

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

10 (1.10.1949)

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 10

STUTTGART, OKTOBER 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Pantlen:	Über Sulfonamidschäden und ihre klinische Bedeutung	185
Dr. Seitzer:	Von Gegenwartsproblemen bei der Betreuung von Gemütskranken	188
Dr. Gerber:	Über Behandlung von Furunkel und Karbunkel	192
Obermed.Rat	Meldepflicht der Ärzte und Krankenanstalten bei Tuberkulose	193
Dr. Schrag:	Die Zulassung zur Kassenpraxis unter besonderer Berücksichtigung des Ersatzkassen-Vertrages	195
Richard Piehler:	Deutsche Ärzte gehen in den Iran	198
Dr. Röken:	Abschiedsworte für Prof. Dr. Beringer	199
Prof. Dr. Noeggerath:	Buchbesprechungen	201
Buchbesprechungen	Bekanntmachungen	203
Bekanntmachungen	Arztekammer Nord-Württemberg E. V.	204
	Arztekammer Württemberg-Hohenzollern	204
	Landesärztekammer Süd-Baden	205
	Hartmannbund — Landesverband Württemberg	206

Aus der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Eßlingen a. N.
(Direktor: Professor Dr. med. Niekau)

Über Sulfonamidschäden und ihre klinische Bedeutung

Von Dr. med. Heinz Pantlen

Im Rahmen unserer Ratschläge zur Durchführung einer möglichst komplikationsfreien Sulfonamidbehandlung in Nr. 9/1949 dieser Zeitschrift wurden neben der schwerwiegenden Nierenkomplikation hauptsächlich die häufigen Nebenerscheinungen von seiten des Magens und der Haut, welchen in der Praxis täglich Bedeutung zukommt, erwähnt. Eine vollständige, bezüglich Symptomatologie und Pathophysiologie ins einzelne gehende Darstellung der Sulfonamidschäden unterließ damals zugunsten der Erörterung anderer Gesichtspunkte. Dem Wunsche der Schriftleitung entsprechend, lassen wir nun heute eine zusammenfassende Betrachtung der im Verlauf einer Sulfonamidbehandlung in Frage kommenden komplizierenden Nebenerscheinungen folgen.

Da das Schrifttum über Sulfonamidkomplikationen bereits einen ansehnlichen Umfang einnimmt, müssen wir bei unseren Ausführungen eine stoffliche Auswahl vornehmen. Wir stützen uns einerseits auf eine beschränkte, nur wesentliche Ergebnisse einschließende Auswertung des Schrifttums, zum anderen auf die Erfahrungen unserer Abteilung während der letzten 4 Jahre. — Vor allem sei etwas über Häufigkeit und Symptomatologie der zu besprechenden Schäden berichtet, sodann über die Bewertung ihrer Gefährlichkeit. Theoretische Gesichtspunkte zur Pathogenese sollen nur unter möglichstem Verzicht auf hypothetische und spekulative Erwägungen kurz erwähnt werden. Hier spielt einerseits die im Einzelfall toxische Wirkung des Medikaments auf bestimmte Organe oder Organsysteme eine Rolle,

zum anderen die Arzneiüberempfindlichkeitsreaktion im Sinne einer Idiosynkrasie oder nach vorhergegangener Sensibilisierung. Schließlich wird noch auf die Frage eingegangen sein, ob einzelne Sulfonamidpräparate bevorzugt zu bestimmten Komplikationen führen.

Wenn in dieser Weise über Sulfonamid-Nebenwirkungen berichtet werden soll, bedarf es, um gleich eingangs einer Überbewertung der Komplikationsgefahr vorzubeugen, nur noch der ausdrücklichen Feststellung: die neueren Sulfonamidpräparate erfüllen alle Forderungen, die wir an ein ideales Heilmittel stellen müssen. Nebenerscheinungen, die zum Absetzen der Medikation zwingen, treten bei Berücksichtigung der nötigen Vorbeugungsmaßnahmen und einzelner Kontraindikationen relativ selten auf. Lebensbedrohliche Sulfonamid-Komplikationen dürften heute geradezu als Rarität anzusprechen sein. Die auftretenden Komplikationen fallen aber um so weniger ins Gewicht, als sie durch die glänzenden Heilerfolge bei weitem aufgewogen werden. Hinzukommt, daß gerade die häufigen Nebenerscheinungen harmloser Natur sind. Weiterhin haben wir bei Sulfonamiden die Möglichkeit einer Dosierungsbreite, wie kaum bei einem anderen Medikament, was darauf zurückzuführen ist, daß es eine toxische Dosis, generell gesehen, praktisch nicht gibt. Es sei nur daran erinnert, daß Kienle z. B. Endocarditis lenta-Fälle versuchsweise mit Tagesdosen von 100 g Supronal ohne Nebenerscheinungen behandelt hat. Im allgemeinen wird heute eine Steigerung der Tagesdosis bis auf 12 g als zweckmäßig

und ratsam empfohlen, falls der Therapieerfolg bei geringerer Dosis ausbleibt.

1. An erster Stelle der Nebenerscheinungen stehen Überempfindlichkeitsreaktionen von seiten des Magens mit Übelkeit und Erbrechen im Gefolge. Nur in seltenen Fällen wird hierdurch die Medikation unmöglich gemacht. Als Ursache für Übelkeit und Erbrechen kommt außer Reizung der Magenschleimhaut noch die Überempfindlichkeitsreaktion von seiten des Zentralnervensystems in Frage. Bezüglich der Vorbeugungsmaßnahmen zu diesen Nebenerscheinungen verweisen wir auf unsere Ausführungen in Nr. 9/1949 dieser Zeitschrift.

2. Häufig tritt eine Cyanose auf; diese wird auf vermehrte Methaemoglobinbildung und gelegentliche Sulfhaemoglobinbildung zurückgeführt. Kallner glaubt neuerdings nachgewiesen zu haben, daß die Cyanose nur durch vermehrten Kohlensäureanfall im Blut bedingt sei. Eine im Gefolge einer Sulfonamidbehandlung auftretende Cyanose bedarf keiner besonderen Behandlung, auch besteht keine Veranlassung, die Sulfonamide abzusetzen.

3. Hauterscheinungen treten meistens in Form eines allergischen Exanthems als Überempfindlichkeitsreaktion auf. Hier erkennt man auf der Haut urticaria-ähnliche erhabene juckende Quaddeln, die hauptsächlich an den Extremitäten und am Kopf auftreten. Die Erscheinungen klingen nach Absetzen des Medikaments prompt ab, häufig schon nach einem Wechsel des Präparats. Schwierig ist die Situation, wenn das Exanthem trotz Präparatwechsel nicht abklingt, man jedoch aus dringender Indikation Sulfonamide weitergeben möchte. Hat man nicht die Möglichkeit, auf Penicillin überzuwechseln, also zum Beispiel bei Meningokokken-, Coli-Infektionen usw., wird man sich trotz allergischem Exanthem zur Weiterbehandlung mit Sulfonamiden entschließen müssen. Wir haben bei den wenigen unter solchen Bedingungen behandelten Patienten keine zusätzlichen Schäden auftreten sehen. Die Möglichkeit einer zusätzlichen Schädigung, insbesondere der Niere, wird man sich bei derartigem Vorgehen allerdings stets vor Augen halten müssen, weshalb nur bei vitaler Indikation so gehandelt werden sollte. — Am häufigsten beobachteten wir allergische Sulfonamidexantheme in den vergangenen Jahren bei Anwendung von Sulfathiazolen (Cibazol, Eleudron), nur selten bei Verwendung anderer, heute üblicher Präparate (Badional, Ladogal, Gombardol, Supronal).

Dem allergischen Exanthem wird in der Literatur das toxische gegenübergestellt. Dieses stellt eine ernster zu nehmende generalisierte Kapillarschädigung dar, bei deren Auftreten eine sofortige Unterbrechung der Sulfonamidmedikation angezeigt ist. Das toxische Exanthem ist viel seltener als das allergische. Man findet hier ein meist über den ganzen Körper, insbesondere auch am Stamm auftretendes Exanthem morbilliformen oder scharlachähnlichen Charakters, wie es auch bei anderen Arzneimittelschäden bekannt ist (Pyramidon usw.).

Einen hierher gehörigen ungewöhnlichen Fall konnten wir vor 3 Jahren auf unserer Abteilung behandeln. Es handelte sich um eine durch Prontosil ausgelöste hochfieberhafte universelle Dermatitis, die von einer schweren akuten Myocarditis begleitet war. Die Prognose war auf Grund akuten Herzversagens anfänglich äußerst ernst. Später erholte sich der Patient. Zur Sicherung der

Diagnose „Sulfonamidkomplikation“ wurde in der Rekovaleszenz noch eine kleine Cibazol-Testdosis gegeben, auf die sofort erneut ein vorübergehender Fieberanstieg und Hauterscheinungen auftraten. Hiermit war auch eine Überempfindlichkeit gegen Sulfathiazole erwiesen. Kennzeichnend für die hyperergische Reaktionslage des Patienten war gleich bei Beginn der Schädigung eine Eosinophilie von 6% bei 16 000 Leukocyten, später stieg die Eosinophilie bei Rückgang der Leukocytenwerte bis auf 18% an. — Lehrreich an diesem Fall war das Auftreten einer so seltenen Sulfonamidkomplikation wie der Myocarditis im Zusammenhang mit schweren toxisch entzündlichen Gefäßreaktionen von seiten der Haut. Hautschädigungen durch Sulfonamide müssen deshalb immer die Möglichkeit einer gleichzeitig vorhandenen Komplikation an einem oder mehreren inneren Organen zu bedenken geben.

Hauptsächlich bei äußerlicher Anwendung von Sulfonamiden und hier insbesondere beim Gebrauch von Marfanil werden folliculäre Dermatitis beobachtet, die als Überempfindlichkeitsreaktion aufgefaßt werden. Das gegenüber allen anderen Sulfonamiden sehr leicht lösliche Marfanil soll zur Sensibilisierung führen, indem es durch das Wundgebiet rasch in die Lymphbahnen und damit in den Körper gelangt.

Ob Sensibilisierungsvorgänge durch äußerliche Sulfonamid-anwendung bei den in letzter Zeit häufiger als früher beobachteten Überempfindlichkeitsreaktionen tatsächlich eine Rolle spielen, ist noch nicht genügend geklärt. Wir möchten die mancherorts schon geäußerte naheliegende Ansicht, daß äußerlich mit Sulfonamid-pudern oder -salben behandelte Patienten später bei peroraler Medikation bevorzugt zu Überempfindlichkeitsreaktionen neigen, auf Grund unserer Erfahrungen nicht ohne weiteres bestätigen. Wenigstens konnten wir bei den meisten unserer Patienten mit Überempfindlichkeitserscheinungen keinen hierfür sprechenden anamnestischen Anhalt gewinnen. Auf jeden Fall scheinen uns ausgesprochene Warnungen gegen eine äußerliche Verwendung von Sulfonamiden, besonders von Marfanil, bis jetzt zu wenig begründet, als daß diese heute in allen operativen Fachgebieten häufige Behandlungsart für bedenklich gehalten werden müßte.

4. Als weitere Nebenerscheinung wird abnorme Temperaturerniedrigung oder -erhöhung beschrieben. Vom Auftreten eines Sulfonamidfiebers konnten wir uns in den letzten Jahren mehrmals überzeugen. Dies ist als allergisches Arzneifieber, ähnlich dem Chininfieber, zu deuten und kann mit anderen allergischen Reaktionen, insbesondere mit einem allergischen Exanthem, vergesellschaftet sein. Die Kenntnis des Sulfonamidfiebers ist wichtig. Denkt man im geeigneten Moment an dieses, wird man manches scheinbare Rezidiv oder manche scheinbare Sulfonamidresistenz als Sulfonamidfieber aufdecken können.

Man erlebt z. B. Fälle, die bei Beginn in gewöhnlicher Weise auf Sulfonamide ansprechen, dann aber unter weiterer Behandlung mit der Temperatur wieder ansteigen. War man mit der Dosierung schon zurückgegangen, vermutet man ein Rezidiv, steigert die Dosis wiederum und wundert sich, daß das Fieber erst recht nicht heruntergeht. In solchen Fällen handelt es sich meist um ein Sulfonamidfieber. Setzt man das Medikament ab, stellt sich auch prompt der Behandlungserfolg ein.

5. Schädigungen des Blutbildes ernsterer Natur sind selten. Leichte haemolytische Anaemien, die mit dem Auftreten sog. Heinz'scher Körperchen in den Erythro-

cyten einhergehen, entgehen einem in der Praxis wohl meist, oder werden weniger mit einer Sulfonamid-schädigung als mit der durchgemachten Infektion in Zusammenhang gebracht. Ernster zu nehmen sind seltene Schädigungen des weißen Blutbilds. Hier ist die Unterbrechung der Medikation geboten. Der Übergang von Leukopenie zur regelrechten Agranulocytose ist allerdings außergewöhnlich selten und zum Teil in der Literatur bestritten.

6. Schädigungen des peripheren Nervensystems wurden früher häufiger beobachtet als heute. So hatten wir seit Kriegsende auf unserer Abteilung keine Gelegenheit, eine toxische Sulfonamidneuritis zu beobachten. Dies mag davon herrühren, daß man in den ersten Jahren der Sulfonamidaera von den Disseptalen (Uliron usw.) häufig Gebrauch machte, die offenbar bevorzugt zu Neuritiden führten. Diese Präparate finden heute kaum mehr Verwendung. Immerhin sind auch nach den meisten anderen Sulfonamiden, insbesondere den vielgebrauchten Thiazolen, schon Neuritiden beobachtet worden. Meist treten diese asymmetrisch, nur gelegentlich auch symmetrisch als Polyneuritiden auf. Bevorzugt werden Unterschenkel und Hände befallen. Selten wurden auch mononeuritische Formen mit isoliertem Befall eines Nervus opticus, ischiadicus oder peroneus gesehen. Die Ausfallserscheinungen pflegen vom 7. Behandlungstag an, manchmal aber auch erst nach Monaten aufzutreten. Die Heilungsaussichten sind günstig, zur Behandlung wird Vitamin B₁ empfohlen. Teilweise wurde auch schon die prophylaktische Verwendung von Vitamin B₁ angeraten, da bei der Entstehung der Sulfonamid-Polyneuritis der Mangel dieses Vitamins evtl. eine Rolle spielen soll. — Unterschieden werden von dieser Form der Sulfonamid-Neuritis müssen jene Fälle, bei denen eine intramuskuläre Sulfonamidinjektion irrtümlicherweise peri- oder intraneural gespritzt wurde. Hier können irreparable Lähmungen auftreten.

7. Gerechnet werden muß mit dem Vorkommen von Leberschädigungen, deren Pathogenese noch nicht einwandfrei geklärt ist. Schwere Leberschäden wurden insbesondere bei irrtümlich mit Sulfonamiden behandelten Fällen von Hepatitis epidemica beobachtet. Aber auch bei anderen Infektionskrankheiten sah man Leberkomplikationen, von der leichten reversiblen Parenchymaffektion bis zur schweren Nekrose, auftreten. Man nahm an, daß die viele Infektionskrankheiten begleitende seröse entzündliche Kapillaritis der Leber eine Praedilektion für zusätzliche Gefäßwandschädigungen durch Sulfonamide bilde. Hiergegen spricht aber die Beobachtung, daß gerade schwere biliäre Pneumonien mit sehr ausgesprochen seröser Entzündung der Leber auf Sulfonamide ohne Komplikation prompt abheilen. Zusätzlich der entzündlichen Gefäßwandschädigung der Leber soll deshalb dem Verhalten des RES eine wichtige Rolle zukommen. So glaubt man, daß eine direkte Kapillarschädigung durch Sulfonamide bei normaler Abwehrbereitschaft des RES nicht stattfindet, während bei bereits vorliegender Schädigung des RES die Sulfonamide eine zusätzliche Kapillarschädigung setzen können.

Die frische Hepatitis stellt also wie die chronische Lebererkrankung (genuine-, Stauungscirrhose usw.) eine Gegenanzeige für die Sulfonamidbehandlung dar. Entschließt man sich bei latenten Leberschädigungen dennoch zur Sulfonamidbehandlung, bedarf es einer genauen Überwachung der Leberfunktion. Man achte auf

das Auftreten eines Subikterus, auf vermehrte Urobilinogenausscheidung, prüfe evtl. die Bilirubinwerte im Serum und den Ausfall der Leberfunktionsteste.

8. Am gefährlichsten und deshalb am häufigsten besprochen sind Nierenkomplikationen. Die Störung der Nierenfunktion als Folge einer Sulfonamid-schädigung kann verschiedene Ursachen haben:

a) Es kann zum kristallinen Ausfall von Sulfonamiden in den ableitenden Harnwegen kommen. Leitsymptome sind in diesem Fall wie bei der Steinkrankheit der ableitenden Harnwege: Haematurie, kolikartige Schmerzen und Oligurie oder gar Anurie. Diese Form der Nierenschädigung war früher nicht so selten und verlief oft genug tödlich. Sie wurde am häufigsten nach der Verwendung des Sulfapyridin (Eubasin) beobachtet, jedoch auch nach Sulfathiazolen. Ursache: Durch den stark sauren ph-Gehalt dieser Medikamente kommt es zur Säuerung des Urins und zur raschen Sättigung der Löslichkeit mit der Folge des kristallinen Ausfalls. — Zur Verhütung dieser Komplikation wird deshalb zwecks Alkalisierung des Urins auf 1 g Sulfonamid 1 g Natrium bicarbonicum gegeben. Außer bei Ladogal empfiehlt sich diese Prophylaxe grundsätzlich bei allen derzeit üblichen Sulfonamidpräparaten, sofern über 7 g pro Tag gegeben werden. Der Applikationsmodus selbstverständlich spielt keine Rolle. Bei sehr hoher Dosierung wird außerdem die Anwendung verschiedener Präparate gleichzeitig empfohlen. Das hierbei im Urin entstehende Lösungsgemisch weist nämlich, entsprechend der physikalischen Grundgesetze über reine und gemischte Lösungen, einen wesentlich geringeren Sättigungsgrad der einzelnen Teilpräparate auf, als die — wenn man so will — reine Lösung einer gleich großen einheitlichen Substanzmenge. Weiterhin wird zur Prophylaxe und bei bereits eingetretener Schädigung die Urinalkalisierung durch intravenöse Natrium bicarbonicum-Gaben empfohlen (7,5 g Substanz auf 100 ccm Wasser).

b) Vereinzelt wurde ein regelrechtes entzündliches Oedem der Niere mit Blutdrucksteigerung und Harnsperrung beobachtet, ein Krankheitsbild also, das der akuten Glomerulonephritis gleichkommt. Wie bei der Glomerulonephritis wird auch die Behandlung dieser Komplikation durchgeführt: Sofortiges Absetzen der Sulfonamide, dann harntreibende Mittel wie Theozin u. a., Strophanthin zur Herzunterstützung, evtl. Wasserstöße, Nierendiathermie; bei anhaltender Harnsperrung kommt die Dekapsulation in Frage.

c) Häufiger als diese sehr seltene Komplikation ist die toxische Nephrose. Die Veränderungen an der Niere sind hierbei ähnlich wie bei der Sublimatnephrose. Es handelt sich um degenerative Veränderungen in den Tubuli. Die Symptome sind: Albuminurie, Zylindrurie, Rest-N-Erhöhung, Oligurie, Hyposthenurie. Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Schädigungen der Niere liegt hier also eine chronisch verlaufende Komplikation vor. Wir hatten in den letzten Jahren einmal eine Nephrose nach hochdosierter Supronalbehandlung einer hartnäckigen Bronchiektasenpneumonie zu verzeichnen. Grundsätzlich können alle diese Schäden an funktions-tüchtigen und klinisch als gesund zu bezeichnenden Nieren auftreten. Die Frage, ob Sulfonamide bei festgestellter Nierenerkrankung verboten sind, wird im Schrifttum nur soweit einheitlich beantwortet, als bei nephrogen bedingter Oligurie Sulfonamide kontraindiziert sind. Vereinzelt Autoren propagieren sogar die

Sulfonamidbehandlung der Glomerulonephritis, wenn keine Ausscheidungshemmung vorliegt. Ausdrücklich betont sei noch, daß die febrile Albuminurie, Erythrocyturie und Zylindrurie keine Gegenindikation gegen Sulfonamide darstellt.

9. Sehr selten (im Schrifttum etwa 12 Fälle) sind Gewebnekrosen nach intramuskulärer Sulfonamid-Injektion beschrieben. Hauptsächlich wurden diese noch nach Eubasin beobachtet, in 4 Fällen nach Cibazol, in einem Fall nach Eleudron. Die Nekrosen zeichnen sich durch schmerzfreien Verlauf und sehr geringe Heilungstendenz aus. Bei Eubasin traten sie nach 2—3 Wochen, bei Cibazol schon nach 12—24 Stunden auf. Als Ursache nahm man eine thrombosierende Wirkung des Medikaments auf die in der Gegend der Kanülenmündung gelegenen Gefäße an.

10. Sehr seltene, zum Teil nur autopsisch festgestellte Überempfindlichkeitsreaktionen können wir zusammenfassend nennen. Es handelt sich um Fälle mit nekrotisierender Arteriitis, interstitieller Myocarditis, eosinophiler Lungeninfiltrat, Knochenmarksnekrosen und entzündlichen Trabekelveränderungen der Milz.

11. Zu warnen ist schließlich noch vor einer bedenkenlosen intralumbalen Applikation von Sulfonamiden. Es kommt dabei zu schweren zentralnervösen Schockerscheinungen, die meist unter dramatischem Verlauf zum raschen tödlichen Ausgang führen. Unseres Wissens kommt außer Tibatin kein Sulfonamid für die

intralumbale Anwendung in Frage. Auch die intralumbale Tibatin-Behandlung ist aber heute wohl weitgehend wegen der damit verbundenen Gefahren verlassen worden.

Nach Aufzählung dieser Vielfalt von Komplikationsmöglichkeiten möchten wir abschließend nur noch einmal an unsere einführende Bemerkung über den Wert der Sulfonamide in der heutigen Therapie erinnern. **Lebensbedrohliche Sulfonamidschäden sind bei Beachtung entsprechender Vorsichtsmaßnahmen sehr selten.** Der durch in der Praxis versäumte Sulfonamidbehandlung entstehende Schaden muß bislang unseres Erachtens immer noch wesentlich höher eingeschätzt werden als der durch Sulfonamidkomplikationen verursachte. Vor allem lasse man sich nie aus Furcht vor Komplikationen zu einer ungenügenden Dosierung verleiten. Die meisten Komplikationen sind — wie aus unseren Ausführungen hervorgeht — Überempfindlichkeitsreaktionen; sie werden also durch eine niedrigere Dosis, sofern diese überhaupt für therapeutisches Vorgehen in Frage kommt, ebenso ausgelöst wie durch eine Maximaldosis. Auch bei der Indikationsstellung der Sulfonamidbehandlung sollte das Wissen um die Komplikationsmöglichkeiten keinen entscheidenden Einfluß ausüben, sofern keine Gegenanzeigen vorliegen.

Die klinische Bedeutung der Sulfonamidkomplikationen besteht also darin, daß wir diese rechtzeitig erkennen und hinsichtlich der Weiterbehandlung richtig beurteilen.

Von Gegenwartsproblemen bei der Betreuung von Gemütskranken

Von Dr. med. Albert Seitzer, Schussenried

Wenn wir einen Blick rückwärts auf die Geschichte der Psychiatrie werfen, nicht nur der Psychiatrie, sondern überhaupt des Umgangs mit irgendwie seelisch gestörten Menschen und ihrer Behandlung, so wird man sagen müssen, daß Zeiten erfreulichen, vielleicht überraschenden Hochstandes (in Anbetracht der Mittel, die unserer Vorwelt zur Verfügung standen), von Zeiten abgelöst worden sind, in denen Verständnislosigkeit, Fehl- und Mißdeutungen mit allen üblen, ja grausigen Folgen, unter denen die betroffenen Menschen zu leiden hatten, am besten mit dem Mantel des Vergessens zugedeckt würden, wenn nicht gerade die Tatsache, daß die Menschheit immer wieder aus ihren Fehlern wenigstens vorübergehend gelernt hat, bestimmend sein muß, auch dunkle und dunkelste Kapitel der Menschheitsgeschichte und in unserem Falle der Behandlung seelisch gestörter Menschen nicht aus dem Gedächtnis zu verlieren.

Haben denn die Menschen, die im allgemeinen, vom Blickpunkt der Gegenwart gesehen, zu ihrer Zeit so verfehlte Methoden angewandt haben, dies damals bewußt getan? Diese Frage stellen, heißt sie gleichzeitig verneinen. Wir dürfen im Gegenteil annehmen, daß zu allen Zeiten die Menschheit mit den Methoden, die sie angewandt hat, gleichgültig auf welchem Gebiet dies auch gewesen sein mag, gleichgültig auch, ob wir sie heute noch so sehr verurteilen, zum mindesten für eine bestimmte Gruppe einen Vorteil,

irgendwie das Beste, einen Fortschritt zu schaffen gewünscht hat, dazu zumeist der Überzeugung gewesen ist, einen Fortschritt erreicht zu haben, oft genug freilich über Zerstörung, Trümmer, Tod hinweg.

Wir beobachten in der Natur und damit nicht zuletzt auch in der Geschichte der Menschheit im großen wie im kleinen immer wieder dieselben Bewegungen, ein ständiges Auf und Nieder, Höhepunkte und Tiefpunkte, soweit wir Heutigen eben mit unseren Augen die Dinge der Vergangenheit sehen. Aber wir selbst sind ja nicht nur Beobachter dieser Wellenbewegungen, nein, wir stehen selbst mitten in diesen Wellenbewegungen, werden von ihnen fortgerissen, gehen in ihnen unter oder werden von ihnen getragen, ob wir wollen oder nicht.

Einst schichtete man Scheiterhaufen auf, stellte Menschen, die man als „Hexen“ bezeichnete, auf diese Haufen, zündete sie an und ließ die Menschen, von denen man behauptete, sie seien mit dem Teufel im Bunde gestanden, verbrennen und vermeinte, damit ein Gott wohlgefälliges Werk getan zu haben. Es ist noch nicht lange her, da fuhren Autos durchs Land und führten Menschen, die als „Geistesranke“ galten, Stätten zu, da man sie vergaste und ihre Leichen zu Asche werden ließ; und man glaubte, damit zur Erhaltung der gesunden Volksteile und zur Besserung der Erbmasse des Volkes nichts Unbedeutendes beigesteuert zu haben. Man hat dies in der neuesten Zeit

als Verbrechen gebrandmarkt und als Verbrecher diejenigen bestraft, die die geistigen Väter oder die Handlanger dieser Taten gewesen sind, die Abertausenden Menschen das Leben gekostet haben. Aber kein Ankläger hat sich gefunden, keine Verurteilung ist erfolgt, als zu den Zeiten, da das Tuberkulin als neue Erfindung im Schwange war, Abertausende Kinder mit der besten Absicht, sie zu heilen oder vor der tuberkulösen Infektion zu schützen, mit diesem Gift behandelt worden sind und an galoppierender Schwindsucht zu ungezählten Tausenden zugrunde gingen. Einst galt es als Schande, ja auch als Verbrechen, wenn es jemand wagte, in die Verhältnisse, die mit der Fortpflanzung zu tun haben, irgendwie einzugreifen. Heute geschieht das, was einst verfehlt war, in ungezählten Fällen, wenn der Geburtshelfer durch seine Kunst Mutter und Kind rettet, wenn ein Leben erhalten wird dadurch, daß man ein anderes, ein werdendes Kind im Mutterleib abtötet, wenn man durch operative Eingriffe eine Unzahl Menschen von der Fortpflanzung ausschließt. Es bleibt die Frage offen, ob wir Heutigen durch solches Tun wirklich zum Segen der Menschheit arbeiten, woran wir vielleicht allzu leicht glauben, indem wir uns nur selten vergegenwärtigen, daß die Schöpfung jeden Eingriff in ihren Haushalt irgendwie beantwortet. Es bleibt diese Frage offen, während doch irgendwo, allerdings noch verborgen, schüchtern, verhalten, eine weitere Frage aufglüht, ob nicht die Erdenbewohner nach uns mit einem mitleidigen Lächeln nachsichtig auf unser Werken herabschauen oder es mit dem Recht der Lebenden, ähnlich wie wir es mit dem sogenannten dunklen Mittelalter taten oder vielleicht noch tun, selbstbewußt und überlegen verurteilen werden.

Es gab eine Zeit, da die Menschen, die zu mystischer Betrachtung neigten, hochverehrt wurden, wie es auch Zeiten gab, da sich die „Gelehrten“ den Rang abliefen, irgendwelche Dinge durch bloße Vermutungen und Betrachtungen kontemplativ und spekulativ zu „beweisen“. Dann kam ein Jahrhundert, da nun mehr oder weniger die Zahl, die Materie, der physikalische und chemische Versuch galt und man meinte, die Welt aus den Angeln heben zu können, als es gelang, in der Retorte Stoffe herzustellen, die im Stoffwechsel des lebendigen Lebens entstehen und für diesen Stoffwechsel notwendig sind. Dann kam wieder ein Rückschlag, als man einsehen mußte, daß das irdische Geschehen nicht so einfach von Menschenhirnen sich in ein, wie man hoffte, ganz einfaches Schema pressen ließ.

Genau so, wie man weiß, daß körperlich nie ein Mensch, von eineiigen Zwillingen abgesehen, dem anderen gleicht, obwohl diese Erde von mehr als einer Milliarde Menschen bevölkert ist, so weiß man auch heute, daß die seelische Verfassung eines jeden Menschen sich praktisch nie in der gleichen Weise bei einem anderen zeigt, daß jeder Mensch etwas Eigentümliches, etwas Besonderes darstellt, daß jeder Mensch, wenn er Schwierigkeiten auf seelischem Gebiet hat, als Individuum verstanden und behandelt werden muß. Diese Erkenntnis hat sich entscheidend in den Kreisen der psychotherapeutisch Interessierten, mag man auch vorher schon um sie gewußt haben, durchgesetzt und ist bereits zur Selbstverständlichkeit geworden. Aber es ist merkwürdig: oft sind es dieselben Menschen, die diese Erkenntnis auf dem Gebiet der neurotischen Stö-

rungen voll bejahen, aber zum mindesten nicht in ihrem praktischen Handeln die gleiche Konsequenz auch für die **psychotischen** Krankheitszustände recht zur Auswirkung bringen. Manchmal erscheint es so einfach, das Urteil abzugeben: dieser Mensch leidet an einer Neurose, dieser an einer Psychose. Vielleicht enthebt auch das letztere Urteil den ärztlichen Diagnostiker vor seinem eigenen Gewissen der Aufgabe, hier tiefer in die Struktur der kranken Persönlichkeit einzudringen, mit dem Hinweis darauf, daß die Persönlichkeit ja nicht mehr einfühlbar sei, daß die „Prozeß-Psychose“ etwas Schicksalhaftes an sich habe, daß man durch psychotherapeutische Bemühungen bei ihr ebensowenig wie bei Schwachsinnigen weiterzukommen vermöge. Mag eine solche Äußerung nicht unbegründet, auch durchaus berechtigt sein, sie geht doch vielleicht an entscheidenden Gegebenheiten vorbei.

Denn einst urteilte der Mensch auch kurzerhand etwa so, daß die Sonne sich um die Erde drehe, die Erde der Mittelpunkt der Welt sei. Für den Menschen, den wir landläufig als gesund bezeichnen, für uns selbst also liegt es, wenn wir andere beurteilen sollen, im allgemeinen nahe, ja, wir sind eigentlich mehr oder minder notwendig dazu gezwungen, unsere Umwelt nach unserem Maßstab zu messen. Wenn wir, begabt mit einer doch nicht unbegrenzten Zahl von Möglichkeiten und Fähigkeiten, uns als gesund bezeichnen, ist der andere zum mindesten schon abnorm, wenn er weniger oder wenn er vielleicht auch mehr Fähigkeiten aufweist als wir. Muß es denn unter allen Umständen krankhaft sein bei einem Menschen, der über etwas, über eine Möglichkeit, eine Gabe, eine Fähigkeit verfügt, die der „gesunde“ Arzt landläufig als „Sinnestäuschungen“ bezeichnet? Unterliegt denn etwa ein Hund einer Sinnestäuschung, wenn er kilometerweit die Spur seines Herrn oder eines Verbrechers infolge seines für uns Durchschnittsmenschen unvorstellbar feinen Geruchvermögens zu verfolgen in der Lage ist? Wir verneinen diese Frage. Aber warum bejahen wir sie so leicht und gerne, wenn es sich um Erlebnisse bei unseren Mitmenschen handelt, die wir selbst nicht gehabt haben und darum auch nicht zu verstehen vermögen? Der Schwachsinnige versteht den gescheiterten Kopf nicht und führt vielfach ein glücklicheres Dasein als der Begabtere, der gewiß sehr viel mehr erleben innerlich sehr viel reicher wohl sein kann als der Oligophrene, aber die vermehrte Möglichkeit des Erlebens auch damit oft genug bezahlt, daß er mehr Ungemach hinzunehmen hat. Vielleicht ist alles das, was wir als Sinnestäuschungen des Gesichts, Gehörs, Geruchs, Geschmacks, der Empfindung bezeichnen, eine Überfülle positiven Erlebens, das freilich auch mit einem entsprechenden Maß von Leiden entgolten werden muß von den Menschen, die mit diesen gesteigerten Fähigkeiten begabt sind, um so mehr mit Leiden entgolten werden muß, wenn die solcherweise befähigten Menschen diese ihnen geschenkten Pfunde nach Lage der Umstände, unter dem Zwang der Gegebenheiten nicht in rechter Weise einzusetzen vermögen, so daß die in ihren Gaben sich erweisende Energie, nicht auf ein Ziel ausgerichtet und gesteuert, sich gegen sie selbst wenden muß. Ähnlich geht es ja einem Menschen, in dessen Hirn sich in der Nacht eine Menge Gedanken den Rang ablaufen, die ihn schlaflos machen, so daß er am anderen Morgen nur mit einem schweren

Köpfe an die Arbeit geht, während er diesen nicht hätte, wenn er in der Nacht aufgestanden wäre, seinen Gedanken eine Richtung gewiesen, sie zu Papier gebracht hätte, sei es auch die halbe oder die ganze Nacht hindurch: er wäre dann trotzdem am anderen Morgen noch frisch, vielleicht sogar frischer als je im Gefühl einer inneren Befreiung, die ihn beglückt. Können nicht so auch die nächtlichen Unruhezustände „Geisteskranker“ und ihre grätigen Verstimmungen bei Tage mitunter eine verhältnismäßig leichte Erklärung finden?

Wenn man solche Gesichtspunkte in Betracht zieht, wird man sich vor die Frage gestellt sehen, ob man nicht mit den neueren Behandlungsmethoden, die ohnedies schon des öfteren von nicht unberufener Seite den Namen von „Holzhammermethoden“ erhalten haben, mit der **Schocktherapie**, wobei es gleichgültig ist, welche Art dabei zur Anwendung gelangt, etwas zurückhaltender sein soll. Jedenfalls erscheint es auf keinen Fall vertretbar, wenn ohne strenge Indikation und ohne strenge individuelle Auswahl zu diesen Behandlungsmethoden gegriffen wird, oft nur mehr oder weniger deshalb, weil ein Elektroschockapparat da steht, weil man Insulin zur Verfügung hat, weil ein Arzt dafür eingesetzt ist, der sonst nicht genügend beschäftigt wäre, weil man nicht hinter anderen Anstalten mit der Anwendung moderner Behandlungsmethoden zurückstehen will, und was derlei äußere Gründe noch mehr sind. Besondere Ablehnung verdient meines Erachtens in diesem Zusammenhang die vielfach geübte sogenannte „**Blockbehandlung**“, die regelmäßig alle paar Wochen durchgeführt wird, wenn etwa ein Kranker in eine phasenhafte Unrast gerät, die auch ohne diese Blockbehandlung ohnedies oft genug schon in zwei oder drei Tagen abgeklungen ist. Wir erinnern uns bei dieser Gelegenheit auch der vielfältigen Erfahrungen, die wir haben sammeln müssen, erinnern uns der Zeit, die noch gar nicht so lange zurückliegt und die vielleicht auch heute noch nicht überall überwunden ist, da Chirurgen und Chirurgo-Gynäkologen das Messer allzu rasch bei der Hand hatten und zwei-, vier-, sechs-, ja achtmal den Leib der sich ihnen ausliefernden Patienten aufgeschnitten haben, um „Verwachsungen“ zu lösen. Psychiater und Psychotherapeuten haben dies Tun verurteilen müssen kraft ihrer besseren Einsicht. Aber sie müssen sich hüten, nun in ähnliche Fehler zu verfallen, und sollen, wenn sie schon solchen Fehlern verfallen sind, aus eigener Kraft den Rückweg aus diesem Irrweg finden, ehe sie vielleicht von irgendeiner dritten Seite, mag diese auch noch nicht erkennbar sein, unnachsichtlich dazu angehalten werden. Ein Gutes — das wollen wir nicht verkennen — haben die „Holzhammermethoden“, mag man nun sonst zu ihnen stehen wie man will, auf jeden Fall: sie geben den mit der Behandlung kranker Menschen Betrauten in vermehrtem Maße die Veranlassung, sich mit den Kranken zu beschäftigen, ihnen mehr Fürsorge zuteil werden zu lassen, unter anderem etwa auch in dem Sinne, daß man sie wieder eher, als dies vorher der Fall gewesen ist, dazu anregt, sich zu beschäftigen. Und oft wird es schwer zu entscheiden sein, ob der erreichte Erfolg, wenn etwa ein Kranker, der monatelang oder auch jahrelang praktisch untätig gewesen ist, sich wieder im Rahmen der Gemeinschaft der Anstalt nützlich macht, auf das Konto der Holzhammermethode allein zu setzen ist oder nicht viel eher dadurch

erreicht wurde, daß man sich menschlich um den Kranken wieder mehr bemüht hat.

Unweigerlich ist jeder Mensch ein Kind seiner Zeit, die er allerdings manchmal entscheidend mitgestalten kann, die ihn aber ihrerseits, mag er dies wollen oder nicht, entscheidend beeinflußt. Das gilt nicht minder auch von den Persönlichkeiten, die dazu berufen oder durch die Gunst oder Ungunst der Verhältnisse dazu gekommen sind, an der Spitze etwa eines Volkes, eines Staates stehen zu müssen, an der Spitze aber auch sonstiger größerer oder kleinerer Organisationen. Jedermann weiß heute, wie viel Unrecht zum Beispiel in den Jahren des zweiten Weltkrieges geschehen ist, im besonderen auch an den Menschen, denen wir als Ärzte unter die Arme zu greifen haben, an den Gemütskranken. Es ist nicht immer gut gewesen, was in den Zeitungen darüber aus mehr oder minder durchsichtigen Gründen zu lesen war; es kann aber nicht wundernehmen, wenn die Forderung nach Vergeltung und Wiedergutmachung nachdrücklichst verbreitet wurde. Wir wollen von Vergeltung hier nicht sprechen, nur von Wiedergutmachung. Die, die gestorben sind, können wir lebende Menschen nicht mehr zum Leben erwecken. Der Ruf nach Wiedergutmachung soll gewiß gehört werden und ist auch gehört worden. Aber wir Ärzte, die wir auch nur Menschen sind wie alle anderen, abhängig von dem Zeitgeist, seinem Gebot und den gegebenen Umständen, können allzuleicht auch einem gewissen Zwange der Verhältnisse, der Zeit, die mit ihrem Pendel wieder nach der Gegenseite ausschlägt, in der Forderung nach Wiedergutmachung erliegen. Handeln wir zum Beispiel richtig, wenn wir zusehen, es zulassen, daß die Gemütskranken in manchen Anstalten — es ist nicht zu viel gesagt —, um das Wort mästen zu vermeiden, geradezu überfüttert werden, während die große Masse des Volkes noch darbt? Begehen wir da nicht ein neues Unrecht jetzt an den Menschen, die, wenn sie erwachsen sind, durch ihre Arbeit letztlich die Gemütskranken mitunterhalten, die, wenn sie noch in den Kinderschuhen stecken, mangels richtiger Ernährung mehr oder weniger verkümmern müssen? Der Mensch lebt nicht vom Brot allein. Man kann den Gemütskranken vielfach mehr und besser helfen dadurch, daß man ihnen Beschäftigung gibt, Arbeit, auch rechte Kleidung dazu, auch zweckentsprechende Abwechslung im Einerlei des Alltags, auf die der gesunde Mensch Anspruch erhebt, auf die nicht minder der Kranke, der Gemütskranke Anspruch hat. Wir dürfen auch sonst das Pendel im Auf und Ab des Geschehens nicht allzu sehr wieder nach der Gegenseite ausschlagen lassen, indem zum Beispiel mancherorts die kranken Menschen nun viel, viel wichtiger genommen werden, als die gesunden, ihre mündlichen und schriftlichen Auslassungen als besonders interessant Anlaß zu eingehenden, als wissenschaftlich bezeichneten Betrachtungen und Erörterungen geben, wobei mit solcher Arbeit Betraute und in sie Vertiefte nur allzuleicht aus Gründen, die in ihnen selbst und in ihrem Auftraggeber liegen, einem Zwange des Geltungsstrebens und des Eben-etwas-finden-Müssens nachgeben, bei ihren Beobachtungen Dinge hineingeheimnissen und zur Veröffentlichung bringen, mit denen niemand als den Nächstbeteiligten, der Befriedigung ihrer Wünsche gedient ist. Sind schon solche und ähnliche Untersuchungen gewiß zu echter wissenschaftlicher Ausbeute

berechtigt, müssen sie von Menschen durchgeführt werden, die ohne äußeres Hinzutun, ohne äußeren Zwang seitens Dritter sich aus sich selbst heraus zu dieser Arbeit gedrängt fühlen und sich ihr aus freien Stücken verschreiben.

Früher hat man die „Geisteskranken“ buchstäblich in Ketten gelegt. Man hat es als einen großen Fortschritt betrachtet, als man dem Beispiel des französischen Arztes Pinel nacheiferte und den Kranken die Ketten abnahm, bestrebt war, die äußerlich sichtbaren Beschränkungsmittel mehr zu vermindern, vielfach freilich bedauerlicherweise nur, um sie gegen die chemische Zwangsjacke einzutauschen. Es war bequem, die Kranken in Betten zu legen oder sie stumpfsinnig herumsitzen zu lassen, bequemer, als daß man ihnen den Segen der Arbeit vermittelt oder sich sonst mit ihnen beschäftigt hätte, um ihrer drohenden geistigen Verödung entgegenzuwirken oder diese ganz zu unterbinden. Hier kann man auch von einer Schuld der Allgemeinheit sprechen, die nicht dadurch getilgt, auch nicht dadurch vermindert wird, daß man den Gemütskranken übermäßig viel Lebensmittel zuteilt, so übermäßig viel, daß man schon wieder nicht allzu selten wahrhafte Schäden echter Fettsucht feststellen, beobachten muß; von dieser Schuld, die Kranken in den Ketten geistiger Umnachtung verkommen zu lassen, kann man sich zum Beispiel dadurch lösen, daß man hinreichend Pflegepersonal für sie zur Verfügung stellt, nicht nur zahlenmäßig genügend, sondern Pflegepersonen, die auch bildungsmäßig, ethisch, charakterlich den Anforderungen, die im Dienst an den kranken Menschen an diese Pflegepersonen gestellt werden müssen, besser entsprechen. Aber damit nicht genug: die Allgemeinheit darf sich auch sonst nicht nur in gefühlvollen Äußerungen ihren Gemütskranken gegenüber erschöpfen, sondern ihre zuständigen Organe, die mit der Fürsorge für ihre Mitmenschen besonders betrauten Behördenstellen müssen auch den Mut aufbringen, bei dem Versuch der Ärzte, die Gemütskranken als selbständige Menschen dem freien Leben wiederzugeben, den Ärzten verständnisvoll und bereitwillig entgegenzukommen. Wenn dieses Verständnis und Entgegenkommen fehlt, kann es — und dies sind keine Einzelfälle — geschehen, daß aus bloßen äußeren, mehr oder minder bürokratischen Gründen der beste Zeitpunkt der Entlassung Gemütskranker verpaßt wird, die, praktisch schon gesundet, dann noch viele Wochen und Monate in Anstaltsbetreuung verbleiben müssen, wohl im Haushalt der Anstalt beste Arbeitskräfte sind, aber dabei gleichzeitig infolge der Länge der Zeit die gesunde Haltung mit dem Wunsch nach Entlassung aus dem Rahmen der Anstalt in sich verkümmern lassen. Es sind ja in der Regel nur wenige Kranke, die einsichtslos aus der Anstalt herausdrängen, vielfach, ohne dabei zu wissen, wohin sie sich wenden sollen: diese Patienten sind zumeist noch recht krank; viel eher erliegen die gesünder Gewordenen der Scheu, der Angst vor den Schwierigkeiten des Lebens außerhalb der Anstalt, um so eher allerdings wohl auch, je freundlicher ihnen die Anstalt ihr Leben gestaltet, die ihnen die Sorge für Wohnung, Nahrung und Kleidung weitgehend abnimmt. Hier stoßen wir nun auf Ketten nicht von der Art, die Pinel einst gelöst hat, aber doch auf Ketten, die, wenn auch

in anderer Weise, nicht minder ungut sein können. Nicht nur wir Ärzte, sondern auch die Angehörigen unserer Kranken, die Bürgermeister- und Fürsorgeämter und andere Behördenstellen, die im Auftrag der Allgemeinheit handeln, sollten es nicht verantworten können, praktisch unauffällige Kranke jahrelang in Anstaltsbetreuung zu belassen, manchmal nur deswegen, weil eine seelische Störung phasisch in stärkerem Maße nach kürzerer oder längerer Zeit wiederauftreten kann, oft genug auch mit großer Bestimmtheit wieder auftritt. Oder soll denn auch der Mensch, der an einem Schnupfen, einer Grippe erkrankt und von dieser Störung wiedergenesen ist, nicht von neuem seiner Berufsarbeit nachgehen, weiter im Bett bleiben und sich schonen, nur deswegen, weil er mit einiger Sicherheit nach einem halben oder einem ganzen Jahr von neuem an einem Schnupfen erkrankt?

Es kommt in jedem Fall auf die Menschen an, ob sie beweglich, arbeitsfreudig, verantwortungsfroh sind. Es könnte reizen, etwa durch statistische Untersuchungen festzustellen, wessen Köpfe und Hände unseren Kranken am besten dienen. Sind es selbständige und unabhängige Organisationen der freien Wohlfahrtspflege etwa, deren Hände aber vielfach durch irgendwelche Beschränkungen ihrer Befugnisse gebunden sind? Sind es Angestellte auf den Ämtern, die jederzeit um Brot und Verdienst durch eine Kündigung gebracht werden können? Oder sind es auf Lebenszeit berufene Beamte, die in besonderer Weise zum Dienst an der Allgemeinheit verpflichtet sind, denen aber persönlich praktisch nicht mehr passieren kann als die vorzeitige Zurruesetzung, wenn sie ihren Aufgaben nicht gerecht werden?

Wir heute Lebenden arbeiten und werken, wie es vor uns unzählige Generationen getan haben, sehen Erfolge und Mißerfolge, erkennen, daß auch wir uns in unserer Begrenztheit durch Irrungen und Wirrungen hindurchfinden müssen, sind von besonderer Zuversicht erfüllt, wenn wir glauben, eine neue Ebene des Fortschritts erreicht zu haben, der aber vielleicht von den nach uns Kommenden keinesfalls als solcher gewertet werden wird. Es erhebt sich uns der Glaube, daß wir am lebendigen Leben schaffen dürfen, am Menschen, den wir Menschen selber — ist es nicht eine menschliche Überheblichkeit und ein Zeichen menschlicher Unzulänglichkeit? — als die Krone der Schöpfung bezeichnen. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir keinem einzigen Tier, keiner einzigen Pflanze das Leben geben können, keinem Tier, keiner Pflanze, die wir vernichten, die in ihrer Art genau so vollkommen oder genau so unvollkommen sind wie der Mensch. Dieses Wissen, wenn es uns wirklich recht aufgeht, allein schon wird uns ganz bescheiden machen. Und doch dürfen wir uns, wohl erkennend, daß uns die Rätsel im Geschehen des Lebens stets ein Rätsel bleiben werden, irgendwie einer besonderen Freude hingeben im Bewußtsein dessen, daß uns im ewigen Auf und Ab der Strömungen der irdischen Zeiten die Aufgabe gestellt ist, Menschengärtner zu sein. Ein guter Gärtner wird Arbeitsfreude besitzen, Liebe zu den Geschöpfen, mit denen er umgeht, aber auch etwas, ohne das er es nicht sein kann, stets haben, **Geduld in der Ehrfurcht vor und im Vertrauen auf Gott.**

Über Behandlung von Furunkel und Karbunkel

Von Dr. med. Wilhelm Gerber, Stuttgart

Als Assistent bei Sanitätsrat Dr. Hammer im Katharinen-Hospital Stuttgart hatte ich alle Furunkel und Karbunkel konservativ behandelt und da während meiner Assistentenzeit dabei alle geheilt wurden, allerdings manchmal erst nach umfangreicher Entzündung, unter erheblichen Schmerzen und längerer Dauer, schrieb ich eine schöne Arbeit über den Wert solch konservativer Therapie. Die Arbeit war druckreif, ich unterdes in meiner eigenen Praxis, als ich kurz darauf einen Besuch im Krankenhaus bei Sanitätsrat Hammer machte. „Die Herren sind bei der Sektion“, wurde mir gesagt, und im Leichenhaus traf ich sie bei einer Frau, die an einem Wangenkarbunkel gestorben war. Meine Arbeit ruht heute noch in der Schublade.

Dann erlebte ich in den ersten 6 Jahren meiner Praxis, daß mir 6 Patienten an Karbunkel und Furunkel starben. 3 davon hatte ich alsbald ins Krankenhaus überwiesen, die andern selbst bis zum Ende betreut. Die Behandlung war teils operativ, teils konservativ. Mit der Blutumspritzungsmethode nach Läden bei einem Karbunkel über dem proc. mastoideus hatte ich ein besonders erschreckendes Erlebnis. War schon die Umspritzung von Eigenblut zur beabsichtigten Abgrenzung des Herdes eine schmerzhaft Sache, so wurde es noch schlimmer, als die Entzündung mit jedem Tag sich rasch weiter ausbreitete und in wenigen Tagen bis zur Brust herabreichte.

Eines Tages las ich von einer Behandlungsmethode der Dermoidgeschwülste und auch der Furunkel. (Münchener Med. Wochenschrift 1930 S. Levy, S. 1030/1845.) Der Kollege benutzte den Elektrobrenner, aber nicht nur, um mit diesem die Eröffnung zu machen, sondern auch, um den Herd im Inneren auszukochen. Bei Talggeschwülsten soll dadurch die umkleidende Wandung soweit geschädigt werden, daß sie mit der Talgmasse in einigen Tagen auch abgelöst und entleert wird. So kommt es zu keinen Rückfällen. Bei solchen Geschwülsten am Nacken, an den Ohren, im Rücken bevorzuge ich diese Methode und das kosmetische Ergebnis ist gut. Balggeschwülste auf dem behaarten Kopf entferne ich, ohne die Haare wegzuschneiden, mit Öffnung der Haut über der Geschwulst unter kleiner Lokalanästhesie und drücke dann von beiden Seiten die Geschwulst durch die Öffnung. Eine Naht schenke ich mir und meist auch einen Verband, seit ich erfahren habe, wie schön und rasch die Wunde auch so abheilt.

Für die Behandlung der Karbunkel schien mir diese Brennmethode des Versuches wert und so habe ich in den weiteren 3mal 6 Jahren in meiner Praxis, also in 18 Jahren, keinen Todesfall mehr erlebt. Um es recht zu sagen, erlebte ich auch noch einige wenige Todesfälle durch Furunkel und Karbunkel, aber diese waren erst in meine Behandlung gekommen, als sie schon septisch erkrankt waren und ich die Methode deshalb gar nicht mehr anwandte.

Bei der Brennmethode geht es also nicht bloß darum, durch Einbrennen eine Öffnung und eine Abflußmöglichkeit zu schaffen, sondern auch noch im Zentrum des Infektionsherdes eine Brandzone zu setzen. Ich möchte glauben, daß dadurch ein Teil der Krankheitskeime zugrunde geht und daß auch die Abwehrkraft des Körpers so geweckt und gefördert wird, daß der Infekt sich nicht mehr ausdehnen kann. Im Zentrum des Infektionsherdes sage ich, denn dieser wird manchmal oberflächlicher gelegen angenommen, als er tatsächlich ist. Bei Nackenkarbunkel ist man gerne geneigt, den Herd in der oberen Hautgegend zu sehen, die durch Schwellung und Eiterung aufgeworfen ist. Tatsächlich muß man aber da mit dem Brenner durch eine spürbare Widerstandsschicht, eine Muskelfaszie, hindurch, um an den eigentlichen Infektherd zu kommen. Praktisch gehe ich so vor: mit einem Flachbrenner — ein Spitzbrenner ist nicht so geeignet, da er für den Abfluß die Öffnung zu klein macht — gehe ich in der Mitte der Entzündung durch die Haut auf den mutmaßlichen Entzündungsherd ein und in diesem lasse ich mit dem unter dem elektrischen Strom stehenden glühenden Brenner etwa 3—10 Sekunden lang, je nach Größe und Ausdehnung, das Entzündungsgewebe kochen. Der Brenner muß beim Eingehen weißglühend sein. Den Patienten mache ich vorher auf den kurzen Brandschmerz aufmerksam.

In den seltensten Fällen brauche ich eine kurze Narkose und ich sehe daraus, daß die Patienten im Bedarfsfall immer wieder zu solcher Behandlung kommen, daß der Schmerz doch nicht so groß ist, um abzuschrecken. Ich selbst habe mich auch schon 7mal dieser Behandlung unterzogen. Gewöhnlich warte ich das sogenannte Ausreifen des Furunkels nicht ab, sondern gehe jeden alsbald an, der den Eindruck macht, daß er größer werden will. Kleinere und oberflächliche Furunkel behandle ich natürlich auch konservativ. Zweifellos kürze ich mit diesem Verfahren die Leidenszeit und die Behandlungsdauer wesentlich ab, der ziehende Furunkelschmerz läßt meist schon am Behandlungstag nach und die Absonderung kommt am nächsten oder übernächsten Tag in Gang. Daß man das Verfahren mit Erfolg nur so, wie beschrieben, anwenden kann, habe ich erst vor wenigen Tagen erlebt. Meine Sprechstundenhilfe erkrankte an einem fieberhaften Oberlippen-Mundwinkelfurunkel. Um ihre Empfindsamkeit zu schonen, brannte ich nur kurz ein. Der Mißerfolg blieb nicht aus, der Furunkel und das Fieber gingen nicht, wie gewohnt, zurück, und 3 Tage später machte ich bessere Arbeit. Ich darf noch erwähnen, daß das kosmetische Ergebnis durchweg gut ist. Um Rezidiven vorzubeugen, gebe ich Sulfonamide und nötigenfalls auch mal Penicillin, außer Hefepreparaten.

Über Karbunkel- und Furunkelbehandlung ist schon viel geschrieben worden. Aus meiner nicht geringen Erfahrung heraus fühle ich mich jetzt berechtigt, auch das Meine dazu zu geben.

Meldepflicht der Ärzte und Krankenanstalten bei Tuberkulose

Von Obermedizinalrat Dr. Schrag, Stuttgart, Beratender Tuberkulosearzt des Innenministeriums

Durch Verordnung der Landesregierung vom 28. April 1948 ist auf Grund eines Beschlusses des Länderrats die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 („Seuchengesetz“) dahingehend abgeändert worden, daß das Wort „ansteckend“ bei Lungentuberkulose fortfällt. Diese Änderung wird von seiten der Ärzte und Krankenanstalten noch nicht immer beachtet. Dies hat seinen Grund zum Teil wohl darin, daß, wie auch aus verschiedenen Anfragen von Ärzten hervorgeht, über den Begriff „Erkrankung an Tuberkulose“ Zweifel bestehen. Es soll deshalb im folgenden versucht werden, diesen Fragenkomplex zu klären.

Auf Grund des abgeänderten Seuchengesetzes ist innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Gesundheitsamt anzuzeigen

jede Erkrankung, jeder Verdacht einer Erkrankung und jeder Sterbefall an

- a) Lungen- und Kehlkopftuberkulose,
- b) Hauttuberkulose,
- c) Tuberkulose anderer Organe.

In der ursprünglichen Verordnung war bei der Lungen- und Kehlkopftuberkulose einschränkend das Wort „ansteckend“ hinzugesetzt, ein Begriff, der weder bei der Hauttuberkulose und der Tuberkulose anderer Organe, noch bei den sonstigen in der Verordnung aufgeführten Krankheiten zu finden ist.

Es bestand also der eigenartige, immer wieder mit Recht bemängelte und besonders bei den jüngeren Ärzten Erstaunen erregende Zustand, daß z. B. jede relativ harmlose Erkrankung an Drüsentuberkulose gemeldet werden mußte, dagegen nicht eine ausgedehnte und behandlungsbedürftige, aber geschlossene Lungentuberkulose, die sich in kurzer Zeit zur ansteckenden Tuberkulose verschlechtern konnte. Da die Hauttuberkulose und die Tuberkulose anderer Organe nur ganz selten „ansteckend“ sind, konnte auch die Tatsache, daß es sich um ein Seuchengesetz handelte, nicht als Grund für diesen eigenartigen Zustand angeführt werden, das Prinzip der Beschränkung der Verordnung auf die ansteckenden Krankheiten war damit ja schon durchbrochen. Der Grund war vielmehr wohl folgender: Weit aus die Mehrzahl der Erwachsenen hat irgendwelche tuberkulösen Lungenveränderungen, einen verkalkten Primärkomplex, einige alte Lungenstreuherde, eine Pleuraschwarte usw. Selbstverständlich konnte nicht der Sinn dieser Verordnung sein, daß die Träger aller solcher tuberkulösen Herde, die praktisch ohne Bedeutung sind, selbst wenn sie virulente Tuberkelbazillen enthalten und deshalb experimentell „übertragbar“ sind, gemeldet werden müssen. Aus der großen Menge der „Lungentuberkulösen“ konnte nur die „ansteckende Lungentuberkulose“ relativ scharf abgegrenzt werden, und dies war wohl der Grund für diese eigenartige unterschiedliche Behandlung der Lungentuberkulose gegenüber der Tuberkulose anderer Organe und der sonstigen aufgeführten Krankheiten und der Grund für die Hereinnahme des Begriffes „ansteckend“.

Es fragt sich nun, ob die Formulierung „ansteckend“ genügend scharf und umfassend war, und ob der Begriff

„ansteckend“ so wenig veränderlich ist, wie er in einem für lange Dauer brauchbaren Gesetz sein sollte. Wenn wir die Entwicklung seit Inkrafttreten des Gesetzes überschauen, so müssen wir sagen, daß diese Vorbedingungen für den Begriff „ansteckend“ sich nicht erfüllt haben, da sich die Ansichten der Ärzte darüber, was unter ansteckend zu verstehen ist, im Laufe der letzten 10 Jahre schon erheblich geändert haben, und wohl noch weiter ändern werden, und da auch bei den Ärzten der gleichen Zeitperiode die Ansichten wesentlich differieren. Während heute der eine Arzt mehr oder weniger alle an aktiver Tuberkulose leidenden Kranken als ansteckend ansieht, nimmt der andere nur eine ansteckende Tuberkulose an, wenn im spontan expectorierten Auswurf Tuberkelbazillen nachweisbar sind. Daß hier nicht nur die Ansichten der einzelnen Ärzte differieren, sondern daß auch jedes Land durchschnittlich seine eigenen Anschauungen hat, geht auch aus dem sehr unterschiedlichen statistischen Verhältnis der offenen und der geschlossenen Tuberkulose hervor, auf das nachher noch bei Besprechung des Begriffes „Aktivität“ eingegangen wird. Es wäre wohl von Anfang an besser gewesen, man hätte sich auch bei der Tuberkulose wie bei anderen übertragbaren Krankheiten auf den Begriff „Erkrankung“ beschränkt, und es könnte durch jederzeit ergänzbare Durchführungsbestimmungen entsprechend dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse und Notwendigkeiten bestimmt werden, was unter „Erkrankung“ zu verstehen ist.

In der Praxis wirkte sich diese Begrenzung der Meldepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose auf die ansteckenden Formen dahin aus, daß der eine Arzt nur meldete, wenn bei der einfachen Auswurfuntersuchung Tuberkelbazillen nachweisbar waren, wobei diese Untersuchung sehr häufig unterlassen wurde, und daß andere Kollegen den Begriff „Verdacht“ mit Recht wesentlich weiter ausdehnten. Ja, es gab viele praktizierende Ärzte, die in richtiger Erkenntnis der ungenügenden Meldepflicht schon längst dazu übergegangen waren, von sich aus auch „geschlossene“ Tuberkulosen zu melden. Die Erweiterung der Meldepflicht wurde deshalb schon oft und von vielen Seiten gefordert, insbesondere von vielen Fürsorgeärzten, welche in erster Linie die schlimmen Auswirkungen der ungenügenden Meldungen beobachten konnten.

Wenn auch zur Zeit die meisten in Behandlung stehenden Tuberkulosefälle den Gesundheitsämtern dadurch bekannt wurden, daß Ernährungszulagen beantragt sind, so ist dies ein voraussichtlich bald beendeter Zustand. Dann wird es wieder wie früher öfters vorkommen, daß ansteckende Tuberkulosekranke monate- und jahrelang in ärztlicher Behandlung stehen, ohne daß das Gesundheitsamt davon erfährt, und ohne daß der meldepflichtige Arzt trotz erfolgter vermeidbarer Ansteckungen zur Verantwortung gezogen werden kann, weil er angibt, er habe während der langen Zeit der Behandlung nie den Verdacht gehabt, daß es sich um eine ansteckende Tuberkulose handle. Man muß sich daran erinnern, daß wir früher trotz der Meldepflicht einen großen Teil der

nichtversicherten ansteckenden Kranken überhaupt nicht kannten. Anlässlich der ersten Volksröntgenuntersuchung wurden von uns eine ganze Anzahl solcher Kranker festgestellt, die wußten, daß sie krank waren, und die eine ganze Reihe von zum Teil tödlich verlaufenden Erkrankungen verursacht hatten.

In der englischen Zone ist 1947 die Meldepflicht auf alle „aktiven“ Tuberkulosen ausgedehnt worden. Diese Änderung war auch von der Militärregierung gefordert worden, ebenso wie in der Ostzone. Auch bei uns war zunächst daran gedacht worden, diesen weiteren für das Seuchengesetz fremden Begriff „aktiv“ einzuführen. Davon wurde aber dann bewußt Abstand genommen, denn der Begriff „aktiv“ ist noch unklarer und wandelbarer als der Begriff „ansteckend“.

Über die Abgrenzung des Begriffs „aktiv“ sind sich sogar die Lungenfachärzte nicht einig. Es würde einen dicken Band füllen, wenn alle darüber vorliegenden Veröffentlichungen gesammelt würden, und trotzdem schwankt dieser Begriff in einem fast ungläublichen Umfang. Dies geht eindeutig aus der Statistik hervor. Das Verhältnis ansteckende Lungentuberkulose zu nicht-ansteckende aktive Lungentuberkulose war zum Beispiel:

in Württemberg	1938	1 : 1,5
	1947	1 : 2,8
in Bayern	1938	1 : 1
	1947	1 : 2,3
in Schleswig-Holstein	1947	1 : 4,5
in Braunschweig	1947	1 : 1,2

Dieses Verhältnis dürfte aber, wenn wir eine klare Abgrenzung beider Begriffe hätten, nur geringe Schwankungen zeigen, während wir aus diesen Beispielen eindeutig sehen, daß nicht nur innerhalb der gleichen Bezirke diese Begriffe allen möglichen Einflüssen und Schwankungen unterliegen, sondern daß auch jedes Land und letzten Endes jeder Arzt unter Aktivität etwas anderes versteht. Wegen der Unsicherheit dieses Begriffs wurde es zweifellos früher bewußt vermieden, ihn in das Seuchengesetz aufzunehmen; denn es hätte sonst nahegelegen, ihn bei den Erkrankungen an Tuberkulose anderer Organe in Anwendung zu bringen, die ja überhaupt nicht weiter abgegrenzt sind. Es genügt dem Gesetzgeber, die sanitätspolizeiliche Meldung der „Erkrankungen“ an Hauttuberkulose usw. zu fordern.

Bei der 1948 erfolgten Änderung des Gesetzes in der amerikanischen Zone beschränkte man sich deshalb darauf, das Wort „ansteckend“ zu streichen und so die Meldung der Erkrankung und des Verdachts einer Erkrankung an Lungen- und Kehlkopftuberkulose zu fordern, entsprechend der schon seither bestehenden Meldepflicht der Erkrankungen an Hauttuberkulose, Tuberkulose anderer Organe und aller anderer in der Seuchenverordnung aufgeführter Krankheiten.

Dies führt uns zu der Frage, was wir unter „Erkrankung an Tuberkulose“ im Sinne der Verordnung zu verstehen haben. (Die folgenden Ausführungen sind entnommen dem Buch von Braeuning: „Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen.“) Virchow unterscheidet zwischen ruhenden pathologischen Veränderungen (den „krankhaften Zuständen“ oder „Leiden“), und den sich aus ihnen entwickelnden aktiven „krankhaften Prozessen“ (den „Krankheiten“). Nach Braeuning gehören zur Krankheit sowohl die schädlichen als auch

die heilenden Vorgänge; erst wenn beide zum Abschluß gekommen sind, so daß ein ruhender, inaktiver Zustand besteht, so liegt keine Erkrankung an Tuberkulose vor. Auch die Versicherungsmedizin (Oldenmeyer) unterscheidet zwischen „Krankheiten“ und „Dauerzuständen“: „Krankheit im Sinne der RVO liegt vielmehr erst dann vor, wenn jemand in „seinem“ regelmäßigen, d. h. üblichen körperlichen und geistigen Zustand Veränderungen aufweist, die entweder Heilbehandlung erforderlich machen, oder Arbeitsunfähigkeit im Gefolge haben.“

Diese von den angeführten Autoren gegebene Definition des Begriffes „Erkrankung“ ist auch für die Beantwortung unserer Frage brauchbar. Unter meldepflichtiger Erkrankung an Tuberkulose im Sinne der Verordnung ist demnach zu verstehen

- jede ansteckende Tuberkulose,
- jede nichtansteckende aktive Tuberkulose,
- jede behandlungsbedürftige Tuberkulose,
- jede Arbeitsunfähigkeit bedingende Tuberkulose.

Da in der Regel die behandlungsbedürftige wie auch die Arbeitsunfähigkeit bedingende Tuberkulose aktiv ist, umfaßt bei Zugrundelegung dieser Definition die Meldepflicht für Tuberkulose in der amerikanischen, englischen und russischen Besatzungszone jetzt so ziemlich den gleichen Personenkreis.

Jeder Patient, der wegen Tuberkulose in Behandlung genommen oder arbeitsunfähig geschrieben wird, muß demnach dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden, wenn er nicht schon früher von dem betreffenden Arzt gemeldet wurde. Ebenso muß gemeldet werden jeder neue Patient, bei dem eine aktive Tuberkulose festgestellt wird, auch wenn er nicht behandelt oder arbeitsunfähig geschrieben wird. (Die Annahme, daß der Patient schon von einem anderen Arzt gemeldet sei, entbindet nicht von der Pflicht der Meldung.)

Wenn es auch wohl nur selten vorkommt, daß ein neuer Patient mit aktiver Tuberkulose weder behandelt noch arbeitsunfähig geschrieben wird, so müssen wir doch im Hinblick auf diese kleine Gruppe von zu meldenden Kranken auf den Begriff der Aktivität noch kurz eingehen. Hier ist die kürzlich von Graß gegebene Definition besonders brauchbar: „Aktiv ist die Tuberkulose, solange noch etwas geschieht, sich also noch neue tuberkulöse Herde bilden, die vorhandenen in Resorption oder Vernarbung begriffen sind, oder fortschreitende und rückbildende Vorgänge nebeneinander ablaufen. Inaktiv ist die Tuberkulose, wenn nichts mehr geschieht, also ein Ruhezustand erreicht ist.“

Zur Anzeige verpflichtet ist nach dem Seuchengesetz in erster Linie jeder Arzt, der die Krankheit, den Krankheitsverdacht oder die Ausscheidung von Krankheits-erregern festgestellt hat. Beim Wechsel der Wohnung und des Aufenthaltsortes sowie bei Krankenhausaufnahme und -entlassung ist erneut Anzeige zu erstatten. Alle Krankenanstalten sind, was häufig nicht beachtet wird, demnach verpflichtet, sowohl die Aufnahme wie die Entlassung derartiger Kranker innerhalb von 24 Stunden auf vorgeschriebenem Vordruck an dasjenige Gesundheitsamt zu melden, das für den gewöhnlichen Wohnort des Kranken zuständig ist. Dies gilt für sämtliche in einer Krankenanstalt behandelte Erkrankungen an Tuberkulose, auch z. B. für die tuberkulöse exsudative Pleuritis und die Tuberkulose anderer Organe. Diese

Aufnahme- und Entlassungsmeldung durch den Krankenhausarzt muß auch erfolgen, wenn der Krankenhausarzt guten Grund zu der Annahme hat, daß der Fall dem Gesundheitsamt schon bekannt ist.

Das Innenministerium erwägt zur Zeit die Veröffentlichung eines erläuternden Erlasses, in welchem der Begriff „Erkrankung an Tuberkulose“ in diesem Sinne definiert wird.

Die Zulassung zur Kassenpraxis unter besonderer Berücksichtigung des Ersatzkassen-Vertrages

Von Richard Piehler, Nieheim
Hauptverwaltung der Barmer Ersatzkasse

Die Frage, wie künftig die Zulassung der niedergelassenen Ärzte zur Kassenpraxis gehandhabt werden soll, bereitet gleiche Sorgen der Kassenärztlichen Vereinigung wie den Krankenkassen. Sie ist entstanden und wird genährt durch den Überschuß an Ärzten; sie wird verschärft durch die Überzahl der in den nächsten Jahren zur Niederlassung kommenden Ärzte, und sie erhält ihre besondere Note durch Äußerungen aus Kreisen der Militärregierungen, die als Befürwortung der uneingeschränkten Zulassung verstanden werden. Es erscheint unmöglich, alle Gesichtspunkte im Rahmen einer solchen Abhandlung zusammenzufassen, die zu dieser Frage bereits beigetragen worden sind und noch beigetragen werden können. Hier seien einige behandelt.

I.

Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung überträgt den Krankenkassen die Aufgabe, ihren Versicherten bestimmte Leistungen, so auch die ärztliche Behandlung, als Sachleistung zu gewähren. Die Kassen schlossen zu diesem Zweck Verträge mit Ärzten ab. In jahrzehntelangen erbitterten Kämpfen hat die Ärzteschaft erreicht, daß an die Stelle von Einzelverträgen ein Kollektivvertrag trat, der der organisierten Ärzteschaft eine wesentliche Mitwirkung bei der Gestaltung der ärztlichen Behandlung für die Krankenkassenmitglieder sicherte. Die Befreiung der Ärzteschaft von der oft als Willkür empfundenen Vertragsfreiheit der Kassen dem einzelnen Arzt gegenüber ist anlässlich der Neugründung des Hartmannbundes gebührend gefeiert worden. Für die Pflichtkassen ist im § 368 der Reichsversicherungsordnung das Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen gesetzlich geregelt worden; für die Ersatzkassen blieb es beim freien Vertragsrecht; für sie gilt § 368 RVO. nicht.

Die reichsgesetzliche Regelung versuchte Kassen wie Ärzten gerecht zu werden; die in ihrer Vollziehung geschaffene Zulassungsordnung beschränkte die Zahl der Kassenärzte in der Einsicht, daß ein Zuviel an Kassenärzten das Kasseneinkommen der an der Kassenpraxis beteiligten Ärzte so weit absinken ließe, daß ihnen die Erfüllung der übernommenen Pflichten als Kassenarzt nicht mehr möglich wäre, aber auch in der Erkenntnis, daß ein Zuviel an Kassenärzten die Finanzen der Kassen zerstören, also auch ihnen die Möglichkeit nehmen würde, die ihnen übertragenen Pflichtleistungen an ihre Versicherten zu gewähren. Sind diese Voraussetzungen für die Begrenzung der Zahl der zuzulassenden Ärzte heute noch gültig? Sind, wenn das zutrifft, die Gründe für eine unbegrenzte Zulassung stärker?

II.

Durch Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, Verschlechterung der allgemeinen wirtschaftlichen Verhält-

nisse der Bevölkerung, Ausdehnung des Anspruchs auf Familienhilfe, Fortfall der zeitlichen Begrenzung des Anspruchs auf ärztliche Behandlung (Aussteuerung) und nicht zuletzt durch die Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach dem zweiten Weltkrieg hat der Aufwand an kassenärztlichen Leistungen zugenommen. Gleichzeitig sind entsprechend die Einnahmen aus der Privatpraxis infolge Verringerung ihres Volumens zurückgegangen. Dagegen hat das kassenärztliche Honorar sich nicht im Verhältnis des größeren Leistungsaufwandes vermehrt; die ihn verursachenden Umstände haben auch bei den Kassen ausgabensteigernd gewirkt (Arzneien, Heilmittel, Zahnbehandlung, Krankenhausbehandlung usw.). Durch die anhaltende Vermehrung der Kassenärzte mußte das gleich gebliebene Einkommen aus der Kassenpraxis sich auf mehr beteiligte Ärzte verteilen, das Kasseneinkommen jedes einzelnen Arztes also sinken. Der Rückgang des Einkommens aus Privat- und Kassenpraxis, also des Gesamteinkommens, trifft zusammen mit einer wesentlichen Steigerung der Praxisunkosten. Das für den einzelnen Arzt verbleibende persönliche Einkommen hat auf diese Weise die unterste Grenze des Angemessenen, von Ausnahmen abgesehen, erreicht, vielfach bedeutend unterschritten.

Dem steht die Tatsache gegenüber, daß die finanzielle Lage der Kassen, wiederum von einzelnen Ausnahmen abgesehen, sich stetig und bedrohlich ebenso verschlechtert. Das ist verursacht durch die gesetzliche Ausweitung der Leistungspflicht; es ist weiter verursacht durch die vermehrte Inanspruchnahme, die zum Teil in der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, zum Teil aber auch in der Mentalität der versicherten Bevölkerung begründet ist. Schließlich aber ist die vermehrte Leistungsausgabe aber auch wesentlich verursacht durch die Vermehrung von Kassenärzten, die eine vermehrte Behandlung und Verordnung zwangsläufig mit sich bringt, der erwähnten Mentalität weiter Versichertenkreise entgegenkommt und sie fördert. Darüber wird an anderer Stelle mehr zu sagen sein.

Jeder Sachkenner auf ärztlicher wie auf Kassenseite kennt diese Tatsachen, die wohl keiner Begründung bedürfen. Auf die Beweisführung für ihre Ursachen und Folgen darf darum hier verzichtet werden.

Es ist ebenso sicher, daß die zu einer Notlage gereifte Entwicklung in der bezeichneten Richtung sich rapide fortsetzen und zur Katastrophe führen würde, wenn die Zahl der Kassenärzte weiter vermehrt würde.

Es ist müßig, von einer Reform der Sozialversicherung eine Wendung um 180 Grad zu erwarten, die eine unbegrenzte Zulassung gestatten würde. Eine Reform der Sozialversicherung kann einige Übelstände beseitigen, wie etwa das unbegrenzte Recht der Weiterversicherung in der Sozialversicherung ohne Rücksicht auf

die wirtschaftlichen Verhältnisse; sie kann vielleicht eine Mitbeteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenhilfe einführen, wobei sehr fraglich ist, ob damit die Versicherten zu Recht getroffen würden, die es angehen soll. Sie kann und wird sicherlich nicht der jetzigen Notlage die Grundform und das Wesentliche der deutschen Sozialversicherung zum Opfer bringen. Denn diese hat sich in Jahrzehnten im ganzen hervorragend bewährt. Die Not der nicht an der Kassenpraxis beteiligten Ärzte ist groß — sie rechtfertigt dennoch nicht, ein Werk vom Ausmaß der deutschen Krankenversicherung ihr zum Opfer zu bringen mit der Wahrscheinlichkeit, daß dieses Opfer umsonst ist. Denn die Reform der Sozialversicherung möge aussehen wie sie will, immer wird gültig bleiben, daß aus der Volkswirtschaft eines verarmten Volkes nicht mehr für soziale Aufgaben entnommen werden kann, als notwendig ist. Wenn aber nach den Berechnungen sachkundiger Autoren 40 000 Ärzte ausreichen, um die notwendige ärztliche Behandlung für die Bevölkerung der Westzonen durchzuführen, so wird das, was 70 000 Ärzte tun — soviel Ärzte werden bis 1952 auf Beschäftigung warten —, entweder zu viel und volkswirtschaftlich untragbar sein — oder das volkswirtschaftlich vertretbare und notwendige Aufkommen für ärztliche Behandlung wird sich auf soviel Ärzte verteilen, daß für den einzelnen Arzt daraus keine angemessene, ja überhaupt keine Existenz mehr möglich ist.

Die Gründe für die Aufrechterhaltung der Zulassungsbegrenzung sind also heute um ein Mehrfaches gewichtiger, als sie es zum Zeitpunkt ihrer Einführung waren. Ihre Respektierung entscheidet über das Schicksal der Ärzte wie der Sozialversicherung.

III.

Muß man aber, wie geltend gemacht wird, diese wirtschaftlichen Überlegungen zurückstellen in Ansehung stärkerer sozialer, weltanschaulicher und kultureller Forderungen?

a) „Die Vorschriften über die Voraussetzungen für die Zulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit sind so alt, daß sich auch die in den letzten Jahren approbierten Ärzte von ihrem Vorhandensein Kenntnis verschaffen konnten, wie es denn überhaupt von jedem jungen Menschen, der einen Beruf ergreift, erwartet werden muß, daß er sich über seine Berufsaussichten und die besonderen Bedingungen der Berufsausübung rechtzeitig unterrichtet, um keine Enttäuschung zu erleben. Wer Arzt wird, wendet sich einem freien geistigen Berufe zu, mit dessen Ausübung der Anspruch auf Versorgung oder wirtschaftliche Sicherung nicht ohne weiteres verbunden ist. Wer Wert darauf legt, eine solche Sicherung seiner Existenz zu finden, sollte sich einem Berufe zuwenden, der im Beamtenverhältnis ausgeübt wird.“

(Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen.)

Auch bei allem sozialen Willen kann das Risiko des Lebens- und Berufswagnisses nicht durch die Allgemeinheit dem einzelnen abgenommen werden. Es darf darauf aufmerksam gemacht werden, daß dieser Grundsatz gerade in angelsächsischen Ländern und in Amerika unbestritten ist, und es ist daher recht widerspruchsvoll, wenn sich die Befürworter der unbegrenzten Zulassung auf Äußerungen aus Kreisen der Militärregierung berufen.

Ist es Tatsache, daß eine hemmungslose Zulassung zur Kassenpraxis die Existenz der zugelassenen Ärzte ruiniert? Oder daß sie die versicherte Bevölkerung mit Beiträgen belastet, die über das notwendige Maß weit hinausgehen? Oder daß, wenn solche Beitragserhöhungen über das notwendige Maß hinaus mit Recht gescheut werden, die soziale Krankenversicherung zum Erliegen kommt?

Diese Fragen muß der Sachkenner bejahen; es wird nicht schwer sein, zu beweisen, daß seine Auffassung berechtigt und begründet ist.

Wenn das alles aber sicher ist, dann ist die Ausweitung der Zulassung zur Kassenpraxis vom sozialen Standpunkt aus nicht zu rechtfertigen.

b) Das Recht der freien Betätigung und Vertragsschließung wird als ein zwingender Grund genannt, jede Zulassungsbegrenzung aufzuheben, weil es ein fester Bestandteil unserer demokratischen Weltanschauung sei. Folgt aus diesem Recht, daß jeder Beschäftigung in dem Beruf findet, für den er ausgebildet wurde? Welcher andere Berufsstand und welche Angehörigen eines Berufs, denen das Schicksal diese Möglichkeit genommen hat, haben den Anspruch erheben können oder auch nur erhoben, daß man ihnen Beschäftigung in ihrem Beruf zu geben habe? Und wer hätte diesen Anspruch erfüllen können?

Das freie Vertragsrecht ist ein zweiseitiges. Wenn schon die Diskussion überhaupt auf dieser Ebene geführt werden soll, so kann der Einwand der Kassen nicht ausbleiben, daß sie als Vertretung ihrer Mitglieder genau so das Recht beanspruchen und ausüben können, Verträge nach ihrem Ermessen zu schließen wie der Arzt, dem es freisteht, diesen Vertragsabschluß nachzusuchen oder seine Kenntnisse anderweitig zu verwenden.

Das gilt auch und in besonderem Maße für die Ersatzkassen, die ohne gesetzliche Regelung allein auf vertraglicher Grundlage ihr Verhältnis zu den Ärzten regeln müssen. Ihr freies Vertragsrecht ist unbestritten und wohl auch unbestreitbar.

c) Neben dem Priester, dem Richter und dem Lehrer ist der Arzt einer der vier Richtpunkte menschlicher Kultur. Die Vorstellung eines Arztiums, das in einem erbitterten und rücksichtslosen Existenz- und Konkurrenzkampf die Existenz des einzelnen Arztes behaupten müßte, ist für uns unvollziehbar ohne die Preisgabe unserer Vorstellung von der uns gemäßen menschlichen Kultur. Wir sind nicht so weltfremd, uns einen Arzt zu denken, der unberührt von den Sorgen und Strudeln der Zeit seine hohe Mission erfüllen könnte; wir wissen im Gegenteil, daß es gerade der Arzt ist, der an den Aufgaben der Zeit auf das tätigste mitwirkt, dank seiner Nähe zu den Naturwissenschaften und erst recht dank seiner ständigen Berührung mit dem sozialen und seelischen Zeitgeschehen. Wir wissen seinen Ruf nach Freiheit und Verantwortung zu würdigen. Die ärztliche Persönlichkeit, deren unerläßliche Wesensmerkmale diese Freiheit und Verantwortung sind, ist uns das Kostbarste am Arzt als Arzt, als Mensch und als Richtpunkt menschlicher Kultur. Wir wissen ebenso, wie hart im Raume sich die Sachen stoßen und welche innige Verschmelzung von ärztlich-kulturellen Forderungen einerseits und ärztlich-praktischen Notwendigkeiten andererseits der in der Sozialversicherung tätige Arzt täglich aufs neue vollbringen muß — sie haben insgesamt ge-

sehen das Bild des Arztes nicht verändert oder gar abgewertet; aber auch hier gibt es eine untere Grenze des Möglichen. Sie wird unterschritten, wenn der erbitterte Kampf ums tägliche Brot alle ethischen und sittlichen Forderungen zum Erliegen bringt. Schon ist in einer Tageszeitung das Wort eines Arztes gedruckt worden: „Hier liegt die Grenze dort, wo man zwischen der Verelendung der eigenen Familie und dem ärztlichen Berufsethos zu entscheiden hat.“ Wer will voraussagen, wieviel Jahre rücksichtslosen Existenzkampfes nötig wären, um das Bild des deutschen Arztes bis zur Unkenntlichkeit zu entstellen? Wer diese Entwicklung zuläßt, nimmt es auf sich, einen Richtpunkt menschlicher Kultur auszulöschen, ohne den sie fürderhin den Anspruch auf diesen Namen nicht mehr hat.

IV.

Die Fragestellung, die hier beantwortet werden sollte, lautete, ob es zur Zeit Umstände gäbe, die stärker wären als die Gründe, die gegen eine Vermehrung der Zahl der Kassenärzte sprechen. Diese Frage ist eindeutig zu verneinen. Dabei ist als unwidersprochen unterstellt worden, daß die Vermehrung der Kassenärzte über das zur Versorgung der Mitglieder notwendige Maß hinaus eine entsprechende Vermehrung der Aufwendungen der Krankenkassen bedeutet. Es ist auch davon abgesehen worden, diese als bekannt und unbestritten vorausgesetzte Überzeugung durch allgemeine Überlegungen, durch statistische Zahlen und durch die Äußerungen ärztlicher und nichtärztlicher Sachkenner zu belegen. Sollte im Ernst daran gezweifelt werden, daß diese Unterstellung richtig ist, so dürfte es nicht schwer fallen, in einer besonderen Abhandlung den Beweis dafür anzutreten. An sich sollte der Hinweis darauf genügen, daß es sich hierbei um eine jahrzehntealte Erfahrung handelt, die schon bei der ersten Zulassungsordnung Pate stand, wenn diese die Zahl der Kassenärzte beschränkte, und die seitdem an jedem Verhandlungstisch, an dem über solche Fragen gesprochen wurde, das letzte Wort hatte. Jeder Sachkenner auf ärztlicher wie auf seiten der Kassen wird es für müßig halten, darüber zu sprechen, ob durch die Vermehrung der Kassenärzte die Behandlungskosten steigen. Von Interesse könnte nur die Frage sein, in welchem Umfange das geschieht. In dieser Hinsicht gehen die Erfahrungen dahin, daß mindestens während einer längeren Zeit der Eingewöhnung in die Kassenpraxis die Kosten nicht im gleichen Verhältnis wie die Zahl der Ärzte steigen, sondern mindestens im doppelten Verhältnis. Es bessert sich erst nach und nach, sofern die ärztlichen Prüfungsinstanzen ihre Aufgaben erfüllen; eine sehr erhebliche Vermehrung der Kosten bleibt immer übrig.

Es ist ausgeführt worden, wie die Vermehrung der Kassenärzte das Einkommen der bereits zugelassenen Ärzte verringern muß, und zwar einmal unmittelbar durch Verteilung des Kassenhonorars auf mehr Teilnehmer, einmal aber auch mittelbar durch Verschlechterung der Kassenfinanzen und dadurch eintretende Schmälerung der Möglichkeiten, die Arzthonorare zu verbessern.

Vergessen wir aber vor allem auch in diesem Zusammenhang das Kassenmitglied nicht, um das es ja letztlich bei alledem gehen muß. Auch ihm ist nicht gedient, wenn mehr Ärzte „auf seine Krankheit warten“, als nötig wären, um sie zu behandeln. Auch das wäre ein

Thema für sich, sofern ernstlich bezweifelt werden sollte, daß zu viel Ärzte die psychische und damit physische Gesundheit des Volkes wie des einzelnen nicht fördern, sondern schwächen. Wir meinen dabei nicht etwa — wer wollte das ernstlich annehmen? — eine bewußte Krankheitszüchtung, sondern wir denken an die psychisch-physischen Wirkungen, die allein von dem Vorhandensein, dem Angebot und der Erreichbarkeit eines Übermaßes an ärztlicher Betreuung ausgehen müssen.

V.

a) Der Vertrag zwischen der Ärzteschaft und den Ersatzkassen setzt den Typus der Ersatzkassen, wie er sich geschichtlich entwickelt und bewährt hat, er setzt aber vor allem den Typus des Arztes voraus, der, seinem ärztlichen Gewissen und dem Ansehen seines Standes verpflichtet, der Notwendigkeit eines als entehrend empfundenen Konkurrenzkampfes nicht preisgegeben, in seinem Charakter und seiner Berufsauffassung gewissenhafte Vertragserfüllung verbürgt. Der Strukturwandel des Arzttums entzöge dem Ersatzkassenvertrag die Grundlage und brächte ihn zum Einsturz.

Wenn wir meinen, daß dieser Vertrag alle Anstrengungen zu seiner Erhaltung wert ist, dann im Hinblick auf seinen Kerngehalt. Dieser aber besteht darin, daß unter bewußtem Verzicht auf formale, mechanische und bürokratische Regelungen die Aktivierung menschlich-sittlicher Kräfte in den Dienst der Aufgabe gestellt wird, die Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen zu gestalten und das Leistungsausmaß zu regeln. Dieser Vertrag verkörpert wie seine Träger das Prinzip der freien Persönlichkeit und der persönlichen Freiheit, selbstverständlich in den Grenzen, die durch die hart im Raume sich stoßenden Sachen gezogen werden.

Muß man alles organisieren, muß man formal-mechanisch ordnen, muß man pauschalisieren, entpersönlichen, versachlichen, muß man normalisieren und nivellieren, um eine Aufgabe zu lösen, wie sie hier gestellt ist? Diese Frage verneint dieser Vertrag, weil sie seine Träger verneinen.

Wir stehen vor der schwerwiegenden Frage, ob dieser Vertrag ein Rest aus „guten alten Zeiten“ oder ob er eine Brücke in die Zukunft sein soll; wir stehen vor der Frage, ob wir in der Sozialversicherung weiter jenen oder diesen Weg gehen sollen. Kann es noch eine Frage sein?

„Ist Sozialismus und Sozialisierung möglich, indem ein Maß von persönlicher Beziehung zwischen persönlich einander vertrauenden Menschen bewahrt wird? Das ist in der Tat heute die moralische Existenzfrage der Menschheit.“ (Hellpach.)

Die Ersatzkassen verteidigen mehr als ihre eigene Existenz, wenn sie ihren Arztervertrag verteidigen.

b) Für die Ersatzkassen gibt es keine Zulassungsordnung. Die Frage, ob und in welchem Umfange Ärzte an der Ersatzkassenpraxis beteiligt werden, ist durch Vertrag geregelt. Danach ist vertraglich der Kassenärztlichen Vereinigung überlassen, zu bestimmen, wer an der Ersatzkassenpraxis beteiligt wird. Diese Übertragung eines wesentlichen Rechtes setzt voraus, daß der Vertragspartner es im Sinne des Vertrages handhabt.

Treten Umstände ein, die dem Vertragspartner die vertragsgerechte Wahrnehmung eines vertraglich empfangenen Rechtes erschweren oder unmöglich machen,

indem außervertragliche Faktoren stärker werden als die vertraglichen Bindungen, so ist zweifellos einer solchen Vertragsregelung der Boden entzogen. Würde also tatsächlich die Kassenärztliche Vereinigung genötigt, aus politischen, standespolitischen oder sonstigen Rücksichten vertragsfremder Art das Zulassungsrecht anders zu handhaben, als es vertraglich vorgesehen und vereinbart ist, dann müßten die Ersatzkassen dieses Recht auf sich zurücknehmen.

Was vertragsgerecht ist, ergibt sich wie immer in diesem Vertrag nicht aus formalen Vorschriften; der Vertrag überträgt der Kassenärztlichen Vereinigung die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung für die Ersatzkassenmitglieder in dem notwendigen Umfang und in wirtschaftlichem Ausmaß. So kann auch nur die Übertragung des Zulassungsrechts verstanden und gehandhabt werden. Zulassungen über das notwendige und wirtschaftliche Maß hinaus sind nicht vertragsgerecht.

Weder Kassen noch Ärzte widersetzen sich jeder weiteren Zulassung. Sie sind zweifellos bereit, jede Möglichkeit zu suchen und zu ergreifen, um in dieser Hinsicht das Mögliche zu tun. Möglich ist zunächst in zahlreichen Fällen ein Austausch. Es wird ferner möglich sein, hier und da eine Tür aufzumachen, wo die Finanzlage der Kassen noch ein Nachgeben gestattet, wo also die durch

kassenärztliche Tätigkeit verursachten Kosten noch insgesamt erträglich sind. Die Grenze für diese Möglichkeiten liegt aber dort, wo das ärztliche Durchschnittseinkommen durch weitere Zulassungen unter das erforderliche und angemessene Mindesteinkommen sinken und damit unausweichlich die Gefahr eines Strukturwandels des ärztlichen Standes entstehen würde. Sie liegt ferner dort, wo die Kassen an der obersten Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt sind oder sie überschritten haben. Beides ist zur Zeit weitgehend der Fall. Doch ist zu hoffen, daß durch die Organe der Kassenärztlichen Vereinigung nach und nach viel gebessert werden kann. Hier mag der Hinweis genügen, welche Möglichkeiten der Rückgang der Verordnungskosten schaffen würde.

Man kann aber die Erörterung solcher Möglichkeiten nicht abschließen ohne die Feststellung, daß es niemals gelingen wird, allen zur Zeit vorhandenen und heranwachsenden Bewerbern um eine Tätigkeit in der Sozialversicherung in absehbarer Zeit eine solche zu geben, ohne daß man gleichzeitig die bereits für die Krankenversicherung tätigen Ärzte oder die Sozialversicherung ruiniert und ohne daß man damit das Arztum als Begriffsmerkmal, Träger und Schöpfer menschlicher Kultur auslöscht.

Deutsche Ärzte gehen in den Iran

Von Dr. med. Werner R ö k e n - Stuttgart

Am 23. September 1949 wurden im Iranischen Generalkonsulat in einem festlichen Staatsempfang 15 junge deutsche Ärzte verabschiedet, die in wenigen Tagen die Luftreise in den vorderen Orient antreten, um dort im Auftrag der kaiserlich-iranischen Regierung ärztlich tätig zu sein. Damit hat sich das nun so lange verschlossene Tor zur Welt um einen kleinen Spalt geöffnet, und durch diesen Spalt ist ein Strahl von Hoffnung, Freundlichkeit und Verstehen in unseren grauen Alltag gefallen. 15 Ärzte, das ist eine kleine Zahl, aber es ist ein hoffnungsfreudiger Anfang. Ganz leise und behutsam wurden Fäden wieder angesponnen, die eine hinter uns liegende Zeit roh zerrissen hatte. Fäden zu einem Land unserer Knabenträume, zum „Reiche des silbernen Löwen“, zu jenem alten Kulturlande des Hafis und Firdusi.

Die Vorgeschichte dieses Ereignisses ist noch nicht lang. Vor etwa 2 Monaten hörten wir bei der Ärztekammer Nord-Württemberg zum erstenmal von dem Wunsch der iranischen Regierung, deutsche Ärzte in ihren Dienst aufzunehmen. Seither laufen die Verhandlungen zwischen dem iranischen Gesundheitsministerium, das jeweils einen Vertreter dazu von Teheran entsandte, und uns, wobei wir von der württembergisch-badischen Regierung auf das beste unterstützt werden. Diese Verhandlungen verliefen im Sinne einer gegenseitigen Achtung und in einer Freundschaftlichkeit, die — weil wir sie solange entbehren mußten — doppelt wohlthuend war.

Die jungen Kollegen, die nun zum Teil mit ihrer Familie hinausgehen, erwartet ein sicherlich nicht immer ganz einfaches Leben in den iranischen Provinzen. Der Staat überzieht sein Land in einem jetzt anlaufenden sozialen Siebenjahresplan mit einer Anzahl von Ambula-

torien. Hier ist die Wirkungsstätte des jungen Arztes. Hier sind seine Behandlungsräume und seine Wohnung, und um ihn herum sind seine Patienten in mehreren Dörfern vielleicht verstreut und ihre Zahl weicht um ein Erkleckliches von unserer „Quote“ ab. Im Minimum gehören 20 000—30 000 Menschen zu einem solchen Ambulatorium. Es ist mit Instrumenten und Medikamenten ausgestattet, und der Arzt gewährt hier sechs Stunden täglich denen, die ihn aufsuchen, kostenlos seinen Rat und seine Hilfe. In der übrigen Zeit des Tages kann er privat ärztlich tätig sein. Zu seiner Unterstützung stehen ihm eine Hebamme, zwei Schwestern, ein Sanitäter und ein Diener sowie ein Dolmetscher zur Verfügung. Das Personal besteht aus Einheimischen. Das Gehalt wird vom Staat bezahlt und richtet sich in seiner Höhe nach den jeweiligen klimatischen Bedingungen. Es liegt zwischen 1000 und 1900 DM monatlich und wird in der Landeswährung gezahlt. Dazu kommt noch jeweils ein 20 % iger Reisekostenzuschuß.

	Erstes Jahr	zweites Jahr	drittes Jahr
	DM	DM	DM
Gutes Klima	1000	1100	1200
Mittleres Klima	1300	1400	1500
Schlechtes Klima	1600	1700	1900

Die Ehefrauen, die über eine Berufsausbildung als Ärztin, Hebamme oder Krankenschwester verfügen, können diesen Beruf ausüben und im Ambulatorium unter der Leitung ihres Ehemannes mit tätig sein. Sie erhalten einen besonderen Vertrag und verdienen etwa 50—75 % vom Monatsgehalt des Arztes. Eine selbständige Berufsausübung ist für die Frau nicht möglich. Die Ärztin gilt nicht als solche und wird als Hebamme eingestuft.

Die Familie soll möglichst klein sein. Es ist ratsam, nur Kinder mitzunehmen, die das Spielalter bereits erreicht haben, aber noch nicht schulbedürftig sind.

Die Vertragsdauer beträgt zunächst 3 Jahre. Darnach kann man sich entscheiden, ob man eine Verlängerung des Vertrages unter Umständen unter anderen Bedingungen oder die Rückkehr in die Heimat wünscht. Will jemand die iranische Staatsangehörigkeit erwerben, so wird ihm das nach Kräften erleichtert. Während der dreijährigen Vertragszeit bleiben diejenigen Ärzte, die seither der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. angehört haben, weiterhin ordentliche Mitglieder mit allen Rechten und Pflichten. Die Verbindung mit der Heimat wird durch das Südwestdeutsche Ärzteblatt aufrechterhalten.

Jährlich erhält der Arzt einen Monat bezahlten Urlaub. Es steht ihm frei, sich nicht in Anspruch genommenen Urlaub vergüten zu lassen oder ihn am Ende des dritten Jahres zusammen zu nehmen. Der Arzt ist vertraglich verpflichtet, sich jeder politischen Tätigkeit im Lande zu enthalten.

Die Reise erfolgt auf dem Luftwege in einer Sondermaschine der SAS von Stuttgart nach Teheran. Das Luftgepäck ist wie üblich beschränkt. Das weitere Gepäck wird auf dem Seewege transportiert. Die Einfuhr des persönlichen Eigentums erfolgt zollfrei.

Zur Vorbereitung der Auswanderer auf die Besonderheiten des Landes und seiner speziellen, meist tropischen Erkrankungen fand auf Anregung der Ärztekammer ein Kursus an der Universität Tübingen statt, zu dem sich die Medizinische Fakultät in hilfsbereiter, dankenswerter Weise gerne zur Verfügung stellte. Die Leitung dieses Lehrgangs, der ein sehr umfassendes und interessantes Programm enthielt, lag in den Händen des bekannten Tropenmediziners und Kenners der vorderasiatischen Verhältnisse, Professor Ludolph Fischer.

Wir haben die feste Hoffnung, daß bald weitere deutsche Ärzte dieser ersten Vorhut folgen werden. Die

Verhandlungen darüber sind noch nicht abgeschlossen. Die Auswahl unter den zahlreichen Bewerbern trifft die Ärztekammer Nord-Württemberg in enger Fühlungnahme mit den zuständigen iranischen Stellen. Es handelt sich hierbei nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen wurde, um Fachärzte, sondern um Praktiker mit einer abgeschlossenen, vielseitigen Ausbildung, die fest den Stürmen des Lebens gegenüberstehen und sich auf eine Pioniertätigkeit freuen. Sie werden manches vermissen, was sie bisher in seiner Selbstverständlichkeit übersehen haben, aber es wird sie ein reiches Feld ärztlicher Tätigkeit erwarten.

Darüber hinaus gibt die Universität in Täbris vier deutschen Dozenten die Möglichkeit zur Lehrtätigkeit. Zwei Fachröntgenologen — nach Möglichkeit Dozenten — ist gleichfalls eine entsprechende Tätigkeit vorbehalten. Außerdem wird zur Organisation des gesamten Tuberkulosewesens und gleichzeitig zur Lehrtätigkeit an der Universität ein Hochschullehrer gesucht.

Das Interesse, das dem Aufbruch unserer jungen Kollegen von allen Seiten entgegengebracht wird, ist erstaunlich groß. Weite Kreise unseres Landes erkennen die Bedeutung dieses „Brückenschlages“. Eigentlich ist es noch ein Steg, aber vielleicht gelingt es, ihn zur festen, tragfähigen Brücke zu machen. Dazu müssen unsere jungen Kollegen helfen. Sie wissen, welche Verantwortung auf ihnen ruht und welche Verpflichtung sie haben. „Ihr seid die wahren Botschafter Eueres Landes!“, so sagte S. Exz. der Herr Generalkonsul in seiner Abschiedsansprache. An ihnen wird man Deutschland messen, nach ihnen wird man unser Artztum beurteilen, sei es in den tiefen Wäldern Masanderans oder auf den Hochflächen Chorassans oder im heißen Atem des Persischen Golfs. Erstmals gehen Deutsche wieder hinaus in die Welt, und sie sollen es tun im Geiste des Friedens und in der Achtung vor der Menschenwürde.

Abschiedsworte

der Freiburger Medizinischen Fakultät
für

Professor Dr. med. Kurt Beringer

gestorben am 11. August 1949

gesprochen während der Trauerfeier am 15. August 1949 durch Professor Dr. Carl Noeggerath

Die badischen Ärzte haben durch den am 11. August 1949 erfolgten, bereits in der September-Nummer des Südwestdeutschen Ärzteblattes erwähnten Tod Professor Kurt Beringers einen sehr schmerzlichen Verlust erlitten. Mit Genehmigung von Professor Noeggerath, Freiburg, bringen wir den Wortlaut seiner bei der Beisetzungsfeier gehaltenen Rede zur Veröffentlichung. Liebenswerte und bedeutende Züge des Verstorbenen werden hier in gleich schöner Weise gewürdigt.

Landesärztekammer Südbaden
Kraske

Wenn mir aufgetragen worden ist, den eben so tiefen Schmerz wie von Herzen kommenden Dank seiner, unserer Medizinischen Fakultät in Worte zu fassen, so kann und darf dies nicht im Gepränge einer akademischen Rede geschehen, die seinen wissenschaftlichen Werdegang und seine Erfolge ausführlich darstellt. Das würde seiner Art und dieser Feierstunde nicht entsprechen. Nein, es kann sich heute lediglich darum handeln, aus unseren Herzen heraus von Menschen über den Menschen zu seinen Angehörigen und zu den Menschen zu sprechen:

So ganz leicht war es ja nicht, durch die enge Pforte, die eingeschnitten war in den festen und hohen Hag, den dieser Sproß aus altem Schwarzwälder Bauerngeschlecht dieser seiner Natur nach um sich gezogen hatte, zu seinem eigentlichen Inneren eingelassen zu werden, einen Schutzwall, den er dringend benötigte; denn er kannte sein allzu gebefreudiges Herz nur zu wohl und mußte fürchten, all seine Energien zu verströmen, so daß ihm dann zu wenige für seine schwere Tagesarbeit übriggeblieben wären.

Wem aber das Glück geschenkt wurde, in diesen engen Bezirk einzutreten, der sah zunächst eine lichte Helle und Klarheit des Denkens, die nicht nur das Vergangene und das Gegenwärtige durchleuchtete, sondern die mit einer Weisheit, die schon über das erreichte Lebensalter hinaus zu sein schien, auch das Zukünftige bedachte. Man erlebte dazu noch einen sich selbst gegenüber sehr strengen und aufs äußerste gewissenhaft und angestrengt Arbeitenden, der Ferien doch eigentlich nur

kannte, wenn er sich krank oder elend fühlte. Vor allem spürte man einen Mann von einer untadelhaft adeligen und mutigen Haltung, vor der nichts Unedles standhielt; dieses alles zeigte sich durchglüht von einer wunderbaren inneren Güte und belegt durch seinen echten, von einer leichten Schwermut durchzogenen Humor, der wohl auch einmal Stacheln zeigen konnte.

Zu diesen Eigenschaften allgemein menschlicher Art fügten sich noch zwei weitere, eng ineinander verflochtene hinzu, die ihn erst eigentlich für seinen Beruf, den der Betreuung geistig und seelisch Abgearteter, geradezu praedestiniert erscheinen ließen: sein mit den Jahren sich immer mehr verfeinerndes Fingerspitzengefühl für die ertastung der innersten Regung seiner Mitmenschen und seine zweite Gabe: aus körperlichen Auswirkungen des Seelischen heraus wiederum hierauf gültige Rückschlüsse ziehen zu können.

So haben wir **unsern Kurt Beringer** gesehen, so ihn kennengelernt, als und seit er im April 1934 zu uns nach Freiburg kam, damals schon als Meister seines Faches ausgewiesen; dies namentlich durch zwei völlig originelle Arbeitsgestaltungen:

Durch die eine hatte er mit als erster die Seelenheilkunde zu einem experimentell bearbeitbaren Fache formen helfen, indem er nachwies, daß man durch bestimmte rauscherzeugende Alkaloide (Meskalin, Haschisch) beim Menschen Zustände erzeugen könne, die denen bei manchen Geisteskrankheiten ähneln. Dabei ist es für seinen Charakter kennzeichnend, daß er zu den Ärzten gehörte, die Menschenversuche zunächst an sich selbst anstellten, ehe er freiwillige Mitarbeiter in den Kreis der Versuchspersonen mit hinein zog.

Von diesem Arbeitsgedanken ist er eigentlich nie ganz losgekommen; auch hat er ihn späterhin noch nach der Richtung der Einwirkung dieser Alkaloide auf das körperliche Geschehen hin erweitert.

Zu dem zweiten Arbeitsvorhaben zog ihn vielleicht etwas von dem Wikingertum, das so viele von uns Deutschen in die Ferne treibt. Er beteiligte sich an der wissenschaftlichen Expedition nach der geheimnisvollen Mongolei, um von dort eine ganz klare Antwort auf die Frage mit nach Hause zu bringen, die entschied, daß die Syphilis nicht dadurch zu einer Krankheit des Zentralnervensystems wird, daß Vergiftungen durch das Medikament ihr dorthin den Weg bahnen, eine für jeden Arzt sehr beruhigende Erkenntnis. Darüber hinaus hat gerade diese Reise für die Eigenart der Gestaltung seines inneren Menschen viel beigetragen.

Hier in Freiburg stand dann Kurt Beringer, zumal er damals noch zu den Jüngeren zählte — er war ja erst 41 Jahre alt (geb. 24. Juni 1893) —, vor einer sehr schwierigen Lage: sollte er doch einen Mann von dem Formate **Hoche's** ersetzen. Er fand dann auch hier eine Klinik vor, die, rein intellektuell gesehen, auf sehr großer Höhe stand. Vielleicht zeigte sie aber doch schon — etwa im Pflegerischen und in manchem anderen — beginnende Alterserscheinungen einer gewissen Verstaubtheit. Wie hat er da alle Fenster und Türen geöffnet und frische Luft und hellstes Licht hereingelassen! Das kann man vielleicht am besten schon daran erkennen, in welcher Weise er die **Arbeitstherapie** einführte, ein damals für eine Klinik fast revolutionär zu nennendes Beginnen. Denn er holte Menschen, die bisher monatelang, ja jahrelang, in Einzelfällen sogar jahrzehntelang als dahingewandene Wesen ans Bett gefesselt oder in ihr Kran-

kenzimmer gebannt waren, behutsam an einen Arbeitsplatz, dort durften sie dann wieder zielbewußt arbeiten lernen und erfüllten sich hierdurch wieder mit neuem, reicherem inneren Leben und dadurch mit Lebensmut. Das aber, was er in seinen Werkstätten unter der Leitung eines guten Meisters herstellen ließ, das waren nicht irgendwelche unnütze Dinge, wie man sie etwa propagandistisch auf einer Ausstellung hätte zur Schau stellen können, nein, das waren wirklich praktische Gegenstände, die notwendig waren, da entstanden richtige Türen, Fenster, Tische, Bänke, Stühle und Betten und anderes mehr; oder es wurde auch im Garten und auf dem Acker gearbeitet; es wurde geholfen, aufgebaut und ausgebessert, wenn irgendwo etwas zerstört oder verbraucht war.

Ebenso war es aber auch mit dem Aufpeitschen — so möchte ich es fast nennen — des **Wissenschaftlichen** in seiner Klinik: Eine neue Arbeitsstätte nach der andern ließ er entstehen, solche, die der rein wissenschaftlichen Arbeit dienten, wie das neurohistologische und das röntgenologische Laboratorium und die Laboratorien für die Untersuchung physiologischer Fragen chemischer oder physikalischer Natur. Dazu kamen dann die neuen Behandlungsverfahren etwa von der Schocktherapie bis hin zur Eingliederung einer völlig neuartigen neurochirurgischen Abteilung unter der selbständigen Leitung eines der besten Meister auf diesem Gebiete.

Somit entstand allmählich eine ungewöhnlich gut und vielseitig eingerichtete Klinik, die er aber auch mit den richtigen Arbeitern und mit regem Leben zu erfüllen wußte.

Zu all dem trat noch seine umfassende **Lehrfähigkeit**: ausweislich unseres Vorlesungsverzeichnisses hat **Beringer** die größte Zahl an Wochenstunden unter seinen klinischen Kollegen auf Vorlesungen und Seminarien verwendet. Mit welcher Gewissenhaftigkeit hat er sich seine hierzu nötige — schon durch eigene Arbeiten und vor allem durch die Wiedererrichtung und Leitung zweier Fachzeitschriften — äußerst bedrängte Zeit an Sonn- und Feiertagen und in Nachtstunden zur Ausarbeitung dieser — in ihrer Geistigkeit einzigartigen — Vorlesungen und Übungen abgerungen. So konnte es dann nicht ausbleiben, daß andere Hochschulen versuchten, ihn für sich zu gewinnen: Köln und Prag (1939), Straßburg (1941) und Frankfurt (1945) lockten, wenn auch vergebens. Die Begründungen in seinen Ablehnungsschreiben sind charakteristisch für die Art seines Denkens und Empfindens; so schrieb er dem Frankfurter Oberbürgermeister: er wolle gerade jetzt seiner ja auch schwer getroffenen Freiburger Universität nicht untreu werden, den Wiederaufbau seiner Klinik nicht unterbrechen und endlich sei er der hiesigen Gegend als Schwarzwälder besonders eng verhaftet.

Aber mit all diesem ist ja der **Mensch Kurt Beringer** durchaus nicht erschöpfend gekennzeichnet. Das, was wir als das Wesentlichste an ihm empfinden, das lag in seiner graden Natur und seinem Mut, verbunden mit seiner gütigen und unermüdeten Hilfsbereitschaft. Dankbar erinnern sich alle diejenigen unter uns an ihn, denen er nach dem Ausfall so mancher unserer Wirkungsstätten in seiner an sich schon zu engen Klinik Unterschlupf gab und daran, wie wir fast alle, in seinem Hörsaal — der als einziger unter den klinischen Lehrstätten übriggeblieben war — unsere Vorlesungen abhalten konnten, bis die zunehmenden Luftangriffe uns in

die dunkle Enge seiner Kellerr zu jenen „Katakomben-Kollegs“ abdrängten.

Wie hat er dann in den mehr als problematischen Jahren, die hinter uns liegen und die gerade für den Leiter einer psychiatrischen Klinik besonders bedrohlich waren, es fertiggebracht, diese Gefahren abzubiegen! Wie hat er es sogar verstanden, in der Unübersichtlichkeit seiner Klinik den einen oder anderen seiner Mitmenschen, der in ernstester Lebensgefahr schwebte, nicht nur zu verbergen, sondern ihn auch noch seelisch aufzurichten! Als dann die Zeit kam, da jeder halbwegs Verständige wußte, daß nicht nur der Krieg verloren sei, sondern daß wir auch hier in Freiburg im Gegensatz zum Abschluß des ersten Weltkrieges erobert und besetzt werden würden, in einer Zeit aber, in der es noch geradezu lebensgefährlich war, von einem verlorenen oder auch nur zu verlierenden Krieg zu sprechen, da hat er kurz entschlossen einen nach dem andern seiner Freunde an sich herangezogen, von denen er die gleiche Gesinnung kannte und deren Verschwiegenheit völlig sicher war. Dann haben wir alle unter seiner Leitung miteinander und allmählich gemeinsam mit weiter Hinzutretenden die nötigen Vorbereitungen getroffen, so daß unsere Albert-Ludwig-Universität alsbald nach dem Zusammenbruch wieder als freie deutsche Hochschule mit all ihren freien Institutionen aufgerichtet dastand. Dieses Verdienst Beringers um unsere Alma mater erscheint mir so groß, daß ich meinen möchte, man sollte seinen Namen — wie dies in der Antike geschah — mit ehernen Buchstaben in eine der Wände unserer Universität einschreiben.

Aber was bedeutete er uns in unserer Fakultät? Nur derjenige, der lange in einer solchen Gemeinschaft gelebt hat, weiß, daß es ja nicht so ist, daß dort lediglich

Fragen der Wissenschaft und der Lehre behandelt und geordnet werden. Nein, namentlich innerhalb einer Medizinischen Fakultät gibt es wohl kaum irgendeinen Bezirk des menschlichen Lebens, der nicht einmal als drängende Fragestellung in sie hereinragte. Gerade in solchen Fällen war es doch meist so, daß, wenn unsere Meinungen aufeinandergeprallt waren, wenn sie vielleicht schon wieder anfangen sich zu klären, er anscheinend in eine Stille versunken war; dann bat er ums Wort, um nunmehr eine Lösung anzubieten, die nicht etwa einen faulen Kompromiß darstellte, sondern die eine wirkliche Aktivität bedeutete. Dazu gab er uns auch noch die hierfür zutreffendste Formulierung.

Diese seine Gabe, zu sichten und zu lösen, wurde besonders leuchtend, wenn er dem in irgendwelcher schwierigen Lage sich an ihn Wendenden zu helfen unternahm. Es war für uns in solchen Situationen geradezu eine Reflexhandlung, daß wir dann zu ihm hingingen. Der allermindeste Gewinn einer solchen Begegnung war es dann, daß man beruhigter und glücklicher von ihm schied, als man zu ihm gekommen war, falls er nicht sogar eine gültige Lösung gefunden hatte.

Wenn wir abschließend eine knappe Formel suchen, in der wir den ganzen Menschen Kurt Beringer fassen wollen, so wie wir ihn in unserem schmerzvollen und dankerfüllten Herzen empfinden können und bewahren wollen, so wurde sie mir in diesen Tagen durch eine Ärztin geschenkt, die zeitweise seine Patientin gewesen war, sie lautet: „Er dachte durch sein Herz hindurch“, und so war es auch. Wenn wir nun, unser Dekan und ich gemeinsam diesen Kranz unserer Fakultät hier niederlegen, auf dessen Schleifen die Worte stehen: „Unserem unvergeßlichen Freunde und Kollegen“, so weihen wir ihm dem besten Manne unter uns.

Buchbesprechungen

Georg Hacker: „Die Reiztherapie der Lungentuberkulose.“ 2. Auflage, 1946, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 223 Seiten, DM 10.—.

Das Buch gibt mehr als der Titel verspricht. Nach einer übersichtlichen Geschichte der Tuberkulosetherapie wird die Stellung der Reizbehandlung im Rahmen der übrigen therapeutischen Methoden, die kurz geschildert werden, skizziert. Dabei überrascht die stark optimistische Einstellung zur Cavernen-Saugdrainage. Sie entspricht wohl mehr den z. Z. der ersten Auflage (1942) gültigen Anschauungen. In sehr klarer Darstellung, die das ganze Buch auszeichnet, wird auf die Gestaltungsfaktoren der Tuberkulose eingegangen. Der Begriff des therapeutischen Reizes wird abgegrenzt, die natürlichen Reizmittel, die in ihrer Gesamtheit die Grundlage der hygienisch-diätetischen Heilstättenkur bilden, werden erschöpfend abgehandelt. Dabei hat das Kapitel Bewegung (Arbeitstherapie) eine besonders glückliche Fassung gefunden. Bei den nicht natürlichen Reizmitteln ist das bisherige Erfahrungsgut über Hydrotherapie und Strahlenbehandlung straff zusammengefaßt. Die Röntgentherapie der Lungentuberkulose kann dabei heute wohl kaum noch mehr als ein historisches Interesse beanspruchen. Ähnliches gilt für eine große Anzahl der bei den unspezifischen Reizkörpern angeführten Chemotherapeutica. Die Darstellung über Sulfonamide berücksichtigt die neueren chemotherapeutischen Forschungen des In- und Auslandes, insbesondere die Ausbeuten Domagks und der amerikanischen Autoren, die als Ansatzpunkte einer echten Chemotherapie gelten können, noch nicht. Sie würden den Rahmen des Buches auch überschreiten. Um so eingehender ist die auf langer Erfahrung beruhende sorgfältige und kritische Bearbeitung der Therapie mit Schwermetallsalzen, insbesondere das ausführliche Kapitel über Goldbehandlung, sowie der besonders beherzigenswerte Hinweis auf die Verwen-

dung des Eisens im Sinne Heilmeyers. Verfasser sieht mit Recht die spezifische Reizbehandlung der Tuberkulose mehr in den Hintergrund gedrängt, als es vielleicht im Interesse unserer Kranken wünschenswert ist. Seine Hinweise auf die Liebermeisterschen Forschungen und die Arbeiten Neumanns verdienen besondere Beachtung. Die Vielzahl der übrigen Methoden spezifischer Reizbehandlung, einschließlich der Behandlung mit lebenden Tuberkelbazillen, wird kurz und kritisch gewürdigt. In einem Rückblick wird die berechtigte Rolle der Reiztherapie im Rahmen einer Intensiv-Behandlung in sinnvoller Kombination mit der hygienisch-diätetischen und der Kollapstherapie herausgestellt. Die Betrachtung der Tuberkulose als Allgemein-krankheit, die Warnung vor einseitig mechanischer Überbewertung rein chirurgischer Methoden und die Forderung nach individueller Behandlungsart entsprechend der Eigenart des kranken Menschen im Sinne Sauerbruchs bestimmen das Niveau des Buches. Die kritisch historische Übersicht über eine Vielzahl von einst heiß umstrittenen Behandlungsmethoden macht es gerade heute, an der Schwelle einer Chemotherapie der Tuberkulose, zu einer wertvollen Ausgangsbasis.

Dr. Brecke, Ried-Lindenberg

v. Khreninger-Guggenberger: „Geburtsbeschleunigung und ‚Selbstinfektion‘.“ Urban und Schwarzenberg, Berlin-München 1947. 58 Seiten, DM 5.—.

Im hundertsten Gedenkjahr der Semmelweis'schen Chlorwaschungen an der k. k. Gebäranstalt zu Wien im Mai 1847 ist neben anderen daran erinnernden Abhandlungen der oben genannten Schrift besondere Beachtung zu schenken. Die Untersuchungen des Verfassers am Hygienischen Institut in München unter Geh.-Rat Kisskalt, zu dessen 70. Geburtstag diese Arbeit erschienen ist, stellten fest, daß besonders das Scheidengrundsekret anaerobe und aerobe Keime von höchster Pathogenität besitzt, wie Strepto- und Staphylokokken, echte Diphtheriebazillen und virulente Gasbrandbazillen. Sobald sich durch Wehen in der Geburt die

Cervix öffnet und der vorliegende Teil tiefer tritt, wird natürlich auch diese Partie spontan mit den Keimen des Scheidengrundsekrets besiedelt. Der natürliche Geburtsvorgang birgt also die Möglichkeit der Selbstinfektion schon in sich selbst. Dies ist der Grund von Fieberfällen auch bei primär klinischen Geburten in neuzeitlichen Entbindungsanstalten, soweit nicht andere Ursachen wie besonders Mastitiden zugrunde liegen. So besteht auch heute noch die Semmelweis'sche Lehre zu Recht, daß „es völlig gleichgültig ist, ob viele oder wenige Schüler mit gereinigten Händen untersuchen“.

Der langen Geburtsdauer, die allerseits unwidersprochen als Ursache von Fieberfällen anerkannt wird, muß zwangsläufig die **kurze Geburtsdauer als Ursache der Fieberfreiheit** gegenüberstehen. Dies wird nicht nur durch Beobachtungen bei Naturvölkern bewiesen, bei denen die Geburtsdauer 1–3 Stunden beträgt, sondern auch durch die vom Verfasser ausgebaute **konservative Geburtsbeschleunigung**, durch die „eine erhebliche Minderung der Wochenbettmortalität ohne Steigerung der Operationen erreicht werden kann“. Auch „die kindliche Mortalität wird gesenkt, die Gebärfreudigkeit gehoben“. Die Geburtsdauer also ist einer der Hauptfaktoren des puerperalen Infektionsproblems und die Anfälligkeit zur (Selbst-) Infektion wird erhöht durch die **zivilisationsbedingte Verlangsamung** des natürlichen Geburtsvorgangs.

Die konservative Geburtsbeschleunigung erfordert allerdings in erhöhtem Maße von Anfang an die Lenkung der Geburt durch den Arzt.
Dr. Pfeilsticker

v. Brunn, Walter: „Geschichte der Chirurgie.“ Universitätsverlag Bonn, 1948, 80 Seiten, DM 2.60.

Im Rahmen einer Geschichte der gesamten Medizin, die in der von Erich Rothacker herausgegebenen Sammlung Geschichte der Wissenschaften erscheint, schenkt uns der Leipziger Medizinhistoriker eine Darstellung der Geschichte der Chirurgie in kompendiumartiger Form. Wer die vor 20 Jahren von demselben Verfasser herausgegebene „Kurze Geschichte der Chirurgie“, die vor allem durch ihre zahlreichen Abbildungen eine außerordentlich anregende Lektüre bildet, kennt, wird das Büchlein nach dem Lesen mit Wehmut aus der Hand legen. Aber die Absicht, dem Studierenden und auch dem berufstätigen Arzt einen Einblick in die Arbeitsweise und in die Leistungen früherer Zeiten zu verschaffen, wird doch erreicht. Daß in einem solchen kurzen Überblick die „große Zeit“ der Chirurgie sehr knapp wegkommt, ist insofern kein Fehler, als dadurch die Gefahr einer vorwiegenden Zusammenstellung von verdienstvollen Namen vermieden ist. Der Erwähnung alles Wesentlichen kommt sicher zugute, daß der Verf. lange Zeit selbst auf dem Gebiet der Chirurgie tätig war.
Dr. Stübler

Prof. Dr. H. Curschmann: „Lehrbuch der speziellen Prognostik innerer Krankheiten.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1948, 304 Seiten, geh. DM 15.—, geb. DM 16.50; 3. umgearbeitete Auflage.

Nichts ist für den Arzt so schwer, als eine richtige Prognose zu stellen. Es ist deswegen sehr erfreulich, daß das Lehrbuch von Curschmann in neuer und umgearbeiteter Auflage wieder erschienen ist. Ein ausgezeichnetes Werk zum Nachschlagen!
Dr. Walther Scharpff

Privatdozent Dr. med. et phil. K. Saller, Stuttgart: „Thyreotoxikose, Basedow und Kropf.“ 3. Auflage, 80 Seiten, Karl F. Haug Verlag, Berlin-Saulgau, geh. DM 3.60.

Nach einer ausführlichen Darstellung der Physiologie der Schilddrüse wird die Unter- und dann die Überfunktion dieses Organs besprochen. Danach geht S. auf die Struma in ihren verschiedenen Formen ein und teilt bekannte, oft aber auch noch durchaus problematische Forschungen auf diesem Gebiet mit. Es wird die allopathische wie die homöopathische Behandlung in ihrer Vielfalt aufgezählt, und zwar sowohl die einer Struma wie einer Thyreotoxikose. Bei beiden Behandlungsformen wird ungefähr alles angeführt, was in den letzten Jahren von verschiedenster Seite empfohlen wurde. Ref. hätte gerne gelesen, was dem Autor selbst sich bewährt hat und ob die moderne Behandlung mit Methylthio-Urazil, die eingehend besprochen wird, nicht doch alle anderen Mittel in den Hintergrund treten läßt.
Dr. Walther Scharpff

Prof. Dr. Walther Krantz: „Topographische Dermatologie.“ Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin-München-Wien 1947, 136 Seiten, DM 6.—.

Während in dermatologischen Lehrbüchern die einzelnen Krankheiten fast stets, in bestimmten Gruppen zusammengefaßt, systematisch nacheinander durchgesprochen werden, hat sich der Göttinger Dermatologe Krantz in seinem diagnostischen Leitfaden von rein topographischen Gesichtspunkten leiten lassen. In der ihm eigenen, aus seinen anderen Werken bestens bekannten flüssigen Sprache beschreibt er die häufigsten der an Kopfhaut, Nase, Gesicht, Augen, Ohren, Lippen, Brüsten, Achselhöhlen, Genitalien, Anus, Händen und Fußsohlen auftretenden Hauterkrankungen unter besonderem Eingehen auf die je nach ihrem Krankheitssitz anzutreffenden Besonderheiten. Wenn freilich auch nur die allerhäufigsten Dermatosen dabei Berücksichtigung fanden und auf therapeutische Fragen bewußt ganz verzichtet wurde, so bildet das kleine Werk mit seinen ganz ausgezeichnet wiedergegebenen Abbildungen doch eine außerordentlich wertvolle Ergänzung zu den ausführlicheren dermatologischen Lehrbüchern. Als anregende Lektüre für den Hautarzt und als klar gefaßtes diagnostisches Orientierungsmittel für den erfahreneren Praktiker füllt das Buch zweifellos eine Lücke aus und kann deshalb jedem, der sich häufiger mit der Hautdiagnostik zu befassen hat, warm empfohlen werden.

Dr. Werner Schmidt (Stuttgart)

Höring, F. O.: „Diagnostisch-therapeutischer Leitfaden der Inneren Medizin für die ärztliche Sprechstunde.“ 259 S., 1948, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, Geh. DM 9.—, geb. DM 10.80.

Das vorliegende Buch zerfällt in drei Teile. Der erste Teil befaßt sich mit den „Beschwerden des Kranken“. Es werden in ihm die wichtigsten Allgemein- und Lokalsymptome nach ihren Beziehungen zu bestimmten Krankheitsdiagnosen aufgeführt. Im zweiten Teil über die „Untersuchung des Kranken“ werden dann die verschiedenen Diagnosen, vorwiegend nach Organsystemen geordnet, besprochen, wobei subjektive und objektive Symptome, auch Laboratoriumsbefunde stichwortmäßig aufgezählt und zuletzt Hinweise auf die Therapie gegeben werden. Der dritte Teil endlich gibt in 24 kleineren Abschnitten einen Überblick über die Therapie. Im Anhang werden einige für die Praxis wichtige Daten und Tabellen zusammengestellt.

Man kann das Buch nicht eigentlich lesen, sondern man muß es gebrauchen. Man kann aus ihm auch nicht die Innere Medizin lernen, sondern man muß sie bereits beherrschen. Dann kann man in der Zusammenstellung die jeweils wichtigen Erinnerungen finden bzw. sich aus dem Buch zusammensuchen. Die Art der Darstellung erscheint nicht ganz gleichmäßig. So werden als Laboratoriumsbefunde auch Blutbild und Senkung mit ihren jeweiligen Veränderungen angeführt, ebenso auch die EKG-Befunde, während das Buch jedoch eine systematische Darstellung der Bedeutung von Abweichungen in diesen Befunden vermissen läßt. Auf der anderen Seite ist aber eine Reihe von Methoden etwa für Kreislaufbelastungsprüfungen angegeben einschließlich der EKG-Untersuchung, von denen die Praxis zweifellos ebensowenig oder ebensoviele wie von der Laboratoriumsmethode der Senkung oder des Blutbildes oder des EKG-Befundes überhaupt Gebrauch macht. Mit dieser Einschränkung wird das Buch gerade dem Praktiker sicher ein willkommener „Leitfaden“ für seine tägliche Arbeit sein, wie es beabsichtigt ist.
Prof. Dr. K. Saller

Prof. Dr. Karl Zieler und Prof. Dr. Conrad Siebert: „Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten.“ Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München-Wien 1947, 519 Seiten, DM 16.—.

Das nunmehr in 15. Auflage vorliegende Werk bildet seit Jahrzehnten einen so zuverlässigen Ratgeber für therapeutische Fragen der Dermatologie und Venerologie und hat sich in Klinik und Praxis so ausgezeichnet bewährt, daß eine ausführliche Besprechung seines Inhalts fast entbehrlich erscheint. Immer waren seine Herausgeber bestrebt, einen möglichst umfassenden Einblick in die erprobten Behandlungsmethoden zu geben, und es ist ihnen gelungen, trotz raumbedingt knapper Darstellungsform das Wesentliche so klar gefaßt zur Darstellung zu bringen, daß auch der mit Hauttherapie weniger Vertraute den ihm gegebenen Ratschlägen leicht zu folgen vermag. Von neueren Behand-

lungsverfahren wurden die Sulfonamid- und die Penicillinbehandlung der Gonorrhöe, sowie die DDT-Behandlung der Läuse in die jetzige Auflage aufgenommen. Daß die anderen bedeutsamen therapeutischen Errungenschaften der letzten Jahre, so die Penicillinbehandlung der Lues und mancher Dermatosen, die Vitamin-D-Behandlung der Hauttuberkulose, die Antihistaminbehandlung des Pruritus und der Urtikaria und die BAL-Behandlung der Arsen-Hautschäden zum Zeitpunkt des Erscheinens der Auflage in Deutschland noch kaum bekannt waren und deshalb unberücksichtigt geblieben sind, zeigt, welch große therapeutische Fortschritte gerade in allerjüngster Zeit auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen waren.

Dr. Werner Schmidt (Stuttgart)

Dr. med. Egon Bruens: „Sulfonamide und Penicillin. Ortliche Anwendung in der Augenheilkunde.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 138 S., kart. DM 3.60.

Empfiehlt die örtliche Anwendung der Sulfonamide in der Augenheilkunde, besonders bei Verletzungen und operativen Eingriffen, auch zur Prophylaxe. Auch beim Ulcus serpens sind die Erfahrungen günstig, nicht ganz so gut bei Diplobacillen-Ulcus.

Der Abschnitt über Penicillin ist wesentlich kürzer. Besonders bei gonorrhöischen Conjunctividen führt kombinierte örtliche und Allgemeinbehandlung mit P. zu Erfolgen. Auch bei Trachom. Ohne Wirkung bei sympathischer Ophthalmie.

Dr. Karl Erhard Weiß

Dr. med. Heinz Bottenberg: „Die Blutegelbehandlung.“ Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 223 S., 7 Abb. u. 8 Tafeln, Halbl. DM 15.—.

Bottenberg darf sich ein wesentliches Verdienst zuschreiben, die Blutegelbehandlung wieder salonfähig gemacht zu haben. Das vorliegende Buch, bereits in zweiter und sehr erweiterter Auflage, bringt alles Wissenswerte über Blutegelbehandlung, über die Naturkunde des Blutegels, die Beschaffung und Handhabung, und an Hand von 71 Krankengeschichten über die Anwendungsmöglichkeit, den Nutzen und Mißerfolg. Das Anwendungsgebiet liegt hauptsächlich in krankhaften Vorgängen, die mit örtlicher Kreislaufstörung verbunden sind: umgrenzte oder ausgebreitete Entzündung, Blut- oder Lymphstauung, entzündliche und nichtentzündliche Ergüsse, auch als Ersatz für Aderlaß und als Anreiz für Bluterneuerung. Manch erstaunliche Heilwirkung bekunden die Krankengeschichten, aber wundern mußte ich mich auch über den großen Behandlungsaufwand in Art von Heilfasten, Diät, Packungen, Bädern, Güssen usw., der unter der Doktrin der Aus- und Ableitung, Umstimmung und Anregung notwendig erschien. Sehr interessant und ausführlich ist die Geschichte der Blutegelbehandlung dargestellt und zeigt, wie Tageslehre und Meinung altem Heilgut zum Gedeih und Schaden werden kann. Die gründliche und wissenschaftliche Forschungsarbeit Bottenbergs, seine genaue und sachliche Darstellung muß anerkannt werden, wenn auch dabei das Buch etwas weitschweifig wurde und manche Wiederholungen bringt.

Dr. Gerber

Bekanntmachungen

Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte

Die Arbeitsgemeinschaft hält ihre nächste Tagung am 23. Oktober 1949 im Heimkehrerheim, vormittags 9 Uhr, in Stuttgart-Degerloch ab.

Vorgesehen ist ein Vortrag von

Professor Dr. Parade, Lindau, über ein ausgewähltes Kapitel: „Kreislauf und Sport“;

Dr. Wildhirt, Göppingen: „Die sportliche Nachbehandlung der Lipoidstrophie“;

Jugendleiter Dr. Hegele über seine Arbeit im Landes-sportbund Württemberg;

Deutscher Meister Otto Eitel über Langstreckentraining, sowie eine Aussprache über die Kurse für körperschwache Kinder.

Nachmittags gemütliches Beisammensein mit den Damen.

Um baldige Anmeldung wird gebeten an den Landessportbund Württemberg, Stuttgart, Landhausstraße 20, unter „Sportarzt“.

Für die Einrichtung sportärztlicher Beratungsstellen stehen für die amerikanische Zone Württemberg noch einige finanzielle Mittel zur Verfügung.

Bericht über die Arbeit im Sommer-Vierteljahr:

Bei zahlreichen größeren Sportveranstaltungen, wie das Bundesfest mit 5000 Aktiven und den Deutschen Leichtathletikmeisterschaften in Feuerbach, wurde die sportärztliche Betreuung in größerem Rahmen durchgeführt. In verschiedenen Städten Württembergs finden regelmäßig sportärztliche Beratungen statt, sowie in der Beratungsstelle im Gesundheitsamt Stuttgart. Wöchentlich werden ca. 40 Sportler untersucht (unter Leitung von Ob.Med.Rat Dr. Sell). Auch in Schwäb. Gmünd (Med.Rat. Dr. Arnold) und in Heidenheim (Med.Rat. Dr. Graff) finden regelmäßig sportärztliche Beratungen statt.

In den Großen Ferien wurden Kurse für körperschwache Kinder in den verschiedensten Städten durchgeführt. In Stuttgart konnten in Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt und der Inneren Mission über 3000 Kinder auf diesem Gebiete betreut werden. Die sportärztliche Überwachung hatten die Herren Dozent Dr. Rohleder und Dr. Dörr übernommen. Durch die Initiative von Med.Rat Dr. Graff, Heidenheim, war es dort möglich, über 100 Kinder mit Körperschwächen mit besten Erfolgen in einem eigenen Lager zu betreuen, wobei die Gesamtkosten für jedes Kind (einschließlich Verpflegung) für die 14 Tage auf 2 DM kam. Med.Rat Dr. Arnold in Schwäb. Gmünd konnte seine bereits eingerichteten Schwimmkurse für körperschwache Kinder weiterhin ausbauen.

Die Mittel für die Durchführung dieser Kurse, die sich bestens bewährt haben, wurden in dankenswerter Weise vom Fußballtoto zur Verfügung gestellt. Ich glaube, daß sie nicht besser hätten angewandt werden können. Die guten Erfolgsberichte, die von allen Seiten eingelaufen sind, zeigen, daß diese Beträge inzwischen nutzbringend angewandt worden sind.

Die Sportärzte der einzelnen Landessportbünde der Westzonen trafen sich auf einer Tagung am 6. August 1949 bei den Deutschen Leichtathletik-Meisterschaften in Bremen. Ein Arbeitsausschuß westdeutscher Sportärzte wurde gegründet, zum Vorsitzenden wurde Med.Rat Dr. Vollmer, Bremen, gewählt. Als sportärztliche Referenten sind weiterhin im ADS. (Sportärztlicher Ausschuß) Dr. Vollmer-Bremen, Dr. Heiß-Stuttgart und Dr. Danz-Kassel tätig.

Um einen Überblick zu erhalten, welche Kollegen weiterhin an der Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte interessiert sind, wird um baldige Namensmeldung gebeten.

Prof. Dr. Heiß-Stuttgart

Akademie für ärztliche Fortbildung an den Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe

EINLADUNG

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestraße 18, in der nächsten Zeit folgende Vorträge statt:

Freitag, 28. 10., 19 Uhr: An Stelle des Vortrages von Herrn Prof. Kraus, Göppingen Prof. Schwarz, Karlsruhe: „Die chronische Mittelohrentzündung“

Freitag, 4. 11., 19 Uhr: Prof. Keller, Freiburg: „Neuere Forschungsergebnisse über die Ätiologie und Epidemiologie der Poliomyelitis“

Freitag, 11. 11., 19 Uhr: Prof. Sarre, Freiburg: „Über neue Ergebnisse der experimentellen Forschung zur Pathogenese der Nephritis“

Freitag, 2. 12., 19 Uhr: Prof. Starck, Karlsruhe: „Wichtiges aus dem Gebiete der Speiseröhre mit Demonstrationen“, zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Feuerwehrrabgabepflicht der Ärzte und Apotheker

Das Innenministerium Württemberg-Baden hat unter Nr. V F 762/26 vom 28. September 1949 verordnet:

„Die Ärzte und Apotheker sind gemäß § 5 Abs. 2f der 4. Durchführungsverordnung zum Gesetz über das Feuerlöschwesen vom 24. Oktober 1939 RGBI. I S. 2100 von der Feuerwehrrabgabepflicht zu befreien, da ihre Heranziehung mit ihren Berufspflichten gegenüber der Volksgemeinschaft nicht zu vereinbaren ist; sie sind aus diesem Grunde nicht feuerwehrrabgabepflichtig.“

Die Bürgermeister der Gemeinden, die der Aufsicht der Landratsämter unterstellt sind, sind in geeigneter Weise zu verständigen.“

Vermittlung einer Heilbehandlung bei Tuberkulose durch die Gesundheitsämter

Das Innenministerium Württemberg-Baden gibt mit Erlaß vom 16. September 1949 Nr. X 4115 bekannt:

Die Gesundheitsämter sind auf Grund von § 61 der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 (RMinBl. S. 327) verpflichtet, die zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Tuberkulose notwendigen Maßnahmen zu treffen und eine zweckmäßige Heilbehandlung zu vermitteln, wenn sie eine Tuberkulose feststellen. Darunter fällt nicht nur die Einleitung eines Heilverfahrens; die Gesundheitsämter haben vielmehr in allen gebotenen Fällen die Behandlung der Krankheit durch einen praktizierenden Arzt schon in der Wartezeit bis zur Heilstätteneinweisung zu veranlassen oder, wenn dies notwendig erscheint, die Überweisung an einen Facharzt anzuraten. Es genügt nicht, wenn die Gesundheitsämter in solchen Fällen etwa kurzfristige Nachuntersuchungen durchführen. Solche Nachuntersuchungen dürften in den meisten Fällen während einer Wartezeit bis zum Heilverfahren nicht nötig sein, wenn in dieser Zeit ein Facharzt behandelt. Es genügt dann, wenn die Gesundheitspflegerinnen regelmäßig die Hausbesuche machen. Das Innenministerium legt den größten Wert darauf, daß die Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter eng mit der praktizierenden Ärzteschaft zusammenarbeiten. Dies fördert das gemeinsame Ziel, die Tuberkulose erfolgreich zu bekämpfen.

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ. Stadion, Telefon 3721

Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern Tübingen

Nachdem durch Beschluß der beiden Vorstände die Kassenärztliche Verrechnung für Nord- und Süd-Württemberg mit Wirkung vom 1. Oktober 1949 getrennt wird, befindet sich die Dienststelle der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Universitäts-Stadion.

Telefon: 37 21 Bankkonto: Kreissparkasse Tübingen
Giro 4700

Sprechstunde von Montag bis Freitag von 9—12 Uhr und 15—17 Uhr. Sonnabend von 9—11 Uhr. Vorherige Anmeldung ist erwünscht.

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens dreijährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenen Staatsexamen.

Die Bewerbung hat schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden in glaubigster Abschrift beizufügen:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde.

Komplementbindungsreaktion auf Q-Fieber

Das Württ. Medizinische Landesuntersuchungsamt, Stuttgart-O, Teckstr. 56, ist in der Lage, laufend die Komplementbindungsreaktion auf Q-Fieber (Balkangrippe) auszuführen.

Die Reaktion beginnt im allgemeinen ca. am 10. Krankheits-tag positiv zu werden, der höchste Antikörpertiter ist aber nicht vor dem 18.—20. Krankheitstag zu erwarten. Nach den bisherigen Erfahrungen bleibt dieser Titer dann in beinahe gleicher Höhe wochenlang bestehen und sinkt erst im Laufe von Monaten allmählich ab.

Besetzung von Hilfsarztstellen bei Gesundheitsämtern

Bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Aalen, Heilbronn und Leonberg ist in nächster Zeit je eine Hilfsarztstelle zu besetzen. Die Einstellung erfolgt im bürgerlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit Bezahlung nach der Vergütungsgruppe III TO A. Ärzte (Ärztinnen), die die Vollapprobation besitzen und eine große Erfahrung in der ärztlichen Praxis einschließlich Klinik aufweisen können, wollen ihre Bewerbung mit Unterlagen (Lichtbild, eigenhändig geschriebener Lebenslauf, Spruchkammerbescheid mit Rechtskraftvermerk, amtlich beglaubigte Abschriften der Approbationsurkunde, des Doktordiploms und der Zeugnisse) bis spätestens 31. Oktober 1949 beim Innenministerium, Stuttgart W, Reinsburgstraße 32, einreichen. Die Bewerber können sich erst nach Aufforderung durch das Innenministerium persönlich vorstellen.

Arztbücherei Stuttgart

Die Bücherei befindet sich in der Geschäftsstelle der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart, Danneckerstr. 26 I (Telefon 7 60 44/45 und Stadtzentrale 4 25 53—57, 5 27 56—59 App. 1357 — Straßenbahnlinien: 5, 16 und 7).

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

In der letzten Zeit sind eine Reihe neuer Bücher eingegangen.

2. Approbationsurkunde.
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit.
4. Facharztanerkennung falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt bewirbt.
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister.
6. Polizeiliches Führungszeugnis.
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung.
8. Eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgift-süchtig ist oder war.

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

Außerdem ist in einem kurzen Lebenslauf das Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben.

Weiterhin, ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen Stellen verloren wurden.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber 10 DM zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45 Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie (§ 45 Abs. 3 und 4) verfallen.

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Tailfingen Kr. Balingen	Facharzt f. Frauenkrankheiten
Lautlingen Kr. Balingen	prakt. Arzt
Eberhardzell Kr. Biberach	prakt. Arzt
Althengstett Kr. Calw	prakt. Arzt
Pfalzgrafeweiler Kr. Freudenstadt	prakt. Arzt
Obertal/Buhlbach Kr. Freudenstadt	prakt. Arzt
Friedrichshafen	Facharzt f. Inn. Krankheiten
Altheim Kr. Horb	prakt. Arzt
Ravensburg	Facharzt f. Hautkrankheiten

Reutlingen

Neuhausen Kr. Reutlingen
Metzingen Kr. Reutlingen
Reutlingen
Urach Kr. Reutlingen
Rottweil a. N.
Ettlingen Kr. Tettngang
Leimnau Kr. Tettngang
Kehlen Kr. Tettngang
Tettngang
Tuttlingen
Wurmlingen Kr. Tuttlingen

Facharzt f. Chirurgie (ohne Operationsmöglichkeit)
prakt. Arzt
Facharzt f. Frauenkrankheiten
prakt. Arzt
prakt. Arzt
Facharzt f. Frauenkrankheiten
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Universitätsstadion, einzureichen. Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

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

Ausschreiben von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Praktische Ärzte:

Hauingen, Kreis Lörrach
Bietigheim, Kreis Rastatt
Gutach, Kreis Emmendingen
Singen/Hohentwiel
Uhlingen, Kreis Waldshut
Rheinbischofsheim, Kreis Kehl
Durmernheim, Kreis Rastatt
Hügelsheim, Kreis Rastatt
Oberkirch, Kreis Offenburg
Altenheim, Kreis Kehl
Schönwald, Kreis Villingen.

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:

Hausach im Kinzigtal.

Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten:

Lahr/Schwarzwald.

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes 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.

Bei Bewerbungen um mehrere Arztsitze ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich, die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer Südbaden
Zulassungsausschuß.

Pflege- und Gefährdetenzulage

Verfügung des Bad. Ministeriums der Landwirtschaft und Ernährung vom 26. September 1949 III B—78 Nr. 332.

I.

Mit Wirkung vom 1. Oktober 1949 wird die bisher in Form der Zulagekarte G ausgegebene Pflege- und Gefährdetenzulage als Zulagekarte 78 den Bezugberechtigten ausgehändigt.

Die Zulagekarte 78 setzt sich wie folgt zusammen:

Monatsmenge 500 g Butter
750 g Fleisch
250 g Zucker

täglich: $\frac{1}{4}$ l Vollmilch
(das sind 322,6 Tageskalorien)

Ziffer 1 der Verfügung vom 20. Mai 1949 III B—78 Nr. 204 ist daher zu streichen.

II.

Der Personenkreis der in Ziff. 3 der genannten Verfügung angeführten Zulageberechtigten erhält die Zulagekarte 78 einfach.

III.

Personen, die einer besonders starken Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind (Ziff. 4 der genannten Verfügung), erhalten ab 1. Oktober 1949 eine Gefährdetenzulage in Höhe der doppelten Zulagekarte 78. Die bisherige Ziff. 4 gerät in Wegfall, an ihre Stelle tritt folgender Personenkreis mit Empfangsberechtigung der doppelten Zulagekarte 78:

- a) Ärzte- und Pflegepersonal sowie medizinisch-technische Assistenten und Assistentinnen auf Tbc-, Typhus- oder Flecktyphusstationen bzw. -Anstalten oder auch außerhalb der Anstalten in der freien Praxis als Spezialärzte für Tuberkulose bzw. hauptberufliches Pflegepersonal für Tuberkulose.
- b) Reinemache- und Waschfrauen auf Tbc-, Typhus-, Flecktyphusstationen bzw. -Anstalten.
- c) Verwaltungspersonal, soweit es überwiegend mit Tbc-, Typhus- und Flecktyphuskranken unmittelbar in Berührung kommt.
- d) Personal von Lungenfürsorgestellen sowie Röntgenärzte und Röntgenpersonal, wenn sie nachweislich überwiegend Lungenkranke röntgen.
- e) Ärzte und ihre direkten Hilfskräfte, soweit sie in Instituten für Pathologie, Bakteriologie, Serologie, Hygiene und Gerichtsmedizin ständig mit tuberkulosem Ansteckungsmaterial beschäftigt sind.
- f) Familienangehörige, die Kranke mit akuter Tbc zu Hause pflegen, jedoch nur 1 Person je Haushalt.

Bei den unter a bis f genannten Zulageberechtigten ist die Vollbeschäftigung jeweils Voraussetzung zum Bezug der Zulage.

IV.

Personen, für die die Zulagekarte 78 beantragt wird, müssen monatlich namentlich in Listen erfaßt sein, aus denen die Art ihrer Tätigkeit hervorgeht. Der leitende Krankenhausarzt bzw. die Leitung der zuständigen Berufsorganisation (z. B. Bezirksärztekammer, Institutsdirektion), die Verwaltung oder der leitende Amtsarzt des Gesundheitsamtes bescheinigt durch Unterschrift, daß die in den Listen aufgeführten Personen die in Abs. III a—e verlangten Bedingungen erfüllen. Die unter III f genannten Familienangehörigen haben vierteljährlich eine entsprechende Bescheinigung der

Tbc-Fürsorgestelle zu erbringen. Die übrigen in Ziff. 5 der Verfügung III B — 78 Nr. 204 vom 20. Mai 1949 genannten Bestimmungen (3. Abs.: Listenvorlage und prüfärztlicher Genehmigungsvermerk usw. und 4. Abs.: Laufende Ausgabe der Pflege- und Gefährdetenzulage durch die Ernährungsämter für 1/2 Jahr) bleiben bestehen.

V.

Die Verfügung vom 27. Juli 1949 III B — 78 Nr. 278, mit der für die französisch besetzte Zone eine Sonderregelung der Pflege- und Gefährdetenzulage (doppelter und vierfacher Zulagesatz) genehmigt worden ist, wird gleichzeitig, d. h. mit Wirkung vom 1. Oktober laufenden Jahres aufgehoben.

Krankenhausärzte

Soweit noch nicht geschehen, bitten wir sämtliche Krankenhausärzte (nicht Oberärzte und Assistenzärzte), die Verträge mit ihren Krankenhäusern laut § 28 der Berufsordnung und § 3 Ziff. 7 der Satzung der Landesärztekammer vorzulegen.

Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte in der Ostzone

Auf Wunsch einiger Jungärzte haben wir an die Landesregierungen Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg und Thüringen geschrieben und um Unterrichtung über Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte gebeten. Folgende Antworten gingen ein:

Landesregierung Thüringen, Erfurt, Schillerstr. 4:

„Auf Ihr o. a. Schreiben teilen wir Ihnen mit, daß wir zur Zeit keinen nennenswerten Bedarf an Ärzten haben. Sollte in nächster Zeit sich dieses ändern, werden wir Ihnen das mitteilen.“

Landesregierung Sachsen-Anhalt, Halle/Saale, Kantstr. 1:

„Im Bereich des Landes Sachsen-Anhalt sind nur noch wenige bezahlte Assistentenstellen an kleinen und mittleren Krankenhäusern zu besetzen. In Frage kommen vor allem Assistentenstellen in Tbc.-Krankenhäusern und Infektions-Krankenhausabteilungen; Chefarztstellen und Abteilungsarztstellen sind in den Krankenhäusern von Sachsen-Anhalt zur Zeit nicht zu besetzen. Bedarf besteht an hauptamtlichen

Ärzten in kommunalen und Betriebspolikliniken, hier könnten vor allem Fachärzte für Kinderheilkunde, HNO-Krankheiten, Dermatologie, Neurologie und Tuberkulosefachärzte untergebracht werden. Die Niederlassung von Ärzten erfolgt gemäß der Niederlassungsordnung vom 23. Februar 1949. Niederlassungsmöglichkeiten von praktischen Ärzten und Fachärzten in den genannten Disziplinen sind gegeben.“

Landesregierung Sachsen, Dresden A, Tiergartenstr. 8:

„Auf ihre Anfrage können wir mitteilen, daß in Sachsen zahlreiche Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte gegeben sind. Es besteht Bedarf an Assistenzärzten — Oberärzten, Abteilungs- und auch Chefärzten sowie Fachärzten in den Krankenhäusern und Polikliniken. Unbezahlte Volontärarzt- und Assistenzarztstellen sind in der sowjetisch besetzten Zone nicht vorhanden, da jeder angestellte Arzt nach dem gültigen Tarifvertrag vom 1. Februar 1949 der Industriegewerkschaft 15 eine seiner Stellung und Leistung entsprechende Vergütung erhält.“

Für die Niederlassung von Ärzten gilt die „Anordnung der Deutschen Wirtschaftskommission über die Niederlassung der Ärzte“ vom 23. Februar 1949. Mit Erteilung der Niederlassung ist gleichzeitig die Zulassung zur Krankenkasse verbunden.“

Persönliche Nachrichten

Am 13. Oktober 1949 feiert Dr. Kurt Diehl, Freiburg, seinen 75. Geburtstag.

Nachruf

Am 19. September 1949 verstarb an den Folgen eines Unfalls, den er sich in Ausübung seines Berufs zugezogen hat, Herr Dr. med. Hugo Wild, praktischer Arzt in Freiburg-Günterstal. Herr Dr. Wild hat seit Jahrzehnten in vorbildlicher Weise seine Praxis in dem Vorort Günterstal versehen. Er hat in dieser Zeit vielen Kranken nicht nur im Stadtgebiet, sondern in der schwierigen gebirgigen Umgebung besonders auch im Winter unermüdlich Hilfe geleistet. Die Bezirksärztekammer Freiburg bedauert den Verlust dieses als Arzt und Mensch gleich hoch geachteten Kollegen.

Bezirksärztekammer Freiburg.

HARTMANNBUND · LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Mitteilung der Schriftleitung: Auf Wunsch des Landesverbandes Württemberg im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) bringen wir von jetzt ab unter unseren Bekanntmachungen eine besondere Rubrik für Mitteilungen des Landesverbandes. Für den Inhalt verantwortlich ist der Landesverband.

Vorstandssitzung vom 29. 9. 1949: Dr. Dobler, der auf dem Arzttag in Hannover zum 1. Vorsitzenden des Hartmannbundes gewählt wurde, trat von seinem Amt als 1. Vorsitzender des Landesverbandes Württemberg zurück. Der 2. Vors., Dr. Schmieder-Kirchheim unter Teck, wurde vom Vorstand mit der Leitung des Landesverbandes beauftragt. Eine endgültige Vorstandsneuwahl soll stattfinden, wenn in allen Kreisen die Delegierten der Landesversammlung gewählt wurden. Zur Zeit gehören weiterhin dem Vorstand an:

Dr. Dobler-Schorndorf, Dr. Doerfler-Biberach/Riß, Dr. Enders-Ulm, Dr. Findeisen-Sigmaringen, Prof. Dr. Gottron-Tübingen, Dr. Knosp-Eßlingen, Dr. Mutschler-Geislingen/Steige, Dr. Steng-Endersbach, Dr. Zander-Tübingen. Für Dr. Jakober, der ausschied, wird bis zur Neuwahl ein Beauftragter des Marburger Bundes dem Vorstand angehören.

Geschäftsstelle: Die Geschäftsstelle des Landesverbandes befindet sich bis auf weiteres in Kirchheim unter Teck, Dreikönigstraße 9, Tel. 251 (möglichst in der Zeit von 7—9 aufrufen), Schließfach 87.

Kassenarztversammlung: Auf Einladung des Landesverbandes und der Gruppe „Kassenärzte“ im Landesverband findet am 12. Oktober in Göppingen die erste Versammlung von Kassenärzten statt, zu der den Kollegen der Kreise Ulm,

Göppingen, Eßlingen und Nürtingen noch besondere Einladungen zugehen werden.

Bildung von Sondergruppen im Landesverband: Die verschiedenen ärztlichen Berufsgruppen werden aufgefordert, sich innerhalb des Hartmannbundes zusammenzuschließen, um ihre Angelegenheiten untereinander und mit den anderen Gruppen zu besprechen. Diese Gruppen werden sich ihre Leitung selbst wählen und ihre Arbeiten selbst finanzieren. Bei solchen Gruppen, für welche schon Verbände bestehen, wird voraussichtlich die praktische Arbeit von den Verbänden übernommen werden, wie z. B. Gruppe „Angestellte Ärzte“ durch den Marburger Bund. Da für die Kassenärzte ein solcher Verband noch nicht besteht, wurde die Leitung der Gruppe „Kassenärzte“ Herrn Dr. Mutschler-Geislingen bis zur endgültigen Wahl übertragen. Der Beitritt zu diesen „Gruppen“ ist den Mitgliedern des Hartmannbundes freigestellt, wobei die Zugehörigkeit zu mehreren Gruppen möglich ist. Gruppen sind in Vorbereitung für: Angestellte Ärzte, Beamtete Ärzte, Leitende Krankenhausärzte, Hochschullehrer, Ärztinnen, Kriegsvertriebene Ärzte, Werkärzte, Niedergelassene Nichtkassenärzte, Kassenärzte. Auch den fachärztlichen Gruppen steht ein solcher Zusammenschluß offen. Bewährte bestehende Organisationen bleiben unangetastet, eine weitere Zersplitterung soll aber durch die Berücksichtigung besonderer Anliegen innerhalb eines gemeinsamen Verbandes vermieden werden.