

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

7 (1.7.1950)

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 7

STUTTGART, JULI 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Vera Gaupp:	Über Ernährungsstörungen im Säuglingsalter	133
Dr. Dobler:	Rückblick auf die Arbeit der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	137
Prof. Dr. Müller:	Wie weit ist der Arzt verpflichtet, strafbare Handlungen bzw. Verdacht darauf zur Kenntnis einer Behörde zu bringen?	139
Dr. Silberborth:	Über rechtliche Grundlagen bei der ärztlichen Begutachtung in der Sozialversicherung und Kriegsbeschädigten-Betreuung	141
Dr. Pollak:	Das neue österreichische Ärztegesetz	144
Heinz Gollmar:	Anhaltende Schwierigkeiten bei der PKV.	145
Ein Briefwechsel		147
Buchbesprechungen		147
Bekanntmachungen		148
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	149
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	150
	Ärztekammer Nord-Baden	152
	Landesärztekammer Baden	153
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 21.—25. Woche 1950		154

Über Ernährungsstörungen im Säuglingsalter

Von Dr. med. Vera Gaupp, Chefärztin des Städt. Kinderkrankenhauses Stuttgart-Berg

Die Ernährungsstörungen stellen in Diagnose und Therapie besondere Anforderungen an den Arzt und bereiten in der Praxis Schwierigkeiten. Das mag das Erscheinen dieser kurzen Übersicht rechtfertigen. Denn es gehört viel Erfahrung, Kenntnisse und ein feines Fingerspitzengefühl zur richtigen Beurteilung dieser in so mannigfaltiger Form in Erscheinung tretenden Krankheitsbilder, zumal sich die Ernährungsstörungen oft so akut entwickeln und in kurzer Zeit einen Zustand schwerster Gefährdung des Lebens herbeiführen können. Begründet ist diese Gefährdung darin, daß die Abwehrfunktionen des Säuglings noch nicht genügend entwickelt sind, was sich unter anderem in der Mangleigenschaft ausdrückt, einen Krankheitsprozeß zu lokalisieren, d. h. in bezug auf die Ernährungsstörung, diese auf den Magen-Darmkanal zu beschränken. Auch die Fähigkeit, Antikörper zu bilden, ist noch wenig entwickelt (Bessau). Diese Eigenschaften entwickeln sich erst jenseits des ersten Lebensjahres — Salge hat dafür den Begriff der „werdenden Funktionen“ geprägt. Dies erklärt, weshalb wir die Ernährungsstörungen des Säuglings von denen jenseits des ersten Jahres abtrennen, und warum die Ernährungsstörungen später ihren gefährlichen Charakter verlieren. Eine weitere Besonderheit des Säuglings ist sein starkes Wachstum, das einen erhöhten Stoffwechsel erfordert. Dieser bedarf wiederum eines großen Wasserumlaufes, womit die große Wasserlabilität des Säuglings

in Zusammenhang steht, die sich im Falle einer Ernährungsstörung oft so katastrophal auswirken kann — man denke nur an die großen Wasserverluste bei einer Toxikose! Und ein weiteres: Der Stoffwechsel des Säuglings ist der Ernährung mit Frauenmilch angepaßt, nicht aber einer künstlichen Ernährung mit Kuhmilch. So verstehen wir, daß die künstlich ernährten Säuglinge der Gefahr einer Ernährungsstörung besonders ausgesetzt sind.

Als Czerny und Keller 1906 mit dem Begriff der Ernährungsstörung an die Öffentlichkeit traten, herrschte noch eine große Verschiedenheit der Auffassung über dieses Krankheitsbild. Man verwandte mannigfaltige Namen, wie Verdauungskrankheiten (Baginsky), Darmkatarrhe (Filatow), Verdauungsstörungen (Biedert), Magen-Darmkrankheiten (Soltmann), Dyspepsie und Cholera infantum (Wiederhofer), um nur einige zu nennen. Diese Begriffe bezogen sich nur auf die Vorgänge im Magen-Darmkanal. Durch sorgfältige Stoffwechseluntersuchungen, an denen Czerny und Keller besonders beteiligt waren, durch die Ergebnisse der Bakteriologie, durch pathologisch-anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen kam man zu umfassenderen Erkenntnissen. So formte Czerny den Begriff der Ernährungsstörung aus der Ganzheitsbetrachtung, die er schon damals in ihrer Bedeutung erkannte und der auch heute wieder

das allgemeine Interesse gilt. Er zeigte uns, daß es sich bei der Ernährungsstörung nicht nur um eine Störung des Magen-Darmkanals, sondern um eine Störung des ganzen Stoffwechsels handelt, also um eine Zellfunktionsstörung allgemeiner Art. Daß der Gesamtorganismus am Krankheitsgeschehen beteiligt ist, sehen wir an mannigfaltigen klinischen Symptomen, wie Änderung von Turgor und Tonus, Störungen im Aufbau und Ansatz, Kreislauf und Atmung, sowie im vegetativen und zentralen Nervensystem. Ausgelöst wird die Zellfunktionsstörung durch eine verminderte Nährstoffversorgung der Zellen und durch Giftwirkung, worauf noch zurückgekommen wird.

Die Einteilung der Ernährungsstörungen kann nach zwei Gesichtspunkten erfolgen: Erstens nach der Genese, zweitens nach dem Zustandsbild oder, anders ausgedrückt, nach dem Schweregrad.

Der Genese nach unterscheiden wir eine enterale und eine parenterale Form. Die enterale Form kann verursacht sein:

1. durch eine falsch zusammengesetzte Nahrung qualitativer oder quantitativer Art, also durch eine Störung der Korrelation der Nahrungsstoffe. Der qualitative Fehler bezieht sich auf die Anteile von Fett, Eiweiß und Kohlehydrate. So sehen wir z. B. beim Mehl Nährschaden ein Zuviel an Kohlehydraten zuungunsten von Fett und Eiweiß. (Um ein Beispiel zu nennen: Aus Angst vor einer Ernährungsstörung während einer Hitzeperiode wird einem Kind längere Zeit nur Kindermehl verabreicht mit einem geringen oder keinem Zusatz von Milch.) Beim Milch Nährschaden sehen wir den Fehler nach der anderen Seite, nämlich eine Überernährung mit Milch, die sich besonders ungünstig auswirkt, wenn die vierstündigen Nahrungspausen nicht eingehalten werden, die besonders bei der künstlichen Ernährung für den ungestörten Ablauf der Verdauung wichtig sind. Da die großen Eiweißmengen nicht genügend abgebaut werden können und dadurch der Chymus stagniert, kommt es zu einer Störung der normalen Verdauung. Der vermehrte Fettanteil der Nahrung wirkt zudem begünstigend auf das Wachstum der Colibakterien ein. Ebenso wie diese Überernährung bewirkt auch eine Unterernährung ein mangelhaftes Gedeihen und schafft eine Disposition zu Ernährungsstörungen, da der Gesamtorganismus Schaden gelitten hat.

2. durch eine Veränderung der normalen Darmflora. Einmal können Bakterien, besonders solche der Coli-, aber auch z. B. der Ruhr- und Typhusgruppen, mit der Nahrung in den Magen-Darmkanal gelangen und dort ihre pathogene Wirkung entfalten. Sehr viel häufiger handelt es sich um eine qualitative oder quantitative Änderung der Dickdarmbakterien, um eine Änderung der Pathogenität oder um ein Aufsteigen in höhere Darmabschnitte, sogar bis in den Magen. Auf diese Weise spielen sich in Darmabschnitten, die sonst bakterienarm sind, Fäulnis- und Gärungsvorgänge ab, die die Darmwand reizen und schädigen. Ein Überwiegen von Eiweiß, Fett oder Kohlehydraten in der Nahrung, also ein Ernährungsfehler kann den Anstoß dazu geben. Zu einer vermehrten Gärung und Gasbildung kommt es durch den Zuckerabbau, während beim Eiweißabbau Aminosäuren und beim Eiweiß- wie Fettabbau niedere Fettsäuren entstehen, unter denen besonders die Essigsäure darmschädigend wirken kann. Die Reizung des vegetativen Nervensystems durch die bakterielle

Giftwirkung zeigt sich in einer gesteigerten Darmmotilität, wodurch die Eindickung des Chymus vermindert wird und es durch die dünneren Stühle zu einem Verlust an Wasser, Salzen und Nährstoffen kommt, was sich in Gewichtsverlust ausdrückt.

So sehen wir also bei der enteralen Ernährungsstörung ein Nebeneinander von Fäulnis- und Gärungsvorgängen mit Überwiegen nach der einen oder anderen Seite, eine Sekretionsstörung der Darmzellen, eine Resorptionsstörung der für den Körper notwendigen Nahrungsstoffe, eine Motilitätsstörung des Darmes und daneben durch die Permeabilitätsstörung der Darmwand ein Durchwandern von Bakterien, Toxinen und von giftigen Stoffwechselprodukten in die Blutbahn.

Bei der parenteralen Genese der Ernährungsstörungen sehen wir den umgekehrten Vorgang: Von einem Infektherd außerhalb des Darmes kommt es zu einer Giftwirkung auf den Magen-Darmkanal, und die Ernährungsstörung stellt gewissermaßen ein Begleitsymptom des Infektes dar. Klinisch tritt die Störung in derselben Form auf wie bei enteraler Genese. Im Hinblick auf die Therapie jedoch ist die Unterscheidung von größter Wichtigkeit, denn ohne Behandlung des Krankheitsherdes wird eine diätetische Behandlung allein nicht zum gewünschten Erfolg führen.

Bei einer Genese der Ernährungsstörungen ist häufig ein konstitutioneller Faktor beteiligt (Czerny). Jeder Arzt hat Gelegenheit, in kinderreichen Familien oder in Heimen zu beobachten, daß unter gleichbleibenden äußeren Bedingungen der Pflege und Ernährung ein Teil der Kinder gut gedeiht und sich ohne Störung entwickelt, während andere von Anfang an oder nach einiger Zeit Schwierigkeiten machen. Sie gedeihen mühsamer, nehmen langsamer zu, zeigen eine unregelmäßige Gewichtskurve und neigen zu dünneren oder häufigeren Stühlen und zu Infekten. Sie beantworten oft geringfügige Schädigungen, sei es durch die Nahrung, sei es durch Infekte, mit mehr oder weniger schweren Krankheiten. Wenn ein konstitutioneller Faktor nicht mitsprechen würde — denn wir finden unter diesen Kindern auch Brustkinder! —, dann müßten wir unter gleichen Bedingungen der Ernährung und Pflege auch bei allen Kindern gleich gutes Gedeihen sehen. Unter diesen konstitutionell schwierigen Kindern finden sich solche mit einer erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems, die Gruppe der exsudativen Kinder, sowie solche mit angeborenen Organfehlern und Mißbildungen. Auf eine familiär-konstitutionelle Schwäche weist hin, wenn man von einer Mutter anamnestisch erfährt, daß alle ihre Kinder im ersten Lebensjahr Ernährungsstörungen durchgemacht haben, obwohl Pflegefehler ausgeschlossen werden können. Man tut aber vielleicht gut daran, den Müttern gegenüber nicht von Anomalien oder Organminderwertigkeiten zu sprechen, besonders wenn es sich um nervöse Kinder handelt. Haben wir doch als Ärzte weitgehende Möglichkeiten, diese konstitutionellen Anlagen, besonders die exsudative Diathese, durch richtige Ernährung und Pflege latent zu halten. Es ist ja auch nicht so, daß diese Kinder sich im weiteren Leben nicht gut entwickeln könnten. Denn im Laufe der Jahre schwindet die Krankheitsbereitschaft meist wieder oder tritt in den Hintergrund, so daß die Kinder den Anforderungen des Lebens meist gewachsen sind.

Zur Einteilung der Ernährungsstörungen nach dem Schweregrad benützt man heute fast allgemein das

von Finkelstein und L. F. Meyer angegebene Schema. Danach unterscheiden wir zwischen akuter leichter Ernährungsstörung, der Dyspepsie, und der akuten schweren, der Toxikose oder dem Coma dyspepticum, zwischen der chronisch leichten, der Dystrophie, und der chronisch schweren, der Atrophie. So setzt sich die Diagnose einer Ernährungsstörung zusammen aus der Genese (enteral und parenteral) und aus dem Zustandsbild. Wir sprechen also z. B. von einer enteralen Dyspepsie oder einer parenteralen Toxikose. Im weiteren Verlauf sollen die Krankheitsbilder einzeln geschildert werden.

Die häufigste Form der Ernährungsstörung ist die Dyspepsie. Im Vordergrund der Symptomatik steht meist zu Beginn nicht die Veränderung des Stuhles, sondern die des Allgemeinbefindens. Die Mutter berichtet: ihr Kind sei blässer als sonst, trinke nicht mehr so gut und erbreche mitunter, die Stimmung sei schlechter, es sei weinerlich und verdrießlich, es lache nicht mehr und habe kein Interesse an der Umgebung, es liege so still im Bettchen, oder aber, es sei zeitweise unruhig und schlafe nicht mehr so tief. Außerdem sei es wund geworden und der Bauch sei so aufgetrieben. Die Veränderungen des Stuhles zeigen sich meist erst am nächsten Tag und sind keineswegs einheitlich: er kann gehäuft in Erscheinung treten, kann dünn oder schleimigzerhackt sein, gelegentlich auch Blut- oder Eiterbeimengungen enthalten, das Aussehen kann blaßgelb, bräunlich oder grünlich sein, was beim Brustkind bedeutungslos, beim künstlich ernährten Kind immer auf eine Störung hinweist. Der Geruch des Stuhles ist säuerlich oder faulig-stinkend. Im weiteren Verlauf können die Stühle dünner, spritzend, substanzärmer und wasserreicher werden (Wasserhof in der Windel). In der Gewichtskurve tritt gewöhnlich nach einem anfänglichen Stillstand eine Gewichtsabnahme als Ausdruck des Wasserverlustes zutage, wobei das Ausmaß in Abhängigkeit steht von der Schwere der Erkrankung. Bei der Untersuchung zeigt sich der Wasserverlust in der Turgorveränderung der Haut und der Tonusverlust im Nachlassen der Bauchdeckenspannung. Die Urinmengen können spärlicher werden, da der größte Teil des Wassers durch den Darm ausgeschieden wird. Als Ausdruck einer toxischen Nierenschädigung finden sich im Urin gelegentlich Eiweiß und Zylinder. Auch Schwankungen der Temperatur werden beobachtet.

Die Prognose richtet sich nach dem Lebensalter des Kindes und der Schwere der Erkrankung. Je jünger das Kind ist, desto ernster ist sie zu nehmen. Handelt es sich um eine erste Störung, so ist der Verlauf bei rechtzeitiger Behandlung meist leichter. Befällt die Dyspepsie ein bereits geschädigtes Kind, ist die Prognose ernster. Recidive verlaufen meist schwerer als die erste Erkrankung und beanspruchen zur Reparation längere Zeit. Kommt die Störung nicht rasch zur Heilung, so kann sich aus der Dyspepsie eine Dystrophie entwickeln, kommt es zur Verschlimmerung, so kann sich eine Toxikose entwickeln.

Wenn wir uns nun der Therapie zuwenden, so muß vorausgeschickt werden, daß sie in unmittelbarer Abhängigkeit von der Diagnose steht. Über die Beteiligung konstitutioneller Faktoren wird die bisherige Gewichtskurve, etwaige Krankheitsbereitschaften der Haut- und Schleimhäute sowie Störungen von seiten des Nervensystems Aufschluß geben. Des weiteren sind Mitteilun-

gen der Mutter notwendig über die bisherige Ernährung. Dabei ergeben sich oft nicht unbedeutliche Differenzen zwischen der Angabe der täglich verwendeten Milchmenge und dem Milchanteil in den einzelnen Flaschen. So erzählt eine Mutter beispielsweise, daß sie bisher fünfmal 200 g Halbmilch gegeben, die tägliche Gesamtmilchmenge jedoch einen Liter betragen habe! Außerdem muß nach den Löffelmaßen der Mehl-, Mondamin-, Schleim- oder Kindermehlzusätze und des Zuckeranteils gefragt werden. Diese Angaben weisen uns oft auf Nahrungsfehler quantitativer oder qualitativer Art hin, also auf eine enterale Genese.

Zur Klärung, ob eine parenterale Störung vorliegt, was nicht immer sofort und leicht zu entscheiden ist, muß eine eingehende Untersuchung des Säuglings vorgenommen werden: Racheninspektion, otologische Untersuchung, Besichtigung der Haut (Pyodermien), Festlegung des Lungenbefundes, mikroskopische Urinuntersuchung und Temperaturmessung. Zur Differentialdiagnose gibt das Blutbild mit Leukocytose und Linksverschiebung oft wertvolle Hinweise.

Die Orientierung über den Schweregrad ist nicht nur im Hinblick auf die Therapie, sondern auch deshalb wichtig, weil sich der Arzt schon häufig zu Beginn der Erkrankung darüber klarwerden muß, welche Kinder einer Krankenhausbehandlung zuzuführen sind. In Frage kommen sehr junge Kinder, solche aus ungünstigen Pflegeverhältnissen und mit rezidivierenden und sehr schweren Dyspepsien, besonders parenteraler Genese, die jede Nahrungsaufnahme verweigern, alles erbrechen und große Gewichtsverluste aufweisen.

Am wichtigsten ist, daß die Therapie der Dyspepsie schon bei den ersten Krankheitszeichen einsetzt. Leider werden die Säuglinge zu diesem Zeitpunkt selten zum Arzt gebracht. Bei leichten Störungen kommt man oft mit einem Ersatz von 1 oder 2 Mahlzeiten durch Tee oder Karottensuppe aus. Weiterhin ist die Regelung der Nahrung, Einhaltung der vierstündigen Nahrungspausen und evtl. Nahrungsbeschränkung bei Überernährung von Wichtigkeit. Die Milchmenge sollte die Budinsche Zahl, die Gesamtnahrungsmenge $\frac{1}{6}$ des Körpergewichts nicht überschreiten (bei einem Gewicht über 5000 g nicht über 800 g). Auch das Weglassen des Kochzuckers für einige Tage und Ersatz durch Nährzucker (Löfflund, Soxleth, Alete) oder durch Süßstoff kann schon genügen. Da der Haferschleim eine leicht abführende Wirkung hat, empfiehlt es sich, einen schwerer gärbaren Schleim zu verwenden, und zwar Reisschleim oder Gerstenschleim. Auch Zusätze von Daukaron zur Nahrung wirken bindend auf die Stühle ein.

Sind die Symptome einer Ernährungsstörung voll ausgebildet, so darf man nicht zögern, die Nahrung sofort völlig abzusetzen und einen Teetag, bei schwereren Störungen bis zu zwei Teetagen, einzuschleichen. Man gibt am besten Schwarztee oder Kamillentee mit Süßstoff, mengenmäßig der bisherigen Nahrung entsprechend. Denn Hunger kann der Säugling für kurze Zeit ertragen, aber keinen Wasserentzug. Die Nahrungskarenz ermöglicht dem Kinde die Aufarbeitung des noch vorhandenen Chymus, den Bakterien wird dadurch der Nährboden entzogen und die Bildung giftiger Stoffwechselprodukte gehemmt. Schon bei dieser einleitenden Therapie sehen wir oft eine Besserung des Allgemeinbefindens und des Schlafes, Abnahme der Appetitlosigkeit und Nachlassen der Unruhe und des Meteorismus des Bauches. Bei einer

schwereren Störung, vor allem bei einem Recidiv, ist es oft schon zu Beginn der Behandlung notwendig, dem Körper parenteral Nährstoffe zuzuführen, entweder mit Hilfe von Traubenzucker-Ringerlösung oder von Blutplasma. Im allgemeinen wird dies eine Methode der klinischen Behandlung sein.

Mit Ausnahme der oben erwähnten leichten Dyspepsien ist das Prinzip der Behandlung aller anderen Ernährungsstörungen nach der Teepause der Nahrungsaufbau. Darunter verstehen wir das langsame Zusetzen von Kohlehydraten, Eiweiß und Fett in der genannten Reihenfolge. Die Kohlehydrate kommen an erster Stelle, weil sie nächst dem Wasser den wichtigsten Nährstoff für den Säugling darstellen. Da die einseitige Kohlehydratkost für den Aufbau nicht ausreicht, muß als nächstes Eiweiß zugeführt werden. Für das Milcheiweiß gilt, daß es in möglichst feinflockigem Zustand dargereicht werden muß, da, wie erwähnt, die Magendarmsekretion gestört ist. Manche Autoren haben in den letzten Jahren das Eiweiß in Form von tierischem (Boviserin) oder menschlichem Serum (Homoseran) bzw. Plasma empfohlen. Das Fett befindet sich an letzter Stelle, weil es das Coliwachstum anregt und die beim Fettabbau entstehenden Fettsäuren den Darm leicht reizen. Der Nahrungsaufbau muß sich je nach dem Alter des Kindes und der Schwere der Erkrankung gestalten. Nach dem Teetage beginnt man mit einem schwer gärbaren Kohlehydrat, dem Reis- oder Gerstenschleim in einer Konzentration von 5–8%. Beide Schleime sind in Trockenform im Handel (Trockenreisschleim nach Bessau), die die Zubereitung erleichtern (1–1½ Teelöffel Pulver in 100 g Wasser kurz aufkochen). Die Süßung der Nahrung erfolgt in den ersten Tagen mit Saccharin. Bei sehr jungen Kindern und größerem Wasserverlust empfiehlt sich ein Molkezusatz zum Schleim im Verhältnis $\frac{1}{3}$ Molke, $\frac{2}{3}$ Schleim, evtl. später zu gleichen Teilen. Die Molke enthält neben Salzen den leicht verdaulichen Anteil des Milcheiweißes, das Albumin. Sie fördert den Ansatz und die Wasserretention und wird gut genommen. (Zubereitung der Molke: 1 Liter Milch mit 3–4 g Calcium lacticum aufkochen lassen. Nach dem Ausfall des Kaseins wird die Milch durch ein Sehtuch gegossen. 1 Liter Milch ergibt $\frac{1}{2}$ Liter Molke.) Nicht milchfreie Kindermehle eignen sich nicht für den Nahrungsaufbau.

Statt der Tee- und Schleimbehandlung hat sich in den letzten Jahren ein anderes Verfahren eingebürgert, die Karottensuppe nach Moro. Sie bietet den Vorteil, auch von jungen Kindern fast immer gut genommen zu werden, die Gewichtsstürze aufzuhalten und die Stühle substanzreicher und trockener zu gestalten. Die Zellulose bindet die im Darm noch vorhandenen Nahrungsbestandteile und nimmt Schleim und Bakterien auf. (Zubereitung: 300–500 g Karotten werden geschabt, geraspelt und in 1 Liter Wasser 1–2 Stunden lang weichgekocht, dann durch ein Haarsieb gestrichen, die Menge auf einen Liter Wasser aufgefüllt und mit einer Messerspitze Salz nochmals kurz aufgekocht.) Als Karotten-Trockenpräparat ist Daukaron im Handel (Camerrer), von dem man 40 g auf 1 Liter Wasser nimmt. Man kann auch an Stelle von Daukaron das Apfelpulver Aplona verwenden. Ein weiteres Präparat ist Betasan (Harnapp), das aus Zuckerrüben hergestellt wird. Von ähnlicher Wirkung ist die Kartoffelsuppe (Bayer). (Herstellung: 500 g gekochte Kartoffeln werden durch ein

Sieb gedrückt, eine Prise Salz zugegeben und auf 1 Liter Wasser aufgefüllt.)

Der Nahrungsaufbau wird fortgesetzt entweder mit Frauenmilch oder mit einer fettarmen, saueren Milch, der Buttermilch, die von dem Holländer Teixeira de Matos in die Ernährungstherapie eingeführt wurde, nachdem sie in Holland schon lange als Heilnahrung im Volke bekannt war. Auch sie steht uns heute als Trockenpräparat (Eledon oder Edelweiß-Buttermilch) zur Verfügung. (Zubereitung: 2 Teelöffel = 1 Maßbecher Pulver in 100 g lauwarmem 2prozentigem Mondaminschleim einrühren und mit dem Schneebesen tüchtig schlagen.) Bei sehr jungen Kindern und bei schwerer Erkrankung empfiehlt sich die Verwendung einer fettärmeren Buttermilch, der Holländischen Anfangsnahrung nach Rietschel (Vilbeler H. A.). Man beginnt vom 3. Tag an mit 5×10 oder 20 g Heilnahrung (Buttermilch in 2prozentigem Mondaminschleim) und steigert täglich um 5×20 g bis zur vollen Buttermilchmenge, wobei stufenweise die Schleim- bzw. Karottennahrung abgebaut wird. Mit der Zuckerzugabe wartet man, bis die Stühle sich in ihrer Beschaffenheit gebessert haben. Man beginnt am zweckmäßigsten mit einem halben Teelöffel Nähr- oder Traubenzucker auf 100 g Nahrung und steigert bis auf einen Teelöffel. Erholt sich das Kind rasch und bessern sich die Stühle, was im allgemeinen 14 Tage beansprucht, kann man flaschenweise die Umsetzung auf Halb- oder Zweidrittmilch beginnen, denn die Buttermilch ist eine Heilnahrung und keine Dauernahrung.

Um erneute Schädigungen durch verunreinigte oder zersetzte Frischmilch — besonders während der Sommermonate — zu vermeiden, hat sich der Gebrauch von Trockenmilch (Edelweiß, Nestle) eingebürgert. In Amerika ist sie fast ausschließlich in Gebrauch und die Ernährungsstörungen sollen dort stark zurückgegangen sein (mündlicher Bericht von Wiskott).

Seit Einführung der gesäuerten Vollmilch durch Bemer ist der Übergang von Buttermilch auf gesäuerte Halb- oder Zweidrittmilch (Citretten, 1 Tablette auf 100 g Milch) gefahrloser geworden. Die Säuerung bewirkt eine feinere Ausflockung des Kaseins, ermöglicht dadurch eine leichtere Verdauung und hemmt das Coliwachstum in der Milch. Bei der Verwendung der Pelargonmilch (Nestle), eine mit Milchsäure gesäuerte Zweidrittmilch mit 2% Mondamin und 5% Zucker (Nähr- und Kochzucker), die nur in Wasser aufgelöst zu werden braucht, und der Aletemilch, einer mit natürlichem Zitronensaft gesäuerten Trockenvollmilch mit Zusatz von 4,4% Nährzucker und 1% höherer Kohlehydrate, muß beachtet werden, daß kein Zuckerzusatz mehr erfolgen darf. Wird die Aletemilch zur Herstellung einer Halb- oder Zweidrittmilch in Schleim aufgelöst, so soll die Konzentration des Schleims nicht höher als 3% sein.

Von Finkelstein und L. F. Meyer wurde als weitere Heilnahrung die Eiweißmilch zur Behandlung der Dyspepsie angegeben. Das Prinzip dieser Ernährung ist, durch den höheren Eiweiß- und verminderten Milchezucker- und Molkegehalt den Gärungsvorgängen im Darm entgegenzuwirken und den Fäulnisvorgang zu begünstigen. Die Stühle werden rasch konsistenter und seltener und sind von Charakter der typischen Kalkseifenstühle. Die Nahrung eignet sich besonders für Säuglinge, die älter als 3 Monate und schwerer als 3000 g sind. Sie findet Verwendung bei Störungen, bei denen Gärungsvorgänge im Vordergrund stehen, nach

Miſserfolgen mit der Buttermilch und bei Recidiven von Dyspepsien. Nicht unerwähnt mag jedoch bleiben, daß die Indikation für Eiweiſsmilch nicht leicht ist und daß man bei jungen Kindern besonders vorsichtig ſein muß. Neuerdings iſt die Eiweiſsmilch als Trockenpräparat Caseinolakt (Alete) im Handel, wodurch man der umſtändlichen Herſtellung entgehen iſt. Man ſoll im allgemeinen mit einer größeren Menge, 300 g im Tag, beginnen und dann raſch bis auf 150 g pro kg Körpergewicht ſteigern, nicht aber über 800 g täglich. Vom 3. Tag an kann man 3% Nährzucker zugeben und bis auf 8% ſteigern. Die Nahrung ſoll nicht länger als 4 bis 6 Wochen gegeben werden, um dann möglicht raſch — manche empfehlen ſchlagartig — auf eine der üblichen Dauernahrungen überzugehen.

Hat man Frauenmilch zur Verfügung, was in der Praxis ſelten der Fall ſein wird, ſo iſt ſie beſonders zum Nahrungsaufbau junger Kinder im erſten und zweiten Monat und bei Frühgeburten zu empfehlen. Bei ſchweren Störungen verabreicht man ſie zunächſt abgerahmt, beginnt wie bei der Buttermilch mit kleinen Mengen zur Molke-Schleimdiät oder zur Karottensuppe und ſteigert täglich um inſgeſamt 50—100 g. Hat man nicht genügend Frauenmilch zur Verfügung, ſo kann man den Aufbau mit Buttermilch fortſetzen (Zwimilch oder Allaitement mixte). Um den Fettmangel in der Buttermilch auszugleichen, ſofern ſie längere Zeit verabreicht werden muß, hat Kleinschmidt den 1—2prozentigen Zuſatz von Butter in Form der Buttermehleinbrenne empfohlen (1 g Fett werden mit 3 g Mehl geſchwitzt und mit 100 g Waſſer abgelöſcht. Nach dem Erkalten wird 1 Maßbecher Eledon = 10 g mit dem Schneebeſen darunter gemiſcht).

Obwohl ſich dieſe Buttermehleinbrenne in der Klinik ſehr bewährt hat, macht die Verordnung in der Praxis oft Schwierigkeiten, da die vorgeschriebene Buttermenge von den Müttern meiſt überſchritten wird und es dadurch zu Rückfällen kommen kann. Auch erfordert die Wahl des Zeitpunktes der Umſetzung Sicherheit und Erfahrung.

Kommt es bei Bruſtkindern zu Ernährungsstörungen, ſo handelt es ſich meiſt um konſtitutionell beſonders empfindliche Kinder oder um eine Überernährung bzw. Unterernährung an der Bruſt. Natürlich finden wir auch parenterale Infekte als auslöſende Uraſache. Bei der Gruppe der konſtitutionell ſchwierigen Kinder genügt oft ein Zuſatz von 1—2% Plasmon oder Larosan zur Muttermilch oder der Erſatz einer Bruſtmahlzeit durch eine Flaſche Brühgrieß oder Buttermilch. Bei Über- oder Unterernährung hilft meiſt die Nahrungsregelung. Bei ſchweren Störungen beſonders parenteraler Geſenſe entſpricht die Behandlung der Dyspepsiebehandlung künstlich ernährter Kinder. Nur wird man zum Aufbau an erſter Stelle Muttermilch verwenden. Wichtig iſt, die Mutter anzuleiten, die Milch regelmäßig abzupumpen, bis das Kind wieder an die Bruſt angelegt werden kann.

Wird zum Nahrungsaufbau Ammenmilch verwendet, ſo ſei darauf hingewieſen, daß die Milch 10 Minuten im Waſſerbad auf 90 Grad erhitzt werden muß, falls kein Unterſuchungsbefund (Lues und Tuberkuloſe) der Spenderin, möglicht vom Geſundheitsamt, vorliegt.

Die biſher geſchilderten diätetiſchen Behandlungsmethoden finden eine wertvolle Unterſtützung durch die moderne medikamentöſe Therapie mit Sulfonamiden und Antibiotica, auf die ich bei der Beſprechung der Toxiſe näher eingehen werde.

Rückblick auf die Arbeit der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

(Aus der Anſprache des ſcheidenden Präſidenten Dr. Dobler vor der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 17. Juni 1950 in Saulgau)

„Nach Erfüllung der Aufgaben, die mir zu Kriegsende auf verantwortungsvollem Poſten in Tübingen aufgetragen wurden, kann ich nun nach fünf langen und an Sorgen ſchweren Jahren wieder zurückgehen in meine freie Schorndorfer Praxis. Als ſchwäbiſchem Bauernſohn iſt es mir von jeher ſchwergefallen, mich unterzuordnen, wo ich mich nicht ſelbſt überzeugen konnte, daß das Gehorchen richtig und notwendig iſt. Deſhalb erfüllt mich der Beruf des praktiſchen Arztes, der in Freiheit und eigener Verantwortung handeln kann, mehr als jeder andere Dienſt.

Wer aus einem Amt ſcheidet, ſoll Rechenschaft ablegen vor ſeinem Gewiſſen und vor den Männern, deren Vertrauen ihn berufen hat, ob er frei von Parteilichkeit und Selbſtsucht, frei von Leidenschaft und Ehrgeiz ein guter Haushalter war. Wohl iſt jede Amtsführung gebunden an Geſetze und Verordnungen. Es gibt aber viele Entſcheidungen, die nicht auf Grund von geſchriebenen Paragraphen und Geſetzen getroffen werden können, ſondern allein aus einer in Geſchlechtern gewonnenen Tradition und aus einer Haltung, die vor dem eigenen Gewiſſen beſtehen kann.

Beim Zusammenbruch unſerer Staatsordnung mit dem Wiederaufbau des Geſundheitsweſens und der ärztli-

chen Berufsorganisation beauftragt, wurde ich vor die Aufgabe geſtellt, unſere Ärztekammer ſo raſch, als es die Umſtände geſtatteten, wieder zu errichten. Ich habe ſie aufgebaut auf den bewährten Fundamenten, die in jahrzehntelanger, zielbewußter Arbeit zu der Forderung einer einheitlichen Reichsärzteordnung geführt hatten, wie ſie auf dem 50. deutſchen Ärztetag ſchon vor der Übernahme der Regierungsgewalt durch den Nationalſozialismus erhoben worden war.

Daneben hatte ich den Wiederaufbau des ſtaatlichen Geſundheitsweſens durchzuführen. Durch die Militärbehörde und ſchematiſche Entnazifizierungsmaßnahmen waren faſt ſämtliche leitenden Amtsärzte aus ihrem Dienſt entfernt. Rückblickend kann ich heute ſagen, daß ſowohl die Abteilung Geſundheitsweſen, die ich bis zur Einarbeitung des leider zu früh verſtorbenen Kollegen Huwald zu führen hatte, als auch die ärztliche Standesvertretung nicht in einem einzigen Fall einen Kollegen vor der Militärregierung und den Entnazifizierungsbehörden belastet hat. Wären die von uns vorgeschlagenen und mit aller Gewiſſenhaftigkeit geprüften Sühnemaßnahmen ohne Zwischenschaltung der Säuberungskammern durchgeführt worden, ſo hätte viel Ungerechtigkeit, manches Unglück und viel Not erspart

werden können. Es war nicht immer leicht, trotz der rigorosen Maßnahmen der Militärregierung den öffentlichen Gesundheitsdienst wie die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Wenn ein hoher Ministerialbeamter unlängst festgestellt hat, daß es den Trägern der Sozialversicherung zu danken sei, wenn das deutsche Volk durch die Wirren der Kriegs- und Nachkriegszeit ohne Seuchen und schwerste gesundheitliche Schädigungen geführt werden konnte, so ist dieser Dank, wie mir scheint, nicht ganz an die richtige Adresse gerichtet. Wenn ich nur mit einem Wort an die Situation erinnern darf, wie sie beim Zusammenbruch in unserem Lande bestand, so muß ich doch feststellen, daß sich in den Monaten nach dem Einmarsch zunächst keine Sozialversicherung und keine Regierungsbehörde verantwortlich um die Versorgung der Zehntausende von Kriegsverwundeten und Kranken gekümmert hat, die in unseren Reservelazaretten lagen oder aus ihnen in Notlager abgeführt waren. Es ist lediglich der persönlichen Tatkraft und Arbeit verantwortungsbewußter Ärzte zu danken, daß die Versorgung dieser Kriegsoffer ordnungsgemäß weitergeführt wurde, bis sich die Behörden viel später dann dieser Aufgaben angenommen haben. Es ist meine Pflicht, den Kollegen heute zu danken, die damals unter Zurückstellung aller persönlichen Interessen und oft genug ihrer zukünftigen Berufsgestaltung sich selbstlos eingesetzt haben, denen zu helfen, die in größerer Not waren.

Dem erfahrenen Rat unseres verehrten Ehrenpräsidenten Kollegen Langbein und der sachkundigen Mitarbeit des leider auch viel zu früh verstorbenen Landrates Hägele habe ich es zu danken, daß Württemberg-Hohenzollern unter verständnisvoller Mitarbeit des leitenden Sanitätsoffiziers der Besatzungsmacht, Herrn Dr. Fabre, wohl als erstes deutsches Land wieder seine Ärztekammer aufbauen konnte.

Nachdem ich schon im Herbst 1945 eine Rechtsanordnung über das Niederlassungswesen erreicht hatte, wurde am 8. Dezember 1945 ein Ausschuß aus 12 unbelasteten Kollegen unter dem Vorsitz von Herrn Langbein berufen, welcher sich in der Folgezeit mit der Ausarbeitung von Satzungen für eine Ärztekammer beschäftigte. Am 26. Juli 1946 konnte dann schon durch das Landesdirektorium Württemberg-Hohenzollern eine Rechtsanordnung über die Errichtung einer Ärztekammer als Körperschaft öffentlichen Rechts erlassen werden. Der Württembergisch-Hohenzollersche Landtag hat nun am 8. März 1950 ein Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten beschlossen, das nur in wenigen Punkten von der Rechtsanordnung des Jahres 1946 abweicht. Wir werden uns heute mit diesem Gesetz in unserer Tagesordnung noch eingehend zu beschäftigen haben, da es durch eine einengende Wahlvorschrift unsere Koalitionsfreiheit in einer Weise beschränkt, die meines Erachtens gegen das Bonner Grundgesetz verstößt und nicht unwidersprochen bleiben darf. Ich halte es deshalb aus grundsätzlichen Erwägungen für notwendig, gegen diese Bestimmung die Entscheidung des Staatsgerichtshofes anzurufen. Gerade der Arztstand hat am allerwenigsten Grund, sich einem Sondergesetz zu beugen.

Die Entwicklung in den übrigen Ländern hat es mit sich gebracht, daß die wirtschaftlichen Aufgaben der in der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten, in der Sozialversicherung tätigen Ärzte von den eigentlichen

Kammeraufgaben gelöst und wieder einer eigenen Organisation, der KV. Württemberg-Hohenzollern, übertragen wurden. Ich brauche Ihnen nicht zu berichten, wie diese Entwicklung gegangen ist, sie war zwangsläufig. Damit haben sich auch die Aufgaben, die der Ärztekammer verblieben sind, vereinfacht und klar abgegrenzt. Sie sind für unser Land festgelegt im § 3 des neuen Gesetzes. Es heißt dort:

Die Aufgabe der Kammer ist die Vertretung und Förderung der Berufsinteressen sowie die Behandlung aller Angelegenheiten, die den Beruf, die Pflege des Gemeinsinns innerhalb des Berufes, die wissenschaftliche Fortbildung, die Wahrung der Berufsehre und die Mitwirkung bei den in Betracht kommenden Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege und der Volkswirtschaft betreffen. Es ist außerdem Sache der Kammer, durch Satzung Wohlfahrtseinrichtungen für ihre Angehörigen und deren Familien zu schaffen. Die Kammer ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts, als solche ist ihr Selbstverwaltung zugesichert. Die Staatsaufsicht hat sich darauf zu beschränken, die Einhaltung des Kammergesetzes und die auf Grund seiner Bestimmungen erlassenen Vorschriften zu überwachen.

Die Arbeit unserer Kammer in den letzten 4 Jahren ist Ihnen, meine Kollegen, die Sie zum großen Teil schon von der 1. Kammerwahl her als Delegierte lebhaften und tätigen Anteil an den Geschicken unseres Arztstandes genommen haben, zu bekannt, als daß ich an dieser Stelle näher darauf eingehen müßte. Welch hohes Verdienst sich unser 1. Präsident und Ehrenpräsident, Herr Kollege Langbein, mit seiner lebenslangen Erfahrung im Kampf um die Freiheit unseres Berufs auch um unsere neue Kammer erworben hat, brauche ich Ihnen auch nicht darzulegen. Es war für mich jederzeit eine ganz besondere Freude und Befriedigung, mit dem von mir so hoch verehrten Kollegen Langbein in allen wesentlichen Fragen der ärztlichen Organisation in voller Einmütigkeit zusammenarbeiten zu können. Wie oft habe ich seinen weisen Rat und seine kluge bedächtige Entscheidung eingeholt und für unsere Arbeit nutzbar gemacht! Mit meinem Dank für all das, was er mir persönlich war, kann ich nur meine Bitte verbinden, daß er auch künftighin als getreuer Mentor unserer Ärztekammer nicht müde werde, an ihrer Arbeit teilzunehmen.

Seit jeher habe auch ich es für meine Pflicht gehalten, die Freiheit unseres ärztlichen Berufs mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln zu wahren und zu mehren. Sie ist verankert in unserer Tradition, unserer Leistung und unserer Berufsordnung. Sie hat ihre gesetzliche Anerkennung auch in unserem Kammergesetz gefunden, das unserer Standesvertretung die Selbstverwaltung als Körperschaft öffentlichen Rechtes zuspricht. Über dieses Recht der Selbstverantwortlichkeit ist es in den letzten Monaten mit dem Innenministerium als Aufsichtsbehörde zu einer grundsätzlichen Auseinandersetzung gekommen. Ich bin froh, daß ich diese schwierige Kompetenzfrage, die für die Stellung unserer Kammer im öffentlichen Leben von entscheidender Bedeutung war, noch zu einem guten Abschluß bringen konnte und sie nicht meinem Nachfolger aufladen muß. Paktieren und Kompromisse schließen mag oft gut und nützlich sein. Um den blanken Schild unserer Berufsehre aber darf es kein Feilschen geben.

Um die ordnungsgemäße Durchführung des Ehrenverfahrens zu beschleunigen, hat der Präsident unseres Ehrengerichts, Herr Oberlandesgerichtspräsident Bendel, vor einigen Wochen alle Mitglieder der Ehrenräte und des Ehrengerichts eingehend über Inhalt und Verfahren der Ehrengerichtsordnung informiert. Ich bin ihm hierfür besonderen Dank schuldig. Ich hoffe, daß die zahlreichen bei den Ehrenräten liegenden Verfahren nunmehr mit aller Beschleunigung in Angriff genommen und durchgeführt werden, und daß damit mancher Streit beigelegt wird, der die Geschlossenheit unseres Standes und die Sauberkeit unserer Berufsausübung bedroht, die uns Pflichten und Beschränkungen auferlegt, die in vielem über das Maß des bürgerlichen Rechts hinausgehen.

Auf die übrigen Aufgaben unserer Ärztekammer will ich nur mit kurzen Worten eingehen: Die Fürsorge für unsere notleidenden Standesangehörigen konnte trotz des Verlustes unseres Fürsorgevermögens geordnet durchgeführt werden. Eine Risiko-Versicherung ist bis zur Klärung der Versorgungsfrage abgeschlossen und gibt wenigstens für die nächsten Jahre ihren Mitgliedern und deren Familien eine gewisse Sicherung für den Fall der Invalidität oder des Todes. Für die ärztliche Fortbildung sind, wie im letzten Jahr, Universitäts-Kurse und daneben Vorträge unserer Dozenten in den Kreisen vorgesehen. Wir danken unseren akademischen Lehrern und Herrn Prof. Brügger für ihre verdienstvolle Mitarbeit herzlich.

Die große Frage der Neufassung unserer Berufsordnung einschließlich der Facharztordnung und unserer Prüfungs- und Approbationsordnung wird in bester Zusammenarbeit mit den übrigen Ärztekammern in der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern auf dem Arztag weiter verhandelt und beschlossen werden, der Ende August in Bonn stattfindet und zu dem Sie heute Ihre Delegierten wählen sollen.

Ein besonderes Wort des Dankes gebührt noch unserer Schwester, der Ärztekammer Nord-Württemberg und insbesondere ihrem verdienten Präsidenten, dem Kollegen Neuffer. So schmerzlich die durch politische Ereignisse erzwungene Zerschneidung unseres Landes Württemberg und die dadurch bedingte Trennung in zwei Ärztekammern war, so erfreulich gut war die Zusammenarbeit in all den Jahren. Eint uns doch ein gemeinsames Ziel: Die Freiheit unseres ärztlichen Berufsstandes in allen Fährnissen der Zeit zu wahren in der Überzeugung, daß wir unseren Kranken und unserem ganzen Volk am besten helfen können, wenn wir unseren hohen Beruf, nur unserem Gewissen verantwortlich und sonst niemandem dienstbar, erfüllen.

Als ich von Innenminister Ulrich im Sommer 1945 den Auftrag übernahm, für die hoffentlich nur kurze Zeit der Trennung des Landes das Gesundheitswesen in Tübingen wieder aufzubauen, hoffte ich, übers Jahr wieder in meine Praxis heimgehen zu können. Nun sind fünf Jahre daraus geworden. Wenn ich mein Amt heute in die Hand eines Nachfolgers lege, so scheidet sich mit dem Dank an alle Kollegen, die mir in diesen Jahren die Führung der Geschäfte leicht gemacht haben, an die Delegierten unserer Kammer, insbesondere aber an die Mitglieder des Vorstandes, die Herren Borck und Grundler. Wir haben stets erfreulich reibungslos zusammengearbeitet. Dank gebührt auch den Kollegen Gärtner und Wiebe, die mir in der Geschäftsführung viel geholfen haben; besonderen Dank Herrn Averdung, der sich für unsere Belange unermüdlich und erfolgreich eingesetzt hat, und dem unsere Ärzteschaft viel verdankt.

Ich scheidet von Ihnen allen mit dem Wunsch, daß wir in nun wirklich nicht mehr langer Zeit wieder ein geeintes Württemberg und eine geeinte Ärztekammer sein mögen, so wie uns heute schon der Landesverband des Hartmannbundes gemeinsam umschließt, in dem ich weiter für unsere württembergische Ärzteschaft zu arbeiten bestrebt sein will."

Wie weit ist der Arzt verpflichtet, strafbare Handlungen bzw. Verdacht darauf zur Kenntnis einer Behörde zu bringen?

Von Prof. Dr. med. Berthold Müller

Vorstand des Institutes für gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg

Nicht selten wird der Gerichtsmediziner von Ärzten gefragt, wie sie sich zu verhalten hätten, wenn sie von der Möglichkeit einer strafbaren Handlung in ihrem Beruf Kenntnis erhalten. Es ist sicher, daß kein Arzt in einem solchen Falle gern eine Behörde benachrichtigt. Jeder Arzt legt auf ein besonderes Vertrauensverhältnis zu den Patienten Wert. Er braucht ja für seine Diagnose dringend die Anamnese, und er kann nur dann halbwegs erwarten, daß die Anamnese richtig ist, wenn der Patient zu ihm Vertrauen hat und nicht fürchten muß, daß etwaige Unregelmäßigkeiten bei ihm und seiner Umgebung zur Kenntnis einer Behörde gelangen und ihm Unannehmlichkeiten machen könnten. Mit Recht wird daher das ärztliche Berufsgeheimnis nicht nur als Pflicht, sondern auch als sittliches Gut des Arztes angesehen. Daß der Arzt aber in Fällen, in denen er es für seine höhere sittliche Pflicht hält, oder in denen eine klare

Rechtsvorschrift besteht, auch einmal eine Angelegenheit zur Kenntnis der Behörde bringen darf oder muß, ohne daß der Kranke ihm das gestattet, ist in den Bestimmungen über das ärztliche Berufsgeheimnis eindeutig festgelegt worden (§ 13 Abs. 3 RAO.) Kohlhaas ist in einem der letzten Hefte in der Zeitschrift darauf eingegangen (Südwestd. Arztebl. 1950, S. 100).

Die Frage der Anzeigepflicht von Verdacht auf strafbare Handlungen ist in neuerer Zeit deswegen mit noch größerem Interesse diskutiert worden, weil ein angesehenen österreichischer Hochschullehrer, der Direktor eines Pathologischen Universitätsinstitutes, in Untersuchungshaft genommen wurde, weil er Sektionsfälle, bei denen eine strafbare Handlung in Frage kam — wohl gemerkt nur in Frage kam — nicht angezeigt hatte. Es handelte sich hier allerdings um österreichische Bestimmungen aus älterer Zeit, auf die näher einzugehen, hier

nicht tunlich ist. (Feyrter, Von der Anzeigepflicht des Prosektors, Wien 1949.)

Nach den geltenden, allgemein anerkannten Richtlinien ist nicht nur der Arzt, sondern jeder Staatsbürger verpflichtet, von der Planung eines schweren Verbrechens Anzeige zu erstatten, sofern das Verbrechen noch verhindert werden kann (§ 139 StGB.). Das wird praktisch nur selten der Fall sein. Ist im Laufe einer strafbaren Handlung ein Beteiligter verletzt worden und hat er sich durch einen Arzt bei dieser Verletzung behandeln lassen, so gibt es keine gesetzliche Bestimmung, die den Arzt verpflichtet, der Behörde Mitteilung zu machen. Er darf dies durchaus tun, wenn er die strafbare Handlung für so schwerwiegend hält, daß er dazu beitragen will, sie aufzuklären. Ich möchte sogar sagen, daß er moralisch zu einer Anzeige verpflichtet wäre, wenn etwa ein anderer dadurch Nachteile hätte und unschuldig in Verdacht, vielleicht sogar in Untersuchungshaft käme. Gezwungen kann er jedoch nicht werden, auch dann nicht, wenn in den Zeitungen oder im Rundfunk aufgefordert wird, Anzeige zu erstatten. Auch der Arzt, der Leichen untersucht, also der pathologische Anatom, unterliegt keiner besonderen Anzeigepflicht, soweit es sich um allgemein anerkannte Bestimmungen des ehemaligen Deutschen Reiches handelt. Man wird ihm raten, in besonderen Fällen die Behörde zu benachrichtigen. Ein Arzt, der ein gewisses Vertrauensverhältnis zu Behörden hat, etwa der Gerichtsmediziner, wird sich eher zu einer solchen Anzeige für verpflichtet halten als etwa der pathologische Anatom. Entscheidend ist jedoch auch hier das freie Ermessen. Nun darf aber nicht unberücksichtigt bleiben, daß in einigen Ländern in dieser Beziehung **Ausnahmen** bestehen. So besteht in Bayern für den als Leichenschauer bestellten Arzt eine besondere Anzeigepflicht, wenn sich bei der Untersuchung einer Leiche Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod oder auf ein Verbrechen ergibt (Bayer. PolizeiStGB.). In Baden wird diese Anzeige, soweit er Kenntnis erhält, der bestellte Laien-Leichenschauer erfüllen, der ja unter straffer Aufsicht steht. In der sowjetischen Zone Deutschlands ist es neuerlich jedem Arzt zur Pflicht gemacht worden, die Polizeibehörde zu benachrichtigen, sofern sich bei der Besichtigung der Leiche der Verdacht erhebt, daß ein nichtnatürlicher Tod vorliegt (Anordnung vom 9. 3. 1949). Dies würde sinngemäß wohl auch für den Obduzenten gelten.

Nun ist über diese im großen und ganzen bekannten Bestimmungen hinaus dem Arzte, allerdings nur dem Krankenhausarzte, bereits im Jahre 1938 eine sehr weitgehende Anzeigepflicht auferlegt worden, die sehr wenig bekanntgeworden ist. Auf Grund eines Reichsgesetzes erließ der ehemalige Reichsinnenminister unter dem 6. 1. 1938 die Reichsmeldeordnung (RGBl. S. 13). Es handelt sich hier um eine Verordnung, die die An- und Abmeldung beim Einziehen und Verlassen einer Wohnung regelt, die Ausländer unter eine besondere Aufsicht stellt, die auch Krankenhäuser und Heilanstalten gewissermaßen in ihrer Eigenschaft als Wohnungsverwalter verpflichtet, Patienten, die längere Zeit im Krankenhause bleiben, den Einwohnermeldeämtern mitzuteilen. Es sind Bestimmungen, die einen rein verwaltungsgemäßen Charakter haben, bei denen es verständlich ist, wenn sie vom Arzte unter ärztlichen Gesichtspunkten nicht gelesen werden. In dieser Reichs-

meldeordnung ist aber auch folgende Bestimmung aufgenommen worden:

§ 23, Abs. 4. Personen, die mit Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder in einem sonstigen, auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert werden, sind von allen Krankenhäusern usw. unter Angabe der Art der Verletzung sofort, gegebenenfalls zunächst fernmündlich, der Polizeibehörde zu melden.

Diese Bestimmung ist dann auch, worauf Kohlhäas hingewiesen hat, in Gestalt einer Verordnung über das Meldewesen vom Lande Württemberg-Baden übernommen worden (RegBl. 1949, S. 156).

Es handelt sich hier um eine, wie man sagen muß, recht eingreifende Verpflichtung. Der Krankenhausarzt müßte demnach Anzeige machen, wenn nach einem Verkehrsunfall ein Verletzter eingeliefert wird und gleichzeitig einen Befund mitteilen. Der Leiter einer Frauenklinik müßte Anzeige erstatten, wenn sich der Verdacht einer vorangegangenen Abtreibung ergibt. Das sind aber Verpflichtungen, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Krankenhaus erheblich belasten. Wohl pflegt bei Verkehrsunfällen der Krankenhausarzt meist keine Schwierigkeiten zu machen, wenn die Polizei ihn um Auskunft bittet; ihm aber die Verpflichtung aufzuerlegen, von sich aus Meldungen zu erstatten, erscheint recht weitgehend. Tatsächlich ist diese Bestimmung in ärztlichen Kreisen recht unbekannt geblieben. Sie ist auch in das Schrifttum über ärztliche Gesetzeskunde nicht übernommen worden. Daß sie so unbekannt blieb, hat zum Teil daran gelegen, daß sie gewissermaßen versteckt ist in einer Verordnung, die sonst medizinische Gesichtspunkte nicht berührt. Seit Erneuerung dieser Bestimmung für Württemberg-Baden im Juli 1949 sind bei der Polizei bzw. Kriminalpolizei in Heidelberg nur zweimal einschlägige Meldungen eingelaufen, ein Zeichen dafür, daß die Bestimmung nicht durchgedrungen ist, und daß die Ärzte auch eine unwillkürliche Abneigung haben, sie durchzuführen. Mit Recht wirft Kohlhäas die Frage auf, ob diese Verordnung der Landesregierung überhaupt eine **Rechtspflicht** darstellt, die den Arzt bindend verpflichten kann, sein Berufsgeheimnis außer acht zu lassen. Man müßte die Forderung aufstellen, daß bei derartig eingreifenden Bestimmungen ein vom Parlament beschlossenes Gesetz zugrunde liegt. Ich möchte auch die Frage aufwerfen, ob es im Sinne der Autorität von Staatsbehörden liegt, Bestimmungen zu erlassen, die denen, die es angeht, überhaupt schwer zugänglich sind, und die — wie die Erfahrung gezeigt hat — gar nicht oder kaum durchgeführt werden. Hält es der Staat für notwendig, den Krankenhausarzt dem Staate so weit zu verpflichten, daß er ihm diese Meldepflicht auferlegt, so ist das eine Frage, die zum mindesten vorher von der Ärzteschaft, von den Zentralbehörden und schließlich vom Parlament diskutiert und besprochen werden muß. Es ist sicherlich nicht besonders glücklich, wenn auf der einen Seite vom Staate aus die Justizbehörden darauf hingewiesen werden, sie mögen sich Eingriffe in das Berufsgeheimnis des Arztes enthalten, und wenn auf der anderen Seite durch Übernahme einer auch früher kaum beachteten gesetzlichen Bestimmung Krankenhausärzten eine recht ein-

greifende Verpflichtung auferlegt wird, die das Vertrauen der Patienten gefährdet. Hier wird eine Koordination erforderlich sein, und es wäre schon das richtige, wenn diese Meldepflicht der Krankenhausärzte aufgehoben würde. Will man etwas Ähnliches einführen,

so wäre vorher ein Durchsprechen mit den entsprechenden ärztlichen Stellen notwendig; in diesem Sinne ist die Frage auch auf der Sitzung des medizinisch-naturhistorischen Vereines in Heidelberg vom 23. Mai 1950 besprochen worden.

Über rechtliche Grundlagen bei der ärztlichen Begutachtung in der Sozialversicherung und Kriegsbeschädigten-Betreuung

Von Ob.Reg.Medizinalrat i. R. Dr. Silberborth, Karlsruhe

Die rechtlichen Unterlagen für die Invalidenversicherung und die Unfallversicherung gibt die Reichsversicherungsordnung (RVO.), für die Angestelltenversicherung das Angestellten-Versicherungsgesetz (AVG.) und für die Kriegsbeschädigten-Betreuung das Körperbeschädigten-Leistungsgesetz (KBLG.), das in der amerikanischen Zone an die Stelle des Reichsversorgungsgesetzes (RVG.) und des Wehrmächts-Fürsorge- und Versorgungsgesetzes (WFVG.) getreten ist.

In der Invalidenversicherung lautet § 1253 RVO.: Invalidenrente erhält der Versicherte,

1. der dauernd invalide ist, oder
2. vorübergehend invalide ist, wenn die Invalidität ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat oder nach Wegfall des Krankengeldes noch besteht oder
3. das 65. Lebensjahr vollendet hat.

In § 1254 heißt es:

Als Invalide gilt der Versicherte, der infolge Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zu verdienen pflegen.

Dieser Paragraph ist durch das Sozialversicherungs-Anpassungs-Gesetz vom 27. Juni 1949 dahin geändert, daß ab 1. Juni 1949 an Stelle von „ein Drittel“ „die Hälfte“ tritt.

Ärztlich gesehen heißt das, daß Invalidität vor dem 1. Juni 1949 nur bejaht werden kann, wenn eine Erwerbsunfähigkeit von $66\frac{2}{3}\%$ überschritten war; ab 1. Juni 1949 muß eine Erwerbsminderung von über 50% vorliegen. Auf die sich aus dem Übergangsrecht ergebenden Streitfragen einzugehen, würde hier zu weit führen.

Bei der Bemessung des Grades der EM. sind nur die im § 1254 angeführten Bedingungen zu berücksichtigen, deswegen wird es oft vorkommen, daß — wie aus den nachfolgenden Ausführungen ersichtlich werden wird — der gleiche Fall in der Beurteilung als Kriegsbeschädigter einen höheren Grad von EM. zugesprochen bekommt als in der Invalidenversicherung. So wird z. B. ein Oberschenkelamputierter, der als Zeichner tätig ist, nach dem KBLG. 70% bekommen und in der Invaliden-Versicherung unter 50% beurteilt werden, weil er als Zeichner mehr als die Hälfte anderer gleichartig Beschäftigter verdienen kann.

Vorübergehende Invalidität wird im allgemeinen nur dann anzunehmen sein, wenn nach Ablauf von 2, höchstens 3 Jahren eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit über 50% zu erwarten ist. Die Entziehung einer einmal bewilligten Invalidenrente setzt nach § 1293 RVO. eine wesentliche Änderung in seinen Verhältnissen voraus. Wenn in einem Gutachten in einem solchen Falle die früher angenommene EM. herabgesetzt wird, so muß dies durch wesentliche Befundänderungen begründet werden.

Über „Gewöhnung“ s. später.

Witwen Invalidenversicherter mußten bis 1. Juni 1949 im Regelfall eigene Invalidität (d. h. eine Erwerbsminderung von über $66\frac{2}{3}\%$) nachweisen; seit diesem Zeitpunkt gilt dies nur noch für Witwen vor dem 1. Juni 1949 verstorbener Invalidenversicherter mit der Maßgabe, daß seit 1. Juni 1949 ebenfalls nur noch eine Erwerbsminderung von über 50% nachzuweisen ist.

In der Angestelltenversicherung wird zur Erlangung einer Rente Berufsunfähigkeit verlangt. Nach § 27 AVG. gilt als berufsunfähig der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Hier muß also zur Anerkennung der Berufsunfähigkeit die EM. für den eigenen oder dem eigenen ähnlichen Beruf (Berufsgruppe) über 50% liegen. Auch hier ist also, ähnlich wie bei der Invalidenversicherung, bei der Begutachtung lediglich von der Frage auszugehen, wie weit der Versicherte durch seinen Körperschaden oder durch geistige Störung behindert ist, in seinem oder einem dem seinen ähnlichen Beruf den üblichen Verdienst zu erlangen.

Anders ist es in der Unfallversicherung; hier werden die durch Unfall erlittenen Körperschäden abgegolten.

Unfall ist ein mit einer gewissen Plötzlichkeit von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis.

Nach § 558 RVO. wird nach Unfällen im Beruf gewährt:

1. Krankenbehandlung,
2. Berufsfürsorge,
3. eine Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

§ 559 a RVO. ordnet an:

Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalles

1. völlig erwerbsunfähig ist, zwei Drittel des Jahresverdienstes (Vollrente),
2. teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maß der Einbuße der Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

Ist die Erwerbsfähigkeit des Verletzten infolge Unfalls um weniger als ein Fünftel gemindert (also unter 20%), so wird eine Rente nur gewährt, solange die Erwerbsfähigkeit auch infolge eines anderen oder mehrerer anderer Unfälle gemindert ist und die Hundertsätze der durch die einzelnen Unfälle verursachten Minderung zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen.

Nach § 558 c RVO. kann auch ein Pflegegeld in Höhe von 20—75 DM monatlich gewährt werden, wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt. Pflegebedürftigkeit ist nach der allgemeinen Rechtsprechung anzunehmen, wenn der Beschädigte infolge der Unfallschäden in regelmäßiger Wiederkehr, wenn auch nicht notwendigerweise an jedem Tage, für zahlreiche Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe anderer bedarf.

Die Sätze des Pflegegeldes sind durch das Sozial-Versicherungs-Anpassungsgesetz bis auf 100 DM erhöht worden; näheres darüber bei der Besprechung der Kriegsbeschädigten-Versorgung.

Nach § 609 RVO. kann in den ersten 2 Jahren nach dem Unfall wegen einer Änderung im Zustand des Verletzten eine neue Feststellung jederzeit vorgenommen werden. Ist jedoch innerhalb dieser Frist eine Dauerrente festgesetzt worden oder ist die Frist abgelaufen, so darf Neufeststellung nur in Zeiträumen von mindestens 1 Jahr vorgenommen werden.

§ 608 RVO. schreibt vor, daß auch hier, wie bei der Invalidenversicherung, eine neue Feststellung getroffen werden kann, wenn in den Verhältnissen, die für die Festsetzung der Entschädigung maßgebend waren, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Hierbei ist außer einer Besserung des objektiven Befundes auch eine Gewöhnung an einen Schadenszustand zu berücksichtigen. Gerade diese Anrechnung von Gewöhnung bei der Herabsetzung des vorher zugestandenen Grades der EM. erfordert viel Erfahrung und muß neben dem örtlichen Befund auch in weitem Maße das Alter und die Gesamt-Persönlichkeit des Begutachteten berücksichtigen.

Allgemein anerkannte Richtlinien für die Höhe der EM. durch Dauerschäden nach Unfällen gibt das Buch von Liniger und Molineus: Der Rentenmann.

Zu den Unfallschäden gehören nach § 545 RVG. auch die von der Regierung festgesetzten Krankheiten, die als Berufskrankheiten bezeichnet werden. Diese Krankheiten sind in der 3. Verordnung (VO.) über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 (RGBl. I S. 1117) in der Fassung der 4. VO. vom 29. Januar 1943 (RGBl. I S. 85) festgelegt. Über sie ist von Medizinalrat Dr. Hoschek im Südwestdeutschen Ärzteblatt 1950, Heft 2, S. 31 Näheres berichtet.

Schwierigkeiten entstehen bei der Begutachtung dieser Berufskrankheiten am häufigsten bei Ziff. 17 a Silikose und 17 b Silikotuberkulose, weil bei Silikose nur schwere Formen entschädigungspflichtig sind und verschiedene Gutachten den Begriff „schwer“ nicht immer in gleicher Weise deuten.

Der Kommentar sagt dazu: Schwer ist eine Silikose, wenn durch ausgedehnte koniotische Bindegewebsneu-

bildungen (Knötchen oder Schwielen) im Lungengewebe (röntgenologisch erkennbar) eine solche Verminderung der Atemkapazität und Rückwirkungen auf den Kreislauf bedingt wird, daß eine erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit besteht. Zusammenreffen von Silikose mit Tuberkulose ist immer entschädigungspflichtig. (RVO. Handkommentar von Krohn, Zschimmer, Knoll, Sauerborn S. 718.)

Die Witwen der durch Unfall Beschädigten erhalten nach § 588 RVG. eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes oder zwei Fünftel, solange sie durch Krankheit oder andere Gebrechen wenigstens die Hälfte ihrer Arbeitsfähigkeit verloren haben. Hier wird also Witwenrente gewährt, wenn die Witwe wenigstens 50% (nicht über 50%) erwerbsgemindert ist.

Die Körperbeschädigtenversorgung wurde früher nach dem Reichsversorgungsgesetz (RVG.) und dem Wehrmächts-Fürsorge- und Versorgungsgesetz geregelt (WVVG.).

In der amerikanischen Zone gilt dafür seit 1. Februar 1947 das KBLG. Dieses bestimmt in § 1:

Personen, die durch unmittelbare Kriegseinwirkungen oder anlässlich militärischen oder militärähnlichen Dienstes Gesundheitsschädigungen erlitten haben, erhalten wegen der Folgen dieser Schädigung für sich und ihre Hinterbliebenen Leistungen nach den Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit sich nach diesem Gesetz nichts anderes ergibt.

Dazu ist zunächst zu bemerken, daß „anlässlich militärischen oder militärähnlichen Dienstes“ bedeutet, daß ein ursächlicher und nicht nur ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Dienst als wahrscheinlich anzunehmen sein muß.

Das Buch 3 der RVO., das die Unfallversicherung betrifft und nach dessen Vorschriften nach § 1 des KBLG. die Versorgung der Kriegsbeschädigten erfolgen soll, enthält naturgemäß keine Hinweise für die Beurteilung der Kriegsbeschädigten; für die Verwundungsfolgen geben die Vorschriften für Unfallbegutachtung wohl einigen Anhalt, obwohl auch hier schon die Anerkennung von Dienst-Beschädigung nicht besonders erörtert ist, aber für die vielen Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems enthält die RVO. keine Richtlinien, und es sind auch keine allgemeinen Anhaltspunkte für die Beurteilung in den Durchführungsbestimmungen erschienen. Deshalb greifen die meisten Gutachter auf die Beurteilungsgrundsätze zurück, die im Handbuch der Reichsversorgung (HDR.) zusammengestellt sind.

Zunächst ist zu erörtern die Dienstbeschädigungsfrage (DB.), oder besser gesagt, die Frage nach dem „ursächlichen Zusammenhang“ mit einer Kriegseinwirkung oder militärischem Dienst, wie es in § 1 KBLG. als Leistungsgrund vorgesehen ist. Auf S. 651 HDR. ist Dienstbeschädigung definiert als „die gesundheitsschädigende Einwirkung, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen während des Militärdienstes erlittenen Unfall, aber durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist“. „Die Gesundheitsstörung — auch die Verschlimmerung einer vordienstlichen Gesundheitsstörung —, wegen der Versorgung beantragt wird, muß die Folge einer solchen gesundheitsschädigenden Einwirkung (DB.) sein.“

Zu den dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnissen zählt die Möglichkeit, durch Ansteckung von einem Kameraden oder durch den erzwungenen Aufenthalt in einem Ort, in dem eine Epidemie herrscht, eine Infektion zu erleiden, die Ernährung, Kleidung, Ausrüstung, Unterkunft und die ganze Lebensführung des Soldaten. In Heft 33 der Münch. Mediz. Wochenschrift von 1940 hat Gutzeit ausgeführt, daß bei labilem Nervensystem neben körperlichen Anstrengungen die Eingliederung in die Kameradschaft, die Überwindung persönlicher Hemmungen, die Gestaltung des Vorgesetztenverhältnisses, die völlig veränderte Führung der äußeren Lebensbedingungen, sorgende Gedanken über Familie u. a. das physiologische Ausgleichsvermögen beeinträchtigen können, und daß dann durch solche Reize entstandene Regulationsstörungen am Erfolgsorgan, etwa am Magen oder Herzen, zu Krankheitsbildern führen können, die dann als DB-Folge anzusehen sind. Diese Gedanken sind heute, wo der Riecker'schen Neuro-pathologie immer größere Beachtung zugewandt wird, besonders zu berücksichtigen.

Nicht als DB-Folge werden anerkannt Zustände, die auf eine anlagemäßige seelische Abwegigkeit zurückzuführen sind, also hysterische oder ähnliche Reaktivzustände. Das ist seit 1925 in der Rechtsprechung des Reichsversorgungsgerichts vielfach festgelegt, und auch im Wehrmacht-Fürsorge- und Versorgungs-Gesetz (WFVG.) ist im § 4 DB. Ziff. 2 gesagt: „Als Körperschäden gelten nicht Zustände, die nur in der Vorstellung bestehen oder seelisch bedingt sind.“

Dabei möchte ich darauf hinweisen, daß im WFVG. der Begriff „Wehrdienstbeschädigung“ nicht das schädigende Ereignis bedeutet, sondern „der Körperschaden ist, dessen Entstehung ursächlich mit dem Wehrdienst zusammenhängt“ (WFVG. § 4 DB. Ziff. 1).

Einige Worte möchte ich noch zu dem Begriff der DB. durch Verschlimmerung sagen. In der oben angeführten Definition der DB. nach S. 651 HdR. heißt es „auch die Verschlimmerung einer vordienstlichen Gesundheitsstörung“. Das setzt voraus, daß vor dem Militärdienst die Gesundheitsstörung schon vorhanden war. Heute lese ich vielfach in Gutachten, daß DB. für „Verschlimmerung“ angenommen wird bei Krankheitszuständen, von denen vor dem Dienst nur eine Anlage vorhanden war, oder deren vordienstliches Vorhandensein nur aus Indizien, etwa dem bei der im Dienst erfolgten Erkrankung aufgenommenen Röntgenbild, erschlossen wird.

Ich glaube, daß man „Verschlimmerung“ nur dann annehmen kann, wenn die gleiche Erkrankung in geringerem Ausmaß vor dem Militärdienst mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann.

Von der Verschlimmerung zu reden, wenn nur eine Anlage vorhanden war, muß abgelehnt werden. Bei Magengeschwür z. B. ist eine erhöhte vegetative Erregbarkeit anlagemäßig vorhanden. Diese Anlage ist aber keine Krankheit; sie kann das ganze Leben lang ohne Schaden bestehen, wenn keine weitere Schädigung, etwa emotionelle Erregung, häufiger Genuß zu heißer Speisen oder anderes dazukommt. In diesem Falle sind die Anlagen ein Teilfaktor, eine Teilursache des Geschwürs, die Erregung, das heiße Essen eine weitere Teilursache. Diese zweite Teilursache hat erst beim Zusammentreffen mit der ersten den Krankheitszustand hervorgerufen, sie

hat nicht etwa eine vorhandene Gesundheitsstörung verschlimmert. Deshalb ist in einem solchen Falle, wenn der zweite Faktor militärisch bedingt war, DB. im Sinne der Entstehung anzunehmen.

Für die Minderung der Erwerbsfähigkeit (EM.) gibt S. 657 HdR. folgenden Anhalt: „Die Erwerbsfähigkeit gilt insoweit als gemindert, als der Beschädigte infolge der Beschädigung nicht mehr oder nur unter Aufwendung besonderer Tatkraft fähig ist, sich Erwerb durch eine Arbeit zu verschaffen, die ihm unter Berücksichtigung seiner Lebensverhältnisse, Kenntnisse und Fähigkeiten billigerweise zugemutet werden kann.“

Richtlinien für einzelne Krankheitsgruppen sind in den „Anhaltspunkten für die ärztliche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nach dem RVG.“ gegeben, die im HdR. S. 689—713 niedergelegt sind.

Für Herzkrankheiten hat Siebeck in seinem Buch „Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker“ gut begründete Anhaltspunkte zur Beurteilung der EM. gegeben. Neuerdings sind solche Richtlinien unter dem Titel „Die ärztliche Begutachtung der Erwerbsminderung“ von Ob.Reg.-Medizinalrat Dr. Sigl in München, Verlag Hubert Zürl, herausgegeben.

Eine kurze tabellarische Zusammenstellung findet sich in den 1947 bei Gebr. Tönnies-Düsseldorf erschienenen „Richtlinien für die Begutachtung von Versicherten“, herausgegeben von den ärztlichen Beratern der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. Alle diese Schriften betonen, daß sie nur Richtlinien, aber keine starren Maßstäbe bringen.

Für ärztlich schwierig gelagerte Fälle sind von den Versorgungsbehörden Gutachten besonders anerkannter Fachkenner gesammelt. Eine gute Zusammenstellung solcher Gutachten ist in der Schriftenreihe „Arbeit und Gesundheit“ als Heft 38 von Ministerialrat Dr. Günther 1941 in 2. Auflage erschienen.

Bei Annahme von DB. für Verschlimmerung wird natürlich eine EM. nur für den Verschlimmerungsanteil bestimmt. Grundsatz ist, daß nur soviel EM. als vordienstlich vorhanden gewesen angenommen wird, als sich durch Lohnkürzung oder Empfang von Renten oder in ähnlicher Form nachweisen läßt. Das WFVG. sagte dazu in AB. zu § 4 Abs. 2: Da anzunehmen ist, daß ein derartig Beschädigter kaum in den aktiven Wehrdienst eingestellt wird, wird eine abzugsfähige, vordienstliche körperliche Beeinträchtigung nur in Ausnahmefällen vorliegen.

Wenn diese Voraussetzung in den letzten Kriegsjahren nicht mehr erfüllt war, so zeigt die Anweisung doch, daß man bei der Festsetzung solcher Abzüge sehr vorsichtig vorgehen soll.

Wenn bei einer für Verschlimmerung anerkannten DB. weitere Verschlimmerung des Leidens eintritt, ist zu prüfen, ob die anerkannte Verschlimmerung richtig gegeben war; nur bei Bejahung dieser Frage kann für die weitere Verschlimmerung Rente gewährt werden.

Zwei Punkte, die von den Gutachtern zu beachten sind, möchte ich hier noch erwähnen:

Wenn bei paarigen Organen eines bereits vor der DB. verloren oder beschädigt war, wird nach Schädigung oder Verlust des zweiten durch DB. der Gesamtschaden bewertet, d. h. wenn ein Einäugiger durch DB. das zweite Auge verliert, erhält er die Berentung des Blinden (HdR. S. 107).

Wenn das zweite Organ aber erst später als das durch DB. geschädigte einen Schaden erleidet, wird dadurch die vorausgegangene Rente nicht erhöht.

Das zweite ist der Hinweis, daß bei Vorliegen mehrerer Schäden die Grade der EM. der Einzelschäden nicht einfach addiert werden dürfen, sondern daß die Gesamt-EM. durch Zusammenziehung besonders festgesetzt werden muß.

Für das Pflegegeld, früher nach dem RVG. Pflegezulage bezeichnet, gilt zur Zeit der Erlass des Arbeitsmin. Württemberg-Baden vom 30. September 1949:

Für die Bemessung des Pflegegeldes muß durch ärztliches Gutachten festgestellt sein:

a) ob Hilflosigkeit in gewöhnlichem Sinne besteht, d. h. ob der Beschädigte zu den gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfange einer Hilfskraft dauernd bedarf derart, daß diese jederzeit bereit sein muß, auch wenn sie durch Verrichtungen nur teilweise beansprucht ist oder

b) ob außergewöhnliches Pflegebedürfnis vorliegt, d. h. eine Hilfskraft nicht nur jederzeit bereit sein muß, sondern darüber hinaus durch Verrichtungen ganz oder überwiegend beansprucht wird.

Das Pflegegeld beträgt nach dem Grade der Hilflosigkeit und dem dadurch bedingten Aufwand

bei einfachem Pflegebedürfnis 20—50 DM monatlich,
bei außergewöhnlichem Pflegebedürfnis 60—100 DM monatlich.

Über den früheren Höchstsatz von 75 DM ist nur hinauszufragen, wenn der Beschädigte dauernd an das Krankenlager gebunden ist (auch wenn er das Bett

zeitweise mit dem Liegestuhl vertauscht) oder wenn bei Absetzung beider Arme oder Beine oder eines Beines und eines Armes weitere als KB-Leiden anerkannte wesentliche Gesundheitsstörungen vorliegen.

Bei Beschädigten, die „führungsbedürftig blind“, d. h. außerstande sind, sich an unbekanntem Orten allein zurechtzufinden, ist auch, wenn keine weitere schwere Gesundheitsstörung vorliegt, regelmäßig das Pflegegeld von 100 DM zu gewähren.

Die Witwe von Kriegsbeschädigten erhält nach § 7 der Änderung des KBLG. vom 1. März 1949 Rente

a) solange sie durch Krankheit oder andere Gebrechen wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend verloren hat,

b) wenn sie das 50. Lebensjahr vollendet hat,

c) wenn sie ein waisengeldberechtigtes Kind erzieht.

Voraussetzung ist, daß der Tod als DB.-Folge anerkannt ist.

Auch hier ist also, wie bei Witwen Unfallversehrter, soweit sie noch nicht 50 Jahre alt sind, der Nachweis einer EM. von 50 % notwendig.

Zum Schluß weise ich noch darauf hin, daß nach § 30 Ziff. 4 KBLG. ein rechtskräftiger Bescheid zu Ungunsten des Berechtigten nur aufgehoben werden kann, wenn die Voraussetzungen der Bescheiderteilung sich als unzutreffend erweisen.

In ärztlicher Hinsicht bedeutet das, daß eine Meinungsverschiedenheit mehrerer Ärzte über die Deutung eines Symptomenkomplexes nicht genügt, einen Bescheid aufzuheben, sondern nur der Nachweis, daß das Urteil bei der Begutachtung, die zu dem Bescheid geführt hatte, auf einem offensichtlichen Irrtum beruhte.

Das neue österreichische Ärztegesetz¹

(Bundesgesetz vom 30. März 1949 über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte)

Von Dr. med. Kurt Pollak, Henndorf (Salzburg, Österreich)

Das neue österreichische Ärztegesetz ist dank gewissenhafter Vorarbeiten ein den modernen Anforderungen gerecht werdendes Gesetz geworden, das nicht bloß eine Neuauflage der alten österreichischen Ärzteordnung von 1937 darstellt. In Anbetracht der außerordentlichen Wichtigkeit des ganzen Fragenkomplexes, der ja auch in Deutschland im Mittelpunkt der ärztlichen Diskussion steht, werden die deutschen Kollegen bestimmt daran interessiert sein, welche Regelung nun in Österreich getroffen wurde.

Das I. Hauptstück behandelt die eigentliche Ärzteordnung. Gleich der erste Paragraph ist von besonderer Bedeutung, weshalb er in extenso angeführt sei:

§ 1. (1) Der Beruf des Arztes im Sinne dieses Bundesgesetzes umfaßt jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen gegründete Tätigkeit, die der Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten des Menschen dient. Im besonderen fällt in den ärztlichen Aufgabenkreis die Erkennung und Feststellung krankhafter Zustände (Diagnostik mit allen Hilfsmitteln), die Überwachung des Krankheitsverlaufes, die Verordnung von Heilmitteln

im weitesten Sinne (Medikamente, diätetische und mechanische Hilfsmittel, physikalische Heilmittel usw.), die Durchführung chirurgischer und die Verordnung und Überwachung physikalischer Heilbehandlung (physikalische Therapie) aller Art, insbesondere auch Röntgen- und Radiumtherapie sowie Psychotherapie; ferner die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und Gutachten.

(2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes ist ausschließlich den hierzu gesetzlich berechtigten Personen vorbehalten.

Daraus geht eindeutig hervor, daß die Tätigkeit von Heilpraktikern und ähnlichen Laientherapeuten verboten ist. Ebenso darf Psychotherapie nur von Ärzten ausgeübt werden, so daß auch Psychologen vom Fach in diesem Sinne als Laien gelten und ihnen eine selbständige psychotherapeutische Tätigkeit verwehrt bleibt. Allerdings kann jeder Arzt auf seine Verantwortung einen befähigten Nicht-Arzt zur Mitarbeit heranziehen und ihn mit psychotherapeutischen Hilfeleistungen betrauen.

In den nächsten Paragraphen sind die Erfordernisse der Berufsausübung niedergelegt. Das an einer Universität in der Republik Österreich erworbene Doktorat der gesamten Heilkunde (in Österreich wird bekanntlich der Dokortitel nach Ablegung der letzten Staatsprüfung

¹ (Aus Heft 11/12 der „Berliner Medizinischen Zeitschrift“ vom 15. März 1950.)

automatisch ohne Vorlegung einer Doktorarbeit verliehen) berechtigt zur Führung der Berufsbezeichnung „Arzt“ und lediglich zur unselbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in einer öffentlichen Krankenanstalt. Erst eine mindestens dreijährige praktische Tätigkeit in einer öffentlichen Krankenanstalt berechtigt zur Führung der Bezeichnung „praktischer Arzt“ und damit zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes. Die Berufsbezeichnung „praktischer Arzt“ hat damit zum ersten Male in Österreich einen gesetzlichen Schutz erlangt. Zur Regelung der Ausbildung in den einzelnen Fachgebieten wird noch eine eigene Fachärzteordnung erscheinen, bis dahin bleibt die deutsche Fachärzteordnung in Geltung.

Jeder Arzt kann seinen Berufssitz frei im ganzen Bundesgebiet wählen. Jedoch darf jeder Arzt grundsätzlich nur einen Berufssitz haben, ebenso ist die Berufsausübung ohne bestimmten Berufssitz (Wanderpraxis) verboten. Auch wird die Ankündigung unentgeltlicher und brieflicher Behandlung (Fernbehandlung) und die Veröffentlichung von Heilberichten in anderen als fachwissenschaftlichen Schriften verboten.

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit den allgemeinen Grundsätzen der Pflicht der ersten Hilfe, Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden, Berufsgeheimnis, ärztliche Zeugnisse — nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und genauer Erhebung! — Bezeichnung der Ordinationsstätte, Vorratshaltung von Arzneimitteln, Vergütung — ohne preisliche Richtlinien — Verzicht und Untersagung der Berufsausübung.

Das II. Hauptstück befaßt sich mit den Ärztekammern. Eine solche wird in jedem Bundesland errichtet. Als Dachorganisation wird die „Österreichische Ärztekammer“ am Sitze der Bundesregierung errichtet — ein Novum für Österreich. — Die Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Anmeldung bei einer Ärztekammer ist Voraussetzung zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit. Die weiteren Bestimmungen lassen erkennen, daß die Ärztekammern nun nicht mehr bloß reine Standesführungen mit Entscheidungsrecht in Disziplinarangelegenheiten sind, sondern daß sie als einzige Standesvertretung der Ärzte die Agenden der

früheren Vereine und Wirtschaftsorganisationen übernommen haben (Abschluß von Verträgen mit den Sozialversicherungsträgern usw.).

Von besonderer Bedeutung und ebenfalls ganz neu ist das III. Hauptstück mit den sozialrechtlichen Bestimmungen. Den in Berufsausbildung stehenden Ärzten ist für ihre Tätigkeit ein angemessenes Entgelt zu reichen, und sie unterliegen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Angestelltenversicherung. In jeder öffentlichen und privaten Krankenanstalt muß für eine Zahl von höchstens 30 Betten ein Platz für einen auszubildenden Arzt zur Verfügung gestellt werden. Bei Berücksichtigung des dreijährigen Ausbildungsturnus würden schon bei Einhaltung der Höchstzahl von 30 Betten jährlich 500 Ausbildungsplätze in ganz Österreich mit seinen insgesamt rund 45 000 Betten zur Verfügung stehen. Die kriegsbedingte Überfüllung der höheren Semester wird gewisse Schwierigkeiten bringen — das 9. Semester mit fast 1200 Hörern ist zur Zeit das stärkste —, nach deren Überwindung jedoch genug Ausbildungsplätze bei normalem Zustrom zum Studium vorhanden sein werden.

Das IV. Hauptstück ist schließlich den üblichen Übergangs- und Strafbestimmungen gewidmet.

Gleichzeitig wurde ein neues Krankenpflegegesetz erlassen. Dieses gilt für die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege, der Säuglings- und Kinderpflege, der gymnastisch-physikalischen Heilpflege, der Heildiätpflege und des medizinisch-technischen Hilfsdienstes. Voraussetzung ist die erfolgreiche Ausbildung in einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule. Der Lehrplan dieser Schulen, die an öffentliche, für diese Zwecke besonders ausgestattete Heil- und Pflegeanstalten angeschlossen sein müssen, erstreckt sich auf: Anatomie, Physiologie mit besonderer Berücksichtigung der Ernährungslehre, Pathologie, Psychologie, Hygiene, Sanitätsvorschriften, Haushalts- und Küchenbetrieb, Krankenpflegetechnik, Medikamentenlehre, soziale Fürsorge. Die Ausbildung für die Krankenpflege dauert drei Jahre. Für die übrigen Berufszweige beträgt die Grundausbildung zwei Jahre, wonach eine einjährige Ausbildung im einschlägigen Berufszweig zu erfolgen hat. Jede eigenmächtige Heilbehandlung ohne Anordnung des verantwortlichen Arztes ist verboten.

Anhaltende Schwierigkeiten bei der PKV.

Freie Arztwahl bleibt erhalten — Loyale Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Von Heinz Gollmar, Stuttgart

Mit großer Spannung wurde die Ende Mai angesetzte Mitgliederversammlung des 100 Einzelunternehmen zusammenfassenden Verbandes der Privaten Krankenversicherung erwartet. Die nach der Währungsreform eingetretene Krise dieses zweitgrößten Zweiges der Individualversicherung im Bundesgebiet konnte nunmehr an Hand zusammengefaßter statistischer Unterlagen eingehend beleuchtet werden. Gleichzeitig waren die Maßnahmen zur weiteren Konsolidierung dieses Versicherungszweiges neu zu formulieren. Als Vorsitzender des Verbandes wurde Generaldirektor Dr. Schwede für ein weiteres Jahr bestätigt.

Währungsreform reduzierte die Rücklagen

Die Gründe für die starke Gefährdung, der die Private Krankenversicherung ausgesetzt war und in gewissem Umfang auch jetzt noch ist, waren teilweise vorauszu-sehen und wurden von den Gesellschaftsleitungen schon vor Jahren in Rechnung gestellt, zum Teil aber lagen sie außerhalb jeglicher, noch so vorsichtiger Planung. Schon im Jahre 1940 wandten sich die Gesellschaften mit dem Ansinnen an die zuständigen Reichsbehörden, eine nicht zu versteuernde Sonderrücklage für die nach Kriegsende mit Sicherheit zu erwartende erhöhte Beanspruchung zuzubilligen. Diese schon kurz nach Kriegsbeginn vor-

ausgesagte Erhöhung der Schadensquote ist dann auch — allerdings erst nach der Währungsreform voll erkennbar — in außerordentlichem Maße eingetreten. Die gesundheitsschädigenden Folgen der Kriegs- und Nachkriegsjahre konnten nun voll in Behandlung genommen werden, nachdem nicht nur die während des Krieges eingezogenen Ärzte wieder zur Verfügung standen, sondern auch die neue D-Mark auf dem Gebiet der Krankenbehandlung alle Möglichkeiten wieder öffnete. Gleich allen anderen Kapitalansammlungen verfielen aber auch die rund 200 Millionen versicherungstechnischen RM-Rücklagen der Umwertung und die Unternehmen traten finanziell außerordentlich geschwächt in die DM-Ara ein. Zur gleichen Zeit aber stellten die Versicherten besondere Ansprüche an die schnelle Vergütung der eingereichten Rechnungen und damit an die Liquidität ihrer Versicherer. Nur durch teilweise fühlbare Krisenzuschläge auf die Friedensprämien oder Krisenabzüge von den Erstattungen (Franchise) konnte das Gleichgewicht einigermaßen gehalten, die Schadensquote zurückgedrängt und die Liquidität verbessert werden. Wenn auch keine Reduzierungen innerhalb der Hauptversicherungsleistungen eintraten, waren sich die Unternehmen doch darüber klar, daß alle mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden durchgeführten vertragsändernden Eingriffe nur durch die äußerst angespannte Situation gerechtfertigt wurden. Da das „gute Risiko“ teilweise abwanderte, hatten diese Eingriffe nicht den gewünschten, durchschlagenden Erfolg.

Schadensquote und Liquidität

Allerdings war es doch möglich geworden, bei nahezu gleichbleibenden Auszahlungen (im Quartal durchschnittlich 80 Mill. DM) auf Grund der langsam steigenden Geldeingänge das Verhältnis von Prämien zur Erstattungsleistung (Schadensquote) zu verbessern. Offensichtlich hatte die Krise im Sommerquartal 1949 ihren Höhepunkt erreicht und die damaligen Kassandrurufe, die zum Teil von größten Schwierigkeiten bei der PKV. sprachen, waren, rückblickend betrachtet, durchaus berechtigt. Die Schadensquote lag bei 85% durchschnittlich, bei einzelnen Gesellschaften mit starkem Großstadtbestand und entsprechend kalkulierten Tarifen jedoch auch über dem Prämieingang. Die Prämienaußenstände hatten mit über 8 Mill. DM ihren Höhepunkt erreicht und die flüssigen Mittel der Gesellschaften betragen bei einem Jahreseingang von rund 400 Millionen DM zeitweilig nur noch 9 Mill. DM. Damit konnte gerade ein starker Wochenbedarf an Leistungsverpflichtungen gedeckt werden. Gleichzeitig aber hatte das ab 1. 6. 1949 wirksam gewordene Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz alle Mitglieder zwischen DM 300.— und DM 375.— monatlichen Einkommens, also praktisch die mittleren Angestellten, in die Sozialversicherung überführt. Weitere Abgänge entstanden vor allem auch durch wirtschaftliche Schwierigkeiten zahlreicher Mitglieder. Allerdings wurde durch die Aufnahme von über 2 Millionen neuer Versicherter der Mitgliederbestand mit 8,3 Millionen Personen nahezu gehalten. Die flüssigen Mittel stiegen zum Ende des Jahres auf etwa 15 Mill. DM und die Schadensquote sank im allgemeinen Durchschnitt auf 76% der eingehenden Prämien. Diese leichte Besserung zum Ende 1949 war jedoch nur möglich durch den Verzicht auf jegliche nennenswerte Neubildung der gerade für diesen Zweig dringenden Reserven und durch

den Einsatz von 50% der für die PKV. zur Verfügung stehenden Ausgleichsforderungen.

Vor wesentlichen Strukturänderungen

Obwohl die Private Krankenversicherung allgemein die Zügel wieder fester in der Hand hält und durch energische Abwehrmaßnahmen die akute Krise abstoppen konnte, wird man doch in einer versicherungsmathematischen Neuordnung die gesamte Struktur der PKV. den neuen Verhältnissen anpassen müssen, nachdem das Tarifwerk noch auf den Berechnungen der Vorkriegszeit beruht. Dafür sind verschiedene Erscheinungen bestimmend: Allgemein muß heute mit einer höheren Krankheitshäufigkeit gerechnet werden, die Behandlungsmethoden haben sich verfeinert und damit verteuert, das erheblich größere Frauenrisiko hat sich durch die Umschichtung der Bevölkerung in den Vordergrund geschoben und die Rückstellungen für die erhöhte Altersbeanspruchung sind in stärkerem Maße zu beachten. Gleichzeitig aber sind der Berechnung der Bedarfsprämie natürliche Grenzen gesetzt, damit der Versicherungsschutz zu einem tragbaren Beitrag angeboten werden kann. Grundsätzlich jedoch läßt sich sagen, daß sich die Unternehmen — trotz der Notwendigkeit zur Anpassung an eine neue Situation — nicht im Sinne des Prinzips der RVO.-Kassen entwickeln wollen, nämlich durch direkten Abrechnungsverkehr mit den Heilbehandlern auf Grund fester Honorarsätze Einfluß auf die Behandlung, die Zahl der behandlungsberechtigten Ärzte und die finanzielle Kontrolle über jeden Einzelfall zu erzwingen. Im Gegenteil — allgemein war die Tendenz festzustellen, noch mehr als bisher auf die Anwendung wesentlicher Grundsätze der Sozialversicherung zu verzichten, wobei allerdings von der Kostenseite her eine vernünftige Liquidationspraxis im Sinne einer klugen Selbstbeschränkung vorausgesetzt wird. Auf diesen Überlegungen wird sich die Strukturänderung innerhalb der PKV. aufbauen. Bewußt will man sich von der „Verrechnungskasse“ für Migränetabletten und für außerhalb der eigentlichen Krankenbehandlung liegende Verrichtungen entfernen. Der Bagatellschaden, der durch seine außerordentliche Häufung die Gesellschaften stärkstens beansprucht, ohne einen eigentlichen „Versicherungs“-Effekt zu ergeben, soll in Zukunft reduziert werden. Unter Bagatellschaden versteht die PKV. weniger die medizinische, als vielmehr die finanzielle Geringfügigkeit nach Abschluß der Behandlung. Dafür soll auf der Basis der echten Versicherung das wirkliche finanzielle Risiko im Krankheitsfall ausreichend abgedeckt werden.

Ärzte und PKV.

Es war zu erwarten, daß gerade das für die PKV. so wesentliche „Arztproblem“ eingehend besprochen wurde. Mit großem Ernst wird das steigende Anwachsen der Mediziner verfolgt, die aus an sich verständlichen Gründen beim Privatpatienten und damit Privatversicherten einen Ausgleich für die gerügten niederen Entschädigungen der Sozialversicherung suchen oder die durch das Zulassungsverfahren der Kassen gezwungen sind, ihre Einkünfte ausschließlich aus der Privatpraxis zu bestreiten. Diese Tatsache führte automatisch nicht nur zu einer stärkeren Ausdehnung des Behandlungsaufwandes und damit zu einer Verteuierung des Einzelfalles an sich, sondern auch zu einer beträchtlichen Erhöhung des allgemeinen Honorar- und Kostenniveaus.

Während der steigende Behandlungsaufwand und das seit einiger Zeit festgestellte stark verschobene Verhältnis von Besuchen zu Beratungen eine direkte Auswirkung auf die Schadensquote der PKV. mit sich bringt, entstehen durch die Steigerung des Honorarniveaus zum Teil sehr beträchtliche Differenzbeträge, die von dem Patienten zusätzlich zum Versicherungsvertrag aus eigener Tasche zu übernehmen sind. Gerade diese Tatsache ist von nicht zu unterschätzender psychologischer Auswirkung auf weite Bevölkerungskreise, vor allem im Hinblick auf die große Zahl von Freiwilligen Mitgliedern der RVO.-Kassen. Die Besprechungen mit den Spitzenorganisationen der Ärzteschaft wurden von der Mitgliederversammlung des PKV.-Verbandes außerordentlich begrüßt. Dabei kam allgemein zum Ausdruck, daß eine Fortsetzung dieser Fühlungnahme — auch auf der unteren Ebene — zu einer verständnisvollen An-

gleichung der auf beiden Seiten bestehenden Probleme führen wird, nachdem für die Gesprächspartner grundsätzliche Existenzfragen — schon im Hinblick auf die von gewissen Kreisen propagierte „Einheitsversicherung“ — zur Debatte stehen.

Bei der Behandlung dieser Frage auch im internen Kreis war von besonderer Bedeutung, daß die PKV. an ihrem prinzipiellen Grundsatz der freien, unbeeinflussbaren Arztwahl festzuhalten gewillt ist und keine Tendenz zeigt, dieses Prinzip zu durchbrechen, obwohl die gegenwärtige Lage der PKV. nur unter großen Schwierigkeiten diesen Grundsatz aufrechterhalten läßt.

Allerdings hofft man, daß eine engere Zusammenarbeit der Spitzenorganisationen und der bei den Ärztekammern zu errichtenden Gemischten Kommissionen zu einer allgemeinen Beruhigung dieser Frage auf der Basis der loyalen Abstimmung beider Interessen führen wird

Ein Briefwechsel

Stuttgart-W, 22. 5. 1950

Sehr geehrter Herr Kollege!

Es drängt mich, Ihnen mitzuteilen, wie sehr ich mich jedesmal über das „Südwestdeutsche Ärzteblatt“ freue.

Der Inhalt ist dem Praktiker angepaßt, die Artikel über die Fortschritte in den jeweiligen Spezialgebieten halte ich für sehr gut, besonders wenn sie noch mehr auf die einfachen, vom Praktiker durchführbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten abgestimmt sind ...

Ich möchte Ihnen dafür herzlich Dank sagen und bin mit besten Grüßen

Ihre ...

Stuttgart-Degerloch, 26. Mai 1950

Verehrte Kollegin!

Ihre guten Worte über unser Blatt haben mich, d. h. uns (denn sicher sollen sie auch Kollegen Krahn und Fräulein Rombold gelten), sehr gefreut. Selten hören wir solche angenehmen Dinge! Vielen herzlichen Dank!

Leider ist es ja so, daß man als Schriftleiter meistens vergeblich nach einem Echo aus der Leserschaft hinaus horcht. Ja, oft bedrängt einen die bange Frage, ob bei der Hochflut von Zeitschriften unser Blatt von einer nennenswerten Zahl von Kollegen überhaupt gelesen wird. Daß es als „Amtsblatt“ gehalten und eigentlich auch gelesen werden muß, ist ein schwacher Trost. Unser Ehrgeiz ist, daß wir als regionales Blatt Aufsätze von Autoren hauptsächlich aus unseren Kammerbereichen bringen und daß wir dadurch, wie durch Berichte über die Veranstaltungen der Kammern und KVen, durch familiäre Nachrichten (Jubiläen, Nachrufe) den Kollegen aus der Südwestecke Deutschlands (beileibe nicht Südweststaat!) als „Heimatblatt“ dienen. Jeder soll das Gefühl haben, daß auch er gegebenenfalls mit seinen Sorgen, Wünschen und Anregungen zu Worte kommen kann.

Mit ergebenstem Gruß

Ihr A. Schröder

Buchbesprechungen

„Du und die Welt“, Das deutsche Gesundheitsmagazin, Ärzteverlag Gießen, Schließfach 355/356. Bezugspreis für die Angehörigen der Heilberufe DM 2.40 pro Vierteljahr bei freier Zustellung.

Die im Auftrage der Spitzenorganisationen der Ärzte, Zahnärzte, Dentisten und Apotheker seit März dieses Jahres im Ärzteverlag Gießen herausgegebene und monatlich erscheinende Wartezimmerzeitschrift

„Du und die Welt“

hat sich die Aufgabe gestellt, neben Aufsätzen über Gesundheitsfragen auch Abhandlungen aus allen Gebieten des Lebens zu bringen. Sie will den wartenden Patienten keinen politischen, kriminalistischen oder erotischen Unterhaltungsstoff darbieten, sondern will ihnen Lebensfreude und Lebensglück vermitteln und ihnen in ihren reichbilderten Heften die Schönheiten des Lebens aufzeigen.

Als Sprachrohr des Ärztestandes ist sie bemüht, zeitbedingte Mißverständnisse und Irrtümer, die das Vertrauen zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen, durch aufklärende Aufsätze aus dem Wege zu räumen und die breiteste Öffentlichkeit mit der gegenwärtigen wirtschaftlichen Krise der Ärzteschaft vertraut zu machen.

Der im Maiheft erschienene Aufsatz „Kranksein kostet Geld“ zeigt z. B. das Mißverhältnis zwischen ärztlicher Lei-

stung und ärztlichem Honorar auf. Ferner ist aus einem eindrucksvollen Schaubild die Verwendung des Sozialversicherungsbeitrages einschließlich des Anteils für ärztliche Betreuung zu ersehen. Im Juniheft wird diese Aufklärungsarbeit fortgesetzt und eine aufschlußreiche Arbeit über „Was darf der Arzt verordnen?“ gebracht.

Die Zeitschrift „Du und die Welt“ dient also nicht nur zur Unterhaltung der wartenden Patienten, sondern auch zu ihrer Aufklärung. Sie gehört daher in jedes Wartezimmer. Je größer ihre Auflageziffer, um so größer die Zahl ihrer Leser und um so größer der Erfolg ihrer Aufklärungsarbeit, die im Kampfe um die wirtschaftliche und berufliche Freiheit des Arztstandes von entscheidender Bedeutung ist.

Dr. rer. pol. Theiss.

Prof. Dr. Dennig und Dr. H. Hangleiter: „Sulfonamide, Penicillin, Streptomycin in der Inneren Medizin.“ Karl F. Haug-Verlag, Berlin-Tübingen-Saulgau, 152 Seiten, 5 Abbildungen, 19 Seiten Tabellen, kart. DM 11.60.

Domagk und Hegler haben 1940 zum ersten Male eine Übersicht über die Entwicklung der Chemotherapie (Sulfonamidtherapie), der bakteriellen Infektionen und gleichzeitig die ersten für die Praxis entscheidenden klinischen Erfahrungen mitgeteilt. Domagk hat dann 1948 die wichtigsten Erkenntnisse, die auf dem Gebiet der gesamten Sulfonamidtherapie in der Zwischenzeit gewonnen wurden, sowohl in klinischer als auch pathologisch-anatomischer und chemischer

Hinsicht ausführlich zusammengefaßt. Im bisherigen Schrifttum fehlte für diesen neuen Abschnitt der Chemotherapie ein übersichtliches Kompendium, das dem Praktiker die Möglichkeit gab, sich rasch über die Indikation der Sulfonamidtherapie, sowie die optimalen Präparate und die notwendigen Dosierungen zu orientieren. Daß in dem vorliegenden Kompendium die Sulfonamide mit dem Penicillin und dem Streptomycin gleichzeitig besprochen werden, ist für die Klinik und Praxis besonders wertvoll.

In dem allgemeinen Teil werden zunächst die Sulfonamide und anschließend das Penicillin und das Streptomycin bezüglich ihrer chemischen Strukturverhältnisse und Eigenschaften, sowie ihrer Wirkungsweise und klinischen Anwendung besprochen. In einer sehr instruktiven Tabelle sind die Sulfonamide, ausgehend von dem Grundkörper, in einzelne Gruppen aufgeteilt unter besonderer Berücksichtigung der chemischen Eigenschaften, Nebenwirkungen und Verschreibungsformen der einzelnen Präparate. Bei der Besprechung der Hauptindikation wird darauf hingewiesen, daß ohne bakterielle Sekundärinfektion bei Viruskrankheiten keine Sulfonamide verordnet werden sollen. Als wirksamste Präparate werden für Deutschland die Sulfathiazole (Cibazol und Eleudron) bezeichnet. Bei Misch-Infektionen mit Anaerobiern wird auf das Supronalium verwiesen, dessen Dosierung höher ist. Wird bei Wasserverlust wegen Durchfall oder infolge Kreislaufdekompensation der Urin konzentrierter, so ist durch Alkalisieren des Harns und durch starke Flüssigkeitsaufnahme, sowie durch Kombination mehrerer Sulfonamidpräparate eine intensive Prophylaxe des Auskristallisierens notwendig. In diesem Zusammenhang hätte vielleicht noch näher die Bedeutung des zuerst von den Schweden Hagermann, Frisk und Werkö und dem Amerikaner Leed eingeführten Begriffs der Sulfaaddition erwähnt werden können. Nach der Auffassung dieser Autoren ist die gleichzeitige Darreichung mehrerer Sulfonamidpräparate mit verschiedenen Zeiten und Gesetzen der Resorption und Ausscheidung auch zur Erhaltung des erforderlichen Sulfonamid-Spiegels im Blut von großer Bedeutung.

In dem ausführlichen klinischen Teil werden dann die einzelnen Krankheitsbilder abgehandelt.

Das vorliegende Buch, das auf Grund reicher klinischer Erfahrungen für die Praxis geschrieben wurde, zeichnet

sich durch seine kurze besonders klare und äußerst übersichtliche Darstellung aus und ermöglicht so dem Praktiker und dem Facharzt eine rasche Orientierung. Weitgehende Verbreitung dieses Kompendiums wäre zu wünschen.

Dr. Helmut Speth

Martin Gumpert: „Hahnemann.“ Die abenteuerlichen Schicksale eines ärztlichen Rebellen und seiner Lehre, der Homöopathie. Südverlag, Konstanz. 250 S., DM 8.50.

Kürzlich wurde während eines ärztlichen Fortbildungskurses das Urteil Hahnemanns über eine pharmazeutische Frage als das eines ernstzunehmenden Wissenschaftlers beispielhaft angeführt. Im Jahre 1925 schloß eine durch Biers Aufsatz „Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen“ veranlaßte erregte Auseinandersetzung im Berliner Verein für Innere Medizin mit der Feststellung, daß, wer sich als Anhänger der Hahnemannschen Phantasien bekenne, selbst einen Trennungsstrich zwischen sich und die Anhänger der wissenschaftlichen Medizin zöge.

Wer war nun Hahnemann? Die ungemein lebendig und spannend geschriebene Lebensbeschreibung von Gumpert zeigt, daß Hahnemann ein genialer Arzt war, der einst auf einsamem Posten mit allen Kräften seines Daseins gegen eine verirrte Wissenschaft ankämpfte, die sich damals „Schulmedizin“ nannte. Ausgerüstet mit leidenschaftlicher Wahrheitsliebe, unbestechlichem Sinn für das Wirkliche und mit den neuesten Kenntnissen der Chemie und Physik seiner Zeit durchschaute er die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit der damals nach dogmatischen Vorschriften ausgerichteten Heilmethoden, die nach uralten Rezepten laxieren, vomieren, salivieren, schwitzen und schneuzen ließen. Der Konflikt zwischen Pflicht und Gewissen, dem kein denkender Arzt ausweichen kann, zwang Hahnemann dazu, jahrelang die ärztliche Tätigkeit aufzugeben, bis er sich durch eigene exakte Experimente eine Grundlage für eine neue Heilmethode geschaffen hatte. „Hahnemanns Schicksal ist das Schicksal des Arzttums, seiner Reinheit und seiner Zweideutigkeit, seiner fast göttlichen Größe und seiner sehr menschlichen Schwäche“. Dieses Schicksal nachzuerleben, ist auch für den heutigen Arzt von Nutzen und Bedeutung.

Dr. Ilse Reinhardt

Bekanntmachungen

53. Deutscher Ärztetag in Bonn

Der 53. Deutsche Ärztetag findet vom 24. bis 27. August 1950 in Bonn statt

Dem Ärztetag gehen voraus:

1. die Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands am 24. August 1950; teilnahmeberechtigt sind:

- die Delegierten,
- alle Mitglieder des Hartmannbundes (als Zuhörer ohne Stimmrecht).

2. die Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Bundesgebiet am 25. August 1950; teilnahmeberechtigt sind:

- die Delegierten,
- alle Kassenärzte, die sich durch eine Bescheinigung ihrer Bezirksstelle ausweisen können (als Zuhörer ohne Stimmrecht).

In der öffentlichen Sitzung des Ärztetages am 26. August 1950 werden folgende Themen behandelt:

- Die Ausbildung des Arztes
Referenten: Prof. Dr. Siegmund (Münster),
Dr. Rodewald (Kiel), Präsident der Landes-Ärztelkammer Schleswig-Holstein.
- Die Gestaltung des Arztrechtes im Bundesgebiet
Referent: Dr. Neuffer (Stuttgart), Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern.

Ärztl. Fortbildungskurs in Bad Wildungen

In Verbindung mit der Kurverwaltung veranstaltet der Ärzteverein Bad Wildungen vom 25. bis 30. September 1950 einen Fortbildungskurs für Ärzte über

Allgemeinmedizin und Urologie, der durch seine Gestaltung gleichzeitig der Fortbildung und Erholung dienen soll. Gute Unterkunft und Verpflegung zu mäßigen Preisen (Vollpension 6—9 DM) ist sichergestellt. Anfragen an die Kurverwaltung Bad Wildungen.

Ärztlicher Fortbildungslehrgang in Bad Nauheim

Der 16. ärztliche Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte E. V. findet am 29., 30. September und 1. Oktober 1950 statt.

I. Thema: Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz für den praktischen Arzt.

II. Thema: Kreislauf und vegetatives System.

Nähere Auskunft gibt das Verkehrsamt der Kurverwaltung Bad Nauheim.

Ein Gefangenensuchdienst der Heimkehrer

Die „Treuhänderschaft der Heimkehrer“ Zentralstelle für Deutschland, Sitz Darmstadt e. V. als Zusammenschluß aller ehemaligen kriegsgefangenen Männer und Frauen (gleichgültig ob in russischer, französischer, englischer, amerikanischer, polnischer, jugoslawischer usw. Gefangenschaft) vertritt die Rechte und Ansprüche dieses Personenkreises gegenüber dem Staat und sieht seine Aufgabe in einer möglichst umfassenden Eingliederung aller Heimkehrer und Heimkehrerinnen in einen großen Verband.

Kostenlose Rechtsberatung, Hilfeleistung in unversicherten Notlagen und Unterstützung der Heimkehrer unterein-

ander sollen besonders dem Spätheimkehrer den Neuanfang in der Heimat erleichtern.

Als wichtigste Aufgabe unternimmt es die „Treuhanderschaft der Heimkehrer“, durch eine große Suchaktion in Zusammenarbeit zwischen Heimkehrern und Vermißtenangehörigen das Schicksal der nach Hunderttausenden zählenden Kriegsgefangenen aufzuhellen.

In dem zentralen Nachrichtenorgan „Der Heimkehrer-Treuhand“ werden laufend Berichte aus russischen Kriegsgefangenenlagern veröffentlicht und die Namen von zurück-

gebliebenen Gefangenen bekanntgegeben. Eine Suchliste „1 1/2 Millionen schweigen...“ veröffentlicht die Namen von Vermißten, über die nach einem Punktschema die Angaben gemacht werden, die zu einer Identifizierung durch Heimkehrer notwendig sind. „Der Heimkehrer-Treuhand“ kann von Heimkehrern und Angehörigen von Vermißten bei der „Treuhanderschaft der Heimkehrer“, Darmstadt, Im Harras 31, Tel. 34 10, angefordert werden. Für Heimkehrer, die Kameraden aus den Augen verloren haben, ist eine Suchecke unter der Überschrift „Kamerad wo bist Du?“ eingerichtet.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

In letzter Zeit ist wiederholt angefragt worden, wann der nächste Einführungslehrgang in die Kassenpraxis stattfindet. Wir geben deshalb bekannt, daß beabsichtigt ist, im September wieder einen Lehrgang stattfinden zu lassen, voraussichtlich in Stuttgart. Wir weisen schon jetzt hierauf hin, damit die in Betracht kommenden Kolleginnen und Kollegen sich mit ihrer Zeit entsprechend einrichten können. Eine weitere Rückstellung derjenigen Teilnahmepflichtigen, die verhindert waren, an einem der in diesem Jahr veranstalteten Lehrgänge teilzunehmen, ist dann nicht mehr möglich.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
Landesstelle Württemberg.

Gemischte Kommission

Nachdem zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und dem Verband der privaten Krankenversicherungen die Errichtung „Gemischter Kommissionen“ zur Bereinigung von Streitfällen zwischen Ärzten und privaten Krankenversicherungen beschlossen worden war, wurde auch für den hiesigen Kammerbereich eine „Gemischte Kommission“ gebildet. Dieser Kommission gehören ärztlicherseits an die Herren

Dr. med. Knospe, Eßlingen,
Dr. med. Nübel, Ludwigsburg,
Dr. med. Häußler, Altbach,
Dr. rer. pol. Theiss, Privatärztliche Verrechnungsstelle in Stuttgart-Degerloch,

und von seiten der privaten Krankenkassen die Herren Bezirksdirektor Spindler, Nat. Krankenversicherungsverein, Direktor Dr. Hahn, Leipz. Verein Barmenia, Direktor Differt, Debeka Stuttgart, Direktor Dodel, Ver. Krankenversich. A.G.

Die „Gemischte Kommission“ trat am 8. Juni 1950 erstmalig zusammen. Zu den vorgelegten Streitfällen wurden nachfolgende Beschlüsse gefaßt:

1. Der Nationale Krankenversicherungsverein war nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche den Normativbedingungen der privaten Krankenversicherung zugrunde liegen, zwar berechtigt, Beitragsprämien auch im voraus für das laufende Jahr gegenüber seinem Mitglied auf ärztliche Honorarforderung zu verrechnen. Die Vertreter der privaten Krankenversicherungen erklärten indessen, daß von dem Recht der Beitragsverrechnung über den laufenden Monat hinaus in der Regel kein Gebrauch gemacht wird.

2. Die Debeka hatte sich in einem Einzelfall dahingehend geäußert, daß ein von einem Arzt erbetener Befundbericht mit gutachtlicher Fragestellung kostenlos erstattet, notfalls mit 3 DM honoriert werden sollte.

Der Vertreter der Debeka erklärte hierzu, dies sei eine Fehlentscheidung gewesen; die Höhe der Honorarforderung für solche Befundberichte verbleibe weiterhin im Ermessen des Arztes.

3. Die Erstattung der Kosten für Behandlung Geisteskranker erfolgt bei den einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen unterschiedlich; eine generelle Regelung, die für alle Gesellschaften zutrifft, besteht nicht. Bei einigen dieser Versicherungen ist die Erstattung für Behandlung bei „Geisteskrankheit“ nach den Versicherungsbedingungen nicht vorgesehen. Eine Änderung dieses Zustandes kann nur durch

zentrale Regelung herbeigeführt werden. Die „Gemischte Kommission“ empfiehlt entsprechenden Antrag, welcher von der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. inzwischen an die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern gerichtet worden ist.

4. Private Krankenversicherungen erstatten an ihre Mitglieder die durch Honorarforderung von Ärzten entstandenen Kosten. Sie erstatten aber nicht Kosten, welche durch Inanspruchnahme von ärztlichen Hilfspersonen entstanden sind. Zu diesen gehören auch nicht-ärztliche Psychotherapeuten. Diese Kosten können nur dann erstattet werden, wenn der Arzt sie in seiner Honorarrechnung als Auslagen aufführt.

Vorstandswahlen des Marburger Bundes Nord-Württemberg

Auf Grund der Satzung des Marburger Bundes muß der Landesvorsitzende und sein Stellvertreter jedes Jahr neu gewählt werden. Bei der am 10. Mai 1950 in Stuttgart abgehaltenen Tagung der Kreisvorsitzenden wurde diese Wahl durchgeführt.

Zum Landesvorsitzenden wurde Herr Dr. Zimmerle, zum stellv. Landesvorsitzenden Herr Dr. Mayer wiedergewählt.

Gründung eines Orchesters

Im Einvernehmen mit der Ärzteschaft Stuttgart beabsichtige ich die Gründung eines „Stuttgarter Orchesters“. Ich bitte die Herren Ärzte von Stuttgart und Umgebung, in möglichst großer Anzahl teilzunehmen. Es ist geplant, vorerst zweimal im Monat eine Orchesterprobe abzuhalten. Anmeldung von guten Instrumentalisten erbeten an: H. Herold, Bad Cannstatt, Taubenheimstr. 16, Tel. 5 11 23.

Tage der Besinnung für Ärzte Vorankündigung

Die Evangelische Akademie in Bad Boll Kreis Göppingen veranstaltet vom Freitag, 1. September 1950, 16 Uhr, bis Montag, 4. September 1950, 20 Uhr (Abreise Dienstag, 5. September früh) Tage der Besinnung für Ärzte.

Anfragen und Anmeldungen sind an Pfarrer Dr. Eberhard Müller, Direktor der Evangelischen Akademie, Bad Boll, über Göppingen, zu richten.

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 1. April bis 30. Juni 1950

Neu aufgenommen wurden:

Dr. Aldinger, Heinz, Stuttgart-W.
Dr. Ansel, Gerhard, Gaildorf
Dr. Ballner, Franz, Hessigheim
Dr. Bauer, Winfried, Neuffen
Dr. Binnig, Hubert, Heilbronn-Sonthem
Dr. Bock, Hans, Stgt.-Degerloch
Dr. Braitsch, Herbert, Reudern
Dr. Burkhardt, Wolfgang, Stgt.-Weilimdorf
Dr. Busse, Oskar, Stuttgart-N
Dr. Cless, Hermann, Rechberghausen

Dr. Denninger, Hans, Crailsheim-Altenmünster
 Dr. Domdey, Rudolf, Stgt.-Weilimdorf
 Dr. Ebert, Gudrun, Möckmühl
 Dr. Eck, Wolfgang, Ludwigsburg
 Dr. Eckert, Erwin, Stuttgart-W
 Dr. Eisele, Kurt, Fellbach
 Dr. v. Enzberg, Hubert, Ulm a. D.
 Dr. Fischer, Albrecht, Stuttgart-W
 Dr. Fritz, Sven, Obereßlingen
 Dr. Fritz, Wolfgang, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Foerstner, Hans, Schwäb. Hall
 Dr. Gasper, Wilhelm, Stuttgart-N
 Dr. Geist, Werner, Stuttgart-W
 Dr. Gfrörer, Dieter, Stgt.-Botnang
 Dr. Günzel, Eberhard, Ludwigsburg
 Dr. Hansen, Peter, Ludwigsburg
 Dr. Hezel, Ernst, Stgt.-Untertürkheim
 Dr. Hilligardt, Max, Stuttgart-N
 Dr. Hoepfel, Wilhelm, Schorndorf
 Dr. Hohenadel, Walter, Ulm a. D.
 Dr. Hollein, Erhard, Ludwigsburg
 Dr. Ilg, Elmar, Stuttgart-S
 Dr. Irion, Margarete, Stuttgart-O
 Dr. Isensee, Rolf, Eßlingen a. N.
 Dr. Keller, Gerhard, Stuttgart-S
 Dr. Kerber, Josef, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Klimanek, Bernhard, Möckmühl
 Dr. Klinga, Josef, Ditzingen
 Prof. Dr. Kneer, Max, Geislingen/St.
 Dr. v. Koenig-Warhausen, Hardy, Ulm a. D.
 Dr. Knüttgen, August, Fellbach
 Dr. Kriening, Paul, Göppingen
 Dr. Lutz, Eugen, Plochingen a. N.
 Arzt Mack, Konrad, Stuttgart-W
 Dr. Marx, Günther, Stuttgart-O
 Dr. Mayer, Dietrich, Illingen
 Dr. Möser, Georg, Stgt.-Degerloch
 Dr. Naab, Jakob Paul, Stuttgart-W
 Dr. Neyses, Otto, Stuttgart-O
 Dr. Nimz, Franz, Bad Mergentheim
 Dr. Paulus, Erhard, Stgt.-Feuerbach
 Dr. Peltzer, Manfred, Stgt.-Kaltental
 Dr. Reichmann, Bernhard, Mühlacker

Dr. Reinhardt, Hellmut, Heilbronn
 Dr. Schmauk, Bernhard, Stuttgart 13
 Dr. Schmauser, Horst, Ludwigsburg
 Dr. Schmidt, Gustav, Eßlingen a. N.
 Dr. Schröder, Heinrich, Göppingen
 Dr. Stroh, Hermann, Hall-Steinbach
 Arzt Thylmann, Andreas, Stgt.-Sillenbuch
 Arzt Tickert, Emil, Asperg
 Dr. Trinczek, Karl-Heinz, Stuttgart-S
 Dr. Ulmer, Hans-Herbert, Marbach a. N.
 Dr. Umbach, Karl, Eßlingen a. N.
 Dr. Veigel, Karl, Stuttgart-O
 Dr. Vogel, Karl, Wasseraltingen
 Dr. Volhard, Jakob, Eßlingen a. N.
 Dr. Wandel, Karl, Frickenhausen
 Dr. Weigle, Magda, Herrenberg
 Dr. Welbers, Ludwig, Stuttgart-Rohr
 Dr. Wenzel, Rolf, Ulm a. D.
 Arzt Widmaier, Werner, Stuttgart-S
 Dr. Worth, Georg, Aalen
 Dr. Zimmermann, Ruth, Wolpertshausen

Ausgetreten sind:

Dr. Daimler, Kurt, Stuttgart-S
 Dr. v. Kaler, Robert, Heilbronn a. N.
 Dr. Dr. Koebner, Franz, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Honegger, Heinrich, Eßlingen a. N.
 Dr. Schmid, Karl, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Strecker, Kurt, Lauchheim

Aus der Mitgliederliste gestrichen:

Dr. Winter, Eugen, Stuttgart-O

Gestorben:

Dr. Bein, Georg, Bad Mergentheim
 Dr. Daiber, Axel, Leonberg
 Dr. Fuoss, Hans, Feuerbach
 Dr. Geldmacher, Max, Neckarsulm
 Dr. Gensler, Hellmuth, Ludwigsburg
 Dr. Rozek, Johannes, Ludwigsburg
 Dr. Storck, Otto, Stgt.-Vaihingen
 Prof. Dr. Veiel, Eberhard, Ulm a. D.

Mitgliederstand am 30. Juni 1950 = 3093

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Bericht über die 5. Vollversammlung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Am 17. Juni 1950 fand die 5. Vollversammlung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern statt. Die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern war durch eine Rechtsanordnung des damaligen Landesdirektoriums am 26. Juli 1946 als Körperschaft des öffentlichen Rechts gesetzlich fundiert worden. An Stelle dieser Rechtsanordnung tritt nunmehr das Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten (Kammergesetz mit Rechtskraft vom 8. März 1950, das der Landtag Württemberg-Hohenzollern in seiner Sitzung am 1. März 1950 in Dritter Lesung verabschiedet hat).

1. Die Vollversammlung hatte sich mit den Punkten zu befassen, in denen das Gesetz Änderungen gegenüber der Rechtsanordnung vom 26. Juli 1946 gebracht hat.

a) Der Gesetzgeber hat im § 18 Abs. 1 festgelegt, daß Personen, die dem Vorstand einer wirtschaftliche Interessen verfolgenden Berufsvereinigung angehören, nicht Vorstand oder Mitglied des Vorstandes der Kammer sein können. Dies bedeutet praktisch die Ablehnung der Personalunion in den Vorständen der Standesorganisationen. Alle Einwände dagegen waren erfolglos. Da diese Maßnahme aber eine weitgehende Einschränkung unserer Selbstverwaltung bedeutet, beschloß die Vollversammlung, den Vorstand zu beauftragen, mit den möglichen Mitteln zu prüfen, ob Rechtsgrundsätze im § 18 Abs. 1 verletzt sind und im zutreffenden Falle die weiteren Schritte zu unternehmen, um das Recht wieder herzustellen.

b) Im § 3 Abs. 4. des Kammergesetzes hat der Gesetzgeber bestimmt, daß die Regelung der Alters-, Witwen- und Unfallversicherungen, sowie die Regelung der Erwerbsunfähigkeitsrenten, der Angehörigen der in der Kammer vertretenen Berufe durch besonderes Gesetz erfolgt. Damit die ärztliche Organisation bei der Schaffung dieses Gesetzes nicht ausgeschaltet wird, ist gleich nach der Rechtskraft dieses Gesetzes ein Ausschuß unter Führung von Herrn Dr. med. Langbein, Pfullingen, beauftragt worden, einen entsprechenden Gesetzentwurf zur Vorlage bei der Regierung auszuarbeiten.

c) Die auf Grund der Rechtsanordnung vom 26. Juli 1946 genehmigte Satzung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern sah vor, daß zu den gewählten Vertretern 3 weitere Vertreter von der Kammervollversammlung zugewählt werden konnten. Hierdurch war die Möglichkeit gegeben, verdiente Kollegen mit besonderer Sachkenntnis zur aktiven Mitarbeit in der Kammer heranzuziehen. Dieses Recht hat der Gesetzgeber durch das neue Kammergesetz vom 8. März 1950 der Kammer genommen. Durch diese Anordnung müssen die Herren Drs. Grauer, Kirchentellinsfurt, und Grundler, Tübingen, als Kammermitglieder ausscheiden.

2. Der 53. Deutsche Ärztetag, der vom 23. bis 28. August in Bonn stattfindet, hat u. a. als Besprechungspunkte auf der Tagesordnung die Themen „Ausbildung des Arztes, Das Arztrecht und Die Facharztordnung“. Die Vollversammlung befaßte sich mit diesen Punkten, um ihren gewählten Delegierten nach Bonn entsprechende Weisungen mitzugeben.

Als Delegierte für Bonn wählte die Vollversammlung die Herren Drs. Missmahl, Riedlingen, Vogt, Isny, und Hoyer, Tübingen.

3. Der Vollversammlung wurde die Bilanz und Erfolgsrechnung der Kammer für den 31. Dezember 1949 bekanntgegeben, dem Vorstand wurde Entlastung erteilt. Die Geschäftsführung der Kammer ist durch den Spezialprüfer für ärztliche Organisationen, Herrn Hermann Gross, überprüft worden. Die Prüfung hat keine wesentlichen Beanstandungen ergeben. Prüfungsbericht und Bilanz liegen vom 15. Juli bis 1. August 1950 zur Einsichtnahme bei der Kammer offen.

4. Herr Dr. Dobler schilderte den Aufbau der Kammer seit 1945 und dankte der Kammer für das Vertrauen, das ihm in den ganzen Jahren, zuletzt als Präsident seit 1949, geschenkt wurde. Da er seine Praxis in Schorndorf wieder aufgenommen und somit aus dem Kammerbereich verzogen ist, legte er sein Amt als Präsident nieder. Bei der folgenden Neuwahl wurde Herr Dr. med. Borck, Pfullingen, zum Präsidenten, Herr Dr. med. Missmahl, Riedlingen, zum stellv. Präsidenten und Herr Dr. med. Heni (Dozent), Tübingen, zum 3. Vorstandsmitglied gewählt.

Herr Dr. med. Borck sprach Herrn Dr. med. Dobler, seinem Vorgänger, den Dank der Württ.-Hohenzollerischen Ärzteschaft für seine standespolitische Arbeit in den verflossenen Jahren aus. Des weiteren dankte er den Herren Dr. med. Grauer und Dr. med. Grundler für ihre bisherige Mitarbeit und bat um ihre weitere beratende Hilfe.

5. Bei einem kameradschaftlichen Zusammensein mit geladenen Gästen berichtete Dr. Dobler am Abend sehr anregend über die Eindrücke, die er in England über die Auswirkung der Verstaatlichung des Gesundheitsdienstes gewonnen hat und die Folgerung, die sich für eine Neuordnung der Sozialversicherung in Deutschland hieraus ergibt.

Bericht über die 4. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern

Am 18. Juni 1950 traten die gewählten Vertreter der KV. Württemberg-Hohenzollern zu ihrer 4. Vertreterversammlung zusammen. Der Geschäftsführer, Herr Averdung, gibt zunächst den Geschäftsbericht für die zurückliegende Zeit bekannt. Gleichzeitig verliest er den Prüfungsbericht, da die Geschäfte der KV. durch den Spezialprüfer für ärztliche Organisationen, Herrn Gross, in den ersten Julitagen überprüft worden sind. Der Prüfungsbericht hat keine Beanstandungen ergeben und wird in ihm der gut gelungene Aufbau der KV. besonders hervorgehoben.

Herr Dr. med. Bihl gibt einen eingehenden Bericht über die in letzter Zeit stattgefundenen Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern. Der Vertrag mit den Ortskrankenkassen läuft weiter. Die Honorarverhandlungen konnten bisher zu keinem befriedigenden Abschluß gebracht werden, jedoch stehen weitere Verhandlungen bevor. Mit den Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen besteht in der Bi-Zone ein Vertrag, in der franz. Zone dagegen nicht. Die franz. Zone verrechnet auf Grund der Verordnung 227 auf dem Pauschale von 1946 und hat die Zuschläge der Bi-Zone erhalten. Die Verhandlungen sind noch nicht zum Abschluß gekommen. Mit den Ersatzkassen besteht seit dem 11. Mai 1950 ein ordnungsgemäßer Vertrag. Dieser Ersatzkassenvertrag wird durchgesprochen und die einzelnen Punkte, die günstig sind, und die als ungünstig hingenommen werden mußten, werden besonders hervorgehoben. Auch wird die neue Gebührenordnung, die nach einem Punktsystem entworfen ist, besprochen. Ihre Eigenart besteht darin, daß die Grundgebühr für die Sprechstundentätigkeit erhöht werden soll und die kleinen Sonderleistungen ganz wesentlich beschnitten werden. Über Krankenhausfragen und ambulante Sachleistungen wurde ein eingehender Bericht unter Klärung der Rechtslage und der möglichen Maßnahmen gegeben. Eine Besserung der Gesamtsituation ist möglich, wenn

1. das Rentnerpauschale erhöht wird,
2. eine weitere Überbrückungshilfe errungen werden kann und
3. die erhöhten Werbungskosten zur Anerkennung gelangen.

Die Arbeiten um die große Reform der Sozialversicherung nehmen einen breiten Raum in den Arbeiten des Geschäfts-

führenden Ausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes in Bad Nauheim ein.

Alle Bestrebungen, die Verlängerungsscheine abzuschaffen, scheitern an den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung. Es sind daraufhin in unserem Abrechnungsbereich sämtliche Verlängerungsscheine durchgezählt worden. Im Gesamtdurchschnitt haben im I/50 die Verlängerungsscheine 5,98 % betragen. Um bei der Durchzählung der Verlängerungsscheine festgestellte Auswüchse zu vermeiden, beschloß die Vertreterversammlung, daß nicht mehr als 10 % der Gesamtanzahl des Quartals Verlängerungsscheine sein dürfen. Eine 10 % übersteigende Zahl von Verlängerungsscheinen wird ab 1. Juli 1950 nicht mehr honoriert.

Die Wahlen zum Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung hatten folgendes Ergebnis:

- Vorsitzender: Dr. med. Bihl, Rottweil,
 2. Vorsitzender: Dr. med. Frohn, Tuttlingen,
 Beisitzer: Dr. med. Kauffmann, Hechingen,
 Dr. med. Holzberger, Friedrichshafen,
 Dr. med. Walcher, Mochenwangen.

Als Vertreter für den 53. Deutschen Ärztetag in Bonn, der vom 23. bis 28. August 1950 stattfindet, werden die Herren Dr. Walcher, Mochenwangen, und Holzberger, Friedrichshafen, gewählt.

Die sehr aufschlußreiche und harmonisch verlaufene Tagung konnte nach 6 stündiger Beratungsdauer und nach Erledigung aller Punkte der Tagesordnung von dem Vorsitzenden mit dem Dank an die Mitarbeit der Delegierten geschlossen werden.

Gesetz Nr. 22 zur Überwachung von Stoffen, Einrichtungen und Ausrüstungen auf dem Gebiete der Atomenergie

Das Wirtschaftsministerium Land Württemberg-Hohenzollern gibt mit Erlaß vom 15. Mai 1950 bekannt:

„Die Alliierte Hohe Kommission hat das Gesetz Nr. 22 zur Überwachung von Stoffen, Einrichtungen und Ausrüstungen auf dem Gebiet der Atomenergie mit Wirkung vom 15. März 1950 in Kraft gesetzt (Amtsblatt der Alliierten Hohen Kommission für Deutschland, Nr. 12 vom 7. März 1950, zu beziehen durch die Verkaufsstelle des Amtsblattes in Baden-Baden, Lichtentalerstr. 65). Sie gibt in einer Mitteilung zu dem Gesetz bekannt, daß es sich dabei nicht um neue Beschränkungen der deutschen Wirtschaft handle, sondern um die Durchführung des Artikels 4 des Washingtoner Abkommens vom 8. April 1948 über verbotene und beschränkte Industriezweige in Deutschland. Das Gesetz verbietet die Betätigung auf dem Gebiet der Atomenergie, gibt jedoch allgemeine Ermächtigungen für Forschungs-, Bildungs- und medizinische Institute unter Einhaltung bestimmter Meldevorschriften und stellt auch für alle übrige Tätigkeit der Industrie und des Handels auf diesem Gebiet zusätzliche Genehmigungen in Aussicht.

Nach Artikel 1 ist ab 1. April 1950 die Erzeugung von Deuterium-Gas und von metallischem Beryllium, Thorium und Uran, sowie der Bau von Einrichtungen, die der Erzeugung dieser Stoffe dienen oder dienen können, verboten. Dergleichen ist nach Art. 2 des Gesetzes die Gewinnung, die Erzeugung, die Verarbeitung, die Lagerung, der Bau, der Aufbau, der Kauf, die Beschaffung, der Besitz, die Verwendung und die Ein- und Ausfuhr einer Reihe von Roh- und Hilfsstoffen, die Uran, Thorium, Beryllium und reinen Graphit (hergestellt aus Petroleumkoks) enthalten, sowie von schwerem Wasser, schwerem Paraffin, seltener Erden, natürlicher und künstlicher radioaktiver Stoffe und von thoriertem Wolframdraht grundsätzlich verboten. Unter diese „verbotenen Gegenstände“ fällt aber auch eine große Anzahl von Maschineneinrichtungen, Verfahren, Nachweis- und Prüfgeräten, die für die Herstellung, Verarbeitung und Verwendung dieser Stoffe gebraucht werden, wie z. B. Cyclotrone, Elektrokernmaschinen von mehr als 1 Million Elektrovolt, Geigerzählrohre, Massenspektrographen, Röntengeräte über 150 000 Volt, Ionisationskammern, Elektrometer und Elektroskope (mit Ausnahme von Metallplatten-Elektroskopen), Mikro-Amperemeter u. a. m.

Die Ausnahmen und besonderen Ermächtigungen zur Gewinnung, Herstellung, Verwendung, Lagerung, Kauf und Verkauf der „verbotenen Gegenstände“ sind in den Artikeln 3—5

erläutert, während im Artikel 6 des Gesetzes das Verfahren für die Einreichung und Behandlung der Anträge festgelegt ist.

Forschungsinstitute, Lehranstalten und medizinische Anstalten, sowie Industrie- und Handelsbetriebe, die „verbotene“ Stoffe, Einrichtungen und Geräte gewinnen, erzeugen, besitzen, verwenden, lagern oder vertreiben, müssen alsbald entsprechende Anträge an die nachstehend aufgeführten Dienststellen zur Weiterleitung an das Sicherheitsamt der Hohen Kommission einreichen. Besitzer von Leihgaben der Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft sind, soweit diese Leihgaben unter den Begriff „verbotene Gegenstände“ fallen, ebenfalls melde- bzw. antragspflichtig. Es wird den betroffenen Betrieben und Instituten empfohlen, zur näheren Unterrichtung sich einen Abdruck des Gesetzes Nr. 22 zu beschaffen und sich in Zweifelsfällen an die genannten Dienststellen zur Beratung zu wenden:

Gewerbliche Betriebe aller Art, Forschungsstellen und alle übrigen vom Gesetz betroffenen Betriebe und Personen an die Forschungsüberwachungsstelle des Wirtschaftsministeriums, Tübingen, Gartenstr. 51,

Lehranstalten, die keine Forschung betreiben, an das Kultusministerium in Tübingen, Nauklerstraße 47,

Krankenhäuser, medizinische Einrichtungen und Anstalten, Ärzte und andere im Heilwesen tätige Personen, an das Innenministerium, Abt. X (Gesundheitswesen), Tübingen, Mohlstraße 18.

Nachruf

für Herrn Dr. von Hertlein, leitender Arzt
der Inneren Abtlg. des Schwenninger Krankenhauses

Ein Arzt, will er Erfolg im Beruf haben, muß in hohem Maße eine ganze Fülle wertvoller Eigenschaften besitzen, die erst in der Summe seine Persönlichkeit so suggestiv und stark machen, daß er in der Lage ist, den Kranken, die sich an ihn um Heilung wenden, bei körperlichen und seelischen Leiden zu helfen. So vielschichtig wie die charakterliche Struktur der Menschen ist, so verschiedenartig bilden sich auch die einzelnen Ärzte zu Persönlichkeiten. Langjährige ärztliche Tätigkeit formt aber fast jeden Arzt zu seinem eigenen Original.

Am 16. Juni 1950 starb 62 Jahre alt, Herr Dr. von Hertlein an einer Embolie, 16 Tage nach einer Operation.

Bei diesem letzten Gedenken an Herrn Dr. v. Hertlein-Schwenninger tritt noch einmal die vornehme Persönlichkeit dieses lieben Kollegen in unseren geistigen Gesichtskreis. An allem, was man unwiederbringlich verloren hat, hängt man besonders, weil man den Wert des Besitzes so oft erst nach dem Verlust erkennt. So geht es vielen Patienten, die von diesem Arzt gesundheitlich betreut wurden, und so geht es uns Ärzten, die einen so stillen, aber mit tiefstem Innenleben und echter Religiosität ausgestatteten Kollegen, einen Arzt von so versöhnlich und harmonisch wirkender Erscheinung nicht mehr in ihrem Kreise haben.

Er war ein Ästhet und liebte das Genießen, jedoch nur in den Gefilden des Schönen und Kultivierten. Wo Häßliches und Unwertes sich an ihn drängte, zog er sich solchen Mißklängen im Leben gegenüber, mimosenhaft empfindlich, unwiderruflich zurück.

Die in seiner ganzen Art verwurzelte Güte und Liebe zu kranken Menschen strahlte in einer Höflichkeit der äußeren

Form auf alle zurück, die das Glück gehabt haben, mit ihm in näheren Kontakt zu kommen.

Sein Leben war im Grunde genommen freudenarm. Die Pflicht mußte ihm oft die Freude ersetzen, und die wissenschaftliche Weiterbildung gab dem rastlosen Antrieb und Ehrgeiz, ganz in seinem Berufe aufzugehen. Diese Arbeit im Berufe gab ihm, nachdem es in den letzten Jahren seines Lebens recht einsam um ihn geworden war, den Gleichmut und die Befriedigung, die erfüllte Pflicht stets gibt.

Wie alle tüchtigen Ärzte war er von einer rührenden Bescheidenheit und drängte sich nicht zur Spitze der Dinge vor, ohne sich jedoch zu versagen, wenn man seiner bedurfte.

Ein feinsinniger Humor, der aus warmem Herzen kam und mit klugem Verstand geformt war, hatte die ganz besondere „Hertleinsche“ Note und gab Freude all denen, denen er sich erschloß. Was Wunder, wenn eine so ausgeglichene und ausgeglichene Persönlichkeit trotz seiner Anspruchslosigkeit in den Kreisen der Ärzte hoch geachtet war. Mit sicherem Instinkt erkannte auch der Kranke in ihm den Arzt, der ihm helfen wollte, der sich seiner mit mehr als merkantilem Interesse widmete.

Vielen hat er geholfen, doch sich selbst konnte er nicht helfen! So herrlich es in gesunden Tagen ist, als Arzt den Kampf mit Krankheit und Tod siegreich zu bestehen und den Kranken Gesundheit und Leistungskraft wiederzugeben, so bitter und hart sind Krankheitstage für den Arzt selber. Das Wissen um die Gefahren, die Zweifel an der eigenen Widerstandskraft, der klare Blick in die möglichen Abläufe einer Erkrankung und die ewige Sorge vor Invalidität und Siechtum machen Krankheitstage dem Arzt zu quälender Last, mag er auch in noch so guten ärztlichen Händen sein.

Schon schien bei Herrn Dr. v. Hertlein diese depressive Phase überwunden und die Zuversicht und Hoffnung des Genesenden zerstreuten seine Besorgnisse, da griff der Tod jäh und mit harter Hand nach ihm und zerbrach das Leben, für das otium cum dignitate beginnen sollte.

Wenn auch ein schweres Geschick von ihm verlangte, zu früh und als Letzter seines Geschlechtes von ihnen zu gehen, so hinterläßt er doch eine Lücke — nicht bloß bei uns Ärzten. Das vorbildlich kollegiale Verhältnis, das ihn mit seinen Schwenninger Ärzten verband, läßt gerade dort die tiefste und aufrichtigste Trauer zum Ausdruck kommen. Der Internist Dr. v. Hertlein, der mehr als 18 Jahre mit größtem Verständnis und aufgeschlossener Bereitwilligkeit den praktischen Ärzten Schwenningers an der Hand war, kann nicht vergessen werden. Der liebe Kollege von Hertlein, der im ärztl. Kreisverein Rottweil wegen seiner friedlich fröhlichen Art und seines Interesses für unsere Berufsbelange so sehr beliebt war, hat sich eine dankbare Anerkennung bei allen Mitgliedern des ärztl. Kreisvereins Rottweil erworben. Der Arzt von Hertlein, der ein Leben erfüllter ärztlicher Tätigkeit vorbildlich gelebt hat und so zur Mehrzahl des Ansehens unseres Standes sein gut Teil beitrug, hat auch die Wertschätzung und hohe Achtung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in Tübingen genossen. Der gütige Mensch von Hertlein aber, der hilfsbereite, in seinem Leiden so tapfere, charakterlich so sympathische Ehrenmann hat sich in den Herzen all seiner Freunde, all seiner Kranken und seiner Kollegen so unvergleichlich tief verankert, daß der Tod ihm das dauerhafte Gedenken nicht streitig machen wird.

Ärztlicher Kreisverein Rottweil

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Professor Dr. Karl Kissling, 75 Jahre alt

In Donaueschingen geboren und in Karlsruhe aufgewachsen, kam Kissling nach dem Studium an süddeutschen Universitäten mit Abschluß in Tübingen und nach 1/2-jähriger Tätigkeit bei Krafft-Ebing in Wien Ende 1900 nach Hamburg ans Eppendorfer Krankenhaus und erfuhr hier seine ärztliche und wohl auch seine endgültige persönliche Prägung. Was ihn anzog und festhielt, war die weltweite Atmosphäre Hamburgs vor dem ersten Weltkrieg und die besondere Eigenart Eppendorfs mit seinen fast unbegrenzten Möglichkeiten zum Sehen

und Lernen, seiner Großzügigkeit und seinem unvergleichlichen Kameradschaftsgeist. Bei seinem hervorragenden Lehrer Lenhartz lernte er zwei Dinge, die äußerst intensive und gewissenhafte Beschäftigung mit der inneren Medizin, aber ohne fachinternistische Scheuklappen, und die Organisation und Verwaltung eines großen Krankenhauswesens. Eine vorausgegangene Beschäftigung mit der pathologischen Anatomie unter Eugen Fraenkel hatte ihm die Grundlage für die klinische Tätigkeit gegeben. Eine spätere Assistenzarztzeit unter Kümmel erweiterte den Gesichtskreis. Die Gegenstände,

die ihn sein Leben lang besonders interessierten, ergriffen ihn schon damals, es waren die Infektionskrankheiten, die Sepsis, die Lungengrangrön, die Blutkrankheiten, das Magenculcus, Ernährungsfragen sowie Diphtherieprobleme. Als er 1914 ins Feld ging, war er leitender Arzt einer großen inneren Abteilung Eppendorfs. Im Kriege war er bei einer Sanitäts-Kompanie, später in Feldlazaretten und ein sehr geschätzter Beratender. Ende 1918 traf ihn der Ruf nach Mannheim, um Volhards Nachfolge anzutreten. Die Trennung von Hamburg fiel ihm schwer, er ließ dort nicht nur seine fruchtbare Tätigkeit am Krankenhaus, sondern auch eine ausgezeichnete Privatpraxis, die er bezeichnenderweise als praktischer Arzt ausgeführt hatte, zurück. Aber ihn lockte die alte Heimat und die Aufgabe, denn es galt das von Volhard entworfene, während des Krieges im Rohbau steckengebliebene Krankenhaus zu vollenden und zu organisieren. 1923 wurde das schöne Haus fertig, und nun konnte er so recht seine Fähigkeiten entfalten. Außer der musterhaften Leitung einer großen inneren Abteilung und seiner Tätigkeit als ärztlicher Direktor der ganzen Anstalt lag ihm die Erziehung seiner Assistenten zu tüchtigen Ärzten gemäß der Eppendorfer Tradition besonders am Herzen. Eine große Reihe von Krankenhaus- und Abteilungsleitern, von Fachärzten und, worauf es ihm vielleicht noch mehr ankam, von gut ausgebildeten Praktikern gingen aus seiner Schule hervor. Daneben beschäftigte er sich eingehend mit der ärztl. Fortbildung auf sehr besuchten wissenschaftlichen Abenden und Kursen. Von 1929 ab las er in Heidelberg als ordentlicher Honorarprofessor über septische Erkrankungen und Blutkrankheiten. Die Forschung kam neben dieser praktischen Tätigkeit nicht zu kurz. Immer wieder waren es besonders klinisch-bakteriologische Probleme, die ihn beschäftigten. Er ist wohl der beste Kenner der Lungengangrön und ihrer Erreger und hat eine ungewöhnlich große Zahl solcher Kranker selbst operiert. Die Eleganz seiner Operationen und die Sicherheit, mit der er jedesmal den Herd fand, war verblüffend. Schließlich hatte er noch eine umfangreiche Privatpraxis und war auch ein sehr geschätzter Konsiliarius, bei seiner großen ärztlichen Erfahrung, seinem feinen Einfühlungsver-

mögen und seiner chevaleresken Art nicht verwunderlich. Auf dem Internistenkongreß in Wiesbaden, dessen Ausschuß er auch angehört hat, war er einer der regelmäÙigsten und interessiertesten Teilnehmer. Bei seinen Referaten, so über die Sepsis nach Angina, die Focalinfektion u. a. mehr, hatte er immer das Ohr der Versammlung. Er übte stets gesunde Kritik, machte nicht jede Mode mit, betrieb aber das, was er als gut und richtig erkannte, mit Konsequenz. Er hat in Mannheim, in harmonischster Ehe verheiratet, an Kunst und froher Geselligkeit lebhaft teilnehmend, äußerst glückliche Jahre verlebt. 1940 ließ er sich nach Erreichung der Altersgrenze pensionieren und zog nach Wiesbaden. Aber mit dem Otium cum dignitate war es nichts, denn man konnte seinen Rat im Kriege nicht entbehren. So wurde er schon sehr bald als beratender Internist des Wehrkreises XII berufen und hat in zahlreichen Lazaretten dieses Kreises mit seiner ungemein großen Erfahrung Hervorragendes geleistet. Im Februar 1945 wurde er ausgebombt, verlor sein schönes Heim und kam verwundet nach allerlei Irrfahrten zuletzt nach Bühlerhöhe, wo er in Kriegsgefangenschaft geriet. Nach Abschluß der Kampfhandlungen zog er nach Bühlertal und nahm hier sogleich eine große Landpraxis auf. Der Mann, der die komplizierte technische Apparatur des großen Krankenhauses gewohnt war und beherrschte, ohne sich freilich von ihr beherrschen zu lassen, hat hier mit den allereinfachsten Mitteln höchst erfolgreich gewirkt und gezeigt, wie weitgehend der wahre Arzt unabhängig von diesen technischen Dingen ist. Nach über einem Jahr mußte er diese Praxis, die ihm tiefe Befriedigung gewährte, aus äußeren Gründen niederlegen.

Was er uns, seinen Schülern und Freunden war und ist, wollen wir ihm lieber mündlich sagen.

Dr. Weis - Kaiserslautern.

Die Toten des letzten Monats

Dr. med. Römer, Richard, Mannheim, gest. 6. Juni 1950.
Dr. med. Scheder, Karl Heinz, Mannheim, gestorben 12. Juni 1950.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:
Praktischer Arzt in Altschweier bei Bühl/Baden;
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
in Hausach/Kinzigtal;
Facharzt für Augenkrankheiten in Oberkirch
bei Offenburg.

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens bis zum 10. August 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

80. Geburtstag

Am 7. Juli 1950 vollendete Herr Dr. Hermann Zander, Freiburg-Littenweiler, Keltenstr. 1, sein 80. Lebensjahr. Wir sprechen dem Jubilar unsere herzlichsten Glückwünsche aus. Dabei gedenken wir dankbar nicht nur seiner langjährigen Tätigkeit als prakt. Arzt in Freiburg, sondern auch seiner früheren regen Mitarbeit in der ärztlichen Organisation.

Bezirksärztekammer Freiburg

50jähriges Arztjubiläum

Im Juli 1950 sind 50 Jahre verflossen, seit Herr Dr. Friedrich Schenck, prakt. Arzt in Emmendingen, seine Approbation als Arzt erhalten hat. Herr Dr. Schenck hat sich im Jahre 1902 zur Ausübung einer Allgemeinpraxis niedergelassen. Er hat in jahrzehntelanger unermüdlicher Arbeit seinen Beruf ausgeübt und sich als angesehener Arzt in dieser langen Zeit einen großen Kreis von Patienten und Freunden erworben.

In den Jahren nach dem 1. Weltkrieg war Herr Dr. Schenck als 2. Vorsitzender des damaligen Ärztevereins des unteren Breisgates tätig.

Wir gratulieren dem Kollegen herzlich.

Bezirksärztekammer Freiburg

50jähriges Berufsjubiläum

In diesem Jahr kann Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schilling, Facharzt für HNO, Freiburg i. Br., auf eine 50jährige ärztliche Tätigkeit zurückblicken, die gleich reich war an ärztlichen wie wissenschaftlichen Erfolgen und Ergebnissen.

Eine Aufforderung zur Habilitation in seinem Spezialfach durch Hinsberg in Breslau lehnte er 1904 aus Anhänglichkeit an seine Schwarzwaldheimat ab.

In Freiburg fand er seit 1905 als Facharzt ein reiches Arbeitsfeld. Das St. Josefskrankenhaus ermöglichte ihm schon zeitig eine operative Tätigkeit, während seine wissenschaft-

liche Arbeit sich immer mehr der Phoniatrie zuwandte, für die er sich 1922 habilitierte.

Eine Berufung nach Berlin als Nachfolger Gutzmann's an die Abteilung für Sprach- und Stimmstörungen an der Charité lehnte er ab.

1925 erhielt er mit dem Lehrauftrag für sein Forschungsgebiet den Professortitel.

Die von ihm seit 1919 geleitete Phonetische Abteilung an der Hals-Nasen-Ohrenklinik in Freiburg entwickelte sich immer mehr zu einer vielbesuchten Poliklinik.

Er war Mitarbeiter am Kehler'schen Handbuch und machte sich durch seine zahlreichen Publikationen einen Namen von anerkanntem Ruf im In- und Ausland.

Die Entwicklung des Tastenisochrons ist die bekannteste seiner zahlreichen technischen Erfindungen.

Dem unermüdlichen und selbstlosen, erfolgreichen Arzt, dem lebenswürdigen und so bescheidenen Menschen, der durch das Opfer zweier Söhne schwer getroffen wurde, wünschen wir weitere segensreiche Tätigkeit für seine Kranken und seine Wissenschaft. Bezirksärztekammer Freiburg

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

21. — 25. Woche 1950

(21. Mai 1950 — 24. Juni 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mißbrand	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibtyphus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnhirnentzündung	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis
Nord-Württemberg	21.	N T	1	21	120 2	79 9	14 1	49 1		2	60	45	4 1	5	18		1	3		1		9					7 1		
	22.	N T		27 1	112 2	55 2	15 2	31			40	19	2 1	3		3		4	2			1 1	14			6			
	23.	N T		26	96	67	14	37			91	35	2 1	3	1	1	1	3	1		1		11		3	5			
	24.	N T		25	98	83	14	28			1	49	27	4 1	1			2	1				7		1	1			
	25.	N T		15	104	74	16	28			2	75	36		4		1				1		18						
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	21.	N T		6	38	39 3	15 3	45			9	4				3		1			5	37							
	22.	N T		7	25	17 1	4 1	17			7	4				3						5		1					
	23.	N T		7	25	16 6		15			1	6	7	2	1	4			1			6		1					
	24.	N T		8	20	16 5	6 1	72			1	8	7	1	1							5	23						
	25.	N T		11	28	26 8	11	91	1	4	7	6	1	1								19							
Nord-Baden	21.	N T		26	48	56 4	16	44			56	29	2	4	1	1		3	4				1			51			
	22.	N T		8	34	48 9	15	49			33	23		2	1	2	1	1	7	2						23			
	23.	N T		10	24	41 5	2	69	1	1	68	17	2	2		3		5	4	1						37			
	24.	N T		10	49	61 8	9 2	98	1	2	53	32		3	1	5		14	2	2						3			
	25.	N T		12	35	58 8	10	69	1	1	42	29		6	2	1	1	3	5			29			1				
Land Baden	21.	N T		12	17	32 13	7 3	83			18	14			3							14				2			
	22.	N T		9	13	19 5	13 2	46	1	1	16	8		2	3			4				7	1			1			
	23.	N T		9	17	24 1	12 1	25	1		20	16		3	1			15				15				1			
	24.	N T		10	8	34 8	14 1	65		1	23	13	1	4				5				30				15			
	25.	N T		6	17	30 5	11	113			22	14		5	1			3		1		35				78			

Diesem Heft ist ein Prospekt der Firma Adolf Klinge, München, über „Ovibion“ beigelegt.

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 Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 8. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe Juli 1950