

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

9 (1.9.1950)

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 Borch, Pfullingen; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 9

STUTT GART, SEPTEMBER 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Reinhardt:	Stimmungsbild vom 53. Deutschen Ärztetag	177
Dr. Vera Gaupp:	Über Ernährungsstörungen im Säuglingsalter (Fortsetzung)	178
Dr. Boecker:	Die Laparoskopie, ihre Indikation und ihre Grenzen . . .	182
Dr. Stübler:	Das erste Hebammenlehrbuch für Württemberg von Christoph Völter (1679)	185
Dr. Walcher:	Zur Frage der Arznei- und Heilmittelkosten	186
Ing. Peersmann:	Ultrakurzwellentherapie-Apparate und Weltnachrichten- vertrag	188
Dr. Sievers II u. Dr. jur. Haug:	Der „Hundebiß“ im Licht des kassenärztlichen Rechts . .	189
Buchbesprechungen	191
Bekanntmachungen	193
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	194
	Landesärztekammer Baden	196
	Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	197
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 30.—33. Woche 1950	198

Stimmungsbild vom 53. Deutschen Ärztetag

Von Dr. med. Ilse Reinhardt, Stuttgart

Der 53. Deutsche Ärztetag fand vom 26.—27. August 1950 in Bonn statt. Begrüßt durch die warmen und sachkundigen Worte des Herrn Bundespräsidenten, überglänzt von strahlender Sonne lag festliche Stimmung über der großen Versammlung in den kühl sachlichen Räumen des Bundeshauses. Entsprechend dem Genius loci waren gewichtige Fragen der Neuordnung auf den Gebieten des Arztrechts, der ärztlichen Ausbildung, des Facharztwesens, der Versorgung alter Ärzte und Arztangehöriger, der Flüchtlingsärzte Gegenstand der Verhandlungen. Zum erstenmal in der bis in die siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts reichenden Geschichte der Deutschen Ärztetage waren alle ärztlichen Organisationen im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertreten.

In anstrengender, bis zum Sonntagabend dauernder Arbeit wurde unter der straffen Leitung des Präsidenten Dr. Neuffer und Dr. Rodewald um die bestmöglichen Ergebnisse gerungen. Wichtige Vorarbeiten waren in den Hauptversammlungen der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Hartmannbundes, des Marburger Bundes, der leitenden Krankenhausärzte geleistet. Einen umfassenden Bericht über die Lage der Flüchtlingsärzte legte der Flüchtlingsarztausschuß vor. 80 % der Flüchtlingsärzte konnten bis jetzt ihre Berufsarbeit wieder aufnehmen.

Die Leitsätze zur Gestaltung des Arztrechts, die Vorschläge zur Änderung der Bestallungsordnung, der Entwurf einer Facharztordnung sollen die Grundlagen sein, auf denen die einzelnen Länder durch Landesgesetzgebung ein möglichst gleichartiges Arztrecht gestalten können. Es war eine Enttäuschung, als Herr Minister D. Dr. Heinemann in seiner Begrüßungsrede feststellte, daß die Zuständigkeit des Bundes in der Frage des Arztrechts nicht ganz klar sei. Wir beneiden unsere Kollegen in der Republik Österreich, wo der Nationalrat am 30. April 1949 ein Bundesgesetz für Ärzte einstimmig annahm! Hoffen wir, daß sich die deutschen Länder über die Organisation des Arztwesens ebenso einigen werden, wie sie sich jetzt z. B. über die Organisation der Polizei geeinigt haben. Die vorgelegten Leitsätze und Entwürfe für die ärztliche Ausbildung und die Weiterbildung zum Facharzt sind das Ergebnis vorbildlicher Zusammenarbeit von Ärztekammern, med. Gesellschaften, Fakultäten und der Fachgruppe Medizin des Verbandes deutscher Studentenschaften. Es besteht also die Hoffnung, daß diese nicht am grünen Tisch entstanden, sondern alle Fachinteressen bestmöglich berücksichtigenden Vorschläge auch von den Länderparlamenten beachtet und bewilligt werden können. Jeder Arzt und jede Ärztin sollte mit daran arbeiten, die Abgeordneten ihrer Länder für die Neugestaltung unseres Arztrechts

rechtes zu interessieren. Das sind Aufgaben, die die demokratische Staatsform jedem Einzelnen von uns stellt.

Einige Sensationen würzten die Verhandlungen. In der Auseinandersetzung der Kassenärzte mit Vertretern der Kassen stellte es sich heraus, daß von den Kassen der Anspruch erhoben wurde, bei der Verteilung des kassenärztlichen Pauschales mitzuwirken. Diese Forderung, die unsere Selbstverwaltung vernichten würde, wirkte wie ein schlechter Witz und wurde einstimmig abgelehnt. Am Schluß der Sitzung sorgte der Marburger Bund mit seinem Antrag, alle Ärzte zur kassenärztlichen Tätigkeit zuzulassen, für schnelle Ermunterung. Im vorigen Jahr war dieser Vorschlag mit der Einschränkung versehen, daß eine Neuordnung der Sozialversicherung die Vorbedingung für diese Maßnahme wäre. In diesem Jahr verführt die wachsende Not unsere jungen Kollegen dazu, ähnlich wie in gewissen politi-

schen Bereichen, Maßnahmen zu empfehlen, die zunächst ein Chaos herbeiführen müssen. Glauben Sie im Ernst, meine Herren Kollegen, daß aus einem Chaos etwas anderes als die Diktatur der Machtlusternen entstehen kann?

Und dann kam die Schlußabstimmung über den Ort des nächsten Ärztetages. Bei der ersten Abstimmung ergab sich Stimmgleichheit für Berlin und München. Bei der Stichwahl war die überwiegende Mehrheit für München.

So waren die Bonner Tage voller Arbeit, unterbrochen von einer abendlichen Dampferfahrt auf dem Rhein und einem Festkonzert mit anschließendem gesellschaftlichen Zusammensein. Einige Enttäuschungen veranlassen zu neuen Anstrengungen, der Stellung des Arztes die Würde und Sicherheit zu geben, die allein Kraft gibt, Kranken zu helfen.

Über Ernährungsstörungen im Säuglingsalter

Fortsetzung (1. Teil siehe Heft 7)

Von Dr. med. Vera G a u p p, Chefärztin des Städt. Kinderkrankenhauses Stuttgart-Berg

Nachdem im ersten Teil über Ernährungsstörungen im allgemeinen berichtet und das Krankheitsbild der Dyspepsie geschildert wurde, wenden wir uns nunmehr der schwersten Form der akuten Ernährungsstörung zu, der Intoxikation oder dem Coma dyspepticum. Diese Begriffe, die erstmalig von Finkelstein geprägt wurden, haben sich am meisten eingeführt, während die Bezeichnung Toxikose besser ihren Platz in der Gliederung in einzelne Leitsymptome (Toxikose, Exsikkose, Azidose) findet, worauf noch zurückgekommen wird.

Die Erkennung dieses Krankheitsbildes ist für den Arzt deshalb so wichtig, weil vom raschen und richtigen Handeln das Leben des Kindes abhängt wie bei wenig Krankheiten im Säuglingsalter.

Betrachten wir uns zunächst die Symptomatik.

Beherrscht wird das Bild von den Störungen von seiten des Nervensystems. Meist plötzlich zeigt das Kind eigenartige Veränderungen im Aussehen und Verhalten. Es wird matt, still und reglos, die Bewegungen werden langsamer, die Arme werden mit verkrampften zu Fäustchen geballten Händen rechtwinklig nach oben in „Fechterstellung“ (Finkelstein) gehalten. Der Blick geht ins Leere und ist starr, mitunter ängstlich, der Lidschlag ist selten. Die Mimik erlischt, das Gesicht wird maskenhaft starr. Entweder entwickelt sich ein Zustand der Benommenheit (Coma) oder es treten zeitweise Zeichen einer großen Unruhe auf, das Kind schreit schrill auf — ein besonders typisches Symptom —, wirft sich hin und her und findet keine Ruhe. Reicht man dem Kind die Flasche, so wird sie entweder gierig genommen, um alsbald wieder erbrochen zu werden oder das Kind verweigert jede Nahrung. Die Temperatur ist meist sehr hoch, zwischen 39 und 40 Grad, die Atmung ist gehetzt, rasch und oberflächlich, mitunter auch tief im Sinne der K u ß m a u l'schen großen Atmung. Der Brustkorb, der normalerweise bei der Atmung des Säuglings wenig beteiligt ist, wogt auf und ab und nimmt stark an den Atembewegungen teil. Die Rippen stehen hoch, die

Lunge ist gebläht, die Herztöne sind leise, der Puls ist klein und beschleunigt. Schon zu Beginn der klinischen Erscheinungen setzt ein großer Wasserverlust ein, die Gewichtsabnahme ist groß und beträgt oft schon zu Beginn mehrere 100 g. Der Wasserverlust ist erkenntlich an dem schlaffen Turgor der Haut, die Hautfalte bleibt stehen, die Haut fühlt sich teigig an und ist grau und welk. Der Tonus der Skelettmuskulatur kann erhöht oder vermindert sein, die Bauchdecken haben meist ihre Spannung verloren und die Darmperistaltik ist durch die schlaffen Bauchdecken deutlich sichtbar. Die Fontanelle ist eingesunken. Die Stühle setzen entweder gleich zu Beginn oder am nächsten Tag vermehrt ein, sind wäbrig, spritzend, substanzarm und die darin enthaltenen Schleimflocken sind meist grasgrün gefärbt. Der Urin ist spärlich, enthält häufig Eiweiß als Ausdruck der toxischen Nierenschädigung und Nahrungszucker als Zeichen der abnormen Darmdurchlässigkeit. Ist der Wasserverlust und die Änderung der Atmung nicht sehr ausgeprägt, so kann das Krankheitsbild als Meningitis oder Encephalitis imponieren, besonders wenn das schrille Schreien der Kinder im Vordergrund steht.

Wird nicht gleich eine entsprechende Therapie eingeleitet, die nur klinisch durchgeführt werden kann, so erfolgt unter Umständen der Tod in wenigen Stunden. Als Komplikation stellt sich dann meist noch eine paravertebrale Pneumonie ein.

Drei Leitsymptome lassen sich aus dieser mannigfaltigen und sehr eindrucksvollen Symptomatik, die nicht immer voll ausgebildet zu sein braucht, herausstellen: die Toxikose, die Exsikkose und die Azidose (Moro).

Voraussetzung für das Zustandekommen dieser Vergiftung ist bei der parenteralen Genese die gestörte Darmfunktion. Die erhöhte Darmdurchlässigkeit ermöglicht die Resorption von Eiweißspaltprodukten, die entweder in zersetzter Nahrung zugeführt werden oder im Darm selbst durch bakterielle Einwirkung entstehen.

Oder aber sind es Bakterienendotoxine, besonders der Coligruppe, die durch die Darmwand ins Blut gelangen. Von besonderer Bedeutung ist sicher auch die Ineffizienz der Leberfunktion, worauf schon Czerny hingewiesen hat, die sich in einer verminderten Entgiftungsfähigkeit ausdrückt und die eine Störung im intermediären Eiweißstoffwechsel verursacht. Die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes der Intoxikation mit dem des Histaminschoks und die bei der Intoxikation gefundenen, auf das 3—4fache erhöhten Werte von Histamin und Cholin im Blut lassen wohl auf eine Beteiligung dieser Stoffe beim Zustandekommen der Toxikose schließen.

Eine andere Entstehungsmöglichkeit bietet der parenterale Infekt, bei dem man eine Toxinwirkung von einem Herd außerhalb des Darmes auf den Darm beobachtet. Ob der Weg zum Darm über eine Störung der vegetativen Regulation läuft (Adamek und Stenger), ob ein Erlöschen der Entgiftungsfunktion dazu kommt, oder ob auch ein Schokgift vom Infektherd aus eine Rolle spielen kann, steht noch dahin.

Mit der Toxikose steht in engem Zusammenhang die Exsikkose. Durch die beim Säugling sehr ausgesprochene Wasserlabilität kommt es zu großen Wasserverlusten, teils durch den Darm, teils durch die Lungen und die Haut, und zu Störungen im Wasserbindungsvermögen. In den toxisch geschädigten Geweben stellt sich ein Zustand der Austrocknung ein, da sich die kolloidale Struktur des Zelleiweißes ändert und eine Hemmung der Oxydationsvorgänge auftritt. Dadurch bleiben in den Geweben Stoffwechselprodukte liegen, die zum Teil ausgeschieden werden, zum Teil zur Übersäuerung im Körper führen und damit zur Azidose. Eine weitere Ursache der Azidose ist die Verminderung der Alkalireserve im Blut infolge Alkaliverlust durch den Darm. Außerdem entstehen durch Bakterieneinwirkung im Darm vermehrte Säuren, die durch die geschädigte Darmwand ins Blut gelangen. Ein Ausdruck der Azidose ist die große Atmung.

So sehen wir ein Ineinandergreifen aller Symptome — ein komplexes Geschehen —, dessen Genese heute noch nicht im einzelnen geklärt ist.

Wenn wir uns nun die Kinder betrachten, die in den Zustand der Intoxikation „verfallen“, so sind es einmal dystrophische Kinder, die durch immer sich wiederholende Dyspepsien schon geschwächt sind. Zum andern werden Säuglinge betroffen, bei denen eine Dyspepsie besteht, die nicht beachtet oder nicht entsprechend behandelt wurde, denn die Milch mit ihren Anteilen an Eiweiß und Fett kann geradezu als Gift wirken. Auch Überhitzung, Wärmestauung und schlechte hygienische Verhältnisse spielten früher eine nicht unerhebliche Rolle, während sie jetzt nur noch selten als auslösender Faktor für die Genese in Frage kommen. Am häufigsten sehen wir heute die parenteral ausgelöste Intoxikation bei Kindern, bei denen ein grippaler Infekt, eine Bronchopneumonie, eine Sepsis, oder besonders Erkrankungen des Ohrs vorausgingen. Ein Krankheitsbild, das schon 1928 von Finkelstein für möglich gehalten wurde, dessen Bedeutung für die Entstehung einer Intoxikation aber erst wieder Keller 1941 hervorhob, ist die occulta Mastoiditis. Ich möchte ein solches Krankheitsbild an Hand einer Krankengeschichte kurz schildern:

Ein 7 Monate alter Säugling, der außer einem leichten Infekt nie krank gewesen war, erkrankte 4 Tage vor der Aufnahme mit Schnupfen und Husten. In der Nacht vor der Aufnahme erstmalig hohes Fieber. Das Kind war außerordentlich unruhig, schlief nicht und warf sich hin und her. Seit Beginn der Erkrankung ständiges Erbrechen, die Nahrungsaufnahme war kaum möglich. Die Stühle waren normal. Bei der Aufnahme war das Kind blaß, Tonus und Turgor gut, kein krankhafter Lungenbefund. Es bestand ein leichter Racheninfekt. Die Trommelfelle waren beiderseits etwas blaß, verdickt, aber nicht gerötet und nicht vorgewölbt. Im Blutbild 7000 Leukozyten ohne nennenswerte Linksverschiebung. Die Blutsenkung betrug 25/51 mm nach Westergreen. Temperatur 39 Grad. Wenige Stunden nach der Aufnahme begann das rechte Ohr zu laufen. Das Kind erbrach weiter und war sehr unruhig. Therapeutisch Penicillin und Supronal. Am anderen Tag überraschende Verschlechterung, 500 g Gewichtsabnahme, dünne spritzende Stühle. Das Kind sieht ganz „verfallen“ aus: völlige Apathie, tiefliegende Augen, schlaffer Turgor, die Hautfalte bleibt stehen. Die Zahl der Leukozyten war auf 13 000 angestiegen. Die sofortige doppelseitige Antronomie in Lokalanästhesie ergab eitrig Granulationen im Antrum bds. Sofort nach der Operation erholte sich das Kind, das Erbrechen hörte schlagartig auf und das Kind trank gierig. In zwei Tagen war der Gewichtsverlust mit Hilfe mehrerer Infusionen von Plasma- bzw. Traubenzucker-Ringerlösung ausgeglichen. Sofortige Besserung der Stühle. Nach 6 Wochen wurde das Kind in gutem Allgemeinzustand geheilt entlassen.

Daraus ergibt sich, daß die Entwicklung der Intoxikation durch einen Herd außerhalb des Darmes wenig abweichend ist von der rein enteral bedingten. Die Diagnose ist außerordentlich schwierig und bleibt den klinischen Beobachtungs- und Untersuchungsmöglichkeiten vorbehalten. Selbst Symptome wie Leukozytose, tagelanges Erbrechen und erhöhte Blutsenkung sind nicht immer vorhanden. Die Diagnose ist aber von größter Bedeutung, da die parenterale Intoxikation noch zusätzlicher Herdsanierung bedarf.

Die Behandlung der Intoxikation, die, wie bereits erwähnt, immer klinisch, und zwar so schnell wie möglich eingeleitet werden muß, hat sich in erster Linie des Wasserverlustes anzunehmen, da wir wissen, daß das Wasser in der Nahrung für den Säugling den wichtigsten und lebensnotwendigsten Bestandteil darstellt. Ist das Kind peroral nicht ausreichend ernährbar, so muß eine zusätzliche parenterale Zufuhr einsetzen. Dabei genügt die subkutane Verabreichung von Ringerlösung im allgemeinen nicht, da der Kreislauf schwer geschädigt ist und die Resorption nicht rasch und ausreichend genug erfolgt. Während man früher die intravenöse Dauertropfinfusion verwendete, infundiert man heute mehrmals täglich in die Kopf- oder Handvenen, was dem Geübten keine großen Schwierigkeiten bereitet. Es ist nun die Frage, was man am besten verabreicht. Seit der Einführung der Plasmatherapie durch Bessau, eine der segensreichsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Intoxikation, haben sich die Erfolge der Behandlung wesentlich verbessert. Während Bessau anfänglich 50 ccm Plasma pro Kilogramm Körpergewicht und pro die vorgeschlagen hatte, wobei vereinzelt Auftreten von Ödemen beobachtet wurde, ist man heute mit

der Dosierung zurückgegangen und gibt im allgemeinen nur 10—20 ccm pro kg/die. Bei dieser Dosierung haben wir Schädigungen nie gesehen. Ist nicht gleich Plasma zur Hand, kann man auch Periston in derselben Dosierung verwenden. Die schon lange vor Einführung der Plasmatherapie gebräuchliche Anwendung einer Traubenzucker-Ringerlösung im Verhältnis 2:1 benutzt man im allgemeinen zur Ergänzung der Plasmatherapie in der Form, daß man einmal täglich 10—20 ccm Plasma und einmal täglich 10—20 ccm einer 10%igen Traubenzucker-Ringerlösung pro Kilogramm Körpergewicht infundiert. Der Traubenzucker wirkt günstig auf die gestörte Leberfunktion und das Plasma auf das Wasserbindungsvermögen und die Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe. Die Kinder erholen sich meist schon nach der ersten Infusion, fangen wieder an zu trinken und die Durchblutung bessert sich. Wir führen diese Therapie so lange durch, bis sich ein regelmäßiger Gewichtsanstieg zeigt und die toxischen Zeichen verschwunden sind, durchschnittlich 2—5 Tage. Die in der Ringerlösung enthaltenen Alkalimengen reichen meist zur Bekämpfung der Azidose aus. Eventuell kann man noch Natrium citr. (10 g einer 10%igen Lösung) auf die tägliche Nahrungsmenge verteilen.

(Herstellung des Plasmas: auf 100 Blut 10 ccm einer 3,8%igen Natrium citr.-Lösung und 8 ccm Gelatina alba steril. Absetzung des Plasmas nach 1—3 Stunden.)

Nun zur Ernährungstherapie. Am Anfang der Ernährungsbehandlung steht die Nahrungskarenz in Form der Teepause. Die Teemenge soll der Nahrungsmenge entsprechen, die Zahl der Mahlzeiten richtet sich nach der Trinklust des Kindes, meist 6—8mal täglich. Verweigert das Kind die Nahrung, so muß es sondiert werden. Je schwerer die Erscheinungen sind, desto länger dauert die Nahrungskarenz, im allgemeinen 1—3 Tage. Da das Kind in dieser Zeit über den Blutweg ernährt wird, erscheint uns der Hunger nicht so schwerwiegend. Längere Nahrungspausen, wie sie Thomas vorgeschlagen hat, sind wohl entbehrlich. Von Karottensuppe zur Einleitung der Behandlung sieht man besser ab, da sie bei der Motilitätsstörung des Darmes die Stagnation des Chymus unter Umständen fördern kann. Zur Beseitigung noch vorhandener Nahrungsreste im Magen-Darm-Kanal ist zu Beginn eine Magen- und Darmspülung mit Kamillentee angezeigt. Man kann dabei im Magen Tee oder Ringerlösung zurücklassen. Nach der Teepause beginnt man mit 5%igem Reisschleim und einem Zusatz von Molke im Verhältnis 2:1. Nach weiteren zwei Tagen setzt man abgerahmte Frauenmilch oder fettarme Buttermilch (holl. Anfangsnahrung) zu, und zwar in kleinen Mengen von jeweils 10 g pro Mahlzeit, und steigert langsam täglich um weitere 10 g unter Abzug des Molke-Schleim-Gemisches. Zucker in Form von Traubenzucker oder Nährzucker geben wir schon frühzeitig, meist vom 2. Tag der Behandlung an. Der weitere Nahrungsaufbau vollzieht sich nun genau so wie bei der Dyspepsiebehandlung. Der Übergang auf unabgerahmte Milch darf frühestens nach 8 Tagen erfolgen.

Medikamentös läßt sich das initiale Erbrechen sowie Krämpfe am besten mit Luminal bekämpfen (0,2—0,5 ccm einer 20%igen Lösung von Luminalnatrium s. c.). Zur Kreislaufunterstützung in den ersten Tagen emp-

fehlt sich Coramin oder Veritol 4—6stündlich (entweder 0,2 ccm subkutan oder peroral 2—5 Tropfen).

Die diätetische Behandlung sowohl der Dyspepsie als auch der Intoxikation findet eine wertvolle Unterstützung durch die Sulfonamide und Antibiotica. Auenmüller und Hungerland berichten über gute Erfolge mit Formo-Cibazol (Ciba) bei Dyspepsien mit einer Dosierung von 0,2—0,5 g pro Kilogramm Körpergewicht. Genau wie das Formo-Cibazol wird das von Waksman und Schatz 1944 eingeführte Streptomycin im Darm nicht zerstört und auch nicht resorbiert, so daß diese Medikamente peroral verabreicht ihre bakterizide Wirkung im Darm lokal entfalten. Loeschke, der über die perorale Streptomycin-Therapie in Deutschland bei Dyspepsien und Intoxikationen erstmalig berichtet hat, empfiehlt eine Dosierung von 25—75 mg 5—8mal täglich eine halbe Stunde vor der Mahlzeit. Die Nahrungstoleranz ist dabei wesentlich besser, so daß bei Dyspepsien meist eine Nahrungsänderung nicht notwendig ist und bei Intoxikationen rascher aufgebaut werden kann. Die Kinder erholen sich auffallend rasch, die Stühle bessern sich und die Reparation vollzieht sich schneller als früher. Die oben beschriebene Plasmatherapie möchten wir jedoch besonders bei jungen Kindern und Frühgeburten daneben nicht entbehren. Auch die Erfahrungen mit Chloromycetin sind recht vielversprechend, ein endgültiges Urteil läßt sich jedoch noch nicht abgeben (Dosierung: 100 mg pro kg/die). Da auch bei parenteralen Ernährungsstörungen die bakteriellen Prozesse im Darm von wesentlicher Bedeutung sind, ist die antibakterielle Therapie mit Formo-Cibazol, Streptomycin und Chloromycetin in jedem Falle indiziert. Selbstverständlich beanspruchen die Infektherde bei parenteralen Ernährungsstörungen noch zusätzlich einer Behandlung mit Sulfonamiden (Supronal) und Antibiotica (Penicillin und Aureomycin).

Auf diese Art ist die Behandlung der Intoxikation sehr dankbar und die Mortalität konnte auf ein Minimum herabgesetzt werden, sofern die Einweisung frühzeitig erfolgt. Die Reparation der Kinder ist im allgemeinen nach 4—6 Wochen erreicht. Es ist aber zweckmäßig, die Kinder noch längere Zeit zu überwachen, da ein Rückfall äußerst schwerwiegend sein kann.

Bei den chronischen Ernährungsstörungen läßt sich die leichte Form, die Dystrophie, von der schweren Form, der Atrophie, abtrennen, jedoch finden sich fließende Übergänge zwischen beiden Formen. Die häufigste Ursache der chronischen Ernährungsstörungen sind rezidivierende Dyspepsien und Krankheiten der Haut und Schleimhäute (Pyodermien, Infekte der oberen Luftwege, Otitis, Pyurien). Dabei entsteht ein Circulus vitiosus. Die Dyspepsien schwächen die Widerstandskraft des Säuglings und dadurch entsteht eine besondere Anfälligkeit für Infekte. Infekte vermindern ebenfalls die Resistenz und führen ihrerseits wieder zu parenteralen Dyspepsien. So schließt sich der Kreis. Und ein Weiteres: die diätetischen Behandlungsversuche mit Schonkost (längere Zeit durchgeführte Schleimkost oder Karottensuppe, stark verdünnte Buttermilch oder Milchgemische) schaffen zusätzlich einen Hungerzustand und verstärken die Resistenzlosigkeit und Anfälligkeit. Mit zunehmender Dystrophie sinkt die Nahrungstoleranz immer weiter und kann dann zur Unernährbarkeit füh-

ren. Als Folgezustand entwickeln sich schwerste Wachstums-, Ansatz- und Stoffwechselstörungen.

Der chronische Hungerzustand führt zunächst zu vermehrtem Abbau des körpereigenen Fettes (leichter Grad der Dystrophie). Dadurch kommt es zum Überwiegen der eiweißhaltigen Körpersubstanz, d. h. des aktiven Protoplasmas im Verhältnis zum Körpergewicht. Im Zusammenhang damit steht die relative Erhöhung des Stoffwechsels im Hunger, eine Besonderheit des Säuglingsalters gegenüber dem Hungerzustand beim Erwachsenen. Diese „paradoxe“ Reaktion erklärt den vermehrten Verbrauch, der nur aus körpereigener Substanz gedeckt werden kann. Auch bei ausreichendem Nahrungsangebot gelingt nämlich infolge der schweren Stoffwechselstörung weder die Verwertung noch der Anbau der Nahrungsstoffe (schwerster Grad der Dystrophie = Atrophie).

Eine weitere Ursache für die Entwicklung der Dystrophie ist die einfache Unterernährung und die einseitige Ernährung.

Unterernährung gibt es auch bei Brustkindern, die an der Brust hungern, was aus der Gewichtskurve und der Trinkmenge pro Mahlzeit zu erkennen ist. Bei Flaschenkindern kommt es zur Unterernährung, wenn aus Unkenntnis oder aus Angst vor einer Dyspepsie zu wenig Nahrung oder zu stark verdünnte Milchmischungen gegeben werden, wie eingangs schon erwähnt. Auch Kinder mit Pylorospasmus, die durch das gehäufte Erbrechen hungern, gehören dazu.

Die einseitige Ernährung führt, je nach dem Überwiegen von Milch oder Mehl, zu Milch- oder Mehlnährschäden und zu Vitaminmangelschäden (A-Avitaminose, Skorbut, Rachitis). Bei Milchnährschaden bekommt das Kind zu wenig Kohlehydrate bei gleichzeitiger Überernährung mit Milch. Anfangs gedeiht es bei dieser Kost ganz gut, dann aber entwickelt sich langsam die Dystrophie. Es kommt zur Obstipation und die Stühle zeigen eine eigenartige Beschaffenheit: sie sind faulig-stinkend, alkalisch, trocken (man kann sie von der Windel abschütteln) und haben ein grauweißliches Aussehen, was durch den Gehalt an Kalkseifen bedingt ist (Kalkseifenstühle). Der Alkaliverlust durch den Darm und der Mangel an Kohlehydraten behindern den Wasseransatz. Im Darm überwiegen Fäulnisvorgänge, während die Gärung durch die fehlenden Kohlehydrate ganz zurücktritt.

Das umgekehrte Verhältnis besteht beim Mehlnährschaden: ein Überwiegen der Kohlehydrate (z. B. Kindermehle ohne Milchzusatz) zuungunsten des Milchanteils. Die säuerlich riechenden, bräunlich gefärbten und häufig dünneren Stühle sind eine Folge der vermehrten Gärungsvorgänge im Darm. Das anfänglich gute Gedeihen der Kinder ist trügerisch, denn Odeme können die Abmagerung verdecken. So sehen die Kinder dick, pastös und blaß aus und zeigen eine verminderte Resistenz gegenüber Infekten, die durch den Vitamin-Mangel in der Nahrung noch begünstigt wird.

Die dritte Gruppe umfaßt die Kinder mit Organanomalien und Konstitutionsfehlern. Unter den Organanomalien wären besonders angeborene Herzfehler hervorzuheben. Diese Kinder sind häufig nicht in der Lage, die für Körper- und Längenwachstum und in bezug auf Nähr- und Ergänzungsstoffe notwendige Nahrungsmenge aufzunehmen und zu verarbeiten,

weil sie nur kleine Mengen vertragen. Neuropathie und exsudative Diathese als konstitutionelle Mangelerscheinungen führen nicht selten zu dystrophischen Zuständen. Nervöse Säuglinge zeigen oft durch ihre Unruhe und ihr Schreien einen um 100% gesteigerten Stoffwechsel und die üblichen Nahrungsmengen reichen nicht aus, den Nahrungsbedarf zu decken, besonders wenn Speien oder habituelles Erbrechen dazukommt. Das unregelmäßige Gedeihen und die Neigung zu Infekten bei den exsudativen Kindern, worauf schon hingewiesen wurde, disponiert sie in besonderem Grad zur Dystrophie.

Die Symptomatik der Dystrophie läßt sich kurz zusammenfassen: Länge und Gewichtszunahme sistieren, die Haut ist grau, schlaff und welk, das Fettpolster ist mangelhaft entwickelt. Lebhaftigkeit, Lächeln und Wohlbehagen sind verschwunden, die Stimmung ist weinerlich und die geistige Entwicklung bleibt zurück. Die Resistenzverminderung drückt sich im Auftreten von Pyodermien, Pyurien und Infekten aus. Die Stühle sind wechselnd, besonders bei Unterernährung konsistenzarm, bald dünner, bald fest, mit Schleim vermischt gehäuft oder seltener.

Die Symptomatik der Atrophie hingegen ist sehr viel stärker ausgeprägt: greisenhaftes Aussehen, grämlicher Gesichtsausdruck, schlechte Stimmung, häufiges Schreien, verminderte Motorik, Hypotonie, häufiger Hypertonie der Skelettmuskulatur, völlig geschwundenes Fettpolster bis auf das Wangenfett, dünne Bauchdecken und ein großer meteoristisch aufgetriebener Leib. Die Haut schlottert um die mageren Glieder und an den Oberschenkeln sind deutliche Längsfalten zu erkennen. Auffällig heben sich die roten Lippen von der übrigen Blässe und dem grauen Aussehen der Haut ab. Die Körpertemperatur ist meist erniedrigt, der Herzschlag ist verlangsamt. Die Stühle sind uncharakteristisch wie bei der Dystrophie. Dabei ist aber die Trinklust meist wenig eingeschränkt — die Kinder trinken gierig aus der Flasche.

Als Behandlung der Dystrophie genügt in leichten Fällen die Richtigstellung der Ernährung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Das Prinzip ist hierbei, ähnlich der Dyspepsie-Behandlung, plötzliche Umstellungen zu vermeiden und die Umstellung langsam und aufbauend zu gestalten. Tut man dies nicht, so stellt sich meist rasch eine Dyspepsie ein. Kleinere und häufigere Mahlzeiten sind besonders bei Erbrechen, Appetitlosigkeit und Trinkunlust angezeigt. Wurden starke Verdünnungen von Milch ($\frac{1}{3}$ Milch) verwendet, so gehe man über $\frac{1}{2}$ auf $\frac{2}{3}$ Milch über, am besten in Form der gesäuerten Milch. Bei Kohlehydratmangel ergänze man den Zucker bis auf 5%, später ev. bis auf 7%, die Mehle auf 3—5%. Die Anreicherung der Nahrung in bezug auf Fett und Kohlehydrate kann sowohl über die Einbrenne-Nahrung nach Kleinschmidt und Czerny als auch über Breie erfolgen. Bei jüngeren Kindern beginnt man mit einem gesäuerten Halbmilchbrei oder Gemüsebrei mit Gries ohne Butterzusatz, bei Kindern über 4 Monate kann man auch schon gesäuerte $\frac{2}{3}$ - oder Vollmilchbreie verwenden. Bei Kindern über 6 Monate hat man die besten Erfolge mit Umstellung auf 4 Breimahlzeiten zu je 200 g, 2 Vollmilchbreie, einen Zwiebackobstbrei und einen Gemüsebrei mit einem Teelöffel Butter. Langsam steigend kann man auch den Vollmilchbreien etwas Butter beigegeben. Die Ausschaltung des

Schoppens bereitet allerdings im Schwäbischen einige Schwierigkeiten! Die weitere Ergänzung der Nahrung durch Eigelb oder einen Tee- bis Eßlöffel mit der Gabel zerdrückter, leicht geschmorter Kalbsleber ist als Zugabe zum Gemüsebrei besonders zu empfehlen. Bei wasserlabilen Kindern, die im Gewicht stark schwanken, ist die Beschränkung der Nahrungsmenge auf $\frac{1}{6}$ des Körpergewichtes, über 5000 g Gewicht auf 800 g angereicherte Nahrung besonders wichtig.

Bei der Atrophie muß die herabgesetzte Nahrungstoleranz besonders berücksichtigt werden. Der Aufbau muß hier besonders langsam und vorsichtig gestaltet werden, da die Kinder im schweren Hungerzustand sehr rasch in den Zustand völliger Unernährbarkeit, in die Dekomposition abgleiten können, die dann diätetisch nicht mehr beherrscht werden kann. Daher ist eine klinische Behandlung fast immer angezeigt, da eine unterstützende Therapie mit Plasma und Bluttransfusionen selten entbehrt werden kann. Bei sehr jungen Kindern ist die Frauenmilchernährung die Methode der Wahl, denn nur mit ihrer Hilfe ist eine Reparatur möglich. Wegen der Fettintoleranz nimmt man anfangs am besten abgerahmte Frauenmilch und gibt zu einem Drittel Holländische Anfangsnahrung dazu, da mit Frauenmilch allein dem erhöhten Eiweiß- und Salzbedarf des Kindes nicht genügend Rechnung getragen wird. So beginnt man z. B. bei einem Kind mit 3000 g Gewicht mit 5 + 20 g Frauenmilch, 5 + 10 g Buttermilch und 5 + 70 g Reischleim ohne Zuckerzusatz und steigert täglich pro Mahlzeit um 10—20 g Frauenmilch-Buttermilchgemisch unter Abzug von Schleim. Bei guten Stühlen und Besserung des Allgemeinbefindens kann man nach wenigen Tagen 3—5% Nährzucker zugeben. Bei älteren Säuglingen beginnt man mit Buttermilch oder Eiweißmilch in kleinen Mengen, die ebenfalls langsam gesteigert werden müssen, bei Eiweißmilch ohne Berücksichtigung der Stühle. Wird die Nahrung gut vertragen, steigt das Gewicht langsam an — wir begnügen uns bei der Atrophie immer mit sehr geringen langsamen Erfolgen! — und treten keine dyspeptischen Stühle auf, so geht man nach einiger Zeit, jedoch nicht vor 4 Wochen, auf eine konzentrierte Nahrung über in Form der Buttermilchmehlnahrung, bzw. später der Buttermehlnahrung. Die Verwendung der Eiweißmilch entspricht den bei der Dyspepsie an-

gegebenen Regeln unter Berücksichtigung des langsamen Aufbaus. Jenseits des 4. Monats ist der Übergang auf Breinahrung über einen Buttermilch- bzw. Eiweißmilchbrei auf $\frac{1}{2}$ oder später Vollmilchbrei sehr vorsichtig vorzunehmen.

Maßgeblich für den Aufbau ist das Gedeihen des Kindes nach Gewichtskurve, Aussehen und Stuhlbeschaffenheit. Die Reparatur beansprucht Wochen bis Monate, bis zur Normalkost übergegangen werden kann. Die völlige Wiederherstellung ist möglich, sofern der Gewichtsverlust $\frac{1}{3}$ des Körpergewichtes (Quest'sche Zahl) nicht überschritten hat. Bei größerem Verlust ist die Prognose quoad vitam sehr zweifelhaft.

Die beste Prophylaxe der Ernährungsstörungen ist das Stillen. Eine lebendige Stillpropaganda mit dem Hinweis, daß die Frauenmilchernährung den besten Schutz gegenüber Krankheiten im Säuglingsalter bietet und daß auch im weiteren Kindesalter die Gefährdung geringer ist, erscheint auch heute wieder dringend erforderlich. Es ist daher eine wichtige und dankenswerte Aufgabe für alle Ärzte, an dieser Propaganda und Aufklärung mitzuwirken. Wenn auch heute die künstliche Ernährung nicht mehr in jedem Falle ein Wagnis darstellt, so sollten diese Erfolge doch nicht vergessen lassen, daß besonders bei jungen und schwachgeborenen Kindern die künstliche Ernährung immer ein Wagnis ist. Auch die Zwiemilchernährung wird häufig von den Müttern in ihrer Bedeutung nicht richtig erkannt. Denn ein Teilstillen ist immer noch besser als alleinige künstliche Ernährung.

Zur Vermeidung von Störungen ist die richtige Einstellung der Nahrung in qualitativer und quantitativer Hinsicht unbedingt erforderlich, wobei sich die Überernährung genau so schädlich auswirken kann wie eine Mangelernährung. Zu Beginn jeder Störung ist eine Beschränkung der Nahrung oder eine kurze Hungerpause von oft ausschlaggebender Bedeutung.

Die laufende ärztliche Überwachung des Säuglings und die Ernährungsberatung der Mütter durch die Mütterberatungsstellen, die nicht nur für uneheliche Kinder eingerichtet sind, stellen eine weitere prophylaktische Maßnahme dar.

(Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.)

Aus der 1. inneren Abteilung

(Leitender Arzt: Dr. W. Boecker) der Zentralkliniken Göppingen der LVA. Württemberg
(Chefarzt Dr. K. Winker)

Die Laparoskopie, ihre Indikation und ihre Grenzen

Von Dr. med. W. Boecker

Die Suche nach einer Verbesserung der Abdominaldiagnostik führte zur Entwicklung der Laparoskopie oder Bauchspiegelung, die seit ihrer ersten Vornahme durch Jacobaeus im Jahre 1911 durch Kalk eine solche Verfeinerung und Vervollkommnung erfahren hat, daß sie als wertvolle und oft durch eine andere einfache Untersuchungsmethode nicht zu ersetzende diagnostische Maßnahme ihren Platz behalten wird.

Insbesondere hat die Laparoskopie durch die Zunahme der Hepatitis und ihrer Folgekrankheiten, bei der

Unzulänglichkeit und dadurch auch Vielzahl der serologischen Leberreaktionen, ihre Brauchbarkeit bewiesen und ihre Notwendigkeit verstärkt.

Während Funktion und Schaden einer nicht ausgeheilten Nephritis durch einfache Untersuchungsmethoden ziemlich genau festgestellt werden können, ist dies bei den Lebererkrankungen nur zum Teil möglich. Dies liegt einmal an der fehlenden Spezifität der meisten Leberreaktionen, zum anderen aber, daß isolierte Lebererkrankungen damit nicht erfaßt werden können.

Leider hat die Laparoskopie bis jetzt noch nicht die Verbreitung gefunden, die sie verdiente, teils aus Scheu vor dem „gefährlichen“ Eingriff, teils aber auch, weil meist die Gelegenheit zum Erlernen fehlte.

Zu Letzterem ist zu sagen, daß die Ausführung der Methode keine Schwierigkeiten bereitet, die Beurteilung des Gesehenen, insbesondere der Leberoberfläche, aber einer gewissen Übung bedarf.

Wann ist nun eine Laparoskopie angebracht?

Grundsätzlich bei allen unklaren Baucherkrankungen, bei denen nach gründlicher klinischer und röntgenologischer Durchuntersuchung durch Betrachtung der Bauchorgane eine weitere Klärung zu erwarten ist.

In erster Linie gehören hierzu die Erkrankungen der Leber, besonders die Folgezustände nach Hepatitis. Auch die Klärung der Ikterusgenese ist oft nur durch Laparoskopie und Leberpunktion möglich. Zur Erläuterung sei hier über einige typische Krankheitsbilder berichtet, die bei uns in den letzten Monaten durch Laparoskopie und Leberpunktion einer diagnostischen Klärung zugeführt werden konnten. Was die Durchführung der Technik betrifft, verweisen wir auf das ausführliche Schrifttum bei **Kalk**, der auch die größte Erfahrung auf diesem Gebiet besitzt. Die gezielte Leberpunktion, die den Vorteil des ungefährlichen Eingriffs gegenüber der blinden Punktion besitzt, und die eine genaue Wahl des Punktionsortes, also auch der pathologischen Bezirke ermöglicht, führten wir mit der gezähnten Nadel nach **Roholm-Iversen** oder mit der gespaltenen **Vim-Silvermann-Nadel** durch. War eine Laparoskopie mit Inspektion der Lebergegend nicht möglich (meist nach Oberbauchoperationen oder bei kreislaufgefährdeten Patienten), eine Punktion aber aus diagnostischen Gründen erwünscht, so verwendeten wir zur ungezielten oder blinden Punktion die **Vim-Silvermann-Nadel**¹.

Zuerst einige Krankheitsbilder aus dem Gebiet der „akuten Gelbsucht“ (stark gekürzt).

Fall 1: Franz W., 41 Jahre. Bisher nie ernstlich krank. Sommer 1949 nach 4jähriger Kriegsgefangenschaft unterernährt zurückgekehrt. Anfang Dezember 1949 Hepatitis. Beginn mit üblichen Symptomen. Trotz entsprechender Therapie nach 6 Wochen noch kein wesentlicher Rückgang des Ikterus, bei großer, verhärteter Leber, vergrößerter Milz und pathologischen Leberfunktionsproben. (Takata 30 mg %, Gros 0,16 bis 1,3, Weltmannsches Koagulationsband 10. Röhrrchen, Cadmium-Reaktion ++, Formol-Gel ++).

Indikation zur Laparoskopie: Übergang zur Zirrhose, bei einer infolge unterwertiger Nahrung geschädigten Fettleber? Laparoskopie: Leber vergrößert, verdickt, Leberrand stumpf, Oberfläche glatt, Farbe graubraun, Gallenblase prall gefüllt. Punktat aus dem re. Leberlappen: (Doz. Dr. **Altman**, pathologisches Institut Freiburg). Abklingende, ziemlich schwere Hepatitis. In Läppchenzentren Faservermehrung. Keine Zirrhosegefahr.

Diagnose: Schwere Hepatitis, Übergang zu dem Stadium der großen weißen Leber (**Kalk**).

Fall 2: Rudolf M., 58 Jahre. Seit 1923 Diabetes mellitus. Seit Frühjahr 1949 diabetische Neuritis an den unteren Extremitäten. Anfang September 1949 anikterische Hepatitis, die dann in das Bild einer schweren Hepatitis mit lange dauerndem Ikterus und Auftreten von Ascites überging.

¹ Hersteller: Heinr. C. Ulrich, Ulm-Donau, Nördlicher Münsterplatz 15.

Leber und Milz waren von Anfang an hier deutlich vergrößert.

Indikation zur Laparoskopie: Übergang zu Zirrhose?

Laparoskopie nach Ablassen von 1,6 Liter Ascites: Leber entsprechend vergrößert, verdickt, stumpfer Rand. Oberfläche graubraun, glasig. Ziemlich gleichmäßige Höckerbildung von Hirsekorngröße, prall gefüllte Gallenblase, Farbe weißlich-blau mit etwas verdickter Wand. Punktat re. Leberlappen (**Altman**): Zirrhotischer Umbau des Lebergewebes vom Typ der annulären Zirrhose, fragliche abgeklungene Cholangitis.

Diagnose: Beginnende annuläre Leberzirrhose bei Diabetes mellitus.

Fall 3: Karl K., 52 Jahre, Gastwirt, Potator. Seit Anfang Oktober 1949 Beschwerden wie bei Hepatitis mit leichtem Ikterus. Leber handbreit vergrößert, derb, stumpfer Rand, Milz stößt an. Mäßiger Ikterus, deutlich pathologische Leberfunktionsproben.

Indikation zur Laparoskopie: Verdacht auf neuen Schub bei einer schon längere Zeit bestehenden Leberschädigung. Zirrhose?

Laparoskopie: Stark vergrößerte Leber, stumpfer Rand, Oberfläche graubraun, leichte hirsekorngroße Höckerung, dazwischen weißliche Fibrinzeichnung. Die Höckerbildung ist im Bereich des li. Leberlappens stärker ausgeprägt, die Farbe dort mehr grau als braun. Punktat re. Leberlappen (**Altman**): Schwere toxische Leberschädigung mit Ikterus, ausgedehnte läppchenperiphere Siderose.

Diagnose: Toxische Leberschädigung durch Alkohol. Vorläufig keine Zirrhosegefährdung.

Fall 4: Alice P., 68 Jahre. Oktober 1949 „nach Bandwurmkur“ beginnender leichter Ikterus, der sich im Laufe der Zeit verstärkte. Im Dezember 1949 stationäre Aufnahme. Deutlicher Ikterus. Leber handbreit vergrößert, derb, medial uneben. Leberfunktionsproben schwach positiv.

Indikation zur Laparoskopie: Klärung der Ätiologie des wahrscheinlichen Verschlussikterus. Operationsmöglichkeit?

Laparoskopie: Leber entsprechend groß, verdickt, Farbe grünlich-braun. Gallenblasenwand weiß, porzellanartig verdickt. Vom Korpus der Gallenblase zieht eine weißliche Masse zur Leber, die in einem gut 5-M-Stück großen Bezirk strahlig weißlich infiltriert erscheint. In diesem Bereich sehr deutliche hyperämische Gefäße. Auch die Gefäße der Gallenblase sind stark hyperämisch. Keine Leberpunktion wegen des Verschlussikterus (Gefahr einer galligen Peritonitis!). Diagnose: Verschlussikterus durch Gallenblasen-Karzinom, das schon infiltrierend auf die Leber übergreifen hat.

Leider war mit dieser Diagnose die infauste Prognose gestellt, und eine Operation nicht mehr erfolgversprechend.

Neben der Klärung dieser akuten und subakuten Krankheitsbilder gibt es aber noch eine Reihe von Folgezuständen nach Hepatitis und unklarer Lebervergrößerung, die nur durch Laparoskopie evtl. in Kombination mit Leberpunktion diagnostiziert werden können.

Fall 5: (Pat. wurde uns von einem auswärtigen Krankenhaus zur Laparoskopie überwiesen.) Michael St., 37 Jahre. Frühjahr 1947 in Gefangenschaft bei Hungerödemen gelbe Skleren bemerkt. Herbst 1947 drei Wochen lang höhere Temperaturen. Genaueres hierüber kann Patient nicht angeben, da er in dieser Zeit teilweise benommen war. Anschließend wurden ihm durch mehrmalige Punktion über 14 Liter Ascites abgelassen. Entlassung im März 1948 mit einem Gewicht von 40 kg. Jetzige Klagen: Druck im Oberbauch, Unverträglichkeit von fetten Speisen.

Befund: Leber 3 Qf. vergrößert, verhärtet, medial leicht höckerig, druckschmerzhaft. Milz normal. Bilirubin im Serum leicht erhöht. Normale Leberfunktionsproben.

Indikation zur Laparoskopie: Zustand nach Hepatitis mit ungleichmäßiger Defektheilung?

Laparoskopie: Leber entsprechend vergrößert, verdickt, abgerundeter Rand. Oberfläche mehr rosig-glasig mit einzel-

nen kleinen narbigen Einziehungen. Am Leberrand in Gallenblasennähe, die selbst prall gefüllt ist und bläulich-grüne Farbe bei verdickter Gallenblasenwand zeigt, sieht man mehrere bis daumengliedgroße, hellrote Neubildungen aus der Leber hervorragen. Punktat aus dem li. Leberlappen aus einem Bereich, dessen Oberfläche unverdächtig erscheint (Altmann): Restzustand nach Hepatitis.

Diagnose: Zustand nach Hepatitis und nach partieller akuter Leberatrophy mit einzelnen Neubildungen von Lebergewebe, wie es dem Bilde der Kartoffelleber (Kalk) entspricht.

Fall 6: Stefan G., 39 Jahre. 1948 in Gefangenschaft 5 Monate an „Gelbsucht“ erkrankt, die später verschiedentlich rezidierte. Jetzige Klagen: Mattigkeit, Kurzlufchtigkeit, Unverträglichkeit von Fett, Blähungen, schwefeliges Aufstoßen.

Befund: re. Leberlappen 2 Qf. vergrößert, mäßig verhärtet. Milz stößt eben an. Leberfunktionsproben schwach positiv, Bilirubin im Serum 1,46 mg%.

Indikation zur Laparoskopie: Liegt trotz der schwach positiven Proben schon ein stärkerer Leberschaden vor?

Laparoskopie: Leber entsprechend vergrößert, relativ scharfer Rand. Oberfläche: re. Leberlappen teilweise normal, teilweise in der Nähe des Ligamentum falciforme hirsekornartige Höckerung. Am medialen Rand 3 kleinere, erbsengroße rosige Höckerbildungen, der li. Leberlappen ist verkleinert, zeigt hirsekorn- bis kleinkirschkerngroße Höckerung bei glasiger, rosiger Oberfläche. Punktion li. Leberlappen (Altmann): Chronische Hepatitis mit Umbau fortschreitend. Re. Leberlappen: abklingende chronische mit Umbau einhergehende Hepatitis.

Diagnose: Chronische Hepatitis z. T. mit dem Bild der großen bunten Leber (Kalk). Zirrhosegefährdung besonders im li. Leberlappen, völlige Ausheilung unwahrscheinlich. Spätere Kontrolle erforderlich.

Fall 7: Reinhold B., 53 Jahre (wurde uns vom Hausarzt zur laparoskopischen Klärung der Lebererkrankung überwiesen, da bei früheren Krankenhausuntersuchungen der Verdacht auf Leberzirrhose bei negativen Leberfunktionsproben ausgesprochen wurde).

Klagen: Seit 1941 Druck im Oberbauch, Müdigkeit, Obstipation. 1945 leichter Ikterus.

Befund: Leber handbreit vergrößert, verhärtet, Leberfunktionsproben: Thymolprobe +, Takata 100 mg%, Gros 0,4 bis 1,72, Weltmann 9. Röhrchen, Bilirubin 1,06 mg%.

Laparoskopie: Leber entsprechend vergrößert, etwas abgerundeter Rand. Farbe mehr dunkelbraun-rot, am vorderen Rand des re. Leberlappens feine Höckerbildung, die im Bereich des ganzen li. Leberlappens stärker ausgebildet ist. Gallenblase prall, von ausgesprochen dunkelgrüner Farbe. Punktion re. Leberlappen (Altmann): Hämochromatose mit Pigmentzirrhose.

Diagnose: Hämochromatose ohne Pigmentverschiebung der äußeren Haut bei normalem Nüchtern-Blutzucker und negativem Urinzucker, allerdings bei nachträglich festgestellter, schon diabetischer Stoffwechsellage im Staub-Traugottischen Versuch.

Auffallend war bei diesen beiden letzten Fällen das stärkere Befallensein des li. Leberlappens, wie wir es schon einige Male feststellen konnten. Klinisch ist dies wenig bekannt, zumal ja der Exitus infolge Lebererkrankung meist bei ausgedehnter Erkrankung beider Lappen erfolgt, und so diese „Zwischenstadien“ nicht beobachtet werden. Experimentell wurde dieser stärkere „Schaden“ im li. Leberlappen öfter erzeugt.

Hypothetisch versucht man dies einmal so zu erklären, daß der li. Leberlappen auf dem Blutwege weniger hochwertige Nahrungsstoffe, besonders Aminosäuren erhält, die für die Heilung erforderlich sind, da nachgewiesen wurde, daß dieser Lappen sein Blut mehr aus dem Dickdarm und der Milz und weniger aus dem Dünndarm er-

hält. Zum anderen fand man überhaupt eine schlechtere Blutversorgung in Ligamentnähe, die sich bei dem kleineren li. Lappen insgesamt auch schlechter auswirken kann.

Als Ursache weiterer Lebervergrößerung fanden wir öfter bei Heimkehrern, nach jahrelang unterwertiger Nahrung, histologisch: Fettlebern (Altmann) bei normalem laparoskopischem Befund, in deren Folge Leberzirrhosen auftreten können (Kalk (3)). Gelegentlich kann man durch die Biopsie auch ausgesprochen seltene Krankheitsbilder diagnostizieren. So stellten wir mit Kalk bei einer Patientin mit großer Leber als Ursache eine Zystenleber fest. Bei einem weiteren Patienten mit Leber- und Milzvergrößerung und Subikterus ergab die histologische Untersuchung des Leber- und Milzpunktates das Bild eines Morbus Gaucher (Altmann). Schließlich laparoskopierten und punktierten wir noch eine Patientin mit einer Polycythaemia vera nach Urethanbehandlung und versuchten daraus prognostisch Schlüsse zu ziehen.

Auch die Frage, wie weit ein großer chirurgischer Eingriff am Abdomen gerechtfertigt ist, kann mit der Laparoskopie als kleinem Eingriff gelegentlich beantwortet werden, wie folgender Befund zeigt¹.

Fall 8: Johann Z., 56 Jahre. Nach dem klinischen und röntgenologischen Bild: Verdacht auf Querkolon-Ca. bei vergrößerter, verhärteter Leber.

Indikation zur Laparoskopie: Ist die Lebervergrößerung und Verhärtung Folge einer schon erfolgten Metastasierung?

Laparoskopie: Leber entsprechend vergrößert, unter dem knöchernen Rippenbogen (also nicht palpabel) deutliche, über die Leber hinausragende, weiß-gelbliche Höckerbildungen. Auch im Bereich des re. inneren Leistenringes kirschkerngroße, blumenkohlartige „Wucherung“, stark vermehrte Gefäßzeichnung über der Mitte des Querkolons.

Diagnose: Karzinomatose der Leber, Metastase am inneren Leistenring nach Querkolon-Ca.

Eine restlose chirurgische Beseitigung des Malignoms ist somit nicht mehr möglich.

Die Betrachtung der übrigen Organe ist meist von untergeordneter Bedeutung.

Die Magendiagnostik ist eine röntgenologische, evtl. in Ergänzung mit der Gastroskopie, nur gelegentlich kann man durch verstärkte Gefäßzeichnung, oder durchscheinende Tumoren eine genaue Diagnose stellen.

Auch bei Milzerkrankungen — normal ist nur die vergrößerte Milz sichtbar — ist die Diagnostik durch die Biopsie beschränkt, eine Milzvenenthrombose kann man aber gelegentlich durch die gleichzeitige Pfortaderstauung diagnostizieren.

Die Diagnose Karzinose oder Tuberkulose des Bauchfels ist schon bei der Sektion schwierig. Verwachsungen, kleinere, mehr gleichmäßige Knötchen sprechen eher für Tuberkulose als größere, ungleichmäßige, die man meist beim Karzinom findet.

Wichtiger ist die Frage der Klärung der Polyserositis bei Indikation zur Kardiolyse, oft im Zusammenhang mit der Beurteilung einer Cirrhose cardiaque. Zum Schluß gibt die Laparoskopie dem Gynäkologen besonders bei

¹ Für die Überlassung der Unterlagen bin ich Herrn Prof. Zuckschwerdt sehr zu Dank verpflichtet.

der Beurteilung der Ovarialtumoren neue Möglichkeiten, die leider viel zu wenig ausgenutzt werden.

Kontraindiziert ist die Laparoskopie bei allen peritonitischen Reizzuständen und kardialen Dekompensationen (weitere Hochdrängung des Zwerchfells). Auch wird von einer Laparoskopie bei Zustand nach Oberbauchoperation wegen der Verwachsungen in der Regel abgesehen. Zu erwähnen ist noch die seltene Komplikation einer Zwerchfellhernie oder eines Zustandes nach Zweihöhlschuß (Pneumothoraxgefahr). Technische Schwierigkeiten bei der Anlage des Bauchpneus bieten dann noch sehr fette oder zu straffe Bauchdecken, erstere heute schon wieder von einer solchen Stärke, daß die Länge z. B. einer Denneckenadel bei schrägem Eingehen im li. Unterbauch oft nicht mehr ausreicht.

Zusammenfassung

An Hand von acht ausgewählten Laparoskopien des letzten Halbjahres wird die Indikation für die Laparoskopie besprochen. Dabei wird gezeigt, daß mit dieser Methode evtl. im Zusammenhang mit der gezielten Leberpunktion oft allein eine entscheidende Diagnose gestellt werden kann, die sonst nicht möglich ist.

Auf die isolierte Leberschädigung besonders im li. Leberlappen wird hingewiesen.

Schrifttum

1. Kalk: Deutsches Archiv für klinische Medizin (193) 1948, 342—362.
2. Kalk: Fortschritte der Diagnostik und Therapie Band I 1949, Heft 3 und Heft 4.
3. Kalk: Dtsch. med. Wschr. (75) 1950, 225—229.

Das erste Hebammenlehrbuch für Württemberg von Christoph Völter (1679)

Von Dr. med. E. Stübler, Reutlingen

Zum Erwerb beruflicher Kenntnisse gibt es verschiedene Möglichkeiten. Dem einen Menschen hat das gesprochene Wort mehr zu sagen, dem andern liegt mehr das Lesen, also das Lehrbuch. Ein solches ist aber auf alle Fälle notwendig, denn auch von dem Lehrer kann man nicht verlangen, daß er im mündlichen Unterricht immer alles aus sich selbst heraus schafft. Auch er hat das Bedürfnis nach einer zweckmäßigen Zusammenstellung vorhandener Kenntnisse. Das gilt auch für den Unterricht der Hebammen.

Man muß sich allerdings fragen, ob ein Hebammenlehrbuch zu einer Zeit einen Sinn hatte, in der das Lesen und Schreiben noch nicht Allgemeingut der Bevölkerung war. Für das Land Württemberg hat nämlich erst ein Erlaß vom Jahr 1755 angeordnet, daß die Hebammen des Lesens und Schreibens kundig sein sollen. Dabei hätte in den Zeiten, in denen es noch keine Hebammenschulen gab, ein Lehrbuch von besonderer Wichtigkeit sein müssen. Damals ergänzte sich der Hebammenstand aus sich selber heraus durch handwerksmäßige Lernzeit bei einer älteren Hebamme.

Wessen Aufgabe war es nun, solche Hebammenlehrbücher zu verfassen? Wenn sie einen Nutzen bringen sollten, mußten sie von Personen geschrieben werden, die in der Geburtshilfe eigene Erfahrungen hatten. Der übliche Arzt, der Medicus im eigentlichen Sinn, kam deshalb nicht in Frage. Er wäre wohl in der Lage gewesen, theoretisch über den damals bekannten Stand der Geburtsanomalien und deren Behandlung zu berichten, schlechter wahrscheinlich schon über die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt, da er kaum Gelegenheit hatte — außer bei seiner eigenen Frau —, den Verlauf einer normalen Geburt zu beobachten. Etwas Lebensnahes wäre bei einem solchen Lehrbuch nicht herausgekommen. Es kamen deshalb als Verfasser von Hebammenlehrbüchern nur Personen in Frage, die ohne viel graue Theorie aus eigenem Erleben berichten und Anweisungen für die Praxis geben konnten.

Sicher erwarb sich manche Hebamme im Laufe ihrer Tätigkeit Kenntnisse, die sie befähigten, ihr Wissen für

den Nachwuchs in Richtlinien zusammenzufassen. Das ist auch tatsächlich geschehen, so in Frankreich, wo die Maitresse sage femme vom Pariser Hotel Dieu Marguerite du Tertre ein vielbeachtetes Lehrbuch (1677) herausgab. Auch Deutschland kann mit einem Gegenstück aufwarten mit dem oft gedruckten und weitverbreiteten Buch der Justine Siegemundin „Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehemutter“ (1690). Aber diese von Hebammen geschriebenen Lehrbücher waren doch nur Einzelerscheinungen.

Es gab noch einen andern Stand heilkundlichen Tuns, der sich seit dem 17. Jahrhundert mehr und mehr für Geburtshilfe interessierte: die Chirurgen. Ihnen, die auch nicht auf der Hochschule ausgebildet waren, sondern wie die Hebammen mehr handwerksmäßig ihre Kunst erlernten, war es von jeher vorbehalten, gewisse chirurgische Eingriffe am Gebärbett vorzunehmen, vor allem Eingriffe, die die physische Kraft weiblicher Hände überstiegen. Das zunächst und noch lange als Konkurrenz betrachtete geburtshilfliche Interesse dieser Chirurgen zeitigte auch literarische Früchte, wenn auch manchem Chirurgen die Federführung schwer gefallen sein mag.

Der Lauf der Zeiten veranlaßte manche Landesregierung, im Zug des Ausbaus des Gesundheitswesens auch dem Hebammenberuf mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die Landesherrn ließen sich durch ihre Leibmedici, denen vielfach die Oberaufsicht des Gesundheitsdienstes zukam, davon überzeugen, daß die Ausbildung der Hebammen eine Verbesserung nötig hatte. So entstanden im 17. Jahrhundert in vielen Teilen des zerrissenen Deutschland Hebammenlehrbücher, nach denen nicht nur die Hebammen, sondern auch die Chirurgen griffen. Diese Bücher fanden Verbreitung, wenn sie nicht nur altüberliefertes Wissen, sondern eigene Erfahrungen boten. In Hessen erschien 1652 von Huxholz: „Unterricht der Hebammen“, für das Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen 1674 von Sommer: „Nothwendiger Hebammen-Unterricht“, für Braunschweig 1686 von Nolde: „Unterricht vor die Heb-Ammen“. Trotz des manchmal zweifelhaften Wertes dieser Bücher geschah immerhin

etwas für die Hebammenausbildung, was besonders wichtig war, weil in Deutschland Hebammenschulen fehlten¹.

In diese Zeit fällt auch das erste Hebammenlehrbuch für Württemberg von Christoph Völter. Es erschien 1679 und trägt eine Widmung an die Witwe Magdalene Sibylle des zwei Jahre zuvor gestorbenen Herzogs Wilhelm Ludwig (1674—1677). Es ist anzunehmen, daß Völter im Auftrag des württembergischen Herzogs, dessen Leibchirurg er war, gehandelt hat. Das Buch trägt den Titel: „Neu eröffnete Heb-Ammenschuhl“.

Es wäre verkehrt, an dieses Werk mit hochgespannten Erwartungen heranzugehen. Was angenehm berührt, ist der Umstand, daß Völter immer wieder mit selbst erlebten Geburtsfällen aufwartet. Die theoretischen Erörterungen sind nicht in seinem Kopf gewachsen. Er hatte schließlich auch das Recht, auf seinen Vorläufern aufzubauen. Und das tut er gründlich. So, wie er die auf die Antike zurückgehenden und immer wieder reproduzierten Kindslagenbilder verwendet, so war für ihn, wie für alle damaligen Hebammenlehrbücher, der seit 1513 in vielen Auflagen erschienene „Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten“ von Eucharius Roesslin das Vorbild.

Völters Buch ist vorwiegend auf die Praxis eingestellt. Es fehlen zwar auch nicht Erörterungen über die Physiologie der Schwangerschaft und der Geburt, aber im Vordergrund steht doch das Handeln am Gebärbett. Daß hierbei die zerstückelnden Operationen noch eine große Rolle spielen, leuchtet ein, wenn man bedenkt, daß außer der Wendung auf die Füße keine entbindende Operation praktisch geübt wurde. Die Zange war noch nicht erfunden, der Schoßfugenschnitt wurde erstmals 1777 ausgeführt. Interessant ist, daß Völter sich in geeigneten Fällen zur Berechtigung des Kaiserschnitts an der Lebenden bekennt. Diese naturgemäß mit sehr schlechtem Erfolg ausgeführte Operation war gegen den Widerstand der maßgebenden französischen Geburts-

¹ Nur die Münchener Gebäranstalt wurde bereits gegen Ende des 16. Jahrhunderts zum Unterricht für Hebammen verwendet.

helfer 1581 von Rousset empfohlen worden. Rousset selbst hat zwar nie einen Kaiserschnitt vorgenommen und auch Völter hat sich sicher nie zu diesem Eingriff entschlossen. Er hätte dieses Wagnis bestimmt in seinem Buch beschrieben, da er immer wieder über besonders schwere Geburten kasuistisch berichtet.

Ein besonderes Anliegen war Völter die Ausbildung der Hebammen, über deren Unkenntnis er sich bitter beklagt. Er gibt sich die erdenklichste Mühe, ihre Kenntnisse zu vertiefen und erklärt sich bereit, die Hebammen privat zu unterrichten. Das Völtersche Lehrbuch fand Anklang, sonst wäre es nicht nach seinem Tode in zwei weiteren Auflagen (1687 und 1722) erschienen. Während die 3. Auflage nur einen Neudruck der 2. darstellt, ist die letztere textlich erweitert. Wer der Überarbeiter ist, wissen wir nicht, möglich, daß sie nach Aufzeichnungen Völters von einem Unbekannten erfolgte. Nahezu 70 Jahre galt das Völtersche Buch in Württemberg als Hebammenlehrbuch, bis es auf Anregung der Regierung durch das Buch: „Kurtzer und deutlicher Unterricht für die Hebammen des löblichen Herzogthums Württemberg“ (1746) von Victor Heinrich Riecke ersetzt wurde.

Wer war der Verfasser des ersten württembergischen Hebammenlehrbuchs? Wir wissen über seine Person herzlich wenig. Geboren wurde Christoph Völter am 5. Januar 1617 in Metzgingen als Sohn eines Chirurgen. Nach der üblichen Wanderausbildung war er zunächst in seiner Heimatstadt tätig und wurde etwa 1674 als Leibchirurg des württembergischen Herzogs nach Stuttgart berufen. Hier verfaßte er seine „Hebammenschuhl“. Er starb im Jahr 1682. Trotz dreimaliger Ehe hinterließ er keine Nachkommen, aber der Name Völter ist durch eine Seitenlinie heute noch in seiner Heimatstadt verbreitet. Als Chirurg nahm er natürlich außer seiner geburtshilflichen Tätigkeit auch andere Eingriffe vor, doch scheint ihm die Geburtshilfe besonders gelegen zu haben. Wenn sein Lehrbuch auch nichts Epochemachendes bringt, so war es doch ein großer Fortschritt in der Ausbildung der württembergischen Hebammen. Und das soll ihm nicht vergessen sein.

Zur Frage der Arznei- und Heilmittelkosten

Von Dr. med. Dietrich Walchei, Mochenwangen (Baden)

Die Krankenkassen beklagen sich in letzter Zeit immer wieder über das Ansteigen der Arznei- und Heilmittelkosten. Auf der 1. Bundestagung der OKK. im November vergangenen Jahres erklärte Herr Direktor Glock, diese Kosten hätten sich im Jahre 1949 gegenüber denen des Jahres 1932 um 271,5% erhöht (6 RM pro Mitglied und Jahr für 1932 gegenüber 16,30 DM für 1949) und zu ihrer Deckung müßten heute 18,5% der Beitragseinnahmen der OKK. verwandt werden. Der Grund dafür sei in der Verschärfung des ärztlichen Konkurrenzkampfes zu suchen, der viele Ärzte veranlasse, allzusehr den Wünschen des Patienten nachzugeben und damit das „Maß des Notwendigen“ zu überschreiten.

Für jeden Einsichtigen muß es klar sein, daß diese Erklärung in etwas gewaltsamer Weise die Proportionen verschiebt: Ein einzelner Grund wird als Alleinursache ausgegeben, und man könnte zu der Auffassung kommen, als solle damit mehr der Stärkung der eigenen Po-

sition in der augenblicklichen Auseinandersetzung als einer objektiven Klärung gedient werden. Mit einer solchen Einseitigkeit — der auch die Veröffentlichungen von ärztlicher Seite nicht immer entgehen — ist jedoch keinem genützt, und so soll im folgenden versucht werden, den gesamten Fragen- und Ursachenkomplex sachlich und unvoreingenommen darzustellen.

1. Arzneimittelpreise — Veränderung der Therapien

Die Preise der 1932 wie heute verwandten Arzneimittel sind im allgemeinen unverändert; eine Ausnahme bilden hier lediglich alle unter Verwendung von Alkohol hergestellten Medikamente, deren Preis durch die Erhöhung der Alkoholsteuer seit 1932 durchschnittlich um 150% gestiegen ist. Demgegenüber steht jedoch die große Zahl der 1932 noch unbekannt oder wenig angewandten Heilmittel (Sulfonamide, Vitamin- und Hor-

monpräparate usw.), deren Anwendung längst unerlässlich geworden ist, deren Preis aber in den meisten Fällen erheblich über dem der durch sie ersetzten Mittel liegt. So leuchtet ein, daß damit für eine moderne Therapie — an deren „Notwendigkeit“ keiner zweifelt — der 1932 gültige Regelbetrag nicht zutreffen kann. Hinzu kommt, daß mehr Behandlungen, die früher einen klinischen Aufenthalt erforderten, jetzt auch vom praktischen Arzt durchgeführt werden können. Durch diese Ausweitung der klinischen Therapie auf die Allgemeinpraxis ist dem Arzt erst die Behandlung schwerer Krankheitsfälle möglich geworden, andererseits mußte sich jedoch eine solche qualifiziertere Behandlungsweise auch auf den durchschnittlichen Arzneikostensatz auswirken.

2. Veränderung der Gesundheitsverhältnisse

Neben der in den vergangenen Jahren um ca. 25% angestiegenen Morbidität der Bevölkerung, mit der die Arznei- und Heilmittelkosten automatisch zunehmen mußten, liegt ein sehr wesentliches und bisher kaum berücksichtigtes Moment in der Verschiebung der Altersklassen zugunsten der älteren Jahrgänge. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Menschen ist in Deutschland in den letzten 30 Jahren um mindestens 10 Jahre gestiegen, und es liegt auf der Hand, daß der Verbrauch an Arznei- und Heilmitteln dadurch unverhältnismäßig angewachsen ist, weil die durch Ueberalterung entstandenen Leiden wie Herz- und Kreislaufstörungen, Krankheiten der Haut, der Gelenke und des Knochensystems meist eine sehr langwierige, wenn nicht dauernde Behandlung erfordern. Schließlich treten als zeitbedingte Schädigungen Störungen im Bereich des vegetativen Nervensystems und des Systems der inneren Sekretion bei Menschen aller Altersklassen in einem bisher unbekanntem Ausmaß hinzu. Es sei hier nur hingewiesen auf schwere klimakterische Störungen der Frau, auf hormonale Ausfallserscheinungen der verschiedensten Genese, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussen, auf Kreislaufschädigungen, vegetative Dystonien und auf das gehäufte Auftreten von Neurosen. All das macht es gänzlich unmöglich, heute noch von Verhältnissen auszugehen, die vor fast 20 Jahren galten.

3. Schwierigkeiten einer wirtschaftlichen Verordnungsweise

Mit gewaltigem propagandistischem Aufwand bietet die chemisch-pharmazeutische Industrie nun ununterbrochen Neuerscheinungen an. Oft handelt es sich dabei nur um geringfügige Variationen längst bekannter Heilmittel, die sich freilich häufig durch einen höheren Preis von den altbewährten Mitteln unterscheiden. Aber die Propaganda wirkt und auch aus Kritiklosigkeit erliegen Ärzte und Patienten immer wieder dem falschen Reiz des Neuen. Hieraus wird man dem Arzt schwer einen Vorwurf machen können. Sicherlich aber nicht da, wo ihm eine wirtschaftliche Verordnungsweise durch die Preisbildung der pharmazeutischen Industrie unmöglich gemacht wird. Das ist der Fall bei der Verschreibung von Originalpackungen. Wie häufig reichen hier kleine Packungen für eine Behandlung nicht aus, während die nächst größere Packung, die erheblich verbilligt ist, die

vielfache Menge von dem enthält, was die Kur erfordert. So kann die Verbilligung der großen Packung fast nie ausgenutzt werden. Ob er mehrere kleine Packungen verschreibt oder eine verbilligte große Packung — in jedem Fall wird der Arzt zu einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise gezwungen.

4. Die Schuld einzelner Ärzte

Es kann und soll nicht bestritten werden, daß das Verhalten einzelner Ärzte tatsächlich Anlaß gibt zu dem eingangs erwähnten Vorwurf der OKK. Der heftige Konkurrenzkampf unter den Ärzten macht manchen den unberechtigten Ansprüchen vieler Versicherter gegenüber nachgiebiger, als es unter ärztlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zulässig wäre. Geschäftseifer und therapeutische Unerfahrenheit führen hier zu einer Verordnungsweise, die mit Recht angegriffen wird.

5. Mangelndes Verantwortungsgefühl bei einem Teil der Versicherten

Zuletzt ist auf die Gefahr hinzuweisen, die in jeder Sozialversicherung liegt: Das eigentlich Soziale wird verkannt, und der Versicherte glaubt sich durch seinen Beitrag einen Anspruch zu erwerben; er tritt als Gläubiger auf, der seine Forderungen nicht nach dem Maß des Notwendigen und Möglichen stellt, sondern der alles verlangen zu können meint. So kommt er statt allein mit dem Wunsch gesund zu werden mit einer regelrechten Sucht nach bestimmten Arzneimitteln zum Arzt, die irgendeine schreiende Reklame ihm als die einzig heilbringenden erscheinen läßt. Die Folge davon kann dann in den meisten Fällen nur die oben erwähnte Nachgiebigkeit des Arztes oder die Unzufriedenheit und Verbitterung des Patienten sein.

All das zeigt, daß die Ursachen für das Ansteigen der Arznei- und Heilmittelkosten keineswegs nur an einer Stelle gesucht werden können, und daß man darum nicht von einer einseitigen Schuld sprechen kann. Vieles bleibt einer unmittelbaren Einflußnahme entzogen. Wo sich die grundlegenden Verhältnisse geändert haben (wie durch das Ansteigen der Morbidität, durch die therapeutischen Fortschritte usw.), kann man sich nur den neugeschaffenen anzupassen suchen, nicht aber mit ängstlich verschlossenen Augen bei den alten verharren. Das „Maß des Notwendigen“ zahlenmäßig auf Jahre hinaus fixieren zu wollen, hieße jede Entwicklung auf ärztlichem und sozialhygienischem Gebiet ignorieren. Man kann nur von den heute gültigen Verhältnissen ausgehen. — Arzt, Patient und Kasse sind Vertragspartner. Der Arzt hat die Pflicht, den Versicherten von ungerechtfertigten Ansprüchen gegenüber der Kasse abzuhalten, die Sozialversicherung hat die Pflicht, den Arzt in dieser Aufgabe zu unterstützen, indem sie ihre Mitglieder über deren Rechte und Pflichten aufklärt. Ein reibungsloses Funktionieren der Sozialversicherung, ein Höchstmaß von Wirtschaftlichkeit und damit der größtmögliche Nutzen für den Versicherten kann nur durch gutwillige Zusammenarbeit aller Beteiligten in einer von jeder Animosität gereinigten Atmosphäre erreicht werden.

Ultrakurzwellentherapie-Apparate und Weltnachrichtenvertrag

Von Ing. Ingo P e e r s m a n n, Darmstadt

Am 9. August 1949 trat im Bundesgebiet ein „Gesetz über den Betrieb von Hochfrequenzgeräten“ in Kraft, nach dem Hochfrequenzsendegeräte nur mit einer Genehmigung durch die Verwaltung für Post- und Fernmeldewesen betrieben werden dürfen. Diese Genehmigung wird dann erteilt, wenn das betreffende Gerät keine Funkdienste stört, die auf anderen als den diesen Geräten zugewiesenen Frequenzen arbeiten.

Dieses Gesetz wurde dringend erforderlich, da der Betrieb von Hochfrequenzgeräten die an Umfang schnell und ständig zunehmenden Funkdienste so erheblich stört, daß bereits jetzt die Durchführung lebenswichtiger Funkdienste ernstlich in Frage gestellt ist. Dies bezieht sich insbesondere auf die sogenannten Sicherheitsdienste, deren Betrieb unmittelbar, sei es ständig oder auch nur vorübergehend, die Sicherheit von Menschenleben oder den Schutz von Eigentum betrifft, z. B. Polizeifunk, Flugfunk, Wetterdienst usw.

Jedes Kurzwellentherapiegerät ist ein Hochfrequenzsender, welcher, ähnlich einem Funksender, hochfrequente elektromagnetische Schwingungen ausstrahlt, und fällt daher unter dieses Gesetz.

Die Ausweitung des Funkbetriebes in den letzten Jahrzehnten brachte es mit sich, daß mehr verschiedene Nachrichtenverbindungen nebeneinander bestehen als Trägerfrequenzen vorhanden sind. Trägerfrequenzen nennt man die Frequenz oder die Wellenlänge eines Senders, welche mit einem Signal moduliert wird, das an den Empfänger geleitet werden soll. Solche Signale sind z. B. Morsezeichen, in elektrische Schwingungen umgeformte Sprache, Musik usw. Der physikalische Vorgang der Modulation verändert die Frequenz der Trägerwelle so, daß diese zwischen den Werten Trägerfrequenz plus höchste Modulationsfrequenz und Trägerfrequenz minus höchste Modulationsfrequenz schwankt. Diese Schwankung wurde z. B. für Rundfunksender mit 9 kHz (=9000 Schwingungen pro Sekunde) als ausreichend für eine gute Sprach- und Musikwiedergabe begrenzt. Ein Rundfunksender, dessen Frequenz mit z. B. 900 kHz = 334 m Wellenlänge angegeben ist, strahlt demnach ein Frequenzband aus, in dem alle Frequenzen zwischen 895,5 und 904,5 kHz enthalten sind. Damit sich nun zwei Sender nicht gegenseitig stören, müssen ihre beiden Trägerfrequenzen mindestens um 9 kHz voneinander verschieden sein. Auf anderen Gebieten der Funkübertragung, z. B. beim Fernsehen, werden noch erheblich breitere Frequenzbänder benötigt.

Nach dieser Überlegung ist leicht einzusehen, daß das uns zur Verfügung stehende Spektrum der für den Nachrichtenverkehr verwendbaren elektromagnetischen Wellen nur begrenzte Möglichkeiten für die Festlegung der Zahl nebeneinander arbeitender Funkverbindungen bieten. Und tatsächlich reicht das Spektrum bei weitem nicht mehr aus, so daß man sich auf der Weltnachrichtenkonferenz in Kopenhagen über die Verteilung der Frequenzen besonders einigen mußte. Daß Deutschland dabei nicht gerade bevorzugt mit Frequenzen bedacht wurde, müssen wir leider sehr deutlich spüren!

Auf Grund des dort geschlossenen Weltnachrichtenvertrages von 1947 wurden in dem eingangs erwähnten Gesetz folgende drei Frequenzen und ihre Toleranzen für hochfrequenztechnische Heilgeräte festgelegt:

13,560 MHz \pm 0,05% (ca. 22,12 m)
27,120 MHz \pm 0,6 % (ca. 11,06 m)
40,68 MHz \pm 0,05% (ca. 7,38 m)

Die geforderten Frequenzen lassen sich ohne Mehraufwand bei der Fertigung der UKW-Therapiegeräte herstellen. Der größte Teil der Industrie hat sich bereits hierauf umgestellt. Auch würde sich ein Teil der Röhrengeräte früherer Lieferungen auf eine dieser neuen Frequenzen umbauen lassen. Eine Schwierigkeit tritt jedoch bei der Einhaltung der sehr eng begrenzt zugelassenen Frequenzabweichungen, insbesondere bei der 22-m- und 7-m-Welle auf. Die Einhaltung dieser Toleranz bedingt einen erheblichen Mehraufwand bei der Senderkonstruktion, der die UKW-Geräte nicht unwesentlich verteuern wird.

Geräte mit Funkstreckensender werden durch das Gesetz vollständig ausgeschaltet, da diese auf dem gesamten Hochfrequenz-Spektrum stören und mit erträglichen Mitteln nicht zu entstören sind. Auch der bisher betriebene Umbau von Funkstrecken-Geräten auf Röhrenbetrieb entspricht nicht den obigen Bedingungen.

Zur Zeit befaßt sich das Fernmeldetechnische Zentralamt (FTZ) unter Mitwirkung der Industrie mit der Ausarbeitung der Durchführungsbestimmungen zu dem Gesetz. Die Durchführungsbestimmungen sollen zur Vermeidung von Härten gegen die jetzigen Besitzer von UKW-Therapiegeräten eine längere Zeit zur Umstellung auf die neuen Bestimmungen vorsehen. Nach den letzten Informationen werden vermutlich ohne Beschränkung alle Geräte bis zum 31. März 1952 betrieben werden können. Jedoch kann der Besitzer eines Gerätes zur Entstörung verpflichtet werden, wenn durch sein Gerät ein wichtiger Funkbetrieb beeinträchtigt wird. Vom 1. April 1952 bis 31. März 1955 können Geräte, die besonders vorgesehenen erleichterten Bedingungen entsprechen, betrieben werden, während ab 1. April 1955 allein die Geräte zugelassen bleiben, welche den obigen Festlegungen entsprechen.

In den Durchführungsbestimmungen wird ferner vorgesehen, daß die verschiedenen Fabrikate generell geprüft und zugelassen werden, so daß der einzelne Besitzer für den Betrieb des neu angeschafften Gerätes keine Genehmigung einzuholen braucht. Er wird sich jedoch im eigenen Interesse vor dem Kauf davon überzeugen, ob die in Aussicht genommene Gerätetype zugelassen wurde.

Derartige Prüfungen werden bereits vom FTZ durchgeführt. Für Geräte, welche den Bedingungen des Gesetzes entsprechen, wird vorläufig ein Vorbescheid für die Zulassung ausgestellt, die nach Erlaß der Durchführungsbestimmungen erteilt wird. Allgemeine Hinweise in Firmenprospekten, daß die angebotenen Geräte den endgültigen Bedingungen entsprechen, sind

in vielen Fällen unrichtig und bieten keine Gewähr für die Erteilung der Genehmigung.

Sobald über das obige Thema amtlich weitere Festlegungen erfolgen, wird an dieser Stelle darüber berichtet. Im übrigen wird empfohlen, sich gegebenenfalls im Hamburger Ärztehaus bei der Wirtschaftsver-

einigung nordwestdeutscher Ärzte, Hamburg 1, An der Alster 49, welche sich dieser Angelegenheit besonders angenommen hat, Auskunft zu holen. Die WINORA wird, sobald dieses möglich ist, eine Liste der Gerätetypen auslegen, welche bereits dem jeweiligen Stand der Vorschriften entsprechen.

Der „Hundebiß“ im Licht des kassenärztlichen Rechts

Zu dieser in letzter Zeit wiederholt erörterten Frage bringen wir nachstehend Ausführungen des Herrn Dr. Sievers II, Hannover, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, und des Herrn Regierungsrates Dr. jur. Haug vom Landesversicherungsamt Württemberg-Baden, Stuttgart.

Behandlung auf Krankenschein bei Haftpflichtschäden¹

Von den Kassenärzten wird es vielfach nicht verstanden, daß sie Kassenmitglieder auf Krankenschein behandeln sollen, wenn es sich um irgendwelche Haftpflichtfälle handelt, für die der Verursacher des Schadens oder dessen Haftpflichtversicherung eintreten muß. Sie halten sich für berechtigt, in derartigen Fällen Privatrechnung auszustellen und sind dann nachträglich überrascht, wenn die zuständige Krankenkasse dieses Verhalten beanstandet und auch in solchen Haftpflichtfällen verlangt, daß die Behandlung auf Krankenschein durchgeführt wird. Noch weniger verstehen es die Kassenärzte, daß die Krankenkasse in derartigen Fällen, die zu Lasten des Pauschales zu behandeln sind, selbst Ansprüche gegen den Verursacher des Schadens bzw. die Versicherungsgesellschaft stellt. Die Kassenärzte glauben, daß hierdurch eine ungerechtfertigte Bereicherung der Kassen auf Kosten des ärztlichen Pauschales stattfindet. Das ist nicht der Fall. Das Verhalten der Kasse ist vielmehr berechtigt. § 1542 der RVO. besagt, daß, soweit die nach diesem Gesetz Versicherten oder ihre Hinterbliebenen, nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder durch den Tod des Ernährers erwachsen ist, der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit übergeht, als sie dem Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetz Leistungen zu gewähren haben. Auf Grund dieser Bestimmung hat also die Krankenkasse dem Kassenmitglied auf Krankenschein alle Leistungen zu gewähren, die sie auch sonst im Krankheitsfall zu gewähren hat, also auch die ärztliche Behandlung, und alle Ansprüche, die der Versicherte auf Schadenersatz geltend machen kann, gehen auf die Kasse über. Es stimmt auch nicht, daß die Kasse wegen der ärztlichen Behandlung bei einer Versicherungsgesellschaft Kosten anfordern kann, obwohl sie selbst keine Ausgaben für ärztliche Behandlung in solchen Schadensfällen hätte. Allerdings entstehen der Kasse im Augenblick durch die ärztliche Behandlung keine zusätzlichen Kosten, weil die Behandlungskosten der Ärzte seit 1932 pauschaliert sind. In dem Pauschale, das im Jahre 1932 festgesetzt wurde, stecken aber auch die Kosten der kassenärztlichen Behandlung für derartige Haftpflichtschäden. Wenn eine Kasse im Jahre 1930 nach Einzelleistung bezahlte, so bezahlte sie beispielsweise auch die Behandlungskosten für einen Hundebiß oder sonst einen Schaden, der durch einen

Dritten zu vertreten war. Da die gesamte ärztliche Behandlung pauschaliert wurde, wurden auch die nach Einzelleistung in Rechnung gestellten Kosten für Behandlung des Hundebisses mit pauschaliert. Derartige Kosten sind also im Pauschale enthalten, und das Pauschale würde vielleicht 1 oder 2 Pfg. niedriger sein, wenn derartige Schadensfälle des Jahres 1930 nicht mit pauschaliert wären. Infolgedessen ist der Anspruch der Kasse berechtigt, daß solche Schadensfälle auch heute noch aus dem Pauschale bezahlt werden.

Allerdings ist die gesetzliche Regelung für die Krankenkassen recht günstig. Nach § 1524 RVO. sind für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes zu ersetzen, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Zur Krankenpflege gehören außer der ärztlichen Behandlung die Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Bei einem Grundlohn von 8 DM erhält also die Kasse für die von ihr gewährte Krankenpflege 3 DM täglich erstattet. Sie soll zwar nicht höhere Beträge anfordern, als ihr an Unkosten entstehen, doch ist in einer Entscheidung eines Streitfalls festgesetzt, daß 1.50 DM je Tag als Durchschnitt der tatsächlich entstehenden Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei und kleinere Heilmittel anzusehen sei. Infolgedessen fordern manche Kassen von vornherein diesen Satz an. Daneben erhalten sie die tatsächlichen Auslagen für Krankengeld und Hausgeld erstattet, für Krankenhausaufenthalt zusätzlich vier Achtel des Grundlohns. Hier setzt also die Krankenkasse meist zu, während der angesetzte Betrag von 1.50 DM je Tag für Krankenpflege weit über das hinausgeht, was der behandelnde Arzt vergütet bekommt.

Grundsätzlich sind also derartige Unfälle und Haftpflichtschäden stets auf Krankenschein zu behandeln, wenn der Patient für diesen Fall einen Krankenschein bringt. Falls jedoch der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigt, kann bei derartigen Unfällen Privatbehandlung durchgeführt werden. Es dürfen dann aber keine Verordnungen für Rechnung der Krankenkasse ausgestellt werden und es darf auch kein Krankengeld von der Kasse gefordert werden. In Fällen, wo der Versicherte ausdrücklich Privatbehandlung verlangt, wird empfohlen, die Rechnung dem krankenversicherten Privatpatienten zu den Mindestsätzen der PGO. zuzustellen, da andernfalls Gefahr besteht, daß die Versicherungsgesellschaft erklärt, mehr als die Mindestsätze der PGO. nicht zu zahlen, da es sich um einen Kassenversicherten handle, für den nur die Mindestsätze

¹ Aus dem Westfälischen Arzteblatt Nr. 5/1950.

der PGO. in Frage kämen. Die Versicherungsgesellschaft kann sich also darauf berufen, daß die Kosten durch eigenes Verschulden des Versicherten unberechtigt hoch geworden seien, da für ihn als Kassenmitglied im Höchstfall nur die Mindestsätze der PGO. zu berechnen wären, er also durch seinen Wunsch, als Privatpatient behandelt zu werden, die höheren Kosten der Arztrechnung selbst verschuldet habe.

Dr. Sievers II

Kassenarzt und Kassenpatient im Verhältnis zu Krankenkasse, Schadensstifter und Haftpflichtversicherung

Nicht selten verlangen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen von ihrem Kassenarzt eine bevorzugte Behandlung als Privatpatient, weil sie glauben, Ersatzansprüche gegen dritte Personen wegen ihres Körperschadens zu haben und weil sie deshalb die Arztkosten nicht scheuen. So kann es vorkommen, daß ein Versicherter der Allg. Ortskrankenkasse, der z. B. von einem fremden Hund gebissen wurde, bei seinem Kassenarzt keinen Krankenschein abgibt, sondern sich „privat“ behandeln läßt, weil er sich darauf verläßt, daß der Hundebesitzer im Wege des Schadensersatzes für die Kosten der Heilbehandlung aufkommen muß. Auf Wunsch des Patienten wird sodann die Arztrechnung an den Hundebesitzer übersandt, der sie wiederum bei seiner Privatversicherungsgesellschaft (Haftpflichtversicherung) zur Begleichung einreicht. Patient und Arzt werden in diesem Falle höchst überrascht sein, wenn sie erfahren müssen, daß die Haftpflichtversicherung des Hundebesitzers die Bezahlung der Rechnung ablehnt mit der Begründung, daß sie nur für die Kosten einer RVO.-Behandlung aufzukommen habe und nur gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet sei. Aus Fällen solcher Art entstehen vielfach langwierige Schriftwechsel und unerquickliche Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient einerseits und dem Anspruchsgegner bzw. seiner Haftpflichtversicherung andererseits. Der Arzt wird sich nur schwer damit abfinden, daß er an Stelle seines Honoraranspruchs aus seiner Inanspruchnahme als Privatarzt sich mit der Fallvergütung durch die gesetzliche Krankenkasse begnügen soll. Es sollen daher im folgenden an Hand des gegebenen Beispiels die Rechtslage erörtert und die einzelnen Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt — Verletztem — gesetzlicher Krankenkasse — Hundebesitzer — Haftpflichtversicherung klargestellt werden.

Der bei einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. Allgemeine Ortskrankenkasse) versicherte Verletzte ist zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet, die ärztliche Behandlung auf Kosten der Krankenkasse durchzuführen. Er kann, wenn er will, einen Kassenarzt auch als Privatarzt in Anspruch nehmen. Der Arzt erlangt in diesem Falle auf Grund des geschlossenen Privatbehandlungsvertrags Honoraransprüche nur gegen den Verletzten. Ansprüche gegen den Schädiger (Hundebesitzer) oder gegen dessen Haftpflichtversicherung stehen ihm unmittelbar nicht zu.

Ansprüche gegen die Haftpflichtversicherung des Hundebesitzers stehen auch nicht dem Verletzten oder der Allg. Ortskrankenkasse zu. Die Haftpflichtversicherung ist nur dem Versicherungsnehmer, hier also dem Hundebesitzer gegenüber verpflichtet, für die Schadensfolgen aufzukommen. Darüber darf auch nicht hinweg-

täuschen, daß in der Praxis die Verhandlungen auf der Schädigerseite häufig von der Haftpflichtversicherung geführt werden. Letztere tritt in diesem Falle nur als Bevollmächtigte oder Beauftragte des Hundebesitzers auf. Anspruchsgegner ist (z. B. im Prozeßfalle) stets der Hundebesitzer als der zur Schadensersatzleistung Verpflichtete.

Für den Verletzten können Schadensersatzansprüche gegen den Hundebesitzer nach Lage des Falles aus § 833 BGB. entstanden sein, in welcher Vorschrift die Schadenshaftung des Tierhalters näher geregelt ist. Für diese Ersatzansprüche, soweit es sich um solche aus Körperschäden (mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen) handelt, gilt § 1542 RVO., wonach die Ansprüche auf den Träger der gesetzlichen Versicherung, hier also auf die Allgemeine Ortskrankenkasse insoweit übergehen, als diese dem Verletzten nach dem Gesetz Leistungen zu gewähren hat. Es handelt sich hierbei um einen sogenannten gesetzlichen Forderungsübergang, der ohne Rücksicht auf den Willen der Beteiligten eintritt. Nach der Rechtsprechung entsteht zwar der Ersatzanspruch gegen den Hundebesitzer zunächst in der Person des Verletzten, er geht aber unmittelbar nach der Entstehung durch die Person des Verletzten hindurch auf die Allg. Ortskrankenkasse als Versicherungsträger über (vgl. Reichsgericht in Zivilsachen Band 91 S. 142 und Band 148 S. 19). Der Rechtsübergang setzt auch nicht voraus, daß die Krankenkasse bereits Leistungen an den Verletzten bewirkt hat, die Ansprüche gehen vielmehr auf sie schon in dem Zeitpunkt über, in dem ihre Leistungspflicht entsteht, hier also mit dem Beginn der Notwendigkeit der Heilbehandlung des Verletzten (vgl. EuM. des RVA. Band 27 Seite 237).

In unserem Beispiel geht also der Ersatzanspruch gegen den Hundebesitzer schon unmittelbar nach dem Hundebiß kraft Gesetzes auf die Allg. Ortskrankenkasse über. Dies hat zur Folge, daß der Verletzte nicht mehr in der Lage ist, die (übergangene) Ersatzforderung gegen den Hundebesitzer geltend zu machen oder sonst über sie zu verfügen. Er kann also z. B. die Ersatzforderung auch nicht mehr an seinen Arzt abtreten. Infolge des Forderungsübergangs ist vielmehr die Allg. Ortskrankenkasse in Höhe der von ihr zu gewährenden Leistungen die allein Berechtigte gegenüber dem Hundebesitzer und infolgedessen allein befugt, die Schadensersatzansprüche gegen diesen, gegebenenfalls im Wege der Klage, vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen (vgl. Reichsgericht in Zivilsachen Bd. 62 S. 338, Bd. 76 S. 215). Es ist jedoch zu beachten, daß die Ersatzansprüche nur insoweit auf die Allgem. Ortskrankenkasse übergehen, als diese selbst leistungspflichtig ist, also nur in Höhe der von ihr nach der RVO. oder nach ihrer Satzung zu bewirkenden Leistungen.

Es fragt sich deshalb, ob der Verletzte nicht wenigstens insoweit Ansprüche gegen den Hundebesitzer geltend machen kann, als seine Aufwendungen über die Leistungen der Allg. Ortskrankenkasse hinausgehen und der Forderungsübergang nicht eingetreten ist, mit anderen Worten, ob er nicht wenigstens die Mehrkosten der Privatbehandlung vom Hundebesitzer ersetzt verlangen kann. Auch diese Frage muß verneint werden. Denn der Verletzte, in dessen Person der Ersatzanspruch ursprünglich zur Entstehung kommt, ist nach § 254 BGB. verpflichtet, einen drohenden Schaden tun-

lichst abzuwenden. Versäumt er dies pflichtwidrig, so kann ihm der Ersatz ganz oder teilweise versagt werden. Sein Schaden besteht im vorliegenden Falle in den Aufwendungen, die ihm durch die notwendige Heilbehandlung entstehen. Die Kosten der Heilbehandlung sind natürlich höher, wenn ein Arzt als Privatarzt und niedriger, wenn er als Kassenarzt in Anspruch genommen wird. Hat nun der Verletzte die Möglichkeit, die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch zu nehmen und tut er dies nur deshalb nicht, „weil für den Schaden ja der Hundebesitzer aufkommen muß“, nimmt er also ohne besonderen Grund die Dienste des Privatarztes in Anspruch, so handelt er schuldhaft seiner Verpflichtung zur Abwendung eines höheren Schadens zuwider. Das Verhalten des Verletzten, der ohne Grund die Behandlung durch einen Privatarzt statt durch den Kassenarzt vornehmen läßt, widerspricht dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB.), der auch für das zwischen dem Hundebesitzer und dem Verletzten bestehende Rechtsverhältnis maßgebend ist. Der Hundebesitzer braucht deshalb die Mehrkosten nicht zu bezahlen, die aus der privatärztlichen Behandlung erwachsen sind. Er kann vielmehr einwenden, daß von ihm nur die notwendigen Kosten der Heilbehandlung ersetzt werden müssen, d. h. also diejenigen Kosten, die bei einer Behandlung durch einen Kassenarzt nach der RVO. entstehen.

Da die Haftpflichtversicherung dem Hundebesitzer gegenüber nur insoweit einzutreten hat, als auch dieser zum Schadensersatz verpflichtet wäre, kann sie sich ebenfalls weigern, die höheren Privatbehandlungskosten zu ersetzen.

Das Ergebnis dieser Überlegungen ist, daß der als Privatarzt in Anspruch genommene Kassenarzt seinen Honoraranspruch nur gegen den Verletzten hat bzw. gegen die Allg. Ortskrankenkasse, wenn diese trotz des Privatbehandlungsvertrags die Kosten der Behand-

lung etwa nachträglich übernimmt. Ansprüche gegen den Hundebesitzer oder dessen Haftpflichtversicherung hat er nicht, er kann sich solche Ansprüche auch nicht vom Verletzten abtreten lassen. Der Hundebesitzer kann dem Schadensersatzverlangen des Verletzten gegenüber einwenden, daß dessen Ersatzansprüche auf die Allg. Ortskrankenkasse in Höhe von deren Leistungspflicht nach § 1542 RVO. übergegangen sind und soweit die Schadensersatzansprüche darüber hinausgehen, daß sie durch eigenes Verschulden des Verletzten im Sinne von § 254 BGB. (Inanspruchnahme eines Privatarztes statt des Kassenarztes) entstanden sind. Die gleichen Einwendungen stehen der Haftpflichtversicherung zu, die ja nur dem Hundebesitzer gegenüber für dessen Schaden eintreten muß.

Für den Kassenarzt empfiehlt es sich deshalb, in derartigen Fällen die Heilbehandlung von vornherein auf Krankenschein vorzunehmen, da er nicht damit rechnen kann, daß der vom Verletzten als zahlungspflichtig benannte Hundebesitzer oder dessen Haftpflichtversicherung für die Begleichung des Privathonors aufkommen werden. Aus dem Privatbehandlungsvertrag kann er allerdings seine Honoraransprüche gegen den Verletzten geltend machen. Dies widerspricht aber der bei Eingehung dieses Vertrags getroffenen Abrede, daß die Rechnung dem Hundebesitzer zur Bezahlung übersandt werden soll und führt deshalb leicht zu nachträglichem Streit zwischen dem Arzt und dem Verletzten. Auch für den Verletzten kann es nachteilig sein, wenn er sich ohne Grund in privatärztliche Behandlung begibt, da die Kosten einer solchen schließlich an ihm hängenbleiben können. Der Grund für diese eigenartige Regelung ist, daß eben krankenversicherungspflichtige Personen ihre Heilbehandlung grundsätzlich auf dem dafür nach der RVO. vorgesehenen Behandlungswege finden sollen.

Dr. Haug

Buchbesprechungen

Hans Jörg Weitbrecht: „Studie zur Psychopathologie krampfgehandelter Psychosen.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, 86 S., kart. DM 8.70.

Wir behandeln heute akute Geisteskrankheiten, deren körperliche Grundlagen wir nicht kennen, mit grob materiellen, brutal aussehenden Methoden: Kardiazol, Elektroschock. Warum wir das tun (vor 140 Jahren handelten wir ähnlich) können wir nicht sagen. Aber wir erfahren immer wieder: das grobe Verfahren hilft. Wir erzeugen schwerste Krämpfe und das Gehirn funktioniert nachher besser. Wir ändern bei an sich unheilbaren Defektpsychosen das schlimme Endbild in erfreulichem Sinne. Wir löschen eine schwere qualvolle Psychose aus, indem wir dem Gehirn des Kranken schwere mechanische oder chemische Schädigung zufügen. Wir tun dies seit mehr als 12 Jahren. Wir fragen die Kranken vor und nach der Gewaltbehandlung sorgfältig aus, was sie selbst dabei erleben. Wir behalten sie dauernd im Auge. Wir wollen verstehen, was sich da abspielt. Weitbrecht, einer unserer psychologisch bestgeschulten und gründlichsten Psychiater, rückt dem rätselhaften Problem mit zäher Beharrlichkeit auf den Leib. Man lese, wie er es macht und was er bisher feststellen konnte. Ein kurzes Referat kann das Wichtigste (und hier ist wirklich alles wichtig) nicht verständlich wiedergeben. Aber es ist sehr der Mühe wert, es zu erfahren.

Prof. Dr. R. Gaupp sen.

Prof. Dr. med. Karl vom Hofe: „Einführung in die Augenheilkunde für Studenten und Ärzte.“ 3. Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Berlin-München, 1949, kart. DM 4.—.

Augenheilkunde auf 90 Seiten mit einem knappen Dutzend schematischer Abbildungen — natürlich nicht zu vergleichen

mit einem dickleibigen Lehrbuch mit vielfarbigem Atlas, aber doch offenbar (Aufl. 1935, 1946, 1949) einem Bedürfnis entsprechend. Erstaunlich, wie bei so knapper Form nicht nur Definitionen unserer zahlreichen Fachausdrücke, sondern durch den verbindenden Text auch eine anschauliche Darstellung der Krankheitsbilder selbst und der grundsätzlichen Behandlungsweisen gegeben wurde. Möge das gebotene Skelett der Student mit dem Mauerwerk des in der Vorlesung Gehörten und Gesehenen umkleiden, dem Arzt wird es Gedächtnishilfe und zum mindesten Hinweis auf alles nie zu Übersehende sein können. Eine Anzahl Druckfehler, darunter einige sinnstörende, dürften in der nächsten Auflage vollends beseitigt werden. Der demnächst hundert Jahre alte Augenspiegel und sein Prinzip sollte ebenfalls kurz erläutert werden.

Prof. Dr. Scheerer

Dr. Harry Scholz: „Bronchitis, Bronchiektasie, Lungenabszeß, Lungengangrän.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1949, 188 S., kart. DM 8.50.

Die genannten Krankheiten sind vom klinischen Standpunkt aus in mustergültiger Weise abgehandelt. Besonders liebevoll wird auf die Therapie eingegangen. Auch alle modernen Behandlungsmethoden wie die operative Behandlung der Bronchiektasen und ihre Indikation oder die Penicillinbehandlung sind unter sinngemäßer Bearbeitung der in- und ausländischen Literatur besprochen. Wir möchten das Büchlein jedem Arzt empfehlen.

Prof. Dr. Dennig

E. Krötschmer: „Psychotherapeutische Studien.“ Verlag G. Thieme, Stuttgart, 1949, 215 S., DM 13.50.

Das Buch Krötschmers füllt eine Lücke. Trotz weiter zunehmender Bedeutung der Psychotherapie fehlt es an einer, den neuen Einsichten angepaßten, umfassenden Darstellung.

Kretschmer gibt sie uns hier in seiner klaren und ansprechenden Weise vom biologisch-naturwissenschaftlichen Standpunkt, nicht lehrbuchmäßig systematisch, sondern lebendig und eindringlich nach den Erfahrungen der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Berücksichtigung der klinischen, konstitutionsbiologischen, physiologischen und psychologischen Forschungen. Die Wege zum Vorstoß zur Tiefenperson und dem anschließenden Aufbau der Persönlichkeit werden im ersten Hauptteil erörtert. An die unerlässlichen analytischen Methoden werden Teile des autogenen Trainings und dann besonders die Hypnose angeschlossen. Die Wiedereinführung der Hypnose durch Kretschmer ist von großer Bedeutung. Durch Entkleidung von allem mystischen Beiwerk wird sie dem Arzt, dem alle Zauberpraktiken und unsicheren Erfolgsvorhersagen innerlich widerstreben, als eine natürliche Methode nahegebracht, durch die er in fraktioniertem Vorgehen eine rasche Einwirkung auf die hypobulben Schichten der Tiefenperson erzielt, den Kranken zu aktiver Mitarbeit auffordert und an der Verantwortung beteiligt. Die fraktionierte Aktivhypnose ist für die Kretschmer'sche Klinik nach der technischen Seite die zentrale Achse der Psychotherapie geworden. In einem 2. Hauptabschnitt werden konstitutionelle Ganzheitsprobleme besprochen. Die formenden Kräfte der Persönlichkeit und die Schwierigkeiten bei unharmonischer Entwicklung sowie das Ineinanderspielen der endogenen und psychisch-reaktiven Kraftfelder werden besonders deutlich am Beispiel der Paranoia, Erlebnis, Komplex, konstitutionsbiologische Entwicklung und Lebensraum werden in ihrer Bedeutung für eine harmonische Persönlichkeitsgestaltung gewürdigt. Die Hinweisung auf nicht reversible Verschiebungen der endogenen Struktur erklärt manches sonst schwerverständliche Bild. Für die so wichtigen Pubertätskrisen mit dem bekannten Vaterprotest ist der gestörte Instinktwechsel, mit dem sich das ganze Persönlichkeitsschema mit seinen Leistungen, Lebenszielen, Idealen und Umweltforderungen umzubauen pflegt, von besonderer Bedeutung. Das Problem des Reifungstempos und innerhalb desselben das Teilproblem der Retardierungen als Reifungshemmungserscheinungen erweist sich als ein Zentralproblem der Biologie überhaupt. Die psychische Behandlung aber, als deren Sinn die Anpassung einer bestimmten Veranlagung an einen bestimmten Lebensraum zu gelten hat, ist durch die Harmonisierung des jeweiligen Menschenbildes unter aktiver Mitarbeit des Kranken eine lohnende Aufgabe. Im dritten Hauptabschnitt werden speziellere und mehr praktische Fragen der Technik behandelt.

Auch das neue Buch Kretschmers wird einen großen Leserkreis finden und ihm durch eine Fülle von Anregungen reichen Gewinn bringen.

Dr. Legewie

Georg Hörmann: „Systematische klinische und morphologische Untersuchungen über die entwicklungsunfähige Schwangerschaft.“ Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Neue Folge. Heft I, 1949. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle/Saale, 100 Seiten, geh. DM 4.90.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Kiel (Prof. Philipp) kommt eine Arbeit, in der der Verfasser versucht, auf 100 Seiten mit 12 Tafeln mikroskopischer Abbildungen die Frage nach der oder den Ursachen spontaner, nicht krimineller Aborte zu beantworten und legt hierzu die klinische und histologische Untersuchung an 40 Abortiveiern zugrunde. Er kommt zu dem Schluß, daß aus den Vorgeschichten der Trägerinnen von Abortiveiern — unter welchem Sammelbegriff Verf. die sogenannten Blutmolen, Breuss'sche Molen, Windeier, Blasenmolen zusammenfaßt — keinerlei Abhängigkeit von Alter, Ernährung, allgemeinen oder lokalen Affektionen zu entnehmen ist, ja daß selbst Tod der Frucht für den Abort nicht verantwortlich zu machen ist, sondern daß primäre Keimplasmaschäden mit ihren Folgen anzunehmen sind, wobei die Schädigung des Chorionepithels sowohl klinisch als morphologisch am besten feststellbar ist. Die Funktionsstörung des Chorionepithels äußert sich besonders durch Ausbildung chorionaler Aneurysmen, wie sie analog bei bestimmten Formen krimineller Aborte zu beobachten sind. Durchschnittlich beträgt das Alter abortiver Schwangerschaften etwa 11 Wochen, das Verf. mit dem Begriff „Menstrualalter“ belegt, worunter der Zeitraum vom 1. Tag der letzten Regel bis zur Ausstoßung oder operativen Entfernung des Abortiv-

eies zu verstehen ist. Die keimplasmatische, mindere Wertigkeit von mit Abort endigenden Schwangerschaftsprodukten nötigt uns, vorerst mit therapeutischer Machtlosigkeit uns abzufinden.

Mir scheint zur weiteren Klärung dieses Fragenkomplexes die Berücksichtigung des Rhesusfaktors nicht ohne Bedeutung zu sein. Auch sollten wir Menschenärzte weit mehr vergleichende Wissenschaft treiben und die Resultate der Tiermedizin mehr als bisher berücksichtigen.

Die Hörmann'sche Arbeit verdient eingehendes Studium. Die vom Verf. in Aussicht gestellten weiteren Ergebnisse seiner Untersuchungen kann man mit Spannung erwarten.

Dr. Pfeilsticker

Alexander S. Wiener: „Rh-Syllabus“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, 28 S., kart., DM 2.40.

Wiener hat mit diesem neuen Verzeichnis den erzielten Forschungen der letzten 4 Jahre Rechnung getragen und eine übersichtliche Zusammenstellung der einzelnen nicht immer einfachen Begriffe des Rh-Systems geschaffen. Der Einfachheit wegen wurde für die Untergruppen die DDE-Bezeichnung nicht angewandt, sondern die auf Rh-Hr aufgebaute Originalnomenklatur. Es werden zunächst die einfacheren und auch für den Nichtgeübten leichten Begriffe wie Antigen, Antekörper, mono- und bivalente Antekörper, Agglutination und Konglutination behandelt und schließlich auf die etwas schwierigeren Begriffe der Rh-gene, Hr-Faktoren, Rh-Hr-Phänotypen usw. eingegangen. Eine tabellarische Aufstellung und schematische Darstellung erleichtern die Übersicht und machen die einzelnen Methoden und Verfahren des Nachweises von Rh-bedingten Reaktionen verständlich. Der Syllabus ist vor allem zum Einarbeiten in das Rh-System bestens geeignet.

Dr. Vetter

Dr. Helmuth Sikorski: „Pathologie und Therapie der Gonorrhoe.“ H. H. Nölke Verlag, Hamburg 1949, 237 Seiten, DM 10.50.

In der Behandlung der Gonorrhoe ist in den letzten 12 Jahren ein so grundsätzlicher Wandel eingetreten, daß zusammenfassende Darstellungen aus der Zeit vor der Sulfonamidära, aber auch solcher, die die Penicillinbehandlung noch nicht berücksichtigen, heute nur noch historischen Wert besitzen. Die Herausgabe einer die modernen Gesichtspunkte berücksichtigenden ausführlichen Darstellung kommt daher einem großen praktischen Bedürfnis entgegen. Sikorski hat sich dieser Aufgabe in vorbildlicher Weise unterzogen. In seiner umfassenden Übersicht über Pathologie und Therapie der Gonorrhoe behandelt er besonders eingehend die Sulfonamid- und die Penicillinbehandlung. Aber auch die frühere Lokal- und Allgemeinbehandlung wird ausführlich dargestellt, und das klinische Bild des gonorrhoeischen Infektionsverlaufs in allen seinen Varianten wird übersichtlich geschildert. Instruktive und gut wiedergegebene Abbildungen erhöhen den Wert des Buches, welches seine Aufgabe, dem Arzt und Studenten dieses wichtige Krankheitsbild nahezubringen, in vortrefflicher Weise löst.

Dr. Werner Schmidt, Stuttgart

Prof. Walther Schönfeld: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.“ 5. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1949, 458 S., Preis: geb. DM 24.—

In den Jahren seit seinem ersten Erscheinen hat das Lehrbuch des bekannten Heidelberger Dermatologen einen festen Platz im medizinischen Schrifttum errungen. Die jetzt vorliegende 5. Auflage enthält eine wesentliche Bereicherung der photographischen Abbildungen, die in ihrer Klarheit und Einprägsamkeit kaum noch zu übertreffen sind. Besonders instruktiv wirken die neuhinzugekommenen 16 Farbphotos. Gegenüber der 1947 erschienenen 4. Auflage ist weiterhin hervorzuheben, daß sämtliche in den Nachkriegsjahren eingeführten neuartigen Behandlungsmethoden Aufnahme gefunden haben. Genannt seien vor allem die Lupusbehandlung mit Vitamin D₂ und Tb 698, die Anwendung von Histaminantagonisten (Antistin) bei allergischen und anderen Dermatosen und die Behandlung der Akrodermatitis atrophicans

mit Penicillin. Aber auch die Ultraschalltherapie, die Anwendung von Rutin bei den verschiedenen Purpuraformen und die bis jetzt nur im Ausland gebräuchliche Behandlung der Arsenintoxikationen mit BAL werden bereits berücksichtigt. So läßt sich dieses ausgezeichnet geschriebene und auch die modernen Behandlungsmethoden eingehend würdigende dermatologische Lehrbuch allen Studierenden und Ärzten mit Recht aufs wärmste empfehlen.

Dr. Werner Schmidt (Stuttgart)

G. Budelmann: „Herzinsuffizienz, Kreislaufinsuffizienz, Coronarinsuffizienz.“ H. H. Nölke Verlag, Hamburg, 1949, 252 S., DM 13.50.

Ein in jeder Hinsicht erfreuliches kleines Buch für die Praxis, geschrieben aus einer dynamisch-funktionellen Grundauffassung, wie sie modernem klinischem Denken entspricht. Es läßt bewußt die statisch-anatomischen Seiten (z. B. die Diagnostik der einzelnen Klappenfehler) beiseite und beschränkt sich auf das Funktionelle, das ja auch für die Therapie von überwiegender Bedeutung ist. Durch seine Klarheit, Kürze und Heraushebung des Wesentlichen in flüssigem Stil eignet sich das Buch vorzüglich für die Verbreitung einer rationellen Herz- und Kreislauftherapie, die ja fast die Hälfte aller internistischen Therapie ausmacht. Dazu tragen auch die schematischen Abbildungen bestens bei; man möchte nur bei ihnen zum Teil eine noch ausführlichere Beschriftung wünschen.

Prof. Dr. Höring, Tübingen

Ludwig Roemheld, Dozent für innere Medizin: „Die Bazillenruhr“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, DM 10.80.

Das Buch ist im wesentlichen ein Erfahrungsbericht über die vom Autor während des letzten Krieges gesammelten Ruhrfälle. Einem guten Kapitel über die klinische Symptomatologie der Bazillenruhr gegenüber sind die Abschnitte über Bakteriologie und Differentialdiagnose etwas zu kurz gekommen. Auch ist zu bedauern, daß die moderneren Sul-

fonamidpräparate nicht berücksichtigt werden konnten. Jedem Arzt, der eine kurze und knappe Übersicht über die Klinik der Bazillenruhr sucht, ist das Buch zu empfehlen.

Dr. Germer (Tübingen)

H. Wassermeyer: „Symptomatologie innerer Krankheiten.“ H. H. Nölke Verlag, Hamburg, 225 S., DM 21.—

Leider ist der Titel dieses Buches bei dem an sich interessanten Gegenstand völlig irreführend. Bei diesem Titel würde man erwarten, daß die inneren Krankheiten in ihrer Symptomatologie geschildert werden, das ist aber keineswegs der Fall. Der Autor hat sich offensichtlich zur Aufgabe gestellt, nur das, was mit den Augen, der Nase und den Ohren des Arztes bei der Beobachtung des Kranken von außen festgestellt werden kann, systematisch zu schildern. Das ist zweifellos verdienstvoll; aber es ist derjenige Teil der Untersuchung, der leicht zu einer „Blitzdiagnose“ verführt und an den sich die eigentliche Untersuchung ja erst anschließen muß. Das Buch ist also für den Anfänger gefährlich; denn eine gründliche Untersuchung und Erhebung aller Symptome ist das, was wir vor allem den Studenten anzuerziehen uns bemühen. Dem Erfahrenen wird es zweifellos durch seine Systematik Anregungen geben; doch ist gerade auch die Art, wie diese Systematik durchgeführt wird, oft nicht ganz logisch. So etwa wenn bei den „Lagen im Bett“ unterschieden wird in: „1. bei Herzkranken, 2. Seitenlagen usw. ...“ Auch ist die Diktion vielfach nicht genau genug, so etwa wenn es heißt: „ein doppelseitiger Ischias kommt praktisch nie vor“, wobei der Verfasser offensichtlich meint, daß doppelseitige Ischias eben eine symptomatische u. keine idiopathische Krankheit ist. Immerhin ist der Versuch des Verfassers, das, was man von der Ferne sehen, riechen und äußerlich palpieren kann, in ein System zu bringen und damit lehrbar zu machen, verdienstvoll, wenn auch, wie bei der Schwierigkeit des Gegenstandes begreiflich, viele Einzelheiten der Darstellung nicht jeden Erfahrenen befriedigen werden. Leider ist der Preis für Umfang und Ausstattung des Buches sehr hoch.

Prof. Dr. Höring, Tübingen

Bekanntmachungen

Einladung

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

Freitag, 6. 10. 1950, 20 Uhr: Prof. Dr. Krantz, Wiesloch: „Die Differentialdiagnose der Depressionszustände“

Freitag, 13. 10. 1950, 20 Uhr: Dr. Good, Wehrwald: „Fort-schritte der Thoraxchirurgie“

Freitag, 20. 10. 1950, 20 Uhr: Prof. Dr. Heilmeyer, Freiburg: Thema wird noch bekanntgegeben

Freitag, 27. 10. 1950, 20 Uhr: Dr. Scherer, Karlsruhe: „Die Bluttransfusionen und ihre möglichen Schäden unter besonderer Berücksichtigung der Klinik“, zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

Deutscher Bädertag

Vom 7. — 10. Oktober 1950 findet in Bad Pyrmont der Deutsche Bädertag statt, verbunden mit der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Deutschen Gesellschaft für physikalische Therapie, Balneologie und Bioklimatologie sowie des Verbandes Deutscher Badeärzte. Die Kollegen in Kurorten werden um möglichst zahlreiche Beteiligung gebeten.

Dr. Josenhans, Wildbad
Bauftragter für Süd-Württ. u. Süd-Baden

Tagung der württ.-bad. Röntgenologen

Am 28. Oktober 1950 findet in Tübingen eine Tagung der württ.-badischen Röntgenologen statt. Auskunft erteilt: Prof. Dr. R. Bauer, Leiter d. Röntg.-Rad.-Abteilung der Medizinischen u. Chirurgischen Univ.-Kliniken Tübingen.

Lehrgang für Amtsärzte

an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf

Der 9. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird in der Zeit vom 24. Oktober 1950 bis einschließlich 23. Februar 1951 durchgeführt, mit einer Unterbrechung durch die Weihnachtsferien vom 16. Dezember 1950 bis einschließlich 7. Januar 1951.

Anmeldungen zu diesem Lehrgang werden unter gleichzeitiger Vorlage der auf S. 2 Abschnitt II Ziffer 2 des Projektes bezeichneten personellen Unterlagen

- | | |
|---|------------------------------|
| a) Approbation als Arzt, | } beglaubigte
Abschriften |
| b) Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer Universität des Deutschen Reiches | |
| c) Entnazifizierungsbescheid | |

bis spätestens 20. September 1950 an die Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Landeshaus (Tel. 1029, Nebenanschluß 313) erbeten. Sofern der Wunsch besteht, wird man bemüht sein, den Lehrgangsteilnehmern ein möbliertes Zimmer zu vermitteln. Die Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung ist zu einem recht angemessenen Entgelt gegeben.

Der Lehrplan (Vorlesungsverzeichnis) geht den Lehrgangsteilnehmern nach erfolgter Zulassung unmittelbar zu.

Fortbildungskurs für Ärzte in Gießen

Die Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen veranstaltet einen weiteren Fortbildungskurs für Ärzte mit dem Thema „Chronische Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis u. a.)“ vom 5. bis 11. November 1950. In der darauffolgenden Woche vom 12. bis 18. November wird Gelegenheit zu allgemeiner praktischer Fortbildung in Kliniken, Polikliniken, klinischen Laboratorien und Instituten nach Wahl gegeben. Die Kollegen können an beiden Wochen, aber auch nach Belieben nur an einer der beiden Kurswochen teilnehmen. Anmeldung,

Auskunft und Prospekte durch Prof. Georg Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstr. 32g.

Deutscher Ärztinnenbund gegründet

Im Frühjahr dieses Jahres fand in München die Gründungsversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes statt. Dessen Ziele sind die Pflege der persönlichen Beziehungen unter den Ärztinnen, die Förderung ihrer Berufsinteressen, die Bearbeitung von Fragen auf sozialhygienischem, bevölkerungspolitischem und ethischem Gebiet und die Schaffung einer Verbindung zu inner- u. außerdeutschen Frauenverbänden, soweit gemeinsame Interessen zu vertreten sind oder gegenseitige Förderung zu erwarten ist. Erste Vorsitzende des siebenköpfigen Vorstandes wurde Dr. Thekla von Zwehl, München. Die übrigen Mitglieder desselben setzen sich aus Vertreterinnen der einzelnen Landesgruppen, einschließlich Berlins, zusammen. Der Deutsche Ärztinnenbund hat Vertreterinnen in der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und im Gesamtvorstand des Hartmannbundes. Die erste ordentliche Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes soll 1952 in Bad Pyrmont einberufen werden. Vorsitzende für Nordwürttemberg bzw. Württemberg ist Dr. Doch, Stuttgart, Birkenwaldstr. 10, Vorsitzende für Südbaden bzw. Baden Dr. Wesseling, Freiburg (Br.), Maximilianstr. 14.

An alle sudetendeutsche Ärzte!

Die Sudetendeutsche Landsmannschaft, Landesverband Württemberg-Baden, richtet an alle sudetendeutschen Ärzte die Bitte, sie mögen zwecks Erfassung in einer Kartei der sudetendeutschen Ärzte ihre Anschrift (Name, Vorname, Wohnort, Straße und Hausnummer), die Art der derzeitigen Beschäftigung und ihren früheren Tätigkeitsort umgehendst formlos auf einer Postkarte melden an:
Sudetendeutsche Landsmannschaft, Landesverband Württemberg-Baden, Stuttgart-Gablenberg, Bergstraße 5—7.

Warnung vor Betäubungsmittelsüchtigen

Ein gewisser Gustav Schaefer, geb. 3. November 1893 in Bergen Krs. Celle, ständiger Wohnsitz: Hambergen Nr. 120, Krs. Osterholz, und seine Ehefrau Dorothee Schaefer sind morphium- und polamidonsüchtig. Sch. versucht immer wieder, unter Vortäuschung hauptsächlich von Gallensteinkoliken bei Ärzten fremder Bezirke Polamidon und Morphium, und zwar gleich in Klinikpackungen verschrieben zu bekommen. Vor Verschreibung oder Abgabe von Betäubungsmitteln oder Polamidon an das Ehepaar wird gewarnt.

Bewertung eines Arztgrundstückes als Einfamilienhaus

FG-Urteil II—43/50 vom 13. Juni 1950

Dr. Schlegel, der Leiter der Buchführungs- und Steuerstelle Heide der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Schleswig-

Holstein e. V. in Bad Segeberg hat beim Finanzgericht Schleswig-Holstein einen Rechtsspruch erwirkt, der für alle Ärzte, die ein Einfamilienhaus besitzen, von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Aus der interessanten Urteilsbegründung geben wir nachstehend die wichtigsten Punkte wieder:

Das bebaute Grundstück eines Arztes war von dem zuständigen Finanzamt bei der letzten Einheitsbewertung am 1. Januar 1935 als gemischtgenutztes Grundstück festgestellt worden, weil sich darin neben der eigenen Alleinwohnung auch die Praxisräume befanden. Der am 30. Dezember 1949 gestellte Antrag des Arztes auf sogenannte Artfortschreibung des Grundstückes als Einfamilienhaus wurde vom Finanzamt abgelehnt. Das Finanzgericht Schleswig-Holstein entschied dagegen in der Berufungsinstanz unter eingehender Darlegung der Gründe, daß die offenbare Unrichtigkeit der Artfeststellung zum seinerzeitigen Hauptfeststellungstermin (1. Januar 1935) gemäß § 225a Absatz 2 Satz 2 der Abgabenordnung — ohne daß eine Billigkeitsmaßnahme erforderlich sei — auch von Amts wegen berichtigt werden müsse. Mit dieser Bestimmung solle wenigstens für die Zukunft die Möglichkeit einer Richtfeststellung irrtümlicher oder falscher Artfeststellungen gegeben sein, so wie es nach dem Wortlaut des § 22 des Reichsbewertungsgesetzes bei Wertfortschreibungen (Anbau, Ausbau, Abbruch usw.) zu geschehen habe. Nach den Vorschriften für die Bewertung des Grundvermögens auf den 1. Januar 1935 sei das Grundstück nach Lage der Sache und in Ansehung der tatsächlichen Verhältnisse als Einfamilienhaus zu bewerten. Als solches gelte nach § 32 Absatz 1 Ziffer 4 der Durchführungsbestimmungen zum Reichsbewertungsgesetz 1935 ein Wohngrundstück, das nicht mehr als eine Wohnung enthält, und zwar auch dann, wenn es teilweise unmittelbar eigenen gewerblichen Zwecken dient und dadurch die Eigenart als Einfamilienhaus nach der Verkehrsauffassung nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Somit sei dieses Arzthaus ein Einfamilienhaus und die unrichtige Artfeststellung von Anfang an ohne praktische Bedeutung gewesen und daher vom Arzt unbeachtet geblieben. (Es war deshalb gegen die falsche Artfeststellung per 1. Januar 1935 seinerzeit auch kein Einspruch erhoben worden).

Der vorliegende Fall hat besonders für die Soforthilfeabgabe wesentliche Bedeutung, da gemischtgenutzte Grundstücke mit einer Abgabe von 3%, Einfamilienhäuser dagegen nur mit einer solchen von 2% belegt sind. Das Finanzgericht empfiehlt zum Schluß des oben angeführten Urteils den Finanzämtern, derartige Fälle ebenso wie sonstige, bis zur Erhebung der Soforthilfeabgabe bisher bedeutungslose nachträgliche Artänderungen für Zwecke der Festsetzung der Soforthilfeabgabe im Wege der Fortschreibung auf den 1. Januar 1948 ohne weiteres richtigzustellen. Entsprechend dieser Empfehlung werden noch zahlreiche genau so oder ähnlich gelagerte Fälle einer Berichtigung unterzogen werden müssen.

ARZTEKAMMER 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 dem nachstehend genannten Ort 1 Kassenarztsitz für einen prakt. Arzt zu besetzen ist:

Oberrot, Kreis Backnang

Da es sich hierbei noch nicht um eine ordentliche Zulassung, sondern um eine vorläufige und widerrufliche Beteiligung 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 den ausgeschriebenen Kassenarztsitz 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. Oktober 1950 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Verzeichnis der Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte

Es ist beabsichtigt, zum 1. Januar 1951 das Verzeichnis der Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte nach dem Stande vom 1. September 1950 neu herauszubringen, zumal die Neuaufgabe einem immer wieder geäußerten Wunsch nicht nur der Ärztekreise entspricht. Im Unterschied zu der Ausgabe für 1948 soll die Neuaufgabe auch diejenigen Ärzte erfassen, die nur in freier Praxis — ohne Kassentätigkeit — niederge-

lassen sind. Soweit die Kollegen sich gemeldet haben und bekannt sind, erhalten sie demnächst eine Anfrage wegen der für das Verzeichnis zu berücksichtigenden Angaben. Kollegen, die nur Privatpraxis ausüben, sich bisher aber bei uns nicht gemeldet haben, werden gebeten, sich umgehend zu melden, wenn sie Wert darauf legen, daß ihr Name in dem neuen Verzeichnis erscheint.

Vorzeitige Bestellungen, Notbestellungen und unbenotete Bestellungen für Ärzte

Vom Innenministerium Württemberg-Baden sind wir um die Aufnahme nachstehender Pressenotiz gebeten worden:

Es besteht Veranlassung, auf folgendes hinzuweisen: In Württemberg-Baden werden auf Grund eines Beschlusses des Direktoriums des früheren Süddeutschen Länderrats

- die im Herbst 1939 erteilten vorzeitigen Bestellungen als Arzt grundsätzlich anerkannt,
- unbenotete Bestellungen und Notbestellungen als Arzt aus dem Jahre 1945 in keinem Fall anerkannt,
- die Notbestellungen und unbenoteten Bestellungen als Arzt aus der russischen Zone aus dem Jahre 1945 nicht anerkannt.

Merkblatt der Medizinal- und der Veterinärabteilung des Innenministeriums Württemberg-Baden über die Tularämie

Das Auftreten der Tularämie bei Feldhasen im Kreise Mergentheim, in deren Verlauf es zu Erkrankungen von Menschen gekommen ist, gibt Veranlassung, folgendes bekanntzugeben.

Die Tularämie ist eine tierische Infektionskrankheit, die sehr leicht auf den Menschen übertragbar ist. Während sie früher nur in außereuropäischen Ländern bekannt war, hat sie im Jahre 1930 auch auf Europa übergreifen und ist außer in den Oststaaten auch in westeuropäischen Staaten festgestellt worden. Das Auftreten der Krankheit im Kreise Mergentheim kann mit den seit Anfang dieses Jahres in Niederfranken festgestellten Fällen in Verbindung gebracht werden.

Der Erreger ist ein Kleinlebewesen (Bakterium). Die Zeit, die zwischen der Aufnahme des Erregers und dem Sichtbarwerden der ersten Krankheitserscheinungen verläuft (Inkubationszeit), beträgt in der Regel 2—3 Tage, kann aber zwischen 14 Stunden und 14 Tagen schwanken.

Die Krankheit wird durch wild lebende Nagetiere und einige Pelztierarten verbreitet. Die wichtigsten Ansteckungsquellen sind Hasen, Wildkaninchen, Eichhörnchen, Ratten, Feldmäuse, Murmeltiere, Biber, Hamster usw.; die Ansteckung ist auch schon durch Wildschweine und Schafe bewirkt worden.

Die direkte Übertragung auf die Menschen geschieht überraschend leicht durch Berühren von erkrankten oder infolge der Krankheit verendeten Tieren, insbesondere beim Wegtragen, beim Abhäuten, Ausweiden und Zerlegen von erkrankt gewesenen Tieren. Besonders eindringlich zeigen dies drei Erkrankungen in ein und derselben Familie, nämlich beim Vater, der einen Hasen mit einem Stein erschlug, beim Sohn, der ihn nach Hause brachte, und bei der Mutter, die das Fleisch zubereitete.

Der Erreger vermag sogar durch die unverletzte Haut einzudringen. Die Krankheit kann ferner durch den Biß oder eine Berührung fleischfressender Tiere, die infizierte Nager gefressen haben, auf den Menschen übertragen werden. So zog sich ein Mädchen die Tularämie durch Liebkosung einer Katze zu, die eine rohe Hasenlunge gefressen hatte und deren Schnauze noch blutig war.

Möglich ist außerdem das Eindringen des Erregers durch die Schleimhäute der Atmungs- oder Verdauungswege oder durch die Bindehaut der Augen.

Die indirekte Übertragung vom Tier auf den Menschen ist seltener; sie geschieht durch Vermittlung von Insekten (Zecken, Bremsen, Fliegen, Mücken).

Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist noch nicht beobachtet worden. Krankheitserscheinungen bei an Tularämie erkrankten Menschen:

Fieber mit Schüttelfrost, Kopf- und Rückenweh, starke Schweißausbrüche, Gelenk- und Muskelschmerzen, Abgeschlagenheit, Verdauungsstörungen, manchmal Hautausschläge. Später kommt es auch zu Veränderungen der Lymphknoten mit Lymphgefäßentzündungen und Abszeßbildungen. An der Infektionsstelle bildet sich häufig eine kleine entzündliche Schwellung, die in ein kleines schmerzhaftes Geschwür übergeht mit starker Beteiligung der Lymphbahnen. Die zugehörigen Lymphknoten schwellen an und sind sehr schmerzhaft. In anderen Fällen kommt es sofort zu Drüsen-schwellungen. Gelangt das Material in die Lidsäcke der Augen, so treten hier schwere entzündliche Erscheinungen auf. Auch hier sind die zugehörigen Lymphknoten stark angeschwollen. Bei Lokalisation des Infektes in den inneren Organen entwickelt sich ein schweres Krankheitsbild, wie bei Typhus. Eine Übergangsform wird bei Infektion durch den Mund als anginöse Tularämie beobachtet.

Die erkrankten Hasen zeigen keine spezifischen Krankheitserscheinungen. Sie sind matt und benommen, humpeln müde an den Wegen entlang, weichen vor Fahrzeugen nicht mehr aus und lassen sich leicht greifen. Es kommt in der Regel zu einem Massensterben der Hasen, deren Leichen dabei gehäuft gefunden werden können.

Die Verhütung der Ansteckung besteht vor allem in der Vermeidung des Berührens von krankheitsverdächtigen, kranken und toten Nagetieren (insbesondere von Feldhasen und Wildkaninchen) oder von Teilen dieser Tiere.

Obleich der Erreger durch gründliches Kochen i. d. Regel zerstört wird, muß vorsorglich davon abgeraten werden, das Fleisch von erkrankten oder verdächtigen Tieren zu genießen.

Kinder sind besonders dahingehend zu unterweisen, daß sie das Fangen und Greifen von kranken Tieren, das Mitbringen von aufgefundenen toten Hasen unter allen Umständen unterlassen müssen.

Werden bei der Feld- usw. -Arbeit kranke Hasen im Gelände angetroffen, so sind sie mit einem geeigneten Gerät (Spaten, Hacke u. dgl.) durch einen kräftigen Schlag auf den Kopf oder ins Genick zu töten. Das zur Tötung verwendete Gerät ist danach durch gründliches Abspülen mit Wasser (Stroh- oder Heuwisch, Grasbüschel) zu reinigen.

Mit Rücksicht auf die Gefahr des Ausgrabens der vergrabenen Leichen von aufgefundenen toten oder erschlagenen Tieren durch Hunde, Füchse usw. ist das Eingraben zu unterlassen. Das Wegwerfen von Tierleichen in Gewässer ist unter allen Umständen zu unterbinden.

Die Fundorte von verendeten Hasen oder die Stätten, wo kranke Hasen erschlagen wurden, sind möglichst umgehend dem Bürgermeisteramt oder den Landespolizeiposten zu melden, die für das weitere Verfahren Anweisungen erhalten haben.

Tierkörper von erkrankt getöteten oder verendeten Hasen usw., ebenso die Kerne von verdächtigen oder erkrankten Pelztieren aus Farmen usw. dürfen als Köder nicht ausgelegt werden.

Das „wilde“ Jagen von Hunden ist zu unterbinden. Auf den Art. 22 des Polizeistrafgesetzes wird hingewiesen, der den mit Strafe bedroht, der Hunde zur Nachtzeit außerhalb der Wohnung oder des geschlossenen Hofraumes frei laufen läßt.

80. Geburtstag

Am 25. Juli 1950 konnte Herr Dr. Hermann Schütz, Schwäb. Gmünd, in voller Frische und Rüstigkeit seinen 80. Geburtstag feiern. Dr. Schütz, ein eifriges Mitglied der Ärzteschaft des Kreises Schwäb. Gmünd, ist seit 1901 ununterbrochen als Arzt in seiner Heimatstadt tätig.

Die Ärzteschaft Nord-Württembergs entbietet Herrn Dr. Schütz die aufrichtigsten Glückwünsche.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Fortbildungskurs für Ärzte

Die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg wird in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Baden in der Zeit vom 25. bis 28. Oktober 1950 einen Fortbildungskurs für Ärzte durchführen.

Das Programm enthält unter anderem Vorträge von:

- Prof. Rehn** Chirurgie des Herzens und der Herzfehler
Prof. Heilmeyer Behandlung der Agranulozytose
 Hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose
Prof. Sarre Ambulante Behandlung von Kreislaufkrankheiten
Prof. Stühmer Allgemeine Behandlung von Hautkrankheiten
Prof. Jung Behandlung der multiplen Sklerose
Prof. Karitzky Behandlung der Panaritien

Klinische Visiten sind an allen Nachmittagen vorgesehen. Einladungen mit ausführlichem Programm werden der Ärzteschaft noch zugestellt.

Die Landesärztekammer bittet die interessierten Ärzte, sich den Termin vom 25.—28. Oktober 1950 freizuhalten.

Ausbildungsbeihilfen für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Referendare

BADISCHES
MINISTERIUM DES INNERN
Landesamt für Soforthilfe

An die Kreisverwaltungen und Stadtverwaltungen
— Ämter für Soforthilfe —

In Ergänzung der früher erlassenen Vorläufigen Weisungen über Ausbildungsbeihilfen wird mit Zustimmung des Kontrollausschusses beim Landesamt für Soforthilfe folgendes bestimmt:

I.

Allgemeines

Aus dem Soforthilfefonds können im Rahmen der verfügbaren Mittel bedürftige Personen, die sich in einem der im Abschnitt II näher bezeichneten Ausbildungsverhältnisse befinden, Ausbildungsbeihilfe erhalten, soweit sie einer der in den früheren Weisungen über Ausbildungsbeihilfen genannten Geschädigtengruppe angehören.

Soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, sind die in den „Vorläufigen Weisungen über Beihilfen zur Ausbildung von Schülern und Schülerinnen an Fachschulen“ vom 1. Juni 1950 (Bad. MBl. S. 85) festgelegten Bestimmungen auch für die Gewährung von Ausbildungshilfen an die in dieser Weisung aufgeführten Personengruppen maßgebend.

II.

Ausbildungsarten

Für die Beihilfen kommen in Betracht:

- Ärzte** in Fachausbildung oder in Vorbereitung zur kassenärztlichen Tätigkeit,
Zahnärzte in Fachausbildung oder in Vorbereitung zur kassenärztlichen Tätigkeit,
Tierärzte in Fachausbildung oder in Vorbereitung für den Staatsdienst,
 Studienreferendare, Forstreferendare, Landwirtschaftsreferendare und Gerichtsreferendare.
 Die Beihilfe soll den Beginn, die Fortsetzung oder die Beendigung der ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Fachausbildung sowie der Referendarausbildung ermöglichen.

III.

Höhe und Dauer der Beihilfen

Die Höhe der monatlichen Beihilfe beträgt:

bei Ledigen	höchstens DM 70.—
bei Verheirateten	höchstens DM 100.—

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

- a) die den Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten oder Referendaren gewährten sonstigen Ausbildungs- oder Unterhaltszuschüsse sowie Arbeitsentgelt oder Dienstbezüge in voller Höhe,
- b) Arbeitseinkünfte der Ehefrau in der Höhe von 50 v. H.,
- c) volle Verpflegung mit DM 50.— monatlich.

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

Die Beihilfe wird vom Beginn bis zur Beendigung der Fachausbildung, längstens jedoch für die Dauer von 12 Monaten gewährt.

IV.

Verfahren

A.

1. Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte

Das Landesamt für Soforthilfe übersendet den Bezirksärztekammern in Konstanz, Donaueschingen, Waldshut, Steinen Krs. Lörrach, Freiburg, Offenburg und Baden-Baden, den Bezirkszahnärztekammern in Konstanz, Waldshut, Freiburg, Lahr und Baden-Baden, und den Bezirkstierärztekammern in Stockach, Waldshut, Freiburg und Offenburg diese Weisung und Antragsvordrucke. Die Kammern geben die Weisung und die Antragsvordrucke an die in Betracht kommenden Ausbildungsstätten weiter.

Die Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte reichen ihre Anträge dem Chefarzt des Krankenhauses bzw. dem Leiter der Fachausbildung ein.

Der Chefarzt bzw. der Leiter der Fachausbildung fügt dem Antrag eine Bescheinigung bei, die folgende Angaben enthält:

Datum der Approbation, gegenwärtiger Stand der Ausbildung mit Datum der voraussichtlichen Beendigung, die unter Abschnitt III Punkt a) angeführten Bezüge.

Der Chefarzt oder der Leiter der Fachausbildung übersendet den Antrag sodann der zuständigen Bezirksärztekammer, Bezirkszahnärztekammer oder Bezirkstierärztekammer. Die Kammern bestätigen die Angaben des Chefarztes bzw. des Ausbildungsleiters und leiten die Anträge an das für den Sitz der Kammer zuständige Amt für Soforthilfe weiter.

2. Studienreferendare, Forstreferendare, Landwirtschaftsreferendare, Gerichtsreferendare

Das Landesamt für Soforthilfe veranlaßt über die zuständigen Ministerien die Zusendung dieser Weisung und der Antragsvordrucke an die in Betracht kommenden Ausbildungsbehörden.

Die Referendare reichen ihre Anträge bei ihrer Ausbildungsbehörde ein.

Der Leiter der Ausbildungsbehörde fügt dem Antrag eine Bescheinigung bei, die nachstehende Angaben enthält:

Gegenwärtiger Stand der Ausbildung, Datum der voraussichtlichen Beendigung, die unter Abschnitt III Punkt a) angeführten Bezüge. Die Leiter der Ausbildungsbehörde übersenden die Anträge:

- der Studienreferendare an das Badische Ministerium des Kultus u. Unterrichts,
- der Forstreferendare an das Badische Ministerium der Landwirtschaft und Ernährung — Landesforstverwaltung —,
- der Landwirtschaftsreferendare an das Badische Ministerium der Landwirtschaft und Ernährung,
- der Gerichtsreferendare an das Badische Ministerium der Justiz.

Die Ministerien übersenden die Anträge mit ihrer Stellungnahme an das Badische Ministerium des Innern — Landesamt für Soforthilfe — in Freiburg.

B.

Entscheidung über die Anträge

- Über die Anträge der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte entscheiden Ausschüsse, die bei den für den Sitz der Bezirkskammern zuständigen Ämtern für Soforthilfe gebildet werden.

Diese Ausschüsse bestehen jeweils aus:

- dem Leiter des Amtes für Soforthilfe oder seinem Vertreter als Vorsitzenden,
- einem Vertreter der Bezirksärztekammer, Bezirkszahnärztekammer oder Bezirkstierärztekammer,
- einem geeigneten Geschädigten aus der Zahl der antragsberechtigten Ärzte, Zahnärzte oder Tierärzte, der von den Ausschußmitgliedern zu a) und b) gemeinsam berufen wird.

- Über die Anträge der Studienreferendare, Forstreferendare, Landwirtschaftsreferendare und Gerichtsreferendare entscheidet ein Ausschuß, der beim Badischen Ministerium des Innern — Landesamt für Soforthilfe — in Freiburg gebildet wird.

Dieser Ausschuß besteht aus:

- dem Leiter des Landesamtes für Soforthilfe oder seinem Vertreter als Vorsitzenden,
- einem Vertreter des zuständigen Landesministeriums oder der Justizverwaltung,
- einem geeigneten Geschädigten aus der Zahl der antragsberechtigten Referendare, der von den Ausschußmitgliedern zu a) und b) gemeinsam berufen wird.

Die Ausschüsse zu 1 und 2 prüfen die Anträge in rechtlicher und sachlicher Hinsicht sowie nach dem Grad ihrer

Dringlichkeit und beschließen über Höhe und Dauer der Beihilfen vorbehaltlich der Bewilligung der Mittel durch das Landesamt für Soforthilfe.

C.

Das weitere Verfahren ist entsprechend den Abschnitten V Abs. C und D sowie hinsichtlich der **Auszahlung** der Ausbildungsbeihilfe, **Veränderungen** und **Abrechnung** nach den Bestimmungen der Abschnitte VI, VII, VIII der „Vorläufigen Weisung über Beihilfen zur Ausbildung von Schülern und Schülerinnen an Fachschulen“ vom 1. Juni 1950 durchzuführen (Bad. MBl. S. 85).

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto Bader, Freiburg, wird am 16. September 1950 sein 70. Lebensjahr vollenden.

Herr Dr. Bader hat sich im Jahre 1912 zur Ausübung einer eigenen Praxis in Chile niedergelassen. Im Jahre 1939 kam er aus seiner württembergischen Heimat nach Freiburg, wo er seither als prakt. Arzt tätig ist.

Herr Dr. Bader ist als angesehener Arzt unter der Bevölkerung und bei den Kollegen bekannt. Wir gratulieren ihm zu seinem Geburtstag recht herzlich und wünschen ihm für die Zukunft alles Gute. Bezirksärztekammer Freiburg

Nachruf

Am 27. August 1950 verstarb in Freiburg der Facharzt für Frauenkrankheiten Dr. med. Walter Berg im Alter von 46 Jahren. Herr Dr. Berg war jahrelang als Oberarzt am Freiburger Diakonissenhaus tätig und ließ sich 1947 in eigener Praxis in Freiburg nieder.

Das frühe Hinscheiden dieses tüchtigen, beliebten und allgemein geschätzten Arztes mitten aus seiner Arbeit heraus wird von uns tief bedauert.

Bezirksärztekammer Freiburg

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

Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

Namensänderung

Während des 53. Deutschen Ärztetages fand am 26. 8. 50 im Bundeshaus in Bonn eine Sitzung der bisherigen Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern statt. Es wurde dabei u. a. die Frage behandelt, ob die Freiburger Arbeitsgemeinschaft nach dem Zusammenschluß mit der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft zur Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebiets, wie bei der entsprechenden Vereinbarung vom Mai d. J. vorgesehen, weiter bestehen soll. Über die Notwendigkeit des Weiterbestehens herrschte völlige Übereinstimmung und es wurde beschlossen, die bisherige Arbeitsgemeinschaft in

„Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern“ umzubenennen, um Verwechslungen vorzubeugen.

Besprechung

mit dem Verband der Ortskrankenkassen, Lahr

Am 19. Juli 1950 fanden in Tübingen Besprechungen zwischen dem Verband der Ortskrankenkassen, Lahr, und der Verhandlungskommission der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

Die Aussprache galt in der Hauptsache der Regelung der Verordnung von Sprechstundenbedarf und der Handhabung der Überprüfung der Arzneiverordnung der Kassenärzte.

Hinsichtlich der Verordnung von Sprechstundenbedarf kam es zu einer Vereinbarung, deren Wortlaut bereits in der letzten Nummer dieses Blattes veröffentlicht worden ist.

Die Vertreter des Verbandes der Ortskrankenkassen legten dar, daß das Problem der Kosten für die Arzneiverordnungen den Krankenkassen auf der Seele brenne. Die Ausgaben hätten eine Höhe erreicht, die nicht mehr verantwortet werden könne. Die Kassenvertreter appellierten an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, ihnen bei der Drosselung der Kosten behilflich zu sein.

Von seiten der Vertreter der Kassenärzte wurde darauf hingewiesen, daß sich die erhöhte Morbidität in erster Linie auf dem Arzneimittelgebiet auswirke. Es wurde den Kassen erklärt, daß die moderne Medizin auch den Versicherten zugute kommen müsse und daß deshalb heute die Arzneiverordnung teurer sein müsse als vor dem Kriege. Das Anwachsen der Kosten für Arzneien und Heilmittel müsse deshalb hingenommen werden, aber die Auswüchse, die sich in der Verordnung herausgebildet hätten, müßten bekämpft werden.

Die Verhandlungspartner sind schließlich übereingekommen, mit Nachdruck die erforderlichen Maßnahmen zur Senkung der Arznei- und Heilmittelkosten in die Wege zu leiten, und es wurde zu diesem Zweck eine Vereinbarung getroffen, die im wesentlichen folgendes vorsieht:

- Die für den betreffenden Kassenarzt zuständige KV. überprüft die Verordnungsweise aller ihr von der Kasse namhaft gemachten Ärzte, soweit diese den Fallkostendurchschnitt des Kassenbezirks um mehr als 20 v. H. überschritten haben.

Die KV. hat dabei dem betreffenden Arzt Mittel und Wege zu zeigen, wie die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneien und Heilmittel eingeschränkt werden können. Hält sie in solchen Fällen eine Regreßpflicht des Arztes für gegeben, so entscheidet auf ihren Antrag die für ihren Sitz zuständige Prüfkommision (vgl. Ziff. b).

- Die Krankenkasse kann ferner in Fällen offensichtlicher unwirtschaftlicher Verordnungsweise eine Kontrolle durch die KV. veranlassen, ohne daß die Voraussetzungen von a) Abs. 1 vorliegen.

Die KV. unterrichtet die Krankenkasse in den Fällen von a) Abs. 2 und b) Abs. 1 über das Ergebnis der Prüfung und die von ihr getroffenen Maßnahmen. Gibt sich die Kasse damit nicht zufrieden, so steht ihr das Recht der Anrufung der Prüfkommision zu.

- Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Durchschnittsberechnung nur solche Verordnungen zugrunde zu legen, die zuvor auf ihre taxmäßige Richtigkeit geprüft sind.

- d) Die bei der KV. zu bildende Prüfkommision setzt sich wie folgt zusammen:
 - aa) ein Kassenarzt als Vertreter der KV.
 - bb) ein Vertreter der Ortskrankenkassen
 - cc) ein freier Apotheker, auf den sich die Parteien einigen.
- e) Gegen die Entscheidung der Prüfkommision haben Ärzte und Krankenkassen im Einvernehmen mit ihren Organisationen das Recht der Berufung an eine Oberkommision.
- f) Die Oberkommision wird für die Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern mit dem Sitz in Freiburg i. Br., und zwar in gleichartiger Zusammen-

setzung wie die Prüfkommision gebildet. Nach Übereinstimmung der Vertragsparteien kann diese Oberkommision in Unterabteilungen der einzelnen Länder aufgeteilt werden.

Es ist ferner vereinbart worden, daß den Ortskrankenkassen von der Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit gegeben werden soll, in Bezirksversammlungen der Kassenärzte Fragen der wirtschaftlichen Behandlungs- und Verordnungsweise zu erörtern.

Im Verlauf der Verhandlungen haben die Vertreter des Verbandes der Ortskrankenkassen erklärt, daß eine Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten der Arzneien und Heilmittel nach den derzeitigen Verhältnissen undurchführbar sei.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

30. — 33. Woche 1950

(23. Juli 1950 — 19. August 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mißbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebensmittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis
Nord-Württemberg	30.	N T			21	107	52 9	16 4	24		19	63	48	7	9	2		2	3							31	2			3	
	31.	N T			24	119	56 6	5 1	15	1	22	48	26	8	4	2				2	1				31	2		1	1		
	32.	N T			22	96	44 5	6 1	36	1	24	61	52	18	18						4				28	1					
	33.	N T			20	102	60 10	8 1	35		18	34	25	16	15		1								10						
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	30.	N T			11	34	25 6	5 2	26		4	7	5	6	2		170			1					2				4		
	31.	N T			5	42	14 5	6	15		4	13	7	8	3	1	29 2	1							7	1					
	32.	N T				30	11 5	8	26		2	17	7	7	1		12			12						2	1				
	33.	N T			13	40	9 1	6	58		10	8	5	1	1		3			3					7						
Nord-Baden	30.	N T			7	85	49 9	10 1	71		12	45	25	3	15					2											
	31.	N T			7	50	46 5	5	50		14	46	24	3	4		1			2	7	1									
	32.	N T			15	99	32 4	10 1	40		8	58	23	2	1					3	9			22							
	33.	N T			6	83	39 4	2	64		7	55	23	2	4					7	2										
Land Baden	30.	N T			5	32	19 2	4	56	1	8	28	18		6		1		1						17				10		
	31.	N T			6	26	29 1	7 4	62	1	11	35	10		3	1				2		1	1		14	1			1		
	32.	N T			16	26	17 4	7 1	43	2	6	29	6		6	1				5				37	1			4			
	33.	N T			9	30	13 4	2	30		11	23	13	1	2					3					16						

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. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Kleit, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe September 1950