

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

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

8 (1.8.1950)

# 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. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 8

STUTTGART, AUGUST 1950

5. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Schnütgen:	Homöopathie im Rahmen der Gesamttherapie . . . . .	155
Prof. Dr. Dennig:	Über die Spritzenhepatitis (homologe Serumhepatitis) . . .	158
Dr. Langbein:	Der derzeitige Stand der ärztlichen Versorgungsfrage in Württemberg-Hohenzollern . . . . .	161
	Beitragserhöhung in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung . . . . .	163
	Buchbesprechungen . . . . .	165
	Bekanntmachungen . . . . .	168
	Ärzttekammer Nord-Württemberg E. V. . . . .	170
	Ärzttekammer Württemberg-Hohenzollern . . . . .	173
	Landesärztekammer Baden . . . . .	174
	Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	175
	Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 26.—29. Woche 1950 . . . . .	176
	Geschäftliche Mitteilungen . . . . .	176

## Homöopathie im Rahmen der Gesamttherapie<sup>1</sup>

Von Dr. med. Schnütgen, Münster (Westf.)

1. Vorsitzender des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte

Es gibt ein altes Sprichwort: „Gut Ding will Weile haben!“ So ganz paßt der Spruch in die heutige Zeit der Hetze, der sich überstürzenden Ansichten und Ideen und Entdeckungen nicht mehr. Manches bleibt, vieles verschwindet wieder.

Anders ist es mit der Homöopathie!

150 Jahre lang ist ihre Idee dieselbe geblieben und hat sich bewährt. Aber nur wenigen unter den tausenden von Ärzten hat sie zur Richtschnur ihres Handelns gedient, bis sie heute so allmählich, langsam sich die Anerkennung auch solcher Kreise erringt, die in früheren Jahren ihr so oft feindlich und übelwollend gegenüberstanden.

Es ist interessant, einmal Rückschau zu halten, in welchem Ansehen die Homöopathie und ihre Vertreter damals in der Schulmedizin standen.

Da ich selbst diesen Wandel der Anschauungen und ihre Auswirkungen durch eigene Erfahrung in meiner mehr als 40jährigen Praxis erlebt habe, kann ich Vergangenheit und Gegenwart wohl beurteilen.

Damals in meiner jüngsten Arztzeit, so kurz nach 1900, galt der homöopathische Arzt bei der größeren

Mehrzahl der Ärzte als Kurpfuscher, ja, schlimmer als ein solcher, da er ärztliche Vorbildung genossen hatte. Es war dies die Stellung, welche die Ärzteschaft schon seit 100 Jahren und länger einnahm.

Von ärztlichen und kollegialen Vereinen wurde er ausgeschlossen; jedem standestreuen Arzt war es vom Verein streng untersagt, mit einem homöopathischen Arzt zu konsultieren, ja selbst gesellschaftlich mit ihm zu verkehren.

Sie erinnern sich sicher des öffentlich an alle Ärztevereine und Universitäten gesandten Beschlusses des Ärztevereins in Stettin: alle homöopathischen Ärzte zu boykottieren. Das war noch im Jahre 1908!

Tempora mutantur! Heute ist es doch etwas anders. Zwar eine Anzahl älterer Ärzte steht noch auf demselben Standpunkt wie damals. Im übrigen aber ist die heutige Generation aufgeschlossener; Anerkennung findet man viel häufiger als früher.

Man sucht den Kern der Homöopathie kennenzulernen und versucht ihn zu verstehen; die Erfolge der homöopathischen Therapie haben viel dazu beigetragen.

Viele Hindernisse, die den damaligen wissenschaftlichen Anschauungen scheinbar widersprachen, sind beseitigt. Es wird die Zeit sicher kommen, wo die Homöo-

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag, gehalten am 19. Mai 1950 auf der Stuttgarter Tagung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte.

pathie ein anerkanntes Glied der Gesamtmedizin sein wird und muß, wie auch alle biologischen Heilarten.

In dem Wechsel medizinischer Anschauung und Therapie ist die Homöopathie stets dieselbe geblieben. Wenn auch die Erklärungen ihrer Erfolge den neueren Erkenntnissen entsprechend sich geändert haben, so hat sich aber nicht die Tatsache ihrer Erfolge gewandelt. Diese Tatsachen stehen heute so wie damals, und heute kann ich mit denselben Mitteln dieselben Erfolge demonstrieren, wie zu Hahnemanns und seiner Nachfolger Zeiten.

Das Streben durch Heilmittel den Kranken Linderung und Heilung zu bringen, ist das allgemeine Streben der ganzen Medizin. Nur die Wege dahin sind verschieden.

Unser homöopathischer Weg ist Ihnen allen bekannt. Der Weg, den die Allgemeinmedizin geht, ist ein anderer. Wir dürfen aber nicht dazu kommen, rein einseitig uns selbst für die Besten und einzig Wahren zu halten; das wäre wieder dogmatisch und genau dasselbe, was wir der Gegenseite vorwerfen.

Die großen Entdeckungen in der Naturwissenschaft von Mitte vorigen Jahrhunderts an haben zu gewaltigem Ausbau der Physik und der Chemie geführt und haben gültige Gesetze aufgestellt, die überall anwendbar sind. Und diese Gesetze gelten auch für den Betrieb im menschlichen Organismus. Sie sind der Leitfaden für die Bestrebungen der Medizin, ihre Therapie diesen Gesetzen entsprechend einzurichten. Das allein aber ist ein mechanistisches Denken und Handeln; denn über das Chemisch-physikalische hinaus besteht beim Menschen noch immer etwas Irrationales, das heute noch nicht faßbar ist. Es ist das Geheimnis des Lebens. Ein lebendes Wesen ist nicht nur Reagenzglas und Petrischale.

Seit Beginn der bakteriologischen Ära wandte man innerlich und äußerlich Antiseptika an, in dem Bestreben, die krankmachenden Bakterien im menschlichen Organismus zu vernichten, oft zum Schaden des Patienten. Auch hier das mechanisch ausgerichtete Denken. Und doch hat dieses Streben in weiten Versuchen und Forschungen zu unleugbaren Erfolgen geführt. Ich erinnere nur an die Entdeckungen von Salvarsan, Atebrin, Germanin, Plasmochin, Sulfonamiden, Penicillin etc.

Diese Bestrebungen kann man Anti- oder Allopathie nennen. Zu der allo- oder antipathischen Behandlung gehören auch jene Mittel, welche krampflösend, schmerzlindernd und betäubend wirken. Diese Mittel sind notwendig auch in der Hand des homöopathischen Arztes. Oder wer von Ihnen möchte die Ephedrinpräparate oder ähnliche im akuten Asthmaanfall, das Atropin und die Morphin-Opiumpräparate in Kolikanfällen, die lindernden Kopfschmerzmittel im akuten Kopfschmerz oder Migräneanfall, die Anästhetika, das Kokain und seine Derivate missen?

Freilich führen diese Mittel nicht zu einer definitiven Heilung. Ist erst der akute Anfall überwunden, dann beginnt für den Arzt das Heilen der Grunderkrankung, und das geschieht nach dem Prinzip des Homoion bei uns.

Die Idee des Contrarium hat seit Jahrhunderten, ja seit Jahrtausenden in der Therapie geherrscht. Es ist ja auch das primitive und natürliche Denken, das Gegensätzliche zu benutzen, um einen Erfolg zu erzielen.

Auch heute noch herrschen in der Allgemeinmedizin die Begriffe: von Antihydrotica-Antineuralgica-Antipyretica-Antispasmodica-Antiseptica.

Der Gedanke des Homoion, unser Gedanke mit „Ähnlichem“ zu heilen, erforderte schon tieferes Eindringen und Erforschen in das Verhältnis zwischen Krankheit und Heilmittel. Nur vereinzelt, bei den ganz großen Geistern der Medizin kann man es finden.

In der Tat besteht ein Gegensatz zwischen beiden, und doch sind beide notwendig und im gegebenen Fall anwendbar.

Das tut auch die Schulmedizin und hierin begeht sie eine Homöopathia involuntaria. Sie benutzt — um nur einige Mittel zu nennen — Ipecacuanha, Tart. stib., Jodkali, Carbo veget., Belladonna und Mercurpräparate usw. Freilich nach unseren Begriffen ist ihre Anwendung eine homöopathische nur in groben Umrissen ohne feinere Differenzierung.

Wir stoßen hier auf Berührungspunkte in der Therapie, die den unsrigen gleich sind. Es gibt aber auch noch weitere Behandlungsarten, denen das Prinzip der Homöopathie (Ähnlichkeit) zugrunde liegt.

Die Eisblase der alten Zeit ist fast verschwunden, die feuchten Umschläge sind gang und gäbe geworden; jene sollte die Entzündung hemmen und stoppen (Antipathie), diese werden durch die leichte Steigerung der Blutzufuhr — zweite Phase in der Wirkung des Umschlags — die Entzündung steigern und somit heilend wirken (Homöopathie).

Hierhin gehört auch die Anwendung von Einreibungen, Stauungsbinden, Heizkissen, Diathermie, der Strahlenbehandlung von der einfachen Höhensonne angefangen bis zu den Radium- und Röntgenstrahlen, wenn sie die Zellreaktion unterstützen. Sie alle erzeugen Hyperämie und steigern dadurch die schon vorher vorhandene reaktive Entzündung des Organs gegen seine Erkrankung. Denn der homöopathische Gedanke beschränkt sich nicht auf die Arzneireize allein, er ist auch gegeben in allen Maßnahmen, welche „mitsinnig“ wirken.

Die homöopathisch-arzneiliche Therapie freilich ist viel feiner. Sie will nicht durch allgemeine Maßnahmen Reiztherapie treiben, sondern eine spezifische Organtherapie. Sie will durch Arzneimittel, welche besondere, oft eigentümliche Beziehungen auf die Funktionen eines Organs haben, dieses im Sinne der Heilwirkung beeinflussen.

Die Wege also, welche die ärztliche Wissenschaft in ihrer Therapie beschreitet, sind andere als unsere. Ihr Streben ist berechtigt, genau wie unseres auch. Von unserem Standpunkt aus möchte ich aber auf Nachteile hinweisen, die in der Therapie der Allgemeinmedizin liegen.

Der größte ist die Behandlung der Krankheit und nicht des Kranken, die Nichtbeachtung der persönlichen Individualität und der Leib-Seeleinheit. Die Erkenntnis der letzteren setzt sich allmählich durch; sie wird sich durchsetzen müssen. Sie alle kennen jene psychisch nervösen Kranken, die jahrelang von der Klinik zum Krankenhaus zogen. Was haben sie alles über sich ergehen lassen müssen! Jedes Jahr fast eine neue Operation oder eine neue moderne Spritzkur! Eine Folge der rein materiellen Auffassung des kranken Geschehens ohne der Psyche zu gedenken.

Das Fach in der Medizin, welches noch am wenigsten auf die Individualität zu achten braucht und am meisten den Gesetzen der Mechanik unterworfen ist, ist die Chirurgie. Sie ist notwendig! Ohne sie ist eine Heilkunst unvollständig. Ihre Entwicklung hat zu großen

Triumphen geführt. Die Erfolge, auf welche die Chirurgie hinweisen kann, verführen aber zu leicht zu ihrer Anwendung, wo es oft nicht notwendig ist.

Ich weiß nicht, wie es Ihnen in der Praxis geht. Mir ist es jedenfalls aufgefallen, daß Erkrankungen, die durch innere Medikamente zu heilen sind, schon gleich dem Chirurgen überwiesen werden. Ich erwähne nur Struma, Hyperthyreoidismus, Cholecystopathie, Drüsenerkrankungen, Unterleibsleiden der Frauen etc.

Es liegt ein Mangel an Kenntnissen in der inneren Therapie vor. Wir stecken allerdings auch die Grenzen der inneren Therapie viel weiter als die anderen.

Der Chirurg beseitigt alle mechanischen Störungen, Geschwülste, umschriebene Lokalherde etc.; aber durch eine Operation wird meistens das Endresultat einer Erkrankung beseitigt. Der Grund und Boden, auf dem die Erkrankung entstanden ist, wird nicht durch die Operation geändert.

Hier will dann die Homöopathie einsetzen, um Recidive zu verhüten und die Krankheitsanlage zu beseitigen.

Auf noch einen Nachteil in der schulmedizinischen Arzneitherapie für die tägliche Praxis möchte ich hinweisen:

Die Indikationsstellung für ein Arzneimittel ist zu vage, nicht exakt genug, nicht individuell fest umrissen. Daher auch Unsicherheit in der Anwendung, das Versagen und die häufigen unerwünschten Nebenwirkungen. Darum auch das Bestreben, immer wieder nach neuen Mitteln zu suchen. So wurden im Laufe der Jahre Tausende von Mitteln auf den Markt geworfen, die immer etwas Besseres versprechen. Wer kennt noch die Namen von vor 20 Jahren vielgebrauchten und bekannten Mitteln! Waren sie nicht damals genau so in aller Hände, wie heute die neuesten?

Die pharmazeutischen Fabriken bestimmen heute die Therapie, nicht mehr der Arzt. Dutzende ihrer Broschüren fliegen dem Arzt täglich ins Haus mit Versprechungen, die sich nicht erfüllen. Das ist keine Wissenschaft mehr, das ist Geschäft. Von einem Tausend der angepriesenen Mittel, hält sich nicht ein Hundertstel.

Bei uns gibt es kein Tasten. Jedes Mittel hat seinen umschriebenen Wirkungskreis, in dem es nicht versagt. Unerwünschte Nebenwirkungen kennen wir dabei nicht.

Die Idee der direkten Bekämpfung der Bakterien und das Bestreben immer bessere Mittel zu erforschen, hat in den letzten Jahren aber auch zu vollem Erfolg geführt.

Ich denke hier an die modernen Chemotherapeutica und Antibiotica. Durch ihre Anwendung werden die Bakterien in ihrer Entwicklung und Toxinbildung gehemmt. Dadurch soll es der Reaktionskraft des Organismus leichter gelingen, mit ihnen fertig zu werden.

Diese großen dabei erzielten Erfolge erstrecken sich aber nur auf solche Erkrankungen, die durch Infektionserreger bedingt sind. Aber das Chemotherapeuticum und Antibioticum kann bei dafür disponierten Individuen auch unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen, die zunächst mal in Kauf genommen werden müssen, bis man die individuelle Empfindlichkeit des Kranken in Rechnung zieht.

Es überschreitet den Rahmen dieses kurzen Vortrags, auf weitere Einzelheiten, Unterschiede und Berührungspunkte zwischen Schulmedizin und Homöopathie einzugehen.

Die Hauptfrage ist: was können wir von der Allgemeinmedizin lernen und was können wir ihr bieten.

Alles was gut ist und mehr Erfolg verspricht, als unsere Therapie, sollten wir annehmen. Die homöopathische Therapie ist ja von Anfang an von ganz anderen Gesichtspunkten ausgegangen. Sie hat eine leitende Idee.

Wir gehen von der Idee aus, daß, wie stetige Erfahrung es lehrt, ein jeder Organismus, jedes Organ, sich krankmachendem Reiz gegenüber wehrt und versucht sich dieses Reizes zu entledigen und die Schädigung abzuwehren. Diese natürlichen Abwehrbestrebungen des Organismus wollen wir unterstützen. Wir bauen auf die Reaktionsfähigkeit des Körpers, soweit er noch regenerationstüchtig ist. Dabei achten wir auf die Eigenesetzlichkeit des menschlichen Organismus und als Folge dieser Beachtung auch auf das Individuelle des Einzelwesens.

Die Möglichkeit dazu gibt uns die Prüfung eines Mittels am Gesunden.

Uns ist stets Leib und Seele eins gewesen, und beide werden bei der Wahl des Arzneimittels in Betracht gezogen.

Den ganzen Menschen stellen wir in den Blickpunkt unserer Erwägung in seiner organotropen, personotropen und konstitutionellen Lage. Darum haben wir auch sichere Indikationen für den einzelnen Krankheitsfall.

Die Schulmedizin will in ihren Versuchen eine für alle Menschen gültige Therapie aufbauen; das ist aber nach unserer Meinung nicht immer möglich.

Die Erkenntnis, daß Leib und Seele eine Einheit sind, setzt sich allmählich durch, vor allem auf dem Gebiet der Neurose. Hierbei geht sie noch lediglich von der Psyche aus; sie wird aber nicht umhin können, umgekehrt auch bei organischen Erkrankungen die psychischen Alterationen des Kranken zu beachten.

Das ist der erste Schritt zur Individualbehandlung, die weiteren werden dann auch kommen müssen.

Unter Beachtung obengenannter Leitsätze haben wir ein großes Erfahrungsgut seit 150 Jahren gesammelt, das wir der Schulmedizin darbringen. Es müßte nur in großen Instituten und Krankenhäusern erprobt und fundiert werden. Auch die Erfahrung von der primären und sekundären Wirkung eines Mittels wird befruchtend wirken können.

Wir dürfen aber nicht in einen Fehler fallen: rein nach der Symptomatologie zu behandeln.

Schon Hahnemann erkannte, daß er mit der reinen Symptomatologie allein nicht alles heilen konnte. Daher kam er zu seiner Psoratheorie. Auch er war es, der sagte, daß man zunächst den Grund der Erkrankung wegnehmen müsse. Aber — so betonte er — das sei selten möglich.

Heute wissen wir, daß es doch viel öfter möglich ist, als Hahnemann annahm. Heute wissen wir von den verschiedenen krankmachenden Bakterien, von dem Fokalherd und der Fokaltotoxicose und ihren weiten Auswirkungen. Die Forderung Hahnemanns kann also heute durch die Antibiotica und Chemotherapeutica weitgehend erfüllt werden.

Zum Nutzen des Kranken könnte dann auch eine Synthese einsetzen zwischen Schulmedizin und Homöopathie! Auf der einen Seite die Bekämpfung der Causa,

auf der anderen Seite gleichzeitig das Bestreben und die Möglichkeit, die Abwehrkräfte des Organismus stärker zu mobilisieren. Es wäre eine glückliche Ergänzung!

Für uns gibt es eine Gewissensfrage: Wo ist die Grenze unseres Könnens?

Die Homöopathie kann nicht alles heilen und die Grenzen ihres Heilens sind aufgezeichnet. Wo keine Reaktionskraft des Organismus vorhanden ist, hört eine Heilwirkung auf. Eine exakte Diagnose kann uns zeigen, wo andere Heilarten mehr leisten als wir und wo wir die Homöopathie nicht anwenden sollen.

Grenzfälle gibt es immer, wo wir Erfolg haben können. Und doch bleibt der Homöopathie noch ein weites Feld der Betätigung übrig, wo sie mehr leistet als die Schulmedizin, nicht nur in Organ- und Funktionserkrankungen, sondern vor allem in der Konstitutionsbehandlung.

Noch ein kurzes Wort möchte ich über uns selbst sagen: Wir verlangen, daß andere unser therapeutisches Handeln anerkennen. Wir werden aber auch den Erfolg der anderen Seite anerkennen müssen. Wir müssen uns vor einem Dogmatismus hüten; und auch vor einem Dogmatismus in unseren eigenen Reihen.

Hier gibt es Unterschiede zwischen Hoch- und Tiefpotenzlern, zwischen der sog. naturwissenschaftlich-kritischen Richtung und den sog. Hahnemannianern.

Die Tiefpotenzen sind erklärbar nach dem Stand des heutigen Wissens und darum auch wohl nicht anfechtbar. Die Hochpotenz aber ist noch nicht erklärbar. Wenn mir ernste, nachdenkende Ärzte, die sonst Tiefpotenzler sind, mit Fällen, die der Kritik standhalten, aufwarten, wo immer nur eine D. 30 Reaktionen hervorruft, so nehme ich das als Skeptiker zunächst mal hin und warte ab, bis immer wiederholte Fälle das gleiche Resultat ergeben bei genügender kritischer Beurteilung. Nur nüchterne Tatsachen können hier sprechen, keine Spekulationen.

Unrecht wäre es, solche Beobachtungen lächelnd abtun zu wollen oder darüber zu spotten, weil ich es mir nicht erklären kann. Es gibt noch manches im Erdenraum, das ich nicht erklären kann, und doch ist es da.

Alle Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Forschung, alle Errungenschaften der modernen Medizin soll man sich zu eigen machen. Trotzdem braucht man nicht den Blick über das Ganze zu verlieren. Die naturwissenschaftliche Erkenntnis soll eine dem Ganzen dienende Magd sein. Sie darf nicht den Anspruch auf einzig und alleinige Wahrheit haben und Alleinherrscherin sein wollen.

Man schaue rückwärts vor 50—60 Jahren! Was damals als unmöglich und falsch hingestellt wurde, hat sich doch heute manchmal als möglich und richtig erwiesen.

Man schaue in die Zukunft! Was können uns da noch für Überraschungen bevorstehen in neuen Erkenntnissen!

Auch die Atomphysik rechnet mit Tatsachen, die nicht oder noch nicht erklärbar sind.

Ich las mal in einem Buch über Mikrophysik folgenden Satz: „Wir schreiten von Irrtum zu Irrtum und freuen uns, wenn der neue kleiner ist als der alte, und wir uns auf einem unendlich langen Weg allmählich der Wahrheit nähern. Ein Mißverstehen ist Forschung stets, bestenfalls ein geniales, nicht nur in den Geisteswissenschaften. Die Naturwissenschaft hat vielleicht den Vorteil, daß ihr Weg nicht allzusehr im Zickzack geht!“

Unfehlbar ist keiner von uns. Es gibt immer noch einen Schuß Irrationales beim Menschen zu beachten, das ich materiell nicht fassen kann.

Vor mehr als 40 Jahren hat Lieck die Ärzteschaft aufgerüttelt und den Unterschied zwischen Arzt und Mediziner herausgestellt.

Wir glauben in der genauen Beobachtung des Lebens und der Persönlichkeit das Arzttum zu verwirklichen, den Helfer in körperlicher und seelischer Not.

Wir glauben auch, daß auf der anderen Seite noch immer der Mediziner zuviel den Vorrang hat. Zum Arztsein gehört außer der medizinischen Wissenschaft, außer exakter Erkenntnis, auch Herz und psychisches Verständnis. Mit der Wissenschaft allein ist dem Kranken oft nicht gedient. Die Laboratoriumsdiagnose, so segensreich sie ist, verdrängt oft die Gesamtschau auf den Kranken, wie es die alten Ärzte hielten.

Unser aller Streben aber ist und heißt: Heilen! Es kann nicht heißen: Hie Homöopathie, hie Allopathie, jeder für sich, sondern in Anwendung beider Heilarten, je nach dem Krankheitsfalle nur, kann das Heil des Kranken liegen.

Beide, vielmehr alle Heilarten sollte der wahre Arzt kennen. Aber leider ist das bei dem großen Umfang des Spezialwissens auf allen Gebieten kaum möglich. Darum wird es immer Ärzte geben, die die eine oder andere Heilart bevorzugen. Und darin können sie dann Meister werden.

Weise ist der, der die Grenzen seines Könnens erkannt hat. Ein einseitiger Fanatiker, der die andere Meinung nicht gelten lassen will, ist immer im Unrecht. Und wer weise ist, ist duldsam, neigt sein Haupt vor dem Können des anderen.

Nur dadurch allein, ohne Voreingenommenheit, können wir alle Möglichkeiten der Gesamttherapie zum Nutzen unserer Kranken ausschöpfen.

## Über die Spritzenhepatitis (homologe Serumhepatitis)<sup>1</sup>

Von Professor Dr. med. H. Dennig

Chefarzt der Inneren Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses Stuttgart

Es gibt wohl kaum mehr einen Arzt in Deutschland, der nicht in den letzten Jahren in in- oder ausländischen Zeitschriften oder Referaten davon gelesen hätte, daß eine Form der Hepatitis durch ärztliche Eingriffe, insbesondere durch Spritzen, übertragen wird. Wenn man

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag in der Ärzteschaft Stuttgart am 14. Juni 1950.

sich aber mit Kollegen darüber unterhält, so hört man immer wieder, daß die Ärzte die Sache vielleicht für englische oder amerikanische Verhältnisse gelten lassen, im übrigen aber glauben, bei uns spiele das keine Rolle. Das ist ein gefährlicher Irrtum. Man glaubt nicht gerne, was unbequem ist. Aber nun ist es doch höchste Zeit, daß wir die Augen aufmachen.

Sie alle kennen das Krankheitsbild der Hepatitis epidemica. Sie beginnt meist mit einem uncharakteristischen Prodromalstadium, das — oft, aber nicht immer — mit Fieber, mit allgemeiner Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Ubelkeit und öfters auch mit Gelenkschmerzen einhergeht. Es dauert etwa 4 Tage; und wenn dann der Kranke gerade glaubt, jetzt über diese „Grippe“ oder den „Magenkatarrh“ hinweg zu sein, dann setzt nach einigen weiteren Tagen der Ikterus ein, der gewöhnlich 4—6 Wochen anhält. In den meisten Fällen heilt die Hepatitis dann gut aus. Öfters treten aber langdauernde Rückfälle auf, gelegentlich entwickelt sich eine Lebercirrhose. Nicht ganz selten verläuft die Krankheit unter dem Bild der akuten gelben Leberatrophie, die gewöhnlich zum Tode führt.

Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse wird die Hepatitis epidemica durch eine oder mehrere Virusarten hervorgerufen. Zweierlei Übertragungsarten sind möglich:

1. Das Virus wird mit dem Stuhl ausgeschieden und ähnlich wie der Typhusbazillus durch Schmierinfektion verbreitet; vielleicht ist auch Inhalation möglich. Die Inkubationszeit beträgt bei dieser Übertragungsart 2 bis 4 Wochen.

2. In den letzten Jahren häuften sich die Beobachtungen, daß eine Form von Hepatitis durch Blut übertragen wird. Zunächst glaubte man, daß übertragenes homologes Serum irgendwie ikterogen wirke und sprach von „Homologer Serum-Hepatitis“. Bald aber wurde es klar, daß nicht das Serum, sondern ein im Serum oder Blut enthaltenes Virus der Erreger der Hepatitis sein müsse. Dieses Virus wird dadurch übertragen, daß Blut von einem Menschen auf den anderen überimpft wird. Aber nicht nur durch große Bluttransfusionen wird das Virus übertragen; es ist auch in minimalen Blutresten enthalten, die an Spritzen, Impfinstrumenten oder Schnepfern, wie man sie zu Blutentnahmen benutzt, hängengeblieben sind. Von größter Bedeutung ist die Tatsache, daß das Virus, wenn es in solchen Blutresten liegt, weder durch Kochen noch durch Alkohol zerstört wird. Die Inkubationszeit dauert bei dieser Form der Übertragung 2—6 Monate, vielleicht auch noch länger. Die Gefahr der Übertragung durch Blut ist dadurch besonders groß, daß nicht nur Kranke mit manifester Gelbsucht das Virus beherbergen, sondern auch solche im Prodromalstadium vor Ausbruch des Ikterus und schließlich auch Menschen, die die Hepatitis in leichter Form ohne Gelbfärbung durchmachen. Man hat ausgerechnet, daß etwa 5—10% der Bevölkerung das Hepatitisvirus im Blut beherbergen.

Nachdem es klar geworden ist, daß nicht das Serum selbst der Erreger der Hepatitis ist, wird sich die Benennung homologe Serumhepatitis wohl kaum mehr halten. Ein besserer Name wäre Inokulationshepatitis oder die von Kalk vorgeschlagene Bezeichnung „hämato gene Hepatitis“. Da die Infektion hauptsächlich durch Spritzen hervorgerufen wird, ist vielleicht die Bezeichnung „Spritzenhepatitis“ zu empfehlen, zumal da sie gleich eine Warnung enthält. Erst die Zeit wird lehren, welcher Name sich durchsetzen wird.

Handelt es sich nun bei den beiden Formen von Hepatitis — der enteral erworbenen und der Spritzenhepatitis — um denselben Erreger, der nur deshalb zu Erkrankungen mit verschiedener Inkubationszeit führt, weil er anders übertragen wird? Oder sind es zwei ver-

schiedene Erreger? Die Frage ist noch nicht endgültig entschieden; nach den bisherigen Kenntnissen ist es wahrscheinlicher, daß zwei verschiedene Virusarten oder mindestens zwei verschiedene Stämme eines und desselben Virus vorliegen. Aus dem klinischen Verlauf lassen sich allerdings die beiden Formen von Hepatitis nicht unterscheiden. Alle genannten Symptome treten bei beiden Formen der Hepatitis auf. Auch die histologischen Leberpräparate gleichen einander völlig. Aber ein Unterschied besteht doch: die Spritzenhepatitis verläuft durchschnittlich länger und schwerer als die enteral erworbene Hepatitis. Die Annahme, daß es sich um zwei verschiedene Erreger oder Stämme handelt, wird besonders dadurch gestützt, daß eine vorausgehende enteral erworbene Hepatitis epidemica nicht gegen die Spritzenhepatitis immunisiert.

Gibt es nun außer diesen beiden infektiösen Hepatitisformen noch andere Fälle von Hepatitis, die nicht auf einer infektiösen, sondern etwa auf einer toxischen Genese beruhen? Sicherlich ja. Ich brauche nur daran zu erinnern, daß ein Ikterus nach Pilzvergiftung fast nur durch die Anamnese von den infektiösen Hepatitiden zu unterscheiden ist. Aber solche toxische Hepatitiden sind wahrscheinlich recht selten, sie werden durch die infektiösen weit überdeckt. Die Mehrzahl der Autoren steht heute wohl auf dem Standpunkt, daß der Ikterus simplex oder catarrhalis nicht alimentär-toxischer Art ist, sondern ganz oder mindestens größtenteils zu unseren Virushepatitiden gehört. Ebenso steht es mit dem Salvarsanikterus: er kann wohl toxischer Art sein, in den meisten Fällen liegt ihm aber die Virushepatitis zugrunde, die durch die Spritzen übertragen wird.

Die Züchtung und Darstellung des Hepatitisvirus bereitet bisher noch große Schwierigkeiten. Deswegen fehlen die endgültigen Beweise für die aetiologische Trennung der verschiedenen Arten von Hepatitis, die ja, wie gesagt, klinisch nicht zu unterscheiden sind. Aber die Indizien für die Ausbreitung der Spritzenhepatitis sind doch sehr stark. Zunächst liegen Experimente an freiwilligen Versuchspersonen vor, die die Übertragbarkeit der Hepatitis durch Blut (es genügen 0,01 ccm) und die lange Inkubationszeit sicherstellen. Weiterhin erfährt man bei genauer Befragung immer wieder, daß Hepatitis kranke im letzten halben Jahr vor Ausbruch ihres Ikterus eine Blutentnahme, eine Impfung, eine Einspritzung oder eine Operation durchgemacht haben. Damit Sie sehen, wie nahe uns selbst dieses Problem angeht, zeige ich Ihnen in der folgenden Tabelle eine Statistik aus unserem Karl-Olga-Krankenhaus. Sie wurde von einem Doctoranden, Herrn cand. med. Rösler, aufgestellt.

Fall	Zeit und Grund des parenteralen Eingriffs	Ikterus
1	28. Dez. 48 Abrasio uteri	März 49
2	Dez. 48 Blutentnahme zu Blutsenkung	April 49
3	Jan. 49 Injektionen wegen Grippe	Mai 49
4	Jan. 49 Blutzuckerbestimmung wegen Diabetes	Mai 49
5	Jan. 49 Traubenzuckerinjektionen	Mai 49
6	29. Dez. 48 Blutsenkung	Mai 49
7	Febr. 49 Blutzucker wegen Diabetes-Verdacht	Juni 49
8	Mai 49 Diabeteseinstellung, laufend Injektionen	Juni 49
9	das ganze Jahr laufend Blutsenkung	Juni 49

10	März 49	Blutsenkung, Blutbild	Juni 49
11	Jan.—März 49	Penicillin intramuskulär	Juni 49
12	21. Febr. 49	Tonsillektomie	Juni 49
13	März 49	Blutzucker wegen Diabetes	Juli 49
14	das ganze Jahr laufend	Injektionen (Insulin, Blutzucker)	Juli 49
15	Mai 49	Strophantininjektionen	Juli 49
16	Mai—Juni 49	12 Cortironinjektionen	Juli 49
17	Juni 49	Antilueticische Kur	Juli 49
18	März 49	24 Strophantininjektionen	Aug. 49
19	Mai 49	Injektionen	Aug. 49
20	April 49	Blutsenkung	Aug. 49
21	Mai 49	Blutsenkung	Aug. 49
22	März 49	Globucidinjektionen	Sept. 49
23	April 49	Injektionen wegen Pneumonie	Sept. 49
24	Juli—Sept. 49	6—8 Injektionen wegen Angina pectoris	Okt. 49
25	Mai 49	Blutsenkung	Okt. 49
26	Febr. 49	Blutsenkung	Nov. 49
27	Juni 49	Injektionen nach Unfall	Nov. 49
28	Aug. 49	Penicillininjektionen	Nov. 49
29	März—Sept. 49	Blutsenkung und Injektionen wegen Tbc.	Dez. 49
30	Okt.—Nov. 49	Injektionen wegen Cystopyelitis	Dez. 49
31	Juli 49	Blutzucker (Diabetes)	Dez. 49
32	Aug. 49	Wa. R.	Dez. 49
33	Okt. 49	Blutsenkung	Jan. 50
34	Okt. 49	Injektionen (Kreislaufbeschwerden)	Jan. 50
35	Okt. 49	Blutsenkung	Febr. 50
36	Juli—Aug. 49	Hormon-Traubenzuckerinjektionen	Febr. 50
37	Okt. 49	„Herzspritzen“	Febr. 50
38—58	kein parenteraler Eingriff.		

Man sieht, daß von 58 Hepatitiskranken, die innerhalb eines Jahres in unser Krankenhaus eingewiesen wurden, nicht weniger als 37 im letzten halben Jahr einer Inokulation ausgesetzt waren. Man kann einwenden, daß auch andere Menschen, die nicht an Hepatitis erkrankten, Spritzen bekamen. Das ist richtig, aber es kommt auf den Prozentsatz an. Wir haben deshalb zum Vergleich im selben Zeitraum und in der gleichen Weise 58 andere Kranke befragt, die wegen anderer akuter Infektionen ins Krankenhaus eingeliefert wurden, z. B. wegen Pneumonie, Typhus, Scharlach. (Selbstverständlich darf man zum Vergleich nicht chronisch Kranke heranziehen, die ja häufiger Spritzen bekommen, sondern nur akute Erkrankungen — wie ja auch die Spritzenhepatitis eine akute Erkrankung ist.) Von diesen 58 Vergleichskranken hatten nur 8 eine Einspritzung oder sonstige Inokulationsmöglichkeit durchgemacht. Ich glaube, diese Zahlenverhältnisse sind doch sehr überzeugend: bei Hepatitis 58 : 37, bei anderen Infektionen 58 : 8.

Für den, der noch immer die Gefahr der Spritzenhepatitis bezweifeln möchte, gibt es aber noch einen weiteren eindrucksvollen Beweis: Wenn in einer Praxis, in einer Ambulanz oder in einem Krankenhaus sich Hepatitisfälle häufen und wenn nun entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden, so ebbt regelmäßig die Erkrankungszahl nach 2—4 Monaten ab.

Damit kommen wir zu den Schutzmaßnahmen. Da der Erreger wahrscheinlich erst bei einstündigem Erhitzen bei 160°, vielleicht auch erst bei 180° sicher vernichtet

wird, so ist die beste Methode, alle Spritzen, Kanülen und Instrumente bei dieser Temperatur zu sterilisieren. Ärzte, Ambulanzen und Krankenanstalten, die die Mittel haben, sich umzustellen oder die sich neu einrichten, sollten unbedingt diese Methode einführen. Verschiedene Fabriken liefern heute schon Trockensterilisatoren zum Preise von etwa 250 DM an. Diese Trockensterilisierung ist übrigens auch deshalb zu empfehlen, weil sie angenehmer und einfacher ist als das Kochen. Allerdings werden die üblichen Rekordspritzen durch die große Hitze zerstört; doch gibt es heute hitzebeständige Rekordspritzen, die nur wenig teurer sind. Ganzglasspritzen (auch solche mit Metallansatz), die ja überhaupt viel billiger und leichter zu reinigen sind, können weiterhin verwendet werden.

Nur wenige Ärzte und Anstalten werden sich diese Ausgabe gleich leisten können. Aber auch ohne die Sterilisierung in großer Hitze ist das Virus durch einfache Maßnahmen wahrscheinlich zu eliminieren. Am wichtigsten ist die mechanische Reinigung der Spritzen und Kanülen auch von den kleinsten Blutresten. Wenn man sich einmal die Mühe nimmt, genau nachzusehen, entdeckt man, wie leicht Blutreste in den Kolbenringen der Spritzen oder im Ansatzstück der Kanülen hängen bleiben. Man kann diese nicht sorgfältig genug durch Bürsten, Scheuern, Abspülen reinigen. Sehr wichtig ist es auch, die Spritzen sofort nach dem Gebrauch mit Wasser gründlich durchzuspülen, ehe das Blut gerinnt und sich festsetzt. (Auch die Spritzen und Kanülen, die nur zu Blutentnahmen verwendet werden, müssen absolut blutfrei sein; denn beim Lösen der Stauung wird regelmäßig Spritzeninhalt in die Vene des Patienten zurückgesaugt.) Eine große Gefahrenquelle scheinen die Frankeschen Schnepper zu sein, die zu Blutentnahmen aus Fingerbeere oder Ohrfläppchen benutzt werden. Am besten werden sie durch Impflanzetten oder einfache spitze Schreibfedern ersetzt, die ausgeglüht werden, falls sie nicht im Sterilisator über 160° erhitzt werden. — Die Aufbewahrung von Spritzen und Instrumenten in Alkohol muß heute als Kunstfehler bezeichnet werden!

Das Hepatitisvirus ist vielleicht auch durch Carbonsäure angreifbar. Jedenfalls hat sich die von Borensztein<sup>2</sup> angegebene Art der Spritzenbehandlung sowohl anderen Autoren als auch uns selbst gut bewährt: Sofort nach Gebrauch werden Spritzen und Kanülen ausgiebig unter fließendem Wasser gespült, dann mit Seife und Bürste ausgewaschen. Anschließend werden sie 5 Minuten in 5%ige Karbolsäurelösung gelegt, danach wieder unter fließendem Wasser abgespült und zuletzt in Aqua dest. ausgekocht. Spritzen und Kanülen sind dann trocken aufzubewahren.

Auch andere desinfizierende Lösungen sind empfohlen worden. Eine endgültige Entscheidung über ihre Brauchbarkeit ist noch nicht gefallen. Die wichtigste Maßnahme scheint mir in jedem Falle die restlose mechanische Entfernung des Blutes in Spritzen, Kanülen und Instrumenten zu sein.

Wo immer solche Maßnahmen gründlich durchgeführt wurden, ging nach 2—3 Monaten regelmäßig die Zahl der Hepatitis-erkrankungen stark zurück. Darüber liegen Berichte aus dem Ausland und auch aus Deutschland, z. B. aus Hamburg<sup>3</sup> und Mannheim<sup>4</sup>, vor.

<sup>2</sup> Lancet 1948: 941.

<sup>3</sup> Martini: DMW. 1949: 568.

<sup>4</sup> Hahn: Verh. d. D. Ges. f. inn. Med. 45 1949: 324.

Aber wir brauchen gar nicht so weit zu gehen, auch bei uns in Württemberg ist es so. Beispielsweise erzählte mir ein praktischer Arzt auf dem Land, daß seine Hepatitisfälle schlagartig aufgehört hätten, nachdem er sich einen Trockensterilisationsapparat angeschafft hatte. Und auch in unserem Karl-Olga-Krankenhaus ist es so gegangen. Ende 1948 fiel uns auf, daß eine ganze Reihe Kranker, die in unserem Krankenhaus lagen oder in unserem Laboratorium untersucht wurden (Blutbilder, Blutzucker), an Hepatitis erkrankten. Als wir dann die genannten Maßnahmen durchführten, zog sich kein einziger unserer Patienten mehr eine Hepatitis zu. Wohl

aber werden uns von draußen, wo die Maßnahmen noch nicht durchgeführt sind, immer wieder Hepatitisfälle mit Inokulationsanamnese eingeliefert.

Ich glaube, die Tatsachen sind so überzeugend, daß jetzt jeder Arzt die Konsequenzen ziehen muß. Die kleine Unbequemlichkeit in der Handhabung der Spritzen und Instrumente steht in keinem Verhältnis zu dem Schaden, den man dem Kranken antun kann. Die moralische Verantwortung der Ärzte ist groß; aber auch die zivil- und strafrechtliche Verantwortung wird sicher nicht mehr lange auf sich warten lassen, nachdem die Verhältnisse so klar geworden sind.

## Der derzeitige Stand der ärztlichen Versorgungsfrage in Württemberg-Hohenzollern

Von Dr. med. Friedrich Langbein-Pfullingen

Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte man die Notwendigkeit der Versorgung der berufsunfähigen Ärzte und der Arzthinterbliebenen nochmals begründen. Diese Notwendigkeit ist von den ärztlichen Spitzenverbänden offiziell anerkannt durch den Beschluß des Deutschen Ärztetages in Hannover, durch Bundes- oder Ländergesetze ärztliche Versorgungseinrichtungen zu schaffen für ganz Westdeutschland. Unter Ablehnung der für eine krisenfesteste Versorgung ungeeigneten Kapitalversicherung wird eine Rentenversicherung nach dem Muster der bayrischen Ärzteversorgung, die ja seit über 25 Jahren besteht und auch die Währungsreform gut überstanden hat, empfohlen; sei es durch Anschluß an Bayern, oder durch Neugründung ähnlicher Kassen entweder durch Bundesgesetz für ganz Westdeutschland oder durch Ländergesetze. Denn nur durch Gesetz, das den Neuzugang von Versicherten auf unbegrenzte Zeit gewährleistet, kann durch die dauernde Beteiligung aller Ärzte an der Einrichtung eine gegenüber den üblichen Versicherungsformen wesentliche Verbilligung der Versorgung gesichert, und wie das bayrische Beispiel beweist, auch gegenüber Währungsschwankungen krisenfest gemacht werden.

Fühler, die vom westdeutschen Ärztekammerausschuß bei der Bundesregierung wegen der Möglichkeit des Erlasses eines Bundesgesetzes ausgestreckt wurden, blieben bisher ohne Gegenliebe. Es scheint die Auffassung zu bestehen, daß die Versorgung der freien Berufe außerhalb der Kompetenz des Bundes liege und eine Angelegenheit der Länder sei. Sicher ist, daß bis Anfang des Jahres nirgends, d. h. weder im Bund, noch bei den Ländern, die Frage der gesetzlichen Regelung einer Versorgung der Angehörigen der freien Berufe, insbesondere der Ärzte, erwohnen wurde.

Um so mehr waren wir in Württemberg-Hohenzollern überrascht und erfreut, als am 1. Februar d. J. anlässlich der Verabschiedung des Gesetzes über die Kammern der verschiedenen Heilberufe im Landtag von der Landtagsabgeordneten Frau Dr. Metzger ein Zusatzantrag eingebracht wurde, der die Versorgung der Angehörigen der Heilberufe, also der Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Tierärzte und Apotheker durch ein besonderes Gesetz verlangt. Der Antrag wurde angenommen. Über Form und Inhalt des vorzulegenden Gesetzentwurfes enthielt der Antrag keinerlei Vorschriften.

Durch die Annahme des Antrages der Frau Dr. Metzger durch die gesetzgebende Körperschaft des Landes Württemberg-Hohenzollern ist die Not der, sei es durch Alter oder Krankheit, berufsunfähigen Angehörigen der Heilberufe und der Hinterbliebenen staatlich anerkannt. Da den Kammern der Heilberufe, insbesondere der Ärztekammer durch das neue Kammergesetz das bisherige Recht aberkannt ist, für ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene, Versorgungseinrichtungen zu schaffen, so wählte die Ärztekammer in ihrer nächsten Sitzung einen Ausschuß, der zusammen mit Vertretern der übrigen Heilberufe den Entwurf eines Gesetzes ausarbeiten soll, der nach Genehmigung durch die Kammern der Heilberufe der Regierung zur Verabschiedung durch den Landtag vorgelegt wird.

Dieser Ausschuß hat sich durch die Zuwahl der zwei dem Landtag angehörenden Ärzte, Frau Dr. Metzger und Dr. Kohler ergänzt und inzwischen zweimal getagt. Ein Sonderausschuß, bestehend aus den Herren Dr. Borck, Dr. Dunz (Versicherungsmathematiker), Averdung und Dr. Langbein, hat diese Sitzung vorbereitet, an denen als Vertreter der Ärztekammer Nord-Württemberg Herr Dr. Knospe teilnahm. In zwei Sitzungen, am 18. März 1950 und 20. Mai 1950, wurde an Hand der vom Sonderausschuß gefertigten Vorschläge und Entwürfe der ganze Fragenkomplex behandelt. Selbstverständlich war, daß diese Entwürfe sich eng an die Satzungen der in 25 Jahren bewährten bayrischen Ärzteversorgung, teilweise auch an die der sehr ähnlich gestalteten alten württembergischen Versorgungskasse anlehnten und damit den Empfehlungen des Ärztetages in Hannover gerecht wurden.

Der am 20. Mai 1950 dem aus Vertretern aller Heilberufe zusammengesetzten Ausschuß vorgelegte 1. Satzungsentwurf war in den Einzelheiten auf die Wünsche und Bedürfnisse der Ärzte abgestimmt, bietet aber als Rahmengesetz jedem einzelnen der Heilberufe die Möglichkeit, gewisse Punkte, wie Höhe der Beiträge, Art und Umfang der Renten, nach eigenem Ermessen zu regeln. Die Form eines Rahmengesetzes scheint auch deshalb zweckmäßig, weil nach Ansicht des versicherungsmathematischen Sachverständigen das Risiko besonders der Berufsunfähigen ein verschiedenes ist.

Über die grundsätzlichen Fragen waren sich die Vertreter aller Heilberufe einig: über die Notwendigkeit

einer gesetzlichen Regelung durch Landesgesetz und der Pflichtmitgliedschaft, über den Rechtsanspruch auf die Leistungen, die, abgesehen von dem Sterbegeld, aus Renten bestehen sollen.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der Ärzteschaft; inwieweit die anderen Heilberufe sich den nur für die Ärzte gültigen Vorschlägen anschließen werden, steht heute noch nicht fest. Das zu genehmigende Gesetz ist, wie erwähnt, als Rahmengesetz gedacht; die den Rahmen ausfüllenden Bestimmungen werden der Zustimmung der gesetzgebenden Instanz unterliegen.

Und nun zu den für die Ärzte wichtigsten Punkten des Entwurfes:

Pflichtmitglieder der Anstalt sind:

1. alle approbierten Ärzte, die am Gründungstag der Versorgungsanstalt Pflichtmitglieder der ärztlichen Unterstützungseinrichtung Württemberg-Hohenzollern waren,
2. alle bestellten, nicht dauernd berufsunfähigen Ärzte,
3. alle Ärzte deutscher Staatsangehörigkeit, die in Württemberg-Hohenzollern berufstätig sind und auch dort ihren Wohnsitz haben.

Ausgenommen von der Pflichtmitgliedschaft sind:

1. bestellte Ärzte, die nach dem Gründungstag bei Aufnahme ihrer Berufstätigkeit in Württemberg-Hohenzollern älter als 40 Jahre sind. — Für Spätheimkehrer und Flüchtlingsärzte können bezüglich des Aufnahmealters Ausnahmen stattfinden —
2. Ärzte, die als Assistenten oder in assistentenähnlichen Stellen oder als ständige Vertreter tätig sind,
3. Ärzte, die als Beamte einen gesetzlichen Anspruch auf Ruhesold und Hinterbliebenenversorgung haben,
4. Ärzte, die aus einem außerhalb Württemberg-Hohenzollern gelegenen Kammerbezirk zuziehen bzw. zugezogen sind, solange sie die Teilnahme an der Ärzteversorgung ihrer bisherigen Kammer fortsetzen und diese vom Verwaltungsausschuß als gleichwertig anerkannt wird.

Der Entwurf enthält weiter Bestimmungen über die Zulassung freiwilliger Mitglieder, über Beginn und Beendigung der Mitgliedschaft, über die Höhe der Beiträge und die Voraussetzungen der Rückgewähr von Beiträgen.

Ehe ich auf die Höhe der zu zahlenden Beiträge eingehe, möchte ich einige grundsätzliche Bemerkungen vorausschicken. Es ist verständlich, daß der zweimalige Verlust ersparter und angesamelter Kapitalien einen nicht geringen Prozentsatz von Versicherungswilligen und so auch von Ärzten zurückhält, ihr sauer verdientes Geld einer Einrichtung anzuvertrauen, die Kapitalreserven ansammelt, um aus diesen den eintretenden Schadensfall zu decken. Bei der Währungsreform wurden alle unsere Kollegen, die freiwillig oder durch Gemeinschaftsversicherung bei privaten Versicherungsgesellschaften versichert waren, geschädigt, und zwar um so mehr, je länger und je mehr sie an Beiträgen gezahlt hatten. Nicht oder nur in geringem Umfang wurden betroffen die Mitglieder der bayrischen Ärzteversorgung, weil bei dieser, wie

schon erwähnt, der Neuzugang der Mitglieder durch Gesetz auf unbegrenzte Zeit gewährleistet ist, und dadurch die anfallenden Renten in großem Umfang durch die laufenden Beiträge gedeckt werden können. Je mehr also das reine Kapitaldeckungsverfahren ersetzt wird durch ein Verfahren, das die Leistungen zum Teil auf Risikobasis stellt, um so geringer ist die Gefahr des Verlustes erworbener Ansprüche im Falle einer Änderung der Währung.

Ich weiß, daß über diese Frage viel diskutiert und öfters auch ein reines Umlageverfahren vorgeschlagen wird. Dieses Verfahren ist nicht neu und wurde schon lange von einer Anzahl freier Berufe mit kleiner Mitgliederzahl angewandt, aber nur zur Auszahlung eines Sterbegeldes, nicht zur Auszahlung von Renten, wozu es völlig ungeeignet ist. Es mag noch hinzugefügt werden, daß das Umlageverfahren von den zuständigen Aufsichtsbehörden als unerwünscht bezeichnet wird und daß damit zu rechnen ist, daß die Regierung die Gründung einer Umlagekasse nicht genehmigen würde.

So ist man in Bayern dazu gekommen, und wir wollen auf Grund der dort gemachten Erfahrungen es ebenso machen, ein Verfahren anzuwenden, das man als eine Verbindung von Risiko- und Kapitaldeckungsverfahren bezeichnen kann; denn nur so haben wir Aussicht auf eine Genehmigung durch die Regierung. In Verfolg dieses sieht der Entwurf vor, von den Mitgliedern der Versorgungskasse jährliche Beiträge zu erheben, und zwar in Höhe von 9% des Nettoberufseinkommens, mindestens jedoch 9% des kassenärztlichen Bruttoeinkommens. Falls das beitragspflichtige Berufseinkommen unter 4000 DM bleibt, sind als Mindestbeitrag 360 DM zu bezahlen. Freiwillige Mehrzahlungen, zum Zweck der Steigerung der Renten, sind zulässig, jedoch darf der Gesamtbeitrag inklusive 9% Abzug den Betrag von 2000 DM im Jahr nicht übersteigen. Das Nettoberufseinkommen kann also nur bis zu einer Höhe von 22000 DM erfaßt werden. Diese 9% setzen sich zusammen aus den auch in Bayern für nötig erachteten 7% für die Zwecke der Versorgung und den bisher vom kassenärztlichen Einkommen durchschnittlich erhobenen Abzug von 2% für reine Unterstützungszwecke. Ich darf daran erinnern, daß unsere alte württembergische ärztliche Versorgungskasse ebenfalls 9% erhoben hat, von denen bis zu 10% für Unterstützungen verwendet wurden. Man muß sich darüber klar sein, daß nach wie vor neben der zu gründenden Versorgungskasse, auf deren Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, ein Fond zur Unterstützung solcher Angehöriger des Standes vorhanden sein muß, die notleidend sind, aber keinen Anspruch haben. Besondere, nie voraussehende Umstände haben schon immer und werden auch in Zukunft eine besondere Hilfe seitens des Standes erfordern. Es wäre natürlich auch möglich, diese Hilfseinrichtung gesondert bei der Ärztekammer oder der K.V. zu belassen. Aber die Vereinigung in einer Hand ist übersichtlicher, einfacher und die Verwaltung billiger.

Welchen Rechtsanspruch haben nun die Mitglieder der Versorgungskasse bei Eintritt der Berufsunfähigkeit und ihre Hinterbliebenen nach dem Tode des Mitgliedes?

Die Anstalt gewährt dem berufsunfähigen Mitglied eine Rente, deren Höhe abhängig ist von der Höhe der Beiträge, den Hinterbliebenen ein Sterbegeld in Höhe

von 2000 DM, Witwen- oder Witwerrenten und Waisenrenten.

Das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der in Betracht kommenden Ärzte in Württemberg-Hohenzollern beträgt nach der Statistik von 1949 8000 DM, der durchschnittliche Jahresbeitrag bei 9% somit 720 DM. Das Gesamtbeitragsaufkommen von 746 Mitgliedern 537 120 DM. Nach Abzug der Verwaltungskosten hoch berechnet mit 5% von 26 856 DM und des Jahresaufwands für Fürsorgeleistungen in Höhe von 53 712 DM verbleiben für Versorgungszwecke jährlich 456 552 DM. Hieraus können unter der Voraussetzung, daß für die Gewährung der Rückvergütungen nur die Summen in Anrechnung kommen, die über den Durchschnittsjahresbeitrag von 720 DM hinaus eingezahlt worden sind, Mindestrenten für berufsunfähige Ärzte von 2100 DM jährlich, für Witwen von 1500 DM, für Waisen je 240 DM gewährt werden. Dazu kommt ein Zuschlag zum Grundbetrag von jährlich  $\frac{1}{7}$ , der bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit fälligen Beiträge, soweit sie den Durchschnittsbeitrag von jährlich 720 DM überschritten haben. Dazu kommen als einmalige Leistungen Abfindungen an versorgungsberechtigte Ehepartner im Falle ihrer Wiederverheiratung und Rückvergütungen an Mitglieder, die aus der Anstalt ausscheiden. Auf alle die vorstehend aufgeführten Leistungen besteht ein Rechtsanspruch. Es werden aber freiwillige Unterhaltsbeiträge gewährt, wenn ein Mitglied keine versorgungsberechtigten Angehörigen hinterläßt, an die Eltern oder Geschwister, deren hauptsächlichlicher Ernährer das verstorbene Mitglied war, oder an die Verwandten oder Verschwägerten, die ihm bis zu seinem Tode 5 Jahre ununterbrochen das Hauswesen geführt haben, außerdem noch an eine andere Person, wenn die Führung des Hauswesens 15 Jahre gedauert hat — je bis zur vollen Höhe der Witwenrente. Streitigkeiten bezüglich aller Fragen werden durch ein Schiedsgericht entschieden.

Der Versorgungsausschuß, der diesen Entwurf, der noch kein endgültiger ist, aber voraussichtlich in allen grundsätzlichen Fragen bestehen bleibt, ausgearbeitet hat, hofft nicht nur auf die Zustimmung aller beteiligten Ärzte, die noch Gelegenheit haben werden, ihr Votum in den Sitzungen der Kreisvereine abzugeben, sondern auch auf Genehmigung durch Regierung und Landtag.

Der Ausschuß ist sich vollkommen darüber klar, daß die Höhe des geforderten Beitrages, welcher die Höhe

der bisherigen Beiträge für die am 1. Oktober 1949 in Kraft getretene, als Übergangslösung geschaffene Unterstützungseinrichtung plus den Abzügen für Fürsorge um durchschnittlich 3% übersteigt, eine starke Belastung darstellt. Die Belastung wird allerdings gemindert, weil die Beiträge je nach Stand der Familie und Alter weitgehend steuerbegünstigt sind. Wir müssen sie auch, soweit hohe ärztliche Einkommen in Frage kommen, als eine soziale Pflicht gegenüber den unter dem Durchschnitt verdienenden Kollegen betrachten und müssen uns darüber klar sein, daß wir ohne unsere Organisation Angestellte der Kassen oder in Zukunft beamtete Ärzte werden mit begrenzten nivellierten Einkommen. Wir fordern diese Belastung, weil wir wissen, daß sie die denkbar sicherste und zugleich billigste Anlage ist, welche auch in und nach einer Währungskrise die berufsunfähigen Ärzte und die Hinterbliebenen vor Not schützt, weil die fortlaufenden Beiträge der berufstätigen Ärzte in einem hohen Prozentsatz die Zahlung der Leistungen verbürgen und der Neuzugang von Mitgliedern durch Gesetz auf unbegrenzte Zeit gewährleistet ist. Die Leistungen sind dadurch annähernd so sicher wie die Pensionen der Beamten. Keine Versicherungsgesellschaft kann für Prämien in der Höhe der von der Versorgungskasse verlangten Beiträge Renten in der Höhe der von dieser gewährten bieten, weil bei ihnen der Neuzugang von Versicherten nicht durch Gesetz gesichert ist und sie deshalb genötigt sind, hohe Kapitalreserven zu sammeln, die einer Währungskrise nicht standhalten.

Die Ansammlung einer allerdings wesentlich geringeren Kapitalreserve als bei den Versicherungsgesellschaften läßt sich nicht vermeiden; aber der Vorteil einer solchen soll wiederum der Ärzteschaft zugute kommen, weil diese Kapitalien weitgehend den Ärzten zur Verfügung gestellt werden sollen als Hypotheken zum Ankauf oder Bau von Eigenheimen, zur Beschaffung von Sprechzimereinrichtungen, der Apparate und Instrumente.

Um die Möglichkeit zu schaffen, auch auf dem Gebiet der Ärzteversorgung die Einheit der württembergischen, jetzt leider noch getrennten Ärzteschaft wiederherzustellen, wird in den Schlußbestimmungen des Entwurfs die Bereitwilligkeit der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern zu einem solchen Akt betont.

## Beitragsserhöhung in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung

In dem Rundschreiben Nr. 1/50 K der Landesstelle Württemberg der KV war unter Ziffer 7 auf die von Versicherungsgesellschaften erfolgte Prämienenerhöhung hingewiesen worden. Dabei wurde ausgesprochen, daß die geforderte Beitragsserhöhung ungesetzlich sei. An diesem Ausdruck „ungesetzlich“ haben die Versicherungsgesellschaften Anstoß genommen. In einer Vorstandssitzung der KV Landesstelle Württemberg war deshalb dem Vertreter einer der angesehensten Haftpflichtversicherungsgesellschaften Gelegenheit gegeben, sich zu der Angelegenheit zu äußern und insbesondere die sachlichen Gründe darzulegen, die die Versicherungsunternehmungen veranlaßt haben, eine Erhöhung der Prämien vorzunehmen. Der wesentliche Inhalt der mündlich ge-

machten Ausführungen ist in dem nachfolgenden Aufsatz enthalten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg erklärt zu der Fassung ihrer Rundschreibennotiz, daß durch die Formulierung zum Ausdruck gebracht werden sollte, daß die Versicherungsgesellschaften ohne Einverständnis des Versicherungsnehmers nicht berechtigt sind, höhere Prämien zu verlangen, als sie durch den Versicherungsvertrag festgelegt worden waren und daß es bei Bestehen eines gültigen Versicherungsvertrages auf eine Vereinbarung in jedem einzelnen Fall mit dem Versicherungsnehmer ankommt, ob erhöhte Prämien zu bezahlen sind oder nicht.

Der Standpunkt der Ärzteschaft ist jedenfalls der, daß es als unbillig bezeichnet werden muß, daß ihr immer höhere Lasten aufgebürdet werden, ohne daß ihre Tätigkeit eine entsprechende Honorierung erfährt. Die tatsächlichen Praxisunkosten der Ärzte sind auf ungefähr das Doppelte ihrer früheren Sätze gestiegen. Eine Erhöhung ihrer Honorare auch nur mit Rücksicht auf diese Tatsache ist nicht erfolgt. Sie hält es deshalb für geboten, daß außer der Darlegung der Versicherungsgesellschaft Herr Dr. Sievers II, Hannover, mit der Stellungnahme zu Wort kommt, die im Westfälischen Ärzteblatt Nr. 5/1950 abgedruckt war.

#### Die Allianz Versicherungs-AG. schreibt:

Die Währungsreform des Jahres 1948 hat auf nahezu allen Gebieten der Wirtschaft ganz erhebliche Preissteigerungen ausgelöst, zum Teil bis zu 200 % und darüber. Wenn auch inzwischen auf vielen Gebieten ein gewisser Rückgang eintrat, so ist doch eine erhebliche Teuerung verblieben, mit der die Wirtschaft zu rechnen hat. Hiervon macht auch die Versicherungswirtschaft keine Ausnahme, insbesondere insoweit sie, wie auf dem Gebiet der Haftpflichtversicherung, die bedingungsmaßige Leistung durch Barvergütung des ersatzpflichtigen Schadens zu erbringen hat, ohne eine Ermäßigung bei Unterversicherung infolge der Änderung des Preisgefüges erheben zu können, wie z. B. in der Feuerversicherung. Die Folge davon ist, daß sich der Schadensverlauf nach der Währungsreform durch die erhebliche Steigerung des Schadensaufwandes pro Schadensfall so ungünstig entwickelte, daß sich die weitaus überwiegende Zahl der Haftpflichtversicherer im Juni 1949 entschloß, auf den noch damals für den Abschluß neuer Versicherungen geltenden Tarif des Jahres 1936 einen Zuschlag von 50 % zu erheben.

Man war sich aber auf Grund der besorgniserregenden Schadensentwicklung darüber klar, daß dieser erheblich unter dem allgemeinen Teuerungsdurchschnitt liegende Zuschlag — bei gleichzeitiger Verbesserung der Versicherungsbedingungen — die Sanierung der Haftpflichtversicherung nur zu sichern vermochte, wenn

- a) der gesamte Bestand an Haftpflichtversicherungen — also auch die bestehenden Versicherungen — in kurzer Zeit auf die erhöhte Prämie umgestellt werden könnte,
- b) die Teuerung ihren Höhepunkt überschritten und die Entwicklung einen gewissen Rücklauf haben würde.

Die letztere Annahme hat sich bis zu einem gewissen Grade erfüllt, während leider die Zahl der Schäden (Schadenshäufigkeit) seitdem weiter gestiegen ist und wohl auch noch weiter steigen wird. Durch die Kriegsverhältnisse bedingte Ursachen, wie Instandhaltungsunterlassungen, Mängel in der Berufsausbildung usw. tragen hieran u. a. die Schuld.

Bei der Umstellung des Bestandes müssen die Versicherer überall die besondere Zustimmung ihrer Versicherungsnehmer einholen. Durch Aufklärungsarbeit auf breiter Basis legen die Versicherungsgesellschaften ihren Versicherten die Notwendigkeit ihrer Zustimmung im Hinblick auf das eigene Interesse an der unbedingten wirtschaftlichen Sicherheit dieser für jeden Berufszweig so bedeutsamen Versicherungsbranche dar. Mit Befriedigung kann heute bereits gesagt werden, daß nur in ver-

hältnismäßig seltenen Fällen die Berechtigung dieses Schrittes der Haftpflichtversicherer bestritten und der formelle Rechtsstandpunkt eingenommen wird, so daß auch Kündigungen seitens der Versicherer (im Schadensfall und bei Ablauf des Vertrages) bisher nur vereinzelt erfolgten.

Die vorstehenden allgemeinen Darlegungen sind für den ärztlichen Berufsstand noch dahin zu ergänzen, daß der vom Verband der Haftpflichtversicherer im Jahre 1936 aufgestellte und bis 1949 gültige Haftpflichttarif — beruhend auf den statistischen Aufzeichnungen des Schadensverlaufes in den Jahren 1930/33 — sich bereits im Jahre 1938 als nicht mehr ausreichend erwiesen hatte, eine Tatsache, die durch den Rückgang der Zahl der Schäden infolge der besonderen Verhältnisse des Krieges und der Zeit vor der Währungsreform verschleiert worden ist. Das für diese Feststellungen zur Verfügung stehende Zahlenmaterial der größten deutschen Versicherungsgesellschaft, der „Allianz-Versicherungs-Aktiengesellschaft“ umfaßt die Haftpflichtversicherungen von

rund 10 000 praktischen Ärzten und Fachärzten ohne die Chirurgie

rund 1 800 Fachärzten für Chirurgie.

Die Schadensentwicklung nach der Währungsreform unterschied sich auch beim ärztlichen Haftpflichtrisiko grundsätzlich nicht von der Entwicklung anderer Berufe und sonstiger Haftpflichtrisiken. Interessanterweise hat nämlich auch bei den Personenschäden, die naturgemäß bei den Ärzten im Vordergrund stehen, der Durchschnittsaufwand pro Schadensfall in dem bisherigen DM-Abwicklungszeitraum 1948/49 eine Steigerung erfahren, die zwar hinter der der Sachschäden zurückbleibt, aber 50 % — also den Zuschlag der Haftpflichtversicherer — erheblich überschreitet. Auch die Schadenshäufigkeit ist der allgemeinen Entwicklung gefolgt, wobei neben der Tatsache, daß seit der Währungsreform auch kleinere oder zweifelhafte Forderungen viel häufiger erhoben und mit größerer Hartnäckigkeit verfolgt werden, das Moment behinderter Berufsaus- und -fortbildung in der Kriegs- und Nachkriegszeit eine Rolle spielt; ferner auch die große Zahl neuer, noch nicht voll erprobter Heilmethoden. In allen Fällen ist es Prinzip verantwortlicher Haftpflichtversicherer, im Interesse des beruflichen Ansehens der versicherten Ärzte gerichtliche Auseinandersetzungen möglichst zu vermeiden und eine gütliche Regelung mit den Anspruchstellern herbeizuführen. Diese Einstellung kann natürlich nur bei einer ausreichenden Prämie aufrechterhalten werden, wie es denn auch sonst im Interesse des ärztlichen Berufsstandes im Hinblick auf die Schwere seiner Verantwortung liegt, daß die Haftpflichtversicherung ihre Einnahmen und Ausgaben auch unter den heutigen Verhältnissen ausgleicht und dafür bürgt, daß unter allen Umständen ein einwandfreier Versicherungsschutz gewährt werden kann.

**Herr Dr. Sievers II, Hannover, äußert sich zu der Frage wie folgt:**

In der letzten Zeit konnte die Beobachtung gemacht werden, daß Haftpflichtversicherungsunternehmen an die versicherten Ärzte herantraten, um eine Erhöhung der Prämien zu erreichen. Die angewandten Methoden sind verschiedenartig. In Rundschreiben, Prospekten, Flugblättern und ähnlichem wird darauf hingewiesen:

1. daß die Aufwendungen für Schadenszahlungen um ein beträchtliches angestiegen sind, weil das Preisniveau gegenüber der Vorkriegszeit in die Höhe gegangen ist,
2. daß die Haftpflichtprämien nicht mehr ausreichen, einen unbedingt sicheren Versicherungsschutz zu gewährleisten,
3. daß die Verhältnisse die Versicherungsunternehmen zwingen, eine Beitragserhöhung auch bei bestehenden Haftpflichtversicherungen vom Prämienfälligkeitstermin 1950 vorzunehmen.

In mehr oder weniger geschickter Form wird durch diese Mitteilungen an die Ärzte der Anschein erweckt, als ob die Versicherungsunternehmen ein Recht dazu hätten, auf Grund der veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse die Prämien von sich aus zu erhöhen.

Von den versicherten Ärzten wird die Rechtslage vielfach verkannt, wie aus zahlreichen, bei den Ärztekammern eingehenden Anfragen hervorgeht. Es erscheint daher notwendig, zur rechtlichen Klarstellung auf folgende Gesichtspunkte hinzuweisen:

Nach den Grundsätzen des Vertragsrechts haben abgeschlossene Verträge so lange Rechtsbestand, als sie nicht durch ordnungsgemäße Kündigung zur Auflösung gelangen, oder durch eine rechtsgültige Vereinbarung der vertragschließenden Parteien auf eine andere Grundlage gestellt sind. Einseitige Änderungen vertraglich festgelegter Bedingungen sind rechtsunwirksam. Die Versicherungsunternehmen sind daher nicht berechtigt, die Haftpflichtprämien einseitig, d. h. ohne das aus-

drückliche Einverständnis des Versicherungsnehmers, zu erhöhen. Der Versicherungsnehmer, der die fällige Prämie in der bisherigen Höhe, d. h. wie sie bei Abschluß des Versicherungsvertrages vereinbart wurde, zahlt, hat gegenüber dem Versicherungsunternehmen den vollen Versicherungsschutz nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen. Dieses Schutzes geht der Versicherungsnehmer erst verlustig, wenn der Versicherungsvertrag durch ordnungsgemäße Kündigung abgelaufen ist. Die Kündigung muß in der im Versicherungsvertrag vorgesehenen Form ausgesprochen werden.

Bei den oben erwähnten ergriffenen Maßnahmen der Versicherungsunternehmen zur Beitragserhöhung kann es sich daher nur um einen Versuch handeln, ohne Kündigung, d. h. unter Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages im übrigen den Versicherungsnehmer zu veranlassen, freiwillig für die Zukunft höhere Prämien, als sie ursprünglich vereinbart waren, zu zahlen.

Daß der Versicherungsnehmer hierzu weder gesetzlich noch vertraglich verpflichtet ist, ergibt sich aus dem oben Gesagten.

Es wird den Ärzten daher empfohlen, sich auf die von den Versicherungsunternehmen gestellten Forderungen zur Erhöhung der Beiträge nicht einzulassen und durch die Zahlung der Prämien in der alten Höhe ihren bisherigen Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten.

Den Versicherungsunternehmern bleibt es unbenommen, bestehende Versicherungsverträge zu kündigen und an ihre Versicherungsnehmer mit neuen Vertragsangeboten heranzutreten.

## Buchbesprechungen

Prof. Dr. H. Stursberg: „Technik der wichtigsten Eingriffe in der Behandlung innerer Krankheiten.“ A. Marcus und E. Weber's Verlag, Berlin W 35, 175 S., Preis DM 6.60.

Das Erscheinen der 6. Auflage des jetzt in Überarbeitung vorliegenden Büchleins spricht für seine Bewährung in der Praxis. Verfasser beschreibt in anschaulicher und ausführlicher Weise die Technik der wichtigsten Eingriffe auf dem Gebiet der inneren Medizin, soweit sie für den Praktiker in Frage kommen. Punktionen und Einspritzungen aller Art, die internen unblutigen Eingriffe an Magendarmtrakt und Harnblase zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken werden, durch viele Abbildungen ergänzt, anschaulich besprochen. An Hand der teilweise sehr ausführlichen Darstellung hat der Ungeübte die Möglichkeit, sich über Indikation, bewährte Geräte, die eigentliche Technik, etwa auftretende Gefahren und entsprechende Gegenmaßnahmen auch einfachster Eingriffe genauestens zu orientieren. Aber auch der Geübte wird manch nützlichen Hinweis finden. Vielleicht hätte die Technik der paravertebralen Injektionen, die auch in der Praxis weitgehend möglich sind und sich in den letzten Jahren vielfach durchgesetzt haben, noch Berücksichtigung finden können. Der Preis des Buches ist erfreulich gering, so daß seine Anschaffung jedem Kollegen warm empfohlen werden kann.

Dr. Grob.

„Versicherungswissenschaft, Versicherungspraxis und Versicherungsmedizin“. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. Rechts- und Wirtschaftsverlag Dr. Gruber, München 22.

Die Zeitschrift hat es sich zur Aufgabe gesetzt, „nicht einer Partei zu dienen, sondern in den bevorstehenden Kämpfen um die Sozialversicherungsreform den Standpunkt eines gesunden Fortschrittsgedankens gegen Kollektivismus und bürokratische Mechanisierung zu vertreten“. Besondere Beachtung soll den gesundheitlichen Nöten unseres Volkes gewidmet

werden. Sachliche Abhandlungen über aktuelle Fragen der Sozialversicherung und eine zuverlässige und schnelle Berichterstattung über die einschlägige Rechtsprechung und Gesetzgebung will die Zeitschrift ihren Lesern vermitteln.

Im April-Heft 1950 erscheinen Aufsätze über Sozialversicherung und über Privatversicherung aus der Feder von Professor Dr. Maunz, Professor Dr. Lossen, Dr. Mahlmann u. a. In dem Abschnitt „Blick in die Welt“ wird berichtet von der Gesetzgebung des Bundes, vom englischen Gesundheitsdienst, über die europäische Zusammenarbeit in der Versicherungswirtschaft und über andere aktuelle Fragen. Auch über die laufende Gesetzgebung des Bundes und der Länder wird regelmäßig Bericht erstattet.

Für den fachlich Interessierten dürfte auch diese Zeitschrift von Wert sein.

Dr. Möbius.

Dr. Albrecht Tietze und Dr. Paul Kühne: „Die Poliomyelitis.“ Aktuelle Fragen der inneren Medizin 1. Band, 1. Teil Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35, 144 S., DM 14.—

In diesem Band wird eine umfassende Darstellung der Poliomyelitis gegeben, die durch die Mitarbeit von Epidemiologen, Pädiatern, Physiologen, Orthopäden und Internisten besonders interessant ist.

Neben statistischen Arbeiten finden sich Beschreibungen der klinischen Symptomatologie unter Führung von Krankengeschichten und differentialdiagnostischen Erwägungen; außerdem Mitteilungen über therapeutische Erfahrungen. Gewarnt wird vor der Behandlung mit Strychnin, hervorgehoben die Entspannungslagerung der Extremitäten mit Hilfe von Schienung. Ein Kapitel befaßt sich mit der Behandlung von Atemstörungen und den Maßnahmen bei Anwendung der Eisernen Lunge. Besondere Beachtung soll der Nachbehandlung der Kranken geschenkt werden, wozu eine gründliche Kenntnis der Muskelphysiologie erforderlich ist. Das letzte Kapitel bringt eine Zusammenfassung der praktischen Folgerungen aus den Berliner Epidemien 1947/48/49. Sachkenntnis und reiche Erfahrung spricht aus den Beiträgen.

Dr. Gertrud Scharpf

Dr. Herbert Reiser: „Die akute Polyneuritis und Polyradikulitis.“ Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie Band I. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien. 74 Seiten, Preis: kart. DM 15.—.

Innerhalb der Schriftenreihe „Wiener Beiträge zur medizinischen Wissenschaft“ erscheinen nun erstmals Beiträge in monographischer Form auf dem Gebiet der Neurologie.

Auf Grund einer Beobachtung von 77 Fällen macht R. den Versuch, die Pn. nach ätiologischen Gesichtspunkten einzuteilen. R. unterscheidet eine bakteriotoxische und eine allergische Pn. und eine solche nach Mangelernährung (Pn. amyotrophicans). Er vertritt die Auffassung, daß bei der 1. Gruppe (Di.) sich regelmäßig eine Häufung von Erkrankungen und Schädlichkeiten in der Anamnese finden und die toxische Nervenschädigung nur dann erfolgt, wenn mehrere Noxen gleichzeitig vorhanden sind. Im Gegensatz dazu wird die allergische Pn. eingengt auf solche Fälle, bei denen nur ein einziger — frischer — Fokus (Eiterung) als auslösende Ursache auffindbar ist. Auch nach der Art des klinischen Verlaufes, dem Lähmungstyp, dem Liquorsyndrom und der Dauer der Erkrankung glaubt R. die Gruppen relativ scharf abgrenzen zu können.

Die sorgfältige Arbeit bringt am Schluß eine ausführliche Übersichtstabelle. Therapeutische Hinweise werden nicht gegeben.

Dr. Gertrud Scharpf

Prof. Dr. med. P. A. Jaensch: „Augenschädigungen in Industrie und Gewerbe.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart. 237 Seiten, Preis Halbl. DM 18.50.

Mit dem vorliegenden Buch will der Autor eine Brücke zwischen der Arbeitsmedizin und der Augenheilkunde herstellen. Es soll insbesondere bei den Betriebs- oder Werkstättenärzten, die bei uns leider noch immer recht selten sind, und bei den Gutachtern das Interesse für die beruflichen Erkrankungen des Auges und seiner Nebenorgane, die Entstehung und Verhütung wachrufen und andererseits den Augenärzten das für sie mehr am Rande liegende Gebiet der gewerblichen Schädigungsmöglichkeiten durch Trauma, Strahlung und Gifte näherbringen. Diese Absicht des Verfassers kann als durchaus glücklich bezeichnet werden. Der Text ist trotz der Zusammendrängung eines umfangreichen Stoffes nicht ermüdend und der Aufbau des Werkes ist übersichtlich. Die zahlreichen guten Abbildungen werden besonders dem Nichtfacharzt willkommen sein. Den größten Vorzug des Buches bildet die große Zahl von Literaturangaben auch über die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin und der gewerblichen Toxikologie, die der Autor mit großem Fleiß zusammengetragen hat. Bei den Giften sind nicht nur die Augenschädigungen, sondern auch die wichtigsten sonstigen Symptome und Organbefunde sowie das Vorkommen in den einzelnen Berufen und Industriezweigen angegeben. Das Buch wird zweifellos vielen gute Dienste leisten.

Dr. Hoschek (Stuttgart)

Quilisch, W.: „Homöopathie als Therapie der Person.“ Karl F. Haug-Verlag, Saulgau, 1949. 356 S., 84 Tab.-S., Halbl. DM 17.80.

Der Verfasser beabsichtigt, mit seinem Buch dem homöopathisch interessierten Praktiker Richtlinien zu geben, die ihm das Einarbeiten in eine neue Materie erleichtern und ihn vom Wert der homöopathischen Behandlungsart überzeugen sollen. Das ist ihm leider nur zum Teil gelungen. Der Verfasser gehört zu den auch von ernstzunehmenden Homöopathen immer mehr abgelehnten Hochpotenzlern, wobei er weder die vermeintliche Wirkung so hoher Potenzen wie C 30, in der ja nicht 1 Molekül wirksamer Substanz mehr enthalten sein kann, zu erklären versucht, noch das Problem der Ein- oder Mehrglasbereitung beleuchtet. Das Buch enthält eine Fülle sicher guter, richtiger und wertvoller Beobachtungen, sie werden aber nicht sachlich-kritisch beleuchtet und mit den Wirkungen allopathischer Medikamente unvoreingenommen verglichen. Dem wachsenden Ansehen der Homöopathie in der wissenschaftlichen Medizin wird mit dem Buch deshalb eher geschadet. Der schulmedizinisch vorgebildete und der Homöopathie gegenüber kritisch eingestellte Anfänger wird das Buch wohl schon nach den ersten Seiten aus der Hand legen, wenn eine exakte

Diagnose für weniger wichtig angesehen wird als von den Patienten subjektiv geschilderte Symptome und Beschwerdekompexe. Er wird von einer allein auf den Beobachtungen des Verfassers basierenden Aufzählung von „nicht zu unterschätzenden“, „unbestrittenen“ und „zauberhaften“ Wirkungen nicht überzeugt, vor allem wenn er glauben soll, daß Verf. z. B. „nach Verordnung der 30. Potenz von Phosphor langdauerndes Herzklopfen für immer verschwinden sah“, Spongia bei Struma parenchymatosa „den Arzt und die Patienten mehr befriedigt als eine in Aussicht genommene Operation, die ganz unnötig ist“ oder „eine einzige hochpotenzierte Gabe von Thuja ausreichen kann, lange bestehende Leiden, z. B. Magenleiden, zur Beschwerdefreiheit auf lange Zeit zu bringen“, u. a. m.

Dr. Wünsche

Dozent Dr. Paul Morisch, Wien: „Die Schmerzverhütung bei chirurgischen Eingriffen.“ Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 1949, 279 S., 92 Abb., DM 32.—.

Im Vorwort führt M. aus, daß er dem Vorschlag von Prof. Demel, ein Buch über die Schmerzverhütung bei chirurgischen Eingriffen zu schreiben, gerne nachgekommen sei, da in den letzten Jahren bedeutsame Fortschritte errungen wurden und eine zusammenfassende Darstellung, die diese berücksichtigt, bisher fehlte. Er stellte sich daher die Aufgabe, neben der genauen Darstellung alter, bewährter Methoden der allgemeinen Narkose und der örtlichen Betäubung die Fortschritte der neuesten Zeit, wie die intratracheale Narkose, die Eisanaesthesie, die kontinuierliche Rückenmarksbetäubung, die Anwendung von Curare, besonders ausführlich zu beschreiben.

Im ersten Kapitel wird die geschichtliche Entwicklung auf 6 Seiten knapp, klar und übersichtlich dargelegt. Das zweite, weitaus umfangreichste Kapitel trägt die Überschrift: „Die verschiedenen Arten der Schmerzverhütung“. Im allgemeinen Teil wird die Lipoidtheorie als die am meisten befriedigende etwas ausführlicher behandelt. Kurze Abschnitte über Reversibilität, Steuerbarkeit, Stadien der Schlafiefe, Beurteilung der Narkosetiefe, bringen alles für die Praxis Wissenswerte.

Im Abschnitt „Inhalationsnarkose“ werden die altgebräuchlichen Mittel wie Chloroform, Aether, Chloräthyl, Solaesthin, Stickoxydul sowie die in Deutschland noch weniger gebräuchlichen, neueren Mittel, wie Divinyläther, Trichloräthylen, Äthylen, Narcylen, Propylen und Cyclopropan, ausführlich beschrieben.

Es folgt die Schilderung der Technik in allen Einzelheiten (offene Methode, Apparatnarkose, Überdrucknarkose). Besonders ausführlich wird die intratracheale Narkose behandelt. Auch die intravenöse Narkose ist sehr klar dargestellt; die Beurteilung der Schlafiefe und die Unterschiede gegenüber der Inhalationsnarkose sind deutlich gezeigt. Die einzelnen Mittel (Pernocton, Evipan, Eunarcon, Narcomunal, Pentothalium) und ihre Anwendung werden besprochen.

Sehr ausführlich wird dann im Anschluß an das Kapitel „Rectale Narkose“ (bes. Avertin und Rectidon) auf die örtliche Betäubung eingegangen. Hier sei nur hervorgehoben, daß der praktisch tätige Chirurg alles Wissenswerte über die Technik der einzelnen Verfahren finden wird. Im 3. Kapitel werden die vorbereitenden Maßnahmen für die einzelnen Schmerzverhütungsverfahren geschildert. Das 4. Kapitel handelt von der postnarkotischen Betreuung des Patienten, das 5. Kapitel von den Narkosestörungen. Im abschließenden Kapitel wird die Wahl der Betäubungsart bei den einzelnen Eingriffen mit ausführlicher Darlegung der jeweiligen Kontraindikation besprochen.

Das Ziel, das sich der Verfasser gestellt hat, ist in vollem Umfang erreicht worden: Das Buch wird dem jungen wie dem erfahrenen Arzt Helfer wider den Schmerz sein, wie sich M. dies gewünscht hat.

Dr. O. Sigel

Prof. Dr. Otto Jüngling: „Allgemeine Strahlentherapie.“ Licht, Röntgenstrahlen, Radium. Zweite erweiterte Auflage, bearbeitet von Doz. Dr. Glauner u. Prof. Dr. Langendorff — 1949. Verlag Ferd. Enke, Stuttgart, 145 Abb., 345 S., geh. DM 27.—.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die ärztliche Anwendung strahlender Energie werden in den beiden ersten Abschnitten die physikalischen Grundlagen der Wellen- und Teilchenstrahlung sowie der radioaktiven

Strahlung besprochen. Dabei werden auch die heutigen Anschauungen des Atombaus kurz gestreift. Es folgt eine physikalische Abhandlung über das Licht, besonders ausführlich über das Sonnenlicht, dann über künstliche Lichtquellen (Kohlenbogenlicht, Quecksilber-Quarzlicht und Wärmestrahlung), und sodann über Strahlenmessung dieser Lichtarten. Mehrere Kapitel sind den biologischen Wirkungen des Lichtes gewidmet. Ausführlich behandelt ist Licht und Tuberkulose.

Der III. Abschnitt umfaßt Röntgenstrahlen und Radium. Das Physikalisch-Technische ist gut verständlich dargestellt. Interessant, der zweiten Auflage neu eingefügt, ist die Besprechung neuerer Strahlenapparaturen (Elektronenschleuder, Betatron und Anlagen zur Erzeugung von Neutronen), die voraussichtlich in der Medizin noch eine große Rolle spielen werden. Die jetzt mögliche Herstellung künstlich radioaktiver Substanzen eröffnet für die Strahlentherapie neue Ausblicke. Die Dosismessung der Röntgen- und Radiumstrahlen ist ausführlich besprochen. Mehrere Kapitel (13.—17. Kapitel) sind den biologischen Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen vorbehalten. Die Schädigungen sind gebührend berücksichtigt. Weiterhin werden die verschiedenen Bestrahlungsmethoden geschildert, besonders auch die Nahbestrahlung sowie die Bestrahlung mit Radium. Die postoperative Bestrahlung beim Carcinom, die sogenannte prophylaktische Nachbestrahlung wird mit einiger Reserve empfohlen; die präoperative Krebsbestrahlung (Vorbestrahlung) besonders des Brustkrebses wird als aussichtsreicher vorgezogen. Für die Strahlenbehandlung beim Carcinom werden 3 Gruppen unterschieden: Gruppe I: die Strahlentherapie ist die Methode der Wahl. Gruppe II: Strahlentherapie ist die Hauptmethode. Gruppe III: Operation ist Hauptmethode, Strahlentherapie unterstützende Behandlung. Gruppe IV: Operation Methode der Wahl. Beim Sarkom ist weniger die, von manchen verpönte, Probeexcision als eine Probebestrahlung maßgebend für die weitere Behandlung. Die Röntgenbehandlung von entzündlichen Prozessen mit kleinen bis höchstens mittleren Dosen spielt eine Rolle besonders beim Gesichtsfurunkel und den Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle. Auch die Strahlenbehandlung der Arthrosis deformans wird als erfolgreich empfohlen.

Weitere Kapitel beschäftigen sich mit den Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems und ihrer Strahlenbehandlung und mit den Erkrankungen im Bereich des Nervensystems.

Zum Schluß ist ein reichhaltiges Schrifttumsverzeichnis angefügt.

Das Buch bietet in erster Linie dem Strahlentherapeuten viel Interessantes, sowohl dem Anfänger, für den es eine treffliche Einführung in sein Gebiet darstellt, als auch dem schon Eingearbeiteten, der sich über irgendwelche Einzelheiten unterrichten will. Aber auch der Arzt, der sich etwa nur für Lichtbehandlung mit der künstlichen Höhensonne oder der natürlichen Himmelssonne interessiert, wird aus dem Buch viel Anregung entnehmen.

Dr. Koetzel

Dr. Werner Bärtschi-Rochaix: „Migraine cervicale.“ Verlag Hans Huber-Bern, 1949, 188 Seiten, Preis in Ganzleinen Fr. 21.80.

Unter cervikaler Migräne wird ein nach Nacken-Halswirbel-Trauma, aber auch nach Kopfverletzungen mit Kopfflexion auftretendes Syndrom verstanden, charakterisiert durch halbseitige Kopfschmerzen, meist Druckempfindlichkeit des Occipitalpunktes, Sensibilitätsstörung im Bereich von C<sub>1</sub> und C<sub>2</sub>, Nackenschmerz, Bewegungsbehinderung des Kopfes, Dornfortsatzdruckempfindlichkeit der HWS., gelegentlich mit einseitigen Ohrgeräuschen, häufig mit Schwindel in Abhängigkeit von bestimmten Kopfhaltungen bzw. Kopfbewegungen, wobei Flimmerskotome und Nebelsehen vorkommen. Röntgenologisch ist eine unkovertbrale Deformierung der HWS. recht häufig nachweisbar. Daraus wird gefolgert, daß die cervikale Migräne mit einer Drosselung der Arteria vertebralis und des Nervus vertebralis in Zusammenhang zu bringen ist. Experimentelle Untersuchungen stützen diese Ansicht. — Die cervikale Migräne setzt zumeist im ersten Jahr nach dem Unfall ein, bei direkten Halstraumen früher, bei primären Schädeltraumen später. Der Beginn — Nackenschmerzen als Brückensymptome — ist allmählich oder abrupt, der Verlauf intermittierend oder stationär. Nach ein- bis mehrjähriger Krankheitsdauer pflegt ein Teil besonders der subjektiven Beschwerden abzuklingen. Therapeutisch

empfohlen wird die Röntgenbestrahlung der HWS., Acetylcholin-Bi-Iontophorese, paravertebrale Infiltrationen mit Anästhetica und orthopädische Maßnahmen (Glisson-Schlinge für mehrere Wochen, Maßnahmen zur Streckung der HWS, häufig besonders bewährt im akuten Schmerzfall, in leichteren Fällen Sandsackrolle im Nacken bei Nacht).

Prof. Dr. Gaupp jr.

Priv. Dozent F. Dittmar, Leipzig-Zwenkau: „Die Untersuchung der reflektorischen und algetischen Krankheitszeichen.“ Verlag K. F. Haug, Saulgau. Mit 3 farbigen, 22 schwarzen Abb. und 6 Tabellen, 166 S., DM. 11.80.

„Die reflektorischen und algetischen Krankheitszeichen der inneren Organe gehören heute zum unentbehrlichen Rüstzeug einer verfeinerten Diagnostik“, führt der Verfasser mit Recht im Vorwort an. In prägnanter Weise wird ein Überblick über die moderne Auffassung der Schmerzpunkte und Reflexe gegeben. Es ist ein weiter Forschungsweg von der Headschen Zone zu den zahlreichen Schmerzpunkten, wie sie z. B. von einem so feinfühligem Untersucher wie Kohlrausch für die meisten inneren Leiden angegeben werden. Beinahe jede viszerale Organerkrankung bewirkt Veränderungen am Auge, in der sensiblen Reaktionsweise des zugehörigen Hautsegmentes sowie auch reflektorisch in der zugehörigen Muskulatur. Für den Schmerz, der weitgehend an den Sympathicus gebunden ist, wird ein eigenes „Schmerzsystem“ aufgestellt, dessen Kenntnis insofern für jeden Arzt von Wichtigkeit ist, als durch die Schmerzausschaltung (z. B. durch Novocain) nicht nur die Beschwerden vorübergehend gebessert werden, sondern auch eine kausale Therapie eingeleitet werden kann, wie der Verfasser darstellt. Der Hauptwert des Buches in der heutigen Zeit scheint mir aber darin zu liegen, daß Dittmar zeigt, wie man mit den einfachsten Mitteln der Inspektion und Palpation wichtige diagnostische Hinweise für die Erkrankung der inneren Organe bekommen kann. Bei einer Neuaufgabe wäre die Vermeidung der vielen Fremdbezeichnungen allerdings wünschenswert, die das Lesen erschweren.

Prof. Dr. Heiss

Dr. med. habil. Heinz Sack: „Innere Sekretion.“ Verlag H. H. Nölke, Hamburg, 105 S., brosch. DM 5.40, Halb. DM 6.90.

Die Aufgabe des Verfassers, dem Studenten und dem praktischen Arzt einen kurzen Überblick über die Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion zu geben, ist gut erfüllt. Auf möglichst gesichertem und übersichtlichem Weg wird der Lernende so geführt, daß er sich in der Praxis auf diesem verworrenen Gebiet selbst zurechtfinden kann. Und das ist viel wert!

Dr. Gerber

Prof. Dr. Walther Krantz, Göttingen: „Psoriasis vulgaris.“ Verlag H. H. Nölke, Hamburg, 82 S., DM 4.50.

Das kleine Werk bringt auf seinen 82 Seiten eine knappe und doch erschöpfende Darstellung alles Wissenswerten über die Psoriasis. Aus der Erörterung der einzelnen Probleme spricht die sehr große Erfahrung und tiefe Erkenntnis des Verfassers, welcher mit erfrischender Offenheit gesteht, daß unsere Kenntnis dieser relativ häufigen Hauterkrankung leider noch sehr dürftig ist. Auch bezüglich der Therapie weicht das Buch insofern von den übrigen dermatologischen Lehrbüchern ab, als Verf. den Optimismus nicht teilt, der dort im allgemeinen unseren therapeutischen Maßnahmen entgegengebracht wird. Die Lektüre des sehr anregend geschriebenen Buches kann jedem Arzt, welcher sich mit der Psoriasis und deren Behandlung befaßt, bestens empfohlen werden.

Dr. Cades

Dozent Dr. Ludwig Rathcke, Gießen: „Die Nachoperationen am Gallensystem, ihre Gründe und Vermeidung.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1949, 74 S., geh. DM 5.80.

Für ein kurzes Referat ist die Arbeit von Rathcke nicht geeignet, da sie an sich schon die Problemstellungen in der Gallenchirurgie in konzentrierter Form bringt.

Im ersten Teil werden die einzelnen, heute üblichen Operationsverfahren am Gallensystem geschildert (Cholezystosto-

mie, Cholezystektomie, Choledochotomie mit Versorgung durch T-Rohr, T-Rinne, einfachem Katheter oder primärer Naht, Anastomosen zwischen Gallenblase bzw. Gallengang mit Magen oder Darm). Es wird darauf hingewiesen, daß in vielen Fragen noch keine Einigkeit erzielt werden konnte. Als Ursache der Nachbeschwerden werden besprochen: Adhäsionen (die nur einen ganz geringen Bruchteil der Nachbeschwerden ausmachen), die chronische Appendizitis, die Gallenblasenregeneration, die Steinrezidive (häufiger durch übersehene Steine als durch neugebildete), die Choledochusstenose, die Gallenfistel, die Choledochusverletzungen, die Drüsen entlang dem Choledochus, die häufigen Nachbeschwerden bei Entfernung von steinlosen Gallenblasen, die Cholangitis, die Hepatitis, der Sphinkterkrampf und die Dyskinesien.

Die Cholangiographie während der Operation nach Mirizzi und vor Entfernung einer Choledochusdrainage wird wärmstens empfohlen, um zurückgebliebene Steine oder Stenosen im Choledochus nicht zu übersehen.

Immer wieder wird darauf hingewiesen, daß in erster Linie die Frühoperation in der Lage ist, die Nachbeschwerden nach Gallenoperationen zu verbessern. Unter Frühoperation wird nicht die Operation im akuten Anfall verstanden, sondern die Operation in einem Zustand, in dem die Erkrankung noch nicht über die Gallenblase und den Ductus cysticus hinausgegangen ist und zu Veränderungen an den Gallengängen, Leber und Pankreas geführt hat.

Im 2. Teil werden die Beobachtungen an der Gießener Klinik in den letzten 50 Jahren (7500 Eingriffe am Gallensystem mit 350 Nachoperationen) zusammengestellt. Die daraus gewonnenen Erfahrungen sind außerordentlich lehrreich.

Jeder Chirurg sollte das dünne, aber sehr inhaltsreiche Buch gründlich studieren.

Dr. O. Sigel

Dozent Dr. Dr. Herbert Harnisch: „Die Chemotherapie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.“ Verlag Carl Hanser, München, 59 S., kart. DM 5.—.

Im ersten Teil der vorliegenden kleinen Schrift werden die Sulfonamide abgehandelt. Nach allgemeinen Ausführungen über Theorie und Mechanismus der Sulfonamidwirkung wird auf die Verwendungsmöglichkeit der Sulfonamide in der Zahnheilkunde eingegangen, die vor allem auf dem Gebiet der chirurgischen Infektionen liegt. Mit Recht ist der Verfasser in der Sulfonamidbehandlung des infizierten Zahnwurzelkanals und in der Behandlung von dentalen Infektionsherden sehr zurückhaltend. Er bezweifelt auch den Wert des sogenannten Streuschutzes durch Sulfonamide bei der Herdsanierung. Verschiedene Sulfonamid-Präparate sind mit ihrem Indikationsbereich kurz beschrieben.

Im zweiten Teil bespricht der Verfasser die heute gebräuchlichen Antibiotica, vor allen Dingen das Penicillin. Er erörtert die therapeutischen Möglichkeiten in der Zahnheilkunde, zieht Vergleiche zwischen Penicillin- und Sulfonamidwirkung und betont, daß das Indikationsgebiet im Bereich der Zahnheilkunde relativ klein ist.

Das Büchlein, das sich zwar ausgesprochen an den Zahnarzt wendet, hat auch für den Arzt Interesse, weil die fast unübersehbare Literatur über Sulfonamide und Antibiotica gründlich und geschickt zusammengefaßt und übersichtlich dargeboten wird.

Dr. Dr. Rheinwald

Willy Geier: „Umkehr und Erneuerung.“ Verlag Zahnärztliche Welt, Konstanz, 70 S., brosch. DM 2.20.

Geier rollt in der vorliegenden sozialetischen Studie mannigfache Probleme der Zahnheilkunde auf, die zum Teil auch die Soziologie der Allgemeinmedizin eng berühren. Die künftige Entwicklung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstandes ist weitgehend von der künftigen Gesellschaftsordnung abhängig. Geier erörtert die Möglichkeiten der berufsständischen Entwicklung, deren eine in einer Zentralisierung der zahnärztlichen Behandlung in vom Staat einzurichtenden Ambulatorien besteht. Die andere Möglichkeit wäre die Schaffung von „Sprengelzahnärzten“, die jeweils in einem zugewiesenen Bezirk praktizieren müßten und gleichfalls unter staatlicher Kontrolle stünden. Die Nachteile, die in einer drohenden Verstaatlichung liegen, werden ausführlich erörtert. Um der Verstaatlichung zu entgehen, schlägt Geier vor, daß die Standesorganisationen die Sozialisierung des Berufes, die unaufhaltsam ist, selbst in die Hand nehmen. Geier sieht die Grundlage der künftigen Zahnheilkunde in einer auf breiter Grundlage aufzubauenden Schulzahnpflege. Im II. Teil seiner Arbeit bespricht Geier die Folgen, die sich für den zahnärztlichen Stand aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahrzehnte ergaben. Er setzt sich besonders mit der Herdinfektionslehre auseinander. Das Problem der Wurzelkanalbehandlung, das unter dem Gesichtswinkel der Herdinfektion sehr umstritten ist, versucht Geier dadurch zu lösen, daß er in der Allgemeinpraxis die Wurzelkanalbehandlung überhaupt vermeiden haben will und sie nur Spezialisten und wissenschaftlichen Instituten vorbehält. Er glaubt, dieses Ziel durch Einbau entsprechender Verordnungen in die Abkommen der Sozialversicherung erreichen zu können. Der Standpunkt, der heute in der Zahnheilkunde vorherrschend ist, daß durch eine Wurzelkanalbehandlung dem Patienten, auf die Zukunft gesehen, bewußt Schaden zugefügt wird, zwingt zur Besinnung und Umkehr. Ob die Erneuerung auf den von Geier angedeuteten Wegen möglich ist, kann erst die Zukunft weisen.

Die Arbeit von Geier ist für jeden Arzt und Zahnarzt, der an der Standesentwicklung interessiert ist, lesenswert. Geier erörtert die Probleme mit großem Freimuth, wenn auch manches zur Kritik herausfordert. Nur aus der Kritik kann sich für die Zukunft des Standes Fruchtbare entwickeln. Der Schrift ist weiteste Verbreitung zu wünschen.

Dr. Dr. Rheinwald

Philipp Stöhr: „Das Zentralnervensystem.“ (Umriss zum Einzeichnen des Faserverlaufs.) Ferdinand Dümmlers Verlag Bonn 1949, 79 S., 63 Abb., DM 2.20.

Seit langem schon hat es sich auf verschiedenen deutschen Anatomien (so auch in Tübingen) eingebürgert, zur Erleichterung des Nachzeichnens in den Vorlesungen gewisse Umriss- der wichtigsten Zeichnungen in vervielfältigten Vorlagen an die Studierenden zu verteilen, wodurch einerseits eine Gewähr für die Richtigkeit der grundlegenden Proportionen gegeben ist und andererseits das für die Einprägung der anatomischen Formen so wichtige Nachzeichnen sehr erleichtert wird. — Im vorliegenden Druckheft hat nun der Bonner Anatom Ph. Stöhr die von ihm in seiner Vorlesung für das Zentralnervensystem benutzten Umrisszeichnungen in handlicher Weise zusammengestellt, in die sich während der Vorlesung der Verlauf der wichtigsten Nervenbahnen leicht eintragen läßt.

Prof. W. Jacoby

## Bekanntmachungen

### Tage der Besinnung für Ärzte

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.

Hauptthemen:

Der Leistungsgedanke als Flucht vor dem Menschsein  
Redner: Dr. med. Bovet, Zürich

Sexualnot

Redner: Dozent Dr. habil. Ernst Speer, Lindau

Christliche Sexualpädagogik

Redner: Prof. D. Piper, Princeton, USA

Das Gespräch der Fakultäten über Freiheit und Verantwortung des Menschen

Redner: Generalsuperintendent Gerhard Jacobi, DD., Berlin

Die biblische Botschaft von der Freiheit  
Redner: Landesbischof D. Haug, Stuttgart

Gebundenheit und Freiheit der Seele  
Redner: Prof. Dr. h. c. Kretschmer, Tübingen, und Dr. med. Max Eyrych, Ebingen.

Das ausführliche Programm wird auf Anforderung von der Geschäftsstelle der Evangelischen Akademie Bad Boll bei Göppingen gerne übersandt. Anmeldungen sind an die gleiche Stelle zu richten.

## 2. Deutsche Therapiewoche Karlsruhe (Therapiekongreß) vom 2.—10. September 1950

Themen:

Kleine Chirurgie und erste Hilfe  
Therapie des Kopf- und Gesichtsschmerzes  
Begriffsbestimmung und Therapie des sogenannten Myocardschadens  
Therapie der Obstipation und Diarrhoe  
Allgemeiner Tag mit therapeutischen Themen aus verschiedenen Fachgebieten.

Ausgedehnte Diskussion, freie und anonyme Diskussion durch Zettelfragen an die Referenten.

Anmeldungen und Anfragen an Kongreß- und Quartierbüro, Karlsruhe, Kaiserallee 30, Telefon 390.

Anmeldungen von Vorträgen und Vormerkungen zur Diskussion II. Med. Klinik, Karlsruhe, Moltkestr. 18, Telefon 5430, Apparat 334.

Verbandskongreß und Mitglieder-Generalversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Deutsche Heilmittel-Ausstellung 1950

Große Fachschau der pharmazeutischen, elektromedizin. und apparativen Industrie, allgem. Krankenhausbedarf, Heilbäder, wissenschaftl. Buchhandel.

2. bis 10. September 1950.

Anfragen an Ausstellungsleitung Kaiserallee 30, Tel. 390.

Telegramme: Therapiekongreß, Chefärzterverband, Heilmittelmesse.

## Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie in Braunschweig am 15.—18. September 1950

Tagesordnung  
(wissenschaftlicher Teil)

Freitag, den 15. September 1950

**Traum-Analyse** (u. a. Referate von Dr. Schultz-Hencke, Berlin; Dr. med. Bash USA, zur Zeit Zürich; Dr. med. Boehm, Berlin; Priv. Doz. Dr. med. C. A. Meier, Zürich.)  
Abends öffentlicher Vortrag über das Thema „Angst und Hemmung als Krankheitsursache“.

Samstag, den 16. September 1950

**Organ-Neurosen** (u. a. Referate von Priv.-Doz. Dr. med. Boss, Zürich; Prof. Dr. med. Seitz, München; Dr. med. Schwidder, Berlin.)

Sonntag, den 17. September 1950

Montag, den 18. September 1950

**Das entwurzelte Kind** (u. a. Referate von Priv.-Doz. Dr. Bovet, Lausanne; Dr. Sellmann, München; Laiblin, Stuttgart.)

18. 9. Abends öffentlicher Vortrag: Das nervöse und schwer erziehbare Kind.

### Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat September 1950 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Stadt, Krankenanstalten, Karlsruhe, Moltkestr. 18, folgende Vorträge statt:

Freitag, 22. September 1950, 20 Uhr

**Prof. Dr. Druckrey, Freiburg:** „Probleme der Krebsentstehung und des Krebswachstums“.

Freitag, 29. September 1950, 20 Uhr

**Dr. Vonwiller, Zürich:** „Neue Einblicke in die Feinstruktur und Funktion menschlicher Gewebe durch spezielle Färbemethoden und vitale Beobachtungen“, zu denen ich freundlichst einlade.

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

### Tb-Fortbildungskurs für praktische Ärzte

In der Zeit vom 2.—7. Oktober 1950 findet in Schömburg, Kreis Calw, ein Tb-Fortbildungskurs für praktische Ärzte statt. Nähere Auskunft gibt die Kurverwaltung.

### Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie

Die Studiengesellschaft für praktische Psychologie (Geschäftsstelle Bad Pyrmont/Löwensen) hält vom 27. bis 29. Oktober 1950 in Bad Pyrmont ihre sechste Tagung ab. Das Rahmenthema:

„Die Frau in der heutigen Zeit“

wird gemäß der Aufgabe der Gesellschaft, die praktische Psychologie der Arbeit aller Fakultäten nutzbar zu machen, von Vertretern der verschiedenen Disziplinen in Referaten behandelt werden.

Das ausführliche Programm mit Angabe der Referenten und ihrer Themen wird auf Wunsch übersandt.

### Lehrgang für Ärzte zur Erlangung der Befähigung für die Anstellung als beamteter Arzt

Der 3. Lehrgang für Amtsärzte wird vom Landesgesundheitsrat von Rheinland-Pfalz in der Zeit vom 1. November 1950 bis 1. Februar 1951 (Weihnachtsferien vom 22. Dezember 1950 bis 10. Januar 1951) bei der medizinischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz abgehalten.

Voraussetzungen der Zulassung zum Lehrgang sind:

1. Qualifikation des Bewerbers zur Bekleidung eines öffentlichen Amtes,
2. Deutsche Staatsangehörigkeit,
3. Approbation als Arzt gemäß § 76 Abs. 4 der geltenden Bestallungsordnung vom 17. Juli 1939,
4. Zahlung der Teilnehmergebühr von 200 DM (Erlaß oder Ermäßigung kann grundsätzlich nicht erfolgen).

Da die Zahl der Ausbildungsplätze in den praktischen Ausbildungslehrgängen begrenzt ist und die nach §§ 6—10 der Prüfungsordnung für Amtsärzte geforderten wissenschaftlichen Ausarbeitungen für die schriftliche Prüfung rechtzeitig bekanntgegeben werden müssen, ist baldige Anmeldung notwendig.

Meldeschuß 1. September 1950 endgültig.

Anmeldungen sind zu richten an den Herrn Vorsitzenden des Landesgesundheitsrates in Koblenz, beim Ministerium für Inneres und Wirtschaft — Abteilung Gesundheitswesen.

### 25jähriges Jubiläum des Hippokrates-Verlages Marquardt & Cie., Stuttgart

Der Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, feiert am 19. September 1950 den Tag seines 25jährigen Bestehens.

Der Verlag hat sich die Aufgabe gestellt, durch seine Veröffentlichungen den Gedanken einer Ganzheitsmedizin im Sinne einer Synthese aller medizinischen Richtungen zu verwirklichen und die naturgemäßen Heilmethoden, vor allem die Homöopathie, zu fördern.

Von den Zeitschriften des Verlages sind „Der Landarzt“, ein Blatt für ärztlichen Meinungsaustausch, und vor allem die Zeitschrift für praktische Heilkunde „Hippokrates“ hervorzuheben.

**Sozialversicherungswissenschaftliche Tagung**

Vom 5.—8. Juli 1950 fand in Wilhelmshaven-Rüstersiel eine sozialversicherungswissenschaftliche Tagung der „Hochschule für Arbeit, Politik und Wirtschaft“ statt. Zum ersten Male an einer deutschen Hochschule trafen dort Wissenschaftler und Politiker zur Erörterung der Probleme der Sozialversicherung zusammen. Der 3. Tag war der Stellung des Arztes in der Sozialversicherung gewidmet. Den Standpunkt der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern legte Dr. Hess, Nauheim, dar.

**Diebstahl eines Ultrakurzwellen-Bestrahlungsapparates**

In der Nacht vom 19./20. Juli 1950 entwendeten unbekannte Täter aus dem Güterschuppen des Bahnhofes Ellwangen/Jagst aus dem Versandkarton heraus einen Ultrakurzwellen-Bestrahlungsapparat Marke „Cyclotherm“, Fabriknummer 3155, Größe 27×27×40 cm, Type K, 220—250 Volt. Hersteller: Unger GmbH., München-Pfaffenhofen/Ilm, Hohenwarter Str. 5. Die für den Gebrauch unerläßlichen Zubehörteile ließen die Täter zurück.

Das Polizeiamt Ellwangen/Jagst bittet um Benachrichtigung, wenn der Apparat zum Verkauf angeboten wird.

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

**Ausschreibung von Kassenarztsitzen**

Die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) geben bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten je ein Kassenarztsitz für einen prakt. Arzt zu besetzen ist:

Aalen  
 Steinheim/Murr, Kreis Ludwigsburg  
 Ulm a. D.

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

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

**6. Abgeordnetenversammlung  
 der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle  
 Württemberg  
 am 19. Juli 1950**

1. Präsident Dr. Neuffer gibt zunächst einen Überblick über die augenblickliche berufliche und wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft und spricht dabei die Hoffnung aus, daß die außerordentlich ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse bald wenigstens insoweit gebessert werden, als die Ärzteschaft über das allgemeine Maß hinaus belastet ist. Mehr erwarte die Ärzteschaft einstweilen nicht.

In seinem anschließenden Bericht über die 14tägige Eng-landreise einer deutschen Ärztedelegation hebt er besonders die betont freundliche Aufnahme hervor, die die deutschen Ärzte überall in England gefunden haben.

2. Auf Grund der noch gültigen Bestimmungen der Satzung der KVD beschließt die Versammlung die Bildung eines Disziplinausschusses. Dafür werden gewählt: Als Vorsitzender Kollege Dr. Knospe, Eßlingen, als sein Stellvertreter Kollege Dr. Bissinger, Sindelfingen, als ärztlicher Beisitzer Kollege Dr. Jerg, Wendlingen und als dessen Vertreter Kollege Dr. Manz, Waiblingen. Rechtskundiger Beisitzer: Regierungsrat Dr. jur. Haug, Stuttgart, Stellvertreter: Staatsanwalt Dr. Kohlhaas, Stuttgart oder Landesrat a. D. Dr. jur. Schimmelpfennig, Heidelberg. Einspruchsinstanz ist der Gesamtvorstand der Landesstelle unter Zuziehung eines Rechtskundigen mit beratender Stimme.

3. Das Diason-Institut für elektro-physikalische Therapie in Stuttgart war der KV zum Kauf angeboten worden. Aus grundsätzlichen Erwägungen lehnt die Versammlung die Erwerbung und den Betrieb in eigener Regie ab.

4. Auf Vorschlag der Honorarkommission und nach Anhörung eines Vertreters der Fachgruppe der Orthopäden

wird die Unkostenvergütung je RVO-Behandlungsfall auf 2 DM erhöht.

5. Nach längerer Diskussion wird das Fallpauschale der Dermatologen neu festgesetzt. Es beträgt nunmehr 7 DM unter Einschluß der Vergütung für Lueskuren. Bei den anderen Kassenärzten werden Salvarkuren neben dem jeweiligen Fallpauschale gesondert honoriert.

6. Ein Antrag der Kreisärzteschaft Eßlingen mit zahlreichen Änderungsvorschlägen zur Honorarverteilung wird der Honorarkommission zur Prüfung und Bearbeitung überwiesen.

7. Die Stellungnahme der Kreisärzteschaften zu der schon mehrfach erörterten Frage der Kinderzulagen war ganz und gar uneinheitlich, so daß die Abgeordneten-Versammlung sich nicht entschließen konnte, eine bestimmte Entscheidung zu treffen. Die Ärzteschaften sollen erneut gebeten werden, zu dem Vorschlag Stellung zu nehmen, wonach für jedes minderjährige Kind 10 DM monatlich zugestanden, evtl. aber nur auf Antrag tatsächlich gezahlt werden sollen. Dabei würde erwartet, daß von gut gestellten Kollegen kein Auszahlungsantrag gestellt wird.

8. Die ordnungsgemäß von einem Wirtschaftsprüferbüro geprüfte und nicht beanstandete Jahresabrechnung 1949 wird nach kurzer Aussprache genehmigt und Vorstand und Geschäftsführung einstimmig Entlastung erteilt.

9. Der Landesstelle ist zum käuflichen Erwerb ein Grundstück angeboten worden. Es wird eine Kommission sachkundiger Kollegen eingesetzt, um das Angebot zu prüfen, insbesondere zu prüfen, ob es zweckmäßiger und vorteilhafter ist, wieder ein eigenes Ärztehaus zu benutzen oder die laufenden, nicht unerheblichen Mietausgaben mit Nebenkosten aufbringen zu müssen.

10. Kollege Dr. Benz berichtet über die laufenden Verhandlungen mit den Kassenverbänden. Ab 1. Juli 1950 fallen bei den Angestellten-Ersatzkassen die bisherigen Abschläge weg, so daß die Einzelleistungen jetzt nach vollen Ersatzkassen-Adgo-Sätzen honoriert werden, während bei den finanziell schlechter stehenden Arbeiter-Ersatzkassen gewisse Abschläge vorerst noch bestehen bleiben müssen.

Dr. Hämmerle, Kornwestheim  
 Schriftführer

**Ärztliches Forum in Ulm a. D. am 22. Juli 1950**

Geladen waren diesmal neben den Vorständen der Ärztekammer und der KV und den Vorsitzenden der Kreisärzteschaften auch die Kollegen aus den Kreisärzteschaften Ulm und Neu-Ulm mit ihren Damen. Der Besuch war trotz sommerlicher Hitze sehr zahlreich, die Aussprache lebhaft und ergiebig; sie wurde mit großer Aufmerksamkeit von allen Anwesenden verfolgt.

Nach Begrüßung durch die Herren Präsident Dr. Neuffer und Dr. Busch, den Vorsitzenden der Kreisärzteschaft Ulm, referierten die Herren Prof. Dr. Dietrich und Prof. Dr. Reichenmiller über die Notwendigkeit, Krebsberatungsstellen einzurichten. Die Krebserkrankungen spielen absolut und relativ eine immer größere Rolle. Die Menschen sind beunruhigt und erwarten deshalb etwas von uns Ärzten. In anderen Ländern sind bereits Krebsberatungsstellen eingerichtet. — Von einigen der anwesenden Ärzte wurde demgegenüber die Befürchtung

geäußert, solche Einrichtungen würden die Tätigkeit des praktischen Arztes weiter einengen und Bürokratismus und unpersönlichem Ambulanzbetrieb die Wege ebnen. Präsident Dr. Neuffer, ursprünglich selbst skeptisch, begrüßt es dankbar, daß das Innenministerium der Ärzteschaft die Initiative überlassen habe. Es komme nun darauf an, die erkannte Aufgabe in kurzer Zeit richtig zu meistern. Die vorbereitenden Arbeiten müssen mit aller Energie vorangetrieben werden.

Anschließend sprach Dr. Neuffer über die Bildung des Präsidiums des Deutschen Arztes, das nun so umfassend wie möglich sei, sowie über den bevorstehenden 53. Deutschen Arztes und die Bemühungen, in Ausschüssen und parlamentarischen Abenden Aufschluß über die Anliegen der Ärzteschaft zu geben. In seinem inhaltsreichen Querschnitt durch die Arbeit der ärztlichen Organisationen entstand ein lebendiges Bild von den zahlreichen Aufgaben, vor die sich die ärztlichen Vertretungen gestellt sahen. Gestreift wurde u. a. die Beratung eines Heilpraktikergesetzes und die Mitarbeit an dem Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ist leider immer noch nicht Tatsache geworden und verzögert sich auch noch weiterhin. — Die Zeitschrift „Du und die Welt“, herausgegeben vom Eigenverlag der Ärzteschaft, sollte in keinem Wartezimmer fehlen. Sie kommt dem immer wieder geäußerten Bedürfnis entgegen und soll immer besser ausgestaltet werden. Mitarbeit erbeten.

Eine freie, allgemeine Aussprache — der Hauptzweck eines Forums — führte sodann kreuz und quer durch das ganze Gebiet vor allem der kassenärztlichen Tätigkeit: Genehmigungspflicht für ambulante Sachleistungen, konsiliarärztliche Tätigkeit, Zulassungsquote, Überweisungsscheine, Vertretungsscheine, ärztliche Rechnungsprüfung, Prüfungsabstriche, wirtschaftliche Arzneiverordnungsweise — das sind einige der aufgeworfenen Themen.

An Stelle einer Damenrede wurde unter dem Beifall der anwesenden Kollegen von Herrn Präsident Neuffer den Arztfrauen für ihre stille Mitarbeit und Entsagungsbereitschaft gedankt, die den Kollegen die Arbeit im Beruf erleichtert und im Dienste der Berufsorganisation erst ermöglicht. Ein Essen à la carte — auf eigene Kosten des einzelnen — unter schattigen Bäumen und gemütliches Beisammensein im hereinbrechenden Abend beschloß das wohlgelungene Forum, für dessen gute Organisation der Kreisärzteschaft Ulm und ihrem liebenswürdigen Vorsitzenden der Dank aller Teilnehmer gebührt.

Dr. Hämmerle, Kornwestheim

### Befugnisse der Hebammen

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, gibt mit Erlaß vom 30. Juni 1950, Nr. X 2497, bekannt:

„I. Mit Erlaß vom 24. September 1947, Nr. X 2708, wurden die Gesundheitsämter darauf hingewiesen, daß den Hebammen nach wie vor die Befugnis zur Verabreichung von Medikamenten und Spritzen im Rahmen des § 41 der Dienstordnung für die Hebammen belassen werden solle. Darin ist vorgesehen, daß die Hebammen zur Abwendung einer ersten Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Gebärende oder das Kind oder die Wöchnerin in den Fällen, in denen auch fernmündlich ein Arzt nicht erreichbar ist, folgende Arzneimittel anwenden dürfen:

1. Bei vorzeitigem Blasensprung ohne Wehen nach Ablauf von 12 Stunden 3—4mal 0,1 g Chinin mit einstündiger Pause.
2. Bei Blutungen in der Nachgeburtzeit:
  - a) vor Ausstoßung der Placenta eine Einspritzung von 1 ccm Orasthin oder Myopituitan;
  - b) nach Ausstoßung der Placenta eine Einspritzung von  $\frac{1}{2}$  ccm Gynergen oder 1 ccm Neogynergen.

Diese Einspritzungen sind in jedem Fall subkutan vorzunehmen. In allen Fällen, in denen die Hebamme diese erwähnten Arzneimittel verabfolgt hat, hat sie den behandelnden Arzt sobald wie möglich über die vorgenommenen Maßnahmen zu unterrichten und dem Amtsarzt einen schriftlichen Bericht mit Begründung zu erstatten.

Es wird immer wieder die Beobachtung gemacht, daß manche Hebammen Wehenmittel in der Eröffnungs- und Aus-

treibungszeit ohne Anwesenheit des Arztes spritzen. Derartige Maßnahmen sind unstatthaft und gefährlich.

II. Nach dem Runderlaß des RmDl. vom 30. Oktober 1939 in der Fassung vom 2. Juli 1940 (RMBliV. 1939 S. 2251 und RMBliV. 1940 S. 1438) waren den Hebammen erweiterte Befugnisse eingeräumt, u. a. auch unter bestimmten Bedingungen die Vornahme der seitlichen Dammspaltung. Dieser Erlaß tritt mit sofortiger Wirkung außer Kraft.

III. Eine vaginale Untersuchung bei Schwangeren, insbesondere nach der 36. Woche und bei Gebärenden ist nach § 31 der Dienstordnung für Hebammen auf die notwendigsten Fälle zu beschränken. Jede innere Untersuchung ist unter Angabe der Gründe, weshalb sie vorgenommen wurde, in das Tagebuch einzutragen. Bei einer Wöchnerin darf die Hebamme niemals eine innere Untersuchung vornehmen.“

### Kinderlähmung

Das Gesundheitsamt Stuttgart hat am 27. 7. 1950 alle Ärzte der Stadt durch Wurfsendung mit Folgendem bekanntgemacht. Da auch auf dem Lande nunmehr Fälle von Kinderlähmung aufgetreten sind, halten wir es für richtig, einem weiteren Kreis von Kollegen von den Stuttgarter Richtlinien Kenntnis zu geben.

Aus den Kreisen der Ärzteschaft Stuttgart gelangen täglich Anfragen an uns über Kinderlähmungsfälle, über Behandlung solcher Fälle, über Abspermaßnahmen usw.

Das Gesundheitsamt geht davon aus, daß die Ärzte die entsprechenden Berichte in den Tageszeitungen — so auch den Bericht über den Vortrag im Gemeinderat — Sozialabteilung vom 24. Juli 1950 — gelesen haben und faßt das Wissenswerte noch einmal folgendermaßen zusammen:

Nach längerer Pause ist es in diesem Jahr wieder zu einer Anhäufung von Kinderlähmungsfällen gekommen, und zwar begannen diese Erkrankungsfälle bereits im Juni, nachdem ein Fall im Monat Mai aufgetreten war. Der Juni brachte dann 5 Erkrankungsfälle, der Juli bis heute 26 Fälle. Inzwischen sind 4 Personen gestorben, darunter 3 Kinder und eine Erwachsene. Die Fälle sind sehr unterschiedlich: Wir haben sehr leichte Fälle, bei denen die Lähmungen rasch zurückgehen, mittelschwere Fälle und sehr schwere Fälle. Im Vordergrund bei diesen stehen meningitische Reizerscheinungen und Atemlähmungen. Ein Fall verlief so akut, daß das Kind in den ersten 24 Stunden zu Hause starb und die Diagnose erst durch die Sektion gestellt werden konnte. — Bekanntlich laufen neben den eigentlichen Erkrankungsfällen zahlreiche Fälle her, die unter dem Bild einer Grippe oder ähnlicher Infektionen auftreten, tatsächlich aber larvierte Kinderlähmungserkrankungen sind, deren Nachweis nur durch Untersuchung der Lumbalflüssigkeit möglich wäre. — Der größte Teil der Bevölkerung wird mit der Kinderlähmung ohne weiteres fertig, nimmt wahrscheinlich die Erreger auf, ohne zu erkranken und durchläuft den Prozeß der stillen Feiung.

Man nimmt an, daß das Virus — nachdem eine größere Anzahl von Erkrankungsfällen in der Stadt aufgetreten ist — sozusagen ubiquitär wird und daß die Mehrzahl der Menschen — besonders aber die in der Umgebung von Erkrankungsfällen — als Virusträger anzusehen sind.

Da man diese Virusträger nicht nachweisen kann, so ist es besonders schwierig, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Wir bemühen uns, unnötige Beunruhigungen zu vermeiden und doch das Notwendige zu tun.

Die Aufnahme der Patienten in die entsprechenden Krankenhäuser, nämlich für Erwachsene Rudolf-Sofien-Stift, für Kinder Städt. Kinderklinik Abt. Rommelshausen, erscheint unerlässlich, haben doch nur diese Abteilungen die entsprechenden Geräte, um bei der besonders gefürchteten Atemlähmung sofort Hilfe bringen zu können. Sie verfügen über eiserne Lungen und Atemhilfsgeräte. Schon deswegen wird kein praktizierender Arzt die Verantwortung für die Behandlung eines Kinderlähmungskranken in der Wohnung übernehmen können — abgesehen von der seuchenpolizeilichen Situation.

Nach der Meldung besucht ein Arzt des Gesundheitsamts die Familien, in denen ein Kinderlähmungsfall vorgekommen ist und erteilt die erforderlichen Auflagen, die bis zu dem Zeitpunkt gelten, an dem die endgültig anzuordnenden Schutzmaßnahmen, die das Amt für öffentliche Ordnung auf Antrag des Gesundheitsamts ausspricht, eingehen. Diese Maßnahmen

bestehen in einem Arbeitsverbot für 14 Tage für beide Eltern, sowie die berufstätigen Familienangehörigen, im Verbot des Besuchs einer Schule, eines Kindergartens für die gesunden Kinder dieser Altersstufen, eventuell in weiteren Maßnahmen, wie sie der einzelne Fall nötig macht. In bezug auf die Kinderlähmung ist bei jedem Beruf von Familienangehörigen das Arbeitsverbot auszusprechen. Besonders gefährlich ist auch die Anwesenheit einer Werkstatt des Vaters im Hause oder gar in der Wohnung, zum Beispiel ist es bekannt, daß durch angefertigte Gegenstände: Spielsachen, Kleider usw. die Krankheit weiter verbreitet werden kann. Die Eltern und Familienangehörigen erhalten die Auflage, sich nach 14 Tagen — nach erfolgter Einweisung des Patienten — auf dem Gesundheitsamt vorzustellen. Erst wenn sich dann herausstellt, daß keines von ihnen inzwischen an Erscheinungen erkrankt ist, die den Verdacht auf eine Kinderlähmung lenken, werden die erlassenen Verbote aufgehoben.

Es wäre eine große Hilfe für uns, wenn die Beratung der Familien von Kinderlähmungskranken vom Hausarzt gleich in der später vom Gesundheitsamt durchzuführenden Art vorgenommen werden könnte. Die entsprechenden Auflagen folgen in jedem Fall nach. Wir tun sehr viel leichter, wenn der Hausarzt bereits auf diese Dinge hingewiesen hat.

Da es für die Ärzte von großer Bedeutung ist, eine der hauptsächlichsten Maßnahmen zu kennen, die das Gesundheitsamt angeordnet hat, so seien diese hier aufgezählt:

Es wird von jeder Verschickung von Kindertransporten aus Stuttgart in solche Heime abgesehen, die außerhalb Stuttgarts liegen und auch von Kindern, die nicht in Stuttgart wohnen, besucht werden.

Wir rieten den Verbänden ab von der Abhaltung größerer Sportveranstaltungen mit Stuttgarter Kindern und Jugendlichen, ebenso von der Durchführung von Zeltlagern wegen der Gefahr der oft damit verbundenen Erkältungen.

Wir beschränken unsere Waldheime in diesem Jahr auf den Besuch durch die Stuttgarter Kinder, schicken keine Kinder in auswärtige Waldheime und nehmen keine Kinder von auswärts in Stuttgarter Waldheimen auf. Darüber hinaus rieten wir den Vertretern der Verbände an, den Betreuern der Kinder in Waldheimen Anweisungen zu geben, von sportlichen Überanstrengungen, langen Sonnenbädern abzusehen und die Kinder tunlichst vor starker Abkühlung und Durchnässung zu bewahren.

Wir haben in keinem Fall eine Schule geschlossen, weil wir davon ausgehen, daß die Kinder am sichersten in ihrem gewohnten Milieu verharren, das war auch der Grund, warum wir uns entschlossen, die Waldheime öffnen zu lassen.

Alle Schutzimpfungen wurden ausgesetzt, um jeden Reiz im Organismus zu vermeiden.

Was die allgemeinen Ratschläge angeht, die wir der Bevölkerung durch die Presse erteilten, so lassen sie sich dahin kurz zusammenfassen:

Vermeidung von Überanstrengungen, Vermeidung von Erkältungen, Beachtung jeder banalen Infektion, Vorkrankheit und Zuziehung des Arztes zu allen solchen Fällen. Hierher gehört auch die Vermeidung des Klimareizes durch Reisen. Es ist immer wieder von Kinderärzten darauf hingewiesen worden, daß die Gefahr einer Auslösung der Erkrankung beim disponierten Menschen durch jeden Eingriff in das Körpergeschehen gesteigert wird. Hierher gehören Klimaveränderungen, starke Milieuveränderungen, Operationen. Diese sollte man nur durchführen, soweit sie nicht verschoben werden können.

Auf die Bedeutung der Fliegenbekämpfung wurde hingewiesen.

Besonders wichtig erscheint es, die Bevölkerung im seelischen Gleichgewicht zu halten und jede unnötige Beunruhigung zu vermeiden. Der Einfluß der seelischen Disharmonie auf die Auslösung von Infektionskrankheiten ist bekannt, besonders aber bei der Kinderlähmung.

Größere Abspermaßnahmen nach außen wurden bisher nicht erwogen, da der Verlauf zahlreicher Epidemien gezeigt hat, daß diese meist illusorisch und oft unnötig sind. Wir behalten uns selbstverständlich solche Maßnahmen noch vor für den Fall, daß es wirklich zu einer bedrohlichen Situation kommen sollte.

Verschiedene Ärzte haben uns gebeten, ihnen die jeweiligen Zahlen der Kinderlähmungen und ihre Verteilung im Stadtgebiet bekanntzugeben. Es ist dafür Sorge getragen, daß für den Arzt auf dem zuständigen Polizeirevier die Zahlen und

Standorte der Erkrankungsfälle für seinen Stadtteil aufliegen. Dort kann der Arzt jederzeit Einsicht nehmen.

Wir bitten alle Kollegen, uns in unseren Bemühungen zu unterstützen.

### Bekanntgabe ärztlicher Gutachten durch das Oberversicherungsamt

Das Oberversicherungsamt ist als Sozialversicherungsgericht verfahrensgemäß verpflichtet, dem Kläger bzw. beiden Streitparteien die eingeholten ärztlichen Gutachten und Atteste bekanntzugeben. Diese Pflicht zur Bekanntgabe des Beweisergebnisses findet nur insofern eine Einschränkung, als den Klägern nicht solche ärztliche Feststellungen bekanntgegeben werden sollen, deren Kenntnis für den Gesundheitszustand des Patienten von nachteiliger Wirkung sein könnten.

Das Oberversicherungsamt kann indessen eine Stellungnahme des Arztes über das Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit dann vertraulich behandeln, wenn der Arzt dies in einem Anschreiben besonders zum Ausdruck bringt. Das gleiche gilt für sonstige persönliche Bemerkungen des Arztes über den Patienten.

Das Beweismaterial im engeren Sinne (Gutachten) kann vom Oberversicherungsamt jedoch nicht geheimgehalten werden.

### Weitere Ärzte gesucht für sportärztliche Untersuchungen

Für die sportärztliche Betreuung von Jugendlichen haben sich bereits eine ganze Reihe von Kollegen zur Verfügung gestellt. Es ist jedoch das Bestreben des Landessportbundes, daß möglichst jeder Jugendliche, der an Wettkämpfen teilnehmen will, einmal im Jahr sportärztlich untersucht wird. Für diese große Aufgabe reicht die Zahl der bisher eingesetzten Kollegen nicht aus. Alle an der sportärztlichen Arbeit interessierten Kollegen werden daher gebeten, sich für die Untersuchungen zur Verfügung zu stellen. Die Untersuchungen werden mit 15.— DM für den Abend, an dem 25 Jugendliche untersucht werden, vergütet. (Dieser Betrag steht nur für Nord-Württemberg zur Verfügung.)

In denjenigen Gemeinden, in denen kein eigener Sportarzt zur Verfügung steht, sollen Wandersportärzte eingesetzt werden. Eine Behandlung der untersuchten Sportler durch diese Kollegen kommt nicht in Frage. Sie sollen in engster Fühlungnahme mit den ortsansässigen Kollegen arbeiten.

Die interessierten Kollegen werden gebeten, sich direkt mit den Vereinsleitern ihrer örtlichen Turn- und Sportvereine in Verbindung zu setzen, damit die Untersuchungen möglichst rasch durchgeführt werden können. Die Untersuchungskarten können beim Landessportbund Württemberg, Stuttgart-O, Landhausstr. 20, angefordert werden.

### Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Sportärzte

Bei der letzten Tagung der Südwestdeutschen Sportärzte wurde ein Entwurf für „Richtlinien für die sportärztliche Untersuchung“, der von Prof. Heiss ausgearbeitet worden war, durchgesprochen. Diese Richtlinien sind inzwischen den Teilnehmern zugestellt worden und können von allen interessierten Kollegen bei der Arbeitsgemeinschaft, Stuttgart-O, Landhausstr. 20, angefordert werden.

### Württ. Ärztliche Unterstützungskasse (Frisoni-Kasse) Stuttgart-O, Reitzensteinstr. 38

(Postscheck Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse)

Spendenliste

für die Zeit vom 21. Mai bis 22. Juli 1950

Burkhardt, Herrenberg, 3 × 10; Dürr, Schwäb. Hall, 3 × 10; Elsässer, O., Brackenheim, 10; Gerlach, Luise, Ilshofen, 20; Giese, Heilbronn (abgel. Honorar), 75; Göbel, Fritz, Stgt.-Frauenkopf, 10; Gramm, A., Waiblingen, 10; Haas, Ernst, Böblingen, 44; Hart, Ulm, 10; Hartmann, Herrenberg, 20; Kalbe, Hochdorf Kreis Eblingen, 10; Krause, H., Schwäb. Gmünd, 10; Krahmer, E., Künzelsau, 30; Langbein, Fr., Pfullingen, 70; Leonhard, Creglingen, 10; Lutz-Völter, Mühlacker, 15; Marquardt, W., Stuttgart, 95; Mayer, Gertrud, Illingen Kreis Vaihingen, 5; Mezger, Calw, 5; Muschallik, Höfingen, 5; Neuffer, Degerloch, 100; N. N., 5; N. N., 5; Prinzing, Fritz, Ulm, 6; Rose, Ingrid, Stuttgart, 10; Ruf, C., Professor, Stutt-

gart (abgel. Honorar), 163.50; Sauter, Fritz, Friedrichshafen, 48; Schiffmacher, Hans, Stuttgart, 15; Veit, O., Stuttgart, 20; Wacker, Hans, Bernhausen, 15; Wagner, Eblingen, 20; Wenninger, A., Dietenheim/Iller, 10.

Gesamtbetrag DM 891.50.

Der Verwaltungsrat der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse (Frisoni-Kasse) dankt für die hochherzigen Spenden, die im obengenannten Zeitraum eingelaufen sind. Es ist ihm eine besondere Freude, feststellen zu dürfen, daß seine Bitte um die Beisteuer des „Jubiläums-Pfennigs“ trotz der Nöte der Zeit nicht überhört wurde, und daß dieses Mal besonders häufig abgelehnte Kollegen-Honorare unserer Hilfskasse zugeleitet wurden.

Für den Verwaltungsrat der Frisoni-Kasse  
Dr. Wilhelm Metzger

#### Kindsaussetzung in Stuttgart

Am 31. August 1949 wurde in den Anlagen in Stuttgart beim Hauptbahnhof ein etwa 3 Wochen altes Kind männlichen Geschlechts lebend ausgesetzt. Das Kind war 51 cm groß und wog 3150 g. Das Kind ausgesetzt zu haben erscheint verdächtig die geschiedene Kontoristin Anna Ilona Bölsler geb. Standfest, geb. 2. September 1912 in Frankfurt/Main. Die Bölsler soll Ende Juli oder anfangs August 1949 im

9. Monatschwanger gewesen sein. Dies wird von ihr bestritten. Sie will die Schwangerschaft durch Umbinden von Kleidern vorgetäuscht haben.



Hat die Bölsler im Frühjahr oder Sommer 1949 einen Arzt oder eine Hebamme in Anspruch genommen? Wurde bei der Untersuchung bei ihr eine Schwangerschaft festgestellt? Eine Entbindung von der Schweigepflicht liegt vor.

Nachricht an Kripo Stuttgart — Gz. 10 — KI/1/2807/49.

## ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

#### Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenen Staatsexamen.

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

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

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

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

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

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Reutlingen	prakt. Arzt
Ebingen, Kr. Balingen	prakt. Arzt
Ravensburg	Facharzt f. Röntgenologie
Spaichingen, Kr. Tuttlingen	Facharzt f. Kinderkrankheiten

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

Kassenärztliche Vereinigung  
Württemberg-Hohenzollern  
Abt. Zulassungsausschuß

#### Ausbildungsbeihilfe für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Referendare

(Auszug aus den Bestimmungen des Innenministeriums Württemberg-Hohenzollern — Landesamt für Soforthilfe IX LA 8770/Cs.)

Gemäß obiger Verfügung wird für die Beihilfen zur Ausbildung von Ärzten im Vorbereitungsdienst folgendes bestimmt:

„I.

Für die Beihilfen kommen in Betracht:  
Ärzte in Fachausbildung oder in Vorbereitung zur kassenärztlichen Tätigkeit.

II.

Die Höhe der monatlichen Beihilfen bleibt unverändert. Es können demnach erhalten:

Ledige bis zu DM 70.—, Verheiratete bis zu DM 100.—.

Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit sind in der Regel auf diese Beträge anzurechnen:

1. die den Ärzten gewährten sonstigen Ausbildungs- oder Unterhaltszuschüsse, sowie Arbeitsentgelt oder Dienstbezüge in voller Höhe,
2. Arbeitseinkünfte der Ehefrau, soweit sie den Betrag von DM 100.— im Monat übersteigen, zu 50 v. H. des Mehrbetrages,
3. volle Verpflegung mit DM 50.— monatlich.

Kriegsbeschädigtenrenten sollen bei der Beurteilung der Bedürftigkeit nicht angerechnet werden, wenn ihre Berücksichtigung eine unbillige Härte wäre.

### III.

Ärzte, die für eine Beihilfe in Betracht kommen, reichen ihre Anträge gemäß Antragsformular dem Chefarzt des Krankenhauses oder dem Leiter der Fachausbildung ein. Die Antragsvordrucke sind beim Soforthilfematerhältlich.

Der Chefarzt des Krankenhauses fügt dem Antrag eine Bescheinigung bei, die folgende Angaben enthält:

Datum der Approbation, gegenwärtiger Stand der Ausbildung und der Termin der voraussichtlichen Beendigung, die unter Nr. II angeführten Bezüge.

Der Chefarzt oder der Leiter der Fachausbildung übersendet den Antrag sodann der örtlich zuständigen Landesärztekammer. Die Kammer bestätigt die Angaben des Chefarztes und leitet die Anträge jeweils dem für den Ort der Ausbildung zuständigen Amt für Soforthilfe zu.

Wir bitten die Herren Chefarzte höflichst, den betreffenden Personenkreis ihrer Anstalt von dem Inhalt dieser Mitteilung in Kenntnis zu setzen und die Anträge der in Frage kommenden Kollegen nach erfolgter Überprüfung ihrerseits der Ärztekammer umgehend zuleiten zu lassen.

### Meldepflicht von Angehörigen der Heilberufe

Das Innenministerium Württemberg-Hohenzollern hat folgendes Schreiben an die Ärztekammer gerichtet:

„Es besteht Veranlassung, auf die Verpflichtungen hinzuweisen, die bestimmte Angehörige des von Ihnen betreuten Berufes nach Art. 10 Abs. 1 des Gesetzes betr. die Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte (Oberamtsarztgesetz) vom 10. Juli 1912 (RegBl. S. 270) haben.

Diese Bestimmung lautet insoweit:

„Die Ärzte, Zahnärzte, Wundärzte, Apothekenvorstände ... sowie alle Personen, welche ... mit der Ausübung der Heilkunde bei Menschen sich befassen, ... sind verpflichtet, bei Beginn ihrer Tätigkeit, zutreffendenfalls unter Vorlage der Prüfungszeugnisse, bei dem Oberamtsarzt mündlich oder schriftlich unter Mitteilung ihrer persönlichen Verhältnisse, soweit sie mit der Ausübung des Berufes oder Gewerbes im Zusammenhang stehen, sich anzumelden und ihm auf sein Verlangen jederzeit die zu seiner amtlichen Geschäftsführung erforderlichen Aufschlüsse unentgeltlich zu erteilen. Bei einem Wechsel ihres Wohnorts oder bei Aufgabe ihres Berufs oder Gewerbes haben die genannten Personen bei dem Oberamtsarzt in gleicher Weise Anzeige zu erstatten. Bei Ankündigung oder Bezeichnung des Gewerbebetriebs dürfen sie nicht darauf hinweisen, daß sie im Sinne dieses Absatzes angemeldet seien.“

An die Stelle des Oberamtsarztes ist inzwischen das Staatliche Gesundheitsamt getreten. Zuwiderhandlungen sind nach Art. 10 Abs. 3 des Oberamtsarztgesetzes strafbar.

Sie werden gebeten, die in Württemberg-Hohenzollern ansässigen Ärzte hierauf hinzuweisen, damit bisher unterlassene Anmeldungen nachgeholt werden und die Verpflichtung der Anzeigenerstattung bei einem Wechsel des Wohnortes oder bei Aufgabe des Berufes in Erinnerung gebracht wird. Insbesondere aber wollen Sie neu nach Württemberg-Hohenzollern hinzuziehende Personen, die den von Ihnen betreuten Beruf haben, soweit sie Ihnen bekannt werden, auf die Bestimmung aufmerksam machen.

Im Auftrag:  
(gez.) Dr. Mayer“

### Ärztliche Zeugnisse

Veranlaßt durch eine Mitteilung des Innenministeriums Württemberg-Hohenzollern bittet die Ärztekammer die Kollegen, bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen einen strengen und objektiven Maßstab anzulegen und die Antragsteller bei Nichtvorliegen tatsächlicher und stichhaltiger Gründe auf die Unmöglichkeit, das gewünschte Zeugnis auszustellen, hinzuweisen.

Die Antragsteller sollten in diesen Fällen auch nicht an die Gesundheitsämter verwiesen werden, da auch amtsärztliche Zeugnisse in einem derartigen Fall nicht ausgestellt werden können.

### 50jähriges Ehejubiläum

Die Ärzte des Landes Württemberg-Hohenzollern gratulieren ihrem hochverehrten Ehrenpräsidenten Dr. Friedrich Langbein, Pfullingen, und seiner Frau Gemahlin zum 50. Ehejubiläum am 4. August 1950.

### Nachruf

Am 11. Juli 1950 wurde der prakt. Arzt Dr. Richard Beck, Ebingen, in seinem 55. Lebensjahr auf nächtlicher Praxisfahrt seiner Familie und seinem Kollegenkreis entrissen.

Nach Abschluß seines Studiums in Tübingen war er als Assistenzarzt im Kreis Krankenhaus Waiblingen tätig und ließ sich 1924 in Ebingen als prakt. Arzt nieder. Von 1926 bis zu seiner Einberufung zur Wehrmacht unterstand dem Verstorbenen die ärztliche Leitung des Roten Kreuzes. Seine zielbewußte und aufrichtige Persönlichkeit, sein ärztliches Können und seine ständige Bereitschaft erhielten im Kriege in verantwortungsvollen Kommandos die Bestätigung.

Sein tiefes ärztliches Pflichtgefühl hat der Verstorbene stets seinen persönlichen Interessen vorangestellt. Das Vertrauen der Kollegen kam in seiner Wahl zum Ausdruck als Kreisdelegierter des Hartmannbundes, in dessen Vorstand er auch gewählt wurde.

Als Arzt und Mensch hochgeachtet, verliert die Ärzteschaft einen überaus geschätzten und ohne Widerspruch beliebten Kollegen, der in seinem Wirkungskreis und vor allem im Herzen seiner Patienten unvergessen bleiben wird.

Verein der Ärzte des Bezirkes Balingen

## LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

### Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:  
Praktischer Arzt in Willstätt, Kreis Kehl,  
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in  
Donaueschingen.

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

### Kreisvereinigung Kehl

Am 22. Juli 1950 wurde die Kreisvereinigung Kehl gegründet. Es wurden gewählt:

- zum 1. Vorsitzenden: Dr. med. Heinrich Wiederkehr, Kork  
zum 2. Vorsitzenden: Dr. med. Friedrich Geroldt, Kehl  
zum Schriftführer: Dr. med. Arnold Weber, Neumühl

### 60jähriges Arztjubiläum

Nachdem wir in den letzten Monaten verschiedener 50jähriger Arztjubiläen gedenken konnten, ist es uns jetzt möglich, einem Kollegen zu gratulieren, der vor 60 Jahren, am 17. Juli 1890, seine Approbation als Arzt erhalten hat. Es handelt sich um den 84jährigen, in Oberrotweil a. K. wohnenden, im Ruhestand lebenden Herrn Medizinalrat Dr. Heinrich Schmid.

Der aus einer Arztfamilie stammende Kollege studierte zunächst in Freiburg Mathematik und Naturwissenschaften, um später zur Medizin umzusatteln. Nach zwei vorklinischen Semestern legte er 1887 bei Wiedersheim und v. Kries das Physikum ab. Seine klinischen Lehrer waren Bäuml, Kraske, Hegar und Manz. Nach der ärztlichen Hauptprüfung 1890 unternahm er als Schiffsarzt mehrere Überseeereisen. 1893 ließ sich Dr. Schmid in Hockenheim, 1896 in Schwetzingen als Arzt nieder. Im Jahre 1899 legte er die Staatsärztliche Prüfung ab. Von 1903 bis 1922 war Dr. Schmid als Bezirksarzt

in Meßkirch und anschließend bis 1932 in Emmendingen tätig. Nach seiner Versetzung in den Ruhestand lebte er zunächst in Freiburg, dort wurde er ausgebombt und fand in der Familie seines als Arzt in Oberrotweil tätigen Schwiegersohnes Aufnahme.

Wir wünschen dem Jubilar für die Zukunft alles Gute.

Bezirksärztekammer Freiburg

### 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Josef Gerber, prakt. Arzt in Tiengen, Amt Waldshut, hat am 2. August 1950 sein 80. Lebensjahr vollendet.

Herr Dr. Gerber, ein geborener Freiburger, ist seit 1897 in Tiengen ärztlich tätig und übt hier eine ausgedehnte Stadt- und Landpraxis aus. Er erfreut sich als Arzt und Mensch in allen Bevölkerungskreisen großer Beliebtheit. Zu seinen zahlreichen Gratulanten gehören neben vielen dankbaren Patienten auch die Ärzte des Kreises Waldshut, bei denen er als das Vorbild des alten gediegenen Hausarztes ein besonderes Ansehen genießt.

Mögen Herrn Dr. Gerber in gewohnter Rüstigkeit noch weitere Jahre erfolgreichen Schaffens vergönnt sein.

Bezirksärztekammer Waldshut

## ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN DER LÄNDER BADEN, RHEINLAND-PFALZ UND WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

### Vereinbarung

Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf gilt nachstehend unter I. wiedergegebene Ziffer 24, Abschnitt B der Bestimmung des Reichsarbeitsministers über wirtschaftliche Arzneiverordnung in der Krankenversicherung vom 24. August 1935, RABL. S. I 269, S. IV 331.

#### I.

Nach der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte kann der Arzt die in der Sprechstunde für den einzelnen Kranken verbrauchten Medikamente usw. in Rechnung stellen. Wo in Abänderung dieser Bestimmung örtlich vereinbart ist, daß der Sprechstundenbedarf ohne Angabe der Namen der Kranken für Rechnung der Kasse verschrieben werden darf, gelten als Sprechstundenbedarf nur solche Mittel, deren Einzelpackungen tatsächlich bei mehreren Kranken hintereinander und in den Behandlungsräumen des Arztes Anwendung finden. Verordnungen über Arzneien und Verbandsstoffe, die nur für einen Kranken oder außerhalb der Behandlungsräume des Arztes verbraucht werden, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und müssen daher auf den Namen des einzelnen Kranken ausgestellt werden. Es darf stets nur der Bedarf für etwa einen Monat angefordert werden.

#### II.

Als Sprechstundenbedarf gilt demnach

#### Zulässig:

1. Verbandsmaterialien und Nahtmaterialien, soweit sie zur Durchführung der kleinen Chirurgie verwendet werden.

2. Narkosemittel  
3. Die gebräuchlichen Wunddesinfektionsmittel wie Ben-

#### Nicht zulässig:

1. Elastische Binden, Flanellbinden, Klebbinden, Zinkleimbinden, Trikotschlauchbinden.  
Armtraggurten, Dreiecktücher, Eisbeutel, Fiebermesser, Lederfingerlinge, Handgelenkbandagen u. ä.  
Gummihandschuhe, Untersuchungsfingerlinge, Holzmundspateln und alle ärztlichen Instrumente einschl. Injektionspritzen und Kanülen.

2. —  
3. Desinfektionsmittel, die zur Desinfektion des ärzt-

zin, Sagrotan und Weingeist, soweit er für Einspritzungen gebraucht wird u. ä.

4. Seren: Tetanus — Diphtherie.

5. Ampullen: Anästhetica, Aneleptica, Hämostyptica u. Narkotica, soweit sie für die Notfallregulierung gebraucht werden.

Die Ampullen dürfen nur in der kleinsten wirtschaftlichen Packung bezogen werden.

6. Lösungen, die der Arzt in der Sprechstunde fortlaufend für mehrere Kranke benötigt, insbesondere die von den Fachärzten für Augen, Nasen-, Ohren- und Halskrankheiten verordneten Lösungen, ebenso die von den Frauenärzten benötigten Medikamente zu Einlagen.

7. Arzneimittel in Salbenform, welche der Arzt zu Verbänden in der Sprechstunde fortlaufend für mehrere Kranke benötigt einschl. der von den Fachärzten benötigten Salben.

8. Reagenzien für qualitative Harnuntersuchung.

Tübingen, den 19. Juli 1950

Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern:  
gez.: Dr. Bihl

lichen Instrumentariums oder der Räume verwendet werden.

4. —

5. alle anderen Seren, Sulfoamide und in der Geburtshilfe verwendete Arzneimittel u. ä.

6. Als nicht zulässig wird hierbei angesehen die Verschreibung von verschiedenprozentigen Lösungen zu Spülungen, ebenso spirituöse Lösungen bei Hautausschlägen u. ä.

7. Als nicht zulässig ist die Verschreibung von Spezialsalben anzusehen.

8. Sämtliche Reagenzien zu chemischen und mikroskopischen Untersuchungen sind unzulässig.  
Antibiotica in jeder Form stellen keinen Sprechstundenbedarf dar.

Verband der Ortskrankenkassen für die Länder Rheinland-Pfalz, Baden und Württemberg-Hohenzollern:  
gez.: Zapp

## Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

26. — 29. Woche 1950

(25. Juni 1950 — 24. Juli 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Milchbrand	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unstetobacillus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnsentzündung	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Wellenkrankheit	Q-Fieber	Enteritis
Nord-Württemberg	26.	N T		18 118	62 8	12 3	24		1	64	29	6 1	6		1		2						38					1	
	27.	N T		22 118	73 10	9 4	48		7	59	41	5 1	2	1	25 4		1	1					53						
	28.	N T		23 86	91 10	7 2	30	1	5	72	30	9	2		20 1		2	1					16	1					
	29.	N T		25 137	87 12	16 1	26		13	75	35	5	4		2		5						25	1			1		
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	26.	N T		3 26	21 4	10 3	43		1	6	4		7										23	1					
	27.	N T		6 22	14 8	6 1	25		1	10	3	4 1	4				1	1					8						
	28.	N T		4 2	27 3	17 1	71		4	5	2	2								1			8	2			1		
	29.	N T		8 29	25 5	5 3	23		5	4	2	2 1	3	1	1								1						
Nord-Baden	26.	N T		10 42	46 15	8 1	37		2	46	22		4		3	1	3	3					1						
	27.	N T		15 42	48 7	8 1	73		4	54	25	1	3	1			8			6				1			1		
	28.	N T		5 59	65 7	4	61		7	51	16	5	2		1		9						2				4		
	29.	N T		7 73	51 4	3	59	1	6	40	29	1	4	1			9	7											
Land Baden	26.	N T		8 8	32 5	20 3	5		1	18	12	1	2	2			1						60				31		
	27.	N T		11 18	22 7	13 2	52	3	5	8	8		3	1					2				46				2		
	28.	N T		14 1	30 4	29 2	57	1	6	33	11	2	2				3	1					21				1		
	29.	N T		10 20	25 2	6 1	92		10	20	6		9				5						10				5 1		

## Geschäftliche Mitteilungen

## Mikrofilmdienst

Das „Institut zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten E. V.“ in Frankfurt am Main hat vor kurzem Mikrofilm-Lesegeräte „micron 4“ bei allen Universitätsbibliotheken der amerikanischen Zone aufgestellt.

Diese Apparate, eine vortreffliche deutsche Nachkriegskonstruktion, stammen aus einer Spende der amerikanischen Hochkommission und sind in erster Linie zu dem Zweck ge-

stiftet worden, die medizinische Forschung zu unterstützen und zu fördern. Doch haben auch die Angehörigen aller anderen Fakultäten die Möglichkeit, die genannten Geräte benutzen zu können.

Da anzunehmen ist, daß viele Forscher, Studierende oder überhaupt wissenschaftlich Arbeitende an der Beschaffung von Mikrofilmen für Studienzwecke interessiert sind, steht das obengenannte Institut in Frankfurt am Main, Bockenheimer Anlage 45 (Tel. 53150), Abt. Mikrofilmdienst gern für Vermittlung und Auskunft zur Verfügung. Annahmestelle in Stuttgart: Mikroskopie-Zentrale Süd-West, Olgastr. 42.

**DU** UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

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. Enko, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotbühlstr. 77. — Ausgabe August 1950