

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

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

9 (1.9.1949)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

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

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 9

STUTT GART, SEPTEMBER 1949

4. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Scholz:	Ergebnisse der Tuberkuloseforschung der letzten Jahre	163
Dr. Neuffer:	Reform des Krankenversicherungswesens — aber wie?	167
Dr. Pantlen:	Die Durchführung einer komplikationsfreien Sulfonamidbehandlung und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt	169
Dr. Stütz:	Über 6 Fälle von einheimischer Malaria mit langer Inkubation . . . . .	172
Buchbesprechungen . . . . .		174
Bekanntmachungen . . . . .		176
	Ärztékammer Nord-Württemberg E. V. . . . .	177
	Ärztékammer Württemberg-Hohenzollern . . . . .	177
	Ärztékammer Nord-Baden . . . . .	183
	Landesärztékammer Süd-Baden . . . . .	183
Geschäftliche Mitteilungen . . . . .		184

Der 52. Deutsche Ärztetag hat in Hannover vom 1.—3. September 1949 stattgefunden. Über den Verlauf und das Ergebnis wird in der nächsten Nummer der „Ärztlichen Mitteilungen“ ein Übersichtsbericht erscheinen; außerdem erhält jeder Arzt ein Sonderheft, in dem die Referate und Entschlüsse im Wortlaut wiedergegeben werden.

## Ergebnisse der Tuberkuloseforschung der letzten Jahre

Von Prof. Dr. med. Harry Scholz, Stuttgart

Der Anstieg der Tuberkuloseerkrankungen, die Änderung des Krankheitsbildes durch Auftreten schwerer exsudativer Prozesse im Erwachsenenalter, besonders bei Kriegsteilnehmern und älteren Menschen, auf der andern Seite das Bekanntwerden aussichtsreicher therapeutischer Möglichkeiten haben das Interesse an der „weißen Seuche“ wiederum belebt (Blittersdorf, Tuberkulosearzt 3: 12, 1949. — Staemmler, Dtsch. med. Wchschr. 74: 33, 1949. — Kayser-Petersen, Dtsch. med. Wchschr. 74: 644, 1949. — Jentgens, Tuberkulosearzt 2: 478, 1948). Ohne Mitarbeit des Praktikers ist eine Tuberkulosearbeit nicht vollkommen, seine Feststellungen und Maßnahmen sind für das Schicksal des Erkrankten oft von ausschlaggebender Bedeutung. Noch immer werden Fälle bekannt, in denen eine wesentlich frühere Entdeckung der Tuberkulose möglich gewesen wäre, wenn früher an ihre Möglichkeit gedacht worden wäre. Der Hinweis auf die Frühdiagnose — durch rechtzeitige Veranlassung der Röntgenuntersuchung — soll deshalb auch diesen Ausführungen vorangehen, in denen eine Übersicht der wichtigsten neueren Ergebnisse auf diesem Gebiet gegeben werden soll.

Das sicherste Verfahren, der Ausbreitung einer Seuche entgegenzutreten, ist ihre Verhütung. Bei vielen Infek-

tionskrankheiten ist ein Seuchenschutz mehr oder weniger wirksam gelungen, wie allgemein bekannt ist. Bei der Tuberkulose hat nach den ersten Versuchen von Robert Koch zur Gewinnung einer Schutz- und Heilpotenz aus den Krankheitserregern eine ununterbrochene Forschungsarbeit leider nur zu nicht befriedigenden Resultaten geführt. Erst das von Calmette und Guérin angegebene Verfahren mit Hilfe eines abgeschwächten lebenden bovinen Bazillus, der heute als **Bacille Calmette-Guérin** (BCG) bekannt ist, hat eine von Jahr zu Jahr steigende Anerkennung gefunden. Nur mit einem lebenden Erreger lassen sich die bei der natürlichen Infektion eintretenden Folgen nachahmen, die unter dem Bilde der Allergie bemerkbar werden. Diese Folgen sind einmal die Resistenzsteigerung, die bei entsprechender Konstitution zur Abwehr des Infekts führt oder, falls die Kräfte des Erregers überwiegen, die Primärtuberkulose als Einleitung der Krankheitsentwicklung. Der BCG löst nun, wie durch millionenfache Erprobung in der ganzen Welt immer wieder bestätigt werden konnte, nur den ersten Effekt einer natürlichen Infektion aus (Wallgren, Calmette-Impfung, Stockholm 1948. — Lütgerath, Dtsch. med. Wchschr. 74: 419, 1949. — Delachaux, Praxis 38: 253, 1949).

Die Allergie tritt ein, der Primärherd bleibt aus. Darin liegt der Grund, weshalb man die Schutzimpfung ohne Bedenken empfehlen kann: sie ist **völlig unschädlich**. Diese Feststellung muß jeder Empfehlung vorangehen. Sie sollte aber auch nicht durch gegenteilige Behauptungen beeinträchtigt werden, was v. Drigalski im Oktober 1948 bei der Tagung der Dtsch. Tuberkulosegesellschaft unter Hinweis auf die „moralische Haftpflicht der Ärzte“ gerügt hat (Tuberkulosearzt 3: 105, 1949). Es sind freilich auch von Nachprüfern Einwendungen gegen die Schutzimpfung erhoben worden. Den Ablauf dieses seit den ersten Arbeiten Calmettes anhaltenden Streits schildert Wallgren, der seit 20 Jahren die zum Erfolg führende Methodik des Impfverfahrens erprobt hat. Im 2. Teil setzt er sich mit den insbesondere von Levine und Sackett, Wilson u. a. erhobenen Einwänden auseinander und führt aus, daß bei richtiger Beschaffenheit des Impfstoffs, richtiger Auswahl der Impflinge und richtiger Technik der Impfung das Calmette-Verfahren als Schutzmittel gegen Tuberkulose recht hohe Anforderungen zu erfüllen scheint.

Man darf aus der Vakzination nicht einen für Lebenszeit anhaltenden absoluten Schutz erwarten. Die Impfung schützt gegen die primären und postprimären Affektionen. Da diese namentlich beim Neugeborenen und Kleinstkind sehr ungünstig verlaufen, ist gerade bei diesen ein künstlicher Schutz erwünscht, der sich erfreulicherweise mit der BCG-Impfung schon bei dieser Gruppe der Gefährdeten erreichen läßt.

Wie weit man den Rahmen der Bedürftigen spannen soll, ist noch umstritten. In den skandinavischen Ländern hat man in 20jähriger Arbeit die Vakzination auf immer größere Kreise ausgedehnt, ohne einen allgemeinen Zwang einzuführen. Das Verfahren hat sich dort wie auch in Finnland große Volkstümlichkeit erworben. Mindestens sollte jeder Gefährdete und bisher noch nicht gegen Tuberkulin Reagierende, d. h. Schutzlose in gefährdender Umwelt zur Impfung bewogen werden. Hier können sich die Hausärzte ein Verdienst erwerben durch entsprechende Aufklärung der Verantwortlichen. Ein „Nachteil“ der BCG-Impfung ist die Überdeckung einer bei natürlicher Infektion (Superinfektion) eintretenden Allergie. Vielleicht gelingen die Versuche, bei bestehender Calmetteimpfung mit Allergie eine nebenhergehende Änderung der Reaktion durch entsprechende Auswertung der Hauteffekte zu erkennen. Ein allgemeiner Verzicht auf die Impfung kann nur dort in Frage kommen, wo die Morbiditätsziffer bis in die Nähe des Nullpunkts abgesunken ist und, wie Myers (Amer. J. publ. health 38: 516, 1948) meint, eine „Gefährdung“ nicht besteht. Für uns dürften solche Erwägungen zunächst nicht in Frage kommen.

Von veterinärmedizinischer Seite wurde die **Durchführung der Schutzimpfung bei Kälbern empfohlen**, da alle sonstigen Maßnahmen zur Eindämmung der Rindertuberkulose sich als nicht wirksam genug erwiesen haben und die Gefahr der Übertragung durch infizierte Milch sehr ernst genommen werden muß (Tuberkulosearzt 2: 716 und 813, 1948).

Eine besondere Bedeutung besitzt die Schutzimpfung, wie schon erwähnt, bei Neugeborenen, namentlich wenn die Mutter bei der Entbindung an ansteckender Tuberkulose gelitten hat. Die Entfernung der Kinder von der kranken Mutter ist eine zeitlich begrenzte Vorbeugung, auch kann eine dauernde Entfernung eines Kindes wegen

eines andern tuberkulösen Familienmitglieds nicht durchgeführt werden. Es ist deshalb die frühzeitige Impfung des Säuglings zu erwägen. Die Impfung der Kleinkinder wird zwar von einzelnen Autoren abgelehnt, da der Effekt nicht ausreichend zu gestalten wäre. Die Mehrzahl der Sachverständigen vertritt aber die Ansicht, daß auch Säuglinge vakziniert werden können, vielleicht durch Änderung der Impftechnik mit größerer Aussicht auf Erfolg (Skarifikation, Punktur). Wenn nach 8—10 Wochen die Tuberkulinreaktion positiv geworden ist, hat das Kind den möglichen Schutz gegen eine sonst vielleicht letale Primärtuberkulose erhalten. Bei negativer Tuberkulinreaktion ist die Impfung zu wiederholen.

Die Wahrscheinlichkeit der Entbindung tuberkulöser Mütter wird in Zukunft größer werden. Mehr und mehr wird die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose abgelehnt. Es kommen zwar Verschlechterungen der Tuberkulose mit tödlichem Ausgang (Miliartuberkulose, Meningitis) im Verlauf von Gravidität und Wochenbett vor. Andererseits ist erwiesen, daß die überwiegende Mehrzahl der tuberkulösen Frauen durch Austragen keine Verschlimmerung ihres Lungenleidens erfährt. Auch wird ein bestehendes Lungenleiden durch die Unterbrechung nicht günstig beeinflusst. Wiedermum gelingt es, die bestehende Tuberkulose trotz der Schwangerschaft durch entsprechende Behandlung zu bessern, so daß die Belastung mit Gravidität, Partus und Puerperium ohne Einfluß bleibt. Fast jede Form der üblichen Therapie läßt sich durchführen; vor allem wird ein lang befristetes Heilverfahren im Sanatorium zu gewähren sein, in dem auch die Entbindung und anschließende Beendigung der Kur erfolgen soll (Entbindungsabteilungen in Heilstätten). Auf diese Weise wird neben der gesundheitlichen Bedrohung, die für den Gutachter die einzige Indikation für die Empfehlung einer Unterbrechung geben kann, auch die soziale Belastung aufgehoben, die beim Verbleiben in hygienisch und wirtschaftlich unzureichendem Milieu erschwerend hinzutrat. Die Behandlungserfolge werden auch bei den Schwangeren besonders dann befriedigen, wenn die Therapie rechtzeitig einsetzt. Dieser Forderung wird gedient durch die frühzeitige Erkennung der Krankheit und ihrer Behandlungsbedürftigkeit. Heymer (Tuberkulosearzt 3: 1, 1949) hat vorgeschlagen, gleichzeitig mit Feststellung der Schwangerschaft eine Röntgenuntersuchung der Lungen vorzunehmen, um unerkannt verlaufende Tuberkulosen auszuschließen.

Die Lungenblutungen bei Tuberkulose werden im allgemeinen auf Arrosion oder Ruptur von Gefäßen zurückgeführt. Sturm (Tuberkulosearzt 2: 263, 1948) neigt zu der Ansicht, daß diese Erklärung eine geringere Berechtigung hat, abgesehen von Spätblutungen in Kavernen. Im übrigen hält er eine nervale Genese für gegeben. Durch Erregung der Lungenstrombahn kann es zur Durchlässigkeit der Kapillaren und Austritt von roten Blutkörperchen kommen, wobei segmental verlaufende Reflexe durch primär zerebrale Reize, durch intrapulmonale und vom Hilus und Mediastinum ausgehende Erregung wirksam werden. Böhm (Tuberkulosearzt 2: 251, 1948) hat Lungenblutungen bei Tuberkulose als Überempfindlichkeitserscheinung auftreten sehen. Wie eine eigene Beobachtung gezeigt hat, kann eine Lungenblutung auch durch Störung des Gerinnungsvorgangs, erkennbar an Veränderung der Prothrombin-

zeit, erfolgen. In dem betr. Fall wurde nach erfolglosen Versuchen mit den üblichen Hämostyptics durch K-Vitamin die Hämoptye unter gleichzeitigem Anstieg der herabgesetzten Thrombozytenzahl zum Stehen gebracht und trat nicht wieder auf, wenn die Blutplättchenzahl normal blieb, obwohl die Kaverne weiterbestand.

Die Behandlung der Tuberkulose hat durch die Einführung der neuen chemotherapeutischen Mittel bisher nicht für möglich gehaltene Aussichten erhalten. Zum ersten Male sind Fälle, wie Erkrankungen an Miliartuberkulose zu unbestreitbaren Heilungen gebracht worden. Noch ist es aber zu früh, die bisher bewährten Methoden deswegen zu vernachlässigen. Insbesondere wird die **operative Therapie** nach wie vor, vorbereitet durch vorangehende chemotherapeutische Behandlung, uneingeschränkt gebraucht werden.

Es ist neuerdings vorgeschlagen worden (Ahringsmann, Med. Klin. 43: 388, 1948) die Erstanlage des künstlichen Pneumothorax häufiger als bisher ambulant zu vollziehen, weil die immer noch sehr lange Wartezeit vor der Einberufung in eine Heilstätte den geeigneten Zeitpunkt in Frage stellen könnte. Zweifellos wird es in gewissen Fällen wichtig sein, die Gasbrust ohne Verzögerung anzulegen; in solchen besonders dringlichen Fällen müßte es aber doch gelingen, für die notwendige Zeit ein Bett im heimischen Krankenhaus zu erlangen, um den in ambulanter Behandlung nicht tragbaren möglichen Zwischenfällen zu entgehen. Bei rechtzeitiger Erkennung, auf deren Notwendigkeit nochmals hingewiesen sei, wird es auch kaum so dringliche Fälle geben, daß sie nicht einige Wochen Wartezeit mit Schnelleinweisung ertragen können.

Die Erfolge der Strangdurchbrennung zur Vervollständigung der Gasbrust sind bekannt. Die Diskussion über den geeignetsten Zeitpunkt ist noch nicht abgeschlossen (Rickmann, Tuberkulosearzt 2: 356, 1948. — Herholz, Tuberkulosearzt 3: 139, 1949). Die Empfehlung der Frühkaustik (Sofortkaustik) stehen warnende Stimmen gegenüber. Man wird den Kranken wohl Zeit lassen müssen, sich an ihren Pneumothorax zu gewöhnen, da der Träger sicher Schwankungen des vegetativen Gleichgewichts ausgesetzt ist, die eine Anpassungszeit verlangen. Nur da, wo von vornherein der Effekt des Pneumothorax nur durch Beseitigung eines fixierenden Stranges überhaupt möglich wird, wird man sobald als möglich eingreifen. Gegen eine Ableuchtung des Luft-raums auch in den Fällen, die im Röntgenbild keine Adhäsionen zeigen, wird kein Einwand zu erheben sein, da häufig erst die endoskopische Kontrolle die Lage klärt.

Die nach anfänglich ausgedehnter Verwendung zeitweilig in den Hintergrund getretene künstliche Zwerchfelllähmung ist neuerdings wieder mehr gebräuchlich geworden. Zwar ist die zu dauerndem Zwerchfellhochstand führende Ausrollung des N. phrenicus zugunsten der temporären Ausschaltung durch Quetschung verlassen worden. Eine besondere Anzeige hat der Eingriff erlangt in Verbindung mit der Luftfüllung des Bauchraums, die jetzt in steigender Häufigkeit zur Behandlung der Lungentuberkulose vorgeschlagen wird (Weiß und Siegfried, Tuberkulosearzt 1: 61, 1947. — Stribrny, Tuberkulosearzt 3: 211, 1949. — Zwirner, Tuberkulosearzt 3: 43, 1949). Die Hochdrängung des Zwerchfells, das durch die Phrenicusausschaltung erschlaft ist, beeinflußt in ähnlicher Weise wie beim

Pneumothorax die physiologischen Bewegungs-, Kreislauf- und Stoffwechselfvorgänge in der kranken Lunge. Die Patienten vertragen den Eingriff überraschend gut; regelmäßige Nachfüllungen von 800 bis 1000 ccm etwa alle 8 Tage über Jahre werden gegeben, Nebenwirkungen — Exsudate, Hautemphysem u. a. — scheinen im ganzen seltener zu sein als Komplikationen beim Pneumothorax.

Die chirurgische Behandlung ist auch für die Tuberkulose der Halslymphome empfohlen worden (Kaiser, Schweiz. med. Wochschr. 1946. — Bahr, Flüchtlingsarzt 1947). — Die Wegnahme der erkrankten Drüsenketten hat sich auch nach jahrelanger Fisteleiterung zur endgültigen Beseitigung der manchmal sehr quälenden Zustände bewährt. Statt der üblichen Behandlung mit dem Messer wird auch die Elektrochirurgie angewandt (Ebers, Arztl. Wchschr. 865, 1947. — Brügger, Tuberkulosearzt 2: 559, 1948). —

Die im allgemeinen mehr beim Kinde bedeutungsvollen Erkrankungen der Hilus- und Mesenterialdrüsen sind anscheinend als Ausdruck der Charakteränderung der Kriegs- und Nachkriegstuberkulose auch beim Erwachsenen als klinisch wichtiges Krankheitsbild beschrieben worden. (Stein, Dtsch. Ges.Wes. 3, 1948. — Stein, Beitr. Klin. Tub. 101, 1948. — Fischer, Arztl. Forschg. 2: 1948. — Winkler, Ther. Umschau 5: 172, 1949). Auf die Hilusgegend weisen hin keuchhustenähnlicher Husten, Temperaturschwankungen, allgemeine tuberkulotoxische Symptome, schlechtes Aussehen, pseudoanginöse Brustschmerzen und neuralgiforme Interkostalbeschwerden, ferner Würgen und Schluckbeschwerden. Mit diesen Symptomen vergesellschaftet sich Blutarmut mit Monozytose und toxischer Leukozytengranulation, Augenerscheinungen (Phlyktäne, Iridozyklitis), Pleuritis, Arthritis, Hauteruptionen (Erythema nodosum). Die Blutsenkung ist häufig normal, das Röntgenbild gibt nicht immer beweisende Befunde. Bei Bauchdrüsenenerkrankung kommt ebenfalls ein meist vages allgemeines Krankheitsbild zur Beobachtung, das differentialdiagnostisch mitunter schwer gegen Gallenleiden, Appendicitis, Magengeschwür abzugrenzen ist. Bei Ausschluß dieser Krankheiten ist häufig normal, das Bauchdrüsen ausgehende auf Tuberkulose beruhende Affektion denken. Der Nachweis verkalkter Drüsen im Bauchraum (Ileocoecalgegend, Nierenlager) weist deutlicher auf solche Zusammenhänge hin, ist aber nicht immer zu erbringen. Die Tuberkulinproben sind im allgemeinen diagnostisch nicht beweisend. Die Erkennung wird deshalb oft Schwierigkeiten machen. Die Behandlung entspricht bei beiden Lokalisationen den bei der behandlungsbedürftigen Tuberkulose gebräuchlichen Maßnahmen.

Chirurgische Behandlung wird auch bei Darmtuberkulose vorgeschlagen (Firket u. a. Rév. méd. de Liège 2: 565, 1947. — Markoff, Schweiz. med. Wochschr. 78: 329, 1948. — Maisin, Act. gastr. enterolog. Belg. 10: 249, 1947. — Böhm, Tuberkulosearzt 1: 15, 1947 und 2: 681, 1948). Man unterscheidet Primär- und Sekundärtuberkulose, diese bei meist vorhandener pulmonaler Erkrankung. Bei dieser kennt man den ulcerativen vorwiegend ileocoecalen Typ, ferner den hypertrophischen Typ mit Tumorbildung am Darm, schließlich die terminale Ileitis, bei der 4 Stadien verschiedenen pathologischen Veränderungen entsprechen: 1. akute Entzündung, 2. subakute (chronische) ulcerative Enteritis,

3. chronische Verstopfung, 4. Fistelbildung. Bei den letzten beiden Formen ist operative Behandlung angezeigt. Böhm hat gefunden, daß die geschwürigen Veränderungen sich oft schon sehr frühzeitig zeigen und durch Entfernung des erkrankten Darmteils — nach röntgenologischer Diagnose — das Fortschreiten zu letaler Darmerkrankung verhütet werden kann. Auch Röntgenbestrahlung wird vorgeschlagen. Vor allem aber scheint die neue Chemotherapie auch bei den Darmerkrankungen von oft hervorragendem Erfolg begleitet zu sein. Carstensen und Sjölin (Svenska Läkartidningen 45: 729, 1948) haben mit der Paraaminosalicylsäure sehr gute Ergebnisse gehabt. Auch die Streptomycinbehandlung wird vielfach empfohlen. Die orale Zufuhr in Dosen von je 2—5 g auf kleine Gaben verteilt, ist möglich, weil es zu keiner wesentlichen Resorption kommt und das Mittel gegen den Magensaft widerstandsfähig ist. Man kann auch die in den unteren Abschnitten des Darmkanals gelegenen Krankheitsherde treffen, indem unter Beckenhochlagerung mit anschließender Rechtslage hohe Einläufe von 250 mg in 500 ccm Wasser täglich einmal verabfolgt werden. Schon nach wenigen Tagen soll diese Behandlung, die 14 Tage lang fortgesetzt wird, Milderung der Beschwerden bringen.

Zum Schluß mögen noch einige zusammenfassende Angaben über die 3 neuerdings so hoffnungsvollen Ausblicke auf eine wirksame Therapie der Tuberkulose, vor allem auch ihrer bisher teilweise unbeeinflussbaren Formen gemacht werden. Hierüber liegt schon eine große Zahl von Übersichten und Einzelberichten in allen Sprachen vor. (Heilmeyer, Dtsch. med. Wchschr. 74: 161, 1949. — Bassermann, Tuberkulosearzt 3: 72, 1949. — Cathie, Dtsch. med. Wchschr. 74: 563, 1949. — Domagk, Beitr. Klin. Tbk. 101, 1948 u. m.).

Das **Streptomycin** vermag die Tuberkelbazillen sowohl experimentell wie bei Krankheitsfällen zu hemmen. Bei Urogenitaltuberkulose wurden erhebliche Besserungen erreicht, über deren Dauer noch nichts Endgültiges gesagt werden kann. Bei fistelnden Knochenprozessen sah man gute Wirkungen. Bei Tracheobronchitis und Kehlkopferkrankung wird neben der intramuskulären Verabreichung die Aerosoltherapie vorgeschlagen. Ganz unbestreitbar sind die Wirkungen bei **Miliartuberkulose**, die erstmals durch das Mittel therapeutisch angreifbar geworden ist. Auch bei Meningitis ist in vielen Fällen der letale Ausgang abgewehrt worden, wenn auch im ganzen die endgültige Beurteilung noch aussteht. Bei Lungentuberkulose kann von einer allgemeinen Behandlung mit Streptomycin noch keine Rede sein. Die Berichte des englischen Schrifttums (Marshall, Brit. med. J. 769, 1948. — Feldmann und Hinchshaw, Brit. med. J. 87 und 105, 1948) sprechen auch in den günstig verlaufenden Fällen nicht von Heilungen. Das Mittel ist in erster Linie bei frischen exsudativen Prozessen, wahrscheinlich auch bei frischen Streuungen in älteren Fällen angezeigt und kann diese manchmal für die Durchführung anderer wirksamer Maßnahmen (Kollapstherapie) vorbereiten. Es ist noch abzuwarten, ob durch Kombination mit andern Stoffen eine stärkere Wirkung erreicht werden kann.

Dies wird z. B. von der gleichzeitigen oder abwechselnden Verwendung des **Streptomycins** und der **Paraaminosalicylsäure (PAS)** behauptet. Auch durch dieses Medikament ist eine weitgehende Verbesserung der bis-

herigen Erfolgsaussichten eingeleitet worden (Suter; Ragaz; Steinlin und Wilhelmi: Schweiz. med. Wchschr. 78, 1948. — Heilmeyer, a. a. O.). Der schwedische Biochemiker Lehmann hat gefunden, daß der Salicylsäure im oxydativen Stoffwechsel virulenter Tuberkelbazillen die Rolle eines Co-Faktors zukommt. Es zeigt sich eine Hemmungswirkung in vitro und im Tierversuch. Bei klinischer Anwendung wurde eine rasche Resorption und ebenso rasche Ausscheidung erkannt. Das Mittel muß in großen Dosen, 10—15 g täglich, gegeben werden. Die 20%ige Lösung ist wegen des schlechten Geschmacks schwer anzubringen. Besser eignen sich Dragées, die 0,34 g des Natriumsalzes mit 0,3 g freier Säure enthalten und als Aminocyl (Wander) im Handel sind. (Nach einer Notiz in der Tagespresse soll durch Abmachung mit der Schweiz das Medikament jetzt den südbadischen Heilstätten zugänglich sein.) Es werden täglich 4mal je 10 Dragées = 12 g freier Säure gegeben, nach 4 Tagen werden 3 Tage Pause eingeschaltet; bei Nierentuberkulose werden nur 20—30 Tabletten gegeben. Auf diese Weise ließ sich das Mittel bis zur Dauer eines halben Jahres verabreichen, ohne daß Komplikationen, speziell kutane und neurologische, eintraten. Auch das Blut, in dem das Serum stärker angereichert wird, bleibt morphologisch unverändert. Ohrensausen tritt nicht auf! Die überzeugendste Wirkung ist der lytische Fieberabfall ohne Schweiß; interkurrente nicht tuberkulöse Fieber werden nicht beeinflusst. Die Bazillenausscheidung bei Lungentuberkulose hört in den meisten Fällen auf; in einigen noch positiven Proben blieben die Kulturen steril, anscheinend waren die Stäbchen in ihrer Virulenz geschädigt. Allgemeinzustand und Röntgenbefund bessern sich überwiegend. Auch bei Nierentuberkulose ist eine wesentliche Besserung erkennbar. Die Kombination der PAS mit Streptomycin ist bei Lungentuberkulose der alleinigen Anwendung beider Stoffe überlegen. Dabei wird das Antibioticum 2mal täglich zu 0,5 g bis zur Gesamtdosis von 100 g gegeben, wenn nicht vorher toxische Erscheinungen die weitere Darreichung verhindern.

Bei lokalem Gebrauch von PAS — teilweise mit gleichzeitiger oraler Anwendung — wurden Pleuraempyeme nach Punktion mit Injektion von 10 bis 20 ccm einer 20%igen zu gleichen Teilen mit Salzwasser oder Aqu. dest. verdünnten Lösung behandelt. Bei inneren Lungenfisteln wird die Verdünnung vierfach vorgenommen. Daneben werden 2—3mal wöchentlich einige ccm der Lösung intrapleural eingespritzt. Es gab bisher kein Medikament, das tuberkulöse Pleuraempyeme in so kurzer Zeit bazillenfremd machte.

In Brustwandfisteln wurde eine 3—4%ige Lösung eingespritzt oder der Fistelkanal damit umspritzt. Tuberkulöse Lymphome schwellen nach intraglandulären Injektionen von 4—5%igen Lösungen ab. Für Hautprozesse ist eine Aminocylsalbe und -puder verwendbar. Zur direkten Behandlung von Lungenkavernen mittels der **Monaldischen Saugdrainage** werden 2—4%ige Lösungen gebraucht. Diese intrakavitäre Therapie ist auch mit Streptomycin bekannt geworden (Tanner u. a. Schweiz. med. Wchschr. 78: 220, 1948. — Seidel, Tuberkulosearzt 3: 198, 1949).

Die **Thiosemicarbazone** sind von Domagk (a. a. O.)

\* Anm. bei der Korrektur: Inzwischen hat auch die deutsche pharmazeutische Industrie das Mittel herausgebracht: Aminox (Hoechst) und Pasalon (Bayer).

in die Tuberkulose-therapie eingeführt worden. Unter ihnen hat besonders das **Tb I/698** sich bewährt. Als aussichtsreichste Indikation wurde zunächst der Lupus vulgaris bezeichnet, der übrigens auch sehr wirksam mit reinem Vitamin D<sub>2</sub>, Calciferol beeinflusst werden kann. (Bassermann, Tuberkulosearzt 2: 426, 1948. — Kalkoff, Dtsch. Tuberkulose-Ges. 1948.) Ein eben erschienener Bericht von Sturm über zweijährige Erfahrungen bei schweren Lungentuberkulosen vermittelt einen sehr guten Einblick in den augenblicklichen Stand der Frage (Dtsch. med. Wchschr. 74: 726, 1949). Auf diesen Artikel wird verwiesen. Sturm kommt zu der Ansicht, daß das Tb I sowohl einen Einfluß auf die Reaktionsbereitschaft des Organismus besitzt, der am Anfang jeder Tb I-Wirkung stehe. Die „organismische“ Reaktion ist zunächst labil und wird im Laufe von 2—3 Monaten stabilisiert. Sie zwingt zur äußerst vorsichtigen Dosierung, bis der genannte Anfangserfolg eingetreten ist. Außerdem besitzt das Mittel aber auch die **Fähigkeit, Tuberkelbazillen anzugreifen**. Nur da, wo das Tb I unmittelbar als chemisches Agens auf den tuberkulösen

Krankheitsprozeß einwirken kann, kann von wirklichen Heilerfolgen gesprochen werden. Deshalb wird auch nicht nur die orale Zufuhr geübt, sondern auch durch Inhalation unter Sauerstoffdruck, wofür Preßluft als zweckmäßiger bezeichnet wird, durch direkte Injektion in Kavernen und mittels der Saugdränage eine unmittelbare Wirkung gesucht. Es ist unmöglich, hier auf weitere Einzelheiten der Arbeit von Sturm einzugehen, die zu eigener Kenntnisnahme empfohlen wird.

Neben diesen drei Stoffen werden Sulfonamide allein oder in Verbindung mit ihnen als wirksam angegeben (Promin, Sulfetron u. a.). Von Hesse ist eine rektale Behandlung mit Aufschwemmungen von Colibazillen mit guten Erfolgen versucht worden (Dtsch. Tuberkulose-Ges. 1948). Von dem durch Troch eingeführten Mittel Peteosthor liegen noch keine kritischen Berichte vor. **Alles in allem: wir erleben einen mächtigen Aufschwung** und wollen hoffen, daß die Ergebnisse auf die Dauer den Erwartungen entsprechen, die wir nach den bekannt gewordenen Anfangserfolgen hegen dürfen.

## Reform des Krankenversicherungswesens — aber wie?

Von Dr. med. Hans Neuffer

(Nach einem Vortrag vor dem deutsch-amerikanischen Club in Waiblingen am 10. August 1949)

Wenn ich als Arzt zu diesem Thema Stellung nehmen soll, so will ich es in der Form einer Sprechstunde tun, in der der Patient „Krankenversicherung“ untersucht, seine Krankheit festgestellt und die Wege zur Behandlung überlegt werden. Ich beginne mit der **Vorgeschichte**:

Der Patient „Krankenversicherung“ ist im Jahre 1883 geboren, also heute 66 Jahre alt. Seine Geburt ist ohne ärztliche Beihilfe geschehen, d. h. die Ärzte sind dabei nicht gefragt worden. Deshalb hat die Krankenversicherung einige Geburtsschäden erlitten, die man heute noch an ihr feststellen kann. Im übrigen aber hatte das junge Kind recht gute Anlagen. Dazu gehört

1. daß jeder Krankenversicherte das Recht hat auf ausreichende ärztliche Behandlung;
2. daß jeder Versicherte bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhält und
3. daß dem Versicherten die notwendigen Arzneien kostenfrei gewährt werden und er bei ersten Krankheiten kostenlose Krankenhausbehandlung genießt.

All dies ist von großer Bedeutung für den finanziell wenig Begünstigten. Die Sorge, die jede Krankheit mit sich bringt, ist damit von ihm genommen; bedeutet doch für viele Krankheit zugleich auch ernste Bedrohung ihrer Lebensexistenz. Die Krankenversicherung ist also eine große soziale Tat, die man gar nicht hoch genug anschlagen kann. Aber nicht nur für den einzelnen, sondern auch für die Allgemeinheit hat die Krankenversicherung eine große Bedeutung. Durch die frühzeitige Erkennung und Erfassung von Krankheiten können schwere Dauerschäden verhütet und bei ansteckenden Krankheiten Volksseuchen verhindert werden.

Wie es bei allen Patienten ist, hatte auch der Patient „Krankenversicherung“ allerlei **Kinderkrankheiten** zu bestehen. Sie bestanden darin, daß am Anfang die Kranken ihren Arzt nicht frei wählen konnten, sondern die Auswahl nur unter den Ärzten hatten, die von den Kas-

sen angestellt waren. Erst durch lange Kämpfe ist es der freien Ärzteschaft gelungen, möglichst viele Ärzte an der kassenärztlichen Tätigkeit zu beteiligen, so daß vor dem 2. Weltkrieg praktisch jeder Arzt, der es wollte, auch zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen werden konnte und dadurch der Versicherte den Arzt seines Vertrauens frei wählen konnte. Heute kommt auf 600 Versicherte 1 Arzt.

**Krankheitsbefund:** Im Laufe seines langen Lebens haben sich bei dem Patienten „Krankenversicherung“ allerlei ernstere Krankheitsschäden entwickelt. Sie sind zu einer Bedrohung der Volksgesundheit und des Arztesstandes geworden:

1. In das enge Vertrauensverhältnis, das zwischen Arzt und Krankem besteht und bestehen muß, hat sich als Dritter die Krankenkasse eingeschoben. Da sie mehr oder weniger immer eine bürokratische Verwaltung ist, wird durch sie das **Verhältnis zwischen Arzt und Kranken** gestört. Die Kassenverwaltung muß aus finanziellen Gründen allerlei Vorschriften aufstellen, die den Arzt in seiner freien ärztlichen Behandlung einengen. Deshalb empfindet der Arzt aus seiner Berufsauffassung heraus die Kasse als eine Zwangsjacke. Diese Störung des ärztlichen Handelns durch die Kassen wird übrigens keineswegs nur von deutschen Ärzten unangenehm empfunden, in allen anderen Ländern ist es geadeso. Es entstehen durch die bürokratischen Maßnahmen der Kassen noch andere sehr ernste Konflikte des Arztes mit seinen Berufspflichten. Ich erwähne nur den Verstoß gegen die Schweigepflicht durch die Mitteilung der Diagnose auf dem Krankenschein. Weiter wird der Arzt durch die Krankenkasse in Aufgaben hineingezwungen, die keine ärztlichen mehr sind. Der Direktor der Ortskrankenkasse Danzig hat einmal den Arzt als den Polizisten der Kassen bezeichnet. Der Arzt soll feststellen, ob der Patient, der zu ihm kommt, auch wirklich krank ist, und soll die Kasse vor unnötigen Ausgaben bewahren. Anstatt nur das

Interesse des Patienten im Auge zu haben, soll der Kassenarzt vielmehr das der Krankenkasse wahren. Auf die Ehre, durch die ärztliche Entscheidung „den Schlüssel des Geldschrankes der Krankenkasse zu verwalten“, verzichtet der Arzt gern, weil so etwas keine ärztliche, sondern eine verwaltungsmäßige Aufgabe ist.

2. Die Krankenversicherung mit der unentgeltlichen Behandlung bringt die Möglichkeit mit sich, den Arzt **unnötig und übermäßig zu beanspruchen**. Der Versicherte wird verleitet, wegen jeder kleinen Krankheit den Arzt aufzusuchen, weil es ja nichts kostet. Auch nachts kann man den Arzt wegen harmloser Erkrankungen aus dem Bett trommeln. Es ist dies in der Fachsprache die sogenannte „Not der Bagatellfälle“, die die Krankenversicherung ungeheures Geld kosten und den Arzt unnötig bemühen. Die Wertschätzung der ärztlichen Tätigkeit wird dadurch bedenklich herabgesetzt. Überall in der Welt gilt der Grundsatz: Was nichts kostet, hat keinen Wert. Als in England die allgemeine Krankenversicherung eingeführt worden ist, konnten sich die Ärzte der Kranken nicht mehr erwehren. Jedermann wollte eine Brille, einen Zahnersatz oder sonst etwas haben, woran er früher nicht gedacht hätte. Es ist dieselbe Erscheinung wie bei dem Rationierungssystem: auch die Nichtraucher haben auf Grund ihrer Raucherkarte auf dem Recht bestanden, Zigarren und Zigaretten zu bekommen. **Das Recht auf ärztliche Behandlung hat sich allmählich in das Recht umgewandelt, krank zu sein.** Der Versicherte steht auf dem Standpunkt, daß er für seine vielen Beitragszahlungen nun endlich auch einmal etwas von der Kasse herausholen müsse. Der Arzt wird von dem Versicherten als das Mittel betrachtet, das ihm zu dem notwendigen Krankengeld verhilft. Derjenige Arzt ist dem Versicherten am angenehmsten, der ihm in seinen Wünschen am weitesten entgegenkommt. Es entsteht dadurch ein anfangs meist unbewußter moralischer Schaden, der allmählich auch auf andere Gebiete übergreift.

3. Es ist ferner eine allgemeine Erfahrung in der Krankenversicherung, daß die **Krankheiten langsamer heilen**, wenn die Kranken versichert sind. Sie haben nicht dasselbe Interesse an der Gesundung wie einer, der alles selbst bezahlen und möglichst bald wieder sich seinen Lebensunterhalt verdienen muß. Es haben sich sogar unter der Kranken- und Rentenversicherung ganz neue Krankheiten entwickelt wie Weihnachtsfieber und Rentenneurosen. Von den Verwaltungen der Krankenkassen wird immer wieder eingewendet, der Arzt müsse doch feststellen können, ob eine wirkliche Krankheit vorliege. Das ist ein grundsätzlicher Irrtum. Es gibt überhaupt keine objektive Krankheit, sondern jedes Krankheitsgeschehen ist ein subjektiver Vorgang. Jeder Kranke empfindet seine Krankheit aus seiner eigenen Art heraus. Man kann wohl einen Knochenbruch einwandfrei diagnostizieren, aber keine Lebererkrankung, keinen chronischen Rheumatismus und viele andere Krankheiten, weil man dabei auf die subjektiven Empfindungen des Patienten angewiesen ist.

In mehrfacher Weise hat sich also die Krankenversicherung zu einem Schaden sowohl für den Versicherten als auch für die Allgemeinheit ausgewachsen.

4. Aber auch **für den Arzt** haben sich **schwere Nachteile** entwickelt. Im Jahre 1883 umfaßte die Krankenversicherung nur einen ganz kleinen Teil der Bevölkerung. Es waren dies die Armen. Diese hat der frühere Arzt immer

umsonst behandelt. Als nun durch die Krankenversicherung eine Honorierung dieser ärztlichen Leistungen eingetreten ist, wurde der Bezahlung die Preußische Gebührenordnung vom Jahre 1815(!) zugrunde gelegt, nach der der Arzt für eine Beratung 1 Mark und für einen Besuch 2 Mark bekommt. Als die Krankenversicherung sich immer weiter ausdehnte, ist diese Gebührenordnung, die an und für sich eine Armentaxe ist, unverständlicherweise beibehalten worden und deshalb die Bezahlung der Ärzte heute völlig ungenügend. Früher konnte diese geringe Honorierung durch die Einnahmen aus der Privatpraxis ausgeglichen werden. Heute ist das nicht mehr möglich, da die Privatpraxis viel zu klein ist. 70—80 % der Bevölkerung sind pflichtversichert. Um nun ein gewisses Einkommen aus der Kassentätigkeit zu erlangen, wird der Arzt gezwungen, möglichst viele Versicherte zu behandeln, mit anderen Worten, möglichst viele Krankenscheine zu sammeln, die ja die Unterlage für die Bezahlung aus der kassenärztlichen Tätigkeit bilden. Unter dem Zwang der materiellen Not verliert der Arzt langsam das Empfinden für die rechte Auffassung und Durchführung seiner ärztlichen Aufgaben. Ein Arzt sollte aber im Durchschnitt nicht mehr als 25 Patienten am Tage betreuen. Nur unter diesen Umständen ist er in der Lage, für jeden Patienten genügend Zeit zu haben, ihn eingehend zu untersuchen und vor allem auch ihm die besonders notwendige seelische Betreuung zukommen zu lassen. Es ist heute eine wissenschaftliche Erfahrungstatsache, daß seelische Belastungen allerlei körperliche Krankheiten nach sich ziehen. Diese Krankheiten können nur geheilt werden, wenn auch auf die seelische Ursache der Krankheit eingegangen wird. Nach der Krankenversicherungsordnung soll jedem Versicherten eine ausreichende Behandlung zukommen. Diese ist unter dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft sehr kompliziert, zeitraubend und teurer geworden. Die heutige Bezahlung der kassenärztlichen Tätigkeit ist dafür völlig unzureichend. Sie nimmt dem Arzt die Arbeitsfreude, führt zur Massenbehandlung und damit zur Unzufriedenheit des Erkrankten wegen ungenügender Behandlung. Dieser Fehler in der Krankenversicherung trifft also nicht nur den Arzt, sondern ganz besonders den Versicherten, dem das nicht zukommt, was er nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft erwarten muß.

Der Patient „Krankenversicherung“ ist also doch **ernster krank**, als man es zunächst annehmen sollte. Es ist deshalb dringend nötig, nach Mitteln und Wegen zur Heilung zu suchen.

#### Welches sind nun die Vorschläge zur Behebung der vorliegenden Schäden?

1. a) Unter **keinen Umständen** darf die **Versicherungspflicht ausgeweitet** werden. Im Gegenteil, die Krankenversicherung muß auf die Hilfeleistung für die wirtschaftlich Schwachen beschränkt bleiben. Dem Gedanken an eine Ausweitung der Versicherungspflicht liegt ein psychologischer Fehler zugrunde. Die gute Absicht verwandelt sich in der Hand des Menschen, wie er nun einmal ist, zu einem schweren Schaden. Ganz abgesehen davon bedeutet die Erweiterung der Versicherungspflicht eine ungeheure Geld- und damit auch Machtkonzentration eines Behördenapparates, der, je größer er ist, sich immer weiter vom wirklichen Leben entfernt und unter Umständen eine politische Gefahr werden kann.

# Citretten und Gustin

die beiden antidyspeptischen 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 Milchmahlung 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 antidyspeptische 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 Gestehekosten 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 Gemüse 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



## PANKREON

das standardisierte  
„Klassische“  
Enzympräparat

1 g Pankreon verdaut

12,5 g Fett | 270 g Stärke  
in 60 Minuten | in 10 Minuten

100 g Eiweiß  
in 30 Minuten

„RHENANIA“ Pharmazeutische Abteilung  
der Kali-Chemie Aktiengesellschaft  
Selnde (Hann.)



Seben erschien:

PROF. DR. CHRISTIAN GREVE

### Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung für Zahnärzte

148 Seiten. Geheftet DM 8.—; Hlud. DM 10.—

Inhaltsübersicht:

A. Unorganische Arzneimittel. I. Metalle: Schwere Metalle / Alkalische Erden / Alkaliverbindungen. II. Nichtmetalle

B. Kohlenstoffverbindungen. I. Verbindungen der Fettreihe: Kohlenwasserstoffe / Haloidderivate der Kohlenwasserstoffe / Alkohole / Äther / Höhere Alkohole und Ester / Schwefelderivate der Kohlenwasserstoffe / Aldehyde / Säuren der Fettreihe / Glycerinester der Fettsäuren / Säureamide / Rhodanverbindungen. II. Aromatische Verbindungen: Kohlenwasserstoffe / Amidoderivate der Kohlenwasserstoffe / Phenole mit einem Sauerstoff / Phenole mit zwei Sauerstoffen / Aromatische Säuren mit alkalischer Wirkung / Gerbsäuren / Kampferarten / Terpene und ätherische Öle / Balsame und Harze / Glykoside / Pyrazolderivate / Purinkörper / Alkaloide / Tropeine / Ungeformte Fermente / Organpräparate / Vitamine / Serumtherapie / Chemotherapie.

FERDINAND ENKE · VERLAG · STUTTGART

## NEUERSCHEINUNGEN UND NEUAUFLAGEN JULI 1949

DR. PAUL SCHOBER †

### Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache

Durch einen Anhang ergänzt von Dr. Willibald Pechyrembel

7., neubearbeitete Auflage. 448 Seiten. Geheftet DM 15,30; Hlud. DM 18,50

Aus dem Vorwort für die siebente Auflage:

Der verdienstvolle Verfasser dieses weitverbreiteten Wörterbuches ist im Jahre 1943 gestorben. Die große praktische Bedeutung dieses Wörterbuches ist mir zuerst bei meiner Tätigkeit als „assistant étranger“ an der Maternité Pinard in Paris klargeworden. Ich bin der Aufforderung des Verlages, die Neuherausgabe dieses Werkes zu besorgen, sehr gern gefolgt, zumal ich schon zum eigenen Gebrauch eine ganze Reihe von Ergänzungen hinzugefügt hatte. Den Text der vorigen Auflage habe ich einer genauen Durchsicht unterzogen. Zahlreiche Fachwörter, deren Aufführung ich für notwendig halte, habe ich in einem Anhang zusammengestellt.

PROF. DR. AUGUST MAYER

### Grundzüge der operativen Geburtsleitung

Für Studierende und praktische Ärzte

4. und 5., umgearbeitete Auflage. 127 Abbildungen. 256 Seiten. Geheftet DM 16.—; Hlud. DM 18,50

#### INHALTSÜBERSICHT:

- |   |  |
|---|--|
| A. Anatomisch-physiologische Vorbemerkungen       | G. Die Wendungsoperationen                         |
| B. Vorfragen der Geburtsleitung (Geburtsprognose) | H. Operationen bei Beckenendlage                   |
| C. Aufgaben und Gesichtspunkte der Geburtsleitung | I. Einlegen eines Metreurynters oder Kolpeurynters |
| D. Allgemeine Operationslehre                     | K. Die zerstückelnden Operationen                  |
| E. Die Zangenoperationen                          | L. Indikationen zum Uterusschnitt                  |
| F. Kristellersche Expression                      | M. Operationen in der Nachgeburtsperiode           |
|   | N. Anhang  |

PROF. DR. ERNST RODENWALDT

### Hygiene

In ihren Grundzügen

331 Seiten. Geheftet DM 13,80; Hlud. DM 16.—. Mit 10 Abbildungen

#### INHALTSÜBERSICHT:

##### Vorwort

- I. Allgemeine Hygiene: Einleitung — Luft und Boden — Siedlung, Haus, Wohnung — Ernährung — Kleidung — Wasser — Abwasser und Abfall — Bestattung — Arbeitshygiene — Desinfektion, Sterilisation und Entwesung.
- II. Seuchenlehre: Epidemiologie — Mikrobiologische Diagnostik — Eiterkokkeninfektionen — Brucellosen — Salmonellen — Bacilläre Ruhr — Pest — Tularämie — Schweinerotlauf — Rattenbisskrankheit — Cholera — Diphtherie — Rotz — Milzbrand — Anaerobierinfektionen — Tuberkulose — Lepra — Keuchhusten — Erkrankungen durch Pilzinfektion — Amöbenruhr und Leberabszeß — Wurmkrankheiten — Schriftenverzeichnis — Autorenverzeichnis — Sachverzeichnis.

PROF. DR. GEORG WINTER †

### Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung

Indikationen und Methoden

3., vollständig umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. Hans Naujoks. 131 Seiten. Kartonierte DM 10.—

#### INHALTSÜBERSICHT:

- A. Allgemeine Bemerkungen über die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung.
- B. Die medizinischen Indikationen:  
Schwangerschaftstoxikosen / Erkrankungen der Genitalorgane und Anomalien der Geburtswege / Störungen im Verlauf der Schwangerschaft / Erkrankungen innerer Organe: Krankheiten des Respirationstraktus / Erkrankungen des Herzens und der Gefäße — Nierenkrankheiten — Blutkrankheiten — Störungen der inneren Sekretion / Psychiatrie und neurologische Krankheitszustände: Psychosen — Epileptische Zustände — Psychopathien — Chorea — Organische Gehirnerkrankungen — Rückenmarksleiden — Erkrankungen peripherer Nerven / Erkrankungen der Sinnesorgane: Augenkrankheiten — Ohrenkrankheiten / Chirurgische Komplikationen.
- C. Die nichtmedizinischen Indikationen.
- D. Die Methoden der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.



FERDINAND ENKE VERLAG · STUTTGART

b) Unter **allen Umständen** ist die **freiwillige Weiterversicherung** früherer Pflichtversicherter **aufzuheben**. Es geht nicht an, daß ein wohlhabender Gewerbetreibender — weil er früher einmal als Geselle oder Angestellter pflichtversichert war — sich zeit seines Lebens auf einen Krankenschein behandeln läßt und dabei noch den Vorteil hat, daß sein Beitrag zur Krankenversicherung nur bis zu einer beschränkten Einkommensgrenze ansteigt. Das ist ein in jeder Beziehung unmöglicher Zustand.

2. Der **Versicherte** muß **an den Kosten** der Behandlung in irgendeiner prozentualen Form **beteiligt** werden. Dann werden die Bagatellfälle verschwinden, weil die Kranken ja etwas für die Beratung bezahlen müssen. Auch der Arzt wird daran gehindert, dem Versicherten unnötig viel zu verordnen, weil der Patient als Mitkostenträger es nicht zuläßt. In der französischen Krankenversicherung muß der Kranke für jede Beratung und für jede Arznei 20 % selbst bezahlen. Nur bei langdauernden schweren Krankheiten übernimmt die Versicherung die gesamten Kosten. Eine andere Methode wäre, daß die ersten drei Beratungen ganz vom Patienten übernommen werden müssen. Auf all diesen Wegen würde erreicht, daß die ärztliche Behandlung, wie es v. Weizsäcker fordert, eine Gemeinschaftsarbeit zwischen Arzt und Patient wird. Zu dieser braucht es den guten Willen von beiden Seiten. Strafen und Mahnungen genügen nicht. Das beste Regulativ für eine ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung ist der Geldbeutel.

3. Wenn sich im Laufe der Jahre ergeben hat, daß die Krankenbehandlung immer komplizierter und deshalb kostspieliger geworden ist und darum die Kosten nicht mehr aus den Beiträgen der Versicherten, die an eine gewisse Grenze gebunden sind, bezahlt werden können, dann ist der Augenblick gekommen, daß der **Staat** einen

**Zuschuß** zahlen muß. Der Staat verlangt mit Recht die Krankenversicherung, er muß deshalb auch dafür sorgen, daß die Gesteungskosten bezahlt werden. Die Gesundheit ist ein so wichtiges Gut der Allgemeinheit, daß dafür in erster Linie Geld vorhanden sein muß. Eine geringprozentige Sozialsteuer würde sicher genügend Mittel dafür bereitstellen.

4. Auch die **Gemeinden** müßten zu einem Teil **zur Bestreitung der Kosten** der Krankenversicherung **herangezogen** werden. Die Gemeinden sind den Versicherten am nächsten und können deshalb auch am besten auf eine richtige Verwendung der Mittel hinwirken und möglichst individuelle Betreuung gewährleisten.

Was ich hier zur Reform der Krankenversicherung vorschlage, ist nicht etwa eine Utopie, sondern ist fast **in allen Punkten in der norwegischen Krankenversicherung verwirklicht**. Dort werden die Kosten für die Krankenversicherung auf Staat, Gemeinde, Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, der Kranke wird prozentual an den Behandlungskosten beteiligt und der Arzt ist entsprechend seiner kunstvollen Arbeit entlohnt. Die ganze Atmosphäre ist entgiftet, weil jeder seinen Teil zum Wohle des Ganzen beiträgt. Nicht Parteidoktrinen können den Patienten „Krankenversicherung“ retten, sondern die Anwendung des gesunden Menschenverstandes, der die oft unbewußten Triebkräfte des Menschen richtig einschätzt und richtig einsetzt. Nicht durch eine Sozialisierung der Bevölkerung oder der Ärzte wird eine gute Krankenversicherung aufgebaut, sondern durch soziale Gesinnung jedes einzelnen und der Gesamtheit, wobei keiner in erster Linie vom anderen etwas erwartet, sondern zuerst etwas zum Wohle des Ganzen beiträgt. **Die biologischen Grundsätze, wie sie zur Heilung des Menschen beachtet werden müssen, gelten auch für die Gesundung der heutigen Krankenversicherung.**

Aus der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Eßlingen/Neckar  
(Direktor: Prof. Dr. med. B. N i e k a u)

## Die Durchführung einer komplikationsfreien Sulfonamidbehandlung und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt

Von Dr. med. H. P a n t l e n, Assistenzarzt

Auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung hat man sich in den letzten 2 Jahren in besonders ausgedehnter Breitenarbeit um eine ausreichende Sulfonamiddosierung bei der praktischen Ärzteschaft bemüht (Dennig). Wir können feststellen, daß diese Bestrebungen nicht ohne Erfolg blieben. Und doch fällt einem als Krankenhausarzt, insbesondere bei den derzeit immer noch so überbelegten Stationen, weiterhin auf, daß Patienten, die auch in häuslicher Pflege bei richtiger Sulfonamid-anwendung erfolgreich behandelt werden könnten, stationär eingewiesen werden.

Gewiß liegen die Gründe für den Hausarzt hierfür gelegentlich jenseits der Sorge um die Medikation. Wohnraumnot — und damit verbunden primitivste hygienische Verhältnisse — zwingen den praktischen Arzt heute häufig zur Krankenhauseinweisung. Vielfach schuld sein mag auch die Reformbedürftigkeit unserer Kassenordnungen. Hier wäre einerseits in der Festlegung des tarifbedingten Arzneimittelsatzes eine Erhöhung zu wünschen, andererseits auch eine Änderung des Pau-

schalierungssystems oder zumindest eine gerechtere Honorierung der Leistung des praktischen Arztes. Von diesen sozusagen nichtmedizinischen Indikationen abgesehen, erlebt man jedoch immer noch eine große Anzahl von Patienten, die vom praktischen Arzt, teilweise sogar mit dem ausdrücklichen Vermerk „Sulfonamid-resistent“ eingewiesen werden, um bei der stationär durchgeführten Sulfonamidbehandlung dann prompt mit Erfolg anzusprechen.

Im allgemeinen liegt dies heute nicht mehr an der Unkenntnis des praktischen Arztes über die zur erfolgreichen Sulfonamidtherapie notwendigen Dosis. Andere Gründe führen zum Versagen der Behandlung, die der behandelnde Arzt zum Teil vielleicht kennt, die sich jedoch im Einzelfall auch seiner Kenntnis entziehen können.

Der praktische Arzt ist nicht in der Lage, die vom Patienten tatsächlich eingenommene Tablettenmenge und die Regelmäßigkeit des Einnahmeturnus zu kontrollieren, wie es etwa dem Krankenhausarzt möglich ist.

Für den Patienten in der häuslichen Umgebung gibt es nun die verschiedensten Motive, hier absichtlich oder unabsichtlich Unterlassungssünden zu begehen. Diese Motive aber zu kennen, ist für den Hausarzt sehr wichtig, um ihnen vorbeugend durch geeignete Aufklärung des Patienten von vornherein entgegenwirken zu können. — Versäumnis aus Vergeßlichkeit dürfte in den wenigsten Fällen vorliegen. Oft nimmt der Patient die Behandlung nicht wichtig genug und ist deshalb in der Einnahme nachlässig. In anderen Fällen kommt mangelnder Intellekt hinzu, also Unverständnis. Nicht selten vernachlässigen Patienten die Verordnung des Arztes auf Grund persönlicher Bedenken, wobei bei der Sulfonamidbehandlung vor allem die großen Tablettenmengen Mißtrauen erwecken können. Der Horror vieler Patienten vor der Allopathie und ihre Neigung zur Homöopathie, gerade in unseren ländlichen Gegenden, sind bekannt. Dieser beruht auf der Auffassung, daß ein Medikament, je stärker und wirksamer es sei, desto mehr eine Gefahr für den Organismus bedeute. Die Ansicht, daß in der Allopathie der Teufel mit Beelzebub ausgetrieben werde, ist trotz der Aufgeklärtheit unserer Zeit nur noch zu sehr verbreitet. Wie oft hört man doch z. B. von einem Herzkranken, er habe es am Herz, seitdem er im Krankenhaus so viele Spritzen bekommen habe oder so viele Tabletten einnehmen mußte.

Der Hausarzt hat also damit zu rechnen, daß er sich mit seinen großen Tablettendosen nicht immer sogleich das uneingeschränkte Vertrauen des Patienten erwirbt. Er sollte deshalb nie vergessen, eine aufklärende Erläuterung zu geben, aus der hervorgeht, daß dieses Medikament, selbst wenn es evtl. schlecht vertragen würde, für den Organismus völlig unschädlich ist und nur die als Krankheitsursache anzusehenden im Körper befindlichen Mikroben abtötet. Außerdem sollte der Einnahmemodus möglichst sorgfältig mit dem Patienten besprochen werden, wobei die Einnahmezeiten, insbesondere bei geistig schwerfälligen Patienten, am besten schriftlich festzulegen sind. Wie empfehlenswert die schriftliche Verordnung der Einnahmezeiten ist, darf ich an Hand eines persönlichen Erlebnisses belegen.

Bei Kriegsschluß lag ich als Lazarettarzt in einem kleinen oberbayerischen Landstädtchen bei einfacheren Leuten im Privatquartier. Eines Tages erkrankte die Hausfrau an hochfieberhafter Kieferhöhlenentzündung. Ich verordnete für den ersten Tag unter anderem 7 g Eleudron, die über den Tag verteilt zu nehmen seien. Am Abend desselben Tages war die Temperatur auch fast zur Norm abgefallen, die Schmerzen hatten sich etwas beruhigt. Am nächsten Morgen erneuter Temperaturanstieg auf 39. Die Therapie wurde beibehalten, worauf sich am Abend ein erneuter Temperaturabfall einstellte. Nachdem sich am 3. Morgen erneut hohes Fieber zeigte, befragte ich die Patientin, ob sie die Tabletten auch alle und wie verordnet im regelmäßigen Abstand genommen habe. „No freilli“, meinte die gute Frau, „und damit's weg waren, hab i immer glei alle 14 auf oimal gnumma, hab'n mir so net g'schmeckt.“

Soll nun die Behandlung für den Kranken nicht bald zur Qual werden, indem er sich inappetent und übel fühlt oder gar erbricht, so hat des weiteren eine Belehrung über die näheren Umstände der Tabletteneinnahme zu erfolgen. Die Tabletten sind nie auf den leeren Magen zu nehmen. Vor jeder Tablettendosis hat also

ein kleiner Imbiß zu erfolgen. Die Tabletten werden dann in gelöstem Zustand verabfolgt. Darauf wird mindestens  $\frac{1}{4}$  Liter Tee nach jeder Tablettendosis getrunken. Bei besonders hoher Dosierung empfiehlt sich außerdem die Zugabe von Natrium bicarbonat. Bei Beachtung dieser Vorschrift wird nicht nur eine gute Verträglichkeit, sondern auch eine bestmögliche Resorption und damit verbunden eine maximale Wirkung erreicht. Die durch die Flüssigkeitszufuhr bedingte gesteigerte Diurese bedingt außerdem eine gute Ausscheidung und verhindert eine allzu hohe Harnkonzentration der Sulfonamide. Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zusammen mit der Alkalisierung als wichtigste Vorbeugungsmaßnahme gegen Nierenkomplikationen zu betrachten.

Sollte die Medikation trotzdem nicht vertragen werden, so ist vom Patienten auf jeden Fall der Arzt zu benachrichtigen, ehe die Behandlung selbständig unterbrochen wird. Viele Ärzte pflegen dann einen Wechsel der Applikationsweise vorzunehmen, indem sie auf rektale Verabfolgung übergehen. Hierin liegt nun ein häufiger und schon oft besprochener Fehler, der zum Scheitern der Behandlung führen kann.

Zunächst ist zu bedenken, daß die Unverträglichkeit ja nicht immer durch eine Überempfindlichkeit des Magen-Darmkanals, sondern auch durch zentral ausgelöste Übelkeit verursacht sein kann. In solchen Fällen wird also weder durch rektale — noch durch Injektionsapplikation Abhilfe geschaffen. Andererseits wird jeder Arzt, der schon den Weg der rektalen Sulfonamidbehandlung versucht hat, die Unzuverlässigkeit dieser Methode zugeben müssen. — Die Dosis wird im allgemeinen auf 2—3 Applikationen pro die verteilt, womit schon der Erhalt eines gleichmäßigen Blutspiegels gefährdet ist. Die Resorption ist im Gegensatz zu den Salicylaten, z. B. bei Sulfonamiden, oft sehr unzureichend und außerdem wie bei jeder Rektalbehandlung nicht zu kontrollieren. Wie es auf Grund schlechter Resorptionsverhältnisse bei rektaler Sulfonamidbehandlung auch zu Komplikationen kommen kann, zeigt ein Fall, den wir auf unserer Abteilung erlebten.

Eine Patientin wurde vom praktischen Arzt unter der Diagnose „Sulfonamidresistente Pneumonie“ eingewiesen. Wir gaben trotzdem weiterhin Sulfonamide peroral mit gutem Einfluß auf den Verlauf der Pneumonie. Auffallenderweise entwickelte sich dann nach mehrtägiger hartnäckiger Obstipation, wie man sie an sich häufig bei hochfieberhaften Erkrankungen antrifft, ein starker Meteorismus unter Anhalten der Verstopfung. Weder Abführmittel noch hochprozentige Kochsalzinfusionen kombiniert mit Prostigmin, konnten den Zustand, den wir zunächst als postinfektiöse Darmparalyse deuteten, beheben. Bei der rektalen Untersuchung tastete man dann in der Ampulle reichlich harte Massen. Kot? Die Schwester räumte digital aus und zur großen Überraschung fanden sich weiße, gipsartige Ballen. Daß es sich um eingedickte, rektal verabreichte Sulfonamide handelte, wurde uns nach Rückfrage vom behandelnden Arzt bestätigt. Um eine Unverträglichkeit von seiten des Magen-Darmkanals zu vermeiden, hatte er sogleich per clysmas behandelt. Die Diagnose war nun klar. Es hatte sich um eine gewöhnliche Pneumonie gehandelt, die auf Sulfonamide ansprach. Die vom Hausarzt rektal verabreichten Sulfonamide aber hatten zu einer regelrechten Mastdarmocclusion geführt. Die Patientin ließ nach Entfernung des Dickdarminhaltmassen massenhaft Stuhl.

Auch die Injektionsbehandlung bringt gegenüber der peroralen Verabreichung im allgemeinen keine Vorteile. Der Patient selbst entschließt sich in den meisten Fällen noch lieber für die Tabletten wie für mehrere Spritzen am Tage. Außerdem wird das Behandlungsziel, die Erreichung eines möglichst gleichmäßigen Sulfonamidspiegels, durch Injektionsbehandlung weniger gewährleistet, insbesondere bei intravenöser Verabreichung. Wenn also schon zwingende Gründe für den Injektionsweg vorliegen, wie Somnolenz des Patienten oder unstillbares Erbrechen, hauptsächlich bei Kindern, so sollte man wenigstens die intramuskuläre Injektion bevorzugen. Die intravenöse Injektion ist nur bei sehr dringenden Fällen zur Einleitung der Behandlung indiziert, um die Anlaufzeit der Therapie zu verkürzen. Hierbei eignen sich möglichst hochprozentige Lösungen wie Gombardol oder Ladogal.

Bei absoluter Unverträglichkeit eines peroral verabreichten Sulfonamids sollte aber weniger an einen Wechsel des Zufuhrmodus als an den Übergang auf ein anderes Sulfonamid gedacht werden. In der Praxis hat sich das Eleudron seit einiger Zeit zum Standardpräparat entwickelt. Dieses führt seines stark sauren ph.-Gehalts wegen tatsächlich häufig zur Unverträglichkeit. Einige neuere Präparate sind nicht mit diesem Nachteil behaftet und kommen in der Wirkung dem Eleudron gleich. So das Badional, dessen weitaus bessere Verträglichkeit dem Eleudron gegenüber wir im Lauf der letzten 1½ Jahre immer wieder feststellen konnten. Patienten, die auf jede Eleudrontablette erbrachen, vertrugen Badional in hohen Dosen ohne die geringste Ubelkeit. In jüngster Zeit hat sich das Ladogal vorzüglich bewährt. Es handelt sich um eine 40%ige Sulfonamidlösung, die in höchsten Dosen von 20 g und mehr pro die ohne Schwierigkeiten verabreicht werden kann. Für die Praxis kommt hauptsächlich die große Annehmlichkeit hinzu, daß der Patient nicht von vornherein durch die Riesentablettenmenge, die er am Tag einzunehmen hat, in Schrecken versetzt wird, sondern seine Sulfonamide gleich einem Hustensaft mit dem Teelöffel nehmen kann. Von den älteren Mitteln sei noch das Euvencil (Heyden) erwähnt, das, zwar etwas schwächer wirksam, ebenfalls hervorragend verträglich ist und sich bei der Behandlung von Infektionen der ableitenden Harnwege ausgezeichnet bewährt hat.

Auch Überempfindlichkeitskomplikationen wie Sulfonamidfieber und Sulfonamidexanthem, die wir hauptsächlich unter Eleudron früher mehrfach auftreten sahen, erlauben bei Wechsel des Präparates unter Umständen eine Fortsetzung der Sulfonamidbehandlung.

Das gegenwärtig teuerste Sulfonamid, das Supronal, wird heute offensichtlich häufiger verordnet als es indiziert ist. Supronal bedarf seiner besonderen Wirkungsweise wegen den übrigen Sulfonamiden gegenüber einer getrennten Indikationsstellung, um einen unnötigen Therapieluxus und die damit verbundene Verteuerung der Arzneibehandlung zu vermeiden.

Ist nun der praktische Arzt hinreichend mit der Sulfonamidtherapie vertraut, so hat er heute weitreichende Möglichkeiten, eine Großzahl von schwerkranken Patienten in relativ kurzer Zeit so zu behandeln, daß sich die Krankenhauseinweisung erübrigt. Wie weit die

therapeutischen Möglichkeiten des Hausarztes heute fortgeschritten sind, soll nur ein Beispiel zeigen. Ein mir befreundeter praktischer Arzt in einem kleinen Schwarzwaldstädtchen konnte in den letzten Monaten einen Patienten mit relativ frischer, durch Blutkultur bestätigter Sepsis (*Streptoc. haemolyt. aureus*), der die Einweisung in das etwa 10 km benachbarte Kreiskrankenhaus ablehnte, mit kombinierter Supronal-Penicillinbehandlung zur Heilung bringen (Beobachtungszeit 4 Monate). Dieser Fall sollte vielleicht nicht gerade Schule machen, aber er zeigt, daß der praktische Arzt in seine Therapie die modernsten Behandlungsmethoden der Klinik mit Erfolg einbauen kann. Daß seine Verantwortung und Belastung dem einzelnen Patienten gegenüber damit sehr stark gewachsen ist, sollte für die Kassen endlich der Grund sein, diese Leistungen durch ein entsprechendes Honorar zu würdigen. Eine Vertiefung der praktisch ärztlichen Tätigkeit in dieser Richtung wäre schließlich auch in der Lage, unseren Ärzteüberhang auf gesunder Basis zu beseitigen. Der niedergelassene Arzt sollte es nicht mehr nötig haben, bei mangelhaft technischen Einrichtungen und teilweise auch unter Entbehrung des notwendigen Fachwissens durch Nebeneinnahmen aus Röntgendiagnostik und anderen tatsächlich fachärztlichen Methoden seine finanziellen Bedürfnisse decken zu müssen, weil seine eigentlich praktisch ärztliche Tätigkeit unterbewertet wird. Die staatlichen sozialen Einrichtungen müssen aus diesen Fortschritten der ärztlichen Forschung und Praxis einmal erkennen, daß gerade auch vom Praktiker unendlich viel auf volkswirtschaftlichem und sozialem Gebiet geleistet wird. Nicht nur vielen vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus gesehen wertvollen Menschen kann durch diese neueren Behandlungsmethoden ihr Leben erhalten werden oder die lebenslängliche Invalidierung verhütet werden, auch die soziale Belastung durch Angehörige, die nach Ableben des Ernährers den öffentlichen Institutionen zum Opfer fallen, wird verringert. Viele Kranke, die früher monatelang wegen einer Erkrankung den sozialen Einrichtungen mit ihren Familien zur Last fielen, können heute unter Umständen in wenigen Wochen wiederum der Arbeit zugeführt werden. Die Krankheitsdauer hat sich also im Verhältnis zur Zahl der Erkrankungsfälle verkürzt. Daß dies nur auf Grund eines Ausgleichs durch vermehrte Inanspruchnahme des Arztes und intensivere Behandlungsmaßnahmen in der relativ kurzen Krankenzeit geschehen kann, müßte einleuchtend sein. Ebenso selbstverständlich ist, daß der behandelnde Arzt auf die Dauer hier nicht der Leidtragende bleiben kann.

Die mit diesem materiellen Problem verbundenen standesethischen Gefahren für die praktische Ärzteschaft wurden bereits angedeutet. Nicht zuletzt aber ist es schließlich der Kranke, um dessen Belange es hier geht. Er hat das Vertrauen zu seinem Hausarzt und legt im allgemeinen wenig Wert auf eine überstürzte Krankenhauseinweisung. Seine Überzeugung ist aber auch, daß der ihn behandelnde Arzt für seinen geleisteten Dienst von der Krankenkasse ordentlich honoriert wird.

Eine derartige Betrachtung der Sulfonamidbehandlung zeigt, daß eine völlige Auswertung der durch diese entstandenen therapeutischen Möglichkeiten zum Wohle des Kranken noch keineswegs erreicht ist.

Aus dem Städtischen Krankenhaus Mannheim

## Über 6 Fälle von einheimischer Malaria mit langer Inkubation

Von Dr. med. Leopold Stutz

Mitte Juni 1948 wurden in Mannheim fünf Malariafälle gemeldet. Sie betrafen eine ganze Familie, die in einem Klubhaus am Rheindamm wohnt. Keiner der Erkrankten war jemals in einer Malariagegend gewesen. Es handelte sich also um „einheimische Malaria“. Die Ortsbesichtigung ergab zahlreiche Exemplare von *Anopheles maculipennis* im Schlafzimmer und in der Küche zum Teil mit hellrotem Blut vollgesogen. Einzelne Mücken fanden sich auch im Treppenaufgang und im Klubsaal. Untersuchungen über die Rasse (Varietät) des bei uns ansässigen *Anopheles maculipennis* liegen noch nicht vor. Der Örtlichkeit nach dürfte es sich um var. messeae handeln. Folgende Erkrankungsbeginne wurden angegeben:

- |                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| 1. 26. März 1948  | Erkrankung des jüngsten Kindes |
| 2. 2. April 1948  | „ des mittleren Kindes         |
| 3. 9. Mai 1948    | „ der Mutter                   |
| 4. Mitte Mai 1948 | „ des Vaters                   |
| 5. Ende Mai 1948  | „ des ältesten Kindes          |

Fieberkurven sind nicht vorhanden. Die Diagnose Malaria tertiana wurden am 4. Juni 1948 nach einem Blutausschlag vom Vater gestellt. Bei den übrigen Familienmitgliedern wurden vor der Behandlung keine Blutuntersuchungen durchgeführt. Am Beginn standen bei allen Erkrankten, nach Angabe des Vaters, Fieberanfälle, die zunächst ein über den anderen Tag auftraten, dann aber unregelmäßig wurden. Bei 1. bestanden noch gastrische Erscheinungen, bei 2. Schüttelfrost und Nasenbluten. Hier begannen die Erscheinungen schlagartig auf dem Schulweg. Bei 5. ging eine starke Erkältung voraus. Alle Kranken wurden zunächst wegen grippalen Infektes behandelt. Zum Teil wurde Chininredoxon längere Zeit eingenommen. Beim Behandlungsbeginn hatte der Vater 13 Fieberanfälle, wie er angibt, hinter sich. Wenn auch nur beim Vater die Diagnose Malaria durch den Erregernachweis gesichert wurde, so besteht doch zweifellos auch bei den anderen die Diagnose zu Recht. Das Atebrin behob bei allen das Fieber in Kürze. Nach der Atebrin-Plasmochinur durchgeführte Blutuntersuchungen ergaben bei keinem der Erkrankten Plasmodien. Rückfälle sind bis jetzt nicht aufgetreten. Bemerkenswert ist, daß der Vater angibt, im Winter 1947/48 zwei Schüttelfröste gehabt zu haben, die er auf den Genuß von selbstgebranntem Schnaps zurückführte. Die Mutter gibt an, im vergangenen Winter besonders schlapp gewesen zu sein. Sie hielt dies für eine Folge der damals besonders schlechten Ernährungslage.

Hier sei ein weiterer Fall von einheimischer Malaria eingefügt, der etwa einen Kilometer von den vorerwähnten Fällen entfernt auftrat. Eine Frau erkrankte am 11. März 1948 unter Schüttelfrost und hohem Fieber vom Typ des Andertagsfiebers. Nach drei Wochen soll das Fieber täglich aufgetreten sein. Das Leiden wurde zunächst in Zusammenhang mit einer bestehenden Gallenblasenentzündung gebracht. Etwa fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung ergab eine Blutuntersuchung Malaria plasmodien. Die übrigen Familienmitglieder blieben hier verschont.

Diese sechs Malariafälle, die im gleichen Raum und in der gleichen Zeitspanne auftraten, erinnern an die alte Erfahrung, daß man in unseren Anophelesgebieten, die sich zu beiden Seiten des Rheines erstrecken, bei Erkrankungen an Fieberanfällen, auch wenn sie im weiteren Verlauf nicht mehr gerade klassisch nach Malaria aussehen, an diese Krankheit denken muß.

Woher hatte die fünfköpfige Familie ihre Infektion und wann wurden die einzelnen infiziert?

Den Umständen nach muß man annehmen, daß die Mücken, die in dieser Gegend immer ansässig waren, sich im Freien an Gametenträgern infiziert haben. Außer Heimkehrern kommen in unserer Gegend wohl auch Besatzungsangehörige als Infektionsquelle in Frage. Das umgebende Gelände wird in der warmen Jahreszeit zu allen Tag- und Nachtzeiten von zahlreichen Menschen aufgesucht. Natürlich besteht auch die Möglichkeit, daß ein unbekannt gebliebener gametenträger Heimkehrer in der Nähe wohnte oder daß die infizierten Anophelen von der anderen Rheinseite herübergekommen sind. Die Krankheitsbeginne liegen so, daß wenigstens für die ersten drei Fälle eine Infektion im Vorjahre (1947) ohne weiteres angenommen werden muß, denn im März und April gibt es hier keine infektionstüchtigen Mücken. In der Kühle des Winterquartiers degenerieren die Sporoziten in den überwinterten Mücken. Selbst wenn man also annehmen könnte, daß in der kühlen Jahreszeit gestochen wurde, konnte dabei keine Infektion erfolgt sein. Aber die hier wohl ansässige var. messeae sticht im Winter nicht. Die neue Mückengeneration ist zu dieser Zeit noch nicht vorhanden, geschweige denn, daß sie infektionstüchtig wäre. Auch die beiden Fälle von Mitte und Ende Mai können nicht durch diesjährige Mücken übertragen sein. Selbst wenn man annimmt, daß bei den günstigen Verhältnissen im Frühjahr 1948 schon im Laufe des Mai Mücken der neuen Generation vorhanden waren, die Gelegenheit hatten, an einem Gametenträger Blut zu saugen, so ist es doch unmöglich, daß sie diese beiden Fälle verursachten, denn zu der Zeit der Sporozitenreifung von 2—3 Wochen muß noch die Inkubationszeit gerechnet werden, die rund 10 Tage beträgt. Wenigstens theoretisch besteht die Möglichkeit, daß die beiden letzteren Fälle von überwinterten Weibchen, die etwa an einem der vorher Erkrankten Blut gesaugt hatten, infiziert worden sind. Die Reifung der Gameten beträgt rund 10 Tage. Von Mitte April an können also zwei Gametenträger zur Verfügung gestanden haben. Wenn um diese Zeit Blut gesaugt wurde, so war bei einer Temperatur von 18 Grad die Reifung der Sporoziten in den Mücken Anfang bis Mitte Mai beendet (die Angaben über die Zeitdauer der Sporozitenreifung schwanken). Nimmt man nun noch eine normale Inkubation von 10 Tagen an, so können die beiden Erkrankungen von Mitte und Ende Mai (4. und 5.) gerade eben durch überwinterte Mücken erfolgt sein. Dabei muß freilich die weitere Annahme gemacht werden, daß die überwinterten Weibchen in der gleichen Familie zweimal stachen. Beim erstenmal wurden sie selber infiziert, beim zweitenmal gaben sie den Infekt weiter. Wenn

die Mücken sich während der Reifezeit der Sporozoiten in der Wohnung aufhielten, können sie die zur Reifung nötige Temperatur (mindestens 17 Grad) zur Verfügung gehabt haben, aber es ist fraglich, ob sie die trockene Stubenluft vertragen haben. Im Freien waren zu dieser Zeit die Temperaturen für eine Sporozoitenreifung noch nicht hoch genug. Erst im Laufe des Mai stiegen die Außentemperaturen auf die nötige Höhe.

Es müssen also eine ganze Reihe von Annahmen gemacht werden, um die Fälle 4. und 5. als diesjährige Infektionen zu erklären. Dabei wäre ein solches Maß von minutiösem Zusammentreffen nötig, daß man bei aller Anerkennung dieser Möglichkeit doch lieber bei einer Infektion aller fünf Fälle im Vorjahre bleibt. Die vom Vater erwähnten Schüttelfröste im Winter 1947/48 können ebenso wie die besondere Schlaptheit der Mutter als Brückensymptome zwischen Infektion und endgültigem Ausbruch der Krankheit gedeutet werden. Eine solche lange Inkubation (Latenz) ist aus den westdeutschen Malariagebieten gut bekannt. Mühlens hat schon in seinen Studien über die Malariaepidemie in Bant, Heppens, Neuende, Wilhelmshaven ... (1908) Erwägungen hierüber angestellt. Endgültig geklärt wurde dies Problem durch die Studien der Holländer. Aber Martini berichtet, daß bereits aus dem vorigen Jahrhundert Nachrichten aus Leipzig und Schweden in dieser Richtung vorliegen. Man muß, wie unsere Fälle zeigen, also auch in unserer Gegend an die Möglichkeit einer über den Winter verlängerten Inkubation denken, damit man nicht Malariafälle im Frühjahr verkennt. Auch bei dem erwähnten Einzelfall vom 11. März 1948 muß es sich um eine Infektion aus dem Vorjahre handeln. Die von Ebner gesammelten einheimischen Malariafälle in Mannheim aus den Jahren 1945/1946 verteilen sich folgendermaßen über das Jahr:

Monat: März April Mai Juni Juli August Sept. Oktob.  
Fälle: 3 2 4 7 6 6 3 1

Auch hier sind die Erkrankungen in den ersten Monaten als vorjährige Infekte aufzufassen.

Der „Malariapegel“, dessen Stand durch die Faktoren Temperatur, Zahl der Gametenträger, Zahl der Anophelen und die Wohnverhältnisse bestimmt ist, hat bei uns gerade noch die Höhe, die Einzelfälle und wohl auch kleine Epidemien wie unsere „Hausepidemie“, erlaubt. Für eine wirkliche Verbreitung der Malaria ist er aber bereits zu niedrig geworden, und ein Wiederanstieg ist nach menschlichem Ermessen unwahrscheinlich. Das Gegenteil ist der Fall. Mit dem Fortschreiten der Mückenbekämpfung insbesondere durch die Assanierung des Geländes durch Auffüllen der Mückenbrutplätze wird er weiter sinken. Den Ausführungen Ludolph Fischers über die einheimische Malaria in Südwestdeutschland ist auch für unser engeres Anophelengebiet zuzustimmen. Nach dem ersten Weltkrieg war die Lage ähnlich der heutigen. Auch in seinem Gefolge wurde die in Deutschland bis auf die geringen Reste in Ostfriesland verschwundene Malaria nicht wieder zu einer Dauererscheinung, manchen Befürchtungen zum Trotz. Martini teilt mit, daß es damals ein Malariakenner wie Nocht war, der beruhigend wirkte und ein Wiedererlöschen der auch damals ansteigenden Malaria voraussagte. Der Lauf der Dinge gab ihm bekanntlich recht.

Unsere sechs Fälle stammen aus einem Gelände, in dem die Voraussetzungen für eine Malariaübertragung

gegeben sind, wenn Gametenträger in diesen Bereich kommen. Da sind die Reste des alten Überschwemmungsgebietes zu beiden Seiten des Rheindammes, das vor der Anlage des Dammes bis in den Ort Neckarau hineinreichte. Der alte Wasserlauf des Gießens beherbergte nach Glaser (mündliche Mitteilung) in früheren Jahren regelmäßig Anophelenbrut. Jetzt führt er nur noch stellenweise stehendes Wasser, insbesondere nach Überschwemmungen des Rheins. Ich fand darin im Laufe des Jahres 1948 trotz sonst günstiger Verhältnisse keine Anophelenbrut mehr. Die fand ich nur noch nach dem Hochwasser im Juli in den zurückgebliebenen Wassertümpeln zwischen Rheindamm und Rhein etwa 300 m von dem erwähnten Klubhaus entfernt. Die Temperatur ist in diesem Landstrich für die Sporozoitenreifung im Laufe des Jahres genügend lange ausreichend hoch. Die Karten Sommers über die wirkliche Temperaturverteilung in Mitteleuropa zeigen, daß unser Gebiet mit seinen Temperaturen besonders günstig liegt. Seine Karte der Jahresmitteltemperaturen zeigt einen linsenförmigen Bereich, der sich etwa von der Höhe Lampertheims bis zur Einmündung der Murg in den Rhein zu beiden Seiten des Flusses erstreckt und dessen Jahresmitteltemperatur die der anderen Reichsgebiete mit Ausnahme eines Streifens zwischen Kaiserstuhl und Basel übertrifft.

Wieweit die Anophelen in den geschlossenen Siedlungsbereich des Ortes eindringen, ist noch nicht genau untersucht. An der eigentlichen Mückenplage, die wir mehr oder weniger stark fast in jedem Jahre haben, sind sie unbeteiligt. Vermutlich wirken die zahlreichen Siedlerhäuser im Rottfeld, Niederfeld, Zahnig und Aufeld mit ihren Tierställen als Abschirmung. Bisher waren dies die einzigen Fundplätze. Dies würde der Erfahrung anderorts, besonders in den Niederlanden, entsprechen, wo man meines Wissens geradezu solche Stallgürtel in den Malariagegenden um die Siedlungen herumlegt. Für den Rückgang der Malaria in unserem Gebiet hat allerdings diese „Ablenkung auf das Vieh“ offenbar keine Bedeutung gehabt, denn es gab hier bereits vor der Entstehung dieser Randsiedlungen (nach dem ersten Weltkrieg) keine endemische Malaria mehr. Der ausschlaggebende Faktor für das Aussterben der alten Malaria ist die zu gering gewordene Anophelendichte. Die Anophelen haben hier noch ein Reservat, in dem aber ihre Vermehrungsmöglichkeit begrenzt ist. Normalerweise liegen die meisten der in Frage kommenden Brutplätze den größten Teil des Jahres über trocken.

Zur Verhütung einheimischer Malariafälle, mit denen zur Zeit gerechnet werden muß, ist es nötig, daß die Meldepflicht für Malaria rasch befolgt und daß die Wohnung der Betroffenen nach Anophelen abgesucht wird. In der Wohnung eines zur Meldung gelangten Rückkehrerfalles, der im gleichen Gebiet auftrat, fand ich im Juli 1948 in der Wohnung und im Hausflur einzelne Exemplare von *Anopheles maculipennis*. Wichtig auch im Interesse der allgemeinen Schnakenbekämpfung ist es, daß sich in möglichst vielen Haushalten Handspritzen zur Mückenbekämpfung befinden. Dadurch wird die in vielen Städten amtlich durchgeführte Stechmückenbekämpfung wesentlich unterstützt. Je extensiver die Bekämpfung ist, um so intensiver ist sie auch. Auf diesem Gebiet können die praktischen Ärzte viel aufklärende Arbeit leisten. Sie können auch dafür sorgen, daß die Mücken bereits bekämpft werden, bevor die zuständigen Stellen auf dem Dienstweg von der

Infektion Kunde bekommen. Am besten empfiehlt man die Versprühung eines der DDT-haltigen Mittel, die heute im freien Handel zu haben sind. Erwähnt sei das Gix der Höchster Farbwerke, das eine Sofortwirkung und eine Dauerwirkung hat. Einer der Vorzüge der DDT-Präparate liegt darin, daß sie auch gegen allerlei andere Insekten, die uns im Sommer lästig fallen, Vorzügliches leisten. Auf lange Sicht gesehen, wäre es am besten, die Stadtverwaltungen ließen im Laufe der Zeit die seit Jahrhunderten bestehenden Schnakenbrutplätze, soweit dies nach der Ausdehnung möglich ist und soweit sie nicht aus anderen Gründen offen bleiben müssen, mit dem heute vielerorts so reichlich vorhandenen Schutt auffüllen. Das sind also vor allem die periodisch überschwemmten Geländevertiefungen, dann auch die zahlreichen Bombentrichter und die Feuerlöschteiche. Dieser auf einen längeren Zeitraum verteilbare Aufwand würde sich durch Einsparung an der Mückenbekämpfung und durch Minderung der Mückenplage bei Mensch und Vieh lohnen. Mancherorts bestehen amtliche Verordnungen, in denen die Gemeinden gehalten sind, diese Brutplätze zu beseitigen. Möglicherweise können die örtlichen

Krankenkassen, die ja auch Nutznießer solcher Arbeiten sind, bewogen werden, einen finanziellen Beitrag zu leisten. Der Schutt, auch Müll ist zu diesem Zweck brauchbar, bekäme so eine sozialhygienisch sinnvolle Verwendung. Die Stadt Mannheim hat begonnen, auf diese Weise Mückenbrutplätze zu beseitigen. Wesentlich ist, daß bei der Bekämpfung der Stechmücken und somit der Anophelen die benachbarten Mückengebiete zusammenarbeiten, damit eine Zuwanderung von Mücken aus Nachbargebieten verhütet wird.

#### Schrifttum:

- Ebner, Autochthone Malaria, Manuskript 1947;  
Fischer, Südwestdeutsches Ärzteblatt, 1948, S. 49;  
Martini, Verhandlungen d. Dtsch. Ges. f. angew. Entomologie 1936, S. 41;  
Martini, Lehrbuch der Med. Entomologie, 1946;  
Mühlens, Klin. Jahrbuch, Bd. 22, 1909;  
Prell, Anopheles und Malaria, Flugschriften d. Dtsch. Ges. f. angew. Entomologie Nr. 9;  
Sommer, Die wirkliche Temperaturverteilung in Mitteleuropa, 1906;  
Weyer, Die Malariaüberträger, 1939.

(Anschrift d. Verf.: Städtisches Krankenhaus Mannheim)

## Des Arztes Dilemma

In England hat man bekanntlich den staatlichen Gesundheitsdienst eingeführt. Jeder Briten hat damit das Recht auf unentgeltliche ärztliche Behandlung. Auf diese Weise bekam ein Arzt in Suffolk etwa viertausend Kassenpatienten. Schließlich platzte ihm der Kragen, und er versandte folgenden hektographierten Brief an die ihm zur Pflege Anvertrauten:

1. „Haben Sie eine Glatze? Dann kann ich Ihnen einen Bezugschein für eine Perücke geben.
2. Erscheinen Ihnen die Lebensmittelzuteilungen mit Rücksicht auf Ihre schlanke Linie zu hoch? Dann kann ich Ihnen einen Bezugschein für die neuesten Korsettmodelle geben.
3. Fehlt es Ihnen an Schnaps, Fett, Fleisch oder Traubenzucker? Dann kann ich Ihnen einen Bezugschein dafür geben.
4. Bekommen Sie nicht genug Benzin? Ich auch nicht.

Aus dem Augustheft der Zeitschrift „Das Beste aus Reader's Digest“

5. Strengt Sie die Vierundvierzigstundenwoche zu sehr an? Dann kann ich Ihnen hierüber eine Bescheinigung geben.
6. Wollen Sie von Ihrer Bürgerpflicht als Geschworener befreit werden? Oder wollen Sie bei der nächsten Wahl Ihre Stimme per Post abgeben? Dann kann ich Ihnen helfen.
7. Benötigen Sie Autoreifen, Gebrauchsmöbel oder Kohlensonderzuteilung? Ich kann Ihnen Bezugscheine für alles mögliche und unmögliche geben.
8. Wollen Sie ein Kind haben? Dann müssen Sie das Formular Nr. 24 A ausfüllen.
9. Sollten Sie aber vielleicht sogar krank sein — dann kommen Sie um Gottes willen nicht zu mir! Ich kann Sie nicht gesund machen. Ich habe keine Zeit dazu. Denn ich bin Arzt und brauche meine Zeit, um Bezugscheine zu unterschreiben!“

## Buchbesprechungen

**René Vallery-Radot: „Louis Pasteur.“** Sein Leben und Werk. Schwarzwaldverlag Freudenstadt, 1948, 728 S., DM 14.—.

Es ist außerordentlich zu begrüßen, daß wir diese 1903 in französischer Sprache erschienene Biographie nun auch in deutscher Übersetzung besitzen. Der Verfasser, ein Schwiegersohn Pasteurs, schenkt uns durch Verwertung aller verfügbaren Unterlagen und durch eingehende Würdigung der umfassenden wissenschaftlichen Arbeit Pasteurs ein anschauliches Bild dieses wahrhaft großen Forschers, dessen Lebensarbeit in Deutschland vielfach nicht genügend gewürdigt und manchmal bedauerlicherweise in dem Gegensatz: hier Pasteur, hier Koch getrübt wurde. Wenn man an Hand der Darstellung die einzelnen Stufen der Forschung Pasteurs und sein Streben nach Genauigkeit verfolgt, so ist man immer wieder erstaunt über das Erkennen großer und wichtiger Zusammenhänge. Den ärztlichen Leser wird wohl am meisten die Erforschung der pathogenen Krankheitserreger, die die Grundlage der Listerschen Antisepsis schuf, interessieren, er wird aber mit demselben Genuß von all den Forschungsergebnissen Kenntnis nehmen, die sich auf wirtschaftlichem und auch auf technischem Gebiet an die Arbeit Pasteurs

knüpfen. Es ist erstaunlich, wie die streng wissenschaftliche Arbeitsweise Pasteurs immer auch praktische Gesichtspunkte im Auge hatte, aus denen das von Pasteur heiß geliebte Frankreich größte Vorteile zog. Daneben ist in dem Buch viel an zeitgeschichtlichem Geschehen verarbeitet, wodurch alles auf eine breite Basis gestellt wird. Die Lektüre ist leider durch den auffallend kleinen Druck erschwert. Mit ein paar Bogen Papier mehr könnte hier erfreuliche Abhilfe geschaffen werden.  
Dr. Stübler

**v. Brehmer, Wilhelm: „Siphonospora polymorpha v. Br.“ in ihrer Bedeutung für Blut- und Geschwulstkrankheiten.** Linck-Verlag, Haag/Amper, 1947, 171 Seiten.

Von einer wissenschaftlichen Beweisführung in den neuen Darlegungen von Brehmers kann nicht gesprochen werden. Vielmehr wiederholt er alte Behauptungen über seine schon 1934 veröffentlichte Feststellung eines neuen Mikroorganismus als Krebserreger. Die durch sehr oberflächliche Untersuchungen gestützten Behauptungen stießen damals in Fachkreisen auf scharfe Ablehnung (Frankf. wissenschaftliche Woche 1934). Trotzdem fand v. Brehmer die Unterstützung von Stellen der herrschenden Partei und wurde ihm das Paracelsus-Institut in Nürnberg zur Verfügung gestellt. v. Brehmer spielt sich jetzt aber als politisch

Verfolgt auf und beruft sich auf zustimmende Gutachten, wobei die unvollständigen Zitate an dem Kern der Frage vorbeigehen. Inzwischen ist jetzt von Prof. Dr. O. Lentz, Dir. des Instituts Robert Koch, Berlin, überzeugend nachgewiesen, daß der von Br. gezüchtete Bazillus eine hochwiderstandsfähige Verunreinigung des Agars ist, der v. Br. ebenso wie Enderlein zum Opfer gefallen sind. Was über Diagnose und Behandlung des Krebses geschrieben wird, zeigt eine weitgehende Unkenntnis des Verfassers vom Wesen des Krebsproblems und dem heutigen Stand der Forschung. Eine ausführliche Widerlegung erübrigt sich.

Prof. Dr. A. Dietrich

A. von Braunmühl: „Insulinschock und Heilkampf in der Psychiatrie“. Ein Leitfadens für die Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart, 2. Aufl. 1947, 247 S., 56 zum Teil mehrfarb. Abb., DM 15.—

Es sind noch keine zwanzig Jahre vergangen, seit die Psychiatrie begonnen hat, in der Therapie der eigentlichen Psychosen (der psychischen „Prozesse“ im Unterschied von den krankhaften „Entwicklungen“ (Jaspers) und den psychotischen Reaktionen („Bonhöffer“) von dem Standpunkt der symptomatischen, mehr zuwartenden Behandlung zu einer aktiven Therapie überzugehen. Der Weg ist durch die Namen Sakel (Insulinschockbehandlung), v. Meduna, A. von Braunmühl, Cerletti (Cardiazol, Azoman, Elektroschock) gekennzeichnet. In den ersten Jahren dieser Phase aktiver Therapie (1935 bis etwa 1940) galt das Hauptbemühen der Heilung bzw. Symptombefreiung der „organisch bedingten Prozeßpsychosen Schizophrenie; allmählich erkannte man, daß auch andere endogene Geisteskrankheiten, z. B. solche, die dem zirkulären Formenkreis angehören (Manie, Melancholie, zirkuläres Irresein) auf die aktive Schockbehandlung gut ansprechen. Anfänglicher begeisterter Optimismus mußte bei der Schizophrenie einer etwas nüchterneren Beurteilung weichen; doch besteht noch heute bei der Mehrzahl der aktiven Therapeuten die feste Überzeugung, mit Insulin, Cardiazol, Azoman, Elektroschock sehr gute und oft dauerhafte Erfolge zu erzielen. Unter den Ärzten, die sich in der Ausgestaltung einer exakten, alle ersten Gefahren vermeidenden Therapie besondere Verdienste erworben, steht seit 1937 A. von Braunmühl an erster Stelle. Seine zahlreichen Spezialarbeiten fanden im Dezember 1937 eine sehr willkommene Zusammenfassung und methodische Darstellung in dem Buche „Insulinschock und Heilkampf in der Psychiatrie“, dessen zweite Auflage im März 1947 erschien. Von Braunmühl hat mit großem Geschick in drei Teilen (Die Insulinschockbehandlung, Der Heilkampf, Über den Gang der Behandlung) die Organisation dieser subtilen Behandlungsweisen, das methodische Vorgehen bis zur neuesten Form der „Zickzackmethode“ und die Methoden eingehend geschildert und durch beigegebene Abbildungen, Kurven und Tabellen anschaulich erläutert. Wer sich mit der aktiven Therapie der Geisteskranken zu befassen hat, wird nicht umhin können, das Buch, das sich einen „Leitfaden für die Praxis“ nennt und dies auch tatsächlich ist, genau zu lesen; es besitzt auch eine sorgfältige Zusammenstellung des einführenden Schrifttums aus den Jahren 1930—1947.

Da wir noch immer nicht wissen, was wir bei der Schocktherapie eigentlich tun und warum so grobe und gewalttätige Eingriffe seelische Krankheiten heilen oder wenigstens erheblich bessern können, vertiefen wir uns mit gespanntem Interesse in das letzte Kapitel („Schlußwort“), in dem der Verfasser folgende grundsätzliche wichtige Feststellungen bekanntgibt: „Über die spezielle Wirkungsweise der neuen Heilmethoden können wir auch heute noch nichts aussagen“...

„Mit den neuen Behandlungsmethoden wecken wir körpereigene Heilungsbereitschaften und beeinflussen sie nachdrücklich. Eine Heilungsbereitschaft neu schaffen können wir jedoch nicht.“ Es folgt ein Vergleich mit der Tuberkulose und ihren verschiedenen Verlaufsformen und mit ihrer wechselnden „Heilungsbereitschaft“.

Ein tatenfroher, therapiefreudiger Optimismus beschließt das Buch, das mit begeistertsten Worten alle zur Mitarbeit auffordert, zum „Heilen und Helfen in der Psychiatrie als einer der großen humanitären Aufgaben aller Zeiten“. Ich beneide den Verfasser um seinen zuversichtlichen Glauben an den Dauererfolg seiner methodisch sorgfältig aufgebauten psychiatrischen Therapie.

Prof. Dr. R. Gaupp sr.

Walther Gerlach: „Die Quantentheorie, Max Planck, sein Werk und seine Wirkung.“ Mit einer Bibliographie der Werke Max Plancks. Universitäts-Verlag Bonn, 1948, 36 Seiten.

Die Entwicklung der einzelnen Gebiete der Naturwissenschaften ist nicht immer gleich rasch und bedeutsam. In den vergangenen 50 Jahren hat fraglos die Physik eine besonders erfolgreiche durchgemacht. Das rechtfertigt das Interesse auch weiterer Kreise gerade an diesen Vorgängen, zumal wenn dabei die Person Max Plancks in den Vordergrund gestellt wird, der eine der größten und verehrungswürdigsten Gestalten ist, die Deutschland in unserer Zeit hervorgebracht hat.

Die vorliegende Schrift ist die Ausarbeitung einer Gedenkrede, die Professor Gerlach-München in den Farbenfabriken in Leverkusen a. Rh. gehalten hat. Sie setzt an manchen Stellen eine gewisse Vertrautheit mit einigen Grundbegriffen der Physik voraus. Für den, der diese Voraussetzung erfüllt, ist die Schrift von hohem Reiz; denn hier gibt ein Fachmann, der selbst aktiv am Fortschritt der Forschung beteiligt war und der Planck persönlich nahe kannte, einen glänzenden Überblick über die Entwicklung der Physik, die durch die Plancksche Idee der Quantentheorie ausgelöst wurde.

Prof. Dr. M. Czerny, Frankfurt/M.

Mittelstraß, Hans: „Blutungen am Ende der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett.“ In Schriften für ärztliche Fortbildung, Verlag H. H. Nölke, Hamburg, 1948; 122 S., DM 6.—

Für Krankenhaus und Praxis bietet dieses Büchlein eine sehr eingehende Belehrung über Ursachen, Erkenntnis und Behandlung der geburtshilflichen Blutungen nach dem Stande der neuesten Forschung und Erfahrung, einschließlich des Problems der Rhesusfaktoren und der Prophylaxe und Behandlung von Puerperalinfektionen mit Sulfonamiden, unterstützt durch Zeichnungen, die mir größtenteils entbehrlich erscheinen, wie auch die viele Gelehrsamkeit theoretischer Betrachtungen und die Aufzählung von Autorennamen zur Kennzeichnung der Belesenheit, die den Praktiker wenig interessieren. Dankenswert ist die ausführliche Besprechung der Bluttransfusion, wobei die Angabe über die Menge des die Blutgerinnung verhindernden Natrium Citricum (ca. 2 g auf 1000 Blutmischung mit Ringer'scher Lösung oder Physiologischer Kochsalzlösung) vermißt wird. Die auf Seite 104/105 beschriebene Anwendung der großen Infusionsampullen geht auf die Apparatur von Sanit.-Rat Dr. Otto Pfeilsticker in Schwäb. Hall zurück, die er in der Münchner Med. Wochenschrift 1904 in Nr. 38 beschreibt und die die Stuttgarter Firma C. H. Burk herstellte. Breitner in seinem Buch „Die Bluttransfusion“ 1926 mit den reichen Literaturhinweisen erwähnt diese fundamentale Arbeit nicht!

Wie in allen neuzeitlichen Lehrbüchern ist der Autoblut-Tropfenlauf ins Rectum auch hier vergessen, der gerade für die Hauspraxis, besonders auf dem Lande, wo Spenderblut, Blutgruppenbestimmung und alles Drum und Dran noch Utopien sind, so überaus wertvoll wäre wegen seiner Einfachheit, mit der im Notfall das aus der Unterlage geschöpfte Blut in die auf Körperwärme gebrachte Natrium Citricum-Lösung mit dem Irrigator als langsamster Einlauf gegeben werden kann, Unverletztheit des Rectums vorausgesetzt! Das auf Seite 50/51 gezeigte und beschriebene Blutauffanggerät — wenn es schon vorhanden — würde sich im Krankenhaus ausgezeichnet zu diesem Zwecke verwerten lassen und nicht nur zur mehr oder weniger überflüssigen Messung des Blutverlustes. Wir haben in unserer Klinik seit 20 Jahren diese Methode bei allen größeren gynäkologischen Operationen angewandt und noch im Narkoseschlaf jeder Operierten ihr eigenes Blut wieder gespendet. Die auf Seite 55 als „fehlerhaft geleitete Nachgeburtsperiode“ beschriebenen Maßnahmen, wie Massieren und Kontraktionen anregende Medikamente scheinen mir in Widerspruch zu stehen zu den auf Seite 89 gezeigten Schematen zur Behandlung der atonischen Nachblutungen, wo Massage und Wehenmittel u. a. empfohlen werden.

Daß jeder alte Praktiker seine eigenen Erfahrungen an erster Stelle gelten lassen will und über manches auch anderer Ansicht sein wird, als der Fachgenosse, ist kein Hindernis, die Mittelstraß'sche Schrift eingehendem Studium zu empfehlen. Jeder wird sie mit reichem Gewinn lesen und immer wieder zur Hand nehmen.

Das Papier ist ein charakteristisches Zeichen unserer Zeit.

Dr. Pfeilsticker

# Bekanntmachungen

## Fortbildungskurs für praktische Ärzte

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen hält einen weiteren Fortbildungskurs für praktische Ärzte vom 16. bis 22. Oktober 1949 ab mit dem Thema **Hormone und vegetatives Nervensystem**. Auskunft und Prospekte durch Professor Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstraße 32 g.

## Lehrgang für Amtsärzte

Der 7. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf ist für die Zeit vom 25. Oktober 1949 bis zum 25. Februar 1950 mit einer Unterbrechung durch die Weihnachtsferien vom 17. Dezember 1949 bis zum 8. Januar 1950 in Aussicht genommen, sofern mit einer rechtzeitigen genügend großen Anmeldung von Teilnehmern gerechnet werden kann. Das Vorlesungsverzeichnis wird den Lehrgangsteilnehmern rechtzeitig vor Beginn des Lehrganges zugestellt. Umgehende Anmeldung bei der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus-Sozialministerium, ist erforderlich. Bei rechtzeitiger Anmeldung werden wie bisher den Lehrgangsteilnehmern möblierte Zimmer vermittelt. Für eine Gemeinschaftsverpflegung ist gesorgt.

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

## Preis Ausschreiben der Studiengemeinschaft der Evangelischen Akademie

Wie uns die Studiengemeinschaft der Evangelischen Akademie mitteilt, veranstaltet sie ein öffentliches Preis Ausschreiben, in dem sie eine Reihe von Themen zur Bearbeitung ausschreibt. Für Ärzte dürfte folgendes Thema in Frage kommen: „**Das Personverständnis im modernen medizinischen Denken.**“

Es soll grundsätzlich untersucht werden, wie der Begriff der Person in der modernen Medizin verstanden wurde und wie sich das in Wissenschaft und Praxis auswirkt. Dabei können besonders Lehren wie die von Fr. Kraus, Krehl, die Psychotherapie, die psychosomatische und anthropologische Medizin und die *médecine de la personne* bearbeitet werden.

Für die beste Bearbeitung wird ein Preis von 500 DM ausgesetzt. Durch das Preis Ausschreiben sollen die jüngeren Akademiker und besonders der wissenschaftliche Nachwuchs der Hochschulen zur Mitarbeit auf den Gebieten eingeladen werden, die im Gespräch zwischen Kirche und Wissenschaft bedeutsam sind. Die Arbeit muß bis spätestens 31. Dezember 1950 bei dem Sekretariat der Studiengemeinschaft der Evangelischen Akademie, Stuttgart-N, Reienbergstraße 74, eingereicht sein, wo auch alle näheren Bestimmungen zu erfahren sind.

## „Wissenschaftliche Buchgemeinschaft e. V.“ Tübingen

Am 12. Januar 1949 wurde in Tübingen nach Rücksprache mit zahlreichen Hochschullehrern der drei westlichen Zonen und vielen Fachleuten die „Wissenschaftliche Buchgemeinschaft e. V.“ gegründet.

Als große Subskriptionsgemeinschaft und Organisation der Selbsthilfe wird die „Wissenschaftliche Buchgemeinschaft e. V.“ das zerstörte und aus wirtschaftlichen Gründen auf normalem Wege zu erschwinglichen Preisen nicht wiederherzustellende wissenschaftliche Schrifttum ihren Mitgliedern zu ungefähr dem halben Ladenpreis liefern. Diese niedrigen Subskriptionspreise sind möglich, weil jeder eigene Gewinn und alle Zwischengewinne ausgeschaltet sind und Stiftungen verwendet werden.

Jeder geistig Interessierte kann bei Zahlung eines Mitgliedsbeitrages von 2 DM jährlich (Studenten und Schüler von 1,50 DM jährlich) Mitglied der „Wissenschaftlichen Buchgemeinschaft e. V.“ werden.

Die Mitgliedschaft berechtigt, die angebotenen Werke zum Subskriptionspreis zu beziehen, sie verpflichtet jedoch lediglich zum Bezug eines Werkes oder einer Zeitschrift.

Das erste große Subskriptionsangebot ist erhältlich beim Sekretariat der „Wissenschaftlichen Buchgemeinschaft e. V.“ Tübingen, Schaffhausenstr. 3.

## Operations-Todesfall-Versicherung

Soeben ist eine neuartige Versicherungsform, die Operations-Todesfall-Versicherung, geschaffen und von den Aufsichtsämtern für das Versicherungswesen in den Westzonen genehmigt worden. Damit schließt sich eine Lücke, die nach der Währungsreform infolge Abwertung aller Vermögen und vor allem der Ansprüche aus Lebensversicherungen besonders in Erscheinung getreten ist. Wer vor einer Operation steht, wird der mit jedem operativen Eingriff mehr oder weniger verbundenen Lebensgefahr gefaßter gegenüberstehen, wenn er noch vorher die Möglichkeit hat, die Existenz seiner Angehörigen zu sichern.

Versichert wird eine feste Summe, deren Höhe der Antragsteller bestimmt. Die Mindestversicherungssumme beträgt 2000 DM. Der Versicherungsvertrag wird vor der Operation abgeschlossen und bleibt vom Tage des operativen Eingriffs an gerechnet 4 Wochen lang in Kraft. Stirbt der Versicherungsnehmer innerhalb dieser Zeit an der Operation oder deren Folgen, so wird die Versicherungssumme den Hinterbliebenen voll ausbezahlt. Versicherungsträger dieser neuen Versicherungsform ist die Vereinigte Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft in München.

## Tagung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen der amerikanischen und britischen Zone

Auf Veranlassung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle e. V. Büdingen (Hessen) trafen sich am 3./4. Mai d. J. in Frankfurt a. M. sämtliche ärztliche Vorsitzenden der Privatärztlichen Verrechnungsstellen der amerikanischen und britischen Zone mit ihren Geschäftsführern zu einer gemeinsamen Besprechung.

Im Verlaufe dieser Tagung wurde eine Arbeitsgemeinschaft sämtlicher Privatärztlicher Verrechnungsstellen der Westzonen unter dem Vorsitz der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen gebildet.

In den einzelnen Referaten und Aussprachen kam die große Sorge um den freien ärztlichen Berufsstand, aber auch die volle Entschlossenheit zum Ausdruck, der Schwierigkeiten Herr zu werden. Gerade die Privatärztlichen Verrechnungsstellen haben sich in den fast 3 Jahrzehnten ihres Bestehens besonders der Dinge im ärztlichen Beruf angenommen, die den Ärzten am wenigsten liegen: Honorarforderungen der Mitglieder aus ihrer Privatpraxis einzuziehen, die Arbeit der Buchführung abzunehmen und sie in finanz- und steuertechnischen Dingen zu beraten und zu unterstützen.

Die von Ärzten gegründeten und geleiteten Privatärztlichen Verrechnungsstellen dienen unter Ausschluß jeden wirtschaftlichen Erwerbszweckes allein den Belangen des Arztestandes.

Durch den Zusammenschluß in der Arbeitsgemeinschaft sollen Erfahrungen auf organisatorischem Gebiet ausgetauscht werden. Hier wurde vor allem an den Austausch von ergangenen Gerichtsurteilen von grundsätzlicher Bedeutung für die ärztlichen Belange gedacht und an die Durchführung solcher Prozesse, die im Interesse aller den Verrechnungsstellen angeschlossenen Ärzte liegen. Es wurden in der Versammlung bereits ergangene ungemein wichtige Urteile bekanntgegeben (Berechnung von km-Gebühren, Haftung der Ehefrau für den Ehemann bei ärztlichen Honorarforderungen).

Einen breiten Raum der Verhandlungen nahm das Verhältnis der Ärzteschaft zu den Gesellschaften der Privaten Krankenversicherung ein. Hier wurde der Beschluß gefaßt, mit der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zusammenzuarbeiten. Das Verhältnis der einzelnen

Privatärztlichen Verrechnungsstellen zueinander wurde eingehend besprochen und einer alle befriedigenden Lösung zugeführt.

Es wurde weiter festgestellt, daß bei allen Verrechnungsstellen die Mitgliederzahl ständig im Steigen begriffen ist. Besonders nach der Währungsreform schließen sich immer mehr Kollegen den Verrechnungsstellen an.

Ein besonders dazu bestimmter Ausschuß von ärztlichen Vorstandsmitgliedern aus der Arbeitsgemeinschaft soll durch aufklärende und auf Presse-Veröffentlichungen eingehende Aufsätze die Interessen der Ärzte klarstellen und wahren.

An alle nicht anwesenden Privatärztlichen Verrechnungsstellen, besonders aus der französischen Zone, wird eine Aufforderung zum Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft erfolgen, so daß dann die in der Privatpraxis tätigen Ärzte in der Arbeitsgemeinschaft der Privatärztlichen Verrechnungsstellen ihre Interessen gewahrt sehen werden. Dann wird manchem noch fernstehenden Kollegen klar werden, daß nur die für ihn zuständige Privatärztliche Verrechnungsstelle seine Interessen in der Privatpraxis und in finanz- sowie steuertechnischen Dingen wahren wird.

Dr. Pistor

## 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 zu den RVO-Kassen im Kammerbereich Nord-Württemberg

Die Militärregierung für Württemberg-Baden hat durch Schreiben vom 17. Juni 1949 das Gesetz über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten sowie die auf Grund von § 1 dieses Gesetzes vom Arbeitsministerium Württemberg-Baden erlassene Zulassungsordnung für Ärzte aufgehoben. Als Begründung wird angegeben, daß das Gesetz eine unzulässige Übertragung von legislativer Gewalt darstellt, und daß die Verordnung die Vollmacht des exekutiven Zweiges der Staatsgewalt überschreitet, somit gegen den Grundsatz der Demokratie auf Trennung der legislativen und exekutiven Gewalt verstößt. Inzwischen sind Verhandlungen eingeleitet mit dem Ziel, diese Bedenken der Militärregierung dadurch auszuräumen, daß entweder der Württ.-Bad. Landtag die Zulassungsordnung mit Gesetzeskraft erläßt — ein Weg, der in Bayern beschritten worden ist — oder aber, daß über die Bundesgesetzgebung die Voraussetzungen für das Inkrafttreten der Zulassungsordnung geschaffen werden.

Für die Übergangszeit haben die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung — Landesstelle Württemberg — folgende Vereinbarung getroffen:

Besondere Beauftragte beider Vertragsparteien werden bevollmächtigt, die vorläufige und widerrufliche Teilnahme von Ärzten an der kassenärztlichen Versorgung im Sinne des § 20 der bisherigen Zulassungsordnung auszusprechen, **soweit dies zur Abwendung von Notständen erforderlich ist.**

Danach kann eine endgültige Besetzung von Kassenarztsitzen vorläufig nicht vorgenommen werden, wohl aber können, wenn ein Notstand vorliegt, zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten Ärzte durch die genannten Beauftragten an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden.

### Nervenärztliches Kolloquium

Wir machen die Nervenärzte auf folgende Ankündigung des Instituts für Psychotherapie, Stuttgart, aufmerksam:

**Hermann Gundert / Wilhelm Bitter**

Nervenärztliches Kolloquium in den Räumen des Instituts, Alexanderstraße 12 A — 5. Doppelstunden. Freitag, 14. Okt., 11. Nov., 9. Dez., 24. Febr., 24. März — 19.30 Uhr, Gebühr DM 5.—

(Nur Nervenfachärzte und ärztliche Psychotherapeuten.)

Anmeldung beim Sekretariat des Instituts, Stuttgart-S, Neue Weinsteige 63, Tel. 9 02 82.

## ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

### Ärztlicher Fortbildungskurs

In der Zeit vom 17. bis 22. Oktober 1949 findet an den Universitätskliniken Tübingen ein ärztlicher Fortbildungskurs für eine beschränkte Anzahl von Kollegen statt.

Die Herren Direktoren der Universitätskliniken und -institute haben sich mit ihren Dozenten liebenswürdigweise bereit erklärt, die Vorlesungen zu übernehmen.

Er werden sprechen:

Prof. Mayer (Frauenklinik) mit seinen Dozenten über Krankheitsbilder aus der Frauenheilkunde,

Prof. Bennhold (Med. Klinik) mit seinen Oberärzten über Kreislauftherapie, neuere chemotherapeutische Methoden, Fragen der Endocrinologie, Endocarditis lenta, Tuberkulose, Haematologische Fragen und Anämiebehandlung,

Prof. Naegeli (Chirurg. Klinik) über die Behandlung der Trigeminusneuralgie, über Schock und Kollaps in der Chirurgie,

Prof. Kreutz (Chirurg. Klinik) über die Bedeutung der Frühbehandlung in der Orthopädie und die Entstehung und Behandlung der arthritischen Beschwerden,

Dozent Stehler (Chirurg. Klinik) über Prostatahypertrophie und Carcinom,

Dozent Bauer (Chirurg. Klinik) über moderne Strahlentherapie,

Prof. Gottron (Hautklinik) wird neben klinischen Demonstrationen Vorträge über Fragen der Lues- und Gonorrhoebehandlung halten, über Hauttuberkulose, Zeugungsfähigkeit und Behandlung von Haarkrankheiten,

Prof. Nitschke (Kinderklinik) wird klinisches Krankengut demonstrieren,

Prof. Stock (Augenklinik) hält klinische Visiten,

Prof. Kretschmer (Nervenklinik) mit seinen Oberärzten wird über Neuritiden, Ischiasbehandlung und Apoplexie sprechen,

Prof. Letterer (Patholog. Institut) über patholog.-anatomische Aspekte verschiedener Infektionskrankheiten,

Prof. Haffner (Pharmakolog. Institut) über Fortschritte der pharmakologischen Forschung und Sparmaßnahmen in der Arzneimittelversorgung.

Außerdem sind klinische Visiten im **Versorgungskrankenhaus Tübingen** vorgesehen, sowie Vorträge über Diagnose und Therapie von Hirntumoren und die Begutachtung Versehrter.

Die Zeiteinteilung geht aus nachfolgendem Stundenplan hervor:

Montag	8—10	Frauenklinik	Prof. Mayer und Mitarbeiter
	10—12	Hautklinik	Prof. Gottron
	15—17	Kinderklinik	Prof. Nitschke
	17—18	Med. Klinik	Dozent Dr. Heni
Dienstag	8—10	Chir. Klinik (Denzenberg)	Prof. Stauss
	10—12	Med. Klinik	Prof. Bennhold
	15—16	Pharm. Inst.	Prof. Haffner
	16—18	Augenklinik	Prof. Stock

Mittwoch	8—10	Med. Klinik	Visite — Prof. Bennhold und Mitarbeiter
	10—12	Nervenklinik	Prof. Kretschmer (Apoplexiebehandlung, Neuritiden, Ischias)
	15—17	Med. Klinik	Prof. Bennhold (Kreislauf)
	17—18	Med. Klinik	Prof. Kreuz
Donnerst.	8—10	Med. Klinik	Visite
	10—12	Hautklinik	Prof. Gottron
	15—17	Kinderklinik	Prof. Nitschke
	17—18	Med. Klinik	Dozent Dr. Bauer
Freitag	8—10	Frauenklinik	Prof. Mayer und Mitarbeiter
	10—12	Med. Klinik	Dr. Seidel (Tuberkulose) Dr. Germer (Endocarditis)
	14—15	Pharm. Inst.	Prof. Haffner (Sparmaßnahm. in d. Arzneimittelversorg.)
	15—17	Med. Klinik	Dozent Dr. Schubert und Dr. Thedering
Samstag	8—9	Chir. Klinik	Doz. Dr. Stehler (Prostatahypertrophie u. Carcinom)
	9—10	Vers.-Kr.-H.	Dr. v. Strenge (Hirntumoren)
	10—11	" "	Dr. Weiß (über Begutachtung Versehrter)
	11—12	" "	Besichtigung/Visite — Dr. Dobler

Die Teilnehmer werden geschlossen im Leibnizeanum in Tübingen untergebracht. Der Kostensatz für Unterbringung und sehr gute Verpflegung beträgt **5 DM täglich**. Anreisetag ist der 16. Oktober.

Anmeldungen sind erbeten bis 25. September an die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Tübingen.

Gesellschaftliche Veranstaltungen für die Kursteilnehmer und Dozenten sind vorbereitet.

(gez.) Dr. Dobler

## Zulassungsordnung für das Land Württemberg-Hohenzollern

Die Zulassungsordnung für das Land Württemberg-Hohenzollern ist erschienen. Auf Grund der Zulassungsordnung wird sofort ein Arztregister für das Land Württemberg-Hohenzollern eingerichtet. Alle Ärzte, welche sich um eine Zulassung zur Kassentätigkeit im Bereich der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern bewerben wollen, werden aufgefordert, einen Antrag auf Eintragung in das Arztregister zu stellen. Antragsformulare können von der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern bezogen werden.

Alle freigewordenen oder vom Zulassungsausschuß neu einzurichtenden Arztstühle werden künftig im Südwestdeutschen Ärzteblatt ausgeschrieben.

gez.: Dr. Dobler

### LAND WÜRTEMBERG-HOENZOLLERN

#### Verordnung des Arbeitsministeriums über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen Vom 12. Juli 1949.

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten vom 3. Dezember 1948 (RegBl. 1949, S. 4) wird nach Anhörung der Ärztekammer und des Verbands der Ortskrankenkassen verordnet:

#### Zulassungsordnung für Ärzte

##### Kapitel I

##### Allgemeines

##### § 1

Im Sinne dieser Zulassungsordnung bedeuten die Bezeichnungen:

- Krankenkassen:**  
Die gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO), die Kassenverbände (§ 406 RVO), die See-Krankenkasse (§ 476 RVO);
- Ärzte:**  
Die zur Ausübung ihres Berufes in Deutschland befugten approbierten Ärzte;
- Zulassung:**  
Die Berechtigung und Verpflichtung des Zugelassenen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teil-

### Waldsanatorium Dr. Schröder, Schöberg: 50jähriges Jubiläum und Tuberkulosekongress

Am 15./16. Oktober 1949 begeht das unter der Leitung von Dr. med. habil. L. Rickmann stehende Waldsanatorium Dr. Schröder, Schöberg, Kreis Calw, sein 50jähriges Jubiläum. Von jeher hat das Haus unter dem seit 1899 als leitendem Arzt tätigen und weit über die deutschen Grenzen hinaus bekannt gewordenen Dr. Georg Schröder seinen bedeutenden Platz im Kranz der deutschen Heilstätten eingenommen und sich zur heutigen Größe entwickelt. Eine stets umsichtige Leitung hat es verstanden, das Sanatorium auch jetzt wieder innerlich und äußerlich trotz aller zeitbedingten Schwierigkeiten so instandzusetzen und zu modernisieren, daß es allen Anforderungen zur wirksamen Bekämpfung der Lungentuberkulose entspricht und den Heilung suchenden Kranken neben den Vorzügen des Schwarzwaldklimas alle dem neuesten Stande der Wissenschaft entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten bietet. Mit einem Konzertabend für Patienten und Gäste und einer am 16. Oktober stattfindenden Tuberkulosekongress mit Vorträgen bedeutender Kliniker und Tuberkuloseärzte soll das Jubiläum seinen festlichen Rahmen finden.

### Niederlassungsfreiheit

Mit Gesetz vom 22. Juli 1949 hat der Landtag von Württemberg-Hohenzollern beschlossen, die Niederlassungsfreiheit für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten wieder herzustellen. Durch Veröffentlichung im Regierungsblatt Nr. 37 vom 10. August 1949 ist die Niederlassungsfreiheit gesetzlich rechtskräftig geworden.

(gez.) Dr. Dobler

nahme an der kassenärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten;

#### d) Kassenärzte:

Ärzte, die rechtskräftig zugelassen sind.

#### § 2

Zur Ausübung der Kassenpraxis im Sinne des § 1 sind, von dringenden Fällen abgesehen, nur Kassenärzte berechtigt.

### Kapitel II

#### Arztregister

#### § 3

(1) Ein Arzt, der zugelassen werden will, muß in das Arztregister des Landes Württemberg-Hohenzollern eingetragen sein.

(2) Ein nicht zugelassener Arzt darf im Gebiet der deutschen Länder gleichzeitig in höchstens 2 Arztregistern, ein Kassenarzt nur in einem weiteren Arztregister eingetragen sein.

(3) Die Eintragung in das Arztregister erfolgt auf schriftlichen Antrag des Arztes. Der Antrag muß folgende Angaben enthalten:

- die Personalien des Arztes, gegebenenfalls auch die seines Ehegatten und seiner Kinder,
- den Tag der Approbation als Arzt,
- die Anschrift,
- den Tag, an dem die Tätigkeit als Arzt aufgenommen wurde und die Art dieser Tätigkeit seit Beginn der Berufsausübung.

In dem Antrag ist ferner anzugeben, wann die Kassenpraxis frühestens aufgenommen werden kann.

Dem Antrag sind beizufügen:

- die Geburtsurkunde,
- der Nachweis der Approbation als Arzt,
- die Bescheinigung über die bisherige Tätigkeit als Arzt,
- der Spruchkammerbescheid.

Wenn der Arzt schon niedergelassen ist, ist eine Bescheinigung der Ärztekammer über Ort und Dauer der Niederlassung beizufügen. Eine bereits erfolgte Zulassung zur Kassenpraxis ist ebenfalls nachzuweisen.

(4) Können die in Abs. 3 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

## § 4

(1) Das Arztregister wird von der Kassenärztlichen Vereinigung für das Gebiet des Landes Württemberg-Hohenzollern unter der Aufsicht des Oberversicherungsamts für Württemberg-Hohenzollern geführt.

(2) Über Eintragungen (Neueintragungen, Änderungen oder Streichungen) im Arztregister entscheidet die Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der das Arztregister geführt wird. Auf Beschwerde entscheidet der Zulassungsausschuß endgültig.

## § 5

(1) Die Eintragung ist einem Arzt nur zu versagen, wenn er nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet oder wenn ihm die Berufsausübung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen untersagt ist.

(2) Ein Arzt, der die deutsche Staatsangehörigkeit nicht besitzt, ist jedoch dann einzutragen, wenn ihm die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung nach § 21 Abs. 2 gestattet ist.

(3) Die Kassenärzte sind im Arztregister besonders kenntlich zu machen.

## § 6

(1) Tatsachen, die für die Zulassung oder ihr Ruhen von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des Arztes, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Verbände der Krankenkassen im Arztregister vermerkt.

(2) Der Arzt ist vor der Eintragung des Vermerks zu hören, falls er den Vermerk nicht selbst beantragt hat.

(3) Die Eintragung des Vermerks oder die Ablehnung des Antrags ist dem Arzt und gegebenenfalls dem Antragsteller mitzuteilen.

## § 7

Im Arztregister ist der Zeitpunkt der Eintragung anzugeben. Als Zeitpunkt der Eintragung gilt der Tag des Eingangs des Antrags, sofern dabei die Voraussetzungen für die Eintragung nachgewiesen sind, andernfalls der Tag, an dem dieser Nachweis erbracht wird. Kann der Nachweis aus Gründen, die der Antragsteller nicht zu vertreten hat, nicht zugleich mit dem Eintragungsantrag erbracht werden, so gilt der Tag des Eingangs des Antrags als Zeitpunkt der Eintragung auch ohne diesen Nachweis, sofern er nur bis zur Zulassung nachgebracht wird. Der Zeitpunkt der Eintragung bestimmt die Reihenfolge im Arztregister.

## § 8

Für kriegsgefangene Ärzte können die Angehörigen oder sonstige Beauftragte den Antrag auf Eintragung stellen. Die §§ 3 bis 7 gelten entsprechend.

## § 9

(1) Ein Arzt wird aus dem Arztregister gestrichen:

1. wenn er die Streichung beantragt,
2. wenn er gestorben ist,
3. wenn er auf die Approbation verzichtet hat oder die Approbation zurückgenommen ist,
4. wenn die Voraussetzungen für seine Eintragung nach § 5 nicht oder nicht mehr gegeben sind,
5. wenn seine Zulassung nach § 23 Ziff. 2 oder 3 endet,
6. wenn ihm die Zulassung nach § 26 entzogen worden ist.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Ziff. 6 darf der Arzt vor dem im Beschluß über die Entziehung seiner Zulassung festgesetzten Zeitpunkt nicht wieder in das Arztregister eingetragen werden.

## § 10

(1) Die Einsicht in das Arztregister ist Ärzten und Krankenkassen sowie deren Verbänden und Berufsvertretungen gestattet.

(2) Die Einsicht in die Registerakten ist nur den Mitgliedern der Zulassungsinstanzen, der Ärztekammer und den Verbänden der Krankenkassen gestattet. Einem Arzt ist auf Verlangen außerdem in die ihn betreffenden Akten Einsicht zu gewähren. Zur Auskunftserteilung an andere Stellen ist die Kassenärztliche Vereinigung dann verpflichtet, wenn ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

## Kapitel III

## Bewerbung

## § 11

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister eingetragene Arzt bewerben.

## § 12

(1) Die Bewerbung hat schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden oder beglaubigte Abschriften beizufügen, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung vorgelegt worden sind:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte berufliche Tätigkeit,
4. die Urkunde, durch die der Arzt als Facharzt anerkannt ist, wenn er sich um die Zulassung als Facharzt bewirbt,
5. die Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister,
6. ein polizeiliches Führungszeugnis,
7. eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder war.

(2) Können die in Abs. 1 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

(3) Der Bewerber hat eine Erklärung beizufügen, aus der sich das Ergebnis oder der Stand der Überprüfung seiner politischen Vergangenheit erkennen läßt.

## § 13

(1) In der Bewerbung ist zu vermerken, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird.

(2) Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

## Kapitel IV

## Grundsätze für die Zulassung

## § 14

(1) Auf etwa 600 Kassenmitglieder soll ein Kassenarzt entfallen.

(2) Das Verhältnis der Zahl der Kassenärzte zur Zahl der Kassenmitglieder wird vom Zulassungsausschuß halbjährlich festgestellt und in geeigneter Weise bekanntgegeben. Kassenärzte, deren Zulassung ruht, sowie zugelassene hauptamtlich tätige Krankenhausärzte werden nicht mitgerechnet.

(3) Außer der Verhältniszahl nach Abs. 1 können in begründeten Einzelfällen andere Gesichtspunkte nach gewissenhaftem, freiem Ermessen der Zulassungsinstanzen berücksichtigt werden.

(4) Das Arbeitsministerium kann die in Abs. 1 genannte Verhältniszahl nach Anhören der Ärztekammer und der Verbände der Krankenkassen anderweitig festsetzen.

## § 15

(1) Die Zulassungen erfolgen für die ausgeschriebenen Orte oder Ortsteile.

(2) Ist in einem Ort oder Ortsteil, in dem kein Kassenarzt niedergelassen ist, die Zulassung eines Arztes erforderlich, so können Zulassungen im Bereich des Zulassungsausschusses solange gesperrt werden, bis für den vordringlich zu besetzenden Ort oder Ortsteil ein Arzt zugelassen ist.

(3) In den Orten, in denen die Zahl der Fachärzte unter den Kassenärzten mehr als 25 v. H. aller Kassenärzte beträgt, sollen Fachärzte nur für nicht oder nicht ausreichend besetzte Fächer, im übrigen aber nur praktische Ärzte zugelassen werden.

(4) Bedingte Zulassungen sind unzulässig.

## § 16

(1) Voraussetzung für die Zulassung eines Arztes ist eine mindestens dreijährige Vorbereitung auf die Kassenpraxis nach bestandem Staatsexamen. Diese Vorbereitung soll im wesentlichen an deutschen Krankenanstalten erfolgt sein und soll mindestens eine sechsmonatige Tätigkeit an einer inneren Abteilung und eine je zweimonatige Tätigkeit an einer chirurgischen, einer geburtshilflich-gynäkologischen und an einer pädiatrischen Abteilung oder eine entsprechende Tätigkeit an einem größeren allgemeinen Krankenhaus enthalten. Während der Vorbereitung muß der Arzt drei Monate als Vertreter oder Assistent von Kassenärzten mit überwiegend auf dem Lande ausgeübter Allgemeinpraxis tätig sein. Darüber, ob Landpraxis in diesem Sinne vorliegt, entscheidet der Zulassungsausschuß.

(2) Auf die Vorbereitungszeit kann angerechnet werden:

1. bis zur Dauer von weiteren neun Monaten eine Tätigkeit als Vertreter oder Assistenzarzt bei Ärzten in der freien Praxis;
2. bis zur Dauer von insgesamt zwölf Monaten eine ärztliche Tätigkeit in einem Flüchtlingslager, in einem Kriegsgefangenenlager, als hauptamtlich tätiger Arzt in einem Gesundheitsamt und als hauptamtlich tätiger Arzt an einem ärztlich-wissenschaftlichen Institut oder im sozialärztlichen Dienst;
3. eine wehrmächtsärztliche Tätigkeit
  - a) als Truppenarzt, als Arzt bei Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Krankentransportabteilungen zur Hälfte, jedoch höchstens mit zwölf Monaten;
  - b) an Kriegslazaretten, Reservekriegslazaretten, Reserve- und Kriegsgefangenenlazaretten in voller Höhe, jedoch höchstens mit achtzehn Monaten.
4. Von der ärztlichen Tätigkeit nach Ziff. 1, 2 und 3 können insgesamt nicht mehr als vierundzwanzig Monate angerechnet werden.

(3) Die Tätigkeit als Assistent bei einem frei praktizierenden Arzt wird nur angerechnet, wenn der Arzt die Genehmigung der Ärztekammer zur Beschäftigung eines Assistenten hatte.

(4) Eine Tätigkeit als Assistenz- oder Volontärarzt wird nicht angerechnet, wenn der Arzt gleichzeitig eigene Praxis ausgeübt hat.

(5) Ärzte, die ununterbrochen länger als drei Jahre als Kassenärzte oder Hilfskassenärzte tätig waren, diese Tätigkeit aber aufgegeben haben, sind von der Vorbereitung auf die Kassenpraxis befreit.

(6) Der Kassenarzt ist verpflichtet, an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen veranstalteten Einführungslehrgang für die Kassenpraxis teilzunehmen, es sei denn, daß er vor 1945 bereits länger als zwei Jahre kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt hat. Sind seit der Teilnahme an einem Lehrgang bis zur Zulassung mehr als zwei Jahre verlossen, so kann der Besuch eines weiteren Lehrgangs verlangt werden, wenn der zugelassene Arzt inzwischen nicht insgesamt mindestens ein Jahr lang selbständig Kassenärzte vertreten hat.

#### § 17

Von der Zulassung ausgeschlossen sind:

1. Ärzte, gegen deren Zulassung ein in ihrer Person liegender wichtiger Grund vorliegt, der sie wegen körperlicher, geistiger, charakterlicher oder moralischer Unzulänglichkeit zum Kassenarzt ungeeignet macht.
2. Ärzte, die auch die Approbation als Zahnärzte besitzen, solange sie als Zahnärzte zugelassen sind.
3. Ärzte, die die gesetzlichen Voraussetzungen für die Niederlassung nicht erfüllen, falls hierfür Beschränkungen bestehen.

#### § 18

(1) Ärzte, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses oder aus einer Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung ihrer Berufsorganisation regelmäßig Einnahmen von mindestens monatlich 400 DM beziehen, sind in der Regel nicht zuzulassen. Ihre Zulassung soll nur erfolgen, wenn sie zur ausreichenden kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist oder das Beamten- oder Angestelltenverhältnis spätestens drei Monate nach rechtskräftiger Zulassung erlöschen wird. Die Summe von 400 DM erhöht sich bei verheirateten Ärzten um 100 DM und für jedes Kind bis zum vollendeten 24. Lebensjahr — bei Töchtern längstens bis zu ihrer Verheiratung — um 50 DM.

(2) Als Einnahmen im Sinne des Abs. 1 gelten auch Wartegeld und Ruhegehalt, jedoch nicht Kinderzulagen und nicht die für die Beeinträchtigung der ärztlichen Tätigkeit gewährten Entschädigungen, die die Berufsorganisationen für die Tätigkeit in der Berufsorganisation zahlen.

#### § 19

(1) Für die Auswahl unter den Bewerbern ist zunächst festzustellen, ob die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen. Bewerber, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, scheiden aus. Es ist ihnen schriftlich mitzuteilen, welche Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

(2) Die Auswahl erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Den Vorrang unter den Bewerbern haben in der Regel
  - a) Bewerber, die durch das nationalsozialistische System aus rassischen, religiösen oder politischen Gründen ihre Stelle verloren haben;

- b) Schwerbeschädigte und Flüchtlinge, die letzteren soweit sie bereits zugelassen waren;
- c) Bewerber, die mindestens fünf Jahre auf dem Lande oder in einer Kleinstadt Kassenärzte gewesen sind, bei der Zulassung für Orte mit besseren Ausbildungsmöglichkeiten für ihre Kinder;
- d) Ärzte, die die elterliche Kassenpraxis übernehmen wollen, bei der Zulassung für den Ort dieser Praxis.

2. Im übrigen sind zu berücksichtigen:

das Lebensalter, der Familienstand, der Termin der Eintragung ins Arztregister, die engere Heimatzugehörigkeit, württembergische Arztsöhne, der Zeitpunkt der Approbation, die Ausbildungszeit nach der Approbation sowie etwaige von der Kassenärztlichen Vereinigung gebilligte Übernahmeverträge bei der Abgabe einer Praxis.

(3) Die Entscheidung erfolgt nach billigem Ermessen unter Abwägung aller Umstände.

#### § 20

Ist beim Tode eines Praxisinhabers als Bewerber ein Abkömmling vorhanden, der bereits im Besitze der Approbation ist, so kann die Stelle so lange unbesetzt bleiben oder durch einen Vertreter versehen werden, bis der Abkömmling die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt.

#### § 21

(1) Der Zulassungsausschuß kann zur Behebung eines Notstandes Ärzten die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil gestatten. Die Genehmigung kann auch ohne das Vorliegen eines Notstandes zur Versorgung eines beschränkten Personenkreises (z. B. des Personals eines Betriebs oder einer Krankenanstalt oder der Insassen eines Lagers) erteilt werden.

(2) Der Zulassungsausschuß kann einem Arzt, der die deutsche Staatsangehörigkeit nicht besitzt und dem von der zuständigen Behörde die Ausübung seines Berufs in Deutschland erlaubt ist, die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung gemäß Abs. 1 gestatten.

(3) Die Genehmigungen nach Abs. 1 und 2 können durch den zuständigen Zulassungsausschuß jederzeit zurückgenommen werden.

(4) Während der Dauer der Teilnahme haben die in Abs. 1 und 2 bezeichneten Ärzte die Rechte und Pflichten eines Kassenarztes.

#### § 22

(1) Ein Kassenarzt, der aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis innerhalb des Zulassungsbezirks verzieht, bleibt nur zugelassen, wenn der Zulassungsausschuß vorher zugestimmt hat.

(2) Wollen Kassenärzte ihre Praxis tauschen, so ist eine neue Zulassung nicht erforderlich, wenn der Zulassungsausschuß dem Tausch seine Zustimmung erteilt hat.

### Kapitel V

#### Ende, Ruhen und Entziehung der Zulassung

#### § 23

Die Zulassung endet:

1. mit dem Tode des Zugelassenen,
2. mit der Erklärung des Zugelassenen, daß er die Zulassung nicht annimmt oder sie aufgibt,
3. mit dem Wegzuge des Zugelassenen aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis, es sei denn, daß seine Zulassung ruht oder daß er eine Zustimmung gemäß § 22 Abs. 1 oder 2 erhalten hat,
4. mit der rechtskräftigen Entziehung der Zulassung.

#### § 24

Die Zulassung ruht, solange dem Zugelassenen die Ausübung seines Berufes verboten ist oder die Befugnis dazu ruht.

#### § 25

(1) Das Ruhen der Zulassung ist zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 und 2 vorliegen; es kann beschossen werden, wenn der Zugelassene es beantragt.

(2) In jedem Ruhensbeschuß muß die Ruhezeit festgesetzt werden.

(3) Während der Ruhezeit darf kassenärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt werden.

#### § 26

(1) Die Entziehung der Zulassung ist zu beschließen:

1. wenn die Zulassung aus einem in der Person des Zugelassenen liegenden wichtigen Grund nicht hätte erfolgen

dürfen, oder wenn nach der Zulassung ein solcher Grund eintritt,

2. wenn der Zugelassene ohne wichtigen Grund die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ablehnt oder die Kassenpraxis ohne wichtigen Grund und ohne Ruhensbeschluß des Zulassungsausschusses länger als drei Monate persönlich nicht ausübt,
3. wenn ein Zugelassener seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

(2) In den Fällen des Abs. 1 ist der Zeitpunkt festzustellen, in dem der Arzt frühestens wieder in das Arztregister eingetragen werden darf. In dem Beschluß über die Entziehung der Zulassung kann auch festgestellt werden, daß wegen der Entziehung eine Streichung im Register nicht zu erfolgen hat. Wird eine derartige Feststellung getroffen, so lebt die Zulassung nach Ablauf von zwei Jahren nach der Rechtskraft des Beschlusses wieder auf.

#### Kapitel VI Verfahren

##### § 27

(1) Zulassungsinstanzen sind der Zulassungsausschuß, der Berufungsausschuß und das Schiedsamt beim Oberversicherungsamt. Bei der Beschlußfassung sind die Mitglieder der Zulassungsinstanzen an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Zulassungsinstanzen werden für den Bereich des Landes Württemberg-Hohenzollern gebildet.

(3) Die Beschlüsse der Zulassungsinstanzen werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Ergibt sich bei der Abstimmung im Zulassungsausschuß Stimmgleichheit, so gilt ein Antrag als abgelehnt.

##### § 28

(1) Der Zulassungsausschuß wird bei der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet; er hat seinen Sitz in Tübingen. Er besteht aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern in der nötigen Zahl. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein.

(2) Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Der Vorsitz wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertretern der Ärzte und Krankenkassen.

(4) Für die büromäßige Erledigung der im Zulassungsausschuß anfallenden Arbeiten steht dem jeweiligen Vorsitzenden die Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

##### § 29

Der Zulassungsausschuß beschließt über die auszuschreibenden Stellen und meldet sie der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Ausschreibung unter Fristsetzung für die Bewerbung in ihrem Amtsblatt oder auf andere Weise bekannt gibt.

##### § 30

(1) Der Zulassungsausschuß entscheidet über Zulassungen, ihr Ruhen, Entziehung der Zulassung sowie bei Streit über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung, außerdem bei Beschwerden nach § 4 Abs. 2. Er entscheidet ferner über Anträge von „praktischen Ärzten“, ihre Tätigkeit als „Fachärzte“ und über Anträge von „Fachärzten“, ihre Tätigkeit als „praktische Ärzte“ fortsetzen zu dürfen.

(2) Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen binnen eines Monats Berufung beim Berufungsausschuß einlegen. Die Berufung bewirkt Aufschub.

##### § 31

(1) Der Berufungsausschuß wird bei der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung für Württemberg-Hohenzollern gebildet. Er besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, über den sich die beiden Vertragsparteien einigen und der die Befähigung zum Richteramt haben muß, sowie aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein. Dem Berufungsausschuß gehören ferner Stellvertreter in der nötigen Zahl an.

(2) Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses steht den beteiligten Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen binnen eines Monats das Rechtsmittel der Revision an das Schiedsamt beim Oberversicherungsamt (§ 32) zu.

(4) Kommt eine Einigung der Vertragsparteien über die Person des in Abs. 1 genannten unparteiischen Vorsitzenden nicht zustande, so wird er vom Arbeitsministerium ernannt.

##### § 32

(1) Das Schiedsamt wird beim Oberversicherungsamt gebildet. Es besteht aus einem Mitglied des Oberversicherungsamts mit der Befähigung zum Richteramt als Vorsitzenden sowie aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein. Dem Schiedsamt gehören ferner Stellvertreter in der nötigen Zahl an.

(2) Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

##### § 33

(1) Das Schiedsamt entscheidet endgültig über Revisionen gegen Entscheidungen des Berufungsausschusses. Die Revision kann ohne mündliche Verhandlung verworfen werden, wenn die Mitglieder des Schiedsamts sich über die Unzulässigkeit oder die Aussichtslosigkeit der Revision einig sind.

(2) Die Revision kann nur darauf gestützt werden, daß

1. die angefochtene Entscheidung auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten beruhe,
2. das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide.

(3) Die Revision bewirkt Aufschub.

##### § 34

(1) Bei jeder Zulassung ist der Ort oder Ortsteil anzugeben, für den die Zulassung erfolgt ist.

(2) Bei der Zulassung eines Arztes ist in dem Beschluß anzugeben, ob er als praktischer Arzt oder als Facharzt zugelassen wird.

##### § 35

Der Zugelassene kann innerhalb von zwei Wochen nach rechtskräftig gewordener Entscheidung erklären, daß er die Zulassung nicht annimmt. Die Erklärung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß, bei Berufungs- und Revisionsverfahren an den Berufungsausschuß oder an das Schiedsamt abzugeben. Sie ist unwiderruflich.

##### § 36

Anträge und Rechtsmittel sind unter Beifügung der Beweismittel zu begründen und in dreifacher Fertigung einzureichen.

##### § 37

Der Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen muß — vorbehaltlich des § 33 Abs. 1 Satz 2 — eine mündliche Verhandlung vorausgehen. Zu der mündlichen Verhandlung werden die Beteiligten geladen mit dem Hinweis, daß auch im Falle des Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Die Ladung soll spätestens eine Woche vor der mündlichen Verhandlung ergehen.

##### § 38

(1) In der mündlichen Verhandlung können Auskunftspersonen und Zeugen gehört werden, die die Beteiligten auf ihre Kosten zur mündlichen Verhandlung zuziehen, soweit dies den Zulassungsinstanzen erforderlich oder wünschenswert erscheint.

(2) Von Amts wegen können Auskunftspersonen oder Zeugen von den Zulassungsinstanzen geladen und vernommen werden. Auf Verlangen werden ihnen die durch die Vernehmung entstandenen Barauslagen sowie ein etwa entstandener Verdienstausfall ersetzt. Die Entscheidung hierüber trifft der Vorsitzende der Zulassungsinstanz endgültig.

##### § 39

(1) Die Beteiligten können sich sowohl in ihren Schriftsätzen als auch in der mündlichen Verhandlung durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden. Von der Beibringung einer Vollmacht kann abgesehen werden, wenn die Vertretungsbefugnis hinreichend glaubhaft gemacht wird.

(2) Die Zulassungsinstanzen können das persönliche Erscheinen des Arztes anordnen.

## § 40

(1) Die Verhandlung beginnt nach dem Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhaltes durch den Vorsitzenden oder den von ihm als Berichterstatter bestellten Beisitzer. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung, Beratung und Abstimmung. Der Vorsitzende hat dahin zu wirken, daß der Sachverhalt ausreichend klargelegt wird. Jedes Mitglied der Zulassungsinstanzen kann sachdienliche Fragen und Anträge stellen.

(2) Die Beratung und Beschlußfassung, die in Abwesenheit der Beteiligten stattfindet, schließt sich an die Verhandlung an. Dabei dürfen nur die Mitglieder, die an der Verhandlung teilgenommen haben, und der Schriftführer anwesend sein.

## § 41

(1) Die Verhandlung, Beratung und Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich. Über den Hergang der Beratung und über das Stimmverhältnis bei der Abstimmung besteht Schweigepflicht. Das Ergebnis des Verfahrens ist in einem Beschluß niederzulegen.

(2) In dem Beschluß sind die Zulassungsinstanz, die an der Beschlußfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschlußfassung aufzuführen. Der Beschluß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und einem Beisitzer jeder Gruppe zu unterschreiben.

(3) Die Ausfertigung vollzieht der Vorsitzende oder bei seiner Behinderung ein Beisitzer, der bei dem Beschluß mitgewirkt hat.

(4) Der Vorsitzende stellt den Beteiligten je eine Ausfertigung des Beschlusses mit Rechtsmittelbelehrung zu. Er kann anordnen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten.

## § 42

Die Vorsitzenden der Zulassungsinstanzen bestimmen je einen Schriftführer. Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß die Namen der Sitzungsteilnehmer und die gefaßten Beschlüsse enthalten. Sie ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen. Die Niederschriften sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

## § 43

Wird im Berufungs- oder Revisionsverfahren der angefochtene Beschluß ganz oder teilweise aufgehoben, so kann der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt entweder in der Sache selbst entscheiden oder sie ganz oder zum Teil an die Vorinstanz zurückverweisen.

## § 44

Zur Deckung der durch die Tätigkeit der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Zulassungsinstanzen entstehenden Kosten werden nach Maßgabe des § 45 Gebühren erhoben.

## § 45

(1) Mit dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister ist eine Gebühr von 5 DM zu entrichten, die zur Deckung der Kosten des Verfahrens verwendet wird.

(2) Außer dieser Gebühr hat jeder Arzt, der zugelassen wird, eine weitere Gebühr von 50 DM an den Zulassungsausschuß, im Falle der Berufung an den Berufungsausschuß und im Falle der Revision an das Schiedsamt zu bezahlen, die mit dem Eintreten der Rechtskraft des die Zulassung aussprechenden Beschlusses fällig wird. Dies gilt auch für stattgebende Entscheidungen nach § 22.

(3) Bei Ablehnung einer Zulassung wird eine Gebühr von 10 DM zum Ansatz gebracht, die sich im Berufungs- oder Revisionsverfahren auf 20 DM erhöht. Bei Zurückweisung der Berufung oder Revision gegen einen die Zulassung aussprechenden Beschluß ist ebenfalls eine Gebühr von 20 DM zu entrichten. Entsprechendes gilt für ablehnende Entscheidungen nach § 22.

(4) Bei Zurücknahme des Zulassungsgesuchs, eines Gesuchs nach § 22 oder der Berufung und Revision ermäßigt sich die Gebühr in Abs. 3 um die Hälfte.

(5) Soweit es sich nicht um die Vornahme oder Ablehnung von Zulassungen nach den Abs. 2 bis 4 handelt, ist die Gebühr, wenn die Sache durch einen Beschluß erledigt wird, dem unterliegenden Beteiligten aufzuerlegen. Sie beträgt im Verfahren vor dem Zulassungsausschuß mindestens 10 und höchstens 50 DM; im Verfahren vor dem Berufungsausschuß mindestens 15 und höchstens 100 DM; im Verfahren vor dem Schiedsamt mindestens 20 und höchstens 150 DM. Wird der

angefochtene Beschluß aufgehoben oder in wesentlichen Punkten abgeändert, so hat der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt zugleich nach freiem Ermessen darüber zu beschließen, wer die in dem bisherigen Verfahren entstandenen Kosten zu tragen hat. Bei Zurücknahme einer Berufung oder Revision kann der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt die Gebühr für das bei ihm anhängig gewordene Verfahren auf die Hälfte ermäßigen. Entsprechendes gilt bei Zurücknahme eines Antrags in dem Verfahren vor dem Zulassungsausschuß.

(6) Endet das Verfahren durch Vergleich, so beschließen die Zulassungsinstanzen über die Auferlegung der Gebühr nach freiem Ermessen.

## § 46

Die Amtsdauer der Mitglieder der Zulassungsinstanzen mit Ausnahme des Vorsitzenden des Berufungsausschusses und des Schiedsamts beträgt vier Jahre. Danach sind die Mitglieder neu zu bestellen. Wiederholte Bestellung ist zulässig.

## § 47

(1) Über Geschäftsgang, Verfahren und Tragung der Kosten des Schiedsamts erläßt das Arbeitsministerium ergänzende Bestimmungen.

(2) Der Zulassungsausschuß und der Berufungsausschuß geben sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf.

Kapitel VII  
Übergangsregelung

## § 48

(1) Ärzte, denen auf Grund der Weisung des früheren Reichsarbeitsministers vom 4. September 1939 (Reichsarb.-Bl. S. IV 461) und auf Grund der Rechtsanordnung über die Niederlassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten vom 20. November 1945 (Amtsblatt 1945 S. 3) die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung vorübergehend gestattet wurde, gelten im Sinne dieser Verordnung als zugelassen, wenn nicht gegen die Zulassung von der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Verbänden der Krankenkassen innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung beim Zulassungsausschuß Einspruch eingelegt wird.

(2) Erfolgt ein Einspruch, so kann der Zulassungsausschuß dem betreffenden Arzt bis zur endgültigen Entscheidung über den Einspruch die weitere Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in stets widerruflicher Weise gestatten. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses findet ein Rechtsmittel nicht statt.

(3) Gegen die nach Abs. 1 zu treffende Einspruchsentscheidung des Zulassungsausschusses ist Berufung an den Berufungsausschuß und gegen dessen Entscheidung Revision an das Schiedsamt zulässig.

(4) Die nach Abweisung des Einspruchs oder Zurückweisung der Berufung oder Revision endgültig zugelassenen Ärzte sind von Amts wegen in das Arztregister einzutragen.

Kapitel VIII  
Inkrafttreten

## § 49

Diese Zulassungsordnung tritt am 1. Juli 1949 in Kraft.

Tübingen, den 12. Juli 1949.

Wirsching

## 75. Geburtstag

Am 19. August 1949 feierte Kollege Gustav Ziegler in Aichstetten, Kreis Wangen, seinen 75. Geburtstag.

Nach seinem medizinischen Studium in München und Erlangen erhielt er im Jahre 1900 die Approbation und promovierte im Jahre 1901 in München. Nach einer Assistententätigkeit an der Universitätsklinik in München übernahm er am 1. November 1902 die jetzige Praxis in Aichstetten, die er bis zum heutigen Tage ausübt.

Bis zum Jahre 1933 war Dr. Z. Mitglied der Württembergischen Ärztekammer als Vertreter seines Kreises. Er hat sich ständig für die Interessen unseres Standes tatkräftig eingesetzt. Er war regelmäßiger Besucher von Versammlungen des Bezirksvereins XIII in Aulendorf und hochgeschätzt wegen seiner Kenntnis in Arztfragen; seine joviale Art gewann ihm viele Freunde.

Wir wünschen dem Jubilar noch recht viele Jahre in voller Gesundheit.

Dr. Doerfler

**ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN**

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

**Akademie für ärztliche Fortbildung bei den Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe****Einladung**

Im Hörsaal der II. Med. Klinik, Moltkestraße 18 (Artilleriekaserne), finden in der nächsten Zeit folgende Vorträge statt:

Freitag, 16. 9. 1949, 19 Uhr: **Prof. Meythaler, Nürnberg**, „Die neurohormonale Regulation des Kohlehydratstoffwechsels unter Berücksichtigung der verschiedenen Konstitutionstypen“.

Freitag, 23. 9. 1949, 19 Uhr: **Prof. Zukschwerdt, Göppingen**, „Der Prolaps des Nucleus pulposus“.

Freitag, 30. 9. 1949, 19 Uhr: **Prof. Reisner, Stuttgart**, „Diagnostik der Wirbelsäule“.

Freitag, 7. 10. 1949, 19 Uhr: **Prof. Gänßlen, Frankfurt**, „Die Differentialdiagnose der Anaemien und ihre Behandlung“.

Freitag, 14. 10. 1949, 19 Uhr: **Prof. Langendorff, Heiligenberg**, „Fortschritte in der Strahlenbiologie“.

Freitag, 21. 10. 1949, 19 Uhr: **Prof. Hellpach, Heidelberg**, „Die gegenwärtige Krise des ärztlichen Berufsethos“.

Freitag, 28. 10. 1949, 19 Uhr: **Prof. Krauss, Göppingen**, „Bronchiektasenkrankheit“.

zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie:  
Prof. Dr. med. Schoen.

**LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN  
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN**

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

(Veröffentlicht im Badischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 29 vom 8. August 1949, Seite 267.)

**Landesgesetz****über Kammern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten vom 27. Mai 1949**

Das Badische Volk hat durch den Landtag am 27. Mai 1949 folgendes Gesetz beschlossen:

**§ 1**

1. Im Lande Baden bestehen eine Landesärztekammer, eine Landes Zahnärztekammer, eine Landesapothekerkammer und eine Landesdentistenkammer mit dem Sitz in Freiburg i. Br.

2. Der Landesärztekammer gehören als Mitglieder kraft Gesetzes an:

Ärzte deutscher Staatsangehörigkeit, die im Lande Baden den ärztlichen Beruf ausüben oder im Lande Baden ihren Wohnsitz haben. Den Ärzten deutscher Staatsangehörigkeit stehen Ärzte nichtdeutscher Staatsangehörigkeit gleich, denen das Ministerium des Innern die Erlaubnis zur Ausübung des Berufs erteilt.

3. Absatz 2 gilt sinngemäß für die Landes Zahnärztekammer, die Landesapothekerkammer und Landesdentistenkammer.

**§ 2**

Die Kammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

**§ 3**

Jede Kammer kann als Untergliederung Bezirkskammern sowie zum Zwecke der Fortbildung der Mitglieder Bezirksvereinigungen errichten. Die Abgrenzung der Bezirke und des Kreises der Mitglieder wird durch die Satzung bestimmt.

**§ 4**

1. Jede Landeskammer erläßt eine Satzung.

2. Die Satzung bedarf der Genehmigung des Ministeriums des Innern.

Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

- die Aufgaben der Kammern,
- die Zusammensetzung, die Wahl und die Obliegenheiten des Vorstandes und der übrigen Organe der Kammern,
- die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung,
- die Verwendung des Vermögens im Falle der Auflösung der Kammer.

**§ 5**

1. Die Landeskammern sind befugt, die zur Deckung ihres Verwaltungsaufwands erforderlichen Mittel auf Grund einer von den Landeskammern zu erlassenden Beitragsordnung von den Mitgliedern zu erheben.

2. Zur Erhebung sonstiger Beiträge, insbesondere zum Zwecke der Bestreitung von Kosten etwaiger Einrichtungen zur Unterstützung bedürftiger Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Dentisten und deren Hinterbliebenen, sowie sonstiger Wohlfahrtseinrichtungen im Interesse der genannten Berufsstände ist die Genehmigung des Ministeriums des Innern erforderlich.

3. Die Landeskammern können zu diesem Zweck (Abs. 1 und 2) Bestimmungen über die Feststellung des aus der Berufstätigkeit der Mitglieder stammenden Einkommens treffen.

4. Rückständige Beiträge werden durch die Kammern nach dem Badischen Gesetz über die Zwangsvollstreckung wegen öffentlich-rechtlicher Geldforderungen beigetrieben.

**§ 6**

1. Die Staatsaufsicht über die Kammern führt das Ministerium des Innern.

2. Der Vorstand jeder Landeskammer hat alljährlich dem Ministerium des Innern einen Bericht über die Tätigkeit seiner Landeskammer zu erstatten.

**§ 7**

Zur Auflösung der Landeskammer ist die Genehmigung des Ministeriums des Innern erforderlich.

**§ 8**

1. Das Ministerium des Innern erläßt für jede Landeskammer eine Ehrengerichtsordnung.

2. Jede Kammer hat Ehrengerichte zu errichten.

3. Als Strafen für Berufsvergehen können von den Ehrengerichten verhängt werden:

- Warnung,
- Verweis,
- Geldbuße bis zu höchstens 20 Prozent des jährlichen Berufseinkommens,
- Einschränkungen der Berufsausübung,
- Feststellung, daß der Beschuldigte unwürdig ist, den Beruf auszuüben.

4. Die in Abs. 3 a und b aufgeführten Strafen können nebeneinander verhängt werden.

5. In besonderen Fällen kann auf Veröffentlichung der Entscheidung erkannt werden.

**§ 9**

Die Landesregierung erläßt vorbehaltlich der Bestimmung des § 8 Abs. 1 die erforderlichen Durchführungsvorschriften.

**§ 10**

Aufgehoben werden:

- die §§ 19 bis 82 der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433),
- die §§ 5 bis 22 der Reichsapothekerordnung vom 18. April 1937 (RGBl. I S. 457).

**§ 11**

Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Dieses Landesgesetz wird hiermit im Namen des Badischen Volkes verkündet.

Freiburg i. Br., den 12. Juli 1949.

Die Landesregierung  
Wohleb

**Bezirksärztekammer Lörrach**

Die Wahl für die Organe der Bezirksärztekammer Lörrach erfolgt am 17. 9. 1949 (Wahlzeitraum 10.—16. Sept. 1949).

## Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

## Praktische Ärzte:

Egringen, Kreis Lörrach  
Immendingen, Kreis Donaueschingen  
Lahr  
Oberkirch, Kreis Offenburg  
Ottoschwanden, Kreis Emmendingen  
Villingen  
Wehr, Kreis Säckingen.

## Facharzt für Kinderkrankheiten:

Waldshut.

## Facharzt für Augenkrankheiten:

Donaueschingen.

## Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde:

Lahr.

## Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

Lahr.

## Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:

Emmendingen.

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Südbaden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Südbaden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

Außer der für den Eintrag ins Arztregister erforderlichen Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte Tätigkeit, des polizeilichen Führungszeugnisses und des Entnazifizierungsbescheides sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Südbaden  
Zulassungsausschuß

## Persönliche Nachrichten

Im Bereich der Landesärztekammer Südbaden starben:  
am 26. Juli 1949 Dr. Max Helwing, Durmersheim, im Alter von 73 Jahren,  
am 30. Juli 1949 Dr. Franz Hapke, Freiburg, im Alter von 68 Jahren,  
am 23. August 1949 Dr. Gustav Riedlin, Freiburg, im Alter von 87 Jahren.

## Nachruf

Am 11. August ist der Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Freiburg, Prof. Dr. Kurt Beringer, plötzlich und unerwartet verschieden.

Die überragende Bedeutung des Verstorbenen als Hochschullehrer und Wissenschaftler muß und wird von berufener Seite gewürdigt werden. Für uns Ärzte machen darüber hinaus persönliche Züge Beringers Tod so besonders schmerzlich.

Denn wir verlieren in ihm unseren besten Ratgeber und einen unübertrefflichen Mittler. Keiner war so aufgeschlossen für alle Sorgen und Notwendigkeiten des ärztlichen Berufs wie er, keiner so zur praktischen Mitarbeit bereit. Echtes, vernünftiges Menschentum und ein leise durchklingender skeptischer Humor waren bei ihm in einzigartiger Weise verbunden mit der steten Bereitschaft zu produktiver Sachlichkeit. Seine hohe Intelligenz machte ihn in Wort und Gebärde jederzeit völlig unabhängig vom Glanz seines wissenschaftlichen Namens und von der Würde seines Amtes. So konnte er wohl manchmal überstill, herb und unverbindlich erscheinen. Als aber 1945, in den Tagen der Auflösung, ein Kristallisationspunkt gefunden werden mußte für eine Fortsetzung der notwendigen Arbeit in Hochschule und Praxis, als die Sinne durch das überlaute Geschwätz kaum vergangener Tage geschärft waren für das Echte und Wesentliche, da fiel wie von selbst das allgemeine Vertrauen auf ihn, dessen selbstlose Gerechtigkeit und bedingungslose Zuverlässigkeit unzweifelhaft waren.

Daß die badische Ärzteschaft einen solchen Menschen ihren Freund nennen durfte, wird sie immer mit Dankbarkeit und mit Stolz erfüllen.

So schmerzlich sie seine immer bewährte freundschaftliche Mitarbeit und Hilfe in Zukunft wird vermissen müssen, so dankbar und liebevoll wird die Erinnerung sein, die sie ihm bewahrt.

## Geschäftliche Mitteilungen

## 100 Jahre Fa. Mack, Ulm

Die Firma Heinrich Mack Nachf., Fabrik chemischer-pharmazeutischer Präparate, feiert in diesen Tagen ihr hundertjähriges Bestehen. Sie wurde 1849 in Ulm/Donau gegründet und hat in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bei Illertissen ein weiteres Werk aufgebaut. Der Ulmer Betrieb wurde 1944 durch Bomben total zerstört, so daß sich z. Zt. die gesamte Firma in Illertissen befindet. Im vergangenen Jahrhundert wurde vor allem Reisstärke hergestellt und später das Produkt Kaiser-Borax, das seinen Siegeszug durch die ganze Welt durchführte.

Später ist die Firma Mack vor allem durch ihre Bienen-gift-Präparate Forapin bekannt geworden, welche sich bei Rheuma und allergischen Erkrankungen sehr gut bewährten. Sie hat in diesem Zusammenhang die größte europäische Bienenfarm aufgebaut und zählt heute auch zu den größten deutschen Honiglieferranten.

Die Firma Mack besitzt eine beachtliche Forschungsabteilung mit namhaften Wissenschaftlern und ist auch in sozialer Hinsicht stets vorbildlich gewesen. (Eigenes Erholungsheim für die Gefolgschaftsmitglieder.)

## Vermietung von Röhren-Diathermie-Geräten

Der neue Wellenplan von Atlantic City soll demnächst auch in Deutschland eingeführt werden. Damit werden über 20 000 Diathermie-Geräte unbrauchbar. Der Ankauf eines

neuen Diathermie-Gerätes ist daher zur Zeit mit einem großen Risiko verbunden.

Um jedes Risiko für den Arzt auszuschließen, hat sich die Elektromed, Karlsruhe, entschlossen, 300 Röhren-Diathermie-Geräte zu äußerst günstigen Bedingungen auch mietweise abzugeben, wobei sie sich verpflichtet, nach dem Inkrafttreten des Wellenplanes das Gerät gegen ein neues einzutauschen, das dem neuen Wellenplan entspricht. Alles Weitere finden unsere Leser in der neuen Elektromed-Rundschau, die wir heute beilegen.

## Gerätessen in allen größeren Städten

Nur wenige Ärzte sind in der Lage, zum Besuch auswärtiger Messen lange Reisen zu machen und mehrere Tage ihre Praxis zu versäumen. Die Elektromed will dem Arzt die Reise und den Zeitverlust ersparen, indem sie an allen größeren Plätzen periodisch mehrtägige Gerätessen veranstaltet, auf denen den Ärzten alle Geräte durch erste Fachingenieure unverbindlich und kostenlos vorgeführt werden.

Der Arzt reist nicht mehr zur Messe — die Messe kommt zum Arzt!

Auch darüber berichtet die neue Elektromed-Rundschau ausführlich.

Diesem Heft sind beigelegt je ein Prospekt des eigenen Verlages (Hauck: Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten), der Elektromed G.m.b.H. Karlsruhe (Elektromed-Rundschau Nr. 2), der Ciba-Aktiengesellschaft Wehr i. B. (Priscol) und der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft.