

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950**

3 (1.3.1950)

# 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. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 3

STUTTGART, MARZ 1950

5. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Dozent Dr. Jantz:	Therapeutische Fortschritte in der Psychiatrie (I. Teil)	45
Prof. Dr. Heiss:	Leibesübungen und innersekretorische Störungen	49
Dr. Schlegel:	Ekg und Praktiker	50
Dr. Gruhn:	Die Schwierigkeiten in der ärztlichen Praxis von heute	50
Dr. Knosp:	Fürsorgeleistungen der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. im Jahre 1949	52
Dr. Krupp:	Die Pflicht des Arztes zur Berufsverschwiegenheit	53
Bericht über den Einführungslehrgang in die Kassenpraxis auf der Comburg		55
Buchbesprechungen		56
Bekanntmachungen		58
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	59
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	63
	Landesärztekammer Baden	64
	Hartmannbund — Landesverband Württemberg	64
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 4.—8. Woche 1950		66

Am Samstag, den 1. April 1950 findet ein

## Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 59

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Univ. Freiburg i. Br., Prof. Dr. K. Beringer †)

## Therapeutische Fortschritte in der Psychiatrie dargestellt für den praktischen Arzt

Von Dozent Dr. med. Hubert Jantz

- I. Krankheitsbilder
  - A. Endogene Psychosen
    - 1. Schizophrenie
    - 2. Manisch-depressives Irresein
    - 3. Genuine Epilepsie
  - B. Exogene Psychosen
  - C. Debilität
  - D. Alterspsychosen
  - E. Psychopathien
  - F. Suchten
  - G. Zwangskrankheit
- II. Therapiekreise
  - A. Die Arbeitstherapie
  - B. Der Insulinschock
  - C. Die Konvulsionstherapie
  - D. Die Leukotomie
  - E. Therapie des epileptischen Anfalls
  - F. Therapie durch Fieber
  - G. Therapie durch Antibiotica
  - H. Therapie durch Hormone
  - I. Psychotherapie
  - K. Therapie des chronischen Alkoholismus
- III. Psychische Leidenszustände in der Therapie des praktischen Arztes
  - A. Beratung
    - a) Kleinkind
    - b) Schulkind
    - c) Berufsberatung und sexuelle Aufklärung
    - d) Eheberatung
    - e) Altersfürsorge
    - f) Flüchtlinge
    - g) Hirnverletzte
  - B. Führung und Betreuung abnormer Persönlichkeiten
  - C. Berufliche Eingliederung Geisteskranker

### Einleitung

Der praktische Arzt, vor eine psychiatrische Frage gestellt, empfindet bei ihrer Beantwortung nicht selten Unsicherheit. Die Gründe hierfür sind verschiedener Ursache. Da steht die Meinung, daß psychische Erkrankungen sich weitgehend therapeutischem Eingriff entzögen, daß die Bemühung sich nicht lohne, daß schließlich doch alles beim Alten bleibe. Die Resonanz des Kranken sei inadäquat und die Angehörigen seien verständnislos. Wer ehrlich über sich urteilt, weiß aber auch, daß häufig hinter solcher Verteidigung die Unvertrautheit mit der Materie steht, die bereits auf der Universität ihren Anfang nahm. So kommt die Tatsache vielfacher Ablehnung therapeutischer Bemühung des praktischen Arztes um den psychisch Kranken zustande. Und doch, wie viel kann er helfen, wenn ihm nur die Fähigkeit persönlichen Einflusses gegeben ist und wie häufig wäre sein Rat, seine zielsichere Handlung, das zweckentsprechende Medikament nötig! Dabei stehen dem praktischen Arzt durch Einblicke in Häuslichkeit und Dorfgemeinschaft eine Vielfalt von Möglichkeiten zu Gebote, die dem weit entfernt wohnenden Facharzt nicht gegeben sind. Hinzu kommt, daß die psychiatrische Forschung gerade in den letzten Jahren therapeutische Fortschritte erzielt hat, die sich der praktische Arzt zu nutze machen kann. Es mag deshalb angebracht sein, in dieser Zeitschrift über sie zu berichten, in der Hoffnung darauf, daß dieser oder jener Kollege sich auch psychiatrischen Fragen zuwendet zum Nutzen der großen Zahl seelisch Leidender in Stadt und Land.

Absicht dieses Artikels ist zusätzlich auch, jenem Kollegen, der sich nur schwer die entsprechende Literatur verschaffen kann, eine Übersicht über den Stand der Forschung in der Psychiatrie im allgemeinen zu geben. Denn der praktische Arzt muß wissen, welche Möglichkeiten im konkreten Falle sich eröffnen und welche Stellung er dem einzelnen Kranken und seinen Angehörigen gegenüber einzunehmen hat. Aus dieser doppelten Aufgabe ergibt sich die Gliederung der Darlegung. Es soll im ersten Kapitel über den heutigen Stand der Forschung in der Psychiatrie berichtet werden. Das zweite Kapitel wird sich mit speziellen Therapiekreisen beschäftigen und im dritten Kapitel sollen für den praktischen Arzt brauchbare Hinweise aus unserem Fach gegeben werden.

## I. Krankheitsbilder

### A. Endogene Psychosen

Zum gesicherten Erfahrungsgut der Medizin gehört die Tatsache, daß gezielte und damit wirksame Behandlung nur dort möglich ist, wo Krankheiten in ihren aetiologischen Zusammenhängen erkannt sind. Dies ist einer der Gründe, aetiologisch ungeklärten Krankheiten alle Forschungsanstrengung zuzuwenden. Im Bereich der endogenen Psychosen, also in den Formenkreisen der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins und der genuine Epilepsie, haben seit Jahrzehnten angestrebte Bemühungen eingesetzt, ursächliche Faktoren zu erkennen. Aber was bisher erarbeitet werden konnte, sind Einzelergebnisse, die zudem im wesentlichen als sekundäre Folgeerscheinung der vermuteten Grundstörung gedeutet werden. Dessen ungeachtet

werden jedoch mit guten Gründen die endogenen Psychosen bereits heute als körperlich verursachte Krankheiten (Somatosen) aufgefaßt.

### 1. Schizophrenie

Im Falle der Schizophrenie sprechen manche bis jetzt vorliegende Befunde für eine Stoffwechselstörung, insbesondere der Leber. Hierfür gelten Ergebnisse, die Gjessing, Jahn, Scheid, Greving, Lingjærde, Gaupp, Mall, Jantz und neuerdings Georgi vorgelegt haben. Leider konnten in der zurückliegenden Zeit seit 1940 die erfolgversprechenden Untersuchungen bei uns vorerst nicht weitergeführt werden, so daß therapeutischer Nutzen aus diesem Bemühen nur spärlich gezogen werden konnte. Lediglich aus den Untersuchungen von Gjessing, der während bestimmter Krankheitsschübe der periodischen Katatonie, einer seltenen Verlaufsform der Schizophrenie, Stickstoffretentionen beobachtete, ergab sich die Möglichkeit, durch Steigerung der Eiweißumsetzung durch Thyroxingaben therapeutisch günstigen Einfluß auf das Krankheitsgeschehen zu gewinnen. Versuchen, eine solche Behandlung auf alle Formen schizophrener Verläufe auszudehnen, war bisher der überzeugende Erfolg versagt. Ganz unbekannt ist auch, wie die hypothetische Stoffwechselstörung auf das Gehirn wirkt. Unabhängig hiervon gewinnen in neuester Zeit auch wieder hirnanatomische, speziell histopathologische Untersuchungen bei der Schizophrenie (O. Vogt) Bedeutung.

### 2. Manisch-depressives Irresein

Noch weniger weiß man über aetiologische Zusammenhänge beim manisch-depressiven Irresein. Klinische Beobachtungen und auch eine Reihe experimenteller Erfahrungen, zum Teil älterer Herkunft, lassen Zusammenhänge mit hormonalen Fehlsteuerungen vermuten. Dabei wird häufig das Keimdrüsengefüge, aber auch die Nebenniere, in den Kreis der Erwägungen gezogen. Jedoch kann auch hierbei das unter solchen Vorstellungen inaugurierte therapeutische Bemühen kritischer Prüfung bis jetzt noch nicht standhalten. Substitutionstherapie mit Hormonen, vor allem mit Sexualhormonen, führte weder bei der Manie, noch bei der endogenen Depression zum erwünschten Ziel erfolgreicher Therapie.

### 3. Genuine Epilepsie

Während man heute das epileptische Hirngeschehen durch das Elektroencephalogramm (EEG) im einzelnen registrieren und diagnostizieren kann, sind unsere Kenntnisse über die Grundlagen der genuine Epilepsie noch lückenhaft. Erforscht sind nur die Veränderungen des Wasserhaushaltes. Bis zum jeweiligen Anfall speichert sich im Körper des Epileptikers Wasser an, das im Anfall überschießend zur Ausscheidung gelangt. Nach diesem „Gewitter und Regenguß“ beginnt der Kreislauf jeweils wieder von neuem. Daß damit Wesentliches gefaßt wurde, bewies sich sowohl bei diagnostischen als auch therapeutischen Schlußfolgerungen. Der Tonophin-Wasserstoßversuch (Engel), bei dem stoßartig eine große Menge Wasser dem Körper angeboten und gleichzeitig seine rasche Eliminierung durch Blockierung der Niere verhindert wird, führt beim Epileptiker leicht

und zeitiger, als nach dem Anfallskalender zu erwarten wäre, zum epileptischen Anfall. Umgekehrt bewirkt eine kochsalz- und wasserarme Diät Prolongierung der anfallsfreien Intervalle. Chemische Überlegungen sowohl als auch klinische Erfahrungen legen jedoch nahe, daß mit der Auffindung der Wasserhaushaltstörung bei der Epilepsie zwar eine wesentliche, aber doch keineswegs die entscheidende Erkenntnis gewonnen ist. Denn es ergibt sich insbesondere aus den ersten die Notwendigkeit, nach demjenigen Stoffwechselfvorgang, der die Wasserretention verursacht, zu suchen. Ehe man hypothetischen Spekulationen einer Zwischenhirnstörung, wie man häufig hören kann, Raum läßt, müssen in der Zukunft die unmittelbar aus der Tatsache der Wasserretention sich ableitenden Bedingungen einer solchen Stoffwechselstörung gefunden werden. Sie werden sich wiederum im Eiweiß-, vielleicht auch im Mineral-Haushalt finden lassen. Damit ergäbe sich in der Folge die Möglichkeit einer gerichteteren Therapie der Epilepsie als bisher. Inzwischen müssen sich die therapeutischen Maßnahmen, die sich auf das Ergebnis dieser Untersuchungen stützen, mit einer allgemeinen Einschränkung der Wasserzufuhr bei kochsalzärmer Diät begnügen.

### B. Exogene Psychosen

Seit Bonhoeffers Untersuchungen ist das Gebiet der exogenen oder symptomatischen Psychosen aus der Ummauerung situativer Einzelbeschreibung in den Rahmen einheitlicher Betrachtungsmöglichkeit gebracht. Wir wissen heute, und jeder Monat klinischer Tätigkeit bringt aufs neue die Bestätigung, daß das Hirn auf heterogenste Weise zu psychopathologischen Entäußerungen gebracht werden kann. Aber die Grundfragen nach dem warum und nach der Weise sind noch nicht allgemeingültig zu beantworten. Ein Beispiel mag dies erläutern: Warum bildet sich im Gefolge einer Pneumonie in einem Fall außer den örtlichen Fehlleistungen der Lunge und des Kreislaufes kein weiteres alarmierendes Syndrom aus und warum stellen wir bei einer bezüglich der Art und Ausdehnung des Lungenprozesses von der vorigen nicht unterschiedlichen Erkrankung eine Reihe schwerwiegender psychischer Symptome mit örtlicher und zeitlicher Desorientiertheit, wahnhaften Gedankengängen, illusionären Umdeutungen, halluzinatorischen Erlebnissen fest? Erklärungsversuche, die Begriffe wie individuelle Disposition, spezifische Reaktionsweise, Erregerbesonderheit ins Feld führen, bringen Scheinlösungen des Problems. Sie täuschen den Stoffwechselforscher nicht über die Aufgabe, deren Lösung von seiner Arbeit abhängen wird. Zwar ist im Falle der symptomatischen Psychose der therapeutische Einsatz nicht so ausschließlich auf die Grundlagenforschung der Grundkrankheit angewiesen wie bei den endogenen Psychosen. Denn es zeigt sich immer wieder, daß mit dem Abklingen der bestehenden Organ-Krankheit auch das psychotische Krankheitsbild bald rascher, bald langsamer schwindet. Trotzdem wünscht man sich eine bessere Einsicht in das Zusammenspiel der Faktoren, als sie heute vorhanden ist, weil damit wahrscheinlich auch der Ausbruch der exogenen Psychose gesteuert oder die vorhandene exogene Psychose rasch zum Schwinden gebracht werden könnte. Leider sind wir auch in dieser Richtung erst in

den Anfängen der Erkenntnis. Das Hirn entquellende Maßnahmen, also ausgiebige Liquorentnahme, hypertensive Traubenzuckerinfusion, Hg-Schmierkuren beherrschen das Feld. Sie sind insofern berechtigt, als in vielen Fällen der akuten Phase symptomatischer Psychosen eine Hirnschwellung nachweisbar ist. Aber beim Übergang der akuten, meist halluzinatorisch-paranoiden Bilder der symptomatischen Psychose in die prolongierte und chronische Verlaufsform, wie wir sie etwa unter dem Namen der Korssakow-Psychose kennen, versagen solche therapeutischen Maßnahmen. Da hierbei zusätzlich irreparable Hirngewebsbeschädigungen folgen, kommt alles darauf an, derartige Ausgänge unmöglich zu machen. Die ehrliche Bilanz zeigt aber, daß dies noch nicht gelingt. Um so mehr muß der Therapeut durch Aktivität versuchen, den ersten Anfängen symptomatisch-psychotischen Geschehens geeignete Sperren zu errichten. Dabei zeigt die reichliche Liquorentnahme manchmal Günstiges. Diese Wirkung ist nicht einfach durch eine Hirn-Druckminderung zu erklären. Vielmehr wird in der weiteren Auswirkung die Durchblutung und damit der Stoffwechselumsatz normalisiert. So erklärt sich ihre günstige Wirkung bei frischer Hirnverletzung ebenso wie bei Infektionspsychosen und toxischen Ausnahmezuständen. Man muß einmal den Erfolg einer Lumbalpunktion mit Entnahme von 40 cm<sup>3</sup> Hirnwasser bei einer akuten delirant-halluzinatorischen Alkoholpsychose erlebt haben, bei der danach innerhalb weniger Stunden die psychotischen Phänomene verschwinden und man wird sich in der Folge nie mehr diesem Eindruck und der Notwendigkeit des Eingriffs entziehen können.

Die Entwicklung einer Reihe von Infektionspsychosen wird zudem seit der Einführung wirksamer antibakterieller und antibiotischer Stoffe in die Therapie immer seltener gesehen. Es gelingt offenbar durch sie, den Krankheitsprozeß so frühzeitig zum Stillstand zu bringen, daß cerebrale Komplikationen nicht mehr in Erscheinung treten. Unverändert in bezug auf Häufigkeit, gewandelt jedoch im Erscheinungsbild, sehen wir die Form der quartären Syphilis, die seit je den Psychiater besonders beschäftigt hat, die progressive Paralyse. Aus älteren Schilderungen wissen wir, daß sie einst vorzugsweise unter dem Bild des euphorisch-expansiven Syndroms zur Beobachtung kam. Heute ist die stumpf-demente Verlaufsform in der Mehrzahl. Noch immer steht uns als wirksame Therapie lediglich die Malariaimpfung zur Verfügung. Exakte Katamnesen ergaben jedoch, daß ihre therapeutische Wirksamkeit, wenn man den Maßstab der sozialen Remission anlegt, keineswegs so günstig zu beurteilen ist, wie gelegentlich noch angenommen wird. Nur 25% der malaria-behandelten Paralytiker erleben die soziale Wiedereingliederung, 25% bleiben in Anstaltsverwahrung, 25% können in häusliche Pflege entlassen werden und — das wird nicht immer gesagt — 25% sterben in der Malariakur. Es ist daher in jedem Falle ein Entschluß, einen Paralytiker der Malariakur zuzuführen, der nur gemeinsam mit den Angehörigen und nach genauer Prüfung der Krankheitsdauer, des Liquorbefundes, des klinischen Bildes und des Zustandes des Kreislaufes gefaßt werden kann. Um so aufmerksamer werden daher Therapieberichte, insbesondere aus den angelsächsischen Ländern, bei uns verfolgt, die über Erfahrungen mit der Behandlung quartärer Syphilis durch Antibiotica, vor

allem Penicillin, berichten. Zwar sind die Mitteilungen noch uneinheitlich, doch dürfte sich bei Auffindung weiterer antibiotischer Stoffe Günstiges ergeben.

### C. Deбилität

Es mag merkwürdig erscheinen, in dieser Besprechung therapeutische Möglichkeiten bei der Deбилität, d. h. also dem Schwachsinn, angeborener oder früh erworbener Art, zu erörtern. Nun, weshalb dies geschieht, hat seine Begründung. Ich schreibe hier vor allem für den exponierten Kollegen in der Praxis. Er aber weiß von der Wichtigkeit des Deбилitätsproblems in all seinen Auswirkungen. Um so enttäuscht ist er immer wieder, daß ihm kaum Anweisungen an die Hand gegeben werden, wie eine Verminderung der laufenden sich durch Schwachsinnszustände ergebender Schwierigkeiten erzielt werden kann. Zum anderen sind entgegen landläufiger ärztlicher Meinung bestimmte Erscheinungen und physische Zustände Deбилen therapeutisch angebar. Hier nur so viel, daß durch Beratung der Angehörigen, die auf das jeweilige Alter des Patienten eingestellt ist und durch zielsicheres Handeln beim Auftreten besonderer den Deбилen eigenen Ausnahmeständen sich der praktische Arzt besonders bewähren kann und sich die geplagten Angehörigen solcher Kranken zu Dank verpflichtet wird. Im übrigen wird die bisherige Ansicht, daß ärztliches Bemühen wohl kaum eine Änderung der Leistungsgrenze beim Deбилen erreichen wird, in letzter Zeit fragwürdig. Zimmernann, Burgenmeister und Putnam berichten über Reihenversuche an debilen Kindern, denen sie über längere Zeit Glutaminsäure in Dosen von 6—24 g pro Tag gaben. Bei den regelmäßigen Testuntersuchungen konnte immerhin in Einzelfällen eine deutliche Leistungszunahme bei den Kindern nachgewiesen werden. Das Intelligenzalter nahm durchschnittlich um 24 Monate zu, gegenüber 12 normalerweise zu erwartenden. Die Erklärung der physiologischen Wirkungsweise der Glutaminsäure innerhalb des Hirnstoffwechsels ist jedoch noch nicht möglich. Es wird der Meinung Ausdruck gegeben, daß die Glutaminsäure durch ihre Einflußnahme auf die Acetylcholinbildung wirksam wird.

### D. Alterspsychosen

Im Rahmen dieser Besprechungen wollen wir uns nicht in erster Linie uns allen bekannten und seit der Universitätszeit geläufigen Formen des pathologischen Hirnabbaues, bewirkt durch Gefäßstörungen oder durch Schwund der Nervenzellen (Hirnarteriosklerose bzw. senile Demenz), zuwenden, sondern vor allem auf die vorzeitigen Versagenszustände hinweisen (Berlinger, Mallison). Seit der umfassenden Verwendung der Pneumographie (röntgenologische Darstellung der Liquorräume des Gehirns durch vorübergehenden Austausch eines Teiles des Hirnwassers durch Luft) wissen wir, daß einer großen Zahl von depressiven Zuständen mit Initiativlosigkeit, Rückgang der körperlichen und geistigen Leistung und Interesselosigkeit ein dem jeweiligen Alter weit vorangehender Hirngewebsschwund zugrunde liegt. Die Bedingungen für sein Zustandekommen sind sicher verschiedenster Art. Bei uns stehen oder standen zur Zeit Unterernährungen und Hungerzustände, besonders wenn sie mit gleichzeitiger persönlicher Einschränkung (Gefangenschaft) einhergehen, im Vordergrund. Während im Falle der arteriosklerotischen Hirn-

störung die Richtung therapeutischer Bemühung vorgezeichnet ist, sind die Erfahrungen über die Beeinflussung der eben geschilderten Zustände noch in den Anfängen. Das schließt jedoch nicht aus, daß ihrer gedacht werden muß. Neben wirksamer kalorischer Verbesserung der täglichen Nahrungszufuhr unter Beigaben von lecithinhaltigen Präparaten muß auf die rasche Beseitigung des depressiven Zustandes besonders geachtet werden. Mit seiner Behebung tritt eine Wandlung der Einstellung zum Dasein ein, die sich auch auf grobe Notwendigkeiten der vitalen Person günstig auswirkt.

### E. Psychopathien

Psychopathische Persönlichkeiten therapeutisch zu beeinflussen gehört mit zum Schwierigsten, was vom Arzt gefordert werden kann. Denn letztlich fällt die Aufgabe mit der Forderung der Wandlung von Charaktereigenschaften zusammen. Übernimmt der Kollege in optimistischer Einstellung zum Leben die Aufgabe trotzdem, wird ihm Enttäuschung oft nicht erspart bleiben. Gerade die jüngst vergangene Zeit belehrte ihn wieder über die richtige Beschreibung des wesentlichen Grundzuges psychopathischer Persönlichkeiten durch K. Schneider. Nach ihm sind es Menschen, die unter sich selbst leiden oder unter denen die Gemeinschaft leidet. Oder nach zeitnaher Formulierung Kretschmers: In ausgeglichenen Zeiten sind sie unsere Patienten, in aufgeregten beherrschen sie uns. Und doch — langsam werden sie ja wieder unsere Patienten — hat der Arzt auch an ihnen seine Aufgaben zu erfüllen.

### F. Suchten

Seit 1940 hat sich in der Aufnahmefrequenz von Suchten ein bemerkenswerter Wandel vollzogen. So wurden die Bilder des chronischen Alkoholismus immer seltener, während die Zahl Opiatsüchtiger stark anstieg. Die Gründe für diese Entwicklung sind durchsichtig. Seit der Währungsreform jedoch häufen sich alle Formen des Alkoholmißbrauchs wieder in bedenklicher Weise. Es kamen beispielsweise an der Freiburger Nervenkllinik von 1945—1948 nur 2 Kranke mit Delirium tremens, von 1948—1949 jedoch bereits 12 solcher Kranker zur Behandlung. Allenthalben müssen daher dieser Entwicklung Rechnung tragend Trinkerfürsorgestellen wieder eröffnet werden, und auf den Abteilungen müssen wieder die langwierigen und Volksvermögen aufbrauchenden Entziehungskuren eingerichtet werden. Mit Interesse wurden daher Mitteilungen aus Amerika, England, Frankreich, Dänemark und der Schweiz aufgenommen, die von zeitsparenden Entzugsmöglichkeiten auf medikamentöser Grundlage berichten. Sie scheinen auch nach unseren bisher allerdings nur begrenzten Erfahrungen in der Tat geeignet, dieses trübe Kapitel menschlicher Schwäche etwas lichter werden zu lassen. Einzelheiten werden unten besprochen.

### G. Zwangskrankheit

Der Kreis unserer Betrachtung über die Krankheitsformen psychischer Herkunft sei mit der Besprechung der Zwangskrankheit beschlossen. Sie wird heute in den schwersten Formen vielfach als vierte endogene Psychose charakterisiert. Für die Richtigkeit solcher Anschauung sprechen manche Beobachtungen aus jüngster Zeit. Sie erinnern sich, man versteht unter einer Zwangneurose eine angstgefärbte Haltung im Leben, die mit

der unwiderstehlichen, imperativen Vorstellung verknüpft ist, bestimmte Primitivhandlungen des Alltäglichen unablässig wiederholen zu müssen. Dabei ist der Erkrankte über die Unsinnigkeit seiner Unternehmungen jeweils unterrichtet und über sie einsichtig. Trotzdem kann er sie nicht unterlassen, es sei denn gegen den Eintausch einer alles überwältigenden, neuen Angst (Wachszwang usw.). Mit der Einführung neuerer und neuester Behandlungsmethoden hat man erkannt, daß hinter solchen Erscheinungsbildern sich nicht nur eine

abwegige Persönlichkeit verbirgt, die unter wenig bewußten, aber einschneidenden und die Gesichertheit der Person in Frage stellenden Erlebnissen steht, sondern daß es sich bei diesem Krankheitsbild um einen irgendwie verzahnten echten Krankheitsprozeß handelt. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die Unbeeinflussbarkeit des Erscheinungsbildes durch Psychotherapie und umgekehrt an den Erfolg, der in bestimmten Fällen von Zwangsneurose durch Schocktherapie und Leukotomie zu erzielen ist.

Fortsetzung folgt

## Leibesübungen und innersekretorische Störungen

Von Prof. Dr. F. Heiss, Stuttgart

In weiten Kreisen der Bevölkerung läßt sich heute eine starke Fettansammlung im Gewebe feststellen. Sie ist meines Erachtens weniger auf die verbesserte Ernährungslage zurückzuführen als auf die gestörte Harmonie der innersekretorischen Drüsen infolge des großen Eiweißmangels der zurückliegenden Jahre. Zur Bekämpfung dieser Fettanhäufungen fällt den Leibesübungen eine wichtige Rolle zu. Untersuchungen, die Wildhirt in den Zentralkliniken in Göppingen durchführen konnte (siehe „Der Sport“ Nr. 45 vom 8. November 1949<sup>1</sup>) bestätigen diese Auffassung. Er fand bei Rußlandheimkehrern eine Gewichtszunahme von z. T. 30 bis 40 kg. Diese Erscheinungen weisen auf eine Störung des gesamten Stoffwechsels als Folge der langen Unterernährung hin. Sie ist vorwiegend durch eine Dysfunktion auf hypophysär-diencephalem Gebiete bedingt. Wildhirt fand, daß die medikamentöse Behandlung allein das Leiden meistens nicht bessern konnte, sondern daß erst eine Besserung eintrat, wenn gleichzeitig eine aktive Bewegungstherapie durchgeführt wurde. Die Untersuchungen WildHIRTS bestätigen unsere Erfahrungen, die wir vor 20 Jahren an der Bierschen Klinik in Berlin über die Einwirkung der Leibesübungen auf die Drüsen mit innerer Sekretion machen konnten (Fermentforschung 1931). Gleichzeitig geben die damaligen Untersuchungsergebnisse eine Erklärung für die günstige Wirkung der Leibesübungen bei Lipoid-Dystrophikern.

Mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion konnte an den Studenten der Hochschule für Leibesübungen ein erhöhter Abbauwert der innersekretorischen Drüsen nach körperlicher Anstrengung festgestellt werden. Die Erhöhung der Abbauwerte konnte verringert werden, wenn die Versuchsperson einige Wochen vorher das entsprechende Drüsenpräparat zu sich genommen hatte. Hierdurch wurde also die Einwirkung der Leibesübungen auf die innersekretorischen Drüsen veranschaulicht. Untersucht wurden die Abbauwerte für Hypophyse, Schilddrüse, Thymus, Keimdrüse und Nebenniere. Durch die stärkere Reizwirkung der Leibesübungen wurde die Korrelation zwischen den einzelnen Drüsen verändert. Am deutlichsten waren die Reizerscheinungen am Hypophysenabbau festzustellen, wobei vorwiegend der Vorderlappen beteiligt war. Als Folge des chronischen Eiweißmangels wird bei den Lipoid-Dystrophikern eine Schädigung der Hypophyse angenommen. Die Beob-

<sup>1</sup> Aus Platzmangel ist ein Abdruck der Arbeit von Wildhirt zur Zeit leider nicht möglich.

achtungen WildHIRTS lassen den Schluß zu, daß bei besserer Eiweißernährung eine schnellere Erholung des Körpers erfolgt, wenn gleichzeitig Leibesübungen getrieben werden. Dabei muß die sportliche Anstrengung genau dosiert werden. Von anderen Organen her wissen wir, daß ein kurzer starker Reiz mit Hilfe der Leibesübungen mit einer langen schöpferischen Pause am schnellsten zu einer Organkräftigung führt. Auf diese Weise lassen sich vielleicht auch die günstigen Wirkungen der Leibesübungen bei den Dystrophikern erklären.

Neben der Hypophyse müssen vor allem die Nebennieren für den geschädigten Stoffwechsel bei unseren ausgehungerten Kriegsgefangenen verantwortlich gemacht werden. Die günstige Wirkung, die man mit Nebennierenpräparaten bei Störung des Mineral- und Kohlehydratstoffwechsels gemacht hat, nehmen einen breiten Raum in der Literatur ein. Heute wissen wir, daß das Desoxycorticosteron am Mineralstoffwechsel angreift, während das 17-Oxy-11-dehydrocorticosteron eine Einwirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel hat (nach R. A b d e r h a l d e n). Diese Präparate lassen sich zur Bekämpfung der allgemeinen Müdigkeits- und Erschlaffungserscheinungen gut verwenden. Theoretisch ist anzunehmen, daß die Wirkung dieser teuren Präparate bei jüngeren Menschen durch gleichzeitig vernünftig betriebene Leibesübungen gesteigert werden kann. Die früher durchgeführten Untersuchungen zeigten, daß ein erhöhter Nebennierenabbau erst bei stärkerer Einwirkung der Leibesübungen eintritt und dann nicht sofort nach der Anstrengung, sondern erst nach einigen Stunden. Es kommt also darauf an, daß die Reizwirkung der Leibesübungen genügend groß ist und eine längere Erholungspause folgt.

In krankhaften Fällen muß eine sehr vorsichtige Dosierung der Leibesübungen vorgenommen werden, wissen wir doch von früher, daß es selbst bei Gesunden im Übertraining zu einer Störung der Korrelation zwischen den einzelnen innersekretorischen Drüsen kommt und daß erst nach längerem Aussetzen mit aller sportlichen Betätigung die Abbauwerte wieder zur Norm zurückgingen. Bei Kranken ist die Gefahr der Überdosierung bedeutend größer.

Die obigen Ausführungen sollen zeigen, daß vernünftig betriebene Leibesübungen ein geeignetes Mittel sind, um die ärztliche Behandlung bei gewissen innersekretorischen Störungen, die heute in vermehrtem Maße wieder auftreten, zu unterstützen.

## Ekg und Praktiker

Auf den Artikel „Was kann der praktische Arzt vom Elektrokardiogramm erwarten?“ (Südwestdeutsches Ärzteblatt Heft 11/1949, S. 207) erhielten wir eine Stellungnahme sowohl zum sachlichen Teile, als auch zu der vorgeschlagenen Handhabung der Ekg-Anfertigung. Aus Raumgründen können wir nachstehend nur die Schlußbetrachtungen wiedergeben.

### Schriftleitung

#### ... Wie soll sich nun der praktische Arzt verhalten?

Herr Dr. Scharpff meint, das Richtige sei eine „Überweisung zur fachärztlichen Untersuchung“. Dies stellt ja zweifelsohne den Idealzustand dar, aber eben nur für die eine Seite, nämlich den Ekg-Beurteiler, aber nicht für den Arzt in der Praxis. Denn dieser will den Ekg-Befund — genau so wie einen Röntgenbefund — als Ergänzung zu seinen bisher durchgeführten Untersuchungen, eventuell als Mittel zur Klärung. Und dieses deswegen, weil er nicht über das Gerät verfügt und die Elektrokardiographie sich in den letzten Jahren zu einem eigenen großen Gebiet erweitert hat, so daß er gar nicht die Zeit aufbringen kann, sich intensiv mit ihr zu beschäftigen. Aber er will sich selbst das Bild über die Krankheit seines Patienten zurechtlegen, indem er die eigenen Untersuchungsergebnisse und zur Klärung oder Ergänzung dazu einen Ekg-Befund in Übereinstimmung zu bringen versucht. Sonst würde ja der Arzt in der Praxis, besonders wenn noch andere Fachgebiete dieselbe Forderung erheben würden, zum Verteiler an die einzelnen Fachärzte, und ich glaube nicht, daß sich irgendein Kollege in der Praxis damit zufrieden gäbe. Somit muß ein Mittelweg gegangen werden.

Wenn also ein Arzt einen Ekg-Befund benötigt, ist es allerdings unumgänglich notwendig, daß er möglichst viele und genaue klinische Daten

dem Beurteiler zukommen läßt, denn sonst leidet die Exaktheit des Befundes und führt unter Umständen zu schwerwiegenden Mißverständnissen. Es hat also keinen Sinn, darauf zu warten, daß der Ekg-Befund an sich allein — sozusagen unbeeinflusst durch klinische Angaben — rein „objektiv“ das Richtige trifft. Die Elektrokardiographie ist weder eine Ersatz- noch Kontrolluntersuchungsmethode, sondern stellt eine Ergänzung zu anderen Untersuchungsmethoden dar, wenn es auch oft gelingt, „rein elektrokardiographisch“ zur Diagnose zu gelangen.

Welches sind nun die Angaben, welche für den Beurteiler von Ekg's von Wichtigkeit sind?

Da sind es zunächst einmal die Ergebnisse der physikalischen Herzuntersuchung und der Blutdruck sowie Puls; bei letzterem können grobe Unterschiede schon sehr aufschlußreich sein. Ich verweise u. a. nur auf das zeitweise Auftreten von a-v-Rhythmen, auf das anfallsweise Auftreten von paroxysmalem Herzjagen.

Weiter anamnestisch durchgemachte Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Fokalinferkte; weiter die derzeit bestehende oder letzte Erkrankung, bekannte Stoffwechselstörungen, evtl. vorhandene typische Beschwerden des Patienten. Besonders sei auch auf die Mitteilung verabreichter Medikamente, insbesondere Digitalis und verwandte hingewiesen. Gerade letztere können zu schweren Fehlbeurteilungen Anlaß geben. Außerdem weiß nur selten ein Patient etwas über seine Medikamente. Als letztes ist noch eine konkrete Fragestellung erforderlich sowie Beilage etwa bereits vorhandener Ekg-Befunde, die anderweitig erhoben wurden.

Jegenaue diese Angaben, um so besser letzten Endes für den Patienten, und darauf kommt es schließlich an.

Dr. Schlegel  
Kreiskrankenhaus Kirchheim

## Die Schwierigkeiten in der ärztlichen Praxis von heute

Von Dr. med. Gerhard Gruhn, Pewsum über Emden

Die Tagespresse und die Standespresse beschäftigen sich immer wieder in zahlreichen Aufsätzen mit den Schwierigkeiten, die in der Nachkriegszeit in der ärztlichen Praxis, in der Ärzteschaft überhaupt, in der Sozialversicherung, bei den Versicherungsgesellschaften und bei allen Menschen, wenn sie das Unglück haben, krank zu werden, auftreten. Im Grunde genommen dreht es sich überall um dasselbe, das Geld reicht nicht aus. Die Ärzte sehen ihre materielle Existenz gefährdet. Die Krankenhäuser kommen mit den Einnahmen nicht aus, und sie bezahlen darum die angestellten Ärzte zu schlecht. Die Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nähern sich der Zahlungsunfähigkeit. Und einer gibt dem anderen die Schuld. Das gleiche, was man auch in besseren Zeiten schon hören konnte, wird immer wieder vorgenommen und dargestellt: Die Ärzte verordnen zu teuer, sie weisen zu viel ins Krankenhaus ein, sie bestellen zu oft den Krankenwagen. Die Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen haben zu hohe Verwaltungskosten. Und die Mitglieder, bzw. die Patienten

versuchen, zu viel an Leistungen aus den Versicherungsträgern herauszuholen, wobei sie von den Ärzten viel eher unterstützt werden, als daß die Ärzte ihnen das verwehren.

Als praktizierender Arzt hat man wenig Verständnis für diese Fragestellungen und für diese Darstellungen, wenn man sich die tatsächlichen Schwierigkeiten vor Augen führt, die man täglich in seiner Praxis erlebt. Das wesentliche Problem in der ärztlichen Tätigkeit von heute ist nämlich die Frage, wie man als Arzt einerseits den Regeln der ärztlichen Kunst genüge tun kann und wie man andererseits den angeordneten und unentwegt von Regreßdrohungen begleiteten Sparmaßnahmen gerecht werden kann. Man erinnere sich als Arzt des Grundsatzes, den man gelernt hat, daß man nie einen Patienten als „Neurotiker“ bzw. als eingebildeten Kranken ansehen dürfe, bevor man nicht alle Untersuchungen angestellt habe, die das Vorliegen einer ernstzunehmenden organischen Krankheit ausschließen. Und man lese in einem Lehrbuch über Differential-Diagnostik nach,

was in jedem Falle alles getan werden muß, um in einem Krankheitsfall diagnostisch wirklich alles zu leisten, was nach den international anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst notwendig ist. Und man vergleiche damit einmal die Möglichkeiten, die einem in der Praxis, so wie sie heut betrieben werden muß, noch zu Gebote stehen. Schon vor dem Kriege war es zulässig, daß bestimmte Kassengruppen (Ersatzkassen z. B.) Regreßansprüche stellten, weil im Durchschnitt auf den einzelnen Patienten zu viel Röntgenuntersuchungen kamen. Und auch jetzt wieder kann man hier und da lesen, es würden zu viel Elektrokardiogramme gemacht, es würde zu viel untersucht im Laboratorium und geröntgt usf. Besonders von den Privatversicherungen wird diese Klage erhoben.

Von den Behandlungsmethoden gilt in noch viel höherem Maß dasselbe. Will man mit dem ganzen Rüstzeug der modernen Medizin Krankenbehandlung betreiben, so erscheint der Arzneimittelregreß unvermeidlich. Nimmt man sich ein beliebiges Lehrbuch der Therapie vor, so wird man feststellen müssen, daß es kaum Krankheiten gibt, die sich mit einem Durchschnittssatz von 4.50 DM pro Vierteljahr erfolgreich behandeln lassen. Da ja aber ein Regreß bei der heutigen wirtschaftlichen Lage der Ärzte einen Arzt sehr leicht in größte finanzielle Notlage bringen kann, wird jeder, der nicht von vornherein voreingenommen ist, einsehen, daß da eine zermürbende Schwierigkeit in der Praxis aufgetaucht ist: einerseits nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu verfahren, aber andererseits einen Regreß zu vermeiden.

Alle die, die das nicht einsehen wollen oder können, verschanzen sich stets hinter der Behauptung, das, was die meisten Kosten verursache, würde von den Ärzten überhaupt unnötig gemacht. Diagnostisch kann so ein Einwand von vornherein nie stichhaltig sein. Niemand kann doch hinterher behaupten, die Untersuchung eines Magenleidenden sei unnötig gewesen, wenn er dann tatsächlich erfreulicherweise kein Karzinom oder kein Ulkus hat. In bezug auf eine Therapie ist die Frage des „nötig oder unnötig“ schon schwieriger zu entscheiden. Ist es nötig oder unnötig, einem Patienten, der, ohne daß ein objektiver Befund nachweisbar ist, an Kopfschmerzen leidet und der in seiner Arbeit dadurch behindert wird, ein geeignetes Antineuralgicum zu verordnen oder nicht? Theoretisch, vom Lehrstuhl herunter, wird man dafür und dawider gewichtige Gründe anführen können. Aber mancher Arzt wird zugeben müssen, daß er selbst dann und wann auch schon von einem Antineuralgicum gegriffen hat, wenn er von Kopfschmerzen während seiner Arbeit geplagt wurde.

Ohne in das Pathos von der Ethik des ärztlichen Berufes zu verfallen, kann man doch sagen, daß alle Ärzte ihre Arbeit und ihre Aufgabe durchaus ernst nehmen. Ausnahmen bestätigen nur diese Regel. Und weil die Ärzte dies alles so ernst nehmen, sind sie in einen Konflikt hineingeraten, der ihnen zeitweise die praktische Ausübung ihres Berufes annähernd verleidet. Aber jeder Arzt bleibt Arzt, und jeder Arzt würde wieder Arzt werden, wenn er noch einmal im Leben die Wahl hätte. Und so ist zu überlegen, wie dieser Schwierigkeiten Herr zu werden wäre. Man ist versucht zu fragen, ob nicht im Ärztestand selbst ein Mangel herrsche, der ihn so angreifbar macht, daß es gelingt, draußen in der Praxis den Arzt in dieses Dilemma hineinzutreiben. Und da scheint

tatsächlich ein Mangel vorzuliegen: die Hochschule, die gleichsam unantastbare, wissenschaftliche Autorität ist zu weit entfernt von der Arbeit des praktizierenden Arztes draußen, um diesem die nötige Unterstützung gewähren zu können. Dort wird die Forschung weiter betrieben; es erscheinen wertvolle Lehrbücher mit neuen therapeutischen und diagnostischen Forderungen. Ja, man kann sich wohl aus der Studentenzeit daran erinnern, wie hier und da gewarnt wurde, man dürfe später als Arzt nie in der Exaktheit nachlassen, und man müsse stets gründlichst nach den Regeln der ärztlichen Kunst verfahren, so wie sie gelehrt werden. Aber noch niemals ist ein Lehrbuch erschienen, das für alle Krankheiten einen Kommentar gibt für Abs. 3 des „Leitfadens für wirtschaftliche Behandlungsweise in der Kassenpraxis“: „Der Arzt ist verpflichtet, den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln. Er darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten usf. usf.“ Und wenn man dem hinzufügt, daß „ausreichend und zweckmäßig“ und „das Maß des Notwendigen“ mit 4.50 DM pro Patient und pro Quartal (Reichsvertrag über den Regelbetrag) begrenzt ist, so wäre das doch auch einmal einer wissenschaftlichen Untersuchung wert, ob und wie das möglich gemacht werden kann. Oder aber es wäre eine Arbeit, die die Mühe lohnen würde, den Unverstand einer derartig allgemeinen Einengung der ärztlichen Tätigkeit zu beweisen.

Leider kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß in diesen Fragen Hochschule und draußen praktizierende Ärzteschaft völlig getrennt ihre Wege gehen, sehr zum Schaden des ganzen ärztlichen Standes. Die Hochschule und die Klinik glaubt, über den Dingen stehen zu können, und sie handelt und schreibt nur so, wie es die Wissenschaft und die Forschung ihr eben gebietet. Der Arzt draußen erfährt es und liest es, aber er muß feststellen, daß das alles in der Praxis gar nicht mehr durchführbar ist, da er die entstehenden Mehrkosten schließlich nicht selbst übernehmen kann. Und so scheinen zwei Arten der ärztlichen Kunst zu entstehen, erstens die moderne wissenschaftliche Medizin und zweitens die in der täglichen Praxis mögliche Medizin. Aber dieses Erkenntnis folgt die Frage der ärztlichen Haftpflicht wegen eines Kunstfehlers auf dem Fuße! Ist eine Unterlassung in der Diagnostik ein Kunstfehler, wenn die Verpflichtung zur Sparsamkeit den Arzt zu dieser Unterlassung veranlaßt hat? Das gleiche gilt von der Therapie: Ist der Arzt berechtigt, es erst mit billigeren Mitteln zu versuchen, wenn er weiß, daß das teurere Mittel schneller zur Heilung führt? Als Beispiel sei nur die Behandlung einer ausgedehnten Impetigo mit Sulfonamiden angeführt, statt vorher noch einen Versuch mit einer billigeren Salbe zu machen. Ähnliches gilt von den Sommer-Durchfallerkankungen, die man früher mit geringerem Erfolg, aber billiger behandelte, während sie heute mit Sulfonamiden in wenigen Tagen sicher zu beheben sind. Hier ist die Frage, welchen Anspruch hat der Patient überhaupt, unbeschadet seiner Kassen- oder Versicherungszugehörigkeit, entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst mit dem Medikament der Wahl, ohne Rücksicht auf die Kosten, schnellstens wieder gesund gemacht zu werden. Wo hört die Sparsamkeit auf, und wo fängt der Kunstfehler an? Das erscheint heute als die wesentlichste Schwierigkeit des ärztlichen Berufes in der alltäglichen Praxis.

## Fürsorgeleistungen der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. im Jahre 1949

Von Dr. med. Knosp, Eßlingen, Vorsitzender des Fürsorge- und Versorgungsausschusses.

Es ist von jeher nobile officium der berufstätigen Ärzteschaft gewesen, ihren schuldlos in Not geratenen Kollegen hilfreich zur Seite zu stehen und für ihre hinterlassenen Witwen und Waisen zu sorgen. Ich erinnere nur an die über ganz Deutschland verbreitete gewesene Hufelandstiftung, die auf ein würdiges Alter zurückblicken konnte, an die Württembergische ärztliche Unterstützungskasse und an ähnliche Einrichtungen wohl in fast allen Kammerbezirken. Sie wurden von freiwilligen Spenden der Kollegen getragen und konnten bis zum Ausgang des ersten Weltkrieges damit den an sie gestellten Anforderungen genügen. Das wurde anders, als mit der Inflation die Zahl der in Not geratenen Kollegen, ihrer Witwen und Waisen erheblich stieg und die freiwilligen Spenden zur Behebung dringender Notstände nicht mehr ausreichten. Damals gingen die Ärztekammern dazu über, von ihren Mitgliedern einen festen Fürsorgebeitrag zu erheben, der entweder von allen Kollegen in gleicher Höhe erhoben wurde oder in einem prozentualen Abzug vom Honorar bestand. Nach dem Zusammenbruch 1945 und der Wiedererrichtung der Ärztekammer in Nord-Württemberg wurde auch die Fürsorgeeinrichtung wieder ins Leben gerufen. Mit dem Abzug von 0,25 % konnten bis zur Währungsreform die erforderlichen Mittel aufgebracht werden, um die größte Not lindern zu können. Das änderte sich wiederum, als mit der Währungsreform zum zweiten Male innerhalb eines Lebensalters die Notgrochen für das Alter zerronnen waren und vor allem sehr viel Flüchtlingskollegen, ihre Witwen und Waisen, die bisher von dem Reste dessen gelebt hatten, das sie bei der Vertreibung aus der Heimat hatten mitnehmen können, mit der Bitte um Unterstützung an die Ärztekammer herantraten. Um die Mittel aufzubringen, die für die Beseitigung auch nur der bittersten Not erforderlich waren, beschloß daher die Ärztekammer am 4. August 1948 einstimmig, den Abzug für den Fürsorgefonds auf das Zehnfache zu erhöhen. Die Ärzteschaft Nord-Württembergs hat damit bewiesen, daß sie die Zeichen der Zeit richtig verstand und die Mahnung zur Nächstenliebe zu befolgen suchte. Das war eine sittliche Großtat, der sich die nord-württembergische Ärzteschaft jederzeit rühmen darf, und das um so mehr, als nach der Währungsreform auch in die Reihe der berufstätigen Kollegen bittere Sorge eingezogen war.

Bei der Beratung des Haushaltplanes für das Jahr 1949 im Januar 1949 wurde beschlossen, den Beitrag für den Fürsorgefonds gestaffelt zu erheben, und zwar in Höhe von 1 % bis 2,5 % vom Gesamtbruttoeinkommen eines jeden Arztes. Da sich herausstellte, daß die Anforderungen an den Fürsorgefonds nicht so hoch waren, wie befürchtet werden mußte, konnten die Abzüge für den Fürsorgefonds für das zweite Halbjahr 1949 um 50 % gesenkt werden. Außerdem wurde in der Dezembersitzung der Ärztekammer beschlossen, die Verwaltungskosten für den Fürsorge- und Versorgungsfonds aus dem Etat der Kammer herauszunehmen und von den Beiträgen zu diesem Fonds zu decken. Aufgebracht wurden im Jahre 1949 von den nord-württembergischen

Ärzten insgesamt rund 250 000 DM. Ausgegeben wurden für Unterstützungszwecke insgesamt 263 000 DM. Die Unterstützungssätze betragen für den berufs unfähigen Arzt monatlich 100 DM, für die erwerbsbeschränkte Witwe ebenfalls 100 DM. Für die Arztfrau, wie für jedes minderjährige noch in der Berufsausbildung begriffene Kind werden zu diesen Sätzen 20 DM zusätzlich bewilligt. Die Gewährung dieser Unterstützungen wird von einer Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse abhängig gemacht. Während bis zum Spätherbst 1948 die Amtsärzte um die Prüfung der Anträge gebeten wurden, werden jetzt diese Überprüfungen von den Kreisärzteschaften erbeten. Dieser Regelung liegt nicht etwa ein Mißtrauen gegen die Amtsärzte zugrunde, es war vielmehr wünschenswert, daß sich die einzelnen Kreisärzteschaften dieser Prüfung unterzogen, damit die Kollegen dafür interessiert wurden, wer in ihren Kreisen unterstützungsbedürftig war, damit sie aber vor allem auch ein persönliches Vertrauensverhältnis zu den Unterstützungsempfängern herstellten. Denn so wertvoll auch die finanzielle Unterstützung für die in Not befindlichen Kollegen und Kolleginnen sein mag, unendlich wichtiger ist es für sie, zu wissen und es zu fühlen, daß sie einer Gemeinschaft angehören, die sie nicht vergessen hat und bereit ist, für die Linderung ihrer Not einzutreten. Augenblicklich werden an 36 Ärzte mit 24 Kindern, an 74 Arzttwitwen und an 19 Arzttwaisen regelmäßig Unterstützungen gezahlt. Darüber hinaus erhalten Spätheimkehrer während der Dauer ihrer Berufsunfähigkeit die gleichen Unterstützungssätze (zur Zeit werden 13 Spätheimkehrer monatlich unterstützt) und schließlich erhalten in besonderen Härtefällen junge stellunglose Kollegen bis zur Unterbringung in ärztlicher Tätigkeit oder berufsfremd eine Übergangsbeihilfe bis zur Dauer von drei Monaten in gleicher Höhe. Darüber hinaus werden den regelmäßigen Unterstützungsempfängern und in besonders gelagerten Einzelfällen zusätzliche Sonderspenden zu Weihnachten gegeben, sie betragen für den Arzt oder die Arzttwitwe 40 DM, für das Arztehepaar 50 DM, für das Kind 30 DM. Spätheimkehrer erhielten 100 DM. Mögen die Sätze im Einzelfall nicht sehr hoch sein, wieviel bittere Not mit den Unterstützungen beseitigt wird, wieviel Tränen des Leides getrocknet, aber auch Zählen der Freude hervorgerufen wurden, das erfahren leider nur diejenigen Mitglieder des Vorstandes und des Fürsorge- und Versorgungsausschusses, die in engster Berührung mit dieser Arbeit stehen. Was für ein Segen aber materiell und ideell von den Unterstützungen ausgeht, dafür sind die Dankschreiben ein Zeugnis, die in unendlich großer Zahl eingegangen sind. Sie sind ein Beweis dafür, daß die Unterstützungen an die richtigen Stellen gegeben wurden, daß die Unterstützten das Opfer, das die Kollegen für sie bringen, zu würdigen verstehen und es dankbar anerkennen. Sie sind uns, die wir glücklich sein müssen, daß wir noch im Berufsleben stehen dürfen, aber auch eine Mahnung, nicht abzulassen vom Geiste der Gemeinschaft und gern und freudig unser

Scherflein zu geben für die Ärmsten unter unsern Berufskollegen.

Aus der Fülle der Dankschreiben seien einige zur Kenntnis gebracht, die besonders eindringlich das Empfinden der Unterstützten zum Ausdruck bringen: „Nicht nur die Gabe als solche, sondern vor allem die Tatsache, daß die Ärzteschaft ihrer notleidenden Kollegen gedacht hat, hat mich ganz besonders gerührt und erfreut.“ Oder: „Dieses Liebeswerk der Kollegenschaft ist ein wärmender Sonnenstrahl in den kalten, harten jetzigen Zeiten.“ Oder: „Wenn es so ist, wie wir hoffen, daß nur ein dünner Schleier die Von-uns-Gegangenen trennt von Raum und Zeit, wie glücklich würde dann mein Mann sein, zu wissen, daß mir durch kollegiale Hilfsbereitschaft und Treue so geholfen wird in meiner Not.“ Oder: „Es ist mir eine große Freude und Erleichterung, zu erfahren, wie treu die Ärztekammer für die Angehörigen der gefallenen Ärzte sorgt.“ Oder: „Für mich als Spätheimkehrer und Heimatvertriebenen, dem die Rückkehr in das Berufsleben bisher noch verschlossen geblieben ist, war das Geschenk nicht nur eine große Hilfe, sondern auch noch eine besondere Freude, da es

aus Kollegenkreisen kam.“ Oder: „Mit meinem Dank für die Spende, die für mich als Flüchtling und Rußlandheimkehrer eine sehr bedeutende Hilfe darstellt, verbinde ich zugleich meinen Dank für jede mir seit meiner Rückkehr nach Deutschland zuteilgewordene Beratung und wahrhaft kollegiale Unterstützung.“ Am rührendsten ist aber vielleicht das Dankschreiben einer alten Arztwitwe, die ihrem Schreiben einige Weißbrotmarken beilegte, um nun ihrerseits eine Freude zu machen.

In der Zeit der wirtschaftlichen Not wird den zur Führung der Ärztekammer und KV. berufenen Kollegen die Arbeit häufig durch nicht immer sachliche Kritik erschwert (die sachliche wird jederzeit dankbar entgegengenommen). Die Anerkennung, die aus den vielen Dankschreiben spricht, und die Treue, die die alten invaliden Kollegen bekunden, sind aber immer wieder ein Ansporn, in der Arbeit für die Kollegen nicht zu erlahmen. Sie sollten aber auch allen Kollegen Verpflichtung sein, das Bibelwort freudigen Herzens in die Tat umzusetzen:

Einer trage des anderen Last.

## Die Pflicht des Arztes zur Berufsverschwiegenheit

Von Rechtsanwalt Dr. Krupp, Heidelberg

Die Schweigepflicht des Arztes ist in § 13 der Ärzteordnung gesetzlich geregelt. Die Vorschrift lautet:

1. Ein Arzt, der unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei Ausübung seines Berufes anvertraut oder zugänglich geworden ist, wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr und Geldstrafe oder einer dieser Strafen bestraft.
2. Dem Arzt stehen seine berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen. Ebenso wird bestraft, wer nach dem Tode des zur Wahrung des fremden Geheimnisses nach Abs. 1 Verpflichteten das von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangte Geheimnis unbefugt veröffentlicht.
3. Der Täter ist straffrei, wenn er ein solches Geheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder sittlichen Pflicht oder sonst zu einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck offenbart und wenn das bedrohte Rechtsgut überwiegt.
4. Die Tat wird nur auf Antrag des Verletzten verfolgt.

Einem in Heidelberg vor wenigen Wochen vor Gericht verhandelten Fall lag — in großen Zügen — folgender Sachverhalt zugrunde:

Ein Arzt behandelte in dörflichen Verhältnissen seit zwei Jahren eine tbc-krankte Patientin. Das zuständige Gesundheitsamt hatte Kenntnis von dem Fall und bemühte sich seit längerer Zeit, die Kranke zu einer genauen Untersuchung zu veranlassen. Diese lehnte jedoch jede Untersuchung ab und schickte die ihr übersandten Gefäße leer zurück. Auch dem Hausarzt verweigerte sie die Untersuchung des Auswurfs. Vor etwa einem Jahr bekam die Kranke, die verheiratet ist, ihr erstes Kind. Sie bekam daraufhin durch das Gesundheitsamt eine größere Wohnung zugewiesen. Der neue Wohnungsinhaber hatte gerüchweise davon gehört, daß

die eingewiesene Familie tbc-krank sei. Er ging daraufhin zu seinem Hausarzt, der mit dem Hausarzt der Kranken identisch ist. Er bat ihn um eine Auskunft, ob es richtig sei, daß die Ehefrau X. tbc-krank und ansteckungsgefährlich sei. Der Arzt gab die gewünschte Auskunft. Darauf entschloß sich der Vermieter, sogleich bei Gericht eine Räumungsklage einzubringen, die er darauf stützte, daß bei dem engen Zusammenleben in einer Wohnung vor allen Dingen die Ehefrau X. eine Gefährdung für seine Familie darstelle. Er bat sodann den Arzt, er möge ihm die Auskunft schriftlich bestätigen. Der Arzt, wissend, daß dasselbe in einem Zivilprozeß verwendet werden sollte, stellte hierauf folgendes Zeugnis aus:

„Ärztliche Bescheinigung.

Bei Frau X., geb. am . . . . ., wohnhaft in E., handelt es sich (lt. Befund des Staatl. Gesundheitsamtes H. vom 2. August 1948) um eine reaktivierte Lungentuberkulose mit leichter Progredienz. Deshalb besteht Ansteckungsgefahr für die Umgebung.“

Frau X. stellte daraufhin Strafantrag gegen den Arzt wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht. Der Staatsanwalt bat im Ermittlungsverfahren das zuständige Gesundheitsamt um eine gutachtliche Äußerung, nachdem zunächst dem Arzt Gelegenheit gegeben worden war, sich zu äußern. Das sehr ins einzelne gehende Gutachten des Gesundheitsamtes stellt im Ergebnis in tatsächlicher Hinsicht fest, daß zur Zeit der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses infolge einer konstanten Weigerung der sehr krankheitsuneinsichtigen und renitenten Frau X., sich untersuchen zu lassen, nicht mit absoluter Gewißheit festgestanden habe, daß die Erkrankung aktiv gewesen sei; allerdings spreche eine hohe Wahrscheinlichkeit hierfür; denn immerhin habe, nachdem die Kranke einige Zeit später endlich die ihr vom Gesundheitsamt seit langem verschriebene Kur in einem Sanatorium angetreten habe, dieses bei der Auf-

nahmeuntersuchung das Vorliegen eines aktiven Prozesses eindeutig festgestellt.

Zur Beurteilung der Frage, ob die Schweigepflicht verletzt sei oder nicht, äußert sich dann das Gutachten im Ergebnis wie folgt: Der Arzt habe im Sinne des § 13 Abs. 3 der Ärzteordnung „in Erfüllung einer höheren sittlichen Pflicht“ das Recht gehabt, dem Vermieter den Sachverhalt mitzuteilen. Nicht aber könne dem Arzt das Recht zugesprochen werden, dem Vermieter hierüber ein schriftliches Zeugnis zu geben, und zwar besonders deshalb nicht, weil dasselbe in einem privaten Zivilprozeß Verwendung finden sollte. Soweit der Arzt dies also getan habe, sei, so meint das Gutachten (wenn auch mit vorsichtigen und zurückhaltenden Worten), die ärztliche Schweigepflicht verletzt worden. „Im letzten“ unterliege jedoch die Beurteilung dieser Frage „dem richterlichen Ermessen“.

Auf dieses Gutachten hin beantragte der Staatsanwalt gegen den Arzt bei Gericht einen Strafbefehl. Das Gericht gab dem Antrag trotz aktenkundig gemachter Bedenken, nachdem der Staatsanwalt nach Kenntnisnahme hiervon auf seinem Antrag bestand, statt.

Im Auftrag des Arztes legte der Unterzeichnete daraufhin gegen den Strafbefehl Einspruch ein, so daß die Sache zur mündlichen Verhandlung kam. In dieser wiederholte der Gutachter, ein Amtsarzt des Gesundheitsamtes, seinen Standpunkt, versuchte ihn aber dahin zu ergänzen und zu präzisieren, daß er einen strafbaren Bruch der Schweigepflicht nur dann für gegeben halte, wenn bei der Hingabe des schriftlichen Attestes an Stelle der Idee, die Allgemeinheit zu schützen, der Gedanke eines persönlichen Dienstes dem Vermieter gegenüber im Vordergrund gestanden habe. Ob dies vorliege oder nicht, überließ der Gutachter wiederum der Beurteilung des Gerichts.

Der Staatsanwalt verblieb bei seinem Strafantrag, die Verteidigung forderte Freispruch.

Dem Antrag der Verteidigung wurde in vollem Umfange stattgegeben. Die Begründung des Gerichts hierfür, die im wesentlichen der Begründung der Verteidigung folgte, ist in großen Zügen die folgende:

1. § 13 Abs. 3 der Ärzteordnung ist nach wie vor in vollem Umfange anwendbar.
2. Der Sachverhalt des vorliegenden Falles ergebe, daß
  - a) Ansteckungsgefahr für die Hausgenossen in engerem und weiterem Sinne vorgelegen habe;
  - b) die Patientin sehr uneinsichtig war, was bedeutete, daß man von ihr keine Rücksicht und Vorsicht gegenüber den Hausgenossen erwarten konnte;
  - c) die Familie des Vermieters demgemäß ein berechtigtes Interesse daran gehabt habe, über die Frage der Ansteckungsgefahr der neuen Untermieterin ins Bild gesetzt zu werden, um sich schützen zu können.
3. Der Verhinderung der Ansteckung komme mithin gegenüber dem Prinzip der Schweigepflicht in diesem konkreten Falle das überwiegende Interesse zu. Ohne Aufklärung des Vermieters habe dieses Interesse nicht wahrgenommen werden können. Die Aufklärung sei daher erforderlich gewesen.

Das Gericht bejahte also eine Rechtspflicht oder doch mindestens eine sittliche Pflicht der Offenbarung, weil es das bedrohte Rechtsgut als überwiegend ansah. Es

attestiert dem angeklagten Arzt auch ausdrücklich, daß er sogar „bei der Renitenz der Patientin von sich aus, also auch ohne daß man an ihn herantrat, die Zeugen hätte aufklären dürfen“.

Sehr interessant ist sodann die Stellungnahme des Gerichts zu der Frage, ob es einen Unterschied machen kann, wenn in einem solchen Falle ein Arzt mündlich oder schriftlich offenbart. Das Gericht schloß sich in diesem Punkte einem nicht veröffentlichten Gutachten des bekannten Heidelberger Strafrechtslehrers Prof. Dr. Eberhard Schmidt an, der auf dem Gebiete des ärztlichen Berufsrechts eine anerkannte Autorität ist. Es heißt hierzu im Urteil wörtlich:

„In welcher Weise der Vermieter sich dann schützen wollte, ging den Arzt nichts mehr an. Bei jeder Geheimnisoffenbarung, die gerechtfertigt ist, ist die Folge, daß der Mitteilungsempfänger das ‚Geheimnis‘ nun nicht mehr als bestehend ansieht und von den erfahrenen Tatsachen irgendwelchen Gebrauch macht, daß also diese Tatsachen zu offenkundigen werden und gegen den Patienten benutzt werden. Die Berechtigung der Offenbarung kann also, wenn sie als solche gegeben ist, nicht wiederum davon abhängen, in welcher Weise der Mitteilungsempfänger von den erfahrenen Tatsachen Gebrauch macht. Daß der Vermieter hier auch im Wege über die Behörden versuchte, die die Ansteckungsgefahr involvierende Hausgemeinschaft mit der Kranken zu lösen, ist etwas ganz Normales. Es kann daher auch keinen Unterschied ausmachen, ob der Mitteilungsempfänger dies auf Grund einer mündlichen Mitteilung des Arztes tat oder auf Grund einer schriftlichen.“

Der Verfasser möchte hierzu ergänzend noch bemerken, daß sich schon aus der gesetzlichen Vorschrift kein Unterschied zwischen mündlicher oder schriftlicher Offenbarung ergibt. Deshalb muß man schon unmittelbar schließen, daß bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für das Recht oder die Pflicht zur Offenbarung diese nach Wahl des Arztes schriftlich oder mündlich erfolgen kann. Ubrigens hat im vorliegenden Falle, was auch schon im Ermittlungsstadium bekannt war, das Zivilgericht später selber noch einmal eine schriftliche Auskunft bei dem Arzt eingeholt. Auch auf dieses Ersuchen hin kann der Arzt nicht anders reagieren, als auf ein Ersuchen, mündliche Auskunft zu geben: Schweigepflicht ist Schweigepflicht, ob schriftlich oder mündlich, und Offenbarungsrecht ist Offenbarungsrecht, ob schriftlich oder mündlich.

Der zwar merkwürdige, aber doch beachtenswerte Gedanke, den der Amtsarzt in seinem mündlich erstatteten Gutachten noch in den Fall hineinbrachte, daß nämlich seines Erachtens darauf abgestellt werden müsse, was der Arzt subjektiv mit seiner Offenbarung bezweckt habe, blieb vom Gericht sowohl in der mündlichen wie auch in der schriftlichen Urteilsbegründung unbeachtet. Man muß auf dem Standpunkt stehen, daß das Gericht hiermit recht getan hat. Bei der Beurteilung der Frage, ob die Schweigepflicht verletzt ist oder nicht, können zwar die Motive einen wichtigen Anhaltspunkt für die gemäß § 13 Abs. 3 Ärzteordnung vorzunehmende Interessenabwägung darstellen — entscheidend kann aber immer nur das objektive Geschehen sein. Der seltene Fall, daß eine Offenbarung objektiv zu-

lässig erscheint, subjektiv aber aus unsachlichen oder sogar verurteilenswerten Motiven gegeben wurde, fällt ebenfalls unter den Wortlaut der Bestimmung des § 13 Abs. 3 Ärzteordnung, ist also nicht strafbar. Ein solches Verhalten könnte höchstens standesrechtliche Bedenken erzeugen und zu standesrechtlichen Maßnahmen Anlaß geben.

Noch ein Wort zum „gesunden Volksempfinden“ des § 13 Abs. 3 Ärzteordnung:

Wie man sieht, kann man mit Hilfe der Vorschrift des § 13 Abs. 3 auch ohne Berücksichtigung dieses Wortes zu einem vernünftigen und befriedigenden Ergebnis kommen. Man braucht aber auf der anderen Seite vor diesem Wort auch keinerlei Schrecken zu empfinden. Das Wort hat an sich und von Hause aus nichts Böses, sondern eher etwas Gutes an sich. Es ist nur dadurch mißbraucht worden, daß der Nationalsozialismus es für seine Zwecke ausgenutzt hat und schließlich aus dem von ihm immer wieder neu herausgestellten „gesunden Volksempfinden“ in jedem einzelnen Falle das gemacht hat, was ihm gerade für seine jeweiligen Zwecke nützlich und dienstbar war. Der Nationalsozialismus hat

sich hinter diesem Ausdruck, der nach außen hin ein gutes Gesicht abgab, versteckt und hat ihn — nicht immer, aber doch in mancherlei Fällen — zu bösen Zwecken mißbraucht. Übrigens ist das „gesunde Volksempfinden“ auch dem terminus technicus nach keine Erfindung des Nationalsozialismus. Die Begriffe Treu und Glauben, Sitte und Verkehrssitte, gesundes Rechtsempfinden u. ä. gibt es schon solange, wie es überhaupt eine Rechtskultur und Rechtsordnungen gibt. Richtig angewendet und auf das vernünftige Maß im Rahmen der übrigen Gedanken der Vorschriften des § 13 Abs. 3 zurückgeführt, kann also dieses Wort ruhig an der Stelle stehenbleiben, an der es steht.

Die Tatsache, daß dann und wann immer wieder ein Arzt oder ein Rechtsanwalt wegen Verletzung der Schweigepflicht vor Gericht stehen, lehrt, daß die betroffenen Berufskreise in diesen Dingen besser vorsichtig als leichtfertig sind. Auf der anderen Seite zeigt aber das Urteil doch, daß da, wo zuviel Vorsicht eine Gefährdung für ein höheres Rechtsgut mit sich bringen würde, sich die an sich gegebene prinzipielle Schweigepflicht in eine Offenbarungspflicht umkehren kann.

## Bericht über den Einführungslehrgang in die Kassenpraxis auf der Comburg vom 3.–5. Februar 1950

Als der liebenswürdige Leiter der Akademie Comburg am Freitag, dem 3. Februar 1950, die 74 Teilnehmer des Lehrgangs als Gastgeber willkommen hieß, da hatte sich schon reservierte Kühle und stirnrunzelnde Zurückhaltung in erwartungsvoller Aufgeschlossenheit verwandelt, denn zuvor war man nach einem netten Abendessen über einen alten, stilvollen Treppenaufgang, vorbei an Gemälden und Plastiken bedeutender Künstler zum großen Saal emporgestiegen, sah an der Längswand einen riesengroßen Gobelin, und das beglückende Gefühl, daß es nicht irgendeine Partei- oder Nationalflagge war, die dort prangte, wärmte die Herzen. Man wußte, daß nicht ein „Schulungslehrgang“ auf einer „Schulungsburg“, sondern gemeinsames freies Erarbeiten der Erkenntnisse in Referat und in anschließender Diskussion angestrebt wurde, als der Vorsitzende der kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Herr Dr. Neuffer, den Lehrgang eröffnete.

Selbst die trockene Materie des Kassenarztes ließ sich hier durch interessante Diskussion beleben. Über: „Kassenarzt und Krankenkasse im täglichen Verkehr miteinander“ referierte Herr Verwaltungssachmann Klöpfer vom Landesverband der Ortskrankenkassen und über den Vertrauensärztlichen Dienst Kollege Dr. Ammermüller von der LVA Württemberg.

Bei den Nachmittagsvorträgen des ersten Tages hatte man beinahe den Eindruck, daß die barocke Heiterkeit der Architektur des Raumes die Redner mit zu viel parlamentarischer Delikatesse erfüllte, als sie über wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweise und die mannigfachen Verstöße gegen die Regeln sprachen, aber man darf deswegen nicht daran zweifeln, daß die Verstöße jetzt energisch geahndet werden, um die Allgemeinheit der anständigen Ärzte vor Ausbeutung durch wenige, wirtschaftlich besonders „Tüchtige“ zu schützen. Die Kollegen Dr. Speidel und Dr. Francke teilten sich in die undankbare Aufgabe, während Kollege Dr. Möbius in humorgewürzter Rede über das Zulassungswesen, bzw. über die in Nord-Württemberg durch das Eingreifen der Besatzungsmacht und durch die Auseinandersetzung mit den Krankenkassenverbänden herbeigeführte Rechtsunsicherheit und Verwirrung die Vortragsfolge des ersten Arbeitstages abschloß. Man bekam einen ganz kleinen Einblick, was die Mitarbeiter der Landesstelle der KV, und der Ärztekammer im Dienst für die Allgemeinheit der Ärzte an Ärger, Aufregungen und Anspannungen auf sich zu nehmen haben.

Am folgenden Sonntag bemühten sich die Herren Stein und Jeuter um unser Verständnis für die Geheimnisse von Honorarabrechnung und der Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland.

Aus warmem Herzen kamen die Ausführungen von Kollegen Dr. Knospe über die Sozialeinrichtungen der Ärzteschaft. Das Fernziel, nämlich der Anschluß an das Bayerische Ärzteversorgungsgesetz sowie das Nahziel, die noch nicht oder nicht mehr durch die Gruppenversicherung Geschützten in eine Risikoversicherung aufzunehmen, wurden uns deutlich vor Augen geführt; ich glaube, daß man der jungen Ärztesgeneration zu wenig an Idealismus zutraut (trotz allem, allem, was geschehen), wenn man den Versuch unterlassen würde, eine solche Versicherung auch auf freiwilliger Grundlage, nur getragen von dem Zusammengehörigkeitsgefühl des Standes, mit genügender Beteiligung junger Versicherter durchzuführen.

Abgeschlossen wurde die Vortragsfolge des zweiten Tages mit den Referaten von Kollegen Dr. Benz über den Vertrag mit den Ersatzkassen und über den Vertrag mit den Berufsgenossenschaften.

Dem Chronisten obliegt dann noch die angenehme Pflicht, der zahlreichen netten Kleinigkeiten zu gedenken, die noch dazu gehören, wie das sonst in der Akademie übliche, bei uns aber unterbliebene Tischgebet und der vergessene Morgenspruch sowie der Grimm des kunstverständigen Mesners bei der Führung durch die Comburg auf den Dekanus Neustetter. Besagter Dekan Neustetter soll vor einigen Jahrhunderten den Renovierungs- und Ubertüchtungsfimmel gehabt haben und es so zuwege gebracht haben, daß ein Barockschiff an einem romanischen Kirchturm steht. Man merkte dem biedereren Mesner, der uns ausgezeichnet führte, richtig an, daß er den Herrn Dekan für einen Minderbelasteten, wenn nicht gar Hauptschuldigen hielt. Der Chronist befragte sich dann bei Herrn Lamey über den p. p. Neustetter und erfuhr, daß er ansonsten ein recht honetter Mann gewesen, den Künsten und Wissenschaften hold, und das spricht dann doch sehr für seine Entlastung.

Um 16 Uhr erhob sich dann ohrenbetäubendes Geknatter und Dunstwolken stiegen auf im Hof des ehemaligen Bergklosters, die kassenärztlichen Karossen vom vielbeachteten Mercedes 170 S bis zum ramponierten NSU-Quick rollten von dannen hinaus in den unverschämt milden Vorfrühlingssonntag und ihre Besitzer dachten an die Grippewelle, die

dem plötzlichen Föhneinbruch folgen würde und wie sich solche Grippewelle auf Quote und Arzneikostendurchschnitt auswirken könnte; und recht muntere Teufelchen wie Regreßpflicht, Honorarverteilungsmaßstab, Fallpauschale, Regel-

betrag, Ertragsstaffelkürzung, Drittelung spukten durch ihre Träume, und die Höhe der Röntgenkosten senkte sich wie ein Alpdruck auf ihre Brust.

— Petrus —

## Buchbesprechungen

Dr. Fritz Jenny: „Der elektrische Unfall als pathologisch-anatomisch-klinisches und unfallmed. Problem.“ Med. Verlag Hans Huber, Bern 1945, 144 Seiten, 12,5 Fr., 13,75 DM.

Es ist außerordentlich begrüßenswert, daß Dr. Jenny sowohl das, was aus der äußerst umfangreichen Literatur (sein von ihm selbst als unvollständig bezeichnetes Verzeichnis umfaßt ca. 600 Arbeiten!) über den elektrischen Unfall bekannt ist, als auch seine eigenen reichen Erfahrungen in knapper, klarer Form in dem vorliegenden Buch zusammengefaßt hat. Ihm, als Chef der Med. Abtlg. der Schweizerischen Unfallversicherung, gingen in den letzten Jahren alle Berichte über elektrische Unfälle zu.

Nach Erläuterung der physik.-techn. Grundbegriffe, nach einer Beschreibung der pathol.-anat. und klinischen Auswirkungen des elektrischen Stromes nach Organen geordnet, folgt die chirurgische Behandlung der elektrischen Verbrennungen und schließlich ein Versuch der Klärung der Todesursache nach elektrischen Unfällen. Dabei zeigt sich nun, daß es (nach den Erfahrungen beim Elektroschock) eine Schädigung der Medulla oblongata nicht gibt, daß es einen „elektrischen Scheintod“ nicht gibt, daß bei der weitaus überwiegenden Zahl der Todesfälle Herzkammerflimmern die Ursache ist. Ein Mittel zur Behebung dieses Zustandes beim Menschen gibt es zur Zeit nicht. Aus diesen Erkenntnissen heraus folgt schließlich eine kritische Würdigung der auch bei uns immer noch und immer wieder in Sanitätskursen gelehrt und in der Literatur wie eine ewige Krankheit sich forterbenden Maßnahmen zur Wiederbelebung „elektrisch Scheintoter“. Die legendären Erfolge einer bis zu 7 Stunden fortgesetzten künstlichen Atmung schreibt ein Autor vom andern ab, sie sind nirgend einwandfrei belegt. So kommt der hinzugezogene Arzt häufig in eine höchst unangenehme Lage, wenn er die künstliche Atmung an offensichtlichen Leichen unterbrechen läßt und ist genötigt, solange bei Laienhelfern und im Volke diese tiefeingefleischten Vorstellungen weiterbestehen, gegen seine Überzeugung zu handeln. „Das hat er zum Teil auch Leuten zu verdanken, die gegen besseres Wissen immer noch veraltete Lehren verbreiten und so nutzlos gewordene Polemiken wieder wachrufen.“

Dr. Schröder

Prof. Dr. Robert Kudicke: „Beiträge zur Seuchenbekämpfung.“ Band 3. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, 102 Seiten, kart. DM 6.75.

Dr. W. Schäfer behandelt in diesem Band die Bazillenruhr, Typhus- und Paratyphuserkrankungen. Die Bazillenruhr ist auf Grund eigener Erfahrungen im letzten Krieg ausführlich dargestellt, wobei aber der Ruhr-Agglutination ein allzu großer Wert beigelegt wird. Es bestehen gewisse Unstimmigkeiten über die Bewertung dieser Agglutination in dieser Broschüre. Einmal wird sie in der 2. Woche positiv, erreicht bei Flexner-Ruhr eine Höhe von 1:200 bis 1:400 und verschwindet nach wenigen Wochen wieder aus dem Blut. Die bei einem Truppenteil gemachten Beobachtungen gehen mit dieser Auffassung nicht ganz konform. Der Verfasser beschreibt ferner eine Bestimmung der Agglutinine nach einer der Fleckfieberdiagnostik nachgebildeten Methode im Gesamtblut. Diese Methode wird für die allgemeine Praxis nicht geeignet sein. Soweit in den Ruhrfragen noch offene Methoden bestehen, werden diese klar aufgezeichnet. Der Begriff der latenten Infektion an Stelle der gesunden Bazillenträger ist wertvoll und erleichtert die Klärung der epidemiologischen Fragen. Die hygienischen Anforderungen für die Ruhrbekämpfung ergeben sich aus den epidemiologischen Darstellungen zwangsläufig und sind ausgezeichnet beschrieben. Die Abhandlungen über Typhus bringen für die Seuchenbekämpfung keine Neuerungen.

Bei der Darstellung der Paratyphuserkrankungen wird die scharfe Trennung zwischen Paratyphus A und B und Enteritis andererseits streng durchgeführt und an Hand der epi-

demiologischen Verhältnisse durchaus klar. Es wäre wünschenswert, wenn diese strenge Trennung, die epidemiologisch von größter Bedeutung ist, auch in der allgemeinen ärztlichen Praxis sich durchsetzen würde.

Auf Grund der Darstellung wird jeder praktische Arzt erkennen, daß der alte Paratyphusbegriff in die oben angegebenen Gruppen aufzulösen ist.

Prof. Dr. Lutz

Diepgen, Paul: „Geschichte der Medizin.“ I. Band. Walter de Gruyter, Berlin 1949, 336 Seiten, DM 18.—

Wenn auch ein Lehrbuch der Geschichte der Medizin nicht so rasch wie ein solches der praktischen Heilkunde „veraltet“, so ist doch auch auf diesem Gebiet eine Neubearbeitung des Stoffes immer wieder notwendig. Durch die Forschungen der letzten Jahrzehnte müssen viele Fragen anders beantwortet und manche Auffassungen berichtigt werden, so daß eine neue zusammenfassende Darstellung der Entwicklung der Heilkunde außerordentlich erwünscht ist. Dazu kommt, daß die bisherigen Lehrbücher für Geschichte der Medizin im Buchhandel kaum mehr erhältlich sind. Besonders erfreulich ist, daß Diepgen als führender deutscher Medizinhistoriker diese Aufgabe übernommen hat. Im vorliegenden I. Band wird die Geschichte der Medizin von der Prähistorik bis zum Barock behandelt. Ein 2. Band wird bald folgen. Hoffentlich kommt auch die Absicht, in einem 3. Band das Illustrationsmaterial zusammenzufassen, in absehbarer Zeit zur Ausführung. An der überlegenen Darstellung ist besonders wertvoll, daß die Entwicklung der Heilkunde immer in Beziehung zur Geschichte der anderen Wissenschaften gebracht ist und die Abhängigkeit ihres Verlaufs von den jeweils das Denken beherrschenden Einflüssen deutlich hervortritt. Dadurch bewegt sich die Darstellung nie auf dem engen Raum der eigentlichen Medizingeschichte. Der Leser empfindet es auf jeder Seite, wie sehr die Geschichte der Medizin Kulturgeschichte ist. Auch die Entwicklung des ärztlichen Standes findet eingehende Berücksichtigung. Einen verhältnismäßig breiten Raum nimmt die Schilderung des Mittelalters ein. Das findet seine Berechtigung darin, daß gerade diese Periode in vieler Hinsicht einer Neubearbeitung bedurfte. Nach der Lektüre dieses Abschnitts wird niemand mehr vom „finsternen“ Mittelalter sprechen. Überall merkt man, wieviel die Medizingeschichte Diepgen verdankt. Die Verbundenheit des Verfassers mit der praktischen Medizin wird gerade der Nicht-Fachhistoriker besonders wohlthuend empfinden. Erfreulich ist die gute Ausstattung des Buches. Mögen die zwei anderen Bände baldigst folgen.

Dr. Stübler

G. Banzer, Berlin: „Klinisches Rezeptaschenbuch für praktische Ärzte.“ 67. Auflage. Urban und Schwarzenberg, Berlin-München, 454 Seiten, geb. DM 10.—

In handlicher, ansprechender Form finden Therapie und Arzneimittel für die praktisch wichtigsten Erkrankungen in gedrängter Form Darstellung. Weiterhin sind viele Hinweise und übersichtliche Tabellen enthalten, die dem praktischen Arzt die Arbeit erleichtern. Die inhaltliche Aufmachung hat sich in der erstaunlich hohen Auflage stets bewährt. Entbehrlicher Ballast wurde weggelassen, neue Erkenntnisse und Forschungsergebnisse sind eingearbeitet. Dem Buch ist eine weite Verbreitung sicher.

Dr. Zimmerle

„Medizinal-Kalender“, begründet von P. Börner, herausgegeben von H. Braun, München. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Ausgabe 1950, 750 Seiten.

Der Medizinalkalender für das Jahr 1950 ist als 71. Jahrgang im Verlag Thieme, Stuttgart, zum Preise von DM 7.80 erschienen. Der Kalender enthält eine Fülle wissenswerten Stoffes für den Arzt. Die Einteilung des Inhalts ist sehr gut. Umfassende Grundlagen für die Arzneibehandlung nehmen die erste Hälfte des Büchleins ein; leider sind RF, FMB und Stada-Präparate nicht abgedruckt. Die vollständige Wiedergabe dieser klassischen Formeln wäre erwünscht. Der Her-

ausgeber hat auf den Abdruck der Größen- und Gewichtstabellen sowie der für den Arzt wichtigen gesetzlichen Bestimmungen betreffend Melde-, Schweigepflicht und forensische Fragen leider verzichtet. Die Rententabelle ist weniger umfangreich als sonst üblich. Der Kalender enthält zwar die Adgo, nicht aber die Preugo, deren Wiedergabe für den Arzt vielleicht nützlicher gewesen wäre als die verhältnismäßig umfangreichen Ausführungen über Zahnheilkunde, Elektrokardiogramm und Schwangerschaftsfürsorge sowie chemische, physikalische und pharmazeutische Daten und Tabellen. Daß die Rückseite des Medizinalkalenders von der goldenen Kutsche einer Seifen- und Parfümeriefabrik befahren wird, wirkt nicht gerade werbend auf den Arzt.

Dr. Möbius

Prof. H. Kirchmaier: „Leitfaden der Kinderheilkunde“, I. Teil. Lothar Sauer-Morhard Verlag, Würzburg und Hamburg, 1948, 111 Seiten, DM 4.80.

Das Buch von Kirchmaier ist ein sehr kurzgefaßter, aber trotzdem in allem auf die neuesten wissenschaftlichen Grundlagen systematisch aufgebaute Leitfaden. Der vorliegende I. Band umfaßt die Neugeborenenperiode, angeborene Mißbildungen, Erbkrankheiten, Diathesen sowie die Ernährung und Ernährungsstörungen der Säuglinge und der älteren Kinder, die Vitaminmangel-Erkrankungen und die Störungen der endokrinen Drüsen, wobei dem kindlichen Diabetes ein besonders ausführliches Kapitel gewidmet ist. Die Therapie ist vielfach nur in kurzen Hinweisen angedeutet.

Für den Studierenden, der den pädiatrischen Wissensstoff ausführlich im Kolleg und in der Klinik gehört hat, ist das Buch ein ausgezeichnetes Repetitorium. Auch dem älteren Arzt möchte ich das Büchlein, das mit wenig Worten viel sagt, zur Auffrischung seiner Kenntnisse empfehlen. Es wird ihm, ohne ihm viel Zeit zu rauben, durch seine klare Darstellung manchen tieferen Einblick in die physiologischen und pathologisch-physiologischen Geschehnisse und Zusammenhänge vermitteln.

Dr. Pflüger

H. Braun — F. Steigerwald: „Münchener klinisches Rezept-Taschenbuch.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 1948, 864 Seiten, DM 15.—

Das Format des Buches soll das Mitführen in der Tasche ermöglichen. Dies dürfte aber bei der Dicke (beinahe 900 S.) in der Praxis auf einige Schwierigkeiten stoßen. Besser als in der Rocktasche ist es wohl auf dem Schreibtisch des Praktikers untergebracht, der es jederzeit gerne in griffbereiter Nähe haben wird.

Für den praktischen Arzt stellt es eine sehr wesentliche Hilfe dar, bringt es doch außer Psychiatrie und Zahnheilkunde, die in der nächsten Auflage auch behandelt werden soll, alle Fachgebiete unserer Wissenschaft. Sehr wertvoll ist besonders auch der Abschnitt I: „Arznei-Verordnung und Rezeptkunde“, der dem jungen Arzt die leider so leicht vergessenen Regeln des Rezeptierens ins Gedächtnis zurückerufen.

Eine Zusammenstellung der Norm-Maximaldosen in Abschnitt XIII und in Abschnitt XIV der wichtigsten Arzneifertigpräparate machen das Münchener Rezepttaschenbuch zu einem wertvollen Leitfaden im täglichen Praxisbetrieb.

Dr. Schröder

Prof. Dr. K. B a i s c h: „Gesundheitslehre für Frauen.“ Hippokrat-Verlag, Stuttgart, 124 Seiten, 24 Abbildungen, kart., DM 4.80.

Eine Frau, die sich gesund erhalten will, muß die Grundzüge der Hygiene, der Physiologie und Pathologie ihres Körpers und speziell ihrer Sexualorgane wenigstens in groben Umrissen kennen. Hierüber bringt die vorliegende Aufklärungsschrift in leicht verständlicher und anregender Form das Notwendigste für den Laien. Die natürlichen Vorgänge wie Meneses, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Wechseljahre werden eingehend erörtert. Sehr zu begrüßen sind die Kapitel über die Geschlechtskrankheiten und das beginnende Cervixkarzinom. Besonderen Nachdruck legt der Verfasser auf die Bekämpfung des Alkohols. Seine Vorschläge zur Bekämpfung der Prostitution erscheinen allerdings etwas utopisch. Das Buch hat ohne Zweifel aufklärenden und erzieherischen Wert und verdient daher weiteste Verbreitung nicht nur in Laienkreisen, sondern auch beim medizinischen Hilfspersonal.

Dr. Irene Hoschek

Ferdinand Oeter: „Revolution des guten Willens.“ Zur Krise und Neugestaltung der deutschen Sozialversicherung. Jedermann-Verlag, Heidelberg 1949, 48 Seiten, DM 1.80.

Da für die kommende Sozialreform von ärztlicher Seite bisher durchaus noch nicht genügend Vorarbeit geleistet wurde, ist diese Broschüre des jetzt in Nauheim bei den ärztlichen Spitzenorganisationen tätigen Arztes allen Kollegen dringend zu empfehlen. Sie bringt eine Reihe von Hinweisen, welche zu kennen bei den derzeit geführten Diskussionen von großem Wert ist. Wie weit der originelle Vorschlag des Autors, der im 2. Teil des Werkes eingehend dargestellt wird, verwirklicht ist, muß noch dahingestellt bleiben. Es ist aber notwendig, daß die gesamte Ärzteschaft sich mit derartigen Lösungsversuchen eingehend vertraut macht, wenn sie überhaupt bei diesen Fragen mitsprechen will.

Dr. Schmieder

Th. Brehme: „Künstliche Ernährung und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1949, 71 S., kart. DM 4.20.

Das 71 Seiten umfassende Büchlein ist gedacht als Leitfaden für die Praxis und umfaßt im 1. Teil die theoretischen Grundlagen und die praktische Ausführung der künstlichen Ernährung. Wenn auch die Säuglingsernährung nicht schematisch darzustellen ist, so ist doch ein Schema in der Hand des geübten und kundigen Arztes, der die Individualität des Säuglings zu berücksichtigen weiß, von Wichtigkeit. Der Verfasser propagiert die Zweidrittelmilch mit Rücksicht auf die jetzt fettärmere handelsübliche Vollmilch und hält die fett-angereicherte Buttermehlnahrung nach Czerny für entbehrlich. Das entspricht allerdings nicht der Meinung anderer Kinderärzte, die sie besonders zur Aufzucht Frühgeborener nicht missen möchten. Der 2. Teil ist den Ernährungsstörungen und ihrer Behandlung gewidmet mit genauen und eingehenden Behandlungsvorschriften unter Berücksichtigung der Fehler, die in der Praxis oft gemacht werden.

Das Buch ist klar und knapp gefaßt und kann für die Praxis empfohlen werden, aber es entbindet nicht von der Verpflichtung, sich mit dem schwierigen Gebiet der Ernährungsstörungen eingehender zu befassen.

Dr. Vera Gaupp

Prof. Dr. med. August Lindemann und Dozent Dr. med. Otto Lorenz: „Zur chirurgisch-plastischen Deckung der Weichteildefekte des Gesichtes.“ Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin-München 1949, 30 Seiten mit 31 Abbildungen, kart. DM 3.—

In dieser kleinen Monographie werden von Lindemann und Lorenz zunächst die bedeutsameren bisherigen Behandlungsmethoden zur plastischen Schließung der Weichteildefekte des Gesichtes einer kritischen Würdigung unterworfen. Um die in vielfacher Hinsicht oft nicht befriedigenden Ergebnisse dieser Methoden zu verbessern, wurde von den Verfassern besonders die Ersatzbildung aus den benachbarten Teilen der Wange, die noch Lexer wegen der im Gesicht entstehenden zu vielen Narben verworfen hatte, weiter entwickelt und ausgebaut. Aus den dem Werke beigegebenen Abbildungen geht hervor, daß durch in der Plastik geübte und erfahrene Chirurgen sogar große Gesichtsdefekte mit befriedigendem Ergebnis aus der Wange gedeckt werden können, der bis zu 12 cm lange und 6 cm breite Hautstreifen entnommen werden. Bemerkenswert ist, daß die zur sogenannten „Fächerplastik“ verwendeten — die verschiedenen Schichten der Wange umfassenden — Hautstreifen auch häufig Wangenschleimhautinseln tragen für den Schleimhautersatz von Nase, Lid und Lippen. Ob sich hierbei eine Schädigung der Facialisfasern, die durch stumpfes Präparieren geschont werden sollen, immer vermeiden läßt, erscheint mir fraglich. Ferner bin ich der Ansicht, daß so umfangreiche Gewebverschiebungen im Wangenbereich nicht nur zu Asymmetrien im Mittelgesicht führen können, sondern bei Männern vor allem zur störenden Verlagerung barthaartragender Hautbezirke in den Bereich der unbehaarten Gesichtshaut und vor allem auch der Nase. Eine endgültige Stellungnahme zu der sogenannten „bukkalen Methode“ wird erst möglich sein, wenn die angekündigte umfassendere Darstellung derselben erscheint.

Dr. med., Dr. med. dent. Eduard Schmid

Hans K r i e g: „Entwicklung als grundgesetzliche Notwendigkeit.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1948, 104 Seiten mit 20 Textabbildungen, kart. DM 2.60.

Das Wunder des Lebens mit der Fülle seiner mannigfaltigen Erscheinungsformen und Entwicklungszustände verlangt von jeder Forschergeneration eine den jeweiligen wissenschaftlichen Stand der Zeit berücksichtigende verständnisvolle Stellungnahme. Das ist auch das Anliegen der vorliegenden Schrift, welche die Grundgesetzlichkeit der Entwicklung des Einzelwesens (Ontogenie) wie der Stammesentwicklung (Phylogenie) behandelt. Ihr Verfasser ist allgemeiner bekannt durch seine vielseitige fruchtbare Forscherstätigkeit, die ihn zunächst zum Dozenten an der Tübinger Anatomie, anschließend zum erfolgreichen biologischen Erforscher des südamerikanischen Chaco-Gebietes und weiterhin zum Direktor der Münchner Zoologischen Staatssammlungen werden ließ. — Im ersten Teil seiner Schrift erörtert er zunächst, wie der Gedanke der Stammesentwicklung geschichtlich entstand, weiterhin deren ungelöste Probleme, die Vielfältigkeit des lebendigen Geschehens, seine innere und äußere (umweltbezogene) Harmonie und schließlich die neodarwinistische Annahme der Artveränderung durch Mutation (de Vries). — Im zweiten Teil gibt er seine „eigene“ Einstellung wieder „entsprechend dem Bestreben eines jeden denkenden Naturwissenschaftlers, sich eine ihn persönlich einigermaßen befriedigende Vorstellung vom stammesgeschichtlichen Geschehen zu verschaffen“. So ist es dem Verfasser „unwahrscheinlich, daß blinde Mutation und Selektion die alleinigen ursächlichen Faktoren der Stammesentwicklung sind“. Vielmehr erfolgt, wie an Hand der Befunde mit allem Vorbehalt als „Arbeitshypothese“ näher ausgeführt wird, „die ontogenetische und phylogenetische Veränderung der Formen als grundgesetzliche Notwendigkeit im Sinne eines Gefalles“, bei dem der jeweilige Differenzierungs- und Spezialisierungsgewinn bzw. „Fortschritt“ gleichzeitig an einen Potentialverlust, d. h. eine Verarmung an ursprünglichen vielseitigen Entwicklungsmöglichkeiten gebunden ist. Demnach bestände „das Wesen jeder Entwicklung in partieller Intensivierung von Bau und Leistung bei zunehmender Blockierung anderer Reaktionsrichtungen“. — Im engen Rahmen des vorliegenden Referates können von der inhalts- und gedankenreichen, in frischem persönlichem Stile geschriebenen Schrift natürlich nur kurze Andeutungen gemacht werden. — Sehr wohlthuend empfindet man überall den naturoffenen Blick des Verfassers, der, indem er sich

von dogmatischen Scheuklappen und wissenschaftlicher Engherzigkeit freihält, das Erforschbare zu erforschen strebt, dabei aber doch das letzte große Rätsel, das jenseits unserer Erkenntnismöglichkeit liegt, in Ehrfurcht anerkennt.

Prof. Dr. Jacoby, Tübingen

Alice Platen-Hallermund: „Die Tötung Geisteskranker.“ Verlag der „Frankfurter Hefte“, Frankfurt am Main, 1948, 131 Seiten, DM 3.20.

Im Verlag der „Frankfurter Hefte“ hat die in Bamberg tätige Ärztin Dr. Alice Platen-Hallermund als Mitarbeiterin der Deutschen Ärztekommision beim amerikanischen Militärgericht (Leiter Dr. A. Mitscherlich) eine Schrift herausgegeben: „Die Tötung Geisteskranker in Deutschland“, die Viktor von Weizsäcker gewidmet ist, dem Heidelberger Neurologen, der ja über das gleiche Problem in der „Psyche“ (Heft 1) ausführlich geschrieben hat. Das vorliegende Buch gibt einen sehr anschaulichen Ausschnitt aus den Erfahrungen über die „Euthanasie“ bei idioten, Geisteskranken, Kriminellen, Fremdrassigen in den hessisch-nassauischen Anstalten Hadamar, Eichberg und Kalmenhof. Die Darstellung basiert namentlich auf vielen Dokumenten, die im Verlauf der gerichtlichen Verfahren gesammelt wurden; die Verfasserin schildert nach einem Vorwort, das allgemeine sozial-ethische Gedanken gibt, zunächst die Wurzeln des Euthanasiegedankens in Deutschland von Binding-Hoche bis zu K r a n z, Gießen, und B r a n d t, dem Leibarzt Hitlers. Vieles davon ist uns schon früher bekanntgeworden (namentlich in der „Wandlung“ 1947). Jetzt erfahren wir Genaueres, das dokumentarisch gestützt ist, über die Vorbereitung der Euthanasie, über den berüchtigten „Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“, sodann über das methodische Vorgehen bei der Euthanasie der Erwachsenen; es folgen Ausführungen über die Tötung von Konzentrationslagerhäftlingen in den „Euthanasieanstalten“. Grundsätzliches lesen wir über die Verantwortlichkeit der Ärzte für die Euthanasie. Daran schließt sich eine Charakterisierung der hauptsächlich verantwortlichen Ärzte, des von ihnen angewandten Terrors im Rahmen des Programms, das nicht von ihnen selbst aufgestellt worden war, und abschließend eine (etwas lückenhafte) Schilderung der Widerstände gegen die Euthanasie, an denen es doch nicht ganz fehlte.

Prof. Dr. R. Gaupp sen.

## Bekanntmachungen

### Fortbildungskurse in Karlsruhe

Von Montag, den 24. April bis Sonnabend, 29. April 1950, finden in Karlsruhe folgende Fortbildungskurse statt:

#### I.

Dozent: K i e n l e

„Elektrokardiographie und Röntgendiagnostik des Herzens“ (Extremitäten-EKG, Belastungs-EKG, „unipolares“ Brustwand-EKG, Röntgenbild und Flächenkymogramm).

Täglich 4 Stunden — Kursgebühr DM 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

#### II.

Dozenten: K i e n l e und K n ü c h e l  
„Moderne Laboratoriumsmethoden“

(Graphimetrie, Titrimetrie, Kolorimetrie, Photometrie, Nephelometrie. — Qualitative und quantitative chemische Analysen, qualitative Erfassung und Auswertung unspezifischer Reaktionen, Funktions- und Belastungsproben).

Täglich 4 Stunden mit praktischen Demonstrationen.  
Kursgebühr DM 30.— (zugunsten des wissenschaftlichen Notfonds).

Beide Kurse können gleichzeitig besucht werden.

Anmeldung bis spätestens 15. April 1950 an die II. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestraße 18.

### Kongreß der süddeutschen Tuberkuloseärzte

Unter dem Vorsitz von Obermedizinalrat Dr. R. Griesbach-Augsburg findet der diesjährige Kongreß der „Wissenschaftlichen Gesellschaft süddeutscher Tuberkuloseärzte“ in der Zeit vom 2.—4. Juni in Rothenburg o. T. statt. Hauptthema: Differentialdiagnose der Tuberkulose. Anfragen und Anmeldungen von Nichtmitgliedern sind zu richten an das Sekretariat Augsburg, Hochfeldstr. 2.

### Tagung der Südwestdeutschen Kinderärzte

Am 4. Juni 1950 findet in Tübingen die Tagung der Südwestdeutschen Kinderärzte statt. Vortragsmeldungen und Quartierwünsche werden bis spätestens 30. April 1950 erbeten an Oberarzt Dr. Grundler, Tübingen, Universitäts-Kinderklinik.

### „Du und die Welt“

— Das deutsche Gesundheitsmagazin —

benötigt laufend interessante und aufschlußreiche Artikel aus der ärztlichen Tätigkeit sowie für die Bebilderung geeignete Photos, Farbvorlagen, Zeichnungen u. dgl. Alle schriftstellerisch oder künstlerisch begabten Kollegen werden zur Mitarbeit eingeladen und wollen sich unmittelbar mit dem Ärzteverlag GmbH, Gießen/Lahn, Grünberger Straße 116, in Verbindung setzen.

### Osterreichische Arzteblätter

Der Springer-Verlag Wien gibt bekannt, daß er in München 1, Theatinerstraße 8, ein Auslieferungslager unterhält.

### Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln (Einbruchsdiebstahl)

Nach Mitteilung der Kriminalpolizei Braunschweig wurden in der Zeit von Ende Januar 1950 bis 7. Februar 1950 durch Einbruchsdiebstahl bei der pharm. Großhandlung **K a h l e r t & B u s c h m a n n**, Braunschweig, nachfolgende Opiate, die aus Wehrmachtsbeständen stammten, entwendet:

1. 1 kg Cocain hydro. Herstellerfirma: Les Etablissement Civaudon & Cie., Lyon; Verpackung: graublauer Blechbehälter mit weißem, schwarzbedrucktem Etikett mit Aufschrift „Hydra de Cokaine“;

2. 80 g Cocain purum. Herstellerfirma: Firma Merck, Darmstadt; Verpackung: braune Glasflaschen zu 2mal 25 und 3mal 10 g;

3. 5 kg Opium-Pulver, 10 Prozent. Herstellerfirma: K. H. Stochringer & Sohn, Niederingelheim; Verpackung: blaue Papiertüte mit weißem, schwarzbedrucktem Etikett mit Aufschrift „Opium-Pulver, 10prozentig“;

4. 3,025 kg Opium aque sice. Herstellerfirma: Hoffmann la Roche/Basel; Verpackung: braune Glasflasche mit Wellpappe-Umhüllung und weißem, schwarzbedrucktem Etikett mit Aufschrift „Opium aque sice, Hoffmann la Roche, Basel“.

Sachdienliche Angaben über Auftauchen oder Anbieten des Diebesgutes nimmt die Landespolizei Württemberg, Kriminalhauptstelle, Stuttgart, entgegen.

### Suchanzeige

Gesucht wird Dr. med. **Max S k i b b a**, vor dem Krieg Kreisarzt in Pyritz i. Pommern. Gesucht werden ferner die Adressen von Ärzten, die vor dem Kriege in Pyritz i. Pommern ansässig waren. Meldungen werden erbeten an die Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Fürstenwall 91.

## ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

## EINLADUNG

zum **Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart** am Samstag, den 1. April 1950  
im Landesgewerbemuseum, Kienestraße 18  
(Fernruf 9 22 51—54, App. 269)

- 9—10 Uhr **Dr. Woeber, Bonn:**  
Über Ultraschalltherapie
- 10—11 Uhr **Prof. Dr. Gutzeit, Bayreuth:**  
Über Hepatitis epidemica
- 11—12 Uhr **Prof. Dr. Schulten, Köln:**  
Neueres über die Therapie der Blutkrankheiten
- 15—16 Uhr **Prof. Dr. Hansen, Lübeck:**  
Über Allergie
- 16—17 Uhr **Prof. Dr. Zutt, Würzburg:**  
Über Wunderheilungen
- 17—18 Uhr **Dr. Dr. Voeller oder Prof. Dr. Reiter, Kassel:**  
Über die Therapieen der Elenaklinik (Postencephalitis) mit Lehrfilm

Weitere Fortbildungstage werden am 6. Mai, 3. Juni und 1. Juli des Jahres stattfinden.

**Dr. Neuffer**  
Präsident der Ärztekammer  
Nord-Württemberg E. V.

**Professor Dr. Dennig**  
Vorsitzender des Ausschusses  
für ärztliche Fortbildung

### Einführungslehrgänge in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg in Stuttgart-Degerloch hat in diesem Jahr einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis in der Zeit vom 3. bis 5. Februar auf der Akademie Comburg bei Schwäbisch Hall veranstaltet. Dieser Lehrgang war für die teilnahmepflichtigen Ärzte der Kreise Aalen, Backnang, Crailsheim, Schwäbisch Gmünd, Schwäbisch Hall, Heilbronn, Künzelsau, Mergentheim und Orlingen bestimmt. Für die Ärzte von Groß-Stuttgart und der Kreise Böblingen, Eßlingen, Leonberg, Ludwigsburg, Nürtingen, Vaihingen und Waiblingen findet ein Einführungslehrgang am 18. und 19. März dieses Jahres in Stuttgart-Degerloch, Heimkehrerheim, statt. Als letzter Einführungslehrgang dieses Jahres soll ein Kurs

für teilnahmepflichtige Ärzte aus den Kreisen Göppingen, Heidenheim und Ulm am 15. und 16. April voraussichtlich in Ulm stattfinden.

Die Teilnahme an einem Einführungslehrgang ist Pflicht für alle Ärzte, die seit Mai 1945 zur Kassenpraxis zugelassen oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt worden sind. Die Verpflichtung gilt außerdem für die seit dem gleichen Zeitpunkt lediglich an der Ersatzkassenpraxis beteiligten Ärzte.

Wie die Erfahrungen der Krankenkassen und der Organe der KV in den letzten Jahren gezeigt haben, tragen diese Lehrgänge einem tatsächlich bestehenden Bedürfnis Rechnung. Das wurde auch von Teilnehmern am Comburger Lehrgang bestätigt, die betonten, daß der ihnen bisher vermittelte

Wissensstoff doch hinsichtlich der Sozialversicherung und ihrer besonderen Bedürfnisse wesentliche Lücken aufgewiesen habe.

Von der hiesigen KV-Landesstelle wurden seit Ende des zweiten Weltkrieges erstmals im Jahre 1947 zwei Einführungslehrgänge veranstaltet, deren Vorträge infolge der unzureichenden Unterbringungsmöglichkeiten je auf einen Tag zusammengedrängt worden waren. Die in diesem Jahre stattfindenden Lehrgänge sollen allen seit Mai 1945 bis jetzt kassenärztlich tätig gewordenen Ärzten Gelegenheit geben, durch den Besuch die Voraussetzung für die endgültige Genehmigung zur Ausübung der Kassenpraxis zu erfüllen. Außerdem haben alle diejenigen Ärzte die Möglichkeit der Teilnahme, die beabsichtigen, sich im Verlauf der nächsten zwei Jahre um die Kassenpraxis zu bewerben. Es ist anzunehmen, daß der Zulassungsausschuß künftig mit den sonstigen Antragsunterlagen auch die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung verlangen wird, wie es auch früher üblich war. Es wird deshalb all diesen Ärzten dringend empfohlen, die in diesem Jahr gebotenen Möglichkeiten zu benutzen, da nicht daran gedacht ist, im Jahre 1951 weitere Einführungslehrgänge stattfinden zu lassen.

Die noch für dieses Jahr geplanten zwei Lehrgänge sehen folgende Vortragsfolge vor:

1. Die Stellung des Arztes zur Sozialversicherung
2. Die Sozialversicherung in Deutschland
3. Kassenarztrecht und Kassenhonorar
4. Das Zulassungswesen und die Berufsordnung
5. Die Gebührenordnungen des Kassenarztes und die wirtschaftliche Behandlungsweise
6. Die wirtschaftliche Verordnungsweise
7. Honorar-Verteilung und Abrechnung
8. Der Vertrag mit den Ersatzkassen und die Verträge mit den Berufsgenossenschaften (Durchgangsarztverfahren) und sonstigen Stellen
9. Der vertrauensärztliche Dienst
10. Kassenarzt und Krankenkasse im täglichen Verkehr
11. Die Sozialeinrichtungen der Ärzteschaft
12. Steuer- und Versicherungsfragen des Kassenarztes

Um vorhandene Fragen und Unklarheiten zu beseitigen und damit den praktischen Wert der Vorträge zu erhöhen, ist im Anschluß an jeden Vortrag Gelegenheit zur Aussprache gegeben.

#### Achtung! Kolleginnen und Kollegen!

Um soviel wie möglich Portokosten zu sparen, werden die Veröffentlichungen der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. und Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg (US-Zone) — soweit sie nicht im Südwestdeutschen Ärzteblatt erscheinen können —, den Kolleginnen und Kollegen als Drucksachen zugehen. Es wird dringend gebeten, diese Drucksachen nicht den üblichen Weg in den Papierkorb wandern zu lassen, sondern sie mit der gleichen Aufmerksamkeit zu behandeln, die den Briefsendungen gewidmet wird.

#### Bericht

#### über die 3. Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. am 4. Februar 1950

##### Tagesordnung:

- I. Haushaltsplan 1950
- II. Berufs- und Facharztordnung
- III. Verschiedenes

Zu I. Die Versammlung verzichtet darauf, jeden einzelnen Punkt des Haushaltsplanes 1950, der allen Kreisärzteschaften am 5. Januar 1950 zur Beratung in ihren Mitgliederversammlungen zugestellt worden war, durchzusprechen. Eine Aussprache fand statt nur über die Alters- und Hinterbliebenenbeihilfe für Angestellte (Hartmannstiftung), über den Pressefonds und über das Südwestdeutsche Ärzteblatt. Schließlich wurde jedoch die Ausgabenseite des Plans in der vorgeschlagenen Fassung mit 62 Stimmen bei einer Stimmenthaltung angenommen.

Einnahmeseite: Die Höhe und die Art der Festsetzung des Kammerbeitrags 1950 wurde eingehend beraten. Bei einer Staffelung nach dem Einkommen sollte nach Vorschlag

einiger Delegierten nicht mehr das Brutto-, sondern das Nettoeinkommen zugrundegelegt werden mit Rücksicht auf die sehr verschiedenen hohen Unkosten. Von anderer Seite wurde geltend gemacht, daß schon bei reichlich vielen Gelegenheiten Beiträge und Abzüge nach der Einkommenshöhe gestaffelt würden und man als Mitgliedsbeitrag für einen Verein billigerweise wie überall üblich einen einheitlichen Beitrag festsetzen sollte. Mit 51 gegen 12 Stimmen wurde die Erhebung eines festen Satzes für niedergelassene Ärzte beschlossen, und mit 61 Stimmen bei 2 Stimmenthaltungen dessen Höhe auf 70 DM festgesetzt. Auf begründeten Antrag kann einzelnen Ärzten ein Nachlaß bewilligt werden. Beitragshöhe für die anderen Arztgruppen (einschließlich Zuschlag für den Fürsorgefonds):

Beamtete Ärzte und Oberärzte	36 DM
Assistenzärzte	24 DM
Volontärärzte sowie Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit	9 DM

Zu II. Es wurde aus dem Kreis der Delegierten vorgeschlagen, in § 11 der Berufsordnung die Angabe der Diagnose auf der Honorarforderung grundsätzlich zu gestatten, da das von den Kranken meist selbst gewünscht werde und für die Erstattungsanträge gegenüber Privatkassen erforderlich sei. Ferner wurde von verschiedenen Seiten angeregt, die Abwesenheit aus der Praxis (§ 24) in der Presse auch dann bekanntgeben zu dürfen, wenn die Abwesenheitsdauer 14 Tage unterschreitet. Die Rücksicht auf die auswärtigen Kranken gebiete dies. Ausartung in Reklame könne von den Kreisärzteschaften leicht unterbunden werden. Nach längerer Aussprache verzichtete die Versammlung jedoch auf Änderungen, um die Einheitlichkeit der westdeutschen Berufs- und Facharztordnung nicht zu gefährden. Sie wurde mit 60 Stimmen bei 3 Stimmenthaltungen in der vom 52. Deutschen Ärztetag vorgeschlagenen Fassung angenommen. Abänderungsanträge können von den Kreisärzteschaften über die Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. an die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern gerichtet werden; gegebenenfalls können solche Anträge auch der Delegierten-Versammlung unterbreitet und nach deren Zustimmung mit mehr Gewicht bei der Arbeitsgemeinschaft vertreten werden. Außerdem wurde erwogen, ob vielleicht einzelne Kreisärzteschaften hinsichtlich der Zeitungsanzeigen über Praxisabwesenheit Sonderregelungen treffen könnten unter peinlicher Vermeidung aller Auswüchse. Ein Beschluß hierzu wurde nicht gefaßt.

Zu III. Präsident Dr. Neuffer berichtete über die letzte Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Eine neue Gebührenordnung ist vorgesehen. Sobald der Entwurf diskussionsreif ist, wird er zur Stellungnahme in den ärztlichen Mitteilungen veröffentlicht werden. In ihm findet sich eine Besserstellung der ärztlichen Leistung unter Zurücktreten der rein technischen Leistung. — Eine Änderung der medizinischen Studienordnung soll angestrebt werden. Da wir im Kranken nicht einen Zellenstaat, sondern den ganzen Menschen erblicken wollen, darf die Ausbildung des werdenden Arztes nicht zu einseitig naturwissenschaftlich orientiert sein, sondern muß in stärkerem Maße als bisher auch die Geisteswissenschaften miteinbeziehen. Daneben muß die praktische Ausbildung verbessert werden. Dies wird ein Hauptthema des 53. Deutschen Ärztetages sein, der am 26. und 27. August 1950 in Bonn abgehalten werden soll. Weitere Themen sind: Arztrecht, Heilpraktikergesetz. —

Für die Umstellung der ärztlichen Hochfrequenzgeräte (Diathermie, Kurzwellen und ähnliche) auf bestimmte Wellenlängen wird eine Übergangszeit von etwa 5 Jahren vorgesehen werden.

Die Wartezimmerzeitschrift „Du und die Welt“ wird im März herauskommen. Sie hat ein hohes Niveau und wird die ärztlichen Probleme dem Publikum nahebringen. Möglichst weite Verbreitung ist zu wünschen. Bei der literarischen und künstlerischen Gestaltung der Zeitschrift werden alle Ärzte zur Mitarbeit aufgerufen.

Für den 4. März 1950 ist eine 2. Forum-Veranstaltung mit den Kreisärzteschafts-Vorsitzenden vorgesehen.

Ein Antrag, den Ärzten ein Benzin-Kontingent zu verbilligtem Preis zuzugestehen, ist an die zuständigen Stellen gerichtet worden; ebenso ein Antrag, das Kassen-

honorar steuerrechtlich als außerordentliches Einkommen im Sinne des § 34 E.St.G. zu behandeln, was eine wesentliche Herabsetzung des Steuersatzes bedeuten würde.

In 14-tägigem Abstand werden vom Frühjahr ab im Rundfunk ärztliche Vorträge gehalten werden (jeweils Dienstag 18.15 Uhr).

Das Gutachterverfahren in Fragen der Schwangerschaftsunterbrechung bedarf der Regelung. Eine gleichmäßige Handhabung in allen Kreisärzteschaften ist dringend nötig. Die Schwangeren gehen bei Ablehnung eines Antrags zuweilen so lange zu weiteren Ärzten, bis der Antrag schließlich doch genehmigt wird. Die Delegierten-Versammlung beschloß die Bildung einer fünfköpfigen Kommission, die Vorschläge für eine Übergangsregelung bis zum Erlaß gesetzlicher Bestimmungen ausarbeiten soll.

Dr. Knosp berichtet, daß demnächst eine Umfrage in der Frage der Alters-, Invaliditäts- und Todesfallversicherung an die Kammermitglieder hinausgehen wird. Um pünktliche Beantwortung wird gebeten.

Dr. Berner teilt mit, daß ein Verein der Vertrauensärzte in Bildung begriffen ist. Sein korporativer Beitritt zur Ärztekammer ist in Aussicht genommen.

Dr. Hämmerle, Schriftführer

### Sportärztliche Untersuchungen

Die zunehmende sportliche Betätigung der Jugend macht es notwendig, daß sie in verstärktem Maße sportärztlich überwacht wird. Bei der letzten Tagung des Landessportbundes Württemberg war die Notwendigkeit anerkannt worden, alle Jugendliche, die an Wettkämpfen teilnehmen wollen, mindestens einmal im Jahr sportärztlich zu untersuchen. Aus Totomitteln wurde hierfür ein namhafter Betrag zur Verfügung gestellt. Die sportärztlichen Untersuchungen sollen in enger Fühlungnahme mit den örtlichen Turn- und Sportvereinen und den Gesundheitsämtern durchgeführt werden. Besonderer Wert wird auf eine Röntgendurchleuchtung der Brustorgane gelegt. Im Interesse einer raschen Durchführung der Untersuchung wird gebeten, daß die interessierten Kollegen sich möglichst bald bei der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Sportärzte, Stuttgart, Landhausstr. 20, melden, damit die näheren Einzelheiten mit ihnen besprochen werden können.

Prof. Dr. Heiss

### Toten-Tafel

- Im Jahre 1949 schieden durch Tod aus unseren Reihen:
- Dr. Andrassyen., Karl, Böblingen, am 27. November 1949, 89 Jahre
  - San.-Rat Dr. Bieling sen., Kurt, Göppingen, am 25. Mai 1949, 75 Jahre
  - Dr. Cuhorst, Friedrich, prakt. Arzt in Künzelsau, am 27. Mai 1949, 76 Jahre

- Dr. Dietel, Werner, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Ulm, am 13. November 1949, 42 Jahre
- Dr. Fehr, Jakob, Hüttlingen, am 30. September 1949, 77 Jahre
- Dr. Fischer, Karl, prakt. Arzt in Stuttgart, am 24. September 1949, 56 Jahre
- Dr. Friedel, Otto, prakt. Arzt in Stuttgart-Wangen, am 15. Juni 1949, 51 Jahre
- Dr. Gürsch, Erich, Heidenheim/Br., am 27. Mai 1949, 62 Jahre
- Dr. Hengstberger, Rudolf, prakt. Arzt in Stuttgart-Untertürkheim, am 14. November 1949, 58 Jahre
- Dr. Joos, Walter, prakt. Arzt in Stuttgart, am 16. September 1949, 49 Jahre
- Dr. Khittl, Ferdinand, Bad Friedrichshall-Jagstfeld, am 21. November 1949, 77 Jahre
- Dr. Koschella, Hans, Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten in Stuttgart, am 8. September 1949, 79 Jahre
- Dr. Lehder, Max, Schloß Katzenstein, am 9. Mai 1949, 78 Jahre
- Geh. San.-Rat Dr. Mandry, Gustav, Stuttgart, am 14. März 1949, 86 Jahre
- Dr. Mitzely, Maximilian, prakt. Arzt in Kornwestheim, am 29. September 1949, 52 Jahre
- Dr. Reuss, Wolfgang, prakt. Arzt in Marbach/N, am 3. Januar 1949, 71 Jahre
- Dr. Sedlaczek sen., Stephan, prakt. Arzt in Stuttgart-Untertürkheim, am 27. Mai 1949, 65 Jahre
- Dr. Siebert-Höh, Berta, prakt. Ärztin in Stuttgart-Wangen, am 3. September 1949, 41 Jahre
- Med.Rat. Dr. Suhr, Johannes, Ludwigsburg, am 15. März 1949, 61 Jahre
- Dr. Schmid, Franz, prakt. Arzt in Ellwangen/Jagst, am 11. Mai 1949, 49 Jahre
- Ob.Reg.Med.Rat i. R. Dr. Schmid, Paul, Bad Mergentheim, am 31. Januar 1949, 73 Jahre
- Dr. Schmitt, Ludwig, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Stuttgart-Bad Cannstatt, am 15. Dezember 1949, 58 Jahre
- Dr. Stengelin, Albert, prakt. Arzt in Nürtingen, am 21. Mai 1949, 49 Jahre
- Dr. Walz, Max, prakt. Arzt in Vaihingen/Enz, am 9. März 1949, 58 Jahre
- Dr. Wannenwetsch, Georg, prakt. Arzt in Hohenstaufen-Ottenbach, am 13. Dezember 1949, 60 Jahre
- Dr. Welzel, Wilhelm, prakt. Arzt in Eßlingen/N, am 20. Mai 1949, 60 Jahre
- Dr. Wheeler-Hill, Erik, prakt. Arzt in Stuttgart-Feuerbach, am 11. September 1949, 51 Jahre
- Dr. Wolff, Egon, Facharzt für Chirurgie, Stuttgart, am 22. Januar 1949, 65 Jahre
- Dr. Zenker, Paul, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Stuttgart-Bad Cannstatt, am 28. April 1949, 60 Jahre.

## Rezeptpflicht, Gebrauchsanweisung und wirtschaftliche Arzneiverordnung<sup>1</sup>

Während des Krieges wurde eine Anzahl Arzneimittel dem Rezeptzwang unterstellt. Das bedeutet, daß diese Arzneimittel nur auf Grund einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung (Rezept) in der Apotheke abgegeben werden dürfen. Infolge der Kriegsergebnisse sind die Einzelheiten dieser Verordnungen den Ärzten usw. nicht oder nicht ausreichend bekanntgeworden, woraus sich mitunter Schwierigkeiten zwischen Arzt, Patient und Apotheker ergeben, indem unzureichend ausgestellte Verschreibungen nicht beliefert werden und der Patient nochmals den Arzt aufsuchen muß, damit die Verschreibung vervollständigt werde.

Es handelt sich um folgende Bestimmungen:

1. Polizeiverordnung über Barbitursäureabkömmlinge vom 25. 11. 1939;
2. Polizeiverordnung über die Abgabebeschränkung für

weibliche Geschlechtshormone und andere Arzneimittel vom 13. 3. 1941 und 27. 2. 1942;

3. Polizeiverordnung über die Abgabebeschränkung für Sedormid und andere Arzneimittel vom 15. 2. 1942;
4. Polizeiverordnung über die Abgabe von Doryl und anderen Arzneimitteln vom 25. 1. 1944.

Allen vorgenannten Polizeiverordnungen ist gemeinsam, daß die darin genannten Arzneimittel nur auf eine mit Datum, Gebrauchsanweisung und Unterschrift versehene Verschreibung eines Arztes usw. in der Apotheke abgegeben werden dürfen.

Darüber hinaus verlangt die Polizeiverordnung über Barbitursäureabkömmlinge eine Gebrauchsanweisung, aus der die Einzel- und Tagesgabe ersichtlich sein muß.

Der Arzt wird nun vielfach aus dem Namen eines Arzneimittels, das er verordnen will, nicht feststellen können, ob eine Gebrauchsanweisung erforderlich ist oder nicht. Auch seine Nachschlagewerke, denen er die Zusammensetzung des Mittels entnehmen könnte, werden ihn mitunter im Stich lassen, so daß es angebracht sein dürfte, nachstehend die

<sup>1</sup> Veröffentlicht auf Wunsch des Innenministeriums Württemberg-Baden

bekannteren Mittel aufzuführen, ohne jedoch Vollständigkeit anzustreben.

Agomensin  
Allional  
Allylisopropylacetyl-carbamid  
Aminobenzoyldimethyldiaethylaminopropanol  
Antibex  
Anticomman  
A.T. 10  
Belladenal  
Bellergal  
Blutstockungen, Mittel gegen  
Brom-Nervacit  
Cardiotrat  
Chineonal  
Chinfortan  
Chinin  
Cibalgin  
Citonervan  
Clavipurin  
Codeonal  
Coffeminal  
Contrafluol  
Cornutin  
Corochin  
Corpus luteum-Präparate  
Curreal  
Cyren A  
Cyren B  
Deriminal  
Devegan  
Dextrovagin  
Dial  
Dibrophin  
Dihydrotachysterin (A.T. 10)  
Dodonal  
Doralgin  
Dormovit  
Doryl  
Edo  
Eldoral  
Emenagon  
Ergobasin  
Ergobel  
Ergocholin  
Ergometrin  
Ergopan  
Ergostabil  
Ergotin  
Eugrippan  
Eukliman  
Eunarcon  
Eupaco  
Eusemin  
Evipan(-Natrium)  
Expectal  
Flavolutan  
Follikelhormon  
Follikulin  
Fontanon  
Gelonida somnifera  
Geschlechtshormone, weibliche (Follikelhormon, Corpus luteumhormon), Pflanzenstoffe sowie synthetische und halbsynthetische Stoffe mit den Wirkungen der weiblichen Geschlechtshormone (z. B. Abkömmlinge des Oestrans und Stilbens, wie Di-(p-oxyphenyl)-hexen) sowie Zubereitungen, die diese Stoffe enthalten.  
Globichthol  
Globuli vaginales  
Glyboral forte  
Guanidin, seine Salze und Verbindungen sowie die

Zubereitungen dieser Stoffe (z. B. Anticomman, Guabeta, Omalkan, Pancreaslets, Synthalin, Synthalin B)  
Gyanetten  
Gyan  
Gyneclorina  
Gynergen  
Gynopharm  
Ho-Chinnetten  
Hogival  
Homefa  
Hovaletten forte  
Isapogen Globuli  
Jocapral  
Klimakton  
Klimova  
Larocain  
Lenicet-Bolus  
Lentin  
Lubrokall  
Luminal (-Natron)  
Luminaletten  
Luphenyl  
Luteogan  
Luteoglandol und alle anderen Corpus luteum-Hormonpräparate  
Lutren  
Medinal  
Menformon  
Menolysin  
Menstruationsstörungen, Mittel gegen  
Minomallon  
Myocardon  
Myotrat cps.  
Neo-Gynergen  
Neo-Lubrokall  
Nervisal m. Brom  
Nervobromin  
Nervocomp  
Nervoopt  
Nervophyll  
Neuginapastillen  
Neuramag  
Neurasalonika  
Neuroflor  
Neurostrontyl  
Neuro-Trasentyl  
Noctal  
Novarial  
Novophyllin  
Oestranabkömmlinge  
Oestroglandol  
Oestromon  
Okasa feminin  
Omalkan  
Oophorin  
Optalidon  
Orgakliman  
Ovanorm  
Ovaraden  
Ovaraden-Triferrin  
Ovaria siccata  
Ovarium Panhormon  
Ovibion  
Ovobrol  
Ovocyclin  
Ovoglandol  
Ovo-Transannon  
Ovowop  
Pancreaslets  
Pan-Sedon  
Pantocain  
Partagon  
Pavyco  
Percaïn  
Perklimol

Perlatan  
Pernocton  
Pertussin-Baby-Suppos.  
Phanodorm (-Calcium)  
Pituchinol  
Planta-Fluid  
Progynon (-B-oleosum)  
Prokliman  
Proluton  
Prominal  
Prominaletten  
Prostigmin  
Pyraverin  
Quadro-Nox  
Rectidon  
Regelstörungen, Mittel gegen  
Sandoptal  
Schwangerschaftsverhütungsmittel  
Secacornin  
Secale cornutum  
Secale Dispert  
Secale-Exclud  
Secalysat  
Sedormid  
Sedovegan  
Sistomensin  
Solvochin  
Somnaceticin  
Somnifen  
Spasmo-Cibalgin  
Spasmopurin comp.-Suppos.  
Spuman (auch mit Zusätzen)  
Stilboestrol  
Synthalin (-B)  
Tampospuman  
Tampovagan  
Thallium  
Theominal  
Transpulmin  
Uden  
Uzaril  
Vaginalspülmittel, Fertigerwaren  
Vagolactin  
Veralgit  
Veramon  
Verasulf  
Veronal (-Natrium)  
Vigantol forte  
Vitamin D-Stoßbehandlung, Zubereitungen zur  
Vitanerton

In Gesprächen mit Ärzten wurde nun festgestellt, daß die Abneigung, eine Gebrauchsanweisung zu verordnen, daher rührt, daß — soweit es sich um fertige Arzneien handelt — der Apotheker für das Anbringen einer Gebrauchsanweisung eine Gebühr von 10 Pfg. berechnen darf, während bei rezepturmäßig herzustellenden Arzneien die Gebühr für die Gebrauchsanweisung in dem Preis für das Anfertigen der Arznei mit enthalten ist. Der Arzt glaubt nun weiterhin vielfach, daß in der Krankenversicherung eine besondere Gebrauchsanweisung nicht verordnet werden dürfe. Daß dem nicht so ist, ergibt sich aus den Bestimmungen über die wirtschaftliche Arzneiverordnungsweise in der Krankenversicherung vom 24. 8. 1935.

In Ziffer 7 Abschnitt D heißt es:

„Den nach Rezepten herzustellenden Arzneien ist eine schriftliche Gebrauchsanweisung beizufügen, bei Handverkaufsartikeln und abgabefertigen Packungen jedoch nur im Bedarfsfalle.“

Da nun der Gesetzgeber für bestimmte Arzneimittel — außer bei den vorgenannten auch bei Betäubungsmitteln — vorgeschrieben hat, daß die ärztliche Verschreibung eine Gebrauchsanweisung enthalten muß, damit die verordnete Arznei in der Apotheke überhaupt abgegeben werden darf, ist der Bedarfsfall der genannten Bestimmungen über wirtschaftliche Arzneiverordnungsweise ohne weiteres gegeben. Es liegt mithin keine unwirtschaftliche Arzneiverordnung vor, für die der Arzt gegebenenfalls von der Krankenversicherung haftbar gemacht werden könnte.

Darüber hinaus lassen es die Erfahrungen der Praxis angezeigt erscheinen, nicht nur in den vom Gesetzgeber ausdrücklich angeführten Fällen eine Gebrauchsanweisung zu verordnen, sondern bei jedem stark wirkenden Arzneimittel, für das eine amtliche Höchstgabe festgesetzt ist. Der Apotheker ist sonst nicht in der Lage, die ihm durch die Apothekenbetriebsordnung auferlegte Pflicht zu erfüllen, nachzuprüfen, ob die Höchstgabe eingehalten ist. Hier sei eingeschaltet, daß in Württemberg bei allen stark wirkenden Arzneimitteln die Angabe einer genauen Gebrauchsanweisung gesetzlich vorgeschrieben ist. Da, wie schon erwähnt, die Höchstgaben sinnvoll nur dann berücksichtigt werden können, wenn aus der Gebrauchsanweisung die Einzel- und Tagesgabe ersichtlich ist, würde dieser Forderung allgemein nur dann entsprochen werden können, wenn in allen Ländern gleichlautende Verordnungen nach württembergischem Muster erlassen würden.

Weiter ist erwünscht, in die ärztliche Gebrauchsanweisung alles das aufzunehmen, was der Patient wissen muß. Gerade in heutiger Zeit, in der mündlich gegebene Anweisungen aus bekannten Gründen schnell vergessen werden, bedeutet es für den Patienten eine fühlbare Erleichterung, wenn er die notwendigen Angaben auf dem Arzneibehältnis findet. Der Arzt sollte auch bedenken, daß wohl der größte Teil der Arzneien nicht vom Patienten selbst, sondern von einem Beauftragten, darunter häufig Kinder, in der Apotheke in Empfang genommen wird. Die vom Apotheker dem Abholer der Arznei

mitunter gegebene mündliche Erläuterung über die zweckmäßige Einnahme der Arznei wird auf dem Wege von der Apotheke bis zur Wohnung ebenfalls vergessen. Der Erfolg ist, daß der Patient bei dem vielbeschäftigten Arzt (fern-) mündlich genaue Anweisung erbitten wird oder die Arznei unzuverlässig oder überhaupt nicht anwendet. Oder aber er verliert mangels einer — inzwischen schließlich vergessenen — Gebrauchsanweisung das Vertrauen zu der Arznei. Gerade im Hinblick auf die Krankenversicherung erscheinen diese Folgen wesentlich unwirtschaftlicher als die 10 Pfg., die der Apotheker für das Anbringen der Gebrauchsanweisung bei Handverkaufsartikeln oder abgabefertigen Packungen laut Arzneitaxe berechnen darf. Vielleicht wird bei der in Aussicht genommenen Neubearbeitung der Arzneitaxe ein Weg gefunden, um das Anbringen einer Gebrauchsanweisung in diesen Fällen auf andere Art pauschal abzugelten.

Ganz besondere Sorgfalt ist bei Verordnungen, die für Kinder bestimmt sind, erforderlich. Es sollte Gewohnheit eines jeden Arztes werden, auf den Verschreibungen für Kinder das Alter anzugeben, das aus den bereits geschilderten Gründen in der Regel vom Abholer nicht zu erfahren ist, wie auch sehr oft aus der Verschreibung nicht einmal zweifelsfrei hervorgeht, ob es sich überhaupt um ein Kind handelt. Manchmal ahnt es der Apotheker oder er erfährt es erst, wenn die Arznei angefertigt ist und abgegeben wird, im Gespräch mit dem Abholer.

Zwei bedauerliche Vergiftungsfälle mit tödlichem Ausgang, über die vor einiger Zeit berichtet wurde (Südd. Apoth.-Ztg. 87, 233, 1947), lassen erkennen, wie wichtig es ist, daß der Arzt eine ausführliche Gebrauchsanweisung auf der Verschreibung anbringt. In dem einen Fall handelte es sich um eine Verschreibung über *Ol. Chenopodii* für ein Kleinkind, bei der die Signatur lautete: „Nach Verordnung des Arztes“. In dem anderen Fall war es ein konzentrierter Sublimatspiritus, für den als Gebrauchsanweisung „nach Anweisung des Arztes“ angegeben war. Bei der gerichtlichen Verhandlung dieses Falles ergaben sich erhebliche Abweichungen über die vom Arzt mündlich erteilte Anweisung, die nicht geklärt werden konnten.

Außer dem üblichen „dreimal täglich einen Eßlöffel“, „dreimal täglich eine Tablette“ oder „dreimal täglich 15 Tropfen“, sollte der Arzt auch angeben, ob die Arznei vor oder nach der Mahlzeit eingenommen werden soll und bei Flüssigkeiten, ob unverdünnt oder verdünnt (womit?) oder auf Zucker.

Die nachstehenden Angaben über das zweckmäßige Einnehmen der Arzneien folgen einer Veröffentlichung von

R. F. Weiß, Berlin, der in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (1942 Nr. 20) ausführlich darüber berichtete.

Ganz allgemein gilt, daß Arzneien, die erfahrungsgemäß die Magenschleimhaut reizen können, nie auf leeren Magen, sondern nur im Anschluß an eine Mahlzeit eingenommen werden sollten. Hierzu gehören insbesondere Digitaliszubereitungen, Sulfonamide und Stülbenpräparate. Bei *Digitalis* stellt sich Übelkeit, sogar Erbrechen ein, was als Zeichen einer ausreichend hohen Dosierung gewertet wird. Digitalispräparate, die diese Wirkung nicht zeigen, konnten bisher nicht gefunden werden.

Die bei dem Gebrauch von Sulfonamiden auftretende Übelkeit läßt sich vermeiden, wenn die Mittel auf leicht gefüllten Magen unter Nachtrinken von Flüssigkeit, am besten frischer Fruchtsäfte (Vitamin C?), genommen werden.

Hustenmittel sind ebenfalls nach den Mahlzeiten zu nehmen, da das zumeist in ihnen enthaltene Saponin (aus der Droge stammend) leicht auf den Magen reizend wirkt.

Schließlich sei an die Salizylpräparate, Purinkörper Diuretika und die Eisenpräparate erinnert.

Vor dem Essen läßt man dagegen solche Mittel nehmen, die der Anregung der Magensaftsekretion und damit des Appetits dienen sollen (Amara und Amara aromatica).

Während der Mahlzeit sollen eingenommen werden: Salzsäure, Pepsin, Kräftigungsmittel.

Zwischen den Mahlzeiten werden verabreicht: Mineralwässer, viele medizinische Tees, Calcibronat, Traubenzuckerlimonaden, Vitamin C in größeren Mengen.

In der ärztlichen Literatur über die Arzneiverordnungslehre wird immer wieder auf die Notwendigkeit einer ausführlichen Gebrauchsanweisung hingewiesen. So sagt L. Heilmeyer in seinem Rezeptaschenbuch (7. Auflage, Gustav Fischer, Jena):

„... dies (ausführliche Gebrauchsanweisung) gilt nicht nur für die vom Apotheker anzufertigenden Rezepte, sondern auch für die fabrikmäßig hergestellten Fertigpräparate. Insbesondere bei stark wirkenden Mitteln ist eine genaue Gebrauchsanweisung (wie oft, wie viel) unerlässlich.“

Nach Gordonoff ist die größte Receptschuld ein unleserlich geschriebenes Rezept mit falscher Dosierung und ungenügender Signatur.

Zusammengefaßt ergibt sich, daß bei einer Reihe von Arzneimitteln in jedem Fall — gleichgültig, ob es sich um eine Privat- oder eine Kassenverordnung handelt — eine Gebrauchsanweisung zu verordnen ist.

## ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

### An alle in der Praxis tätigen Ärzte im Kammerbereich Württemberg-Hohenzollern

Die Ärztekammer Württ.-Hohenzollern hat in ihrer Vollversammlung vom 18. Januar 1950 die Frage der Stellung der Ärzteschaft zur Privatversicherung eingehend beraten und folgende grundsätzliche Entscheidung getroffen:

„Durch die Zugehörigkeit zu einer Privaten Krankenversicherung wird das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient in keiner Weise berührt. Die Liquidation des Arztes richtet sich ausschließlich nach zwei Gesichtspunkten, nach dem Ausmaß der ärztlichen Leistung und den wirtschaftlichen Verhältnissen des Patienten. Es entspricht nicht der ärztlichen Standesauffassung, die Liquidation nach den Tarifen der Privaten Krankenversicherungen zu bemessen.“

Es wird damit noch einmal ausdrücklich betont, daß Mitglieder von Privatversicherungen dem Arzt gegenüber Privatpatienten sind. Die Berechnung des Honorars erfolgt nach den in der Privatpraxis ortsüblichen Sätzen bzw. nach Sätzen der Gebührenordnung. Bestimmend für die Höhe des Honorars ist die ärztliche Leistung und die wirtschaftliche Lage des Patienten, nicht die von der Privatversicherung zur Erstattung mit ihren Mitgliedern vereinbarten Sätze.

Es sind Anzeichen dafür vorhanden, daß Privatversicherungen versuchen, mit einzelnen Ärzten Verträge über Honorar-

zahlungen in Höhe der einseitig von der Kasse festgelegten Sätze zu schließen.

Mit Nachdruck wird darauf hingewiesen, daß es dem Arzt gemäß Berufsordnung verboten ist, mit privaten Versicherungen Einzelverträge abzuschließen und daß ein Verstoß hiergegen die Verfolgung durch die Standesgerichtsbarkeit nach sich zieht.

Es sollen auf der anderen Seite nicht übermäßig erhöhte Honorarforderungen bei Privatpatienten gestellt werden, die einer Privatversicherung angehören, in der Erwartung, daß diese Forderungen von der Privatversicherung zu erstatten seien. Der Grundsatz, daß der Angehörige der Privatversicherung dem Arzt gegenüber Privatpatient ist, muß gerechterweise sowohl der Privatversicherung als auch dem Patienten gegenüber gewahrt bleiben.

Die Ärztekammer hat daher in der gleichen Sitzung beschlossen:

„Die Ärztekammer stellt einen dreiköpfigen Überprüfungsausschuß auf, der auf Antrag von Patienten und Privaten Krankenversicherungen Rechnungen überprüft, die das Maß des Üblichen und Angemessenen zu überschreiten scheinen.“

Es muß darauf hingewiesen werden, daß ein Verfall der Privatversicherung dadurch, daß übermäßige Forderungen an diese gestellt werden, nicht im Interesse der Ärzteschaft liegt.

gez.: Dr. Döbler,

Präsident der Ärztekammer Württ.-Hohenzollern

## LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

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

### Privatkrankenversicherung

In einer ersten Besprechung zwischen Vertretern der Privatkrankenversicherung und Ärzten am 28. Dezember 1949 wurde ärztlicherseits zugesagt, den Ärzten zu empfehlen, bei der Behandlung von Mitgliedern der privaten Versicherungen das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten.

Die Vertreter der Privatkrankenversicherung versprachen ihrerseits, ihre Mitglieder auf die Höhe der Erstattungsbeiträge aufmerksam zu machen und in Fällen, in denen der Krankentarif keine hundertprozentige Kostenerstattung vorsieht, darauf hinzuweisen, daß der Restbetrag vom Versicherten getragen werden muß.

Ferner erklärten sich die Vertreter der Privatkrankenversicherung bereit, die ihrem Verband angehörenden Versicherungsgesellschaften zu ersuchen, in ihren Briefen an ihre Mitglieder verletzende Äußerungen gegenüber Ärzten zu unterlassen.

Die Vertreter der Ärzteschaft wurden gebeten, bekanntzugeben, daß es unstatthaft sei und strafrechtliche Folgen haben könne, wenn

1. Rechnungen oder Quittungen über höhere Beträge ausgestellt würden, als gefordert oder eingenommen seien,
2. sich Ärzte einen höheren Betrag zahlen ließen, jedoch den Unterschiedsbetrag dem Patienten zurückzahlen,
3. mehr Leistungen in Rechnung gestellt als verrichtet oder die Behandlungszeiten geändert würden,
4. falsche oder irreführende Bescheinigungen über Art, Beginn und Ende der Krankheit abgegeben würden.

### 70. Geburtstag Dr. Otto Meier

Am 5. Februar 1950 vollendete Herr Dr. med. Otto Meier, Säckingen, sein 70. Lebensjahr.

Herr Kollege Meier versieht seit Jahrzehnten eine ausgedehnte Stadt- und Landpraxis in Säckingen. Er ist ein in allen Bevölkerungsschichten geschätzter Arzt, der neben seiner anstrengenden ärztlichen Tätigkeit immer noch Zeit findet, sich den ärztlichen Standesinteressen zu widmen. Lange Jahre hat er als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisvereins Waldshut-Säckingen gewirkt und sich dabei in verdienstvoller und objektiver Weise für die Belange der Ärzteschaft eingesetzt.

Wir wünschen Herrn Meier, daß er in der gleichen Frische und Rüstigkeit, mit der er sein 70. Lebensjahr überschritten hat, noch viele Jahre seinen Kollegen und Patienten erhalten bleiben möge.

Bezirksärztekammer Waldshut

### Nachruf

Am 15. Februar 1950 verstarb kurz vor Vollendung seines 76. Lebensjahres an einem Herzleiden Herr Dr. med. Wilhelm Schüssele, Facharzt für Augenkrankheiten in Baden-Baden.

Der Verstorbene, der von 1905—1914 die Augenklinik in Baden-Baden leitete und nach dem Weltkrieg neben seiner umfangreichen Praxistätigkeit die Augenabteilung des Städt. Krankenhauses Baden-Baden übernahm, ist nicht nur von allen Baden-Badern, sondern auch weit über die Landesgrenzen hinaus als Arzt und Mensch hochgeachtet.

Die Bezirksärztekammer Baden-Baden betrauert in dem Heimgegangenen einen verehrten und angesehenen Kollegen.

Bezirksärztekammer Baden-Baden

## HARTMANNBUND · LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Tübingen, Auf dem Sand 1, Tel. 3286

### Bericht über die 1. Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) am 11. und 12. Februar 1950 in München

Am 11. und 12. Februar fand in München unter lebhafter Beteiligung der Ärzteschaft die 1. Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) statt. Er stellt nach seiner auf dem letzten Arztetag erfolgten Neugründung heute wieder mit 15 000 Einzelmitgliedern den größten auf Freiwilligkeit beruhenden Verband deutscher Ärzte dar. Die Länder des Bundes, einschließlich Westberlins, waren durch 34 Delegierte vertreten.

In einem umfassenden Rechenschaftsbericht über die Arbeit der vergangenen Monate wies Dr. Dobler auf die Bedeutung der Sozialgesetzgebung hin, die wie zur Zeit der Gründung des Hartmannbundes vor 50 Jahren auch heute die Lebensbedingungen des ärztlichen Berufsstandes bestimmend beeinflusse. Der wirtschaftliche Zusammenbruch der Nachkriegsjahre habe die Ärzteschaft in eine höchst bedrohliche Situation geführt: während die Privatpraxis durch die Ausweitung der Sozialversicherung immer weiter eingeengt worden sei, können die auf Grund des Kopfpauschales von 1932 weitgehend fixierten Kassenhonorare unsere Werbungskosten und ein bescheidenstes Existenzminimum kaum mehr decken. Sobald die Ärzte aber ihre Forderungen auf eine gerechte Bezahlung ihrer verantwortungsvollen Arbeit erheben, wende man sich an die „bewährte Opferfreudigkeit des Standes“ und beteuere, daß man bei allem guten Willen natürlich kein Geld habe, die ärztlichen Leistungen einigermaßen zu honorieren. Wenn die organisierte Ärzteschaft dann wirklich Ernst mache, wie dies in den letzten Monaten im Saarland durch das dortige Ärztesyndikat (Hartmannbund) geschehen sei, um den vertragslosen Zustand vorzubereiten,

drohe der Arbeitsminister mit „Verbeamtung“, die für die Versicherungsträger die „wirtschaftlichste“ Lösung wäre. Er vergesse dabei nicht hinzuzufügen, daß sich dadurch natürlich die Zahl der beschäftigungslosen Ärzte wesentlich vermehren würde.

Nur eine auf Freiwilligkeit beruhende, alle Arztgruppen umfassende Organisation könne solche Entwicklungen vermeiden und die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung erhalten. Was Hartmann für die deutsche Ärzteschaft in zähem unermüdeltem Kampf geleistet habe, sei heute für uns als Träger seines Namens eine ernste Verpflichtung und tiefe Verantwortung all den Kollegen gegenüber, die im Wieder-aufleben des Hartmannbundes eine letzte Hoffnung in ihrer verzweifelten Lage sehen.

Nachdem der Referent auf die Ursachen der heutigen Fehlentwicklung kurz eingegangen war: die Ausweitung der Sozialversicherung auf immer weitere Kreise der Bevölkerung, den Unfug der freiwilligen Weiterversicherung vermöglicher Bevölkerungsschichten, die Übernahme großer sozialer Lasten auf die Krankenversicherung, d. h. im wesentlichen auf den Rücken der Ärzte, ohne daß sie hierfür honoriert würden, auf die Weiterentwicklung der Medizin entsprechende Vermehrung unserer ärztlichen Leistungen im Einzelfall und in der Gesamtheit, sowie die vermehrte Inanspruchnahme des Arztes durch erhöhte Morbidität, schloß er, daß das auf Grund der Brüningsschen Notverordnung von den Ärzten damals eingegangene Honorarabkommen heute nicht nur wirtschaftlich nicht mehr tragbar sei, sondern auch de jure et de facto unter den vollkommen veränderten Zeitverhältnissen als nicht mehr gerecht anerkannt werden könne.

Aufgabe des Hartmannbundes sei es, durch eine Neuordnung der Sozialversicherung im Rahmen der gesamten

Sozialpolitik die Leistungsfähigkeit der deutschen Ärzteschaft zu erhalten und zu mehren, die gerade in der heutigen Zeit schwerer gesundheitlicher und psychischer Schäden unserer Bevölkerung vor hohen Aufgaben stehe. In Beratungen mit verantwortlichen Männern der Wirtschaft, Versicherungswissenschaft und des Gewerkschaftsbundes sei man darüber einig geworden, daß die Leistungen, die die heutige Krankenversicherung ihren Angehörigen biete, die Forderungen nicht erfülle, die an eine bestmögliche ärztliche Versorgung der Bevölkerung gestellt werden müsse, um ihre Leistungsfähigkeit in Zukunft zu erhalten. Die den Krankenkassen aufgeladenen sozialen Lasten, vor allem durch Rentner und Arbeitslose, beeinträchtigen ihre Leistungsfähigkeit unerträglich. Eine Beteiligung der Versicherten an Arzt- und Arzneikosten, wenigstens bei Bagatellfällen, stoße aber bei den politischen Parteien zur Zeit auf unüberwindlichen Widerstand. Wenn jedoch die Soziallasten wieder zu Gemeinschaftsaufgaben des Staates, der Kommune, der Caritas und der Rentenversicherungsanstalten gemacht würden, könnte dies zu einer entscheidenden Entlastung der Krankenkassen führen. Es sei im übrigen nicht einzusehen, warum nicht für die Jahre des Aufbaues auch Marshall-Gelder hierfür zur Verfügung gestellt werden sollen. Gäbe es doch keine produktivere Investierung von Kapital, als es für die Hebung der Gesundheit und Förderung der Arbeitskraft des Volkes einzusetzen.

Dr. Dobler empfahl, die Ärzte mögen die gesamte ärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung in genossenschaftlicher Selbstverwaltung in eigene Hand nehmen und damit klare Verhältnisse gegenüber den Krankenkassen schaffen. Diese Lösung könnte nicht nur die vielen Reibungen gegenüber den Verwaltungsorganen der Kasse beseitigen, wie sie z. B. der vertrauensärztliche Dienst und die Rezepturüberprüfung mit sich bringen, sondern auch wieder die Schweigepflicht einführen, deren Durchbrechung durch das heutige Kassenarztsystem zur Vertrauenskrise zwischen Arzt und Kassenpatienten geführt habe.

Klare Stellung bezog der Referent zu den übrigen Organisationen der Ärzteschaft, dem Marburger Bund, der Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Mißtrauen der angestellten Ärzte sei unbegründet, daß der Hartmannbund ja doch nur ein Ableger der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern sei. Er habe wirtschaftlich wie ideell sich volle Unabhängigkeit gewahrt und werde dies, allen Schwierigkeiten zum Trotz, auch fernerhin tun. Er setze sich als für alle Ärzte verantwortlich für die erweiterte Zulassung genügend vorgebildeter Ärzte zu den Krankenkassen ein, sobald dies wirtschaftlich tragbar geworden sei. Weder ein fixiertes Kopfpauschale noch die Begrenzung auf 600 Kassenmitglieder sei nach dem heutigen Stand unseres Wissens und bei unserem gegen früher wesentlich erhöhten Arbeitsaufwand mehr tragbar. Die deutsche Bevölkerung mit ihren ausgedehnten Kriegsschäden und erhöhter Morbidität gerade auch in den sozialversicherten Kreisen brauche eine wesentlich intensivere und erweiterte ärztliche Versorgung, die aber auch entsprechend honoriert werden müsse.

Die Stellung des Hartmannbundes zu den Ärztekammern sei klar. Er bejahе ihre Notwendigkeit. Eine klare Abgrenzung der Aufgabengebiete sei abgesprochen und werde zu einer guten Zusammenarbeit führen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliege im wesentlichen die Erfüllung der ihnen durch Gesetz und Satzung übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet der Sozialversicherung: aus den bestehenden Verträgen die bestmöglichen Leistungen für die Kassenärzte herauszuholen und die Kassenhonorare so gerecht als möglich zu verteilen. Der Hartmannbund werde sie in diesem Bestreben unterstützen. Als seine hauptsächliche Aufgabe sähe er es aber an, eine grundsätzliche Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung anzustreben, die entscheidend sei für die Zukunft des Ärztestandes.

Damit fülle er eine bedrohliche Lücke in der ärztlichen Organisation aus. Sein Versagen müßte auch für die übrigen Landesorganisationen Folgen nach sich ziehen, die nicht abzusehen seien. Er habe in den letzten Monaten trotz kaum vorstellbarer äußerer und innerer Schwierigkeiten so weit Gestalt und Gesicht angenommen, daß sich heute seine Aufgaben gegenüber den anderen Organisationen klar abgrenzen lassen.

Der Hartmannbund werde eine grundlegende Neuordnung des Gesundheitswesens vorbereiten, die für die zukünftigen Geschicke des deutschen Ärztestandes entscheidend sei. Darüber hinaus werde er Verhandlungen mit den Lebensversicherungsgesellschaften aufnehmen, Wirtschaftsgenossenschaften, Stellungsvermittlung, Cavetetafel, Steuerberatung und Buchgemeinschaft einrichten, an der Neuaufstellung einer Gebührenordnung mitarbeiten und eine Prüfstelle für ärztliche Apparate, Instrumente und Arzneimittel errichten. Dazu natürlich alle aktuellen wirtschaftlichen Fragen bearbeiten, wie Benzinpreis, Telephon-Zwangsleihe, Umstellung der Kurzwellengeräte u. dgl. Eine gut arbeitende Presse- und Informationsstelle sei eine der wichtigsten Gemeinschaftsaufgaben.

Der Referent schloß seinen Rechenschaftsbericht mit den Worten: „Wir stehen heute miteinander an einem Wegekreuz. Der Hartmannbund kann den bequemeren Weg wählen, durch Propaganda und leichtfertige Versprechen die große Masse der unzufriedenen Ärzte um sich zu sammeln. Er kann sich aber auch entscheiden zu voller Verantwortlichkeit für die Gesamtheit der deutschen Ärzte, um unserer Berufung zum Dienst an unserem Volk getreu einen Weg der fruchtbaren Zusammenarbeit mit den bestehenden Organisationen zu suchen. Dieser Weg wird viel beschwerlicher sein, Mut, Tatkraft und auch Verzicht auf leichte Erfolge fordern. Er scheint mir aber der rechte zu sein, wenn der Hartmannbund wirklich wieder ein umfassender Verband der Ärzte Deutschlands werden soll. Mögen unsere Verhandlungen und Entscheidungen von dieser Verantwortung füreinander getragen sein.“

Dr. Lachmann gab als geschäftsführendes Vorstandsmitglied einen kurzen Überblick über den organisatorischen Aufbau des Verbandes, der mangels einer Hauptgeschäftsstelle und entsprechender Mittel mit größten Schwierigkeiten zu kämpfen hatte. Eine umfassende allgemeine Aussprache führte zu weiterer Klärung über die Ziele und Aufgaben des Hartmannbundes und zur Aufstellung von Leitsätzen zur Gesundheitspolitik und Sozialversicherung. Sie wurden inzwischen der Standes- und Tagespresse übergeben. In diesen wird eine erweiterte Gesundheitspflege nach dem Stand der wissenschaftlichen Entwicklung und bei voller Nutzung der ärztlichen Erfahrung gefordert, die um so nötiger ist, als nach den schweren wirtschaftlichen und territorialen Einbußen Gesundheit und Arbeitskraft im wesentlichen das einzige uns verbliebene Kapital darstellen.

Der Verband bejaht damit eine Sozialversicherung als unentbehrliches Instrument der Gesundheitspolitik. Er hält es jedoch für dringend erforderlich, die Sozialversicherung den veränderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen der Gegenwart anzupassen und ihre psychologische Grundlage zu verbessern. Der Verband erblickt in einer Ausdehnung der Zwangsversicherung nicht die geeignete Grundlage für eine dauerhafte und fruchtbare Ausgestaltung. Er hält vielmehr eine Wiederbegrenzung auf den Kreis der einer Pflichtversicherung Bedürftigen für unerlässlich. Der Hartmannbund fordert, daß die deutsche Ärzteschaft mit sachkundiger Mitarbeit an der Lösung dieses Problems maßgebend beteiligt wird.

Nach eingehender Beratung der Satzung entschlossen sich die Delegierten, den Hartmannbund als „eingetragenen Verein“ führen zu lassen mit Untergliederung in Landesverbände, denen jedoch keine Befugnis als juristische Person zusteht, um den Grundsatz der Einzelmitgliedschaft aufrechtzuerhalten. Dementsprechend wurde auch der Landesverband Bayern gebeten, seine Eintragung zu löschen und sich unter Beachtung der Satzung des Gesamtverbandes diesem einzufügen. Nachdem diese wichtigsten Fragen der inneren Organisation und der Standespolitik geklärt waren, legte der Vorsitzende für seine Person und den geschäftsführenden Vorstand sein Amt nieder und lehnte den Vorschlag einer Wiederwahl durch Akklamation ab. Da die seitherige Zusammensetzung des geschäftsführenden Vorstandes und das Fehlen einer funktionsfähigen Hauptgeschäftsstelle eine klare, jederzeit aktionsfähige Führung des Verbandes nicht ermöglicht habe, fordere er die sofortige Einrichtung einer voll einsatzfähigen Hauptgeschäftsstelle sowie Neuwahl des gesamten geschäftsführenden Vorstandes und schlug Dr. Thieding als 1. Vorsitzenden vor. Dr. Thieding wurde mit 17 gegen 16 Stimmen gewählt; Dr. Dobler als stellvertretender Vorsitzender mit 30 Stimmen bei 2 Stimmenthaltungen. Weiterhin wurden in den geschäftsführenden Vorstand gewählt: Prof.

Göbbels, Hamburg; Dr. Hinrichs, Lehr; Dr. Ostermann, Hamburg; Dr. Gmeiner, Unterfranken; Dr. Zander, Marburg. Der Gesamtvorstand setzt sich aus dem geschäftsführenden Vorstand und den Delegationsführern der Länder zusammen. Die Arbeitskreise der Krankenhausärzte, Badeärzte, Werkärzte, Knappschaftsärzte, Flüchtlingsärzte, niedergelassenen Nichtkassenärzte und der Medizinalbeamten werden mit beratender Stimme im Gesamtvorstand zugezogen. Als ärztlicher Hauptgeschäftsführer wurde Dr. Lachmann, als kaufmännischer Geschäftsführer Dr. Hadrack bestimmt. Die Hauptgeschäftsstelle soll alsbald im Raume von Frankfurt eingerichtet werden.

Der Hauptversammlungsleiter hat der Hartmannbund nun wirklich sein Gesicht bekommen und klare Stellung zu den Problemen der Gegenwart bezogen. Möge seine Entwicklung nach innen und nach außen ihm die Erfüllung der Aufgaben ermöglichen, die er sich in München gestellt hat.

— er

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

4. — 8. Woche 1950

(22. Januar 1950 — 25. Februar 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mishandlung	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Sypbülls	Unterelebstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakteriell- Lebensmittelvergiftung	Bangesche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindertifaber nach Geburt	Kindertifaber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	
																														4.
Nord-Württemberg	4.	N T			32	170	55 16	16 5	52				65	55	4	1				3	3				35	11		1	1	
	5.	N T			29	146	97 15	4 2	47		1	54	34	1	2					2	1			2	34	9	1			
	6.	N T			31	137	80 3	19 14	30			38	29	3						5	2	1			68	10				
	7.	N T			27	157	60 13	16 2	24			67	51	4	3						1					51	3		4	
	8.	N T			15	153	75 1	17 11	31			74	39	4	3						6					359	27		3	
	Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	4.	N T			10	23	27 6	5 2	51			11	2	1	2										17	118			
		5.	N T			13	14	15 7	4 1	27			7	4	2				1			4				8	94			
		6.	N T			15	18	15 6	5 1	46		1	4	7		3						10				12	60			
7.		N T			12	16	24 6	4 1	12			14	6	3											12	34				
8.		N T			8	21	21 1	6 9	11			8	9	2	1						1					28				
Nord-Baden		4.	N T			10	58	49 6	21 21	1			64	38	2	1	1										19			
		5.	N T			8	46	84 13	6 1	28	1		35	22	2	5	2					11								
		6.	N T			18	53	44 7	9 30	1	1	1	46	28	2	1	2					2				1054				
	7.	N T			6	58	47 6	13 1	37	1	1	63	37	1		3					3				1	601	2		1	
	8.	N T			7	34	43 9	11 1	53			1	46	36		2										454				
	Land Baden	4.	N T			11	14	27 6	2 2	32	1	1	19	14							30						32			
		5.	N T			17	10	25 6	5 1	36			14	16		1					5						8			
		6.	N T			14	7	8 2	46 2	2			12	13							6	29 5		1		17				
7.		N T			12	9	29 6	5 3	15			18	9	1						2						5				
8.		N T			12	12	21 2	11 1	32	2		19	12	1						2						4				

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Klinge GmbH., München über „Övibion“; Knoll A.-G. Ludwigshafen/Rh., über „Neosal“; B. Braun, Melsungen über „DBS Dibromsalzini“; Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Privia“ beigelegt.

U.S.-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jabstr. 92. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe März 1950