

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

6 (1.6.1950)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 6

STUTTGART, JUNI 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dozent Dr. Schmidt:	Fortschritte der Dermatologie seit 1945	111
Dr. Thies:	Neue Wege zur Behandlung von Abszessen, Furunkeln, Karbunkeln mit Penicillin	116
Dr. Gremliza und Dozent Dr. Schmidt:	Zur Quecksilberbehandlung der Lues	117
Dr. Röken:	Was hört man von unseren Kollegen im Iran?	118
Dr. jur. Kohlhaas:	Kartei des Arztes und Erbrecht	120
Dr. Kraiß:	Zum ärztlichen Attest	121
Dr. Langbein:	100 Jahre Württembergische Ärztliche Unterstützungs- kasse	123
Buchbesprechungen	125
Bekanntmachungen	128
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	129
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	131
	Landesärztekammer Baden	131
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 17.—20. Woche 1950		132

Am Samstag, den 1. Juli 1950, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 130

Fortschritte der Dermatologie seit 1945

Von Dozent Dr. med. habil. Werner Schmidt, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Stuttgart

Unter den seit Kriegsende in Deutschland bekanntgewordenen therapeutischen Neuerungen ist als eine der bedeutsamsten Entdeckungen unseres Zeitalters die Behandlung der Hauttuberkulose mit Vigantol bzw. Thiosemicarbazon hervorzuheben.

Seit 1942/43 berichteten unabhängig voneinander Fanielle (Belgien), Charpy (Frankreich), und Dowling (England), daß es ihnen gelungen sei, durch Verabfolgung hoher Dosen von Vitamin D₂ tuberkulöse Hautveränderungen, vor allem Erkrankungen an Lupus vulgaris, zur allmählichen Rückbildung und schließlichen Abheilung zu bringen. Dabei konnten sie auf die gleichzeitige Anwendung eines der seither gebräuchlichen therapeutischen Verfahren (Bestrahlungen, kaustische Zerstörungen, ätzende Salben und Pinselungen) völlig verzichten. Obwohl die Darreichungsform insofern eine verschiedene war, als Fanielle ölige und Charpy alkoholische Lösungen von Vitamin D₂ verordneten,

während Dowling die Tablettenform bevorzugte, stimmten sie und alle Nachuntersucher doch darin überein, daß bei oraler Verabfolgung am sichersten mit einer Wirkung zu rechnen sei. In Deutschland brachten es die ungünstigen Nachkriegsverhältnisse mit sich, daß die ersten Behandlungsversuche erst Ende des Jahres 1946 aufgenommen werden konnten (Hopf, Jordan, Zeller). Bald danach aber wurde das neue Verfahren auch bei uns von allen in Frage kommenden Kliniken und Heilstätten übernommen, und zwar verwenden wir einheitlich das ölgelöste Vigantol.

Bevor ich auf Einzelheiten näher eingehe, möchte ich noch bemerken, daß den genannten ausländischen Autoren zwar unzweifelhaft das Verdienst zukommt, die Bedeutung der Vitaminbehandlung für die Hauttuberkulose erkannt und nach sorgfältiger Überprüfung bekanntgegeben zu haben, daß aber der eigentliche Entdecker dieser Methode ein Deutscher war! Bereits

im März 1928 begann H. Menschel, damals Assistent der inneren Abteilung des Magdeburger Städt. Krankenhauses, systematisch damit, Kranke, die an Lungentuberkulose und verschiedenen anderen Organtuberkulosen litten, mit hohen Dosen von Vigantol zu behandeln. Während er anfänglich dreimal täglich zwischen 4 und 16 mg verabfolgte, ging er wegen der dabei recht häufig beobachteten Nebenerscheinungen später auf 5 Tropfen des 1prozentigen Vigantolöls zurück. Im Jahre 1929 berichtete er anlässlich der Pharmakologentagung in Münster erstmals über die Ergebnisse seiner Behandlungsmethode. Leider blieben seine Ausführungen und auch 2 spätere Publikationen so gut wie unbeachtet und gerieten rasch in Vergessenheit. In seinem Krankengut hatten sich u. a. zwei Lupusherde befunden, die sich nach einer Behandlungszeit von $1\frac{1}{2}$ Monaten deutlich verkleinerten. Da Menschel als Internist keine Möglichkeit hatte, seine Beobachtungen an weiteren Lupuskranken zu überprüfen, mußte er sich darauf beschränken, die eindringliche Mahnung auszusprechen: „Weitere Beobachtungen sind hier dringend erwünscht“ (Münch. med. Wschr. 1930). Leider fand sich unter den damaligen Klinikern niemand, der diese Anregung aufgenommen und die Resultate Menschels an einem größeren Krankengut nachgeprüft hätte!

Da die Empfindlichkeit der Patienten gegenüber hohen Dosen von Vitamin D₂ sehr verschieden ist, besteht über die Höhe der zweckmäßigsten Dosierung bis jetzt noch keine Einmütigkeit. Eine toxische Grenzdosierung hat sich bis jetzt noch nicht mit Sicherheit festlegen lassen. Charpy empfahl anfangs dreimal wöchentlich je 15 mg, also eine Wochendosis von 45 mg (= 1,8 Millionen Einheiten). Neuerdings verabfolgt er in den ersten 4 Wochen zweimal wöchentlich 15 mg, dann noch mehrere Monate hindurch einmal wöchentlich 15 mg. Diese Behandlung soll mehrere Monate über den Zeitpunkt klinischer Abheilung hinaus fortgesetzt werden. In Deutschland dosieren Hopf, Jordan, Bohnstedt, Beutnagel und Friederich, Sevin und Mayer u. a. in Anlehnung an Charpy mit den verhältnismäßig hohen Anfangsgaben von wöchentlich 1,4 bis 1,8 Millionen Einheiten, die sie nach Ablauf einiger Wochen auf die Hälfte oder auf ein Viertel der Anfangsdosis reduzieren. Langer gibt in den ersten 8 Wochen täglich 100 000 Einheiten (= 700 000 Einheiten wöchentlich). Diese Dosis verringert er in den folgenden 4 Wochen auf dreimal wöchentlich, nach deren Ablauf auf einmal wöchentlich 100 000 Einheiten. Löhe sah sich wegen des herabgesetzten Allgemeinzustandes der Berliner Bevölkerung veranlaßt, eine noch weit geringere Dosis anzuwenden, und verordnete 4 Monate hindurch täglich 30 000 Einheiten (= 210 000 Einheiten wöchentlich). Auch mit dieser Dosierung konnte eine ausreichende therapeutische Wirkung erzielt werden (Herzberg). Ob nun im einzelnen eine höhere oder eine niedrigere Tages- oder Wochendosis bevorzugt wird, das ist weniger bedeutungsvoll als die Länge der Behandlung. Wohl alle Autoren sind sich darüber einig, daß sich die Behandlung kontinuierlich über Monate erstrecken muß, möglichst noch recht lange über den Zeitpunkt offensichtlicher klinischer Abheilung hinaus. Das Auftreten von Rezidiven läßt sich sonst kaum vermeiden.

Der klinische Vorgang spielt sich fast immer so ab, daß schon wenige Tage nach Beginn der Behandlung ein

Spannungsgefühl und ein Juckreiz im Bereich der lupösen Veränderungen auftritt. Etwa von der 4. Woche ab kann man entweder das Verschwinden der Lupusknoten beobachten oder aber es kommt zu stärkerer Entzündung, zum Aufbrechen der Herde oder zu Pustelbildungen. Danach fallen die Herde in sich zusammen. Nicht immer ist die klinische Abheilung zugleich eine anatomische, wie histologische und tierexperimentelle Untersuchungen von Miescher, Rössle, Veltmann u. a. zeigten. Miescher hält es daher für zweckmäßiger, lieber von einer „Symptomfreiheit“ als von einer „Heilung“ zu sprechen.

Die „gemäßigte Überdosierung“ (Charpy) von Vitamin D₂ wird im großen ganzen gut vertragen. Intoxikationserscheinungen machen sich bemerkbar durch Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Depressionen, Blässe, Kopfschmerzen, Polyurie und Erhöhung des Blutkalziumspiegels. Im Urin werden positive Eiweißreaktionen, später Zylinder gefunden. Bei rechtzeitigem Absetzen der Behandlung verschwinden diese Erscheinungen gewöhnlich schon nach wenigen Tagen. Wird dagegen die Behandlung fortgesetzt, so kann es zu schweren Nierenschädigungen, ungünstigenfalls zum Exitus letalis kommen. Aus dem ausländischen Schrifttum stellte Debré 10 Todesfälle zusammen, und auch in Deutschland trat bei einer Patientin, die mit einer Gesamtmenge von 150 mg im Laufe von 6 Wochen keineswegs überdosiert worden war, unter dem Bilde einer Urämie ein Exitus letalis ein (Klinge). Wegen dieser Gefahren eignet sich die Vigantolbehandlung des Lupus vulgaris nur bedingt für die ambulante Praxis. Zum mindesten sollten die Patienten in den ersten 6 Wochen unter klinischer Beobachtung stehen, da regelmäßige Untersuchungen von Blutdruck, Blutsenkung, Blutbild, Rest-N, Blutkalziumspiegel und Urin zu erfolgen haben. Da es ferner in mehreren Fällen zur Aktivierung einer gleichzeitig bestehenden Lungentuberkulose gekommen ist, worauf Lenggenhagen sowie Dowling und Mitarbeiter als erste hingewiesen haben, ist es besser, Personen, die an progredienter Lungentuberkulose leiden, entweder gar nicht mit Vigantol zu behandeln oder nur mit kleinen Dosen im Sinne Löhe's, die, wie Gertler zeigen konnte, die pulmonalen Herde nicht zum Auflackern bringen. Auch bei Kranken mit vorgeschrittener Atherosklerose verzichtet man besser auf eine Vigantolbehandlung (Herzberg), um die dabei beobachtete Zunahme von Gefäßwandverkalkungen zu vermeiden. Die Angaben über die zu erwartenden Heilungsaussichten schwanken im Schrifttum ganz erheblich, da Dosierung, Behandlungsdauer, Dauer der Nachbeobachtung und zugrunde gelegte Patientenzahlen bei den einzelnen Autoren stark voneinander abweichen. Sevin und Mayer haben unter Berücksichtigung bis jetzt vorliegender Zahlenangaben errechnet, „daß in 50 bis 60% der Fälle vollständige klinische Abheilung, in weiteren 20% wesentliche Besserung und in 5—10% der Fälle kein Behandlungserfolg erreicht wurde“. Das sind sehr beachtliche Resultate, besonders, wenn man berücksichtigt, daß das kosmetische Ergebnis ein recht gutes ist, und wenn man sich zugleich daran erinnert, zu welcher entstellenden Narbenbildungen die im Endergebnis meist unbefriedigt lassenden früheren Behandlungsmethoden geführt hatten. Am besten sind die Resultate beim Lupus vulgaris. Die anderen Formen der Haut-

tuberkulose — Tbc colliquativa, papulo-nekrotisches Tuberkulid, Lupus pernio und Erythema Bazin — sprechen etwas weniger gut auf die Behandlung an.

Der Wirkungsmechanismus von Vitamin D₂ auf die Hauttuberkulose ist bis jetzt noch nicht eindeutig geklärt. Sicher ist jedenfalls, daß weder das Wachstum noch die Virulenz der Tuberkelbazillen beeinträchtigt werden. Auf die verschiedenen bis jetzt aufgestellten Hypothesen näher einzugehen, möchte ich mir versagen, um Zweck und Rahmen dieser Ausführungen nicht zu überschreiten.

Fast zur gleichen Zeit, als in Deutschland die ersten Berichte über die erfolgreiche Vigantolbehandlung veröffentlicht wurden, konnten Domagk, Moncorps und Kalkhoff bekanntgeben, daß es ihnen gelungen sei, die **Hauttuberkulose chemotherapeutisch** zu beeinflussen. Schon im Jahre 1940 hatte Domagk festgestellt, daß das Sulfathiazol eine spezifische Hemmungswirkung auf Tuberkelbazillen besitzt. Diese Eigenschaft ließ sich jedoch nicht bei sämtlichen Sulfonamiden nachweisen, sondern nur bei den Thiazol- und Thiodiazol-derivaten. In Fortführung seiner Forschungsarbeiten konnte Domagk 1946 gemeinsam mit den Chemikern Behnisch, Mietzsch und Schmidt darauf hinweisen, daß auch einige Semicarbazone von hervorragender Wirkung seien. Klinische Versuche mit „Tb I/698 E“, welches zu je 0,125 g aus Eleudron und Thiosemicarbazon bestand, führten bei der Hauttuberkulose zu sehr ermutigenden Ergebnissen. Bald erkannte man, daß auf die Zugabe von Eleudron verzichtet werden konnte, weil auch Thiosemicarbazon allein (Präparat „Tb I/698“, jetzt Conteben genannt) die gleichen Wirkungen hervorzurufen vermochte. Im Gegensatz zur Vigantolbehandlung beginnt die chemotherapeutische Behandlung zunächst mit kleineren Dosen (z. B. täglich 1 Tablette zu 0,05 g). Bei guter Verträglichkeit kann man diese Tagesdosis nach 8—14 Tagen langsam bis auf 0,2—0,3 g steigern. Da auch bei dieser Behandlungsmethode eine Neigung zu Rezidiven besteht, muß sie lange Zeit hindurch fortgesetzt werden, möglichst Monate über den Zeitpunkt klinischer Abheilung hinaus. Mit einer Abheilung oder weitgehenden Besserung ist nach Kalkhoff, P. W. Schmidt u. a. in etwa der Hälfte der Fälle zu rechnen. Außer Lupus vulgaris sprechen auch Tbc colliquativa, Tbc cutis verrucosa, papulo-nekrotisches Tuberkulid, Lichen scrofulosorum und Erythema Bazin gut auf die Behandlung an. Leichtere Nebenerscheinungen, wie Ubelkeit, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen und Albuminurie lassen sich rasch beheben, indem man bei ihrem Auftreten die Behandlung für einige Tage unterbricht. Fieberreaktionen, Exantheme, Leberschädigungen und Veränderungen des Blutbildes (Absinken der Erythrozyten oder Leukozyten) sind dagegen ernster zu bewerten. Einige Todesfälle, die sich ereigneten, zwingen zur Vorsicht und zu der Forderung, auch diese Behandlungsmethode möglichst nur stationär anzuwenden, zum mindesten in den ersten Wochen jedes Behandlungsfalles. Interessanterweise zeigen die Abheilungsvorgänge im histologischen Bild eine große Ähnlichkeit mit den Verhältnissen bei der Vigantolbehandlung (Kalkhoff, Koch). Von Bedeutung ist auch, daß Versager der Chemotherapie nicht selten auf Vigantolbehandlung ansprechen und umgekehrt. So vermögen sich beide Methoden in wertvoller Weise zu ergänzen.

Das ursprünglich als eine Erscheinungsform der Hauttuberkulose gedeutete Krankheitsbild des **Lupus erythematodes** stand in den letzten Jahren wiederholt im Mittelpunkt des Interesses, da immer wieder Zweifel auftauchten, ob tatsächlich Beziehungen zur Tuberkulose anzunehmen seien oder nicht. Es hat sich daher mehr und mehr die kürzere und ätiologisch nichts voraussetzende Bezeichnung „Erythematodes“ eingebürgert. Zwar findet sich bei Erythematodeskranken weit häufiger eine aktive Tuberkulose anderer Organe, als es bei der Bevölkerung durchschnittlich der Fall ist. Erst 1942 war von Pflugfelder mitgeteilt worden, daß unter 232 Patienten der Basler Hautklinik in 12,9 % der Fälle gleichzeitig eine Tuberkulose nachgewiesen werden konnte. Diese und ähnliche statistische Befunde geben natürlich zu denken. Auf der anderen Seite aber spricht das histologische Bild mit Sicherheit nicht für eine Tuberkulose, und auch der Tuberkelbazillennachweis im Blut oder im Tierversuch gelingt nur in seltenen Fällen (Löhe). Die heute vorherrschende Meinung ist daher die, daß der Erythematodes seine Entstehung toxischen Produkten verdankt, die verschiedene Ursachen haben können. Eine dieser Ursachen kann durchaus die Tuberkulose sein, aber auch andere Erreger, vor allem die Streptokokken, kommen ursächlich in Betracht (Fokalinfekte!). Das Erscheinungsbild des Erythematodes dürfte als „réaction cutanée“ im Sinne Brocq's bei Vorliegen einer besonderen Hautdisposition zur Entwicklung gebracht werden. Mit dieser Auffassung läßt sich auch die Lehre von Rost in Einklang bringen, welcher den Erythematodes als allergisch-hyperergische Reaktion nach vorausgegangenem Infekt ansieht und ihn der Gruppe der rheumatoiden Hauterkrankungen zurechnet.

Es war naheliegend, daß man daran dachte, die beiden zur Behandlung der Hauttuberkulose in den letzten Jahren entdeckten Behandlungsmethoden auch beim Erythematodes zur Anwendung zu bringen. Die damit erzielten Ergebnisse sprechen aber nicht für eine tuberkulöse Genese des Leidens. Charpy selbst hält die Behandlung mit hohen Dosen von Vitamin D für unwirksam. Winkel er will in einem Teil seiner Fälle gewisse Besserungen beobachtet haben. Aber auch er hält diese Wirkung für wesentlich unsicherer und geringer als beim Lupus vulgaris. Hartung berichtete über gute Resultate nach Anwendung von „Tb I/698 E“ und „Tb I/698“. Da aber auch Streptokokken und andere Erreger auf Sulfonamide und Sulfonamidabkömmlinge zu reagieren pflegen, geben diese Erfolge keinen Aufschluß über die Natur des Leidens. Schon lange vorher war ja die Sulfonamidbehandlung des Erythematodes gebräuchlich, und zwar in Dosen, die gewiß nicht ausreichten, um eine Hauttuberkulose zu beeinflussen. — Für die seltene akute Form des Erythematodes hat sich das Penicillin als Mittel der Wahl erwiesen (Rost).

Vereinzelt wurde schon während des letzten Krieges, gehäuft in den ersten Nachkriegsjahren ein Krankheitsbild beobachtet, welches durch die Entwicklung unscharf begrenzter schmutzig-grauer oder bräunlicher Verfärbungen im Gesicht, vorwiegend an der Schläfengegend, charakterisiert war. Im Bereich dieser Pigmentierungen fanden sich zuweilen leichte Abschilferungen, häufiger aber follikuläre Verhornungen und komedonenartige Bildungen. Bereits zur Zeit des ersten Weltkrieges war diese Erkrankung vorübergehend stark verbreitet gewesen, mit der Besserung der allgemeinen Lebensver-

hältnisse aber wieder bis auf seltene Einzelfälle zurückgegangen. Damals glaubte man, zwei verschiedenartige Krankheitsbilder voneinander abgrenzen zu müssen: die als endogene alimentäre Mangelkrankheit (Fett- und Eiweißmangel) gedeutete **Kriegsmelanose** (Riehl) und die durch äußerliche Anwendung von schlecht gereinigten Salben, Ölen und anderen Ersatzstoffen ausgelöste **Melanodermitis toxica** (Hoffmann, Habermann). Heute neigt man dazu, beide Krankheitsformen unter der Bezeichnung „Melanodermitis toxica“ zusammenzufassen und als Ursachen sowohl die endogenen als auch die exogenen Faktoren — einzeln oder in Kombination — anzuerkennen. Wenngleich sich eine dieser Ursachen keineswegs in jedem Krankheitsfalle nachweisen ließ, so spricht doch für deren Zugrundeliegen die Tatsache, daß nach beiden Weltkriegen mit der Besserung der Ernährung und der Wiederherstellung einwandfreier Salben und Öle die Erkrankung sehr rasch spontan zum Verschwinden kam. Nicht ausgeschlossen ist es freilich, daß auch andere Faktoren ursächlich mitwirken können, so die schon von Friebes erkannten Lichteinflüsse und das Vorhandensein einer bestimmten Disposition (Seborrhöe). Auffallend ist ferner, daß sich die Störung fast ausschließlich bei Frauen in den Jahren des Klimakteriums zeigte. Therapeutischen Maßnahmen gegenüber erwies sich die Affektion als überaus resistent. Für die äußere Behandlung wandte man gern Salicylsäure oder Resorcin in tierischen Fetten an, innerlich versprach man sich aus gewissen theoretischen Überlegungen manches von der Zufuhr von Vitamin B-Komplex (Nicotinsäureamid). Überzeugende Besserungen wurden aber auch bei lang andauernder Behandlung kaum gesehen.

In den Jahren 1946/47 tauchte in der Schweiz ein Krankheitsbild auf, welches wegen der Entwicklung zahlreicher Komedonen und Hyperkeratosen eine gewisse Ähnlichkeit mit der Melanodermitis toxica besaß, sich von ihr aber durch sein epidemisches Auftreten und das fast ausschließliche Vorkommen bei Kindern unterschied. Diese als **Keratosis follicularis** oder **Basler Krankheit** bezeichnete Affektion pflegte ohne irgendwelche Entzündungserscheinungen mit dem Auftreten kleiner schwarzer Komedonen oder milienartiger Hornzystchen an den Wangen zu beginnen und sich innerhalb von 2—3 Wochen über das ganze Gesicht auszubreiten. Die sehr harten Komedonen ließen beim Darüberstreichen das Gefühl eines Reibeisens entstehen und waren im Gegensatz zu den echten Komedonen nur schwer exprimierbar. Ob es sich bei dem plötzlich aufgetretenen, bald eine große Zahl von Kindern umfassenden, dann langsam wieder verschwundenen Leiden tatsächlich um eine infektiöse Erkrankung gehandelt hat (Schuppli) oder aber um eine Vitaminmangelkrankheit (Pulla y), hat sich mit Sicherheit nicht entscheiden lassen.

Störungen im Vitaminhaushalt wurden gerade in den Nachkriegsjahren besonders gern für die Entstehung von Hautkrankheiten verantwortlich gemacht, obwohl es kaum je gelungen ist, durch entsprechende Untersuchungen das tatsächliche Vorliegen einer **Avitaminose** überzeugend nachzuweisen. Als anerkannte Vitaminmangelkrankheiten der Haut gelten bekanntlich: Verhornungsstörungen (Vitamin A), abnorme Pigmentierungen im Sinne von Pellagra, Pellagroid und Riehl'scher Melanose (Vitamin B₂-Komplex) und Hautblutungen (Vitamine K, P und C). Vielfach ist man nun dazu

übergegangen, Dermatosen, die gewisse Veränderungen aufweisen, die auch bei den genannten Avitaminosen anzutreffen sind, mit den entsprechenden Vitaminen zu behandeln. So wurden für alle mit follikulären Hyperkeratosen einhergehenden Erkrankungen (z. B. Morbus Darier, Pityriasis rubra pilaris, Ichthyosis, Arsen-Hyperkeratosen) hohe Dosen von Vitamin A mit teilweise recht befriedigendem Erfolg zur Anwendung gebracht. Ungeklärt ist demgegenüber die gelegentliche gute Wirkung von Vitamin C bei schweren generalisierten Dermatosen (z. B. Pemphigus vulgaris, Erythrodermien) und von Vitamin D bei Psoriasis und Pemphigus vulgaris. Schuppli hält es für möglich, daß die Vitamine neben ihrer eigentlichen Vitamineigenschaft auch pharmakodynamische Eigenschaften besitzen, die noch unbekannte Wirkungen im Organismus auszulösen vermögen. Das Indikationsgebiet der Vitamintherapie reicht mithin weit über die Behandlung der eigentlichen Avitaminosen und Hypovitaminosen hinaus. Das zeigt nicht zuletzt in eindrucksvoller Weise die Wirkung hoher Dosen von Vitamin D bei Hauttuberkulose.

Wie alle Teilgebiete der Medizin wurde auch die Dermatologie durch die Entdeckung des **Penicillins** zu ausgedehnten therapeutischen Versuchen angeregt. Der anfängliche Enthusiasmus ist aber schon nach wenigen Jahren einer sachlich-ruhigen Beurteilung gewichen. Man erkannte bald, daß Penicillin keineswegs das Allheilmittel ist, als welches es in der ersten Zeit gern aufgefaßt wurde. Unter den Erkrankungen der Haut sprechen vor allem die **Furunkel**, **Karbunkel** und **Schweißdrüsenabszesse** auf Penicillininjektionen prompt an. Besonders den Gesichtsfurunkeln hat die Einführung des Penicillins viel von ihrer ursprünglichen lebensbedrohlichen Gefahr genommen. Weiterhin ist es wichtig, zu wissen, daß auch das **Erysipel** (Moncorps, Robert), das **Erysipeloid** (King, Misgeld) und die **Akrodermatitis atrophicans Herxheimer** (Miescher, Thyresson, E. Schmidt u. a.) oft ganz hervorragend auf Penicillininjektionen ansprechen. Bei der letztgenannten Krankheit sind allerdings Mengen von 5 bis 10 Millionen Einheiten dazu erforderlich. Die Indikationen für die lokale Penicillintherapie in Form von Salben, Puder usw. sind im wesentlichen die gleichen, wie wir sie für sulfonamid-, quecksilber- oder schwefelhaltige Präparate kennen, d. h. sie umfassen hauptsächlich die Krankheitsgruppe der **oberflächlichen Pyodermien**: Impetigo contagiosa, Folliculitis barbae, Ecthyma vulgare, Pemphigus neonatorum usw. Die lokale Penicillinanwendung führt bei diesen Erkrankungen oft zu schlagartigen Besserungen, aber nicht immer wird eine endgültige Heilung in verhältnismäßig kurzer Zeit erreicht. Oft kommt es sogar trotz sorgfältiger Weiterbehandlung zu unerwarteten Verschlechterungen und Rückfällen. Es liegen diesen Pyodermien eben Mischinfektionen zugrunde, denen sich auch penicillinunempfindliche Mikroorganismen zugesellen können. Diese aber werden in ihrer Virulenz durch Penicillin nicht beeinträchtigt und erringen in den Krankheitsherden langsam die Vorherrschaft. Manche Autoren sind daher wieder davon abgekommen, Pyodermien mit Penicillin zu behandeln, und haben sich der erprobten alten Behandlung mit Quecksilber-, Schwefel- oder Farbstoffpräparaten wieder zugewandt, die eine größere Wirkungsbreite besitzen.

Unser Wissen um den Anwendungsbereich der **Sulfonamidtherapie** war im wesentlichen schon vor 1945 abgeschlossen. Neu hinzugekommen ist inzwischen lediglich die Behandlung der **Trichophytia profunda**. Hier haben die Sulfonamide nicht nur die umständliche frühere Anwendung von feucht-heißen Kompressen, Epilationsverfahren und antiparasitären äußeren Mitteln entbehrlich gemacht, sondern auch die Behandlungsdauer deutlich abgekürzt. Nach **Wernsdörfer**, sowie **Holz** und **Lohel** wendet man **Albucid** oder **Sulfanilamid** gleichzeitig peroral und als Salbe an. Ich selbst konnte zeigen, daß es unter Verzicht auf jegliche lokale Behandlung auch gelingt, die Krankheitsherde der tiefen Trichophytie durch mehrere hochdosierte **Eleudronstöße** (peroral und gleichzeitig intravenös) zur Abheilung zu bringen. Bei den **oberflächlichen Pyodermien** sind manche Autoren neuerdings von jeglicher Sulfonamidtherapie abgekommen, weil sie den Eindruck hatten, daß sich dadurch eine Beschleunigung des Heilungsprozesses im Vergleich zur früheren antiparasitären Behandlung nicht erreichen lasse, und weil sie sich außerdem scheuten, bei verhältnismäßig banalen Leiden zu Mitteln zu greifen, die sie ernsteren Erkrankungen vorbehalten möchten. Daß eine solche Meinung vertreten werden kann, soll nicht bestritten werden. Wenn aber **Robert** 1949 auf dem Dermatologenkongreß in Heidelberg glaubte, feststellen zu müssen, daß die perorale Sulfonamidtherapie bei der **Impetigo contagiosa** versagt habe, so möchte ich ihm entgegenhalten, daß ich selbst bei einer Versuchsreihe von 96 **Impetigo**-kranken durch tägliche Verabfolgung von 8 Tabletten **Eleudron** nach einer Behandlungsdauer zwischen 2 und 12 Tagen — ohne jegliche lokale Therapie — 95 zu heilen vermochte (**Fschr. Ther.** 1942).

Auch die **Lepa** wird neuerdings mit Erfolg chemotherapeutisch behandelt. Im Anschluß an die ersten erfolgreichen Versuche von **Fayet** und seinen Mitarbeitern (1943) wurden bereits zahlreiche Leprakranke mit den Derivaten des Diaminodiphenyl-sulfons (**Promin**, **Diason**, **Promizol**, **Sulphetron**) behandelt. Die Wirkung dieser **Sulfon-Präparate** war in fast allen Fällen ausgezeichnet. Ulzeröse Prozesse pflegten bereits nach wenigen Wochen, Knotenbildungen und andere Hautveränderungen nach wenigen Monaten abzuheilen. Auch die Bazillen selbst nahmen unter der Behandlung an Zahl ab und verschwanden frühestens nach 6 Monaten, meistens nach Ablauf einiger Jahre, ganz aus den Abstrichen. Die Behandlung wird fortgesetzt, bis die Kontrollabstriche $\frac{1}{2}$ —2 Jahre lang negativ geblieben sind (**Muir**).

Ein weiterer therapeutischer Fortschritt war auf dem Gebiet der **allergischen Krankheiten** zu verzeichnen. Französischen Forschern gebührt das Verdienst, den ersten brauchbaren **Antihistaminkörper**, das **Antergan**, entdeckt und in die Therapie eingeführt zu haben. Unter Antihistaminkörpern versteht man Substanzen, die auf Grund ihrer pharmakologischen Eigenschaften als Antagonisten des im Körper gebildeten, an der Auslösung allergischer Krankheitserscheinungen maßgeblich beteiligten **Histamins** anzusprechen sind. Während das 1942 von **Halpern** in Frankreich, von **Brett** und mir in Deutschland erstmals klinisch erprobte **Antergan** bald wieder aufgegeben wurde, weil sich recht unangenehme Nebenwirkungen gehäuft bemerkbar machten, gelang es in den folgenden Jahren vornehmlich in

Frankreich, den USA. und der Schweiz, noch weitere Antihistaminkörper zu entwickeln. In Deutschland wurden diese Präparate erst verhältnismäßig spät breiteren Kreisen bekannt. **Antistin** und **Pyribenzamin** stehen jetzt aber auch bei uns in ausreichenden Mengen zur Verfügung*). Besonders gut sprechen **Serumkrankheit** und **Arzneimittlexantheme** auf Antihistaminbehandlung an. Meistens gelingt es bereits mit wenigen Tabletten oder 1—2 intramuskulären Injektionen, die Krankheitserscheinungen rasch zum Verschwinden zu bringen. Auch bei der frischen **Urtikaria** kann man in etwa 90% der Fälle mit guten Resultaten rechnen. Es ist dazu aber eine längere, kontinuierliche Behandlung von täglich 3—6 Tabletten notwendig, weil sonst Rückfälle zu befürchten sind. Die Wirkung der Antihistaminpräparate ist nämlich nur eine symptomatische und hält jeweils nur wenige Stunden an. Von den übrigen Hauterkrankungen läßt nur die akute allergische **Dermatitis** eine unmittelbare Wirkung erkennen. Beim **Ekzem**, der **Neurodermitis** und anderen Dermatosen tritt lediglich eine Verminderung des Juckreizes ein, was nicht nur für das subjektive Befinden der Patienten von Bedeutung ist, sondern auch wegen des dadurch bedingten Unterlassens des Reibens und Kratzens die Gefahr akuter Verschlimmerungen herabsetzt. Die gute juckstillende oder zum mindesten juckvermindernde Wirkung der Antihistaminkörper führte des weiteren zu ihrer Anwendung bei den verschiedenartigsten mit Juckreiz einhergehenden Erkrankungen. Dazu gehört vor allem der **Pruritus ano-genitalis**. Tritt dieser vorwiegend abends auf, so genügen oft 1—2 Tabletten, vor dem Schlafengehen genommen, um dem Kranken eine ungestörte Nachtruhe zu gewährleisten. Besteht der Juckreiz dagegen auch tagsüber, so wird man eine gleichmäßige Dosierung von dreimal täglich 1—2 Tabletten bevorzugen. Die bei der Anwendung von **Antistin** oder **Pyribenzamin** auftretenden Nebenwirkungen sind fast immer harmlos und bestehen meistens in Magenbeschwerden, Ermüdungserscheinungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen oder Herzklopfen. Noch immer werden laufend weitere Antihistaminkörper entdeckt, und es ist daher nicht unwahrscheinlich, daß im Laufe der nächsten Jahre noch verträglichere und vielleicht auch noch besser wirksame Präparate hergestellt werden.

In den letzten Jahren haben sich erfreulicherweise auch für die Behandlung der **Mykosis fungoides** neue Möglichkeiten ergeben. Dieses fast immer schon nach wenigen Jahren infaust endende Leiden mit seinem qualvollen Juckreiz und den immer weiter um sich greifenden Geschwulstbildungen konnte bisher nur durch Arsenotherapie und durch Röntgenbestrahlungen vorübergehend gebessert werden. Amerikanischen Forschern ist es nunmehr gelungen, durch intravenöse Injektionen von **Stickstofflost (Senfgas)** nach verhältnismäßig kurzer Zeit sowohl den Juckreiz zum Verschwinden, als auch die Infiltrate und Tumoren zur Rückbildung zu bringen (**Philpott**, **Woodburne** und **Waldriff**, 1947). Da die von ihnen empfohlene Dosierung von 0,1 mg/kg Körpergewicht — 4 Tage hintereinander — zu recht erheblichen Nebenwirkungen führte, gingen **Schaefer** und **Lehner** in ihren Fällen auf Tagesmengen von 2—4 mg über, die sie in mehrtägigen Abständen und ebenfalls mit auffallend gutem Erfolg intra-

*) Anmerkung bei der Korrektur: Seit Fertigstellung des Manuskripts gelangten in Deutschland noch mehrere weitere Antihistaminpräparate in den Handel.

venös injiziert. Eine weitere Behandlungsmethode für die Mykosis fungoides besteht nach Koch, sowie Schuermann und Binder, in der täglichen peroralen Verabfolgung von 1—4 g **Aethylurethan**, welches seit 1946 zur Behandlung der Leukämie empfohlen worden war. Auch unter Aethylurethan-Behandlung klingen Juckreiz und Infiltrate im Laufe von 10 bis 14 Tagen fast völlig ab. Allerdings ist es bis jetzt mit keiner dieser neuen Behandlungsmethoden gelungen, die Mykosis fungoides zur völligen Abheilung zu bringen. Nach mehreren Wochen pflegen die subjektiven und objektiven Krankheitssymptome regelmäßig wiederzukehren, und es wird dann eine erneute Behandlung erforderlich.

Im Rahmen der vorstehenden Ausführungen ist es mir verständlicherweise nicht möglich gewesen, auf sämtliche therapeutischen Neuerungen einzugehen, die seit Kriegsende in Deutschland bekannt geworden sind.

Ich mußte mich vielmehr auf die Berücksichtigung solcher Behandlungsmethoden beschränken, die, auf völlig neuartigen Gesichtspunkten und Erfahrungen beruhend, seither gebräuchliche Verfahren mehr oder weniger zu verdrängen vermochten. Daß darüber hinaus auf dem Gebiete der Hauterkrankungen in den letzten Jahren vieles geleistet worden ist und daß sich eine große Zahl der neueingeführten Präparate durchaus bewährt hat, ist jedem Arzt bekannt. Aus zeitbedingten Gründen waren es vor allem die Scabies, die Epizoonosen, Pyodermien, Dermatomykosen und die Dyshidrose, für die sich recht beachtliche neue Heilmittel fanden. Sie alle aber hier aufzuzählen, hätte die mir übertragene Aufgabe, in großen Zügen über die wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiet der dermatologischen Forschung zu berichten, bei weitem überschritten.

Literaturverzeichnis kann vom Verfasser angefordert werden. Anschrift: Stuttgart-N. Königstr. 40.

Neue Wege zur Behandlung von Abszessen, Furunkeln, Karbunkeln mit Penicillin

Von Dr. med. Leo Thies, prakt. Arzt, Stuttgart-Zuffenhausen

Die großen Erfolge, die wir bei der Behandlung mit Penicillin gegen bestimmte Eitererreger in den letzten Jahren beobachten konnten, haben mich veranlaßt, in der allgemeinen Praxis den Weg der Fernwirkung gegen diese Eitererreger zu verlassen und eine große Zahl von Eiterherden durch örtliche Applikation von Penicillin anzugehen. Die Resultate dieser Behandlung waren so eindeutig und überzeugend, daß es mir berechtigt erscheint, diese Versuche auch in chirurgischen Abteilungen fortzusetzen.

Die Wirkung des Penicillins durch Einspritzungen unter die Haut, entfernt vom Eiterherd, erfordert eine große Reihe von Injektionen, bis die Bakterien an einem entferntliegenden Eiterherd vernichtet werden. Es wird also durch diese Behandlungsmethode in den ersten Behandlungstagen meistens nur eine Abschwächung der entferntwirkenden Eiterbakterien erreicht. Meine Versuche, Penicillin direkt in die Abszesse einzuspritzen, und zwar in hochwertigen Lösungen von 20 000 bis zu 100 000 Einheiten, hatten jedesmal das Resultat, daß die Entzündungserscheinungen im Abszeßgebiet innerhalb 24 Stunden vollständig zum Stillstand kamen und es sich bei kleineren Herden erübrigte, die Abszesse zu öffnen. Besonders eindrucksvoll waren die Ergebnisse bei Schweißdrüsenabszessen, bei denen ich das Penicillin auch unmittelbar in die Abszeßhöhle einspritzte. Die multiplen Abszesse verschwanden restlos innerhalb von 2—5 Tagen und die sonst immer wiederkehrenden Rückfälle blieben aus. Diese einfachen Versuche an kleinen Entzündungsherden habe ich dann dahin erweitert, daß ich einige schwere, phlegmonöse, bösartige Abszesse sowie auch mehrere Karbunkel des Nackens und des Gesäßes auf diese Weise behandelte. Das Wesentliche dieser Behandlung liegt darin, daß ich mich nicht scheute, große, breitharte Nackenkarbunkel bereits vor der Einschmelzung mit Penicillin einzuspritzen. Das technische Vorgehen ist folgendermaßen:

Der Patient wird in Evipan-Narkose eingeschlafert, das Operationsfeld wird nach chirurgischen Gesichtspunkten

gesäubert (keine Anwendung von Jodtinktur), dann werden etwa 20 ccm Penicillin-Lösung, die 200 000 Einheiten enthalten, in das hochentzündete Karbunkelgewebe eingespritzt. Die Einspritzungstechnik geht so vor sich, daß etwa am Rande des Überganges vom entzündeten zum nichtentzündeten Gewebe 10—15 Depots gesetzt werden. Bei der Injektion ist insofern Vorsicht geboten, daß die Injektionsflüssigkeit nicht unmittelbar in Blutgefäße eingespritzt werden darf. Die Depots werden etwa 2—4 cm tief gesetzt, so daß der ganze Karbunkel vom kranken zum gesunden Gewebe wie blockiert ist. Die Resultate dieses, jedem chirurgischen Denken widersprechenden Vorgehens waren in allen Fällen restlos überzeugend. Das Fieber, die Schmerzen und die örtlichen Entzündungserscheinungen gingen innerhalb 24 Stunden restlos zurück, und es war mir dann in allen Fällen möglich, nach weiteren 24 Stunden durch einen kleinen Entlastungskreuzschnitt dem Karbunkel den nötigen Sekretabfluß zu ermöglichen. Interessant war der Umstand, daß es nicht zu den üblichen, großen, eitrigen Einschmelzungen mit Nekrosen kam, sondern daß innerhalb 2—3 Tagen selbst bei heftigstentzündeten Geweben die Absonderung fast ganz aufhörte und die Wunde bereits nach 3 Tagen das Bild einer vollständig frischen Operationswunde bot. Bei der Öffnung des Karbunkels pflege ich einen nicht zu großen, aber mit hochprozentiger Penicillin-Lösung getränkten Tampon einzulegen.

Ich möchte hier noch einen besonderen Fall erwähnen, den ich bei einer sehr schweren Phlegmone des ganzen Armes beobachtete. Ein 16jähriger Junge hatte an der Innenseite des Unterarmes im oberen Drittel eine etwa 4 cm tiefe Messerstichwunde erlitten. Die Öffnung des Stichkanals war kaum 1 cm breit und wurde nicht geschlossen. Nach 4 Tagen trat unter hohem Fieberanstieg und Schüttelfrösten eine äußerst heftige Entzündung in der Tiefe der gesamten Unterarmmuskulatur auf. Der Junge war bewußtlos und delirierte fast die ganze Nacht. Der ganze Arm war bis zum nächsten Tag hochrot, geschwollen und äußerst schmerzempfindlich. Bei

der Untersuchung, irgendwo Entzündungsherde zu lokalisieren, hatte man den Eindruck, daß kaum eine Stelle im ganzen Unterarmgebiet nicht äußerste, lokale Druckempfindlichkeit erkennen ließ. Wäre der Patient in diesem Zustand in eine chirurgische Abteilung verlegt und nach den üblichen chirurgischen Methoden behandelt worden, so hätte man fast mit Sicherheit den ganzen Arm an mehreren Stellen inzidiert und mit großen Dränagen versehen, was eine Mindestheildauer von 2—3 Monaten erfordert hätte. Ich habe dann in Evipan-Narkose bei dem Jungen nach der oben beschriebenen Methode der Karbunkelbehandlung den ganzen Unterarm mit etwa 20 Depots Penicillin eingespritzt (im ganzen wurden hier 400 000 Einheiten in 30 ccm-Lösung verwendet). Diese Prozedur habe ich dann am nächsten und übernächsten Tage wiederholt. Am vierten Tage machte ich dann zugleich einen kleinen, etwa 4 cm breiten Entlastungsschnitt im Bereich der Stichwunde und fand eine Abszeßhöhle, die etwa 4 cm in der Tiefe ein wenig eitriges Sekret enthielt. Der Erfolg dieser Behandlung war derart verblüffend, daß der Arm, der während der Entzündung bereits den doppelten Umfang des normalen erreicht hatte, bereits nach 5 Tagen restlos abgeschwollen war, die Schmerzen vollständig verschwanden und nur noch eine kleine, frische aussehende Inzisionswunde übrigblieb. Die Wunde heilte dann innerhalb 6 Tagen.

Nach obigen Ausführungen wird nunmehr die Frage akut: Ist es erlaubt, von dem chirurgischen Grundsatz abzugehen, entzündete Gewebe, die im Begriff der Einschmelzung sind, aber noch im frischen Entzündungs-

stadium sich befinden, mit Injektionsflüssigkeiten zu behandeln? Ich gebe zu, daß jedem Arzt bei der Vorstellung, frischentzündete Gewebe einzuspritzen, ein leiser Schauer über den Rücken geht. Auf Grund vorsichtiger, kleiner Versuche konnte ich aber diese Bedenken fallen lassen und überzeugte mich, daß Einspritzungen mit Penicillin niemals auch nur die geringste Verschlimmerung im entzündeten Gebiet hervorgerufen haben. In der Literatur über örtliche Penicillin-Behandlung von Eiterherden ist nur wenig über solche Behandlungsmethoden zu finden. In einem Fall wurde genannt, daß ein englischer Chirurg 20 Brustdrüsenvereiterungen durch Einspritzungen mit Penicillin heilte, ohne daß es zum Schneiden kam. In einer medizinischen deutschen Zeitung las ich, daß ein Kollege nach erfolgter Inzision Penicillin-Tampons und Spülungen mit Penicillin-Lösungen mit gutem Erfolg durchführte, jedoch wird hier gegenüber obiger Behandlung eben zuerst die chirurgische Methode angewendet und nachher erst die örtliche Penicillinbehandlung. Die Bedeutung meiner Behandlungsmethode liegt darin, daß große chirurgische Eingriffe auch bei ausgedehnten Abszessen und Karbunkeln vermieden werden können, wenn eine entsprechende örtliche Penicillin-Injektion vorausgeht, auch wenn die örtlichen Erscheinungen sehr alarmierend sind.

Nachträglich möchte ich noch 3 Fälle von größeren Oberlippenfurunkeln erwähnen, bei denen ich auch Penicillin direkt in den Furunkel injizierte. In allen 3 Fällen gingen die Entzündungserscheinungen innerhalb zwei Tagen restlos zurück.

Zur Quecksilberbehandlung der Lues

Anmerkung der Schriftleitung: Zu unserer großen Freude können wir den ersten Beitrag aus dem Kreis unserer Leser im Iran bringen. Dr. Gremliza, Soussanquerd, Province Ahwaz, schreibt uns:

Betrifft: W. Schmidt: „Fortschritte der Venerologie seit 1945.“ Südwestdeutsches Ärzteblatt, 1950, Heft 1, S. 2 ff.

Unser Tätigkeitsfeld liegt in einer arabischen Provinz Persiens nahe der irakischen Grenze, und wir behandelten im letzten Vierteljahr 486 Lues-Kranke(!). Es handelt sich vorwiegend um Lues II, III. Letztere mit sehr schweren Erscheinungen im Mund, Nasen-Rachenraum und an den Knochen, wie sie in Europa nur noch selten zu sehen sind. Aus diesem Grund haben wir obige Abhandlung besonders sorgfältig studiert, sind wir doch bei der hohen Erkrankungsziffer (nahezu 90 % der Bevölkerung) für jeden Fortschritt, den uns die wissenschaftliche Forschung bringt, besonders dankbar. Darüber dürfen aber alte, bewährte Behandlungsmethoden nicht vergessen werden. Der nützliche Leitfaden der Tradition sollte nicht leichtfertig abgerissen werden um des Fortschritts willen. Paracelsus würde nicht schlecht vom Leder ziehen, wenn er wüßte, daß bei Abhandlungen über Lues-Behandlung das Quecksilber nicht einmal der Vollständigkeit halber erwähnt wird.

Unsere Behandlungsversuche haben eindeutig ergeben, daß die Penicillin-Behandlung bei Lues nicht annähernd ausreicht, die Behandlung zu umständlich ist, ganz abgesehen von den hohen Kosten. Die zahlreichen Erfolgsmeldungen bedürfen strengster Kontrolle. Der von der amerikanischen Industrie heraufbeschworene Penicillin-Rummel tritt hier besonders unerfreulich auf und vielfach wird bei den Ärzten gar keine Diagnostik

mehr angestrebt, sondern bei jeder, aber auch der harmlosesten Krankheitserscheinung reflektorisch Penicillin gespritzt.

Ebenso scheint die Behandlung mit Wismut (hier Chlorobismol) sehr problematisch zu sein und eine Behandlungsreihe mit Neo-Salvarsan allein hat dieselben Ergebnisse gebracht.

Dagegen hat sich die Behandlung aller Lues-Stadien mit Quecksilber nahezu glänzend bewährt und ist die Methode der Wahl geworden. Wöchentlich wird den Lueskranken zweimal je 0,02 Cyanure de Mercure und 0,02 Biiodure de Mercure intramuskulär gespritzt. Diese Dosierung dürfte für europäische Verhältnisse zu hoch sein. Bei 6 Patienten trat Hg-Stomatitis geringen Grades auf. Ausgedehnte und tiefe Geschwüre der Haut werden dreimal wöchentlich mit 5 % iger Mercuro-Chromsalbe (Vaseline) behandelt. Die Erfolge dieses Behandlungssystems sind auffallend gut.

Bei aller Fortschrittsfreudigkeit wäre es bedauerlich, wenn bewährte Behandlungsmethoden älteren Ursprungs darüber vernachlässigt würden.

Auf ärztlichem Vorposten draußen in der Wüste sind wir bemüht, an den vielen Lueskranken unsere Erfahrungen immer wieder zu überprüfen, um die Sicherheit unseren Behandlungsmethoden zu verbreitern.

Erwiderung auf die Stellungnahme von Dr. Gremliza, Soussanguerd/Iran

Von Dozent Dr. Werner Schmidt, Stuttgart

In meinem Übersichtsreferat über die „Fortschritte der Venerologie seit 1945“ vermißte Gremliza die Erwähnung des Quecksilbers, welches sich nach seinen Erfahrungen im arabischen Teil Persiens bei allen Stadien der Lues so bewährt habe, daß es nicht vernachlässigt werden sollte. Im Vergleich zu Quecksilber sei die Behandlung mit Penicillin, Wismut und Neosalvarsan als durchaus unzureichend und problematisch zu bezeichnen. Diese iranischen Beobachtungen erstreckten sich vorwiegend auf Erkrankungsfälle des zweiten und dritten Stadiums, letztere mit sehr schweren Erscheinungen im Munde, im Nasenrachenraum und an den Knochen.

Dazu ist zunächst festzustellen, daß Gremliza offenbar den Zweck meiner Zusammenstellung mißverstanden hat. Es war nicht meine Aufgabe, sämtliche zur Zeit gebräuchlichen therapeutischen Verfahren bei Geschlechtskrankheiten zu besprechen, sondern ich gab auf Wunsch der Schriftleitung lediglich einen zusammenfassenden Überblick über alle seit Kriegsende in Deutschland bekanntgewordenen Neuerungen und Fortschritte, soweit sie sich auf venerische Krankheiten erstreckten.

Zur Sache selbst wäre zu bemerken, daß die von Gremliza erwähnten, mit oft umfangreichen und tiefgreifenden Zerstörungen einhergehenden geschwürigen Prozesse des Tertiärstadiums zwar im Iran noch recht häufig vorzukommen scheinen, bei uns aber zu den größten Seltenheiten gehören. Die dortigen Behandlungsergebnisse lassen sich daher nicht ohne weiteres auf unsere hiesigen Verhältnisse übertragen. Die viel milder verlaufende europäische Form der Syphilis pflegt auf die bei uns üblichen kombinierten Neosalvarsan-Wismut-Kuren, neuerdings auch auf Penicillinbehandlung, so ausgezeichnet anzusprechen, daß wir keine Veranlassung haben, zum Quecksilber und seinen verschiedenen, keineswegs unerheblichen Nachteilen zurückzukehren. Damit soll durchaus nicht bezweifelt werden, daß es mit Quecksilber gelingt, die sichtbaren Krankheitserscheinungen an Haut und Schleimhäuten zuverlässig zur Abheilung zu bringen. Wir erinnern uns aber ungerne daran, daß die Zahl der klinischen und serologischen Rezidive und die Aussicht auf Entwicklung von Spätschäden an den inneren Organen und am Zentralnervensystem früher so groß war, daß die Syphilis bis zur Einführung des Salvarsans mit Recht als eine „Geißel der Menschheit“ bezeichnet wurde.

So haben wir uns in Deutschland schon seit nahezu 30 Jahren daran gewöhnt, das Quecksilber nur noch in Einzelfällen bei wenigen, besonders ausgewählten Er-

krankungsformen anzuwenden. Dabei begnügen wir uns nur sehr selten mit seiner alleinigen Anwendung, sondern geben es gewöhnlich im Wechsel oder in Kombination mit Neosalvarsan-Wismutkuren. Es ist hier nicht der Platz, auf die verschiedenen Methoden, Quecksilbertherapie bei Lues zu betreiben, und auf die einzelnen Indikationen näher einzugehen. Nur so viel sei gesagt, daß auch wir jene umfangreichen tertiärsyphilitischen Prozesse, von denen oben die Rede war, mit Quecksilber zu behandeln pflegten. Ich glaube sogar, daß es sich empfehlen wird, diese Methode auch in Zukunft beizubehalten. Denn die wenigen Tage, an denen üblicherweise Penicillin injiziert wird, können niemals ausreichen, um derartig tiefgreifende Prozesse entscheidend zu beeinflussen.

Die übrigen Indikationen, bei denen wir bisher dem Quecksilber gegenüber Neosalvarsan den Vorzug gaben, dürften durch die Einführung des Penicillins erheblich an Bedeutung verloren haben. Aber es ist, wie ich schon in meinem Übersichtsreferat zum Ausdruck brachte, im Grunde noch zu früh, schon heute ein endgültiges Urteil über den Wert des Penicillins und die Nachhaltigkeit seiner Wirkung abzugeben. Beobachtungen, wie sie Gremliza an seinem reichhaltigen Krankengut sammeln konnte, tragen zweifellos erheblich zur Klärung dieser Zusammenhänge bei und helfen, den Wirkungsbereich des Penicillins abzugrenzen. Sie verdienen darum großes Interesse. Die an ungewöhnlichen und außer-europäischen Erscheinungsformen der Lues gewonnenen Erfahrungen dürfen aber andererseits nicht dazu verleiten, die antisiphilitische Bedeutung des Penicillins zu unterschätzen. Noch immer befinden wir uns im Anfangsstadium großer therapeutischer Umwälzungen, die alle venerischen Krankheiten betreffen. Es ist auch nicht so ganz ausgeschlossen, daß das Penicillin bereits in wenigen Jahren überholt ist und bei Lues gar nicht mehr angewendet wird. Jüngste Beobachtungen haben gezeigt, daß es möglich ist, syphilitische Hauterscheinungen der beiden ersten Stadien durch perorale (!) Zufuhr von Aureomycin zur Abheilung zu bringen. Aureomycin ist damit das einzige Heilmittel, welches sich gegenüber jeder einzelnen der fünf Geschlechtskrankheiten als wirksam erwiesen hat. So bahnen sich langsam nie geahnte Umwälzungen auf therapeutischem Gebiete an, die, wenn sie Wirklichkeit werden, den Anwendungsbereich des Quecksilbers noch mehr einengen und ihm nicht viel mehr als seine unbestrittene historische Bedeutung lassen werden.

Was hört man von unseren Kollegen im Iran?

Von Dr. med. Werner Röken, Stuttgart

Diese Frage bekomme ich täglich in mündlicher oder schriftlicher Form des öfteren vorgelegt. Die Anteilnahme am Ergehen unserer Kollegen drüben im vorderen Orient ist groß, die Zahl der Interessenten für einen späteren Transport noch viel größer.

Auch in der Presse fand die erste Ausreise deutscher Ärzte eine lebhaft beachtete Beachtung. Nicht nur die Zeitungen im Bundesgebiet, sondern vor allem die iranischen

Blätter befaßten sich mit der Ankunft unserer Kollegen und brachten Bilder vom Empfang am kaiserlichen Hof auf der Titelseite. Eine chilenische Zeitung freut sich mit uns über das Ereignis und eine Warschauer Gazette schimpft wütend über die Invasion der „Faschisten“. Dazwischen ranken sich Artikel und Gerüchte wie eine Girlande, die leider nicht nur aus wohlriechenden Blüten gewunden ist. „... drei deutsche Ärzte ver-

langen dringend den Rücktransport und sind bereits wieder in Teheran . . . , . . . „ein Arzt auf dem Maultier-Ritt zu seinem Einsatzort ausgeraubt und bereits wieder zurückgekehrt“ usw. — Die Vielzahl der Gerüchte verriät die Größe des Interesses. Wie weit auch unsere Standespresse reicht, zeigt der Umstand, daß sich auf meinen letzten Iran-Artikel im Januarheft des „Angestellten Arztes“ neben vielen Kollegen im Lande auch solche aus Frankreich, Italien, der Schweiz, Iran und Saudi-Arabien meldeten.

Ich habe bewußt ein halbes Jahr bis zum Schreiben dieser Zeilen verstreichen lassen, weil man den Kollegen drüben erst einige Monate Zeit zur Möglichkeit der Urteilsfindung und Urteilsbildung geben wollte. Ihre Briefe und die von uns ausgesandten Fragebögen bilden jetzt eine doch wohl annähernd objektive Unterlage. Die Fragebögen haben zwar bei den Betroffenen nicht eitel Freude ausgelöst, aber ihre Beantwortung versetzt uns nun in die Lage, einen guten Überblick zu haben, denn die Kollegen sind oft weit voneinander entfernt, in den verschiedensten Provinzen und unter den verschiedensten Lebensbedingungen tätig.

Über das Erlebnis des Fluges äußern sich alle gleichermaßen begeistert. Bei den Empfängen in Teheran schöpfte die zuerst angekommene Gruppe den Rahm, hier muß man wohl besser sagen den Tee ab. Viele, viele Male am Tage mußten sie Tee trinken, sei es am kaiserlichen Hof bei der Prinzessin Achraf, sei es beim Empfang im Parlament oder bei den vielen anderen Gelegenheiten. Sie wohnten als Gäste der Regierung in einem luxuriös eingerichteten Hotel und hatten Gelegenheit, sich mit einer modernen Großstadt des Orients bekannt zu machen. Wie es bei solchen Anlässen üblich ist, riß die Kette der Besichtigungen nicht ab.

Der Transport der Ärzte an ihren Bestimmungsort erfolgte mit Autos, der Bahn oder mit Autobussen von mehr oder weniger vorsintflutlichem Charakter. Eine tagelange Reise in einem solchen Vehikel scheint die Topographie der menschlichen Organe ziemlich durcheinanderzubringen. Ein Kollege mußte auch auf diese Beförderungsart verzichten und sich einer Maultierkarawane anvertrauen, die ihn in vielstündigem Ritt zu seinem auf einer großen Hochfläche gelegenen Ambulatorium brachte.

Die Ärzte sind über das ganze Land verteilt in den verschiedensten Provinzen untergebracht (Gilan, Kaswin, Khuzistan, Ahwaz, Fars, Schiras, Yezd, Chorassan und Hamadan). Das Ambulatorium liegt meistens in größeren, zentral gelegenen Dörfern. Die bauliche Anlage ist bei fast allen — bis auf die in den nördlichen Provinzen gelegenen Ambulatorien — gleich. Es enthält durchschnittlich acht Räume, Küche und eine kleine Badegelegenheit. Die Hälfte der Zahl der Räume dient der ärztlichen Tätigkeit. Das Ganze wird von einem Bogenumgang umschlossen und steht in einem Gartengelände, das meistens noch mehr oder weniger wild aussieht. Im Garten steht dann noch das Haus für das Dienstpersonal. Auf den Photographien, die wir von den Kollegen erhielten, sieht solch ein Ambulatorium recht stattlich aus und sein Anblick überrascht um so angenehmer, als wir vor der Abreise nicht mit absoluter Sicherheit wußten, ob die Ambulatorien wirklich schon erstellt waren. Mit den Augen des Landesbewohners gesehen, stellt die Schaffung solcher Gebäude und die von ihm ausgehende gesundheitliche Betreuung sicherlich etwas Staunens-

wertes dar. Der Europäer jedoch wird manches seiner üblichen Wohnkultur vermissen. Die Einrichtung des Hauses beschränkt sich auf das Zweckmäßige (Tische, Stühle, Betten, Wandschränke, Wäsche, Geschirr usw.). Die Wasserversorgung ist überall gesichert und das Wasser wird meistens aus den Reservoirs im Keller oder unter dem Dach in die Waschbecken der einzelnen Zimmer gepumpt. Teilweise sind auch Badeöfen und Eisschränke vorhanden. Die elektrischen Leitungen sind bereits gelegt, doch waren die dazugehörigen Stromaggregate bisher noch nicht eingetroffen. Sie sollen aber bald aufgestellt werden und man wartet sehnsüchtig auf sie, da sie doch eine wesentliche Erleichterung für das tägliche Leben bedeuten. Bis jetzt ersetzt das Petroleum die Elektrizität.

Das vorgefundene ärztliche Instrumentarium bedarf nach der Meinung der Kollegen noch mancher Ergänzung, die sich auch im Laufe der Zeit ermöglichen lassen wird. An Apothekenbeständen fanden die Neankömmlinge meistens das vor, was ihnen der persische Vorgänger hinterlassen hatte. Die nötigen Medikamente werden jedoch in regelmäßigen Abständen nach Anforderung geliefert. Bei der großen Entfernung und bei den schlechten Transportverhältnissen kann jedoch hin und wieder ein Engpaß auftreten, den es zu überwinden gilt. So machte sich zum Beispiel der um vieles vergrößerte Ansturm der Patienten auf die von Deutschen besetzten Ambulatorien entsprechend bemerkbar. Leider fehlen unter den meist amerikanischen oder französischen Medikamenten bisher die deutschen.

An Hilfspersonal hat der Arzt neben seiner mitverpflichteten Ehefrau meistens eine Hebamme, einen Heilgehilfen, einen Diener, einen Gärtner und einen Dolmetscher zur Verfügung.

Die Zahl der Patienten ist unterschiedlich, aber doch im Durchschnitt recht groß. Es werden uns Zahlen von 50 bis 300 Patienten pro Tag mitgeteilt. Sie kommen oft von weither gelaufen, gefahren oder geritten, um vielleicht unverrichteter Dinge am Abend heimzukehren, um — am nächsten Tage wieder zu kommen. Hier tut sich für den Arzt ein reiches Arbeitsfeld auf. Neben allen bei uns üblichen Krankheiten finden sich die Malaria in den verschiedensten und oft schwersten Formen, die Amöbenruhr, das Trachom, die Leishmaniosen und die Wurmerkrankungen. Die oft jeder Beschreibung spottenden hygienischen Verhältnisse machen die ärztliche Arbeit schwer. Die Landbevölkerung ist meistens sehr arm und die Zahl der Privatpatienten ist — von wenigen Fällen abgesehen — durchweg gering. Den Privatpatienten sucht der Arzt in seiner Wohnung auf und bedient sich dabei des Gefährts, das man ihm dazu sendet. Vom Esel bis zur neuesten amerikanischen Limousine gibt es dabei eine vielfältige Skala. Die übrigen Patienten suchen den Arzt im Ambulatorium während der ihm vorgeschriebenen Dienstzeit, die täglich sechs Stunden beträgt, auf. Die gynäkologische und geburtshilfliche Behandlung liegt fast ausschließlich in den Händen der Hebamme. Amüsant ist die Mitteilung eines Kollegen, der ein kleines Loch in die Gewänder seiner Patientin schneiden ließ, um so überhaupt die Möglichkeit zur intramuskulären Injektion zu haben. Der Wunsch nach Injektionen ist übrigens groß, denn sie erscheinen den Leuten viel wirksamer als alle andere Arznei.

Das Verhältnis des Arztes zur Bevölkerung ist überall ein recht gutes und fast jeder Brief an uns stellte mit

großer Freude die außerordentliche Deutschfreundlichkeit fest. Auch die Beziehungen zur „Intelligenz“ und zu den verschiedenen Ausländern sind meistens recht freundschaftlich. Mancher klagt sogar über die große Zahl von Besuchen und Einladungen.

Die Bezahlung erfolgt monatlich in Form einer Überweisung und klappt bis auf einige lokal bedingte Pannen reibungslos. Die Höhe des Monatsgehalts entspricht unseren früher gemachten Angaben darüber (s. Südwestd. Ärzteblatt Nr. 10/49). Der davon noch zu entrichtende Steuerbetrag liegt zwischen 6—10% des Einkommens. Zusätzlich werden dann noch 20% des ungekürzten Einkommens auf das Reisekosten-Sperrkonto überwiesen. Leider ist eine direkte Transferierung des in Landeswährung ausgezahlten Geldes nach Deutschland bis jetzt noch nicht möglich. Das Gehalt der als Hebammen angestellten Ärztinnen entspricht der Hälfte des Arztgehaltes, das der als Krankenschwester verpflichteten Ehefrau etwa einem Drittel. Die Höhe des Gehalts ist jeweils nach der Klimazone gestaffelt. Die Nettoeinnahmehöhe der Ehepaare und der Junggesellen liegt im ersten Jahr ohne den Sperrkontobetrag und ohne eventuelle Nebeneinnahmen zwischen 990 und 1880 Toman (10 Rial = 1 Toman = etwa 1 DM) monatlich. Die Höhe der Lebenshaltungskosten wird von den Junggesellen mit etwa 150 bis 200 Toman, von den Ehepaaren mit 200 bis 500 Toman angegeben. Über die Höhe der Preise der Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände besitzen wir dank der zahlreichen Hinweise der Kollegen eine reichhaltige Übersicht vom Kaugummi bis zum Schneidertüchlein. Im Ganzen gesehen liegen die Preise etwas über den unsrigen.

Und nun zum Klima! Darüber sind die Angaben naturgemäß noch unvollkommen, da unsere Kollegen dort bisher nur den Spätherbst und Winter erlebt haben, und zwar einen Winter, der seit etwa 25 Jahren der strengste war. In den nördlichen Provinzen lag bis zu 1 m hoch

mehrere Wochen hindurch Schnee. Größere klimatische Belastungen werden eigentlich im Sommer nur in den Niederungen der Provinz Gilan und im Süden in den Provinzen Khuzistan und Ahwaz zu erwarten sein, da die Ambulatorien in der Gegend des Persischen Golfs nicht von unseren deutschen Kollegen besetzt sind.

Hinsichtlich der Bekleidung ist eine strapazierfähige europäische Kleidung durchaus angebracht. Für einen Gesellschaftsanzug wird man manchmal Verwendung haben. Wichtig ist vor allen Dingen gutes Schuhzeug.

Die Mehrzahl der Kollegen ist mit ihren ärztlichen Schaffensmöglichkeiten und mit ihren Lebensbedingungen sehr zufrieden. Ich möchte aber nicht verhehlen, daß zwei bis drei Ärzte jedoch diese Zufriedenheit nicht teilen. Das entspricht der von uns erwarteten Quote. Ich möchte aber an dieser Stelle eine ernste Mahnung an alle die vielen Bewerber um eine ärztliche Arbeitsmöglichkeit in Iran richten. Prüfen Sie sich ehrlichen Herzens noch einmal, ob Sie sich den Dingen gewachsen fühlen. Mancher glaubt, er sei ein echter „Pionier“ und versagt dann kläglich an den oft zermürbenden Kleinigkeiten des Alltags. Lassen Sie sich nicht ausschließlich von Ihren wirtschaftlichen Nöten bestimmen. Denken Sie daran, daß Sie auf viele Dinge, die Ihnen jetzt klein und selbstverständlich erscheinen, verzichten müssen. Auch drüben werden Sie nicht frei sein von täglichem Ärger und einengenden Vorschriften. Wenn Sie nur eine schöne Ferienreise machen wollen, dann suchen Sie sich ein anderes Ziel.

Die iranische Regierung hat uns unbeirrt durch die Meinung der übrigen Welt wiederum ihr Vertrauen geschenkt. Wir wollen sie deshalb weder als Deutsche noch als Ärzte enttäuschen.

Zum Schluß darf ich allen unseren im Iran tätigen Kollegen, die ja auch unser Südwestdeutsches Ärzteblatt lesen und sich über sein Erscheinen sehr freuen, herzlich grüßen und ihnen in ihrer Arbeit viel Segen wünschen.

Kartei des Arztes und Erbrecht

Von Staatsanwalt Dr. Max Kohlhaas, Stuttgart

Vor kurzem hat sich in einer Stadt unseres Landes ein Fall zugetragen, der allem Anschein nach ein freundliches Ende finden wird, der aber deshalb hier Erwähnung finden soll, weil er — ganz abgesehen von seinen juristischen Komplikationen — auch für Ärzte im Hinblick auf ihre eigenen letztwilligen Verfügungen von allgemeinem Interesse ist. Deshalb wird der Fall hier erzählt und nach Möglichkeit frei von Juristerei erläutert.

Ein Arzt starb ohne Hinterlassung eines Erben, der selbst die ärztliche Praxis hätte übernehmen können. Seine Erbin beanspruchte von dem während der Krankheit eingewiesenen Vertreter die Herausgabe der Krankenblätter, da diese keinesfalls dem Nachfolger in der Praxis ausgefolgt werden dürften. Unklar blieb zunächst, ob ein Testament vorliege, wonach der Verstorbene die Kartei einem anderen Arzt derselben Spezialität zugedacht hatte.

Dies der Tatbestand, an Hand dessen sich nun folgende Fragen ergeben haben:

1. Daß die Krankenkartei, die ein Arzt führt, seiner ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, ist unbestritten.

Das Justizministerium hat in einem an dieser Stelle veröffentlichten Runderlaß (1949 Heft 3, S. 49) ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Krankenblätter Dinge enthalten, die nicht nur für den Patienten selbst, sondern seine Angehörigen, Vorfahren usw. von großer Bedeutung sind und deren Geheimhaltung unbedingt geboten ist. Deshalb wurde auch das Beschlagsrecht der Polizei gerade auf Grund einer Beschwerde aus Ärztekreisen äußerst eng ausgelegt.

So gut nun die Ärzteschaft mit Recht sich gegenüber staatlichen Eingriffen auf ihre Schweigepflicht beruft, so sehr ist sie auf der andern Seite verpflichtet, diese Schweigepflicht zu wahren, und dazu gehört auch, daß die Kartei mit den Krankenblättern unbedingt geheimzuhalten ist.

2. Damit scheidet eine Ausfolgung dieser Kartei an eine nicht ärztliche Person aus. Man stelle sich, einmal ganz kraß gesprochen, vor, daß Krankenblätter in einer Altpapiersammlung, als Klosettpapier im Haushalt, auf der Straße als Kinderspielzeug herumliegen, ohne das kriminalistisch sich förmlich aufdrängende Beispiel der Möglichkeit einer Erpressung an

Persönlichkeiten, deren diskrete Geheimnisse in diesen Blättern stehen, sich weiter auszudenken. Es muß also — scheinbar ganz im Widerspruch zu den erbrechtlichen Vorschriften, wonach der Erbe eben alles erbt — von Amts wegen darauf geachtet werden, daß jedenfalls die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Erbschaftsgegenstände nur in ärztliche Hände gelangen. Im vorliegenden Fall hat die Ärztekammer Nord-Württemberg den kühnen, aber zweifellos richtigen Schritt getan, die Kartei in ihre eigene Obhut zu nehmen, bis feststehe, welchem Arzt — dem angeblich durch Testament Bedachten oder dem offiziellen Nachfolger — die Kartei zustehe.

3. Wesentlich war auch die Frage, ob der Vertreter des kranken und nachher verstorbenen Arztes verpflichtet war, der Erbin, die die Kartei zunächst für sich, nicht etwa für jenen anderen Arzt verlangte, die Kartei herauszugeben, oder ob er nicht umgekehrt die Herausgabe der Kartei im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht verweigern mußte. Nach dem unter 2 Ausgeführten durfte er die Kartei der Erbin nicht geben, sondern mußte darauf bestehen, durch Herausgabe an einen Arzt selbst gedeckt zu sein. Nur durch Herausgabe an einen Arzt konnte er sich seinerseits vor dem berechtigten Vorwurf, die ärztlichen Geheimnisse an Unbefugte preisgegeben zu haben, befreien.

4. Auf der andern Seite kann kein Zweifel darüber bestehen, daß der verstorbene Arzt berechtigt war, seine Unterlagen testamentarisch einem andern Arzt desselben Fachs zugänglich zu machen. Natürlich kann man streng genommen daran denken, daß die Patienten sich ja nur jenem einen Arzt anvertraut haben und daß die Weitergabe an einen Nachfolger gar nicht ins Auge gefaßt gewesen sei. Eine solche Denkungsart wäre aber rein formaljuristisch und in keiner Weise den Dingen gerecht werdend. Verboten ist ja dem Arzt auch nur die „unbefugte“ Preisgabe von Geheimnissen. Wenn er also nicht einzelne Patienten preisgibt, sondern infolge Wegzugs seine ganze Praxis einem ihm vertrauenswürdig erscheinenden Arzt übergibt oder für den Fall seines Todes dafür Sorge trägt, daß ein anderer Arzt

diese Karteiblätter erhält, so handelt er ja gerade im mutmaßlichen Interesse seiner Patienten, denen er ermöglichen will, gleich an eine Stelle zu kommen, die ohne viel Erzählungen und Nachuntersuchungen da fortfahren kann, wo man stehengeblieben war. Ein unbefugtes Preisgeben liegt in einem solchen Fall natürlich nicht vor.

5. Im Laufe der Debatte kam zunächst auch zur Sprache, daß der Verstorbene die Vernichtung der Kartei wünsche. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, ob das allgemeine gesundheitliche Interesse — Haut- und Geschlechtskrankheiten! — nicht die Erhaltung einer solchen Kartei verlange. Dies Letztere ist zu verneinen. Die Meldevorschriften sind so weitgehend, daß sie ihre Grenze an ihrem Wortlaut finden müssen. Sofern also der Arzt seine Meldepflichten ordnungsgemäß erfüllt hat, kann er seine Krankenblätter, die ja letzten Endes zur Stärkung seines eigenen Gedächtnisses dienen, vernichten. Die Patienten suchen im Falle seines Todes und des Untergangs seiner Kartei eben neue Ärzte auf, die erneute Meldepflichten haben. Gegen die Vernichtung der Kartei auf Grund eines Testaments bestehen also keine Bedenken. Nur müßte diese Vernichtung dann eben vor der Ausfolgung an die Erben vorgenommen werden, da nach dem unter 2 und 3 Gesagten die Ausfolgung an die nicht ärztlichen Erben gegen die ärztliche Schweigepflicht verstoßen würde.

Zusammenfassend also darf gesagt werden, daß der an sich nicht alltägliche Fall doch sehr geeignet ist, ohne jede juristische Formalistik folgendes für die Praxis festzustellen: Freie Möglichkeit des Arztes, im Falle der Aufgabe seiner Praxis seine Kartei dem Nachfolger zu übergeben oder sie im Falle seines Todes der Vernichtung oder einem beliebigen anderen Arzte zu überantworten, ohne etwa dabei an den eingewiesenen Nachfolger gebunden zu sein. Umgekehrt völlige Unzulässigkeit der Aushändigung einer solchen Kartei durch den Vertreter an nicht als Ärzte legitimierte Erben, da ja nur wiederum Ärzte der Schweigepflicht unterliegen, die ihre Verantwortlichkeit im Falle eines Verstoßes begründen würde.

Zum ärztlichen Attest

Von Dr. med. H. Kraiß, Stuttgart

Noch vor kurzer Zeit spielte die Ausstellung von Attesten in der Praxis eine wichtige und zeitraubende Rolle. Fast jeder Patient benötigte eine Bescheinigung in seinem Kampf ums Dasein für die allerverschiedensten Zwecke. Der Arzt konnte sich den gegebenen Verhältnissen nicht verschließen und mußte den lästigen Schreibkram auf sich nehmen. Bei der Vielzahl der ausgestellten Bescheinigungen konnte es nicht ausbleiben, daß die Schriftstücke nicht immer formal oder inhaltlich den Ansprüchen genügten, welchen ein ärztliches Attest als eine Urkunde gerecht werden muß. Entsprechend standen sie auch in keinem hohen Ansehen und wurden gering gewertet. Inzwischen haben sich die Verhältnisse geändert. Im Rahmen der sozialen Fürsorge kommt den ärztlichen Bescheinigungen und Zeugnissen wieder die frühere Bedeutung zu. Ja, sie gewinnen bei der wirtschaftlichen Notlage eines großen Teils des Volkes noch an Umfang und Bedeutung. Die ärztlichen Zeug-

nisse spielten eine maßgebliche Rolle bei der Anerkennung berechtigter wie unberechtigter Ansprüche. Bei der zeitbedingten Unklarheit der Verhältnisse kommt ihnen sogar in einem großen Teil der Fälle eine entscheidende Bedeutung zu. Es besteht deshalb Veranlassung, auf einige grundsätzliche Forderungen hinzuweisen, die an ein derartiges Schriftstück gestellt werden müssen.

Die vornehmste Aufgabe des Arztes wird immer sein, seinem Patienten zu helfen und nach Möglichkeit dessen Interessen zu vertreten. Nicht selten kommt er aber dabei in eine Zwangslage. Auf der einen Seite stehen die von Patienten oft sehr deutlich geäußerten Wünsche und die Gefahr, im Falle einer Verweigerung einen Patienten zu verlieren, und auf der anderen Seite die Gebote der Berufspflicht. Gewisse Konzessionen sind gelegentlich nicht zu umgehen, so daß sich der Arzt nicht selten einer heiklen Aufgabe gegenüber sieht. Er ist sich dabei bewußt, daß er bei der Ausstellung derartiger

Bescheinigungen wie als Gutachter völlig unparteiisch nur seiner medizinischen Überzeugung Ausdruck geben darf und daß jedes derartige Schriftstück ein Gradmesser seines Wissens und seines Verantwortungsbewußtseins ist. Eine befriedigende Lösung dieser Aufgabe verlangt mindestens eine glückliche Formulierung. § 8 der allgemeinen Berufsvorschriften fordert, daß der Arzt bei der Ausstellung von Zeugnissen aller Art mit der größten Sorgfalt verfahren und nach bestem Wissen nur seine ärztliche Überzeugung zum Ausdruck bringen soll. Gefälligkeitsatteste sind nicht gestattet. Jedes Abweichen von dieser Grundforderung muß zu untragbaren Differenzen zwischen den Ärzten einerseits und den Behörden andererseits führen. Jede einseitige Stellungnahme muß zum Schaden für die Allgemeinheit werden. Das Schriftstück darf nur das enthalten, was der Arzt aus eigener Feststellung kennt, also nur Angaben über den derzeitigen oder früheren Gesundheitszustand, soweit er sie auf Grund eigener Unterlagen belegen kann. Keinesfalls dürfen aber Angaben des Patienten in einer Form Verwendung finden, die den Eindruck zuläßt, daß es sich dabei um Tatsachen handelt. Bei ungenauen oder unüberlegten Bescheinigungen werden aus Behauptungen und Wünschen scheinbare Tatsachen und es können aus Fahrlässigkeit Dokumente entstehen, die als Beweismittel für unberechtigte oder gar betrügerische Ansprüche benützt werden können und die sich meist später nicht mehr umstoßen lassen. Dabei kommt der Arzt sogar in Gefahr, sich der Mithilfe an einem Betrug schuldig zu machen. § 278 des StrGB. weist darauf hin, daß Ärzte, die ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherung wider besseres Wissen ausstellen, mit Gefängnis bestraft werden können. Da Atteste für irgendeinen Zweck bestimmt sind, müssen sie auch eine Folgerung aus dem gestellten Krankheitsbild enthalten. Diese wird sich natürlich nach dem Wissen und der Erfahrung des einzelnen Arztes richten. Allzuweit auseinandergehende Ansichten können nur dadurch vermieden werden, daß sie mit dem allgemeinen ärztlichen Erfahrungsgut in Einklang stehen. Wird dieser Boden aber verlassen zugunsten einer Theorie oder gar der eigenen Meinung, muß dies deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Dies ist keineswegs immer der Fall. Es ist überraschend, mit welcher Sicherheit oft Behauptungen aufgestellt werden, die zu beweisen dem betreffenden Arzt nicht möglich sein wird. Dies gilt besonders auch bezüglich der Genese von Krankheiten. Nur zu leicht unterliegt auch der Arzt dem heutigen Kausalitätsbedürfnis. Oft scheint auch ihm ein post hoc ergo propter hoc zu genügen. Es wird nicht genügend berücksichtigt, daß die Kausalität auch im Rahmen der Medizin sehr oft unklar bleibt. Bei der Vielzahl der Faktoren kommt der uns erkennbaren Ursache nicht selten nur die Bedeutung der Auslösung, der Manifestierung oder gar nur des Zufalls zu. Der Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs gehört zu den wunden Stellen der Medizin. Es müssen die versicherungsrechtlichen Begriffe des zeitlichen und ursächlichen Zusammenhangs, der Entstehung, Auslösung, der vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung beachtet werden. Die psychosomatische Betrachtungsweise weist ebenfalls auf die Komplexität der Krankheitsursachen hin. Will man sich zur Frage der Genese einer Krankheit äußern, ohne den früheren Gesundheitszustand zu kennen, ergeben sich

oft außerordentliche Schwierigkeiten, die zu überwinden nur durch einen erheblichen Aufwand an Zeit und Mühe sowie eine sehr eingehende Vorgeschichte möglich ist. Dies überschreitet jedoch meist den Rahmen einer Sprechstunde. Zweckmäßigerweise wird man sich deshalb zu derartigen Fragen nur sehr vorsichtig und unter dem Hinweis, daß es sich dabei um eine Möglichkeit handelt, Stellung nehmen, falls man nicht seine Ansicht maßgeblich belegen kann. Von seiten des Gesetzgebers wird dieser Schwierigkeit Rechnung getragen insofern, als nur die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs oder das Vorliegen einer wesentlichen Teilursache gefordert wird.

Zweifellos werden die Meinungen der Ärzte auch in grundsätzlichen Fragen immer wieder auseinandergehen. Die Unterstützungsberechtigten wissen dies und ziehen daraus ihren Vorteil. Die Differenzen bestärken sie nur in ihrer Ansicht, daß das Wissen der Ärzte trotz allen Studiums nur ein sehr begrenztes und nicht allzu vertrauenswürdiges ist und daß sich die Medizin in der so bekannten Krise befindet. Tatsächlich bringen neue Erkenntnisse immer wieder anscheinend gesichertes Wissensgut ins Wanken. Die seelischen und vegetativ-nervösen Störungen werden immer mehr in ihrer Bedeutung erkannt und bewertet. Sehr vieles ist im Fluß. Es dürfte jedoch nicht zweckmäßig sein, wenn das bunte Bild der Anschauungen auch in Attesten und Gutachten sehr seinen Niederschlag findet. Es besteht die Gefahr, daß persönliche Ansichten und beschränkte Erfahrungen den Stempel scheinbarer Gültigkeit erhalten. Dieser Zustand ist sowohl den Patienten wie den Behörden, die ein derartiges ärztliches Schriftstück als ein sachliches Beweismittel ansehen, unverständlich. So ist es auch möglich, daß Laien wie Richter in versicherungsrechtlichen Urteilen oft zu Entscheidungen kommen, die, von medizinischen Standpunkt aus betrachtet, völlig unhaltbar sind und im weiteren Verfahrensablauf unvermeidlich zu Schwierigkeiten führen müssen.

Rein formal muß jedes Attest als Dokument Datum, Ortsangabe, deutliche Unterschrift sowie Angabe des Empfängers enthalten. Daß man sich bei fremden Personen noch durch einen Personalausweis der Gefahr einer falschen Namensangabe oder Unterschiebung einer dritten Person entziehen soll, sei vollständigshalber erwähnt. Bei der derzeitigen mißlichen Lage des Ärztestandes muß es das Bestreben eines jeden Arztes sein, alles zu vermeiden, was zu einer zusätzlichen und unnötigen, wenn auch keineswegs immer unberechtigten Kritik führt. Dies ist nur möglich durch peinliche Sorgfalt und Verantwortungsbewußtsein. Natürlich dürfen wirtschaftliche Momente auf ärztliche Moral und Handeln keinen Einfluß haben. Nur mit Hilfe des Arztes ist eine gerechte Beurteilung sowie eine sinngemäße Aufgliederung auf die verschiedenen Fürsorgestellen und Versicherungsträger möglich. Gefälligkeitsatteste oder fahrlässig ausgestellte Bescheinigungen erwecken nicht nur falsche Hoffnungen, sondern erzeugen unberechtigte Ansprüche und Unzufriedenheit, vergrößern unnötigerweise die Zahl der Fürsorgeempfänger und beeinträchtigen den Gesundheitswillen der Kranken und den Arbeitswillen der Gesunden.

Das Problem der sozialen Fürsorge ist für den heutigen Staat von entscheidender Bedeutung. Die Nachkriegsverhältnisse mit der wirtschaftlichen Notlage eines

großen Teiles des Volkes brachten eine ungeheure Belastung des Staates und der Versicherungsträger bzw. sozialen Fürsorgestellen mit sich. Es besteht ein Mißverhältnis zwischen dem arbeitenden und steuerzahlenden und dem auf wirtschaftliche Beihilfe Anspruch erhebenden Bevölkerungsanteil. Die Lösung dieser Aufgabe ist lebenswichtig und nicht zu umgehen. Das öffentliche Stimmungsbarometer und die politische Einstellung des Volkes sind weitgehend davon abhängig. Nur unter größten Opfern können die Geldmittel die dringendsten Ansprüche befriedigen. Um so wichtiger ist eine möglichst gerechte Verteilung. Gerade hier steht aber der Arzt an entscheidender Stelle. Dabei dürfen für ihn jedoch nur medizinische Gesichtspunkte maßgeblich sein.

Die sozialen Verhältnisse müssen an anderer Stelle Berücksichtigung finden. In der Höhe der Erwerbsminderung darf nicht der Wunsch des Helfens zum Ausdruck kommen. Ohne Zweifel sind die Rentenunterstützungen in einem großen Teil der Fälle völlig unzureichend. Der Kampf muß aber um eine Erhöhung der Renten, nicht aber um eine nicht vertretbare und in ihren Auswirkungen ungerechte Erhöhung der Rentensätze gehen. Es darf auch in der Höhe der EM. nicht die Hartnäckigkeit des Antragstellers zur Auswirkung kommen, was leider sehr oft der Fall ist.

Der Ärztestand trägt hier eine große Verantwortung gegenüber dem Gemeinwesen, der er sich nicht entziehen darf.

100 Jahre Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse

Von Dr. med. Friedrich Langbein, Pfullingen

Wirtschaftliche Not unter den Angehörigen des ärztlichen Standes, insbesondere bei den Hinterbliebenen, den Witwen und Waisen gibt es nicht erst, seit mit der Einführung der Sozialversicherung im Deutschen Reich in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Zahl der Ärzte sich rapid vermehrt hat, seit es Kassenärzte gibt. Solche Not gab es auch schon in der sogenannten guten alten Zeit, als der Arzt noch als Hausarzt die befriedigendste Form ärztlicher Tätigkeit ausübte. Es gab auch damals schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Ärzte und Arzthinterbliebene, bei welchen das Einkommen bzw. das beim Tod des Arztes vorhandene Vermögen nicht ausreichte, um den Unterhalt zu decken.

Diese Beobachtung und Erfahrung veranlaßte schon frühzeitig die ärztlichen Vereine einer Reihe von deutschen Ländern, Unterstützungseinrichtungen zu schaffen, veranlaßte auch im Jahre 1847 den damaligen württembergischen Obermedizinalrat Dr. Cleß in Stuttgart, mit solchen Plänen an die ärztliche Öffentlichkeit zu treten, wobei er aber zunächst wenig Gegenliebe fand. Nachdem er aber seine Vorschläge weiter ausgebaut und verbessert hatte, wurde in einer Sitzung des Vereins der württembergischen Ärzte in Tübingen am 30. Mai 1850 ein von Dr. Cleß vorgelegter Entwurf einer Unterstützungskasse angenommen, die den Zweck erfüllen sollte, Unterstützung zu gewähren, „wo immer eine der Abhilfe bedürftige und derselben würdige Not unter den Mitgliedern des ärztlichen Standes und deren Familien im Lande Württemberg sich vorfindet“. Die Mittel hierzu sollten durch freiwillige Beiträge der württembergischen Ärzte aufgebracht werden. Mit der Annahme dieses Entwurfs war diese erste „Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse“ (WÄUK.) gegründet, so daß wir also am 30. Mai 1950 auf ihr 100jähriges segensreiches Bestehen zurückblicken können. Schon im ersten Geschäftsjahr wurden von 435 Gebern, wohl über 50 % der damaligen württembergischen Ärzte, 1016 fl., d. i. = 1742 Mark, gespendet. Bis zum Jahre 1899 hatte sich die Zahl der Geber auf 702 erhöht, die Summe der freiwilligen Beiträge auf 5289 Mark, nicht eingerechnet 2196 Mark aus Schenkungen und Legaten. Im letzten Vorkriegsjahr 1939 spendeten 847 Geber 8078 Mark. Am Ende des 90. Geschäftsjahrs im Jahre 1940 betrug die Gesamtsumme der Unterstützungen, welche die WÄUK. seit 1850 aufgewendet hat, eingerechnet die an Arzt-

witwen gewährte freie Wohnung in den Häusern 36 und 38 in der Kronenstraße Stuttgart: 956 000 Mark, also durchschnittlich jährlich 10 600 Mark. Das war nur möglich, weil schon frühzeitig, erstmals im Jahr 1873, der Kasse sehr beträchtliche Stiftungen zufließen, deren Zinsen alljährlich zusammen mit den freiwilligen Beiträgen verteilt werden konnten. Diese Stiftungen machten aus formaljuristischen Gründen im Jahr 1873 erstmals, und dann im Jahr 1900 zur Anpassung an das in Kraft tretende Bürgerliche Gesetzbuch eine Änderung der ursprünglichen Satzungen nötig. Die WÄUK. wurde deshalb im Jahre 1875 mit dem Recht juristischer Persönlichkeit ausgestattet, und 1900 wurde ihr die Eigenschaft einer Stiftung verliehen, was zur Befreiung von der steuerlichen Erfassung nötig war.

Ich entnehme diese Erinnerungen den Jubiläumsberichten, die aus Anlaß des 50jährigen Bestehens der WÄUK. der damalige Geschäftsführer der Kasse, der Sohn des Gründers der Kasse, Dr. Ernst Cleß in Stuttgart, und im Jahr 1940 der letzte Geschäftsführer vor dem Zusammenbruch des Deutschen Reichs, Obermedizinalrat Dr. Zöpplitz (gest. 1944), aus Anlaß des 90jährigen Bestehens verfaßt haben.

In beiden Berichten wurden die oben erwähnten Stiftungen namentlich und einzeln aufgeführt, und die Pflicht der Dankbarkeit verlangt bei der Erinnerung an das 100jährige Bestehen, daß wir der Stifter auch heute gedenken.

Es sind:

1. Im Jahr 1873 die Stiftung des Oberamtsarztes Dr. med. Laiblin in Riedlingen mit einem Kapitalvermögen von 32 000 Mark, von der im Gefolge der Inflation am 1. Januar 1940 noch 13 028 RM übrig waren.
2. Im Jahr 1877 die Stiftung des Hofzahnarztes Dr. med. Eduard Frisoni mit einem Kapital von 100 000 Mark und einem Grundbesitz in Stuttgart, Kronenstr. 36 und 38, mit einem Gesamtareal von 19 ar, geschätzt damals auf 178 000 Mark. Das darin stehende Wohnhaus wurde im Jahr 1881 für die Aufnahme von Arztwitwen umgebaut: Frisonianum. — Bis zu seiner Zerstörung im zweiten Weltkrieg durch Bomben war es von 5 Witwen bewohnt; der Platz ist heute noch das wertvollste Objekt des Vermögens der WÄUK.
3. Die Cleß-Stiftung ist eine Jubiläumsgabe der Ärzte Württembergs an die WÄUK. aus Anlaß ihres 50jäh-

rigen Bestehens im Jahr 1900. Sie trägt ihren Namen zum Andenken an den Gründer der Kasse. Die Sammlung hatte am Jahresschluß 1900 den Betrag von 14 741 Mark erreicht. Am 1. Januar 1940 betrug ihr Wert 1020 RM.

4. Die Dr. August- und Alice-Deahna-Stiftung vom Jahr 1920 hatte einen ursprünglichen Wert von 317 000 Mark, die zum größten Teil der Inflation zum Opfer fielen. Dr. Deahna war langjähriger Vorsitzender des württembergischen ärztlichen Landesausschusses. Am 1. Januar 1940 betrug der Wert der Stiftung 62 395 RM.

5. Die Dr. Fritz-Krauß-Stiftung vom Jahr 1933; das Vermögen belief sich am 1. Januar 1940 auf 5264 RM. Dr. Krauß hat in 18 Jahren als Geschäftsführer der WÄUK. sich außerordentliche Verdienste um diese Kasse erworben.

Außer diesen namentlich aufgeführten Stiftungen sind der WÄUK. noch eine große Zahl außerordentlicher Spenden und Legate von württembergischen und sogar einmal von einem schwedischen Arzt zugefallen, so daß das Gesamtvermögen am 1. Januar 1940 trotz der enormen durch die Inflation erlittenen Verluste sich immer noch auf 463 308 RM belief.

Und nun hat der Zusammenbruch des Deutschen Reichs am Ende des zweiten Weltkriegs und die dadurch bedingte Währungsreform im Juni 1948 dieses immerhin beträchtliche Vermögen wiederum dezimiert.

Der Verlust der ersparten Kapitalien durch die Inflation und die dadurch bedingte Vermehrung der Not unter den Angehörigen, insbesondere den Hinterbliebenen des Ärztestandes, hatte im Jahr 1921 dem württembergischen Ärzteverband die Veranlassung gegeben zur Gründung einer ärztlichen Versorgungskasse; diese nahm dann der durch die Inflation stark geschwächten WÄUK. einen Teil ihrer Lasten ab durch eine Vereinbarung, wonach die Unterstützung der in Württemberg Bedürftigen und Wohnhaften der Versorgungskasse zufiel, der außerhalb Württemberg Lebenden der UK. verblieb. Die Zahl der Unterstützten sank danach im Jahr 1923 auf 18, stieg aber bis 1939 wieder auf 49, da die Ärztekammer durch eine Veränderung der Satzung der Versorgungskasse im Jahr 1934 genötigt war, alle diejenigen Fälle an die WÄUK. weiterzuleiten, die nicht zum Aufgabenbereich ihrer Einrichtungen gehörten, oder die für eine zusätzliche Unterstützung geeignet erschienen. Nach ihren ursprünglichen Satzungen hatte eine Bestimmung, wonach 10 Prozent der Beiträge zur Unterstützung für nicht anspruchsberechtigte Angehörige des Standes verwendet werden können, es der Versorgungskasse ermöglicht, der WÄUK. in einem größeren Umfang aus der durch die Inflation bedingten Not zu helfen.

Die Geschichte der WÄUK. zeigt uns ein getreues Spiegelbild des politischen Auf- und Abstiegs, auch des wirtschaftlichen des Deutschen Reiches seit 1850. Nach der Inflation 1919/1923 ist nur noch ein Legat, die Fritz-Krauß-Stiftung von 1933 zu verzeichnen. Die in der letzten Sitzung des Verwaltungsrats am 11. März vorgelegte Bilanz hat, wie nicht anders zu erwarten, ergeben, daß für ein Reihe von Jahren die Unterstützungen nur aus den im laufenden Geschäftsjahr eingehenden freiwilligen Beiträgen gewährt werden können; vom Vermögen sind ein großer Teil der Wertpapiere gänzlich wertlos geworden, über die Verzinsung oder Verwertung des Restes

läßt sich zur Zeit nichts sagen. Das wertvollste Vermögenobjekt ist wie oben erwähnt das Areal der Frisoni-Stiftung in der Kronenstraße. Ausgeschlossen ist, daß die WÄUK. an dieser Stelle wieder baut. Ins Auge gefaßt ist, sobald die zukünftigen Baulinien feststehen, der Verkauf des wertvollen Bauplatzes, und wenn der Erlös ausreicht, der Erwerb eines billigen Bauplatzes irgendwo an der Peripherie und der Bau eines bescheidenen Wohnhauses für Arztwitwen.

Die zwar im Lauf der Jahrzehnte mehrfach geänderte, in ihren wesentlichen Grundsätzen aber gleichgebliebene Verfassung der WÄUK. stammt in ihrer jetzigen Fassung vom 7. November 1942 und ist genehmigt vom württ. Innenminister. Sie sieht zur Verwaltung der Kasse einen Verwaltungsrat vor, der aus 5 württ. Ärzten besteht, von denen mindestens einer seinen Wohnsitz in Stuttgart haben muß. Bei Abgang eines Mitgliedes ergänzt sich der Verwaltungsrat durch eigene Beiwahl, welche der Bestätigung durch die Ärztekammer — jetzt die beiden Kammern Nord- und Südwürttemberg — unterliegt.

Der im Jahr 1945 letztmals ergänzte Verwaltungsrat setzt sich zusammen aus den Herren:

Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart, als Geschäftsführer
Dr. med. Helmuth Blesch, Stuttgart
Dr. med. Theodor Dobler, Schorndorf
Dr. med. Hermann Gundert, Stuttgart
Dr. med. Friedrich Langbein, Pfullingen.

Rechner ist seit Jahrzehnten Regierungsrat Zimmermann, Stuttgart, dem sowohl die von der WÄUK. betreuten Ärzte, Witwen und Waisen als die gesamte württembergische Ärzteschaft größten Dank schulden für seine selbstlose, hilfreiche Tätigkeit.

Der Verwaltungsrat ist sich völlig darüber klar, daß die schlechte finanzielle Lage des Durchschnitts unserer Ärzte es manchem nicht erlaubt, dem alljährlich wiederkehrenden Aufruf um freiwillige Spenden für die Bedürftigsten unseres Standes Folge zu leisten. Er weiß, daß Steuern, die Abzüge von Unterstützungen seitens der KV. und neuerdings in Südwürttemberg die Beiträge zu einer allerdings nur bis zur Wiederaufrichtung unserer alten Versorgungskasse vorgesehenen Unterstützungseinrichtung, daß Prämien für fortlaufende Versicherungen, kurz daß diese und andere Ausgaben die Gebefreudigkeit erschweren und hemmen. Trotzdem hegt er die Hoffnung, daß zur Erinnerung an die 100ste Wiederkehr des Tages, an dem die erste soziale Einrichtung im württembergischen Ärztestand geschaffen wurde, an den 30. Mai 1850, die Herzen und Beutel aller Kollegen sich öffnen, denen es noch besser geht als diesen Bedürftigsten unseres Standes, die in Gegenwart und Zukunft keine Aussicht auf Besserung ihrer Lage haben. Auch wenn wir, wie ich bestimmt hoffe, in absehbarer Zeit wieder zu einer für Nord- und Südwürttemberg gemeinsamen Ärzteversorgung kommen, auch wenn wie in unserer alten Versorgungskasse ein kleiner Prozentsatz der Beiträge für Unterstützungen nicht anspruchsberechtigter verwendet wird — auch dann wird es, wie die Erfahrung der letzten Jahrzehnte lehrt, immer noch eine Kategorie von Bedürftigen geben, die auf freiwillige Gaben angewiesen sind.

Daß die Gebefreudigkeit nicht erloschen ist, beweisen die in den letzten 3 Jahren so erfreulich zahlreich eingegangenen Spenden.

Und wenn in 50 Jahren ein neuer Jubiläumsbericht über die Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse geschrieben wird, so soll der Schreiber zur Ehre unserer Generation berichten können, daß auch in den schlimmsten Notzeiten des Deutschen Volkes die württembergischen Ärzte die Hilfe für den Mitmenschen, der

sie sich mit Leib und Seele verschrieben haben, auch den Hilfsbedürftigen des eigenen Standes gegenüber nie vergessen haben.

(Konten der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse: Postscheck Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse, Stuttgart.)

Buchbesprechungen

Ludwig von Holzschuher: „Praktische Psychologie. Die Primitivperson im Menschen.“ Mit einem Anhang: „Psychologisches Wörterbuch.“ Hering-Verlag in Seebruck am Chiemsee 1949, 764 Seiten, mit 40 Bildtafeln, 24 Zeichnungen, Preis Halbl. DM 28.—.

Das große Werk will, wie sein Verfasser im Vorwort („Worauf es ankam“) erläutert, „eine Psychologie des Alltags, der Menschenführung und Erziehung, der Liebe und der Ehe, des Berufes und der Politik, des Individuums und der Massen“ sein. Es steckt sich also hohe Ziele und beschreitet in manchen Teilen neue Wege. Es gibt ja viele umfangreiche Bücher über die Psychologie als strenge Wissenschaft, aber nur wenige, die dem Praktiker weiterhelfen. Kretschmers medizinische Psychologie wurde seinerzeit von der Ärzteschaft mit großer Freude begrüßt und erlebte eine Reihe von Auflagen. Das große Werk von Jaspers über allgemeine Psychopathologie stellt hohe Ansprüche, verspricht aber auch reichen Gewinn und ist in der 3. Auflage an psychologischen und philosophischen Darlegungen noch reicher und tiefer geworden. Gruhle's „Verstehende Psychologie“ ist ein Meisterwerk, das jeder wissenschaftlichen Kritik standhält, aber geistige Mitarbeit fordert. Es ist also nicht an dem, daß die moderne Wissenschaft uns im Bereich der Psychologie nur Steine statt Brot zu reichen vermöchte, weil sie akademisch weltfern sei, wie man einst der systematischen Psychologie (Wundt, Eysenhaus, Pfänder usw.) nicht ganz ohne Grund vorgeworfen hat. Ludwig von Holzschuher faßt das Problem der Seelenkunde von einer rein praktischen Seite an. Das theoretische Fundament ist die heute so beliebte Schichttheorie, der er den Anschluß an andere „psychologische Konzeptionen“ sucht. Eine originelle Note trägt der Abschnitt: Der Bezug zum Selbst und zur Umwelt. Der zweite, weit umfangreichere Teil: Leben und Zusammenleben analysiert das Wechselspiel zwischen Ichperson und Primitivperson, ist systematisch nur locker gefügt, aber inhaltlich vielgestaltig, durch Abbildungen anschaulich gestaltet. Die Überschriften der 6 Hauptkapitel mögen den wechselvollen Inhalt andeuten: I. Unbewußte Beeinflussung (Suggestion, Propaganda, Pädagogik); II. Ursprung und Rolle der Gefühle; III. Akute Emotionen und Affekte; IV. Liebe, Haß, Leidenschaft; V. Selbstsucht, Wille zur Macht, Geltungsstreben; VI. Die Persönlichkeit („Die zu erstrebende Synthese aus rationalem und primitivem Potential“).

Man sieht: Kein streng systematischer Aufbau, aber reicher, vielseitiger Inhalt. Die Quellen sprudeln von allen Seiten. Dazu eine leicht faßliche Darstellung, ein großes Wissen, Veranschaulichung durch gute Abbildungen. Gut und geschickt geschrieben. Das „psychologische Wörterbuch“ hat sich mir bei Stichproben als gut und leicht faßlich erwiesen.

Das Buch ist nicht doktrinär, nie langweilig, inhaltlich aktuell und auch für den Arzt ein guter, anregender Berater in den Psychologien, in denen jeder Arzt etwas verstehen muß.

Prof. Dr. Robert Gaupp, sen.

Dr. med. Robert Kroner: „Über die chronische Grippe-Virus-Infektion und ihre klinischen Bilder“. Verlag H. H. Nölke, Hamburg, DM 6.90.

Der Verfasser glaubt, mit der chronischen Grippe-Virus-Infektion ein neues Krankheitsbild aufstellen zu müssen. Die von ihm angeführten Tatsachen und Theorien genügen meines Erachtens nicht als Beweis dafür, daß die verschiedenartigsten Beschwerden (Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Kopfeingenommenheit, Schlaflosigkeit, Nykturie, „nervöser

Erschöpfungszustand mit Ohnmachten“, „klimakterisches Syndrom mit Hypertonie“) durch das Grippe-Virus hervorgerufen seien.

Prof. Dr. Dennig

Professor Dr. H. Lampert: „Ergebnisse der physikalisch-diätetischen Therapie“, Band 3, Verlag Theodor Steinkopff, Dresden, 375 Seiten, DM 25.50.

Nach einer mehrjährigen Pause ist nunmehr der 3. Band dieser Ergebnisse erschienen. Er bringt eine Reihe wichtiger und interessanter Darstellungen von besonders berufenen und erfahrenen Ärzten. Der Band enthält folgende Abhandlungen:

1. Knoll: Aktive Bewegung als Heilmittel.
2. Kohlrausch: Massage und Gymnastik reflektorischer Zonen.
3. Zorkendorfer: Die Wirkungen des Bades auf die Haut.
4. Jürgensen: Theorie und Praxis der Bäderbehandlung Kreislaufkranker.
5. Fey: Entwicklung und Fortschritt des Kneippschen Heilverfahrens. Das Individualisierungsprinzip der Kneippkur als Prüfstein neuerer hydrotherapeutischer Verfahren.
6. Krebs: Radiumemanations-Behandlung.
7. Gaehgens: Die spezifische Bedeutung des Vitamin E für die Fortpflanzungsvorgänge.
8. Sigwald: Vollkorngetreidenahrung in der Diätetik.
9. Bircher: Vegetarismus und vegetabile Heilkost.
10. Kanz: Stoffwechseluntersuchungen bei Bircher-Kost.
11. Henning: Die diätetische und physikalische Therapie der Colitis.

Prof. Dr. Dennig

Prof. Dr. Walther Krantz: „Die Krätze als Gegenstand des ärztlichen Selbststudiums.“ H. H. Nölke Verlag, Hamburg 1948, 99 Seiten, DM 4.80.

Wegen der Klarheit ihrer Diagnose und Therapie eignet sich die Krätze besonders gut für die Durchführung ärztlicher Selbstversuche. Dies hat den Verf. bestimmt, an ihrem einfachen Beispiel zu zeigen, wie sich der interessierte Arzt mit einem medizinischen Gegenstand beschäftigen kann und soll. Ausführlich schildert er uns alles, was wir über die Krätze wissen, aber darüber hinaus auch manches, was nicht allgemein bekannt ist. Die Lebensweise der Milben auf der Haut und in den Gängen wird ebenso eingehend besprochen, wie der leicht zu erlernende Milbennachweis und die Anwendung der verschiedensten Heilmittel, die alle mit Sicherheit zum Erfolg führen müssen, sofern sie nur richtig angewendet werden. Mit viel Liebe zur Sache ist das kleine Buch geschrieben, in einem leicht verständlichen und doch überaus geistvollen Plauderton, der den Anfänger ebenso wie den Ungewöhnten spielend leicht mit der Materie vertraut macht, aber auch den Erfahrenen anzuregen vermag.

Dr. Werner Schmidt, Stuttgart

Dr. med. habil. Kurt Franke: „Interne Therapie.“ Schmorl u. V. Seefeld Nachf., Hannover, DM 8.50.

Der Verfasser gibt eine ausgezeichnete Darstellung des heutigen Standes der Behandlung innerer Krankheiten. Die Krankheiten werden einzeln besprochen. Im Vordergrund steht die physikalische und diätetische Behandlung. Erst in zweiter Linie wird die Arzneibehandlung gebracht, die in der Wahl des Mittels und in der Dosierung auf der Höhe der Zeit steht. Endlich werden auch noch Hinweise für homöopathische Arzneigaben gebracht. Die Einleitung, ein kurzes Kapitel über Arzneisparung, ein größerer Abschnitt über die Technik biologischer Anwendungen und kurze Hinweise über vorbeugende Gesundheitspflege und richtige Kleinkinder- aufzucht geben zahlreiche wertvolle Anregungen.

Es ist hochehrwürdig, wie dieses Buch die heute zu stark eingefahrene Arzneimittelbehandlung in ein richtiges Verhältnis zu den einfachen Methoden der Allgemeinbehandlung bringt.

Prof. Dr. Dennig

Prof. Dr. Ernst Rodenwaldt: „Hygiene in ihren Grundzügen.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1949, 343 S. und 10 Abb., geh. DM. 13.80, geb. DM. 16.—.

Das Buch ist in zwei Hauptabschnitte geteilt, von denen der eine die allgemeine Hygiene, der zweite und größere die Seuchenlehre im allgemeinen und die der einzelnen Infektionskrankheiten im besonderen behandelt. Der Studierende wird es mit ebenso großem Nutzen zur Hand nehmen wie der in Klinik und Praxis tätige Arzt oder Amtsarzt, zumal die Darstellung dem neuesten Stand unserer Kenntnisse entspricht und eine Fülle wichtiger Dinge bringt, die kein Arzt außer acht lassen darf.

Der Verfasser versteht es bestens, den sonst oft so trocken dargestellten Stoff der Hygiene interessant und anregend zu gestalten. Dies wird sehr dazu beitragen, daß der Student die leidigen Skripten und schlechten Kompendien beiseite legt und der Arzt sich bereit findet, sein Wissen über Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten aufzufrischen.

Dr. Liebermeister

Schober-Pschyrembel: „Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache.“ 7. Auflage, 1949, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 448 S., geh. DM 15.30, geb. DM 18.50.

Vor mir liegt die erste Auflage des bekannten Schober'schen Wörterbuches aus dem Jahre 1898 und daneben die von Psychembel neu bearbeitete und um einen Nachtrag von 63 Seiten erweiterte 7. Auflage von 1949.

Wenn man bedenkt, daß letztere den beinahe 4fachen Umfang der ersteren hat, kann man ermaßen, in welchem Maße die Zahl der Fachausdrücke in den 50 Jahren seit dem Erscheinen der 1. Auflage gewachsen ist, denn „mit jeder Entwicklung entstehen neue Worte, jede frische Auffassung und Theorie bringt neue Ausdrucksweisen und Schlagwörter mit ...“ (Schober). Nach Format und Umfang ist das Buch kein Taschenwörterbuch, sondern man könnte es eher als Nachschlagwerk bezeichnen, insbesondere auch darum, weil bei seltenen Wörtern (deutsch, französisch und lateinisch) erklärende Zusätze gemacht sind. Somit kann das Buch bis zu einem gewissen Grad auch eine medizinische Terminologie ersetzen.

Dr. Schröder

Rohrbach-Stümpke: „Die Hautkrankheiten. Ein Buch für Ärzte und Studierende.“ Verlag Theodor Steinkopff, Dresden, 484 S., geb. DM 27.—, kart. DM 25.—.

Das Buch, dessen erste Auflage 1935 erschien, vermittelt in seiner zweiten, jetzt erschienenen, von Prof. Stümpke neu durchbearbeiteten Auflage in wohldurchdachter Einteilung und flüssiger Sprache den Anschluß dermatologischer Gesichtspunkte an die neueren Ergebnisse der normalen und pathologischen Physiologie des Gesamtorganismus, so daß das eigentliche Thema, die „Hautkrankheiten“, erschöpfend verständlich gemacht wird. Hierbei sind Kasuistik und Generalien gut aufeinander abgestimmt.

In Würdigung der Grenzgebiete sind neben den auf Grund bekannter Bedingungen und Ursachen entstehenden Erkrankungen des Hautorgans auch die Hautkrankheiten mit unbekanntem Ursprung und die Schleimhauterkrankungen — zu denen sowohl der praktische Arzt als auch der Facharzt jeden Gebietes oft genug Stellung zu nehmen hat — voll ausreichend dargestellt. Sowohl zur Information bei der Krankenbehandlung in der Praxis als auch zu einer systematischen Wissenserweiterung auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet leistet das inhaltsreiche und vielseitige Buch ausgezeichnete Dienste. Neben dem Sachverzeichnis gibt ein Verzeichnis der deutschen und ausländischen Autoren auch Anspruchsvollere alle erwünschten Hinweise. Die beigegebenen 111 Abbildungen wollen keinen farbigen Atlas ersetzen, sondern illustrieren die Gesamtbetrachtung der Hautkrankheiten innerhalb des textlichen Gedankengutes, dem große wissenschaftliche und langjährige praktische Erfahrung zugrunde liegt.

Dr. Merzweiler

Dr. med. Hans Scholtyssek: „Späterblindete.“ Medizinische, psychologische, pädagogische und fürsorgliche Feststellungen. Bucherei des Augenarztes. 19. Heft 1949. Beihefte der klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1949, 38 Abb., 128 S., geh. DM 8.80.

Verfasser unterscheidet Geburts- und Frühblinde: Erblindung vor dem 7. Lebensjahr; Jugendblinde: Erblindung vom 7.—17. Lebensjahr; Späterblindete: vom 18.—60. Lebensjahr; Altersblinde: nach dem 60. Lebensjahr.

Die Abhandlung befaßt sich an Hand eines großen statistischen Materials mit den Späterblindeten (1000 Beobachtungen) und deren geistiger und körperlicher Reaktion nach dem Wegfall des Sehorgans. Besonders werden auf Grund der neuesten Forschung die Einwirkungen der Umwelt auf das vegetative Nervensystem behandelt.

Er unterscheidet Blinde, Sehrestler und Sehschwache. Jugendliche unter 25 Jahren und Ältere über 50 Jahre fanden am ehesten ihre innere Ausgeglichenheit zurück. Die Beeinflussung des Trieblebens, des Charakters und der Persönlichkeit durch die Erblindung wird eingehend besprochen.

Für die Umschulung, die Berufsumschulung, die Leibesübungen (Raumerfassung und Raumüberwindung) werden zum Teil ganz neue Richtlinien gegeben.

Verfasser wendet sich sodann an die Betreuer der Spätblinden (Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Fürsorgler), denen er wertvolle Fingerzeige gibt.

Das Buch sollte in weiten Kreisen, besonders der Psychologen, Blindenlehrer und Fürsorgler, verbreitet werden. Für den Augenarzt und Arzt ist die positive Würdigung der Ausführungen ohnedies eine Selbstverständlichkeit.

Dr. Walther Schmid

Dr. H. Hormann: „Serologische Reaktionen und Immunität bei Malaria.“ Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1949, 108 S., 42 Kurven-Abb., kart. DM 7.50.

Das Buch befaßt sich mit den serologischen Reaktionen, die dem Nachweis von Malaria-Antikörpern im Blut dienen können.

Nach einer einleitenden Darstellung der bisher bekannten Reaktionen berichtet der Verfasser über die Methode und eigene umfangreiche Untersuchungen mit der Henry'schen Malaria-Serum-Reaktion in der Modifikation nach Treuß und einer Modifikation mit Eisenalbuminat. Er kommt zu dem Schluß, daß diese modifizierte Malaria-Serum-Reaktion durchaus geeignet ist, neben dem Dicken Tropfen als wertvolle Ergänzung in der Malaria-Diagnose zu dienen. Für den speziell daran Interessierten bietet das Büchlein eine Menge bemerkenswerter Einzelheiten.

Dr. Liebermeister

Dr. W. Morgenthaler: „Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken.“ 5. vermehrte und verbesserte Auflage, Huber, Bern, 1948, 334 S., Leinwand, sfr. 30.—.

Das fesselnd geschriebene und vorzüglich ausgestattete Buch ist besonders dazu angetan, beim psychiatrischen Pflegepersonal Liebe und Interesse für seinen Beruf zu erwecken. So ist der erste Teil einer ausführlichen Darstellung der Normalpsychologie, der zweite einer solchen der Psychopathologie in wohl verständlicher, aber keineswegs simplifizierender Form gewidmet. Einprägsame Schemata unterstützen die didaktische Wirkung. Der umfangreiche dritte Teil über die Pflege ist erschöpfend, enthält zahlreiche treffende praktische Hinweise und atmet einen Geist warmer persönlicher Fürsorge für den Patienten. Ausgezeichnet sind die Muster für Pflegerberichte und die Protokollformulare über Schockbehandlung und Schlafkuren. In weiteren Abschnitten werden noch Sozialfürsorge, psychische Hygiene und geschichtliche Fragen erörtert.

Das Buch vereinigt glücklich hohes Niveau mit der Befriedigung aller Anforderungen der Praxis; zu bedauern ist nur, daß es in absehbarer Zeit wohl für das deutsche Pflegepersonal nicht zugänglich sein wird.

Dr. Betz, Tübingen

Hermann Muckermann: „Vererbung und Entwicklung.“
2. Aufl. 1947 (mit einem Titelblatt, drei Tafeln u. 50 Abb.).
Ferd. Dümmlers Verlag, Bonn, 355 S., Preis DM 14.40.

Der Verfasser, der bekannte frühere (bis 1933) Eugeniker des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, gibt im vorliegenden Buch eine anregende und allgemein verständliche Einführung in das so belangreiche Gebiet der Vererbung und Entwicklung (einschließlich der Stammesgeschichte) unter besonderer Berücksichtigung des Menschen und bei spezieller eugenischer Auswertung der Forschungsergebnisse. — Eine geschichtliche Einleitung (I) erweckt das Verständnis für das Werden der im Buch behandelten Forschungsgebiete und der bahnbrechenden Forscher. Dabei wird die als Forscher wie als Mensch überragende Persönlichkeit des eigentlichen Begründers der Eugenik, François Galton (1822 bis 1911), nicht nur an dieser Stelle, sondern auch in dem der Eugenik gewidmeten Kapitel V auf das eingehendste gewürdigt. Im übrigen werden in sehr anregender Weise behandelt in Kap. II die Grundlagen der Zellforschung einschließlich der Fortpflanzung und Entwicklung, in III die Grundzüge der allgemeinen Vererbungslehre sowie die Fragen: Erbänderung und Stammesentwicklung, in IV die speziellen Ergebnisse der Erbforschung beim Menschen (bei besonderer Berücksichtigung der eineiigen Zwillinge) und die menschliche Stammesforschung. Als Krönung und Zielsetzung des ganzen Buches werden schließlich im Kap. V die bisherigen Forschungsergebnisse in grundsätzlicher Weise in bezug auf ihre praktischen Auswirkungsmöglichkeiten in der menschlichen Eugenik (Erbpflege) besprochen. Gerade in dieser Beziehung betont der Verfasser schon im Vorwort (S. 5): „Die Gegenwart hat allen Grund, im Gegensatz zu den Verirrungen einer Zeit, die es wagte, aus politischen Gründen die Wissenschaft zu vergewaltigen, mit jener Genauigkeit, die die Wahrheit verdient und erheischt, Ergebnisse biologischer Forschung zu sammeln, um festzustellen, inwieweit sie für die grundlegende Gestaltung von Familie und Volk dienlich sein mögen.“ Wie das ganze Buch, so ist insbesondere auch das eugenische Kapitel mit großem Verantwortungsbewußtsein geschrieben unter Berücksichtigung der schwerwiegenden ethischen und sozialen Probleme. Entsprechend seiner Zugehörigkeit zur Societas Jesu geht der Verfasser dabei auch näher auf die einschlägigen päpstlichen Enzykliken ein (z. B. S. 296, 326). — Es ist unmöglich, in einem kurzen Bericht den reichen und vielseitigen Inhalt des Buches — welches durch Hinweise im Text wie in ergänzenden Anmerkungen auch mit dem wichtigsten einschlägigen Schrifttum bekannt macht — auch nur anzudeuten. Jedenfalls kann es als fachkundige und dabei doch allgemein verständliche Einführung in die von ihm behandelten wichtigen Lebensgebiete dem Arzte wie dem gebildeten Laien bestens empfohlen werden.

Prof. Dr. W. Jacoby

Creutz-Stuedel: „Einführung in die Geschichte der Medizin.“ Silva-Verlag, Iserlohn i. Westf., 1948, 344 Seiten, kart. DM 12.80.

In 30 Kapiteln geben die Verfasser einen Einblick in die Entwicklung der Medizin von den frühesten Anfängen bis zur jüngsten Vergangenheit. Die ausgezeichneten Darstellungen, die zum größten Teil von Creutz stammen, sind früheren Zeitschriften-Veröffentlichungen und Vorträgen entnommen. Besonders eingehend sind die Schilderungen aus der Medizin des Mittelalters, dem Hauptarbeitsgebiet von Creutz, wogegen das 18. und 19. Jahrhundert zu kurz kommt. Deshalb ist die Bezeichnung „Einführung in die Geschichte der Medizin“ nicht ganz richtig gewählt, was aber inhaltlich den Wert der einzelnen Abschnitte nicht beeinträchtigt.

Dr. Stübler

Rotter, Wolfgang: „Pathologisch-histologischer Kurs.“
Wolfenbütteler Verlagsanstalt, 1949, 83 Seiten, kart. DM 3.20.

Das Büchlein bringt den knappen Grundriß eines Kurses der pathologischen Histologie mit schematischen Skizzen. Es erfüllt die Aufgabe, den Mediziner im Studium der Kurspräparate zu unterstützen.

Prof. Dr. Dietrich

Dozent Dr. Böttner und Dr. Didion: „Mischinfektion der Lunge mit Tuberkulose und Aktinomykose.“ Urban und Schwarzenberg, München, kart. DM 0.80.

An Hand eines gemeinsamen Beobachtungsfalles von Mischinfektion der Lunge mit Tuberkulose und Aktinomykose wird von den Verfassern die Kasuistik, Klinik und die Differential-Diagnose des nicht allzu seltenen Krankheitsbildes besprochen.

Ob.Reg.Med.Rat Dr. Brecke

Prof. Max Bürger: „Altern und Krankheit.“ Thieme Verlag, Leipzig, 415 S., DM 38.—.

Verringerung der Kindersterblichkeit, die Zurückdrängung von Seuchen und Infektionskrankheiten durch die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und der Zivilisation haben die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten so erheblich gesteigert, daß in unserer Zeit ein viel höherer Prozentsatz der Bevölkerung „alt“ wird, bzw. zu altern beginnt, als dies früher der Fall gewesen ist. Im Zusammenwirken damit hat der letzte Krieg durch das Ausfallen jüngerer Jahrgänge, das rapide Absinken der Geburten und die Zusammendrängung unseres Volkes auf engstem Raum infolge des Zustroms der Ostflüchtlinge uns zu einem alten Volk werden lassen. Die Problemstellung dieses Buches entspricht einem zeitbedingten Bedürfnis, weil hier erstmalig die physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge des „Altwerdens“ und ihre Beziehungen zu den inneren Krankheiten dargelegt werden. Jedes Krankheitsgeschehen ist als Vorgang am Lebenden den Gesetzen des Alterns unterworfen, so daß eine zum zweiten Male befallende Krankheit einen neuen, andersartigen pathologischen Ablauf hat. In experimentellen Forschungen und statistischen Erhebungen über Jahrzehnte geht Bürger auf das Problem „Altern und Krankheit“ ein. Die bestehenden verschiedenartigen und oft gegensätzlichen Theorien über das Altern finden eine kritische Beleuchtung. Der spezielle klinische Teil des monographischen Werkes läßt wiederum deutlich erkennen, daß es dem Verfasser nicht darauf ankommt, etwa den jeweiligen Krankheitsablauf im Alter zu studieren, gleichsam eine „Gerontologie“ zu schreiben, sondern den Problemerkern herauszuschälen, der in einer „bioreheutischen Nosologie“ gelegen ist. Die klare und überzeugende Erkenntnis dieses biologischen Grundproblems für den Kliniker ist das große Verdienst von Bürger. Die „Biorheuse — das lebendige Gefälle — ist die Voraussetzung des Lebens“. Somit verschiebt sich die biologische Reizschwelle unaufhörlich. Die Reaktionsfähigkeit des Lebenden auf bestimmte als gleichschwer angenommene Noxen ob mechanischer, infektiöser, toxischer oder seelischer Prägung, ist zu jedem Zeitpunkt der Lebenskurve, die nie als Kontinua verläuft, eine andere. Das Trägerwerden dieses bioreheutischen Prinzips ist das Altern. Beim Studium des Buches überrascht die Fülle immer wieder neuer Gedankengänge und Fragestellungen.

Dozent Dr. R. Schubert

G. Venzmer: „Paul Ehrlich. Leben und Wirken.“ Mundus-Verlag, Stuttgart, 94 S., 17 Abb., DM 4.80.

Über Ehrlichs Lebensweg darf heute auch in Deutschland wieder geschrieben werden. Die vorliegende Biographie ist schon 1935 niedergeschrieben und in einem Schweizer Verlag in spanischer Übersetzung veröffentlicht worden. Nun bringt sie das Leben Paul Ehrlichs auch den deutschen Lesern näher, des Mannes, der durch die Erfindung des Salvarsans zum Begründer der Chemotherapie geworden ist. Im Hinblick auf die heutige Entwicklung der Chemotherapie ist die Reaktion von besonderem Interesse, die auch Ehrlich seinerzeit ausgelöst hat. „Kurfuscher, Impfgegner, Naturheilkundige“ und leider auch manche Ärzte, unüberzeugbare Außenseiter, deren Blickfeld nicht ausreicht, um die Größe von Paul Ehrlichs Entdeckung zu erfassen, tun sich zusammen, und allerlei unhaltbare Beschuldigungen werden ausgebrütet... Wie eine glorige Meute fällt das Heer der Dunkelmänner mit Verdrehungen, Verleumdungen und Anwürfen, mit Zeitungsartikeln, Schmähchriften und Pamphleten über das Salvarsan her.“ Das Salvarsan ist sicherlich noch kein Idealmittel. Aber ein Überblick über die Syphilisentwicklung in den verschiedenen Ländern läßt keinen Zweifel darüber, daß die Syphilis seit Ehrlichs Entdeckung auffallend zurückgegangen ist, und daß die Ursache dafür eben die Entdeckung Ehrlichs war. Das ergibt sich insbesondere aus dem Vergleich der Länder, in

denen das Salvarsan angewandt wurde, mit den Ländern, in denen das Salvarsan aus irgendwelchen äußeren Gründen nicht eingeführt werden konnte.

Prof. K. Saller

Prof. Dr. Herbert Reindell: „**Diagnostik der Kreislauf-frühschäden.**“ Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart. (518 Seiten, Preis: geheftet DM 44.40, gebunden DM 47.—.)

Das vegetative System, Mechanismus und Teleologie in klinischer Deutung, der Kreislauf in Ruhe und die Funktionsprüfungen werden einleitend besprochen.

In dem großen Kapitel über Leistungsbreite des Kreislaufs bei fehlendem krankhaftem Organbefund erfährt der Leser sowohl Durchschnittsfeststellungen wie Befunde bei Trainierten und bei Leistungsschwachen, ermittelt unter Heranziehung aller klinischen Methoden, der „einfachen“ Untersuchung und seelischen Erforschung, der Bestimmung des Minutenvolumens, des EKG., der Rö-Diagnostik und besonders der Kymographie. Als morphologisch feststellbare Frühschäden sind Herzmuskelerkrankung und Koronarinsuffizienz nach den nämlichen Grundsätzen dargestellt.

Eine weite Synopsis, die uns die Freiburger Klinik darbietet! Allein die angeführte Bibliographie beweist, wie der von der Sportmedizin herkommende Verf. hier den immensen Fleiß einer jahrelangen klinischen Gemeinschaftsarbeit zusammenfaßt. Die Fülle der analysierten Einzelerkrankungen bietet einen trefflichen Ratgeber. Für den wissenschaftlichen Forscher ist das Werk eine wichtige Stufe, wenn er auch nichts von Relationen (Ricker), sondern nur von Regulationen liest und auch die Neurodystrophielehre vermisst. Der behandelnde Arzt in der Praxis, der mit einfachen Methoden auskommen muß, wird zunächst resigniert die Fülle des Lebendigen und den dornigen Weg der Erkenntnis vor sich sehen, der wie im Fall des einzelnen Kranken, so für die Wissenschaft überhaupt vorgezeichnet wird. Klinik und Praxis sind sich darin einig, daß handliche Funktionsproben unser „Wunschtraum“ (Heilmeyer) bleiben. Die Todesfälle infolge von Herz- und Kreislaufkrankungen stehen nach wie vor mahndend an der Spitze aller Statistiken. Darum sind wir dem Verf. dankbar, daß er unser Bemühen um die frühe Erkennung und Behandlung beflügelt.

Dr. Natorp

K. Beckmann: „**Arzneitherapie innerer Krankheiten.**“ Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Verlag Ferd. Enke, Stuttgart, 846 S., 46 Abb., geh. DM 41.50, geb. DM 45.—.

Es kann vom wissenschaftlichen wie vom praktischen Gesichtspunkt aus nur aufs lebhafteste begrüßt werden, daß ein so kompetenter Vertreter der inneren Medizin wie Beckmann die ungeheure und in der heutigen Zeit der sich überstürzenden Neuerungen und der Umschichtung in der pharmazeutischen Industrie so erschwerte Aufgabe auf sich genommen hat, der deutschen Ärzteschaft ein Standardwerk zu bieten, das sich über die gesicherten Grundlagen und Ergebnisse der Arzneitherapie schnell zu orientieren erlaubt. Nach Umfang und Anlage ist es sowohl ein Lehrbuch als auch ein Nachschlagewerk. Wir sind dem Verfasser für die ungewöhnlich

große Arbeit, die in diesem Buche steckt, zu größtem Dank verpflichtet, besonders deshalb, weil er gegenüber all dem, womit der Arzt heute in der Literatur, und vor allem in Prospekten und Annoncen überschwemmt wird, ein objektives, abgeklärtes und doch ins Einzelne gehendes Bild über die Möglichkeiten der Arzneitherapie gibt, das frei ist von subjektiven oder autistischen Einseitigkeiten, Licht und Schattenseiten gleichmäßig berücksichtigt, Bewährtes, Neues und Neuestes erwähnt und dabei auf dem Boden der Pharmakologie wie der ärztlichen Praxis steht.

In einem einleitenden allgemeinen Teil (56 Seiten) werden pharmakologische Grundlagen, Arzneiverordnungslehre und die Praxis der Arzneitherapie dargestellt. Ein weiterer Teil (80 Seiten) ist als „symptomatische Therapie“ der Fieber-, Schmerz- und Sedativbehandlung gewidmet. Dann folgt im Hauptteil (685 Seiten) die spezielle Arzneitherapie innerer Krankheitszustände, angeordnet zunächst nach den einzelnen Organen, dann den Organsystemen (innere Sekretion, Blutkrankheiten, Nervensystem) bzw. Stoffwechselstörungen (Wasser-, Mineral-, Vitaminhaushalt und eigentlichen Stoffwechselkrankheiten), schließlich die allergischen, rheumatischen und Infektionskrankheiten sowie Vergiftungen. Diese einzelnen Abschnitte gehen jeweils wieder vom Allgemeinen zum Besonderen, wobei zuerst die Indikationen und die das Kapitel betreffenden größeren Arzneimittelgruppen besprochen werden und im speziellen Teil die Behandlung bestimmter Krankheiten ausgeführt wird. Außer allgemeinen Gesichtspunkten der therapeutischen Indikationsstellung, den pharmakologischen und toxikologischen Grundlagen und den wichtigsten Rezepturen werden in großem Umfang die Handelsfertigpräparate mit Zusammensetzung, Hersteller, Handelspackungen und Preis erwähnt und kurz kritisch besprochen. Dazwischen oder oft abschließend kommt mit allgemeinen Richtlinien für die Durchführung der Behandlung und Besprechungen der Erfolgsaussichten, beides auf pathogenetischer Grundlage, wieder der erfahrene moderne Kliniker zu Wort, und gerade diese Ausführungen, die der theoretischen wie empirischen Beurteilung gleichermaßen Raum geben, verleihen dem Buche seinen ganz besonderen Charakter, da aus ihnen die Meisterschaft des Verfassers spricht, die naturgemäß oft therapeutischen Abhandlungen jüngerer Autoren abgeht. Ein Verzeichnis des wichtigsten Schrifttums sowie ein alphabetisches Sachregister bilden den Abschluß.

Möge das Buch eine recht weite Verbreitung finden, so daß es auch durch baldige Neuauflagen jeweils auf dem letzten Stand gehalten werden kann!

Prof. Höring, Tübingen

Dagobert Borchard: „**Kleines Deutsch-Englisches Satz-Lexikon.**“ Verlag Cram, de Gruyter & Co., Leipzig 1942, 133 Seiten, Preis DM 2.40.

Dieses „kleine“ Lexikon ist zu klein, um wirklich von Nutzen zu sein, zum Beispiel beim Versuch vom oder ins Englische zu übersetzen.

Für die Konversation fehlt die phonetische Schreibweise hinter den englischen Vokabeln.

Dr. Schröder

Bekanntmachungen

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung bei den Städt. Krankenanstalten Karlsruhe sprechen am
Freitag, den 30. 6. 1950, 20 Uhr

Herr Doz. Dr. Dr. Kienle, Karlsruhe:

Herzmuskelschaden, seine diagnostische und therapeutische Problematik.

Freitag, den 7. 7. 1950, 20 Uhr

Herr Prof. Zutt, Würzburg: Psychosomatik.

Freitag, den 14. 7. 1950, 20 Uhr

Herr Dr. Deglmann, Karlsruhe: Probleme der Prognostik.

Freitag, den 21. 7. 1950, 20 Uhr

Herr Dr. Gaubatz, Heidelberg-Rohrbach:

Die Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre moderne Behandlung,

zu denen ich freundlichst einlade.

Am 28. Juli, im Monat August und September 1950 finden keine Vorträge statt.

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

Fortbildungskurse für Ganzheitsmedizin**Voranzeige**

Vom 18. bis 28. Oktober 1950 einschließlich findet in Berchtesgaden der 3. Fortbildungskursus in Ganzheitsmedizin statt.

Thema:

Ernährungs- und Zivilisationsschäden als Ursache von chronischen Krankheiten am Magen-Darmkanal und seinen Anhängen.

Anreisetag: 18. Oktober 1950.

Bekanntgabe der Vorträge und Vortragenden erfolgt später.

Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz veranstaltet am 22. und 23. Juni in Frankfurt a. M. eine Arbeitstagung über „Stand des heutigen Arbeitsschutzes unter besonderer Berücksichtigung der Metall-, Keramischen, Chemischen und Textilindustrie“. Die einzelnen Gebiete werden in einem technischen und medizinischen Referat behandelt. Anschließend folgen Kurzreferate aus der Praxis, für die noch Meldungen angenommen werden. Nachmittags finden Betriebsbesichtigungen statt. Die Teilnehmergebühr beträgt für Mitglieder 4 DM, für Nichtmitglieder 6 DM. Anmeldungen sind zu richten an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz, Frankfurt a. M.-Süd, Morgensternstr. 12.

Sozialversicherungswissenschaftliche Tagung

Von der Hochschule für Arbeit, Politik und Wirtschaft in Wilhelmshaven-Rüstersiel wird eine Sozialversicherungswissenschaftliche Tagung vom 6. bis 8. Juli 1950 veranstaltet, auf der Wissenschaftler und führende Praktiker zu grundlegenden Fragen der Sozialversicherung Stellung nehmen werden. So wird im Rahmen der Tagung die Bedeutung der Sozialversicherung für die Wirtschaft und die werktätigen Menschen, ferner die Einordnung der Sozialversicherung in die Sozialwissenschaft und ihre Beziehung zum Privatversicherungs- und Arbeitsrecht erörtert werden. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Referate und Diskussionen werden die Reformpläne, die Probleme der Selbstverwaltung und die Stellung der Ärzte stehen.

Die Unterbringung erfolgt im Hochschuldorf Rüstersiel.

Kneippärztebund e. V.

Der Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, hat im Mai 1950 folgende Eingabe an die Regierung der Bundesrepublik, den Bundestag und den Bundesrat gerichtet:

Wie wir erfahren, liegt dem Bundestag der Antrag vor, über die Wiedezulassung der Heilpraktikerschulen zu beraten und Beschluß zu fassen.

Die im Kneippärztebund zusammengeschlossenen Ärzte und über 100 Teilnehmer eines in Bad Wörishofen stattfindenden Lehrgangs über die Kneipp'sche Heilweise halten die Wiedereinführung von Heilpraktikerschulen für verfehlt und gefährlich.

Wir Kneippärzte und die Ärzte, die das Kneippheilverfahren neben anderen biologischen und volkstümlichen Heilmethoden (Naturheilkunde, Homöopathie) in ihrer täglichen Praxis verwenden, kennen die Gefahren, die aus einer unsachgemäßen Anwendung oder Verordnung der natürlichen Heilfaktoren in dafür ungeeigneten Fällen drohen. Nur der umfassend ausgebildete Arzt vermag zu entscheiden, bei welchen Kranken mit natürlichen Heilreizen eine Besserung oder Heilung zu erreichen ist und wann andere Methoden zu verwenden sind.

So dankbar gerade wir den genialen Laienärzten sind, die die Heilkunde durch ihre Erkenntnisse, Entdeckungen und Lehren wesentlich bereichert haben, so sehr kennen wir die Gefahren des Halbwissens und eines mangelhaften Überblicks über die Möglichkeiten und Grenzen eines Heilverfahrens.

Einige tausend der zur Zeit im Bundesgebiet praktizierenden Ärzte verwenden bereits die biologischen Heilmethoden (Naturheilkunde, Homöopathie usw.) in den dafür geeigneten Fällen, so daß die Versorgung der Bevölkerung auch auf diesem Gebiete weitgehend sichergestellt ist.

Zur Zeit finden sowohl in Bad Wörishofen als auch in Berchtesgaden regelmäßige Kurse zur Fortbildung der Ärzte in den naturgemäßen Heilverfahren statt. Von größter Wichtigkeit allerdings wäre es, wenn der ärztliche Nachwuchs bereits auf den Universitäten eingehend in Naturheilkunde und Homöopathie ausgebildet würde. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, daß an den medizinischen Fakultäten Lehrstühle für die sogenannten biologischen Heilverfahren eingerichtet werden. Heilpraktikerschulen können diese Lücke nicht schließen. Die dort durchgeführten Kurse können niemals ihren Schülern die Kenntnisse verschaffen, die sie in die Lage versetzen, alle Möglichkeiten von Erfahrung und Wissenschaft bei den sich ihnen anvertrauenden Kranken zu erschöpfen.

Im vorigen Jahrhundert, und zu Anfang dieses Jahrhunderts, als eine Entfremdung zwischen der Erfahrungsheilkunde und der offiziellen Medizin eingetreten war, haben die Heilpraktiker, Naturheilkundigen usw. eine wichtige Aufgabe erfüllt, besonders wenn wir an ihre hervorragenden Vertreter wie Prießnitz, Schroth und Sebastian Kneipp denken. Inzwischen ist ein grundsätzlicher Wandel eingetreten.

Um eine Ausbildung aller Ärzte in den naturgemäßen Heilmethoden zu sichern, verbleibt nur noch die Aufgabe der Kultusministerien der Länder, an den medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten und den medizinischen Akademien Lehrstühle für die biologischen Heilverfahren einzurichten und diese zum Pflichtfach zu erklären. Wir brauchen Naturärzte und keine Naturheilkundigen.

Die überwältigende Mehrheit aller Kulturländer kennt keine Laienbehandlung und bekämpft die Kurfuscherei mit energischen Strafen. Wir bitten Sie, diesen Vorbildern zu folgen und der Scharlatanerie und dem Halbwissen eindeutig entgegenzutreten.

Kneippärztebund e. V.
Bad Wörishofen
gez. Dr. Keller
(1. Vorsitzender)

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

Gesundheitszeugnis zur Vorlegung vor der Eheschließung

Formblätter für diese Gesundheitszeugnisse sind vom Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, in einer Neufassung herausgegeben worden, durch welche die ärztliche Schweigepflicht nicht mehr gefährdet wird. Diese Formblätter können vom Verlag Kohlhammer in Stuttgart-O, Urbanstr. 12, bezogen werden. Eine kostenlose Abgabe durch die staatlichen Gesundheitsämter erfolgt nicht mehr.

Wissenschaftlicher Abend der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart

Die Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart veranstaltet am 12. Juli 1950 um 19.30 Uhr im Robert-Bosch-Krankenhaus (Fernruf 811 56—59) einen wissenschaftlichen Abend.

Thema: Demonstrationen.

Prof. Kritzing, Rain a. Lech: „Probleme der praktischen Bioklimatik.“

EINLADUNG

zum **Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart** am Samstag, den 1. Juli 1950
in der Mörke-Oberschule, Stuttgart-S, Arminstraße 30
(Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 1, 1 E, 12, 14 oder 15 bis Haltestelle Marienplatz
Fernruf über die Stadtzentrale: 4 08 41 oder 9 24 41, App. 47 90.)

- | | |
|-----------|---|
| 9—10 Uhr | Professor Dr. med. Frey, München:
Herzchirurgie |
| 10—11 Uhr | Professor Dr. med. Schellong, Münster:
Angina pectoris |
| 11—12 Uhr | Professor Dr. med. Meythaler, Nürnberg:
Hypoglykaemischer Symptomenkomplex |
| 15—16 Uhr | Professor Dr. med. Töndury, Zürich:
Neueste anatomische Untersuchungen an den Bandscheiben der menschlichen Wirbelsäule |
| 16—17 Uhr | Professor Dr. med. Scheller, Erlangen:
Diskushernien vom Standpunkt des Neurologen |
| 17—18 Uhr | Professor Dr. med. Zuckschwerdt, Göppingen:
Konservative und operative Therapie des Bandscheibenprolapses |

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

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Sportärztetreffen

Das nächste Sportärztetreffen der Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte findet am Sonntagvormittag, den 18. Juni 1950 von 9 Uhr ab im Heimkehrerheim Stuttgart-Degerloch (bei den Spielplätzen) statt.

Prof. Dr. Heiss

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) geben bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten je 1 Kassenarztsitz für einen **p r a k t. A r z t** zu besetzen ist:

Leinfelden, Kreis Böblingen
Herbrechtingen, Kreis Heidenheim
Königsbrunn, Kreis Heidenheim
Heilbronn-Stadt, Kreis Heilbronn
Creglingen, Kreis Mergentheim
Stuttgart-Untertürkheim, Kreis Groß-Stuttgart.

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zulassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nord-Württemberg eingetragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich um drei der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für solche Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Anlagen, bis spätestens 15. Juli 1950 bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen.

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse (Frisoni-Kasse)

(Stuttgart-O, Reitzensteinstr. 38, Postscheck Stuttgart 5320,
Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse)

In der Zeit vom 1. April bis 20. Mai 1950 sind bei uns folgende Spenden eingegangen:

Beck, R., Heilbronn, 20; Burkhardt, H., Herrenberg, 10; Dürr, W., Schwäb. Hall, 10; Hartmann, A., Stuttgart, 5; Heinz, H., Schwaigern, 10; Heller, R., Mönshelm, 15; Münz, W., Stuttgart, 20; Schmitt, A., Ravensburg, 10; Weigelin, S., Stuttgart, 25; Weiss, J., Oberndorf a. N., 5.

Gesamtbetrag: 130 DM.

Wir danken den gütigen Spendern für ihre Gabe und bitten alle Kollegen und Kolleginnen, die unser privates Bemühen um Linderung der Not unserer ältesten und ärmsten Berufsangehörigen gutheißen können, zum 100. Gründungstag unserer Kasse einen „Jubiläumspfennig“ beizusteuern. Denen er als Hilfe und Trost zugeleitet werden soll, wissen den „Pfennig“ wahrhaftig zu ehren.

Für den Verwaltungsrat der Frisoni-Kasse
Dr. Wilhelm Metzger

Nachruf

Herr Prof. Dr. Eberhard **V e i e l**, Ulm, ist am Samstag, den 13. Mai 1950 plötzlich einem Herzschlag erlegen. Drei Wochen zuvor hat die Ärzteschaft des Kreises Ulm seine jahrzehntelange Tätigkeit als Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Ulm anlässlich seines 70. Geburtstages in einer stimmungsvollen Feierstunde gewürdigt.

Wir verlieren mit ihm einen treuen Kollegen, der stets für alle Fragen des ärztlichen Standeslebens pflichtbewußt und beispielgebend war. Er war uns allen ein väterlicher Freund, ein stets hilfsbereiter Berater und unermüdlicher Förderer der ärztlichen Fortbildungsarbeit.

Seine von der Stadtverwaltung Ulm erfolgte nochmalige Berufung als Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Ulm, die ihm in den letzten Wochen seines Lebens noch so viel Freude und Genugtung bereitet hat, konnte nun leider nicht mehr verwirklicht werden.

Ärztenschaft des Kreises Ulm
Dr. Busch, Vorsitzender

ARZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN**

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

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

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes bewirbt,
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
6. polizeiliches Führungszeugnis,
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

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

Weiterhin, ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr ab-

geleistet ist. Bei Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über fünf Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Tübingen	Facharzt f. Lungenkrankheiten
Spaichingen Kreis Tuttlingen	Facharzt f. Kinderkrankheiten
Rottenburg a. N.	Facharzt f. Innere Medizin
Obernheim Kreis Balingen	prakt. Arzt
Rottweil	prakt. Arzt
Feldrennach Kreis Calw	prakt. Arzt (direkter Abkömmling als Bewerber vorhanden)

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb 14 Tagen (bis zum 4. Juli 1950) bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Str., gegenüber dem Universitätsstadion, einzureichen. Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN**

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

In Offenburg ist eine Kassenarztstelle für einen Facharzt für Kinderkrankheiten zu besetzen.

Bewerbungen um diesen Kassenarztsitz sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Juli 1950) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 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.

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern, Freiburg i. Br.

Die kassenärztlichen Organisationen der französischen Besatzungszone schlossen sich im Juli 1948 zu einer Arbeitsgemeinschaft, Sitz Freiburg i. Br., zusammen.

Bei der Bildung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, Bad Nauheim, auf dem Ärztetag in Stuttgart (Oktober 1948) konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen der französischen Zone nicht in diese Arbeitsgemeinschaft aufgenommen werden.

In der Folgezeit waren deshalb die kassenärztlichen Organisationen in den Ländern Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern gezwungen, mit Rücksicht auf die in der französischen Zone anders gearteten Verhältnisse auf dem Gebiete der Krankenversicherung andere Wege zu gehen, als sie in der Bizone eingeschlagen wurden.

Nach Behebung der rein äußerlichen Schwierigkeiten haben nun die beiden Arbeitsgemeinschaften am 12. Mai 1950 ihre Vereinigung beschlossen. Es wurde dabei folgendes vereinbart.

1. Die beiden Arbeitsgemeinschaften schließen sich zu einer einheitlichen Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen aller Landesstellen des Bundesgebietes zusammen.
2. In den Gesamtvorstand treten je ein Vertreter der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern ein. Diese Vertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Länder benannt.
3. In den Geschäftsführenden Vorstand tritt ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der französischen Zone mit Sitz und Stimmrecht ein.
4. Die französische Zone behält vorläufig ihre eigene Arbeitsgemeinschaft, Sitz Freiburg, bei.
5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der französischen Zone werden, soweit sie Abteilungen ihrer zuständigen Ärztekammer sind, dies weiterhin bleiben.
6. Es ist das gemeinsame Ziel, die zentralen Verträge künftighin für den gesamten Bereich des Bundesgebietes ab-

zuschließen. Bestehende Verträge werden dadurch bis auf weiteres nicht berührt.

- Der Gesamtvorstand der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft hat vor dem Zusammenschluß die Erweiterung des Geschäftsführenden Vorstandes auf sechs Mitglieder beschlossen und den von der Freiburger Arbeitsgemeinschaft vorgeschlagenen Vertreter kooptiert. Die Erweiterung des Geschäftsführenden Vorstandes und die Kooptierung des Vertreters der Arbeitsgemeinschaft der französischen Zone wird in Bonn der Hauptversammlung zur nachträglichen Bewilligung vorgelegt werden. Die Amtsdauer des kooptierten Vertreters der französischen Zone entspricht der Amtsdauer der übrigen Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes.

In den Geschäftsführenden Vorstand tritt gemäß Beschluß der Freiburger Arbeitsgemeinschaft Herr Dr. Bihl, Rottweil a. N., ein.

Glückwunsch

Am 16. Mai 1950 feierte Dr. Willi S t u d e r, einer der angesehensten und bekanntesten Freiburger Ärzte, seinen 60. Ge-

burtstag. Seit langen Jahren nimmt er an den Angelegenheiten des ärztlichen Berufs lebhaften und tätigen Anteil. Im Jahre 1945 berief ihn das Vertrauen der Ärzteschaft auf den Posten eines Leiters der Freiburger Bezirksärztekammer, den er seit nunmehr fünf Jahren in einer ständigen und anerkanntswerten Bemühung um Ausgleich all der vielen unterschiedlichen Interessen wahrnimmt.

Mit dem Dank für alle geleistete Arbeit verbinden die badischen Ärzte ihren herzlichen Glückwunsch.

Landesärztekammer Baden

Nachruf

Am Tage vor der Vollendung seines 88. Lebensjahres starb vor kurzem Herr Dr. med. J. T e n c k h o f f. Er war sechs Jahrzehnte lang als praktischer Arzt in St. Peter bei Freiburg und in Freiburg selbst tätig. In dieser Zeit hat er sich einen großen Kreis von Patienten und Freunden erworben. Er war unermüdlich in der Ausübung seines ärztlichen Berufes und er wird uns durch seine vorbildliche Haltung in steter Erinnerung bleiben.

Bezirksärztekammer Freiburg

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

17. — 20. Woche 1950

(23. April 1950 — 20. Mai 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Milchbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Knochenbrüche	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Uteroleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsteife (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnsentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Q-Fieber	
																														17.
Nord-Württemberg	17.	N T			18	91	66 6	16 3	23				72	32	3	7		2		2	1			1	3	37		1		
	18.	N T			23	110	58 11	15 1	48				57	49		2		2		3						20			2	7
	19.	N T			17	117	95 10	10 1	19	1			59	24	3	2	2	4	1	3	1			1		4	1	2		4
	20.	N T	1		34	111	57 10	10 3	21	1			45	40	5	2	1	5		1	3			1		9		1		5
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	17.	N T			10	22	24 9	7 1	14				14	5		1		1		2					5	14	1			
	18.	N T			10	18	12 6	5 1	27				8	10	1	2				3					11	23				
	19.	N T			8	173	17 7	4	32		1	12	3		1					1					4	5				
	20.	N T			9	18	11 6	5 1	39			7	3	2	3				1							30		1		
Nord-Baden	17.	N T			14	37	51 4	14 2	34	1			39	25	1	2				13	3				9					
	18.	N T			11	42	58 5	12 3	33		1	41	18	1	2					4					3					
	19.	N T			15	42	62 5	11 2	48		2	40	25		2					5	6	2			1					
	20.	N T			13	47	53 9	12 1	30			32	26							4	5				2		1		3	
Land Baden	17.	N T			9	13	22 7	6 2	31	1	2	19	11		13					5					29	1				
	18.	N T			9	15	26 4	4	48				18	8		6				1		1			30					
	19.	N T			14	6	34 13	9 1	39		1	15	10		9					1			1		4					
	20.	N T			8	9	33 1	8 2	15	1		18	6		2		3			1					3					

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