

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

5 (1.5.1950)

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 5

STUTTGART, MAI 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dozent Dr. Jantz:	Therapeutische Fortschritte in der Psychiatrie (Schluß)	89
Dr. Ewald, Dr. Freeman und Dr. Watts:	Nachbehandlung bei frontaler Lobotomie	92
Dr. v. Marchtaler:	Blutalkoholbestimmung und ärztliche Notfallpraxis	94
Dr. Bauer:	Zum Thema: „Die gesundheitliche Betreuung des körperschwachen Kindes“	97
Dr. Vogt:	Wo stehen wir?	98
Dr. jur. Kohlhaas:	Ärztliche Schweigepflicht und Meldeordnung	100
Dr. Beck:	Bagatellfälle	102
Dr. Schiller:	Edgar Kurz	102
Eberhard Gögler:	Missionsärztin spricht zu Stuttgarter Ärzten	104
Eingesandt		105
Buchbesprechungen		105
Bekanntmachungen		106
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	107
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	109
	Landesärztekammer Baden	109
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 13.—16. Woche 1950		110

Am Samstag, den 3. Juni 1950, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 107

(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

Schluß

III. Psychische Leidenszustände in der Therapie des praktischen Arztes

A. Beratung

Die Besonderheit psychischer Leidenszustände bringt es mit sich, daß der Arzt in der Praxis in besonderer Weise sein Bemühen auf Beratung, Belehrung und Fürsorge richten soll. Dieses beschränkt sich nicht nur auf den Erkrankten. Ebenso wichtig ist es für den jeweils wechselnden Umgebungskreis. Hierzu dürfen einige Hinweise gegeben werden.

a) Beim Kleinkind werden es die Eltern oder Pflegepersonen sein, die Rat suchen. Dabei hat es sich, auf lange Sicht gesehen, als unbedingt richtig erwiesen,

klar und wirklichkeitsgetreu die Dinge zu benennen. Die Tragfähigkeit der Eltern auch für bittere Situationen wird vielfach unterschätzt. Ihnen ist nicht mit billiger Vertröstung auf die Zukunft gedient. Vielmehr muß, soweit nur Sicherheit der Prognose vorliegt, gesagt werden, in welcher Weise die Familie sich auf die Fakten einzurichten hat. Hierbei sind in erster Linie Entwicklungshemmungen und schwere Schwachsinnzustände gemeint. Man rate im allgemeinen zu Heimaufnahme für lange Dauer, um die Mutter zu entlasten und sie für die Pflege der übrigen Kinder freizumachen. Die Entscheidung über die Erkrankungswahrscheinlichkeit weiterer Nachkommenschaft darf erst nach genauer Klärung der Art des vorliegenden Schadens und

unter Einbeziehung der in den letzten Jahren weitgehend geförderten erbbiologischen Erkenntnis geschehen. Dabei bedeutet die Besprechung der Erblichkeit keinen Hinweis auf die politische Haltung des Arztes, sondern die Nutzung von wissenschaftlichen Ergebnissen für entscheidende Klärung und vielfach auch Beruhigung der Familiensituation. Abwartende Haltung wird dagegen den häufigen „Krämpfen“ des Kleinkindes entgegenzubringen sein. Es handelt sich hierbei meist nicht um eine Epilepsie, sondern um spasmophile Reaktionen, die sich folgenlos wieder verlieren.

b) Beim Schulkind geht es vor allem um die Förderung des elterlichen Verständnisses für den mächtigen Einbruch, der mit der Einschulung auf die Psyche des Kindes erfolgt. Oft dauert es Monate, bis die Umstellung eintritt. In solchen Situationen ist man berechtigt, zu Geduld und Einsicht zu mahnen und voreilige Rückschlüsse auf Begabung zu unterlassen. Neben solchen Umständen ist erhöhtes Augenmerk auf die harmonische Gewöhnung an die neuen Umwelteindrücke zu richten. Nach der erwünschten Richtung bringen sie das Kind aus seiner tonangebenden Monopolstellung, die ihm oft in der Familie eingeräumt ist, in die nivellierende Atmosphäre der nur Gleichberechtigung unter vielen Gleichaltrigen. Dies führt häufig zum raschen Abbau mancher Eigenwilligkeit und zum Aufgeben von bizarren Gewohnheiten. In diesem Entwicklungsabschnitt ist auch die Zeit für diagnostische Klärung etwa noch bestehender Inkontinenzia urinae et alvi gekommen. Das Ergebnis der Untersuchungen wird die Therapie bestimmen. Nach der unerwünschten Richtung werden durch die Einschulung vielfach introvertierte Kinder zu extremer Absonderung, zu Schulfurcht und zu Verschrobenheit gebracht. Bei solchen Verläufen ist die Person des Lehrers nicht immer unschuldig. Es lohnt sich daher bei Häufung derartiger Entwicklungen in einer Klasse, sich auch an den Lehrer beratend zu wenden. Unangenehme Auseinandersetzungen müssen dabei in Kauf genommen werden.

c) Viel zu wenig benutzt der Arzt seine Kenntnis dazu, jungen Menschen berufsberatend zur Seite zu stehen. Verfügt er doch über die notwendige Einsicht, frei von unsachlichen Motiven die jungen Menschen auf Grund ihrer Intelligenz und Charakteranlage beruflich vernünftig zu beraten. Manchmal freilich geht er von der falschen Einstellung aus, daß ein unterbegabtes Kind, das Mühe hat, das Schulpensum zu erfüllen, doch immerhin den Anforderungen einer Lehre eines Handwerks genügen wird. Dies ist grundfalsch. Seine Empfehlung wird vielmehr die Wertskala und die jeweiligen Ansprüche der Handwerke berücksichtigen müssen, wobei zusätzlich in den jetzigen Zeiten der Nachdruck auf die bauhandwerklichen Berufe zu legen ist.

Im gleichen Entwicklungsabschnitt ist die vornehmste Pflicht des Arztes, Jugendlichen sexuelle Aufklärung zu geben. Auch heute noch findet sich außerhalb des Ärztekreises kaum ein Elternpaar, das diese für die gesamte Weiterentwicklung der Psyche des Halberwachsenen so entscheidende Aufgabe befriedigend zu lösen imstande wäre. Manches Unheil ist durch die rechtzeitige Bereinigung zu verhüten oder wenigstens wieder in Ordnung zu bringen. Vor allem ist auf die Beseitigung des noch immer weitverbreiteten „Onanieschrecks“ zu achten.

d) Viel psychologische Fähigkeit, umfassende Kenntnis und auch persönlichen Mut fordert die ärztlich ausgerichtete Eheberatung. Leider wird sie in falschverstandener Art auch heute noch weniger von den Brautleuten, als vielmehr von den der Eheschließung und dem Partner feindlich gesinnten Eltern in Anspruch genommen. Dabei soll, so setzen diese voraus, der Arzt die Haltung der Eltern stützen und autorisieren. Solchen Ansinnen wird man meistens aus dem Wege gehen müssen. Dagegen soll vor allem der Hausarzt sein ganzes Wissen Ratsuchenden zur Verfügung stellen, wobei er sich nie nur „vom Eindruck“ leiten lassen darf, sondern im Hinblick auf die Kenntnis der Familienvorgeschichte und der Eigenanamnese der beiden Partner sein Urteil zu formulieren hat. Allein sehr erfahrene Ärzte glauben sich auch dann noch nicht zu einem Ratsschlag berechtigt, sondern weisen auf den Lotteriercharacter des Unternehmens hin. Beinahe ohne Einschränkung ist jedoch im Falle einer ernsten Sucht (Morphin, Alkohol) von der Eheschließung abzuraten. Sie bedeutet in der Ehe für den gesunden Partner einen nicht abreißen den Leidensweg, der mit allen zu Gebote stehenden Mitteln das Veto des wissenden Arztes auslösen muß. Gleiches gilt für die Schizophrenie und die genuine Epilepsie, wenn der Partner bereits erkrankt ist.

e) In immer drängender Weise wird der Arzt in Hinblick zwangsläufig auf die Altersfürsorge hingewiesen. Die Gründe hierfür sind verschiedenster Art: Überalterung, Verlust von Erbsparnissen, Vernichtung der Fahrnisse, Tod der Söhne und Töchter, Flüchtlingszustrom meist alter Menschen, Verlust vieler Altersheime durch Kriegseinwirkung. Zwar wird durch einen Teil dieser Gegebenheiten bewirkt, daß einem weitverbreiteten, in den letzten Jahrzehnten vorherrschenden Ubel ein beachtlicher Riegel vorgeschoben ist, dem Bestreben nämlich, Alternde vorzeitig aus dem Familienverband zu lösen und sie einem Heim, d. h. der Allgemeinheit zu überstellen. Allein die augenblicklichen Verhältnisse in der Altersversorgung in der Stadt und vielmehr noch auf dem Lande rufen nach Reform. Denn es ist nicht zu verantworten, daß offene Alters-Tbc, Demente, Arteriosklerotiker und so fort in engster Wohngemeinschaft mit Enkeln und Urenkeln sich befinden und dabei Quelle bakterieller und psychischer Ansteckung werden. Der Arzt in Stadt und Land darf nicht ruhen, jede sich ihm bietende Gelegenheit in Ausschüssen, Parteien und Ämtern zur Lösung des Problems zu nutzen. Sein Ziel muß dabei sein, für jeden Kreisverband ein gut eingerichtetes, bettenmäßig ausreichendes und unter ärztlicher Betreuung stehendes Altersheim gegründet zu sehen. Dabei ist im Hinblick auf die Psychologie des Alters unbedingt die Unterbringung in Einzelzimmern erforderlich bzw. die Möglichkeit der Aufnahme von Ehepaaren zu bieten. Nicht unwichtig ist auch die Erfahrung, daß Heime in Randzonen größerer Städte dem Hausgeist eher förderlich sind, als Heime auf dem Lande. Die Vorstellung von der „Beschaulichkeit des Alters“ stammt von Beurteilern, die selbst noch nicht alt geworden sind. Wer sich jedoch unvoreingenommen der Psyche des Alters angenommen hat, weiß, daß ihr Anregung von außen, Abwechslung, Unterhaltung durchaus notwendig ist. Damit werden viele der aufreibenden Kleinigkeiten des

Altersalltags im Heim gegenstandslos, und der Stil des Hauses gewinnt.

Endlich sei noch auf zwei Betreuungsprobleme aufmerksam gemacht, die im Krieg und seinen Folgen ihre Ursache haben: Die Flüchtlinge und Hirnverletzten.

f) Es ist hier nicht der Ort, über die Psychologie des Flüchtlings, seine Not und deren Behebung zu schreiben. Hierzu bedarf es umfassender Vertrautheit mit dem vielschichtigen Problem. Nur dies sei vermerkt: Meiner Überzeugung nach kann die Situation ohne die entscheidende Mithilfe und ohne den Rat des Arztes nicht bewältigt werden. Dieser muß sich sowohl im kleinen Ortsverband als auch in den verschiedenen Kommissionen Geltung verschaffen. Geeignet hierfür sind welt-offene, aber eingeseessene Kollegen, die ihre Landsleute kennen, die die notwendige Durchstehkraft haben und die vor der Größe der Aufgabe nicht klein beigeben.

g) Und die Hirnverletzten? Die Folgen ihrer Verletzung sind ungleich eingreifender als jede andere Organverletzung. Neben den Herdausfällen zeigen sich vielfach psychische Allgemeinschäden, die den Verletzten in seiner Persönlichkeit wandeln. Traumatische Hirnleistungsschwäche ist die Bezeichnung für solche Allgemeinstörungen, die Merkschwäche, Reizbarkeit, Rückgang der Leistungskurve, mangelnde Abschirmfähigkeit, auch Interesselosigkeit und Kritischschwäche umfassen. Sie bringen es mit sich, daß der Hirnverletzte vielfach in Beruf, in Familie und Ortsverband auffällig und schwierig wird. Manche Ungeschicklichkeit der Selbsthilfefverbände und das gelegentlich nicht zweckdienliche Auftreten der Verletzten selbst haben dazu geführt, Behörden und praktische Ärzte vor dem Problem des Hirnverletzten resignieren zu lassen. Dort stößt er entweder auf vollendete Ablehnung, oder was seltener ist, auf ungeprüfte Gewährung aller Wünsche (beidesmal um ihn rasch los zu sein). Hier begnügt man sich auf die Ordination von Antineuralgica. Damit ist nichts gebessert und die Stimmung verschärft sich. Wichtig für den Arzt ist die Einstellung, daß die Sammeldiagnose Hirnverletzung keine Sammeltherapie nach sich ziehen darf. Jeder Hirnverletzte stellt individuelle Probleme, die nur vom Fall her zu lösen sind, sei es in therapeutischer, sei es in beruflicher oder sozialer Hinsicht. Der Kollege, der wenig Erfahrung über das Gebiet hat, wird daher gut tun, seine Patienten zu Beginn der Behandlung fachärztlich untersuchen zu lassen, um Richtlinien für den meist über Jahre hinaus notwendigen Behandlungsplan zu erhalten. Fachstellen in unserer Gegend sind das Versorgungskrankenhaus Tübingen (Beratungsstelle für Hirnverletzte) und die Betreuungsstelle für Hirn- und Rückenmarkverletzte an der Nervenlinik Freiburg i. Br.

B. Führung und Betreuung abnormer Persönlichkeiten

Mit zu den schwersten Aufgaben ärztlicher Tätigkeit gehört die erfolgreiche Führung abnormer Persönlichkeiten. Hier an der Grenze von normal und anormal, entscheidet sich für den Arzt, ob er nur Vermittler von technischen Anweisungen oder Berufener ist, der kraft seiner Persönlichkeit Schwankende stützen, Überschießende bremsen, Ablehnende aufschließen, Haltlose zur Ordnung rufen und Phantastische auf den Boden der Wirklichkeit führen kann. Als Nachlese aufgeregter Zeiten präsentieren sie sich flügelarm im Beratungszimmer des Arztes vermehrt. Dabei hat dieser häufig

weit eher die Aufgabe des Beichtigers als des Arztes zu übernehmen. Es kommt demnach neben der Beseitigung meist sekundärer Organdysfunktionen, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Magen-Darmstörungen, Sexualstörungen, „rheumatischer Beschwerden“, vor allem auf eine Lösung gegenwärtiger Umwelts- und Eigenschwierigkeiten an. Dabei wird der Ausgangspunkt der Behandlung die umfassende Klärung der jüngeren Vorgeschichte und die Bereinigung bzw. Beratung derzeitiger Lebensnöte sein. Vielfach wird der Psychopath keineswegs aufschlußbereit sprechen, sondern seine Unsicherheit hinter somatischen Beschwerden getarnt dem Kundigen dartun. Hier hilft gerade in der Allgemeinpraxis die *Narkoanalyse* manchmal überraschend weiter. Man geht bei Einwilligung der Patienten, die selbstverständlich vorher einzuholen ist, so vor, daß man ihn auf ein Ruhebett lagert und langsam *Evipan pro narcosi i. v.* gibt. Dabei unterhält man sich fortlaufend mit dem Patienten. Wenn die Einschlafperiode erreicht ist, was meist bei 3—5 cm³ der Fall zu sein pflegt, wird die Spritze entfernt. In teils befehlendem, teils überredendem Ton werden jetzt jene Themen exploriert, die wesentlich für die Situation zu sein scheinen. Dabei sind die vom Patienten assoziierten Antworten jeweils als Richtweiser für die weitere Unterhaltung zu nehmen. Vertieft sich die Narkose, erlischt der Rapport meist, um sich in der Aufwachperiode wieder einzustellen. Hemmend sind in dieser Phase jedoch gelegentlich zu beobachtende Nauseaerscheinungen mit Brechneigung. Nach Abklingen des *Evipanrausches* werden die erfahrenen Inhalte nachexploriert, wobei der Arzt gegenüber dem Patienten das Übergewicht des Vorwissens hat. (Dieser kann für die ganze Prozedur amnestisch sein.) Neben der hierdurch bedingten autoritativ günstigen Stellung des Arztes ergibt sich ein erklärungsreiches Verhalten des Patienten, der jetzt gelöst, vielfach sogar erlöst, seine Lage darlegt. Mit solchen Einsichten beschenkt, kann nun der Arzt in manchmal kurzer Zeit entscheidend helfen. Neben solchen Maßnahmen wird das Bestreben des fürsorglichen Arztes vor allem danach trachten, den häufig beruflich unzureichend eingegliederten Patienten, im Sinne arbeitstherapeutischer Prinzipien zu vermitteln. Dabei ergibt sich die Erfahrung, daß die Arbeitsämter meist in großzügiger Weise zur Mithilfe bereit sind, sofern sie nur durch den Arzt vernünftig aufgeklärt werden. Es genügt daher keineswegs, den Patienten mit einer Überweisung von zwei nichtssagenden Sätzen auf die Berufsvermittlung der Kreisstadt zu schicken, vielmehr hat dieser Mitteilung eine Aussprache zwischen Berufsvermittler und Arzt vorauszugehen.

C. Berufliche Eingliederung von Geisteskranken

Wenn ein Geisteskranker nach Abklingen des derzeitigen Krankheitsschubes aus der Fachabteilung entlassen wird, oder wenn der praktische Arzt seine Behandlung abgeschlossen hat, ergibt sich für den Kranken im allgemeinen die nicht einfache Frage der beruflichen Tätigkeit, ganz abgesehen von der großen Zahl sonstiger Schwierigkeiten, die sich auch heute noch jedem entgegenstemmen, der Insasse einer Nervenlinik oder gar einer Heilanstalt war. Es ist hier nicht der Ort (wiewohl es nötig wäre), auch unter Kollegen für eine vernünftige, philanthropische Einstellung dem Geisteskranken gegenüber zu werben. Aber doch sei der Hinweis gestattet,

daß keiner Patientengruppe in der jüngsten Vergangenheit soviel Unrecht geschah, wie gerade den Geisteskranken. Um so verwunderlicher ist bei der gegenwärtigen Bereitschaft zur Wiedergutmachung angerichteter Schäden, daß dabei des Geisteskranken kaum gedacht wird und daß er in der breiten Öffentlichkeit noch immer der Verfemung ausgeliefert ist. Um so dringlicher erscheint es, daß der aufgeschlossene praktische Arzt sich der Geisteskranken in besonderer Weise annimmt. Hierher gehört ein geduldiges Eingehen auf das vom Kranken Vorgebrachte. Dieser muß das Gefühl des Verstandenwerdens haben. Daraus ergibt sich in der Folge zusammen mit der Kenntnis des häuslichen Milieus, in dem der Patient steht, die Möglichkeit, ihn seinem Vermögen entsprechend einzugliedern. Wichtig

dabei ist vor allem die rechte Arbeitsvermittlung, die dauernde Berichterstattung durch einen verlässlichen Angehörigen über das weitere psychische Verhalten des Kranken und gelegentliche medikamentöse Maßnahmen, die jeweils Dämpfung oder Auflockerung zum Ziele haben. Bezüglich der Arbeitsvermittlung sind allgemeine Richtlinien nur schwer zu geben. Doch werden die Fachabteilungen bei Anfrage jeweils gerne mit Ratschlägen für den Einzelfall behilflich sein. Überhaupt empfiehlt sich bei der Wiedereingliederung von Geisteskranken in ihre häusliche Umgebung eine engere Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt und Klinik bzw. Heilanstalt, als dies heute allgemein üblich ist.

(Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.)

Nachbehandlung bei frontaler Lobotomie

Von Dr. Florence R. Ewald, Dr. Walter Freeman und Dr. James W. Watts¹
(Aus einem Artikel in The American Journal of Nursing, New York, April 1947)²

Wir nehmen an, daß das Stirnhirn Beziehung hat zu den höchsten Arten geistiger Tätigkeit. Es ist kein Zentrum des Verstandes an sich, sondern eher Zentrum für Einsicht und planendes Denken, für das Bewußtsein sozialer Verantwortung, für Einbildungskraft, Nächstenliebe, Aufopferungsfähigkeit, anständige Gesinnung und Moral. Das Stirnhirn ist daher von außerordentlicher Bedeutung im Leben des normalen Menschen.

Da der Thalamus allgemein als das emotionale Zentrum betrachtet wird und in hohem Maße für die Gefühlsbetonung, die die Ideen begleitet, verantwortlich ist, ist eine Unterbrechung der Bahnen zwischen Thalamus und Stirnlappen wünschenswert, wenn die Gefühlskomponente verringert werden soll.

Die präfrontale Lobotomie, die in das allgemeinere Gebiet der Psychochirurgie fällt, wurde zu diesem Zweck entwickelt — d. h., um die seelische Spannung, die mit abnormalen Gedanken verbunden ist, zu verringern.

Die präfrontale Lobotomie wird durch zwei Bohrlöcher vorgenommen, die gewöhnlich in die Kranznaht (sutura coronalis) gelegt werden. Der Chirurg führt ein stumpfes Messer ein und bewegt es im Bogen derart, daß der Hauptteil der Thalamo-frontalen Bahnen durchtrennt wird. Eine solche Unterbrechung hat zur Folge eine Verminderung oder Verschwinden der Gefühlsbetonung, die sich mit den vom Stirnhirn ausgearbeiteten Gedanken verbindet.

Das chirurgische Problem hierbei ist, den Schnitt so zu legen, daß die emotionale Spannung so weit vermindert wird, daß das Individuum nicht länger von den Vorstellungen besessen ist, daß ihm aber für die Anforderungen des praktischen Lebens genügend Gefühlswerte übrigbleiben. Obgleich die Wahnvorstellungen noch eine Zeitlang bestehen mögen, so verhindern sie den Patienten doch nicht mehr daran, seine Aufmerksamkeit der Umwelt zuzuwenden.

Die präfrontale Labotomie befriedigt am meisten bei Patienten, die an schweren Angstzuständen leiden, an motorischer Unruhe, nervöser Spannung und Depressionen. Werden solche Fälle operiert, so verschwinden

die Symptome oft schon auf dem Operationstisch. Patienten, die von Halluzinationen, Angstzuständen und hypochondrischen Ideen gequält werden, verlieren die emotionale Spannung, die mit diesen Symptomen verbunden ist, obgleich die Ideen als solche weiterhin in abgeschwächter Form bestehen mögen.

Auch in langjährigen Fällen besteht noch Hoffnung auf Erfolg, solange die emotionalen Reaktionen noch lebendig sind. Ist dies nicht der Fall, so kann von präfrontaler Lobotomie kein Erfolg mehr erhofft werden. Die Operation ist daher beschränkt auf Behandlung von Schizophrenie in den aktiven Phasen, Depressionen des Involutionalters, Neurosen mit oder ohne Zwangshandlungen und chronischen Angstzuständen.

Es bedarf keiner besonderen Erwähnung, daß die präfrontale Lobotomie eine letzte Nothandlung ist, die nur da in Anwendung kommt, wo alle anderen Behandlungsmethoden fehlgeschlagen haben. Das bedeutet jedoch nicht, daß sie hinausgeschoben werden soll, bis eine weitgehende Abstumpfung des Gefühlslebens eingetreten ist. Zeitangaben erübrigen sich, da manche Fälle von 20 bis 30 Jahren Dauer sich noch erholen können.

Die Operationsmortalität beträgt ungefähr 3%, und es sterben an den durch die Operation gesetzten organischen Veränderungen etwa 2%. Wenn die Operation kunstgerecht durchgeführt wurde, so ist das Resultat im allgemeinen dauernd; Nachoperationen werden jedoch in etwa 15% der Fälle notwendig.

Nach erfolgreicher Operation beschäftigten sich die Mehrzahl unserer Patienten in nutzbringenden Berufen (als Angestellte oder im Haushalt), nachdem sie das Krankenhaus verlassen hatten. Das will nicht heißen, daß sie genau dieselben Menschen sind oder dieselben Fähigkeiten besitzen wie vor der Krankheit. Charakterliche Veränderungen in Richtung auf eine oberflächlichere und weniger ernste Lebensauffassung können sich entwickeln.

Keiner unserer Patienten zeigte besondere Fähigkeiten auf dem Gebiete der Musik, bildenden Kunst oder Literatur. Noch keiner ist zu seiner gelernten Arbeit als Mediziner oder Krankenpfleger zurückgekehrt, und nur einer diente mit Erfolg bei der Armee. Die meisten Patienten geben sich mit gleichförmigen Arbeiten zu-

¹ Bemerkung des Herausgebers: Dr. Freeman ist Professor der Neurologie und Dr. Watts Professor der Neurochirurgie an der George-Washington-Universität in Washington, D. C. Ihre enge Mitarbeiterin Frau Ewald (Allentown State, Pa.) hat große Erfahrung in psychiatrischer Krankenpflege.

² Von der Schriftleitung gekürzt.

frieden, welche sie früher als unter ihrer Würde betrachtet hätten. Andererseits kehren auch viele mit neuem Eifer zu ihrer früheren Beschäftigung zurück, da sie jetzt nicht mehr vom Gefühle des Zweifels beunruhigt und gequält werden.

Unsere wichtigste Aufgabe ist, den operierten Menschen wieder zu erziehen. Die präfrontale Lobotomie hat zur Folge eine chirurgisch eingeleitete Kindheit. Am Anfang, wenn der Patient aus der Verwirrung, Unbekümmertheit und Trägheit erwacht, die der Operation unmittelbar folgen, zeigt er eine veränderte, zunächst unbesonnene Persönlichkeit. Im besten Falle kann man sagen, daß er unreif, manchmal infantil ist. Daher kann man auch, ebenso wie bei der Kindererziehung, in der frühesten Periode das meiste erreichen. Die Patienten entwickeln sich manchmal sehr schnell zu „Erwachsenen“, andere Male auch sehr langsam. Die Rekonvaleszenz kann sehr beschleunigt werden, wenn man weiß, worauf zu achten ist, und indem man Schwierigkeiten gleich bei ihrem Auftauchen energisch entgegentritt, ohne Zorn und mit Optimismus. Das Ziel ist ja vor allem, dem Patienten das Gefühl der Verantwortlichkeit für seine Handlungen beizubringen und nicht seine Abhängigkeit noch zu fördern.

Nach Durchführung einer präfrontalen Lobotomie hat man es mit einem einzigartigen Individuum zu tun. Obwohl sein Geist und sein Gedächtnis nicht gelitten haben, ist der Patient auf die emotionale Ebene eines Kindes herabgesunken. Auf die verschiedensten Situationen reagiert er wie ein Kind und muß dementsprechend behandelt werden.

Die eigentliche chirurgische Krankenpflege zur Vermeidung von Komplikationen ist zwar leicht, sollte jedoch nicht vernachlässigt werden. Es besteht eine leichte Temperatur- und Pulserhöhung, Puls und Atmung sollten während mindestens 12 Stunden nach der Operation stündlich kontrolliert werden. Die Temperatur wird alle 2 Stunden rektal gemessen und der Blutdruck wird während 24 Stunden stündlich bestimmt. Vorausgesetzt, daß der systolische Druck 100 mmHg oder darüber beträgt, wird das Kopfende des Bettes erhöht gehalten. Wenn der Druck unter 100 fällt, sollte man das Bett flach halten, bis der Druck auf mindestens 100 steigt, um es dann wieder am Kopfende zu erhöhen. Nach dem ersten Tag post operationem können Temperatur, Puls, Atmung und Blutdruck alle 4 Stunden gemessen werden. Der Wundschmerz ist gering. Komplikationen, die chirurgisches Eingreifen erfordern, entwickeln sich am häufigsten während der ersten 48 Stunden, daher auch die Notwendigkeit dauernder Beobachtung.

Unmittelbar nach der Operation sollte für Ruhe gesorgt werden. Schmerzen oder übermäßige motorische Unruhe können durch Beruhigungsmittel (Kodein oder Luminal) in Schranken gehalten werden. Warme Bäder für besonders erregbare oder ruhelose Patienten sind manchmal von Nutzen. Narkotische und Beruhigungsmittel sollte man sparsam verwenden.

Die Patienten sind hinsichtlich Zeit und Umgebung völlig desorientiert und während der ersten Tage unfähig, die Gegenwart zu begreifen. Während der ersten 24 Stunden tritt gewöhnlich Erbrechen ein, Gegenmittel: 1 oder 2 l 5prozentige Traubenzuckerlösung intravenös. Flüssigkeiten kann man verabreichen, sobald sie angenommen werden und darnach auch feste Nahrung. In der Regel kann der Patient nach 48 Stunden kalorienreiche vitaminhaltige reguläre Nahrung aufnehmen. Gelegentlich neigen die Patienten dazu, die Speisen auszuwürgen, einfach infolge von Trägheit. Der Kranke sollte während des Essens nie allein gelassen werden, bis die Trägheit so weit überwunden ist, daß keine Würgefahr mehr besteht. Die Patienten müssen das Essen wieder lernen. Sie haben entweder die Tendenz, mit ihrer Nahrung herumzutrodeln oder aber zu schnell zu essen. Beides kann durch Übung überwunden werden. Es erfordert erhebliche Geduld, ihnen richtiges Essen beizubringen.

Die Pflege der Wunde selbst ist sehr einfach. Der Kopf wird im Operationszimmer verbunden, und der Verband bleibt in der Regel liegen, bis die Nähte am 4. Tage nach der Operation entfernt werden. Den Patienten wird nicht klar, daß sie operiert worden sind, und sie wissen unter Umständen nicht, daß sie einen Kopfverband haben. Ja, selbst wenn er ihnen im Spiegel gezeigt wird, verstehen sie nicht, warum er da ist. Odeme und Blutungen treten manchmal unter den Augenlidern auf. Der Verband wird gelegentlich zu fest und die Patienten versuchen, ihn zu entfernen. Man kann das mit zwei einfachen Maßnahmen verhindern. Bei der ersten wird die Bandage in der Mitte der Stirne gekerbt. Auf diese Weise wird der Druck verringert, und der Patient fühlt sich wohler. Die 2. Methode macht sich den Wunsch des Patienten, mit Stoffpuppen oder glänzenden Gegenständen zu spielen, zunutze, um so Hände und Geist zu beschäftigen und ihn vom Zupfen am Verband abzuhalten.

Während der ersten paar Tage sollte der Patient nicht allein gelassen werden. Wenn die Schwester das Zimmer verlassen muß, sind Geländer am Bett anzubringen. Im allgemeinen bieten während der ersten Woche Stoffpuppen, glänzende Gegenstände, Zeitungen und Radio genügend Betätigung und Erholung für den Durchschnittspatienten. Für andere sind Bauklötze, Bilderbücher und Farbstifte eine Quelle des Entzückens. Später können Spaziergänge und Theaterbesuche folgen.

Oft behält der Patient seine Halluzinationen auch während der Rekonvaleszenz, jedoch ist weniger Gefühlsbetonung und Spannung mit ihnen verbunden. Obgleich die Bahnen chirurgisch unterbrochen wurden, kann ein Patient auch weiterhin dasselbe Gebaren zeigen. Z. B. kann er, den die Furcht vor Beschmutzung alle 5 Minuten seine Hände gründlich waschen ließ, auch nach der Operation noch weiterhin die Hände gewohnheitsmäßig waschen. Er fürchtet sich jedoch nicht mehr vor Beschmutzung, und die Gewohnheit verliert sich bald. Ein anderes Beispiel ist das eines Kranken, der vor der Operation Gehörhalluzinationen hatte; er mag sie weiter haben, aber die Stimmen besitzen keine Intensität mehr, und er schenkt ihnen wenig oder keine Beachtung, da sie ihn nicht mehr beunruhigen.

Hier soll die Pflegerin besonders gewissenhaft beobachten, ob es sich bei diesen Handlungen nur um eine Fortsetzung von früheren Gewohnheiten handelt, oder ob sie einen Restbestand der Geisteskrankheit darstellen und eine noch ausgedehntere Operation erfordern. Ein genaues Protokoll über Äußerungen und Tun des Patienten kann eine wertvolle Hilfe für den Psychochirurgen werden, wenn er über die Wirksamkeit der Operation entscheidet.

Gewöhnlich besteht Inkontinenz und verlangt, daß man den Patienten wieder erzieht wie ein Kind. Abgesehen von gewöhnlicher Krankenpflege sollten die Schwestern buchstäblich Mütter dieser „Kinder“ werden und ihnen die Grundlagen des normalen Kinderlebens beibringen. Dieser Umstand eröffnet an sich schon ein völlig neues Feld für die Krankenpflege. Oft wird eine Umarmung oder ein Kuß der Pflegerin viel dazu beitragen, diese emotionalen Kinder zu lebenswerten Erwachsenen zu machen. Mit Güte und Festigkeit kann man viel erreichen.

Die Trägheit ist am schwersten zu beseitigen. Die Kranken sitzen gerne stundenlang, ohne etwas zu tun, und man muß sie vom Stuhle ziehen, um sie aufzurütteln. Um auszuweichen, sagen sie immer wieder: „Ich werde es in einer Minute tun“, oder einfach: „Ja“. Doch werden sie nichts von selbst anfangen, es fehlt ihnen an jedem Zeitgefühl. Ein Patient, den man zieht oder

schiebt, um ihn zu einer Tätigkeit zu bewegen, kann widerspenstig werden und die Schwester schlagen wollen. Das ist lediglich eine Laune und kann durch Festigkeit von seiten der Pflegerin beherrscht werden, wie von einer Mutter, die ihr widerspenstiges Kind erzieht. Einer Sache muß man sich bewußt sein, nämlich daß die Pflegerin immer die Situation in der Hand haben und ihren Befehlen unbedingten Gehorsam verschaffen muß. Verdrießlichkeit ist oft die Folge einer solchen Laune oder Episode, aber sie geht rasch vorbei, und Schmollen ist sehr selten. Das Endergebnis ist gut, denn wenn der Patient einmal einsieht, daß er die Schwester und andere nicht einschüchtern kann, ist der Weg frei für die Erziehung und die Pflege guter Manieren.

Konzentration ist nur für kurze Zeit möglich und muß geübt werden. Nicht selten hört der Patient plötzlich mitten während des Anziehens auf und beginnt, etwas völlig Abwegiges zu tun. Mit Geduld und Beharrlichkeit kann die Schwester ihn immer wieder dazu bringen, das Notwendige zu tun, wenn es auch dreimal so lange dauern mag, wie normalerweise. Folgt der Patient den Anordnungen der Pflegerin, so sollte er immer irgendwie gelobt und belohnt werden. Erfüllt er seine Pflicht nur eben zufällig, so sollte man diesen Umstand übersehen; denn das Entscheidende ist, daß er sie tut, gleichgültig wie. Beschäftigungstherapie ist wichtig für das Wohlbefinden dieser emotionalen Kinder, und um sie baldmöglichst zu einem annehmbaren sozialen Verhalten zurückzuführen.

Alkoholabstinenz ist nötig. Mancher günstige Fall ging schlecht aus wegen Nachlässigkeit in dieser Beziehung. Das Verlangen nach Alkohol scheint ebenso schwer zu bezähmen wie das Verlangen nach Nahrung, und die Folgen sind manchmal vernichtend.

Während der Rekonvaleszenz ist eine Pflege zuhause wesentlich besser als im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim. Die Angestellten einer Anstalt sind auf den Gedanken eingestellt, daß der Patient nicht normal ist, versorgt, bedient und reingehalten werden muß. Der Lobotomiepatient fügt sich in seiner kindlichen Weise ganz vergnügt diesem Regime, und wenn man ihn so völlig seine Umgebung beherrschen läßt, wird er nie wieder seine Unabhängigkeit und sein Verantwortungsgefühl zurückgewinnen.

Andererseits ist der Patient zuhause gezwungen, sich den Gewohnheiten des Familienlebens zu beugen. Er muß morgens aufstehen und sich ankleiden, zu den Mahlzeiten erscheinen, seine Sachen aufräumen, auf seine

Kleider aufpassen, das Badezimmer mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der andern benützen und sich in dem Verkehr mit den anderen Familienmitgliedern zusammennehmen. Zuhause dreht sich das Problem der Pflege um die soziale Entwicklung des Patienten, und alles, was diese fördert, ist wünschenswert. Wenn die Pflegerin mit dem Patienten nach Hause kommt, soll sie ihn anleiten, für sich und seine Angelegenheiten Sorge zu tragen, und sie sollte mit Wort und Tat der Familie die Notwendigkeit einer solchen Weitererziehung klar machen.

Es ist für die Pflegerin keineswegs einfach, aber sehr wichtig, die Familie zu unterrichten. Es ist tatsächlich sehr schwer, den Angehörigen beizubringen, daß sie einen ganz besonderen Menschen in ihrer Mitte haben, aber für diesen Menschen muß ein Platz in der Familie gefunden werden, wenn er gesund werden soll. Die Familie muß einsehen, daß dieses Mitglied eine Zeitlang die Drohne im Bienenstock ist und als solche willig ertragen werden muß; denn eine freundlich gesinnte Umgebung ist wichtig für das Wohl des Patienten.

Die Angehörigen können die Gesundung des Patienten beschleunigen, wenn sie darauf bestehen, daß er Hausarbeiten verrichtet, selbst wenn ihm jemand folgen und dieselben Arbeiten nochmals tun muß. Die Familie muß auch lernen, die augenscheinliche Trägheit und Neigung, die Dinge aufzuschieben, zu ertragen. Wenn die Trägheit übergroß ist, kann der Arzt Amphetamine¹ zu ihrer Bekämpfung verordnen.

Man muß der Familie auch sagen, daß postoperative Krämpfe nichts Außergewöhnliches sind, und ihr erklären, wie ihnen zu begegnen ist. Die Umgebung darf keine Aufregung zeigen. Der Patient wird einfach auf ein flaches Lager gelegt und ein Handtuch oder Taschentuch zwischen seine Zähne geschoben, so daß er nicht auf die Zunge beißen kann. Nach einem solchen Krampfzustand sollten für längere Zeit Sedativa verschrieben werden, insbesondere Natrium-Dilantin oder Phenobarbital¹.

Die Schwester muß unter allen Umständen geduldig sein mit dem Kranken und der Familie, sie muß zwischen beiden vermitteln. Es ist eine schwierige Aufgabe, die aber bewältigt werden kann und muß zum Wohle des Patienten.

¹ Anmerkung des Übersetzers: Natrium Dilantin = dem deutschen Diphenylhydantoin = dem Zentropil der Nordmarkwerke. Phenobarbital = Luminal. Amphetamine = Benzdrine = dem deutschen Pervitin.

Aus dem gerichtsärztlichen Dienst der Gesundheitsbehörde Hamburg
(Leiter: Professor Dr. Hans Koopmann)

Blutalkoholbestimmung und ärztliche Notfallpraxis

Von Dr. Amand v. Marchtaler, Hamburg

Die Trunkenheitsbegutachtung spielt vor allem bei Verkehrsunfällen eine Rolle. Während der Kriegs- und Nachkriegsjahre war die Frage des Zusammenhanges zwischen Verkehrsgefährdung und Alkoholgenuß in den Hintergrund getreten. Nach der Währungsreform hat sie jedoch mit dem mehr und mehr ansteigenden Verkehr und dem billigeren Alkoholangebot wieder an Bedeutung gewonnen. Die folgenden Zahlen mögen das beleuchten: Im Bereich des Polizeipräsidiums Stuttgart

entfielen im Jahre 1946 auf insgesamt 966 Verkehrsunfälle 13, im Jahre 1948 auf 207 Verkehrsunfälle 101 durch Alkohol bedingte; von Januar bis September 1949 wurden bei insgesamt 2043 Verkehrsunfällen 144 Fälle von Trunkenheit am Steuer festgestellt. (In Hamburg wurden z. B. im August 1948 28 Fälle, im Juni 1949 76, im Oktober 1949 102 Fälle von Trunkenheit am Steuer beobachtet). So mag es für manchen Arzt, der zur Untersuchung und Blutentnahme bei Verdacht auf Trunken-

heit im Verkehr hinzugezogen wird, interessant sein, kurz das Wesentliche der Blutalkoholbestimmung nach Widmark zu erfahren. Die für alle Delikte generell geltenden Fragen der Blutentnahmetechnik, die Physiologie der Alkoholwirkung und deren Beeinflussung durch Medikamente sollen im folgenden kurz erörtert und am Beispiel Trunkenheit am Steuer dargestellt werden. Hierbei sollen auch die rechtlichen Fragen des letztgenannten, häufigsten Alkoholdelikts gestreift werden.

Die Alkoholwirkung äußert sich „in einer Wandlung der Gefühlswelt, einer veränderten Willenserregung und einer Störung der Leistungen“ (B u h t z). Anfangs ist die Empfindlichkeit für schwache Eindrücke, besonders akustischer Art, erhöht, nimmt jedoch bald ab. Die optischen Wahrnehmungen verlieren unter der Alkoholwirkung an Klarheit, das Gesichtsfeld wird eingengt, die Unterscheidung von Farben erschwert. Die Aufmerksamkeit wird stark herabgesetzt, die Reaktionszeit verändert, die Güte der Reaktion vermindert. Die Umstellungszeit von einer Situation auf eine andere — „Schrecksekunde“ — ist verlängert. All das spielt eine wesentliche Rolle beim Verkehrsteilnehmer, insbesondere beim Kraftfahrer, bei dem noch hinzukommt, daß er häufig das Gefühl für die eigene Geschwindigkeit verliert, d. h. schneller fährt, als er annimmt.

Die genannten Störungen infolge Alkoholwirkung können mit den relativ groben klinischen Methoden nicht hinreichend sicher graduell unterschieden werden, so daß es einen großen Fortschritt bedeutete, als Widmark die von ihm ausgearbeitete mikrochemische Alkoholbestimmung im Blut veröffentlichte. Anderen Verfahren gegenüber setzte sich die Widmark-Methode rasch durch und ist in Deutschland seit 15 Jahren die einzige rechtlich anerkannte Untersuchungsmethode. Ihre Ergebnisse haben in der gerichtsmedizinischen Praxis volle Beweiskraft.

Bei der Widmark-Methode wird eine genau abgewogene Menge alkoholverdächtigen Blutes zu einer genau abgemessenen Menge Kaliumbichromatschwefelsäure in ein Destillationskölbchen gebracht und destilliert. Ist Alkohol vorhanden, so wird die Kaliumbichromatschwefelsäure im Verhältnis zum Alkoholgehalt des Blutes in ihrem Säuregrad gemindert. Mittels Kaliumjodid, Natriumthiosulfat- und Stärkelösung wird der Säuregrad nach der Destillation jodometrisch bestimmt und mit einem Kontrollversuch verglichen. Der Gehalt des Blutes an Alkohol läßt sich dann errechnen. **Der Alkoholgehalt wird in Promille angegeben**, d. h. in der Anzahl der Milligramme Alkohol, die 1 Gramm Blut enthält.

Nach der Resorption des Alkohols in die Blutbahn und dem Eintritt des Diffusionsgleichgewichtes zwischen Blut und Körpergewebe (90 Minuten nach dem letzten Alkoholgenuß), drückt der Alkoholgehalt des Blutes das Verhältnis zwischen genossener Alkoholmenge und Körpergewicht aus, d. h. die Promillezahl entspricht dem Trunkenheitsgrad. Bei gleicher Trinkmenge ist also die Promillezahl bei einem leichten Menschen höher als bei einem schweren. Gleiche Promillezahlen entsprechen erfahrungsgemäß gleichen Trunkenheitsgraden.

Die Ausführung der Bestimmung setzt neben einwandfreien Chemikalien, Geschicklichkeit und Übung technische Mittel voraus. Sie muß daher entsprechend eingerichteten medizinischen oder chemischen Laboratorien

überlassen werden. Die Beurteilung kann nur durch einen erfahrenen und mit eventuellen Fehlerquellen vertrauten medizinischen Sachverständigen erfolgen, der auch die Errechnung der Alkoholkonzentration und -menge zur Zeit eines zurückliegenden Ereignisses (Beanstandung, Unfall) beherrscht und möglichst selbst Kraftfahrer sein soll. Die körperliche Untersuchung, die Blutentnahme und die mit ihr zusammenhängenden Fragen fallen jedoch in die Domäne des Praktikers.

Zur Blutentnahme verwendet man entweder die von Widmark angegebenen Kapillaren, besser aber wird das Blut der Vene entnommen. — Verwendet man die S-förmig gekrümmten Kapillaren, so läßt man durch einen Stich in das Ohrfläppchen oder die Fingerbeere Blut in die (70 bis 150 Kubikmillimeter fassende) Kapillare einlaufen. Hierbei soll man das Blut nicht aus der Einstichstelle herauspressen. Läuft es nicht von selbst ein, so kann man durch leichtes Saugen mittels eines Schlauches am freien Kapillarende die Füllung fördern. Die Kapillare soll voll gefüllt sein und keine Luftblasen enthalten, in die Alkohol entweichen könnte. Nach Füllung werden auf die Enden der Kapillare Gummikappen gesetzt. Sind diese nicht zur Hand, kann man nach dem Vorschlag Holzers die Enden der Kapillaren in den Stearinsee einer brennenden Kerze tauchen. Sie überziehen sich dann mit einer rasch erstarrenden, luftdichten Wachsschicht, die sich beim Öffnen der Kapillaren leicht abstreifen läßt. Die Füllung dreier Kapillaren ist Vorschrift, man tut jedoch gut daran, vier oder fünf zu füllen. Die Möglichkeit der Beschädigung einer Kapillare auf dem Transport läßt eine solche Reserve nützlich erscheinen.

Sehr viel praktischer ist die Blutentnahme aus der Vene. Technisch am einfachsten ist die Verwendung einer Venüle, die genügend Blut aufnehmen kann, um mehrere Bestimmungen zu gestatten (mindestens 3 ccm Blut entnehmen!), das Blut steril erhält und sofort nach Gebrauch versandbereit ist. Die speziell für die Blutalkoholbestimmung entwickelte Venüle nach K o l l e r ist gerinnungshemmend präpariert und trägt den besonderen Erfordernissen Rechnung: Die 8 ccm fassende Venüle ist drucksicher in Blechhülle und Holzkästchen verpackt, ihr ist gleichzeitig eine Ampulle mit Sublimatlösung und ein Wattebausch zur Hautdesinfektion beigegeben. Mit dem beiliegenden Pflasterstreifen kann die Einstichstelle verschlossen werden. Die Herstellerfirma (Behringwerke) legt außerdem jeder Venüle einen außerordentlich gut durchdachten Fragebogen bei.

Verwendet man zur Blutentnahme eine Spritze, so ist es am besten, das entnommene Blut ohne irgendwelche Zusätze in ein sauberes Röhrchen (Tablettenröhrchen usw.) zu entleeren und das Röhrchen durch einen Stopfen luftdicht zu verschließen. Maximale Füllung des Röhrchens verhindert ein Verdunsten des Alkohols in die über dem Blut stehende Luftblase. Venülen, Kapillaren und Röhrchen stellt die Polizei zur Verfügung. Die intravenöse Entnahme ist der Kapillarmethode überlegen, so daß auch in Stuttgart die Venüle verwendet wird.

Die Entnahme des Blutes kann der zu Untersuchende — der in der Regel auch die Kosten tragen muß (s. Anmerkung 1) — nicht verweigern, da sie ein Beweismittel

Anmerkung 1: Kosten für die Blutentnahme und Ausfüllen des Protokolls nach Privatliquidation des entnehmenden Arztes, für die chemische Untersuchung DM 15.— (Geb.-O. Chem. Pos. 2887).

im Sinne des § 81 a, Abs. I u. II. der Strafprozeßordnung ist. Auf Grund der bei Trunkenheit vorliegenden besonderen Verhältnisse kann sie durch die Polizei angeordnet (§ 81 a III StPO), notfalls erzwungen werden. Im letzten Fall ist es für den praktischen Arzt ratsam, einen Amtsarzt beizuziehen.

Unabhängig von der Art der Blutentnahme ist stets als Wesentlichstes zu beachten: Die Desinfektion der Haut und der verwendeten Instrumente (Spritze, Kanüle, Lanzette) darf nur durch Sublimat- oder Oxycyanatlösung (1:1000) vorgenommen werden. Steht beides nicht zur Verfügung, verwendet man am besten Wasser und Seife oder unterläßt die Desinfektion ganz; **niemals darf man Alkohol, Äther, Jodtinktur oder ähnliche Desinfizientien verwenden!** Um hierbei Mißgriffe zu vermeiden, ist die Koller-Venüle mit dem Sublimatpuffer ausgerüstet. In dem umrahmten Feld rechts oben auf dem Protokoll muß der Arzt noch einmal gesondert durch seine Unterschrift bestätigen, welches der erlaubten Desinfektionsmittel er verwendet hat.

Zwar haben S a a r und P a u l u s nachweisen können, daß bei intravenöser Entnahme die Verwendung alkoholischer Lösungen zur Hautdesinfektion den Alkoholwert der Blutprobe praktisch nicht beeinflusst. Es ist jedoch im Prinzip besser, alkoholische Desinfektionsmittel ganz zu vermeiden, um eine Erhöhung des Blutalkoholgehaltes zuungunsten der Untersuchten mit Sicherheit ausschließen zu können.

Ist die Entnahme durchgeführt, so hat der Arzt noch die Aufgabe, auf Grund der körperlichen Untersuchung das „Protokoll für die Alkoholbestimmung im Blute“ auszufüllen. In diesem soll das Verhalten des auf Trunkenheit zu Untersuchenden in einer Reihe von 13 Fragenkomplexen — teils einfach durch Unterstreichen des Zutreffenden — niedergelegt werden. Darüber hinaus hat sich als nützlich erwiesen, eine kurze Notiz über Zeit und Art der letzten Mahlzeit aufzunehmen. Die zuverlässige Ausföhrung der Blutentnahme und der körperlichen Untersuchung sowie die Beurteilung des Trunkenheitsgrades im Protokoll spielen eine erhebliche Rolle, da strafrechtlich der Nachweis der Schuld des Angeklagten mit letzter Sicherheit geföhrt werden muß. Jede Unklarheit kann einen Urteilspruch unmöglich machen (Beispiel: Fehlen der Angabe des verwendeten Desinfektionsmittels!). Zur Sorgfalt ist der auf Wunsch der Polizei handelnde Arzt im öffentlichen Interesse verpflichtet.

Nach der Entnahme ist die schnelle Einsendung zu veranlassen, die in der Regel durch die Polizei erfolgt. Die forensische Blutalkoholbestimmung wird in besonders beauftragten, amtlich anerkannten Privatinsti- tuten (s. Anmerkung 2), staatlichen Untersuchungsstellen und

Anmerkung 2: Die Blutalkoholbestimmung wird von folgenden Insti- tuten ausgeföhrt:

Nord-Württemberg — Dr. Schmiedel und Endres, Stuttgart, Albert-Schäffle-Straße 129 und Dr. Frey, Stuttgart-Vaihingen, Parkstraße 5,

Württemberg-Hohenzollern — Hyg. Institut der Universität Tübingen,

Nord-Baden — für die Kreise Mannheim, Heidelberg, Mosbach, Buchen und Tauberbischofsheim; das Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalstatistik der Universität Heidelberg, Bergheimer Straße 54,

für die Kreise Karlsruhe, Pforzheim und Bruchsal: die Staatliche Lebensmitteluntersuchungsanstalt Karlsruhe, Land Baden — Gerichtsmedizinische Abteilung des pathologischen Instituts der Universität Freiburg.

bei den Universitätsinsti- tuten für gerichtliche Medizin ausgeföhrt.

Der strafrechtlichen Beurteilung der bei der Widmark-Probe gewonnenen Werte liegt der § 2, Abs. I der Straßenverkehrszulassungsordnung (StVZO.) zugrunde, in dem es heißt, daß, wer infolge körperlicher oder geistiger Mängel sich nicht sicher im Verkehr bewegen kann, an ihm nur teilnehmen darf, wenn er andere nicht gefährdet. Darüber hinaus wird der unter erheblicher Wirkung geistiger Getränke Stehende im § 3, Abs. II StVZO. ausdrücklich als ungeeignet zum Föhren von Fahrzeugen bezeichnet. Die Beurteilung ist, wie gesagt, Sache des Erfahrenen, sie kann und darf nicht schematisch behandelt werden. Der Praxis Rechnung tragend sollen aber einige Zahlen von informatorischem Wert genannt werden: Mit Elbel, der sich um die Erforschung der Alkoholwirkung und -beurteilung besonders verdient gemacht hat, stehen wir grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß bereits leichter Rausch, d. h. ein Gehalt von über 1,0 Promille Alkohol im Blut den „geistigen Mangel“ im obengenannten Sinne (relative Fahrunfähigkeit — Verkehrsgefährdung sehr wahrscheinlich) einschließt. Bei mittlerem Rausch, d. h. bei einem Gehalt von 1,5 Promille und darüber ist die verkehrssichere Föh- rung eines Kraftfahrzeuges im allgemeinen unmöglich (absolute Fahrunfähigkeit). Diese Werte bedeuten keinen sehr großen Alkoholgenuß: Bei einem 75 kg schweren Mann beträgt der Blutalkoholspiegel nach Abschluß der „Resorptionsphase“ (spätestens 90 Minuten nach Trinkende) bereits bei 5 hintereinander getrunkenen Schnäpsen = 5 Glas Bier = 1½ Flaschen Moselweins etwa 1,0 Promille! Jedoch können auch wesentlich geringere Alkoholmengen im Unfallgeschehen eine Rolle spielen, so daß jeder Blutalkoholbefund später im Zusammenhang mit der ganzen Situation vom Sachverständigen überprüft werden muß, um festzustellen, ob zwischen Trunkenheit und einem anderen Delikt ein kausaler Zusammenhang besteht oder nicht. Erfordert es die Beurteilung, so muß man einen Alkoholbelastungsversuch mit psychotechnischer Prüfung zur Klärung der Alkoholtoleranz anstellen.

Für die Beurteilung kann wesentlich werden, daß bei vollem Magen die Resorption des Alkohols langsamer vor sich geht, und bis zu 25 % des genossenen Alkohols unresorbiert bleiben können. Die alte Erfahrung, daß Alkoholgenuß nach reichlicher Mahlzeit langsamer und weniger heftig eintretende Erscheinungen verursacht, wird auch durch die chemische Untersuchung bestätigt.

Zahlreiche Untersuchungen haben sich mit der Beeinflussung des Blutalkoholwertes bzw. der Alkoholwirkung durch Medikamente befaßt. Alle haben jedoch ergeben, daß eine Erniedrigung des Alkoholspiegels in gerichtsmedizinisch wesentlichen Grenzen durch kein Medikament erfolgt. Die „rauschverhütenden“ Mittel (Perkasin, Gothania-Antialkoholpastillen) bleiben nach den Erfahrungen Elbels und Schmelz', ebenso wie die Analgetica Aspirin, Gardan, Neuragol und Pyramidon (Böhmer, Elbel, Walter) praktisch wirkungslos. Die den Blutalkohol senkende Wirkung des Insulins verpufft, wie Böhmer und Jungé festgestellt haben, in wenigen Minuten. Insulin kann jedoch die Beurteilung des Trunkenheitsgrades zur ungünstigen Seite hin verschieben. Nikotin und Beruhigungsmittel wirken auf den Blutalkoholspiegel nach Mayers und Peters Versuchen nicht ein, verschlechtern jedoch die psy-

chische Leistung in erheblichem Maße. Ein anderes „Geheimmittel“, der vor der Blutentnahme genossene rohe Apfel, ist nach unseren Erfahrungen ebenfalls wirkungslos. Einen günstigen subjektiven Einfluß hat nach Koopmann und Kempfski Coffein (Bohnenkaffee), der den Betroffenen kurz „aufmöbelt“, den Blutalkoholwert jedoch unbeeinflusst läßt. Bei psychisch wirksamen Dosen treten, wie Eibel gezeigt hat, bereits objektive Vergiftungserscheinungen auf, die die gesamte Reaktionsfähigkeit einer Versuchsperson stark beeinträchtigen. Ähnlich ist die Wirkung des Pervitins, bei dem nach den Erfahrungen Eibels wesentliche, gerade für den Verkehrsteilnehmer wichtige Teilkomponenten unbeeinflusst bleiben. Bei Rausch ist kein Medikament in der Lage, Ernüchterung und die Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug verkehrssicher zu führen, wiederherzustellen.

Schon an den Tatbestand „Trunkenheit am Steuer“ knüpfen sich rechtliche Folgen, auch wenn es in der Trunkenheit nicht zu einem Delikt oder Unfall gekommen ist. Strafrechtlich verstößt der im Verkehr Trunkene immer gegen § 2 StVZO. und § 1 StVO. (Straßenverkehrsordnung), häufig gegen § 3 StVZO. Bei Entstehen eines Unfalls kommt ein Verstoß gegen § 303 (Sachbeschädigung), § 230 (fahrlässige Körperverletzung) und § 222 (fahrlässige Tötung) des Strafgesetzbuches in Betracht. Bei „Volltrunkenheit“ (die automatisch die Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. I StGB. einschließt) kommt weiter noch ein Verstoß gegen § 330 a StGB. in Frage, sofern außer der Trunkenheit noch ein anderes, strafbedrohtes Delikt vorliegt. Die Strafen im Verwaltungsrechtswege erstrecken sich auf Geldstrafen und zeitlichen oder dauernden Entzug des Führerscheines, strafrechtlich kommen Geld- und Haftstrafen in Betracht (§§ 4, 21 KFG., 49 StVO., 71 StVZO., StGB.). Besonders die letztgenannten Verstöße gegen die Bestimmungen des Strafgesetzbuches können langfristige Gefängnisstrafen nach sich ziehen. Bei ihnen kann außerdem aus § 40 StGB. auf Einziehung des Kraftfahrzeuges erkannt werden. Ist Sach- oder Per-

sonenschaden entstanden, schließt sich oftmals ein zivilrechtliches Verfahren (§§ 7 bis 20 KFG., §§ 249 ff und 823 bis 853 BGB.) an, bei dem im Gegensatz zum Strafprozeß der beklagte Kraftfahrer als Träger der Gefährdungshaftung (schnellster Verkehrsteilnehmer) den Entlastungsbeweis führen muß, d. h. dartun muß, daß der Schaden nicht durch sein Verschulden eingetreten ist. Gelingt ihm diese Beweisführung nicht, so können die finanziellen Folgen für ihn sehr viel empfindlicher sein als die im Strafverfahren verhängten. (Ein mit Personenschaden einhergehender Verkehrsunfall kostet im Durchschnitt 2500 DM, die oft nur zum Teil durch die Versicherung gedeckt werden.)

Aus praktischen Gründen soll nicht unerwähnt bleiben, daß Alkohol zu schweren Vergiftungen führen kann. Wie gegen viele Gifte, sind Kinder auch gegen Alkohol besonders empfindlich. Bei Drei- bis Siebenjährigen beträgt nach den Angaben Eibels die toxische Dosis 15 g, die dosis letalis 20—30 g Alkohol. Beim Erwachsenen sind 6—8 g Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht als obere Grenze der Verträglichkeit anzusehen. Bei einem Blutalkoholgehalt von 4 Promille aufwärts muß man mit echter, unter Umständen tödlicher Alkoholvergiftung rechnen. Zur Therapie der Alkoholvergiftung sind Pervitin und Coramin besonders geeignet (Frank e).

Zusammenfassung: Für den praktischen Arzt wird ein kurzer Abriss der Blutalkoholbestimmung nach Widmark gegeben. Die Technik der Blutentnahme wird geschildert, die Verwendung der Venüle empfohlen. Auf die notwendige Exaktheit der Blutentnahme und der körperlichen Untersuchung für die rechtliche Beurteilung des häufigsten Alkoholdelikts „Trunkenheit am Steuer“ wird hingewiesen, Rechtsgrundlagen und Rechtsfolgen werden erwähnt. Auf die Unmöglichkeit der Beeinflussung des Blutalkoholspiegels durch Medikamente wird eingegangen, die Toxikologie gestreift.

Verzeichnis der Literatur kann vom Verfasser angefordert werden. Anschrift: Hamburg 39, Mövenstraße 4.

Zum Thema:

„Die gesundheitliche Betreuung des körperschwachen Kindes“

(Siehe Heft 12, 1949)

Im Anschluß an die Ausführungen von Dozent Rohleder, möchte ich auf einige wichtige Einzelheiten bei der **Betreuung der kindlichen Fußschwächlinge** eingehen.

Kollege Rohleder fordert die Vermeidung des frühzeitigen Aufstehens, Stehens und Gehens. Die tägliche Erfahrung lehrt, daß gegen diese Forderung unbewußt in großem Umfang gesündigt wird. Zur Ausbildung von Kraft und Beweglichkeit im statischen Apparat ist entwicklungsmäßig für jedes Kind das Kriechstadium notwendig. Im Vierfüßlergang lernt das Kind im Raum sich bewegen und seine Glieder für die Aufgaben der aufrechten Haltung vorbereiten. Praktisch wird bei den meisten Kleinkindern nicht einmal die zweckmäßige Bauchlage frühzeitig und häufig genug durchgeführt. Aus ständiger Rückenlage kommen die Kinder heute in vielen Fällen, sobald sie ansprechbar sind, zum Sitzen in ein Spielgatter. Diese Spielgatter mit ihren aufrechten Stäben fördern in besonderem Maße das unzureichende Aufrichten zum Stand. Gegen die dadurch provozierte

Verbiegung der Knochen und Dehnung der Bänder helfen weder Barfußlaufen noch weiche Sohlen. Die biegsame Sohle und das Barfußlaufen von Kindern und Jugendlichen, ebenso wie von Erwachsenen haben nur da Sinn, wo unebenes Gelände zur Verfügung steht. Auch wenn wir bei barfußlaufenden Völkern deformierte Füße (hallux valgus) finden können, müssen wir doch daran festhalten, daß die weite Verbreitung der Fuß-Insuffizienz einen Milieuschaden unserer zivilisierten Umgebung darstellt.

Wo wir das Milieu, nämlich den harten und ebenen Boden nicht beseitigen können, werden wir bei Kindern und jugendlichen Fußschwächlingen die Einlagen nicht als vorübergehendes Heilmittel, sondern als ein Vorbeugungsmittel betrachten müssen. Gewiß soll die Einlage dann den Fuß nicht zur Untätigkeit bringen dadurch, daß sie starr in Form der größtmöglichen Aufwölbung unterstützt, sondern es soll die Einlage in diesen Fällen eine Begrenzung gegen die zu starke

Ablachung des auch im Schuh beweglichen Fußes bilden. In der Technik sehen wir bei jedem gefederten Fahrzeug Gummipolster gegen das zu starke Durchschwingen der Federn angebracht. Etwas Ähnliches soll die Einlage unter dem Fuß bewirken.

Abschließend warne ich davor, das Barfußlaufen so allgemein, wie es im Aufsatz Rohledersers geschieht, zu

empfehlen, da heutzutage nicht nur in der Stadt, sondern auch auf dem Lande der Bewegungsraum der Kinder (auf Straße, Hof, Haus, Umgebung) hart und eben gestaltet ist und dann jede Belastung im Stehen und Gehen abflachend und dehrend auf die schwächlichen Fußgewölbe wirkt.

Dr. Hermann Bauer, Baden-Baden

Wo stehen wir?

Von Dr. med. Eduard Vogt, Vorstand des Ärztlichen Bezirksvereins, Stadtrat in Isny

Es gibt wohl wenig Ärzte, die heute nicht mit banger Sorge in die Zukunft blicken. Gerade für den Arzt, der bei seiner beruflichen Tätigkeit unbelastet sein soll, ist die dauernde Überlegung, wie er mit seiner Familie finanziell durchkommen und wie es mit der Ausbildung seiner Kinder gehen wird, eine schwere Behinderung. Besonders deprimierend ist, daß der Verdienst des Arztes in gar keinem Verhältnis zu der schweren Arbeit steht (vgl. Schlußabrechnung 1./49). Wir wissen, daß die Verhandlungen mit den Kassen wegen Erhöhung der Quote sehr schwierig waren. Meiner Ansicht nach war aus verschiedenen Gründen eine weitere Erhöhung der Quote so kurz nach der Währungsreform unmöglich zu erreichen. Ich sagte schon damals, man müsse sich bei derartigen Anträgen nach der politischen Lage und den jeweiligen sonstigen Umständen richten. Die Erklärung des vertragslosen Zustandes hätte zu einer Katastrophe geführt; denn nach all dem Erlebten, besonders nach der Währungsreform, ist zunächst einmal die Hauptsache, daß wir Ärzte, wenn auch unter erbärmlichen Umständen, in Ruhe arbeiten können. Wir hätten schon wieder eine solche Belastung nicht ertragen können und gerade die anständigen und gewissenhaften Ärzte wären daran zugrunde gegangen. Nicht wir Ärzte, sondern die Kassen hätten den längeren Atem gehabt. Daß der Hartmannbund wieder gegründet wurde, war notwendig, und wir haben das Vertrauen, daß hier jede Chance genutzt wird. Schon manchmal mußte die deutsche Ärzteschaft um ihren Bestand kämpfen. Ich glaube aber nicht, daß die Lage einmal so ernst war wie heute. Es mag richtig sein, daß uns Ärzten das Auftreten in der Öffentlichkeit nicht liegt. Wenn dies auch unseren Intentionen an sich widerspricht, so ist die Vertretung von Ärzten in allen öffentlichen Einrichtungen wie Gemeinde- und Kreisrat, Land- und Bundestag absolut notwendig. Nur so wird man uns Ärzte hören, und nur so können wir unsere Ziele erreichen. Eines dieser Ziele muß sein, daß keine anderen Organe als Ärzte über ärztliche Berufs- und Standesfragen entscheiden. Gerade im demokratischen System müßte der Staat diese Organisation einrichten und mit der nötigen Macht ausstatten.

Wo stehen wir? Ist es richtig, daß wir schon im Begriffe der Verproletarisierung sind, wie man dies manchmal hört, oder daß wir der Verproletarisierung schicksalsmäßig entgegengehen? Schon die Vorstellung ist grauenvoll. Es wäre dies das Chaos, ein Sklaventum. Niemals darf es soweit kommen, auch nur der Gedanke daran ist unmöglich. Wir müssen uns bewußt sein, daß am Ende auch hier die Gesinnung und Haltung, die wir Ärzte selbst einnehmen, entscheidend ist.

Wenn der Präsident der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern einmal geäußert hat, er habe in einer Sitzung mit den Kassenvertretern gesagt: „Jetzt reden wir

nicht vom Ethos, sondern vom Geld“, so hatte er völlig recht, alles zu seiner Zeit. Es ist gar nicht richtig, wenn man in der heutigen Zeit zu viel vom Ethos, der Moral, dem Idealismus unseres Berufes spricht. Das imponiert nicht mehr. Jeder Arzt muß aber diese Begriffe bewußt in sich tragen, und er muß vor allem wissen, daß der Idealismus die Grundlage seines Berufes ist. Es ist durchaus nicht so, daß wir den Idealismus nicht mehr brauchen, wenn wir in materieller Not sind, im Gegenteil: wenn wir die Ideale, wie sie in unserem Berufe sind, nicht mehr anerkennen, dann ist es uns einfach unmöglich, in der heutigen Zeit als rechtschaffene Ärzte zu arbeiten. Die weiteren Konsequenzen kann sich jeder Arzt selbst ausdenken.

Jeder Arzt muß über die Definition dieser Begriffe im klaren sein. Wir verstehen unter Ethos, ganz einfach ausgedrückt, das sittliche Handeln als bestimmende Grundlage unserer beruflichen Tätigkeit. Wir Ärzte sollten aber in einem Zuge vom Ethos und der Moral unseres Berufes sprechen. Dies ist notwendig, weil der Arzt für seine berufliche Tätigkeit eine metaphysische Bindung haben muß. Unter Moral verstehen wir die sittliche Gesamthaltung eines vernünftig denkenden Menschen, der seine Einzelhandlungen nach dem natürlichen und übernatürlichen Sittengesetz ausrichtet und sich so in die objektiv-sittliche Ordnung einfügt. Jedermann weiß, daß wir unter Bedingungen arbeiten müssen, wie sie sonst keinem Berufe zugemutet werden. Wir können dies nur, weil unser Beruf auf einem geistigen Prinzip beruht, dessen Wesensordnung in der Unterordnung des eigenen Ich unter das Wir besteht und das uns deshalb befähigt, auch ohne an eine materielle Entschädigung zu denken, unseren Mitmenschen in ihrer körperlichen und seelischen Not zu helfen, und zwar aus unserem sittlichen Bewußtsein, aus Pflicht und aus dem Gewissen, das im Metaphysischen verankert ist. Unser Beruf ist Arbeit am Volke. In dem ausgezeichneten Buch des Grafen Gobineau über die Renaissance habe ich den Satz gelesen: „Wirklich groß ist hienieden nur die Liebe, die Liebe zur Kunst, zu den Wissenschaften und zu den Menschen, die wir gerne haben.“ Als Arzt hätte er noch hinzufügen müssen: die Liebe zum leidenden Menschen. Arbeit am Volk und Liebe zur leidenden Menschheit sind die beiden Elemente, die in uns Ärzten das heilige Feuer des wahren Arzttums entfachen müssen, und wir älteren Ärzte haben dafür zu sorgen, daß auch bei den jungen dieses Feuer zu brennen beginnt. Man kann wohl sagen, daß aus dem Gesagten der Idealismus unseres Berufes besteht. Der Idealismus beruht auf einer Idee, die abstrakte Idee ist nach Plato das „Göttlich-Gute“. Diese Idee stellt Plato zwischen das Werden und Vergehen, aus ihr wird das Tun des Menschen zum Guten inspiriert. Daraus folgt, daß sich der Arzt be-

streben muß, ein guter Mensch zu sein, und daß er bei seiner Klientel das Gute wecken soll.

In meiner Schlußansprache nach dem ärztlichen Fortbildungskurs im Kreise Wangen habe ich darauf hingewiesen, daß sich die ärztliche Wissenschaft gegenüber der Zeit vor dem ersten Weltkrieg insofern geändert hat, als sie neben einer solchen der Erfahrung auch wieder zu einer philosophischen geworden ist, weil sie vielmehr als früher in methodischem Denken den Dingen systematisch auf den Grund geht. Die Philosophie betrachtet alles einzelne in Beziehung auf ein letztes Prinzip, sie betrachtet die Totalität des Empirischen in der Form eines Systems. Gerade diese erneute philosophische Betrachtung in der Medizin ist eine sehr interessante Beobachtung, wenn man die Geschichte der Medizin kennt. Im 18. Jahrhundert und auch noch später, in der Zeit der romantischen Medizin, war diese reine Naturphilosophie. Philosophen wie Hegel, Schelling, Schlegel u. a. bezogen die Medizin in ihre Systeme und fühlten sich teilweise befugt, Menschen ärztlich zu behandeln. Man hatte fast vergessen, daß Ärzte wie Paracelsus schon einige Jahrhunderte vorher mit Drogen behandelt hatten. In der Folgezeit war die Philosophie abgetan, es kamen die großen Entdeckungen in der Naturwissenschaft und damit der Positivismus mit Chirurgie und Laboratorium.

Wo stehen wir heute? Seit den beiden Kriegen, besonders nach den erschütternden Erlebnissen des zweiten Weltkrieges, hat sich gezeigt, daß das Volk Wunder erwartet. Es will zum mindesten eine Hoffnung haben. Viele Menschen finden Trost in spiritistischen Sitzungen und im magischen und mystischen Dunkel. Wer den Menschen irgend etwas vorzaubert, hat Zulauf. Deutung des Lebens durch die Sterne, seelische Behandlung, Hypnose, werden fast zu Schlagwörtern. Nur so ist der Zulauf zu den vielen Schwindlern und Kurfuschern zu erklären. Es war wahrhaftig eine Tat, wenn Fachärzte, wie z. B. Prof. Kretschmer, Tübingen, diese Dinge auf ihre ärztliche Grundlage zurückführten und aller mystischen Zauberei entkleideten. In den beiden letzten Jahrzehnten sprach man auch wieder von „Krisen“ in der Medizin. Ich glaube, daß weder jetzt noch früher von Krisen gesprochen werden kann, sondern daß es sich hier stets um Entwicklungen gehandelt hat. Um diese Dinge müssen wir Ärzte wissen, wir dürfen niemals den lebendigen Kontakt verlieren. Im gegenteiligen Falle würden uns andere, und zwar keine Ärzte, den Rang ablaufen. Jeder Arzt muß heute über Psychotherapie Bescheid wissen. Die Klientel ist im gegebenen Fall nicht mehr absolut mit einer Organuntersuchung zufrieden, sie will auch in der Sprechstunde des praktischen Arztes seelisch betreut werden.

Jeder erfahrene Arzt weiß, daß gerade in der heutigen Zeit viele Leiden durch ein schweres seelisches Erlebnis verursacht sind, mit dem der Patient nicht fertig wird. Man muß davon ausgehen, daß es wohl wenige Deutsche gibt, die in den letzten Jahren nicht schwere seelische Erschütterungen erlebt haben. Ein Teil wird damit fertig, ein anderer nicht.

Wir müssen uns also mit diesen Dingen befassen, das Wissen des Arztes muß mehr in die Breite gehen. Er muß über die Grundprobleme der Philosophie, der Logik und besonders der Psychologie Bescheid wissen. Welche Bereicherung ist es z. B. für den Arzt, wenn er sich mit der vorsokratischen und der klassischen griechischen

Philosophie und ihren Ideen beschäftigt. Zudem müßte der Arzt über die Hauptbegebenheiten der Geschichte, aber auch über moderne Technik unterrichtet sein. Man kann nicht alles wissen, das führt zum Dilettantismus, aber man kann sich ein gediegenes Wissen aneignen. „Wissen“ hebt das Ansehen des einzelnen Arztes und damit das des Standes. Der wissende Arzt kann die Menschen in seinem Sinne führen, und er lernt, über den Dingen zu stehen. Man muß sich bewußt sein, daß der Arzt heute mehr denn je im Mittelpunkt des Interesses steht. Nach all dem Niederdrückenden der letzten Jahre müssen wir Ärzte wieder frei unser Haupt erheben, wir müssen wieder stolz auf unseren hohen Beruf sein. Wir dürfen uns keine Exzesse erlauben und dürfen nie vergessen, daß uns heute eine große Aufgabe gestellt ist, nämlich über die Gesundheit unseres Volkes zu wachen. Die Gesundheit ist heute fast das einzige Gut, was der rechtschaffene deutsche Mensch noch besitzt.

Es gibt in der Logik den Begriff der Urphänomene des ethischen Wertes: die Pflicht, das Gewissen, die Freiheit und die Gemeinschaft. „Pflicht, erhabener und großer Name“ apostrophiert Kant die Pflicht. Wir verstehen unter Pflicht auch die Verantwortung, die wir vor Gott und vor uns selbst den uns anvertrauten Menschen gegenüber haben. In unserer beruflichen Tätigkeit müssen wir Ärzte einen besonders strengen Maßstab des Gewissens anlegen. Wir fassen das Gewissen als Regulator unseres moralischen Standpunktes auf. Wir müssen immerdar die Freiheit unseres Berufes wahren. Dies ist der Anfang und das Ende unserer beruflichen Tätigkeit überhaupt. Wir sind keine Ärzte mehr, wenn wir nicht die Freiheit des Entschlusses und des Willens haben. Wir müssen eine Gemeinschaft bilden und dürfen Außenstehender nicht dulden. Gerade in diesen Fragen haben die **Vorsitzenden der Kreisvereine** eine große Aufgabe. In einer solch schweren und harten Zeit darf man die Dinge nicht einfach gehen lassen, man darf nicht an den Problemen vorbeigehen, sondern muß dazu Stellung nehmen. Man muß, wenn nötig, aufrütteln, man muß die meist kleinlichen Spannungen unter den Ärzten ausgleichen. Es ist mehr denn je notwendig, daß jeder Arzt mitarbeitet. Unter Umständen müssen wir erzwingen, daß sich jeder Arzt an die von uns selbst gewählten Organisationen hält. Wir sind auf Gedeih und Verderb miteinander verbunden und gehen entweder nicht oder alle zusammen zugrunde. Es ist auch notwendig, daß der Praxisbereich der wirtschaftlich schlecht gestellten Ärzte ausgeglichen wird, auch wenn es Opfer kostet. Der Vorsitzende eines Kreisvereines muß Vorbild sein. Wenn er resigniert, ist er fehl am Platze. Man braucht viel Optimismus und einen hohen Idealismus, immer wieder erleidet man Nackenschläge, aber in einer Zeit wie der heutigen darf man niemals verzagen. Jeder, der am 26. Juni 1949 das Sommerfest des Kreisvereines Wangen in Großholzleute mitgemacht hat, wird mir bestätigen, daß die Einigkeit der Ärzte erstaunlich war, es war so heiter und fröhlich, wie ich mir dies niemals gedacht hatte. Es kann unter uns Ärzten auch so sein.

Wo stehen wir? Sicher in einer Entwicklung! Wie diese Entwicklung ausgeht, das hängt wesentlich von uns ab: von unserer unbestechlichen Gesinnung, von unserer sittlichen Haltung und von unserem unverdorbenen, natürlichen Instinkt. Wir älteren Ärzte haben mit dem ganzen deutschen Volk seit 1914 eine wahre

Leidenszeit durchgemacht, aber weder das deutsche Volk noch wir Ärzte sind trotz des ungeheuren Erlebens der letzten Jahre zerbrochen, aber wir sind geläutert und wissend geworden. Friedrich Nietzsche sagt, daß die Symptome des Niedergangs und das Leiden in die Zeiten ungeheuren Vorwärtsgehens gehören. Christus ist durch ein ungeheures Leiden gegangen, nachher kam die Auferstehung und als Folge das Christentum. Daran müssen wir denken und das mag uns Trost sein. „Bis dahin aber wollen wir, und wäre es auch nur aus Freude

am Schaffen, inmitten einer Welt, die von Torheit und Bosheit überschäumt, die Bezirke unseres persönlichen Wirkens als gute Ärzte wie feste Inseln ausbauen. Mit ein wenig Güte und ein wenig Verstand wollen wir in unserem Lebenskreis ein Menschenbild schaffen, das frei und gerade im Raum steht: mit Haltung, mit Ebenmaß und mit dem Mut zu sich selbst.“ Ich kann diese Betrachtung nicht besser schließen als mit diesen beiden Sätzen aus „Psychotherapeutische Studien“ von Prof. Kretschmer.

Ärztliche Schweigepflicht und Meldeordnung

Von Staatsanwalt Dr. Max Kohlhaas, Stuttgart

I. Dem Problem der ärztlichen Schweigepflicht ist im Rahmen dieser Zeitung in jüngster Zeit an zwei Stellen Rechnung getragen worden. Das eine Mal durch Abdruck eines Runderlasses des Justizministeriums von Württemberg-Baden vom 26. November 1948 (Jahrg. 1949, Heft 3, S. 49), das andere Mal durch Veröffentlichung eines Artikels von Dr. Krupp im Anschluß an eine interessante Gerichtsentscheidung (Jahrg. 1950, Heft 3 S. 53). Wenn an dieser Stelle erneut und noch ausführlicher auf die grundsätzliche Frage des ärztlichen Schweigerechts eingegangen wird, so kommt dies daher, weil durch eine VO. der Landesregierung von Württemberg-Baden vom 5. Juli 1949 (RegBl. S. 156), genannt „Meldeordnung“, ein ernster Konfliktstoff zwischen der Schweigepflicht auf der einen Seite und dem staatlichen Verlangen nach Aufklärung strafbarer Handlungen andererseits geschaffen worden ist.

Der § 22 Abs. 3 der Meldeordnung sagt: „Personen, die mit Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder einem sonstigen auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert werden, sind von allen Krankenhäusern usw. unter Angabe der Art der Verletzung sofort, gegebenenfalls zunächst fernmündlich, der Polizei zu melden.“ Was das usw. hinter dem Wort „Krankenhäuser“ bedeutet, wird in Abs. 1 des § 22 erläutert. Es sind „Kliniken, Entbindungsanstalten, Kuranstalten, Sanatorien und Heilstätten“. Verstöße gegen diese Meldepflicht werden laut § 25 der Meldeordnung mit Haftstrafe bis zu 6 Wochen und Geldstrafe bis zu 150 DM bedroht.

Damit ist durch staatliche Verordnung den leitenden Ärzten derartiger Institute eine Verpflichtung auferlegt, die in sehr vielen Fällen der ärztlichen Schweigepflicht diametral entgegengesetzt ist. Auf den ersten Blick scheint die Bestimmung nur einen beschränkten Teil der Ärzteschaft zu treffen, nämlich die leitenden Ärzte von Krankenhäusern usw. Wird die Bestimmung aber in ihrer Auswirkung logisch zu Ende gedacht, so führt sie dahin, daß manche Ärzte einen Patienten, den sie normalerweise in ein Krankenhaus einweisen würden, lieber nicht einweisen werden, wenn sie befürchten müssen, daß diesem Patienten, der sich ihnen in seiner Not anvertraut hat, durch diese Einweisung nur strafrechtliche Schwierigkeiten oder auch nur Unannehmlichkeiten durch Vernehmungen erwachsen können. Man braucht dabei gar nicht an hochkriminelle Fälle zu denken, an deren Aufklärung ein wirklich dringendes Bedürfnis der Allgemeinheit besteht, sondern an jene Vielzahl kleiner Schlägereien oder ergebnisloser Selbstabtreibungsver-

suche, die das tägliche Ereignis einer ärztlichen Praxis, mindestens auf dem Land, wo keine ausgesprochenen Spezialisten ansässig sind, darstellen.

II. Es soll an dieser Stelle offen bleiben, ob die Verordnung über die Meldepflicht, die ja nicht einem Gesetz gleichsteht, überhaupt geeignet ist, die entgegenstehenden Bestimmungen der Reichsärzteordnung, welche als Gesetz noch heute gilt, aufzuheben. Das ist eine juristische Streitfrage, welche in einem Ärzteblatt nur nebensächlich Bedeutung hat. Auf der andern Seite will der Arzt natürlich wissen, wie er sich zu verhalten hat, bevor er das Risiko auf sich nimmt, trotz seiner nach reiflicher Überlegung gefaßten Meinung, daß er in einem bestimmten Falle schweigen müsse, mit irgendeinem auf die Verordnung pochenden Polizeibeamten in Konflikt und damit zu einem Strafverfahren zu kommen. Einmal allerdings wird sich wohl nicht umgehen lassen, daß der eine oder andere Arzt es in einem wirklich geeigneten Fall darauf ankommen läßt, diese Frage von einem Gericht klären zu lassen.

Es erscheint in diesem Zusammenhang aber doch notwendig, die Hauptgrundsätze der ärztlichen Schweigepflicht allgemeiner, als es bisher in dieser Zeitschrift der Fall war, zu behandeln. Der § 13 der Reichsärzteordnung, die unter Ausmerzung rein nazistischer Gedanken noch heute gilt, stellt einen Arzt unter Strafe, und zwar Gefängnis bis zu 1 Jahr und Geldstrafe oder eine dieser Strafen, wenn er unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in Ausübung seines Berufs anvertraut oder zugänglich gemacht worden ist. Straffrei ist der Arzt, wenn er ein solches Geheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder einer sittlichen Pflicht oder zu einem sonst nach allgemeinem Sittlichkeitsempfinden berechtigten Zweck offenbart und das bedrohte Rechtsgut überwiegt.

Daraus ergibt sich, daß der Arzt grundsätzlich zu schweigen hat und daß es ihm nur freigestellt ist, in Ausnahmefällen die Schweigepflicht zu brechen. Also ganz im Gegensatz zur Meldeordnung, die versucht, eine Verpflichtung zur Meldung entsprechender Verletzungen zu schaffen. Nach der Ärzteordnung soll der Arzt die freie Wahl unter eigener, oft sehr schwerer Verantwortung haben; nach der Meldeordnung soll er diese Wahl nicht haben, sondern verpflichtet sein, zu melden. Gewiß ist er durch die Erfüllung seiner Verpflichtung aus § 22 der Meldeordnung davor gedeckt, nach § 13 der Reichsärzteordnung bestraft zu werden, da er ja glaubt, eine Rechtspflicht zu erfüllen. Dennoch läuft er Gefahr,

von seinen Patienten angezeigt zu werden, woraus er mindestens viel Ärger und seelische Bedrückung erfährt. Es ist für einen Arzt nicht angenehm, unsicher zu sein und so steht er, solange Meldeordnung und Reichsärzteordnung nicht richterlich eindeutig gegeneinander abgegrenzt sind, doch zwischen der Scylla der Ärzteordnung und der Charybdis der Meldeordnung.

III. Die Schweigepflicht umfaßt Privatgeheimnisse, die dem Arzt **anvertraut** sind, und zwar kraft seines Berufs. Damit scheidet also aus die Dinge, welche einem größeren Personenkreis bereits bekannt sind, sowie Dinge, die der Arzt außerhalb seiner beruflichen Sphäre vertraulich erfährt. Umgekehrt liegt ein solches Anvertrautsein aber auch vor, wenn der Arzt seine Kenntnis auch ohne Mitwirkung des Patienten erhält, wenn dieser also beispielsweise bewußtlos oder gegen seinen Willen zur Behandlung gebracht wird.

Das Geheimnis darf von dem Arzt nicht **offenbart** werden. Eine solche Offenbarung liegt nicht vor, wenn ein Geheimnis zwischen Personen, die es jeweils kennen, besprochen wird.

Die Offenbarung darf nicht **unbefugt** erfolgen. Der Amtsarzt, der über amtliche Untersuchungsergebnisse an amtliche Stellen berichtet, handelt nicht unbefugt, wohl aber, wenn er seine amtlich gewonnenen Kenntnisse privat weitergibt. Ist der Privatarzt von der Schweigepflicht befreit, so darf er das Geheimnis offenbaren, er muß es sogar, wenn er als Sachverständiger oder Zeuge vor Gericht gehört wird. Da der befreite Arzt einer Privatperson gleichsteht, darf er die Schweigepflicht auch nicht etwa nur dazu ausnützen, um, wie es leider mitunter geschieht, aus Bequemlichkeit lästige Störer von der Polizei abzuweisen. Der nicht befreite Arzt kann dagegen auch vor Gericht seine Aussagen verweigern.

Wenn daher Arbeitgeber, Behörden, Versicherungsgesellschaften und ähnliche von dem behandelnden Arzt, der eine Krankheitsbescheinigung ausstellt, die Angabe der Diagnose oder Anamnese oder sonstiger Details fordern, so bestehen keine Bedenken, daß der Arzt diesem Ansinnen nachkommt, wenn er von der Schweigepflicht entbunden ist. Bei Versicherungsgesellschaften ergibt sich dies stets aus den Versicherungsbedingungen. Die Angabe darf sich selbstverständlich nur auf die Krankheit beziehen, wegen derer die Bescheinigung ausgestellt wird. Entbindet der Patient den Arzt ausdrücklich nicht von der Schweigepflicht, so muß der Arzt dem Arbeitgeber usw. gegenüber die Angabe verweigern. Allerdings wird er zweckmäßigerweise den Patienten darauf hinweisen, daß aus der Verweigerung ungünstige Schlußfolgerungen gezogen werden können und ein Vertrauensarzt, der der Schweigepflicht nicht unterliegt, hinzugezogen werden wird.

Die größte Schwierigkeit entsteht bei der Frage, ob und wann der Arzt auch ohne Befreiung von der Schweigepflicht Aussagen machen kann. Ich sage hier ausdrücklich „kann“, denn die Reichsärzteordnung kennt kein „muß“. Der Arzt muß selbst prüfen, ob für ihn die in § 13 der RAO. genannten Ausnahmefälle vorliegen. Dies sind eine **Rechtspflicht**, eine **sittliche Pflicht** oder ein sonst aus dem allgemeinen Sittlichkeitsempfinden heraus gerechtfertigter Zweck und als wichtigstes Erfordernis, daß das **bedrohte Rechtsgut überwiegt**.

Ein Beispiel für die Rechtspflicht zu wählen, ist sehr einfach. Jeder Staatsbürger, also auch ein Arzt, der von

einem drohenden Kapitalverbrechen Kenntnis erhält, ohne es anzuzeigen, macht sich strafbar. Selbstverständlich ist der Arzt in einem solchen Falle berechtigt, die höhere Pflicht gegenüber dem dringenden Interesse der Öffentlichkeit vor seine Schweigepflicht zu stellen. Ebenso darf kein Arzt sich einer Beihilfe oder Begünstigung bei einem ihm erkennbaren Verbrechen oder Vergehen schuldig machen. Daß eine solche Beihilfe oder Begünstigung bei einer rein sachgemäß vorgenommenen Behandlung nicht vorliegt, sondern nur dann, wenn der Arzt selbst das Vergehen durch verbotenes Handeln unterstützt, bedarf keiner weiteren Ausführung. Die Abwägung zweier Rechtsgüter wird besonders kritisch werden, wenn es sich um die Erfüllung einer sittlichen Pflicht handelt. Hierher gehört das in dem Aufsatz von Dr. Krupp erwähnte Beispiel von dem Arzt, der in einem Mietsprozeß zur Verhinderung größeren Schadens durch Ansteckung mehrerer Personen eine Tbc-Erkrankung preisgibt oder der Arzt, der die Geschlechtskrankheit seines Patienten preisgibt, um ihn zu verhindern, ein gesundes Mädchen zu heiraten und unglücklich zu machen.

Um die Prüfung dieser Für und Wider kommt der Arzt nicht herum, und hier trägt er allein die letzte Verantwortung vor seinem ärztlichen Gewissen und vor dem Gesetz. Wenn der § 22 der Meldeordnung ihm nun eine **Verpflichtung** auferlegen will, kurzerhand alle auf eine strafbare Handlung hindeutenden Verletzungen der Polizei zu melden, so wird damit das staatliche Interesse einseitig in den Vordergrund geschoben. Hier kann nur das wiederholt werden, was aus einem anderen Anlaß vom Justizministerium Württemberg-Baden in einem Runderlaß (hier abgedruckt 1949, Heft 3, S. 49) an die Staatsanwaltschaften und Polizei gesagt wurde. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein Vertrauensverhältnis, bei dem der Arzt Einblick in die intimsten persönlichen familiären Dinge erhält. Dies Vertrauensverhältnis muß leiden, wenn keine Sicherung der Verschwiegenheit mehr gegeben ist. Das Gefühl, sich dem Arzt voll und rückhaltlos anvertrauen zu können, ist von einer derart allgemeinen Bedeutung, daß das gewöhnliche Interesse des Staates an der Aufklärung von Straftaten im allgemeinen zurücktreten muß. Ein überwiegendes staatliches Interesse kann nur bei schweren Verbrechen — und in solchen Fällen wird der Arzt den richtigen Weg schon finden — oder bei drohenden **künftigen** Straftaten angenommen werden, nicht aber bei den bereits erwähnten nachbarlichen Streitigkeiten, Wirtshausschlägereien, Abtreibungsversuchen und sonstigen Delikten ohne Wiederholungsgefahr.

Daher ist der § 22 der Meldeordnung meines Erachtens nicht mit den Grundsätzen des ärztlichen Berufsrechts in Verbindung zu bringen. Er ist ein Überbleibsel aus einer im Dritten Reich verfaßten Meldeordnung und vermutlich ohne Beachtung seiner ersten Bedeutung wörtlich übernommen worden. Es ist zu hoffen, daß es den Bemühungen der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. gelingen wird, wo nicht seine Aufhebung, so doch seine äußerst behutsame Anwendung durch die Polizeiorgane herbeizuführen. Bei ersten Konflikten wird es sich wohl nicht umgehen lassen, die Frage einmal richterlich entscheiden zu lassen, wenn ein Arzt es auf sich nimmt, unter Hinweis auf § 13 der RAO. der Meldepflicht nach § 22 MO. nicht zu geben.

Bagatellfälle

In der Rheinischen Illustrierten vom 16. März 1950 bringt Herr Kollege Dr. G. Opetz, Mannheim, unter der Überschrift „Zeigefinger“ einige Gedanken zur heutigen Sozialversicherung und ihrer Auswirkung auf den ärztlichen Stand, welche nicht unerörtert bleiben dürfen. Allerdings scheint mir hierfür eine illustrierte Zeitung weniger geeignet als unsere Standespresse.

Herr Kollege O. macht zur Abhilfe kurz folgende Vorschläge: 1. Staatszuschuß und 2. Herausnahme der sog. Bagatellfälle aus der Sozialversicherung, wodurch für die wirklich wichtigen Behandlungsfälle mehr Honorar und mehr Arbeitszeit verfügbar wäre. Die 1. Forderung ist bereits in den Leitsätzen des Hartmannbundes vom 11. Februar 1950 enthalten, steht hier also nicht mehr zur Debatte. Punkt 2. jedoch erscheint auf den ersten Blick ein durchaus zweckmäßiger Vorschlag zu sein. Ist er es aber in Wirklichkeit? Wer soll darüber entscheiden, was ein Bagatellfall ist, und was nicht? In erster Linie doch wohl der behandelnde Arzt!! Und was wird geschehen? Kommt ein Patient und beansprucht ärztliche Hilfe wegen heftiger Bauchkoliken und der Arzt stellt eine Aerocolie in Verbindung mit Obstipation fest, dann hat der Kranke keinen Anspruch auf Hilfe durch die Sozialversicherung. Er wird also in einem anderen Falle nicht gleich wieder zum Arzt laufen, sondern sich selbst zu kurieren versuchen und dann handelt es sich möglicherweise um einen Ileus oder um eine Appendicitis. Ich befürchte, daß dadurch eine ungeheure Unsicherheit bei den Versicherten Platz greifen wird, man wird erst zum „Doktorbuch“ greifen, die Nachbarin fragen, alte Hausmittel versuchen usw., bis es einmal zu spät ist. Wer trägt dann die Verantwortung? Wie kann man den Versicherten überhaupt vor eine Entscheidung stellen, welche er niemals und in keinem Falle sicher zu treffen vermag? Ist man berechtigt, einer besorgten Mutter den Anspruch auf die Sozialversicherung zu versagen, wenn sie eine hochfieberhafte, harmlose Bronchitis für eine Pneumonie hält? Welcher Kollege vermag a priori zu entscheiden, ob eine solche Erkrankung als Bagatellfall verlaufen wird oder nicht? Verlangt man diese Entscheidung erst hinterher, so ist es noch unmöglicher, den Versicherten durch Versagen der Versicherungsleistungen gewissermaßen dafür zu maßregeln, daß er sich getäuscht hat. Richtlinien in irgendwelcher Form aufzustellen, wäre völlig abwegig und bedeutete eine Schematisierung, wie wir sie von den Zifferndiagnosen der Wehrmacht her noch in unangenehmster Erinnerung haben. — In vielen Fällen wird es der Kranke dem Arzt übelnehmen, wenn er von ihm

zum Bagatellfall gestempelt wird, und nicht zu Unrecht; denn die subjektive Einschätzung einer Erkrankung ist auch ohne jegliche Überbewertung doch oft individuell sehr verschieden. Gar mancher Kollege wird vermeiden wollen, daß sein Patient aus Unzufriedenheit den Arzt wechselt und wird deshalb aus einem Schnupfen einen Erkältungsinfekt, aus dem Erkältungsinfekt einen grip-palen Infekt, aus dem grip-palen Infekt eine Grippe und aus der Grippe einen Pneumonieverdacht machen. — Es besteht kein Zweifel, daß gar manche Behandlung im Grunde unnötig gefordert wird und Arzt und Kasse unnötigerweise belastet. Und wohl alle Kollegen wären begeistert einverstanden, wenn es ein Mittel gäbe, unberechtigte Besuchsbestellungen zu verhindern. Aber wie sollte das gemacht werden? Es ist doch eine alte Erfahrung, daß gerade die nicht sehr dringlich gemachten Bestellungen in Wirklichkeit einem oft sehr schweren Falle galten, während mit größter Dringlichkeit und Eile geforderte Besuche oft keineswegs erforderlich waren. Hier eine Grenze zu ziehen erscheint mir unmöglich. Und jeder Versuch in dieser Hinsicht würde den Arzt erneut in die Zwitterstellung bringen, einerseits Helfer und Vertrauensperson, andererseits Prellbock für die Kassen zu sein. Man hat uns diese Rolle bei den Anträgen auf Lebensmittelzulagen lange Zeit zugemutet, wieviel Verärgerung ist dadurch entstanden, und wie fein haben die Wirtschaftsämter alles auf den behandelnden Arzt abgeschoben. Man mutet uns diese Stellung heute noch zu, wenn man (nicht ganz zutreffend übrigens!) sagt, daß wir den Schlüssel zum Geldschrank der Kasse in der Hand hätten und wenn man die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den uns anvertrauten Kranken oft mehr in den Vordergrund zu schieben geneigt ist als unsere eigentliche und im Grunde auch einzige Aufgabe, die Krankenbehandlung.

So bleibt zum Schluß nur die Feststellung, daß der von Herrn Kollegen Opetz erörterte Weg der Herausnahme der Bagatellfälle aus der Sozialversicherung nicht gangbar ist, weil er zu große Gefahren mit sich bringt. Sollte allerdings ein Weg gefunden werden, einer unnötigen Beanspruchung von Ärzten und Kassen ohne solch bedenkliche Maßnahmen zu steuern, so wäre das gar nicht genug zu begrüßen. In Punkt 9 der Leitsätze des Hartmannbundes erscheint mir ein Weg aufgezeigt, der eher zum Ziele führen könnte: Selbstbeteiligung der Versicherten bei Inanspruchnahme von Krankenhilfe in einer zumutbaren Form und Höhe.

Dr. Helmut Beck, Mannheim-Sandhofen

Edgar Kurz

1853—1904

Er verdient es, daß wir hier einmal seiner gedenken. Er war als Arzt eine hervorragende Persönlichkeit. Ich kann von dem Mann und seinen Leistungen berichten, da ich ihm persönlich nahegestanden bin. Aber diese meine Freundschaft mit ihm war nicht mein eigenes Verdienst, ich habe sie vielmehr einer alten Familienfreundschaft zu verdanken.

Er war in Stuttgart geboren als ältester Sohn des Dichters Hermann Kurz und er war ein Bruder der Isolde Kurz; ein Bruder von ihm war Arzt in Venedig, der andere Bildhauer und Professor an der Kunstakademie in München; sein Schwager war Arzt in Nürtingen. Er hat in Tübingen studiert, zuerst klassische Philologie. Er hat aber bald das Studium gewechselt und ist Mediziner

geworden. Trotz des Umsatteln hat er früh sein Examen gemacht. Das alles ging bei ihm spielend leicht, wie er denn überhaupt eine ungewöhnliche geistige Beweglichkeit hatte. Nach dem Examen wurde er Assistent bei dem Geburtshilfe-Professor Säxinger in Tübingen und hat da Kurse gegeben in sehr jungem Alter und bei einem fast knabenhaft jugendlichen Aussehen. Dann dachte er daran, Spezialarzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zu werden; das war dazumal etwas Neues und Ungewöhnliches und wäre bloß in einer Großstadt denkbar gewesen; dazu hätte aber ein größerer Geldvorrat gehört. So ging er auswärts und ließ sich 1877 als praktischer Arzt in Florenz nieder, bei seiner Mittellosigkeit ein keckes Unternehmen; aber es gelang. Da er Nicht-Italiener war, durfte er bloß Fremde behandeln, z. T. durchreisende, die erkrankten, mehr aber solche, die dort ansässig waren, Engländer, Russen, Ungarn usw., auch Türken, reiche Leute, auch mit unnötigen Klagen, wie es so war bei den Vornehmen, namentlich bei den vornehmen Damen. Das hat Kurz nicht so ganz gut ertragen, denn ihm war es gründlich Ernst mit seiner ärztlichen Arbeit und da, wo es Ernst war, arbeitete er mit voller Hingabe. Er warf sich hauptsächlich auf Chirurgie. Wir müssen uns in diese Zeit zurückversetzen. Es gab damals außerhalb der Hochschulen noch fast gar keine Fachärzte. Die Krankenhauschirurgie lag in den Anfängen; die Krankenhäuser waren mehr oder weniger gefürchtet. In Italien war es sicher nicht besser als hierzulande. Bei uns in Württemberg waren fast immer die Oberamtsärzte zugleich Krankenhausärzte, meist würdige ältere Herrn ohne Fachkenntnisse in der operativen Chirurgie. In meinen jungen Jahren gab es außer dem Tübinger Bruns nur in Stuttgart einen angesehenen Fachchirurgen. Die vorwärtstrebenden jungen Ärzte mußten, wenn sie Operationen machen wollten, dies im Privathaus tun. Und darin war Kurz groß. Er gewann in Florenz als Freund und Mitarbeiter den Vanzetti, der selber auch ein gewandter Chirurg wurde und in allen Lagen zuverlässig und hilfsbereit war. Und mit diesem Italiener zusammen konnte er auch Italiener behandeln. Sie begründeten zusammen eine Poliambulanz in einem alten Palazzo. Als getreue Helferinnen hatten sie da eine deutsche Dame, Fräulein v. Weiß. Eine Zeitlang half auch die einstige Königin von Sachsen, eine einst vielbesprochene Persönlichkeit. Sie war ihrem königlichen Gatten durchgegangen mit einem italienischen Sprachlehrer od. dgl. Nun lebte sie in Florenz und hatte einen Betätigungsdrang. Sie sei eine angenehme und umgängliche Frau gewesen und habe sich auch gern in Männergesellschaft bewegt. — Nun zurück zur Poliambulanz. In diesem Raum wurden Operationen gemacht, von denen niemand gedacht hätte, daß man sie in einem Sprechstundenraum machen könnte, z. B. Dammplastiken. War die Operation fertig, so wurden die Kranken in eine Droschke gesetzt und über das italienische Straßenpflaster nach Hause gefahren. Große Operationen, z. B. Laparotomien, machte man im Hause des Kranken. Ich war 1893 vier Wochen lang zu Gast bei Kurz und habe all das miterlebt, z. B. eine Ovariektomie in einem Bauernhaus bei Prato. Da hatte Kurz eine möglichst leichte Kiste, wie ein flacher Koffer gebaut und wie ein solcher tragbar. Beim Auseinandernehmen und Wiederzusammensetzen ergab das einen Operationstisch mit Füßen und sämtliches Operationsmaterial war drin, Instrumente, Tupfer, Chloroform usw., alles so sinnreich,

daß man mit wenig auskommen konnte. Auch war er auf wenig Assistenz eingerichtet, meist nur Freund Vanzetti. Er erfand auch mit großer Freude vereinfachende Instrumente, z. B. einen Nadelhalter mit einer Rolle Vömlenseide im Griff; man brauchte bloß ein einziges Mal einzufädeln, nach jedem Stich wurde der Faden vorn abgeschnitten, der Halter zurückgezogen, und er war bereit zum nächsten Stich. Er hatte ein Spekulum mit einem senkrechten Stängchen und einer Klammer, so konnte er den heruntergezogenen Uterus fixieren und hatte beide Hände frei für's Operieren. Er hatte ein Brett mit senkrecht einzusteckenden Stangen und Beinhaltern; das konnte man in jedem Haus an jeden Tisch anschrauben und man konnte auch Beckenhochlagerung machen. Er ließ sich ein Instrument machen, mit dem er eine Schleimzyste am Stimmband wegschnitt. Immer hatte er Erfindungen im Kopf, und ich sollte ihm dabei helfen (meinerseits ohne Erfolg). Er hat eine Art Lüersche Zange machen lassen, mit der er bei einem mikrokephalen Kind einen breiten Knochenstreifen aus dem Schädeldach herauschnitt.

Ich will einige seiner Operationen aufzählen, was mir möglich ist, weil er gern in Zeitschriften schrieb und seine Aufsätze meinem Vater zu schicken pflegte; ich habe sie noch: Echinokokkus der Leber, Eröffnung, Drainage, Heilung. — Lungencaverne, Eröffnung, Drainage, Heilung. — Pyloruskarzinom, hoffnungsloser Fall, dringendstes Verlangen des Kranken, Magendarmnaht, bald Exitus; die Sektion ergab, daß die Naht gehalten hat, was damals noch selten vorgekommen war. — Ileus, Operation in einem Hotelzimmer, Heilung. — Extrauterin gravidität und ein Vortrag darüber und in einer Zeitschrift, Mahnung an die Ärzte, das nicht zu übersehen.

Eines seiner größten Verdienste ist aber die trockene Asepsis, die er als einer der ersten geübt hat und für die er eingetreten ist. In meiner Studentenzeit kannte man noch bloß Karbol, Sublimat, Jodoform und ähnliches, und, als ich nach Florenz kam, sah ich zum erstenmal das trockene Operieren und die einfache Asepsis mit all ihren Vorteilen. Kurz hat auch bei nichtinfizierten Wunden nie drainiert, was etwas Neues war. Kurz war ein feiner Diagnostiker, und die Diagnosen waren ohne Röntgen doch ungleich schwieriger. Der fand mit seinen schlanken Fingern und seinem klaren Kopf manches heraus, was andern verborgen blieb. Natürlich hat er auch manches betrieben, von dem man später wieder abgekommen ist, Karbol innerlich bei Sepsis, 2%-Karbolinjektionen intramuskulär bei hartnäckigem Muskelrheuma, einfache Laparotomie bei chronischer (tuberkulöser Peritonitis), Kuren mit Kochschem Tuberkulin.

Er hatte viel freundschaftlichen Verkehr mit manchen der Größen seiner Zeit. Mit Stolz erzählte er mir, daß der große Billroth ihm einmal bei einer Operation assistiert habe.

Die jüngeren unter uns werden das, was ich da niedergeschrieben habe, recht unnötig finden. Aber es ist kein Fehler, wenn sie sich zurückversetzen in frühere Zeiten und Hochachtung bekommen vor der Vergangenheit.

Ich muß noch abschweifen vom Beruflichen. Auch der übrige Mensch Edgar Kurz hatte so viel Reizvolles an sich. Wie fröhlich war er doch, wenn er das Ernste hinter sich hatte! Ich erinnere mich an einen Ausflug von Florenz aus; es ging in das Kloster Quaracchi, wo auch deutsche Rheinländer als Mönche waren. Mit diesen

stand er auf sehr freundschaftlichem Fuß. Es war eine behagliche Unterhaltung bei einem Glase Rheinwein. Auch ich habe mich da wohl gefühlt. Und dann seine Hochsommerferien in Deutschland! Am heitersten ging's her, wenn er in mein Elternhaus nach Calw kam. Das erste, was man ihm vorsetzen mußte, war eine rote Wurst und ein saurer Württemberger Wein. Und dann allerlei Scherz und Kurzweil. Aber das Schönste für ihn war, wenn er mit meinem Vater im Einspännerwägelchen auf der ärztlichen Praxis in den Schwarzwaldorten herumfahren konnte.

Und noch eines: er war auch Dichter. Aber das wurde erst nach seinem Tode bekannt. Wohl hatte er schon früher manches Scherz- oder Gelegenheitsgedicht verfaßt, aber erst nach seinem Tod fanden die Seinen viel feinsinnige Gedichte. Seine Schwester Isolde hat sie geord-

net, und sie sind in zwei hübschen Bändchen im Druck erschienen (aber im Buchhandel nicht mehr zu haben). Das eine sind „Volkslieder aus der Toskana“ in ein graziöses Deutsch übertragen. Das andere sind eigene Gedichte in einer ungemein fließenden Sprache und verschiedensten Inhalts, zarte Liebeslieder, Heimwehklänge, wilde Kampfgesänge, ein unbändiges Trinkerlied; und dann die „Gespensterlieder“, Tote steigen aus dem Grab, und jeder treibt's nach seiner Art in seiner Geisterstunde; eine tolle Phantasie und viel Humor dabei.

Es hat sich da manches in diese Ärztezeitschrift verirrt, was nicht zu unserer Wissenschaft gehört. Aber das ist wohl kein Fehler, und mir war es eine Freude, dieses prächtigen Menschen wieder einmal zu gedenken.

Dr. Schiler, Eßlingen, geb. 7. 10. 1868

Missionsärztin spricht zu Stuttgarter Ärzten

Bericht von Eberhard Gögl er, Arzt, Stuttgart

Frl. Dr. med. Martha Ditton vom katholischen missionsärztlichen Institut Würzburg gab bei einem Lichtbildervortrag im Robert-Bosch-Krankenhaus am 8. Februar eine interessante und anschauliche Schilderung ihrer Tätigkeit in Südafrika, wobei sich auch eine Reihe wissenschaftlicher Fragestellungen ergaben.

Dr. Ditton ist seit 1932 Leiterin eines Missionskrankenhauses mit 120 Betten und seit 1943 zugleich Regierungsärztin in Umlamli, 1½ Tagereisen nördlich von Eastlondon im sogenannten Herschelbezirk, einem unfruchtbaren, felsigen Gebirgsland, das vor etwa 75 Jahren von der südafrikanischen Regierung den eingeborenen Kafirn und Basothos als Negerterritorium zugesprochen wurde. Der Bezirk hat eine Ausdehnung von etwa 150 km Luftlinie mit einer Einwohnerzahl von etwa 60 000 Eingeborenen, die in dem dünnen Lande Ackerbau und Viehzucht treiben und seit dem letzten Jahrzehnt mehr und mehr in den Minen von Johannesburg arbeiten müssen, um die kärgliche Existenz ihrer Familien zu sichern.

Es nimmt uns nicht wunder, daß bei solcher Exposition, die eine relative Immunität und die verschiedenen pos. Allergielagen nicht zustande kommen ließ, die Tuberkulose, Lungen- wie Organ-Knochen-Drüsen-Tb., ursprünglich von Europäern eingeschleppt, auch bei den Eingeborenen im Herschelbezirk einen breiten Boden gefunden hat. Auch die venerischen Krankheiten sind bei der Vermassung in den Minen und unter dem Einfluß des Alkohols nicht selten geworden, obwohl die Moral nach den Stammesgesetzen durchaus streng ist, wie sich an der verschwindenden Zahl unehelicher Geburten zeigt. Bei Indolenz der Bevölkerung gegen Schmutz- und Schmierinfektionen ganz allgemein kommt die Lues oft erst im Stad. III zur Behandlung. Damit ist auch die Frage aufgeworfen, ob die häufigen Geisteskrankheiten, die symptomatisch kataton-schizophrenen und manisch-zyklothymen Zuständen gleichen, als Luesfolgen aufgefaßt werden können, oder ob es sich um echte Schizophrenie und Zyklothymie oder hysterische Anfälle handelt, wobei die relative Häufigkeit auch durch Inzucht erklärbar wäre.

In vielen Fällen werden die Kranken, gleich ob es sich um chirurgische, innere, gynäkologische, Infektions-

oder Geisteskrankheiten handelt, zuerst dem Mediziner vorgeführt, der sie entweder mit Geisterbeschwörung zu heilen versucht — der Eingeborenenglaube ist ein Glaube an die Geister der Ahnen; von ihnen kommen Krankheit und Naturkatastrophen — oder sie mit Kräuterabkochungen behandelt. Die Natur dieser Kräuter ist noch vollkommen unbekannt und auch den Ablauf klinischer Folgen kann Dr. Ditton meist nicht verfolgen, da ihr die Patienten erst im Stadium letale zugeführt werden. Vielfach handelt es sich um heroische Drastica, die zu tödlichem Volvulus führen. Überhaupt sind die Patienten von Dr. Ditton begeistert für jegliche Art von Abführ- und Brechmitteln, da sie Krankheit als einen innewohnenden Geist auffassen, dessen man sich somit entledigt.

Sehr nett berichtete Dr. Ditton, wie einmal Eingeborene ihren Wagen aus den Schlamm gezogen hatten und sich als Belohnung bei der Wahl zwischen Geld und Abführtabletten einmütig für letztere entschieden haben.

Der Vollständigkeit halber und damit man sich einen Begriff machen kann von der Vielseitigkeit ärztlicher Aufgaben, die dem Missionsarzt gestellt sind, sei noch erwähnt die Häufigkeit von Frakturen, Vitaminmangelkrankheiten, Beri-Beri, Pellagra, Skorbut, Rachitis, endemischem Kropf, Lepra, Typhus, Fleckfieber u. a. Infektionskrankheiten, chron. Tonsillitis mit Indikation zu Tonsillektomie, Otitis med. und otogenen Komplikationen, Keratitis, Katarakten (vielleicht auf die fensterlosen Hütten mit offener Feuerstelle zurückzuführen), Verbrennungen, Wurmkrankheiten aller Art, Echinococcus, geburtshilflichen und gynäkologischen Operationen. Ein Stamm weist als erbliche Stammeseigentümlichkeit den sogenannten Hotentottensteiß mit ausgeprägtester Lendenlordose auf (ohne lordotische Albuminurie!) und bei Frauen mit einer geburtshilflich bedeutsamen Verkürzung der Conjug. vera obstetrica. Weiterhin kommen nicht selten Tumoren, besonders Sarkome Jugendlicher vor, auch plastische Operationen bei Cheilo-gnato-palato-schisis. Dagegen fällt auf die Seltenheit von Magenculcus (Dr. Ditton hatte seit 1932 kein einziges Ulcus-ventriculi seu duodeni gesehen), Gastritis mit Ausnahme alkoholischer Ätiologie, Appen-

dicitis, überhaupt Erkrankungen des Magen-Darmkanals. Diese Erscheinung ist wohl auf die natürliche Lebensweise der Bevölkerung im Herscheldistrikt zurückzuführen. Außer Mamma-Ca ist auch Krebs eine große Seltenheit bei den Patienten von Dr. Ditton. Neben der klinischen Arbeit obliegt ihr im Krankenhaus die Ausbildung eingeborener Schwestern, Krankenhelferinnen, Operationspersonal. Das Krankenhaus ist als staatl. Schwesternschule anerkannt.

Die aufopfernde Tätigkeit von Fräulein Dr. Ditton läßt sich in vollem Umfang erst ermessen, wenn man an den Lichtbildern gesehen hat, wie sie oft stundenlang

mit dem Auto, zu Pferd und zu Fuß in entlegenste Gebirgstäler reisen muß, um dort vielleicht einen Schwerkranken oder einen Sterbenden zu finden, für den sie nichts mehr tun kann, als ihm als Missions-Ärztin die Taufe zu spenden.

In der Idee des Missionsarztes und im missionsärztlichen Tun ist Ganzheitsmedizin oder psychosomatische Medizin wahrhaft verwirklicht, Begriffe, von denen wir heute so viel reden.

Mit einem Dankeswort am Schluß des Vortrags sagte Prof. Römer ganz richtig, „Eigentlich beneiden wir Ärzte Sie um ein so segensreiches ärztliches Arbeitsfeld“.

Eingesandt

Die temperamentvolle Auslassung im vorigen Heft (S. 78) fordert eine Richtigstellung heraus, soweit ich selbst damit gemeint bin. Die Vertrauensärzte mögen sich, wenn Sie wollen, selbst zur Wehr setzen. Daß mich der Verfasser liebenswürdigerweise mit diesen Übeltätern in einen Topf wirft, mit denen ich ebenso wie die Krankenhausärzte nur das feste Dienstverhältnis gemeinsam habe, kann man wohl als dichterische Freiheit übergehen. Daß aber Herr Dr. Beck, der sich einer 30jährigen Tätigkeit als Praktiker rühmt, offensichtlich nicht weiß, daß der Gewerbearzt auch in Württemberg

schon seit Beginn dieses Jahrhunderts und nicht erst seit der Nazizeit bestrebt ist, die Praktiker zu verbürokratisieren und zu tyrannisieren, beweist mir die Notwendigkeit meines Artikels, der übrigens die Kollegen allgemein interessiert und angenehm berührt hat, mit Ausnahme allerdings des Herrn Dr. Beck, der sich dadurch kontrolliert und in seiner Handlungsfreiheit benegt fühlt, statt in uns gerade einen Vorposten gegen die Bürokratie zu sehen. De gustibus non est disputandum.

Dr. Hoschek, Stuttgart

Buchbesprechungen

Christel Kuhn: „Aus dem Leben Fritz Richard Schaudinns.“ Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1949, 67 S., kart. 3.80.

Das Wirken vieler verdienstvoller Forscher wäre für die Nachwelt weniger farblos, wenn uns mehr darüber erhalten wäre, auf welchem Wege sie zu ihren Ergebnissen kamen und wie sie ihr persönliches Leben gestaltet haben. In der heutigen Zeit müssen wir es als besonderes Glück bezeichnen, daß von einem aus Briefen und Tagebüchern bestehenden schriftlichen Nachlaß Schaudinns so viel erhalten ist. Die Verfasserin führt uns an Hand solcher Dokumente das kurze Erdendasein Schaudinns — er starb 1906 mit 35 Jahren — eindrucksvoll vor Augen. Schaudinns Name ist durch seine 1 Jahr vor seinem Tode erfolgte Entdeckung der Spirochaeta pallida besonders bekannt geworden. Daß der Zoologe und Protistenforscher Schaudinn die Arbeit darüber nicht zu seinen besten rechnete, beweist schon den Umfang seiner wissenschaftlichen Leistung. Man fragt sich, was wäre bei einem längeren Leben noch zu erwarten gewesen.

Dr. Stübler

Heinrich Græven: „Krankheit und Heilung nach dem Neuen Testament.“ Kreuz-Verlag, Stuttgart, 24 S., DM 1.50.

Das Phänomen „Krankheit“ geht nicht nur den Arzt, sondern ebenso den Theologen wie überhaupt jeden Menschen an, der ernsthaft seine Existenz zu ergründen sucht. Es geht nicht um den medizinischen Begriff der Krankheit, der nicht einmal vom Pathologen scharf formuliert werden kann, nicht um einen Teilaspekt im physiologisch-pathologischen Geschehen, sondern um die Tatsache, daß der Mensch in seiner Gesamtexistenz „krank“ sein kann und ist. Die Krankheit ist ein Zeichen der Verwundbarkeit des Menschen, ein Symptom dafür, daß er sich losgesagt hat von seiner ursprünglichen Bindung an Gott, eine Tatsache, die ihn im Ganzen seines natürlichen Bereiches Heilung suchen läßt oder suchen lassen sollte. Krankheit und Heilung erhalten so Signalcharakter, sie sind Aufforderung zur Entscheidung. Auch die Wunderheilung im Neuen Testament ist eine Verkündigung des nicht mehr Erfassbaren und wird so zur Entscheidungsfrage an einen jeden von uns. Ebenso steht auch das ärztliche Handeln wissend und glaubend in diesem Heilzusammenhang.

Das Büchlein ist ein ansprechender Versuch lebendiger Begegnung zwischen Arzt und Theologe, in dem nicht einseitige Theorie spricht, sondern die Frage nach dem Sinn und Wesen des Menschen gestellt ist.

Dr. Karl Litz

Prof. Dr. Karl Engisch: „Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung.“ Kreuz-Verlag, Stuttgart, 40 S., DM 1.50.

Im Wesen ärztlichen Handelns liegt die Bekämpfung des Leidens und Beseitigung vermeidbarer Schmerzen, es fordert aus innerer Notwendigkeit heraus eine Stellungnahme zur „Euthanasie“. — In einer kurzen, klaren Darstellung klärt hier der Jurist den teilweise verworrenen Begriff der „E.“ „Reine E.“ als Schmerzlinderung ohne Lebensverkürzung wird geschieden von der Schmerzlinderung mit ungewollter Lebensverkürzung als Nebenerscheinung. Die ganze Tiefe der Problematik, der das Büchlein nicht aus dem Wege geht, tut sich bei der „eigentlichen E.“ auf, bei durch Mitleid bestimmten, direkt gewollten und aktiv ins Werk gesetzten Lebensverkürzung bei unheilbarem Leiden. Sorgfältiges Abwägen kommt zu dem Schluß, daß gegen gesetzliche Freigabe starke moralische und juristische Bedenken bestehen. Es geht aber nicht nur um eine formal-juristische Auseinandersetzung, sondern um eine grundsätzlich rechtsethische Bewertung. Ein historischer Überblick zeigt, wie besonders das sog. „E-Programm“ (besser = „Vernichtung lebensunwerten Lebens“) letztlich Auswirkung von Tendenzen war, die sich im Utilitarismus, Materialismus und Biologismus ankündigten, als Christentum und Idee der Humanität aufhörten, die das moralische Urteil lenkenden Mächte zu sein. Eine Aporie tut sich auf, wenn Schuldlose dem Tod überliefert werden sollen: das ärztliche Ethos gerät in Gefahr, Rechtsunsicherheit und Zerstörung des Rechtsgedankens sind die Folgen. Die Gesundheit kann nie der einzige Maßstab für die Bestimmung der Rangordnung unter den Menschen sein, das Recht zu leben kann nie eine Funktion der sozialen Brauchbarkeit sein. Gerechtigkeit gründet letztlich in dem Wesen und Recht der menschlichen Person. Letztes Grundrecht des Menschen ist, daß man ihn überhaupt zur Rechtsgemeinschaft zählt und ihn nicht zum „Untermenschen“ stempelt, sollen die Fundamente menschlicher Gemeinschaft nicht ins Wanken geraten.

Dr. Karl Litz

Dr. Stefan Sandkühler: „**Taschenbuch der klinischen Blutmorphologie.**“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 100 S., Preis DM 16.—.

Das Buch gibt an Hand von 32 mit sehr guten Abbildungen versehenen Tafeln einen Überblick über die wichtigsten Befunde der Blutmorphologie. Ein kurzer Textteil erklärt in prägnanter Form die Technik der Zählmethoden, der Färbung von Blutaussstrichen und der Behandlung von Blutpräparaten. Eine tabellarische Übersicht über die symptomatischen Blutbildveränderungen ergänzt die ganze Darstellung. Auch moderne Spezialmethoden wie die Sternal- und die Lymphknotenpunktion werden kurz geschildert. In dieser Zusammenstellung stellt das Taschenbuch sicher für jeden Praktiker, der sich die Durchmusterung seiner Blutpräparate angelegen sein läßt, einen vorzüglichen Ratgeber dar. Bei der Güte der Abbildungen wird auch das ärztliche Hilfspersonal gut damit arbeiten können.

Prof. Dr. Beckmann

Joachim Cremer: „**Die Erkrankungen der Milz.**“ (Vorträge aus der praktischen Medizin, 24. Heft.) Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1948, 52 S., DM 3.50.

Wer sich darüber schnell orientieren will, bei welchen Krankheiten eine Vergrößerung der Milz auftritt, der greife zu der ausgezeichneten Zusammenstellung von Cremer. Nach einer anatomisch-physiologischen Einleitung werden die Untersuchungsmethoden der Milz besprochen. Im folgenden Hauptkapitel sind die Erkrankungen der Milz übersichtlich geordnet dargestellt, so daß der praktische Arzt sich schnell zurechtfinden kann. Es sind sowohl die bekannten Krankheiten mit ihren wesentlichen Symptomen geschildert, bei denen eine Milzvergrößerung auftritt, wie auch die seltenen, was ich sehr gut finde, denn es ist heute für viele Ärzte nicht mehr möglich, ein teures Handbuch der inneren Medizin sich zu erwerben. Die Zusammenstellung von Cremer erfüllt diesen Zweck eines Handbuches für den praktischen Arzt wie auch für den Kinderarzt, so daß die kleine Schrift warm empfohlen werden kann.

Dr. Walther Scharpff

Prof. Dr. med. Hellmuth Deist: „**Die Frühdiagnostik der Tuberkulose der Atmungsorgane.**“ Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1948, 72 Seiten, brosch. DM 5.—.

Es ist sehr dankenswert, daß Deist die Entstehung und Entwicklung einer Lungentuberkulose in kurzer und prägnanter Form darstellt. Einleitend wird die pathologische Anatomie gestreift. Es folgt „Die Anamnese, wie sie im Hinblick auf eine etwa entstandene Lungentuberkulose aufgenommen werden sollte“. In der Symptomatologie und in der Diagnostik werden alle wichtigen Gesichtspunkte, besonders was den Beginn der Lungentuberkulose betrifft, klar hervor-

gehoben und in erfreulicher Weise die Bewertung der einzelnen Erscheinungen ins richtige Licht gesetzt, dabei die differential-diagnostischen Gesichtspunkte kurz erwogen. Zum Schluß wird das klinische Bild der Lungentuberkulose in seinen verschiedenen Formen geschildert, so daß der Leser einen guten Überblick über die verschiedenen Verlaufsformen erhält. Die Wiedergabe einiger Röntgenbilder bildet eine gute Ergänzung. Die Broschüre kann jedem Arzt warm empfohlen werden, der sich über die heutige Auffassung der Lungentuberkulose, besonders ihrer Entstehung und Erkennung, schnell orientieren will.

Dr. Walther Scharpff

Paul Siebert: „**Steuerratgeber für Ärzte.**“ Ärzteverlag Gießen, 60 Seiten, broschiert DM 2.50.

Die Erfahrung, daß sehr viele Ärzte mit den zu ihrem Berufe in Beziehung stehenden Steuervorschriften nur wenig vertraut sind, hat den langjährigen kaufmännischen Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen veranlaßt, einen „Steuerratgeber für Ärzte“ herauszugeben, der in leicht verständlicher Fassung und in erschöpfender Form die Buchführungspflicht der Ärzte und die für sie in Betracht kommenden Steuerarten behandelt.

Im Gegensatz zu fast allen Steuerleitfäden wird auf die Wiedergabe langer Gesetzestexte verzichtet und nach kurzen Begriffsbestimmungen über die Umsatz- und Einkommensteuer an Hand zahlreicher Beispiele aus der Vielgestaltigkeit des ärztlichen Berufes der Weg aufgezeigt, seine Steuererklärungen richtig und vollständig aufzustellen und sich vor steuerlichen Nachteilen zu schützen.

Im einzelnen werden die umsatzsteuerfreien und umsatzsteuerpflichtigen Entgelte gegenübergestellt und dabei die Einkünfte der nebenamtlichen und angestellten Krankenhausärzte sowie die Gutachtergebühren der Assistenzärzte besonders behandelt.

Bei der Erläuterung der für die Berechnung des steuerpflichtigen Einkommens besonders wichtigen Betriebsausgaben, Abschreibungen und Sonderausgaben werden viele Zweifelsfragen beantwortet; z. B. Abstandssummen für gemietete Praxisräume, Kosten für größere Praxisumbauten, Beiträge zur Ärztekammer, Beiträge zu Fürsorgefonds, Kosten eines Krankenhaus-, Kur- oder Erholungsaufenthalts, Regresse usw.

Ein ausführliches Sachverzeichnis erleichtert die Klärung dieser und noch vieler anderer Fragen.

Die knappe und erschöpfende Darstellung aller mit dem ärztlichen Beruf im Zusammenhang stehenden Steuervorschriften sollte möglichst viele Ärzte bewegen, sich mit dem „Steuerratgeber für Ärzte“ vertraut zu machen und sich nicht ausschließlich auf die Beratung durch ihre Steuerhelfer zu verlassen.

Dr. Theiss

Bekanntmachungen

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat Juni 1950 folgende Vorträge im Hörsaal der II. Med. Klinik der Stadt. Krankenanstalten **Karlsruhe** statt:

Freitag, 16. Juni 1950, 20 Uhr

Prof. Krauss, Göppingen: „Die Chirurgie der Cardiacarcinome“.

Freitag, 23. Juni 1950, 20 Uhr

Prof. Bodechtel, Düsseldorf: „Neuroloues“, zu denen ich freundlichst einlade.

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

Fortbildungskurs für praktische Ärzte in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen veranstaltet einen weiteren Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema „**Akut lebensbedrohende Krankheitszustände**“ vom 11. bis 17. Juni 1950. In der darauffolgenden Woche vom 18. bis 24. Juni wird

Gelegenheit zu allgemeiner praktischer Fortbildung in Kliniken, Polikliniken, klinischen Laboratorien und Instituten nach Wahl gegeben. Die Kollegen können an beiden Kurswochen, aber auch nach Belieben nur an einer der beiden Kurswochen teilnehmen. Anmeldungen, Auskunft und Prospekte durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.

Institut für Physiotherapie ab 1. Mai 1950 in Wildbad im Schwarzwald

Studienrat Halter, staatlich geprüfter Turnlehrer und seit 1948 Leiter des Instituts für Physiotherapie an der Hessing'schen Heilanstalt in Augsburg-Göppingen, verlegt sein Institut am 1. 5. 1950 nach Wildbad.

Halter steht eine langjährige Erfahrung in der aktiven Übungsbehandlung der spinalen Kinderlähmung, der Nachbehandlung von Folgezuständen von Verletzungen, von Gelenkversteifungen, Haltungsfehlern usw., aber auch in der Übungsbehandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen

und Asthma zur Verfügung. Er wird in Wildbad sein Institut nach Art der so erfolgreichen Rehabilitations-Centers in England, die er aus eigener Anschauung kennt, und der Kabat-Kaiser-Institute in USA, einrichten und an Stelle der überholten und reichlich unfruchtbaren passiven „Heißluftmassage-Behandlung“ die aktive Übungstherapie einführen. Letztere verlangt vor allem auch, daß die gesamte Persönlichkeit des Erkrankten berücksichtigt wird und wird so zu einer aktiven Krankenerziehung. Gerade Wildbad mit seiner anregenden Landschaft, mit den Thermalbädern, mit der Möglichkeit des Ortswechsels durch die Bergbahn (Schon- und Reizklima), einem Licht- und Sonnenbad, Sport- und Spielplätzen, dürfte ein idealer Ort für die Institutsarbeit sein.

Schr.

Das Staatl. Rheumakrankenhaus „Katharinenstift“ in Wildbad im Schwarzwald

Seit etwa 30 Jahren hat sich in allen Kulturländern die Erkenntnis von der überragenden Bedeutung der Rheuma-Bekämpfung für Volksgesundheit und Wirtschaft bei Behörden, Ärzten und Publikum durchgesetzt (Schittenhelm, Vogt, van Neergaard, Junkersdorf, Aschner u. a.). Dabei wurde wie bei der Tuberkulose die Forderung nach frühzeitiger Erfassung und Behandlung in Fachanstalten aufgestellt, um Spätschäden und vorzeitige Invalidierung möglichst zu vermeiden. Als Orte für Rheuma-Kliniken kommen naturgemäß in erster Linie die Heilbäder in Betracht, wo natürliche Heilschätze und ärztliche Sondererfahrung zusammen treffen (Aachen, Baden-Baden, Pyrmont, Wiesbaden, Wildbad).

In Würdigung dieser Umstände hat das Finanzministerium des Landes Württemberg-Hohenzollern beschlossen, das bisherige Landesbad-Spital in Wildbad neu herzurichten und mit moderner klinischer Ausstattung ab Kurzeit 1950 als

Staatl. Rheumakrankenhaus Katharinenstift

zu führen.

Das Haus wird ganzjährig geöffnet sein. Es besitzt im Untergeschoß die Thermalbäder, Suda- und Überwärmungsbad, Fango, Röntgendiagnostik und Therapie. Im Erdgeschoß sind Labor, Behandlungs- und Wirtschaftsräume. Die beiden Oberstockwerke haben je 31 Krankenbetten in Vier-, Zwei- und Einbettzimmern. Fahrstuhl geht durchs ganze Haus.

Aufgenommen werden bevorzugt klinisch behandlungsbedürftige, bettlägerige Schwerkranke aus dem Heilanzeigenbereich Wildbads (s. Hauptprospekt); hauptsächlich aus dem Gebiet der Krankheiten des Skelett-, neuromuskulären und Bindegewebssystems.

Wegen der günstigeren Heilungsaussichten wird Wert gelegt auf möglichst frisch, wenn auch noch fiebernd Kranke; jedoch keine eigentlichen Infektionskrankheiten. Die Behandlung erfolgt nach klinischen Gesichtspunkten unter Ausnützung aller modernen Heilmöglichkeiten. Offen tuberkulöse, unverträgliche und asoziale Kranke sowie Asylierungsfälle werden nicht aufgenommen.

Die Preise sind je nach Bettenzahl und Lage der Zimmer vorläufig auf 7.—, 9.— und 12.— DM festgesetzt; für Mitglieder der RVO-Kassen auf der unteren Preisstufe einschl. ärztlicher Behandlung. Thermal- und andere Heilbäder, Fango, Röntgenleistungen, Ultraschall, Physiotherapie usw. werden gesondert berechnet (vgl. Preugo). Für bettlägerige Kranke kann Kurtaxbefreiung beantragt werden.

Im Sinn des alten Stiftungscharakters der Anstalt können nichtsozialversicherte, minderbemittelte Kranke Kostennachlaß erhalten, wenn sie den amtlichen Nachweis der Bedürftigkeit erbringen.

Aufnahmeanträge sind unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses, aus dem Art und Schwere der Krankheit ersichtlich ist, an den leitenden Arzt des Staatl. Rheumakrankenhauses Katharinenstift, Wildbad im Schwarzwald, Fernruf 417, zu richten.

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 3. Juni 1950
im Landesgewerbemuseum, Kienestraße 18
(Fernruf 9 22 51—54, App. 269)

- | | |
|-----------------|--|
| 9.15—10.30 Uhr | Professor Dr. Schliephake, Schweinfurt:
Kurzwellenbehandlung |
| 10.30—12.00 Uhr | Professor Dr. Wuhrmann, Zürich:
Leberfunktionsprüfungen und -Proben in der Praxis |
| 15.00—16.00 Uhr | Professor Dr. Schoen, Göttingen:
Endokarditis lenta |
| 16.00—17.00 Uhr | Professor Dr. Wollheim, Würzburg:
Digitalisbehandlung in der Praxis |
| 17.00—18.00 Uhr | Professor Dr. Parade, Lindau:
Tetanie |

Der nächste Fortbildungstag wird am 1. Juli in der Mörikeoberschule, Stuttgart-S., Arminstr. 30, stattfinden.

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

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

EINLADUNG

zum
 Ärztlichen Fortbildungs-Nachmittag
 über

BALNEOTHERAPIE MIT GRENZGEBIETEN

am 10. Juni 1950 in der Stadthalle in Nürtingen a. N.

Beginn: 14.00 Uhr

Ende: gegen 17.00 Uhr

Vortragsfolge

Die Mineral- und Heilquellen von Mittelwürttemberg und ihre Entstehung

Prof. Dr. M. Frank, Landesgeologe von Württemberg

Die Süddeutschen Heilquellen im Hinblick auf ihre Indikationen

Dr. med. habil. H. Reichel, Dozent für Bäder- und Klimaheilkunde an der Universität Göttingen

Die Behandlung der Gallenerkrankungen unter Berücksichtigung der Trinkkur

Prof. Dr. med. K. Beckmann, Direktor der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt

Erfahrungen mit der neuentdeckten alkalischen Glaubersalzquelle in Nürtingen (Nürtinger Heinrichsquelle)

Dr. med. A. Schöll, Kreis Krankenhaus Kirchheim/Teck

Während der Vorträge findet für die Damen eine Führung durch Nürtingen und seine Umgebung statt. Als Abschluß gemütliches Beisammensein auf dem Hohenneuffen (Omnibusfahrgelegenheit vorhanden).

Kreisärzteschaft Nürtingen Balneologischer Verein Nürtingen
 gez. Dr. Glöckler gez. Dr. Rothenpieler

Abgabe von Chinin ohne ärztliche Verschreibung

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, gibt mit Erlaß vom 20. April 1950, Nr. X 1259, bekannt:

„Auf Grund von § 4 der Polizeiverordnung über die Abgabebeschränkung für weibliche Geschlechtshormone und andere Arzneimittel vom 13. März 1941 (Reichsgesetzblatt I S. 136) in der Fassung der Verordnung vom 27. Februar 1942 (Reichsgesetzblatt I S. 99) wird zur erleichterten Durchführung der Grippeprophylaxe vorbehaltlich einer anderweitigen gesetzlichen Regelung bis auf weiteres zugelassen, daß die Zubereitungen des Chinins, seiner Salze, seiner Verbindungen und ihrer Salze zum inneren Gebrauch, wenn sie in der üblichen Einzelgabe nicht mehr als 0,05 g Chininbase — bei zusammengesetzten Arzneien nicht mehr als 0,1 g Chininbase — enthalten, ohne ärztliche Verschreibung in den Apotheken abgegeben werden dürfen.“

Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate:
„Rote Liste 1949“

Nach Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft Pharmazeutische Industrie ist mit dem Versand der „Roten Liste 1949“ an alle in freier Praxis tätigen Ärzte (d. h. zugelassene und niedergelassene Ärzte) begonnen worden. Kollegen, die empfangsberechtigt sind, die „Rote Liste“ aber noch nicht erhalten haben, wollen dies unverzüglich der Geschäftsstelle der Ärztekammer Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzeigen, damit sie nachträglich beliefert werden können.

Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V.

Sommersemester 1950

Vorlesungen, die vornehmlich für Ärzte vorgesehen sind:

Viktor v. Weizsäcker, Psychosomatische Beziehungen
 Walther Gollner, Allgemeine Neurosenlehre

Felix Schottlaender, Die Neurose als existentielles Problem
 Wilhelm Bitter, Psychopathologie des Sexuallebens
 Ina Böhlendorf, Ansatzpunkte der Neurosen
 Hermann Gundert, Forensische Psychiatrie
 Robert Gaupp sen., Zur Psychologie der Depression
 Vera Scheffen, Organneurosen (Diagnose und Therapie)
 Hermann Scheffen, Der Neurosekranke in der ärztlichen Sprechstunde

Vilma Popescu, Einführung in die Traumlehre Freuds
 Jutta v. Graevenitz, Einführung in die Traumlehre Jungs
 Hermann Gundert, Psychiatrische und neurologische Klinik, insbesondere Grenzfälle
 Ina Böhlendorf, Autogenes Training.

Interessenten werden gebeten, sich sofort mit dem Sekretariat des Instituts für Psychotherapie und Tiefenpsychologie, Stuttgart-O, Alexanderstr. 12 A, Telefon 9 53 75, in Verbindung zu setzen, von wo auch das vollständige Vorlesungsverzeichnis angefordert werden kann. Ein Teil der Vorlesungen hat bereits Ende April begonnen.

Professor Dr. med. Eberhard Veiel, Ulm
zum 70. Geburtstag

Die Ulmer Ärzteschaft feierte am 21. April d. J. den 70. Geburtstag ihres Mitglieds Prof. Dr. med. Eberhard Veiel, Ulm. Die Arztfamilie Veiel hat eine fast hundertjährige Tradition und ist in den Ärztekreisen Württembergs ein Begriff geworden. Unser Jubilar, in Bad Cannstatt geboren, vollendete sein medizinisches Studium in Tübingen, wo er nicht nur promovierte, sondern auch im Jahre 1912 als Privatdozent für Innere Medizin seine Habilitationschrift verteidigte. Mit Prof. v. Romberg ging er als Oberarzt der I. Med. Klinik nach München und wurde dort im Jahre 1916 außerordentlicher Professor. Die langjährige Zusammenarbeit im Reifealter mit so hervorragenden und anregenden Lehrern, wie v. Romberg, hat die Persönlichkeit von Prof. Veiel für seine weitere Tätigkeit ausschlaggebend beeinflusst. Seine Erfahrungen wurden weiter durch seine Konsiliartätigkeit im Weltkrieg 1914 bis 1918 an verschiedenen Fronten weitgehend gefördert. Anfang Januar 1920 wurde er zum Chef der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses in Ulm ernannt. In dieser Stellung bekam er nicht nur die Möglichkeit, seine ausgedehnten Kenntnisse auf dem Gebiet der Inneren Medizin praktisch und nutzbringend anzuwenden, sondern auch seine hervorragenden persönlichen Eigenschaften als Arzt in selbständiger Arbeit zur Geltung zu bringen. In vorbildlicher Weise leitete er bis August 1945 seine Abteilung, die während dieser Zeit eine Erweiterung und die Bedeutung bekommen hat, die sie noch heute genießt. Seine ausgedehnte Konsiliartätigkeit bis in die weitere Umgebung von Ulm und die benachbarten bayerischen Gebiete verhinderte ihn nicht, jeden einzelnen seiner klinischen Patienten — ob begütert oder nicht — mit voller persönlicher Hingabe zu versorgen. Durch sein Beispiel sind zahlreiche Assistenten zu Fachärzten ausgebildet worden und haben ihrem Lehrer alle Ehre gemacht. Stets gab er gerne Anregungen und Ratschläge aus seinem reichen Wissen an die praktizierenden Kollegen, die nie mit leeren Händen von ihm gingen. Seit langen Jahren leitete er nicht nur die Krankenpflegerinnenschule in Ulm, sondern war und ist auch noch immer maßgebend an der Fortbildungsarbeit der Ärzte beteiligt.

Im zweiten Weltkrieg sahen wir ihn nicht nur als Chef der Inneren Klinik, sondern auch als Leiter der Lazarettabteilung am Städt. Krankenhaus Ulm sowie als weitgereisten beratenden Internisten. Während seiner Tätigkeit als Arzt sind bisher über 40 wissenschaftliche Arbeiten seiner Feder entsprungen, die aus der Praxis für den Praktiker manche wertvolle Anregung gegeben haben.

Seit Kriegsende übt Prof. Veiel seine fachärztliche Tätigkeit weiter aus und läßt sich, trotz seines Alters, nicht abhalten, den kranken Mitmenschen und den ratsuchenden Kollegen seine reichen Erfahrungen in selbstloser Weise weiterhin zur Verfügung zu stellen. Auch die ärztliche Fortbildung

— seine Lebensaufgabe — liegt nach wie vor in seinen bewährten Händen. Eine glückliche Synthese zwischen der Arbeit eines Wissenschaftlers und der Persönlichkeit eines Arztes und Menschen! Gerade die Eigenschaften, die wir heute so dringend nötig haben.

Die Ärzteschaft entbietet ihrem Kollegen Veiel die besten Wünsche zu seinem Ehrentage!
Mögen dem von allen Seiten hochgeschätzten Jubilar noch viele Jahre körperlicher Rüstigkeit und geistiger Frische beschieden sein!
Dr. Busch

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Einladung

zum Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskursus am 7., 8. und 9. Juli 1950

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildung findet vom 7. bis 9. 7. 1950 unter Leitung von Herrn Professor Brügger ein Tuberkulosefortbildungskursus an der Kinderheilstätte in Wangen mit folgendem Programm statt:

- 7. 7. 1950**
Kinderheilstätte Wangen
9.00 Uhr Eröffnung durch den Präsidenten der Ärztekammer, Herrn Reg. Direktor Dr. D o b l e r
9.15—11.00 Uhr Klinik der endothorakalen Tuberkulose des Kindes (Brügger)
Frühstück
11.15—12.00 Uhr Tuberkulose im Bereich von Hals und Bauch
14.00 Uhr Abfahrt zur Heilstätte Isny
14.30—15.30 Uhr Kollapstherapie der Lungentuberkulose (Pflomm)
15.30—16.30 Uhr Besichtigung der Heilstätte Isny
Kaffeetafel
16.30 Uhr Abfahrt zur Heilstätte Ueberuh
17.00—18.00 Uhr Das Röntgenbild und sein path. anat. Substrat (Böhm)
18.00—19.00 Uhr Besichtigung der Heilstätte Ueberuh
Kleiner Imbiß
- 8. 7. 1950**
Kinderheilstätte Wangen
9.00— 9.45 Uhr Differentialdiagnose im Bereich des Thorax
10.00—10.30 Uhr Die Tuberkulinprüfung (Mutschler)
Frühstück
10.45—11.15 Uhr Durchleuchtung und Frontalaufnahmen (Radtke)
11.20—12.00 Uhr Demonstrationen
14.00 Uhr Abfahrt zur Heilstätte Ried
14.30—15.30 Uhr Chemotherapie der Tuberkulose (Brecke)
15.30—16.30 Uhr Besichtigung der Heilstätte Ried
Kaffeetafel
16.30 Uhr Abfahrt zur Heilstätte Scheidegg
17.00—18.00 Uhr Knochen- und Gelenktuberkulose (Heiland)
18.00—19.00 Uhr Besichtigung der Heilstätte Scheidegg
Kleiner Imbiß

- 9. 7. 1950**
Kinderheilstätte Wangen
9.00— 9.45 Uhr Über Tuberkuloseschutzimpfung (Heiland)
9.50—10.35 Uhr (Thema Ried)
10.40—11.30 Uhr Chemotherapie beim Kind (Krenzer)
Frühstück
11.45—12.00 Uhr Zur Differentialdiagnose der Coxitis und Spondylitis (Schmid)
12.00—12.45 Uhr Allgemeine Tuberkuloselehre (Rothmund)
12.45—13.15 Uhr Segmentdiagnostik (Schmid)
15.00 Uhr Abfahrt zur Heilstätte Rosenharz
15.30—16.15 Uhr Differentialdiagnose der Lungentuberkulose (Szymanski)
Anschließend Kaffeetafel
Heimfahrt am Bodensee entlang nach Wangen.

Anmeldungen an Prof. Dr. Brügger, Wangen/Allgäu, Kinderheilstätte.

Achtung Kollegen bei Anschaffung von Röntengeräten!

Nach den Richtlinien der Deutschen Röntgengesellschaft sind die Geräte entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit in 3 Gruppen eingeteilt:

- Apparategruppe I: Extremitäten außer Hüftgelenk.
Apparategruppe II: Schultergürtel, Brustkorb, Schädel, Thoraxorgane außer Bronchographie, Gallenblase, Urogenital-Apparat.
Apparategruppe III: Wirbelsäule, Becken, Oesophagus, Magen-Darmkanal, Kontrastgefüllte Bronchien.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung rät, vor Anschaffung neuer Röntengeräte sich von der Röntgenkommission beraten zu lassen. Die Röntgenkommission der Kassenärztlichen Vereinigung, Württemberg-Hohenzollern, besteht aus den Herren

Prof. Dr. B a u e r, Tübingen (Vorsitzender)
Dr. med. M i s s m a h l, Riedlingen
Dr. med. R i e d, Oberdischingen.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:
Praktische Ärzte in
Bischoffingen a. K.
Offenburg;
Facharzt für Innere Medizin in
Emmendingen.

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis 10. Juni 1950) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlsstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

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

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

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

Persönliche Nachrichten

Am 28. April 1950 starb Dr. med. Josef Tenckhoff, praktischer Arzt in Freiburg im 88. Lebensjahr.

70. Geburtstag Dr. Hammer, Freiburg

Am 25. Mai 1950 vollendet Herr Oberreg. Med. Rat. Dr. Hugo Hammer, Freiburg, sein 70. Lebensjahr.

Dr. Hammer ist seit 1924 in Freiburg tätig. Er war bis zum Herbst 1949 leitender Arzt des Kriegsversehrten-Fürsorgeamtes Freiburg und hat in dieser verantwortungsvollen Stelle jahrelang in schwerer Zeit Vorbildliches geleistet.

Wir gratulieren ihm aufs herzlichste zu diesem besonderen Ehrentag.

Bezirksärztekammer Freiburg

75. Geburtstag Dr. Schopp, Freiburg

Herr Dr. med. Ludwig Schopp, Freiburg, Erwinstr. 55, wird am 25. Mai 1950 sein 75. Lebensjahr vollenden.

Ferner ist in diesem Jahr ein halbes Jahrhundert vergangen, seit Herr Dr. Schopp seine Approbation als Arzt erhalten hat.

Herr Dr. Schopp kam im Jahre 1938 nach Freiburg. Er übt hier eine Praxis als Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten aus.

Wir danken Herrn Dr. Schopp für seine jahrzehntelange Arbeit zum Wohle der Kranken und wünschen ihm für seine Person das Allerbeste und weiterhin ein erfolgreiches Wirken in seinem großen Freundes- und Patientenkreis.

Bezirksärztekammer Freiburg

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

13. — 16. Woche 1950

(26. März 1950 — 22. April 1950)

Landesbezirke	Woche	N = T =	Neuerkrankungen Todesfälle	Mißbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnschädigung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlg Geburt	Weilche Krankheit	Q-Fieber	
																															13.
Nord-Württemberg	13.	N	22	124	59	13	31						1	43	33	1	3			2	1			12	17				14		
		T																													
	14.	N	27	112	57	9	11							66	14	1	1			1					2	11		2			
		T	1	12	3		1																								
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	13.	N	16	16	20	7	14						1	10	11	2	1									50	14				
		T			7	1																									
	14.	N	9	16	16	7	10							5	3	1					10					27	9				
		T			15	2																									
Nord-Baden	13.	N	11	35	52	10	34							46	20	1	2		1	3	5			1	19	1			2		
		T			6	2																									
	14.	N	9	35	37	9	27							46	23						8					15					
		T			6	1																									
Land Baden	13.	N	11	10	19	9	32							16	9	2	4			2							5				
		T			5	3																									
	14.	N	3	8	23	5	27							13	16											51					
		T			4	1																									
Land Baden	15.	N	12	6	26	9	13						2	2	13	8	1	6		1							1				
		T			6	1	2																								
	16.	N	19	9	27	10	48						2	23	15	2	10			2				1		56					
		T			7	2							2																		

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Klinge, München, über „Ovibion“; Ciba Aktiengesellschaft Wehr/Baden, über „Heuschrapfen“; sowie des Verlages über Hellpach: „Geopsycho“ und Sandkühler: „Taschenbuch der klinischen Blutmorphologie“ beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahenstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Kotebühlstr. 77. — Ausgabe Mai 1950