

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

11 (1.11.1949)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

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

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 11

STUTT GART, NOVEMBER 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Scharpff:	Was kann der praktische Arzt vom Elektrokardiogramm erwarten?	207
Dr. v. Oppen und Dr. Speth:	Schlußfolgerungen für die Praxis aus den neuen Erkenntnissen zur Pathogenese und Therapie der Endocarditis lenta	209
Dr. Humperdinck und Dr. Sigler:	Die Silikose in Württemberg	212
Dr. Husemann:	Krankheitssymptome des sozialen Lebens	216
Carl Wienke:	Die Überwindung der „sanitären“ Maschinerie	218
Prof. Dr. Heiss:	Übungskurse für körperschwache Kinder	221
Dr. Schröder:	Praktiken der „Ärztlichen Praxis“	222
Buchbesprechungen	223
Bekanntmachungen	225
	Arztekammer Nord-Württemberg E. V.	226
	Landesärztekammer Südbaden	226
	Hartmannbund — Landesverband Württemberg	227
Stand der Neuerkrankungen an meldepflichtigen Krankheiten	228
Geschäftliche Mitteilungen	228

Was kann der praktische Arzt vom Elektrokardiogramm erwarten?

Von Dr. med. Walther Scharpff, Stuttgart

Im Verlauf der vergangenen 20 Jahre ist die Untersuchungsmethode des Elektrokardiogramms (Ekg) von vielen Forschern so genau geprüft worden, daß heute darüber eine weitgehende Übereinstimmung besteht, wie ein Ekg zu beurteilen ist. Es ist mit dieser Methode weitgehend möglich, krankhafte Vorgänge des Herzens genau festzustellen. Während des vergangenen Krieges hat die Wehrmacht zur Beurteilung der Dienstfähigkeit oder zur Feststellung entstandener Herzschäden ausgiebig davon Gebrauch gemacht. Fast jeder Laie weiß, daß das Ekg bei Erkrankungen des Herzens wichtige Hinweise geben kann. Deshalb sind es nicht nur die Ärzte, sondern oft die Kranken selbst, die Wert auf die Anfertigung eines Ekg's legen. Die Zahl der angefertigten Ekg's hat deswegen gegenüber der Zeit vor 10 Jahren enorm zugenommen. So erfreulich das Interesse der Kranken ist, so bedeutet das eine Belastung der Krankenkassen. Nach dem geltenden Vertrag mit den RVO-Kassen trägt aber die Kosten dafür nicht die Kasse, sondern es tragen sie die Ärzte, welche die Ausgaben dafür von ihrem Pauschalhonorar, das sie von den Kassen bekommen, bestreiten müssen. Die Ärzte stehen auf dem Standpunkt, daß keinem Kranken etwas abgehen soll, was zu seinem Wohle dient, sie dürfen aber dort, wo der Kranke ungerechtfertigt ein Ekg verlangt, diese Forderung zurückweisen, denn der Arzt ist nicht verpflichtet, jeden Wunsch des Kranken zu erfüllen. Er ist

nur verpflichtet, den Kranken sachgemäß und ausreichend zu versorgen*). Es muß deswegen in diesem Zusammenhang gesagt werden, daß die Ärzte, die ein Ekg anfertigen lassen, sich überlegen sollten, ob ein Ekg im Einzelfall die erwünschte Klärung überhaupt bringen kann, nur dann ist seine Anfertigung sinnvoll und die Ausführung gegenüber der KV, zu verantworten. Wer das nicht sicher weiß, sollte den Kranken nicht zum Ekg, sondern besser zur fachärztlichen Untersuchung einem Internisten überweisen, der dann entscheiden mag, ob ein Ekg nötig ist oder nicht. Damit der praktische Arzt, oder der Facharzt anderer Gebiete als dem der inneren Medizin, von dem ich annehme, daß er mit der Untersuchungsmethode des Ekg's vertraut ist, über diese Frage orientiert wird, ist dieser Aufsatz geschrieben.

Das Ekg läßt 2 wichtige Seiten der Herztätigkeit erkennen: 1. ob der Rhythmus des Herzens in Ordnung ist und 2. ob im Herzmuskel und in seiner Durchblutung Veränderungen aufgetreten sind.

Was die Rhythmusstörungen betrifft, so kann das Ekg mit wenigen Ausnahmen fast alle diese Störungen im einzelnen aufdecken, ob Extrasystolen in der Kammer oder im Vorhof ihre Entstehung haben, ob eine totale Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit besteht oder nicht, ob die Vorhöfe nur noch flimmern oder zu schnell schlagen (flattern), ob eine Überleitungsstörung vom Vorhof zur Kammer vorliegt, evtl. ein Block, oder ob nur ein Vorherrschen des Vagus die Herzaktion abremst usw. Das alles ist eindeutig aus dem Ekg abzulesen. Es ist nicht meine Absicht, auf diese Verschie-

*) § 182 Abs. 2 RVO. bestimmt: „Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

denheiten einer Rhythmusstörung einzugehen, möchte ich doch nur einen Überblick geben über das, was sich aus dem Ekg entnehmen läßt. Setzen wir nun den Fall, eine bestimmte Rhythmusstörung sei festgestellt, dann erhebt sich die nächste Frage: was ist ihre Ursache und wie muß sie behandelt werden? Es muß ganz klar ausgesprochen werden, darüber sagt das Ekg nichts, gar nichts. Ob eine perpetuelle Arrhythmie eine Folge einer Myodegeneratio oder einer Thyreotoxiose oder einer Nikotinvergiftung ist, darüber schweigt das Ekg. Genau so, wie es nicht erklärt, warum z. B. ventrikuläre Extrasystolen auftreten, ob sie nervös-psychogen bedingt sind oder durch eine organische Schädigung einer Herzfaser entstehen. Das Ekg sagt nichts darüber, ob eine Rhythmusstörung funktionell und vielleicht reparabel ist oder organisch und irreparabel, so wichtig zunächst einmal die Feststellung der Art der Rhythmusstörung sein mag. Um zu erfahren, woher sie kommt, bedarf es der Untersuchung des ganzen Kranken. Das kann nicht deutlich genug unterstrichen werden, denn manche Ärzte, ganz besonders aber die Kranken, meinen, daß das Ekg alles aufdecke und damit die Behandlung gegeben sei.

Und wie ist es mit den Veränderungen, die auf eine **Erkrankung des Herzmuskels** hinweisen oder eine **gestörte Durchblutung der Coronargefäße** sehr wahrscheinlich machen? Ich denke dabei an Abweichungen im eigentlichen Kammerkomplex von Q bis T, vor allem auch an eine Senkung der ST-Linie, der ja zweifellos eine wichtige Bedeutung zukommt, ich denke aber auch daran, ob die Richtung der einzelnen Zacken des Ekg's, die bekanntlich von der Lage des Herzens im Thorax abhängt, der Lage des Herzens auch tatsächlich entspricht oder von ihr abweicht, was wichtig sein kann. Kennt der Arzt, der das Ekg beurteilt, die Lageverhältnisse des Herzens nicht, und hat er den Kranken gar nicht gesehen oder untersucht, wie soll er dann ein Ekg richtig begutachten? Und das gilt in noch viel höherem Maß von den anderen Abweichungen der Ekg-Kurve.

Nur auf einiges möchte ich zum richtigen Verständnis noch hinweisen. Eine **Verbreiterung des Kammerkomplexes (QRS)** ist ein Zeichen einer ernsteren Veränderung am Herzmuskel, evtl. ein Hinweis auf einen Schenkelblock, d. h. die Kontraktion des Herzens in der linken oder rechten Kammer läuft verzögert ab. Sicherlich ist sie in vielen Fällen durch eine anatomisch nachweisbare, dauernd bleibende Veränderung des Herzmuskels verursacht, aber sie muß es nicht sein, sie kann auch toxisch entstehen, z. B. während einer Diphtherie oder einer anderen Infektionskrankheit und nach einiger Zeit wieder vergehen. H. Hesse hat darauf hingewiesen, daß sie nur als Folge einer Übermüdung, infolge Überanstrengung auftreten und wieder ganz vergehen kann. So ist diese Veränderung der Ausdruck einer gestörten intraventrikulären Erregungsausbreitung, evtl. einer Ermüdungserscheinung, aber keiner organischen Myokardschädigung. Auch Knotungen und Aufsplitterungen einer verbreiterten QRS-Gruppe im Extremitäten-Ekg können nur Folgeerscheinungen der Ableitungsrichtung und Ableitungsart sein, da es gelingt, bei geeigneter Ableitungsmethode diese Veränderungen in eine einfache vielleicht verbreiterte Hauptschwankung aufzulösen, so daß aus solchen Veränderungen wie einer Aufsplitterung des Komplexes nicht gleich auf eine organische Myokardschädigung geschlossen werden darf.

Und zu welchem Unglück hat schon der Kurzschluß: ST-Senkung — Myokardschaden geführt! Wie wenn eine ST-Senkung nur durch einen organisch bedingten Myokardschaden bedingt sein müßte! Es muß zunächst einmal gesagt werden, daß es physiologische ST-Senkungen gibt, und zwar vor allem bei schneller Herz-tätigkeit, z. B. bei starker körperlicher Anstrengung; hier ist wichtig zu wissen, wie lange es dauert, bis sie wieder verschwindet, also nicht das Auftreten derselben ist krankhaft, sondern das verzögerte Verschwinden derselben. Was aber noch wichtiger und weniger bekannt ist, das ist die Beurteilung einer Senkung der ST-Linie, daß dieselbe nämlich nicht auf einer organischen Veränderung der Herzgefäße und evtl. des Herzmuskels beruhen muß, sondern ebenso gut durch eine rein funktionelle Störung hervorgerufen werden kann. Sie kann also bei einem organisch gesunden Herzen auftreten und wird dann durch Störungen im Organismus allgemeiner Art hervorgerufen, die sich nur am Herzen auswirken und mit deren Beseitigung aber auch wieder vergehen. Einige Beispiele mögen dies veranschaulichen.

Nicht nur während der Hungerzeit, auch in Zeiten guter Ernährung finden wir Menschen mit einem konstitutionell bedingten niederen Blutdruck, **Hypotoniker**, die oft „schwindelig“ werden, denen es bei längerem Stehen leicht schwarz vor Augen wird und die gar nicht selten dabei Sensationen am Herzen haben. Machen wir bei solchen Menschen ein Ekg in Ruhe, so ist es ganz normal, lassen wir sie aber 10 bis 15 Minuten stehen und machen dann im Stehen ein Ekg — meistens ist gleichzeitig der Blutdruck um 10 bis 20 mm abgesunken —, so finden wir eine beträchtliche Senkung der ST-Linie. Die coronare Durchblutung wird infolge des Absinkens des Blutdruckes ungenügend. Hier handelt es sich um ein Versagen des peripheren Gefäßtonus. Beseitigen wir die Hypotonie, so ist auch das Ekg nach längerem Stehen normal. Oder: eine Frau im **Klimakterium** klagt über unangenehme Herzsensationen, der Blutdruck ist normal. Im Ruhe-Ekg findet sich eine Senkung der ST-Linie. Behandeln wir die Frau wegen ihrer Wechseljahrsbeschwerden, dann verschwindet in vielen Fällen die Senkung der ST-Linie. Es sei in diesem Zusammenhang aber darauf hingewiesen, daß eine Senkung der ST-Linie bei höheren Gaben von Ovarial-Hormonen auftreten kann und bei Weglassen derselben vergeht. Eine andere Möglichkeit: Herzbeschwerden treten als Folge eines streuenden **Fokus** auf, und es findet sich im Ekg eine Senkung der ST-Linie. Beseitigen wir den Fokus, so ist nach einiger Zeit das Ekg wieder ganz normal, gleichzeitig sind die Herzbeschwerden vergangen. Genau so ist es bei der **Blutarmut**. Auch bei ihr findet sich oft infolge ungenügender Durchblutung des Herzens eine Senkung der ST-Linie, die mit der Beseitigung der Anämie vergeht. Wie oft habe ich gerade in den letzten Jahren Erscheinungen latenter, symptomatischer **Tetanie** infolge einseitiger Ernährung festgestellt! Die Verspätung der T-Zacke, wie sie in schweren Fällen echter Tetanie zu finden ist, tritt hier selten auf. Aber eine ST-Senkung ist vorhanden. Beseitigen wir die Hypocalcämie des Blutes, so ist die Senkung der ST-Linie auch vergangen. Noch manche Beispiele ließen sich anführen. Auf eines sei besonders hingewiesen, daß bei Schreck, Angst, seelischer Spannung eine ST-Senkung auftreten kann, die vergeht,

wenn diese rein psychischen Faktoren behoben sind (Delius). In Hypnose hat man solche ST-Senkungen auftreten und wieder vergehen lassen können!

Ich glaube, die Beispiele genügen, um zu zeigen, wie falsch es ist, aus einer Senkung der ST-Linie im Ekg einfach auf einen „Myokardschaden“ schließen zu wollen. Gegen diesen Kurzschluß muß ganz energisch Front gemacht werden. Dieser Unfug der Ekg-Beurteilung — er kann kaum anders bezeichnet werden — muß im Interesse unserer Kranken aufhören, meint doch der Kranke, er habe ein krankes Herz, während häufig diese Erscheinungen am Herzen ja nur die Folgeerscheinungen einer anderen Krankheit sind, vielleicht auch einer psychischen Störung, die sich nur am Herzen auswirkt, wobei aber auf keinen Fall ein Myokardschaden vorliegt. Wenn also ein Ekg von einem Institut, einem Röntgenologen, einem Krankenhaus gemacht wird, ohne daß der Patient richtig untersucht ist, dann darf auf Grund des Ekg's keine Diagnose gestellt werden. Es darf nicht mehr gesagt werden, als daß sich im Kurvenverlauf bestimmte Veränderungen feststellen lassen, die Deutung dieser Veränderung, die Ursache derselben, ob organisch oder funktionell, dessen hat sich das Institut zu enthalten. Sein Urteil ist sonst ein ärztlicher Fehler. Und was für falsche Beurteilungen solcher Institute habe ich schon gelesen! Wer Ekg's anfertigt und beurteilt, von dem muß verlangt werden, daß er die nötigen Kenntnisse über das Ekg besitzt und daß er sich der Grenzen elektrokardiographischer Untersuchungen bewußt ist.

Wie soll sich nun der praktische Arzt verhalten?

Wenn er den Kranken nicht nach allen Richtungen untersucht hat, soll er ihn nicht zum Ekg, sondern einem Internisten zur fachärztlichen Untersuchung überweisen, wobei ihm gerne eingeräumt werden mag, daß er den Wunsch nach einem Ekg aussprechen soll. Er erhält in der Antwort des Internisten mehr als eine Ekg-Beschreibung, nämlich einen Hinweis, worauf wahrschein-

lich die Ekg-Veränderung zurückzuführen ist. Der praktische Arzt wird so dem Kranken mehr nützen und an Ansehen bei dem Kranken sicher nicht verlieren. Freilich einem Facharzt für innere Krankheiten, der keinen Elektrokardiographen besitzt und deswegen den Patienten zum Ekg überweist, mag nach fachgemäßer Untersuchung des Kranken gerne zugestanden werden, daß für ihn die Beschreibung eines Ekg's genügt und er aus ihr, falls er sich dauernd mit den Fortschritten in der Beurteilung der Ekg's beschäftigt, genügend entnehmen kann. Bei den RVO-Kassen ist es deswegen richtig, wenn der Praktiker einen ärztlichen Überweisungsschein für den Facharzt ausstellt, dieser mag dann entscheiden, welche spezielle Untersuchungen zur Klärung der Krankheitserscheinung nötig sind und sie selbst bei der Kasse beantragen. Freilich, der Fachinternist, dem der Kranke überwiesen wurde, soll dem Praktiker auch eine gute Marschroute für die weitere Behandlung mitteilen. Mit Urteilen, wie Verdacht auf beginnende Coronar-Sklerose, oder Verdacht auf geringfügigen Myokardschaden, ist dem Praktiker nicht gedient. Diesen Verdacht hat er meistens schon selbst gehabt. Ihm muß nach gründlicher Untersuchung des Kranken gesagt werden, ob die Beschwerden des Kranken organisch oder funktionell, psychogen zu beurteilen sind, und wie sie wohl am besten behoben werden können.

Zum Schluß darf etwas nicht unerwähnt bleiben, nämlich die Antwort auf die Frage, ob eine ernsthafte Erkrankung des Herzens ausgeschlossen ist, wenn sich kein krankhafter Befund am Ekg feststellen läßt. Leider nicht! Wir wissen, daß in Ausnahmefällen, besonders wenn die hintere Herzwand geschädigt ist, selbst bei besonderen Ableitungsverfahren ein Ekg stumm sein kann und diese Veränderung nicht immer anzeigt. Die Elektrokardiographie ist also keine unfehlbare Methode. So sind auch dem Ekg, von dieser Seite aus gesehen, Grenzen gesetzt, so aufschlußreich in den meisten Fällen allerdings die Ekg-Kurve sein kann.

Aus dem Kreiskrankenhaus Ellwangen/Jagst, Innere Abteilung (Chefarzt Dr. med. H. Speth)

Schlußfolgerungen für die Praxis aus den neuen Erkenntnissen zur Pathogenese und Therapie der Endocarditis lenta

Von Dr. med. Sibylle von Oppen und Dr. med. Helmut Speth

Die große Bedeutung, die dem Endocarditis-lenta-Problem in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg zukommt, zeigt neben den Veröffentlichungen in der Fachliteratur der letzten Zeit die Tatsache, daß dieses Thema auf dem diesjährigen Internistenkongreß eingehend behandelt wurde. Die neuen Erkenntnisse der Forschung sind nicht nur von theoretischem, sondern auch großem praktischen Interesse. Besonders zwei Gründe lassen es berechtigt erscheinen, an dieser Stelle auf das Krankheitsbild der Endocarditis lenta (E. l.) hinzuweisen. Einmal das Ansteigen der Erkrankungsziffer, das nach diesem Krieg in Deutschland und den anderen kriegführenden Ländern ebenso beachtet wurde, wie nach dem ersten Weltkrieg. Beispielsweise kamen im hiesigen Kreiskrankenhaus in den letzten 2 Jahren 14 Fälle von E. l. zur stationären Aufnahme. Zum anderen ist es der Umstand, daß diese bisher wegen der

Machtlosigkeit der Therapie so gefürchtete Krankheit jetzt mit Hilfe der Antibiotika (Penicillin und Streptomycin) und Sulfonamide bessere Heilungsaussichten bietet. Es ist nicht mehr so, wie es noch 1942 im Lehrbuch der inneren Medizin von Assmann u. a. zu lesen war, daß „die sichere Diagnose auch den sicheren Tod bedeutet“. Nach amerikanischen Sammelstatistiken betrug die Mortalität 99 % vor Einführung der genannten Medikamente. Die letzten Statistiken der angelsächsischen Literatur berichten von Heilungen in 68 % (Kollmer) bzw. sogar in 88,9 % (Meads) der Fälle. In Deutschland konnte nur ein wesentlich geringerer Prozentsatz der Erkrankten mit Erfolg behandelt werden (Heilmeyer 20 %; Matthes 5 Heilungen bei 12 behandelten Fällen; Schön 20 %). Neben dem zu späten Behandlungsbeginn, auf den im folgenden noch hingewiesen wird, liegen die schlechteren Erfolge zum

Teil daran, daß die Dosierung wegen der beschränkten Penicillinmenge zu niedrig sein mußte; zum anderen Teil traten bei uns besondere Arten der E. I. auf. Die schlechte Heilungstendenz der sog. abakteriellen Form, bei der im Blut keine Erreger nachgewiesen werden können, wird von französischen Autoren hervorgehoben. In einer statistischen Untersuchung über die Erfolgsunterschiede macht Sch wie g k auf die Möglichkeit aufmerksam, daß in Deutschland andere Erreger der E. I. vorherrschen können.

Die seit Schottmüller bestehende Anschauung, daß nur dann eine E. I. vorliege, wenn im Blut der Streptokokkus viridans nachgewiesen wird, ist heute nicht mehr die geltende Auffassung. Enterokokken der Gruppe D, andere vergrünende Kokken und unter Umständen sogar Pneumokokken, Staphylokokken und andere Erreger können nach den klinischen Erfahrungen ebenfalls die gleichen Krankheitserscheinungen verursachen. Durch die neueren, kulturell-biochemischen Differenzierungsmethoden können außerdem die Streptokokken der Viridansgruppe in verschiedene Stämme unterteilt werden. Der Streptokokkus salivarius dieser Gruppe entspricht dabei meist dem Streptokokkus viridans Schottmüller (Liebermeister). Auch nach Brugsch ist der Streptokokkus viridans identisch mit dem Streptokokkus salivarius. Ebenso wie Liebermeister von bakteriologischer, betont Heilmeyer von klinischer Seite aus, daß die E. I. als eine durch verschiedene Erreger bedingte klinische Einheit aufzufassen ist. Die Amerikaner tragen diesem Umstand schon lange durch die Bezeichnung „subakute bakterielle Endocarditis“ Rechnung.

Es handelt sich dabei vorwiegend um nur schwach pathogene Erreger bzw. um normal auf den Schleimhäuten lebende Saprophyten. Diese werden pathogen, wenn das Gleichgewicht Virulenz—Resistenz gestört wird. Die Abwehrlage kann verschlechtert werden allgemein durch unzureichende Ernährung, schlechte hygienische und soziale Verhältnisse, erhebliche seelische Belastungen und schwere Infekte. Wir beobachteten einen Patienten mit Rheuma und einem Herzschaden in der Anamnese, der nach einem Typhus an einer letal ausgehenden E. I. erkrankte. Lokal ändert sich der Reaktionszustand des Endocards z. B. nach einer rheumatischen Endocarditis oder bei längerem Kreisen von Bakterien im Blut, wie es bei einem Fokalherd immer wieder der Fall ist. Das Endocard geht vom hyperergischen Zustand (gute Immunitätslage), bei dem die Erreger vernichtet werden, in den pathergischen oder anergischen über. Pathologisch-anatomisch findet man dann an den Klappen thrombotische Auflagerungen oder ulceröse Veränderungen, die von Bakterien besiedelt sind. Im Gegensatz dazu ist die rheumatische und verrucöse Form bakterienfrei. Ob die Erreger dabei vom Blutstrom aus in das Endocard eindringen, oder sich hier auf embolischem Weg ansiedeln — die veränderten Klappen sind ja häufig vaskularisiert —, ist noch nicht entschieden. Die wesentliche Bedeutung, die der Änderung der Reaktionslage zukommt, zeigt die Tatsache, daß die E. I. zur Zeit hauptsächlich nur bei Männern gehäuft auftritt. Manche Autoren sehen die Ursache in einer Sensibilisierung durch vielfache Impfungen oder länger dauernde Eiterungen nach Verwundungen. Auch im Tierexperiment gelang es nur dann künstlich eine E. I. zu erzeugen, wenn vorher die Klap-

pen, gleich auf welche Weise, mechanisch oder durch Änderung des Reaktionszustandes bei längerem Kreisen von Bakterien, geschädigt waren. Sehr interessant ist die Beobachtung, daß die Zunahme der E. I. mit einer Abnahme des akuten Gelenkrheumatismus vergesellschaftet ist.

Anamnestisch findet man in vielen Fällen einen überstandenen Gelenkrheumatismus mit Klappenbeteiligung oder Anginen, seltener eine länger dauernde Eiterung oder ein angeborenes Vitium. In unserem Krankengut von 14 Fällen, bei dem eigentümlicherweise Kinder bis zu 15 Jahren (8 Fälle) überwogen, sahen wir siebenmal Gelenkrheuma, teils nach Angina, und dreimal Tonsillitis chronica in der Vorgeschichte. Als weitere fokale Herde fanden wir zweimal Zahngranulome. Bei schwer dekompensierten Vitien, insbesondere der Mitralstenose, wird fast nie eine E. I. beobachtet. Es sind also vor allem junge Leute mit sog. „banalen Vitien“ dauernd gefährdet. Häufig geht eine zunächst gutartige rezidivierende Endocarditis rheumatica in eine E. I. über.

Da ein wesentlicher Teil der therapeutischen Mißerfolge in dem zu späten Behandlungsbeginn zu suchen ist, möchten wir hier vor allem auf die weniger bekannten und oft auch sehr uncharakteristischen Anfangssymptome hinweisen. Wenn die klassischen Symptome wie Geräusche über den Herzklappen, sekundäre Anämie, Milztumor, Herdnephritis und Embolien festgestellt werden, dann ist es meistens zu spät für eine erfolgreiche Therapie. Gerade dem praktischen Arzt fällt mit der oft sehr schwierigen, frühzeitigen Erkennung der E. I. eine verantwortungsvolle Aufgabe zu. Die Erkrankung beginnt meist ganz allmählich und schleichend. Die Patienten klagen zunächst nur über allgemeine Müdigkeit und Leistungsschwäche sowie über Schmerzen in den Gelenken und Muskeln. Das Aussehen der Kranken ist blaß, der Appetit fehlt und das Körpergewicht sinkt. Es besteht häufig Neigung zu Schweißbildung. Oft werden Druck oder Stechen in der Herzgegend, Beklemmungen oder Atemnot angegeben. Die Temperatur ist dauernd subfebril oder in ganz uncharakteristischer Weise erhöht, auch können Schüttelfröste auftreten. Demzufolge wird oft die Diagnose „Grippe, Hyperthyreose, Tuberkulose, typhöse Erkrankung oder unspezifischer Infekt“ gestellt. Grundsätzlich muß deshalb unbedingt jeder länger dauernde fieberhafte Zustand bei einem Patienten mit Vitium, chronisch-rezidivierender rheumatischer Endocarditis oder rheumatischer Erkrankungen in der Anamnese im Hinblick auf eine E. I. genauestens beobachtet und untersucht werden. Vor allem notwendig ist die Kontrolle der BSG und des Blutbildes sowie der Nachweis der Erreger im Blut (Versand des Blutes in Liquid) und laufende Harnsedimentuntersuchungen. Zur Sicherung der Diagnose ist außerdem eine elektrokardiographische Untersuchung und röntgenologische Bestimmung der Herzkonfiguration und Darstellung der Herzgröße erforderlich. Die BSG ist immer, anfangs nur mäßig, später stärker beschleunigt; die Leukozytenzahl häufig vermehrt. Bei der Blutbilddifferenzierung läßt sich meistens eine Linksverschiebung feststellen. Nach Holler-Pfleger-Pape ist eine Monocytose pathognomonisch. In unseren Fällen war immer eine Beschleunigung der BSG vorhanden (achtmal lagen die Werte über 100 in der 2. Stunde nach Westergreen, zweimal zwischen 70 und 80, viermal zwischen 40 und 50 und nur einmal

unter 20); auch die Leukozytenzahl war erheblich vermehrt. Bei fünf unserer Patienten bestand eine Monocytose. Der Harn zeigt negativen oder leichten Eiweißbefund, im Sediment neben Leukozyten vor allem Erythrozyten, bei stärkerer Nierenbeteiligung in späteren Stadien auch Zylinder. Von unseren Patienten hatten sieben eine Mikrohaematurie. Elektrokardiographisch ist anfangs häufig keine Abweichung von der Norm festzustellen. Später läßt sich aber immer eine Herzmuskelschädigung nachweisen, sei sie auch nur an umschriebener Stelle durch die „unipolare“ Brustwandableitung erkennbar. Außer in einem Fall waren sämtliche Kurven bei uns pathologisch verändert, und zwar fand sich vor allem eine Senkung ST mindestens in zwei Ableitungen, flaches bzw. negatives T in sämtlichen Ableitungen. Nach der „unipolaren“ Brustwandableitung konnte der Myocardschaden lokalisiert werden. Die Herzmaße sind bei längerem Bestehen der Erkrankung immer, oft erheblich, vergrößert. Wir stellen zehnmal schon bei der stationären Aufnahme eine bedeutende Herzdilatation fest. Manchmal geht diese Dilatation innerhalb weniger Wochen vor sich, wie die beiden folgenden Beispiele zeigen:

Ein 33jähriger Patient, der hier wegen unklarer Fieberschübe und Hautembolien stationär aufgenommen wurde, zeigte anfangs die folgenden Herzmaße, die gegenüber der Norm schon ein wenig vergrößert waren: Mr 3,9 cm, Ml 9,4 cm, LD 15,1 cm. Nach 25 Tagen unter Penicillin-Behandlung war Ml auf 10,5 cm gestiegen, Mr gleichgeblieben und LD auf 16,5 cm vergrößert.

Bei einem Mädchen von 8 Jahren sahen wir innerhalb von 4 Wochen den maximalen Medianabstand re. von 3,7 cm auf 5,8 cm und den Längsdurchmesser von 13,3 cm auf 16 cm ansteigen, während der li. Medianabstand sich nicht veränderte. Hier konnte die hoch fieberhafte Endocarditis durch Penicillin zum Abklingen gebracht werden, doch kam das Kind einige Monate später infolge hochgradiger Dekompensation bei *Cor bovinum ad exitum*.

Der Erregernachweis gelingt nur selten, besonders dann, wenn ein längerer Weg bis zum bakteriologischen Institut zurückgelegt werden muß. Selbst unter der optimalen Bedingung einer Klinik ist er nicht immer möglich (Heilmeyer und Schön berichten von einem Erregernachweis in 50% der Fälle). Neben Salizyl- und Streptokokkentest wird neuerdings die perorale Verabreichung von Paraaminobenzoensäure (Gerner) bei fehlendem Nachweis empfohlen. Die Blutnegativen Fälle werden durch den bakterienwuchsfördernden Effekt der Paraaminobenzoensäure oft positiv. Ein negativer Befund sollte niemals davon abhalten, die Diagnose E. I. zu stellen.

Häufig suchen die Patienten in diesem „Stadium ambulans“ gar nicht den Arzt auf und gehen noch wochenlang ihrem Beruf nach. Dann ist es das bedrohliche Ereignis einer Makroembolie, meistens im Gehirn, der Niere oder der Milz lokalisiert, das erstmals auf eine bestehende Krankheit aufmerksam macht. Wir erlebten in dieser Beziehung einen besonders tragischen Fall: Ein 16jähriges Mädchen wurde zur ambulanten Anfertigung eines EKGs ins Krankenhaus geschickt. Aus technischen Gründen konnte dies am gleichen Tag nicht ausgeführt werden. In der folgenden Nacht trat eine Apoplexie auf. Die Patientin wurde sofort stationär

aufgenommen und, da eine E. I. als Ursache für die Apoplexie gefunden wurde, mit Penicillin und Sulphonamiden behandelt. Nach anfänglicher Besserung kam es durch eine weitere Gehirnembolie zum exitus. Diese Makroembolien, wie auch die Mikroembolien an den Extremitäten, der Haut, den Schleimhäuten, der Netzhaut und den inneren Organen verlaufen immer bland. Die Mikroembolien können, soweit sie nicht äußerlich gelegen sind, z. B. als Ossler'sche Knötchen an den Fingerbeeren oder Zehen oder als Petechien imponieren, naturgemäß ohne wesentliche Ausfallserscheinungen auftreten. Jede Hemiplegie im jugendlichen Alter, Hautembolien oder heftige Schmerzen im li. Oberbauch (Milzinfarkt) sollten den Verdacht auf Endocarditis lenken.

Leider wird die Therapie in diesem „Stadium embolicum“, das meist erst nach dem 6. Monat beginnt, häufig schon zu spät kommen. Bei den in der deutschen Literatur veröffentlichten geheilten Fällen war der Zeitraum zwischen Krankheits- und Behandlungsbeginn unterhalb der Grenze von 6 Monaten. Manche Autoren halten 10 Wochen für den äußersten Zeitpunkt, bis zu dem die Behandlung noch erfolgreich ist. Deshalb ist ja die *F r ü h d i a g n o s e* so wesentlich. Dies wird noch verständlicher, wenn man sich die Vorgänge an den Herzklappen einmal primitiv veranschaulicht: anfangs sitzen die Erreger noch oberflächlich auf den Klappen bzw. den thrombotischen Auflagerungen. Später werden sie immer mehr durch neue Thrombenbildung in die Tiefe gedrängt. Hierhin gelangt das Penicillin, dessen Spiegel vom Blut zum Gewebe stark abfällt, gar nicht, oder in viel zu geringer Konzentration. Die Amerikaner haben deshalb die Penicillinbehandlung mit Heparin kombiniert. Weiterhin trägt man diesem Umstand Rechnung, indem man eine hohe Dosierung wählt. Auch durch Caronamid kann der Penicillin-Blutspiegel um das drei- bis fünffache erhöht werden (Schwiegk u. a.). Dies Mittel hemmt die an und für sich sehr schnelle Ausscheidung des Penicillins durch die Nieren (fragliche Fermentwirkung). Die Ausscheidung durch die Nieren versucht man auch durch Aminohippursäure und Benzoe-Säure zu blockieren. Im allgemeinen richtet sich die Dosierung nach der in vitro festgestellten Resistenz der Erreger. Wenn der Erregernachweis nicht gelungen ist, bestimmt das klinische Bild die Penicillmenge. Sie ist nicht unter 500 000 OE täglich zu wählen und muß bei fehlendem Rückgang der Krankheitserscheinungen auf 800 000 bis 2 Mill. OE täglich erhöht werden. Mammutdosen (bis 40 Mill. täglich werden berichtet) bewirken nur eine Konservierung der Keime, die nach Abklingen des Penicillineffektes wieder vermehrungsfähig werden (Jensen). Gerade in der Wachstumsphase aber werden die Bakterien vom Penicillin angegriffen. Deshalb ist eine Verlängerung der Behandlungsdauer wirksamer. In manchen, besonders chronischen Fällen, scheinen dazwischengeschaltete behandlungsfreie Intervalle erfolgreich zu sein. Als Applikationsart herrscht zur Zeit wohl die zwei- bis dreistündliche i. m.-Injektion vor. Wegen der lokalen Reizerscheinungen hat sich die i. v.-Dauertropfbehandlung nicht durchsetzen können. Das in Amerika in letzter Zeit viel verwandte Depot-Penicillin gewährleistet noch nicht einen ausreichenden Penicillinspiegel.

Von einigen Autoren werden Pyrififerstöße mit und ohne Penicillin empfohlen. Diese kommen jedoch nur

bei intaktem Kreislauf und nicht im „Stadium embolicum“ in Frage. Die Fiebertherapie und Kurzwellenbestrahlung des Herzens sollen die Erreger in die Teilungsphase bringen. Kienle berichtete auf dem Internistenkongreß in Wiesbaden über therapeutische Erfolge mit Tb 1/698 bei penicillin-refraktären Fällen. Streptomycin wurde bisher nur vereinzelt angewandt.

Über die Kombination von Sulfonamiden, vor allem Supronal, mit Penicillin liegen endgültige und einheitliche Beobachtungen noch nicht vor. Von vielen Klinikern wird sie abgelehnt, da die Sulfonamide meist schlecht vertragen werden und den Appetit verderben. Priest u. Mitarbeiter lehnen eine synergistische Wirkung von Sulfonamiden und Penicillin sogar schlechthin ab. Demgegenüber betont Schwiegk, daß die Sulfonamidbehandlung allein zwar nicht so erfolgreich sei, jedoch durch die Kombinationsbehandlung günstige Ergebnisse zu beobachten seien. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch Mitteilungen über Heilungserfolge mit sehr hohen (bis 30 g täglich) intravenösen Sulfonamidstößen, durch die zum Teil schwere Anurien auftraten. Auch Boden und Heilmeyer berichten über gute Erfolge mit der kombinierten Penicillin-Sulfonamidtherapie, bei der man Penicillin sparen kann. McGee nimmt sogar an, daß die Fibrinauflagerungen der Klappen durch Penicillin für die Sulfonamide permeabel gemacht würden.

Die Länge der Behandlung ist abhängig vom Rückgang der Krankheitserscheinungen: Besserung des Allgemeinzustandes, Normalisierung der Temperatur, der BSG und der Leukozyten-Zahl, wobei vor allem der BSG eine wesentliche Bedeutung zukommt. Im allgemeinen wird man die Injektionen über 5—7 Wochen durchführen müssen. Falls nach dieser Zeit keine „Heilung“ eingetreten sein sollte, muß überlegt werden, ob die Behandlung unter Erhöhung der Dosis fortzuführen ist. Bei einem Teilerfolg und gutem Allgemeinzustand wird man sich wohl immer dazu entschließen. Kontraindikationen für die Penicillinbehandlung sind schwer dekompensierte und dilatierte Herzen. Hier kommt es unter der Behandlung trotz guter Wirkung auf die Allgemeinfektion zu einem unaufhaltsamen Herzversagen infolge Verschlechterung der hämodynamischen Verhältnisse. Durch Rückgang der thrombotischen und entzündlichen Veränderungen wird die Schlußunfähigkeit der Klappen verstärkt. Bei mäßiger Insuffizienz ist zunächst eine Kompensation des Kreislaufs mit Strophanthin oder Digitalis zu versuchen und erst nach erfolgreicher Herzbehandlung mit Penicillin zu beginnen. Zwecklos ist die Penicillinbehandlung auch bei Niereninsuffizienz.

Im Vertrauen auf die gute Wirkung des Penicillins darf aber nicht vergessen werden, daß das Antibiotikum in den verabfolgten Dosen nur bakteriostatisch

wirkt, und der Endkampf von den Abwehrkräften des Körpers geführt wird. Es sollte deshalb größter Wert auf eine Hebung des Allgemeinzustandes gelegt werden, sei es durch Zusatzkost, insbesondere Eiweiß und Vitamine, sei es durch Bluttransfusion. Selbstverständlich müssen etwaige Fokalherde unter Penicillinschutz in therapeutischer Dosierung saniert werden. Schön empfiehlt die Fokalherdsanierung gegen Ende der Kur vorzunehmen. Witzgall rät: nach Abschluß der Penicillinbehandlung noch 14 Tage Bettruhe und Massage, dann zunehmende körperliche Belastung; Entlassung aus dem Krankenhaus erst nach 5 Wochen. 4 Wochen nach Absetzen des Penicillins ist eine BSG-Kontrolle angezeigt, da innerhalb dieser Zeit am häufigsten mit Rezidiven zu rechnen ist. Vorsichtige Berufsaufnahme sollte frühestens nach 4 Monaten stattfinden. Bei dieser langen Behandlungsdauer ist es verständlich, daß die Pat. oder ihre Angehörigen die Geduld verlieren. Hier kann nun der Hausarzt den Krankenhauskollegen wesentlich unterstützen, indem auch er die Angehörigen von der Notwendigkeit überzeugt, die Behandlung weiterzuführen.

Eine weitere wichtige Aufgabe für den praktischen Arzt ist die Prophylaxe. Bei jedem jungen Menschen mit einem „banalen Vitium“, bei dem man einen Fokalherd entdeckt oder bei dem eine entzündliche Veränderung in der Mundhöhle, dem Magen- und Darmtrakt oder dem Urogenitalsystem einschließlich Prostata, auftritt, ist schon prophylaktisch eine Herdsanierung durchzuführen. Nach Witzgall ist eine Unterlassung der Sanierung in diesen Fällen ein Kunstfehler. Daß diese unter Penicillinschutz durchgeführt werden muß, erhellt aus der Tatsache, daß eine einmalige Bakteriämie genügt, eine E. l. zu manifestieren. Wir sahen einmal nach Zahnextraktion trotz Supronalschutz eine erhebliche Verschlechterung des Krankheitsbildes mit Fieberreaktion. In zwei Fällen konnte 14 Tage nach der Tonsillektomie eine E. l. festgestellt werden. Diese beiden Patienten konnten also sofort mit Penicillin behandelt werden. Die endocarditischen Erscheinungen gingen verhältnismäßig sehr rasch zurück und klinisch blieben diese Fälle auch bis heute, nach einer fünf- bzw. einmonatigen Beobachtungszeit, erscheinungsfrei.

Insgesamt gesehen sind die Hoffnungen, die man im ersten Enthusiasmus auf das Penicillin bei der Behandlung der E. l. gesetzt hat, nicht ganz in Erfüllung gegangen. Trotzdem kann man beim Vergleich mit den früheren Behandlungsergebnissen von dem bisher Erreichten befriedigt sein. Bessern ließen sich die Resultate sicherlich noch, wenn die Pat. mit E. l. frühzeitiger der spezifischen Therapie zugeführt würden.

(Literatur kann von Verf. angefordert werden.)

Anschrift: Kreiskrankenhaus Ellwangen/Jagst.)

Aus dem Arbeitsmedizinischen Institut Stuttgart-Tübingen

Leiter: Dozent Dr. Karl Humperdinck

Die Silikose in Württemberg

Von Doz. Dr. Karl Humperdinck und Dr. Gerhard Sigler

Der Begriff Silikose wurde erstmals auf der Johannesburger Silikosekonferenz im Jahre 1930 geprägt und folgendermaßen definiert: „Wir verstehen darunter einen

pathologischen Zustand der Lungen, der auf Einatmung von freier Kieselsäure zurückgeführt wird. Er kann experimentell erzeugt werden. Um diesen Zustand herbei-

zuführen, muß Kieselsäure die Lunge erreichen:

- a) in chemisch ungebundenem Zustand, obgleich der inhalierte Staub eine natürliche Mischung von Kieselsäure mit anderen Staubarten ist,
- b) in kleinen Teilchen unter 10μ ,
- c) in genügender Menge in einer gewissen Zeiteinheit."

Die Silikose-literatur hat seither erhebliche Ausmaße angenommen. Doch wird die Frage, wie die Quarzkieselsäure eigentlich die für die Silikose charakteristische fortschreitende Fibrose verursacht, noch keineswegs einheitlich beurteilt. Und während ein Teil der Forscher in der Einwirkung der kolloidal gelösten Kieselsäure auf das Lungengewebe die wesentliche Ursache sieht, weisen andere Forscher wie Jötten, Gärtner darauf hin, daß die amorphe Kieselsäure wie z. B. Opal, die sich noch leichter als die kristalline Form kolloidal löst, eher eine Fibrose als eine Silikose erzeuge. Man gibt zwar zu, daß sie wie viele Stäube eine gewisse Bindegewebsvermehrung in der Lunge auslösen und so röntgenologisch zu einer erheblich vermehrten Zeichnung führen könne, doch habe diese Fibrose nicht die Form und den fortschreitenden Charakter, wie wir dies bei der Einwirkung von freier kristalliner Kieselsäure (Quarz, Sandstein) immer wieder feststellen und röntgenologisch im I. Stadium in einer erheblichen Zeichnung, im II. Stadium in deutlicher Knötchenzeichnung und schließlich dem „Schneegeästör“, im III. Stadium in deutlicher Knotenbildung und in zahlreichen Zwischenformen nachweisen können.

Es kann nun nicht unsere Aufgabe sein, diese Problematik in den Vordergrund zu stellen. Für den Praktiker ist bei dem augenblicklichen Stand der Silikoseforschung nur die Folgerung zu ziehen, daß er möglichst genau den kieselensäurehaltigen Staub feststellt, oder feststellen läßt, der im einzelnen Fall eine Silikose verursacht und die Silikose entsprechend bezeichnet, z. B. Sandstrahlbläsilikose, Silikose durch Neuburger Kieselkreide, Steinhauersilikose (Sandstein) usw. So wird auch der Praktiker am ehesten die Tatsache berücksichtigen, daß die verschiedenen Beimengungen zu einem kristallinen oder amorphen Kieselsäurestaub, aber auch der verschiedene Feinheitsgrad der einzelnen Staubanteile die Gefährlichkeit eines Staubes und das Erscheinungsbild einer Silikose wesentlich bestimmen.

In der vorliegenden Arbeit berichten wir über unsere Silikoseerfahrungen aus den Jahren 1937—1944 in Württemberg, die insofern eine besondere Bedeutung haben, als die Volksröntgenuntersuchung 1942 eine gewisse Generalbestandsaufnahme gebracht hat. Zumindest alle mittelschweren und schweren Silikoseerkrankungen gelangten so zu unserer Kenntnis, da ja nach der Vierten Berufskrankheiten-VO. nach Nr. 17 schwere Staublungenerkrankungen und Staublungenerkrankungen in Verbindung mit akut fortschreitender Lungentuberkulose anzeigespflichtig sind.

In Württemberg spielt die Silikose keine besonders große Rolle. Manchem Praktiker wird eine Silikose zeit seines Lebens nicht begegnen. Mit der Industrialisierung hat ihre Bedeutung zugenommen. Nachweislich erkrankten viele Steinmetzen, die die schönen gotischen Kirchen erbauten, wie z. B. das Ulmer Münster, die Eßlinger Frauenkirche, an „Auszehrung“, wie die damalige Zeit es nannte. Ganz sicher handelte es sich dabei zu einem großen Teil um Erkrankungen an Siliko-Tuberkulose,

zum geringen Teil wahrscheinlich auch um reine Silikosen.

Mit dem Aufkommen der Industrie wurde in Württemberg in Wasseralfingen, Aalen und Geislingen in der geologischen Formation des Braun-Jura-Beta nach Erz gegraben. In Wasseralfingen entstanden die Schwäbischen Hüttenwerke. Wegen des geringen Erzgehaltes von 25—30% und der schweren Verhüttbarkeit durch den hohen Kieselsäuregehalt waren diese Stätten nach einigen Jahrzehnten nicht mehr abbauwürdig. Erst im Rahmen des Vierjahresplanes erlangten sie wieder Bedeutung, und in den Jahren 1935/36 wurden Bergleute aus dem Ruhrgebiet und anderen Revieren an diesen drei Orten zum Erzabbau eingesetzt.

Gleichfalls entstanden im 19. Jahrhundert in Württemberg die großen Werke der Metallverarbeitung, z. B. in Stuttgart, Cannstatt, Feuerbach, Eßlingen, Ulm, Geislingen, Göppingen, Reutlingen und an anderen Orten. Mit der Einführung besonderer Arbeitsprozesse, wie z. B. des Sandstrahlgebläses, wuchsen auch die Gefährdungsmöglichkeiten durch kieselensäurehaltige Stäube, zumal man zunächst an ihre Gefährlichkeit nicht dachte.

Eine ganz besondere Rolle spielt in Württemberg das Handwerk der Steinhauer, Steinbrecher und Steinmetzen. Die Einführung von Preßluftwerkzeugen hat zum Teil zu einer Zunahme der Gefährdung durch kieselensäurehaltige Stäube geführt. Andererseits sind in neuerer Zeit die Arbeitsplätze im Hinblick auf die Gefahren bei der Einatmung freier kieselensäurehaltiger Stäube erheblich verbessert. Teilweise werden die Bauhütten nach neueren Gesichtspunkten errichtet, teilweise werden wirksame Staubabsaugungen angebracht. Doch ist nach wie vor die Gefahr bei diesen Berufsgruppen beachtlich.

Einen Überblick über die verschiedenen Gefährdungsmöglichkeiten in der württembergischen Industrie durch kieselensäurehaltige Stäube und über die Bedeutung der Silikose in Württemberg ergeben am besten die Untersuchungsergebnisse auf Grund der Anzeigen über berufliche Silikosen. Die 242 Anzeigen in dem Beobachtungszeitraum 1937—1944 verteilen sich auf die Berufsgruppen in folgender Weise:

1. Steinhauer, Steinbrecher, Steinmetzen, Grabsteinhauer	139 = 56,9 %
2. Bergarbeiter	32 = 13,2 %
3. Schleifer von Sandsteinen	18 = 7,4 %
4. Glasschleifer	6 = 2,5 %
5. Sandstrahlbläser	15 = 6,2 %
6. Gußputzer	4 = 1,7 %
7. Former und Kernmacher	13 = 5,9 %
8. Keramische Industrie	12 = 4,9 %
9. verschiedene Industriezweige	3 = 1,3 %

Dabei müssen wir berücksichtigen, daß sehr wahrscheinlich eine gewisse Zahl leichter Silikosen nicht erfaßt worden ist, da sie nicht meldepflichtig sind und wohl auch bei der Volksröntgenuntersuchung zum Teil übersehen worden sind.

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse bei den verschiedenen Berufsgruppen.

Bei Steinbrechern, Steinhauern und Steinmetzen beobachteten wir 139 Silikosen und unter ihnen 37 mittelschwere und 57 schwere Erkrankungen. Sie traten überall gehäuft an den Orten in Württemberg auf, wo Sandsteinbrüche sich befinden und der Sandstein meist auch

von den Steinmetzen an Ort und Stelle weiter bearbeitet wurde, so in Maulbronn, Heilbronn, Dettenhausen, Horb, Crailsheim, Stuttgart und Freudenstadt. Wo vor Granit und Gneis mit verhältnismäßig geringem Gehalt an freier kristalliner Kieselsäure gearbeitet wurde, konnten wir keine Silikosen finden. Wir sehen die von vielen Seiten gemachte Erfahrung bestätigt, daß sich die Silikose bei den Steinhauern und Steinmetzen vor allem im Alter von 50 bis 65 Jahren in der Regel erst gehäuft bemerkbar macht und daß das durchschnittliche Berufsalter zwischen 20 und 30 Jahren liegt. Doch kann auch verhältnismäßig früh vereinzelt eine Silikose sich zeigen, ebenso wie auch nach sehr langer Exposition hin und wieder ein geringer Befund erhoben werden kann. Dies weist uns auf den immer wieder betonten Einfluß der Konstitution hin, den wir leider noch nicht sicher im voraus bestimmen können. Vielmehr gibt uns hier die laufende Beobachtung mit Röntgenkontrollen einen Hinweis. Auch die Zeit, in der sich eine leichte Silikose zu einer mittelschweren oder schweren Silikose entwickelt, hängt sehr von individuellen konstitutionellen Faktoren ab. Soweit wir dies vereinzelt verfolgen konnten, fanden wir Zeiten von 5 bis 6 Jahren.

Wenn wir auch bei leichten Silikosen aktiv fortschreitende Tuberkulosen fanden (in 25%), so liegt das hier zu einem großen Teil daran, daß solche leichten Silikosen mit aktiver Lungentuberkulose fast vollständig zu unserer Kenntnis gelangten. Bei den schweren Silikosen fanden wir in 37% eine aktiv fortschreitende Tuberkulose und mußten sie in weiteren 11% für wahrscheinlich halten. Alle Erfahrungen sprechen dafür, daß eine leichte Silikose zwar die Entwicklung einer Tuberkulose beeinflusst, daß jedoch ein ungünstiger Verlauf einer Tuberkulose in der Regel nur bei erheblicher Silikose festzustellen ist.

Objektive klinische Störungen der Atmung und Kreislauf-funktion fanden wir bei mittelschweren Silikosen in 27% und bei schweren Silikosen in 59%, während leichte Silikosen fast durchweg keine wesentlichen Beschwerden machten. Insgesamt starben 23 Steinhauer und Steinmetzen an einer Silikose in einem durchschnittlichen Lebensalter von 58 Jahren. Darunter waren 5 reine Silikosen, 17 Siliko-Tuberkulosen und 1 Tuberkulo-Silikose. Die Tuberkulose nahm zumeist einen zunächst mehr langsamen Verlauf, um dann zum Schluß einen überwiegend exsudativen Charakter anzunehmen.

Wenn wir in der Übersicht unter 242 bekannt gewordenen Silikosen 32 **Bergarbeiter** finden, so erklärt sich diese Zahl nur dadurch, daß zum Erzabbau in Aalen und Geislingen 1936—1944 zahlreiche Bergarbeiter aus dem Ruhrgebiet, dem Aachener Kohlengebiet, aus Westfalen und Steiermark, sowie Bergleute aus Frankreich, Belgien und den Oststaaten eingesetzt waren, die meist im Alter zwischen 40 und 50 Jahren und schon 15—20 Jahre in ihrem Beruf tätig waren. Viele hatten als Hauer, Steiger vor Kohle oder Erz gearbeitet; ein großer Teil war aber auch früher als Schacht- bzw. Querschläger vor quarzhaltigem Gestein in stärkerem Maße tätig gewesen. Wir konnten keinen Bergmann feststellen, bei dem die Silikose nachweislich auf seine Tätigkeit in den württembergischen Erzgruben zurückzuführen war. Dazu war ja auch die Expositionszeit zu kurz. So verweisen wir hier auf die Feststellungen von **Reichmann** und **Schürmann**, die bei Gesteinshauern des Ruhrgebiets, die

vorwiegend Nebengestein losschlügen, bei einer Arbeitsdauer bis zu 4 Jahren keine silikotischen Veränderungen fanden. Für das leichte und mittlere Stadium errechneten sie eine durchschnittliche Expositionszeit von 10 bis 15 Jahren und für das schwere Stadium von 15 bis 20 Jahren.

Wir fanden nach einer durchschnittlichen Expositionszeit von 10 bis 15 Jahren 14 mittelschwere und nach einer durchschnittlichen Expositionszeit von 15 bis 20 Jahren 9 schwere Silikosen, und die schweren Silikosen waren in 30% sicher und in weiteren 50% sehr wahrscheinlich mit einer Tuberkulose verknüpft.

Vergleicht man die Analysen verschiedener Gruben in Geislingen, Aalen, Wasseralfingen, so ist gegenüber Sandstein der Gehalt an dazu noch zum Teil gebundener Kieselsäure mit 19—36% wesentlich geringer; außerdem hat das Gestein einen hohen Feuchtigkeitsgehalt und erhebliche basische Beimengungen (**Frank**), die nach der Erfahrung die Gefährdung herabsetzen. Wir haben daher hier zumindest mit langen Expositionszeiten zu rechnen, zumal der Abbau unmittelbar an der erzhaltigen Schicht ansetzt.

Das Schleifen vor Sandsteinen hatte besonders in den früheren Jahren in der Metall- und Glasindustrie eine besondere Bedeutung, während heute durch Verwendung künstlicher Schleifsteine (vorwiegend aus Korund und Karborund) die Silikosegefährdung wirksam bekämpft ist. Sie war insbesondere bei **Metall-, Stahl- und Gußschleifern** vor großen Sandsteinen bei dem erheblichen Abrieb groß.

Das Schleifen ist ein Drehen mit Tausenden feinsten Schneiden, nämlich den Flächen von kleinen Kristallen (Quarzteilchen von Natursandsteinen oder den Korund- bzw. Karborundteilchen von Kunststeinen), die in einer Verbindungsmasse eingebettet liegen und mit großer Geschwindigkeit an dem Werkstück mit mehr oder weniger starker Reibung vorbeigeführt werden. Der Zweck ist entweder ein Schärfen (z. B. von Feilen, Pflugscharen, Messern usw.), ein Glätten des Werkstücks von Nahtstellen oder Unebenheiten (z. B. bei den Guß- und Rundschleifern) oder ein Zurichten des Werkstücks auf ein vorgeschriebenes Maß. Verwendet werden Sandsteine in den verschiedensten Größen bis über 2 m Durchmesser, die sich meist senkrecht um ihre Achse drehen. Bei all diesen Vorgängen wird der Sandstein entsprechend seiner Härte abgenutzt und zerrieben, und das losgelöste Material wird als feinsten Sand, beim gefährlichen Naßschleifen in feinsten Tröpfchen weggeschleudert. Dabei ist die Haltung des Werkzeugschleifers wie z. B. der Messer- und Pflugscharenschleifer recht ungünstig, indem sie das von einem Holzgestell gehaltene Werkstück mit den Knien gegen den rotierenden Schleifstein pressen. Der 2—3 m im Durchmesser große Schleifstein wird oft innerhalb von 4—6 Monaten weitgehend abgeschliffen.

Entsprechend der erheblichen Gefährdung durch feinsten Sandsteinstaub waren von 18 Silikosen 7 mittelschwer und 3 schwer. Davon traten 2 mittelschwere Silikosen bereits nach einem Berufsalter von unter 5 Jahren, 2 weitere und 1 schwere Silikose nach einem Berufsalter von unter 10 Jahren auf. Aktive Tuberkulosen waren auch bei beginnenden Silikosen öfters zu finden, so daß man bei Schleifern noch andere wesentlich begünstigende Faktoren für die Tuberkulose annehmen muß.

Die Silikosegefährdung der **Glasschleifer** ist erheblich geringer. Beim Glasstaub handelt es sich um Silikate, die nach der Erfahrung eine Silikose nicht verursachen. Beim Schleifen von Glas und Kristall entsteht erheblich weniger Sandsteineinstaub, und zudem werden neuerdings in immer steigendem Maße Kunstschleifsteine benutzt. Bei 6 Glasschleifern fanden wir schwere Tuberkulosen und nur bei 1 langjährigen Glasschleifer konnte neben der Tuberkulose eine schwere Silikose festgestellt werden. Er hatte 20 Jahre vor Sandstein geschliffen.

Besonders gefährlich ist die Tätigkeit des **Sandstrahlbläasers**. In geschlossenen, halbgeschlossenen Gebläsen oder im Freistrahle wird feiner Sand mit Druckluft auf Metall bzw. Gußteile, aber auch auf Glas geblasen. Die Gegenstände werden so geputzt oder auch mattiert. Trotz aller Schutzmaßnahmen ist bei Verwendung von Sand die Gefährdung auch in der Umgebung im Arbeitsraum erheblich, da gerade der Feinstaub lange schwebefähig ist, durch die geringsten Undichtigkeiten durchdringt und leicht eingeatmet werden kann. Um so erfreulicher ist daher die Tatsache, daß durch Verwendung von Stahlkies oder durch das Naßputzverfahren die Gefahr weitgehend gebannt werden kann. Außerdem bestehen bei Anwendung des Sandstrahlgebläses strenge Schutzvorschriften. Die Notwendigkeit dieser Maßnahmen ergibt sich auch aus unseren Erfahrungen.

Schon nach einer Expositionszeit von unter 5 Jahren waren unter 15 Silikosen 6 leicht, 1 mittelschwer und 1 schwer, nach einer Expositionszeit von 5 bis 10 Jahren weitere 3 mittelschwer und 3 schwer. Dementsprechend trat die Invalidität meist recht frühzeitig in einem Alter unter 40 Jahren ein, da die erheblichen silikotischen Veränderungen der Lungen schon frühzeitig zu einer schweren funktionellen Beeinträchtigung von Kreislauf und Atmung führten.

Die von uns beobachteten 4 **Gußputzer**, von denen 3 nach fünfjähriger Expositionszeit eine mittelschwere Silikose hatten, waren zeitweise am Sandstrahlgebläse tätig, worauf sich das Auftreten der Silikose nach verhältnismäßig kurzer Expositionszeit erklärt. Bei reiner Arbeit mit Preßluftwerkzeugen oder bei Verwendung von Stahlkies, besonders aber bei dem Naßputzverfahren wird mit einer erheblich geringeren Silikosegefährdung zu rechnen sein.

Obwohl der Formsand bis 90% freie Kieselsäure enthält, ist die Staubgefährdung bei der eigentlichen Formarbeit infolge des hohen Feuchtigkeitsgehaltes gering. Doch haben viele **Formen** andere Nebenarbeiten zu verrichten, wie das Leeren und Ausklopfen der Gießkästen oder Arbeiten bei der Sandaufbereitung, so daß sie dadurch gefährdet sind. Ebenso ist die eigentliche Arbeit der **Kernmacher** ungefährlich. Dementsprechend haben wir auch mit langen Expositionszeiten zu rechnen, bis eine Silikose in Erscheinung tritt.

Mittelschwere und schwere Silikosen fanden wir nach 25—45 Berufsjahren bei 8 Formern und Kernmachern (von insgesamt 13).

5 schwere Silikosen traten bei der Herstellung von künstlichem Bimsstein auf und zeigten sich bereits in einem Fall nach 3 Berufsjahren. Der künstliche Bimsstein wurde in dieser Fabrik aus weißem, gebranntem und gemahlenem Sandstein hergestellt. Die Gefährdung war daher bei allen Arbeitsvorgängen, die irgendwie zu

einer Staubentwicklung führten, wie z. B. in der Mühle, im Schleifsaal, aber selbst auch beim Verpacken sehr groß.

Die von uns beobachteten 3 Silikosen aus der Hafentube einer Glashütte waren leicht und machten klinisch keinerlei Erscheinungen. Die Arbeiter hatten die Rohmaterialien für die Herstellung von Glashafen aufzubereiten. Die geringen Lungenveränderungen zeigten sich erst nach einem Berufsalter von 15—25 Jahren.

Vereinzelt wird man immer wieder einmal durch das Auftreten einer Silikose in einem Betrieb überrascht, in dem ein Arbeiter einer erheblichen Einwirkung von Quarzkieselsäurestaub kürzer oder länger ausgesetzt war. So erkrankte ein Ofenmaurer an einer schweren Silikose, der 28 Jahre Schmelzöfen mit Magnesit und Chamottesteinen ausgemauert hatte und dabei eine Stampfmasse benutzte, die 90% freie Quarzkieselsäure enthielt.

Als Besonderheit fanden wir eine mittelschwere Silikose, die sich jedoch von dem gekannten Bild durch eine mehr streifige, verwaschene Zeichnung unterschied, bei einem Arbeiter, der Neuburger Kieselkreide (amorphe Kieselsäure) in gespaltene Watte einzustauben hatte (Berufsalter 10 Jahre). Die Kieselkreide enthielt bis 90% freie amorphe Kieselsäure und war äußerst fein verteilt, so daß man bei der Art der Arbeit und der Feinheit dieser amorphen Kieselkreide eine besonders hohe Gefährdung annehmen mußte.

Zusammenfassung

Auf Grund gewerbeärztlicher Erfahrungen in den Jahren 1936—1944 wird ein Überblick über die beobachteten 242 Silikosen in Württemberg gegeben.

Da im Jahre 1942 durch die Volksröntgenuntersuchung zumindest alle erheblicheren Silikosen erfaßt worden sind, gestatten diese Ergebnisse einen gewissen zusammenfassenden Überblick.

Ganz im Vordergrund steht die Silikose der Sandsteinhauer und Steinmetzen mit einer verhältnismäßig langen Expositionszeit. Die Silikose der Sandsteinhauer und Steinmetzen wird auch in der Zukunft eine große Rolle spielen, wenn auch der Sandstein durch Kunststein an vielen Orten verdrängt worden ist. Der Erzabbau hat in Württemberg zur Zeit und wohl auch in absehbarer Zeit nur eine geringe Bedeutung. Die Silikosegefährdung ist in Anbetracht des geringen Gehaltes an Quarzkieselsäure und bei den Arbeitsbedingungen verhältnismäßig gering, und wir haben hier mit langen Expositionszeiten zu rechnen. Als besonders gefährlich erwies sich das Schleifen von Metall-, Stahl- und Gußteilen vor Sandstein und die Arbeit am Sandstrahlgebläse. Erhebliche Verbesserungen, die Einführung von Kunstschleifsteinen, die Benutzung von Stahlkies und das Naßputzverfahren werden hier neben anderen Schutzmaßnahmen die schweren Silikosen weitgehend verhüten lassen. Staub wird allgemein an seiner Entstehungsstelle bekämpft und weitgehend verhütet werden müssen. Besondere Vorsicht ist aber dann geboten, wenn der Staub einen hohen Prozentsatz von Quarzkieselsäure und von amorpher Kieselsäure wie Kieselkreide enthält. Nur so lassen sich vereinzelt Silikosen verhüten, die in den verschiedensten Industriebetrieben auftreten können.

Krankheitssymptome des sozialen Lebens*

Von der Bedrohung des Gesundheitswesens durch die Sozialversicherung

Von Dr. med. Gisbert Husemann, Stuttgart

Im Sommer 1946 standen die Ärzte vor einer großen Überraschung. Über Nacht war ein Plan aufgetaucht, der das Volk wieder einmal von Grund auf „reformieren“ sollte. Offenbar in großer Hast hinter verschlossenen Türen irgendwelcher Büros ausgeheckt, hatte er einen umfassenden Charakter. Jeder Deutsche sollte in die neue Sozialversicherung aufgenommen werden. Ob Minister, oder von der Hand in den Mund lebend, jeder zahle nur seinen Beitrag, und die ärztliche Versorgung des ganzen Volkes sei garantiert. Was Reichweite und propagandistischen Effekt betrifft, dürfte so ein Unternehmen seine faszinierende Wirkung bei vielen nicht verfehlen. Denn es klingt doch wirklich sozial, daß nun auch der kleine Mann zum Herrn Professor in die Sprechstunde gehen und sich beraten lassen kann. Indessen dürfen wir den verlockenden Unterton bei dieser Gelegenheit nicht überhören, hinter dem sich eine tödliche Gefahr verbirgt. Der Leser erinnert sich wohl noch an Vorgänge, die mit ähnlicher Tonart daher kamen. Führen nicht auch die Arbeiter mit dem Dampfer, angezogen vom Sirenenengesang gehobener sozialer Verhältnisse hinaus auf das Meer der Illusionen? Endete die Lustfahrt des Volkes nicht mit dem Untergang des Schiffes?

Das Ideal der sanitären Maschinerie

Für den Ausbau und die Funktion dieser, wie es auch hieß, „volksnahen“ Sozialversicherungsreform wurde ein Verwaltungsapparat von ca. 30 000 Menschen veranschlagt. Ein Direktorium bildete seine Spitze, von einem Präsidenten geleitet. Niemandem, auch dem Parlament nicht verantwortlich, war ein sogenannter Selbstverwaltungskörper geschaffen, der nicht etwa der Bürokratie des Staates entgegengesetzt, sondern eher mit dieser einig, einen Staat im Staate dargestellt hätte. Ja, noch mehr! Bedenkt man nämlich die ungeheuren Summen, die sich zwangsweise an dieser Stelle aufhäufen und in die Milliarden gehen würden, dann kann jedem klar werden, wer die Macht im Staate innegehabt hätte: Die Großformation eines Versicherungskonzerns. Es handelt sich demnach um das förmliche Bestreben zur Machtübernahme in einem darniederliegenden Staatswesen. Der an vielen Stellen der Welt lauende **Trieb zur Vereinheitlichung, zum Kollektiv** trat hier unverhüllt wieder einmal zutage. Man muß so ein Ereignis auch von der psychologischen Seite als Kulturphänomen verstehen, wovon noch die Rede sein wird, will man ihm mit dem Urteil gewachsen sein. Daß dies nicht bei allen Politikern der Fall gewesen ist, haben die verschiedenen Stellungnahmen, die zahlreich in der Presse veröffentlicht wurden, leider nur allzu deutlich gezeigt.

Wenn das Gesundheitswesen sich einer derartigen Machtsphäre unterordnen muß, ist dem fremden Einfluß auf diesem Gebiet Tür und Tor geöffnet. Sind wir denn nicht mit Recht gerade in dieser Beziehung besonders empfindlich geworden? Dem Arzte sind noch die Nürnberger Prozesse gegen die von den damaligen Machthabern verführten Berufsgenossen in Erinnerung — der

*) (Aus Nr. 9/1949 der Zeitschrift „Die Kommenden“, Freiburg i. Br.)

Patient aber sieht sich wiederum als Enterbter seines Leibes einer **sanitären Maschinerie** verfallen, die von den alias Ärzten wiederum reibungslos bedient würde.

Die Untergrabung des Menschlichen

Die Tätigkeit des Arztes beruht nächst seiner Wissenschaft auf etwas Unwägbarem, das im Verhältnis von Mensch zu Mensch spielt, dem **Vertrauen**, das der kranke Mensch seinem Arzte schenkt. Nur in dieser Atmosphäre eines von Mensch zu Mensch entwickelten Verhältnisses kann sein Wille, zu heilen, dem Willen des Kranken, gesund zu werden, entgegenkommen. Die Begegnung mit dem Arzt findet unter vier Augen statt, und auch ein noch so befreundeter Mensch kann störend wirken. **Was auch immer sich zwischen den Kranken und seinen Arzt einschleibt, kann nur hindernd wirken.** Das geschieht, wenn der Arzt, wie vorgesehen, zum **Angestellten** einer Organisation werden würde, von der er finanziell vollkommen abhängig ist, die seine Handlungsweise nach ihren Richtlinien und Prinzipien überprüfen und kontrollieren kann. **Er hat an seinen Geldgeber seine Freiheit verloren, aus der er handeln soll.** Der Apparat hat den Kranken um den Menschen betrogen, den er im Arzte sucht. Die ärztliche Tätigkeit beruht auf schöpferischen Fähigkeiten, wie eine freie Kunst. Er muß in sich die Freudigkeit erzeugen, **Verantwortung** zu tragen. Diese Kräfte aber, die rein menschlicher und moralischer Natur sind, werden durch das eingegangene Angestelltenverhältnis gefährdet oder lahmgelegt. Andererseits tritt der Patient einem freien Mann ganz anders gegenüber als dem Angestellten einer Versicherungsbehörde. Es meldet sich ein **egoistischer Instinkt**: „Ich kann den Arzt getrost unentwegt beanspruchen; mein Zwangsbeitrag zur großen Volkskasse hält den Arzt ja schadlos.“ Mit jeder Kleinigkeit geht er zum Arzt, oder er bestellt ihn sich, wobei die Wiederherstellung der Gesundheit nicht selten erfahrungsgemäß ganz in den Hintergrund getreten ist. An dieser Stelle hätten viele Ärzte Unendliches zu erzählen, denn das heute bestehende allgemeine Krankenkassenwesen (nicht Privatversicherungen) unterscheidet sich in dieser Hinsicht nur **gradweise** von dem geschilderten Plan. Zwar wird die bestehende Krankenkasse im Anblick der drohenden Versicherungsmeduse lebhaft verteidigt, wenn sie auch nur noch einen Rest von Freiheit übrigläßt, aber im Prinzip ist auch dieses Bestehende etwas, was sich zwischen Arzt und Patient stellt und das menschliche Verhältnis zu ruinieren imstande ist. Bis zu welchem Grade der Arzt dabei mißbraucht werden kann, soll eine wahre Geschichte veranschaulichen. Ein Arzt wurde Sonntags nachts im Winter in den abliegenden Vorort einer mittleren Stadt gerufen: statt, wie er erwartet, einen dringenden Fall anzutreffen, wird ihm auf dem Arm seiner Mutter ein kleines Kind gezeigt, das diese allem Anschein nach aus dem Schlaf geweckt hat, es sei an Würmern erkrankt. Fieber besteht nicht. Dem Kinde fehlt sonst tatsächlich nichts. War denn das so eilig — besteht die Wurmerkrankung nicht seit Wochen, mindestens Tagen, hat

sie nicht Zeit bis morgen, müßte die Mutter nicht ihr Kind in die Sprechstunde bringen! Er beißt die Zähne zusammen und verordnet das Notwendige. Beim Herantreten an seinen Wagen tritt ein Mann herzu und fragt, ob er mitfahren könne. Schlagartig wird klar, was vorlag. Für den späten Sonntagsgast mangelte die Fahrgelegenheit: „Wenn wir heute abend unseren Doktor rufen, kann er ihn ja mitnehmen!“

Erkennen wir doch, wie in den sog. sozialen Einrichtungen der Gegenwart Kräfte stecken, die das **Menschliche untergraben**. Der eine wird zum Sklaven herabgewürdigt, der andere darf einem instinktiven Egoismus fröhnen. Eine solche Institution spricht dem sozialen Charakter Hohn, was in ihr wirkt, ist antisoziale Natur. An diesem gewiß krassen Fall zeigt sich mit pathologischer Schärfe eine Tendenz, die sonst zwar vorhanden, aber nicht so deutlich hervortritt, daher auch nicht so bewußt beurteilt werden kann, aber ähnliche Szenen wurden oft von Ärzten berichtet. Nicht die schlechtesten unter ihnen traten immer wieder mahnend und kämpfend auf.

Das organisierte Mißtrauen gegen den freien Menschen

Eine besondere Rolle für den Patienten wie für den behandelnden Arzt spielen die **Vertrauensärzte**. Sie haben als Angestellte der betr. Kasse die Arbeitsunfähigkeit der Krankemeldeten zu überprüfen. Nicht wenige Kranke verzichten auf das Krankengeld, um nicht zur Musterung vor dem Vertrauensarzt erscheinen zu müssen. Der Kranke fühlt sich zitiert, er ist dazu noch Zeuge, wie sein Arzt kontrolliert wird. Es dokumentiert sich hierin, wie die Organisation der ärztlichen Tätigkeit gegenübersteht. Das Vorhandensein der Vertrauensärzte stellt bewußt oder unbewußt das **Mißtrauen** bloß, das hier besteht. Kein Wunder, wenn sich dieser Posten keiner guten Nachrede erfreuen sollte. Naheliegenden Einwänden der betr. Kassen ist zu entgegen, daß es Sache der Ärzte wäre, wenn nötig, selbst ihre Arbeit zu beaufsichtigen. — So gibt es manches, was sich in ein Verhältnis drängt, das doch ganz auf Vertrauen gestellt ist.

Wir stehen hier vor Krankheitssymptomen, die in sich die Tendenzen haben, den freien Beruf, das freie Menschenwesen zu unterdrücken und es überall von einer kontrollierenden Organisation aufsaugen zu lassen.

Aber die Angelegenheit Sozialversicherungsreform muß noch rückhaltloser durchschaut werden. Da es sich dabei um menschliche Verhältnisse handelt, so sind auch Vergleiche aus dem übrigen Lebensbereiche aufschlußreich, während allzu detaillierte Erörterungen leicht am Kern der Sache vorbeigehen.

Die Gliedmaßen verschiedener Tiere zeigen einen inneren gesetzmäßigen Zusammenhang; aus den Flossen der Fische entstehen zuerst die Gliedmaßen der Landtiere, aus der Vordergliedmaße bildet sich der Flügel des Vogels in der Luft und aus diesem wieder die Gliedmaßen der in das Wasser zurückgekehrten Säugetiere oder Vögel, z. B. der Pinguine. Der Kreislauf beginnt im Wasser, er erobert das Land, die Luft und kehrt schließlich in das Wasser zurück. Es ist der Bewegungstrieb, der sich von einem Element an das andere anpassend, neue Werkzeuge für die Be-

wegung schafft. Die vergleichende Anatomie spricht hier von **Funktionswandel**. Damit wäre auch der vorliegende Fall, der eine akute Bedrohung des Gesundheitswesens darstellte, psychologisch hinreichend gekennzeichnet. Es handelte sich um den Wandel eines Machttriebes, dem die politischen Werkzeuge genommen waren und nun drohten die alten Antriebe zur Macht in einer anderen Sphäre, im Wirtschaftlichen aufzusteigen. Sie wollten ein großes Versicherungsgeschäft aus dem sozialen Leben machen. Es sollte auch dazu dienen, Menschen, die bisher immer noch bis zu einem gewissen Grade als freie Ärzte tätig waren, mit einem Mal als unerwünscht auszuschalten. In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, was Dr. med. Szondi auf dem ersten internationalen Kongreß für Heilpädagogik im Juli 1939 in Genf am Schluß seines Referates über Nerven- und Geisteskrankheiten forderte. Die Heilpädagogik, so sagte er, sei nicht nur die Heilerziehung der Kranken und Anormalen, sondern die Umformung der gefährlichen latenten Triebtendenzen; **die künftige Heilpädagogik habe die „periodisch wiederkehrenden Triebgefahren der Menschheit“ zu beachten.**

Ohne menschliche Freiheit verkümmert das soziale Wesen

Wir erinnern uns auch, daß im Sommer 1946 ein Professor an der Harvard-Universität in der Wirtschaftszeitung interessante Ausführungen über Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie veröffentlichte. Er sagte, man müsse darüber hinauskommen, in der Weise zu revolutionieren, wo eine Armee nach rechts und links feuert, wenn die Bevölkerung Widerstand leistet. Die Sozialisierung habe stufenweise zu erfolgen. Dabei wurden Nationalisierung und Sozialisierung als gleichbedeutende Begriffe benutzt. Der Bankapparat Englands, die Bergwerke, die Eisen- und Stahlindustrie seien für Nationalisierung reif und dann hieß es wörtlich: „Das Versicherungsgeschäft ist ein alter Kandidat für die Nationalisierung“, es sei inzwischen größtenteils mechanisiert und es könnten sich einige an dem „Machtzuwachs“ erfreuen, den die Kontrolle über das Kapital der Versicherungsgesellschaften dem Staat verschaffen würde! Man sieht, daß meine Ausführungen mit ihrer Diagnose nicht zu weit gegangen sind. Das Versicherungsgeschäft ist eigentlich ein alter Patient, den man schon längst einmal in das Spital der staatlichen Obhut hätte überführen müssen.

Das Ganze mutet einen an wie die Reminiszenz an einen Sklavenstaat, wo eine Riesenpyramide als Organisation errichtet wird, deren Basis in den tausenden Filialen eines Verwaltungskörpers besteht, der mit vielfältigen Stufengliederungen bis zu der direktorialen und Präsidentschaftsspitze aufsteigt. Im Königsgrabe aber liegt als Mumie, keines Atemzuges mehr fähig, das soziale Leben und das Gesundheitswesen unseres Volkes.

Es ist zwar erfreulich, berichten zu können, daß dieser akuten Gefahr damals von der Ärzteschaft mit einmütigem Protest begegnet wurde, **aber es ist notwendig, daß viele Menschen in Deutschland sich klarmachen, daß die Gefahr immer noch besteht.** Dieser Gefahr kann nur begegnet werden, wenn man, statt sich Rettung suchend in die Obhut des Staates zu begeben, gerade das Gegenteil fordert, wie es Dr. Pollock, früherer Di-

rektor des Koordinierungsamtes beim Länderrat, als Mahnung aussprach: „Bevor man darangeht, die alte deutsche Bürokratie zu neuem Leben zu erwecken, ist zu bedenken, den Verwaltungsapparat so aufzulockern und mit neuem Geiste zu erfüllen, daß die Oberhoheit des Volkes und seiner Vertreter nie wieder durch ein künftiges Bürokratenentum in Frage gestellt werden kann.“ — „Die Macht der Behörde muß geschwächt werden.“

Die Überwindung der „sanitären“ Maschinerie*

Von Carl Wienke

Die Feststellung im Artikel „Krankheitssymptome des sozialen Lebens“, daß die Gefahr für das soziale Leben und das Gesundheitswesen unseres Volkes immer noch besteht, kann insofern erweitert werden, als daß aus der akuten Gefahr eine chronische geworden ist; denn die Ziele der Verfechter der staatlichen Zwangsversicherung werden hartnäckig und mit Erfolg weiter verfolgt.

Der „kassenärztliche Ramschbetrieb“, wie ihn Dr. med. Erwin Liek einmal nannte, zwingt den Arzt, um ein Existenzminimum zu erarbeiten, täglich eine übergroße Zahl von Patienten zu „verarzten“, und das hat zur Folge, daß weder er zur Besinnung, zur Muße, zum Weiterstudium und zur Forschung kommt, noch der Patient zu einer für seinen Einzelfall notwendigen Qualität an Beratung und Behandlung. Die Privatpraxis ist für den Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnis ebenso lebensnotwendig wie für den Patienten, wenn ihm wirklich individuell geholfen werden soll. Durch das kostspielige Zwangssystem der staatlichen Sozialversicherung werden also beide Teile betrogen: der Arzt um die Freiheit und Früchte seiner Arbeit, der Patient um die Freiheit der Entscheidung und die notwendige Hilfe als Gegenleistung für seine finanziellen Opfer.

Der Staat als Monopolist

Der sachliche Ausgangspunkt für die Schaffung der Sozialversicherung war doch der, daß bei dem bestehenden Besitzrecht an bzw. Verfügungsrecht über Kapital und Produktionsmittel sowie über die damit geschaffenen Werte die unselbständig Arbeitenden nicht soviel für ihre in der Wirtschaft geleistete Arbeit erhielten, daß sie außer der Bestreitung der Lebenshaltungskosten aus eigenen Mitteln auch noch für Krankheitsfälle usw. vorsorgen konnten. Es liegt in der Natur der Sache selbst, daß diesem sozialrechtlichen Problem nicht dadurch beizukommen ist, daß der Staat selber wirtschaftet und zwangsweise in das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patienten eingreift. Eine wirklichkeitgemäße Lösung des Problems hätte nur darin bestehen können, daß die geistigen Grundlagen, die den Rechtsauffassungen zugrunde liegen, einer Revision unterzogen und andere Rechte geschaffen worden wären, die durch eine andere Verteilung des Sozialproduktes das wirtschaftliche Gleichgewicht hergestellt hätten! Statt dessen griff aber der Staat sowohl in das ihm wesensfremde geistige als auch wirtschaftliche Glied des sozialen Organismus reglementierend ein, schuf sich in Form von Versicherungseinrichtungen eigene wirtschaftliche Unternehmen, kommandierte einen Teil der Staatsbürger als Kunden für seinen eigenen Wirtschaftsbetrieb ab, schrieb ihm

*) (Aus Nr. 12/1949 der Zeitschrift „Die Kommenden“, Freiburg i. Br.)

Die Pollocksche Forderung muß positiv ausgedrückt werden, und zwar so: **das soziale Wesen muß unter allen Umständen verkümmern und vertrocknen, wenn ihm nicht ständig aus der Quelle der menschlichen Freiheit, d. h. des produktiven menschlichen Wesens, neue Kräfte zufließen. Das soziale Leben speist sich aus individuellen Quellen auf allen Lebensgebieten, sonst wird es krank und geht zugrunde.**

als Monopolist vor, welchen Preis er zu zahlen und welche Gegenleistung er dafür zu erhalten hat und glaubte, wenn er den Arbeitgebern die Hälfte des vorgeschriebenen Gesamtbeitrages abnimmt und ihn darüber hinaus zwingt, bei seinen Arbeitnehmern auch noch das Inkasso kostenlos für den staatlichen versicherungswirtschaftlichen Betrieb zu besorgen: daß dann das rechtliche Gleichgewicht usw. hergestellt ist. In Wahrheit hat er aber nur seinen Machtbereich auf Kosten der Freiheit und des Geldbeutels anderer ausgedehnt, um gleichzeitig die Qualität der geistigen Leistung der Ärzte herabzudrücken. Da die Zwangsversicherten unmöglich neben ihrem Opfer an Beiträgen zur Sozialversicherung Privatpatienten sein können, sind die Ärzte gezwungen, ihre Behandlungen zu Pauschalsätzen durchzuführen, die von der staatlichen Zwangsversicherung für die Ware „ärztliche Arbeit“ diktiert sind. Der vierteljährliche Pauschalsatz beträgt für die gesamten ärztlichen Leistungen zugunsten eines Patienten bei den staatlichen Zwangskrankenkassen durchschnittlich etwa 5 DM. Mehr können die Ärzte im Vierteljahr für die Behandlung eines Patienten, gleichgültig wie schwierig die Einzelleistung war bzw. wie oft jemand dafür behandelt werden mußte, nicht erhalten. Ferner besteht ein Pauschalsatz für Arzneien, der durchschnittlich ebenfalls etwa 5 DM betragen soll. Verschreibt der Arzt mehr, so läuft er Gefahr, regreßpflichtig gemacht zu werden. Will er dieser Gefahr entgehen, dann muß er auf Kosten der Heilbehandlung entweder weniger oder billiger verschreiben. Dafür steht ihm ein umfangreicher Katalog zur Verfügung, in dem die Mittel aufgeführt sind, die von der Verordnung ausgeschlossen wurden unter gleichzeitiger Angabe derjenigen Ersatzmittel, die von den Kassen zugelassen sind! Und das alles, um Arbeitnehmer, die ohnehin unfrei arbeiten müssen, auch noch im persönlichsten Bereich als Patienten sowie die Ärzte zu bevormunden, Ärzte, Apotheker usw. von sich abhängig zu machen und einen großen hörigen Beamtenapparat zu unterhalten, der zudem glänzende Gelegenheiten bietet, die Freunde und Anhänger der jeweils herrschenden politischen Richtung in lohnende Stellungen zu bringen und damit die eigene parteipolitische Linie wirtschaftlich zu untermauern! —

Der Arzt ist allein geistiger Arbeiter, und die beste geistige Leistung kann nur entstehen, wenn der geistige Leister seine Begabungen völlig frei von jeglichem Zwang entfalten kann. Andererseits kann die Freiheit des konsumierenden Menschen nur darin bestehen, daß er seine wirtschaftlichen und geistigen Bedürfnisse frei entwickelt und auf die beste Weise frei befriedigt. Das Bedürfnis nach der qualitativ besten geistigen Leistung einer **Arztindividualität** entsteht beim Patienten aus

seiner **individuellen** inneren und äußeren Lebenslage heraus. Was hat darin eigentlich der Rechts- und Polizeistaat zu suchen? Er hat gewiß noch niemanden gesund gemacht; er hat auch noch keinen Acker bestellt, Brot gebacken, Arzneimittel entdeckt und hergestellt usw. usw. Geistige und wirtschaftliche Leistungen können einzig und allein nur die Begabten im Geistes- und Wirtschaftsleben vollziehen.

Daraus erhellt, daß nur allein eine Trennung der Befugnisse und der sozialen Funktionen nach solchen geistiger, wirtschaftlicher und rechtlicher Art zum Segen führen kann. Innerhalb des Heilwesens hat der Staat aus dem menschlichen, geistig-seelischen Verhältnis zwischen Arzt und Patienten **ebenso** herauszubleiben wie aus dem **wirtschaftlichen** Verhältnis, welches zwischen beiden darin besteht, daß der Arzt für seinen Lebensunterhalt und für die Aufrechterhaltung seiner Praxis ein angemessenes Entgelt **benötigt** und der Patient ihm dieses Entgelt für empfangene Leistungen **zu übergeben** hat.

Ein beide Teile befriedigendes Verhältnis kann nur im Rahmen der sogenannten „Privatpraxis“ bestehen. Andererseits wird der Patient die Form einer Rückversicherung für die Aufbringung von Krankheitskosten usw. nicht entbehren können. Diese Rückversicherung gewährt den Privatpatienten seit langem die **private** Krankenversicherung. Sie bringt innerhalb einer Tarifgemeinschaft, deren Angehörige relativ gleiche Beiträge zahlen, den schwankenden Geldbedarf des einzelnen Patienten durch das „Gesetz der großen Zahl“ zum Ausgleich; denn es sind nicht alle Mitglieder gleichzeitig krank bzw. gleich schwer krank. Sie läßt, wie erwähnt, das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten weitgehend unberührt und fungiert nur dadurch als Rückversicherung, daß sie in Rechnung gestellte Heilbehandlungen, Arzneien usw. tarifmäßig an den Versicherten zurückvergütet. Da sie die Verwaltungsarbeit auf ein Mindestmaß beschränkt, sind ihre Verwaltungskosten naturgemäß niedriger als die der staatlichen Pflichtkassen, obgleich diese infolge des kostenlosen Inkassos durch die Arbeitgeber die Beitragseinzugskosten spart.

Das **wirtschaftliche** Grundproblem besteht darin, durch eine gerechte und volkswirtschaftlich richtige Verteilung des Sozialprodukts jedem Arbeitenden soviel an Gegenleistung für seine Leistung zu gewährleisten, daß er alle Lebenshaltungskosten einschließlich derjenigen, die aus Krankheit und den sonstigen Wechselfällen des Lebens entstehen, davon bestreiten kann. Das **Kardinalproblem** ist also das **Preisproblem**, das nur dann als gelöst zu betrachten ist, wenn

„jeder Arbeitende für ein Erzeugnis (oder eine Leistung) so viel an Gegenwert erhält, als zur Befriedigung sämtlicher Bedürfnisse bei ihm und den zu ihm gehörenden Personen nötig ist, bis er ein Erzeugnis (oder eine Leistung) der gleichen Art wieder hervorgebracht hat. Ein solches Preisverhältnis kann nicht durch amtliche Feststellung erfolgen, sondern es muß sich **als Resultat ergeben** aus dem lebendigen Zusammenwirken der im sozialen Organismus tätigen Assoziationen. Aber es wird sich einstellen, wenn dieses Zusammenwirken auf dem gesunden Zusammenwirken der drei Organisationsglieder (des Geistes-, Rechts- und Wirtschaftsgliedes) beruht. Es **muß** mit derselben Sicherheit sich ergeben, wie eine haltbare Brücke sich ergeben

muß, wenn sie nach rechten mathematischen und mechanischen Gesetzen erbaut ist.“ (Dr. Rudolf Steiner, Kernpunkte der sozialen Frage . . .) —

Solange die Dreigliederung des sozialen Organismus **nicht** verwirklicht ist, kann — ausgehend vom Bestehenden — die Gegenwartslage im Heilwesen nur dadurch gebessert werden, daß man durch eine Kombination der Form der ärztlichen Privatpraxis und der Versicherungsart der rückversichernden Privat-Krankenversicherung anstrebt, mehr und mehr Menschen vom staatlichen Versicherungszwang **zu befreien**, statt die Zahl der Zwangsversicherten durch Erweiterung der Versicherungspflichtgrenze ständig zu erhöhen! Praktisch ist das nur dadurch möglich, daß die Kombination: Privatpraxis und Privat-Krankenversicherung unter Wahrung der Freiheit der Beteiligten Besseres leistet als die staatliche Zwangsversicherung. Und diesen Weg können Ärzteschaft und Privat-Krankenversicherung nur zusammen gehen.

Den Ärzten ist in ihrer Gesamtheit schon seit der Beendigung des ersten Weltkrieges bzw. der ersten Inflation (1924) die Aufgabe zugefallen, ein erstrangiges soziales Problem mutvoll in Angriff zu nehmen und zu meistern: nämlich die **Honorarfrage!** Daß dieses Problem — bis auf einige Ausnahmen — von der Ärzteschaft ignoriert und vom einzelnen Arzt nur als Privatproblem betrachtet wurde, ist schuld daran, daß — wie gezeigt — zum Schaden der Ärzte und der Patienten die Verfechter der staatlichen Einheits-Sozialversicherung im allgemeinen und der staatlichen Zwangs-Krankenversicherung im besonderen ihre Ziele mit wachsendem Erfolg verfolgen konnten; denn die Ärzte liefern im Grunde genommen das gegen sie ins Treffen geführte Propagandamaterial selbst!

Wie ist denn die Situation?

Es gibt zwei ärztliche Gebührenordnungen: Die Preußische Gebührenordnung (Preugo) und die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (Adgo). Die erstere wurde vom Preußischen Minister für Volkswohlfahrt erlassen, enthält Honorarsätze von einer Mindesthöhe bis zum 10- bzw. 20fachen Betrag und schreibt die Anwendung der Mindestsätze vor, „wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind“. — Die Adgo wurde vom „Hartmannbund“ geschaffen, um „dem Arzt eine Handhabe zu geben, sich von staatlichen Gebührenordnungen, die weder in wissenschaftlicher Beziehung **noch in materieller Hinsicht** den Bedürfnissen der Ärzte Rechnung tragen, frei machen zu können“. Im Gegensatz zu der Auffassung eines Durchschnittspatienten **ist keine der beiden Gebührenordnungen für die Ärzte verbindlich! Außerdem** haben die Ärzte selbst dann, wenn sie eine der Gebührenordnungen bei der Honorarberechnung zugrundelegen, einen großen Spielraum, nämlich vom einfachen bis zum zehnfachen, teilweise bis zum zwanzigfachen Mindestsatz! Dafür einige wenige Beispiele:

Art der ärztl. Leistung	Preugo/Satz	Adgo/Satz
je Beratung	1.— bis 20.—Mk.	2.— bis 40.—Mk.
je Besuch	2.— bis 40.—Mk.	4.— bis 80.—Mk.
je Nachtbesuch	4.— bis 50.—Mk.	12.— bis 240.—Mk.
je Arzneieinspritzung	1.50 bis 15.—Mk.	2.— bis 20.—Mk.
je Gipsverband	3.— bis 30.—Mk.	6.— bis 60.—Mk.
je Blinddarmoperation	50.— bis 500.—Mk.	75.— bis 750.—Mk.

Im ganzen hat die Adgo etwa 657 verschiedene Positionen für ärztliche Verrichtungen, und die Preugo steht dem nicht viel nach!

Im § 3 der Preugo heißt es, daß das Honorar innerhalb der festgesetzten Grenzen u. a. **nach der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen** zu bemessen ist; der Anwendung der Adgo liegt der gleiche Grundsatz ungeschrieben zugrunde — **und da beginnen die Dinge dehnbar und sozial von ausschlaggebender Bedeutung zu werden!** Wer hatte nach der ersten Inflation noch Vermögen? Wer hat es noch nach dem zweiten Weltkriege, wer hat nach dem Währungsschnitt heute noch Vermögen? Das sind doch nur noch so verschwindend wenige, daß für die allermeisten Menschen in Deutschland die beiden Gebührenordnungen ihre Existenzberechtigung verloren haben. Selbst wenn jemand noch seine Sachwerte wie Einfamilienhaus, Hausstand usw. behalten hat, so sind sie bei der heutigen Sachlage unentbehrlich und können nicht zu Geld gemacht werden, um Arzthonorare davon zu bezahlen. Was wir heute brauchen, ist eine neue Gebührenordnung, die von der Ärzteschaft freiwillig als für sich selbst verbindlich erklärt wird, und die, statt auf das „Vermögen“, auf das **monatliche Einkommen** des Zahlungspflichtigen abgestellt ist, eine Gebührenordnung, die mit dem Honorar für die ärztliche Hauptleistung die meisten der einfachen Sonderleistungen abgilt. Jeder Arzt kann sich anhand seiner eigenen Lebenshaltungskosten selber sagen, daß z. B. ein heute nichtversicherungspflichtiger Familienvater mit 380 bis 500 DM Monatseinkommen, von dem er — je nach Familienstand — nur etwa zwei Drittel bis drei Viertel netto ausgezahlt bekommt, außer dem Privatkrankenversicherungsbeitrag nicht noch namhafte Differenzbeträge zwischen Arztrechnung und Rückvergütung tragen **kann!** Weil das heute noch weniger möglich ist als vor 1933, sind alle diejenigen Nichtversicherungspflichtigen, die gerne Privatkrankenversicherte und damit Privatpatienten werden möchten, ganz einfach **gezwungen**, „freiwillig“ in ihrer bisherigen Pflichtkasse zu bleiben!

Es ist deshalb für jeden auch nur halbwegs Unterrichteten erstaunlich, weshalb die Ärzteschaft nicht nur aus Gründen wirtschaftlicher Interessen, sondern um dem ganzen Zwangsversicherungswesen den Schein der sozialen Berechtigung zu entziehen, **nicht schon längst das sowohl für die Ärzte als auch für ihre Patienten lebenswichtige Problem der für die Zahlungsverpflichteten untragbaren Differenzen zwischen Honorarrechnungen und Rückvergütungen gelöst hat!** Die Lösung kann nur in einer freiwilligen Ermittlung und Anerkennung dessen bestehen, was der **Arzt** notwendig braucht, „um eine Leistung der gleichen Art wieder hervorzubringen“, und was der Patient infolge seiner Einkommenslage bestenfalls leisten kann. **Mehr** als ein Zahlungspflichtiger hat, kann er auch einem Arzt nicht geben. Und wenn die Ärzteschaft das Einsehen mit dieser Grundtatsache vermissen läßt, dann hat sie selber das Nachsehen dadurch, daß die meisten nichtversicherungspflichtig Gewordenen in ihren Pflichtkassen bleiben müssen und dadurch den Verfechtern der Zwangsversicherung geradezu den Anreiz bieten, die Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen, so daß aus den freiwillig in den Zwangskassen verbliebenen Nichtversicherungspflichtigen eben wieder Pflichtmitglieder werden. Für die Versicherten ändert sich praktisch dadurch nicht viel,

aber für die Ärzte durch den weiteren Schwund ihrer Privatpraxis! Für sie ist das außerdem eine Schraube ohne Ende: je schmaler die Basis für die Privatpraxis wird, desto höher werden bekanntlich die Arzthonorare für die geringere Zahl der nichtversicherungspflichtig gebliebenen Privatpatienten, so daß schließlich und allmählich **alle** Deutschen froh sein können, von dem wirtschaftlichen Zwang zu hoher Arzthonorare durch den staatlichen Versicherungszwang „erlöst“ zu werden! **Und gerade dahin wollen die Zwangsversicherer und ihre politischen Protektoren es ja bringen!** Im Grunde genommen besorgen somit durch unzeitgemäße Honorarberechnungen die Ärzte das Geschäft der Gegner ihrer geistigen und wirtschaftlichen Freiheit!

Eine Lösung, die sich verwirklichen läßt

Ein Ausweg scheint lediglich darin zu bestehen, daß die Ärzteschaft eine zeitgemäße, auf das Monatseinkommen des Patienten abgestellte, verbindliche Gebührenordnung schafft, deren Mindestsätze bis zu einer bestimmten Einkommensklasse angewandt werden, und die, für die höheren Einkommen gestaffelt, das Doppelte, Dreifache usw. dieser Mindestsätze vorsieht.

Nach Schaffung einer solchen Gebührenordnung könnte die rückversichernde Privat-Krankenversicherung dann endlich ihrerseits solche Leistungs- und Beitragstarife schaffen, die dieser neuen, nach Einkommen gestaffelten Gebührenordnung entsprechen. Der **zwischen** Arzt und Privat-Krankenversicherung stehende Patient ist dann in der Lage, genau auszurechnen, das Wievielfache der Mindestsätze dieser Gebührenordnung ihm im Hinblick auf sein monatliches Einkommen in Rechnung gestellt werden wird, und andererseits zu erkennen, nach welchem Privatkrankenversicherungstarif er sich dementsprechend rückversichern muß, um zu einem **tragbaren** „Selbstbehalt“ an den Krankheitskosten zu kommen.

Als Hauptargument für die Notwendigkeit der staatlichen Krankenversicherung wird immer ins Treffen geführt, daß den wirtschaftlich schwachen Arbeitnehmern nur durch **sie** die Heilbehandlung **wirtschaftlich** möglich gemacht wird, daß die Form „Privatpraxis und Privatkrankenversicherung“ für diesen Kreis von Menschen zu teuer ist, da sie außer dem Krankenversicherungsbeitrag keine weiteren Kosten aus der Heilbehandlung mehr tragen können. Anders ausgedrückt: die bisherige Kombination „Privatpraxis und Privat-Krankenversicherung“ gewährleistet nicht, daß mit dem Krankenversicherungsbeitrag allein alle Kosten notwendiger Heilbehandlungen abgegolten werden können. **Daß** dieses Argument **richtig** ist, beweist die Tatsache der fast in jedem Falle verbleibenden, untragbaren Differenz zwischen Arztrechnung und Rückvergütung täglich aufs neue. Wird dieses Problem zufriedenstellend gelöst, dann wird gleichzeitig der staatlichen Zwangs-Krankenversicherung der Boden für ihre Argumentation und damit auch ihre Existenzberechtigung entzogen!

Wenn die Ärzteschaft sich für den Kreis der Versicherungspflichtigen das **Recht** der Freiheit in der Heilbehandlung erobern will, dann kann sie es nur dadurch, daß sie die soziale **Pflicht** zur Lösung des aufgezeigten Problems erfüllt. —

Ohne Zugeständnisse von beiden Seiten **kann** das Problem nicht gelöst werden: dem rückversicherten Privatkrankenversicherten wird zugemutet werden müs-

sen, dem von ihm frei gewählten Arzt seine Einkommensverhältnisse offen darzulegen. Ist das im Hinblick auf seine qualitativ bessere und individuellere Heilverordnung und darauf, daß dem Arzt ja ohnehin Dinge offenbart werden müssen, die viel schwerwiegender und wichtiger sind als die Einkommenslage, wirklich eine „Zumutung“? Wer sich als Patient dazu nicht verstehen kann, der möge getrost im Verhältnis zum Einkommen etwa zu hoch berechnete Arzthonorare zahlen oder freiwillig Mitglied einer Zwangskrankenkasse bleiben bzw. werden. — Den Ärzten wird zugemutet werden müssen, über ihre eigene Praxis hinaus die wahren Belange ihres Standes und den ganzen sozialen Fragenkomplex zu überschauen, sich der verhängnisvollen Rolle bewußt zu werden, die eine durch die Entwicklung der Verhältnisse längst überholte Honorarberechnungsmethode seit Jahrzehnten spielt und dementsprechend zu handeln. Ist das wirklich eine „Zumutung“?

Der erste Schritt auf dem Wege einer Überwindung der „sanitären Maschinerie“ kann nur von der Ärzteschaft durch Schaffung einer sozial tragbaren, freiwillig für verbindlich erklärten Gebührenordnung getan werden.

Der zweite Schritt kann dann auf Seiten der rückversichernden Privat-Krankenversicherung in der Schaffung neuer, dieser Gebührenordnung entsprechenden Beitrags- und Leistungstarife bestehen.

Der dritte Schritt wäre dann, zum Segen der Patienten und der Ärzte der Privat-Krankenversicherung die rechtliche Gleichberechtigung mit den RVO.-Kassen zu erobern, womit es den Versicherungs-pflichtigen dann freistehen würde, bei fast gleichbleibendem Geldaufwand, aber mit völlig verschiedener Wirkung, Mitglied einer Zwangskrankenkasse, einer Ersatzkasse oder einer Rückversicherung zu werden!

Übungskurse für körperschwache Kinder

Von Prof. Dr. med. F. Heiss, Stuttgart

In den großen Ferien dieses Jahres konnte die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Sportärzte zusammen mit dem Landesportbund Württemberg in verschiedenen Städten des Landes Übungskurse für körperschwache Kinder durchführen. Es wurden in erster Linie Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren erfaßt, die nicht krank oder erholungsbedürftig genug waren, um verschickt zu werden, auf der anderen Seite aber auch nicht genügend kräftig waren, um in den Jugendabteilungen der Vereine des Landessportbundes mitzumachen. Der Plan fand die volle Unterstützung der Abteilung für das Gesundheitswesen im Innenministerium (Ministerialrat Dr. Unger) und des Kultministeriums (Ministerialrat Dr. Hassinger). Die Durchführung war nur durch die finanzielle Unterstützung des württembergischen Sporttotos möglich, der in dankenswerter Weise einen größeren Betrag hierfür zur Verfügung stellte. Der gute Erfolg, den diese Kurse brachten, rechtfertigt die Aufwendung dieser Mittel. Sie hätten meines Erachtens nicht besser verwandt werden können. Allen Beteiligten, vor allem auch dem Sportbeauftragten Strobel, sei deshalb auch an dieser Stelle der Dank zum Ausdruck gebracht.

Auf Grund der guten Erfahrungen, die unter ähnlichen Verhältnissen nach Beendigung des ersten Weltkrieges mit Prof. Kohlrausch zusammen in Berlin gemacht werden konnten, war für die Durchführung der Kurse der biologische Gesichtspunkt maßgebend, daß ein kurzer starker Reiz mit langer nachfolgender schöpferischer Pause am besten zur allgemeinen Kräftigung des Körpers beiträgt. Selbst in den schlimmsten Hungerzeiten hat es sich gezeigt, daß Hungerödeme weitgehendst vermieden werden konnten, wenn der Kreislauf öfters durch kurze Reize angeregt wird. Die ängstlichen Gemüter, die aus Kalorienmangel das Turnen in den Schulen eingestellt wissen wollten, haben nicht recht behalten. Die Jugend braucht den Bewegungsreiz zur Entwicklung. Da, wo er nicht zielbewußt gegeben wird, wird sie sich diesen Übungsreiz im freien Sportbetrieb schaffen, wobei erfahrungsgemäß wesentlich mehr Kalorien verbraucht werden, der Erfolg jedoch

geringer ist. In neuester Zeit wurde der günstige Einfluß der Leibesübungen bei Lipoiddystrophikern durch Wildhirt bestätigt, der auf diese Weise an den Zentralkliniken in Göppingen die gestörte Gewebernahrung bei Rußlandheimkehrern bessern konnte. Für die Kurse für körperschwache Kinder waren genaue biologische Richtlinien ausgearbeitet — und eine größere Zahl von Sportlehrerinnen auf diesem Gebiete besonders geschult worden. Die Art der Durchführung war unter diesen Gesichtspunkten den Sportärzten in den einzelnen Städten überlassen. In Schwäb. Gmünd baute Dr. Arnold seine Schwimmkurse für körperbehinderte Kinder weiter aus und erzielte sehr gute Erfolge. In Heidenheim gelang es Dr. Graff, die Kurse in muster-gültiger Weise durchzuführen. Durch zusätzliche Spenden des Landrates und durch das Entgegenkommen der großen Maschinenfabrik Voith war es möglich, die Kinder auf den Sportplätzen zu betreuen, wobei die Eltern für die gesamten 14 Tage nur 2 DM zu bezahlen hatten (einschließlich der Tagesverpflegung!). Die ärztliche Beobachtung ergab eine recht gute Erholung der meisten Kinder, die sich vorwiegend in einer guten Gewichtszunahme ausdrückte. Aus 400 Anmeldungen wurden nach ärztlichen Gesichtspunkten die 105 Bedürftigsten ausgesucht. 66 % von ihnen hatten ursprünglich ein Untergewicht von mehr als 10 %. Bei 10 % betrug das Untergewicht mehr als 20 %. Durchschnittlich haben die Kinder während der Übungszeit um 1 bis 2 kg zugenommen. Die guten Erfolge fanden auch in der örtlichen Presse weitgehendst Beachtung; sie sind in erster Linie den beiden Sportlehrerinnen zu verdanken, die sich freiwillig für die Mitarbeit zur Verfügung gestellt hatten. Das Gesundheitsamt in Heidenheim regt deshalb an, daß diese Sportlehrerinnen ihre Erfahrungen an alle Schulen des Kreises weitergeben sollen.

In Stuttgart sind Waldheime, in denen die Kinder während der großen Ferien eine Erholung suchten, schon seit Jahren eingerichtet worden. Die Zusammenarbeit der caritativen Organisationen (Innere Mission, Arbeiterwohlfahrt, Caritas) mit dem Städt. Gesundheitsamt hat diese segensreiche Einrichtung geschaffen. Auf

unsere Anregung hin wurden in den meisten Heimen noch zusätzlich Übungskurse für körperschwache Kinder durchgeführt. Eine Reihe von besonders geschulten Sportlehrerinnen übernahm diese Aufgabe. Die gezielte Reizbehandlung mit Leibesübungen brachte auch hier einen vollen Erfolg. Über 3600 Kinder konnten auf diese Weise in Stuttgart betreut werden. Das gute Ergebnis veranlaßte die Arbeiterwohlfahrt, die dauernde Einrichtung derartiger Kurse in Angriff zu nehmen.

Alle Kinder wurden fachärztlich untersucht und betreut (Doz. Dr. Rohleder und Dr. Doerr). Auch hierfür wurden die Kosten in dankenswerter Weise vom Sporttoto übernommen. Von orthopädischer Seite wurde festgestellt, daß abgesehen von leichtesten Knickstellungen und Formabweichungen der Füße bei 40% der Kinder Veränderungen im Sinne des Knickplattfußes bestanden. Besondere Übungen zur funktionellen Kräftigung der Fußmuskulatur wurden durchgeführt. Bei 21% wurde eine Gefährdung der Wirbelsäulenhaltung festgestellt und durch allgemein kräftigende Übungen dagegen angegangen. Bei 1,3% der Kinder war die Deformität so stark, daß fachärztliche Behandlung notwendig ist. (In der Zielsetzung der Kurse war ausdrücklich darauf hingewiesen worden, daß sie lediglich den Kör-

per allgemein kräftigen sollten und keinerlei Versuche unternommen werden sollten, ein orthopädisches Sondernturnen aufzuziehen. Dies gehört unseres Erachtens in die Hand des Fachorthopäden und seiner besonders geschulten Hilfskräfte.) Bei 5% wurde durch behinderte Nasenatmung ein abwegiger Atemtyp, Brustkorbveränderungen und Haltungsschäden festgestellt. Ihre fachärztliche Betreuung durch Hals-, Nasen-, Ohrenärzte erscheint zweckmäßig. Bei 5% der Kinder bestanden Drüsenanschwellungen, die eine interne Kontrolluntersuchung notwendig machen. Ein Kind mit einem Herzfehler wurde aus den Kursen entlassen, 3 Kindern wurde eine chirurgische Versorgung angeraten. — Diese Übungskurse wurden mit den einfachsten Mitteln durchgeführt. Sie sollten in keiner Weise ein geregeltes Schulturnen oder ein orthopädisches Sondernturnen ersetzen. Die Kinder sollten vielmehr eine Freude an den Leibesübungen haben, ihre Körperschwächen soweit als möglich ausgeglichen werden und dadurch der Erfolg der Waldheimbehandlung gesteigert werden. Nach den vorliegenden Berichten ist dies weitgehendst gelungen. Über die gesundheitliche Betreuung der körperschwachen Kinder wird Doz. Dr. Rohleder in einem besonderen Artikel berichten.

Praktiken der „Ärztlichen Praxis“

Die „Ärztliche Praxis“, eine dank ihrer abundanten Gratislieferungen während der letzten Monate wohl allen Ärzten genügend bekannte Wochenzeitung — bekannt auch durch ihr Make up, dem alle Mittel und Mittelchen der modernen Pressetechnik zur Verfügung stehen —, diese Zeitung also glaubt, sich in ihrer Nummer 16 an den offiziellen Ärzteorganisationen und der Landespresse reiben zu müssen.

„Ein Teil der sogenannten Ärzteblätter“ seien „offizielle Mitteilungsorgane der Führungskamerilla der Ärzteorganisationen“, meint Herr Hayn (S. 7 „Die berufspolitische Lethargie der Ärzteschaft“). Um so erfreulicher sei daher das Erscheinen unabhängiger Ärztezeitungen (sic!), die frisch und unvoreingenommen darangingen, das zu sagen, was in den Mitteilungsorganen der . . . usw. (s. o.) bislang nicht gesagt wurde.

Wenn wir auch menschliches Verständnis dafür haben, daß jetzt, da die Gratislieferungen einmal aufhören müssen, im Endspurt des Wettlaufes um den Abonnenten etwas Besonderes geleistet werden muß, so dürfen und müssen wir uns doch zur Wehr setzen, denn es könnte ja immerhin sein, daß auch unser Blatt gemeint ist und von Herrn Hayn zu den Organen jener gefährlichen Kamerilla gerechnet wird. (Da das spaßige Wort zweimal vorkommt, dürfte es sich um keinen Druckfehler handeln.)

Überlegt man sich, wer wohl diese Kamerilla bilden mag, so kann man, mangels näherer Angaben, nur zu dem Schluß kommen, daß damit die Vorstände der Kammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und des Hartmannbundes gemeint sind, also Leute, die nach dem Willen der Gesamtärzteschaft durch freie Wahl zu ihrem schweren und (wie Herr Hayn mal wieder zeigt) äußerst undankbaren Ehrenamt berufen wurden.

Ist es nun fair und demokratisch gehandelt (beide Worte spielen in dem Artikel eine große Rolle), wenn man seine eigenen selbst gewählten Vertrauensleute als Kamarilla bezeichnet? Wir glauben kaum! — Zum mindesten dürfte es unklug sein. Kluge Vögel pflegen ihr eigenes Nest nicht zu beschmutzen!

Wem die jetzige „Dynastie, die das Volk nicht will“ (Worte des Herrn Hayn), nicht paßt, der hat die Möglichkeit, sie nach den Spielregeln der Demokratie zu beseitigen, nämlich mit dem Stimmzettel, und wenn es ihm auf mühsam demokratischem Wege gelungen ist, das Vertrauen der Mehrheit seiner Kollegen zu gewinnen, dann lasse er sich wählen — um vielleicht fröhlich eine neue Dynastie zu gründen.

Weiterhin wird in geheimnisvoller Weise davon gesprochen, daß „Kräfte am Werke sind, die ganz bewußt verhindern, daß die offiziellen Publikationsorgane der Ärzteschaft zu echten standespolitischen Rednertribünen und öffentlichen Foren der Ärzte werden“. — Nun, das Südwestdeutsche Ärzteblatt z. B. ist das Organ von 4 Ärztekammern. So müßte wohl nach den Beobachtungen des Herrn Hayn der verantwortliche Schriftleiter den geballten Kräften dieser vier Kamarillen in beträchtlichem Maße ausgesetzt sein. Ich muß nun sagen, daß ich in keiner Weise verhindert wurde, die Spalten des Blattes jedem zu öffnen, der wirklich etwas zu sagen hat. Was nun die übrigen Landesblätter angeht, so weiß ich aus der mir obliegenden Aufgabe heraus, alle und auch die „Ärztliche Praxis“ zu lesen, daß in letzterer Zeitung kein standespolitisches Thema behandelt wurde, das nicht auch in den Organen der einzelnen Ärztekammern besprochen worden wäre. Im allgemeinen und erfreulicherweise hat sich in den grundsätzlichen Auffassungen kein größerer Unterschied ergeben, wenn auch in der Form und vor allem in der Aufmachung die

Standespresse sich von der „Ärztlichen Praxis“ in manchem unterscheidet. Ich hoffe allerdings, und bin vielmehr davon überzeugt, daß die Kritik des ärztlichen Lesers wächst proportional mit der Dicke der Schlagzeile. Sonst wären ja die mit der NS-Presse gemachten Erfahrungen mal wieder umsonst gewesen!

Wenn wir auch somit, was die sachliche Behandlung standespolitischer Fragen betrifft, uns neben der „Ärztlichen Praxis“ zum mindesten sehen lassen können, so können wir allerdings nicht mit Herrn Banaschewski Schritt halten, wenn es an das Schreiben von offenen Briefen geht. So schöne offene Briefe haben wir noch nicht zustande gebracht, und vor allem sind wir nicht dazu in der Lage, den Briefwechsel auch noch in Fotokopie zu bringen, da uns die Mittel fehlen. Auf der gleichen Seite 7 in der gleichen Nummer 16 wird sogar der Herr Bundeskanzler feierlich angeredet und er sowie die Leserschaft aufgefordert, sich an dieser schönen Fotokopie zu erfreuen und einen naturgemäß gänzlich

unverbindlichen Kanzleitrost der Weltgesundheitsorganisation zur Kenntnis zu nehmen.

Wenn es sich um die Frage der Auswanderung deutscher Ärzte handelt — diese Frage brennt uns allen auf den Nägeln —, so dürfte es wohl wichtiger und fruchtbarer sein, wenn man, statt offene Briefe zu schreiben, aus eigener Kraft das Tor in die Welt aufstößt. So glauben wir wenigstens und so denkt wohl auch der dankbare Leser, wenn er auf Seite 12 der besagten Nummer 16 ein hübsches Bild von 15 Kollegen findet, die nach dem Iran gehen.

Nur leider steht nicht darunter, daß diesen 15 Ärzten mit Familien, denen noch zirka 2000 weitere folgen sollen, dank den zähen Bemühungen von Vorstandsmitgliedern der Ärztekammer (oder -kamerilla?) Nord-Württemberg E. V. die Auswanderung ermöglicht wird (siehe Südwestdeutsches Ärzteblatt Nr. 10, S. 198).

Dr. Schröder.

Buchbesprechungen

Prof. Richard Siebeck: „Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker.“ 316 S., 3. Aufl., Urban und Schwarzenberg, Berlin-München 1947, DM 10.—.

Das nun in 3. Auflage erschienene Werk von Siebeck ist in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt. Er findet dort alles Wichtige über Herzkrankheiten klar zusammengefaßt: Zunächst die krankhaften Erscheinungen in ihrer Bedeutung für die Beurteilung des Kranken, dann die Entstehung und Entwicklung der Erkrankungen des Herzens, wobei die einzelnen Formen der Herzkrankheiten durchgesprochen werden. Der dritte Teil wendet sich der Beurteilung des Kranken zu, diesem für den guten Hausarzt so wichtigen Kapitel. Im letzten Teil wird die Behandlung des kranken Herzens ausführlich besprochen. Der am Krankenbett tätige Arzt findet alles Wesentliche, auch die Würdigung der Persönlichkeit des Kranken, so daß Ref. nur wünschen möchte, daß das Buch in der Bibliothek des praktischen Arztes nicht fehlt.

Dr. Walther Scharff

Prof. Dr. Gottfried Ewald: „Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie.“ Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München, 1948, 2. Aufl., 478 S., Preis brosch. DM 28.—, geb. 32.—.

Das vorliegende Lehrbuch erscheint nach drei Jahren in 2. Auflage. Der neurologische Teil ist im wesentlichen unverändert geblieben. Im psychiatrischen Teil sind die Erbfragen zugunsten der einer Eheberatung zurückgestellt worden. Der klinischen Darstellung wurde mehr Raum gegeben. Auf weniger als 500 Seiten wird dem Leser ein, besonders in den allgemeinen Abschnitten, sehr lebendiges Bild des Wissens und der Anschauungen dieses Fachgebietes gegeben, wobei in klarer Beherrschung des Stoffes auf das Unwesentliche verzichtet wird, um desto deutlicher das Wesentliche in Erscheinung treten zu lassen. Man spürt auf Schritt und Tritt die Freude des Verfassers an der Lehrtätigkeit und bewundert sein didaktisches Geschick. Das Buch ist in der Tat aus einem Guß. Wenn Wünsche am Platze sind, so wären es für eine 3. Auflage die nach einer stärkeren Berücksichtigung der in der Praxis vordringlichen „kleinen Probleme“, so z. B. des Kopfschmerzes, der Differentialdiagnose neurologischer Leiden und im Grenzgebiet der nervösen Störungen, insonderheit in der Abgrenzung dieser von den organischen, einer Darstellung der für die Begutachtung wichtigen Gesichtspunkte mit Hinweisen auf die maßgeblichen versicherungsrechtlichen Entscheidungen und einer Anleitung der Gutachtenabfassung, sowie nach einem eigenen Kapitel über die Behandlungsgrundsätze neurologischer Krankheiten und die Anwendung der Arzneimittel. — Darin soll keine Kritik zum Ausdruck kommen. Der Referent möchte dem Buch eine recht weitgehende Verbreitung wünschen. Studenten und praktische Ärzte werden sehr viel Anregung finden. Dem Fachmann bereitet das Lehrbuch einen wirklichen Genuß, auch wenn er in einzelnen Punkten anderer Meinung sein sollte.

Prof. Dr. R. Gaupp jr.

Prof. W. Brednow: „Röntgenatlas der Lungenerkrankungen.“ Ein Leitfaden für Ärzte. 6. Aufl., 1948, Urban und Schwarzenberg, Berlin-München, 187 Seiten, Halbl. DM 18.—, geh. DM 14.—.

Ein handlicher Atlas, auf vergleichsweise sehr gutem Papier gedruckt, der mit 138 Röntgenbildern und begleitendem Text eine Übersicht über die Röntgendiagnostik der Lungenerkrankungen gibt. Die durchweg etwa 12:14 cm großen Bilder sind bemerkenswert gute Reproduktionen von technisch ausgezeichneten Originalaufnahmen.

Der für alle Röntgenatlanten wünschenswerte Grundsatz — Bild und Text jeweils auf der gleichen Seite — ist, vermutlich wegen der Papierersparnis, nicht völlig gewahrt. Trotzdem bleibt der Atlas übersichtlicher als mancher ähnliche. Zur Ergänzung der systematischen Inhaltsübersicht wäre ein alphabetisches Stichwort-Sachverzeichnis wünschenswert.

9 Bilder zeigen normale Lungen oder als differentialdiagnostische Fehlerquellen wichtige Anomalien.

55 Bilder behandeln die Lungentbc. in sinnvoller Reihenfolge. Es fehlen lediglich Bilder von Pneumolysen und ihren Komplikationen, von Restkavernen nach Thorakoplastik und von Saugdrainage. Ein erfreulich breiter Raum bleibt den nichttuberkulösen Lungenerkrankungen vorbehalten (74 Bilder). Auf die flüchtigen Lungeninfiltrate könnte etwas genauer eingegangen sein. Ein Bild des Boeckschen Sarkoids fehlt. Sonst ist wohl alles differentialdiagnostisch Wesentliche in vorzüglichen Bildern dargestellt. Besonders prägnant sind die Bilderserien der Staublungen und der Lungentumoren. Das differentialdiagnostisch wichtige Frontalbild (Czarnecki) könnte etwas häufiger dargestellt sein.

Sehr schön ist, daß der Text im Einzelfall auch das Klinische, und zwar nicht nur das Zustandsbild, sondern auch den Verlauf schildert.

Der Atlas ist in erster Linie für den Praktiker, der einen Röntgenapparat besitzt, und für den nicht lungenfachlich vorgebildeten Fürsorgearzt eine wertvolle Hilfe. Aber auch dem Internisten und dem Tuberkulosearzt wird das Buch für differentialdiagnostische Vergleiche oft nützlich sein.

Zu bedauern bleibt, daß die Intrathorakaltbc. des Kindes nicht berücksichtigt ist. Denn gerade hier ist die differentialdiagnostische Unsicherheit außerordentlich groß.

Durch eine entsprechende Ergänzung in einer späteren Auflage, insbesondere durch Gegenüberstellung klinisch beachtenswerter und klinisch belangloser Befunde in der Kinderlunge, würde der Atlas zweifellos noch gewinnen.

Dr. Ebers

Dozent Dr. W. Ederle: „Allergie und Nervensystem.“ Beiheft Nr. 3 zur „Medizinischen Monatsschrift“, herausgegeben von Dr. Hans Braun, München. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1947, 124 S., 4 Abb., brosch. DM 6.—.

Nach einer Einführung über die „Grundbegriffe der Allergie“ weist der Verf. bei den verschiedensten Erkrankungen im Bereich des Nervensystems auf die Möglichkeit

einer allergischen Genese hin. Neben der Migräne, der Menièreschen Erkrankung und dem Quinckeschen Ödem, wobei der Verf. nicht versäumt, die Bedeutung psychischer Faktoren hervorzuheben, werden vor allem zentral vegetative Syndrome, Neuritiden und Neuralgien und in einem Anhang folgende Krankheitsbilder: Chorea minor, multiple Sklerose, Encephalomyelitis, Metalues und Psychosen unter diesem Gesichtspunkt besprochen. Der Verf. erörtert dabei die z. Z. bestehenden Theorien über die Deutung einzelner Befunde und bringt eindrucksvolle Untersuchungsergebnisse und Krankengeschichten aus zum Teil eigenem Krankengut. So machte E. beispielsweise die Erfahrung, daß bei einer Reihe von chronischen Neuritiden: bei Ischias und vor allem bei Neuritiden im Brachialisgebiet mit fast regelmäßiger Beteiligung des Schultergelenks Allergie gegen einen tuberkulösen Infekt vorlag. (Nachweis Flockungsreaktion nach Meinicke.) Bei den Psychosen handelt es sich vorwiegend um symptomatische Psychosen bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, doch schließt der Verf. mit den Worten: „Weil man nicht sagen kann, die multiple Sklerose ist eine allergische Erkrankung, sondern höchstens dieses Krankheitsbild könne auch allergiebedingt oder allergiemittbedingt sein, darf man auch die Frage aufwerfen, ob in einem bestimmten Fall ein schizophreses Bild nicht auch allergiebedingt sein könnte. Die Allergie ist nicht so dogmatisch wie das Krankheitschema der Neurologen und Psychiater.“ Bei der kritischen Einstellung des Verf. und der Beleuchtung der Probleme nach den verschiedensten Seiten, unter Berücksichtigung in- und ausländischer Literatur, ist die Schrift äußerst anregend zu lesen und kann als zusammenfassende Übersicht über die Beziehungen zwischen Allergie und Nervensystem gelten.

Dr. Gertrud Scharpff

E. Stübler: „**Johann Heinrich Ferdinand v. Autenrieth.**“ 1772—1835. August Schröder Verlag, Stuttgart, 128 S., DM 7.50.

Der durch seine Monographie über den Tübinger Arzt und Botaniker Leonhard Fuchs besonders bekanntgewordene Frauenarzt in Reutlingen und Dozent für Geschichte der Medizin an der Landesuniversität hat uns in bekannter Meisterschaft mit einem neuen Lebens- und Forscherbild eines Landmanns erfreut. Auf Einzelheiten einzugehen ist bei der Geschlossenheit des Zeitbildes von Persönlichkeit und Universität, politischer und wissenschaftlicher Gesamtlage kaum möglich. Man muß dies alles im Flusse des Zusammenhangs selbst lesen und genießen und man wird bereichert von so viel neuen Kenntnissen einer großen Persönlichkeit immer wieder Streifzüge in das Neuland unternehmen. Hierzu erleichtert besonders das Gesamtverzeichnis von Autenrieths Veröffentlichungen den Weg, nicht minder die sehr reichen Literaturangaben. Besonders reizvoll beleben die familien-geschichtlichen Einzelheiten, verbunden mit der Veröffentlichung von Familienbildern, die dem Kenner schwäbischer Porträtmalerei wohl bekannt sind, das ausgezeichnete Buch von 128 Seiten Umfang, das im Verlag von August Schröder in Stuttgart 1948 erschienen ist. Es ist für den gehetzten Arzt ein Buch der Erquickung, und wir haben dem Verfasser für diese schöne Bereicherung unserer medizingeschichtlichen Literatur zu danken.

Dr. Pfeilsticker

Kisskalt, Karl: „**Max von Pettenkofer.**“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 1948, 135 S., 12 Abb., DM 4.50.

Die Darstellung vom Wirken einflußreicher Forscher gewinnt zweifellos sehr erheblich, wenn sie von einem Verfasser erfolgt, der selbst auf diesem Gebiet tätig ist. Das merkt man auch diesem Lebensbild auf Schritt und Tritt an. Das Buch gewinnt aber weiter durch die Ausführungen, die der Verf. im allgemeinen über den Weg der Wissenschaft macht und nicht zum wenigsten dadurch, daß es keine „Dichtung und Wahrheit“ ist, sondern aus zuverlässigen Quellen schöpft. Außer den Veröffentlichungen sind Briefe von und an Pettenkofer zugrunde gelegt und dies alles in einer sehr anregenden Form. Dadurch entsteht ein Lebensbild, das uns die Leistungen dieses Begründers der modernen Hygiene trefflich vor Augen führt. Neben den bekannten Choleraforschungen, die Pettenkofer zeitlebens beschäftigten und zu dem viel erwähnten Selbstversuch führten, finden die Arbeiten auf den Gebieten der Physiologie, der Chemie, der Technik entsprechende Würdigung. Auch auf

das besondere Verdienst Pettenkofers, das Verständnis für Hygiene unter der Bevölkerung verbreitet zu haben, wird gebührend hingewiesen. Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß die Geschichte der Forschung nichts Lebendiges ist, wenn nicht ihre Entstehung aus der Persönlichkeit heraus geschildert wird. So bringt uns Kisskalt Pettenhofer nicht nur wissenschaftlich, sondern auch menschlich nahe. Bedauerlicherweise fehlt wegen Raummangel die Zusammenstellung der Pettenkoferschen Veröffentlichungen.

Dr. Stübler

Dr. Fritz Lehmann: „**Der Kinderarzt.**“ Zweite umgearbeitete Auflage, Ferd. Enke Verlag, Stuttgart, 1948, 319 S., Preis geh. DM 11.50, geb. DM 13.50.

„Der Kinderarzt“ ist kein gewöhnliches Lehrbuch. Lehmann verfolgt vielmehr den Zweck, dem mit theoretischen Kenntnissen beladenen, von der Universität in die Praxis tretenden Arzt die ihm noch fehlende Erfahrung im praktischen Handeln zu vermitteln, soweit diese durch das gedruckte Wort überhaupt vermittelt werden kann.

Das Buch gibt Anleitung für das Verhalten des Arztes in der Sprechstunde und am Krankenbett im allgemeinen wie im einzelnen Krankheitsfall. Es enthält zahlreiche ganz genaue Anweisungen für pflegerische Maßnahmen sowie Diätvorschriften, die man handgeschrieben oder vervielfältigt und in Einzelheiten handschriftlich ergänzt der Mutter des erkrankten Kindes in die Hand geben kann, außerdem eine große Zahl bewährter Rezepte mit Dosierung für die verschiedenen Altersstufen.

Da das Buch ganz auf der praktischen Erfahrung des Verfassers aufgebaut ist, so darf man von ihm nicht eine Beschreibung aller modernen Behandlungsarten und Arzneimittel erwarten, sondern für jede Krankheit eben die Behandlungsmethode, die sich dem Verfasser am meisten bewährt hat. Und es gäbe deshalb für jeden anderen erfahrenen Praktiker auch eine Menge an dem Buch auszusetzen, weil sich im Lauf der Zeit dem einen die, dem andern jene Behandlungsart besser bewährt hat. Ich möchte aber bewußt auf jede Kritik an Einzelheiten verzichten und das Werk als Ganzes jedem jungen Arzt aufs wärmste empfehlen. Auch manchem älteren Kollegen kann das Buch ein wertvoller Ratgeber werden.

Dr. Pflüger.

Alexander Sturm: „**Die klinische Pathologie der Lunge in Beziehung zum vegetativen Nervensystem.**“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH., Stuttgart, 352 S., DM 28.60.

Es ist zweifellos sehr verdienstvoll, wie Sturm mit großer Emphase die nervöse und muskuläre Versorgung der Lungen darstellt. Wenn es in der Lunge „keinen Millimeter ohne Muskelfasern“ gibt, so muß man die übliche Vorstellung korrigieren, nach der die Lungen wie ein elastischer Schwamm passiv den Atembewegungen des Brustkorbs folgen. Sturm stellt die Lungenatelektase in den Vordergrund, sie entstehe nicht durch Verstopfung von Bronchien, sondern durch aktive Kontraktion der Lungen („Lungenkrampf“), und zwar reflektorisch. Die Angriffsstelle des verantwortlichen Reizes kann in der Thoraxwand, in den Bronchien und Alveolen, am Hilus, im Rückenmark oder im Gehirn liegen. Besonders wird betont, daß Pneumonien, Asthma oder Lungenblutungen durch cerebrale Reize (z. B. Verletzungen) besonders des Diencephalons, hervorgerufen werden können. Schließlich wird die gesamte Pathologie der Lungen — Asthma, Emphysem, Bronchiektasien, Blutungen, Tuberkulose, Stauungslunge usw. — vom Gesichtspunkt der neuromuskulären Versorgung heraus behandelt. Wenn man auch erhebliche Zweifel darüber haben muß, wieweit Sturm dabei über das Ziel hinausschießt, so ist doch seine eigenartige und eigenwillige Betrachtungsweise höchst interessant.

Prof. Dr. Dennig.

Carl Binger: „**Der Arzt und sein Patient.**“ Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 288 S., Ganzleinen DM 10.50.

Ein amerikanischer Großstadtarzt erzählt aus dem reichen Schatz seiner Erfahrung über des heutigen Arztes Tun und Treiben, sein Verhältnis und seine Beziehung zu dem Patienten. Er erzählt es in dem für den Amerikaner so bezeichnenden, offenen, nüchternen und humorvollen Plauderton, hinter dem doch das volle Gewicht des sittlichen Ernstes sich verbirgt. In kurzen Zügen wird die moderne Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in Amerika skizziert, dabei auch

der Anteil der europäischen Völker und nicht zuletzt des deutschen Volkes daran erwähnt. Die mit der raschen Erweiterung der medizinischen Kenntnisse notwendig gewordene Spezialisierung, aus der heute nicht weniger als 26 Facharztgruppen in der amerikanischen ärztlichen Vereinigung sich gebildet haben, und das unaufhaltsam gewordene Verschwinden des allwissenden und alleskönnenden Hausarztes verlangt jetzt nach einem mit gründlichen Kenntnissen in der inneren Medizin und womöglich auch in der Seelenheilkunde ausgestatteten Arzt, der als Helfer und seiner Grenzen sich bewußtbleibender Berater in erster Linie dem Gesunden und Kranken zur Verfügung stehen muß. Kluge Worte findet der Verfasser für die Arztwahl, die Beziehung von Arzt und Patient, die Honorarfrage und die ärztliche Etikette. Ein besonderes Anliegen ist ihm, daß das feine Wechselspiel zwischen Seele und Körper nicht außer acht gelassen wird, daß deshalb die durch die Psychoanalyse gewonnenen Einsichten gefördert und mehr als bisher berücksichtigt werden. Die Errungenschaften und Erfolge der modernen Heilkunde, die Notwendigkeit und der Wert der gesundheitlichen Vorbeugung und der Sozialmaßnahmen werden eindringlich dargestellt. Ein recht interessantes Kapitel trägt die Überschrift: Die Verstaatlichung des Arztwesens oder wer bezahlt die Zeche? Die erfahrenen, klugen und weisen Ausführungen des Verfassers entspringen dem Glauben, daß der Arzt auch ohne Maske und Zauberkünste ein Heiler des Kranken sein kann, wenn er sich ständig und mit wachen Sinnen bewußt bleibt, was er tut und was er in den Augen seiner Patienten bedeutet. Der Leser wird dem Verfasser dankbar sein, daß er sich zur Wiedergabe seiner Gedanken gedrängt fühlte.

Dr. Gerber.

Prof. Dr. Wilhelm H. Jansen, Dr. Hans Haas: „Schule und Atlas der Elektrokardiographie für die Praxis.“ Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München 1948, geb. DM 10.—

Es ist erfreulich, daß diese zu Lehrzwecken brauchbarste Schule der Elektrokardiographie in neuer Auflage erschienen ist. Im Kapitel Allgemeine Elektrokardiographie ist die physikalische Erklärung der Extremitäten-Ableitungen dem heutigen Stande der Physik angepaßt. Der Stoff ist, wie es sich in der vorigen Auflage gut bewährt hatte, übersichtlich gegliedert und in verständlicher Form dargeboten. Auf diese Weise werden zwar vereinfachte aber solide Grundlagen erarbeitet, von denen aus später kompliziertere und seltenere Befunde verstanden werden können. Die Anordnung der Kurvenbilder zum beschreibenden Text ist sehr geschickt. Die neuen durch Brustwandableitungen gefundenen Kienleschen Feststellungen über den Hemmungs- oder Neutralisationsmechanismus sowie die Erweiterung der Infarkt-Diagnostik sind leider noch nicht berücksichtigt, was für eine weitere Auflage zu empfehlen wäre. Dr. Ilse Reinhardt

Carl Müller-Braunschweig: „Streifzüge durch die Psychoanalyse“, Parus-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1948, 107 S., DM 3.50.

Auf knapp hundert Seiten gelingt es dem Verfasser, uns einen Überblick über die wichtigsten Begriffe und den heutigen Stand der Psychoanalyse zu geben, nicht in Form eines Lehrbuchs, sondern, wie schon der Titel sagt, auf einem Streifzug, vieles nur berührend, dann wieder an entscheidenden Stellen, wie zum Beispiel der Libidotheorie, längere Zeit verweilend.

Die vorliegende Schrift wollte zur Wiederaufnahme der in Deutschland so lange vernachlässigten psychoanalytischen Forschung und insbesondere zum Studium der Werke ihres Begründers anregen. — Sie tut dies; möge sie nun die nötige Verbreitung finden.

Dr. Schröder.

Dr. med. Fr. Mörchen: „Die Hysterie im Alltagsleben“, Verlag: Der Greif, Walter Gericke, Wiesbaden, 1948, 112 S., DM 3.90.

Ein außerordentlich anregendes Büchlein, das dem Arzt und dem interessierten Laien Aufklärung über das Wesen der Hysterie gibt und so viele Unklarheiten beseitigen hilft. Die große praktisch-psychiatrische Erfahrung des Verfassers spricht aus jeder Seite. Besonders eindrucksvoll ist die Darstellung der Kriegshysterie (oder Kriegsneurose) und deren Wandlung in den verschiedenen Kriegen.

Dr. Schröder.

Dr. Paul Niehaus, Chirurg-Endokrinologe Chiquette Clares (Schweiz): „20 Jahre Überpflanzung innersekretorischer Drüsen“, Rückblick und neuer Weg, Med. Verlag Hans Huber, Bern.

Auf 75 Seiten, ach so guten Papiers, gibt der Schweizer Chirurg und Endokrinologe einen Rückblick auf seine Tätigkeit von 1927 bis 1947. Die ganze Aufmachung — reichliche Wiedergabe von Dankbaren-Patienten-Schreiben und Zitaten von Dichtern aller Zeiten, eine Kasuistik, die bei dem Verzicht auf jegliche statistische Angaben auf keinen Medizinischen Eindruck machen kann, dazu der blumenreiche Stil — all das paßt in ein Familien-Wochenblatt, kann aber keinem Arzt zur Lektüre empfohlen werden. Was soll man dazu sagen, wenn es unter der Überschrift Arterienverkalkung heißt: „Frische herrliche Nebenschilddrüsen aus dem Tierreich bauen diesen überflüssigen Kalk ab.“ Eines wollen wir dem Verfasser gern glauben, daß seine Eingaben an den Chef des Schweizerischen Sanitätswesens, an den Präsidenten der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaft und die Dekane der Medizinischen Fakultäten in der Schweiz zu keinem Resultat geführt haben. Nun, mit solchen Schreibern wird, wenigstens beim medizinischen Leser, einer guten Sache ein schlechter Dienst erwiesen.

Dr. Schröder.

Bekanntmachungen

Akademie für ärztliche Fortbildung an den Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe

EINLADUNG

An der Akademie für ärztliche Fortbildung zu Karlsruhe finden im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten, Moltkestr. 18, im Monat Dezember folgende Vorträge statt:

Freitag, 2. 12., 19 Uhr Herr Prof. Kreuz, Tübingen: „Folgeschwere Irrtümer in der Diagnostik des praktischen Arztes“
an Stelle des Vortrages von Herrn Prof. Starck

Freitag, 9. 12., 19 Uhr Herr Prof. Hesse, Saarbrücken: „Die gesamte operative Schmerzabkämpfung als eigenes ärztliches Fachgebiet“

Freitag, 16. 12., 19 Uhr Herr Prof. Tonutti, Heilgenberg: „Das Zwischenhirnhypophysensystem bei der Entstehung örtlicher Erkrankungen“
zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

Die Arbeitsgemeinschaft freier Berufe im Lande Hessen gibt soeben im Ärzteverlag, Gießen (Lahn), Grünberger Str. 116, eine Broschüre mit dem Titel

„Einkommensteuer und freie Berufe“

heraus. Die Broschüre behandelt an Hand von Beispielen und in allgemeinverständlicher Darstellung die gesetzlichen Bestimmungen, die für die Einkommensteuerberechnung der freien Berufe von besonderem Interesse sind. Sie enthält u. a. ein Verzeichnis der wichtigsten abzugsfähigen Ausgaben. In ihr wird ferner die neue Buchführungsverordnung abgedruckt und erläutert, die vom Finanzausschuß des Wirtschaftsrates bereits genehmigt ist und von der Verwaltung für Finanzen voraussichtlich in den nächsten Tagen verkündet wird.

Der Preis stellt sich auf 2.25 DM. Bestellungen sind unmittelbar an den vorgenannten Verlag zu richten.

Suchdienst des Roten Kreuzes

Dringend gesucht wird der amerikanische Fliegersergeant
Nathan L. Lepselter.

155th. Foto-Wiedererkennungsschwadron APO 141, c/o Postmaster, New York, Feldpostnummer 12155245, geboren am 9. März 1923 in Brooklyn, New York, ca. 1,80 groß, mittel-

gebaut, hellbraunes Haar mit grauen Streifen, blaue Augen, helle Gesichtsfarbe und gesunde Zähne. Er trug einen Armeering und eine Longines-Armbanduhr.

Nathan L. Lepsele ist im Juli 1944 in Nordfrankreich abgestürzt und dürfte bei dem Unfall das Gedächtnis verloren haben. Nach glaubwürdigen Angaben soll der Gesuchte wahrscheinlich als Namenloser in einer deutschen Heilanstalt untergebracht sein.

In welcher Heil- oder Krankenanstalt befindet sich ein junger Mann, der das Gedächtnis verloren hat und auf den vorstehende Personalangaben zutreffen?

Meldung oder sachdienliche Mitteilungen an das Rote Kreuz in Deutschland, Suchdienst, Zonenzentrale München, München 13, Infanteriestraße 7 a erbeten. Auslagen werden vergütet.

Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln

Auf Ersuchen der Landespolizei Württemberg — Kriminalhauptstelle — geben wir folgendes bekannt:

„Am 12. September 1949 suchte in Reichenbach/Fils der angebliche Leo Schwarz, geb. 25. Juli 1920 in Beuthen/

Oberschlesien, zwei praktische Ärzte mit der Bitte um Verschreibung von Morphinum auf, da er eine stark schmerzende Kriegsverletzung habe. Die ärztliche Untersuchung ergab, daß der angebliche Leo Schwarz eine Kriegsverletzung am Geschlechtsteil, und zwar eine Operationsnarbe am Glied sowie eine künstliche Harnröhrenöffnung hatte.

Beschreibung der Person: ca. 175 cm groß, hagere Gestalt, mittelblondes Haar, hervorstehende Backenknochen, macht den Eindruck eines zerfahrenen nervösen Menschen.

Da der Leo Schwarz keinen Krankenschein vorweisen konnte und der von ihm angegebene Wohnort sich als falsch herausstellte, besteht der dringende Verdacht, daß Schwarz rauschgiftsüchtig ist und sich auf vorher genannte Art und Weise Opiate verschafft.“

Die Landespolizei Württemberg — Kriminalhauptstelle — Stuttgart, Silberburgstr. 174 A, bittet, bei Auftreten obengenannter Person sie sofort benachrichtigen zu wollen.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE) Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Vorsitzende des Marburger Bundes e. V. Nord-Württemberg

Zum neuen Landesvorsitzenden wurde an Stelle des seitherigen Landesvorsitzenden, Herrn Dr. med. Otto Jakober, Stuttgart, der eine ärztliche Tätigkeit im Iran übernimmt, Herr Dr. med. Karl Zimmerle, Stuttgart, und zu dessen Stell-

vertreter Herr Dr. med. Manfred Mayer, Stuttgart, gewählt. Die Wahl fand am 12. Oktober 1949 im Sitzungssaal des Ärztehauses statt.

Die Kreisvorsitzenden des Marburger Bundes sind:

Kreis Aalen	Dr. med. Riehle,	Kreiskrankenhaus Ellwangen/Jagst
Kreis Backnang	Frl. Dr. med. Rieker,	Kreiskrankenhaus Backnang
Kreis Böblingen	Dr. med. Steisslinger,	Böblingen-Tannenberg
Kreis Crailsheim	Dr. med. Schwarz,	Kreiskrankenhaus Crailsheim
Kreis Eßlingen	Dr. med. Anhegger,	Städt. Krankenhaus Eßlingen
Kreis Schwäb. Gmünd	Dr. med. Wohlfahrt,	Kreiskrankenhaus Gmünd
Kreis Göppingen	Dr. med. Knedel,	Zentralkliniken Göppingen
Kreis Schwäb. Hall	Dr. med. Stübler,	Diakonissenanstalt Hall
Kreis Heidenheim	Dr. med. Korn,	Kreiskrankenhaus Heidenheim
Kreis Heilbronn	Dr. med. Gericke,	Städt. Krankenhaus Heilbronn-Weinsberg
Kreis Künzelsau	Dr. med. Merkle,	Kreiskrankenhaus Künzelsau
Kreis Leonberg	Dr. med. Söder,	Kreiskrankenhaus Leonberg
Kreis Ludwigsburg	Dr. med. Nübel,	Ludwigsburg, Richard-Wagner-Str. 3
Kreis Bad Mergentheim	Dr. med. Stützele,	Mergentheim, Kreiskrankenhaus
Kreis Nürtingen	Dr. med. Ebersperger,	Kreiskrankenhaus Kirchheim/Teck
Kreis Öhringen	Dr. med. Wirth,	Kreiskrankenhaus Öhringen
Kreis Stuttgart	Dr. med. Röken,	Versorgungs-Krankenhaus Berg, Teckstr. 56
Kreis Ulm	Dr. med. Litz,	Städt. Krankenhaus Ulm
Kreis Vaihingen/Enz	Dr. med. Walther,	Kreiskrankenhaus Vaihingen/Enz
Kreis Waiblingen	Dr. med. Eisert,	Kreiskrankenhaus Schorndorf

Ärztbücherei Stuttgart

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

Die Lesestunden sind auf Mittwoch und Freitag von 18 bis 21 Uhr festgesetzt. Da auswärtigen Kollegen die Einhaltung

der Lesestunden vielfach nicht möglich sein wird, steht ihnen die Benutzung auch während der Dienststunden der Geschäftsstelle täglich von 8—17 Uhr frei. Ein Ausleihen der Bücher und Zeitschriften ist zur Zeit noch nicht möglich.

In der letzten Zeit sind eine Reihe neuer Bücher eingegangen.

LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 25 34

Ausschreibung von Kassenarztstellen

In Freiburg-Günterstal ist eine Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt zu besetzen.

Bewerbungen um diesen Kassenarztsitz sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Südbaden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Südbaden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach

Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber

bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,

3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Südbaden
Zulassungsausschuß

Bezirksärztekammer Lörrach

Zum Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Lörrach wurde Herr Dr. med. Fritz Edelmann, Steinen, zum stellvertretenden Vorsitzenden Herr Dr. Karl Eisenecker, Lörrach gewählt.

Persönliche Nachrichten

Im Bereich der Landesärztekammer Südbaden starben:
am 8. 10. 1949 Dr. med. Wilhelm Hoffmann, praktischer Arzt in Schliengen im Alter von 69 Jahren,

am 30. 10. 1949 Dr. med. Wilhelm Bettinger, Chefarzt des Kurhauses und Augensanatoriums Höhenschwand, im Alter von 66 Jahren.

Nachruf

Am 8. 10. 1949 verstarb nach längerer Krankheit Herr Dr. med. Wilhelm Hoffmann, praktischer Arzt in Schliengen, Kreis Müllheim/Baden.

Der Verstorbene hat durch 40 Jahre seine ausgedehnte Landpraxis in vorbildlicher Weise geführt. Er wurde dabei als Arzt von der Bevölkerung ebenso sehr geschätzt, wie er als Mensch und Kollege bei den Ärzten in hohem Ansehen stand. Nicht zuletzt seiner hilfsbereiten und sozialen Persönlichkeit verdankt es die Ärzteschaft seines Bezirks, daß auch unter schwierigen Umständen ein vorbildliches kollegiales Verhältnis aufrechterhalten wurde zum Wohl aller Ärzte und aller Patienten.

Bezirksärztekammer Freiburg

HARTMANNBUND · LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Aus der Arbeit des Hartmannbundes

Auf seiner konstituierenden Hauptversammlung am 31. August 1949 hatte der Hartmannbund beschlossen, die Errichtung eines **Bundesgesundheitsministeriums** zu fordern, um eine dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft gemäße ärztliche Versorgung der Bevölkerung, insbesondere der Werktätigen, aufbauen zu können und ein freies selbstverantwortliches Arztum zu erhalten, das unabhängig von zeitbedingten politischen Konstellationen seine großen Aufgaben in Förderung und Erhaltung unserer Volksgesundheit erfüllen kann. Der Hartmannbund ist gemeinsam mit den Arbeitsgemeinschaften der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen durch beauftragte Verbindungsmänner beim Parlament unverzüglich vorstellig geworden und hat dem neugewählten Bundeskanzler und den Fraktionen der Parteien seine Wünsche wiederholt und eindringlich vorgebracht. Bei allem Verständnis, das wir dort fanden, ließ sich unsere Forderung nach einem selbständigen Gesundheitsministerium im Machtkampf der Parteien zunächst nicht durchsetzen. Das Grundgesetz hat der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes auf dem Gebiete des Gesundheitswesens in nur 3 Referaten einen so engen Spielraum eingeräumt, daß die Errichtung eines selbständigen Staatssekretariats oder Gesundheitsministeriums jetzt noch nicht erreicht werden konnte. Die Voraussetzungen hierfür müssen vom Hartmannbund in langer, zielbewußter Arbeit in Parlament und Presse erst geschaffen werden. (Der Aufbau tatkräftiger Informations- und Pressestellen ist von uns in die Wege geleitet.) Der Ältestenrat des Bundestages war jedoch bereit, neben dem schon bestehenden Sozialpolitischen Ausschuß einen **Gesundheitsausschuß** zu bilden, in dem unsere ärztlichen Bevollmächtigten hoffentlich maßgebend zu Wort kommen. Für die Leitung der Ministerialabteilung „Gesundheitswesen“ im Innenministerium hat die Ärzteschaft dem Bundesminister Ärzte ihres Vertrauens vorgeschlagen. Eine Entscheidung ist bis heute nicht gefallen.

In das **Bundesarbeitsministerium** ist als Leiter der Abteilung Sozialversicherung Staatssekretär Sauerborn berufen worden, der sich neben Ministerialdirektor Eckert als ärztliche Referenten die Ministerialräte Dr. med. Petzold und Prof. Bauer geholt hat.

Die Forderung nach drastischer **Beschränkung des Medizinstudiums** ist der Bundesregierung, den Parlamenten, Landesregierungen und Fakultäten mit entsprechenden Unterlagen zugeleitet worden. Auch hier bietet aber das Grundgesetz zunächst keine Möglichkeit, diese Frage einheitlich für die Länder zu regeln. Der Hartmannbund hat deshalb die Vertreter der Medizinischen Fakultäten und der beteiligten Landesministerien zu einer Arbeitsbesprechung gebeten, welche am 28. Oktober in Tübingen stattfand. Hierbei wurde von unserer Seite dargelegt, daß eine ärztliche Planwirtschaft so lange völlig undurchführbar ist, als nicht durch eine der Absterbeordnung entsprechende Einschränkung die Neuzulassung schärfstens gedrosselt wird. Die Tübinger Medi-

zische Fakultät hat sich ihrer Verantwortung gegenüber der Ärzteschaft bewußt bereit erklärt, mit den übrigen deutschen Fakultäten darüber zu verhandeln, daß die Zahl der Neuzulassungen zum Medizinstudium an allen Universitäten auf 30 im Jahr beschränkt wird. Die anwesenden Vertreter der Kult- und Innenministerien haben ihre Unterstützung zugesagt. Der Hartmannbund wird eine ausführlich begründete Denkschrift den Fakultäten, den Länderregierungen und Parlamenten zuleiten mit der Forderung, zunächst für 2 Jahre an allen Universitäten gleichmäßig die Neuzulassung zum Medizinstudium auf 30 im Jahr zu beschränken und diese Bestimmung tatsächlich auch durchzuführen. Die Denkschrift wird in der Standes- und Tagespresse veröffentlicht.

Vom 29. bis 31. Oktober wurde eine **Arbeitsbesprechung** des engeren Vorstandes des Hartmannbundes durchgeführt, zu der auch Vertreter der übrigen ärztlichen Organisationen zugezogen wurden. Der Entwurf einer Satzung und Geschäftsordnung des Verbandes der Ärzte Deutschlands wurde ausgearbeitet und wird demnächst der Ärzteschaft zur Stellungnahme mitgeteilt, um dann einer Delegiertenversammlung des gesamten Hartmannbundes zur Beschlußfassung vorgelegt zu werden.

Nach Durchführung der Aufbauorganisation in den Ländern, die noch im November ihre Delegierten für die Hauptversammlung wählen sollen, wird diese baldmöglichst ordnungsgemäß den engeren und erweiterten Vorstand für 2 Jahre zu wählen haben. Auch Sitz und Aufbau der Geschäftsstelle soll dann von der Delegiertenversammlung bestimmt werden.

Der mit der Vorbereitung konstruktiver Pläne für eine **Reform der Sozialversicherung** beauftragte ärztliche Arbeitskreis hat einen Entwurf ausgearbeitet, welcher die Forderungen der deutschen Ärzteschaft auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, insbesondere der Krankenversicherung, darlegt. Auch dieser Vorschlag soll der Ärzteschaft vor seiner endgültigen Formulierung und Beratung durch die beim Institut für Versicherungswissenschaft gebildete gemischte Kommission zur Diskussion vorgelegt werden.

In der Bildung neuer selbständig handelnder **Sondergruppen** innerhalb des Hartmannbundes sieht der Vorstand eine Gefahr für die Geschlossenheit und Stoßkraft des Verbandes. Er hält es für seine Aufgabe, jede weitere Zersplitterung zu verhüten und eine Willensbildung zu erstreben, in der die berechtigten Interessen der einzelnen Fach- und Sondergruppen durch ihre Arbeitskreise vertreten und zu einem gerechten Ausgleich gebracht werden können.

Nur wenn wir die bedrohlichen zentrifugalen, oft auch eigensüchtigen und destruktiven Kräfte innerhalb der Ärzteschaft ausgleichen und unserem gemeinsamen standespolitischen und standesethischen Ziel einordnen, in Verantwortung füreinander und für unsere Aufgaben in der Volksgesundheit, werden wir das uns gesteckte Ziel erreichen: die berufliche Unabhängigkeit und wirtschaftliche Sicherheit des Arztstandes zu erkämpfen.

Die im Oktober durchgeführte Werbeaktion hat einen außerordentlich guten Erfolg gezeitigt. In zahlreichen Kreisen ist schon die gesamte Ärzteschaft dem Hartmannbund beigetreten. Der Aufbau der inneren Organisation des Verbandes muß aber so beschleunigt werden, daß die für Januar 1950 geplante Delegiertenversammlung wirklich den Willen der deutschen Ärzteschaft zum Ausdruck bringt und dem Hartmannbund damit die erforderliche Schlagkraft gibt. Es wäre naiv und kurzsichtig, zu glauben, daß uns in einer auf allen

Lebensgebieten so schweren Erschütterungen unterworfenen Zeit von heute auf morgen in den Schoß fällt, was Hartmann und Stauder in 30jährigem hartem und zähem Ringen der-einst für die deutsche Ärzteschaft erreicht haben. Auch unser Weg wird lang, unser Kampf um die Lebensrechte des freien Arztes schwer sein, viel Verantwortung, Mut und Ausdauer fordern: „Mit Wagen und Entsagen muß drum gestritten sein.“

Tübingen, 3. November 1949.

Der erste Vorsitzende: Dr. Dobler

Neuerkrankungen an meldepflichtigen Krankheiten im 3. Vierteljahr 1949

auf 10 000 der Bevölkerung u. 1 Jahr

Lfd. Nr.	Krankheiten	Ver. Wirtsch.-gebiet ¹⁾	Schlesw.-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Nordrh.-Westf.	Bremen	Hessen	Württ.-Baden	Bayern
1	Diphtherie	9,50	10,54	13,95	9,85	12,42	12,46	7,07	5,70	6,70
2	Scharlach	11,94	9,47	22,28	8,20	10,32	6,75	10,96	13,79	15,95
3	Keuchhusten	11,42	23,10	6,57	11,95	5,11	14,38	13,84	12,13	15,57
4	Masern	2,26	0,23	—	0,01	0,28	—	2,14	4,14	6,53
5	Lungen- u. Kehlkopf-Tbc.	24,49	40,80	49,00	28,59	27,08	—	9,22	16,26	19,54
6	Tbc. anderer Organe	3,54	4,36	1,31	4,51	4,07	—	3,02	3,47	2,51
7	Grippe	1,62	0,01	—	3,21	0,02	—	0,95	0,03	4,12
8	Lungenentzündung	1,96	1,00	1,75	3,52	1,34	—	—	—	—
9	Übertragbare Genickstarre	0,16	0,20	0,03	0,22	0,12	0,52	0,17	0,22	0,11
10	Übertragb. Gehirnentzündg.	0,04	0,03	0,03	0,04	0,04	—	0,09	0,05	0,02
11	Übertragbare Kinderlähmung	0,64	0,71	0,41	1,50	0,15	0,07	0,30	0,54	0,93
12	Unterleibstypus	2,73	6,45	1,23	1,80	4,35	1,04	1,31	1,06	1,80
13	Paratyphus	1,91	2,89	2,31	1,65	2,46	1,31	1,97	1,47	1,19
14	Übertragbare Ruhr	0,28	0,13	0,82	0,10	0,31	1,04	0,22	0,24	0,32
15	Bakt. Lebensm.-Vergiftung	1,14	0,03	0,16	1,65	1,15	0,15	2,12	0,84	0,98
16	Kindbettfieber ²⁾	0,24	0,18	—	0,29	0,28	—	0,23	0,04	0,32
17	Fieberhafte Fehlgeburt ²⁾	0,95	1,57	1,18	0,83	1,54	—	0,19	0,04	0,78
18	Malaria	0,38	1,92	0,31	0,25	0,33	0,30	0,27	0,31	0,19
19	Trachom	0,04	0,15	—	0,05	—	—	0,01	0,09	0,05
20	Bang'sche Krankheit	0,04	0,18	—	0,07	0,02	—	0,06	0,03	0,03
21	Gelbsucht	2,11	1,84	7,64	1,50	2,85	—	0,91	0,56	1,89
22	Krätze	6,66	8,78	4,41	10,99	5,04	—	4,01	2,01	8,60
23	Gonorrhoe	23,94	24,86	35,16	24,09	22,92	57,26	31,79	22,08	18,37
24	Syphilis	12,07	9,47	10,72	11,59	14,52	18,85	14,94	8,87	9,63
25	Andere Geschlechtskrankh.	0,06	0,12	0,64	0,03	0,04	0,22	—	—	0,03

¹⁾ Soweit für bestimmte Krankheiten von einzelnen Ländern keine Meldungen vorliegen, ist bei der Berechnung, auf die die Erkrankungszahlen bezogen sind, die Einwohnerzahl der betr. Länder abgesetzt.

²⁾ Bezogen auf die weibliche Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 45 Jahre.

Geschäftliche Mitteilungen

25 Jahre Fabrik pharmazeutischer Präparate Carl Bühler, Konstanz

Die bekannte Fabrik pharmazeutischer Präparate Carl Bühler, Konstanz, die 1924 in München gegründet wurde, begeht am 13. Oktober ihr 25jähriges Geschäftsjubiläum. Ihr Gründer, Herr Carl Bühler, der in Gemeinschaft mit seiner Gattin die Geschäftsführung seines bedeutenden Unternehmens noch heute selbst ausübt, feierte zudem am 21. Oktober seinen 80. Geburtstag.

Die Fabrik pharmazeutischer Präparate Carl Bühler hat in der Heilmittelversorgung besondere Bedeutung dadurch erlangt, daß bereits ihre erste Spezialität „SILPHOSCALIN-TABLETTEN“ zur Bronchialbehandlung im In- und Ausland sowohl bei Ärzten wie in allen Bevölkerungskreisen stärkste Beachtung fand und sich zu einer der meistverkauften pharmazeutischen Spezialitäten entwickelte.

Das Unternehmen verlegte 1931 seinen Sitz von München nach Konstanz, in die Heimat seines Gründers. 1933 wurde

ein weiteres, sehr wichtiges Präparat auf den Markt gebracht: „THYLIAL-PILLEN“ gegen Magenbeschwerden, das wegen seiner besonderen Zusammensetzung ebenfalls in Ärztekreisen hohe Anerkennung gefunden hat.

Die ständig wachsenden Anforderungen an das Unternehmen und umfangreiche Arbeiten zur Verfeinerung von Heilmitteln führten 1937 zu einer beträchtlichen Erweiterung des Betriebs und zu einem Ausbau der Fabrikation, die durch den Erwerb besonders geeigneter, umfangreicher Liegenschaften begünstigt wurden.

Seit Frühjahr 1949 hat Herr Carl Bühler in richtiger Erkenntnis der in weitesten Bevölkerungskreisen sichtbar werdenden Gesundheitsschäden sein neues Präparat „HAMOSKLERAN“ gegen Kreislaufstörungen, beginnende Arterienverkalkung und Beschwerden des Alters der Öffentlichkeit übergeben.

Die zielbewußte Entwicklung dieses Unternehmens und seiner in ganz Deutschland und im Ausland bekanntgewordenen und geschätzten Präparate ist der unermüdlichen Arbeit seines Gründers zu verdanken und erfüllt in einer vorbildlichen Form einen hohen Dienst an der Erhaltung der Volksgesundheit breiter Bevölkerungskreise.