken an den abhängigen Körperpartien (Hypostase) vorhanden sind, darf das Bemühen um Wiederbelebung eingestellt werden. Die Schnelligkeit des Einsetzens und die Konsequenz der pausenlosen Durchführung der Hilfsmaßnahmen ist von ausschlaggebender, unter Umständen lebensrettender Tragweite. Es darf nicht vorkommen (wie leider immer wieder beobachtet werden kann), daß aus Mangel an Kenntnissen und aus Verantwortungslosigkeit diese ersten Hilfsmaßnahmen nicht an Ort und

Stelle des Unglücks unverzüglich eingeleitet werden und z. B. der Verunglückte erst mehr oder minder lange Wegstrecken transportiert wird, um zu einem Arzt oder in ein Krankenhaus gebracht zu werden, oder daß auf das Eintreffen des Arztes tatenlos gewartet wird (wobei dem eigenen Gewissen gegenüber gerne Ausreden wie „er muß Sauerstoff bekommen“ oder „der Arzt muß ihm Spritzen geben“ oder dgl. gern zur Hand sind).

Wenn wir nunmehr uns der eigentlichen Elektro-Pathologie zuwenden, ist zum näheren Verständnis eine kurze Rekapitulation technischer Begriffe erforderlich:

In Verwendung stehen hauptsächlich Gleich- und Wechselströme, sowie eine Abart der letzteren, die Drehströme. Der Spannung nach unterscheidet man schwach-, mittel- (nieder-) und hochgespannte Ströme. (Bis 100 V Schwachstrom, bis 250 V Niederspannung, darüber Hoch- und über 1000 V Höchstspannung.) In der Industrie werden im allgemeinen Spannungsbereiche zwischen 110 bis 550 V verwendet und geben zu den meisten tödlichen Unfällen Veranlassung, während bei Unfällen durch Hochspannung zwar auch Todesfälle vorkommen, jedoch mehr oder minder schwere Verletzungen (Verbrennungen) häufiger sind. (Die „sekundären“ Verletzungen, wie sie durch Sturz von der Höhe eines Gerüsts usw. vorkommen, und zwar besonders bei Starkstrom, interessieren uns vom Standpunkt der Wiederbelebung zunächst weniger.)

Was geschieht also, wenn jemand in einen Stromkreis eingeschaltet wird?

Je nach der Art des Stromes, der Einschaltung (unipolare, bipolare Berührung, Erdschluß, Art und Zustand der Kontaktfläche, Größe der Kontaktfläche, örtlicher Widerstand derselben, Durchnässung u. a. m.), der Spannung und Stromstärke und natürlich auch der Dauer der Einschaltung, kommt es zu einer mehr oder minder ausgesprochenen Schädigung der organischen Substanz, wobei von Belang ist, welche Organsysteme vorzugsweise in den Stromkreisschluß einbezogen werden. Als besonders empfindlich erweisen sich das Zentralnervensystem und der Herzmuskel (bei letzterem wohl in erster Linie das auf einer „Nervmuskelzwischenstufe“ stehende spezifische Reizleitungssystem), wobei „an örtliche Schädigungen im Sinne von molekularen Verschiebungen ohne objektiv nachweisbare pathologisch anatomische Veränderungen“ (zit. nach Koelsch) gedacht werden kann. Es sind aber auch objektiv nachweisbare, allerdings mikroskopisch kleine Blutungsherde und Zerstörungen in der nervösen Substanz beschrieben. Man findet in dieser ferner außer Blutungen auch Verquellungen der Achsenzylinder und Protoplasmfortsätze, Chromatolyse und Tigrolyse der Ganglienzellen, Vakuolisierung, also Zeichen mehr oder minder ausgesprochener Schädigung. Sicher sind außer diesen objektiv nachweisbaren Schädigungen aber auch funktionelle Momente, wie der Schreckfaktor, nervöse Labilität, vegetative Dystonie usw., kurz Konstitutionsanomalien von großem Belange. Daß von vornherein pathologisch geschädigte Organe geringere Toleranz für elektrische Stromeinwirkung aufweisen, daher Herz-, Gefäß- und Nierenkranke besonders gefährdet sind, liegt auf der Hand. Auch auf den sog. „Status thymolymphticus“ (Schridde) sei an dieser Stelle verwiesen. Es kann bei solchen Fällen schon der Kontakt mit sehr niedrig gespanntem Strom, geringer Stromstärke (35–60 V und 0,1 Amp.) einen tödlichen Unfall veranlassen. Freilich ist hierbei die Frage Unfalltod oder plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache nicht immer leicht zu beantworten. Man kann oft nur durch die Obduktion, die in keinem Fall eines elektrischen Todes unterbleiben sollte, diese Frage klären.

Wodurch kann demnach der Tod bei Kontakt mit den gebräuchlichen Spannungen und Stromstärken verursacht werden?

In erster Linie, und darauf deutet das klinische Bild, kommt es zur Störung bzw. Lähmung der lebenswichtigen Zentren in der Medulla oblongata, natürlich auch anderer Teile des Zentralnervensystems oder zu einer primären Herzlähmung durch Herzkammerflimmern. Tierversuche ergaben Überdauern der Atmung über die Herztätigkeit, aber auch umgekehrte Verhältnisse. Jedenfalls interessieren, wenn der Blickpunkt der ersten Hilfe weiterhin im Auge behalten wird, zunächst immer wieder diese beiden Funktionsausfälle. Daß natürlicherweise auch andere Organsysteme mehr minder in Mitleidenschaft gezogen werden können und in den meisten Fällen wohl auch werden, spielt, aus diesem Angelpunkt gesehen, vorläufig keine erstrangige Rolle und es liegt auf der Hand, daß eine Strommarke, eine Verbrennung des Körpers oder sekundär durch Sturz oder krampfartige Muskelkontraktionen hervorgerufene Verletzungen, wenn sie nicht die Ursache eines Schocks bilden, für die erste Hilfe beim elektrischen Scheintod zunächst weniger von Belang sind.

Welche Frist darf daher bis zur Vornahme von geeigneten Wiederbelebungsversuchen verstreichen?

Hierbei gilt, wie ja schon wiederholt hingewiesen, der Grundsatz, daß diese erste Hilfe möglichst unmittelbar einsetzen muß. Der elektrische Scheintod ist, wenn Herz- und Atemstillstand eingetreten sind, zunächst nur ein klinischer Tod, kein biologischer. (Es ist bereits gelungen, durch entsprechenden Einsatz klinischer Hilfsmittel, wie Bluttransfusionen mit besonderen Apparaturen unter gleichzeitiger geeigneter Applikation von Stimulantien für Atmung und Kreislauf, künstlicher Atmung — Pulmotor — usw. die Wiederbelebung von völlig ausgebluteten, pulslosen und nicht mehr atmenden, also im klinischen Sinne „Toten“ zu bewirken. Allerdings mußte auch hier der Einsatz dieser Hilfsmittel möglichst unmittelbar, spätestens in 3–5 Minuten erfolgen!) Dem biologischen Tod mit irreparablen Zellveränderungen verfallen die einzelnen Organsysteme nach Aufhören der Sauerstoffversorgung in verschieden langen Zeiträumen. Am schnellsten geht die nervöse Substanz des Zentralnervensystems zugrunde — schon in 3–5 Minuten —, erst in weit größeren Zeitabständen folgen die anderen Organe. Es ist also die Aufgabe des Helfers, um es nochmals zu wiederholen, für Beatmung und Wiederingangsetzung des Kreislaufes zu sorgen. Ersteres geschieht am zweckmäßigsten durch die unverzügliche Aufnahme einer geeigneten künstlichen Atmung, evtl., wenn die Möglichkeit gegeben ist, unter Einsatz von Sauerstoff (doch darf durch die Beschaffung des letzteren oder durch den Transport des Verunglückten zu einer solchen Möglichkeit auf keinen Fall Zeit verloren gehen). Letzteres wird, abgesehen von der schon erwähnten Herzmassage, dem geschulten, qualifizierten Helfer (Arzt) vorbehalten bleiben, wobei die Injektionsspritze in Tätigkeit treten muß. Lobelin, Sympatol (Lobesym), Cardiazol, Pervitin, Coramin, Coffein, Adrenalin usw. sind die in Frage kommenden Mittel. Eine subkutane oder intramuskuläre Injektion ist beim Sistieren des Kreislaufes unwirksam, auch die intravenöse Anwendung problematisch (zumal die technische Möglichkeit infolge Gefäßkollaps gar nicht gegeben sein dürfte). Es darf daher vor schneller drasti-

scher Applikation, etwa in Form der intrakardialen Injektion nicht zurückgeschreckt werden. Meines Erachtens wäre auch der Versuch einer suboccipitalen, also zysternalen Injektion von Atmungs- und Kreislaufstimulantien (Coramin oder Lobesym) durchaus vertretbar und zu versuchen. Es ist denkbar, daß bei primärer zentraler Herz-, Gefäß- und Atemlähmung durch diese mancher sonst verlorene Fall gerettet werden kann. Es sollte sich daher jeder Arzt über die nicht einmal so komplizierte Technik derselben informieren. Die ansonsten begreiflichen Hemmungen vor der Durchführung des Eingriffes dürften sub fine auch eher wegfallen. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, daß ein Scheintoter durch elektrischen Strom als Versuchsobjekt für Punktversuche dienen soll. Eine strenge aber beherzte Indikationsstellung ist erforderlich und kann sich lebensrettend auswirken.

Da der Liquordruck bei elektrischen Unfällen häufig stark erhöht gefunden wird, wird es zweckmäßig sein, vor Applikation eines Arzneimittels durch Ablassen einer entsprechenden Liquormenge nötigenfalls für Entlastung zu sorgen.

Demnach wären in kurzen Merksätzen zusammengefaßt die Maßnahmen der ersten Hilfe bei Scheintod durch elektrischen Strom folgende:

A. Für den Laien:

1. Heraus aus dem Stromkreis!
2. Bei Bewußtlosigkeit künstliche Atmung!
Unverzüglich und ohne Pause bis zum Eintreffen des Arztes! Bei Pulslosigkeit evtl. gleichzeitige Herzmassage.

B. Für den Arzt:

3. Geeignete Applikation von Weck- und Kreislaufmitteln!
4. Fortsetzung der Wiederbelebungsversuche, insbesondere der künstlichen Atmung bis zum sicheren Beweis des eingetretenen Todes! (Unter Umständen stundenlang!)

Auf die technischen Voraussetzungen bezüglich der Vornahme der künstlichen Atmung bin ich — so wichtig sie auch sein mögen — absichtlich nicht eingegangen, da deren Kenntnis beim Arzte — und an diesen richtet sich der Artikel — vorausgesetzt werden muß. Die Schulung und Belehrung des Laien jedoch bleibt anderen Stellen vorbehalten. Im übrigen sei auf die Unfallverhütungsvorschriften des VDE und Merkblätter verwiesen.

Literatur: Jellinek „Elektropathologie“. Verlag Ferd. Enke, Stuttgart. — Schridde „Der elektr. Stromtod“. Klinische Wochenschrift 1925, Nr. 45, 4. Jahrgang. — Schilf „Über elektr. Stromtod“ in Nr. 17 vom 29. 4. 1933 der „Medizinischen Welt“.

Im Anschluß an obige Arbeit bringen wir im folgenden ein Referat über: „**Neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden beim Hochspannungsunfall**“. Die Arbeit erschien 1947 und stammt aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Zürich, Dir.: Prof. Dr. med. H. Fischer.

Die Verfasser, H. Fischer, Zürich, und R. Fröhlicher, Zollikon, weisen darauf hin, daß Personen, die mit hochgespanntem Strom in Berührung kommen (10 000 V und mehr), häufig nicht sofort getötet werden, bzw. in den Zustand des „Elektrischen Scheintods“ verfallen, sondern beim Bewußtsein bleiben, sich zunächst subjektiv wohlfühlen, aber dann, manchmal nach Tagen, unter den klassischen Zeichen einer langsam zunehmenden, allge-

meinen Vergiftung zugrunde gehen. Dabei können die äußeren Verletzungen verhältnismäßig gering sein. Die Sektion zeigt, daß unter verhältnismäßig wenig ausgedehnten Verbrennungswunden der Haut die Muskulatur auf weite Strecken zerstört ist und wie gekocht aussieht. Der Muskel ist eben durch seine anatomischen, chemischen und physikalischen Eigenschaften zur bevorzugten Strombahn prädestiniert und wird dort am meisten geschädigt, wo der Querschnitt, z. B. an den Extremitäten, verhältnismäßig klein ist. Dort ist eben die Hitzeentwicklung am größten. Aus dem zerstörten Muskel tritt der Muskelfarbstoff, das Myoglobin, in die Blutbahn über, und bewirkt eine schwere Schädigung der Nieren, mechanisch durch Verstopfung der Nierenkanälchen und toxisch durch Zerstörung des aktiven Nierenparenchyms.

Daraus ergeben sich folgende **Behandlungsmethoden**:

1. Da die radikale Entfernung der geschädigten Muskelmassen durch großen chirurgischen Eingriff meist darum nicht möglich ist, weil sich die Ausdehnung der Zerstörung nicht übersehen läßt, versuche man, den Spiegel des Giftstoffes im Blut möglichst niedrig zu halten durch sofortige reichliche Flüssigkeitszufuhr (Trinken, Einlauf, Injektionen und Infusionen). Weiterhin sind wiederholte Aderlässe und Wiederauffüllung des Blutgefäßsystems mit Plasma oder einer blutähnlichen Flüssigkeit angebracht.

2. Da das saure Myoglobin für die Nieren viel gefährlicher ist als die alkalische Form, Sorge man für ausgiebige Alkalisierung der Gewebe, bis alkalischer Urin ausgeschieden wird: **also Zuführung von alkalischen Flüssigkeiten (Natriumbikarbonat)**. Diese Maßnahmen, die auch von Laien leicht durchzuführen sind, sollen grundsätzlich **bei allen Hochspannungsunfällen** Platz greifen. Es ergeben sich somit folgende Ergänzungsvorschriften für die Rettungsmaßnahmen bei Hochspannungsunfällen mit technischem Starkstrom: „1. Man verabreiche dem Verunfallten, wenn er bei Bewußtsein ist **sofort**, wenn er bewußtlos ist, sobald er aus der Bewußtlosigkeit oder Betäubung erwacht: einen Teelöffel Natriumbikarbonat (doppelkohlen-saures Natron) in $\frac{1}{2}$ l Wasser. Diese Verabreichung von Bikarbonat soll über 24 Stunden stündlich wiederholt werden, sofern der Arzt nicht etwas anderes vorschreibt. Außerdem soll der Verunfallte angehalten werden, viel Wasser mit etwas Kochsalz (1 Eßlöffel auf 1 l Wasser) oder Traubenzucker (3 Eßlöffel auf 1 l Wasser), auch Tee, Fruchtsäfte und alkalische Wässer zu trinken. Diese ausgiebige Flüssigkeitszufuhr ist während 5 bis 6 Tagen durchzuführen, während die Verabreichung von doppelkohlen-saurem Natron auf die ersten 24 bis 36 Stunden beschränkt bleibt.“

Eine Ärztekommision, die zum Studium von Starkstromunfällen in der Schweiz eingesetzt ist, soll nun weiterhin feststellen, wie groß durchschnittlich das Zeitintervall angenommen werden kann, welches zur Verfügung steht, um der Myoglobinschädigung der Niere durch therapeutische Maßnahmen zuvorzukommen. In einem Nachwort berichtet der Präsident dieser Kommission, daß in mehreren praktischen Fällen die auf die oben beschriebene Weise Verunfallten gerettet wurden. Weiterhin besteht offenbar die Aussicht, daß in Bälde Mittel herauskommen werden, welche — rechtzeitig angewandt — auch beim Herzkammerflimmern zur Rettung des Opfers führen können. Dr. Schröder

Das Meldewesen bei Geschlechtskrankheiten in Württemberg-Hohenzollern

Von Medizinalrat Dr. Josef Daniels, Innenministerium

Durch die Verordnung Nr. 37 des Militärbefehlshabers der französischen Besatzungszone ist das Meldewesen bei Geschlechtskrankheiten in der französisch besetzten Zone zum Teil auf eine neue Grundlage gestellt worden. Die Verordnung lehnt sich ausdrücklich an das deutsche Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 an. Sie ist eine Weiterentwicklung einzelner Bestimmungen dieses Gesetzes. Es dürfte angezeigt sein, den Inhalt dieser Verordnung, soweit er für den praktischen Arzt von Bedeutung ist, im nachfolgenden kurz darzustellen und gleichzeitig einen Überblick über den derzeitigen Stand des Meldewesens in der französischen Zone zu geben.

Das Gesetz von 1927 kannte als Geschlechtskrankheiten im Sinne des Gesetzes Syphilis, Tripper und weichen Schanker. Die Verordnung Nr. 37 erweitert die Zahl der Krankheiten um das Lymphogranuloma inguinale (andere Bezeichnungen: Lymphogranulom der Leistenröhre, Nicolas-Favre'sche Krankheit). Das Lymphogranuloma inguinale wurde 1927 nicht in das Gesetz aufgenommen, da man glaubte, es komme praktisch in Deutschland nicht vor. Diese Annahme traf nicht zu.

Der Art. 1 der Verordnung Nr. 37 bestimmt grundsätzlich, daß in Zukunft Geschlechtskrankheiten in jedem Fall meldepflichtig sind. Diese Bestimmung hat lediglich prinzipielle Bedeutung. Der sachliche Unterschied gegenüber dem bisherigen Zustand ist geringfügig. Die geschichtliche Entwicklung des Meldewesens war bekanntlich folgende: Das Gesetz von 1927 sah eine Meldepflicht nur in besonderen Fällen vor (vgl. § 9, weiter unten zitiert). Die 1939 gegebenen Verhältnisse verlangten gebieterisch eingehende Ermittlungen nach der Ansteckungsquelle, die auch durch Erlaß des Reichsministers des Innern (vom 18. September 1939) angeordnet wurden. Der Erlaß bestimmte, daß die Ansteckungsquelle in jedem Einzelfall so genau wie möglich zu ermitteln und das Ergebnis dieser Ermittlungen dem Gesundheitsamt mitzuteilen sei. Der Name des Angesteckten wurde auf der Meldung an das Gesundheitsamt unter irgendeinem (nur dem behandelnden Arzt bekannten) Zeichen chiffriert angegeben. Auf Weisung des Reichsministers des Innern verpflichtete die Reichs-Ärztelkammer die Ärzte zur Erstattung der Meldung. Nach Kriegsende war das Fortbestehen dieser von der Reichs-Ärztelkammer ausgehenden Verpflichtung der Ärzte zweifelhaft geworden. Die Landesverwaltung Süd-Württemberg verpflichtete deshalb durch den Erlaß vom 27. September 1945 (Anordnung IV/45) die Ärzte erneut. Durch die beiden letztgenannten Anordnungen waren zahlenmäßig alle Geschlechtskranken erfaßt, obwohl über die Beziehungen der Kranken untereinander (Ansteckungsquelle usw.) verhältnismäßig wenig bekannt wurde. Die Verordnung Nr. 37 bringt die Meldepflicht aller Geschlechtskrankheiten als gesetzliche Bestimmung. Sie unterscheidet die einfache Meldung nach einer in einzelnen vorgeschriebenen Chiffrierung und die Meldung nach § 9 des Gesetzes von 1927, in denen die vollen Personalien des Kranken zu melden sind. Es erhebt sich die Frage, wann ist eine einfache Meldung zu erstatten und wann eine Meldung nach § 9?

Hierzu sei nachstehend der § 9 im Wortlaut zitiert: Der Arzt hat dem Gesundheitsamt Anzeige zu erstatten, wenn „der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht oder wenn er andere infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet“. Die Meldung bei Entziehung aus der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung ist ohne weiteres klar. Weniger eindeutig ist die Frage, wann jemand infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse andere besonders gefährdet. Ohne die Zahl der in Frage kommenden Berufe erschöpfend aufzählen zu wollen, sei hier bemerkt, daß vor allem das im Nahrungs- und Genussmittelgewerbe tätige Personal (insbesondere Kellner und Kellnerinnen, ferner Friseur, Kindermädchen und andere Hausangestellte) sowie das heilberuflich tätige Personal in erster Linie zu nennen ist. Eine besondere Bedeutung kommt der Gefährdung infolge der persönlichen Verhältnisse zu. Es muß hier eindringlich darauf hingewiesen werden, daß dieser Begriff sowohl im Interesse einer wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wie im eigentlichen Interesse des Arztes in der heutigen Situation nicht weit genug gefaßt werden kann. D. h., daß der Arzt bei der derzeitigen Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten in weitestem Umfang namentliche Meldungen von Geschlechtskranken erstatten muß.

Wenn ein Arzt eine Geschlechtskrankheit diagnostiziert und bei der pflichtgemäßen Ermittlung über die Ansteckungsquelle feststellen muß, daß über die Infektionsquelle nur ganz lückenhafte Angabe gemacht, z. B. nur die Farbe des Haares, der Augen, annähernde Körpergröße, nicht aber der Name der Ansteckungsquelle angegeben werden kann, so muß der Arzt den Patienten mit vollem Namen melden. Ebenso ist eine Meldung mit dem vollen Namen nötig, wenn der Patient den Namen des Infizierten nicht angeben will. Wenn die geschilderten Umstände vorliegen, muß aus ihnen zwangsläufig geschlossen werden, daß von dem betreffenden Patienten der Geschlechtsverkehr außerordentlich leichtfertig ausgeübt wird und daß aus den Umständen des Einzelfalls die Gefahr der Weiterverbreitung bzw. die Gefährdung anderer so groß ist, daß eine Nennung mit vollem Namen und voller Anschrift nicht vermeidbar ist. Wer den Geschlechtsverkehr ausübt, ohne den Namen seines Partners zu kennen, kann keine Geheimhaltung durch den Arzt bzw. keine Geheimhaltung seiner Krankheit beanspruchen. Wer seinen Partner nicht nennen will, muß ebenfalls damit rechnen, daß seine Angaben durch das Gesundheitsamt nachgeprüft werden. Unter die Meldepflicht des § 9 fallen auch die Erkrankungen, bei denen als Infektionsquelle ein Angehöriger der Besatzungsmacht gemeldet wurde, oder Fälle, in denen ein Erkrankter von der Besatzungsmacht einem Arzt zur Behandlung oder Beobachtung überwiesen wurde. (Erlaß der Landesdirektion des Innern vom 10. Juni 1946¹.) Die Voraussetzungen zu einer Meldung nach § 9 sind ferner gegeben, wenn der Patient in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zur Besatzungsmacht steht oder mit ihr in Berührung lebt. Endlich gehören selbstverständlich alle Fälle unter den § 9, die als Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr bekannt sind.

Der Art. 1 wird eingeeignet durch die Bestimmung des Art. 2, in dem bestimmt wird, daß nur Erkrankungen im Stadium der „Ansteckungsmöglichkeit“ zu melden sind. Das Gesetz von 1927 kennt diesen Begriff nicht. Er entspricht ungefähr dem früheren Ausdruck „mit Ansteckungsgefahr verbunden“. Es muß hier aber betont werden, daß die Geschlechtskrankheit in diesem Falle nicht etwa äußere Zeichen aufweisen muß, die die Ansteckungsfähigkeit bedingen. Es genügt völlig, daß ein erneutes Auftreten solcher Erscheinungen zu befürchten bzw. möglich ist. Eine Ansteckungsgefahr oder eine Ansteckungsmöglichkeit ist auch durch den Kranken gegeben, der sich gerade in einem latenten Stadium der Krankheit befindet. Danach ist die Lues I und II zu melden, deren Dauer auf 5—7 Jahre nach der Ansteckung zu veranschlagen ist, insbesondere, wenn nicht hinreichende Behandlung erfolgte, die bei Vorliegen einer seropositiven Lues I 3—4 Kuren, bei der Lues II grundsätzlich 5 Kuren betragen soll. Die Tatsache der Ansteckungsmöglichkeit verpflichtet jeden Arzt, der einen Kranken untersucht oder behandelt, zur Meldung, unabhängig davon, ob ein anderer Arzt früher eine Meldung über den gleichen Kranken erstattet hat. Dieser Umstand ist von besonderer Bedeutung, wenn der Patient den Arzt wechselt oder von einem Arzt einem anderen zur Behandlung überwiesen wird. Auch in diesem Falle sind beide Ärzte zur Meldung verpflichtet.

Nach diesen grundsätzlichen Ausführungen einige technische Angaben über die Ausfüllung des Meldeformulars.

Ich schicke voraus, daß das durch die Verordnung Nr. 37 eingeführte, zur Zeit verwendete blaue Meldeformular einer Überarbeitung unterzogen wurde, da für die Bearbeitung durch die Gesundheitsämter verschiedene Änderungen und Präzisierungen notwendig wurden. Bei der folgenden Besprechung des Formulars ist bereits diese neue Fassung berücksichtigt. Die Ärzte werden aber gebeten, die ergänzenden Angaben, die in der alten Fassung noch nicht gedruckt sind, bereits jetzt anzuwenden.

Das Meldeformular ist unterteilt in einen Teil A und einen Teil B. Der Teil A verbleibt beim Arzt und enthält alle Angaben, die für die Behandlung und eine unter Umständen nötige Auskunftserteilung von Bedeutung sind. Besondere Ausführungen hierzu sind nicht zu machen.

Der Teil B wird vom Arzt verschlossen an das Gesundheitsamt des Wohn- oder Aufenthaltsortes des Kranken geschickt. Es

¹) Gilt nur für Württemberg-Hohenzollern

ist wichtig, daß dies genau beachtet wird, da sonst bei Überweisungen der Patienten in Kliniken anderer Kreise oder bei häufigem Arztwechsel des Patienten Doppelmeldungen unvermeidlich sind. Bei Personen, die keinen festen Aufenthalt haben, ist die Meldung mit einem entsprechenden Hinweis an das Gesundheitsamt des letzten Aufenthaltsortes zu schicken. Bei Ausgewiesenen, deren endgültiger Wohnsitz noch nicht feststeht, ist die Meldung an dasjenige Gesundheitsamt zu erstatten, in dessen Bereich das Lager gehört, aus dem der Kranke überwiesen wurde. In der amtlichen deutschen Übersetzung des Journal officiel steht der mißverständliche Ausdruck, die Anzeige sei an die „Gemeindebehörde“ zu schicken. Selbstverständlich kommt für die Erstattung der Anzeigen nur das Gesundheitsamt in Frage, wie auch aus dem entsprechenden französischen Ausdruck „autorité sanitaire“ hervorgeht. Bei der sog. einfachen Meldung ist zu beachten, daß der Anfangsbuchstabe des Zunamens vor dem des Vornamens steht. Es empfiehlt sich, den Anfangsbuchstaben des Zunamens noch durch Unterstreichen besonders kenntlich zu machen, damit Irrtümer ausgeschlossen sind und die Arbeit des Gesundheitsamts erleichtert wird. Ebenso ist die eindeutige Kennzeichnung des Geschlechts sowohl des Angesteckten wie der Ansteckungsquelle im Interesse der Arbeit des Gesundheitsamts unbedingt notwendig.

Besondere Bedeutung kommt der Ausfüllung desjenigen Teils des Formulars zu, der den Ermittlungen über die Infektionsquelle gewidmet ist. Ist diese gleichzeitig in Behandlung des die Anzeige erstattenden Arztes, so genügt selbstverständlich auch hier, sofern die Voraussetzungen des § 9 nicht gegeben sind, die oben geschilderte Chiffrierung unter gleichzeitiger Angabe der Nummer der Anzeige, unter der der als Infektionsquelle laufende Patient als Infizierter gemeldet wurde. Welche Meldungen fallen nun durch die Verordnung Nr. 37 weg? Grundsätzlich fallen nur diejenigen Meldungen weg, die durch das neue Formular verdoppelt werden würden, d. h. also die Meldungen gemäß § 9 auf dem deutschen Formular und die Meldungen über die Ermittlungen über die Infektionsquelle, die beide durch das Meldeformular der französischen Verordnung ersetzt werden. Selbstverständlich ist der Arzt weiterhin verpflichtet, den Kranken zu belehren über die Zeit, in der er den Geschlechtsverkehr nicht ausüben darf, und über die Strafbarkeit verbotenen Geschlechtsverkehrs. Er ist ferner verpflichtet, das amtliche Merkblatt auszuhändigen.

Eine weitere Frage, die gelegentlich gestellt wird, ist die: Welche Folgen haben fahrlässige oder absichtlich nicht er-

stattete Meldungen? Die Meldepflicht, soweit sie sich aus dem Gesetz von 1927 ergibt, gehört zu den Berufspflichten des Arztes im Sinne der Reichs-Arztordnung und der Berufsordnung. Die Anzeigepflicht nach § 9 ist nicht besonders durch eine Strafandrohung gegen den behandelnden Arzt gesichert, trotzdem ist sie eine Rechtspflicht. Der Arzt, der sie verletzt, macht sich berufsgerichtlich strafbar. Auch kann ein Arzt, der eine gebotene Anzeige vorsätzlich oder fahrlässig unterläßt, hierfür zivilrechtlich haftbar gemacht werden (z. B. von jemand, der infolge einer unterlassenen Anzeige angesteckt wurde — § 823 Abs. 2 des BGB.). An dieser Stelle wäre zu bemerken, daß z. B. auch ein Arzt haftbar gemacht werden kann, dem von einem anderen Arzt ein Kranker überwiesen wurde und der es unterläßt, Meldung nach § 9 zu erstatten, wenn der Kranke nicht zur Behandlung erscheint, aber in der Zwischenzeit andere Personen infiziert. Die Verordnung Nr. 37 stellt ebenfalls das Unterlassen der Meldung oder ihre unvollständige Erstattung nicht ausdrücklich unter Strafe. Es ist hierbei jedoch zu beachten, daß Verstöße gegen die Verordnung Nr. 37 Verstöße gegen ein Gesetz der Militärregierung sind, die nach den allgemeinen Strafbestimmungen der Militärregierung geahndet werden.

Die Zahlen der Geschlechtskrankheiten sind überall in Deutschland in stetigem, zum Teil in sehr raschem Anstieg begriffen. In manchen Großstädten haben sie vielfach beängstigende Höhen erreicht. In der französischen Zone hat der Gesetzgeber bis jetzt aus wohlwollenden Gründen noch davon abgesehen, eine namentliche Meldung aller Fälle von Geschlechtskrankheiten anzuordnen. Er hat damit die Verantwortung für die gewissenhafte Diagnosenstellung, für eine sorgfältige Behandlung und für die Bekämpfung der Ausbreitung der Infektionsquellen weitestgehend dem behandelnden Arzt übertragen. Das Gesetz verpflichtet den Arzt, bei unklaren Befunden die Diagnose zu vertiefen und bei nicht genügender eigener Erfahrung einen besser Unterrichteten zu Rate zu ziehen, falls er sich nicht zivilrechtlicher Haftung bei Übertragung der Krankheit auf andere aussetzen will. Die derzeitigen Bestimmungen über das Meldewesen bei Geschlechtskrankheiten sind das äußerste Minimum an notwendiger Unterstützung der Gesundheitsämter. Ihre sorgfältige Beachtung stellt die dringend notwendige Verbindung in dem gemeinsamen Kampf von Ärzten und Gesundheitsämtern gegen die Geschlechtskrankheiten her.

(Anschritt des Verfassers: Tübingen, Mohlstraße 18).

Änderung der Gebührenordnung? — Nein! sondern

Von Dr. med. H. Breyer, Freudenstadt

In der Novembernummer unseres Arzteblattes hat Kollege Haas die Neubearbeitung der Gebührenordnung angeschnitten. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf Erwägungen hinweisen, die einen anderen Ausweg nahelegen.

1924 und 1925 sind in den damaligen „Ärztlichen Mitteilungen“, dem Organ des Hartmannbundes, wieder und wieder Hilferufe von Kollegen erschienen, die mit der Preugo nicht zurechtkommen konnten, trotz der häufigen maßgeblichen Auslegungen, die der Preußische Wohlfahrtsminister auf Anfragen unserer Verbände wieder und wieder herausgegeben hatte. Damals mußten ja die kassenärztlichen Rechnungen nach den Einzelleistungen ausgeschrieben werden.

Es mußten also am Schluß jedes Vierteljahres mindestens 1—2 Millionen Rechnungsblätter nach der Preugo ausgestellt und ebenso viele nachgeprüft werden, allein für den kassenärztlichen Dienst. Die Gebührenordnungen, voran die Preugo, haben also die Grundlage für ein Massengeschäft größten Ausmaßes bilden müssen. Käme es je wieder zur Rechnungsstellung nach Einzelleistung, so würde das Massengeschäft wahrscheinlich noch umfangreicher werden.

Grund genug, sich die Unterlage dafür, die gesetzliche „Ordnung“, daraufhin anzusehen und sich zu fragen: „Macht die Preugo das kassenärztliche Rechnungs- und Prüfungsgeschäft so leicht als möglich oder so ungeschickt als möglich?“ In einem Aufsatz, der in Nr. 35 der „Ärztlichen Mitteilungen“ 1924 erschienen ist („Ist die Preußische Gebührenordnung ihrer Form nach für den Kassenkassendienst geeignet?“), habe ich mit einer eigentlich überflüssigen Ausführlichkeit dargelegt, daß die Preugo der Forderung nicht genügt. Das ist übrigens nicht verwunderlich und ist kein schwerer Vorwurf; denn die Gebührenordnungen stammen aus den siebziger Jahren, also aus einer Zeit, wo die Sozialversicherung noch in weiter Ferne stand, und wo die Gebührenordnungen nur in ganz vereinzelt Fällen herangezogen werden mußten.

Daß die Preugo ihrer Form nach unbrauchbar ist, braucht heute wohl nicht mehr bewiesen zu werden. Jeder Kollege, der damit zu arbeiten hatte, kann ein Lied davon singen. Es genügt, auf ihren § 9 hinzuweisen. Dieser § 9 mag für einen gewiegten Juristen klar sein; daß er nicht sehr deutlich ist, geht aber daraus hervor, daß gerade zu ihm immer wieder Auslegungen vom Mi-

nister erbeten werden mußten, und daß trotz dieser Auslegungen sich sogar unser Württ. Ärzteverband wiederholt versehen hat und dem „Schlüssel“, den er in jenen Jahren für die Berechnung herausgab, alsbald eine Berichtigung folgen lassen und nach dieser Berichtigung wiederum eine nachträgliche Richtigstellung herausbringen mußte!

Kurz, die Preugo ist ihrer Form nach ungeeignet.

Welche Forderungen müßte eine Ordnung für unsere Aufschriebe erfüllen?

1. müßte die Zuordnung jeder anrechenbaren ärztlichen Leistung zu einer bestimmten Ziffer einem durchschnittlichen Verstand rasch, bequem, eindeutig, ohne Zweifel und ohne Rechtsbeistand möglich sein.
2. müßte die Ordnung für die Reichhaltigkeit unserer ärztlichen Tätigkeit auch eine ausreichende Anzahl Nummern zur Verfügung stellen. Die Preugo hat eine ganze Menge (etwa 70!) vierziffrige Benennungen (20 a 1—4, 20 c 1—5, 113 a—d) und dennoch im ganzen kaum 300 Leistungen beziffert! Sie hat also eine Menge ärztlicher Leistungen unbezifferbar gelassen.
3. müßte in ihrem Rahmen eine beträchtliche Anzahl Ziffern innerhalb der Reihenfolge freigelassen werden, damit neu aufkommende Leistungen und Gebiete jederzeit in die vorhandene Ordnung eingeschaltet werden können, ohne daß sich auch nur eine der eingebürgerten Ziffern zu ändern bräuchte.
Mit 3 Ziffern können wir 999 Leistungen eindeutig und genau zuordnen, sogar übersichtlich, wenn wir dem Vorschlag folgen, den Roediger/Landau damals (in Nr. 39 der „Ärztlichen Mitteilungen“ 1924) gemacht hat, nämlich die Nummern für die verschiedenen großen Fachgebiete gleichsam stockweise abzutheilen, Ziff. 0—99 den „Grundleistungen“ vorzubehalten, 100—199 den allgemeinen Leistungen der inneren Medizin und der Neurologen, 200—399 der Chirurgie und Orthopädie, usw.
4. müßten die Kennziffern kurz, deutlich bequem und schreibflüssig sein. Zusätze in Worten dürfen nicht nötig werden.
5. dürfen in den Werten keine Bruchteile erscheinen: 0,70; 1,35; 1,70; 2,70; 3,35; 13,35; 33,35 sind in sich unmögliche Bewertungen. Dazuhin sind sie in einem Massengeschäft millionenfache Rechenfehlerquellen.
6. Endlich muß die Ordnung vom Marktwert und vom Marktwert unabhängig sein. Welche Kennziffer eine ärztliche Leistung in ihr hat und welcher „Wert“ ihr zukommt, muß sich dem Gedächtnis von Rechnungssteller und -prüfer unveränderlich einprägen dürfen.
7. Endlich darf es selbstverständlich nur eine Ordnung geben. **Jetzt** haben wir einen Reichstarif, eine Preugo abgeändert für den Gebrauch der württ. Kassenärzte, eine Adgo und ein überaus verwickeltes Zusatzheft zur Adgo zum Gebrauch für die EK!! Ist denn das nicht das Gegenteil von Ordnung?

Das kann doch nicht so bleiben!

Es **wird** aber so lange bleiben, als wir mit einer Ordnung der **Gebühren** arbeiten.

Wir müssen den Weg der Gebührenordnungen grundsätzlich verlassen.

Er ist ja auch von vornherein ungangbar in einer Zeit, wo in ein und derselben Woche eine Kerze in einem Laden 18 Pfg., in einem anderen 20, im dritten 25 und im vierten 30 Pfg. kostet!

Dafür aber können wir all den unüberwindlichen Mängeln jeglicher Gebührenordnung leicht und sicher entgegen, wenn wir uns statt dessen eine ärztliche **Leistungsordnung** schaffen. In dieser Leistungsordnung ist unser gesamtes ärztliches Tun übersichtlich aufgeführt. Jede Leistung bekommt je nach ihrem Ort in der Liste ihre „Kennziffer“ und je nach ihrem Wert einen „Punktwert“. Die Punkte werden abgewogen je nach der Mühe, die die Leistung macht, je nach Können und Ausrüstung, die sie voraussetzt, und je nach dem Maß der Sorgfalt, des Wagnisses und der Verantwortung, die sie beansprucht.

Die gesamte Anordnung und Abwägung ist ganz allein unsere Sache. Wir machen sie ganz unter uns ab. Wir sorgen für die Übersichtlichkeit, die die LO. in unseren Händen haben muß, und wir sorgen für die durchschnittliche Gerechtigkeit bei der Zuteilung der Punkte. Das wird gewiß nicht immer ganz leicht sein, aber jemand anderes als wir kann dieses Abwägen ja überhaupt nicht besorgen. Wir werden mit dieser Ausarbeitung längstens in einem halben Jahr fertig und haben sie dann unverändert auf Jahrzehnte. Nachträge finden ihren vorgesehenen Platz und ändern nichts an den seitherigen Kennziffern.

Haben wir die LO. in ihrem Aufbau fertig, so lassen wir ein paar hundert Einzelrechnungen aus den verschiedensten Gebieten und „Verbraucherkreisen“ (RVO. und EK., Verrechnungsstellen für die Privatpraxis) rückwärts, d. h. aus der Vergangenheit durchrechnen, einmal nach den früher dafür gültigen Gebührenordnungen und Verträgen, alsdann ebendieselben Rechnungen nach den Punktwerten der neuen LO. und bekommen damit ganz zuverlässige Unterlagen, wie hoch ein Punkt der LO. in „normaler“ Markwährung zu bewerten ist — oder wäre.

Erst wenn wir diese Unterlagen alle haben, beginnen unsere Versuche bei den staatlichen Stellen und KK-Verbänden, die jeweiligen Marktwerte für „den Punkt“ der LO. zu vereinbaren. Und ich bin überzeugt: stimmen unsere Errechnungen, so gestaltet sich die Unterhandlung über die eine Zahl, den Wert des Punktes, verhältnismäßig einfach, jedenfalls dreihundertmal einfacher, als wenn wir eine Neufestsetzung der Preugo wünschen müßten, deren Zahlen längst veraltet wären, wenn die Neufestsetzung endlich fertig würde.

Wiederholen wir uns nochmals die **selbstverständlichen Vorzüge der von Mark und Pfennig losgelösten Leistungsordnung**: Sie sind:

1. Die **Gleichförmigkeit**: Sämtliche Rechnungen können und müssen nach den nämlichen Kennziffern und Punktzahlen ausgestellt werden, für RVO-Kassen, Ersatzkassen, Behörden, Berufsgenossenschaften, arme oder reiche Selbstzahler.
2. Ihre **Schmiegsamkeit**: Unbeschadet der gleichbleibenden Punktzahlen erlaubt sie die feinste Abstufung des Entgelts, indem die Punktsumme am Schluß einfach mit einem anderen Punktwert vervielfacht wird.
3. Ihre **Stetigkeit**: Die wirtschaftlichen Verhältnisse, der „Markt“, ändern an der Ordnung nichts.

4. Ihre **Bequemheit**: Die Punktzahlen werden ja eben im Hinblick auf die Erleichterung des Rechen- und Schreibgeschäftes gewählt.
5. Ihre **Allgemeingeltung**: Die LO. kann und muß für die verschiedensten Wirtschaftsgebiete und Arbeitsverhältnisse gelten; sie ist ja geradezu der Niederschlag aus der Ineinandermischung und Verbindung jener Verschiedenheiten und kümmert

sich nur um die Ordnung der ärztlichen Leistung, die ja überall ein und dieselbe ist. Staatliche Gebührenordnungen werden nach und nach abgängig. Staat und Behörden werden unsre einwandfreie LO. anerkennen und sich darauf beschränken, unter Hinweis auf sie einen Rahmen für den Wert eines Punktes zu verfügen.

Warum Marburger Bund?

Von Dr. med. Karl Zimmerle - Stuttgart

Die Probleme dieser Fragestellung sind keine Neuigkeit, bedürfen jedoch nochmals genauer Erörterung, da vielfach unklare Vorstellungen über die Aufgaben des Bundes, seine Zielsetzung und seinen Weg bestehen.

Die Rechte und Pflichten der angestellten Ärzte sind noch manchem unklar. Von berufener Seite wird immer wieder festgestellt, daß ein klares Standesbewußtsein die Verpflichtung zur Mitarbeit in den Landesorganisationen in sich schließt, am wichtigsten sind Standesfragen unter allen Berufen jedoch für den Arzt.

Statistische Erhebungen aus dem Material der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zeichnen folgendes Bild: Im Jahre 1947 gab es in den Westzonen 60 000 Ärzte, darunter 40 000 niedergelassene, 3000 beamtete und 17 000 Jungärzte. Von diesen 17 000 waren etwa 8000 tarifmäßig besoldet, 7000 unbezahlt an Krankenhäusern und 2000 stellungslos ohne ärztliche Arbeit. Im Sommersemester 1947 studierten 11 363 Kliniker von 19 838 Medizinstudenten. Daraus resultieren an ärztlichem Zuwachs bis 1950 11 000, bis 1952 20 000 fertige Ärzte. Die Absterbezahl liegt im gleichen Zeitraum bei 4500. Damit werden es bis zum Jahre 1952 75 000 Ärzte sein (Ärzttestatistik und Nachwuchs in „Der angestellte Arzt“ Nr. 7). Die Notwendigkeit einer berufsständischen Organisation des Ärztenachwuchses ergibt sich somit schon als logische Folge des bisher Gesagten.

Es ist dem einzelnen gegenüber den mächtigen Kostenträgern nicht möglich, seine Rechtsansprüche durchzusetzen. Er wird glatt überfahren. Untertarifliche Anstellungen werden versucht, etwa mit folgendem Argument: „Was wollen Sie denn, wenn Sie nicht mitmachen, bekommen wir Dutzende anderer Ärzte, die zu diesen Bedingungen arbeiten.“ Selbst Chefärzten werden geradezu unmoralische Vertragsentwürfe vorgelegt.

Bekannt sind die Sorgen der Kassenärzte und die Bemühungen, in den kommenden Verhandlungen mit Kassenverbänden keine unsachliche Kritik zu üben. Nicht bekannt ist, daß der Ärztenachwuchs sich klar darüber ist, daß er die Kassenärzte von morgen stellen wird.

So muß heute von den älteren Kollegen gefordert werden, die konsequenten und konstruktiven Maßnahmen zu unterstützen, die der Nachwuchs nötig hat und eine teilweise defensive Haltung zugunsten der Gesamtheit aufzugeben.

Die Ärztekammern sind rechtlich nicht befähigt, die tariflichen Angelegenheiten der angestellten Ärzte wahrzunehmen. Leider sind auch viele der betroffenen Jungärzte sich der Erfordernisse ihrer Lage nicht bewußt. Wohl sind die durchschnittlichen Mitgliederzahlen des Marburger Bundes in Nord-Württemberg 88% der fraglichen Kollegen. Diese Zahl ist noch relativ höher

insofern, als unter die nicht niedergelassenen Ärzte auch alle verheirateten Kolleginnen und die alten, nicht mehr praktizierenden und berufsfremd tätigen Ärzte gerechnet werden; jedoch ist sie nicht ausreichend, um von vollständiger Erfassung zu reden, zumal auch den Chefärzten, Oberärzten und verheirateten Kolleginnen die Möglichkeit zum Beitritt gegeben ist. Die Beitragszahlungen für den Bund verursachen keine besonderen Kosten, da die Ärztekammern auf den Teil ihres Beitrages verzichtet haben, der dem Beitrag für Verbände mit wirtschaftlicher Berufsförderung entspricht (MB. und Gewerkschaften). Die bisherigen Leistungen des MB. und der ihm als Teil der Ärztekammer koordinierten Arbeitsgemeinschaft der nicht niedergelassenen Ärzte sind geeignet, deren Funktionieren mit ganz realen Erfolgen zu beweisen: Im vergangenen Jahre wurden in Nord-Württemberg 49 Stellen neu geschaffen, an 14 Krankenhäusern wurden Besoldungsverbesserungen erzielt und 189 Stellen vermittelt. Drohende Entlassungen wurden verhindert. Dazu bedurfte es 120 Verhandlungen mit Chefärzten, Landräten, Bürgermeistern und Kreispflegern. Das Muster eines Einzelvertrages nach den Bestimmungen der ATO. wurde mit dem Juristen der Ärztekammer zusammen ausgearbeitet und vervielfältigt. Da das geltende Tarifrecht zum 31. März d. J. seine Gültigkeit verliert und durch neues Tarifrecht ersetzt werden muß, wurden zur Vorbereitung in Besprechungen mit der kommunalarbeitsrechtlichen Vereinigung unsere Forderungen klargestellt. Kommende Tarifverträge werden auf Länderbasis abgeschlossen. Das neue Tarifrecht bedarf unserer Zusätze wie früher in der KrTO. Wir wollen unsere Angelegenheiten selbst vertreten, eine Vertretung durch die Gewerkschaften erscheint uns für nicht ausreichend.

Am 26. November v. J. wurde auf Grund unserer von der Ärztekammer unterstützten Bemühungen durch den **Sozialpolitischen Ausschuß im Landtag eine Beschlusfassung erreicht**: Die Staatsregierung zu ersuchen, für staatlichen Bereich die Forderungen des Bundes zu verwirklichen. Diese sind im „gleitenden Bettenschlüssel“, der die arbeitsrechtlichen Anstellungsverhältnisse und Besoldung regelt, ausgedrückt. Die Bettenzahl, die jeweils auf einen Krankenhausarzt kommen darf — je nach Art der Anstalt verschieden — schützt hier vor arbeitsrechtlicher Ausbeutung. Ein wesentlicher Schritt ist damit getan und die Arbeit des Bundes in großen Zügen charakterisiert. Es sind aber noch viele kleine Dinge, die dem jungen Arzt seine Situation erschweren. Auch hier gab der Bund Rat und Hilfe. Meinungsverschiedenheiten mit Chefärzten und Verwaltungen, mit Krankenhausausschüssen und Kreistagen über Besol-

dung, Verpflegung, Gutachtenverrechnung, Zeugnisgebühren usw. wurden geregelt. Kleine Mißerfolge sind Lehren für die weitere Entwicklung geworden.

Der junge Kollege weiß meist nicht, welchen Gesetzen und Bestimmungen er unterworfen ist. Selbst wenn Standeskunde an den Universitäten gelehrt würde, fände dies zu Studienzeiten nicht das gebührende Interesse und könnte die Schwierigkeiten der Praxis nicht vorwegnehmen. Erst, wenn der Jungarzt von diesen Dingen betroffen ist, werden sie ihm naturgemäß wichtig. Wer weiß schon überhaupt, was TOA., ATO., KrTO., RVO. usw. heißt und wie umfangreich die Rechtsbestimmungen dieser Werke sind? (TOA. = Tarifordnung für Angestellte, ATO. = Allgemeine Tarifordnung, KrTO. = Krankenhaustarifordnung, RVO. = Reichsversicherungsordnung.)

In drei Jahren, wenn zu 50000 bezahlten Ärzten 25000 unbezahlte hinzugetreten sein werden, werden wir zwangsläufig Mißstände und Konkurrenzmaßnahmen erleben, die uns in diesem Umfang bisher unbekannt waren. Ein Numerus clausus, wie er seit langem gefordert wird und nur teilweise durchgeführt wurde, kann hier nicht mehr viel helfen. Schwerste physische und psychische Not wird sich entwickeln. Es wird nichts anderes übrig bleiben, als den Nachwuchs in andere Berufe zu überführen. Wer aber hat den Mut, dies heute offen auszusprechen und die Folgerungen zu ziehen? Ein paar hundert ausgewanderte, ein paar tausend nach der Ostzone zurückgekehrte Kollegen entlasten die Situation nicht. Die Auslese der Tüchtigsten — ein frommes Wunschbild — kann nur approximativ erreicht werden; die anderen brauchen darum nicht untüchtig zu sein. Man kann dem MB. vorwerfen: solche Dinge zu überlegen und Flugblätter an die Abiturienten zu verteilen, um sie vor dem Medizinstudium zu warnen, sei auch nur eine defensive Handlung. Dies ist nicht richtig. Er möchte nur offen sprechen, den Schleier herunterreißen vor der so schamhaft verhüllten, traurigen Wirklichkeit und defensiv handeln für die, die schon lange im Beruf sind

und prophylaktisch für die, die Mediziner werden wollen, zum Wohle beider Teile.

Von bestorientierten Volkswirtschaftlern werden Lohnkämpfe allgemeiner Art erwartet. Wir müssen uns über die Beziehungen von Angebot und Nachfrage, übertragen auf den personellen Bestand hochqualifizierter Fachleute, ein klares Bild machen. Die brutale Funktion der freien Wirtschaft wird sich an uns vollziehen und läßt sich mit keinem Argument wegdebattieren. Ein solches Überangebot war noch nie da: **Auf zwei beschäftigte Ärzte ein dritter unbeschäftigter.**

Man wird trotz Staatsexamen dem Nachwuchs von den Universitäten keine Krankenhausbeschäftigung mehr anbieten können. Der MB. kann die Probleme alleine nicht lösen. Er kann aber den Finger in die wunde Stelle legen und das hat er schon reichlich oft getan. Alle Möglichkeiten, eine breitere Basis für Anstellungsmöglichkeiten in jeglicher Richtung und für Beschäftigung in Grenzgebieten zu schaffen, sind schon erwogen und in Arbeit.

Als gewerkschaftsähnlicher Verband hat der MB. noch einen großen Vorzug: er ist gänzlich unpolitisch. Die politische Meinung seiner Mitglieder ist ihm gleichgültig. Er tendiert in keiner Richtung. Ein weiterer Vorzug aber ist seine völlige Unabhängigkeit von den Ärztekammern, von staatlichen Institutionen sowie den Gewerkschaften. Wer dem MB. eine Richtung geben will, kann dies nur aus der Mitgliedschaft heraus tun. Er will **die demokratische Vertretung seiner Mitglieder durch gewählte Auftragsempfänger sein.**

Die Beitrittserklärung zum MB. soll nur die Personalien des Bewerbenden, seine Anschrift und Absicht beizutreten, enthalten und muß der Landesleitung zugesandt werden. Es dürfte für jeden Fernstehenden der Überlegung wert sein, ob er seinen Beitritt vollziehen will. Einen irgendwie gearteten Zwang zur Mitgliedschaft lehnt der MB. jedoch ab und wünscht sich nur interessierte Mitglieder.

Zur Frage der Röntgenreihenuntersuchungen

In Stuttgart wird zur Zeit die Untersuchung der Einwohner mit dem Röntgenschirmbildverfahren durchgeführt. Die gesetzliche Grundlage liefert das Gesetz Nr. 327 vom 12. Januar 1948, nach dem jeder, der in Württemberg-Baden wohnt, auf öffentliche Aufforderung verpflichtet ist, sich einer für ihn kostenlosen Röntgenreihenuntersuchung auf Tbc zu unterziehen. Die Teilnahme der Stuttgarter Bevölkerung ist eine erfreulich gute. Leider sind aber nicht alle Kollegen von der Notwendigkeit dieser Untersuchungen überzeugt, was sich natürlich auch auf die von ihnen betreuten Bevölkerungskreise hemmend auswirkt. Die von einem besonders kritischen Kollegen vorgebrachten Bedenken hat der leitende Arzt der Tbc-Fürsorgestelle Stuttgart in einem Antwortschreiben widerlegt; wegen seiner allgemeinen Bedeutung geben wir dieses Schreiben nachstehend wieder:

Schriftleitung.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Um alle Ihre Einwände gegen die zur Zeit stattfindende Röntgenreihenuntersuchung der Einwohnerschaft Stuttgarts ausführlich zu beantworten, müßte ich Ihre und meine Zeit sehr lange in Anspruch nehmen, was mir leider nicht möglich ist. Ich darf mich deshalb kurz fassen:

1. Sie befürchten, daß bei derartigen Massenuntersuchungen die gegenseitige Infektionsmöglichkeit gefördert werde und insbesondere die Ausbreitung der Grippe zu befürchten sei.

Zwecks Vermeidung der Ausbreitung der Grippe müßten mit dem gleichen Recht alle sonstigen Versammlungen, Theater, Kino, Konzerte verboten werden. Dazu bestand bis jetzt keine Veranlassung. Wenn sich dieses Verbot noch als notwendig erweisen sollte, würden selbstverständlich auch die Röntgenreihenuntersuchungen solange aufhören.

2. Sie glauben, daß die Tuberkuloseansteckungsgefahr bei diesen Untersuchungen besonders groß sei.

Die Tuberkuloseansteckungsgefährdung bei den Schirmbilduntersuchungen ist geringer als bei jeder sonstigen Massenversammlung, da alle den Gesundheitsämtern bekannten Tuberkulosefälle, und das ist ja weitaus die Mehrzahl der Kranken, nicht bestellt werden, während ein Teil dieser Kranken in sonstige Versammlungen geht, und während z. B. auch in den Warteräumen der praktizierenden Ärzte sich solche Kranke aufhalten.

3. Sie glauben, daß die Mikro-Aufnahmen nicht genau genug sind.

Die Möglichkeit zur Erfassung von Tuberkulosekranken durch das Schirmbildverfahren entsprach vor ca. 10 Jahren ungefähr der Erfassungsmöglichkeit bei der Durchleuchtung, wie damals von verschiedenen diese Frage prüfenden Ärzten (auch von Kreuser und mir) durch Reihenuntersuchungen größerer Personengruppen mit Durchleuchtung, Schirmbildverfahren und Großaufnahmen festgestellt wurde. In der Zwischenzeit wurde aber die Technik der Schirmbildaufnahmen so verbessert, daß jetzt das Schirmbildverfahren als

Tuberkulose-Erfassungsverfahren der Reihendurchleuchtung zweifellos überlegen ist. Noch sicherer wäre es, wenn von allen Personen eine Großaufnahme gemacht werden könnte, was aber leider aus technischen und finanziellen Gründen nicht möglich ist.

4. Sie glauben, daß den neuentdeckten Kranken doch nicht geholfen werden könne, insbesondere, weil nicht genügend Tuberkulosebetten vorhanden seien.

Betten in Tuberkuloseheilstätten stehen ziemlich ausreichend zur Verfügung, wir haben sogar zur Zeit in Frauenheilstätten freie Betten.

5. Sie sind der Meinung, es entbehre jeder vernünftigen Grundlage, alte Leute zu bestellen.

Wie wir bei der ersten Schirmbildaktion 1941 in Stuttgart feststellten und wie auch andernorts schon festgestellt wurde, sind gerade bei den alten Leuten besonders viele Fälle von ansteckenden, vorher unbekanntem Tuberkulosen zu finden. Eine weitere Tatsache ist es, daß gerade diese alten Bazillenstreuer besonders gefährliche Ansteckungsquellen sind bei der Betreuung kleiner Kinder, bei dem mangelhaften hygienischen Verhalten vieler alter Menschen usw.

6. Sie halten die ganze Massenuntersuchung für zwecklos, es fehle ihr jede sinnvolle Unterlage, sie berge nur Gefahren und sollte nicht durchgeführt werden.

Bei der ersten Schirmbildaktion in Stuttgart wurden bei der Nachuntersuchung im Gesundheitsamt trotz der damals

noch mangelhaften Technik und der zum Teil fehlerhaften Beurteilung der Schirmbildaufnahmen (durch die Ärzte von Holfelder) festgestellt:

213 Fälle von ansteckender Tuberkulose,
621 Fälle von aktiver, geschlossener Tuberkulose,
2610 Fälle von überwachungsbedürftiger inaktiver Tuberkulose.

Diese Kranken wußten weitaus in der Mehrzahl nichts von ihrer Krankheit, der Prozentsatz der bei der jetzigen Untersuchung festgestellten neuen Fälle ist, soweit dies bis jetzt beurteilt werden kann, ziemlich ähnlich.

Es dürfte wohl nur wenige Ärzte geben, welche diese Reihenuntersuchung, bei der so viele vorher unbekanntem Tuberkulosefälle festgestellt werden, als zwecklose, nur gefahrenbergende Massenuntersuchung beurteilen, und ich hoffe sehr, auch Sie überzeugt zu haben, daß Ihre Beurteilung der Schirmbildaktion von falschen Voraussetzungen ausging.

Es wäre sehr bedauerlich, wenn Sie durch entsprechende Beeinflussung Ihrer Patienten diese davon abhalten würden, an der Untersuchung teilzunehmen, Sie würden dadurch m. E. eine sehr große Verantwortung auf sich nehmen.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr sehr ergebener

Dr. Schrag, Obermed.Rat

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. med. habil. Dr. phil. Franz Kienle: „Einführung in das „unipolare“ Brustwand-Elektrokardiogramm“. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1948, 56 S., 65 Abb., 8.— DM.

Die Untersuchung des Herzens mit dem Elektrokardiogramm (Ekg.) ist eine Methode, auf die bei einer genauen Herzuntersuchung nicht verzichtet werden kann. Die Beurteilung eines anormalen Ekg. ist aber oft nicht eindeutig. Es ist deswegen ein Verdienst von Kienle, nach jahrelangen gründlichen Beobachtungen mit einer anderen Art der Ableitung weitere, offenbar gesicherte Beurteilungen gefunden zu haben. Die sog. „unipolare“ Ableitung besteht darin, daß eine indifferente größere Elektrode im Rücken, die andere differente kleinere an verschiedenen Stellen der Brustwand angelegt wird. Ein derart abgeleitetes Ekg. ist eine Ergänzung zu dem in üblicher Weise abgeleiteten und kommt dann in Betracht, wenn Myokardschädigungen anzunehmen sind, die im einzelnen gedeutet werden sollen. So kann in manchen Fällen festgestellt werden, ob die Erkrankung des Herzens das rechte oder linke Herz betrifft, ob ein Hemmungs- oder Neutralisationsmechanismus vorliegt, vor allem auch, ob ein Vorderwandinfarkt besteht, der sich bei der üblichen Ableitung nicht immer sicher diagnostizieren läßt, dagegen mit der unipolaren Ableitung noch nach Jahren nachgewiesen werden kann. Leider ist ein Hinterwandinfarkt auch mit dieser Methode nicht zu diagnostizieren. Die Arbeit von Kienle ist mit einer großen Zahl vorzüglicher, klarer Abbildungen ausgestattet, so daß die „Einführung“ dieser Methode — mehr will die Arbeit zunächst nicht sein — jedem Arzt, der sich mit der Anfertigung und Deutung eines Ekg. beschäftigt, wärmstens empfohlen werden muß. Freilich wird erfreulicherweise die Anlage der Elektroden ganz in die Hände des beurteilenden Arztes gelegt, nicht etwa in die Hände einer noch so geschickten technischen Assistentin, denn es handelt sich um eine ganz individuelle Ausführung des „unipolaren“ Ekg., abhängig vom gesamten Untersuchungsbefund des erkrankten Herzens. Einzelheiten sind aus der Arbeit selbst zu entnehmen.

Dr. Scharpf

Middelmann, W. und Hürter, J. (Gmund am Tegernsee und München): „Die Ernährung des Kranken.“ Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1947, 196 S.

Im vorliegenden Büchlein wird ein kurzer und gut verständlicher Überblick über die gebräuchlichsten Ernährungsformen des Kranken gegeben. Im allgemeinen Teil werden die Grundnährstoffe, ihr Kalorienwert, ihr Stoffwechsel, der Nährstoffgehalt und Nährwert von Speisen besprochen und zum Teil

tabellarisch dargestellt. Auch eine Übersicht über Geschmacksstoffe, Genußmittel, Vitamine, Wasser und Mineralien, den Säure-Basenhaushalt und einzelne Kostformen wie kochsalzfreie Kost, Schonkost, Rohkost, Fastenkuren wird gegeben. Die Zusammenstellung über die Verordnung zusätzlicher Lebensmittel an Kranke, womit die Verfasser das im Vorwort gemachte Versprechen, auch die derzeitigen Ernährungsverhältnisse zu berücksichtigen, erfüllen wollen, ist überholt.

Auch im speziellen Teil, in dem die Ernährung bei verschiedenen Krankheitszuständen kurz, verständlich und doch hinreichend ausführlich geschildert wird, werden die augenblicklichen Mangelsituationen nicht berücksichtigt. Da aber das Wesentliche herausgearbeitet ist, kann man selbst so gut wie möglich die Anpassung an die zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel finden. So werden vielerlei praktische Anweisungen über die Ernährung bei Magen-Darmerkrankungen, Herz- und Gefäßkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Nieren und Harnwege, des Stoffwechsels und der inkretorischen Drüsen, der Blutkrankheiten, des Rheumatismus, der Infektionskrankheiten, der Tuberkulose, Kinderkrankheiten, Erkrankungen der Haut, während der Schwangerschaft und bei chirurgischen Fällen gegeben. Die Abhandlung über die Ernährung des kranken Kindes wird ausgezeichnet ergänzt durch eine kurze Erörterung der grundlegenden Richtlinien für die Aufzucht des normal gedeihenden Kindes mit tabellarischen Übersichten, Angabe von gut brauchbaren Regeln und eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Milchkonzentrate und Milchpräparate. Das Büchlein kann wegen seiner Vollständigkeit und Verständlichkeit in doch knapper Form warm empfohlen werden.

Dr. Ilse Reinhardt.

Prof. Dr. A. Wolff-Eisner, München: „Über Mangelkrankungen auf Grund von Beobachtungen im Konzentrationslager Theresienstadt.“ 51 S., Lothar-Sauer-Morhard-Verlag, Würzburg.

Die Schrift gibt einen Überblick über die Gesundheitsverhältnisse und Krankheiten im Konzentrationslager Theresienstadt. Sie ist insofern besonders aktuell, als ganz Deutschland heute unter Ernährungsverhältnissen lebt, die denen im Theresienstädter Konzentrationslager entsprechen. So bekam in Theresienstadt die schlechtest versorgte Altersklasse der sogenannten „Überalterten“ immerhin rechnermäßig noch etwa 1650 Kalorien; wenn von dieser Zahl durch Unterschleife auch einiges abging, so betrug doch unsere Normalverbraucherration lange Zeit noch weniger. Es handelte sich dabei um eine ausgesprochene Kohlehydraternährung; die dabei gemachten Beobachtungen zeigen, daß Kohlehydratkalorien nur dann vikariierend fehlende Eiweiß- und Fettkalorien ersetzen können, wenn ein Mindestmaß von Eiweiß- und Fettkalorien verabreicht wird. Auch die Unterbringungsverhältnisse waren miserabel; in den

Quartieren kamen auf den einzelnen Bewohner 1,54 qm Bodenfläche. Dazu kam eine beispiellose Ungezieferplage. Neben den besonderen Ernährungsschäden, zumal auch Vitaminmangelkrankheiten, wie sie inzwischen durch Verhältnisse in Deutschland auch bereits weitgehend bekannt wurden, waren die Beobachtungen in Theresienstadt besonders hinsichtlich der Reaktionen auf die Typhusschutzimpfung und der Tuberkulose von besonderem Interesse. Auf die Schutzimpfung traten ungemein schwere Reaktionen auf, zumal durch Reaktivierung von Tuberkulosen. So fiel eine erhebliche Anzahl von Personen der Schutzimpfung zum Opfer; die Schutzimpfung muß dem Überstehen (mindestens) einer leichten Infektionskrankheit gleichgesetzt werden. Auffällig war auch die hohe Blutsenkung in Theresienstadt, bei der Werte von 35/60 noch als normal betrachtet werden mußten. In Deutschland haben sich inzwischen bei Hungerschäden derartig hohe Senkungen nur dann gefunden, wenn gleichzeitig andere Erkrankungen bestanden. Für die Tuberkulose war die vorwiegende Kohlehydraternährung geradezu als Schrittmacher zu betrachten. Gegen Tuberkulösungen 10^9 und 10^8 wurden völlige Anergien gefunden. Als besondere Theresienstädter „Sonderkrankheit“ wird die sogenannte Theresienstädter Enteritis beschrieben, ein avitaminotischer Symptomenkomplex mit engen Beziehungen zur Cöliakie bzw. Sprue. Bei Frauen verschwanden in Theresienstadt die Menstruationen meistens. Therapeutisch ist noch von Interesse, daß sich in der Behandlung der Osteoporosen eine Kombination von 10–14 Tage lang täglich 0,01 mg Adrenalin, danach täglich 5 Tropfen Vigantol als am besten wirksam erwiesen hat.

Dr. K. Saller.

Viktor von Weizsäcker: „Körpergeschehen und Neurose“. Analytische Studie über somatische Symptombildung. Verlag Ernst Klett, Stuttgart, 1947, 151 Seiten, geb. DM 6,50, brosch. DM 5.—

Der berühmte Heidelberger Internist, Physiologe, Neurologe und Psychoanalytiker schrieb die vorliegende Studie schon im Sommer 1932 und veröffentlichte sie 1933 im 19. Band der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse. Sie ist uns eine alte Bekannte. Im Vorwort dieser Neuherausgabe teilt er den Wortlaut zweier Briefe von Sigmund Freud mit, aus denen klar hervorgeht, mit welchem Interesse Freud dieses Buch gelesen und wie sehr er dabei seinen Inhalt kritisch beurteilt hat. Das Buch ist eine Sammlung von Krankengeschichten neurotischer Menschen, deren psychoanalytische Deutung v. Weizsäcker versucht. Von psychologischer Bedeutung erscheint mir eine Anmerkung auf S. 19: „Nachdem die technischen Ausdrücke und Begriffe der Psychoanalyse Sprache und Bewußtsein zu durchsetzen begonnen haben, kommt kein Patient mehr unberührt davon zur Behandlung.“ Leider ist es so. Der Inhalt der Krankengeschichten kann in einer Buchanzeige nicht gegeben werden. Man lese sie, prüfe gründlich und urteile! Ich selbst kann dem Verfasser nicht überallhin gläubig folgen.

Prof. Dr. R. Gaupp, sr.

Dr. med. habil. et phil. nat. Frieda Schmitt: Kochsalzersatzmittel und Gewürze in der Diätetik. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H. Stuttgart 1947, 80 S., 6,60 DM.

Nach einer kurzen Besprechung der Bedeutung der Mineralsalze für den Organismus und der Indikation zum Kochsalzentzug werden die bekannten Kochsalzersatzmittel aufgezählt und wird ihre Zusammensetzung bekanntgegeben. Es folgt eine Darstellung der Gewürzpflanzen. Zunächst wird die Pflanze geschildert, dann, welcher Teil als Gewürz in Betracht kommt und zu welchen Gerichten das entsprechende Gewürz verwendet werden kann. Auch eine Tabelle über den Anbau von Gewürzkräutern in unserer Zone ist vorhanden und eine Zusammenfassung über die Verwendung, alles vorzüglich, auch die Abbildungen. Was ich in der Broschüre vermisste, sind zwei Dinge: Kochrezepte, wie die Küche, vor allem, in welcher Menge sie die Kräuter verwenden soll, ob es möglich ist, die Kräuter zu trocknen oder nicht, und wie weit die Kräuter vom Kranken gerne genommen oder auch häufig abgelehnt werden, teils weil die Zubereitungen ungeschickt sein können, teils weil die Kranken bei häufigerem Gebrauch den Geschmack nicht schätzen, ich erinnere z. B. an Liebstöckel. Die praktische Erfahrung sollte mehr zum Ausdruck kommen und eine kleine kulinarische Note nicht fehlen!

Dr. Scharpff

Willy Hellpach: „Das Magethos“.

In der „Schriftenreihe zur Völkerpsychologie“, die Willy Hellpach in Heidelberg herausgibt (Hippokrates-Verlag Marquardt u. Cie, Stuttgart), bildet die vorliegende Schrift das 3. und 4. Heft (auch Heft 1 und 2 stammen aus seiner Feder), das im Frühjahr 1946 abgeschlossen wurde, mir aber erst jetzt zur Besprechung zugeht. Der 71jährige, noch immer jugendfrische Verfasser ist der Welt als ein Mann von ungewöhnlichem Wissen, originellem Denken und weitester Bildung bekannt, der uns eine große Reihe wissenschaftlicher Werke und glänzender Aufsätze geschenkt hat und dessen Vorträge mit ihrer blendenden Darstellungskunst viele von uns aus eigener Erfahrung kennen und in bester Erinnerung haben. Eines seiner Hauptforschungsgebiete ist die Völkerpsychologie und die Religionspsychologie. Zu diesem Forschungsgebiet gehört auch die vorliegende Schrift, die auf 96 Seiten weite Gebiete der Völkerpsychologie streift und den Untertitel führt: „Eine Untersuchung über Zauberdenken und Zauberdienst als Verknüpfung von jenseitigen Mächten mit diesseitigen Pflichten für die Entstehung und Befestigung von Geltungen und Satzungen, Brauch und Recht, Gewissen und Gesittung, Moral und Religionen“. Es ist ein Kapitel „lebendiger Völkerpsychologie“. Den Inhalt referieren hieße eine viele Seiten füllende Abhandlung schreiben. Unter „Magethos“ versteht Hellpach einen „menschenseelen-geschichtlichen Fall der Heterogonie voll lebenspraktischer Entfaltungen: „aus etwas an sich gänzlich Amoralischem entsteht Moralisches. Aus der Hochblüte der Zauberei reift die Spätfrucht von Gesittung“. Wir werden mit Gedanken und Begriffen bekannt gemacht, die uns wenig vertraut sind, aber von Hellpach anschaulich erläutert werden. Nur wenige Beispiele: Das „Nachleben der an sich verjährrbaren Zauberei im Bildungsaberglauben“ leitet die Darstellung ein. Es folgen zur Illustration „Magethica im 20. Jahrhundert und ihr autosuggestiver Effekt“. Sakrale und profane Realsuggestionen werden geschildert, das „Magethos des Wortes“ veranschaulicht. H. kommt auf die Theoponie, auf „Entweihung und Einweihung“, auf die „Ursprünge der Moral“, auf den Primat des Magischen zu sprechen, erörtert die Frage, „auf welche Weise ein Mageuma ein Magethos hervortreibt“, spricht von den drei Formen des Ethos, von den „bösen und guten Mächten“, vom „Gebets-Magethos“, von der Ethogonie aus dem Sprechgebaren, von der Ambivalenz der „magethischen Auswirkung kultischer Haltungen“, vom „Opfermagethos“, vom „Weihnachtszauber“, von „Trauung und Währung“ (Magie des Goldes), von „Speise und Kleidung“, von der „magethischen Theomorphose“ und faßt im abschließenden Kapitel das Schlußergebnis seiner kritisch-historischen Ausführungen übersichtlich zusammen. Eine Buchanzeige in einem Ärzteblatt kann nicht den Raum beanspruchen, den eine Darlegung der reichhaltigen und geistreichen Ausführungen beanspruchen würde. Der Leser weiß, was ihn erwartet, wenn er sich in Hellpachs völkerpsychologische Gedankenwelt hineinleben will. Es ist mühevoll, aber es lohnt sich.

Prof. Dr. R. Gaupp, sr.

Viktor von Weizsäcker: „Klinische Vorstellungen.“ Erschienen im Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart 1947, 124 S., 7,50 DM.

Die 3. Auflage ist gegenüber der 2. unverändert geblieben. Es ist kaum nötig zu sagen, daß das Buch, trotz seiner scheinbar kasuistischen Darstellung, einen programmatischen inhaltsschweren Charakter besitzt. Keiner, der an der Problematik der medizinisch-ärztlichen Grundlagenforschung interessiert ist und — so mit heißem Herzen wie mit kaltem Verstand — um sie ringt, kann an ihr vorbeigehen. Zeigt es doch die zwei Seiten des Krankseins, die menschlich-einmalige und die medizinisch-systematische, in ihrer unlösbaren Verknüpfung, freilich — und das ist bei der Aufgabe, die sich der Autor gestellt hat, begreiflich — die letztere immer nur „in Klammer“, wie es auch im Inhaltsverzeichnis angegeben ist.

Prof. Dr. Höring

Prof. Dr. L. Heilmeyer, Dr. Merk und Dr. J. Pirwitz: „Klinik und Pharmakologie des Urethans und anderer cystostatischer Stoffe“. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 120 S., 18 Abb., 7.— DM.

Als die Engländer Paterson, Haddow und Mitarbeiter 1946 mitteilten, daß die Leukaemie sich durch Urethan beein-

flüssen läßt, hat diese Entdeckung mit Recht großes Aufsehen erregt. So ist es äußerst dankenswert, daß die reichen Erfahrungen der Heilmeyer'schen Klinik in einer kleinen Monographie niedergelegt wurden. Es zeigt sich, daß nicht nur die Leukaemien, sondern auch leukaemieverwandte Krankheitsbilder wie das Lymphogranulom und das Retothelsarkom wesentlich beeinflusst werden können. Das technische Vorgehen und die wissenschaftlichen Grundlagen werden eingehend erörtert. Schließlich werden auch weitere cystostatische Stoffe (Colchicin, Abkömmlinge des Senfgases, Alloxan, Pentamidin usw.) in ihrer klinischen Anwendung kurz behandelt. Das Büchlein gibt in klarer Übersicht und mit vielen Anregungen alles in diesem Gebiet Wissenswerte. Im allgemeinen dürfte die Anwendung des Urethans als cystostatisches Mittel zur Zeit noch dem Krankenhaus vorbehalten bleiben, weil die Dosierung nicht ganz einfach ist, die Einverleibung erhebliche Beschwerden machen kann und eine dauernde Blutkontrolle nötig ist. Jedoch kann allen Ärzten nicht warm genug empfohlen werden, sich mit diesem äußerst interessanten Thema zu beschäftigen und mitzuerleben, wie sich herauschälen wird, inwieweit Röntgenstrahlen und cystostatische Stoffe sich gegenseitig ersetzen oder ergänzen werden.

Prof. Dr. Dennig.

Gustav E. Störing: „Über Grundfragen der medizinischen Psychologie“. Zur Psychopathologie und Psychologie des emotionalen Denkens und Wertens und ihrer praktischen Bedeutung. Renaissance-Verlag Düsseldorf, 1948, 57 S.

G. Störing jr., Professor in Göttingen, ein Psychologe von bestem Ruf, der Sohn des hervorragenden Psychologen und Psychiaters Gustav Störing, der einst 1890 mit seinen „Vorlesungen über Psychopathologie“ der psychiatrischen Forschung wertvollste Impulse gegeben hat, behandelt in der vorliegenden Schrift, die dem Andenken seines Vaters gewidmet ist, einige der Grundprobleme psychologischer und psychopathologischer Erkenntnis, die auf der Gründungszeit der Studiengesellschaft für praktische Psychologie in Form eines gemeinverständlichen Vortrages zur Darstellung kamen. Es handelt sich vor allem um die „Verwurzelung jeden Werterlebens (sozialethischer, religiöser oder ästhetischer Art) im geistigen Bereich der Person und im emotionell-körperlichen Geschehen“. Er betont die biologische Fundierung aller geistigen Höherentwicklung, ohne

die unsere Wertsetzungen, unsere generellen Willensschlüsse und Grundsätze, unsere leitenden Ideen und Gesinnungen gegenüber primitiven Trieben und Augenblicksimpulsen stets erliegen würden. Die Ausführungen sind auf rein empirischer Ebene aufgebaut und beschäftigen sich nicht mit dem metaphysischen Problem des Zusammenhangs von Leib und Seele. Der Verfasser geht von psychopathologischen Tatbeständen aus, erläutert biologisch fundierte Störungen emotionaler Art (Depression; sehr gute Selbstschilderung eines intelligenten Studenten in endogener Depression), beleuchtet die Vergewaltigung des Denkens durch krankhafte emotionelle Störungen in Anlehnung an die Erfahrungen der biologisch fundierten endogenen Depression. Der Vortrag handelt sodann von den Störungen des biologisch fundierten Denkfaktors (Schizophrenie, Stirnhirnerkrankungen). Ein drittes Kapitel zeigt die Folgen einer Störung des emotionalen und des Denkfaktors bei komplizierten Stirnhirnerkrankungen (Fälle von Beringer) und betont die wichtige klinische Tatsache, daß emotionelles Denken und Werten vollkommen schwinden, wenn spontaner Antrieb und Gefühlsleben erloschen sind. „Die Welt der Werte bleibt dann stumm“ (Beringer).

In einem zweiten Teil der Schrift wendet sich Störing, nachdem er bisher die Tatbestände aus der Psychopathologie dargestellt hatte, den Vorgängen des emotionalen Denkens und Wertens im Bereich des Gesunden zu. Hier berührt er sich naturgemäß vielfach mit dem großen Werk des schwäbischen Philosophen Heinrich Maier (1905) und mit den Lehren der Psychoanalytiker sowie dem Standpunkt von Jaspers in dessen „Psychopathologie“. Die Sublimierung der Triebpsychologie wird erörtert, die Bedeutung der biologischen Erkenntnisfunktion für das emotionelle Denken und Werten beleuchtet. Der Einfluß der verschiedenen Lebensperioden tritt zutage.

Nach anhangsweise gegebenen philosophischen Erörterungen zum Wertproblem kommt der Verfasser im dritten Abschnitt zur praktischen Psychologie des emotionalen Denkens und Wertens, dessen reicher Inhalt in einer Buchbesprechung nicht wiedergegeben werden kann. Hier kommt der Pädagoge zu seinem Recht. Ein Literaturverzeichnis schließt die feinsinnige Studie ab, die in ihrer gemeinverständlichen Form auch dem praktischen Arzt Freude machen kann.

Prof. Dr. R. Gaupp, sr.

Bekanntmachungen

Institut für Psychotherapie

Das Institut für Psychotherapie, Stuttgart, macht darauf aufmerksam, daß am 25. April 1949 das Sommersemester beginnt. Nähere Einzelheiten und Vorlesungsverzeichnisse durch Sekretariat, Neue Weinsteige 63, Telefon 9 02 82.

Religiös-wissenschaftliche Ärztetagung in Beuron/Donau vom 6.—12. Juni 1949

Wie im Jahre 1947 in Bad Mergentheim und 1948 in Ellwangen, findet unter Leitung von Dr. med. Alfons Riegel und Stadtpfarrer Bernhard Hansler eine religiös-wissenschaftliche Ärztetagung vom 6.—12. Juni in Beuron/Donau statt. Wiederum steht im Mittelpunkt der Betrachtungen die medizinische Anthropologie; daneben praktische und ethische Fragen aus dem Grenzgebiet zwischen Medizin und Theologie. Das Besondere der Tagungen ist das Wechselgespräch zwischen Ärzten und Theologen. Bis jetzt stehen folgende Referate fest: Prof. Dr. Alois Guggenberger (Gars a. Inn): „Einführung in das philosophische Denken.“ Prof. Dr. Frz. Büchner (Freiburg): „Die Stellung des Menschen in der Welt des Lebendigen.“ Prof. Dr. Otto Graf (Dortmund): „Gesundheit und Heiligkeit.“ Prof. Dr. A. Jores (Hamburg): „Arzt und Lüge.“ Pfarrer Dr. Laros (Kapellen-Stolzenfels): „Zum Problem der Ehe.“

Es ergeht freundliche Einladung. Anmeldungen an Dr. med. A. Riegel, Schorndorf/Württ. (14 a).

Ärztlicher Fortbildungskursus für Meeresheilkunde

In der Zeit vom 1. bis 4. Juni 1949 findet in Wyk auf Föhr und Westerland auf Sylt ein ärztlicher Fortbildungskursus für Meeresheilkunde statt. Das Hauptthema dieses Arztkurses sind die Erkrankungen der oberen Luftwege (die chronischen Katarhe einschließlich des Asthmas). Außerdem sollen speziell in Wyk die Einwirkungen der klimatischen Reize auf verschiedene Krankheiten behandelt werden. Als Vortragende sind hervorragende klinische Fachkräfte in Aussicht genommen.

Der Kursus beginnt am 1. Juni in Wyk und wird am 3. Juni in Westerland fortgesetzt, so daß die Teilnehmer die Möglichkeit haben, zwei weit voneinander verschiedene Typen von Seebädern und deren Einrichtungen für die Behandlung von Krankheiten an der See kennen zu lernen. Nähere Auskünfte erteilt der Geschäftsführer des Landesverkehrsverbandes Nordmark, Hamburg 1, Glockengießerwall 26.

Für die Teilnehmer aus Württemberg beabsichtigt das Hapag-Lloyd Reisebüro, Stuttgart, Königstr. 19 a, eine Gesellschaftsreise mit Fahrpreismäßigung von 30—50 % je nach Teilnehmerzahl durchzuführen. Interessenten wollen sich unmittelbar an das Reisebüro wenden.

Jahresversammlung der Deutschen Neurologen und Psychiater

Die diesjährige Jahresversammlung der Deutschen Neurologen und Psychiater findet vom 22. bis 25. September 1949 in Göttingen statt. Anfragen und Anmeldungen zur Teilnahme (letzte bis spätestens 15. Juli) sind an die Kongreß-

leitung Göttingen, Universitäts-Nervenlinik, Geiststraße 11, zu richten. Näheres über Berichterstatte und Referatthemen ist in einem der nächsten Hefte des „Nervenarzt“ zu ersehen.

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz

Die 1922 aus dem Frankfurter Institut für Gewerbehygiene hervorgegangene Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz ist in Frankfurt a. M. neu gegründet worden und ist zur Zeit damit beschäftigt, ihre im Kriege zerstörte Geschäftsstelle wieder einzurichten. Es wurden gewählt: zum ersten Vorsitzenden Chefingenieur Dipl.-Ing. Humann, Frankfurt a. M.-Höchst, zum zweiten Vorsitzenden Direktor Dr. Bromig, Frankfurt a. M., zum Schatzmeister Dr. Merton, Frankfurt a. M. Weiter gehören dem Vorstand an Vertreter des Hessischen Arbeitsministeriums, des gewerbeärztlichen Dienstes, der Berufsgenossenschaften, der Arbeitergewerkschaften und Vertreter der freien Wissenschaften. Leiter des Ärztlichen Ausschusses ist Ministerialrat Professor Dr. Koelsch, Bayer. Landesgewerbeamt, München; Leiter des Technischen Ausschusses Oberregierungs- und -gewerbeamt Schürmann, Wiesbaden. Die Geschäftsstelle der Gesellschaft befindet sich Frankfurt a. M.-Süd 10, Morgensternstr. 12 II. Mitglieder, die bisher noch keine Nachricht erhalten haben, werden gebeten, ihre Anschrift der Geschäftsstelle mitzuteilen.

Anschriftenverzeichnis schlesischer Ärzte

Das „Anschriftenverzeichnis schlesischer Ärzte“ in (22a) Essen, Hufelandstr. 55, Chirurg. Klinik, umfaßt über 3300 Namen. Es

wird nur als Kartei geführt, Listenversendung erfolgt nicht. Anfragen werden sofort beantwortet (Freiumschlag oder Portobetrag beifügen). Alle schlesischen Ärzte und Ärztinnen werden gebeten, Namen, Vornamen, Titel, evtl. Fachgebiet, Heimatort (evtl. Krankenhaus) und gültige Neuanschrift dorthin mitzuteilen, ebenso ihnen bekannte Schicksale, Neuanschriften und Anschriftenänderungen schlesischer Ärzte, sowie Anschriften von Angehörigen von Ärzten, die verstorben oder noch nicht zurückgekehrt sind.

Bezug amerikanischer ärztlicher Zeitschriften

In Durchführung des European Recovery Program können nunmehr The American Journal of Surgery und The American Journal of Medicine an deutsche Interessenten geliefert werden. Der Preis beträgt je Zeitschrift 45 DM jährlich. Bestellungen sind zu richten an: The Yorke Publishing Company, Inc. — Berliner Handelsgesellschaft Frankfurt a. M., Neue Mainzer Straße 69.

Suchanzeige

Dr. Trost (oder Troost) hat nach Mitteilung eines Heimkehrers im Spätherbst 1944 im Lager Frolow bei Stalingrad einen Paul Simon an der Ruhr behandelt. Dieser soll pullos weggetragen worden sein. Der Vater Paul Simon, Sägewerk in Teisendorf, Oberbayern (13 b), bittet Herrn Dr. Trost um Mitteilung über das weitere Schicksal seines Sohnes.

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

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

Zulassung zur Ersatzkassenpraxis

In der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Ersatzkassen wurde am 24. Januar 1949 folgende Neuregelung der Zulassung zur Tätigkeit bei den Ersatzkassen vereinbart:

I. Hinter § 2 Abs. 1 des Ersatzkassenvertrages wird nachfolgender Absatz eingefügt:

„Alle Ärzte, die an der Ersatzkassenpraxis beteiligt sind oder werden, haben eine schriftliche Erklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzugeben, daß sie die von der Kassenärztlichen Vereinigung vertraglich übernommenen Verpflichtungen erfüllen werden und sich den Anweisungen und Entscheidungen unterwerfen, die die Kassenärztliche Vereinigung zum Zwecke der Erfüllung dieser Verpflichtungen trifft.“

II. Unter Berücksichtigung der besonderen zeitbedingten Verhältnisse wird in Ausführung des § 2 des Ersatzkassenvertrages folgendermaßen verfahren:

1. An der Ersatzkassenpraxis werden alle Ärzte beteiligt, die zur RVO.-Kassenpraxis zugelassen oder an ihr beteiligt sind, solange sie zugelassen oder beteiligt sind.
2. Darüber hinaus können auch Ärzte auf ihren Antrag beteiligt werden, die nicht oder nicht mehr zur RVO.-Kassenpraxis zugelassen oder an ihr beteiligt sind, wenn sie die Voraussetzungen für die Zulassung zur RVO.-Kassenpraxis erfüllen und in ein Arztregister eingetragen sind.
3. Die Bewerbungen um Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis nach Ziffer 2 sind an Bewerbungsausschüsse zu richten, die bei den Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet werden. Sie bestehen aus drei Ärzten, von denen einer ein nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein muß. Zu den Verhandlungen des Bewerbungsausschusses ist ein Vertreter der Ersatzkassen mit beratender Stimme zuzuziehen. Die für den Bewerber zuständige Bezirks- oder Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung ist vor der Entscheidung zu hören.
4. Eine nach Ziff. 3 ausgesprochene Beteiligung kann jederzeit durch den Bewerbungsausschuß nach Anhörung der zuständigen Bezirks- oder Kreisstelle und des Vertreters der Ersatzkasse widerrufen werden. Dies gilt auch für die in der Vergangenheit über den Rahmen der Ziff. 1 hinaus an der Ersatzkassenpraxis beteiligten Ärzte.
5. Die nach § 19 des Ersatzkassenvertrages gebildete Arbeitsgemeinschaft kann dieses Zusatzabkommen jederzeit aufheben.

Laut Beschluß des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, vom 22. Februar 1949 sollen die ärztlichen Mitglieder des Zulassungsausschusses für die Zulassung zu den RVO.-Kassen nunmehr auch die Obliegenheiten des Bewerbungsausschusses für die Zulassung zu den Ersatzkassen übernehmen.

Die hier eingehenden Anträge auf Zulassung zu den Ersatzkassen werden zunächst den Ärzteschaften zur Rückäußerung zugeleitet werden, ehe der Bewerbungsausschuß zu ihnen Stellung nimmt oder Beschluß faßt.

Es ist indessen darauf hinzuweisen, daß diese neue Form der Zulassung zu den Ersatzkassen keineswegs eine allgemeine Freigabe der Ersatzkassenpraxis bedeutet. Von Fall zu Fall muß vielmehr entschieden werden, ob die Zulassung des Antragstellers zur Ersatzkassenpraxis mit der Planung auf dem Gebiete der Zulassung zu den RVO.-Kassen vereinbar ist, ob sie also notwendig oder tragbar erscheint.

Zulagen für ambulante Kranke

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, gibt mit Erlaß vom 28. März 1949, Nr. X 1563, bekannt:

1. Zur Vereinfachung der Arbeit der Prüfärzte und zur Erleichterung für Patienten und Ärzte kann bei klinisch sicheren Fällen, in denen der halbe Brotumtausch auf längere Zeit notwendig ist, dieser Umtausch auf größere Zeiträume festgelegt werden. Es wird in das Ermessen des Prüfärztes gelegt, die Vorlage eines neuen ärztlichen Zeugnisses in diesem Falle festzusetzen.
2. Der Umtausch von Fisch bei den Zulagen für ambulante Kranke in andere Lebensmittel, besonders in Käse, wird von seiten der Ärzte in zunehmendem Umfang beantragt. Eine ärztliche Indikation kann hierfür nicht anerkannt werden, sondern der Antrag entspricht einer persönlichen Ablehnung des Fisches durch einen Teil der Bevölkerung. Bei der derzeitigen Versorgungslage mit Fisch und anderen hochwertigen Eiweißträgern können derartige Fälle nur in eingehend, von dem antragstellenden Arzt begründeten Ausnahmefällen berücksichtigt werden.
3. Die Zulagekarten für werdende und stillende Mütter werden nur dann nicht eingezogen, wenn der Aufenthalt in der Entbindungsanstalt bzw. in der entsprechenden Entbindungsabteilung eines Krankenhauses nicht länger als

8 Tage dauert. In allen übrigen Fällen sind sowohl die Normalverbraucherkarte als auch die Zulagekarte für werdende und stillende Mütter einzuziehen.

Sprechstundenbedarf

Nachfolgend wird eine kurze Aufstellung der Arznei- und Verbandstoffe bekanntgegeben, die seitens der Ärzte nicht auf Sprechstundenbedarf verordnet werden dürfen:

a) Verbandstoffe:

Diakonbinden, Flanellbinden, Idealbinden, Klebrobinden, Trikotschlauchbinden, Varicosanbinden, Armtraggurten, Dreiecktücher, Eisbeutel, Fiebermesser, Lederfingerlinge, Handgelenkbandagen.

Es wird aber nicht beanstandet, wenn z. B. der Augenarzt einige Augenbinden und Augenklappen, der Ohrenarzt einige Ohrenklappen, der Arzt mit Unfallpraxis einige Armtraggurten und Lederfingerlinge als Sprechstundenbedarf ergäntzt.

Gummihandschuhe gehören zum Rüstzeug des Arztes, desgleichen alle Instrumente, auch Injektionsspritzen und Kanülen.

b) Arzneimittel:

Hustensirupe, Einreibungen, Krätzemittel, Acidolpepsintabletten, Palliacoltabletten, Formamint, Panflavin, Hormon- und Vitaminpräparate.

Alle Mittel, die kurmäßig in der Sprechstunde injiziert werden, sind auf Namen des einzelnen Patienten zu verordnen.

c) Reagentien:

für quantitative Harn-, Blut-, Stuhluntersuchungen wie z. B. Esbach-Reagens, Ehrlichs Reagens, Methylenblaulösung, Salzsäure-Alkohol, Solut natr. citr. 3,8% steril, Glycurator-Reagens, Ol. Cedri, Giemsa-Farblösung usw. Laut Preugo sind die Unkosten für diese Farblösungen und Reagentien in den Gebührensätzen mit inbegriffen und dürfen daher nicht als Sprechstundenbedarf verrechnet werden.

Verordnung von Betäubungsmitteln

Auf Wunsch der Apothekerkammer Württemberg wird bekanntgegeben:

„Die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes hinsichtlich der genauen Angabe der Dosierung werden leider wenig beachtet, wodurch unliebsame Verzögerungen in der Abgabe durch Rückfragen beim Arzt oder Schwierigkeiten mit der Aufsichtsbehörde für die Apotheken entstehen.

Es besteht daher Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß auf ärztlichen Verordnungen Tages- und Einzeldosis ersichtlich sein müssen. Es genügt z. B. nicht die Angabe: ‚Bei Schmerzen 1 Zäpfchen einführen‘, sondern es muß heißen: ‚Bei Schmerzen bis zu 2 x täglich 1 Stück einführen‘. — Auch die Simatur ‚2 x täglich eine Spritze‘ ist ungenügend, da damit offenlassen ist, ob ein oder zwei ccm-Spritzen gemeint sind. Dafür wäre die Angabe ‚eine Ampulle‘ zu setzen.

Es ist auch notwendig, daran zu erinnern, daß für alle in der Arzneiabgabeverordnung aufgeführten Arzneimittel nach wie vor die Abgabe der Gebrauchsanweisung zur Pflicht gemacht ist. Darunter fallen z. B. alle Codein oder Aethymorphin enthaltenden Präparate, sämtliche Barbitursäure-Präparate und ihre Molekular-Verbindungen sowie Sulfonamide.

Bei der großen Zahl neu in den Handel kommender Fabrikpräparate liegt es im Interesse des Patienten, wenn der Arzt auf dem Rezept die Angabe des Herstellers vermerkt, damit die Präparate direkt angefordert werden können, da erfahrungsgemäß nur ein geringer Teil derselben beim Großhandel vorrätig ist.“

Entnahme von Blutalkoholproben

Auf Wunsch des Polizeipräsidiums Stuttgart geben wir folgendes bekannt:

„Polizeibeamte melden immer wieder, daß Ärzte sich weigern, die Blutentnahme zur Blutalkoholprobe bei Personen (in erster Linie Kraftfahrern) vorzunehmen, die ihnen zu diesem Zweck wegen Verdachts auf Trunkenheit vorgeführt werden. Die Weigerung entspringt vermutlich dem Gedanken, es könnten den Ärzten aus einem derartigen Eingriff Unannehmlichkeiten erwachsen, oder sie könnten gar von dem Betroffenen wegen Körperverletzung angezeigt werden.“

Demgegenüber wird auf den § 81 a der Strafprozeßordnung hingewiesen, nach dem auf Grund des Abs. 2 die Entnahme von Blutproben und anderen Eingriffen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, ohne Einwilligung des zu Untersuchenden zulässig sind, wenn keine Nachteile für seine Gesundheit zu besorgen sind. Demnach kann jede Person beim Vorliegen einer strafbaren Handlung oder des Verdachts einer solchen (Verkehrsunfälle usw.) zur Duldung einer Blutentnahme gezwungen werden. Die Ärzte sind also durch den § 81 a der Strafprozeßordnung davor geschützt, in solchen Fällen wegen Körperverletzung zur Verantwortung gezogen werden zu können.“

Sportärztliche Beratungsstelle beim Städt. Gesundheitsamt Stuttgart

Nach dem ersten Weltkrieg erwuchs innerhalb der Ärzteschaft eine Organisation der Sportärzte und vom Jahre 1924 ab wurden an vielen Orten sportärztliche Beratungsstellen eingerichtet. Auch die Sportärztliche Beratungsstelle Stuttgart hätte in diesem Jahre Gelegenheit gehabt, ihr 25jähriges Jubiläum zu feiern, wenn nicht ihre Arbeit durch die vom Hitler-Regime im Jahre 1933 veranlaßte Auflösung des Sportärzteverbandes für lange Zeit lahmgelegt worden wäre. Anstatt eine Jubiläumsfeier abzuhalten, haben es die Sportärzte in Stuttgart für richtig gehalten, in aller Stille an die eigentliche sportärztliche Arbeit zu gehen. Durch das Entgegenkommen des Städt. Gesundheitsamtes ist es möglich geworden, in Stuttgart, Hohe Straße 28 eine sportärztliche Beratungsstelle wieder einzurichten. Träger der sportärztlichen Beratungsstelle ist die Stadtverwaltung bzw. das Städt. Gesundheitsamt, das die Räume, Laboratorium, Röntgeneinrichtung und Hilfspersonal zur Verfügung stellt. Die Untersuchungen sollen prüfen, ob und inwieweit die aktiven Mitglieder der Turn- und Sportvereine sich für eine sportliche Betätigung eignen. Es soll ferner geprüft werden, ob nicht der eine oder andere der Untersuchten, je nach dem Befund, der Behandlung seines Hausarztes zugeführt werden soll. Weiterhin soll Material gesammelt werden über die Zusammenhänge zwischen sportlicher Betätigung und Gesundheit.

In anderen Teilen der Westzone sind schon Zusammenschlüsse zu sportärztlichen Vereinigungen erfolgt, hier bei uns haben wir vorerst davon abgesehen, zu den vielen Vereinen und Vereinigungen einen neuen Verein zu gründen. Der alleinige Zweck dieser Zeilen ist, alle an der sportärztlichen Arbeit interessierten Kollegen und Kolleginnen einzuladen, sich an der dringend notwendigen Tätigkeit bei der Sportärztlichen Beratungsstelle in Stuttgart zu beteiligen. Die Arbeit ist im Interesse der Volksgesundheit notwendig, sie ist ärztlich interessant und sie bietet vor allem Gelegenheit, physiologische Erkenntnisse in umfangreichem Maß zu gewinnen an einem Material, dem man für gewöhnlich in der Sprechstunde nicht begegnet.

Meldungen sind erbeten an Kollegen Dr. med. Wilhelm Krauss, Stuttgart-S, Silberburgstr. 182.

Dr. med. Berner, Stuttgart

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, 5 27 56—59 App. 1357 — Straßenbahnlinien: 5, 16 und 7).

Die Lesestunden sind auf Mittwoch und Freitag von 18 bis 21 Uhr festgesetzt. 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.

Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Mandry gestorben

Am 14. März 1949 verstarb im 86. Lebensjahr in Stuttgart Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Gustav Mandry. Die Beisetzung fand am 18. März 1949 statt. Im Namen der württembergischen Ärzteschaft hielt Herr Dr. Neuffer am Grabe die folgende Gedenkrede:

Als Präsident der Ärztekammer Nord-Württemberg folge ich gern der Aufforderung des Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Herrn Dr. Langbein, unserem verstorbenen Kollegen, Geheimrat Dr. Mandry, einige Worte des Gedenkens zu widmen.

Erst im September 1948 ist im Südwestdeutschen Ärzteblatt des 85. Geburtstags des Kollegen M. gedacht worden. Dabei ist das gastliche Haus in Heilbronn geschildert worden, in dem der Hausherr als echter Sohn seiner schwäbischen Heimat in Sprache, Humor und in anderen guten Eigenschaften seiner Landsleute regierte.

Am 51. Deutschen Ärztetag, der am 16. und 17. Oktober 1948 in Stuttgart stattfand, wurde Geheimrat Mandry als der älteste Teilnehmer begrüßt und der aufopfernden und erfolgreichen Arbeit gedacht, die er während eines langen, tätigen Lebens in der ärztlichen Standesorganisation geleistet hat. Das waren wahrhaftig keine leeren Worte. Als Schüler des bekannten Bruns und als Chefarzt des Heilbronner Krankenhauses war Geheimrat Mandry nicht nur der langjährige Vorsitzende des ärztlichen Bezirksvereins Heilbronn, sondern auch 20 Jahre lang im Ausschuß des ärztlichen Landesvereins tätig. Von 1909 bis 1921 war er Vorsitzender des ärztlichen Landesausschusses. Wer die alten Mediz. Korrespondenzblätter für Württemberg durchliest, wird immer wieder auf den Namen Mandry stoßen, der mit großer Umsicht und außerordentlicher Pflichttreue die Geschäfte der Berufsorganisation führte. Durch sein liebenswürdiges Auftreten

gelang es ihm stets, auftauchende Mißstimmigkeiten zu mildern und mit sicherer Hand Versammlungen zur Zufriedenheit zu Ende zu führen. Durch kluges Entgegenkommen hat er den Übergang der wirtschaftlichen Belange der Ärzte in den Württembergischen Ärzteverband in die Wege geleitet und die Grundlagen gelegt, auf denen der Landesausschuß im Jahre 1925 zu einer Württembergischen Ärztekammer ausgebaut werden konnte. Wer weiß, was für eine hohe Bedeutung zur Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztestandes die Ärztekammer in den letzten fast 25 Jahren gehabt hat, der wird es als eine besondere Tragik empfinden, daß der Tod des um diese Standesorganisation hochverdienten Geheimrat Mandry mit der Auflösung der seitherigen Rechtsform der Ärztekammer durch die Militärregierung zusammenfällt.

Am Grabe ihres hochgeachteten Kollegen geloben die württembergischen Ärzte, den alten Geist guter ärztlicher Tradition in neuen Formen in die kommende Zeit hinüberzutragen. „Das Alte fällt, es ändert sich die Zeit, doch neues Leben sproßt aus den Ruinen.“ Das sei der letzte Gruß der Ärzteschaft Nord- und Süd-Württembergs, in deren Namen ich diesen Kranz niederlege.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Ärztlicher Fortbildungskurs über Tuberkulose des Kindes

Am Samstag, dem 14. 5. 1949, 9—17 Uhr, findet unter Leitung des Direktors der Kinderheilstätte Wangen, Herrn Dr. med. habil. Brügger, ein Fortbildungskurs für die Erkennung und Behandlung der kindlichen Tuberkulose in der Kinder-

heilstätte Wangen im Allgäu statt. Vortragende und Vortragsthemen werden noch bekanntgegeben. Ärztinnen und Ärzte, die an dem Kurs teilnehmen wollen, werden gebeten, bis 1. 5. an die Direktion der Heilstätte ihre beabsichtigte Teilnahme mitzuteilen und zu vermerken, ob sie Nachtquartier wünschen.

Dr. Dobler

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Es sind folgende Kassenarztstellen neu zu besetzen:

Karlsruhe-Land:	
Bretten	Kassenarztstelle für einen Internisten
Mannheim-Stadt:	
Almenhof	Kassenarztstelle für einen prakt. Arzt
Neckarstadt	
(Ost oder West)	" " " " "
Jungbusch	" " " " "
Mannheim-Land:	
Heddesheim/Bergstr.	Kassenarztstelle für einen prakt. Arzt

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

Die Bewerber haben den Nachweis zu erbringen, daß sie die Bedingungen der Vorbereitungszeit für die kassenärzt-

liche 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. politische Unbedenklichkeitserklärung,
- 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

Erklärung

In den letzten Wochen und Monaten haben sich die Tageszeitungen des öfteren mit den Vergütungen beschäftigt, die die Krankenkassen an die Kassenärzte zu zahlen haben. Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der französischen Besatzungszone und der Verband der Ortskrankenkassen für das französische Besatzungsgebiet als die

für die Regelung der gegenseitigen vertraglichen Beziehungen allein zuständigen Organisationen billigen solche Veröffentlichungen, welche zum Teil unsachlich und entstellend sind, nicht. Sie sind der Auffassung, daß die Vielzahl derartiger Äußerungen nicht geeignet ist, die schwebenden Verhandlungen über die von beiden Seiten für erforderlich gehaltene Neuregelung zu erleichtern.

Freiburg/Br., Lahr, den 11. März 1949

Diesem Heft ist je eine Prospektbeilage der Firma Ciba-A.-G., Wehr/Baden über „Coramin“, der Vereinigten Badischen Staatslinien Dürheim-Rappenuu A.-G. „Über die Solbäderbehandlung im Hause“, der Firma Dr. Schwab G.m.b.H., München über „Papaja-Früchte Arbus“ und des eigenen Verlages über „Hollmann/Hantel, Klinische Psychologie und Soziale Therapie“ beigelegt.

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