

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

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

7 (1.7.1949)

# 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 Jelito, Mannheim; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 7

STUTT GART, JULI 1949

4. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Schriftleitung:	In eigener Sache! . . . . .	119
Prof. Dr. Gaupp sen.:	Schwäbische Psychiatrie . . . . .	119
Dr. Ungerecht:	Die Verätzung der Speiseröhre . . . . .	123
Dr. Sadowski:	Standesbewußtsein und Krankenversicherung . . . . .	127
Um Rath:	Offene Worte zur Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen . . . . .	129
Dr. Oeter:	Stellungnahme zu dem Aufsatz: „Offene Worte zur Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“ . . . . .	131
Die amerikanischen Ärzte gegen die Nationalisierung des Gesundheitsdienstes		132
Die Jugenddorfbewegung		133
Buchbesprechungen		134
Bekanntmachungen		135
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. . . . .	136
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern . . . . .	139
	Ärztekammer Nord-Baden . . . . .	139
	Landesärztekammer Süd-Baden . . . . .	139

## IN EIGENER SACHE!

Zu Beginn des II. Halbjahres 1949 möchten wir unseren Lesern noch einmal die im Geleitwort zur Januarnummer geäußerten Wünsche angelegentlich vortragen.

Versorgt uns mehr mit Bekanntmachungen, die dem Charakter unseres Blattes als örtlichen Organs der angeschlossenen Kammern entsprechen! Auch Nachrufe, Jubiläen, Ehrungen usw. werden gerne aufgenommen, sie sollen eben die Verbindung mit unserem südwestdeutschen Leserkreis inniger gestalten. Namentlich seit dem Erscheinen der „Ärztlichen Mitteilungen“ haben wir ja jetzt mehr Raum für solche Dinge, da Aufsätze, die die große Linie der standespolitischen Entwicklung behandeln, diesen in erster Linie vorbehalten sein sollen. Wir werden bestrebt sein, durch Fühlungnahme mit der Schriftleitung der „Ärztlichen Mitteilungen“ Überschneidungen und unnötige den Leser verärgende Wiederholungen zu vermeiden.

So wurde u. a. auf einer **Besprechung der 4 Schriftleiter** in Baden-Baden am 15. Juni 1949 beschlossen. Dort wurde auch wieder betont, daß wir unserer Aufgabe als Mitteilungsblatt bei 14tägigem Erscheinen besser gerecht werden können. Wirtschaftliche und technische Hindernisse standen dem bis jetzt im Wege. Sie werden aber, so hoffen wir, auch einmal überwunden werden.

Es zeigte sich in Baden-Baden weiterhin, daß die der Fortbildung dienenden Übersichtsreferate von unserer Leserschaft günstig aufgenommen wurden. Wir werden damit fortfahren und in der Augustnummer einen Ophthalmologen zu Wort kommen lassen. Zum Schluß bitten wir, die **Einsendungstermine** einzuhalten: für Autoren Aufsätze spätestens der letzte Tag des vorhergehenden Monats, für Bekanntmachungen der 5. des Erscheinungsmonats.

Die Schriftleitung

## Schwäbische Psychiatrie

Eine historische Betrachtung

von Prof. Dr. med. Robert Gaupp sen., Stuttgart-Degerloch

Es gab, ehe die Völkerwanderung des 20. Jahrhunderts über Mitteleuropa hereinbrach, manche Gebiete in Deutschland, in denen die Mehrzahl der Bevölkerung noch bodenständig war; es gab bis vor wenigen Jahren noch „den Schwaben“, den „Franken“, den „Rheinländer“ usw., in dem man mit mehr oder weniger großer Zuverlässigkeit den Träger bestimmter körperlicher und seelischer Eigenschaften seines Volksstammes erblicken durfte. Wenn die Ost-West-Wanderung unserer Tage ganz zum Abschluß gekommen sein wird, wird man

davon wohl nicht mehr sprechen können; denn es werden dann vielleicht 30 oder mehr Prozent aller „Württembergischer“ oder „Bayern“ ihre Wiege in Ostpreußen, Schlesien, Böhmen, überhaupt im Lande rechts der Elbe gehabt haben, und der Wohnort des Mannes wird nichts mehr über seine ursprüngliche Heimat und den Charakter seines Volksstammes aussagen.

Die **Männer der Wissenschaft**, von denen hier einiges gesagt werden soll, waren **Schwaben** nach dem Blut ihrer Vorfahren und nach den Stätten ihrer Kindheit und

Jugend; und die Kranken, über die ich einiges berichten möchte, trugen nach Abstammung und Heimat Wesenszüge ihres schwäbischen Volkes.

Man spricht in unserer Wissenschaft von einer „vergleichenden Psychiatrie“. Sie ist ein — noch wenig gepflegter — Zweig am Baume unserer psychiatrischen Erkenntnis. Wo wir etwa in der Literatur auf sie stoßen, sind es meistens Ausführungen über die Erscheinungsformen geistiger Erkrankungen in fernen Ländern — verglichen mit unseren in Deutschland, bzw. in Europa gemachten Erfahrungen. Johannes Lange hat, als er die letzte Auflage der Kraepelin'schen „Allgemeinen Psychiatrie“ neu herausgab, sich dahin geäußert, es sei schon heute nicht mehr zu bezweifeln, daß die besondere Veranlagung eines Volkes auch in seinen Geisteskranken zum bestimmten Ausdruck gelange, ja, daß Häufigkeit und Formen des Irreseins dereinst eine reiche Fundgrube für das tiefere Verständnis der Eigenart des Volkes bilden werde.

Vor allem gilt dies für die Besonderheiten der **Gemütsveranlagung**. Die **Selbstmordstatistik** lehrt uns die konstanten Unterschiede in der Häufigkeit des Freitods in den verschiedenen Ländern Deutschlands und der übrigen Welt, und eine umfangreiche Literatur bestätigt seit über 100 Jahren die Lehre, daß der Volkscharakter eine große Rolle bei diesen, Jahr für Jahr immer wiederkehrenden Unterschieden spiele. Dem Norddeutschen Siemerling, der 1893 aus Berlin nach Tübingen gekommen war, war es einst vor 50 Jahren schon aufgefallen, wie sehr nach den Erfahrungen seiner Tübinger Klinik in Württemberg die **Melancholien** zahlenmäßig bei den **endogenen Psychosen** überwiegen, und ich habe diese Erfahrung in jahrzehntelanger Beobachtung der in Schwaben vorkommenden Psychosen durchaus bestätigen können. Ich hatte, ehe ich nach Tübingen kam, in Breslau, Heidelberg und München viele Tausende geisteskranker und nervöser Menschen kennengelernt und war dann überrascht, vom Jahre 1906 ab, als ich die Tübinger Klinik übernahm, ein Krankengut zu finden, das sich namentlich durch die große Häufigkeit der **depressiven Psychosen** von den Kranken anderer deutscher Landesteile unterschied. Auch in dem Symptomenbild der **Schizophrenen**, der **Zirkulären**, der wahnbildenden **paranoischen** und **paranoiden Psychosen** fand sich vieles Eigenartige, das mir mit dem Volkscharakter der Schwaben zusammenzuhängen scheint. Wenn man bisweilen von der „Tübinger Schule“ sprach oder schrieb, so meinte man damit die spezielle Arbeitsrichtung von mir und meinen zahlreichen Mitarbeitern bei der Aufdeckung und Schilderung des Zusammenhangs der Volksart und des Volkscharakters mit den klinischen Krankheitsbildern, meinte damit auch den Einfluß der Charakterstruktur des Einzelnen auf Form und Ablauf seiner geistigen Erkrankung. Das Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, das, was man landläufig als „Nervosität“, „Psychopathie“, „Neurasthenie“ und „Psychasthenie“ zu bezeichnen pflegt, ist, wenn wir von den französischen Meistern aus dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts absehen, wohl nirgends so gut untersucht und geschildert worden als in Koch's „Psychopathischen Minderwertigkeiten“. Der unglückliche Titel des Buches, der ein Werturteil zu enthalten scheint, und die etwas schwerblütige und umständliche Darstellung des überaus reichen Tatsachenmaterials hat diesem Standardwerk der Klinik der seelischen Grenz-

zustände die Verbreitung in der wissenschaftlichen Welt lange erschwert. Es ist von einem **schwäbischen Psychiater** über meist **schwäbische Kranke** geschrieben.

Wollen wir die Problematik des Begriffes „Schwäbische Psychiatrie“ richtig erfassen, so müssen wir natürlich die **schwäbischen Psychiater**, die uns etwas zu sagen haben und die **schwäbischen Kranken**, die zur Beobachtung kamen, ganz getrennt behandeln. Karl Bonhöffer war ein schwäbischer Psychiater von großem Namen, der selbst die Wesenszüge seines Volkstums unverkennbar in sich trug; aber er hat seine psychiatrische Erfahrung nicht in Württemberg, nicht an schwäbischen Kranken gewonnen, er ist niemals in seiner schwäbischen Heimat Nervenarzt gewesen.

Zunächst noch einiges über die **seelischen Erkrankungen** hier im Schwabenland. Ich habe schon erwähnt, daß bei den sogenannten „Gemütskranken“ hier in Württemberg die Depressionszustände zahlenmäßig sehr überwiegen. Sie tragen sehr häufig **hypochondrische** Wesenszüge; manche sind mit zwangsneurotischen Erscheinungen verbunden. Sehr häufig erleben wir bei den schwäbischen Kranken eine Zunahme depressiv-hypochondrischer Verstimmungen im **absteigenden** Teil ihrer Lebenskurve. Der **Humor** fehlt zwar nicht ganz, ist aber kein starkes Element im schwäbischen Volkscharakter, verglichen etwa mit dem Rheinländer oder Bayern. Selbst manische Erregungen in heiterer Tobsucht sind oft sehr arm an wirklichem Witz oder echtem Humor. **Zähigkeit** und **Gründlichkeit** ist dem Schwaben zu eigen, aber auch **Schwerfälligkeit**, **Schüchternheit**, **Bescheidenheit** und **Wortkargheit** bei sehr **lebhaftem Rechtsgefühl**. **Querulantentum** ist recht häufig und man spricht bei uns nicht ohne Grund von „echt schwäbischem Eigensinn“, vom „schwäbischen Dickkopf“. Bei der reizbaren Form der Tobsucht ist ein starkes Querulieren sehr häufig und, wenn sich diese Reizbarkeit auch nicht so laut gebärdet wie beim pfläzischen Vetter — (in der Heidelberger Klinik ging es immer viel lauter zu als in der Tübinger) — so ist ein hartnäckiges Querulieren doch ein sehr auffälliger Zug der reizbar tobstüchtigen Kranken aus dem zirkulären Formenkreis. Manche solche Querulierer haben jahrelang die Öffentlichkeit beunruhigt; ich erinnere z. B. an einen Heilbronner Oberbürgermeister, mit dem das Innenministerium in Stuttgart viele Jahre lang seine liebe Not hatte. Sensitive, überempfindliche, zu Mißtrauen und Selbstunsicherheit neigende Charakterentwicklung ist bei den Schwaben recht häufig. Das bahnbrechende Buch über den „**sensitiven Beziehungswahn**“ ist von einem Schwaben aus seiner Kenntnis schwäbischer Psychosen und Psychopathien in meisterhafter Form geschrieben worden (Kretschmer). Diese sensitive Charakteranomalie war mir in Tübingen von Anfang an sehr aufgefallen und ein kleiner, aber ziemlich inhaltreicher Vortrag hat davon schon 1907 Kenntnis gegeben. Man hat später in meinem Festhalten an der „Paranoia“ als einer selbständigen Geistesstörung eine Art schwäbischen Eigensinns gesehen und meine eindringlichen Darstellungen nicht recht zu werten verstanden. Man hatte eben solche Krankheitsfälle echter Paranoia in anderen Teilen Deutschlands nicht oder doch nicht so deutlich beobachten können. Aus der religiös-philosophischen Struktur schwäbischer Eigenart nimmt die **Schizophrenie**, diese wichtigste Krankheit endogener Natur, ihre reichhaltigen Symptombilder, wie dies einer meiner Schüler, Alfred

Storch in Tübingen, glänzend geschildert hat. Die Verlaufsform Hölderlin'scher Schizophrenie tritt uns bei vieljähriger Erfahrung immer wieder einmal in ergreifender Deutlichkeit vor Augen. Albrecht Wetzel, der im letzten Jahr verstorbene treffliche Stuttgarter Kliniker, ein Schwabe vom Scheitel bis zur Sohle, hatte viele Jahre in Heidelberg als Psychiater geforscht und gelehrt und damals, wie seine Heidelberger Kollegen, meinen Anschauungen ziemlich kritisch gegenübergestanden. Nachdem er sein Wirkungsfeld mit Stuttgart vertauscht hatte, gestand er mir, je länger er in Stuttgart tätig war, mit um so größerer Bestimmtheit, er verstehe nun und teile meinen Standpunkt völlig, seit er die Psychosen der Schwaben aus eigener Erfahrung kennengelernt habe. Als ich von 1936 ab mit ihm zusammen im Stuttgarter Bürgerspital arbeiten und in oft vielstündiger, sorgfältiger Analyse schwieriger Krankheitsbilder die Problematik unserer psychiatrischen Formenlehre erörtern konnte, da wurden wir und mit uns sein Kreis trefflicher Mitarbeiter fast immer völlig einig — einig auch in dem besonders schwierigen Kapitel der sogenannten „Mischpsychosen“, bei denen sich zirkuläre und schizophrene Erbkomponenten miteinander verbinden und um deren Existenzberechtigung ich mich zusammen mit meinem Assistenten Friedrich Ma u z aus Eßlingen (heute Professor in Hamburg) hatte verkämpfen müssen. In Württemberg, das ja bis vor wenigen Jahrzehnten eine ziemlich seßhafte Bevölkerung hatte und altes Kulturland ist, besteht viel Inzucht und wer, wie ich, vier Jahrzehnte in diesem Lande ärztlich tätig ist, lernt die Mannigfaltigkeit erblich bedingter Erkrankungen kennen und erlebt die Einflüsse kombinierter Belastungen, also Krankheitsbilder mit schizophrenen, zirkulären, epileptischen, imbezillen Einschlägen.

Und nun zur anderen Seite des Problems! Inwiefern kann man von einer schwäbischen Psychiatrie sprechen, als von einer Psychiatrie, deren Schöpfer Schwaben von Geburt waren oder sind? Besteht ein Recht, von einer solchen Gruppe zu sprechen? Lehrt die Geschichte unserer Wissenschaft, daß Schwaben an ihrer Gestaltung einen wesentlichen Anteil haben, oder ist es ein abzulehnender „Lokalpatriotismus“, der mich davon sprechen läßt? Haben die Schwaben seit Paracelsus bis zur Gegenwart in der Psychiatrie Besonderes geleistet, trägt ihre wissenschaftliche Arbeit ein besonderes Gesicht? Ist es nur ein belangloser Zufall, daß bis vor kurzem an deutschen Universitäten 8 ordentliche Professoren der Psychiatrie, die meisten als Leiter großer Kliniken, dieses Sondergebiet vertraten, die alle in dem kleinen Lande Württemberg beheimatet waren? Ich durchblättere die neueste Auflage der Jasperschen „Allgemeinen Psychopathologie“, in der sich im Anhang ein kurzes Kapitel über die Geschichte unserer Wissenschaft findet. Jaspers, der selbst aus dem hohen Norden stammt, dann aber an der Heidelberger Klinik tätig war, nennt in dem kurzen Abschnitt über die moderne Psychiatrie außer seinen beiden Lehrern Nißl und Wilmanns nur vier Männer mit Namen; drei davon sind Schwaben von Geburt und Charakterstruktur. Im Abschnitt vorher, der die Entstehung der psychiatrischen Wissenschaft in Deutschland mit großen Strichen zeichnet, schildert er den Schwaben Wilhelm Griesinger als den „glänzenden und erfolgreichsten Kliniker“ dieser Zeit, an dem er besonders die gewandte, ansprechende Darstellung rühmt. Griesingers großer Lehrer war

Ernst Albert Zeller in Winnental, ein zyklotischer Mann voll tiefer Religiosität, der Dichter der einst vielgelesenen „Lieder des Leids“, dichterisch und philosophisch reich begabt und im Geiste jener Zeit ein etwas „pathetischer Vater“ seiner ihn verehrenden Kranken. Ferdinand Autenrieth, der mit dem Beginn seiner wissenschaftlichen Arbeit noch ins 18. Jahrhundert zurückreicht, der langjährige Kanzler und Dauerrektor der Universität Tübingen, war ein in Stuttgart geborener Schwabe von großer Originalität, eine starke Persönlichkeit, der langjährige Arzt von Friedrich Hölderlin. Er genoß zu seiner Zeit großes Ansehen, lehnte viele Berufungen an große norddeutsche Universitäten ab, da er sich in seiner Heimat am wohlsten fühlte. Einen ähnlich großen Ruf genoß der originelle Christian Friedrich Wilhelm Roller aus Pforzheim, der Illenau berühmt gemacht hat. Heinrich Schüle, sein Nachfolger, dessen Name schwäbische Vorfahren erkennen läßt, war der Verfasser eines einst berühmten Lehrbuches; er erscheint Jaspers als der Typus des pathetischen, sehr gebildeten und philosophisch interessierten Irrenarztes mit Neigung zu begrifflicher Symbolik. Jaspers spricht bei ihm von einem „Pathos der heilenden Persönlichkeit des Arztes“. Die religiöse Grundstruktur hat Schüle mit den Schwaben Albert Zeller, I. A. L. Koch und Heinrich Kreuser gemein, verdienten und wissenschaftlich begabten Ärzten württembergischer Anstalten.

Hermann Wildermuth, der Sohn der bekannten schwäbischen Dichterin, hat als Erforscher der anatomischen Grundlagen der angeborenen Schwachsinnformen, und als Kenner der Epilepsie wichtige Arbeit geleistet und als bekannter Nervenarzt vor 40 bis 50 Jahren in Stuttgart eine hervorragende Stellung eingenommen. Sein jüngerer Sohn leitet heute die Heilanstalt Winnental.

Werner Leibbrand, ebenfalls Schwabe von Abstammung, heute Professor in Erlangen, vereinigt in seltenem Maße den historisch und theologisch durchgebildeten Arzt mit dem philosophisch scharfsinnigen Verfasser und Schilderer ärztlicher Probleme.

Eugen Bleuler\*), ein Sohn der Alemannischen Nordschweiz, der Schöpfer des Krankheitsbegriffes der „Schizophrenie“, erscheint in seiner geistigen Struktur uns Schwaben sehr nahe verwandt: er zeigt philosophischen Sinn, eine reiche psychologische Begabung, starkes erkenntnistheoretisches Bedürfnis, Gründlichkeit und Zähigkeit in der Verarbeitung und Auswertung der gewonnenen Tatsachen, und kritische Ausgestaltung allgemeiner pathologischer Erkenntnisse in ihrer weltanschaulichen Bedeutung. In Ludwig Binswanger, dem Schweizer Philosophen und Psychiater aus südwestlicher Teil Bayerns ist schwäbisch, der nördliche Teil Württembergs fränkisch. Die Unterschiede sind keineswegs gering, doch ist im Bewußtsein der Deutschen der Südwesten Deutschlands schwäbisch-alemannisch; die Württemberger gelten alle als Schwaben, auch wenn sie aus Heilbronn oder Crailsheim stammen. Für unsere Betrachtungen sind diese Unterschiede nicht von ausschlaggebender Bedeutung.

\*) Die Frage des Unterschiedes des schwäbischen vom alemannischen Volksstamm ist noch ungeklärt. Die Sprache ist hier kein sicherer Führer. Die Franzosen nennen alle Deutschen „Les Allemands“, für die Schweizer sind alle Deutschen nördlich des Oberrheins „Schwaben“. Der südwestliche Teil Bayerns ist schwäbisch, der nördliche Teil Württembergs fränkisch. Die Unterschiede sind keineswegs gering, doch ist im Bewußtsein der Deutschen der Südwesten Deutschlands schwäbisch-alemannisch; die Württemberger gelten alle als Schwaben, auch wenn sie aus Heilbronn oder Crailsheim stammen. Für unsere Betrachtungen sind diese Unterschiede nicht von ausschlaggebender Bedeutung.

der bekannte Züricher Kliniker, stammte ebenfalls aus Süddeutschland und leistete namentlich auf gerichtlich-psychiatrischem Gebiet Hervorragendes; dem Stuttgarter Eugen Kahn verdankt unsere Wissenschaft ausgezeichnete Schilderungen von seelischen Grenzzuständen. Gustav Wolff, der langjährige Direktor der Baseler Klinik, hatte seine Heimat im südlichen Baden.

Kurt Beringer in Freiburg, aus Südbaden stammend, heute ein führender Mann unserer deutschen Psychiatrie und Neurologie, verrät in Wesen, Charakter und wissenschaftlicher Leistung die besten Eigenschaften seiner alemannischen Heimat. Weite des Blicks, Vielseitigkeit der wissenschaftlichen Interessen und Fragestellungen kennzeichnen den ernsten und nachdenklichen Sohn des Schwarzwaldes. Wahrheitsforschung und ärztliches Ethos sind in ihm aufs schönste vereinigt. Er ist der Führer einer Schule umfassender Problemstellung und hat unter seinen Schülern Männer, die in geistiger Selbständigkeit auf den verschiedenen Gebieten der Forschung sehr Gutes leisten.

Keine Meinungsverschiedenheit besteht darüber, daß der Schwabe Ernst Kretschmer uns in den letzten 30 Jahren durch seine konstitutionsbiologischen Arbeiten und durch seine Lehren moderner Psychotherapie sehr starke Anregungen und der wissenschaftlichen Forschung wertvolle neue Erkenntnis gebracht hat. Er begann seine Laufbahn in Tübingen, wo er 15 Jahre lang zusammen mit mir an der dortigen Klinik tätig war, folgte dann einem Rufe nach Marburg, wurde im Nationalsozialistischen Staate wegen seiner Anschauungen, namentlich in Rassenfragen, unfreundlich behandelt und kehrte vor drei Jahren in der nun wieder neugewonnenen völligen Freiheit wissenschaftlicher Forschung in die Tübinger Klinik zurück. Sohn eines schwäbischen Pfarrhauses, ursprünglich zum Theologen bestimmt, nahm er als junger Student an dem anregenden geistigen Leben im Tübinger „Stift“ teil, erwarb sich bei eigener philosophischer und poetischer Begabung und großem sprachlichen Talent eine solide Kenntnis der Philosophie und der Literatur, namentlich der großen Gestalten der Romantik. Die im Anschaulichen wurzelnde Art seines Denkens und Forschens schützte ihn vor einem Versinken in blutleere Spekulationen. Es gestaltete sich in ihm eine glückliche Synthese intuitiver Form- und Wesenserfassung mit exakter körperlicher und seelischer Untersuchungsmethodik am gesunden und kranken Menschen. Der feinsinnige, mit starker Einfühlungskraft begabte Schilderer des sensitiven Beziehungswahns drang in seinem Hauptwerk „Körperbau und Charakter“ ins Kerngebiet der Konstitutionslehre vor. Er holte sich aus der Weltgeschichte sein Ergänzungsmaterial (vgl. sein Buch „Über geniale Menschen“), er gab dem Studenten und Arzt in seiner „Medizinischen Psychologie“ eine brauchbare lebensnahe Lehre von der menschlichen Seele in ihrer engen Verknüpfung mit ihrem leiblichen Gehäuse; er systematisierte seine eigenen Erfahrungen in Anlehnung an die großen Lehrsysteme von Kraepelin und Bleuler und schloß die Kette der typischen Veranlagungen vom Normalen über das Leichtabnorme zur Psychopathie und zu den Formen endogener geistiger Erkrankungen. Was ich einst vor mehr als vier Jahrzehnten als eine wichtige Ergänzung der klinischen Krankheitsforschung vor Augen hatte, die Analyse der Persönlichkeit vor ihrer Erkrankung zum Verständnis des klinischen Krankheits-

bildes selbst, ist namentlich durch die fruchtbare Arbeit Kretschmers und seiner Schüler, sowie durch exakte Erbforschung aus meiner Klinik bedeutend gefördert worden, und so stehen wir heute dem Einzelfall in bezug auf Diagnose und Prognose des weiteren Verlaufs mit mehr Verständnis gegenüber als in früherer Zeit. Dazu kam die wertvolle Schulung durch Jaspers in bezug auf die scharfe begriffliche Erfassung der „verständlichen Zusammenhänge“ und des Unterschiedes von „Entwicklung und Prozeß“.

Victor von Weizsäcker, der hervorragende Heidelberger Neurologe und Psychoanalytiker, ist, wie sein Freund Siebeck, Schwabe; er ist der Enkel eines bedeutenden schwäbischen Theologen und Sohn eines hervorragenden Staatsmannes. Er trägt neben seiner umfassenden physiologischen und neurologischen Fachausbildung als Erbgut seine Begabung für metaphysische, theologische und psychologische Probleme in seine wissenschaftliche und ärztliche Berufarbeit hinein und vertritt in tiefgründiger Denkarbeit die von ihm weitergeführte Lehre von dem engen Zusammenhang alles leiblichen Geschehens mit der reichgestalteten seelischen Wirklichkeit.

Kurt Schneider, der scharfsinnige, logisch unerbittliche Heidelberger Psychiater, ist nach Wesensart und Interessenkreis unverkennbar ein Sohn seiner schwäbischen Heimat (sein Vater war Landgerichtspräsident in Ulm) und trägt in seiner persönlichen Eigenart die Züge schwäbischer Schlichtheit und äußerer Bescheidenheit bei universaler Bildung und reichstem Wissen im Gebiete von Philosophie, Literatur und Kunst. Der Sohn seiner Schwester, Jörg Weitbrecht, ist gleich ihm in Wesen und wissenschaftlicher Arbeit ein unverkennbarer Schwabe, philosophisch, religiös und psychologisch in seiner Forschung durchaus selbständig, wenn auch durch Wetzels, bei dem er lange Assistent war, und durch den klinisch-psychologisch sehr begabten Paul Krauss in Göppingen sicherlich vielfach angeregt und beeinflusst.

Ein anderer meiner Schüler, Werner Villinger aus Besigheim, heute Professor in Marburg, ist in seiner Charakterstruktur ein Typus schwäbisch kritischer Selbstbesinnung und Gewissenhaftigkeit, ein Mann von sozialer und sozial-pädagogischer Betätigungsrichtung mit großer Lehrbegabung und vorbildlicher ärztlicher Haltung. Ähnliches gilt von dem aus Eblingen stammenden Friedrich Mausz (Hamburg), dessen hervorragendes klinisches Talent durch seine große sprachliche Begabung in seinen Schriften zu schöner Wirkung kommt.

Wilhelm Wagner, der mit der Leitung der Leipziger Klinik bis zum politischen Zusammenbruch beauftragt war, ist ebenfalls Schwabe von Geburt und zeichnet sich durch seine sehr vielseitige Bildung auf physiologischem, klinischem und philosophischem Gebiet aus. Er vertritt in der Weise seiner Problemstellung den schwäbischen Zug der kritischen Selbstbesinnung um die Grundlagen aller wissenschaftlichen Erkenntnis in den Beziehungen von Leib und Seele. Richard Jung in Freiburg, auch schwäbischer Abstammung, baut seine wissenschaftliche Arbeit auf breiter Basis in enger Fühlung mit Physiologie und Psychologie auf.

Karl Bonhöffer, dessen 80. Geburtstag mir die Anregung zu dieser Skizze gab, und der uns am 4. Dezember 1948 durch den Tod entrissen wurde, stand seit 3½ Jahrzehnten in Berlin an der Spitze der deutschen

Irrenärzte. Er ist Schwabe nach Abstammung und Heimat, Sohn eines Juristen, hat seine akademischen Studien in Tübingen vollendet und ist mit der Psychiatrie erst genauer vertraut worden, als er 1892 Assistent bei dem hervorragenden Breslauer Kliniker Wernicke wurde. Dieser Schlesier hatte eine besondere Vorliebe für schwäbische Assistenten; er fand und schulte bei ihnen Eigenschaften, die er beim Psychiater für wichtig hielt: scharfe Erfassung des vor Augen stehenden klinischen Bildes, tiefdringende Analyse dieses Bildes unter dem Leitmotiv der allgemeinen Hirnpathologie. Bonhöffer vereinigte in sich die seltene Begabung für die beiden Gebiete der Psychiatrie und der organischen Neurologie. Jaspers betont bei ihm den sicheren Blick, die empirische Nähe zum Kleinen und den Sinn für wesentliche Grundzüge, mit dem er zahlreiche neue Erkenntnisse geschaffen habe, so daß viele seiner Arbeiten für immer Geltung haben. Er hat von dem, was er auf Grund eigener Forschung lehrte, fast nie etwas zurücknehmen müssen; es ist alles fest begründet, wenn es der wissenschaftlichen Welt als Ergebnis eigener Arbeit mitgeteilt wurde. Er war ein Gelehrter, der ohne tieferes Interesse für spekulative Verallgemeinerung und voreilige Systembildung durch seine Exaktheit und Zuverlässigkeit der Erzieher zweier Generationen zu schlichter Arbeit in seinem Fachbereich wurde. Würdiges Selbstbewußtsein verband sich in ihm, wie in manchen Schwaben mit einem äußerlich bescheidenen, aller Reklame abholden Wesen. Er schuf keine „große Schule“ mit begeisterten Adepten, die seinen Ruhm in aller Welt verkündeten, aber er hat viele junge Ärzte und Gelehrte zu sorgfältiger Beobachtung und denkender Bearbeitung des Beobachteten erzogen. Daß er kein enger Fachmann

war — (das sind wir Schwaben in unserer wissenschaftlichen Arbeit überhaupt nicht) —, daß er die ganze Welt in sein Blickfeld hereinnahm und mit starker Affektivität abwog, lehrt der Geist seines Hauses, in dem in seinen Kindern Männer und Frauen herangebildet wurden, denen Deutschland in Wissenschaft, Charakterhaltung und hoher Menschlichkeit Allerhöchstes verdankt.

„Schwäbische Psychiatrie“ verkündet also die Art, wie schwäbische Gelehrte das Grenzgebiet zwischen leiblichem Geschehen und seelischer Verhalten im Bereiche des Pathologischen mit den ihnen eigenen Anlagen durchdringen und in wissenschaftlicher Forschungsarbeit gestalten. Und das Krankengut, an dem sie ihre Arbeit verrichten — in Untersuchung, intuitiver Erfassung und ärztlicher Hilfe — zeigt, soweit diese kranken Männer und Frauen schwäbischen Blutes sind, eine eigenartige tiefgründige psychologische Welt, deren Erkenntnis und systematische Einordnung in das Gesamtgebiet der biologischen Wissenschaften dem schwäbischen Forscher besonderes Bedürfnis ist. Albert Zeller und Wilhelm Griesinger, I. A. L. Koch und Ferdinand Autenrieth in älterer Zeit, Bonhöffer und Kretschmer in neuerer Zeit, sind Marksteine auf dem Wege der Geschichte unserer psychiatrischen Wissenschaft im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts. In der „Tübinger Schule“ der letzten vierzig Jahre kam die Besonderheit schwäbischer Forschung an schwäbischen Kranken zu deutlichem Ausdruck. Mag auch manches im weiteren Gang der Forschung einer Berichtigung und Umgestaltung bedürfen, so dürfte doch die Betrachtungsweise, mit der wir an das Problem „Persönlichkeit und Psychose“ herantraten, der wissenschaftlichen Forschung nie mehr völlig verlorengehen.

Aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Heidelberg  
Direktor: Prof. Dr. A. Seiffert

## Die Verätzung der Speiseröhre

Von Dr. med. K. Ungerecht, Assistent der Klinik

Die Verätzungen der Speiseröhre sind in den letzten Jahren des Krieges, ähnlich wie zur Zeit des ersten Weltkrieges, immer häufiger geworden. Dadurch mußten mitunter Ärzte die Behandlung übernehmen, welche auf diesem Gebiet keine praktischen Erfahrungen hatten und auch sonst mit dem Wesen der Krankheit nicht ganz vertraut waren. Ein gleichzeitiges Ansteigen der Zahl der Ösophagusstenosen war die Folge. Immer wieder geben Patienten, welche mit einer Stenose nach einer Speiseröhreverätzung in die Klinik eingeliefert werden, an, daß außer der Verordnung einer flüssigen oder breiartigen Kost nichts in therapeutischer Hinsicht unternommen wurde. Die wichtige Frühbougieur wurde nicht ausgeführt und so konnte sich unbehindert die Stenose ausbilden. Wenn man bedenkt, welche Mühe das Aufbougieur einer Stenose machen kann, dann ist die Frühbougieur mit dem Magenschlauch eine einfache und dankbare Therapie, die jeder Arzt mit der nötigen Vorsicht durchführen kann. Weiterhin birgt jede Behandlung einer vollausgebildeten Narbenstenose Gefahren in sich, auch wenn man von einer Verletzung durch den behandelnden Arzt absieht.

Die Ursache für die Zunahme der Verätzungen ist in den schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen zu suchen.

Als Ersatz für die selten gewordene Seife und anderen Waschmittel wird in den Haushaltungen zum Reinigen, Wäscheeinweichen usw. immer mehr die Lauge herangezogen. Als Seifensteinlösung dient sie auch zur Selbstherstellung von Seife. Wird die Lauge konzentriert als Laugenessenz gekauft, dann stellen sich die Leute gewöhnlich zu Hause zum Gebrauch verdünnte Lösungen her und füllen die Stammlösung mangels geeigneter Gefäße in eine alte Bier-, Wein- oder Selterwasserflasche, welche unbeschriftet irgendwohin gestellt wird, nicht selten in die Küche zwischen andere Flaschen mit Nahrungs- und Genußmitteln. Bei dieser unsachgemäßen Aufbewahrung kommt es leicht zu einer Verwechslung und es wird versehentlich davon getrunken. Zur Vermeidung solcher Unfälle wurden schon früher von Behörden Verordnungen erlassen, z. B. eine mehr als 15 % Essigessenz soll nur in besonders geformten Tropfflaschen mit vorgeschriebener Aufschrift abgegeben werden. Vor kurzem wurden in Thüringen mit Erfolg polizeilich ähnliche Maßnahmen getroffen. So darf der freie Alkaligehalt der Wäsche- und Einweichmittel 5 % nicht übersteigen. Die Laugen müssen im freien Handel in Flaschen mit bestimmter Beschriftung, aus welcher der giftige Inhalt der Flasche sofort zu erkennen ist, ver-

kauf werden. Eine allgemeine Einführung solcher Sicherheitsmaßnahmen, wie sie schon lange in der Literatur gefordert wird, dürfte die Zahl der Unfälle durch Trinken ätzender Flüssigkeiten verringern helfen. Vor allem werden die Kinder, welche einen großen Teil dieser Gruppe ausmachen, nicht mehr dadurch gefährdet, daß solche Chemikalien schlecht verwahrt herumstehen und für sie leicht erreichbar sind. Leider scheidet gegenwärtig eine allgemeine Durchführung derartiger Vorschriften zum mindesten an dem Mangel von Flaschen. Heutzutage haben in Deutschland auch die Fälle zugenommen, bei denen ein Ätzgift zum Suicid verwendet wurde. Erwähnt sei noch, daß schon ein gewisser Einfluß den Veröffentlichungen solcher Fälle in der Presse zugeschrieben wurde; man sprach geradezu von einer Mode bei der Wahl solcher Mittel.

In der Literatur wird eine große Anzahl von Substanzen angeführt, welche schon zu Verätzungen der oberen Speisewege geführt haben: Schwefelsäure (Oleum oder Vitriolöl = 1 Teil Schwefelsäure und 4 Teile Wasser), Salpetersäure (Scheidewasser = 40–50% Salpetersäure, Königswasser = 1 Teil Salpetersäure und 4 Teile Salzsäure), Essigsäure (Essigessenz = 50–80% Essigsäure), Chromsäure, Ameisensäure, Oxalsäure, Karbolsäure (Lysol = Alkaliverbindungen der hohen Phenole mit Fett- und Harzseifen, Karbolium = 15–20% Phenol und Teeröl), Natronlauge (Laugenessenz = konzentrierte Natronlauge, Laugenstein = festes Ätznatron, Brezellauge = unverdünnt: in 100 Teilen 45 g Natronlauge und 0,3 g Kochsalz), Kalilauge, Ammoniak, Kupfervitriol, Sublimat, Phosphor, Chlorzink, Argentum nitricum, Jodtinktur, Chloroform u. a. In der Praxis spielen jedoch die Säuren und Laugen die Hauptrolle bei den Verätzungen; nach den Statistiken sind  $\frac{2}{3}$  davon durch Laugen verursacht. Auf diese beiden Chemikalien beziehen sich daher vorwiegend die folgenden Ausführungen.

Die oben angeführten Substanzen sind alle von einer gewissen Konzentration an Gifte, welche das Zelleiweiß fällen und dadurch das Gewebe verätzen. Bedeutsam für den Grad der Verätzung ist neben der Konzentration die Dissoziation, d. h. der Gehalt der Lösungen an freien H- bzw. OH-Ionen. Da die konzentrierten Mineralsäuren fast vollständig dissoziiert sind, so besitzen sie eine sehr starke Ätzkraft. Je nach der Intensität der Reaktion wird das Gewebe entweder nur leicht geschädigt, und unter leichten Entzündungserscheinungen stellt sich der normale Zustand wieder her, oder bei stärkerer Verätzung kommt es durch irreversible Reaktionen zu derartigen Schädigungen des Gewebes, daß es abstirbt. In den gesetzten Nekrosen unterscheiden sich nun die Säuren und Laugen wesentlich, was sich auch klinisch auswirkt. Die Säuren koagulieren das Gewebe; es wird starr, brüchig und trocken. Dabei entsteht ein relativ fester Atzschorf. Bei den Laugen dagegen stellt sich eine Kolliquationsnekrose ein, welche das Gewebe erweicht und verflüssigt. Im Gewebe bilden sich wasserlösliche Alkalialbuminate, wodurch dieses transparent erscheint und die eigenartig klitschig sich anfühlende Beschaffenheit des Gewebes erzeugt wird. Die Lauge kann noch langsam in die Tiefe dringen und auf diese Weise unter gleichen Bedingungen das Gewebe tiefer verätzen als die Säuren. Zur Diagnose können noch die verschiedenen Verfärbungen der Atzschorfe herangezogen werden. Bekannt ist die gelbe Farbe bei der Salpetersäure-

einwirkung infolge der Xanthoproteinreaktion. Die Chromsäure färbt das Gewebe rot. Die meisten Säure- und Laugenekrosen sind anfangs weißlich verfärbt, später kommen durch Bildung der Blutfarbstoffderivate Hämatin und Hämochromogen dunkle Farbtöne hinzu. Neben diesen chemischen Eigenschaften sind noch die Menge und Einwirkungsdauer der Substanz von Wichtigkeit. Sie können wieder von den Umständen abhängig sein, unter denen das Mittel einverleibt wurde. Schließlich ist hier noch die Zweckmäßigkeit der ersten therapeutischen Maßnahme zu nennen. Wurde das Mittel ohne Absicht getrunken, so lassen die Schmerzen den Irrtum rasch erkennen, und es kann wieder ausgespuckt werden. Die Verätzungen sitzen infolgedessen hauptsächlich im Mund. Aber schon ein einziger Schluck, der in die Tiefe gelangt, kann die Speiseröhre derartig schädigen, daß sich im Anschluß an diese Veränderungen noch eine Stenose ausbilden kann, wenn eine entsprechende Behandlung dies nicht verhindert. Man darf keineswegs von dem Befund im Mund auf die Ausdehnung der Speiseröhreverätzung schließen. Während der Mund frei ist, besonders bei den Laugen, kann man in der Speiseröhre recht ausgedehnte Verätzungen sehen. Selbstmörder trinken oft größere Mengen konzentrierter Lösungen. Infolgedessen sind fast regelmäßig alle Schichten der Ösophaguswand von den Nekrosen betroffen. Durchbrüche in das Mediastinum, in die Perikard- und Pleurahöhle, in die Lungen und in die Peritonealhöhle sind die tödlichen Folgen. Wenn der Betroffene während des Einnehmens des Giftes betrunken war, dann pflegen schon einige Schlucke im Magen zu sein, bevor der Irrtum zum Bewußtsein kommt. Die Prognose ist in den letzten Fällen schlecht, die Sterblichkeit ist bei den Selbstmördern am höchsten. Die Einwirkungsdauer hängt auch vom anatomischen Bau und vom Mechanismus des Schluckaktes ab. Überall dort, wo Engen der Speisewege vorhanden sind, sitzen mit Vorliebe die Ätzmerkmale, da der Kontakt mit den Ätzsubstanzen hier inniger ist. In der Speiseröhre sind dies die 3 physiologischen Engen: der Ösophagusmund hinter dem unteren Ringknorpelrand, die Höhe der Bifurkation der Trachea und die Gegend der Zwerchfellenge. Vor der letzteren Enge kommt es schon beim normalen Schluckakt zu einem kurzen Stop der Speisen. Bei der Verätzung wird durch den starken Reiz ein Muskelspasmus ausgelöst, der den Inhalt der Speiseröhre länger festhält und dem Gift Zeit zum Einwirken läßt. Dadurch ist die Gegend unter Umständen verätzt, während der übrige Ösophagus frei ist. Aber auch die zwischen den Engen liegenden Bezirke können in verschiedenem Grade geschädigt sein; sei es, daß an irgendeiner Stelle durch einen Spasmus das Gift aufgehalten wird und die Ösophaguswand darüber, durch eine tiefe Inspiration erweitert, ausgedehnt verätzt wird, oder daß in leichteren Fällen nur die Kuppen längsverlaufender Schleimhautfalten verätzt sind, während die dazwischenliegenden Buchten infolge des kontrahierten Zustandes der Speiseröhre während der Passage geschützt waren und nur leicht gereizt sind.

Die Verätzung des Magens ist ein Gebiet für sich. Es soll nur kurz erwähnt werden, daß das Ätzgift bei leerem Magen, in welchem es sich wie in einem Reservoir ansammelt und somit Zeit und große Angriffsflächen hat, stärker einwirkt als in einem vollen Magen, wo dort vorhandener flüssiger Inhalt die Wirkung ab-

schwächen und das Gift vielleicht neutralisieren kann. Bei totaler Ätznekrose der Wand droht mit der Perforation eine der früheren Komplikationen. Beachtung verdient ebenfalls die starke Empfindlichkeit des Duodenums gegen Ätzgifte.

Auf diese primären Schädigungen folgen bald reparative Entzündungen. In leichten Fällen werden Veränderungen des Zellprotoplasmas unter der Erscheinung einer Hyperämie und eines Schwellungszustandes wieder zurückgehen. Kommt es zum Absterben der obersten Epithelschichten, dann werden diese durch eine einfache Zellregeneration ersetzt. Greifen aber die Nekrosen tiefer bis in die Submukosa, dann stellen sich stärkere Entzündungserscheinungen ein (Ösophagitis corrosiva acuta). Nach 1—2 Tagen beginnt sich ein Zellwall um das abgestorbene Gewebe zu bilden und demarkiert die Nekrosen. Das umgebende Gewebe ist mehr oder weniger zellig infiltriert. Diese Schleimhautnekrosen lösen sich in der Submukosa und werden durch mechanische Einflüsse abgestreift. Große, übelriechende Schleimhautfetzen können dabei abgehen. In schweren Fällen wurden schon ganze Epithelschläuche, die röhrenförmige Ausgüsse der Speiseröhre darstellen, herausgewürgt (Ösophagitis dissecans). Die Prognose ist in diesen Fällen mit Vorsicht zu stellen, da große Defekte entstehen. Diese Vorgänge spielen sich zwischen dem 7. und 11. Tag ab. Die nunmehr freiliegenden Flächen, meist die Muskularis, bedecken sich mit Fibrinbelägen, welche sich nach und nach wieder abstoßen. Die entstandenen Defekte füllen sich mit einem Granulationsgewebe. Zwischen den Fibroplasten dieses Gewebes kann man gegen den 12. Tag die ersten kollagenen Bindegewebsfasern als erstes Zeichen der beginnenden Vernarbung erkennen. Dieser Zeitpunkt ist für die Behandlung wichtig, wie weiter unten ausgeführt wird. Das Ergebnis dieses Prozesses ist eine epithelisierte Narbe. Gehen die Nekrosen tiefer bis in die obersten Muskularisschichten, dann ergreifen Entzündungsprozeß und Granulationsgewebe die ganze Muskularis und auch noch weitere Gewebsschichten. Das entstehende Narbengewebe ist ausgedehnter und in dessen Bereich die Heilungstendenz wegen der ungenügenden Durchblutung schlecht. Durch Ausbleiben der Epithelisierung bleiben für lange Zeit Ulzerationen bestehen. Ihre Oberflächen sind mit Massen von Keimen beladen. Bei jedem Reiz, z. B. durch Speisen oder durch eine Bougie, können Keime in die Tiefe geschafft werden und eine fortschreitende Entzündung ausgelöst werden. Das Mediastinum und andere an die Speiseröhre angrenzenden Regionen werden dadurch in den Krankheitsprozeß mit einbezogen (Durchwanderungsmediastinitis). Bei genügender Widerstandskraft überwinden die Patienten diese Komplikation. Die Entzündung kann aber im periösophagealen Gewebe weiterschwellen, um beim geringsten Anlaß wieder aufzuflammen. Unter stürmischen Erscheinungen wie hohes Fieber, Schmerzen zwischen den Schulterblättern und hinter dem Sternum und allgemeiner Verfall sterben die Patienten. Diese Geschwüre stellen daher ständige Gefahrenherde dar. Ödematöse Schwellungen können zusammen mit Muskelspasmen noch vor Ausbildung einer Narbenstenose der erste Anlaß zu Schlingbeschwerden sein. Charakteristisch für dieses bunte Bild der Ösophagitis corrosiva chronica ist das Nebeneinander der verschiedenen Hei-

lungsstadien in einem Ösophagus, verteilt über dessen ganzen Verlauf.

Die klinische Untersuchung zeigt die Ätzeschorfe an Lippen, Mundschleimhaut, Uvula, Gaumenbogen, Tonsillenkuppen, Rachenhinterwand, Epiglottisrändern, aryepiglottischen Falten usw. Zu Fehldiagnosen kommt es nur, wenn aus bestimmten Gründen der wahre Sachverhalt verschwiegen wird, z. B. bei Fahrlässigkeit, kriminellen Absichten oder bei Kindern aus Furcht vor Bestrafung. Am häufigsten werden in diesen Fällen die Verätzungen mit einer Diphtherie verwechselt. Man muß in solchen unklaren Fällen auf Ätzspuren in der Umgebung des Mundes achten. Bei Bewußtlosen verhelfen mitunter die charakteristischen Merkmale der Verätzung oder der Geruch auf die richtige Spur. Reicht bald erbrechen die Patienten. Das Erbrochene ist je nach der Schwere der Verätzung mehr oder weniger bluthaltig.

Die erste therapeutische Maßnahme wird nach der Feststellung der Natur des Giftes der Versuch sein, dieses zu verdünnen und durch ein Gegengift zu neutralisieren. Man läßt zu diesem Zweck die nächstbeste, greifbare Flüssigkeit trinken, am besten Milch (mit einziger Ausnahme beim fettlöslichen Phosphor, der bei Verwendung von Milch schneller resorbiert würde). Eine Magenspülung unterbleibt bei den stärkeren Verätzungen wegen der Gefahr einer Perforation. Bei leichteren Fällen spült man vorsichtig, wobei man bei Säuren etwas Zuckerkalk zusetzen kann. Die Säuren werden mit Magnesia usta (eßlöffelweise in Wasser), Milch, geschabte Kreide, rohe Eier oder besser mit deren geschlagenem Eiweiß, Schleimstoffen und, wenn nichts anderes vorhanden ist, mit Seifenwasser behandelt. Das Natriumbikarbonat läßt man besser weg, denn bei zu starker Gasbildung besteht die Gefahr einer Magenruptur. Die Gegenmittel bei Laugen sind Milch, verdünnter Essig oder Zitronensaft. Die heftigen Schmerzen werden mit den üblichen Antineuralgica bekämpft. Den Kreislauf unterstützt man zweckmäßigerweise beizeiten, um einem Kollaps zuvorzukommen. Mancher schwerverätzte Patient starb rasch im Schock. Nach dieser ersten Behandlung wird der Patient in ein Krankenhaus überwiesen; denn in den folgenden Stunden drohen Komplikationen, die ein operatives Eingreifen verlangen können. Die verätzten aryepiglottischen Falten neigen wegen des lockeren Baues ihrer Submucosa zu ödematösen Schwellungen. Bei einer acuten Atemnot muß, wenn andere Mittel, wie Eiskravatte und intravenöse Calciumgaben versagen, eine Tracheotomie gemacht werden. Bei schweren Fällen mit totaler Nekrose der Ösophagus- oder Magenwand droht die Perforation. Man wird durch eine Gastrostomie noch versuchen, das Leben des Patienten zu retten. Das Befinden kann sich auch unter den Erscheinungen einer Allgemeinintoxikation rasch verschlechtern. Unter Benommenheit, Bewußtseinsverlust und Krämpfen stirbt der Patient. Die Ursache dafür sieht man in einer Verarmung des Blutes an Alkali. Besonders bei den konzentrierten Mineralsäuren, die im Organismus nicht abgebaut werden und ins Blut gelangen, stellt sich leicht ein Koma infolge einer Acidosis ein. Die Nieren werden sehr oft durch die Ausscheidung solcher Substanzen geschädigt (Nephritis). Beachtung ist auch den Lungen zu schenken. Diese können vorwiegend bei der Karbol- und Essigsäure, durch toxische Abbauprodukte, welche durch sie ausge-



schieden werden, geschädigt werden und eine Pneumonie nach sich ziehen. Bei der Auslösung eines solchen Krankheitsprozesses spielt noch die Aspiration beim Erbrechen eine Rolle. Die Temperatur steigt zunächst infolge der Resorption von toxischen Eiweißzerfallsprodukten an. Später wird das Fieber durch die Entzündungsvorgänge ausgelöst. Das Schlucken ist anfänglich sehr schmerzhaft, wobei diese Beschwerden durch eine starke Salivation noch vermehrt werden. Jene werden durch das Schlucken von Eisstückchen gelindert. Man gibt zuerst flüssige, gekühlte Kost, später geht man nach Rückgang der Schmerzen über eine breiförmige zur normalen Kost über.

Sind die Allgemeinerscheinungen wieder abgeklungen, dann beginnt man in der zweiten Woche mit der Frühbougie. Vielleicht hat man sich zuvor noch ein genaues Bild über den Zustand des Ösophagus durch eine Ösophagoskopie gemacht. Wir wählen gewöhnlich den 10. Tag als Termin für den Beginn der Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt setzen, wie oben erwähnt, die ersten Vernarbungsvorgänge ein. Die Bougieung soll durch eine ständige Dehnung die entstehenden Narben daran hindern, durch einen konzentrischen Zug das Lumen der Speiseröhre zu verengern. Dies gelingt in diesem Stadium in der Regel leicht. Die Frühbougieung führen wir mit dem weichen Magenschlauch von 15 mm Durchmesser durch. Vorher markiert man sich an ihm mit einem Leukoplaststreifen die Distanz von der oberen Zahnreihe bis zum Magen. Die Maße kann man einer Tabelle entnehmen (Erwachsene: ca. 41 cm, Kinder bis zu einem Jahr: die Hälfte, bis zu 6 Jahren:  $\frac{2}{3}$  davon). Diese Maße gelten für den Durchschnitt der Patienten. Bei besonderen Körpergrößen kann man den Schlauch vorn am Thorax anlegen und die Entfernung bis ins Epigastrium messen. Der Patient wird morgens nüchtern bougiert. Zur Schmerzverhütung kann man vorher etwas Anästhesin schlucken lassen. Kinder müssen meist festgehalten werden. Bei Widerspenstigen wird der Mund mit einem Sperrer geöffnet und offengehalten. Erwachsene nehmen zweckmäßigerweise die Haltung eines bellenden Hundes ein, d. h. sie machen einen „langen Hals“. Auf die richtige Haltung ist zu achten; denn durch Überstrecken der Wirbelsäule und Ausweichen mit dem Gesäß nach vorn kann die Entfernung bis zum Magen um einige Zentimeter zunehmen. Man führt den ausgekochten und eingefetteten Schlauch in der Mittellinie ein und läßt ihn entlang des Zeigefingers, der den Zungengrund nach vorn und unten drückt, in die Tiefe gleiten. Sehr wichtig ist, daß der Schlauch wirklich bis in den Magen gelangt. Andernfalls kann sich trotzdem noch während der Behandlung unterhalb der am tiefsten erreichten Stelle eine Stenose ausbilden. Der Schlauch bleibt 1 Minute liegen. Die dabei auftretenden Schmerzen klingen rasch wieder ab. Geringe Blutspuren im Speichel sind häufig und rühren von den Granulationen her. Tritt Fieber auf, dann setzt man einige Tage mit der Bougieung aus. Läßt aber die Entfieberung länger auf sich warten, dann fährt man in der Bougieung mit einem dünneren Magenschlauch fort. Denn bei zu langem Aussetzen kann sich inzwischen eine Verengung der Speiseröhre bilden, die den Magenschlauch nicht mehr hindurchläßt. Komplikationen sind bei nicht zu starken Verätzungen während dieser Behandlung selten. Die Narben behalten aber sehr lange ihre Neigung, sich zusammenzuziehen. Man kann also

nicht allgemein angeben, wie lange die Behandlung fortgesetzt werden soll. Oft muß sie jahrelang, wenn nicht für das ganze Leben, beibehalten werden.

Die Krankheit verläuft anders, wenn die Frühbougieung nicht gemacht wurde. Bei falten-, klappen- oder halbmondförmiger Gestalt der entstandenen Narben wird der Schluckakt nicht merkbar gestört. Erst der konzentrische Zug einer zirkulären Narbe verengt das Lumen der Speiseröhre immer mehr und behindert dadurch zunehmend das Schlucken. Die Stenosen werden in ring- und röhrenförmige eingeteilt. Die Mühe, die man bei der Behandlung hat, hängt sehr davon ab, ob die Narben häutig oder schwielig sind. Man muß daran denken, daß auch einmal mehrere Stenosen in einem Ösophagus vorhanden sein können.

Charakteristisch für den Verlauf ist das symptomfreie Intervall zwischen der Verätzung und den ersten Stenoseerscheinungen. Die Patienten können ihren Brei ganz gut schlucken, und alles scheint in Ordnung zu sein. Der unerfahrene Arzt läßt sich dadurch täuschen und schickt die scheinbar Gesunden nach Hause. Ist seit der Verätzung schon eine geraume Zeit verstrichen, dann bemerken diese zu Hause bei den ersten Mahlzeiten mit Normalkost sehr bald Schluckstörungen. Wurden sie schon früher entlassen, dann stellen sich die Schlingbeschwerden erst nach und nach ein. Zuerst bleiben die großen Bissen stecken. Es müssen die Speisen immer mehr verkleinert werden, damit sie das Hindernis passieren können. Wird zu schnell und zuviel gegessen, dann wird leicht erbrochen. Die Mahlzeiten dauern dadurch immer länger. Magert der Betreffende in stärkerem Maße ab, so wird gewöhnlich zu diesem Zeitpunkt eine Gastrostomie gemacht, um die Ernährung sicherzustellen. In extremen Fällen kann es noch zu einem völligen Verschuß des Ösophaguslumens kommen.

Die Aufbougieung einer Narbenstenose ist im Gegensatz zur Frühbougieung eine Angelegenheit von Spezialisten. Die Entwicklung der Ösophagoskopie und anderer direkter Untersuchungsmethoden durch die Laryngologen brachte es mit sich, daß auch die Stenosenbehandlung der Speiseröhre immer mehr eine Domäne dieses Fachgebietes wurde. Gerade auf diesem Gebiet ist die Erfahrung ausschlaggebend für die Gefährlosigkeit der Methode und damit auch für den Erfolg.

Die Bougieung muß in jedem Fall in stationärer Behandlung durchgeführt werden, um den Patienten in genauer Kontrolle zu haben. Vor ihrem Beginn kann eine genaue Anamnese wichtige Hinweise auf den Sitz und den Grad der Stenose geben. Bei der Allgemeinuntersuchung wird vor allem auf die Lunge geachtet werden müssen, denn die Unterernährung dieser Kranken schafft eine Anfälligkeit für eine Lungentuberkulose.

An Untersuchungsmethoden für den Ösophagus stehen uns in der Hauptsache 3 Methoden zur Verfügung: die Röntgenuntersuchung, die Ösophagoskopie und die diagnostische Bougieung. Durch eine Breipassage und eine Röntgenaufnahme erlangt man ausreichend Aufschluß über die Stenose. Man erkennt neben anderem auch die Weite der oberhalb der Stenose gelegenen Speiseröhre. Anfangs reicht die Tätigkeit der hypertrophierenden Muskulatur noch aus, um die Speisen durch die Stenose hindurchzutreiben. Versagt sie aber allmählich, dann erweitert sich die Speiseröhre. Die Schleimhaut dieses Gebietes ist durch den Reiz sich dort

Gegen  
Durchfälle  
aller Art:



**Aplona**  
Apfeldiät

HEILMITTEL UND DIÄT ZUGLEICH



PHARMAZEUTISCHE ABT. DER  
KALI-CHEMIE A.G. SEHNDE / HANNOVER

## Arzneitherapie innerer Krankheiten

KLINISCHE PHARMAKOLOGIE

Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte

von

Prof. Dr. Kurt Beckmann

Stuttgart

Mit 46 Abbildungen. 346 Seiten.

Geheftet DM 41.50. Gebunden DM 45.-

1949

FERDINAND ENKE VERLAG STUTTGART

## Citretten und Gustin

die beiden antidyseptischen Sicherheitsfaktoren in der Ernährung des Säuglings und Kleinkindes. Während die Citretten (hergestellt von der Firma Joh. A. Benckiser G.m.b.H., Ludwigshafen/Rh.) eine zuverlässige Säuerung und dadurch eine feinflockige Gerinnung der dargereichten Milchnahrung herbeiführen, dient Gustin, das reine Kohlehydrat (100 g = 360 cal.), dazu, den Kohlehydratgehalt der Kuhmilch zu erhöhen. Als II. Kohlehydrat neben dem meist gebräuchlichen Rübenzucker verwendet, unterstützt Gustin die feine Ausfällung des Eiweißkörpers der Kuhmilch. Gustin wirkt stark gärungshemmend und erhöht dadurch die antidyseptische Wirkung der Citrettenmilch-Nahrung in hervorragender Weise. Gustin hat seinen Platz sowohl in der Säure-Halb- und Zweidrittelmilch als auch in der unverdünnten Säure-Vollmilch. Da der Gustin-Zusatz fast durchweg nur 2% beträgt, so darf die mit Gustin angereicherte Citrettenmilch infolge der geringen Gesteuerungskosten als außerordentlich wirtschaftliche Säuglingsnahrung angesprochen werden. Ein besonderer Vorteil von Gustin liegt in der leichten Anwendung und der kurzen Kochzeit. Auch in der Beikostnahrung, in der Kindersuppe, im Kinderbrei, in Verbindung mit Früchten oder Gemüsen bzw. deren Säften findet Gustin seit Jahrzehnten Verwendung, wobei seine rasche und hohe Quellfähigkeit und die leichte Verdaulichkeit besonders vorteilhaft in Erscheinung treten.

**Gustin** wird in 250 g Packungen zum Preise von 52 Pfg. geliefert.



DR. AUGUST OETKER

NÄHRMITTELFABRIK G.M.B.H. · BIELEFELD



## WICHTIGE NEUERSCHEINUNGEN!

In Kürze wird ausgeliefert:

Die beste moderne Arzneimittellehre der Homöopathie

Professor Dr. med. Alfons Stiegele

### Homöopathische Arzneimittellehre

Umfang etwa 400 Seiten, in Halbleinen gebunden etwa DM 25.— Subskriptionspreis: wenn vor Erscheinen best. etwa DM 22.50

Dieser Band schließt die stark empfundene Lücke im homöopathischen Schrifttum und erfüllt den Wunsch nach einem den heutigen Ansprüchen gerecht werdenden Nachschlagewerk, das nicht nur von den homöopathischen Ärzten, sondern auch von Ärzten schulmedizinischer Richtung seit Jahren dringend erwartet wird.

Mit dem Studium dieses Buches hat der Arzt die Gewißheit, daß er damit die beste moderne homöopathische Arzneimittellehre besitzt; Professor Stiegele ist auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen als erfolgreicher Krankenhausarzt und Praktiker und seiner intensiven Forscherarbeit der berufenste Vertreter der homöopathischen Ärzte in Deutschland.

Das erste umfassende Werk der Überwärmungstherapie

Professor Dr. med. Heinrich Lampert

### Überwärmung als Heilmittel

176 Seiten, 73 Abbildungen, 4 Bildtafeln, III. DM 15.—

Damit ist zum ersten Male die gesamte zugänglich gewordene in- und ausländische Literatur der letzten Jahrzehnte zusammengefaßt, die sich mit dem Gebiet der Überwärmung beschäftigt.

An Hand dieser Unterlagen, seiner eigenen klinischen Erfahrungen und umfassender Laboruntersuchungen begründet Professor Dr. Lampert die Auffassung, daß in Zukunft die Hyperthermieverfahren wegen ihrer leichteren Kontrollierbarkeit an die Stelle der Fiebermethoden treten werden. Das Überwärmungsbad hat Aussicht, die Methode der Wahl zu werden, weil es die Vorteile aller Hyperthermiemethoden einschließt und sich durch einfache Handhabung, gute Dosterbarkeit und bessere Verträglichkeit auszeichnet.

Bei Beachtung der unterschiedlichen Temperaturhöhen des Überwärmungsbades können gute Heilerfolge erzielt werden bei: Gonorrhoe, Lues, Meningitis, Malaria tertiana, Carcinom, Infektionskrankheiten, akuten und chronischen Entzündungen des Nervensystems, Asthma und rheumatischen Erkrankungen.

Nach der amerikanischen und spanischen Ausgabe nunmehr in deutscher Sprache

Dr. med. Bernhard Aschner

Vorstand der Arthritis Klinik am Stuyvesant Hospital, New York

### Behandlung des Gelenkrheumatismus und verwandter Zustände

Mit einem Vorwort von Dr. med. Willy Marchev, Zürich, 230 Krankengeschichten sowie einem Verzeichnis erprobter Medikamente, 404 Seiten, III. DM 27.—

Der weltbekannte Klinker und Forscher Dr. med. Bernhard Aschner (M. D.) tritt mit diesem Band zum ersten Mal seit Kriegsende wieder an die deutsche Öffentlichkeit.

Dieses umfassende, einzigartige Werk versetzt den praktischen Arzt in die Lage, die weitaus überwiegende Mehrzahl aller Fälle von chronischem Gelenkrheuma und verwandten Zuständen in relativ kurzer Zeit auffallend zu bessern oder ganz beschwerdefrei zu machen bzw. zu heilen. Das Gelenkrheuma, das bisher als ein schwer heilbarer, vielfach sogar unheilbarer Zustand betrachtet wurde, kann zu einem der dankbarsten Heilungsobjekte durch Anwendung der in diesem Buch ausführlich beschriebenen konstitutionstherapeutischen Methoden werden.

In Vorbereitung befindet sich: Zweite ergänzte Auflage

Professor Dr. med. August Bier †

### Homöopathie und harmonische Ordnung der Heilkunde

Herausgegeben von Dr. med. Oswald Schlegel — etwa 270 Seiten, 1 Abbildung, Halbleinen etwa DM 19.50

Das Wiedererscheinen dieses Bandes erhält durch das Ableben des weltbekannten Chirurgen und Forschers eine ganz besondere Bedeutung, stellen doch die von Dr. Oswald Schlegel herausgegebenen Aufsätze und Vorträge einen wichtigen Teil von Professor Biers Vermächtnis an die Ärzteschaft dar.

Die Aufzeichnungen Professor Biers erteilen Halbnemann, als dem Stifter der Homöopathie und Begründer der experimentellen Pharmakologie, die ihm gebührende Würdigung als einem der Großen des ärztlichen Standes und befassen sich eingehend mit der Homöopathie und ihren Heilgedanken.

Es geht Bier nicht darum, zu ergründen, ob der homöopathischen, isopathischen oder allopathischen Regel größere Bedeutung zukommt, sondern um die Erkenntnis, daß man sie alle anwenden muß, um zu einer harmonischen, freien Ordnung der Heilkunde zu gelangen.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!



HIPPOKRATES-VERLAG MARQUARDT & CIE. STUTTGART-S

infolge der Stagnation zersetzender Speisen entzündet. Gelegentlich kommt es auch durch Schwarten im periösophagealen Gewebe zu Verziehungen und Abknickungen der Speiseröhre. Bei außergewöhnlichen Fällen, z. B. wenn die Anamnese unklar ist, wird mit großem Vorteil die Ösophagoskopie noch zur Diagnose und unter Umständen auch zu ersten therapeutischen Handlungen herangezogen. Sie gibt ein genaues Bild der anatomischen Beschaffenheit der Stelle, wo die Stenose beginnt, was bei einem stenosierenden Carcinom entscheidend sein kann (Probeexcision). Die diagnostische Bougierung wurde vor der Einführung der Röntgentechnik häufiger als heute angewendet. In der Hand des Geübten gibt sie gute Resultate. Sie ist aber nicht allgemein zu empfehlen. Wenn man nicht eine besonders gebaute Sonde benützt, dann müssen die dünnsten Bougies verwendet werden, bei welchen die Gefahr einer Perforation am größten ist. Sehr aufschlußreich kann auch noch die retrograde Ösophagoskopie sein, die bei früher gastrostomierten Patienten von der Magenfistel aus gemacht wird, und wodurch man sich den Ösophagus bis an das untere Ende der Stenose zu Gesicht bringen kann. Seiffert berichtet hierzu über einen lehrreichen Fall. Bei einer Patientin, die sich verätzt hatte und wegen einer Stenose schon 2 Jahre lang durch ein Gastrostoma ernährt wurde, fand sich auf der Röntgenaufnahme ein fadenförmiger Breischatten, der sich durch den ganzen Ösophagus hindurchzog. Von anderer Seite schloß man daraus auf eine den ganzen Ösophagus einnehmende, hochgradige Stenose und schlug der Patientin eine antethorakale Plastik vor. Bei der retrograden Ösophagoskopie fand er nun ein vollkommen normales Lumen bis zu einer am Ösophagusmund sitzenden, häufigen Stenose. Diese erzeugte den Breifaden, der zu dem Irrtum führte. Die Stenose wurde von ihm sofort aufbougiert und die Speiseröhre durch eine anschließende Sondenbehandlung funktionstüchtig erhalten.

Für die Aufbougieung von Stenosen sind zahlreiche Methoden ausgedacht worden. Sie sollen hier nicht alle angeführt werden. Es wird nur kurz geschildert werden, wie in unserer Klinik eine Stenose ohne Besonderheiten behandelt wird. Das Prinzip der Behandlung beruht darin, daß der Patient einen Faden schluckt, an dessen vorderem Ende ein Bleikügelchen befestigt ist. Dieser Faden passiert den ganzen Magendarmtraktus und wird beim Wiedererscheinen hinten am Gesäß befestigt. Er ist auf diese Weise durch einen Zug anzuspannen und dient dann als Leitung für Hohlbougies, welche darüber eingeführt werden. Der Zweck der Behandlung ist eine langsame Dehnung der Narben, in dem man Bougies gebraucht, deren Durchmesser nach und nach größer werden. Die Hauptgefahr der Sondenbehandlung,

(Literatur kann beim Verfasser erfragt werden.)

die Perforation, ist bei dieser Methode praktisch ausgeschaltet. Wir benützen die glatten Bougies (Rüsch), deren Durchmesser von Nummer zu Nummer um  $\frac{1}{3}$  mm zunehmen. Die Dicke der Bougies wird in Charrière angegeben (1 Charrière =  $\frac{1}{3}$  mm). Meistens gelingt es, das Kügelchen mit dem Faden durch langsames Trinkenlassen von Kaffee usw. durch die Stenose hindurch zu bringen. Aber es können auch bei hochgradigen Stenosen Schwierigkeiten auftreten, welche die Anwendung besonderer Methoden verlangen. Es ist bisher immer geglückt, zum Ziele zu kommen. Hat man die Stenose mit dieser Methode soweit aufbougiert, daß das Schlucken glatt geht, dann geht man auf die Bougieung mit einem Vollbougie derselben Größe über. Bei Erwachsenen versucht man bis zur Sonde mit 15 mm Durchmesser = 45 Charrière zu kommen. Aber bei starren Stenosen wird man sich auch einmal mit einer kleineren Nummer zufrieden geben müssen, wenn die Bougieung sehr schwierig ist. Entscheidend ist die glatte Passage der Speisen. Der Faden bleibt solange liegen, bis die Vollbougie gut eingeführt werden kann. Dann läßt man ihn per vias naturales abgehen. Dieser Übergang auf die Vollbougiebehandlung kann nochmals gefährlich werden, wenn sich die Bougiespitze in einer Schleimhauttasche verfängt. Unter Umständen kann dann perforiert werden.

Die Behandlung mit der Vollbougie müssen die Patienten selbst lernen, denn sie wird noch lange Zeit fortgesetzt. Bei Kindern lernen es die Eltern unter Anleitung des Arztes. Aber oft begreifen die Kinder überraschend schnell, um was es sich handelt und können selbst das Einführen der Sonde erlernen. Bei Ungeschickten wird auch einmal der Hausarzt die Weiterbehandlung übernehmen müssen. Vor der Entlassung ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, daß die Bougieung regelmäßig durchzuführen ist. Dies ist notwendig, denn die ständige Dehnung muß jahrelang, oft während des ganzen Lebens durchgeführt werden, was manche Patienten nicht ohne weiteres einsehen wollen. Bei Aussetzen der Behandlung kann sich wieder eine Stenose einstellen. Die Patienten haben es also selbst in der Hand, ob sie gesund bleiben oder nicht.

Die Behandlung geht aber nicht immer so glatt. Sie kann große Mühe machen und erfordert dann vom Arzt und Patienten große Geduld und Ausdauer. Zum Schluß muß daher nochmals auf die Wichtigkeit der Frühbougieung hingewiesen werden. Die Häufung der Verätzungen verlangt eine stärkere Beachtung des Krankheitsbildes, denn durch eine richtige Behandlung im ersten Stadium nach der Verätzung wird dem Patienten eine langwierige und mit Gefahren verbundene Behandlung wegen einer Narbenstenose erspart.

## Standesbewußtsein und Krankenversicherung

Von Dr. med. Georg Sadowski, Aalen

Einstweilen, bis den Lauf der Welt Philosophie zusammenhält, erhält sich das Getriebe durch Hunger und durch Liebe. Schillers realistische Betrachtungsweise über das gesellschaftliche und soziale Gefüge der Menschheit hat heute an Wahrheit und Bedeutung nichts eingebüßt. Ersetzen wir Philosophie durch Standesbewußtsein und die Triebkräfte Hunger und Liebe durch

Krankenschein und Existenzkampf, so ist die Analogie für unsere Stellung als Ärzte in sozialer Hinsicht festgestellt. Wert erhält aber ein Begriff oder eine Idee erst durch die Haltung des Trägers, der die Verkörperung derselben darstellt in freiwilligem Bekenntnis zu einer Auffassung aus Überzeugung. Sie ist die Matrix seiner unbedingten Haltung, deren er sich bewußt sein muß.

Das Standesbewußtsein des Arztes drückt seiner Stellung im öffentlichen Leben den Stempel auf und ist notwendig im öffentlichen Interesse. Es gab eine Zeit, in der die Medizin eine öffentliche Angelegenheit war, in Griechenland als *Demurgia*, in Rom zur Zeit der römischen Kaiser als *res publica*. Dementsprechend war das ärztliche Ansehen im alten Rom und in Hellas groß. Die Geschichte des ärztlichen Standes und seiner Organisation hat viele Wandlungen durchgemacht. Sie hat sich jedoch im Laufe der Jahrhunderte und Jahrtausende immer mehr vom individualistischen Standpunkt gewandelt zu einer organisierten Institution, in welcher der Arzt nicht mehr der überragende Vertreter des Heilberufes an sich war, sondern der zur Durchführung von gesundheitsfördernden Aufgaben Beauftragte ohne Wahrung seiner beruflichen Persönlichkeit in der Freiheit seines Standesbewußtseins. Diese Entwicklung bestimmte der Staat, der zur Lösung der sozialen Probleme sich gedrängt sah und dessen Aufgabe schlechthin darin zu bestehen scheint, gesicherte, ethisch, moralisch und geschichtlich begründete Standesinteressen seinen Zwecken dienstbar zu machen ohne Rücksicht auf die menschliche und berufliche Freiheitsauffassung der Vertreter des jeweiligen Standes. Der ärztliche Stand, sein Standesbewußtsein, aber standen in der ganzen Geschichte der Medizin gerade im öffentlichen Interesse dann in höchster Blüte, wenn sie losgelöst von allen außerständischen Bindungen sich frei ihrer Aufgabe entsprechend entwickeln konnten. Die Ärzteschaft ist schon von jeher darauf bedacht gewesen, eine eigene Selbstverwaltung zu haben und ihre Angelegenheiten im Interesse der Reinerhaltung ihres Berufes selbst zu regeln. Im Kodex des Chamurabi ca. 2500 v. Chr. sind ärztliche Standesfragen festgelegt. Die Honorierung oder Bezahlung einer Leistung sind der Gradmesser für die achtunggebietende Stellung des die Leistung Vollbringenden. Es handelt sich hierbei nicht um eine Bewertung der materiellen, sondern um die Einschätzung der ideellen Leistung, um die Achtung der ärztlichen Kunst an sich. Wenn in jener Zeit um 2500 v. Chr. die Honorare für ärztliche Leistungen sehr hoch waren, so kann man daraus die Achtung vor der ärztlichen Wissenschaft schlechthin entnehmen. Es gab damals genügend Ärzte, allerdings von verschiedenen Lehrauffassungen, so daß nicht die Höhe des geforderten Honorars auf den Mangel an guten Ärzten zurückzuführen wäre. So wurden damals für Staroperationen oder größere Operationen beispielsweise 10 Säckel Silber bezahlt, ein Honorar, welches dem Mietpreis für ein ganzes besseres Haus auf zwei Jahre entsprach oder das Einkommen eines Handwerkers für 10 Monate bedeutete.

Das Zitat des Homerwortes: „Ein Arzt wiegt viele Männer auf“, ist keine anachronistische selbstgefällige Rückbeziehung auf den alten Märchenerzähler, auch keine berufliche Arroganz und kein verlegener Rettungsversuch einer Standesehre, sondern ist der Hinweis auf die soziale Bedeutung des ärztlichen Berufes. In diesen Worten liegt die ideelle Bewertung der ärztlichen Kunst begründet, wie auf der anderen Seite das Honorar eine materielle Bewertung der ärztlichen Leistung darstellte. Die Möglichkeit einer Aufrichtung unseres rudimentär gewordenen Standesbewußtseins an klassischen Worten der Anerkennung für den ärztlichen Beruf vom Altertum bis auf die Jetztzeit ist uns damit in die Hand gegeben. Der römische Kaiser Augustus, wie schon vorher G. J. Cäsar hatten von Staats wegen eine hohe Auffassung von der Bedeutung und dem Wert des ärztlichen Berufes für das Gemeinwohl. Der erste gewährte seinem Leibarzt aus Dankbarkeit für Heilung in schwerer Krankheit Steuerfreiheit und Ritterrang und dehnte diese Vergünstigungen und Ehrungen auf alle Ärzte des Imperiums aus. Wir sind heute nicht so anmaßend, uns zu Rittern schlagen lassen zu wollen, doch sollte diese geschichtliche Tatsache in etwa uns in unserem beruflichen Selbstbewußtsein stärken, indem wir uns selbst die Ritterwürde zubilligen als Ritter gegen Krankheit und Tod.

Die Ärzteschulen von Kos und Knidos mit ihren strengen Ausbildungsvorschriften und ihrer hohen Berufsauffassung, vor allem auch in bezug auf den Nachwuchs, die ordnungsmäßig eingerichteten Priesterärzteschulen des Altertums, wie die strengen Klosterschulen der Klerikermedizin im Mittelalter, sind der gleiche Ausdruck einer traditionellen Pflege des Standesbewußtseins, wie die Auslese, Förderung und Pflege von bestimmten Arztfamilien in Italien. Vielleicht könnte die heutige Ärzteschaft in bezug auf die Unterbindung des ungeheuer starken Nachstromes von Jüngern der Medizin aus diesen geschichtlichen Tatsachen etwas lernen.

Bei dieser geschichtlichen Entwicklung unseres Standes, die neben Tiefen höchste Höhen erreichte, stand im Mittelpunkt der humanistische Gedanke der Freiheit der Persönlichkeit als Arzt und Kranker. Das Vertrauensverhältnis zwischen dem Heiler und dem Leidenden stand unerschüttert fest in direkter Beziehung zueinander in freier Wahl oder Ablehnung. Wenn wir Ärzte von heute für die Freiheit unseres Berufes kämpfen, wenn wir eintreten für das ungestörte Vertrauensverhältnis zwischen uns und unseren Kranken, wenn wir die freie Arztwahl fordern und eine unserem Wissen, Können und unserer Verantwortung angepaßte Honorarregelung, so bedeutet dieses nichts anderes als Fortführung bester Tradition. Staatspolitisch und vor allem humanistisch gesehen, bedeuten diese Forderungen aber auch nichts anderes als Befreiung aller von dem Geist der kollektiven Subordination und Hinführen zur Selbstverantwortung mit Bewußtsein. In diesem Streben nach Freiheit in unserem Beruf und nach Hebung des Standesbewußtseins schaffen wir freie Bahn für die menschliche Freiheit an sich durch Hebung der Selbstachtung und der eigenen Verantwortung. Das Standesbewußtsein ist Haltung in freiwilligem Bekenntnis zum *Salus aegroti suprema lex* ohne Rücksicht auf Notzeit und Existenzkampf. **Einheit der Auffassung und berufliche unbedingte Solidarität sind die Vorbedingungen zur Erreichung realer Ziele, die neben dem Ethos gleichberechtigt bestehen, als unabdingbare Voraussetzungen für eine segensreiche und verantwortungsvolle Arbeit für Volk und Menschheit.**

Mit Idealismus allein ist praktische Berufsausübung nicht möglich, zumal der Arzt mit die Lasten der Leiden der anderen trägt. Unter den Schwierigkeiten des täglichen Lebens müssen naturgemäß die physischen, psychischen und geistigen Kräfte erlahmen. Das Nachlassen der Arbeitskraft aber zieht ein Absinken der Berufsmoral nach sich, deren Erhaltung ein integrierender Bestandteil unseres Berufssehens ist.

Die Sozialversicherung in der heutigen Form steht im Gegensatz zu der geschichtlichen Tatsache einer Hochzeit medizinischer Entwicklung, in welcher der Arzt in seiner sozialen Bedeutung die Stellung einnahm, die ihm gebührte als persönlicher Vertreter eines Berufes der Heilkunde und Heilkunst. Die jetzige Form der Krankenversicherung ist unpersönlich, sie ist schlechthin bereits der Ausdruck eines kollektiven Systems, wobei die beiden Pole Arzt und Kranker in einem unnatürlichen Verhältnis zueinander stehen. Auf der einen Seite wird der Kranke infolge der Pauschalverrechnung nicht als Persönlichkeit gewertet, sondern nur als Versicherungsobjekt, dessen Einzelfall den allgemeinen Beitrag erhöht. Auf der anderen Seite ist der Arzt verpflichtet, trotz der Pauschalverrechnung dem einzelnen Kranken als kranker Persönlichkeit gegenüberzutreten und ihn unvoreingenommen zu behandeln. Das geltende Pauschale für die Behandlung der RVO.-Kassen-Mitglieder trägt in keiner Weise den sozialen und menschlichen Ansprüchen Rechnung. Es bietet aber auch dem Arzt nicht das Honorar, das seiner Ausbildung, seinem Können und seiner Berufsauffassung entspräche. Die Gegenüberstellung von Beitrag und Leistung enthüllt die Diskrepanz der heutigen Sozialversicherung. Unter diesen Bedingungen wird das Verantwortungsbewußtsein des Kranken, seine Arbeitsmoral auf der einen Seite und die gewissenhafte Ausübung des ärztlichen Berufes auf der

anderen Seite einer starken Belastung ausgesetzt, die bei Nichtbewährung die gesamten negativen Folgerungen dieses Kollektivvertrages nach sich ziehen.

Über die Notwendigkeit einer Reform der heutigen Sozialversicherung sind sich wohl alle Kreise des Volkes und die daran Beteiligten im klaren. Der Grundgedanke einer Neuerung wird der sein müssen, den einzelnen Kranken persönlich zu dem behandelnden Arzt in Beziehung zu bringen durch das Gefühl einer angemessenen Honorierung, auf der anderen Seite dadurch, den Arzt zu individuellen Leistungen dem Kranken gegenüber zu verpflichten und ihn in ein privates Verhältnis zum kranken Menschen zu bringen. Ein Weg zur Reform wäre das Prinzip des Sparsystems. Der einzelne Kranke und sein Arbeitgeber zahlen ihren Anteil. Nach Abzug eines gewissen Hundertsatzes für Verwaltungsgebühren werden die eingezahlten Beiträge dem Kranken gutgeschrieben. Sie werden verbraucht durch die jeweilig mehr oder weniger starke Inanspruchnahme des Arztes durch den Kranken. Der Rest wird ihm in bestimmt festgelegten Zeiträumen zurückbezahlt nach den Grundsätzen des Risikogedankens. Es ist durchaus möglich, auch freiwillig Mitglied der Kasse zu werden. Hierzu ist eine Staffelung der Beiträge auf Grund des Einkommens festzulegen. Drei Beitragsgruppen dürften ausreichend sein. Diesen Beitragsgruppen entspräche auf der anderen Seite eine Dreiteilung der Gebührenordnung der Ärzte in Richtung eines Höchstsatzes. Die Einzahlung und der Nachweis der eingezahlten Beiträge erfolgt nach dem Quittungskartensystem der Sozialversicherung durch Einkleben einer Marke für die monatlichen Beiträge, aus deren Nachweis gleichzeitig die ärztliche Behandlungsgruppe ersichtlich wäre. Der Verkauf dieser Quittungsmarken erfolgt durch Postanstalten, öffentliche Bankinstitute und durch gewerbliche Unternehmer für

ihre Arbeiter und Angestellten. Dadurch, daß der einzelne Kranke ein persönliches finanzielles Interesse an der Erhaltung seiner Gesundheit hat und nur dann den Arzt in Anspruch nimmt, wenn eine tatsächliche Krankheit oder eine Gefahr für seine Gesundheit vorliegen, hat gleichzeitig der Versicherte das Gefühl und die Berechtigung einer individuellen Behandlung als Privatkranke, da die Kosten ja sein Sparkonto belasten. Die vertrauensärztlichen Untersuchungen würden demnach fortfallen. Ausgaben für Leiden an Volkskrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Krebs sind aus dem Staatshaushalt zu bestreiten, was zum Teil bereits heutzutage der Fall ist. Es wäre auch daran zu denken, auf freiwilliger Basis einen Teil der Krankengebühren für diesen Zweck abzuzweigen. Die Zusammenlegung aller Krankenkassen zu einer großen Krankenversicherung, wie sie bei der Reform der Sozialversicherung angestrebt wird, wäre unter diesen Gesichtspunkten durchaus möglich, wenn die Honorierung nach Einkommensgruppen dem Arzt möglich und die Einstufung der Versicherten nach ihren Einkommen geregelt wäre. Durch den Rückerstattungsanspruch würde ohne Zweifel der Anreiz für eine Ausweitung der Krankenversicherung auf die gesamte Bevölkerung gegeben sein. Die französische Krankenversicherung hat sich davor bewahren können, den Kollektivgedanken in den Vordergrund treten zu lassen und hat die individualistische Behandlung dieses Problems sowohl für den Kranken als auch für den Arzt durchgesetzt. Vielleicht wäre es möglich, durch Angleichung des Spargedankens in der Krankenversicherung an die französische Art der Krankenversorgung einen für alle Teile fruchtbareren und zufriedenstellenden Ausweg zu finden. Auch dieser Ausgleich würde ein Schritt auf dem Wege zu der Verwirklichung einer europäischen Union sein.

## Offene Worte zur Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen

Von Oskar Umrath, Frankfurt a. M.

Geschäftsführer der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände

Am 10. Mai d. J. haben Ärzte und Ortskrankenkassen bei gemeinsamen Verhandlungen in Alsbach bei Darmstadt beschlossen, in paritätisch besetzten Kommissionen das Honorarabkommen und das Vertragsrecht zwischen Ärzten und Krankenkassen sofort gründlich zu überarbeiten. Die Erfahrungen auf beiden Seiten haben seit längerem gezeigt, daß die geltenden Rechts- und Vertragsbestimmungen zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen Unwillen bei den Ärzten hervorriefen, erhebliche finanzielle Schäden bei den Krankenkassen verursachten und daß sich beide Folgeerscheinungen sehr nachteilig auf die krankenversicherte Bevölkerung auswirkten. Die verantwortlichen Vertreter der Ärzte und Krankenkassen sind sich nicht nur einig, daß hier etwas geändert werden muß; sie stimmen auch in vielen grundsätzlichen Fragen der Zielsetzung überein. Nach Auffassung besonders der Ortskrankenkassen ist eine Abkehr von individuellen Einzel-, Gruppen- oder Standesinteressen zu größeren gesundheits- und sozialpolitischen Zielen dringend erforderlich. Die zur Erreichung dieser Ziele aufgezeigten Wege sind allerdings ärztlicherseits sehr mannigfaltig

und teilweise verschlungen. Die Ärzte beurteilen die organisatorische Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit und deren Honorierung durch die Krankenkassen vielfach nur unter dem Gesichtspunkt ihrer persönlichen Interessen. Es wird an dieser Stelle bewußt darauf verzichtet, den einseitigen Erwartungen und Wünschen der Ärzte einseitige Wünsche und Erwartungen der Krankenkassen und deren Versicherten entgegenzustellen; vielmehr sollen vor allem Ausführungen publizistisch tätiger Kassenärzte genauer untersucht und soll versucht werden, sie mit den Auffassungen der Krankenkassen und mit den Interessen der Allgemeinheit abzustimmen.

### I

In einem Aufsatz „Zur Problematik der Sozialversicherung“ im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“, Heft 1/49, Seite 10 ff., kommt Dr. Ferdinand Oeter zu dem Ergebnis, daß sich die kassenärztliche Tätigkeit unverhältnismäßig weitgehend mit der Befassung sogenannter Bagatellfälle verliert und dadurch von ihrer eigentlichen Aufgabe, Krankheiten zu heilen und vor allem ihre Verschlimmerung und Verbreitung zu verhüten,

mehr und mehr abgelenkt wird. Zu den Bagatellfällen rechnet er besonders solche Behandlungsfälle, bei welchen der Arzt zu dem Ergebnis kommt, daß nicht ein objektiver Krankheitsbefund, sondern die Absicht des Patienten, Kassenleistungen zu beziehen, im Vordergrund steht. Die Krankheit bzw. die Schwere der Erkrankung ist entweder bewußt vorgetäuscht oder eingebildet. Bei der gegenwärtigen Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung sei aber der Arzt an einer objektiven Entscheidung gehindert, denn:

„Widersetzt sich der Arzt diesen Forderungen, riskiert er den Verlust seiner Patienten. Andererseits führt die kritiklose Verfechtung sämtlicher Ansprüche des Patienten viel leichter zu Ansehen und großer Beliebtheit als überragende berufliche Tüchtigkeit.“

Der Arzt ist demnach also gezwungen, entweder „Kundendienst“ zu betreiben, oder er kann wirtschaftlich nicht existieren.

Diese Ausführungen sind auch für den psychologisch nicht besonders geschulten Kenner der Verhältnisse und besonders für den Krankenkassenfachmann klar. Unwillkürlich drängt sich der Wunsch auf, durch bessere Organisation und größeres Verantwortungsbewußtsein im Interesse der Gesamtheit der Krankenversicherten und der Bevölkerung schlechthin eine freie und objektive Entscheidung des Arztes zu gewährleisten. Dr. Oeter berührt naheliegende Gedanken, etwa die Form eines staatlichen Gesundheitsdienstes, wie er vor einem Jahr in England eingeführt wurde, kommt jedoch sofort zu dem Ergebnis:

„Überall dort, wo die freie Berufsstellung der Ärzte beseitigt wurde, hat sich bisher nur gezeigt, daß nunmehr für die Ärzte auch das wohlverstandene Interesse der Kranken hinter der Befolgung zentraler Direktiven und Befehle zurücktreten mußte. Die Kranken, deren Wohl bisher im Mittelpunkt der Aufgabenstellung stand, werden zum Objekt autoritärer obrigkeitlicher Maßnahmen.“

Ich hoffe, daß ich hiermit den ersten Teil der Ausführungen von Dr. Oeter zwar in gedrängter, doch unverfälschter, tendenzloser Weise in etwa wiedergegeben habe. Lediglich der Vollständigkeit halber sei am Rande bemerkt, daß Dr. Oeter im weiteren ein Programm einer neuartigen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung entwirft. Teilweise ist hierauf in der Fachpresse eingegangen (z. B. „Revolutionäre Gedanken zur Neuordnung der Krankenversicherung“ in „Die Ersatzkasse“ Nr. 3/31 vom März 1949), und zwar mit dem wohl allgemein geteilten Ergebnis, daß diese Reformvorschläge in Fachkreisen aller Richtungen undiskutabel sind.

Nun aber wieder zum ersten Teil des Aufsatzes von Dr. Oeter, der sich im Gegensatz zum zweiten Teil auf gründliche praktische Erfahrungen stützt. Seine praktischen Beobachtungen sind logisch aufgebaut und einleuchtend, dagegen sind die von ihm gezogenen Schlußfolgerungen nicht zutreffend. Man empfängt beinahe den Eindruck, daß ihn die Ergebnisse seiner praktischen Erfahrungen fast in eine gewisse Verlegenheit bringen, um so mehr, als sie ihn bei logischer Weiterentwicklung zu in Ärztekreisen vielleicht unpopulären Ergebnissen zwingen würden; denn die Antworten, die Dr. Oeter auf die aufgeworfene Problematik der sogenannten Bagatellfälle und auf die Behinderung einer objektiven ärzt-

lichen Entscheidung durch sogenannten „Kundendienst“ gibt, sind widersprechend! Er kommt zunächst zu dem wohlbegründeten Ergebnis, daß die Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung den Arzt zwingt, gegen sein ärztliches Gewissen und gegen seine Überzeugung zu handeln,

„da es praktisch unmöglich ist — z. B. — eingebildeten Kranken klar zu machen, daß sie ihre Wünsche im Interesse der Allgemeinheit begrenzen müssen“.

Hier gibt Dr. Oeter doch eindeutig zu, daß das gegenwärtige System jedenfalls nicht gut ist. In dem oben abgedruckten zweiten Zitat verteidigt er dagegen die gegenwärtige freie Berufsstellung des Arztes mit der Begründung, daß **sonst die bisher im Mittelpunkt gestandenen, wohlverstandenen Interessen der Kranken** hinter die Befolgung zentraler Direktiven und Befehle zurücktreten müßten.

**Von einem System, das — nach ärztlicher Überzeugung — den Arzt zu kritikloser Verfechtung sämtlicher Wünsche des Patienten zwingt oder zumindest veranlaßt, kann man unmöglich behaupten, daß es die wohlverstandenen Interessen der Kranken garantiert!**

Dr. Oeter legt vielmehr durch objektive praktische Erfahrungstatsachen die umstrittene souveräne Stellung eines freien Arztiums als eine Fiktion bloß.

Im Augenblick, wo es sich aber darum handelt, Konsequenzen aus seinen Erwägungen zu ziehen, also zu erkennen, daß sich das freie Arztium aus merkantilen Gründen selbst seiner Freiheit benimmt, wechselt er plötzlich das Thema. Vielleicht auch hier aus der Erkenntnis, daß es persönlich wohlfeiler und angenehmer sei, seinen ärztlichen Lesern etwas darzubieten, von dem er annehmen mochte, daß es gerne gehört wird, als sie evtl. zur Verantwortung zu ziehen.

Dr. Oeter verteidigt die Ärzteschaft an anderer Stelle gegen die Unterstellung: „Die Ärzte reden von Gott und meinen Kattun“. — Nun, daß die Ärzte Mittel zum Leben brauchen, wird jedermann begreifen; wenn sie aber von ihrer „priesterlichen Sendung“ selbst überzeugt sind und wenn sie erwarten — und sogar fordern —, daß die öffentliche Meinung diesen Glauben teilt, dann ist es mit einem bloßen Lippenbekenntnis nicht getan!

Dr. Oeter leitet aber nach einem kurzen Übergangsabsatz, aus dem mir zur Charakterisierung nur die Wiedergabe von zwei einzelnen Sätzen gestattet sei, und zwar

„Jeder Versuch, dieser Mißstände mit Verboten, Überwachungen und brachialer Gewalt Herr zu werden, ist von vorneherein zum Scheitern verurteilt, wie die Praxis täglich beweist.“

„Auch die Vorstellung, man könne diese Fehlleistungen dadurch beseitigen, daß man die Gesamtheit der Ärzte zu Funktionären der Gesellschaft macht, ist absurd, weil sie auf verhängnisvollen, ja geradezu selbstmörderischen Trugschlüssen beruht“, zu seinen Reformvorschlägen über. Diese stellen ein kompliziertes, unzweckmäßiges und undurchführbares System dar, das man — — — jedenfalls nicht Sozialversicherung nennen darf. —

Dr. Oeter läßt sich hierbei wohl allzustark von rein materiellen Gesichtspunkten und Zielen der Ärzteschaft, nicht aber von sozialen Gedanken leiten.

## II

In einem Aufsatz „Die eingebildeten Kranken“ (Wirtschaftszeitung, Stuttgart, 23. April 1949) weist der gleiche Verfasser wie oben wieder auf ähnliche unerwünschte Erscheinungen in der Krankenversicherung hin, kommt jedoch nunmehr zu anderen Vorschlägen einer Neuordnung. Charakteristisch ist jedoch auch hier, daß er die „Schuld“ für den Mißbrauch der Krankenversicherung, insbesondere durch eingebilddete Kranke, auch hier nicht zum geringsten Teil beim Arzt sieht. Im Gegenteil sei die Abnützung der früheren Ehrfurcht des Patienten vor dem Arzt gewissermaßen eine Folge des Anspruchs der Kassenmitglieder auf **kostenlose** ärztliche Behandlung.

Welcher „Gott“ ist nun also der Vater des ärztlichen Nimbusses?

## III

Mir liegt eine weitere Arbeit eines alten, erfahrenen Kassenarztes vor. Es handelt sich um die Broschüre „Kassenarztfragen nach Erscheinen der neuen Zulassungsordnung“ von Dr. Diem, Marktbreit. Dr. Diem (zugleich ärztlicher Standesführer in Unterfranken) wendet sich hier offenbar nicht an eine breitere Öffentlichkeit, sondern ausschließlich an die verschiedenen sozialen Schichten und Gruppen der Ärzteschaft, wie sie besonders in den letzten Jahren entstanden sind. Es steht mir daher nicht zu, die in seltener Klarheit, Aufrichtigkeit und Offenheit aufgezeigte Situation eines Berufsstandes unter sich hier zu erörtern. Dagegen erscheint es mir aber zweckdienlich, daß die Ärzteschaft ihre eigene Lage, wie sie sich nicht zuletzt als Folgeerscheinung einer maßlosen Überfüllung des ärztlichen Berufsstandes entwickelt hat, auf breiterer Grundlage ebenso klar sieht und daß sie darüber hinaus insbesondere ihre Aufgabe und Stellung gegenüber der Sozialversicherung mit den Erkenntnissen Dr. Diem's vergleicht und überprüft. Das müßte meines Erachtens dazu führen, daß die Ärzteschaft sich nicht zu sehr auf Untersuchungen darüber konzentriert, wie die Menschen und die allgemeinen Verhältnisse sein sollten, um den Bestrebungen der Ärzte zu entsprechen, sondern daß die Ärzteschaft sich in ihrer Gesamtheit bemüht, auch den gegebenen Verhältnissen so gut als nur irgend möglich Rechnung zu tragen.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, ihren Versicherten und den anspruchsberechtigten Familienangehörigen ärztliche Hilfe in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stellen. Dazu bedarf sie der Hilfe des Arztes. Sie hat ihrerseits entsprechende Mittel für die Vergütung der ärztlichen Leistungen bereitzuhalten.

**Damit ist ihre Aufgabe aber keineswegs erschöpft!**

Die von den Versicherten und den Arbeitgebern unserer verarmten Wirtschaft nur schwer und mühselig

aufgebrachten Beiträge sind außerdem noch für viele andere, ebenso dringende Aufgaben erforderlich, auf die die Versicherten und ihre Familienangehörigen nicht verzichten können und wollen!

Niemand kann das besser wissen als der Kassenarzt; genau wie er durch den Einblick in die Familienverhältnisse seiner Patienten auch weiß, daß gerade diejenigen, die seiner Hilfe am dringendsten bedürfen, nur in den seltensten Fällen in der Lage wären, ihm hierfür auch nur eine kleine Entschädigung zu zahlen. Ohne die gesetzliche Krankenversicherung würde ihn der weitaus größte Teil seiner Patienten entweder überhaupt nicht rufen können oder erst dann, wenn es zu spät ist.

Der Arzt leistet aber nicht nur den Kassenmitgliedern ärztliche Hilfe. Er bestimmt zugleich beinahe über die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen; denn jede Verordnung und jedes Attest, das der Arzt unterschreibt, ist ein Scheck, den die Krankenkasse einzulösen hat. Leider mißt nicht jeder Arzt dieser Tatsache die gebührende Bedeutung bei. Die Feststellungen der Krankenkassen ergeben seit langem, daß z. B. bei der Verordnung von Arzneien Ärzte mit absolut gleicher Praxis, bei gleichen Behandlungsfällen und sogar am gleichen Orte ganz erhebliche Unterschiede in der Höhe der Arzneikosten aufweisen. Ein bekannter Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten stellte vor einiger Zeit an Hand seiner genauen Aufzeichnungen fest, daß er seit Jahren im Durchschnitt für Kassenpatienten um 100 % mehr verordnet „mußte“ als für Privatpatienten, wobei die durchschnittliche Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitsdauer bei den Privatpatienten kürzer war. Zu den Arzneikosten kommen dann aber erst noch die besonders ins Gewicht fallenden Aufwendungen an Krankengeld, Krankenhauskosten usw. Trotz teilweise untragbar hoher Beitragssätze von 7 und 7½ % leben 95 % der Ortskrankenkassen „von der Hand in den Mund“ oder haben sogar erhebliche Schulden.

Sollen und dürfen sich da die Krankenkassen sowohl als auch die Ärzteschaft damit abfinden, daß Ärzte kritiklos und gegen ihre Überzeugung unverantwortliche Wünsche der Kassenmitglieder erfüllen, nur um Patienten zu werben oder nicht zu verlieren?

Würde nicht jeder Handwerker, der eine völlig überflüssige Leistung ausgeführt hat, nur um seine Existenz zu erhalten, zurückgewiesen oder haftbar gemacht werden?

Ist ein Arzt, der nicht nur einmal, sondern vielleicht täglich und immer, immer wieder überflüssige Ausgaben der Krankenkasse verursacht, und zwar kritiklos und gegen sein ärztliches Gewissen, ist ein solcher Arzt ohne weiteres damit entschuldigt, daß er „eben aus Not gehandelt, andernfalls aber seinen Beruf verfehlt habe“?

## Stellungnahme

### zu dem Aufsatz: „Offene Worte zur Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“

Von Dr. med. Ferdinand O e t e r

Sämtliche Schlüsse, die Herr Umrath im Verlaufe seiner Auseinandersetzung mit meinen Aufsätzen zieht, beruhen auf dem groben Irrtum, freie und objektive Entscheidungen der Ärzte könnten durch eine organisatorische Änderung ihrer Stellung in der Sozialver-

sicherung herbeigeführt werden. In Wirklichkeit beruht nur ein kleiner Teil allen ärztlichen Handelns auf „objektiven“ Tatbeständen!

Der Kranke kommt zum Arzt, weil er Hilfe sucht. Der Arzt muß ihm zunächst Glauben schenken, d. h. er muß



dem Kranken vertrauen können, genau wie umgekehrt der Kranke dem Arzt vertrauen muß. Durch falsche psychologische Bedingungen innerhalb unserer sozialen Krankenversicherung werden vielfach die Versicherten veranlaßt, ihren Klagen eine andere Form und Richtung zu geben, als es den natürlichen Krankheitsbedingungen entspricht. Das erfolgt größtenteils vollkommen unbewußt, aber der Arzt wird in die Irre geführt, seine Arbeit wird unnötig erschwert, vergrößert und verteuert. Da es praktisch kaum möglich ist, allen sich aus den Klagen der Patienten ergebenden Vermutungen nachzugehen, muß mancherlei, was sich nicht als objektivierbar erweist, unberücksichtigt bleiben. Wollte der Arzt, wie es wünschenswert ist, allen Klagen nachgehen, so würde das eine Arbeits- und Ausgabenlast mit sich bringen, die weit über das hinausgeht, was uns in Deutschland in absehbarer Zeit möglich sein wird.

Die Zwangslage ist völlig unabhängig davon, ob der Arzt freiberuflich oder in abhängiger Stellung tätig ist. Nicht unabhängig von der Stellung des Arztes aber ist die Art und Weise, wie die Lösung des Problems angefaßt wird. Der größte Teil der freiberuflich tätigen deutschen Ärzte hat bisher sein möglichstes hierzu getan. Er hat das nur durch rücksichtslose Anforderungen an die eigene Arbeits- und Entschlußkraft erfüllen können, vielfach unter Verzicht auf keineswegs übertriebene und von anderen Berufen als selbstverständlich betrachtete Ansprüche auf Privatleben und persönliche Erholung. Wenn ein verschwindender Teil der deutschen Ärzte diesen harten Anforderungen auf einem leichter gangbaren Wege auszuweichen versucht hat, so ist das menschlich verständlich und findet Parallelen in allen anderen Berufszweigen.

Die Unterstellung der Ärzte unter ein von Nichtärzten bestimmtes System muß zwangsläufig dazu führen, daß sie in ihren Entscheidungen eingeengt werden. „Objektive Tatsachen“ müssen eine immer größere Rolle spielen. Die Berücksichtigung des subjektiven Standpunktes der kranken und Hilfe suchenden Menschen muß immer mehr in den Hintergrund treten. Der Arzt kommt immer weniger dazu, ärztlich zu handeln, er muß einen steigenden Teil seiner Arbeit der Beachtung und Befolgung von Vorschriften widmen, wie wir es an einem nicht allzu entfernt liegenden östlichen Beispiel tagtäglich erleben. Das heißt aber, daß die von Herrn Umrath gepriesene sog. „objektive“ ärztliche Tätigkeit im End-

effekt zu keiner Verbilligung, sondern zu einer ausgesprochenen Verteuerung führt: Fixierung der Kosten auf dem höchsten und der Leistung auf dem niedrigsten Niveau ist das zwangsläufige Ergebnis seiner Forderungen!

Weit schlimmer aber muß sich auswirken, daß dadurch die Möglichkeiten des Arztes zu persönlicher Einflußnahme auf seine Kranken noch weiter eingeengt werden. Nur diese persönliche Einflußnahme aber gestattet es, den zahlreichen und heute so weit verbreiteten seelischen Leiden wirksam zu begegnen und Hilfe für diese Kranken zu finden.

Nach unserer Auffassung kann immer nur der Mensch mit allen seinen Nöten und Leiden an der ersten Stelle der ärztlichen Tätigkeit stehen. Um ihm voll und vorurteilslos dienen zu können, brauchen wir eine Sozialversicherung, die auf Grund einer Koordinierung von Einzelinteresse und Gesellschaftsinteresse auf die unlösbare Forderung verzichtet, Arzt und Polizist in einer Person zu vereinigen. Eine derartige Lösung ist nicht nur aus menschlichen Gründen zu fordern, sie ist auch auf die Dauer die einzig zweckmäßige und auch die billigste. Über diese Frage sollte bei einigermaßen objektivem Denken — hier ist das Wort objektiv in der Tat am Platze — Klarheit herrschen. Die Suche nach Möglichkeiten einer Verwirklichung dieses Zieles sollte auf der Basis einer von Gehässigkeiten und demagogischen Phrasen freien Diskussion möglich sein. Wer sich ein maßgebliches Urteil in dieser Frage erlauben will, darf an den fundamentalen Erkenntnissen der Tiefenpsychologie nicht vorübergehen. So lange der völlig überholte Standpunkt vertreten wird, daß Krankheit rein objektives und mit objektiven Maßstäben meßbares Geschehen sei, ist es unmöglich, verhängnisvolle Trugschlüsse und Irrwege zu vermeiden. Gemeinsame Ausgangsbasis kann immer nur die Erkenntnis bilden, daß Krankheit sehr häufig ein subjektives „moralisches und leidenschaftliches Geschehen“ ist (Viktor von Weizsäcker), das sich niemals in die engen Grenzen einer bürokratischen Ordnung einpassen läßt.

Wer die Menschen liebt, muß sie lieben, wie sie sind, d. h. auch mit ihren Fehlern. Wer aber das Schema liebt und wer fordert, daß die Menschen in dieses Schema eingezwängt werden, muß zwangsläufig zum Tyrannen werden, auch wenn er persönlich ein liebenswerter Mensch sein mag. Das ist die Tragik der Bürokratie.

## Die amerikanischen Ärzte gegen die Nationalisierung des Gesundheitsdienstes

(Aus „Journal of the American Association“, abgedruckt im Bayerischen Ärzteblatt 1949, Nr. 3)

Daß gewisse Bestrebungen in maßgebenden amerikanischen Kreisen, das Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten in ähnlicher Weise zu verstaatlichen, wie dies in England geschehen ist, von der amerikanischen Ärzteschaft nur mit großem Mißtrauen beobachtet werden, konnte in letzter Zeit mehrfach festgestellt werden. Aus zahlreichen Veröffentlichungen in den Ständesblättern geht eindeutig hervor, daß sehr wenig Sympathien innerhalb der amerikanischen Ärzteschaft für eine derartige Umstellung der ärztlichen Betreuung von der privaten zur staatlich gelenkten Gesundheitsfürsorge bestehen. Ein neuerlicher Versuch der Anhänger einer Nationalisierung, die amerikanischen Ärzte mit dem Hinweis auf die soziale Notwendigkeit der kostenfreien Behandlung ge-

rade für die zahlungsschwachen Schichten der Bevölkerung zu überzeugen, hat, wenn damit bezweckt werden sollte, eine eindeutige Stellung der amerikanischen Ärzte herauszufordern, sein Ziel jetzt endlich erreicht. Auf einer kürzlich abgehaltenen Delegiertenversammlung der Amerikanischen Ärztevereinigung in St. Louis wurde in der Form einer öffentlichen Erklärung der Standpunkt des ärztlichen Berufsstandes in Amerika in der Frage der Zwangsversicherung gegen den Krankheitsfall eindeutig herausgestellt. Mit besonderer Genehmigung des „Journal of the American Association“, Heft 15, 11. Dezember 1948, geben wir heute diese im Amerikanischen Ärzteblatt gegebene Erklärung unseren Lesern zur Kenntnis:

„Die Amerikanische Ärztevereinigung gibt erneut ihrer Überzeugung Ausdruck, daß das Prinzip der Krankenversicherung auf einer freiwilligen Basis gehandhabt werden muß. Die Amerikanische Ärztevereinigung hat stets den Ausbau von Vorauszahlungseinrichtungen, die auf freiwilliger Grundlage basieren, gefördert und unterstützt. Es ist vorgesehen, daß diese Einrichtungen das ganze Land umfassen und daß der ärztliche Schutz mit aller Schnelligkeit auf einem immer noch anwachsenden Prozentsatz unserer Bevölkerung ausgedehnt wird.

Das amerikanische Volk erfreut sich gegenwärtig des besten Gesundheitszustandes, des höchsten Standards wissenschaftlich-ärztlicher Fürsorge und der hervorragendsten medizinischen Einrichtungen, wie sie bislang noch von keinem größeren Land der Welt erreicht worden sind.

Die großen Errungenschaften der amerikanischen Medizin sind das Ergebnis der Entwicklung eines freien Berufsstandes, der unter einem freien System arbeitet und nicht durch Regierungskontrollen eingegrenzt wird.

Das Ergebnis der Erfahrungen in allen Ländern, wo die Regierung die Kontrolle der ärztlichen Betreuung übernahm, ist ein fortschreitendes Absinken des Standards dieser Betreuung bis zur ersten Schädigung der Kranken und aller, die ärztlicher Hilfe bedürfen.

Die amerikanische Ärzteschaft stellt sich unverändert gegen die Aufrichtung irgendeines Systems ärztlicher Betreuung, das sich zum Schaden für das amerikanische Volk auswirkt. Unsere aus äußerst sorgfältigen Überlegungen erwachsene Auffassung geht dahin, daß jedes Schema von Politik in der Medizin zu einer Katastrophe für das amerikanische Volk führen würde.

Die Zwangsversicherung gegen den Krankheitsfall ist, ungeachtet aller irreführenden bürokratischen Propaganda, eine Abart der sozialisierten oder der Staatsmedizin und weist alle die Nachteile auf, wie sie nun einmal bei jeder Art von System, das von politischer Seite kontrolliert wird, unausbleiblich sind. Eine derartige Zwangsversicherung ist der amerikanischen Tradition genau entgegengesetzt und bedeutet den ersten und gefährlichsten Schritt in Richtung auf

einen völligen Staatssozialismus. Die amerikanische Ärzteschaft weist jedes derartige System als Methode der Zuteilung ärztlicher Hilfe zurück: Wir alle sind uns in gleicher Weise darüber einig, daß unser Volk diese Versuche mit der gleichen Entschiedenheit zurückweisen wird, wenn es die Lage begreift.

Durch Erfahrung belehrt sind wir davon überzeugt, daß durch die Krankenversicherung auf freiwilliger Basis und mit der ständigen Unterstützung der amerikanischen Ärzteschaft das wirtschaftliche Problem der Ermöglichung ärztlicher Betreuung innerhalb des bestehenden Rahmens des privaten Unternehmertums gelöst werden kann und wird.

Es hat sich erwiesen, daß die Methode der Freiwilligkeit einen besseren und willigeren Gesundheitsdienst ermöglicht und enorme Steueraufgaben vermeidbar macht.

Es ist ständiger Zweck und stets gleichbleibendes Ziel der amerikanischen Ärzteschaft, den Stand der ärztlichen Betreuung zu verbessern und dafür Sorge zu tragen, daß diese Betreuung dem ganzen Volk zuteil wird.“

Nachtrag auf Grund einer amerikanischen Rundfunkmeldung:

Bei der diesjährigen Tagung des Amerikanischen Ärzteverbandes in Kansas City wandten sich die Delegierten heftig gegen die Bestrebungen des Präsidenten Truman, mit einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung den Kreis der versicherungspflichtigen Mitglieder zu erweitern. Die amerikanischen Ärzte begrüßen jede Verbesserung des finanziellen Schutzes für jene Bevölkerungskreise, die nicht aus eigenen Mitteln gegen Krankheitskosten vorsorgen können. Sie verteidigen jedoch die Unabhängigkeit von rund 50 Millionen Privatpatienten, die entweder mit eigenen Mitteln oder durch private Versicherungsgesellschaften auch in Zukunft das Krankheitsrisiko selbst tragen wollen. Interessant waren die Angaben über die durchschnittliche Lebensdauer der Amerikaner: Einem 1900 geborenen Bürger der USA gibt man 49 Jahre, während man für die 1949 Geborenen beim männlichen Geschlecht mit 69 Jahren und beim weiblichen mit 70 Jahren rechnet.

## Die Jugenddorfbewegung

10 000 Nomaden in Westdeutschland

Die Folgen des Krieges haben einen großen Teil der deutschen Jugend in unermeßliches Elend gestürzt. Eltern- und heimatlos, jeder geregelten Lebensweise vollständig entwöhnt, weil der Krieg ihnen Eltern und Heimat raubte, so irren sie planlos von einer Stadt zur andern. Dieses furchtbare Schicksal hat die Jugendlichen auch innerlich gewandelt. Sie sind zu Nomaden geworden, denen die Begriffe eines geordneten und seßhaften Lebens vollständig abhanden gekommen sind. Vor allem der Begriff des Eigentums ist ihnen fremd geworden. Diebstähle durch solche Jugendliche sind daher an der Tagesordnung, besonders seit die Geschäfte des Schwarzen Marktes nicht mehr florieren.

Was geschieht nun, um dieser Not zu steuern? Soweit diese Jugendlichen mit den Gesetzen in Konflikt geraten, kommen sie in die Gefängnisse und in die staatlichen Zwangserziehungsheime. Dort versucht die staatliche Fürsorge, in engem Zusammenwirken mit den karitativen Verbänden insbesondere auch der Kirchen, diese Menschen zu wandeln. In den letzten Jahren ist zu dieser Arbeit auch noch der CVJM-Gefängnisdienst hinzutreten. Aber es läßt sich nicht übersehen, daß alle Bemühungen einen teilweise nur sehr bescheidenen Erfolg haben. Oft lernen die Jugendlichen durch das Zusammenleben mit anderen asozialen Elementen nur noch hinzu und geraten dann um so tiefer in den Morast. Durch diesen Vorgang sowie den ständigen Zustrom, den die herumstreuende Jugend täglich aus der Ostzone erhält, bietet sich das Bild einer Lawine, die ständig im Wachsen begriffen ist. Hier müssen deshalb auch in der Methode der Erziehung ganz neue Wege eingeschlagen werden. Denn neben den vielen sozialen Problemen, die aus dem Nachkriegselend erwachsen sind, ist dieses eine der brennendsten Fragen. Der deutsche Nationalverband im Weltbund der Christlichen Vereine Junger Männer — YMCA —, der vielen Ärzten allein schon durch die vorbildliche Betreuung der Kriegs-

gefangenen und Fürsorge für die Heimkehrer bekannt ist, hat diese Frage aufgegriffen und wird seine mannigfaltigen Erfahrungen auf diesem Gebiet einsetzen, um sie einer Lösung zuzuführen. Unter der Leitung bewährter Fachkräfte sollen die Jungen zu regelmäßiger Arbeit erzogen werden, sei es in eigener Landwirtschaft oder in Lehrwerkstätten oder in örtlichen Betrieben. Das Gemeinschaftsleben in den Jugenddörfern wird unter größtmöglicher Mitverantwortung der Jungen gestaltet. Sie sollen sich dessen bewußt sein: Das ist unsere Heimat, und wir leben hier nicht nur als Gäste.

In Nord-Württemberg befindet sich auf Schloß Kaltenstein über Vaihingen/Enz das erste Jugenddorf, in dem junge Burschen von 14 bis 19 Jahren ohne jeden äußeren Druck und Zwang darangehen, sich ein neues Leben aufzubauen. In eigener Landwirtschaft und in Lehrwerkstätten können sie sich auf einen Beruf vorbereiten. Weder Gitter noch Riegel und Schloß hindern und beengen sie, da sie ja keine Verbrecher sind.

Von allen Berufsgruppen wird wohl der Arzt den tiefsten Einblick in die Not und Verelendung weiter Bevölkerungskreise gewinnen. Aber ganz sicher ist so manchem guten Arzt und wirklichen Menschenfreund, wenn er die körperliche und seelische Verwahrlosung gewisser Jugendlicher sah, die bange Frage gekommen: „Wohin soll das führen? Da muß doch etwas geschehen!“

Der beste Weg dazu ist die Unterstützung des Christlichen Wohlfahrtswerkes „Das Jugenddorf“, gemeinnütziger Verband e. V. im Deutschen Nationalverband des Weltbundes der YMCA. Die Geschäftsstelle befindet sich in Stuttgart-N., Auf der Kanzel 21, Telefon Nr. 9 20 29. Einmalige oder fortlaufende Beiträge werden erbeten auf das Spendenkonto Nr. 11 552 der Allgem. Bankgesellschaft Stuttgart.

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Koelsch: „Lehrbuch der Arbeitshygiene“, Bd. I** (zweite wesentlich erweiterte und völlig umgearbeitete Auflage), Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1947, 367 S., geh. 28.— DM, geb. 29.50 DM.

Das Buch eignet sich als verlässliches Nachschlagewerk für den Kassen- und Vertrauensarzt, den Amts- und Werksarzt, aber auch dem Gutachter wird es oft ein guter Wegweiser sein. Es bietet auf engem Raum eine Fülle wissenschaftlicher Einzelheiten über die Eignungsuntersuchung, die Hygiene am Arbeitsplatz, sonstige schädliche Umweltfaktoren und die Berufsschäden im besonderen, sowie als Abschluß eine Zusammenstellung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

Die Vermeidung fremdsprachiger Fachausdrücke macht es auch dem Techniker bzw. Betriebsleiter zugänglich, ohne jedoch an irgendeiner Stelle zu seichter Popularität zu führen. Der 2. Band, der nach Berufen geordnet den Arbeitsvorgang, die Gefährdung, die Schutzvorschriften und Merkblätter enthält, ist bereits früher erschienen. (Die nächste Auflage sollte mit Rücksicht auf den Außendienst im Taschenformat gedruckt werden!).

Das fesselnd geschriebene Buch wird jeder erst dann aus der Hand legen, wenn es zu Ende gelesen ist. Das um so mehr, als leider die Mehrzahl der deutschen Ärzte an der Universität nur wenig Gelegenheit hatte, sich mit diesem Gebiet zu beschäftigen, da trotz der weitgehenden Industrialisierung Deutschlands die Arbeitsmedizin bis in die jüngste Zeit im Gegensatz zum Ausland sehr stiefmütterlich behandelt wird.

Dr. Hoschek

**Hauck, Leo: „Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten“,** Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1948, 163 S., geh. 6.60 DM, geb. 8.— DM.

Mit dem Erscheinen der 3. Auflage dürfte ein Wunsch vieler Ärzte und Fachdermatologen erfüllt worden sein. Denn das vorliegende Buch bringt auf seinen 163 S. in knapper, präziser Form, und doch — wo es nötig erscheint — in sehr eingehender Weise all das, was der Arzt wissen und beachten muß, welcher Geschlechtskranke zu behandeln hat.

Sehr ausführlich besprochen sind Technik der Salvarsan-Behandlung, Dosierung, Nebenerscheinungen, Beurteilung der Seroreaktionen, sowie Fragen der Heiratslaubnis. Einen breiten Raum nimmt ferner die Behandlung der Gonorrhoe in allen Stadien, nebst deren Komplikationen ein. Auch hier erfolgt eine sehr detaillierte Schilderung der Penicillin-, der Sulfonamid- und der medikamentösen Lokalbehandlung. Ulcus molle und Lymphogranulomatosis inguinalis finden ebenfalls Erwähnung.

Den Schluß des kleinen Werkes bildet die Beschreibung der Untersuchungsmethoden, die in übersichtlicher Weise alles Wissenswerte über Erregernachweis, Färbverfahren und Liquoruntersuchung vermittelt.

Bei der heutigen Bedeutung einer wirksamen Geschlechtskrankheitenbekämpfung dürfte das Buch besondere Beachtung finden.

Dr. Cades

**Prof. Dr. Felix O. Höring: „Grippe und grippeartige Erkrankungen“,** Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1948, 43 S., Preis 2.70 DM.

Seitdem man weiß, daß verschiedene Erreger dasselbe Krankheitsbild machen können, seitdem als Erreger neben den Bakterien noch die Viren aufgetaucht sind, seitdem wird das ganze Grippe- und Erkältungsproblem noch komplizierter, spannender und verpflichtender. Denn der Arzt draußen in der Praxis ist in nicht geringerer Weise als das Krankenhaus und Laboratorium mit ihrem umfangreichen Rüstzeug dazu berufen, das Krankheitsgeschehen zu klären, ja oft ist er allein dazu imstande. Er muß, um mit den Worten Hörings zu sprechen, „die Herkunft der Infektion und die ganze epidemische Lage in seinem Bezirk beachten und laufend mit den Detektivaugen des Entdeckers zu durchdringen suchen“. Wie das gemacht und auf was alles geachtet werden muß, sagt Höring in seiner Abhandlung, die anschaulich und übersichtlich den neuesten Stand unserer Wissenschaft wiedergibt.

Und man muß schon sagen, allerhand ist da im letzten Jahrzehnt geschehen. Die Diagnose „Grippe“ will Höring nur auf epidemisch-gehäuft auftretende Fälle beschränkt wissen und er möchte auch den Ausdruck „grippal“ und „grippös“ vermieden sehen. Seine klinische Diagnosen grippeartiger Erkrankungen lauten: akuter fieberhafter Infekt, katarrhalischer Infekt, akute fieberhafte Bronchitis, Viruspneumonie, (bakterielle) Bronchopneumonie und Lobärpneumonie. Im späteren Verlauf einer Erkrankung kann eine solche Unterscheidung möglich und zweckmäßig sein, aber im Beginn und, wenn der Arzt seine Krankmeldung ausstellen muß, gewöhnlich nicht. Und akuter fieberhafter Infekt ist eigentlich doch wieder zu unbestimmt, grippöser Infekt spricht besser aus, was der Arzt hinter der Erkrankung vermutet. Jedem Arzt kann das Studium dieser Abhandlung nur empfohlen werden. Er wird es bereichert aus der Hand legen, auch wenn er wesentliche neue therapeutische Maßnahmen noch nicht vorgelegt bekommt.

Dr. Gerber

**Dr. Richard Goldhahn, Liegnitz, unter Mitwirkung von Oberlandesgerichtsrat i. R. Dr. Max Schläger: „Fehler und Gefahren bei Einspritzungen und ihre rechtlichen Folgen“,** Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1948, 96 S., 2 Tafeln, Preis 7.— DM.

Jeder Krankenhausarzt und vor allem auch jeder in der freien Praxis stehende Kollege weiß, wie außerordentlich selten Spritzenbeschädigungen sind. Wozu also eine solche Abhandlung? — Nun, schon darum ist sie nötig und füllt ohne Zweifel eine Lücke im Schrifttum aus, weil Spritzenbeschädigungen ohne weiteres vom Laien als solche erkannt zu werden pflegen und relativ häufiger zu Haftpflichtansprüchen führen, als bei größeren Operationen vorkommende „Kunstfehler“.

Goldhahn behandelt eingehend vor allem die Frage der Infektion durch Einspritzung und rückt erfreulicherweise bei der Frage der Keimfreimachung der Spritzen von den übertriebenen Forderungen der Bakteriologen ab, die (Zeißler) Ärzte, die ihre Spritzen nur auskochen und nicht im Hochdrucksterilisator entkeimen, als zweitklassig bezeichnen. Interessant ist u. a., daß Goldhahn Aufbewahrung der Spritzen in Zephirol nicht als falsch bezeichnet. (Seifert, Würzburg, läßt sogar den Alkohol für diesen Zweck noch gelten.) Wichtig ist, daß für intramuskuläre Einspritzungen, jedenfalls bei bettlägerigen Kranken, die Außenseite der Oberschenkelmuskulatur als Ort der Wahl den Vorzug verdient vor dem äußeren oberen Quadranten des Gluteus. Bei paravenösen Infiltraten mit gewebschädigenden Mitteln wird Kochsalzlösung oder  $1/2\%$ ige Novocainlösung in größeren Mengen zur Umspritzung empfohlen (Referent bevorzugt Eigenblut). Nicht ganz zustimmen kann man der Freigabe von intravenösen und intramuskulären Spritzen an das Pflegepersonal, jedenfalls kann man dies im Krankenhaus nur ganz zuverlässigen Stationschwestern überlassen. In der freien Praxis ist davor unbedingt zu warnen.

Kommt es einmal zu einem Haftpflichtprozeß, so ist darauf zu achten, daß als Sachverständige nur Ärzte mit großer praktischer Erfahrung zuzuziehen sind. „Amtsärzte, Gerichtsmediziner, Bakteriologen, Pharmakologen usw.“ sind abzulehnen.

Im 2. Teil erläutert der Jurist Dr. Schläger die rechtliche Seite der ganzen Frage.

Das kleine Werk kann jedem Praktiker, vor allem auch als Trostbüchlein, empfohlen werden, da es die von rein wissenschaftlicher Seite geforderte Überspannung der Sorgfaltspflicht auf ein erträgliches Maß zurückführt und dem in einen Haftpflichtprozeß verwickelten Arzt eine wirksame Verteidigungswaffe in die Hand gibt.

Dr. Schröder

**Buchinger, O.: „Das Heilfasten und seine Hilfsmethoden als biologischer Weg.“** 1947, Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, 216 S., DM 12.50.

Buchinger legt seine Schrift über „Heilfasten“ in 7. Auflage vor. Sie hat seit ihrer ersten Veröffentlichung im Jahr 1935 allzu wesentliche Veränderungen nicht erfahren; der Verfasser verweist zwar immer wieder auf die Arbeiten, die an Fastenpatienten zur Klärung der Fastenwirkung durchgeführt wurden, allzu viele sind es jedoch seit 1935 nicht gewesen. Buchinger selbst hat seine Erfahrungen vor allem in die

Breite entwickelt. Während sich die 1. Auflage auf 3200 Fastenfälle stützt, überblickt die neue Auflage nun insgesamt 12 500 Fälle. Seiner ganzen Haltung nach wendet sich das Buch nicht nur an den Arzt, sondern auch an den Patienten. Dem entspricht die religiöse Note des Buches, die sich aus der Beobachtung einer therapeutischen Lücke herleitet. Kritisch kann man vom klinischen Standpunkt aus dem Verfasser wohl beistimmen, wenn er das Fasten für einen „königlichen Weg“ hält. An der Ausweitung der Fastenanzeigen wird man für die Klinik aber wohl einige Abstreichungen vornehmen müssen. Referent hat selbst früher in seinem Kurheim Fastenkuren in großer Zahl durchgeführt; im Vergleich mit den damaligen Notwendigkeiten und Möglichkeiten zu einer Fastenkuren und den jetzigen Anzeigenstellungen in der Klinik muß er bekennen, daß er in der Anzeigestellung für die Klinikpatienten zurückhaltender wurde. Die Patienten, welche eine Klinik aufsuchen, sind doch in gesundheitlich ganz anderer und vielfach sehr viel schwererer Lage als die Patienten, welche in die Kurheime kommen. Es ist ihnen oft eine Fastenkuren nicht mehr zuzumuten, während ja in die Kurheime die Patienten vielfach geradezu zum Zwecke des Fastens eingewiesen werden. Speziell sei in Ausweitung der von Buchinger gegebenen Gegenanzeigen für das Fasten auch auf die Nephrosklerotiker, vor allem in ihren Spätstadien, verwiesen; wir hatten hier inzwischen mit Fastenversuchen einige recht unangenehme Zwischenfälle.

Prof. Dr. Saller

**Herbert Schoen: „Indikationen zur Röntgen- und Radiumtherapie.“** Werkverlag Dr. Edmund Banaschewski, 119 S., DM 7.50.

Das von Prof. Herbert Schoen im Werkverlag Dr. Edmund Banaschewski unter obigem Titel herausgegebene Buch be-

handelt in einem kurzen Abriss die biologische Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen und die natürliche und künstliche Radioaktivität.

Das eigentliche Gebiet der Indikationen zur Strahlenbehandlung hat Verfasser nach Fachgebieten und innerhalb dieser Fachgebiete alphabetisch aufgespalten. In kurzen stichwortartigen Absätzen wird z. T. unter Heranziehung der Weltliteratur jede einzelne Krankheit und die Möglichkeit der Strahlentherapie besprochen. Die straffe Einteilung nach absoluter und relativer Indikation bzw. Gegenindikation hat Verfasser nicht angewandt.

Bewußt will das Buch kein Compendium der Strahlentherapie sein. Es wendet sich vorwiegend an praktische Ärzte, die von der Strahlenbehandlung auf der Hochschule nichts oder nicht genügend erfahren haben. Für diese gibt das vorliegende Buch ausgezeichnete Orientierungsmöglichkeiten.

Dr. Edinger

**Louis R. Grote: „Allgemeine Therapeutik.“** Werkverlag Dr. Edmund Banaschewski, 117 S., DM 7.50.

Verfasser beschreibt in tiefphilosophischen Ausführungen das Wesen der Krankheit. Unterschied von Krankheit und Leiden, die Regulationen im Organismus, der Schmerz und seine Bedeutung, die Zeitgestalt, periodische, phasische, episodische Symptome, Abnützung durch Altern, Lebensdauer, Tag- und Nachtbetrieb, Konstitution, Vererbung, Indikationen der Therapie, aetiologische Therapie, Prognostik, Pharmakotherapie, Ernährungsbehandlung, physikalische Therapie, Chirurgie, Psychotherapie.

Dies sind die Stichworte des besinnlichen Werkes, das für jeden von Wert ist, der sich über Sinn und Grenzen des ärztlichen Handelns klar werden will.

Dr. Karl Erhard Weiss

## Bekanntmachungen

### 52. Deutscher Arztetag

Der 52. Deutsche Arztetag findet vom 1. bis 3. September 1949 in Hannover statt.

Während des von der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern veranstalteten Deutschen Arztetages werden Parallel-Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands, des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und der Vereinigungen der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) abgehalten.

In einer neben dem Tagungsort liegenden modernen Ausstellungshalle mit einer Bodenfläche von ca. 3000 qm wird vom 1. bis 6. September 1949 eine

#### Medizinische Fachausstellung

durchgeführt, an der führende Firmen der chemisch-pharmazeutischen Industrie des medizinischen Geräte- und Apparatebaues einschließlich Elektromedizin und des medizinischen Buchhandels teilnehmen werden.

Ausstellungsbedingungen und Auskunft über die Medizinische Fachausstellung erteilt die Ausstellungsleitung der MEFA, Hannover, Hildesheimer Str. 29 — Fernruf: 82 523, 81 957, 81 983.

### Deutscher Therapiekongreß und Deutsche Heilmittelmesse

Vom 4. bis 10. September 1949 findet in Karlsruhe der „Deutsche Therapiekongreß“ im Rahmen der Mitglieder-generalversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands statt. Die Grundidee des Kongresses ist die gemeinsame Behandlung therapeutischer Themen durch Chirurgen, Internisten, Gynäkologen, Paediatern, Pharmakologen, Pharmazeuten. Es werden folgende Rahmenthemen behandelt:

- „Therapie der Tuberkulose“,
- „Therapie hormoneller Störungen“,
- „Therapie von Herz- und Gefäßkrankheiten“,
- „Therapie von Leber- und Gallenerkrankungen“.

Gleichzeitig findet in Karlsruhe die „Deutsche Heilmittelmesse“ statt, welche in Form einer seriösen und repräsentativen Schau den hohen Leistungsstand der pharmazeutischen Industrie zeigen wird.

Anmeldung von Einzelvorträgen und Vormerkungen zur Diskussion bis 1. Juli 1949.

Anmeldung zur Teilnahme als Aussteller bis 15. Juli 1949 an das Kongreßbüro und Messebüro Karlsruhe, Moltkestr. 18.

### „Du und die Welt“

Die Schriftleitung der interessanten und vielseitigen **Wartezimmerzeitschrift** teilt uns mit:

In Heft 1 der „Ärztlichen Mitteilungen“ brachten wir einen Hinweis auf das bevorstehende Erscheinen einer Wartezimmerzeitschrift. Die Vorbereitungen sind jetzt so weit gediehen, daß diese Zeitschrift unter dem Titel „Du und die Welt“ demnächst vor die Öffentlichkeit treten wird. „Du und die Welt“ will mitten in der lebendigen Gegenwart stehen und aus der Fülle der Erscheinungen seinen Lesern stets das Interessanteste herausgreifen. Autoren von Ruf werden aktuelle Fragen der Wissenschaft in allgemeinverständlicher Form behandeln und dabei insbesondere auch die Aufgaben, die die Heilberufe im Rahmen des Volksganzen zu erfüllen haben, weiten Kreisen nahebringen. Dadurch wird die Lösung mancher Probleme, die uns heute im Dienste an der Volksgesundheit noch große Schwierigkeiten bereiten, wesentlich erleichtert werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, wird es notwendig sein, einen weiten Leserkreis durch möglichst umfassende Reichhaltigkeit des Stoffes anzusprechen und damit Vielen Vieles zu bieten.

„Du und die Welt“ will modern sein. Dem inneren Gehalt wird das äußere Gewand entsprechen. Reiche, mehrfarbige Illustrationen sollen das Interesse der Leser an den zur Darstellung kommenden Themen erhöhen. Der allgemein verständlich wissenschaftliche und der Bilderteil sollen ihre Ergänzung in der Pflege guter Unterhaltungslektüre finden:

Heitere Kurzgeschichten und literarisch wertvolle Erzählungen sollen ebenso der Entspannung wie der Freude an künstlerisch Schönem dienen. Durch regelmäßige Abhandlungen über „Sport und Medizin“, „Neues aus der Technik“, „Literatur-Beilagen“ sowie auch eine „Schach- und Räselecke“ wird „Du und die Welt“ seinen Lesern, einerlei ob Arzt oder Patient, immer alles das bieten, was sie darin suchen.

Die Zeitschrift wird im Eigenverlag der Ärzteschaft erscheinen. Form und Material werden auch den Beanspruchungen durch eine große Leserschaft gewachsen sein. Bei einem Umfang von 40 Seiten, Normalzeitschriftenformat, teilweise in mehrfarbigem Druck, wird der Preis von DM —.80 pro Heft so günstig liegen, daß jeder Angehörige der Heilberufe die Zeitschrift für sein Wartezimmer bestellen kann.

Wir wiederholen unsere Bitte, dieser Neuerscheinung schon jetzt Beachtung zu schenken und bis zum Herauskommen von „Du und die Welt“ keine Verpflichtungen anderer Art einzugehen.

### Steuerliche Mitteilungen

#### I. Steuervergünstigungen bei der Einkommensteueranlegung und -zahlung für das 1. Halbjahr 1948

Bei den Angehörigen der freien Berufe hat sich für das 1. Halbjahr 1948 in den meisten Fällen eine sehr starke Erhöhung des Einkommens dadurch ergeben, daß die gesamten außenstehenden Rechnungen von seiten der Patienten kurz vor der Währungsreform fast vollständig bezahlt wurden. Hierdurch ist infolge der Steuerprogression eine außerordentliche steuerliche Mehrbelastung eingetreten, welche noch dadurch verstärkt wurde, daß die Altgeldguthaben, welche aus den außerordentlichen Geldeingängen entstanden sind, im Endergebnis auf 6,5% abgewertet wurden, während die Einkommensteuer hieraus abgewertet im Verhältnis 10:1 in DM zu entrichten war.

Zur Vermeidung von Härten, welche sich hierdurch ergeben haben, sind nun in der kürzlich erschienenen 3. Verordnung zur Durchführung der Steuerüberleitung die beiden folgenden Bestimmungen enthalten:

1. Ist der Gewinn aus selbständiger Arbeit für die Zeit vom 1. Januar bis 20. Juni 1948 um mehr als 25 v. H. höher als die Hälfte des im Kalenderjahr 1947 erzielten Gewinns, so ist auf Antrag von der Hälfte des im Kalenderjahr 1947 erzielten Gewinns auszugehen. Der so ermittelte Steuersatz ist dann mit demselben prozentualen Verhältnis auf das Gesamteinkommen in der Zeit vom 1. Januar bis 20. Juni 1948 anzuwenden. Dadurch tritt für das Mehreinkommen im 1. Halbjahr die steuerliche Mehrbelastung, welche sich durch die Progression der Steuersätze ergeben würde, nicht ein.
2. RM-Steuerbeträge für die Zeit vor der Währungsreform sind grundsätzlich im Verhältnis 10:1 abgewertet in DM zu entrichten. Zum Ausgleich von Härten, welche sich hierbei durch die nachträgliche Kürzung der Festgeldbeträge um 70% ergeben, wurde in dieser Verordnung nunmehr bestimmt, daß Einkommensteuerbeträge für die Zeit vom 1. Januar bis 20. Juni 1948 auf Antrag ermäßigt werden können, soweit sie nach der Währungsreform im Verhältnis 10:1 zu entrichten sind bzw. waren und in dieser Höhe am 20. Juni 1948 ein entspre-

chendes Altgeldguthaben vorhanden war. Die Ermäßigung beträgt hierbei höchstens 35% der für die Zeit vom 1. 1. bis 20. 6. 1948 in DM entrichteten oder zu entrichtenden Einkommensteuerzahlungen.

#### II. Anrechnung und Erstattung von RM-Steuerüberzahlungen

In der letzten Zeit ist nunmehr auch die schon längst erwartete Verordnung über die Anrechnung und Erstattung von RM-Steuerüberzahlungen bekanntgegeben worden. Nach dieser Verordnung können RM-Steuern, die als Steuerzahlungen an die Finanzämter geleistet und auf RM-Steuerschulden noch nicht angerechnet worden sind, oder nicht angerechnet werden können, auf DM-Steuerschulden im Umstellungsverhältnis 10:1 angerechnet oder erstattet werden.

Eine Ausnahme bilden lediglich RM-Steuerüberzahlungen, soweit sie nach dem 20. April 1948 freiwillig, d. h. ohne Anforderung durch das Finanzamt geleistet wurden. Diese Steuerüberzahlungen werden lediglich im Umstellungsverhältnis 100:6,5 in DM erstattet, soweit eine Anrechnung auf RM-Steuerschulden nicht möglich ist.

Die beiden angegebenen Verordnungen haben allerdings lediglich für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet der Bizone Gültigkeit. Es ist jedoch erfahrungsgemäß damit zu rechnen, daß auch die Länder der französischen Zone sich in Kürze dieser Regelung anschließen werden.

#### Deutsche Gesellschaft für Elektronenmikroskopie

Am 16. Februar 1949 wurde in Düsseldorf die Deutsche Gesellschaft für Elektronenmikroskopie gegründet. Der Verein hat die Aufgabe, die Elektronenmikroskopie weiter zu entwickeln und zu verbreiten und der deutschen Forschung, Technik und Wirtschaft die auf diesem Gebiete erarbeiteten Fortschritte zu vermitteln.

Zu Vorsitzenden wurden gewählt Ernst Ruska und Hans Mahl, zum Schriftführer Bodo v. Borries.

Am 23./24. April hielt die Gesellschaft ihre erste wissenschaftliche Tagung in Mosbach in Baden ab. In einer Reihe von Vorträgen wurde über den Stand der Entwicklung des Elektronenmikroskops und seiner Anwendungen berichtet und diskutiert. Es ergab sich erfreulicherweise, daß auf diesem Gebiete wesentliche Fortschritte zu verzeichnen sind.

#### Betrügerin gesucht

Nach einer Mitteilung des Gend.-Kreiskommandos Waldeck bei Korbach gibt sich eine gewisse Dorothea Gloria Schiefer, alias Gloria Keller, alias Gloria Schäfer, geb. 25. 11. 1925 in Halle a. d. S., als cand. med. oder Dr. med. aus und sucht als solche insbesondere Universitäten, med. Institute und Ärzte auf. Bei der Genannten handelt es sich um eine von der Polizei gesuchte Betrügerin, die seit dem 8. 5. 1949 flüchtig ist. Sie wird wie folgt beschrieben: 166 bis 168 cm groß, schlank, rundes blasses Gesicht, braune Haare, Haarspitzen rötlich (gefärbt), spricht sächsischen Dialekt und perfekt englisch, redegewandt, sicheres Auftreten. — Bekleidung: mausgrauer Mantel, rundes graubraunes Strohflechthütchen, braune Straßensportschuhe mit flachem Absatz.

Es wird gebeten, bei Auftreten der Genannten die Krim.-Abtlg. Stuttgart zu Az. FS V/747, Telef.-Nr. 9 10 46, App. 1627, zu verständigen.

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

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

#### Zulassung der „Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.“ und Eintragung in das Vereinsregister des Amtsgerichts Stuttgart

I. Das Innenministerium Württemberg-Baden hat unter dem 5. Mai 1949 auf unseren Antrag hin die Lizenz für die „Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.“ erteilt. Der Erlaß des Innenministeriums hat folgenden Wortlaut:

„Innenministerium Stuttgart-W, 5. Mai 1949  
Württemberg-Baden Reinsburgstr. 32/34

Aktenzeichen: Nr. III A 2752/1 Nr. 243

An die  
Ärztekammer Nord-Württemberg  
(14a) Stuttgart-Degerloch  
Jahnstr. 32

Auf den Antrag vom 12. April 1949  
Betr.: Zulassung der Ärztekammer Nord-Württemberg  
Anl.: Satzung

Der Antrag auf Zulassung der neben genannten Vereinigung ist gemäß den Richtlinien der Landesmilitärregierung vom 28. Januar 1948 geprüft worden. Der Verein erhält die Erlaubnis, sich unter dem Namen „Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.“ im Landesbezirk Württemberg unter folgenden Bedingungen zu betätigen:

1. Die Betätigung unterliegt den allgemeinen Grundsätzen der Militärregierung. Bei der Aufnahme der Mitglieder sind die Bestimmungen der Art. 15—17 des Gesetzes Nr. 104 vom 5. März 1946 zu beachten.

2. Die Betätigung hat sich streng im Rahmen der beiliegenden mit dem Stempel des Innenministeriums versehenen Satzung zu halten<sup>\*)</sup>. Aufgaben öffentlicher Verwaltungsstellen dürfen von dem Verein nicht übernommen werden. Die Beteiligung an der Durchführung oder dem Vollzug öffentlicher Aufgaben ist, abgesehen von rein beratenden Funktionen, nicht zulässig.

3. Satzungsänderungen sind zur Überprüfung vorzulegen und Änderungen in der Besetzung des Amtes des Vorsitzenden und seines Stellvertreters jeweils unter Anschluß einer beglaubigten Abschrift der Spruchkammerentscheidung hierher mitzuteilen.

4. Der Gesamtvorstand ist für die Einhaltung dieser Bedingungen verantwortlich.

Der rechtlichen Überprüfung der Satzung durch das zuständige Amtsgericht (Registergericht) wird durch diese Zulassung nicht vorgegriffen.

gez.: Ulrich

(Innenminister)."

II. Das Amtsgericht Stuttgart — Registerabteilung — hat unserem Antrag auf Eintragung des Vereins Ärztekammer Nord-Württemberg in das Vereinsregister unter dem 18. Juni 1949 entsprochen. Die Mitteilung des Amtsgerichts Stuttgart lautet: „Der Verein Ärztekammer Nord-Württemberg, Sitz Stuttgart, wurde heute (18. Juni 1949) in das Vereinsregister des Amtsgerichts Stuttgart unter der Nr. 297 eingetragen.“

<sup>\*)</sup> Die Satzung ist jedem Kollegen und jeder Kollegin mit Sonderrundschreiben vom 14. April 1949 zugesandt worden.

#### Teilnahme der Ärzte und ihrer Familienangehörigen an den Röntgenreihenuntersuchungen auf Grund des Gesetzes Nr. 327 vom 12. Januar 1948

In den letzten Monaten sind zahlreiche Schreiben von Ärzten beim Gesundheitsamt Stuttgart eingegangen, in denen die Ansicht vertreten wird, daß Ärzte und deren Familienangehörige der Aufforderung zur Röntgenreihenuntersuchung nicht Folge leisten müssen. Diese Auffassung ist unrichtig. Nach dem Gesetz ist jeder Einwohner verpflichtet, der Aufforderung zur Untersuchung nachzukommen.

Die Ärzte sind bei der Berufsausübung erheblich ansteckungsgefährdet, und erfahrungsgemäß ist die Tuberkulose unter den Ärzten stärker verbreitet als im Durchschnitt. Dabei macht man auch bei Ärzten häufig die Beobachtung, daß die Erkrankung längere Zeit unerkannt besteht. Auch die Ärzte sollen daher die Bestimmungen über die Röntgenreihenuntersuchungen bei sich und ihren Angehörigen beachten.

Wenn Personen den Wunsch haben, sich auf eigene Kosten außerhalb der Röntgenreihenuntersuchungen untersuchen zu lassen, so muß von ihnen eine brauchbare, vor nicht länger als 12 Monaten gefertigte Lungenröntgenaufnahme dem Gesundheitsamt vorgelegt werden (Art. 2 Abs. 2 der Verordnung vom 9. August 1948). Es genügt also nicht, von ihnen nur eine Röntgendurchleuchtung zu machen, sondern es muß eine Röntgenaufnahme dem Gesundheitsamt vorgelegt werden. Die Vorlage dieser Aufnahme und nicht nur des Berichtes ist u. a. deshalb notwendig, weil auch alte vernarbte Tuberkulosen und andere pathologische Veränderungen der Brustorgane bei dieser Untersuchung nach einheitlichen Gesichtspunkten festgestellt werden sollen.

Innenministerium Württemberg-Baden

#### Fieberthermometer

Das Innenministerium Württemberg-Baden gibt mit Erlaß Nr. X 2385 vom 20. Mai 1949 bekannt:

„Die Öffentlichkeit ist durch die Presse in den letzten Tagen davon unterrichtet worden, daß in den Westzonen große Mengen von Fieberthermometern in den Verkehr gebracht worden sind, die nicht amtlich geeicht sind oder deren Eichstempel nachgemacht ist. Nachprüfungen haben ergeben, daß diese Thermometer hinsichtlich der Temperaturangabe bis zu 3° C von den amtlich geeichten Fieberthermometern abweichen und dadurch für den beabsichtigten Zweck völlig ungeeignet sind.“

Vor Ankauf und Vertrieb nicht amtlich geeichter Fieberthermometer wird gewarnt. Auf die strengen Strafbestimmun-

gen des § 61 des Maß- und Gewichtsgesetzes vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I, S. 1499) wird hingewiesen.

Sofern nicht amtlich geeichte Fieberthermometer als solche einwandfrei erkannt werden, sind sie sofort aus dem Verkehr zu ziehen bzw. dürfen sie nicht in den Handel gebracht werden. In Zweifelsfällen wird empfohlen, die Fieberthermometer an das Eichamt in Wiesbaden, Luisenstraße 45, zur Prüfung einzusenden. In Kürze ist mit Kontrollen durch Beamte der Kriminalpolizei und des Eichamtes bei Großhändlern und in Einzelgeschäften zu rechnen.

Zur Erleichterung der Erkennung nicht amtlich geeichter Fieberthermometer werden nachstehend die wichtigsten Erkennungsmerkmale beschrieben:

#### Amtlich geeichte Fieberthermometer tragen

1. auf der Rückseite der Temperaturskala (meistens im unteren Teil) das Herstellerzeichen, das aus einem Buchstaben und einer Zahl besteht (z. B. b 243),
2. auf der Rückseite der Glashülle den amtlichen Eichstempel, der aus mehreren Zahlen und Buchstaben besteht (z. B. 17—DR—1—47 senkrecht untereinander) und eingezägt ist und sind
3. auf der Vorderseite der Glashülle außen in genauer Höhe der Marke 38° C mit einem waagerechten, etwa 5 mm langen Strich versehen, der ebenfalls eingezägt ist.

Demgegenüber ist bei nicht amtlich geeichten Fieberthermometern der Eichstempel häufig nicht eingezägt, sondern mittels Gummistempel angebracht worden und kann ohne Mühe abgewaschen werden. In anderen Fällen weichen die Eichstempel in Form und Größe erheblich von dem amtlichen Eichstempel ab und tragen meistens die Ordnungszahlen 15/1. Neuerdings sind jedoch Fälschungen beobachtet worden, die sich kaum von dem echten Stempel unterscheiden. Bei allen Thermometern mit gefälschtem Stempel, die bisher festgestellt wurden, fehlte jedoch das Herstellerzeichen und teilweise auch die Strichmarke bei 38° C.

Zur Vermeidung von finanziellen Schädigungen und Unannehmlichkeiten empfiehlt es sich, beim Ankauf von Fieberthermometern in jedem Falle nach der Herkunft derselben zu forschen.“

#### Warnung

Das Innenministerium Württemberg-Baden gibt bekannt:

In der letzten Zeit wurden an verschiedenen Stellen Radiumpräparate zu stark überhöhten Preisen angeboten und gekauft. Deshalb wird darauf hingewiesen, daß in den USA. dzt. 1 Milligramm Radium im Einzelhandel um 20 Dollar verkauft wird und daß durch die „Radium-Chemie-A.G.“, Frankfurt/Main, Forsthausstr. 70, bereits größere Mengen Radium für Krankenhäuser zum Preis von 110.— bis 120.— DM pro mg eingeführt worden sind.

Auch wird vor dem Ankauf von reinem Radium C gewarnt, das zwar eine sehr durchdringungsfähige Gamma-Strahlung aussendet, aber bereits einige Stunden nach seiner Entstehung praktisch vollständig in das Radium D umgewandelt ist, das keine Gamma-Strahlung mehr besitzt.

Zur Orientierung werden die Halbwertszeiten ( ) der verschiedenen Radiumpräparate und ihre Zerfallprodukte (→) angeführt:

- Radium (1590 Jahre) → Radium-Emanation (4 Tage) →  
Radium A (3 Minuten) → Radium B (27 Minuten) →  
Radium C (20 Minuten) → Radium D (22 Jahre) →  
Radium E (5 Tage) → Radium F (140 Tage) → Blei (stabil).

Die bestehenden Schutzvorschriften bei Verwendung in technischen oder medizinischen Radiumbetrieben sind von dem Deutschen Normenausschuß in Krefeld-Uerdingen, Pankstr. 28, zu beziehen.

#### Kassenpatient und Privathonorar

In mehreren Fällen sind Kassenärzte dazu übergegangen, von Krankenkassenmitgliedern Privathonorar zu fordern. Ein solches Vorgehen bedeutet, auch wenn es sich bei diesen Kassenpatienten um freiwillig Weiterversicherte in relativ günstigen Einkommensverhältnissen zu handeln scheint, einen Vertragsbruch.

Wir bitten die Herren Kollegen dringend, sich an die bestehenden Verträge zu halten und unberechtigte Honorarforderungen zu unterlassen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist sonst gezwungen, auf Antrag der Krankenkassen die Ärzte zur Verantwortung zu ziehen.

Nach § 313 Ziffer 1 (RVO) kann ein früheres Pflichtmitglied sich als freiwilliges Mitglied bei der Krankenkasse weiterversichern, auch wenn es nicht mehr versicherungspflichtig ist. So entstehen Fälle von Kassenmitgliedschaft, die vom Arzt als unbillig empfunden werden. Da es sich indessen um eine reichsgesetzliche (RVO) Regelung handelt, besteht für die Kassenärztliche Vereinigung zur Zeit keine Möglichkeit, Abhilfe zu schaffen, und die Kollegen werden gebeten, diese gesetzliche Regelung zu respektieren, bis eine grundlegende Änderung auf dem Wege über das Bundesparlament erfolgt.

Nach § 51 des Kassenärztlichen Landesvertrags darf der Kassenarzt von den Kassenberechtigten Privathonorar bzw. Zuschlag nur in folgenden Fällen fordern:

- für Mehrkosten an Wegegeldern, die durch Besuche von weiter entfernt wohnenden Ärzten bei Übergehung der näher wohnenden Ärzte entstehen;
- wenn der Kassenberechtigte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigt;
- wenn ein Kassenberechtigter sich in eine andere als die niederste Verpflegungskategorie eines Krankenhauses oder einer Klinik aufnehmen läßt und unterschrieben bestätigt, daß er auf eigene Kosten behandelt werden will. Kann der Kranke infolge seines Krankheitszustands diese Bestätigung nicht selbst geben, so muß sie von den beteiligten Anverwandten, oder ist er minderjährig, von seinem gesetzlichen Vertreter abgegeben sein;
- wenn ein Kranker den Krankenschein nicht innerhalb fünf Tagen beibringt;
- für alle Bescheinigungen, die von Kranken nicht im dienstlichen Interesse der Krankenkasse gewünscht werden, besonders für Krankheitszeugnisse für Arbeitgeber, private Versicherungen, Schulzeugnisse u. dgl.;
- für Leichenscheine;
- für Briefe, die im Interesse des Kranken auf dessen Wunsch an ihn oder seine Angehörigen gerichtet werden.

#### Röntgenkommission (Sachverständigenausschuß)

Nach Absatz 3 der Richtlinien für die Sachverständigenausschüsse gemäß § 12 des Mantelvertragsmusters vom 4./5. November 1932 sind Sachverständigenausschüsse zu bilden, welche berechtigt und im Bedarfsfalle verpflichtet sind, sich durch Stichproben von der Leistung des einzelnen röntgenologisch tätigen Kassenarztes zu überzeugen. Dabei können Filme und die dazu gehörenden Befundberichte bzw. Bestrahlungsprotokolle eingefordert werden.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, hat in seiner Sitzung am 19. Mai 1949 folgende Ärzte zu Mitgliedern der Röntgenkommission (Sachverständigenausschuß) gewählt:

- Professor Dr. med. Alfred Reiser, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, Stuttgart  
 Dr. med. Alfred Edinger, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, Stuttgart-Deckerloch  
 Dr. med. Rolf Glauner, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, Stuttgart  
 Dr. med. Werner Burkart, Facharzt für Chirurgie, Stuttgart  
 Dr. med. Wolfgang Rieger, Facharzt für innere Krankheiten, Mühlacker  
 Dr. med. Hermann Steng, prakt. Arzt, Endersbach/Krs. Waiblingen.

Dieser Kommission ist auch die Zulassung von Ärzten zur Röntgentätigkeit für die Krankenkassen übertragen worden.

Dem bisherigen Röntgenausschuß gehörten Dr. med. Edinger, Dr. med. Glauner und Dr. med. von Held an. Dieser Röntgenausschuß hat in der Zeit vom 5. August 1948 bis 17. Mai 1949 296 Anträge auf Zulassung zur Röntgentätigkeit für die Krankenkassen bearbeitet. Von diesen Anträgen wurden 201 genehmigt und 20 abgelehnt. Die Genehmigung erstreckte sich in vielen Fällen nur auf ein Teilgebiet der Röntgentätigkeit. 3 von den abgelehnten Anträgen wurden dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in seiner Eigenschaft als Berufungsinstanz für den Röntgenausschuß vorgelegt und von diesem endgültig entschieden.

#### Elektrokardiogramm und Herzschallaufnahmen

Der Vorstand der Ärztekammer empfiehlt den Kollegen, elektrokardiographische Untersuchungen und Herzschallaufnahmen, soweit sie nicht vom Arzt selbst oder in einer Kran-

kenanstalt ausgeführt werden können, nur in solchen Instituten durchführen zu lassen, die unter ärztlicher Leitung stehen.

#### Ärztbücherei Stuttgart

Die Bücherei befindet sich in der Geschäftsstelle der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart, Danneckerstr. 26 I (Telefon 7 60 44/45 und Stadtzentrale 4 25 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 zur Zeit noch nicht möglich.

#### 50jähriges Doktorjubiläum

Der Medizinalrat a. D. Dr. Friedrich Lebküchner in Neuenstadt am Kocher, früher Oberamtsarzt und Leiter des staatlichen Gesundheitsamtes in Neuenstadt, beging am 7. März 1948 sein 50jähriges Dr.-Jubiläum. Wir entbieten dem Jubilar noch nachträglich unsere herzlichsten Glückwünsche.

#### 40 Jahre Landarzt

Am 15. Juni 1949 waren es 40 Jahre, daß Herr Kollege Karl Kühner, geboren 21. April 1877, seine Tätigkeit als Landarzt in Schrozberg, Kreis Crailsheim, aufgenommen hat. Er ist heute dort noch tätig. Herr Kollege Kühner ist der Prototyp des „guten alten Haus- und Landarztes“ und hat sich in jahrzehntelanger, eifriger und aufopferungsvollster Weise um den Aufbau unserer ärztlichen Standesbewegung als Vorsitzender der Ärzteschaft des früheren Kreises Gerabronn sehr verdient gemacht.

#### Nachruf am Grabe von Dr. med. Otto Friedel, Stgt.-Wangen (verstorben am 15. Juni 1949)

Im Namen der Ärzteschaft von Groß-Stuttgart habe ich die traurige Pflicht, unserem allseits beliebten und hochgeschätzten Mitglied Dr. Otto Friedel den letzten Gruß seiner Kollegen zu überbringen: in aufrichtiger Trauer und voll herzlichen Mitgefühls für seine lieben Nächsten stehen wir an seinem viel zu frühen Grabe.

Jäh und unerwartet hat der Tod unseren Kollegen weggerafft: sanft und mild für ihn selbst, rau und grausam für seine Familie, kaum zu glauben für uns Alle! Ich weiß, lieber Otto Friedel, daß Du in Deiner bescheidenen Art es ablehnen würdest, wollte ich viel Worte um Dich machen. Du hast Dir durch die Lauterkeit und Güte Deines Herzens, ohne die es keinen guten Arzt geben kann und die Dich einst Deinen geliebten Beruf wählen ließ, selbst ein Denkmal in den Herzen Deiner Kranken gesetzt. Unverdrossen und unermüdlich, stets gleich gut gestimmt, gewissenhaft und treu hast Du — ohne Rücksicht auf Deine eigene Gesundheit — viele lange Jahre als Arzt gewirkt. Dein Leben war ein Dienen am kranken Menschen, das nicht nach Lohn und Dank gefraßt hat und — weil Du ihn nicht begehrtest — ist Dir der Dank Deiner Kranken in so reichem Maße zugeflossen, die Dir ihr Vertrauen schenkten, äußerlich schon ersichtlich an dem großen Umfange Deiner Praxis.

Nun ruhest Du aus von Deiner vielen Arbeit, und wir nehmen Abschied von Dir mit dem in dieser Abschiedsstunde besonders wehen Gefühl: Sie haben einen guten Mann begraben und Vielen war er mehr!

Dr. Fromlet.

#### Dr. med. Stefan Sedlaczek, Stuttgart-Untertürkheim, gestorben

Nur ein kleiner Kreis wußte von der schweren Erkrankung des bis Weihnachten 1948 noch immer tätigen Untertürkheimer prakt. Arztes Dr. St. Sedlaczek. Auch ich, seit vielen Jahren mit ihm befreundet, wurde von der Nachricht seines Todes am 28. Mai völlig überrascht und konnte ihm nur noch den letzten Gruß der Ärzteschaft aufs frische Grab legen, das nur eine kleinere Schar Trauernder umsäumte, während doch so viele, viele ihm für seine Hilfe danken und immer danken müssen. Ich habe ihn einige Male während der wenigen Urlaubstage, die er sich gegönnt hat, vertreten dürfen und habe so recht sein unermüdliches, stilles, gütiges, hilfsbereites Wesen schätzen gelernt und kann ermesen, was er in über

dreißigjähriger großer Arztpraxis an segensreicher Tätigkeit für das Wohl unserer Bevölkerung geleistet hat. Daneben war er tätig im Arbeitersamariter-Bund, im Roten Kreuz und Rettungsdienst.

Die große Lücke, die sein Tod gerissen hat, auszufüllen, wird eine schwere Aufgabe für seinen einzigen Sohn sein, der die Praxis seines Vaters weiterführen wird.

Dr. Keller, Wangen.

## ARZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

### Nachruf

für den verst. Herrn Dr. med. Wolfgang Vayhinger,  
Schramberg (Gesprochen von Dr. Bihl, Rottweil)

Mai 1949

Einer der angesehensten und geachtetsten Ärzte im Kreis Rottweil ist mit Herrn Dr. Vayhinger ins Grab gesunken. Selbst Arztsohn hat er durch 42 Jahre in seiner Heimatstadt Schramberg ein Arzttum repräsentiert, das sich in Liebe zum kranken Menschen, im Streben nach Objektivität und in

stetem Bemühen um die eigene Vervollkommnung verbraucht hat. Ein an äußeren und beruflichen Erfolgen reich gesegnetes Leben verlieh ihm eine geachtete Stellung, in der er zum öffentlichen Nutzen und zum Segen der Tuberkulosekranken gewirkt hat und allgemein geachtet und von niemand befeindet zu einem Wohltäter der Menschheit wurde. Er brachte Ehre und Anerkennung dem ärztlichen Stande in den Grenzen seiner Wirkungsmöglichkeit und verdient das dankbare Gedenken, das ihm die Ärzteschaft Schrambergs und des Kreises Rottweil am Grabe gezollt hat.

## ARZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

### Dr. med. Albert Heddaeus, Mannheim, 80 Jahre

Am 18. Juni vollendet unser Kollege Dr. Albert Heddaeus, Mannheim-Feudenheim, sein 80. Lebensjahr.

Geboren in Achtelsbach bei Birkenfeld a. d. Nahe, wo sein Vater als Kirchenrat wirkte, wuchs er in die so große Epoche des ärztlichen Klassizismus des vorigen Jahrhunderts hinein. Nach Erledigung des Staatsexamens in Heidelberg hatte er sich für seinen späteren Weg zu entscheiden: sein Wahlfach wurde die Chirurgie. Die großen Szenen seines späteren Wirkens in diesem langen Lebensdrama sind vor allem bestimmt durch die Namen Czerny in Heidelberg und Eiselsberg in Wien, später durch Bier und Körte. Als Forscher lieferte er Arbeiten über Tetanus-Serum und Gelenkerkrankungen. In Trier erste Niederlassung als Chirurg, später in Zittau mit eigener Klinik. Während des ersten Weltkrieges chefärztliche Tätigkeit an der Front und in Mannheim, wo er dann auch nach dem Kriege verblieb. Im zweiten Weltkriege hieselbst chirurgisches Wirken im Lanz-Krankenhaus und als Leiter der chirurgischen Abteilung des Polizei-Krankenhauses in Schriesheim bei Mannheim.

In dieser ganzen Zeitspanne hatten namentlich die Kollegen Mannheims sich seines großen Interesses für ihre beruflichen Belange zu erfreuen, zu deren Wahrung er immer wieder sich bereit zeigte, aktiv mitzuhelfen.

Seit dem ersten Weltkriege knüpfte Heddaeus Freundschaft und Zusammenarbeit vor allem mit Bier an, die bis zu dessen

Heimgang währte. Mit diesem Großen verband ihn namentlich neben gemeinsamen fachwissenschaftlichen Belangen seine Einstellung als Arzt der Patientenschaft gegenüber, die sich nicht einzig beschränkte auf eine Erhaltung der Voraussetzungen des Lebens im Sinne der naturwissenschaftlichen Theorien einer großen Epoche, in die er hineingeboren war, sondern, wie Bier sich insbesondere in seinen Spätjahren mit Problemen, die außerhalb seines Fachgebietes ihm aus seinem Denken als Arzt und Mensch nahe kamen, und dann mit metaphysischen Belangen beschäftigte, so ging und geht es auch Heddaeus nicht nur mehr um Voraussetzungen, sondern auch um die Bestimmung unseres Lebens. Voraussetzungen zu schaffen ist immer Aufgabe der Forschung, deren hoher Flug schnurgerade zu immer neuen, ungeahnten Ergebnissen führen wird; das Leben selbst aber ist bestimmungsgemäß ewiger Kreislauf vom Anfang zum Ende. Und auf dieser Peripherie hat der Arzt den Menschen als ein abgeschlossenes Ganzes zu geleiten als Vertrauter all seiner Mollimina, als ein Einzelwesen mit seinen Leidenschaften. Ein solcher Arzt, ein solcher Mensch ist und war Heddaeus. Als solchen grüßen und werten wir ihn heute als einen der Unseren; als solcher hat er unsere Liebe und Verehrung und als solchen beglückwünschen wir ihn heute dankerfüllt und mit dem Wunsche, er möge auch weiterhin mit uns in seiner beglückenden geistigen und körperlichen Frische wirken: ad multos annos!

## LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

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

### Bericht über die 4. Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer Süd-Baden in Freiburg am 14. Mai 1949

Der das abgelaufene Halbjahr umfassende Geschäftsbericht von Dr. Kraske ging zunächst auf die freie Niederlassung in Süd-Baden ein. Die Kontrolle der Ärztekammer beschränke sich nur noch auf das Ausbildungsminimum einer dreijährigen, nicht selbstständigen Tätigkeit nach dem Staatsexamen, auf die Beurteilung der räumlichen Verhältnisse und die Person des Arztes selber. Da der Arzt die Verantwortung für seine Existenz weitgehend selbst tragen solle, könne die Bedürfnisfrage nicht mehr entscheidend sein.

Für die Zulassung zu den RVO-Kassen gelte unverändert die Zulassungsordnung vom 17. Mai 1934 in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. September 1937. Nur die Berufungsinstanz sei auf Grund einer Vereinbarung mit dem Arbeitsministerium umgebildet. Die nach der alten Ordnung vorgesehene dritte Instanz, das Schiedsamt, falle weg, dafür sei die zweite — endgültige — Revisionsstelle paritätisch

mit je 3 Vertretern unter Vorsitz eines von der Direktion Arbeit benannten Volljuristen besetzt.

Der im August 1948 gebildete Zulassungsausschuß habe fünfmal getagt und schwebende Fälle erledigt. Die Verhältniszahl liege jetzt bei 640. Freie Kassenarztstellen kämen in Zukunft im Südwestdeutschen Arzteblatt zur Ausschreibung.

Die schulärztliche Tätigkeit, für welche das Ministerium keine Mittel mehr zur Verfügung habe, solle künftig von ehemaligen Amtsärzten ausgeübt werden. Die Auswirkungen blieben abzuwarten.

Das Problem der nicht niedergelassenen Ärzte bestehe weiter. Die badischen Assistenzärzte hätten sich dem Markburger Bund angeschlossen. Eine gewisse Besserung der Lage sei durch das Einwirken des Ministeriums des Innern auf Schaffung neuer und bezahlter Stellen erreicht worden. Oft lägen die Schwierigkeiten darin, daß viele Jungärzte Frau und Kinder hätten, wodurch die Wohnungsfrage kompliziert würde. Die Festlegung einer Mindestzahl von Stellen werde im neuen Krankenhausgesetz angestrebt.



Mindestens ebenso groß sei die Notlage der **alten Ärzte**. Als Übergangslösung habe man im November ein Notopfer beschlossen, das leider von den Ärzten nur zögernd bezahlt werde.

Auf die **Beziehungen der Ärztekammer zu den Trägern der Sozialversicherung** habe sich der Einschluß der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Ärztekammer bisher günstig ausgewirkt. Am 19. Juli 1948 sei eine Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der französischen Besatzungszone mit geschäftsführendem Sitz in Freiburg gebildet worden. Über das Ergebnis ihrer Verhandlungen mit dem VdO, zur Regelung der Junihonorarfrage und einer allgemeinen Honorarerhöhung sei an anderer Stelle ausführlich berichtet.

Betreffs der in der letzten Zeit recht lebhaft gewordenen **Pressepropaganda** verteidigte der Referent die Ärztekammer gegen den Vorwurf zu großer Zurückhaltung. Eine Ständevertretung habe nach seiner Auffassung die Pflicht zu einer gewissen Distanz. Außerdem werde viel Unrichtiges und Unsachliches behauptet, so daß es zweckmäßiger scheine, Streitfragen nicht in dieser Form zu erörtern.

In besonderer Weise seien im Laufe des letzten Jahres die **Krankenhausärzte** öffentlich angegriffen worden. Auch hier werde versucht, mit der Gegenseite zu einer vernünftigen und sachlichen Aussprache zu kommen.

Im Verlauf der weiteren Beratung beschloß die Abgeordnetenversammlung auf Antrag die Wiedererrichtung einer Bezirksärztekammer Lörrach.

Darauf wurde eine vom Vorstand vorgelegte **Geschäftsordnung der Landesärztekammer Süd-Baden** angenommen und der Voranschlag für das Geschäftsjahr 1949 genehmigt.

Mit der **Neuregelung des Fürsorge- und Versorgungswesens** wurde ein gewählter Ausschuß betraut. Der allgemeine Wunsch nach einem Übergang von der Gruppenversicherung zum Umlageverfahren kam deutlich zum Ausdruck.

Zuletzt beschloß die Versammlung einstimmig, die Staatsregierung offiziell und eindringlich zu bitten, um die frühzeitige Zuziehung einer ärztlichen Vertretung bei allen Beratungen über gesundheitliche und Sozialversicherungspläne bemüht zu sein.

#### Bildung einer Ärztlichen Kreisvereinigung:

Am 11. Juni 1949 wurde durch eine in Freiburg abgehaltene Ärzteversammlung die Gründung einer Ärztlichen Kreisvereinigung Freiburg Stadt und Land beschlossen. Zum 1. Vorsitzenden wurde Herr Dr. B. Villinger, Freiburg, gewählt.

#### Neuregelung der Lebensmittelzulagen für Blutspender

(Anordnung des Badischen Ministeriums der Landwirtschaft und Ernährung, Abteilung Ernährung, III B — 72 Nr. 215 vom 28. Mai 1949)

Im Zuge der Angleichung an die Gesundheitszulagen der Bizone werden mit Wirkung vom 1. Juni 1949 für Blutspender folgende Lebensmittelzulagesätze festgelegt:

Bei Entnahme von je 100 ccm Blut (Blutentnahmen über 50 ccm werden als volle 100 ccm bewertet) erhalten:

- a) Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre:  
 250 g Fleisch (oder 6 Eier)  
 3 1/2 l Vollmilch  
 250 g Zucker (oder 300 g Nährmittel)  
 = 3255 Kalorien.
- b) Erwachsene über 20 Jahre:  
 250 g Fleisch (oder 6 Eier)  
 125 g Butter  
 1 1/4 l Vollmilch  
 250 g Nährmittel  
 = 3103 Kalorien.

Gemüse und Fruchtzulage ist nicht mehr aufgeführt, da diese Produkte nicht mehr bewirtschaftet werden.

Zulageausgabe für den Fall einer Blutspende von 300 ccm:  
 zu a):  $3 \times 3255$  Kalorien = 9765 Kalorien  
 zu b):  $3 \times 3103$  Kalorien = 9309 Kalorien.

Bei 350 ccm Blutspende ist die Zulage zu a und b vierfach zu gewähren, da ab 50 ccm Blutspende der volle Zulagesatz

gewährt wird (entsprechend ab 250 ccm der 3fache Satz usw.). Der Nachweis der Blutentnahme ist durch eine ärztliche Bescheinigung zu erbringen.

Die Zulage ist auch dann zu gewähren, wenn die Blutspender anderweitige Zulagen erhalten. Sie dürfen nicht gekürzt werden, wenn der Blutspender schon vor Ablauf der ihm wegen der Blutspende gewährten Sonderzulage infolge erneuter Blutspende neue Ansprüche auf Grund dieses Erlases hat.

Die Zulage für Blutspender ist in Form von Reisemarken auszugeben.

Die bisherigen Bestimmungen betr. Zulagen für Blutspender vom 9. Januar 1947 III A — 73 Nr. 6 und vom 19. Juli 1947 III A — 72 Nr. 382 treten hiermit außer Kraft.

#### Zulagen für Frauenmilchspenderinnen

(Anordnung des Badischen Ministeriums der Landwirtschaft und Ernährung, Abteilung Ernährung, III B — 76 Nr. 213 vom 25. Mai 1949)

Unter Aufhebung der bisherigen Bestimmungen über Zulagen für Frauenmilchspenderinnen wird mit Wirkung vom 1. Juni 1949 in Angleichung an die Bestimmungen über Gesundheitszulagen in der Bizone folgende Neuregelung getroffen:

1. Frauen, die Milch an unter ärztlicher Leitung stehende Frauenmilchsammelstellen oder Krankenanstalten, Kinder- und Säuglingsheime abgeben, erhalten eine Ernährungszulage. Die Sammelstelle bzw. das Krankenhaus usw. hat der Spenderin eine Bescheinigung über die in der abgelaufenen Woche gespendete Milchmenge auszustellen, auf Grund deren das Ernährungsamt die unten aufgeführten Zulagen in Form von Reisemarken auszugeben hat.

Wird die Frauenmilch nicht in einer Sammelstelle gewonnen, so darf die Zulage nur gewährt werden, wenn die Milch in einwandfreiem Zustand an der Sammelstelle abgeliefert wird, worüber Bestätigung erforderlich ist. Die Höhe der Zulage beträgt

#### für eine Frauenmilchspende von 500 g Muttermilch:

Butter	40 g
Vollmilch	3/4 l
Zucker	100 g
Fleisch	50 g

2. Milchmengen, die bei der wöchentlichen Abrechnung nicht berücksichtigt wurden, sind bei der Abrechnung der folgenden Woche hinzuzuziehen.

Ohne Rücksicht auf die gespendete Gesamtmilchmenge darf die Zulage für **Großspenderinnen** jedoch nur bis zu einer wöchentlichen Höchstmenge von

Butter	560 g
Vollmilch	7 l
Zucker	1400 g
Fleisch	700 g

gewährt werden.

Die wöchentliche Kalorienmenge bei einer Spende von 25 l Frauenmilch beträgt 10 833 Kalorien.

Die Höchstzulage für Großspenderinnen ohne Rücksicht auf die gespendete Gesamtmenge stellt einen wöchentlichen Kalorienwert von 16 152 Kalorien dar. Diese Höchstsätze können in keinem Fall überschritten werden.

#### Persönliche Nachrichten

Am 15. Juni 1949 war Herr Dr. Alfred Jeanmaire, Waldkirch, 50 Jahre als approbierter Arzt tätig.

Am 30. Juni 1949 feierte Herr Dr. August Kosenbach, Freiburg, seinen 70. Geburtstag.

Im Bereich der Landesärztekammer Süd-Baden starben: Dr. med. Hösl, Bernhard, Bonndorf, am 20. Juni 1949 im Alter von 62 Jahren,

Dr. med. Kempf, Georg, Offenburg, am 15. Juni 1949 im Alter von 63 Jahren,

Dr. med. Nohl, Ernst Friedrich, Müllheim, am 11. Juni 1949 im Alter von 72 Jahren,

Dr. med. Sachs, Wilhelm, Staufen, am 11. Juni 1949 im Alter von 81 Jahren.

Diesem Heft sind ein Prospekt der Firma Guilini G.m.b.H., Ludwigshafen/Rh., über „Acisorban-B“ und zwei Prospekte des eigenen Verlages 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. Ausgabe Juli 1949