

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

12 (1.12.1949)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

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

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 12

STUTTGART, DEZEMBER 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Jacobj:	Die Anatomie in Forschung und Unterricht und ihre neuzeitlichen Bestrebungen	229
Doz. Dr. Rohleder:	Die gesundheitliche Betreuung des körperlich schwa- chen Kindes	235
Prof. Dr. Reichen- miller:	Förderung der Krebsbekämpfung	236
Dr. Noehte:	Ein Blick auf die Schweizer Versicherung und die Schweizer Ärzteorganisationen	238
Dr. Kraske:	Offener Brief zum Problem Ärzteschaft und Kassen- verbände	239
Reg.Rat Kloesel:	Gesundheitsminister tagen in Berlin	241
Dr. Knedel:	Bericht über medizinische Vorträge und klinische Abende der Ärzteschaft des Kreises Göppingen	242
	Bericht über die Hauptversammlung des Marburger Bundes auf dem 52. Deutschen Arzttag in Hannover	243
	Buchbesprechungen	244
	Bekanntmachungen	247
	Ärztekammer Nord-Württemberg	248
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	248
	Ärztekammer Nord-Baden	249
	Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten — 40.—46. Woche 1949	250

Die Anatomie in Forschung und Unterricht und ihre neuzeitlichen Bestrebungen

Gewidmet dem hochverdienten Altmeister der Anatomie und Senior der deutschen Anatomen,
Herrn Prof. Dr. Martin Heidenhain, zum 85. Geburtstag am 7. Dezember 1949

Von Prof. Dr. med. Walther Jacobj, Tübingen

Das erste medizinische Fach, das dem Jünger Askulaps gleich zu Beginn seines Studiums entgegentritt, ist die Anatomie. Und das mit Recht, denn nicht nur die Heilkunst im allgemeinen, sondern auch jedes ärztliche Sonderfach braucht, bald mehr, bald weniger, anatomische Kenntnisse und Vorstellungen als unentbehrliche Grundlage. Wie für alle Lebensgebiete gilt auch für die Anatomie, daß ihr gegenüber jede Zeit gemäß der herrschenden Geistesrichtung eine verschiedene Einstellung einnimmt. — So war der Forscherblick der antiken Ärzte vor allem auf den Gesamteindruck der Persönlichkeit, auf ihre **Gesamtkonstitution**, eingestellt, während die Erforschung der Einzelheiten¹⁾ des menschlichen Körperaufbaus meist völlig vernachlässigt und an ihrer Stelle die Befunde bei Tieren kritiklos ohne weiteres auch auf den Menschen verallgemeinert wurden. — Die unzureichenden anatomischen Vorstellungen der Antike beherrschten noch die ersten 15 nachchristlichen Jahrhunderte, denn die der Empirie abholde Geisteshaltung des **Mittelalters** beschränkte sich gerne auf eine möglichst getreue Überlieferung, ohne auf Grund eigener Forschung kritisch zu ihr Stellung zu nehmen. —

¹⁾ Etwa abgesehen von den anatomischen Untersuchungen der hervorragenden Ärzte Herophilus und Erasistratus in der Weltstadt Alexandria um 300 v. Chr.

Einen Wandel in dieser Beziehung schuf erst der Geist der **Renaissance**, der auf den verschiedensten Gebieten des Lebens und der Wissenschaft bestrebt war, die Welt in ihren Weiten und Tiefen zu durchforschen. Für die Anatomie war es der aus der niederrheinischen Stadt Wesel stammende Leibarzt Kaiser Karl V., **Andreas Vesalius** (1514—64), der mit seinen entdeckungsreichen Forschungen in bahnbrechender Weise den der damaligen Zeit zunächst ungeheuerlich erscheinenden Grundsatz vertrat, dem eigenen Forscherblick mehr zu vertrauen als den altersmorschen Schriften der Überlieferung. Durch diese kühne Tat Vesals war der freien Forschung auf dem Gesamtgebiet der Anatomie auch für die Folgezeit die Bahn gebrochen und, indem weiterhin das um 1590 erfundene Mikroskop von dem italienischen Anatomen Malpighi (1628—94) zur Lösung anatomischer Fragen herangezogen wurde, gewann am Ende des 17. Jahrhunderts die bisher ausschließlich makroskopisch betriebene Anatomie auch Einblicke in den nur dem Mikroskop zugänglichen Feinbau. Allerdings erlebte die mikroskopische Anatomie ebenso wie die um 1759 von K. Fr. Wolff eingeführte entwicklungs-geschichtliche Forschung erst im 19. Jahrhundert ihren eigentlichen Ausbau. Die um die Mitte dieses Jahrhunderts von Darwin 1859 zur Geltung gebrachte Ab-

stammungslehre gab natürlich der vergleichend-anatomischen Betrachtungsweise weitgehende Anregungen, und zwar um so mehr, als etwa um die gleiche Zeit die Anatomie durch die Verselbständigung von den vorher mit ihr unmittelbar verbundenen Fächern: Physiologie und Pathologie sich sowohl in Methodik wie Betrachtungsweise immer mehr als morphologisches Sonderfach abgrenzte. So sehr dadurch die Anatomie als klar umschriebenes Arbeitsgebiet einerseits an Gründlichkeit und Tiefe gewann, so machten sich andererseits doch auch bei ihr die in jeder Spezialisierung liegenden Gefahren einer zunehmenden Einschränkung des Blickfeldes geltend. — So lebte die der Jahrhundertwende (1900) vorangehende anatomische Forschergeneration sich vorgehend in der peinlichst genauen Feststellung und Sammlung feinsten morphologischer Einzelbefunde auf makroskopischem wie mikroskopischem, auf entwicklungsgeschichtlichem wie vergleichend-anatomischem Gebiete aus, während der Sinn für die großen inneren und funktionellen Zusammenhänge vielfach in den Hintergrund trat. Denn unter dem Einfluß einer „positivistischen“²⁾ Zeitströmung wurde die Bedeutung der bloßen Einzelbefunde oft unsachgemäß überwertet, während gleichzeitig Bestrebungen, welche die Ergebnisse verschiedener Forschungsgebiete sinnvoll zu vereinen suchten, nicht selten als unberechtigte Fachkreisüberschreitungen scharf abgelehnt oder gar als höchst gefährliche Spekulationen verworfen wurden. Wie in der Kunst können sich auch in der Forschung Zeitströmungen und Stilrichtungen (Moden) geltend machen, welche zuweilen die Mehrzahl der Autoren so weitgehend beeindruckten, daß ihnen gegenüber oft nur wenige Forscher ihre wissenschaftliche Selbständigkeit und Eigenart zu wahren wissen. — Gegenüber dem Umsichgreifen der eben geschilderten „atomisierenden“ Betrachtungsweise war es das Verdienst einiger hervorragender Forscher, daß sie trotz eigener sorgfältigster Einzelforschung die großen naturgegebenen Zusammenhänge nicht aus dem Auge verloren und ganz neue Gesichtspunkte in die Forschung einführten. — So eröffnete der jetzige Altmeister seines Faches, der Tübinger Anatom Martin Heidenhain in seiner „synthetischen Anatomie“ (Synthesiologie)³⁾ das Verständnis für die großartige Gesetzmäßigkeit im Aufbau des Organismus, indem er zeigte, daß nicht nur der Zelle, sondern auch ihren untergeordneten „Teilkörpern“ (z. B. Chromosomen, Chromomeren, Zentriolen, Fibrillen, Organellen) wie den übergeordneten geweblichen Einheiten (z. B. Drüsen- und Geschmacksknospen, Darmzotten, Nierenläppchen) in kennzeichnender Weise die Fähigkeit der Vermehrung durch Teilung zukommt, wodurch in viel tausendfacher Wiederholung sich der Körper mit seinen Gliederungen in harmonischer Stufenordnung (Histosysteme) aufbaut. — Bezüglich der Entwicklung (Ontogenie) wies der deutsche Anatom W. Roux nachdrücklich darauf hin, daß — so unentbehr-

²⁾ Der Positivismus als System wurde von Comte 1830 begründet.

³⁾ Neuestens gab der Hamburger Anatom B a u t z m a n n in seiner 1948 erschienenen Schrift: „Natur und Entfaltung organischer Gestalten“ eine sehr anregende allgemeinverständliche Darstellung, wie treffend die entwicklungsphysiologischen Ergebnisse Spemanns und die synthesiologischen Erkenntnisse Heidenhains in ihrer Vereinigung ein anschauliches Bild der Entstehung der Gestaltungen des Lebens geben.

lich und grundlegend auch zunächst die Feststellung der sich zeitlich folgenden verschiedenen Entwicklungsstufen und ihrer möglichst genauen Befunde ist, die wissenschaftliche Forschung sich doch nicht mit der bloßen Beschreibung begnügen dürfe, sondern darüber hinaus versuchen müsse, möglichst weitgehend auch die inneren, ursächlichen Zusammenhänge der Entwicklung aufzuklären. Er wurde so zum Begründer der kausal-forschenden „Entwicklungsmechanik“ bzw. „Entwicklungsphysiologie“, die in den Händen eines D r i e s c h, S p e m a n n⁴⁾ und anderer hervorragender Forscher bereits viele, z. T. völlig überraschende Erkenntnisgewinne gefördert hat. — Gegenüber dem nach der Loslösung der Morphologie von der Physiologie sich in zunehmendem Maße bemerkbar machenden Bestrebungen vieler Anatomen, sich auf die reine Formbeschreibung zu beschränken (allenfalls noch unter Berücksichtigung vergleichend-anatomischer und stammesgeschichtlicher Beziehungen) betonte mit Recht der Heidelberger Anatom H. B r a u s nachdrücklich, daß auch die eigentliche Morphologie, um wirklich die Form des lebendigen Körpers zu verstehen, die eingehende Berücksichtigung der allgemeinbiologischen Belange wie der „Gestaltungsfunktionen“ nicht entbehren könne. Sein in diesem Sinne zuerst 1920—24 verfaßtes Lehrbuch⁵⁾ bedeutete daher eine wissenschaftliche Tat. — Die genannten allgemeinbiologisch eingestellten morphologischen Bestrebungen: die **ganzheitliche Synthesiologie**, die kausalforschende **Entwicklungsmechanik** und die **gestaltungsfunktionelle Morphologie** — die am Ende des 19. Jahrhunderts, bzw. um die Jahrhundertwende ihren Ausgang nahmen — haben die Weiterentwicklung der Anatomie im bisherigen 20. Jahrhundert nicht unwesentlich beeinflusst, kommen aber erst in neuerer Zeit zu ihrer eigentlichen breiteren Auswirkung⁶⁾.

Was die derzeitige Anatomie von der älteren des 19. Jahrhunderts unterscheidet, ist vor allem ihre lebensnähere Einstellung und Ausgestaltung. Bedeutungsvoll hierfür war auch, daß viele Anatomen durch ihre ärztliche Tätigkeit während der Weltkriege nähere Beziehungen zu den praktischen Aufgaben und Bedürfnissen der Heilkunst gewonnen hatten. Die neuzeitliche Entwicklung der Heilkunde gestattet auch dem Anatomen nicht, sich mit der alten Leichenanatomie zu begnügen. Wie schon B r a u s in der Einleitung zu seinem Lehrbuch 1921 hervorhebt, gibt sogar schon der Name Anatomie (*ἀνατομία* = aufschneiden, zergliedern) eine falsche

⁴⁾ S p e m a n n erhielt bekanntlich für seine entwicklungsphysiologischen Untersuchungen 1936 den Nobelpreis f. Medizin.

⁵⁾ Infolge seines frühen Todes konnte B r a u s nur die zwei ersten Bände (Bewegungsapparat, Eingeweide) noch selbst veröffentlichen, während das Gesamtwerk erst 1940 zum Abschluß gebracht wurde durch den aus der Braus'schen Schule hervorgegangenen Würzburger Anatomen E l z e. — Das seit 1926 in verschiedenen Auflagen erschienene lebensvolle Lehrbuch des Innsbrucker Anatomen F. S i e g l b a u e r leitet von der deskriptiven zur funktionellen und allgemein-biologischen Betrachtung über.

⁶⁾ Wie in seiner Heimat, so wird der Prophet auch in seiner Zeit oft nicht richtig gewertet. Daher finden auch wissenschaftliche Erkenntnisse und Fortschritte häufig erst in der folgenden Generation ihre unparteiische Aufnahme und Anerkennung.

Vorstellung von der eigentlichen Aufgabe des Faches⁷⁾. Denn so wichtig auch das Aufschneiden und Zergliedern der Leiche ist, um Einblicke in das verwickelte und feingegliederte Gefüge des Körpers zu gewinnen, so ist doch die in jahrhundertelanger Arbeit fein ausgebildete Zergliederungskunst⁸⁾ nur eine der erforderlichen Untersuchungsweisen, die außerdem zu ihrer einigermaßen gesicherten Auswertung einer sachverständigen Kritik bedarf, damit die unvermeidbaren Leichenveränderungen nicht Anlaß geben zu entstellenden Zerrbildern und Mißverständnissen. Denn der Arzt benötigt für sein ärztliches Handeln möglichst wirklichkeitstreuere Vorstellungen von den Verhältnissen des menschlichen Körpers, seiner Organe und Gliederungen im **Leben**. Als daher Röntgen der Physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg am 23. Januar 1896 zum erstenmal über seine 1895 gemachte Entdeckung „einer neuen Art von Strahlen“ vortrug, löste seine Mitteilung — wie mir auch Prof. M. Heidenhain als Zeuge jener denkwürdigen Sitzung erzählte — die allgemeine Begeisterung aller Sitzungsteilnehmer aus. Und der berühmte Altmeister der Anatomie Kölliker, dessen Handknochen in dieser Sitzung auf die photographische Platte gezaubert wurden, brachte zum Ausdruck, welche epochale Bedeutung dieser Entdeckung nicht nur für die Physik, sondern auch für die Gesamtmedizin und die Anatomie zukomme und schlug vor, diese wunderbaren Strahlen zur Ehrung ihres Entdeckers als Röntgenstrahlen zu benennen⁹⁾. Und so ist denn auch die neuzeitliche Anatomie in Forschung wie Lehre ohne die entsprechende Berücksichtigung der Röntgenbefunde¹⁰⁾ nicht mehr denkbar. Besondere Verdienste um die Auswertung der Röntgenstrahlen für die Anatomie erwarb sich bis in die neueste Zeit hinein der Erlanger Anatom Hasselwander. — Der in die gleiche Zeit fallende gewaltige Aufschwung aller Leibesübungen und Sportarten (um 1890 erste deutsche leichtathletische Vereine, 1896 Wiederaufleben der „Olympischen Spiele“ in Athen) bei den verschiedenen Kulturvölkern als Gegengewicht gegen die Zivilisationsschäden einer übersteigerten maschinellen Technik und Industrialisierung wirkte sich nicht nur nachhaltig auf die Entwicklung der Gesamtmedizin (Leistungs- und Arbeitsphysiologie, Sportmedizin) aus, sondern erweckte auch bei der heranwachsenden Ärzte- und Anatomengeneration ein gesteigertes Verständnis und Augenmerk sowohl für die Proportionen und Oberflächenplastik des menschlichen Körpers bei verschiedenen Körperbautypen (Konstitution), Alter, Geschlecht und Rasse, als auch für das Leistungsvermögen des Bewegungsapparates im allgemei-

⁷⁾ Um solche Fehlvorstellungen zu vermeiden, schlug ja schon Goethe anlässlich seiner eigenen anatomischen Studien vor, daß die Aufgabe und das Wesen der Anatomie weit besser durch den Ausdruck „Morphologie“, d. h. „Gestaltenlehre“ zu kennzeichnen wäre, welcher Namen sich inzwischen — wenigstens im wissenschaftlichen Schrifttum — schon weitgehend einbürgerte.

⁸⁾ Wie jede Naturwissenschaft, so bedarf auch die Anatomie zu ihrer erfolgreichen Fortentwicklung die stete verständnisvolle Pflege des Handwerklich-Technischen. In diesem Sinne stellen die anatomischen Übungen neben ihrer wissenschaftlichen Bedeutung auch ein wichtiges Schulungsmittel für Handgeschick und Beobachtungsschärfe der heranzubildenden jungen Arztgeneration dar.

⁹⁾ Vgl. H. Gocht: Röntgenlehre 1914, S. 1.

¹⁰⁾ Besonders wertvoll für Anatomie und Praxis gestaltet sich in neuer Zeit auch die Röntgenangiographie.

nen wie im besonderen. Der Ausbau der Anatomie im Sinne einer derartigen „plastischen Anatomie“, die der gesicherten Beobachtung des lebenden Körpers und seines vielseitigen Muskelspiels dient, ist u. a. das große Verdienst des Münchner Anatomen S. Mollier. In neuerer Zeit werden solche Bestrebungen auch durch den Heidelberger Anatomen Hoepke lebhaft gefördert. — Dem Streben, die Formen und Gestaltungen des Körpers auch in ihrer lebensbedingten Veränderlichkeit kennen und verstehen zu lernen, kam weiterhin auch die etwa um die Jahrhundertwende sich entwickelnde **Kinematographie** bestens entgegen, und so sehen wir auch diese Methode heute auf makro- wie mikroskopischem Gebiet zum Zwecke der Forschung¹¹⁾ wie zur lebensvollen Ausgestaltung des Unterrichts gerne angewandt. — Ebenso gewährte die um diese Zeit aufgekommene Gewebezüchtung weitgehende Einblicke in das Leben der Gewebe und Zellen. Auch diese lebensvolle Methode wandten und wenden manche Anatomen erfolgreich an, ich nenne nur den leider zu früh verstorbenen früheren Freiburger Anatomen W. v. Möllendorff. Überhaupt pflegt die heutige Morphologie viel umfangreicher als die frühere den Tierversuch und die unmittelbare Beobachtung der Lebensvorgänge, teilweise unterstützt von wirkungsvollen neuen Methoden wie die mikrochirurgische (Peterfys Mikromanipulator) und die fluoreszenz-mikroskopische. Der Ablauf der mitotischen Zellteilung wurde nicht nur an Wirbeltieren unmittelbar beobachtet, sondern bei wirbellosen gelang es sogar, den für die Vererbung so wichtigen Vorgang der Reifungsteilung der Geschlechtszellen im Leben¹²⁾ zu verfolgen. — Aber nicht nur die unmittelbare Beobachtung am Lebenden selbst wird gepflegt. Bei der Erforschung des Körperaufbaus und seiner Gestaltung will der neuzeitliche Anatom sich nicht mehr auf die bloße Berücksichtigung des ruhenden Körpers und seine Statik beschränken, sondern sein unermüdetes Streben muß dahin gehen, ein wachsendes Verständnis für den großartigen Formenreichtum unseres lebenden Körpers, seiner mannigfaltigen Gliederungen und ihrer durch die Lebenstätigkeit bedingten Abwandlungen, eben der „morphologischen Dynamik“ zu gewinnen. So muß selbst beim Arbeiten an der Leiche und am fixierten Mikropräparat der Forscher stets geleitet sein von der Frage: Welche Bedeutung hat die beobachtete Struktur und ihre biologische wie physikalische und chemische Eigenart im Lebensgetriebe? Denn so wichtig wie die Entdeckung einer anatomischen Struktur ist die Feststellung ihrer funktionellen Bedeutung. — Erst eine lebensvolle, in funktionellem Geiste betriebene Morphologie bewahrheitet auch im neuzeitlichen Sinne den stolzen Wahlspruch der altehrwürdigen Sorbonne: „Hic mors gaudet succurrere vitae.“ Dieses lebensnahe funktionelle Streben der heutigen Morphologie kommt u. a. sehr schön zum Ausdruck in den von dem Marburger Anatomen Benninghoff herausgegebenen Beiträgen „Zur Anatomie funktioneller Systeme“ und in sei-

¹¹⁾ Z. B. zur Untersuchung der Umformung des Herzens und der quergestreiften Muskulatur bei der Tätigkeit, Zeitraffnahmen von Ertwicklungs- und Wachstumsvorgängen.

¹²⁾ Daß bis zu einem gewissen Grade auch eine Mikroskopie am lebenden Menschen ohne Verletzung möglich ist, zeigt z. B. Gullstrands Spaltlampenmikroskopie des Auges und die durch den Tübinger Kliniker Otfried Müller eingeführte Mikroskopie der feinsten Blutgefäße der Körperoberfläche.

nem 1938 erstmals erschienenen „Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Dargestellt unter Bevorzugung funktioneller Zusammenhänge“. Dabei betont auch Benninghoff — in aufbauender Fortentwicklung von Braus und Heidenhain —, daß die funktionellen Systeme der verschiedenen Ordnungsgrade sich als Teilglieder harmonisch in das Baugesüge des Gesamtorganismus einpassen und so zu dessen Erhaltung beitragen.

Außer dem Qualitativen verlangt auch das **Quantitative** wie in jeder Naturwissenschaft, so auch in der Morphologie eine entsprechende Berücksichtigung. Doch fand die beherzigenswerte Mahnung Galileis (1564—1642): „Messe alles, und das Nichtmeßbare mache meßbar“ — deren Befolgung sehr wesentlich zum bewundernswerten Ausbau von Physik und Chemie beitrug und auch in Anthropologie, Erbforschung und Physiologie wertvolle Erkenntnisse zeitigte — bislang in der Anatomie auffallend geringe Beachtung. So klagt noch 1924 der dänische Nobelpreisträger A. Krogh in seinem Buch „Anatomie und Physiologie der Kapillaren“ mit Recht über das im allgemeinen geringe Interesse der Morphologen, auch „quantitative Anatomie“ zu betreiben. Dieser an sich erstaunliche Mangel ist weitgehend wohl dadurch zu erklären, daß die den lebenden Gebilden eigentümliche große Variabilität, d. h. ihre Veränderungsfähigkeit auf die verschiedensten, unübersehbaren Einflüsse hin, den meisten Anatomen die Feststellung eindeutiger Zahlenwerte als unmöglich erscheinen ließ. Mittels der diese Variabilität berücksichtigenden variationsstatistischen Methode konnte ich seit 1924 durch möglichst viele genaue Messungen¹³⁾ zahlenmäßig nachweisen, daß das normale Wachstum der Zellen und ihrer Kerne auf einem rhythmischen Verdoppelungswachstum ihrer Volumina beruht. Anschließend machte ich an Hand von Befunden darauf aufmerksam, welche große Bedeutung der Zellfunktion für die Auslösung eines solchen Wachstums zukommt. Nachdem in den letzten beiden Jahrzehnten zahlreiche Forscher (1942 bereits über 35, darunter Anatomen, Zoologen, Botaniker, Pathologen) des In- wie Auslandes¹⁴⁾ diese Befunde bestätigen und beträchtlich erweitern konnten, scheint der Bann, welcher so lange auf dem biometrischen Ausbau der Anatomie lag, einigermaßen gebrochen zu sein, so daß zu hoffen ist, daß künftig auch die „quantitative Morphologie“ die ihr zukommende Berücksichtigung erfahren wird, gemäß dem Goethewort: „Bewährt den Forscher der Natur ein frei und ruhig Schauen, so folge Meßkunst seiner Spur mit Vorsicht und Vertrauen“. Daß wie überall im Leben, so auch hier, über dem Meßbaren die Imponderabilien, das Unwägbar nicht vernachlässigt werden darf, sollte für einen biologisch und ärztlich eingestellten Forscher, der in und mit der Natur lebend auch dem Unerforschlichen mit Ehrfurcht begegnet, selbstverständlich sein. — Der jetzt wegen seiner Bedeutung als Regler des Zelllebens und wichtiger Träger der Erbmasse¹⁵⁾ besonders

¹³⁾ Vgl. W. Jacoby: „Die Bedeutung von Maß und Zahl im Leben der Zellen.“ Naturwissenschaftl. Rundschau 1949/H. 8 S. 354/361.

¹⁴⁾ In dieser Beziehung sei besonders an die Untersuchungen an den Anatomen in Innsbruck (Prof. Sause), Bern (Prof. Hintzsche), Helsingfors (Dir. Prof. Pesonen) erinnert.

¹⁵⁾ Gewisse auffallende Ähnlichkeiten zwischen den Reifungsteilungen der Geschlechtszellen und den Mitosen bösartiger Geschwulstzellen sind heute vielleicht geeignet, neue Gesichtspunkte zum Verständnis der Entstehung bösartiger Geschwülste durch eine reizbedingte Genmutation zu geben.

beachtete Zellkern mit seinen wunderbaren Mitosen zog mit vollem Recht schon seit langem das besondere Interesse der Biologen und Anatomen auf sich. — Unter den jetzigen deutschen Anatomen hat sich vor allem auch der Hallenser Anatom Günther Hertwig seit jeher besonders eingehend der Zell- und Zellkernforschung (einschl. des rhythmischen Kernwachstums) gewidmet. — Daß entsprechend den Kernvolumina auch die Plasmavolumina dem rhythmischen Wachstum gehorchen, wies an Hand genauer Messungen der frühere Jenaer Anatom R. v. Volkmann mit seinem Schüler E. v. Mark nach.

Bei der grundlegenden Bedeutung, die der Morphologie sowohl für die Gesamtmedizin als auch für die allgemeine Biologie zukommt, kann es nicht wundernehmen, daß manche wichtige anatomische Fragestellungen von Praktikern¹⁶⁾ der Medizin (wie Chirurgen, Orthopäden, Ohren-, Augenärzten, Psychiatern — man denke in letzterer Beziehung an Kretschmers konstitutionelle Untersuchungen zum Körperbauproblem), andere wieder von Biologen und Zoologen bearbeitet werden; so wie andererseits auch manche zoologische Fragen durch Untersuchungen von Anatomen ihre Aufklärung finden. — Bei dem nur in begrenztem Umfang verfügbaren Raum ist es schwierig, auch nur einigermaßen anschauliche Vorstellungen von den vielseitigen Forschungsrichtungen und -bestrebungen zu geben, welche die heutigen deutschen Anatomen bewegen¹⁷⁾. — Die folgenden Zeilen können nur stichprobenweise die Arbeitsgebiete der verschiedenen deutschen Anatomen erwähnen, soweit diese nicht schon bereits oben genannt wurden. Bei der neuzeitlichen Verbesserung der Methodik verraten längst durchsuchte Organe bisher nicht bekannte Eigentümlichkeiten ihres Aufbaus und seiner funktionellen Beziehungen. Dabei sei bezüglich der Methodik nicht nur auf die fortgeschrittene neuzeitliche Optik auf dem Gebiete der Polarisations-, Stereo-, Auflicht- und Phasenkontrastmikroskopie sowie der Mikrophotographie hingewiesen, sondern ebenso auf die Verfeinerung der Histotechnik unter Berücksichtigung ihrer physikochemischen Grundlagen, die u. a. von dem Hamburger Anatomen Zeiger besonders bearbeitet wurde. Dankbar sei auch des großen Verdienstes des Münchner Anatomen Romeis gedacht, der seine altbewährte „Mikroskopische Technik“ stets laufend auf der Höhe des wissenschaftlichen Fortschritts hält. — Vielfach sind es auch neue Fragestellungen, die zu unerwarteten neuen Befunden führen. So regen die

¹⁶⁾ Im folgenden seien auch die Namen einiger württembergischen Ärzte genannt, die seinerzeit an der Tübinger Anatomie unter Prof. Heidenhain wertvolle anatomische Untersuchungen lieferten. So stellte der jetzige Eßlinger Chirurg, Prof. W. Bender, fest, daß die Scheitelknospen der menschlichen Lunge sich während der Entwicklung nach den Verhältniszahlen des Goldenen Schnittes durch Teilung vermehren, wodurch die gleichmäßige Raumerfüllung gewährleistet ist. — Und Dr. med. Baltisberger, jetzt Betzingen, wies durch seine Untersuchungen über die glatte Muskulatur der menschlichen Lunge auf die bis dahin nicht beachteten, sehr reichlichen interstitiellen Muskelzüge hin, welche wichtig sind zur Unterstützung der elastischen Fasern bei der Raffung des Lungenbindegewebes. — Ferner trug der Stuttgarter Chirurg Dr. Ed. Neuffer zur Aufklärung des Aufbaus der menschlichen Zungenpapillen und Dr. med. K. Heudorfer, Ravensburg, zu der des Lymphknotens bei.

¹⁷⁾ Einen Überblick über die deutsche anatomische Forschung in den Kriegsjahren 1939/45 gab Ph. Stöhr in den „Fiat Reviews“ Bd. 56, 1947.

Fortschritte in Physiologie und Biochemie den Morphologen zu genauester Durchforschung der in ihren vielseitigen Beziehungen immer mehr beachteten inkretorischen Organe an, und zwar sowohl hinsichtlich ihrer Gewebsbestandteile wie ihrer morphogenetischen Bedeutung. (Vgl. die einschlägigen Arbeiten von Romeis und dem Kieler Anatomen *Bar g m a n n*.) Andererseits dienen die verschiedensten empfindlichen Reaktionen zum histochemischen Nachweis von belangreichen Plasmastoffen (wie z. B. der Nukleinsäuren, des Plasmaplasmas) und der Vitamine. Zur Zeit wird von manchen Anatomen planmäßig nach den Speicherungsstellen von Vitamin A, B und vor allem auch C gefahndet. — Besonderer Beliebtheit erfreut sich gegenwärtig auch die Morphologie des Gefäßapparates in makroskopischem wie mikroskopischem Bereich. So sei neben der Röntgenangiographie auch auf die in neuerer Zeit besonders gepflegte und von *R. Spanner* durch seine schöne Injektionstechnik wesentlich geförderte Untersuchung der arteriovenösen Anastomosen hingewiesen, sowie auf die verschiedenen geweblichen Einrichtungen zur Abdrosselung von Arterien oder auch Venen, wie sie z. B. in den Drosselarterien der Nierenglomeruli und in den Drosselvenen der Plazenta beobachtet werden, die zur Strombahnsteuerung dienen. In diesem Zusammenhang seien auch die von dem Anatomen *B e c h e r* in Münster erstmals 1936 beschriebenen „paravasculären“ Zellgruppen der Niere genannt. — Während der frühere Königsberger Anatom *R. Heiß* (jetzt München) sein Augenmerk besonders dem Bau und der Entwicklung der Lunge zuwendet und außerdem Fragen der Beckentopographie bearbeitet, hat der jetzige Freiburger Anatom *G o e r t t l e r* in sehr belangreichen Untersuchungen die verwickelte Architektur des menschlichen Uterus als „Verschiebemechanismus“, den Aufbau des Samenleiters als „Fördermechanismus“, sowie die funktionelle Konstruktion der menschlichen Darmwand verstehen gelehrt und hat außerdem auch auf dem Gebiet der experimentellen Entwicklungsphysiologie im Sinne *S p e m m a n n*s erfolgreich gearbeitet. — Demgegenüber pflegte der Mainzer Anatom *D a b e l o w* zunächst vor allem das Gebiet der vergleichenden Anatomie und hat weiterhin aufschlußreiche Arbeiten über den „Entfaltungsmechanismus“ der Milchdrüse und die Gefäßversorgung der lymphatischen Organe und des Ovars geliefert. — Ein wichtiges Gebiet ist übrigens auch die **topographische Anatomie**, welche entsprechend ihrer Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit vielfach als chirurgische oder überhaupt als angewandte Anatomie bezeichnet wird. Ihre eigentliche Aufgabe ist, nicht nur die Lagebeziehungen der verschiedenen anatomischen Gebilde zueinander wie zum Gesamtkörper und dessen Oberfläche festzustellen, sondern auch nach deren gesetzmäßigen²⁵⁾ Beziehungen zu fahnden. Für den Ausbau der Topographie war zunächst die Gefrierschnittmethode (*Wilh. Braune*) und ist heute auch das Röntgenverfahren von besonderer Bedeutung. Als topographisch besonders interessierte Anatomen der neueren Zeit seien genannt *T. von Lanz* in München (*Handbuch der praktischen Anatomie*), *Eduard Pernekopf* in Wien, der seine Topographie vor

²⁵⁾ Man denke dabei an die wichtigen cranio-cerebralen Feststellungen *A. von Frorieps*, auf Grund deren der Chirurg *Krönlein* sein bekanntes Craniometer konstruierte zum Auffinden der Zentralfurche und der entsprechenden Gehirnwindungen.

allem nach regional-strategraphischen Gesichtspunkten aufbaut und der leider viel zu jung verstorbene *Otto Oertel*, dessen organisatorischer Tatkraft die Tübinger Anatomie auch ihren schönen neuzeitlichen Ausbau (1933—1936) verdankt. — Entsprechend der Bedeutung des Gehirns wie seines verwickelten, vielseitigen Aufbaus hat sich dessen Erforschung im Laufe der Zeit zu einem belangreichen Sondergebiet entwickelt. Nachdem *Corb. Brodmann* zunächst in der *Gaupp*schen Klinik in Tübingen die von dem Psychiater *Meyner*t begonnene Aufklärung der Zyto-Architektonik der Gehirnrinde höchst erfolgreich weitergeführt hatte, erfuhr dieses Gebiet weiterhin durch *Economo* und andere Forscher einen gewaltigen Ausbau, der sehr wirkungsvoll ergänzt wurde durch die myelarchitektonischen und topischen Untersuchungen von *O. und C. Vogt*, denen sich *R. A. Pfeifers* angioarchitektonische Gliederungsversuche anschlossen. Als bedeutender Gehirnforscher der Gegenwart sei auch *Spatz* genannt. — Eine besondere Aufmerksamkeit in ärztlicher wie theoretischer Hinsicht beansprucht auch das **vegetative Nervensystem**, dessen genauer Erforschung in neuerer Zeit der Bonner Anatom *Stoehr* eingehende Studien widmet. — In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß heutzutage in Fachkreisen auch die Problematik der Neuronen- wie der Zellenlehre zur Aussprache steht. Während einige Autoren beide Lehren ohne weiteres als veraltet ablehnen, ohne allerdings einen Ersatz zu bieten, nimmt die Mehrzahl der Forscher einen vermittelnden Standpunkt ein, indem sie die nach wie vor brauchbaren Grundlagen beibehalten unter Vermeidung jedes einseitigen, dogmatischen Schematismus. Dabei sei betont, daß zum Wesen jeder fortschreitenden Wissenschaft auch eine lebendige **Aussprache**²⁶⁾ gegensätzlicher Auffassungen gehört, denn „disputando discitur“. Manche Streitfragen können allerdings oft erst nach weiteren technischen Fortschritten gelöst werden, so wie einst die geniale Kreislaufhypothese *Harveys* (1628) erst nach *Malpighis* mikroskopischem Nachweis der Blutkapillaren (1661) ihre allgemeine Anerkennung fand. Andererseits können manche wissenschaftliche Streitfragen infolge der ihnen zugrunde liegenden weltanschaulichen und damit letzten Endes metaphysisch verwurzelten Gegensätze nie ausgeglichen werden. Dabei ist zu beachten, daß auch in derselben Zeit lebende große naturwissenschaftliche Bahnbrecher in ihrer Gedankenwelt ganz verschiedenen Zeiten angehören können. (Vgl. z. B. *Keplers* neuplatonische gegenüber *Galileis* neuzeitlich positivistischer Einstellung oder die Verschiedenheit mancher Grundauffassungen bei *Descartes*, *Newton*, *Leibniz*, *Huyghens*.)

Während übrigens die früheren Anatomen zu ihren histologischen und entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen sich oft ohne Bedenken auf das Material von Wirbeltieren beschränkten, ist der heutige Anatom bestrebt, möglichst weitgehend menschliches Beobachtungsgut zum Beleg heranzuziehen. Bezeichnend in dieser Beziehung ist, daß der von dem bekannten schwedischen Entwicklungsforscher *J. Broman* verfaßte „Grundriß der Entwicklungsgeschichte des Menschen“ (1921) „das erste in deutscher Sprache veröffentlichte

²⁶⁾ So sind denn ja auch klassische Schriften der Wissenschaft (z. B. *Platos* und *Galleis* berühmte Dialoge) in der Form von Wechselgesprächen geschrieben.

kleinere Lehrbuch war, worin die menschliche Organentwicklung ganz und gar auf Grund von Beobachtungen an menschlichen Embryonen geschildert wird". Wenn somit die **vergleichende Anatomie** ihre Vorzugsstellung, die sie unter der Ägide des berühmten Jenaer Anatomen **Gegenbaur** (1826/1903) innehatte, bei den gegenwärtigen Anatomen zumeist eingebüßt hat, so darf über der für die Ausbildung der Ärzte notwendigen Betonung der menschlichen Befunde doch nicht vergessen werden, wieviel Aufklärung wir gerade auch in grundsätzlichen Fragen der vergleichend-anatomischen Betrachtung verdanken²⁰⁾ und der ihr nahestehenden Lehre vom „Bauplan“ und seinem durch besondere Beharrlichkeit ausgezeichneten Bauegefüge. — Als Forscher, welche auch heutzutage mit bestem Erfolg die vergleichend-anatomische Richtung pflegen, seien u. a. genannt: der auch durch jahrzehntelange Herausgabe des Anatomischen Anzeigers hochverdiente frühere Breslauer Anatom **H. v. Eggeling**, der Kölner Anatom **Veit** und der Frankfurter Anatom **Stark**. Von diesen hat **Veit** u. a. das schon von dem früheren Tübinger Anatomen **A. v. Froiep** in bahnbrechender Weise behandelte Problem des Wirbeltierkopfes auf Grund eigener Untersuchungen unter Berücksichtigung auch der neuzeitlichen entwicklungsphysiologischen Einsichten sehr erfolgreich weitergefördert. Unsere Kenntnis der Primitiventwicklung der Wirbeltiere erfuhr in neuerer Zeit durch die gründlichen Arbeiten der bekannten Anatomen **H. Peter** (früher Greifswald) und **F. Kopsch** / Berlin eine wertvolle Klärung. — Aber auch der Entwicklung des Menschen sind zahlreiche Untersuchungen gewidmet. In den Brennpunkt des allgemeinen Interesses von Anatomen und Geburtshelfern wurde durch die eingehenden Untersuchungen des Berliner Anatomen **H. Stieve** und des früheren Danziger Anatomen **R. Spanner** die menschliche Plazenta gestellt, wengleich die erzielten Ergebnisse zunächst noch keineswegs alle übereinstimmen. — Weiterhin lieferte **Stieve** neustens auch wichtige Befunde über den Einfluß des Nervensystems auf Bau und Leistungen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie über die Beziehung von Follikelreifung und Gelbkörperbildung zum Zeitpunkt der Befruchtung beim Menschen. — Der Göttinger Anatom **Bleichschmidt** versucht dem Entwicklungsproblem mit neuen Fragestellungen beizukommen, wobei er mit Recht die schon in der bisherigen Forschung erkannte formbildende Bedeutung des Epithels, zumal des ektodermalen betont. — Überhaupt ist, wie ja schon der berühmte Entwicklungsforscher und Entdecker (1827) des Eies der Säuger und des Menschen **C. E. v. Baer** hervorhob: „für einen organischen Körper das Beharren nur ein Schein, das Werden aber das Wesen und das Bleibende“. In diesem Sinne verdiente auch die postembryonale Entwicklung des Kindes, die anschließenden Entwicklungsstufen der Pubertät und zunehmenden Reife sowie die Rückbildungsvorgänge des beginnenden und fortschreitenden Alters noch viel stärkere Beachtung als bisher. Durch Herausgabe und Mitarbeit an dem zweibändigen Handbuch der Anatomie des Kindes (1938) machten sich verschiedene Anatomen um die Fortentwicklung auch dieses Zweiges der Anatomie sehr verdient.

²⁰⁾ Ganz abgesehen von den stammesgeschichtlichen Erkenntnissen sowie den aufschlußreichen experimentellen Einsichten, die wir im Tierversuch erzielen können bei verständnisvoller Berücksichtigung der vergleichenden Biologie.

Jedenfalls dürfte der vorstehende flüchtige Überblick gezeigt haben, daß außer dem für die Heranbildung der jeweiligen jungen Ärztegeneration unentbehrlichen und sehr viel Zeit beanspruchenden Anatomieunterricht auch die Forschung auf allen deutschen Anatomien rege betrieben wird. Da ein richtig durchgeführter anatomischer Unterricht an jedem Institut jeweils mehrere Dozenten benötigt, so ist er um so anregender, je verschiedener die Gebiete²¹⁾ sind, denen sich die einzelnen Institutsmitglieder als Forscher widmen. So untersucht z. B. zur Zeit an unserer Tübinger Anatomie der frühere Rostocker Anatom Prof. **K. Neubert** besonders eingehend den verwickelten, aber auch sehr belangreichen Feinbau des Gehörlabyrinths, während der Prosektor des Instituts, Prof. **H. Feneis**, den Bewegungsapparat des Herzens, wie der Skelettmuskulatur in makroskopischer wie mikroskopischer Beziehung unter Zuhilfenahme von Experiment und kinematographischer Methodik gründlich durchforscht. Daneben laufen die schon oben erwähnten Zellkernarbeiten und die Untersuchungen der Assistenten und Doktoranden. — Der Oberpräparator des Instituts **P. Graf** hat nicht nur in jahrzehntelanger Arbeit für die mikroskopischen Kurse wie die Forschungsarbeiten des Instituts abertausende feinst ausgeführte Mikropräparate geliefert, sondern mit seinem durch stetes Beobachten geschärften Auge auch bemerkenswerte neue Mikrobefunde gemacht, die von ihm in einer anatomischen Fachzeitschrift veröffentlicht werden konnten. Um die reichen Aufgaben in Forschung wie Unterricht richtig erfüllen zu können, bedarf aber jedes anatomische Institut auch der verständnisvollen unermüdbaren Mitarbeit des Institutsverwalters wie der verschiedenen übrigen Mitarbeiter des Instituts, die sich je nach ihren Fähigkeiten zu wichtigen technischen Hilfskräften heranbilden können. Daß in Hinblick auf die Sektionstätigkeit gerade auf der Anatomie eine peinliche Sauberkeit gepflegt werden muß, ist nicht nur eine hygienische Notwendigkeit, sondern hat außerdem noch die erzieherische Bedeutung, daß der Askulapjünger schon gleich zu Beginn seines Studiums nachdrücklich auf die Wahrung der Sauberkeit hingewiesen wird; gehören doch äußere wie innere Sauberkeit zum Wesen des Arztums²²⁾. Ebenso lernt schon der junge Präparator, indem ihm die individuellen Besonderheiten der Leichen auffallen, nicht nur die Varietäten der Individualanatomie kennen, sondern gewinnt damit zugleich auch ein Verständnis für die jeder Einzelpersönlichkeit zukommende einmalige Eigenart. Die verständnisvolle Berücksichtigung dieser Eigenart bei Diagnose, Prognose wie Behandlung gehören aber mit zur Kunst des wahren Arztes.

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß die lebende Masse (Protoplasma) und ihre intra- wie extrazellulären Abkömmlinge (wie Zellkerne, Organellen, Plasma-, Myo-, Neuro- und Bindegewebsfibrillen, Grundsubstanz usw.) auch noch in Größenbereichen, die unter dem Auflösungsvermögen unserer optischen Mikroskope liegen (d. h. kleiner als die halbe Wellenlänge der sichtbaren

²¹⁾ Dabei sei betont, daß der akademische Unterricht, wenn er nicht zu rückschrittlicher oder Schulmeisterei entarten soll, die gleichzeitige Forschungstätigkeit des Dozenten voraussetzt.

²²⁾ In dieser Beziehung sei auch auf die Rektoratsrede (1948) des Innsbrucker Anatomen Prof. Dr. **Gustav Sausser** über „Die Geburt des ärztlichen Ethos aus dem Geiste der Anatomie“ hingewiesen.

Lichtstrahlen, also kleiner als $0,2\mu$ sind) ein gesetzmäßig angeordnetes Gefüge besitzen, wofür schon früher Morphologen wie C. Naegeli (Mizellartheorie 1858) und M. Heidenhain (Protomerentheorie 1907) nachdrücklich eintraten. Die gewaltigen Fortschritte, welche seitdem die Strukturchemie und die Erkenntnisse über den Aufbau der hochpolymeren Fadenmoleküle gemacht haben, geben auch der Biomorphologie ganz neue induktive Handhaben, um tiefer in den submikroskopischen Feinstbau des Plasmas einzudringen, wobei die weitere Entwicklung der neuzeitlichen Elektronenmikroskopie (deren Auflösungsvermögen heute fast bis auf $0,002\mu$ hinabreicht) wertvolle Dienste leisten wird. — Abgesehen von der feinen wissenschaftlichen Methodik mit ihren empfindlichen Instrumenten gehört aber zum Wesen des echten Forschers auch ein selbstloses, unbeeirrtes Lauschen auf das leise, im Lärme des Tages nicht wahr-

nehmbare Rauschen der in Urtiefen verborgenen Quellen der ursprünglichen Natur. Allerdings geht diese Fähigkeit des stillen Lauschens leider manchem betriebsamen Wissenschaftler ab, sehr zum Schaden der Forschung. — Indem aber der Forscher zu den letzten Grundfragen seiner wie jeder Wissenschaft vordringt, wird er — neben allem zunehmenden Wissensgewinn, den die gründliche, tiefbohrende Arbeit aus den Schächten der Forschung herausfördert — immer mehr auch der Grenzen des menschlichen Erkenntnisvermögens bewußt. Diese Begrenzung soll zur Bescheidenheit mahnen, aber nicht mutlos machen. Hier gilt das schöne, von gewaltiger Schau erfüllte Wort unseres großen Entwicklungsforschers C. E. v. B a e r: „Die Wissenschaft ist ewig in ihrem Quell, unermeßlich in ihrem Umfang, endlos in ihrer Aufgabe, unerreichbar in ihrem Ziele.“

Die gesundheitliche Betreuung des körperschwachen Kindes

Von Doz. Dr. med. Otto Rohleder, Eßlingen

Eine kurze Stellungnahme zum Begriff „Körperschwächling“ umreißt jene Gruppe von Kindern, die, sei es durch ungünstige Milieuverhältnisse, oder durch konstitutionelle Schwäche ihres gesamten Aufbaues die altersentsprechende Normleistung nicht zu erreichen vermögen, so daß für sie bereits die Belastung des Alltags zur Überbelastung wird. So ist auch die fachärztliche Betreuung ihrer Schäden am Bewegungsapparat nur da vollwertig, wo dem fachärztlichen Berater die lokalen Veränderungen stets als Symptom einer allgemeinen Körperschwäche vor Augen bleiben.

Die gesundheitliche Lenkung dieser Kinder macht es uns zur Aufgabe, die schädigenden Effekte der Alltagsbelastung auf ein Maß, das ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit entspricht, herabzusetzen und durch systematische Ertüchtigung das körperliche Leistungsniveau dieser Kinder zu heben.

Ein Ziel, das nur in breiter Zusammenarbeit von Schule, Sport und Arzt erreichbar ist.

Befassen wir uns zunächst mit den Belastungsschäden des Fußes. Die Form seiner Knochen und Bänderverspannungen sichern passiv, die Unterschenkel-Fußmuskulatur aktiv die Gewölbekonstruktion des Fußes. Überbeanspruchung führt zunächst zur Ermüdung der aktiven muskulären Sicherung, die in Laufmüdigkeit, Lauffaulheit zum Ausdruck kommt und dem passiven Halteapparat, den Bändern und der Skelettform die Arbeit der Formerhaltung des Fußes überantwortet. Nachgeben der passiven Verspannungen und damit Verschiebung der Skelettanteile gegeneinander unter Belastung leiten dann die Entstehung des Knicksenkfußes ein. Er findet anfänglich nach Aufhören der Belastung noch in seine Normalform zurück, geht jedoch im späteren Verlauf durch Überdehnung seiner inneren Fußbrandsicherungen und Schrumpfung seiner äußeren Verspannungen sowie durch Veränderungen der festgestellten Gelenke in starre Form über. Läßt sich die Insuffizienz der aktiven muskulären Sicherung noch relativ leicht beheben, so stellt die Behandlung der be-

reits kontrakten Füße ein schwieriges und nicht immer dankbares Behandlungsproblem dar.

Betrachten wir die Konstruktion des Fußes im Vergleich mit den Forderungen, die das tägliche Leben an sie stellt, so erklärt sich uns die Häufigkeit der Belastungsschäden.

Der Fuß des Neugeborenen zeigt in seiner Klumphaltung, Adduktion und Zehenbeweglichkeit seine Anlage als Greiffuß. Die Ausnutzung dieser Fähigkeit wird uns jedoch nur im frühesten Säuglingsalter gestattet. Die frühzeitige Schuhversorgung macht die Greiffunktion und damit das Üben des Muskelgleichgewichtes unmöglich und legt es fast ausschließlich auf Hebung und Senkung des Fußes fest. Die zusätzliche, ausgesprochene Einseitigkeit der Belastung bedingt die große Gefahr von Überlastungsschäden durch Insuffizienz der aktiven und passiven Sicherungen.

Welche Folgerungen ergeben sich aus diesen Feststellungen? Der Schuh des Säuglings muß mit breiter adduzierter Vorfußform der anatomischen Form entsprechen. Seine Sohle darf nur aus weichem, allseitig biegsamem Material bestehen. Berücksichtigen wir, daß sich das normal entwickelte Kind erst dann aufsetzt, aufstellt und läuft, wenn es dazu das Vertrauen in seine Statik gewonnen hat, so werden wir jedes fremde Fördern des Aufrichtens, Stehens und Gehens als gefährlich im Sinne der Überlastung ablehnen.

Auch am Schuh des Jugendlichen ist auf eine biegsame Sohle zu achten, die eine Verwindung der Sohle gegen den Absatz ermöglicht. Stiefel nehmen der Muskulatur einen Teil der seitlichen Sicherungsarbeit ab, führen daher zu weiterer Schwächung dieser Muskeln und sollten nur im Winter getragen werden. Der unbeschuhte Gang und Lauf in unebenem Gelände (Sand, Wiese, Wald) stellt die vielseitigste und damit beste Methode der funktionellen Ertüchtigung des Fußes dar.

Dem Einlageproblem gelten die folgenden kurzen Darstellungen.

Zweck der Einlage ist es, die Knickstellung und Abflachung des belasteten Fußes zu beheben, um der ermüdeten, insuffizient gewordenen Muskulatur und den überdehnten Bändern die Möglichkeit zur Erholung zu geben, damit sie wieder die Aufgabe der aktiven und passiven Sicherung der Gewölbekonstruktion zu leisten imstande sind. Da die Einlage somit Muskeln und Bändern Arbeit abnimmt, muß sie bei längerem Tragen zur Atrophie dieser wichtigen funktionellen Sicherungen führen. Sie wird so zur Prothese und erreicht das Gegenteil der therapeutischen Absicht. Die Einlage hat demnach nur da Zweck, wo sie zeitlich begrenzt als Heilmittel verordnet wird und gleichzeitig während des Einlagetragens alles getan wird, sie durch Kräftigung der Muskulatur baldmöglichst überflüssig zu machen. Nur da, wo bereits schwere Veränderungen und Fehlstellungen sowie schwerste berufliche Standbelastung den Kampf um die Wiederherstellung der aktiven muskulären Sicherung und Leistung des Fußes aussichtslos machen, darf sie zum ständigen Hilfsmittel werden.

Die Bestrebungen, Strumpf und Schuh dem anatomischen Bau des Fußes anzupassen, haben durch äußere Ereignisse und modische Schwierigkeiten bis heute leider noch zu keinen nennenswerten praktischen Ergebnissen geführt und nur für den Säugling bereits zweckmäßige Schuhe entwickelt.

Bedenken wir, daß im täglichen Leben der einseitig belastete Fuß ständig weiter deformierenden Kräften unterliegt, so werden uns die Schwierigkeiten der therapeutischen Beeinflussung einer Belastungsdeformität klar. Wir dürfen uns nicht damit zufrieden geben, Einlagen, wenn es hoch kommt ein paar Massagen und Übungen verordnet zu haben. Nur systematische Breitenarbeit im Sinne der Prophylaxe vermag hier Schäden zu verhüten, die manifest nur schwer zu beheben sind. Im Vor- und Schulalter sollte der Barfußlauf weiteste Förderung finden, wie erörtert, und der derbe Lederstiefel auf den Winter beschränkt werden. Nicht die kommandierten Fußübungen 1—2mal wöchentlich in einem Gymnastikraum vermögen die notwendige Breitenarbeit zu leisten, sondern nur die funktionelle Ertüchtigung, die, für das Kind unerschwerlich, in weitem Ausmaß in das Spiel des Kindergartens, in das Schulturnen und in den Sport einzubauen ist. Damit ist keinesfalls die Ablehnung der krankengymnastischen Fußbehandlung verbunden, die da, wo die Prophylaxe versagt hat und spezielle ärztliche Forderungen gestellt werden, ihre volle Berechtigung besitzt. Auch bedarf es keiner besonderen Erwähnung, daß die manifeste Belastungsdeformität ärztlicher Behandlung und Nachbehandlung bedarf.

So sehen wir in der Prophylaxe der Belastungsdeformität die wichtigste Forderung, die nur die schulischen und sportlichen Betreuer in sinnvoller Zusammenarbeit mit den Fachärzten in notwendigem Ausmaße zu erfüllen vermögen.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Rückenschwächlingen, deren statische Insuffizienz zur manifesten Verkrümmung führen kann. Nur da, wo eine normale Wirbelsäule von leistungsfähiger Muskulatur gesichert ist, können wir eine normale Leistung erwarten. Bei muskulärer Schwäche jedoch kann besonders die häufige Schiefhaltung in der Schule die Verbiegung einleiten. Aus der anfangs noch aktiv ausgleichbaren Fehlhaltung entsteht so die nur mehr passiv korrigierbare und später starre Fehlstellung. Selbstverständlich gehören die Fehlstellungen wiederum in fachärztliche Beobachtung und Behandlung, da aber, wo es gilt, muskulär schwächliche Kinder durch Kräftigung ihrer Rückenmuskulatur vor möglichem Spätschaden zu bewahren, sind zusätzlich nur Schule und Sport durch systematische Körpererziehung in der Lage, die notwendige Breitenarbeit zu leisten.

Dem Einbau entsprechender Übungen in das Schulturnprogramm, der systematischen Pflege des Schwimmens und der ausgleichenden sportlichen Betätigung kommt dabei größte Bedeutung zu.

Finden statische Veränderungen des Fußes und der Wirbelsäule noch relativ große Beachtung, so wird das nicht seltene Zustandsbild der sog. aprosexia nasalis kaum in seiner Bedeutung für die Gesundheit des Jugendlichen beachtet. Die Verlegung des Nasenatemweges durch adenoide Wucherungen oder Septumdeviationen führt hier zu offener Mundatmung, Anfälligkeit gegen Infekte, abwegigem Atemtyp mit Einziehung der Thoraxflanken, Trichterbrust, Rundrücken; allgemeine Müdigkeit und Unkonzentriertheit sind die Folgen. Es genügt nicht, allein das örtliche Atemhindernis zu entfernen, sondern durch anschließende Atemgymnastik und sportliche Ausgleichsübungen sind die bestehenden sekundären Veränderungen auszugleichen. Wiederum ein Arbeitsgebiet, auf dem die Zusammenarbeit von Arzt, Schule und Sport sich erfolgreich zu gestalten vermag.

Fassen wir zusammen, so ist festzustellen, daß der schulischen und sportlichen Ertüchtigung entscheidende Bedeutung besonders in der Prophylaxe der Belastungsdeformitäten zukommt.

Schule und Sport haben dabei besonders die sog. körperschwachen Kinder zu fördern, ärztliche Überwachung dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch ein Zuviel mehr Schaden als Nutzen entsteht.

Förderung der Krebsbekämpfung

Von Obermedizinalrat Professor Dr. Reichenmiller, Geschäftsführer des Landesverbandes Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses

Krebs kann tatsächlich dauernd geheilt werden! Täglich sehen wir in unseren Überwachungssprechstunden Patienten, die vor 10, 15 oder 20 Jahren wegen Krebs operiert oder bestrahlt wurden und seit dieser Behandlung gesund geblieben sind. Wir sehen aber auch immer noch viel zu viele Kranke, die in einem so fortgeschrit-

ten Stadium zu uns kommen, daß ihnen höchstens vorübergehend geholfen werden kann. Der Landesverband Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses, der vor Jahresfrist als Nachfolger des früheren Landesausschusses zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses seine Arbeit aufgenommen hat, erblickt

eine seiner wesentlichen Aufgaben darin, durch Förderung der Früherfassung, Früherkennung und Frühbehandlung möglichst vielen Krebskranken den vollen Nutzen der heute hochentwickelten Operations- und Bestrahlungsmethoden zugut kommen zu lassen. Er glaubt, damit ähnliche Erfolge in der Krebsbekämpfung ermöglichen zu können, wie sie in der Tuberkulosebekämpfung durch zielstrebige und zähe Ausnützung aller Möglichkeiten bereits erzielt wurden.

In dieser Absicht hat der Landesverband zunächst wieder die Laienaufklärung in Angriff genommen. Neben öffentlichen Vorträgen und Filmvorführungen dient diesem Zweck die von dem Vorsitzenden, Herrn Professor Dr. A. Dietrich (Stuttgart, Robert-Bosch-Krankenhaus), verfaßte Schrift „Der Krebs und seine Bekämpfung“, die sowohl durch die Träger der Sozialversicherung wie durch den Buchhandel verbreitet wird. In knappen und doch leicht verständlichen Ausführungen werden in ihr alle für den Laien wichtigen Fragen behandelt. Es wird darauf hingewiesen, daß Krebs unter den Todesursachen schon seit längerer Zeit die zweite Stelle einnimmt, während an erster Stelle die Kreislaufkrankheiten stehen; eine allgemeine Zunahme der Krebserkrankungen in der Not- und Mangelzeit der Kriegs- und Nachkriegsjahre war nicht zu beobachten, wohl aber eine Zunahme der verschleppten Krankheitsfälle. Das Wesen und die Ursachen der Krebskrankheit werden erläutert. Dabei wird besonders betont, daß Krebs keine Infektionskrankheit ist und somit auch von Krebskranken keine Ansteckung zu befürchten ist. Zur Krebsentstehung an einer bestimmten Körperstelle ist eine örtliche Anlage (angeborene Gewebefehlbildung oder Gewebsverlagerung; wiederholte Gewebsschädigungen während des Lebens) notwendig, zu der aber eine Auslösung durch äußere krebserzeugende Einflüsse (z. B. Ruß, Teerprodukte, Anilindämpfe, jahrelange Einwirkung von schwachen Radium- und Röntgenstrahlungen, Sonnenlicht, Parasiten) oder durch fehlerhafte Produkte des Körperstoffwechsels (bei Überernährung, bei hartnäckigen Verdauungsstörungen, bei hormonalen Gleichgewichtsstörungen) kommen muß. Wenn auch der Krebs in höherem Lebensalter häufiger auftritt, so muß doch beachtet werden, daß nahezu alle Formen von Karzinom schon zwischen 20 und 30 Jahren vorkommen können und daß die Sarkome sich nicht selten bei noch jüngeren Menschen finden. Die Erblichkeitsverhältnisse des Krebses sind schwer zu überblicken; doch muß man die Vererbung einer allgemeinen Krebsbereitschaft anerkennen, wenn zahlreichere Erkrankungen in der nahen Verwandtschaft festzustellen sind, und in solchen Fällen sowohl zur sorgfältigen Beachtung der Frühzeichen wie zu regelmäßigen Vorsichtsuntersuchungen raten. Zum Schluß werden die Anzeichen des Krebsverdachts geschildert und die Methoden der Krebsbehandlung besprochen.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die Verschleppung eines Krankheitsfalles vielfach weniger dadurch bedingt ist, daß die Kranken die Frühzeichen des Krebses nicht kennen, als dadurch, daß über der Regelung der Kostenfrage wertvolle Zeit verloren wird. Deswegen ist der Landesverband bereit, in dringlichen Fällen eine vorläufige Kostenzusicherung zu geben. Als dringend betrachtet er jeden Fall, dessen unverzüg-

liche Behandlung daran scheitert, daß die Frage der Kostendeckung noch nicht gelöst ist; er vertritt dabei die Auffassung, daß auch die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen in den Bereich der vorläufigen Kostenzusicherung fallen. Zur Erlangung der vorläufigen Kostenzusicherung ist es lediglich erforderlich, daß der Arzt, der als erster den Krebs bzw. Krebsverdacht feststellt, auf dem vom Landesverband herausgegebenen Formular einen Antrag an die Kassenstelle des Landesverbandes (Stuttgart-W, Rotebühlstraße 133) stellt; er braucht dabei nur den ärztlichen Teil dieses Formulars auszufüllen, welches bei den Staatlichen Gesundheitsämtern oder unmittelbar bei der Kassenstelle erhältlich ist. Weiteres ist den Richtlinien für die Fürsorge an Krebskranken zu entnehmen, die für die Ärzte in Württemberg und Hohenzollern diesem Heft beigelegt sind und anderen Interessenten auf Wunsch gerne von uns zur Verfügung gestellt werden.

Nach diesen Richtlinien übernimmt der Landesverband, im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel, für bedürftige Krebskranke in Württemberg und Hohenzollern die Behandlungskosten ganz oder teilweise, auch endgültig, so weit sich kein anderer Kostenträger ermitteln läßt. Vielfach erscheint zur Sicherung des Behandlungserfolges ein Erholungsaufenthalt angezeigt. Nicht weniger wichtig ist die lückenlose Durchführung regelmäßiger Nachuntersuchungen. Zur Herabsetzung der oft nicht unerheblichen Fahrkosten ist die Inanspruchnahme der Fahrpreismäßigung angezeigt, welche die Eisenbahn Hilfsbedürftigen gewährt. Obwohl wir bei unsern noch beschränkten Mitteln bedacht sein müssen, vor allem dort zu helfen, wo wirklich Aussicht auf Heilung besteht, verschließen wir uns nicht vor den Aufgaben, welche die Versorgung der anderen Krebskranken stellt. Nicht nur infolge der Wohnungsnot mußten dafür geeignete Unterbringungsmöglichkeiten gesucht werden. Wir sind dem Caritas-Krankenhaus in Mergentheim (Leitender Arzt: Dozent Dr. Meyer) dankbar, daß es sich zur Aufnahme derartiger Kranker bereit erklärt hat, und sind bemüht, weitere Möglichkeiten zu ermitteln.

So hoffen wir, durch unsere Maßnahmen vor allem zur frühen Erkennung und gründlichen Behandlung der Krebserkrankungen beitragen zu können, und bitten die Ärzte um rege Unterstützung dieser Bestrebungen. Den Kollegen in Württemberg und Hohenzollern steht in ärztlichen Fragen die Geschäftsstelle des Landesverbandes in Stuttgart-O, Berg, Obere Straße 2 (Württembergische Landeshebammschule und Staatliche Frauenklinik, an der auch eine eigene Abteilung für Geschwulstkrankheiten besteht) zur Verfügung, während die Anträge auf vorläufige Kostenzusicherung und auf Kostenübernahme von der Kassenstelle (Stuttgart-W, Rotebühlstraße 133) entgegengenommen werden. Den badischen Ärzten empfehlen wir, sich in allen Fragen an den Geschäftsführer des badischen Krebsverbandes, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Schoen, Karlsruhe, Moltkestraße 14 (Städt. Krankenanstalten) zu wenden.

Anschrift des Verfassers: Stuttgart-O, Berg, Obere Straße 2 (Württ. Landeshebammschule und Staatl. Frauenklinik)

Ein Blick auf die Schweizer Versicherung und die Schweizer Ärzteorganisationen

Von Dr. med. Noehte, Großsachsen, Landkreis Mannheim

Die bisherige Reichsversicherungsordnung (RVO.) hat seit 1884 bestanden; sie wurde reformbedürftig, als die Kassenmitgliedschaft von einem Jahreseinkommen unter 2000 Mark auf 4500 Mark heraufgesetzt wurde, und als der Mitgliedsbeitrag von etwa 3% des Arbeitsverdienstes auf etwa 5% erhöht wurde. Es entstanden Klagen über zu hohe Beiträge und zu geringe Leistungen und die Ärzte klagten über Abwanderung vieler Privatpatienten in die Ortskrankenkassen.

Der Wunsch nach einer Reform der RVO. hat die deutschen Ärzte auf Krankenversicherungen in England, Frankreich, Norwegen aufmerksam lassen, um vielleicht aus ihnen Anregungen zu erhalten. Wir brauchen in Deutschland an Stelle der vorhandenen konservativen Orts- und Betriebskrankenkassen mit ihrem behördlichen Charakter ein freieres System. Die neue französische Sozialversicherung (Spuler, Südwestdeutsches Ärzteblatt 1948 Heft 10) schien in weitgehender wirtschaftlicher und sozialer Großzügigkeit ein erwünschtes Muster zu bieten. Sie ist aber ein kostspieliges Unternehmen, denn sie fordert von jedem Mitglied einen Beitrag, der etwa ein Drittel seines Einkommens ausmacht, ohne jedoch die Unkosten zu decken.

Eine Radikallösung wäre die Schaffung einer Zwangsparkasse für Krankheitsfälle (Lex, Südwestdeutsches Ärzteblatt 1949, Heft 6). Das Sparkassenmitglied wäre auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung befugt, über sein Guthaben zu verfügen, um wie ein Privatpatient Arzt- und Heilmaßnahmen zu bezahlen. Man hätte wohl den Wunsch, daß ein solcher Plan wegen seiner bestechenden Einfachheit in einem kleinen Kreis ausprobiert würde. Da jede Erfahrung darüber fehlt und eine solche Sparkasse möglicherweise nicht lebensfähig wäre, bleibt zunächst nur übrig, sich an schon vorhandene Muster zu halten.

Die Schweizer Krankenversicherung hat Mitglieder und Ärzte zufriedengestellt und ihre Lebensfähigkeit erwiesen, so daß über ihre Einrichtung berichtet werden soll.

In der Schweiz ist die Versicherung gegen Krankheit eine Privatangelegenheit. Jeder kann, niemand muß sich versichern, selbst nicht der Fabrikarbeiter. Nur an wenigen Stellen gibt es in der Schweiz ein „Versicherungspflichtobligatorium“, wie man das in der Schweiz nennt. In Basel sollen etwa 95% der Wohnbevölkerung gegen Krankheit pflichtversichert sein. Die Stadt Zürich verpflichtet jeden Einwohner mit einem Jahreseinkommen unter 5200 Fr., einer Vertragskasse beizutreten. Als Vertragskasse wird eine solche Privatkrankenkasse bezeichnet, welche mit der Stadt Zürich einen Vertrag abgeschlossen hat, demzufolge sie als Mitglied jeden Einwohner aufzunehmen bereit ist, der von der Stadt als versicherungspflichtig bezeichnet wird. Eine Vertragskasse hat die vorgeschriebenen Leistungen zu gewähren, hat die Mitgliedsbeiträge im Einvernehmen mit dem Städtischen Sozialamt festzusetzen, hat über die Pflichtmitglieder einen Jahresbericht vorzulegen und Einsicht in ihre Bücher zu gestatten. Das Mitglied hat freie Wahl zwischen den in Zürich zugelassenen 7 Vertragskran-

kenkassen. Die Pflichtmitglieder sind nach ihrem Einkommen in drei verschiedene Gruppen eingeteilt. Die Mitgliedsbeiträge beliefen sich im Jahre 1948 auf 5.10 Fr. in der untersten Gruppe und auf 17 Fr. in der höchsten. Die Stadt Zürich zahlte bestimmte Zuschüsse, die für Kinder bis zum 18. Lebensjahr und in der untersten Stufe so hoch waren, daß ein elterlicher Beitrag für sie nicht gezahlt zu werden brauchte. Die Kassen gewähren freie Arztwahl, freie ärztliche Behandlung, freie Arzneien, im Krankenhaus eine tägliche Vergütung von 6 Fr. Im Fall von Arbeitsunfähigkeit erhält das Kassenmitglied in der niedrigsten Beitragsstufe 3 Fr. täglich, in der höchsten 10 Fr. In jedem Krankheitsfalle hat das Kassenmitglied einen Krankenschein gegen eine Gebühr von 1 Fr. zu lösen, der vom Arzt mit der Krankheitsbezeichnung zu versehen ist. Auf ihm trägt der Arzt, der Apotheker, das Röntgeninstitut u. a. ihre Leistungen ein, damit sie nach Abschluß der Krankheit auf Grund dieser Aufrechnungen bezahlt werden können. Das Mitglied hat für jede Leistung bis zu 15% der Kosten beizusteuern, nur nicht bei sehr langdauernder Krankheit. Dem Arzt werden für die Beratung 5 Fr. vergütet bis zum Höchstbetrag von 80 Fr. im Kalenderjahr. Diese Sätze gelten aber nur für Zürich. In Landorten können durch Vereinbarung zwischen Kassen und Ärzten niedrigere Sätze ausgemacht werden. Im ganzen wurden 1948 an alle Aerzte von der Schweizer Grütli-Krankenkasse 3 213 967.88 Fr. für insgesamt 111 695 Krankheitsfälle ausgezahlt, so daß für den einzelnen Krankheitsfall im Durchschnitt 29 Fr. aufgewendet worden sind. Es wurde also der für den Krankheitsfall vorgesehene Höchstsatz von 80 Fr. nicht erreicht. Diese geringe Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe mag als Zeichen für die Brauchbarkeit der Kassensatzungen und für die Sparsamkeit der Mitglieder gelten.

Nach diesem Blick auf die Schweizer Krankenversicherung kehren unsere Gedanken zur deutschen RVO. zurück. Abwegig wäre es, wollte man das Anwachsen der Röntgenaufnahmen und anderer Sachleistungen dadurch abbremsen, daß man eine neue Aufsichtsinstanz einführt. Denn sie würde einen zusätzlichen Zwang bedeuten, während doch mehr Freiheit anzustreben ist. Um die Bevormundung des Kassenmitgliedes seitens der Kasse und des Arbeitgebers zu beseitigen, muß der Arbeiter in der Wahl der Krankenkasse frei werden, so wie es etwa der kaufmännische Angestellte ist. Im Krankheitsfalle besorgt sich das Kassenmitglied einen Krankenschein, der aber nicht nur wie bisher als Ausweis gegenüber dem Arzt dient, sondern auf dem jede Leistung des Arztes, der Apotheke, des Röntgeninstitutes eingetragen wird, wobei von dem Kranken der vorgeschriebene Kostenanteil vor Ausführung der Leistung zu bezahlen ist. Nach Beendigung des Krankheitsfalles wird der Schein an die Kasse zurückgegeben, damit die aufgerechneten Leistungen des Arztes, des Apothekers u. a. beglichen werden können. So wird der Krankenschein zum Mittelpunkt der Beziehungen zwischen Krankenkasse, Kassenmitglied, Arzt, Apotheker u. a. Ohne ihn wird keine ärztliche Hilfe geleistet, keine

Arznei geliefert. Durch Zahlung seines Kostenanteils gewinnt der Kranke eine persönliche Entscheidung über alle Heilmaßnahmen, er wird wieder eine Persönlichkeit. Eine Neuordnung wird an Stelle der öffentlich-rechtlichen mit Behördenbefugnis ausgestatteten Ortskrankenkassen eine freie, auf privatem kaufmännischem Gebaren ruhende Versicherungsform einführen. Das Kassenmitglied ist aus der Bevormundung seitens Kasse und Arbeitgeber zu befreien und zu einer selbständigen und wirtschaftlich verantwortlichen Persönlichkeit zu machen. Die Auswirkungen einer solchen Neuordnung auf die wirtschaftlichen Kräfte von Kasse und Mitglied sind durch Versicherung auf Gegenseitigkeit, durch Beteiligung an der Verwaltung, durch Aufsicht des Staates, durch Defizitdeckung seitens des Arbeitgebers und des Staates zu sichern.

Und nun ein kurzer Überblick über die **Schweizer ärztlichen Organisationen:**

„Die Verbindung der Schweizer Ärzte“ ist die Berufsorganisation der Schweizer Ärzte in der Form eines Vereins. Er untersteht keiner staatlichen Aufsicht. Er ist die zentrale Zusammenfassung aller kantonalen Ärztegesellschaften und befaßt sich fast ausschließlich mit standespolitischen Fragen.

Ein Zweig dieser Verbindung der Schweizer Ärzte ist die **Arztekammer**, die gebildet wird aus Delegierten der kantonalen Ärztegesellschaften und Delegierten der Medizinischen Fakultäten der Universitäten. Sie ist das legislative Organ der Verbindung der Schweizer Ärzte. Sie hat maßgebend über alle Fragen der Schweizer Ärzte, über ihre Beziehungen zu Behörden und ihre Stellung zur öffentlichen Gesundheitspflege zu beschließen. Sie tritt mindestens einmal im Jahr zusammen. Die laufenden Arbeiten besorgt der „Zentralvorstand“. Er bereitet die Sitzungen der Arztekammer vor und führt ihre Beschlüsse durch, bearbeitet alle vorliegenden Fragen, die von den kantonalen Ärztegesellschaften oder von den Behörden den Ärzten vorgelegt werden.

Die Beschlüsse der Arztekammer bedürfen zu ihrer Durchführung der Zustimmung der kantonalen Ärztegesellschaften. Wenn drei von diesen Einspruch erheben, so muß Urabstimmung aller Mitglieder herbei-

geführt werden, um über ihre Durchführung zu entscheiden.

Eine andere Abteilung der Verbindung der Schweizer Ärzte ist das „**Ärztesyndikat**“ für die Wahrung wirtschaftlicher Interessen, sie ist die wirtschaftliche Abteilung der Verbindung der Schweizer Ärzte. Das Ärztesyndikat schließt Verträge mit Firmen für ärztlichen Praxisbedarf, wobei die Lieferungsbedingungen vom Ärztesyndikat geregelt werden. Der einzelne Arzt bestellt seinen Bedarf bei der Vertragsfirma; die Bezahlung geschieht durch das Ärztesyndikat. Der Arzt hat keine geschäftliche Verbindung mit der Firma und zahlt an das Ärztesyndikat. Diese Regelung sei für beide Teile vorteilhaft, für den Arzt, weil das Ärztesyndikat ihn wirtschaftlich besser vertritt, als er es könnte, für die Firma, weil sich ihre Werbungs- und Verwaltungskosten vereinfachen.

Das Ärztesyndikat übernimmt ferner die Einziehung von Honorarforderungen in der Weise, daß zunächst der Arzt dem Patienten seine Rechnung schickt. Erst wenn der Patient mit der Zahlung in Verzug gerät, wiederholt der Arzt seine Rechnungstellung und legt ein gedrucktes Schreiben mit der Mahnung bei, seine Forderung nach Ablauf einer bestimmten Frist an das Ärztesyndikat abzutreten. Wenn die Mahnung erfolglos geblieben ist, übernimmt das Ärztesyndikat die Einziehung der Forderung. Meist soll schon die Androhung der Übergabe an das Syndikat genügen, um die Zahlung zu erreichen.

Das Ärztesyndikat übernimmt auch in anderen Streitfällen den Rechtsschutz des Arztes. Ein dritter Zweig der Verbindung der Schweizer Ärzte ist eine Alters- und Hinterbliebenenversicherung.

Nachzuholen ist noch, daß die Verbindung der Schweizer Ärzte ebenso wie die kantonalen Ärztegesellschaften Vereine sind, deren Mitglieder aus freiem Entschluß beitreten. Es sollen etwa 95% der Schweizer Ärzte der Verbindung angehören. Eine Ausnahme bildet der Kanton Tessin, wo Beitritt zur kantonalen Ärztegesellschaft (Ordine dei medici del cantone ticino) Pflicht ist für jeden dort praktizierenden Arzt.

Offener Brief zum Problem Ärzteschaft und Kassenverbände

Sehr geehrter Herr Kollege!

Sie beklagen sich in einem Brief über eine zu geringe propagandistische Aktivität Ihrer Standesorganisation und bemängeln, daß seinerzeit zwischen Ärztekammern und Kassenverbänden eine Art von Stillhalteabkommen getroffen wurde mit dem Ziel, die unkontrollierten Äußerungen in der Presse zu unterbinden. Sie wünschen vor allem eine schärfere Opposition gegen die Krankenkassen mit besonderer Berücksichtigung der unzulänglichen Kassenhonorare.

Ihre Beschwerden haben durchaus grundsätzliche Bedeutung, und deswegen darf ich die Form des offenen Briefes zur Beantwortung wählen.

Die Notwendigkeit der Propaganda ist unbestritten. Ihre wirksame Durchführung ist von mehreren Voraus-

setzungen abhängig: von gründlicher Sachkenntnis, richtiger Beurteilung der Gesamtlage und vor allem von einer klaren Zielsetzung.

Das gilt besonders für unsere Auseinandersetzung mit den Versicherungsträgern, auf welche Ihr Brief in erster Linie hinwies. In der propagandistischen Periode, die dem von Ihnen mißbilligten Burgfrieden vorausging, war meines Erachtens keine dieser Voraussetzungen erfüllt. Die Kassen wurden angegriffen wegen der schlechten Vergütung, die freilich eine Tatsache ist, aber nicht, wie geschehen, auf die unzulängliche Bezahlung der schon beinahe sprichwörtlichen 15 Besuche bei einer schweren Pneumonie zurückgeführt werden kann. Solange eine Pauschalabgeltung vereinbart ist, kann nicht gegen die Einzelbezahlung, sondern nur gegen die Grundlängenberechnung polemisiert werden.

Das Pauschalabkommen von 1932 machte langen, unerfreulichen Streitereien ein Ende. Selbstverständlich wird man diese Form der Vergütungsregelung immer wieder überprüfen müssen. Es wäre denkbar, daß sie unzeitgemäß wurde. Aber wollen die Ärzte die mit einer Rückkehr zur Einzelberechnung zwangsläufig verbundene Ausweitung der Krankenkassenkontrollen? Wollen sie sich die Notwendigkeit jedes einzelnen Besuchs und jeglicher ärztlicher Maßnahme überprüfen lassen? Liegt nicht ein Vorteil im Desinteressement der Krankenkasse an der individuellen ärztlichen Behandlungsweise?

Propaganda für eine bessere Bezahlung kann meines Erachtens immer nur darauf hinweisen, daß die heute noch geltenden Pauschalberechnungsgrundlagen nicht ausreichen, um den Versicherten in den vollen Genuß der in den letzten 20 Jahren neu entwickelten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu bringen. Und wenn das bisher noch nicht offensichtlicher geworden ist, so liegt es eben daran, daß die Ärzte einen Teil der zusätzlich entstandenen Lasten übernommen haben. Im Effekt mag Ihnen das gleich erscheinen, für die propagandistische Behandlung scheint es mir doch recht unterschiedlich und ich fürchte, daß, wie das praktische Beispiel gezeigt hat, bei „einem Feuern aus allen Rohren“ (um Ihr kriegerisches Bild zu gebrauchen) durch unsachliche Begründungen die Erreichung unserer Ziele nicht erleichtert wird.

Was wir erreichen wollen und können, wird auch nicht dadurch erleichtert, daß wir in den Kassen nur unsere Feinde sehen. Diese Einstellung hat lange genug die beiderseitige Arbeit vergiftet. Gewiß trifft man bei den Krankenkassen noch recht oft Vorstellungen und Vorurteile, nach denen der Arzt nichts anderes ist als ein bürgerlicher Geldmacher und sozialer Gegner, es kann jedoch zu nichts führen, derartige — leicht antiquierte — Erscheinungen allzu wichtig zu nehmen oder gar mit Feindschaft zu erwidern. Eine vernünftige Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Notwendigkeiten können die Ärzte nur verlangen, wenn sie ihrerseits den wirtschaftlichen Bedürfnissen der Krankenversicherung ihre Aufmerksamkeit schenken. Die Ärzte können auch nicht die Augen verschließen vor Fehlern und Mängeln, die zweifelsfrei auf ihr Konto gehen. Dabei braucht das Verständnis für die propagandistisch oft sehr übertriebene Not der Kassen gewiß nicht bis zur Selbstentäußerung zu gehen. Mit aller Deutlichkeit muß herausgestellt werden, daß eine Versicherung, die ihre übernommenen Verpflichtungen nicht erfüllen kann, aufhört, eine Versicherung zu sein. Die Erhaltung eines falschen Scheines auf Kosten der Ärzte ist nicht mehr lange möglich. Aber eine solche Klärung muß nicht im Streit, sie kann auch in der Aussprache herbeigeführt werden. Meines Erachtens ist die Stellung der Ärzte trotz allem stark genug für eine erfolgreiche Vertretung sachlich begründeter Belange. Am öffentlichen Gezänk ist auch den Krankenkassen nicht gelegen.

Aber es kann auch nicht übersehen werden, daß die psychologischen Grundlagen für eine wirtschaftliche Propaganda der Ärzte nicht besonders günstig sind. An der Tatsache eines starken Absinkens des ärztlichen Ansehens kann nicht gezweifelt werden. Deshalb interessiert sich die Öffentlichkeit wenig für wirtschaftliche Belange und Standesethos. Das hat nichts zu tun mit einem unverändert lebhaften Interesse an ärztlichen

Fragen allgemeiner Art und so können sich die Ärzte meines Erachtens über Gedankenlosigkeit und Undankbarkeit durchaus beklagen und nach den Ursachen einer derartigen Entfremdung des Publikums fragen. Und wenn sie all die Gründe, die bei ihnen selbst liegen mögen, wie Trägheit, Unkenntnis und Mangel an sozialem Verständnis, bedacht haben, dann wird ein scharfer Vorwurf gegen die heutige Form der Krankenversicherung bleiben. Mit ihren Schalern, Stempeln und Bescheinigungen, ihrer vertrauensärztlichen Überwachung und ihrem Kontrollieren hat die heutige Krankenkasse das Krankheitsgeschehen bürokratisiert und mit ihrem prinzipiellen Bestreben, der Krankheit noch den letzten Schein des persönlichen Unglücks zu nehmen und sie zum Ausgangspunkt von Ansprüchen zu machen, hat sie die kranke Persönlichkeit in Deutschland verändert. Hier liegt eine wichtige Ursache für den ärztlichen Kreditschwund. Der soziale Beitrag des Arztes in der „Armenpraxis“ verfiel unter dem Eindruck der Kasseneinnahmen der Nichtbeachtung und die vom Patienten als kostenlos empfundene Behandlung verlor ihren Wert.

Es ist ein wichtiges Anliegen der Ärzte, darauf hinzuweisen, daß es sich dabei nicht um gleichgültige, sondern um grundlegende Veränderungen handelt, die sich auf die Volksgesundheit auswirken. Wo der Arzt keine Autorität mehr hat, verliert das beste Heilmittel an Wirkung.

So sollte sich also meines Erachtens in ihrer Auseinandersetzung mit der Krankenversicherung ärztliche Propaganda darauf konzentrieren, öffentliches Interesse und Verständnis zu wecken für:

1. die psychologische Auswirkung unserer Krankenversicherung mit Aufhebung jeglicher Selbstverantwortung und ihrer bedenklichen Umwandlung eines „Schutzes vor . . .“ in einen „Anspruch auf . . .“.
2. den Scheincharakter eines Systems, das soziale Nothilfe als echte Versicherung leisten will, ohne sich Rechenschaft darüber zu geben, daß verbilligte Preise z. B. in einer Werkskantine nur so lange eingehalten werden können, wie der Kreis der Kaufberechtigten beschränkt bleibt und ein Zuschuß von anderer Seite erfolgt.
3. die Unhaltbarkeit einer Pauschalberechnungsgrundlage aus lang vergangenen Zeiten, nachdem jedes Kind weiß, welche Entwicklung Röntgenologie, Laboratoriumsuntersuchung und — leider — kostspielige Medikation seitdem genommen haben, und die Überalterung der gültigen ärztlichen Gebührenordnung.
4. die Reform des vertrauensärztlichen Dienstes mit dem Ziel der Rückgewinnung einer angesehenen Vertrauensstellung für den einzelnen Arzt und die verlorengegangene Sicherung des Arztgeheimnisses.

Auf dieser Basis ungefähr versucht die Ärztekammer die Interessen der Ärzte gegenüber den Versicherungsträgern zu vertreten. Wenn Ihnen die „Propaganda“ nicht ausreichend scheinen will, so wollen Sie bitte auch bedenken, daß zur Propaganda nicht nur Ideen, sondern auch Menschen und ihre Arbeit gehören, womit ein geistiges Problem ebenso wie ein persönliches und ein zeitliches angedeutet ist. Nichts wäre erfreulicher, als wenn diese Antwort auf Ihre Kritik Sie nun zur praktischen Mitarbeit begeistern könnte. Ihre Standesorgani-

sation jedenfalls — das kann ich Ihnen wohl versichern — wird sich gerne bemühen, Sie zu Wort kommen zu lassen. Sie würde dabei voraussetzen, daß Sie mit den dargelegten Grundlinien einer Propaganda einverstanden sind und daß Sie sich überzeugen ließen, daß gehäufte Hinweise auf unsere wirtschaftliche Notlage, besonders in Verbindung mit dem Berufsethos nicht all-

zuviel nützen und Angriffe unter falschen Voraussetzungen oder aus individueller Verärgerung heraus sogar schaden können.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Kraske.

(Anschrift des Verfassers: Landesärztekammer Südbaden, Freiburg i. Br., Karlstr. 34.)

Gesundheitsminister tagen in Berlin

Von Regierungsrat K l o e s e l, Innenministerium Württemberg-Baden

Vom 23. bis 25. November konferierten die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister Westdeutschlands mit ihren leitenden Medizinalbeamten und einigen juristischen Mitarbeitern in Berlin, um gemeinsam interessierende Fragen zu besprechen. Den Vorsitz führte der Berliner Stadtrat Dr. Conrad. Es war die erste Tagung nach dem Zusammentreten des Bundestages.

Die Minister beschlossen, ihre Arbeitsgemeinschaft auch künftig fortzusetzen, um das Bundesinnenministerium in Fragen des Gesundheitswesens beraten und in ländermäßig zu regelnden Problemen eine Koordinierung herbeiführen zu können. Es wurde die Forderung aufgestellt, das Veterinärwesen wegen seiner Bedeutung für die öffentliche Gesundheit dem Bundesinnenministerium zu unterstellen, das bei der Konferenz durch Staatssekretär Ritter v. Lex und den Leiter der Gesundheitsabteilung Dr. Redeker vertreten war. Die weltbekannte Georg-Speyer-Stiftung, die mit dem Paul-Ehrlich-Institut in Zusammenhang steht, ist in bedrohliche finanzielle Schwierigkeiten geraten, die ihren Fortbestand gefährden. Die Minister stellten fest, daß die Förderung der Stiftung eine gesamtdeutsche Aufgabe ist, und baten die Bundesregierung helfend einzugreifen. Damit wird zunächst einmal die größte Gefahr für den Augenblick gebannt und eine Kündigung von Wissenschaftlern, die in der Stiftung arbeiten, vermieden. Die uneingeschränkte Mitarbeit der Deutschen Bundesrepublik in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde für notwendig erklärt und empfohlen. Für die Medizinalstatistik sollen einheitliche Richtlinien von der Bundesregierung ausgearbeitet werden. Eingehend wurde die Tuberkulosebekämpfung besprochen, dabei insbesondere auch die Verschickung Tuberkulöser in die Schweiz, die Isolierung assozialer Kranker, die Unterbringung Offentuberkulöser und die Anwendung des neuen Medikaments Tb I. Man war sich darüber einig, daß das Mittel mangels ausreichender klinischer Überprüfung für die Behandlung noch nicht freigegeben werden sollte. Ein von Berlin ausgearbeiteter Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Tbc. wurde zusammen mit einem Entwurf von Nordrhein-Westfalen zur weiteren Bearbeitung einem Ausschuß überwiesen. Wie bereits früher zur Bekämpfung der Tuberkulose ein Zentralkomitee errichtet worden ist, soll nunmehr auch wieder ein Zentralorgan zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gebildet werden. Die Satzungen werden von einem Ausschuß ausgearbeitet. Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 hat sich als reformbedürftig erwiesen. Die Konferenz erachtete deshalb den Erlaß eines für das ganze Bundesgebiet gültigen neuen Gesetzes für vordringlich. Es liegen bereits mehrere Entwürfe vor, die unter anderem vom Gesundheitsausschuß des früheren Stuttgarter Länderrats und vom

Deutschen Städtetag verfaßt worden sind. Bei der Besprechung der Heilpraktikerfrage gaben die Minister ihrer Ansicht dahin Ausdruck, daß das Heilpraktiker-gesetz von 1939 den heutigen Verhältnissen und Anschauungen nicht mehr genügend Rechnung trage und daß das Heilpraktikerwesen durch die Bundesrepublik auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt werden sollte. Es dürfte jedoch keinem Zweifel unterliegen, daß bis zu einer gesetzlichen Neuregelung das Heilpraktikergesetz von 1939 weiter gilt. Die Konferenz sprach sich ferner für die gegenseitige Anerkennung der staatsärztlichen Prüfungen und der Hebammenausbildung in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik aus. Die Frage einer bundeseinheitlichen Regelung der Meldung von Fehlgeburten, der Sterilisierung und Refertilisierung sowie der Einführung eines Gesundheitszeugnisses vor der Eheschließung wurde zur Klärung an einen Ausschuß verwiesen. Dasselbe beschloß die Konferenz bezüglich der Ausbildung und Zulassung von Psychotherapeuten. Es liegt ein Berliner Entwurf vor, nach dem auch Laien zur Berufsausübung als Psychotherapeut zugelassen werden können. Über die Zweckmäßigkeit einer solchen Maßnahme gehen die Meinungen allerdings sehr auseinander. Der Entwurf eines Gesetzes über das Krankenhauswesen wurde den Ländern zur Annahme empfohlen. Es dürfte jedoch nicht in allen von ihnen ein Bedürfnis dafür vorliegen. Ein von einem Ausschuß ausgearbeiteter Entwurf eines Gesetzes zur Ordnung der Krankenpflege wurde zustimmend zur Kenntnis genommen. Der Ausschuß erhielt den Auftrag, die Durchführungsvorschriften zu dem Gesetz vorzubereiten, das dann der Bundesregierung vorgelegt werden wird. Die Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentinnen will ein Berliner Entwurf neu regeln. Ein Ausschuß wird sich mit der Materie weiter befassen. Da Ernährungsfragen auch vom Standpunkt der Gesundheitsverwaltung behandelt werden müssen, empfahlen die Minister die Schaffung eines Referats für Ernährung in der Bundesgesundheitsverwaltung. Die Ernährungsüberwachung soll auf einheitlicher Basis noch weiterhin durchgeführt werden.

Im Verlauf der Tagung hatten die Teilnehmer Gelegenheit zur Besichtigung des Robert-Koch-Instituts und des Oskar-Helene-Heims. Bei einem Empfang des Magistrats gab Oberbürgermeister Prof. Reuter einen interessanten Einblick in die Lage Berlins und wies auf die große Bedeutung des Schicksals dieser Stadt für Deutschland hin. Eine längere Rundfahrt durch den sowjetischen Sektor vermittelte starke unmittelbare Eindrücke und gab aufschlußreiche Vergleichsmöglichkeiten. Eine Kranzniederlegung zu Ehren Robert Kochs schloß die Konferenz ab.

Ärztlich-medizinische Vorträge und klinische Abende der Ärzteschaft des Kreises Göppingen

Die besonderen Gegebenheiten des Kreises Göppingen, wo durch das Vorhandensein von fünf Krankenanstalten (Kreiskrankenhäuser Göppingen und Geislingen, Zentralkliniken, Dr. Landerer'sche Heilanstalt und Tbc-Heilstätte Kuchberg) außerordentlich günstige Verhältnisse für die Abhaltung von Fortbildungsveranstaltungen bestehen, haben die Ärzteschaft des Kreises veranlaßt, nunmehr regelmäßige „Ärztlich-medizinische Vorträge und klinische Abende“ ins Leben zu rufen.

Diese sollen nicht nur der Ärzteschaft des eigenen Kreises, sondern auch interessierten Kollegen aus den umliegenden Kreisen Ulm, Heidenheim, Schwäb. Gmünd, Schorndorf, Ebingen und Nürtingen Gelegenheit zur gemeinsamen Besprechung medizinischer Themen geben. Dabei besteht die Absicht, vor allem dem in der Praxis stehenden Arzt, der infolge Arbeitsüberhäufung und vieler auf ihm lastender wirtschaftlicher Sorgen und Nöte oftmals die aktuellen medizinischen Probleme nur flüchtig zur Kenntnis nehmen kann, in anregender Weise eine medizinische Fortbildung zu ermöglichen, die von der bisher üblichen Art gleicher Veranstaltungen abweicht. Dementsprechend findet auch nur einmal im Vierteljahr an einem Samstagabend eine „Fortbildungstagung“ statt, auf deren Programm drei bis vier längere Vorträge hervorragender Kliniker über neue Forschungsergebnisse stehen werden. Das Hauptgewicht wird nunmehr auf den zweimal im Vierteljahr an einem Wochentagsabend in einem der Krankenhäuser stattfindenden „Klinischen Abend“ gelegt. Das Programm dieser Veranstaltungen sieht einen größeren, etwa halbstündigen Vortrag eines der Professoren oder leitenden Ärzte des jeweiligen Krankenhauses vor, an den sich vier bis fünf weitere etwa 10–15 Minuten dauernde Vorträge anschließen werden, die besonders wissenschaftliche Kapitel aus der Medizin behandeln oder der Besprechung neuer Untersuchungsmethoden, Heilmittel oder seltener im Augenblick gerade in Behandlung stehender Erkrankungen bei gleichzeitiger Krankendemonstration dienen werden. Die besondere Absicht liegt hier, durch rege Aussprache und Beantwortung von Anfragen aus dem Zuhörerkreis das gegenseitige Verhältnis zwischen Praxis und Klinik enger zu gestalten und das Wissen und Können des Arztes in anregender Weise zu weiten.

Als Auftakt der Veranstaltungsreihe fand am 29. November 1949 im Schulersaal in Göppingen ein

ERÖFFNUNGSABEND

statt, zu dem sich mehr als 200 Ärzte aus Göppingen und den umliegenden Kreisen, unter ihnen auch der Präsident der Landesärztekammer Nord-Württemberg, Dr. med. Neuffer, eingefunden hatten. Nach Begrüßung durch den Vorsitzenden der Ärzteschaft des Kreises Göppingen, Dr. med. Dreiß, wurden drei Vorträge gehalten:

Prof. Dr. med. F. Lange (Kreiskrankenhaus Göppingen): „Moderne Auffassung der Herzinsuffizienz.“

Eingehend wies der Vortragende auf die in den letzten Jahren erfolgte Wandlung in der Beurteilung der Erkrankungen des Herzens hin. Während früher das Anatomische in den Vordergrund gestellt wurde, werde jetzt dem Funktionellen

eine besondere Beachtung geschenkt. In letzter Zeit habe man mit besonderer Deutlichkeit erkannt, daß die beiden Herzhälften zwei funktionell getrennte Einheiten seien, die jedoch in inniger Beziehung und gegenseitiger Abhängigkeit, besonders im Hinblick auf die Haemodynamik und das Reizleitungssystem, stehen. Diese funktionelle Trennung ermöglicht nunmehr auch die Herausstellung einer Insuffizienz des rechten oder des linken Herzens. Der tiefere Grund dafür liegt in der selektiven Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels an eine geforderte Leistung.

Im Rahmen dieser Besprechungen wies der Vortragende auch besonders auf das Krankheitsbild des „Cor pulmonale“ hin. Erst neuere Untersuchungen konnten den eindeutigen Beweis erbringen, welche verschiedene Drucke in den einzelnen Herzteilen bestehen, so besonders die von Mannheim durchgeführten Herzkatheterisierungen. Beim Cor pulmonale besteht ein Hochdruck im kleinen Kreislauf. Abgetrennt werden muß die primäre essentielle Pulmonalsklerose, das „primäre Cor pulmonale“. Die Erkrankten zeigen das Bild des Morbus caeruleus. Der Vortragende hatte selbst Gelegenheit in Südwürttemberg in einer Familie mit über 200 Angehörigen 48 derart Erkrankte zu finden. Bis zum Auftreten einer Insuffizienz des rechten Herzens sind die Träger des Cor pulmonale leistungsfähig. Demgegenüber entsteht das „chronische Cor pulmonale“ erst im Laufe des Lebens. Auch das Krankheitsbild eines „akuten Cor pulmonale“ ist bekannt, bei dem nur die Ausflußbahn, der Conus pulmonalis, hypertrophisch ist. Die Feststellung eines vergrößerten Conus pulmonalis bei der Röntgenuntersuchung wird jedenfalls dazu veranlassen, den Grund dafür zu finden.

Da nunmehr das Krankheitsbild der Linksinsuffizienz und der Rechtsinsuffizienz getrennt diagnostizierbar ist, kann auch die Therapie zweckmäßig gesteuert werden, zumal es Medikamente gibt, die vorzugsweise jeweils auf eine der beiden Herzhälften wirken. Bei toxischen Schädigungen, z. B. bei der Diphtherie, besteht natürlich eine Doppelinsuffizienz. Die neueren Anschauungen haben auch die bisher geübte Therapie der Mitralstenose verständlich erscheinen lassen. Die Mitralstenosekranken müssen auf Grund der besonderen Eigenart dieses Krankheitsbildes zwischen Kompensation und Dekompensation gehalten werden.

Zur Strophoral-Therapie sagte der Vortragende, daß dieses neue Mittel in Zukunft auch seine Indikation finden werde, für schwere hydropische Fälle sei es jedenfalls nicht anwendbar.

Prof. Dr. med. L. Zukschwerdt (Zentralkliniken Göppingen): „Konservative Behandlung peripherer Gefäßerkrankungen.“

In den letzten Jahren vor dem zweiten Weltkrieg lag das Schwergewicht der Behandlung der peripheren Gefäßerkrankungen bei der Chirurgie, während jetzt die konservativen Heilmassnahmen wieder an Bedeutung gewonnen haben.

Auf Grund der Ergebnisse neuer Forschungen wies der Vortragende auf die gewandelten Anschauungen über die Entstehung vieler Gefäßerkrankheiten hin. Bei den Erfrierungen z. B. reicht das Gebiet des Spasmus weit über das Gebiet der eigentlichen Unterkühlung, was eine besondere Bedeutung habe, da aus diesen spastischen Vorgängen später organische Veränderungen entstehen können. Wesentlich ist auch die Rolle der Disposition, ja man müsse sogar annehmen, daß bei vielen schon vorher eine allgemeine symptomlose Endangitis bestanden habe. Auch bei der Zusammenhängefrage zwischen Endangitis und Erschütterungen bei Preßluftarbeitern müsse heute die Frage des minderwertigen Gefäßmaterials der Erkrankten beachtet werden. Die schädlichen Einwirkungen des Nikotins bei der Entstehung von Gefäßwunderkrankungen sind heute noch nicht gesichert, bei bestehender Erkrankung verschlimmere der Nikotinabusus aber offensichtlich das Krankheitsbild. Auch die Frage endokriner Einwirkungen habe an Bedeutung gewonnen. Schließlich könne auch die pathologische Zusammensetzung des Blutes Gefäßerkrankungen bewirken (Gangrän bei Hungerkrankheit mit erniedrigtem Gesamteiweiß, Polycythaemia

vera mit großem Widerstand, Erkrankungen der peripheren Gefäße durch Kälteagglutinine).

Nach einer Einteilung der Gefäßerkrankungen auf Grund dieser neueren Erkenntnis kam der Vortragende auf die Diagnostik zu sprechen. Besonderer Wert sei auf die Erhebung der Anamnese zu legen, wobei z. B. Angaben, daß der Schmerz nicht genau lokalisierbar sei, daß er auch in Ruhe oder bei Erwärmen unter der Decke auftrete, auf gewisse Arten der Gefäßerkrankungen hinweisen; die Farbe der Extremitäten, das Aussehen, das Vorhandensein der Pulse und die Messung der Wärme mit dem Handrücken weise schon den Praktiker oft auf abnorme Zustände hin. Besonders hat sich das Zeichen der sog. „Claudicatio-Entfernung“ im Verlauf des Therapieverlaufes bewährt (Zeit bis zum Auftreten des Schmerzes nach Gehen), ebenso die Drosselungszeit (Zeit bis zum Auftreten einer reaktiven Hyperaemie nach Drosselung). Besonders wichtig sei auch die Oszillometrie.

Im Rahmen einer konservativen Prophylaxe sei das Einhalten von Diät und die Meidung des Nikotins wichtig. Menschen mit Durchblutungsstörungen müßten sich auch vor Verletzungen der Extremitäten schützen (Hühneraugentfernung!). Die Anwendung von Adrenalin müsse unterbleiben, weshalb größte Vorsicht bei der Lokalanästhesie geboten sei, bei deren Anwendung zuvor stets Gefäßerkrankungen ausgeschlossen werden müssen. Es seien Fälle vorgekommen, wo nach Lokalanästhesie bei Gefäßerkrankten der Verlust von Gliedern erfolgte.

An physikalischen Behandlungsmaßnahmen kommen in Frage: Heiße Bäder, Kohlensäurebäder, Drosselung mit nachfolgender Hyperaemie (außer bei Arteriosklerosen), besonders erfolgreich Bindegewebsmassage in den entsprechenden Segmenten.

Die medikamentöse Therapie sieht neben ergänzenden Maßnahmen (Penicillin zur Wundheilung, Dicumarol bei Thromboseneigung, NaCl-Infusionen bei erniedrigten Kochsalz-Blutwerten) und der bereits bekanntgewordenen Behandlung mit Sexualhormonen und Vitamin E in Amerika die Anwendung von Tetraäthylammonium, in Deutschland das Präparat „Vasculat“ und vor allem das aus der Schweiz kommende Präparat „Hydergin“ (früher Versuchspräparat CCK 179) vor. Der Vortragende berichtete über eigene Erfahrungen mit diesem Präparat. Die Wirkung besteht in einer

zentralnervös bedingten Senkung des Gefäßtonus der Peripherie und Sympathicolyse, wobei gleichzeitig die Ökonomie der Herzleistung gewahrt wird. Das Präparat hat sich dem Vortragenden sehr bewährt, insbesondere bei Endangitiden, Raynaudscher und Bürgerscher Erkrankung und Digniti mortui, aber auch zum Teil bei Arteriosklerosen. Ebenso wurden bei arterieller Embolie sehr gute Erfolge gesehen. Die Anwendung dieses Mittels erfolgt peroral und intramuskulär, die intravenöse Injektion kann Nebenerscheinungen hervorrufen.

Abschließend bemerkte der Vortragende, daß mit dieser nunmehr erhöhten Bedeutung konservativer Maßnahmen aber kein Verfall in ein Extrem erfolgen dürfe.

Chefarzt Dr. med. P. Kraus (Dr. Landerersche Heilanstalt, Göppingen): „Die heutige Indikation zur Schock- und Krampf-Behandlung in der Psychiatrie.“

Der Vortragende berichtete über die Entwicklung und Wandlung der Indikationsbreite der Insulinschock- und der Krampfbehandlung in der Psychiatrie, ebenso über die Anwendung von Cardiazol und Acetylcholin; er erwähnte auch die von den Amerikanern eingeführte Krampfbehandlung unter Curare-Schutz und unter Hydantoin, sowie die Stickstoffbehandlung. Bis heute bringen diese neuen Methoden noch keine ideale Lösung.

Während nach der Einführung der Insulinschock- und Krampfbehandlungen eine Zeit lang die Indikationsbreite sehr erweitert wurde, ist man jetzt wieder geneigt, die Anwendungsgebiete genauer zu umreißen. Die Erkenntnis, daß sich die Insulinschock- und Krampfbehandlung gegenseitig ergänzen, hat zur Anwendung der kombinierten Kuren geführt.

Der Vortragende besprach dann die einzelnen psychiatrischen Erkrankungen und begründete für jede die Indikation zur zweckmäßigsten Therapie.

Die Vorträge wurden mit größtem Interesse verfolgt.

Die nächste Veranstaltung findet als „Klinischer Abend“ am 19. Januar 1950 statt. Das nähere Programm wird noch bekanntgegeben.

Dr. med. M. Knedel (Göppingen)

Bericht

über die Hauptversammlung des Marburger Bundes auf dem 52. Deutschen Ärztetag in Hannover

Anlässlich des 52. Deutschen Ärztetages hielt der Marburger Bund — Arbeitsgemeinschaft der Landesvereinigungen angestellter Ärzte (Westdeutscher Gesamtverband) — am 1. September 1949 seine zweite diesjährige Hauptversammlung im Spiegelsaal der Stadthalle Hannover ab.

An ihr nahmen außer den Delegierten der einzelnen Landesverbände des Marburger Bundes, als Vertreter der Westberliner Assistentenschaft, Dr. Klefisch, und als Gast der Syndikus des ehemaligen „Reichsverbandes angestellter Ärzte e. V.“, Dr. rer. pol. J. Hardrich, Berlin, teil.

In Vertretung des erkrankten Vorsitzenden Dr. Britz leitete der 2. Vorsitzende Dr. Zander, Tübingen, die Versammlung. Mit der Umwandlung des westdeutschen Gesamtverbandes des Marburger Bundes, der bisherigen Arbeitsgemeinschaft der Landesvereinigungen angestellter Ärzte (Marburger Bund) in den „Verband der angestellten Ärzte Deutschlands“ (Marburger Bund) trug der Marburger Bund auch in seiner Organisationsform der Konstituierung der Bundesrepublik Deutschland Rechnung. Die Neuwahl des Vorstandes hatte folgendes Ergebnis:

1. Vorsitzender: Dr. Britz
2. Vorsitzender: Dr. Stockhausen
3. Vorsitzender: Dr. Werner
1. Beisitzer: Dr. Porschen
2. Beisitzer: Dr. Schlögell.

Dem ehemaligen 2. Vorsitzenden, Dr. Zander, der durch seine Wahl in den geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes aus arbeitszeitlichen Gründen nicht mehr kandidierte, wurde der Dank der Hauptversammlung ausgesprochen.

Die Vorsitzenden der einzelnen Landesverbände gaben eine Übersicht über die Lage der angestellten Ärzte in den einzelnen Ländern. Das Verhältnis des Marburger Bundes zu den Ärztekammern wurde eingehend erörtert und dabei festgestellt, daß die Zusammenarbeit mit den Kammern im allgemeinen durchaus zufriedenstellend ist.

Nach den Berichten der einzelnen Landesverbände wurde bereits in einigen größeren Ländern der „gleitende Bettenschlüssel“ zur Grundlage von Krankenhausgesetzentwürfen gemacht. Mit den politischen Parteien wurde in den einzelnen Landesteilen schon in weitgehendem Maße eine engere Fühlung erreicht. Eine

Entscheidung des Zonenausschusses der CDU der britischen Zone empfiehlt die Vorschläge des Marburger Bundes als geeignete Grundlage für eine Regelung durch die Landesregierungen. Die arbeitsrechtlichen Fragen des Verbandes werden in Zukunft durch den Justitiar des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen, Prof. Dr. jur. Küchenhoff behandelt.

Zum Verhältnis des Marburger Bundes zum Hartmannbund stellte Dr. Zander fest, daß eine weitgehende Übereinstimmung der beiderseitigen Zielsetzungen bestehe. Als nicht tariffähiger Verband kann aber der Hartmannbund nicht als Tarifpartner auftreten. In einer Resolution wurde der Eintritt in den Hartmannbund wärmstens empfohlen.

Zur Frage der Tarifordnungen wurde mitgeteilt, daß Verhandlungen in einzelnen Ländern zur Zeit durchgeführt werden. Dabei zeigte sich in der Aussprache die Notwendigkeit, daß bei Tarifverträgen das Arbeitsmaß des ärztlichen Personals festgelegt werden muß. Die Landesverbände wurden gebeten, ihren Mitgliedern mitzuteilen, daß der Marburger Bund in der Lage ist, sie bei Vergehen gegen die bestehenden Tarifordnungen kostenlos vor Gericht zu vertreten.

Bei der Diskussion der Kündigungsfrage, speziell des Kündigungsschutzes, stellte sich heraus, daß zur Zeit in vielen Ländern auf diesem Gebiet ein rechtliches Vakuum vorliegt, da das Kündigungsschutzgesetz des Wirtschaftsrates noch nicht von der Militärregierung genehmigt ist. Ein ausreichender Kündigungsschutz ist

erst durch gesetzgeberische Maßnahmen des neuen Bundesministers für Arbeit zu erwarten.

Bei der Erörterung der Stellungnahme des Marburger Bundes zur Zulassungsordnung wurde die Bereitwilligkeit betont, auch weiterhin mit dem Chefarztverband zusammenzuarbeiten und alles zu vermeiden, was diese Zusammenarbeit trüben kann.

Die Stellung des Marburger Bundes zur Gewerkschaft wurde dahin präzisiert, daß der Marburger Bund — unabhängig von der Anerkennung von anderer Seite — für sich tariffähig ist und stark genug, seine wirtschaftlichen Absichten selbst durchzusetzen. Es wurde jedoch in einem Beschluß festgelegt, daß der Marburger Bund bereit ist, mit allen Organisationen zusammenzuarbeiten, sobald diese ihn als tariffähige Organisation anerkennen.

Über die Frage der Zusammenarbeit des Marburger Bundes mit der Gruppe der niedergelassenen Nichtkassenärzte herrschte Einmütigkeit, um eine kraftvolle Interessenvertretung der jungen Ärzteschaft in allen wirtschaftlichen und standespolitischen Fragen zu gewährleisten. In einer Entschliebung wurde festgelegt, daß der Marburger Bund, obwohl er aus tarifrechtlichen Gründen nur die angestellten Ärzte umfaßt, als größte Jungarztorganisation des Bundesgebietes Wert darauf legt, eine Übereinstimmung zu erzielen mit allen überparteilichen, standestreuen Zusammenschlüssen niedergelassener Nichtkassenärzte.

Buchbesprechungen

W. Seitz—K. Ballowitz: „Die Infektionskrankheiten.“ Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München 1948, 2. Aufl., 320 S., Preis geb. DM 10.—

Das Buch bringt als Auswahl aus der inneren Medizin die Infektionskrankheiten. Es liegt in der Absicht der Verfasser, in dieser Beschränkung des Stoffes alles Wichtige klar und übersichtlich zu erfassen. Damit wird dem auf diesem Gebiet tätigen Arzt ein Buch zur Hand gegeben, in dem er alles findet, was ihn am Krankenbette interessiert. Im allgemeinen Teil sind Kapitel über die Grundzüge der Epidemiologie, Symptomatik, Therapie, Chemotherapie, Immuntherapie, Schutzimpfungen, Desinfektion und Entseuchung vorangestellt. Durch die Gliederung des Inhalts im besonderen Teil, die im Unterschied zu der organopathologischen Gruppierung interner Lehr- und Handbücher die Viruskrankheiten von den bakteriellen Erkrankungen, ferner die Leptosprosen, Protozoen- und Wurmerkrankungen unterscheidet, wird die weithin gemeinsame Abhängigkeit von der Erregergruppe und dem einzeln beschriebenen Erreger deutlich.

So entspricht dieses Buch, in dem die Namen der Verfasser die Beherrschung des Stoffes gewährleisten, einem praktischen Bedürfnis. Für Klinik und Praxis ist ihm eine weitgehende Verbreitung zu wünschen. (Bedauerlich sind drucktechnische Fehler wie Verwechslung der Seiten 2 und 8 im Allgemeinen Teil und anderer Einzelzeilen, so daß die Beigabe einer Druckfehlerberichtigung dringend erwünscht wäre.)

Dr. Karl Zimmerle

Kroeber, L., Apothekendirektor: „Das neuzeitliche Kräuterbuch.“ Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart 1948. — Bd. I: 4. neu bearb. u. erw. Aufl., 456 S. mit 112 Abb. im Text und 7 vierf. Tafeln, DM 21.50. — Bd. II: 3. neu bearb. u. erw. Aufl., 336 S. mit 105 Abb. im Text und 4 vierf. Tafeln, DM 15.—

Schon früher habe ich das neuzeitliche Kräuterbuch von L. Kroeber als den „Kleinen Madaus“ (Madaus, Lehrbuch der biologischen Heilmittel, 3 Bände, Abteilung I Heilpflanzen) bezeichnet, auch wenn dieses keinen Anspruch auf den Charakter eines Lehrbuches erhebt. Es liegen von Band I die

vierte und von Band II (dem Ergänzungsbuch des I. Bandes) die dritte Auflage vor. Wiederum nehmen die Pflanzen-Monographien den größten Raum ein. Was hier vermittelt wird, ist so vollständig und durch ein lückenloses Schrifttum belegt, daß dieses Lebenswerk des Verfassers tatsächlich Ärzten, Apothekern, Chemikern, Botanikern, Pharmakologen und Pharmakognosten das gibt, was sie darin zusammengefaßt suchen. Wenn der Verfasser dieser großen Aufgabe gerecht wird, so nicht zuletzt deshalb, weil er nicht nur über die Arbeiten anderer berichtet, sondern auch von vielen eigenen wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Gebiet der Pharmakochemie. Kroeber hat tatsächlich den weltbekanntesten Kräuterbüchern aus dem 15. und 16. Jahrhundert ein „neuzeitliches“ an die Seite gestellt, das niemand enttäuschen und zu den vielen alten Freunden neue werben wird. Wir Alten haben nur einen Wunsch, daß in der nächsten Auflage die Zahl der Pflanzen-Monographien noch vergrößert sein möge.

Prof. Dr. Hans Kaiser

Dr. med. W. Bitter, Stuttgart: „Psychosomatische Medizin.“ Aufgaben der Psychotherapie und Tiefenpsychologie in Deutschland. Ärzteverlag Gießen 1949.

Die kleine Schrift (23 S.), die auf Anregung von Dr. Karl Oelemann in Bad Nauheim, dem früheren Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, entstanden ist, gibt in gemeinverständlicher Darstellung aus der Feder des geschäftsführenden Vorstandsmitglieds des Instituts für Psychotherapie e. V., Stuttgart, Dr. Dr. Bitter einen Überblick über die Aufgaben der Psychotherapie bei neurotischen Zuständen von Erwachsenen und Kindern. Der Ausdruck „psychosomatische Medizin“ stammt von Viktor von Weizsäcker und besagt bekanntlich, daß aus seelischen Ursachen, die in der modernen Welt in vielerlei Formen vorhanden sind, leibliche Krankheit entstehen kann, ja sehr häufig entsteht. Erwähnt werden besonders: Organneurosen und Psychoneurosen von Erwachsenen. Kinderneurosen: Organneurosen und Schwerkinderkrankheit. Neurotisch bedingte Ehekonflikte. Neurotische Kriminelle (Psychogene Homosexualität, Asozialität etc.). Neurotisch bedingte Schwierigkeiten im Arbeitsprozeß (Querulanz, Gehemmtheit, Reduktion der Arbeitskraft infolge psychogener Organerkrankung).

Bitter behauptet, daß die deutschen Universitätskliniken dem jungen Arzt keine Gelegenheit bieten, dieses besondere Gebiet der Psychotherapie in seiner ganzen Breite theoretisch und praktisch aufzunehmen, „so sehr Ansätze in dieser Richtung zu begrüßen sind“. Diese Behauptung ist in ihrer verallgemeinernden Form nicht richtig. Psychotherapie ist getrieben worden, seit es neurotische Menschen auf Erden gibt. Mehr als 50% aller Kranken bedürfen auch der seelischen Behandlung. Und sie haben sie auch gefunden. Ich stehe jetzt im 80. Lebensjahr und bin seit 55 Jahren Nervenarzt; ich habe neurotische Kranke niemals anders als psychotherapeutisch behandelt. Die Fähigkeit und der Erfolg einer solchen Behandlung hängt ab von der Einfühlungsfähigkeit des Arztes, der natürlich neurologisch ein guter Diagnostiker sein muß; Man hat sie oder hat sie nicht. Manche begabte Laien haben sie mehr als psychiatrisch unbegabte Ärzte. Aber um zu wissen, wann es sich nur um Neurosen handelt, muß man ein gut geschulter und ärztlich veranlagter Arzt womöglich Nervenarzt sein. Die Diagnose kann nur der ärztliche Fachmann stellen. Eine „Lehranalyse“ mag manchem Arzt Klärung über sich selbst bringen, notwendig ist sie aber nicht. Niemals kann sie zu einer „Conditio sine qua non“ gemacht werden, so wenig man von jedem anderen Arzt verlangen kann, daß er alle die Krankheiten an sich selbst durchgemacht haben müsse, die er bei seinen Patienten zu behandeln hat. Ich verweise auf Kretschmer's grundsätzliche Ablehnung dieser von Bitter verlangten Voraussetzung.

Die drei Abschnitte der Schrift: Die psychotherapeutische Klinik, der Psychotherapeut in der Praxis und im Industriegebiet erläutern die Grundgedanken Bitters. Der Abschnitt über die Rentabilität der psychotherapeutischen Behandlung soll naheliegende Einwände bezüglich der Durchführbarkeit monatelang dauernder, mühsamer und kostspieliger Behandlungsform zerstreuen. Der letzte Abschnitt: „Forschung und Lehre“ versucht die Bedeutung eines psychotherapeutischen Instituts für die wissenschaftliche Forschung und für den wissenschaftlichen Nachwuchs eindringlich vor Augen zu stellen.

Prof. Dr. R. Gaupp, sr.

Schönfeld, W. und Kimig, J.: „Sulfonamide und Penicilline.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1948, 81 Abb., 327 S., Preis DM 30.—

Die Verfasser haben sich mit der Zusammenfassung der Literatur, die wenigstens für die Antibiotica vorwiegend ausländischer Herkunft ist, ein großes Verdienst erworben und ermöglichen es dem Leser, über den Stand der Forschung in allen wesentlichen Punkten bis zum Erscheinen dieses Buches eine vollständige Übersicht zu bekommen. Besonders eingehende Berücksichtigung finden die Fragen der chemischen Konstitution, die Zuführungs- und Anwendungsarten, die Besprechung des Blutspiegels und die Nebenwirkungen. Das an sich so interessante Gebiet über Wirkungsweise und Angriffspunkte der besprochenen Mittel wird, da mehr von theoretischem Interesse, nur kurz behandelt. In den klinischen Teilen wird eine Übersicht über alle Anwendungsgebiete gegeben, wobei naturgemäß die Gonorrhoe-Behandlung besonders eingehend berücksichtigt wird, sich aber auch die auf allen anderen (internistischen, chirurgischen) usw. Gebieten erreichbaren Erfolge überblicken lassen. Um nähere Einzelheiten zu erfahren, muß man naturgemäß die angeführte Literatur einsehen. Die Lektüre des Buches bringt bei einem Rückblick gut zum Ausdruck, daß nicht der Chemiker, nicht der Bakteriologe oder sonstige Experimentatoren in der Lage sein können, therapeutische Urteile abzugeben, sondern daß das allein von klinischer Seite geschehen kann. Bei dieser klinischen, vorsichtigen und kritischen Einstellung, die dem Buch zugrunde liegt, kann es daher auch dem Arzt zum Studium wärmstens empfohlen werden. Prof. Dr. Höring

Dr. Beyer, Wilhelm: „Allgemeine Chirurgie.“ Ein Grundriß für Studenten und Ärzte. Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1948, 217 S., 29 Abb., Preis DM 7.60.

Ein handliches Buch mit 217 Seiten, in klarer Übersichtlichkeit und bei aller Kürze doch von erstaunlicher Reichhaltigkeit, die kaum eine praktische Frage über das heutige Wissen der Allgemein Chirurgie unbeantwortet läßt. Geschichtliche, physiologische, chemische und pathologische Hinweise vertiefen das Verständnis und geben den Grund

für eine einsichtige Darstellung der einzelnen Abschnitte: Antisepsis und Asepsis, Schmerzausschaltung, Blutsparung und Blutersatz, aseptische und septische Operation, Infektionen, Geschwülste, Röntgenstrahlen, innere Sekretion und Vitamine. Bewährte Verhaltensmaßnahmen sind ebenso zu finden wie Rezepte und die Gebrauchsanweisung für die neuesten Sulfonamide, Penicillin und Streptomycin. Einige wenige Druckfehler sind noch zu verbessern sowie der Ausdruck „die oft schmerzhaft verminderte Atemtätigkeit“ (S. 83). Bei der Behandlung der Thrombophlebitis vermissen wir den Kompressionsverband nach Fischer (S. 134). Tetanusserum würde ich bei allen tetanusgefährdeten Wunden geben und das Wort „größere“ weglassen (S. 150).

Aber alles in allem ist das Buch über „Allgemeine Chirurgie“ für den Studenten ein ausgezeichnete Wegweiser und für den Arzt in der Praxis eine nützliche Nachhilfe.

Dr. Gerber

Dozent Dr. H. O. Münsterer: „Gonorrhoe-Probleme der Gegenwart.“ Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1947, 352 S., 16 Abb., Preis DM 24.—

In umfangreicher Monographie bespricht der Münchener Verfasser das gesamte Krankheitsgebiet der Gonorrhoe, welches er in sechs Abschnitte (Epidemiologie, gesetzliche Verhältnisse, klinische Erscheinungsformen, Therapie, Feststellung der Heilung) gliedert. Dabei ist keineswegs eine Beschränkung auf neuere Forschungsergebnisse erfolgt, wie der Titel vermuten lassen könnte, sondern es werden ebenso eingehend auch die Grundlagen unseres Wissens um die Gonorrhoe besprochen. Die nunmehr wohl als abgeschlossen anzusehenden Erfahrungen über Wesen und Aussichten der Sulfonamidbehandlung ermöglichten es, diesem Chemotherapeutikum ein besonderes, sehr lesenswertes Kapitel zu widmen. Daß demgegenüber die Penicillinbehandlung der Gonorrhoe noch nicht erschöpfend dargestellt werden konnte, ist in der Kürze der seit ihrer Einführung verstrichenen Zeit begründet. Ausgiebige Schrifttumshinweise ermöglichen ein anregendes Quellenstudium und erhöhen damit den Wert des Werkes, welches über die Bedürfnisse der Praxis hinaus auch als Grundlage zu wissenschaftlicher Forschung geeignet ist und in Form und Ausführlichkeit einem „Lehrbuch der Gonorrhoe“ nahekommt.

Der Werner Schmidt

Dozent Dr. med. habil. E. H. Romberg: „Der Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Neubildung der Zellelemente des Blutes.“ Beihefte zur Medizinischen Monatsschrift, Zeitschrift für allgemeine Medizin und Therapie, Heft 6, 1948. Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 95 S., 6 Abb., Preis DM 6.—

In Fortsetzung früherer Untersuchungen unternimmt der Verfasser den Versuch, auf statistischem Wege an einem Material von Tabikern, Taboparalytikern, Hypertonikern und Arteriosklerotikern (Greisen) zu einer Herausstellung vegetativer Funktionskreise zu gelangen. In der vorliegenden Mitteilung sind vor allen Dingen die Magensäurewerte und die Blutbefunde berücksichtigt worden (Ausheberung des Magens nüchtern, nach Probetrunk und evtl. im Histaminversuch, Stuhluntersuchung auf Blut, Blutstatus einschließlich der Bestimmung des Erythrocytendurchmessers und der Reticulocyten, quantitative Bestimmung des Serumbilirubins, Resistenzbestimmung der Erythrocyten). Ausgangspunkt ist die Pupillenweite als „Indikator der vegetativen Tonuslage“. Die Ergebnisse lauten: Dem sympathischen Funktionskreis sind eigen Mydriasis, geringe Neubildung von Zellelementen des Blutes, mäßige Nüchternsaftproduktion des Magens, verzögerte Magenentleerung, Hypotonie der Skelettmuskulatur, normale Schweißabsonderung im Bereich des Ganglion cervicale supremum und geregelte Blasenfunktion. Dem parasympathischen Funktionskreis werden zugeordnet Miosis, angeregte Neubildung von Blutzellen, besonders von Reticulocyten und Eosinophilen, vermehrte Nüchternsaftproduktion des Magens, Schweißhyposekretion im Bereich des Ganglion cervicale supremum und Blasenstörungen.

Für die Tabes wird eine Insuffizienz des reticuloendothelialen Systems angenommen, „das entweder konstitutionell oder durch gestörte Trophik seine Aufgaben beim Blutzerfall, bei der Hemmung der Blutbildung und beim Schutz des Zentralnervensystems gegen die Spirochätose nicht zu erfüllen vermag.“

Prof. Dr. R. Gaupp jr.

Dr. Gertrud Müller: „Hygiene — Mikrobiologie, Seuchenlehre und allgemeine Hygiene“, H. H. Nölke Verlag, Hamburg, 1947, DM 9.—

Verfasserin will dem Studierenden Verständnis, Grundlage und Gerüst der Mikrobiologie, Seuchenlehre und allgemeinen Hygiene vermitteln und reiht hierzu Tatsachen aus diesen Gebieten beinahe telegraphisch aneinander. Durch die zu knappe Darstellung geht jedoch jeder Zusammenhang verloren und das Büchlein dürfte somit die im Vorwort zum Ausdruck gebrachte Absicht kaum erreichen.

Als Repetitorium kann es aber von einigem Nutzen sein, wengleich auch hierzu oft mehr hätte gebracht werden müssen. So wird, um nur einige Beispiele zu nennen, die Poliomyelitis im Anschluß an die Meningitis epidemica und unter dieser Überschrift mit ganzen drei Zeilen, die Influenza unter der Überschrift Pneumonie und Grippe mit nicht viel mehr erwähnt. Nichts ist zu finden über die Empfindlichkeit der Erreger gegenüber Antibiotika.

Für den Arzt ist diese Schrift ungeeignet und dem Studierenden kann man sie kaum mehr empfehlen als eines der üblichen Vorlesungsskripten. Denn unter den heutigen Gegebenheiten — man denke dabei nur an den Aufstieg der antibakteriellen Therapie und an die Verschlechterung der hygienischen Verhältnisse — ist es mehr als je erwünscht, daß jeder Arzt tiefes Verständnis und gediegenes Wissen auf dem Gebiet der Bakteriologie und Hygiene besitzt.

Dr. Liebermeister.

R. Mair—E. Schütz: „Einführung in die Anatomie und Physiologie des Menschen“ (für Hörer aller Fakultäten). 2. verbesserte Auflage mit 178 Abbildungen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München 1946, Preis DM 7.—

Bei manchen akademischen Kreisen besteht unter den Nichtmedizinern ein lebhaftes Interesse, die Grundlagen über den Aufbau des menschlichen Körpers und seiner Organe sowie über seine Lebenstätigkeit und Leistungsfähigkeit kennen und verstehen zu lernen. Um diesem durchaus berechtigten Bedürfnis in allgemein verständlicher und dabei doch sachgemäßer Weise gerecht zu werden, haben sich zwei Fachleute, ein Anatom und ein Physiologe, miteinander verbunden, und die Frucht ihrer verständnisvollen Zusammenarbeit ist das vorliegende Buch. Der unmittelbare Anlaß zu seiner Entstehung war die gemeinsame Dozententätigkeit der Verfasser an der Berliner Hochschule für Leibesübungen, und so war auch bei Abfassung des Buches zunächst auf Sportstudenten und Turnphilologen Bezug genommen, doch wendet es sich darüber hinaus auch an „Hörer aller Fakultäten“, sowie an medizinisch Interessierte, wie die medizinisch-technischen Assistentinnen. — Entsprechend der ursprünglichen Bestimmung behandelt der anatomische Teil mit besonderem Nachdruck den passiven und aktiven Bewegungsapparat, bringt aber auch von der übrigen Anatomie das für den Nichtmediziner besonders Wissenswerte und Belangreiche, wie Herz mit Kreislauf und Blut, Atmungs-, Verdauungs- und Ausscheidungsapparat (bei Weglassung des Genitalapparats), Zentralnervensystem und Sinnesorgane einschließlich Haut. — Die anatomische Einführung wird weiterhin durch die physiologische in vorbildlicher Weise ergänzt und vervollständigt, wobei die Einprägsamkeit des Gebotenen trotz seiner Vielseitigkeit durch die ansprechende, klare Gedankenführung gewährleistet wird. Die Anschaulichkeit der lebendig und anregend vorgetragenen anatomischen wie physiologischen Ausführungen wird durch geschickt ausgewählte gute Abbildungen wirksam unterstützt. — So kann das preiswerte Buch den Kreisen, für welche es bestimmt ist, bestens empfohlen werden.

Prof. Dr. W. Jacoby

Privatdozent Dr. med. et. phil. K. Saller: „Diagnostik und Therapie für die ärztliche Praxis“, Karl F. Haug Verlag, Berlin-Tübingen-Saulgau 1947, 587 S., kart. DM 18.80, geb. DM 20.60.

Der Autor betont in dem ersten Kapitel „Gesamtperson“ die notwendige Ergänzung des analytischen Denkens durch synthetische Betrachtungen und stellt dadurch die Bedeutung des neuen ärztlichen Denkens gerade auch für die ärztliche Praxis in den Vordergrund seiner gesamten Darstellung. Vom anthropologischen Standpunkt aus wird auch auf die besondere Beachtung der vielseitigen konstitutionellen Faktoren und

deren Bedeutung für die gesamte Diagnostik und Therapie hingewiesen.

Nach einer verhältnismäßig kurzen Zusammenfassung der spezifischen Therapiemöglichkeiten einschließlich Psychotherapie bei seelischen Konflikten und der Fokalherdsanierung bespricht der Verfasser in dem sehr umfangreichen Kapitel „Symptome und Symptomgrundlagen“ die gesamten inneren Erkrankungen. Die Darstellung der einzelnen Krankheitsgruppen erfolgt im wesentlichen nach Organsystemen. Der Verfasser geht bewußt bei der Besprechung der Krankheit nicht von fertigen Krankheitsbildern aus, sondern von den hauptsächlichsten Symptomen. Die laboratoriumstechnischen Untersuchungsmöglichkeiten und chemisch-bakteriologischen Untersuchungsergebnisse sind bei der Besprechung der diagnostischen Hilfsmittel verhältnismäßig ausführlich abgehandelt. Die einzelnen Abschnitte über die Therapie sind für die allgemeine Praxis sehr anregend. Neben der Therapie der „Schulmedizin“ sind die wichtigeren homöopathischen Behandlungsmöglichkeiten und die naturgemäßen Heilmethoden erwähnt. Dem Begriff der Differentialtherapie wird besondere Beachtung geschenkt.

Das ergänzende Kapitel „Krankheiten nach Diagnosen“ ermöglicht infolge der alphabetischen Ordnung eine rasche Orientierung über die häufigeren Krankheiten in ihren hauptsächlichsten Symptomen und eine gewisse Weiterführung in therapeutischer Hinsicht.

Die praktische Handhabung des umfangreichen Buches wird sehr erleichtert durch die Tatsache, daß dem sehr ausführlichen Sachverzeichnis ein eigenes Heilmittelverzeichnis und eine alphabetische Aufzählung der technischen Anleitungen angeschlossen sind. Tabellen, Abbildungen sowie ausgewählte Röntgenbilder und Ekg-Aufnahmen ergänzen den Text in vollkommener Weise. Das vorliegende Buch ist eine wertvolle Bereicherung des neueren Schrifttums. Gerade wegen der besonderen Darstellung der ganzen Materie und infolge der zum Ausdruck kommenden persönlichen Einstellung des Autors als Homöopath und Anthropologe muß das für die ärztliche Praxis geschriebene Buch sehr empfohlen werden.

Dr. Speth

E. Mercks „Jahresbericht Jahrgang 1943—1946 und Jahrgang 1947—1948“, Darmstadt. August 1948, September 1949.

Der Jahresbericht der Firma Merck über Neuerungen auf dem Gebiet der Pharmakotherapie und Pharmazie, dessen Erscheinen seit 1942 eingestellt war, kam im letzten Jahr neu heraus für die Zeitspanne von 1943—1946 und in diesem Jahr für 1947 und 1948. Er ist mit der aus früheren Zeiten bestens bekannten Gründlichkeit abgefaßt. Insbesondere ist zu begrüßen, daß zu der Besprechung eines jeden Mittels ein ausführliches Literaturverzeichnis gehört.

Dr. Schröder.

Dr. Fritz Donner: „12 Vorlesungen über Homöopathie.“ Gehalten an der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung in den Jahren 1939—1945. Karl F. Haug Verlag, Berlin-Tübingen-Saulgau, 1948, 189 S., Preis DM 7.80.

Von dem leitenden Arzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Wannsee wird hier eine ausgezeichnete Einführung in die Methoden der therapeutischen Arzneimittelanwendung, der Arzneizubereitung und Arzneimittelprüfung, wie sie die Homöopathie seit etwa 140 Jahren pflegt, gegeben. Der Vorzug des Buches ist die weise Beschränkung auf Wichtiges und die durch Krankengeschichten ergänzte Darstellung homöopathischer Verordnungsweise. Dabei wird auch die interessante Problematik der Erklärungsversuche für die homöopathische Mittelwirkung erörtert. Mit sachlicher Kritik wird die homöopathische Therapie gegen andere Methoden abgegrenzt und in die Gesamtmedizin eingeordnet. Wenn die meisten homöopathischen Arzneimittellehren so kompliziert, umfangreich und unklar sind, daß nur wenige Ärzte den Mut aufbringen, sich damit zu befassen, so ist hier eine interessant und verständlich geschriebene Einführung gegeben, die es jedem Arzt ermöglicht, sich mit dem seit 140 Jahren bewährten Erfahrungsgut der Homöopathie bekannt zu machen und es selbst auf seine Verwendbarkeit zu prüfen. Im Jahrgang 1801 des „Allgemeinen Anzeigers der Deutschen“ schreibt Hahnemann, der Begründer der Homöopathie: „Die Beförderung jedes, auch des geringsten Mittels, was Menschenleben ret-

ten, was Gesundheit und Sicherheit bringen kann, muß dem echten Arzt heilig sein." Was wohl auch heute noch Gültigkeit hat.
Dr. Ilse Reinhardt

V. E. Mertens: „Vermeidung von Irrtümern bei der Krebskennung.“ Urban und Schwarzenberg, Berlin-München, 1948, 142 S., Preis brosch. DM 5.—

Es sind aus der medizinischen Literatur etwa 250 Referate von Krankengeschichten zusammengestellt, in denen eine Karzinom-Fehldiagnose unterlaufen ist. Besondere Kommentare werden nicht dazu gegeben. Es ist recht lehrreich, eine solche Übersicht an sich vorüberziehen zu lassen.

Prof. Dr. Dennig

Max Westenhöfer: „Die Grundlagen meiner Theorie vom Eigenweg des Menschen“, Verlag Carl Winter, Heidelberg, 255 S., brosch. DM 7.50.

Hier liegt ein Auszug des 1942 erschienenen Buches „Der Eigenweg des Menschen“ (Verlag: Die Medizinische Welt, Berlin) vor, in dem Verfasser auf Grund seiner eigenen vergleichend-anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen über Gehirn, Gehirn- und Gesichtsschädel, Beckenstellung, Greifhände, Schreitfüße, Kletterstellung der Füße bei Naturvölkern, Krebsproblem, Entzündung bei Pflanzen u. a., aber auch gestützt auf Untersuchungen anderer, zu dem Ergebnis kommt, daß der Mensch keine Abstammungsgemeinschaft mit den sog. Menschenaffen oder gar überhaupt mit anderen Säugetieren haben könne, sondern daß er sich wie alle je existierenden Arten in direkter Linie zielgerichtet (Orthogenese) entwickelt habe. Morphologische Übereinstimmungen kämen nur von Parallelentwicklung her, ein Hervorgehen von verschiedenen Arten aus Stammformen wird abgelehnt. Rassen sind Ausprägungen der im Erbbild der Art vorhandenen Variationsmöglichkeiten.

Nach dem Titel erwartet man ein ausführliches Eingehen auf die Grundlagen, die diese Theorie zur Folge hatten, statt dessen stellt das Buch eher eine populäre Darstellung der Theorie wie auch ihrer Grundlagen dar, woran noch weltanschauliche Ausblicke geknüpft werden. Ein Kenner der Abstammungsfragen wird, um Westenhöfers Theorie und deren Grundlagen kennenzulernen, zur Hauptausgabe greifen müssen, dem Nichtfachmann jedoch sei die Lektüre nur mit Vorbehalt empfohlen. Dr. Klaus Mörike, Tübingen.

Dr. med. habil. Fritz Roeder, Dozent an der Universität Göttingen: „ ^{32}P im Nervensystem. — Der Phosphataustausch des Nervensystems untersucht mit Hilfe der Isotopenmethode.“ Verlag „Muster-Schmidt“ Göttingen, 1948, 32 S., DM 4.60.

Mit Hilfe der Isotopenmethode, d. h. der Verabreichung von radioaktiven Substanzen, lassen sich Stoffwechselfor-

gänge der Gewebe messend erfassen. Der Verfasser hat sich die Frage gestellt, ob sich Unterschiede in der Austauschgeschwindigkeit und der Verweildauer von „markiertem“ Phosphor in einzelnen Hirnrindengebieten, Grisea des Hirnstamms, des Rückenmarks und der Nerven feststellen lassen. Der Phosphor wurde gewählt, weil er als Baustein der Hirnsubstanz eine hervorragende Rolle spielt. ^{32}P wurde — im allgemeinen intramuskulär — injiziert in Mengen, die nur einem Bruchteil des Tagesbedarfs entsprechen. Bestimmt wurde an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden — nach Tötung der Tiere in 24—72stündigem Abstand von der Injektion und nach sorgfältiger Präparation — Gesamtphosphor und radioaktiver Phosphor der einzelnen neuronalen Organe. Die Methodik wird in Einzelheiten beschrieben und erläutert. Ein bestimmtes Verteilungsgesetz wurde gefunden: „Identische Großhirnrindenabschnitte der rechten und der linken Hemisphäre wiesen zur gleichen Zeit (nach der Applikation markierter Phosphate) die gleiche spezifische Aktivität auf, d. h. symmetrische Rindengebiete zeigen eine bemerkenswerte Gleichheit der Geschwindigkeit des Stoffaustausches.“ (Unter spezifischer Aktivität wird verstanden der Gehalt an radioaktivem Phosphor, dividiert durch die im untersuchten Gewebstück enthaltene Gesamtphosphormenge.) Die spezifische Aktivität des Großhirnmantels und der großen Hirnstammkerne erwies sich im Verhältnis zur Leber und Muskulatur als sehr niedrig. Hoch dagegen war die Aktivität des Tubercinereum und der Nerven. Für sie ist also ein lebhafter Stoffwechsel anzunehmen. Ungeklärt blieb, ob der radioaktive Phosphor in die Phosphatide des Gewebes selbst eingebaut wird. Eine adsorptive Bindung an die Hirnsubstanz spielt sicher eine Rolle.

Die Arbeit erschließt ein außerordentlich interessantes und vielseitiges Forschungsgebiet, dessen klinische Bedeutung in seinem ganzen Umfang heute noch nicht abzusehen ist. Die Versuche sind maßgeblich für die „Pathoklisienlehre“, nach der auch bei allgemeinen Schädigungen der pathologisch-anatomische Prozeß im Gehirn elektiv einzelne, morphologisch einheitliche und abgrenzbare Grisea betrifft und andere ausspart und deren Ursache von C. u. O. Vogt in den Besonderheiten des Stoffwechsels dieser „topistischen Einheiten“ gesehen wird.

Die 32seitige Monographie ist sehr lebendig und auch für den in der physikalischen Chemie nicht bewanderten Leser verständlich geschrieben. Der Verfasser beschränkt sich nicht auf die Darstellung der Methoden und seiner Ergebnisse, er geht zahlreichen Einwänden, die er sich selbst macht, gewissenhaft nach und versteht es meisterhaft, seine Beobachtungen auf einem breiten allgemeinen Hintergrund aufzubauen. Die kleine Schrift kann jedem, der sich für moderne Grundfragen der Biologie interessiert, nur empfohlen werden.

Prof. Dr. R. Gaupp, jr.

Bekanntmachungen

Fortbildungskurse für Ärzte in Gießen

Die Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen veranstaltet einen weiteren Fortbildungskurs für Ärzte mit dem Thema „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe“ vom 22. bis 28. Januar 1950. In der darauffolgenden Woche vom 29. Januar bis 3. Februar wird Gelegenheit zu praktischer Tätigkeit in Kliniken, Polikliniken, klinischen Laboratorien und Instituten nach Wahl gegeben. Die Kollegen können an beiden Kurswochen, aber auch nach Belieben nur an einer der beiden Kurswochen teilnehmen. Anmeldung, Auskunft und Prospekte durch Prof. G. G. Herzog, Pathologisches Institut, Gießen (H), Klinikstr. 32 g.

Verband Deutscher Privatkrankeanstalten

Sämtliche Landesverbände der Privatkrankeanstalten haben sich am 17. Sept. 1949 in Wiesbaden zum „Verband Deutscher Privatkrankeanstalten“ zusammengeschlossen. 1. Vorsitzender wurde Dr. Pusch, Bad Rappenau/Baden. 2. Vorsitzender Dr. Fervers, Solingen. Die Geschäftsstelle befindet sich bei Justizrat Conrath, Heidelberg, Blumenstraße 7.

Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg E. V.

Je größer die Geldknappheit,
Desto geringer der Zahlungswille,
Desto vorteilhafter die Zusammenarbeit mit einer
Privatärztlichen Verrechnungsstelle

Je höher die Steuern,
Desto wichtiger eine ordnungsmäßige Buchführung,
Desto notwendiger die Inanspruchnahme einer
Privatärztlichen Verrechnungsstelle

Beitrittsklärungen nimmt die Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg E. V., Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, Fernruf 7 71 15, entgegen.

Ausländische medizinische Zeitschriften

Wir machen Interessenten darauf aufmerksam, daß im Amerika-Haus, Stuttgart-O., Staffenbergstr. 44 eine größere Anzahl amerikanischer, englischer und schweizerischer medizinischer Zeitschriften ausliegt.

Das Amerika-Haus ist an Wochentagen von 10—21 Uhr und an Sonntagen von 14—20 Uhr geöffnet.

Allgemeines Verzeichnis der Krankenanstalten in Hessen

Das allgemeine Verzeichnis der Krankenanstalten in Hessen, Stand 31. März 1949, ist vom Statistischen Landesamt zusammengestellt und bei der Abteilung V/Öffentliches Gesundheitswesen, Wiesbaden, Bismarckplatz 4, zu beziehen.

Übersendung erfolgt per Nachnahme des Betrages von 1.50 DM, zuzüglich der Portoauslagen.

**Kindererholungsheim „Haus Waldfried“
Freudenstadt/Schwarzwald**

Der Evangelische Landesverband für Kinderpflege in Württemberg, Stuttgart-S, Olgastr. 108, hat sein Kindererholungs-

heim aus dem Mainhardter Wald nach Freudenstadt (Schwarzwald) verlegt.

Das Heim nimmt Kinder von 4—12 Jahren zu Erholungskuren auf. Besonders geeignet ist es für unterernährte, skroföse und tuberkulose-gefährdete Kinder, sowie für solche, die an Bronchitis und Asthma leiden. Die Kurdauer beträgt 4—6 Wochen, kann aber auch verlängert werden.

Die Verpflegung besteht aus 5 Mahlzeiten. Der Tagessatz beläuft sich auf 3.50 DM.

Das Heim wird durch einen Kollegen aus Freudenstadt ärztlich betreut.

Anfragen und Anmeldungen sind an die obige Adresse zu richten.

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

Einführungslehrgänge für die Kassenpraxis

Es ist beabsichtigt, nach Beendigung der notwendigen Vorbereitungen Einführungslehrgänge für die Kassenpraxis zu veranstalten. Zur Teilnahme verpflichtet sind alle Kassenärzte, die nach dem 8. Mai 1945 rechtsgültig zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen worden sind und bisher an einem solchen Lehrgang nicht teilgenommen haben, es sei denn, daß vor 1945 bereits länger als zwei Jahre kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt worden ist. Über Ort und Zeit des Lehrgangs erhalten diese Ärzte so rechtzeitig Bescheid, daß sie sich darauf einrichten können. Einer besonderen Meldung ihrerseits bedarf es nicht.

Denjenigen Ärzten, die in absehbarer Zeit mit ihrer Zulassung rechnen, soll die Teilnahme am Lehrgang offen stehen. Soweit Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, werden Meldungen bis zum 31. Dezember 1949 an die **Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32**, erbeten.

Ärztliche Schweigepflicht und Ermittlungen der Polizei

Das Innenministerium Württemberg-Baden gibt mit Erlaß Nr. III 1502/11 vom 18. Oktober 1949 bekannt:

„Nach § 13 der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433) macht sich jeder Arzt strafbar, der unbefugt fremde Geheimnisse, die ihm bei Ausübung seines Berufs anvertraut oder zusätzlich gemacht worden sind, offenbart. Nach § 53 Abs. 1 Ziff. 3 der Strafprozeßordnung 1946 — RegBl. S. 98 ff. — hat der Arzt das Recht, die Auskunft über derartige Tatbestände zu verweigern. Dieses Recht besteht nicht,

wenn er von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden ist (§ 53 Abs. 2 der Strafprozeßordnung). Eine Vernehmung über der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Tatsachen darf erst durchgeführt werden, wenn der Patient die Entbindung von der Schweigepflicht schriftlich erklärt hat. Die schriftliche Erklärung ist dem Arzt vor der Vernehmung zur Einsichtnahme vorzulegen. Die Vernehmung des Arztes hat durch konkrete Fragen zu erfolgen. Eine Anforderung des Krankenblattes zur Einsichtnahme soll in der Regel unterbleiben. Erscheint jedoch aus besonderen Gründen die Sicherung des Krankenblattes oder der Krankenblattkartei erforderlich, so kann dies nur unter Beachtung der für die Beschlagnahme geltenden Bestimmungen geschehen (§§ 94 ff. der Strafprozeßordnung). Hierbei sind die in Abschnitt II des Erlasses des Innenministeriums vom 13. April 1949 Nr. III A 1502/29 für die Durchsichtung geltenden Grundsätze entsprechend anzuwenden.“

Arztbücherei Stuttgart

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

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

In der letzten Zeit sind eine Reihe neuer Bücher eingegangen.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN
Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ.-Stadion. Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

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

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde.
2. Approbationsurkunde.
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit.
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt bewirbt.
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister.
6. Polizeiliches Führungszeugnis.

7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung.
8. Eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

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

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

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Unterhausen bei Reutlingen	prakt. Arzt
Tannheim Kr. Biberach	prakt. Arzt
Böhringen Kr. Münsingen	prakt. Arzt

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

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die freie Niederlassung an einem ausgeschriebenen Praxisort für den Zulassungsausschuß keine Verpflichtung bedeutet, den dort bereits niedergelassenen Arzt bei der Vergebung der Stelle zu bevorzugen.

Bericht über den ärztlichen Fortbildungskurs der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern an der Universität Tübingen vom 17.—22. Oktober 1949

Dieser ärztliche Fortbildungskurs in Tübingen, den die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, verbunden mit der Medizinischen Fakultät, zum erstenmal wieder nach dem Krieg in dieser Form etwa 40 Kollegen allen Alters, beiderlei Geschlechts, Schwaben und Nichtschwaben, Alteingesessenen und neuzugelassenen Flüchtlingen schenkte, wurde ein

voller Erfolg. Der bei sicher den meisten recht schwere Entschluß, die Praxis für 8 Tage zu schließen oder sich vertreten zu lassen, wurde reich belohnt durch die Fülle der Anregungen, die die Herren Professoren und Dozenten fast aller Fächer uns boten. Wie ausgehungert nach Wissen all diese Kollegen waren, zumeist aus der allgemeinen Praxis, jedoch auch Fachärzte darunter, dafür spricht die lebendige Anteilnahme, mit der alle den Kollegs (7—8 Stunden im Tag) und den klinischen Demonstrationen und Visiten vom ersten bis zum letzten Tag folgten. Ja, mancher der Herren Vortragenden konnte sich der unermüdetlich Fragenden zuletzt kaum mehr erwehren. Denn das ist ja das Wesentliche an solchem Fortbildungskurs, daß nicht hochwissenschaftliche Theorie ex cathedra vorgelesen wird, die wir ja ebenso gut in unseren Zeitschriften lesen können, sondern daß für die Praxis wesentliche Dinge, vor allem die Fortschritte der letzten Jahre, die Möglichkeiten und Grenzen der modernen Diagnostik und Therapie, möglichst an Hand von Fällen mit Kritik der Erfolge und Mißerfolge, aufgezeigt werden.

Daß dies den Vortragenden voll gelungen ist, beweist die Ausdauer der meisten Kursteilnehmer und ihr aufrichtig herzlicher Dank, der, nach einem noch scheuen Begrüßungsabend zu Beginn, dann seinen Ausdruck fand in einer frohen Abschlußfeier, verschönt durch Kammermusik und heiter-ernste Wechselreden, darin sich Lehrer und Hörer gegenseitig die besten Zeugnisse ausstellten. Die gemeinsame Unterbringung und Verpflegung im Leibnizkolleg, dem für seine Gastfreundschaft zu danken eine angenehme Pflicht ist, ermöglichte auch den kameradschaftlichen Gedankenaustausch, durch den es bald zu einer wirklich herzlichen Gemeinschaft der Ärzte kam. Nur zu bald war diese Woche erholsamer Auffrischung bei unsrer Alma Mater vorbei. Geblieben aber sind die Fäden, neu geknüpft vom Praktiker zur Fakultät und der Wunsch, im nächsten Jahr wieder dabei zu sein. Dr. Groeschel.

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Nachruf für Herrn Dr. Wilhelm Stockert

Am 21. Oktober 1949 starb der langjährige Chefarzt der Inneren Abteilung des Neuen St. Vinzentiuskrankenhauses in Karlsruhe, Herr Dr. Wilhelm Stockert, an einem Herzleiden nach längerer Krankheit.

Geboren am 20. Juni 1881, als Sohn des Medizinalrates Dr. Stockert in Heidelberg, faßte er früh den Entschluß, Arzt zu werden. Seine Ausbildung genoß er an den Universitäten Heidelberg und Kiel und bestand Staatsexamen und Promotion 1904 in Heidelberg.

Nach Ableistung des Militärdienstes führten ihn weite Reisen als Schiffsarzt nach Amerika und Afrika. Sodann war er Assistent am pathologischen Institut der Universität Heidelberg und ging 1906 zur weiteren Ausbildung an das Deutsche Hospital in London und später an die Medizinische Klinik Hotel Dieu und Nervenklinik der Salpêtrière in Paris.

Am 1. Februar 1909 wurde er Assistent am Städt. Krankenhaus in Karlsruhe unter Prof. Starck und ging 1911 an die Nervenklinik von Prof. Oppenheim in Berlin.

Am 1. Juni 1912 wurde er zum Chefarzt der inneren Abteilung des Neuen St. Vinzentiuskrankenhauses in Karlsruhe gewählt und hat dieses Amt bis zu seinem Tode 37 Jahre lang bekleidet.

Während des ersten Weltkrieges stand er als Stabsarzt im Militärdienst und errang in Rußland und Rumänien das Eiserner Kreuz I. Klasse und andere Auszeichnungen.

In seiner langjährigen Tätigkeit genoß er die Liebe und Anhänglichkeit unzähliger Patienten. Anfangs bewältigte er außer der Krankenhaustätigkeit noch eine ausgedehnte Stadtpraxis, bis mit dem Aufschwung des Krankenhauses dieses seine ganze Kraft in Anspruch nehmen mußte.

Er war der Typus des guten, vornehmen und gewissenhaften Arztes der alten Schule, aber auch aufgeschlossen für die neuen Fortschritte der ärztlichen Kunst und Wissenschaft.

Er hielt aber immer die ärztliche Untersuchung und Beobachtung am Krankenbett, die Behandlung des ganzen kranken Menschen für die wichtigste Aufgabe des Arztes.

In diesem Sinne hat er seine Schüler und Assistenten und auch die Schwestern ausgebildet.

An den ärztlichen Standesbestrebungen nahm er warmen Anteil, an den Fortbildungstagungen beteiligte er sich durch Vorträge und fehlte nur selten in den Sitzungen. Von 1922 bis 1927 berief ihn das Vertrauen seiner Karlsruher Kollegen zum Vorsitzenden des Vorstandes des Vereins Karlsruher Ärzte. In dieser Stellung hat er es verstanden, ohne selbst hervorzutreten, durch sein freundliches kollegiales Wesen auch in schwierigen Situationen zu vermitteln, Gegensätze auszugleichen und den Verein Karlsruher Ärzte mit sicherer Hand zu leiten.

Auch nach dem Zusammenbruch war er von 1945 bis 1948 Mitglied des Vorstandes der Karlsruher Ärzteschaft und hat bei dem Neuaufbau der ärztlichen Organisationen mit Rat und Tat mitgeholfen.

Die Kraft zu dieser umfassenden Tätigkeit schöpfte er aus einem harmonischen Familienleben.

Der 1913 geschlossenen Ehe entsprossen 2 Söhne und 2 Töchter. Beide Söhne sind im zweiten Weltkrieg gefallen. Diesen Verlust hat er nie ganz überwunden, wenn er sich auch an dem Glück der Töchter und an den heranwachsenden Enkeln erfreuen durfte.

So steht sein Bild vor uns, seinen Mitarbeitern, Kollegen und Freunden.

Besonders in dem Neuen St. Vinzentiuskrankenhause, an dessen Gedeihen er unermüdetlich mitwirkte und dessen Aufstieg zur jetzigen Bedeutung mit seinem ärztlichen Ruf und seiner Persönlichkeit eng verbunden war, wird er unvergessen bleiben! Wir werden seiner stets dankbar gedenken.

Möge er in Frieden ruhen! Prof. Dr. Ludwig Arnsperger.

Diesem Heft sind beigelegt je ein Prospekt der Firmen Gebrüder Giulini G. m. b. H. Ludwigshafen/Rhein „Der Nebel steigt“; Ciba AG., Wehr/Baden über Coramin „Ciba“; C. Erbe, Tübingen „Sehr große Steuervorteile“; Deutsche Maitena-Werke AG, Hamburg über „Dextropar“.

U.S.-W-1057. ISD, Württemberg-Baden, Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 33. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W., Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klott, Stuttgart-W., Rotbühlstr. 77. — Ausgabe Dezember 1949

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 40.—46. Woche 1949		N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Milchbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose andere Organe	Knochentub.	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Banische Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirntzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilche Krankheit
40. Woche v. 2.—8. X. 1949																													
Nord-Württemberg	N				36	144	80	19	76	2	6	91	45	14	3					3	4				6				
	T				2		14	2	1	1																			
Württ.-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				9	21	19	6	23		5	19	8	6	7					1					10				
	T					1	7	2																					
Nord-Baden	N	1			15	68	41	16	37	1	5	60	28	1	3	1							2		1				
	T				1	1	8																						
Süd-Baden	N				12	9	22	9	24	3	2	41	21	3	2			1	2	2		1		4					1
	T						4	1					1								1								
41. Woche v. 9.—15. X. 1949																													
Nord-Württemberg	N				28	156	73	10	33	1	4	118	48	20	6		1			2	3				21				
	T						17	4	2																				
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				8	21	15	3	32		2	19	12	1	3		1								10	3	1		
	T						2																						
Nord-Baden	N	1			12	56	61	10	11	3	6	62	32	2	2								2		1				
	T						6	1	1				1																
Süd-Baden	N				19	5	22	14	37	2	5	29	10	1	3				1				1		2	1			
	T						2	1					1																
42. Woche v. 16.—22. X. 1949																													
Nord-Württemberg	N				47	170	55	15	17	2	7	82	44	24	3		1			2	1				11				1
	T						10	5					2				2												
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				10	24	22	9	27		7	18	14	4	7	1					1			1	1	7	1	2	
	T						1	1				1	1																
Nord-Baden	N				10	67	64	11	11	1	5	70	21	1	1					1	3			1	1				
	T						8																						
Süd-Baden	N				19	14	25	16	80	1		25	23	3	4	1				3									
	T					1	6	1				1																	
43. Woche v. 23.—29. X. 1949																													
Nord-Württemberg	N				49	176	73	10	24	1	8	105	51	26	6		1			8	2				3	11	1		2
	T						13	2		1	1																		
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				14	16	15	5	72		7	22	12		6						1	1				17		2	
	T						9	1						1															
Nord-Baden	N				17	86	28	16	12	4	3	96	24	4							3	2		6					
	T						7	1																					
Süd-Baden	N				16	20	25	20	102	1	2	38	15	1	3											1			
	T						6	3				1																	
44. Woche v. 30. X.—5. XI. 1949																													
Nord-Württemberg	N				29	134	60	15	33		3	78	43	41	2					1	3				2	45		1	
	T						10	3					1																
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				12	36	14	2	44		4	16	6	3	6						4				2	7			
	T						2	1			1																		
Nord-Baden	N				30	82	42	15	15	1	3	58	31	2	1	1					16			6					
	T					1	2	10		1																			
Süd-Baden	N				13	11	21	8	46		3	28	11	1							2					1			
	T						4	2			1																		
45. Woche v. 6.—12. XI. 1949																													
Nord-Württemberg	N				44	182	43	18	60		4	83	40	23	4		1			1	2				11	1	3		
	T						15	2					2																
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				10	27	26	7	31	1	4	21	12	3	2	3					14				2	3			
	T					1	4																						
Nord-Baden	N				28	78	39	10	65	1	2	67	25	1	1	2					5			7	1				
	T					1	1	3	1																				
Süd-Baden	N				17	16	26	7	87	1	2	21	16	1	4						2				10	1			
	T						8	2																					
46. Woche v. 13.—19. XI. 1949																													
Nord-Württemberg	N		1		50	167	48	8	33		1	90	40	28	3		1			7	4				5	8		1	
	T					1	9	3																					
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	N				13	23	21	4	37	7		8	7		5	2									1	26			
	T						12	2																					
Nord-Baden	N				15	131	43	4	9		1	76	34	2	1	2					9			8	3				1
	T					2	1	13					1																
Süd-Baden	N				7	20	22	5	26	1	2	21	17	3							1				47				
	T					1	4	1																					

