

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

10 (1.10.1950)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

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

unter Mitwirkung von Dr. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 10

STUTT GART, OKTOBER 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Vogt:	Gedanken über den 53. Deutschen Ärztetag vom 26. und 27. August 1950 in Bonn	199
Oberreg.- u. Med.Rat Dr. Mayer:	Fortschritte auf dem Gebiet der allgemeinen Hygiene	200
Prof. Dr. Beckmann:	Die Behandlung der Gallenblasenerkrankungen mit Berücksichtigung der Trinkkur	203
Dr. Dr. Edam:	Der Froschtest als Schwangerschafts-Schnellnachweis	208
Dr. Josenhans:	Frühbehandlung der Poliomyelitisfolgen	210
	Rotes Kreuz und roter Halbmond	210
Dr. jur. Kohlhaas:	Nochmals ärztliche Schweigepflicht	214
Eingesandt	214
Buchbesprechungen	215
Bekanntmachungen	215
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	216
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	217
	Ärztekammer Nord-Baden	218
	Landesärztekammer Baden	219
	Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	219
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten,		
34.—38. Woche 1950	220

Gedanken über den 53. Deutschen Ärztetag vom 26. und 27. August 1950 in Bonn

Von Dr. med. Ed. Vogt, Isny/Allgäu

Nach einer glänzenden Fahrt auf der Reichsautobahn von Ulm bis Bonn war ich über die Stadt Bonn mit ihren engen Straßen, ihrer Unübersichtlichkeit und ihren wenig repräsentativen Geschäften enttäuscht. Dies mag wohl auch damit zusammenhängen, daß Bonn für einen alten Studenten als das non plus ultra gegolten hat. Als unvoreingenommener Laie konnte ich eigentlich auch nicht verstehen, weshalb nicht das viel repräsentativere Frankfurt zur Bundeshauptstadt erklärt wurde. Es war mir ein sehr originelles Hotel zugewiesen worden: ein Schiff, das am Rheinufer vertäut lag.

Nach Erscheinen des Herrn Bundespräsidenten wurde der Kongreß um 9 Uhr mit der D-dur-Suite von J. S. Bach eröffnet. Herr Präsident Neuffer, der die ganzen Verhandlungen mit Überlegung, Umsicht, Gewandtheit und vollkommener Sicherheit geleitet hat, begrüßte die Gäste, besonders den Herrn Bundespräsidenten, den Herrn Bundesinnenminister, zugleich als Vertreter der Evangelischen Kirche, einen Weihbischof als Vertreter S. Eminenz des Herrn Kardinal Frings in Köln, sowie andere hohe Herrn. Herr Dr. Berthold Rodewald, Kiel, 2. Präsident des Ärztetages, vertrat Herrn Dr. Neuffer in ausgezeichneter Weise.

Ein kurzes Wort ist noch über das Bundeshaus in Bonn zu sagen. Die Sitzungen fanden zuerst im großen Sitzungssaal statt, ab Sonntag nachmittag im kleineren Bundesratssaal. Das Haus ist keineswegs üppig gehalten, sondern entspricht den Anforderungen, wie sie an den Repräsentationsraum für die Deutsche Bundesrepublik gestellt werden müssen.

Die Verhandlungen auf dem 53. Deutschen Ärztetag standen auf einem hohen geistigen Niveau. Die Referate waren sehr gut durchdacht, sachlich und mit viel Begabung verfaßt. Die Diskussionsredner gaben sich sehr Mühe, in den ihnen zur Verfügung stehenden fünf Minuten das Wesentliche zu sagen und vor allem ihre Gedanken klar zu definieren. Man wird wohl in der heutigen Zeit in Deutschland nicht leicht ein Gremium finden, in dem so gründlich und mit so viel Sachkenntnis an die Fragen herangegangen wurde und die so wohl-durchdacht waren. Vor allem erfreute die geistige Grundhaltung und die Ehrlichkeit, mit der alle Fragen behandelt wurden. Man spürte den absoluten Willen, den Dingen auf den Grund zu gehen und Erkenntnisse, die vorerst einzeln und zerstreut im Bewußtsein vorhanden waren, untereinander und miteinander zu einem

zusammenhängenden Ganzen zu verbinden. Man erkannte, daß manches neu geschaffen werden muß und vor allem, daß sich alle Ärzte fest zusammenschließen müssen, um dem Stand das Gute zu erhalten und weiterzuführen. Man fühlte die Verantwortung, die alle Delegierten erfüllte, und man spürte auch, daß jeder von hohem sittlichem Ernst erfaßt war.

Die sozialen und politischen Formen, in denen sich das Leben der Völker bewegt, müssen allezeit in Zusammenhang mit den sittlichen und religiösen Überzeugungen stehen. Diese Maxime müssen ganz eindeutig als die Grundlage unserer beruflichen Tätigkeit erhalten bleiben. Gerade dies wurde immer wieder von neuem betont.

Es war aus den Verhandlungen auch zu erkennen, daß sich der Ärztestand seiner langen Tradition verpflichtet fühlt und nicht auf dem Standpunkt steht, daß alles Alte, gerade weil es alt ist, ausgemerzt und überwunden werden müßte. Die Ärzteschaft in Westdeutschland will unter allen Umständen die Freiheit der beruflichen Tätigkeit, im besonderen die Freiheit des Willens und des Entschlusses beibehalten, weil sie glaubt, daß nur für den frei schaffenden Arzt das richtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient möglich ist. Das beiderseitige Vertrauen ist aber nach unserer Ansicht die Voraussetzung für jede ärztliche Tätigkeit überhaupt.

Die Delegierten wünschten als Vorbildung für das medizinische Studium den Besuch des humanistischen Gymnasiums, von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß das Studium der antiken Sprachen und der Literatur den Menschen zu einer allseitig entfalteteten und wohl geprägten Persönlichkeit erzieht und zudem den Sinn für das Ideale weckt. Auch aus dieser Forderung ersah man,

daß sich die Ärzte gegen eine Vermassung in ihrem Berufe wehren. Auf einer Versammlung von Ärzten des württembergischen Oberlandes bezeichnete ein Kollege die Ärzte als die letzten Individualisten, weil sie die eigene Verantwortung und Verpflichtung dem Kranken gegenüber haben und weil sie den Wert der Autorität für die Pflege und Bewahrung der Individualität kennen.

In seiner Ansprache führte der Herr Bundespräsident den Satz unseres Kollegen Albert Schweitzer an, in dem er sagt: „Das Wichtigste ist die Ehrfurcht vor dem Leben.“ Wenn wir diesen Satz stets beherzigen, werden wir nie von der geraden Linie abweichen, sondern werden bei allen unseren Erfolgen die innere Bescheidenheit bewahren, die stets eine Zierde der großen Ärzte war.

So war der 53. Ärztetag eine Belehrung und Prüfung zugleich. Eine Belehrung, weil der aufmerksame Beobachter auf der Tagung vieles lernen konnte, eine Prüfung, weil er jeden Teilnehmer und darüber hinaus jeden Arzt dazu anhielt, über sein ärztliches Tun kritisch nachzudenken.

Ich möchte diesen Aufsatz mit einigen Sätzen aus den „goldenen Worten“ des Pythagoras schließen:

„Was ich aber jetzt sage, das tue vor allem:
Niemand mit Wort und mit Tat bewege dich je,
daß du etwas tust oder sagst, was du selbst nicht
als das Bessere billigst . . .

Niemals lasse den Schlaf auf die müden Augen
dir sinken, eh' von den Werken des Tages dreimal
du jedes gemustert: Wo ward gefehlt? was getan?
ward keine Pflicht unterlassen? So anfangend vom
ersten, geh' alles durch und wofern du Schlechtes
getan, so erschrick, wenn aber Gutes, so freu' dich.“

Fortschritte auf dem Gebiet der allgemeinen Hygiene

Von Dr. Hans Mayer

Oberregierungs- und -medizinalrat im Innenministerium Tübingen.

Um die mir gestellte Aufgabe im Rahmen eines Übersichtsreferats abhandeln zu können, muß ich mich streng an das Gebiet der allgemeinen Hygiene und der vorbeugenden Hygiene halten und das für den praktischen Arzt und den Kliniker so bedeutungsvolle Gebiet der Mikrobiologie einer anderweitigen Behandlung überlassen. Ich werde dem Rahmen der Übersichtsreferate entsprechend mich auf die Fortschritte der letzten zehn Jahre beschränken, wobei sich infolge der stufenweisen Entwicklung unseres Wissens aber nicht wird vermeiden lassen, bisweilen auch auf frühere Jahre zurückzugreifen.

Aus dem Gebiete der **Wasser-Boden-Lufthygiene** sind wichtige Erkenntnisse durch die allmählich immer beschränkter werdenden Wasserverhältnisse unseres dicht besiedelten und hochkultivierten Erdteils bedingt. Der Mangel an Wasser ließ dessen Unersetzlichkeit und seine Bedeutung als Grundlage des Lebens klar werden und forderte zur Regelung eines sparsamen Ge- und Verbrauchs des ungleichmäßig dargebotenen Sparstoffes auf, so daß alle Beteiligten im Rahmen der Lebenswichtigkeit zu ihrem Recht kommen, wobei von jedem Nutznießer eine Einschränkung seiner Ansprüche zugunsten

der Allgemeinheit geduldet werden muß. Daß die Ansprüche der menschlichen Gesundheit an erster Stelle stehen, ist unbestritten, aber auch ihre unmittelbaren Ansprüche müssen beschränkt werden, da sonst mittelbare Gesundheitsschädigungen nicht vermieden werden können. Die Einsetzung eines Generalinspektors für Wasser und Energie im Jahre 1941 und die Arbeiten an einem neuen Reichwassergesetz sollten diesem Zweck dienen; sie sind aber über Vorarbeiten nicht hinausgekommen. Eine große Zahl wissenschaftlicher Arbeiten beschäftigt sich daher mit diesen Fragen, wobei auch die hygienisch-technische Seite vornehmlich beteiligt ist. Eine Verbrauchsstatistik von Wenger aus dem Jahr 1939 kommt zu einem durchschnittlichen Wasserverbrauch von 60 bis 146 Liter pro Kopf der Bevölkerung. Diese Zahlen sind in der Zwischenzeit insbesondere durch den weiteren Einbau von Spülabtoiletten in den nach dem Zusammenbruch wiederaufgebauten Wohngebäuden überholt. Daß selbst so große Seen, wie der Bodensee, nur unter ganz besonderen Bedingungen zur Gewinnung von Trinkwasser herangezogen werden können, zeigen die eingehenden Untersuchungen von Kiskalt. Aus vielen Beschreibungen besonderer Vorkommnisse, die

meist anlässlich des Auftretens übertragbarer Krankheiten geprüft worden sind, geht die Wichtigkeit der Beobachtung des engeren und weiteren Schutzgebietes um Wasserfassungen hervor; daß dabei besonderes Augenmerk auf die zur Behebung der Wassernot errichteten, oft behelfsweisen Anlagen der künstlichen Grundwasseranreicherung gerichtet werden muß, ist die Schlußfolgerung mehrerer wichtiger Arbeiten. Trotz der dabei meist notwendig gewordenen Entkeimung des geförderten Trinkwassers sind Schädigungen vorgekommen, die teils auf die besonders ungünstigen Verhältnisse, teils auf Versagen der Anlagen zurückzuführen waren. Außer einer wohl durch Bombenschäden bedingten Typhusepidemie von 120 Fällen sind während des Krieges größere Wasserepidemien in Deutschland nicht beschrieben worden. Neue Entkeimungsverfahren durch Ultraschall werden zwar empfohlen, sind aber praktisch noch nicht genügend erprobt und zunächst wohl auch noch zu teuer. Ein Zusatz von Jod zum Trinkwasser soll in einzelnen Anlagen in Frankreich und Holland erfolgen, stößt aber doch auf erhebliche hygienische Bedenken. Der Zusatz von Natriumsulfat zum Trinkwasser in Form von „Hygronährschuthtabletten“, durch den die Aufnahme der notwendigen Kalksalze möglich werden soll, ist auch theoretisch umstritten und hat weitere Verbreitung trotz Reklame nicht gefunden. Bei der für die hygienische Beurteilung unerläßlichen bakteriologischen Wasseruntersuchung hat die Einführung der Membranfiltermethode einen erheblichen Fortschritt gebracht. Es gelingt mit ihr in größeren Wassermengen Colibakterien und sogar auch, wenn solche vorhanden sind, Krankheitserreger nachzuweisen. Durch die Veröffentlichung von Dreher über Erfahrungen des Betriebs der Schwimmbäder des Reichssportfeldes sind die Anforderungen an die einwandfreie Beschaffenheit des Schwimmbadwassers näher erprobt und bekanntgegeben worden: Ohne Umwälzanlage, Filterung, Entkeimung des Badewassers und Zusatz von Frischwasser, die alle in das richtige Verhältnis zur wechselnden Besucherzahl gesetzt werden müssen, ist ein einwandfreier Betrieb nicht möglich. Trotzdem wird man sich, bei der Kostspieligkeit des Betriebes besonders in ländlichen Freibädern, auf die zur Förderung des unentbehrlichen Schwimmsports nicht verzichtet werden kann, noch längere Zeit mit Behelfslösungen abfinden müssen, deren Tragbarkeit an die Erfahrungen und die Verantwortungsfreudigkeit des zuständigen Hygienikers große Anforderungen stellt.

In engem Zusammenhang mit der Trinkwasserhygiene steht die Beseitigung und Unschädlichmachung der Abwässer. Während im Ausland auf diesen Gebieten beträchtliche technische Fortschritte gemacht worden sind, die alle sich auch auf der hygienischen Seite auswirken, ist in Deutschland die Abwasserreinigung während des Krieges stiefmütterlich behandelt worden. Vorher ist im Zusammenhang mit der Intensivierung der landwirtschaftlichen Bodennutzung die Abwasserverwertung mit allen möglichen Mitteln vorangetrieben worden. Bei diesen teureren Anlagen ist aber der Bedeutung der Darmparasiten und der Behandlung des landwirtschaftlich oft schädlichen Industrieabwassers nicht genügend Beachtung geschenkt worden; nur wenige solcher Anlagen sind in Deutschland ausgeführt worden, so daß sich künftig die Abwasserreinigung auf den sachgemäßen

Betrieb von Zentralkläranlagen einstellen muß. Dabei muß maßgeblich sein, daß den Flüssen nur so viel mechanisch gereinigtes Abwasser zugeleitet werden darf, als diese bei Niederwasser eben noch durch biologische Selbstreinigung verarbeiten können. Imhoff gibt dafür auf Grund seiner vielseitigen Erfahrung die Zahl von 30 Einwohnern auf 1 Sekundenliter des Niederwassers des Vorfluters an. Allgemeingut der Hygieniker und der Abwassertechniker ist geworden, daß der Reinigung des häuslichen Abwassers in Zentralkläranlagen der Vorzug vor der immer unbefriedigend bleibenden Behandlung in Einzelhauskläranlagen zu geben ist.

Auf dem Ernährungsgebiet sind durch das unfreiwillige Massenexperiment des Krieges unermeßliche Erfahrungen gesammelt worden, die in ihrer klinischen Bedeutung den praktischen Ärzten weitgehend und zur Genüge bekanntgeworden sind. Die Verhältnisse vor dem Krieg sind wegen ihrer Bedeutung für die militärische Massenernährung eingehend von Schmidt bearbeitet worden. Der Einfluß des verdaulichen Eiweißes auf die Leistungsfreude und die Ermüdbarkeit ist eingehend geprüft; der Bedarf ist von Kraut auf durchschnittlich 80 Gramm festgelegt worden. Auch nach den neuen Erkenntnissen liegt die unterste Grenze der Nahrungszufuhr bei durchschnittlich 2000 Kalorien, bei der körperliche Arbeit nur auf Kosten der Körpersubstanz geleistet werden kann. Die Ersetzbarkeit des tierischen Eiweißes durch pflanzliches Eiweiß ist eingehend bearbeitet worden; dabei ist ein Ersatz durch das Eiweiß der Hefe und Sojabohne als möglich erkannt worden, wenn dem Cystinmangel durch künstliche Zulage abgeholfen wird. Der Fettverzehr der deutschen Bevölkerung im Jahre 1927/1928 ist von Kraut und Bramsel auf 118 Gramm pro Tag errechnet worden. Über den Ersatz des tierischen und pflanzlichen Fettes durch synthetische Fette liegen günstige und ungünstige Berichte vor. Der Verzehr von 100 g künstlichem Fett rief Leistungsminderung im Sport und bei größeren Mengen Störungen des Wohlbefindens hervor, was wohl auf die größere Menge saurer Stoffwechselprodukte zurückzuführen ist. Da die Ausnützung des Vollkornbrottes geringer ist als die von feinerem Mehl, so sind trotz der Fülle der Arbeiten über die Vorzüge des Vollkornbrottes diese entsprechend zu bewerten, wobei der Nutzen für die Gesunderhaltung des Gebisses und die mechanische Darmreizung allgemein anerkannt ist. Über den mengenmäßigen Vitaminbedarf des menschlichen Körpers gehen die Ansichten noch auseinander. Während verschiedene Autoren den täglichen C-Vitaminbedarf auf 50 mg schätzen, wird von anderen knapp die Hälfte für nötig gehalten. Bei dem erheblichen Ansteigen der Seuchen des Rindviehs, insbesondere der Tuberkulose, wird eine Entkeimung der Sammeltrinkmilch von den Hygienikern allgemein gefordert trotz der Bedenken wegen der dadurch bedingten geringen Entwertung dieses lebenswichtigen Nahrungsmittels. Noch immer besitzen die 3 Erhitzungsverfahren (Dauerpasteurisierung bei 65° 30 Minuten lang, Kurzzeiterhitzung bei 75° und Hoherhitzung auf 85°) ihre praktische Bedeutung; die Entkeimung durch Ultraviolettbestrahlung ist zwar weiter entwickelt worden, kann aber auch wegen der hohen Kosten noch nicht als allgemein einführbar gelten. Auch mit Ultraschallbehandlung liegen aus Amerika Berichte vor, die noch nicht zu einer praktischen Ver-

wendung ermuntern. Neuestens sind Bestrebungen im Gange, die Milch „aufzuvitaminisieren“, wobei besonders der Vitamin-D-Zusatz eine Rolle spielt. Trotz der großen theoretischen Vorzüge kann aber nach der deutschen Lebensmittelgesetzgebung eine allgemeine Behandlung der Trinkmilch nicht in Betracht kommen, da ihr dadurch ihr Charakter als natürliches Nahrungsmittel genommen wird. Dagegen wird den vitaminangereicherten Milchpräparaten, die kaum teurer als natürliche Milch zu stehen kommen, ihre Bedeutung als diätetische Mittel nicht abgesprochen werden können.

Auf dem Gebiet der **Wohnungshygiene** sind während des Krieges und der Jahre nach dem Zusammenbruch wenig praktische Fortschritte zu erzielen gewesen. Zum Wiederaufbau des deutschen Wohnungswesens ist ein Memorandum von dem Wohnungs- und Siedlungshygienischen Ausschuß der Freien Vereinigung Deutscher Hygieniker und Bakteriologen im Juni 1949 aufgestellt worden, das zusammen mit der von L i e s e verfaßten Begründung alle wichtigen Gesichtspunkte der Planung, des Baues und der Ausstattung berücksichtigt. Als Mindestwerte der Nutzwohnflächen werden für die Einraumwohnung für 1 Person 20 qm, für 2 Personen in zwei Räumen 17 qm/Kopf, für die 3-Zimmerwohnung 14 bis 15 qm/Kopf und für die Vier-Zimmerwohnung für fünf Personen 12,8 qm/Kopf gefordert. Neben dem Einfamilienhaus, das zur Ersparnis von Baustoff und Heizmaterial vornehmlich als Doppel- oder Reihenhausbau werden soll, sind auch bei Großbauten und Stockwerkwohnungen die gesundheitlichen Belange leicht zu wahren, wenn die Häuser als freie Baukörper ohne Hofbebauung erstellt werden und der Mietskasernencharakter vermieden wird.

Über **Arbeitshygiene** sind naturgemäß eine Unzahl von Veröffentlichungen erschienen. Zur Leistungssteigerung ist bei einmaliger Maximalleistung Pervitin geeignet und nicht abzulehnen; dagegen muß schärfstens gewarnt werden vor dem leider Mode gewordenen Gebrauch des Mittels durch Sportler oder dem Dauergebrauch bei geistiger Arbeit. Erbgutschädigungen durch Röntgenstrahlen können nach S c h u b e r t schon bei geringeren Strahlenmengen als den seither als Grenze angesehenen 100 r eintreten; die richtige Grenze soll vielmehr bei 30 bis 40 r liegen. Die heutigen Röntgeneinrichtungen gewähren bei richtiger Anwendung einen solchen Schutz; bei Röntgenreihenuntersuchungen mit den Schirmbildgeräten besteht durch Streustrahlen infolge der langdauernden Arbeitszeit eine Gefährdung des Bedienungspersonals, wenn es nicht zusätzlich geschützt wird. Welche von den zahlreichen Arbeiten über Schädigungen des menschlichen Körpers durch anorganische und organische Gifte im Rahmen dieser Übersicht wegen ihres allgemeinen Interesses erwähnt zu werden verdient, ist schwer zu entscheiden. Vielleicht ist praktisch am wichtigsten, daß, was heute noch vielfach geschieht, die Bleivergiftung nicht durch eine auch noch so große Zahl von basophil punktierten Erythrocyten allein diagnostiziert werden kann, daß vielmehr alle anderen Kardinalsymptome (Kolorit, Magen-Darmspasmus, Kopfschmerzen, Lähmungen, Porphyriausscheidung im Urin) vorhanden sein müssen. Bei bleigefährdeten Personen ist die laufende Hämoglobinwertbestimmung das geeignete Überwachungsmittel. Durch die 4. Berufskrankheitenverordnung vom 29. Januar 1943 ist die

Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten erweitert worden; dadurch sind Erkrankungen durch Halogenwasserstoffe auch der aromatischen Reihe, durch Salpetersäureester (Nitroglycerin u. ä.), durch Erschütterungen bei Arbeit mit Preßluftwerkzeugen und an Anklopfmaschinen, durch Arbeit in Druckluft, die schwere Asbestlungenerkrankung in Verbindung mit Lungenkrebs, Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminium und seine Verbindungen sowie bei Berylliumgewinnung und schließlich Zoonosen in bestimmten Fällen meldepflichtig geworden.

Abschließend soll noch über **Fortschritte auf dem Gebiet der Desinfektion, Sterilisation und Entwesung** berichtet werden. Ein wesentlicher Fortschritt ist bei der Dampfdesinfektion durch die Erkenntnis erreicht worden, daß die Durchblasung eines Dampf-Luftgemisches bessere Wirkung in wesentlich kürzerer Zeit ergibt als der luftfreie strömende Wasserdampf, was von der langen Zeit herrührt, die zur vollständigen Durchdringung des Desinfektionsgutes durch Dampf bei den alten Verfahren herrührt. Auch bei der Sterilisation ist dieses Prinzip nutzbringend in den neuen Dampfsterilisatoren der Firma Lautenschläger angewandt, mit denen je nach der Höhe des Überdrucks in 5 bis 10 Minuten Verbandstoffe in Trommeln keimfrei gemacht werden können. Der Luftgehalt kann durch Absaugen der Luft beim Vakuumverfahren verringert werden, wodurch noch geringere Betriebszeiten erzielt werden können. Bewegte Heißluft bei 100 bis 110° wird beim Vondran-Apparat, der durch zwangsweise Luftführung im T C P -Gerät verbessert ist, im allgemeinen zur Entwesung von Textilien verwendet. Aber auch Bakterien werden bei Einwirkungszeit von 90 Minuten von dieser Temperatur abgetötet, nicht jedoch Sporen. Die elektrisch betriebenen Heißluftsterilisatoren mit Umluft sind bei 15 minutenlanger Einwirkung von 200° zur Sterilisation von Glaswaren und Instrumenten mit Vorteil zu verwenden. Die seifenfreien chemischen Entseuchungsmittel haben ihren Zweck als Ersatzpräparate gut erfüllt, sie leisten aber nicht mehr als die seifenhaltigen Mittel. Die quarternären Ammoniumpräparate (Zephinol und Quartamon) konnten ihre anfangs vielversprechende Wirkung nicht halten, da sie in Gegenwart von Seifen sowie von organischen Stoffen viel von ihrer Wirkung einbüßen. Über die Wirkung von Alkohol als Desinfektionsmittel hat sich die praktische und theoretische Seite, die früher ziemlich entgegengesetzt waren, in ihren Ansichten genähert. Es wird jetzt die keimtötende Wirkung auch des wasserfreien Alkohols auf Grund von Versuchen anerkannt. Dies geht so weit, daß N e u f e l d, L o c k e m a n n und O. S c h ü t z den Alkohol sogar als bestes Händedesinfektionsmittel bezeichnen; auch Tuberkelbazillen werden an den Händen in dünner Schicht nach den Erfahrungen von H a i l e r und H e i c k e n von 80prozentigem Äthylalkohol in 2 bis 15 Minuten abgetötet. Trotzdem darf die Bedeutung wegen der starken Bindung des Alkohols an die Zellen, der Abschwächung der Desinfektionskraft und des hohen Preises nicht überschätzt werden, zumal da auch wesentlich billigere, ebenso wirksame Mittel für die Händedesinfektion zur Verfügung stehen. Die Formaldehydseifenlösungen haben sich in der früheren Form allgemein als ungenügend erwiesen, weshalb der Formaldehydgehalt aller solcher Desinfektionsmittel im Ergänzungsbuch des

Deutschen Arzneibuches von 5 auf 23 % heraufgesetzt wurde. Dadurch ist bedingt, daß solche Mittel nun wegen ihrer stark gerbenden Wirkung nicht mehr als Händedesinfektionsmittel Verwendung finden können. Für die Instrumentensterilisation kommt die Kombination von Auskochen mit chemischen Mitteln nicht in Betracht. Eine völlig einwandfreie Entkeimung von Instrumenten kann durch kein chemisches Desinfektionsmittel, sondern nur durch 20 minutenlanges Erhitzen auf 180° in Heißluft oder durch gespannten Dampf von 1 atü (= 120°) bei 30 Minuten, oder 2 atü (= 134°) bei 8 bis 10 Minuten langer Dauer erfolgen. Wenn eine Infektion von chirurgischen Instrumenten mit sporenbildenden Krankheitserregern und eine erhebliche Beschmutzung mit sporenbildenden Saprophyten vermieden wird, kann heute auch ein Auskochen von Instrumenten in Wasser mit Soda-zusatz nicht als Kunstfehler beurteilt werden. Die Aufbewahrung oder gar der Versuch der Desinfektion von Spritzen und Kanülen in Alkohol muß dagegen heute als Kunstfehler angesehen werden. Nach den zahlreichen Arbeiten u. a. von Kirschner, Zeißler und Knorr muß eine Spritzensterilisation durch gespannten Dampf von 120° oder Heißluft von 180° verlangt werden. Die Aufbewahrung der sterilisierten Spritzen und Kanülen muß trocken erfolgen, wozu einige geeignete Behälter im Handel sind. Vor allem ist darauf hinzuweisen, daß ausschlaggebend für den Erfolg eine absolute Reinheit der Spritzen und Kanülen, insbesondere von auch noch so kleinen Blutgerinnseln ist; es wird daher mehr als seither üblich auf die sofortige tadellose Reinigung nach Gebrauch und das Wegwerfen von gebrauchten Kanülen, in denen es zu einer Blutkoagulation gekommen ist, auch vom Arzt zu achten sein. Zur Desinfektion des Operationsfeldes sind bei dem Mangel an der früher allgemein verwendeten Jodtinktur zahlreiche Ersatzmittel, die meist auch in Form von alkoholischen Lösungen angepriesen sind, auf den Markt gekommen. Die meisten haben Vorzüge vor der Jodtinktur, so daß eine Rückkehr zur Jodtinktur nicht erforderlich ist. Kein Mittel vermag aber die Haut keimfrei zu machen. Zur Desinfektion der Luft in Krankenzimmern ist nach den Untersuchungen von Kliewe die Vernebelung gewöhnlicher Desinfektionsmittel nicht möglich. Die Entwicklung und Einführung geeigneter Lösungen (etwa Resorzin-Glyzerin-Alkohol) konnte in Deutschland wegen der ungenügenden Beschaffbarkeit der Stoffe nicht weitergetrieben werden. Ozonisieren und die Anwendung ultravioletter Strahlen haben in Deutschland praktisch keine Anwendung gefunden.

Für die Entwesung, bei der im Kriege die Läuse, Bettwanzen und Flöhe im Vordergrund standen, sind die bewährten physikalischen Verfahren durch das oben schon erwähnte TCP-Gerät und das Thermodes-Gerät erweitert worden. Bei beiden Geräten wird mit bewegter Heißluft gearbeitet. Durch die rasche Übermittlung der hohen Temperaturen an das Entwesungsgut kann beim TCP-Gerät mit einer Einwirkungszeit von 15 Min. und einer Temperatur von 80°, beim Thermodes-Gerät mit 90 Minuten und 90° ausgekommen werden. Beide Geräte gewährleisten bei sachgemäßer Bedienung eine weitgehende Schonung des Entwesungsgutes. Von den chemischen Methoden ist die Weiterentwicklung der Raumbegasung mit Blausäure, Tritox, Ventox und Areginal, alles hochgiftigen Gasen mit mehr oder weniger Warnwirkung für den Menschen, zu erwähnen. Auch mit der Anwendung von Insektenatengiften zur Imprägnierung von Textilien, dem Delicia-Läusepräparat, sind gute Wirkungen erzielt worden. Schließlich sind die schon 1872 von Baeyer in Straßburg dargestellten Kondensationsprodukte von Chloral mit Halogen-Kohlenwasserstoffen als Kontaktgifte für Insekten in Form der DDT-Präparate (Dichlor-diphenyltrichlormethylmethan) mit hervorragendem Erfolg angewendet worden; es handelt sich dabei um die von der Firma Geigy-Basel und mit deren Einvernehmen von der Schering AG in Deutschland hergestellten Präparate Gesarol, Gesapon und die Mittel Lauset und Gix der I. G. Farbenindustrie. Durch die eingehenden Untersuchungen von Reichmuth, Hase und Mayer ist die Wirksamkeit und die Anwendungsweise dieser Mittel geprüft worden, die als Nervengifte eine zuverlässige Spätodwirkung auf Läuse, Wanzen, Schaben, Fliegen, Anophelen und Phlebotomen haben. Es gelang auch, diese Mittel in Anstrichfarben und Imprägniermitteln für Textilien wirksam werden zu lassen. Auch das Aushungern von Läusen in 20 Tagen hat durch wissenschaftliche Bearbeitung seine Anerkennung z. B. bei der Aufbewahrung von Winterbekleidung gefunden.

In diesem kurzen Bericht hoffe ich einen groben Überblick über die neueren Erkenntnisse der allgemeinen und vorbeugenden Hygiene, wie er für den auf diesen Gebieten nur nebenbei beschäftigten Arzt erforderlich ist, gegeben zu haben. Ich bin mir bewußt, daß dabei Vieles zu kurz behandelt und Vieles übergangen werden mußte, stehe aber jedem Kollegen, der eingehendere Auskunft oder Literaturangaben wünscht, gerne zur Verfügung.

Die Behandlung der Gallenblasenerkrankungen mit Berücksichtigung der Trinkkur¹

Von Prof. Dr. Kurt Beckmann, Stuttgart

Wer in den Zeiten nach dem Zusammenbruch, also in den Jahren 1945—1948 mit ihrer nahezu absoluten Fettlosigkeit der Ernährung geglaubt hatte, daß die Zahl der Gallenblasen- und Gallenwegserkrankungen abnehme, weil ja doch einer der wesentlichsten und anerkannten

testen Reize auf die Gallenblasenmotilität wegfiel, sah sich bitter enttäuscht. Auch in der Klinik, die ja immer nur die schwereren und schwersten Erkrankungen zu sehen bekommt, stellten die Gallenwegserkrankungen in dieser Zeit ein erhebliches Kontingent dar, das uns immer wieder staunen ließ. Das hat auch jetzt noch nicht nachgelassen, obwohl dies bei der erhöhten Fettzufuhr

¹ Nach einem Vortrag auf der Balneologentagung in Nürtingen, Juni 1950.

seit der Währungsreform von dem oben genannten Gesichtspunkt aus gar nicht mehr so erstaunlich erscheint. Sehen wir doch auch sonst eine Reihe von Fettüberempfindlichkeitserscheinungen, die nicht die Gallenwege betreffen und unter dem Gesichtspunkt der langjährigen Fettentwöhnung und jetzt sich einstellender Fettempfindlichkeit verständlich sind. Aber diese Beobachtungen lassen uns doch einigermaßen daran zweifeln, daß dem Fett allein eine so entscheidende Bedeutung zukommt. Wenn wir daran denken, daß die psychischen und nervösen Belastungen der letztvergangenen Jahre nahezu in umgekehrtem Verhältnis zu der Möglichkeit standen, sich fettreich zu ernähren, so rückt das vegetative Nervensystem doch ganz erheblich in den Vordergrund.

Dem entspricht die Tatsache, die vor kurzem auch Schön d u b e hervorhob, daß wir zur Zeit sehr viele reine Dyskinesien der Gallenwege finden. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen ergibt die mit allen Feinheiten durchgeführte Durchuntersuchung weder einen Anhalt für Steine noch für Entzündung. Die Gallenblase ist bei Kontrastfüllung einwandfrei gefüllt, aber ihr Entleerungsmechanismus ist gestört. Vielfach sind dabei nicht nur die Gallenwege, sondern gleichzeitig auch Teile des Magendarmtraktes im Sinne spastischer Kontraktionsneigung gestört. Die auslösenden psychischen und nervösen Faktoren sind so mannigfaltig wie das Leben selbst: nicht nur tiefgreifende Kriegs- und Nachkriegserlebnisse, Enttäuschungen der verschiedensten Art, Überbelastungen beruflicher Art, speziell bei Frauen, die die Not der Zeit zur Mehranforderung an ihren Körper zwingt, sondern auch dem Unbeteiligten harmlos und übertrieben erscheinende nervöse Erregungen. Ich will auf die Einzelheiten nicht näher eingehen, sondern nur erwähnen, daß meist schon leichte psychische Suggestionen ausreichen, zu denen schon die Aufklärung gehört, daß nichts Schlimmes vorliegt, neben Mitteln, die das vegetative Nervensystem und speziell die Anteile, die die Abdominalorgane innervieren, beruhigend und ausgleichend beeinflussen, in erster Linie das A t r o p i n. Aber gerade bei solchen leichten Anfängen einer Gallenwegsstörung machen wir ausgiebig Gebrauch vom Nürtinger Heilwasser und können hier, worauf ich später noch näher eingehen möchte, schon schöne Erfolge erzielen.

Die Beachtung solcher zunächst rein nervös-vegetativ anmutender Regulationsstörungen mit spastischen Erscheinungen ist nun aber deshalb so wichtig, weil sie oft nur das erste Glied in der großen Kette der Cholezystopathie sind. v. B e r g m a n n hat ja unter diesem Begriff aus der klinischen Beobachtung heraus alle verschiedenen Krankheitsformen der Gallenwege, die Cholezystitis, die Cholelithiasis und die Dyskinesien, mit vollem Recht zusammengefaßt, da alle diese Einzelformen ineinander übergehen können. Vielfach ist gar nicht zu entscheiden, liegt hier nur eine Cholezystitis vor oder sind auch Steine vorhanden. Manche Operation bringt oft die Überraschung, daß doch Steine da sind, wo nur eine Entzündung vermutet wurde, aber auch umgekehrt, daß Steine fehlen, wo der klinische Befund sie wahrscheinlich zu machen schien. So ist es ja auch bekannt, daß die heftigste Gallenkolik keineswegs immer nur auf Gallensteine zu beziehen ist, sondern ebenso wie eine Stauungsgallenblase rein spastisch-dyskinetisch ohne Steine und ohne Entzündung verursacht sein kann. Auch

in therapeutischer Beziehung kann man sagen, daß die großen Richtlinien, von kleineren Einzelheiten abgesehen, für alle verschiedenen Formen der Cholezystopathie gelten und daher zusammenfassend besprochen werden können.

Wir müssen therapeutisch unterscheiden zwischen der Behandlung der akuten Zustände und der der chronischen Erkrankungsformen. Je nachdem werden wir ganz verschieden vorgehen haben und die Auswahl unter dens uns zur Verfügung stehenden Mitteln nach der Art zu treffen gezwungen sein, wie sie pharmakologisch sich auf die Gallenwege auswirken.

Beim akuten Zustand, also bei der akuten Gallenkolik, welche Ursache sie auch haben möge, muß unser erstes Bestreben sein, Ruhe zu schaffen und alles zu vermeiden, was den Reizzustand noch verstärken könnte. Auf Grund langjähriger Erfahrung bin ich der Ansicht, daß es besser ist, in einem solchen Falle möglichst frühzeitig den Anfall mit einer kräftigen Spritze Morphium-Atropin zu kupieren, als ihn unter Versuchen mit zahlreichen leichteren Schmerzmitteln lange hinziehen zu lassen. Auch Suppositorien mit Pantopon, Eucodal oder anderen Morphinpräparaten reichen auf die Dauer meist nicht aus, ziehen nur den Schmerzzustand hin und machen nach Stunden doch die Injektion erforderlich. Ebenso reichen bei schweren Koliken nach meiner Erfahrung auch intravenöse Injektionen von Novalgin, Dolantin, Polamidon oder ähnlichen Ersatzmitteln nicht aus. Bei aller sonst gebotenen Vorsicht in der Anwendung von Morphium — hier ist seine Wirkung unersetzlich. Natürlich so sparsam wie möglich und nicht länger und öfter, als unbedingt erforderlich. Frauen vertragen bekanntlich Pantopon oder Dilaudid besser als Morphin selbst. Wesentlich ist aber die Kombination mit Atropin wegen seiner antispastischen Wirkung. Ich fand es oft zweckmäßig, Atropin noch neben den handelsüblichen Morphin-Atropin-Mischungen zu verstärken und auf alle Fälle auch in ausreichenden Dosen von 2—3mal täglich $\frac{1}{2}$ mg in den ersten Tagen nach dem Anfall weiterzugeben und eventuell sogar auf eine Dauerdosierung in der folgenden Zeit überzugehen. Das Atropin verhindert nach eingehenden Untersuchungen von Schön d u b e zudem, daß durch Morphin ein Spasmus im Choledochusgebiet zustandekommt. Daß neben diesem medikamentösen Vorgehen Bettruhe und die altbewährten kräftigen Wärmeapplikationen auf die Gallenblasengegend, am besten in Form von immer wieder erneuerten heißen Wickeln wesentlich sind, brauche ich nicht besonders zu erwähnen. Der Patient ist meist selbst so vernünftig, wenig zu sich zu nehmen; das Trinken heißer Flüssigkeit, wie es oft empfohlen wird, scheint mir nicht erforderlich.

Jede weitere Polypragmasie ist in diesem akuten Stadium vom Übel. Wir dürfen nur beruhigen, aber nicht reizen. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Erkrankung eines Organs im Abdomen reflektorisch auch die übrigen Abdominalorgane in Mitleidenschaft zieht, und es ist weiterhin bekannt, daß gerade die Gallenwegserkrankungen stets auch mit Beteiligung des übrigen Magendarmkanals einhergehen. Häufig genug äußern sich ja Gallenerkrankungen lange Zeit mit Magen- oder Darmbeschwerden und werden fälschlicherweise als solche behandelt. Auch die Wechselbeziehungen zwischen Colon und Gallenwegen in Form von Obstipation und Blähungsbeschwerden sind durchaus geläufig. Lei-

der ist es daher auch nicht selten so, daß diese leidigen Mitterscheinungen zum Eingreifen drängen und daß nun zu mehr oder weniger drastischen Abführmitteln gegriffen wird. Abführmittel aber, die einigermaßen wirksam sind, haben meist gleichzeitig auch eine cholekinetische Wirkung, d. h. sie treiben die Gallenwegperistaltik an, sie wirken reizend. Das gilt besonders von dem beliebten Karlsbader Salz, noch mehr von Bittersalzen oder Bitterwassern, die Magnesiumsulfat enthalten. Wenn auch das Glaubersalz eine mildere Wirkung besitzt als diese, so ist selbst der leiseste Reiz in diesem akuten Stadium wie auch in der direkt darauf folgenden Zeit fehl am Platze. Ich glaube daher, daß man auch dem Ansehen der Nürtinger Heinrichsquelle keinen Dienst erweist, wenn man sie schon in diesem Stadium verwendet.

Geht die akute Gallenkolik mit hohem Fieber oder gar mit Schüttelfrost einher, findet sich eine beträchtliche Leukozytose und ergibt die Palpation eine vermehrte Abwehrspannung in der Gallenblasengegend, kurz, sind Anzeichen einer akuten Cholezystitis vorhanden, die in Hydrops oder Empyem überzugehen droht, so war ja bis vor kurzem mit einem chirurgischen Eingriff nicht viel Zeit zu verlieren. Neuerdings haben wir aber mit den Sufonamiden und dem Penicillin, am besten in Kombination, so vorzügliche Mittel an der Hand, um auch schwere bedrohliche akute Gallenzustände in kurzer Zeit über die kritische Zeit hinüberzuzureiten. Natürlich wird man in solchen Fällen immer noch gewissermaßen Gewehr bei Fuß stehen müssen, aber ich habe doch in den letzten beiden Jahren gerade bei älteren Menschen oft erstaunliche Erfolge mit der neuen antibiotischen Therapie gesehen und konnte Fälle zur Heilung bringen, die früher nie ohne operativen Eingriff ausgekommen wären. Natürlich wird man sich nach jedem solchen Ereignis überlegen müssen, ob man einen solchen Fall nicht doch in der anfallsfreien Zeit, aber nun unter besseren Bedingungen, operieren lassen muß, um unvermeidliche Rückfälle zu verhüten.

Nicht immer gehen akute Gallenwegserkrankungen nun aber mit den Erscheinungen der großen Gallenkolik einher, die wir bis jetzt besprochen haben. Es gibt viel häufiger die Fälle, die dann viel schwieriger zu diagnostizieren sind, die meist unbestimmte Oberbauchbeschwerden haben, über den Magen, über Obstipation, Blähungsneigung und die verschiedenartigsten anderen abdominalen Beschwerden zu klagen haben. Dazwischen können allerdings stärkere, wenn auch nicht kolikartige Beschwerden in der Leber- oder Gallengegend eingestreut sein, die häufig auf Nahrungsreize, vor allem Fette, Öl, Eier vermehrt auftreten.

Auch Cholezystitiden können unvermittelt in Erscheinung treten und ohne Koliken zu machen, mit solchen unbestimmten Oberbauchbeschwerden einhergehen. Die Unterscheidung zwischen noch akuten und schon chronischen Erkrankungen kann oft Schwierigkeiten machen und nur durch die anamnestischen Angaben einer relativ kurzen Dauer entweder des Auftretens oder des Wiederauftretens der Beschwerden wahrscheinlich gemacht werden. Auch bei diesen subakuten Schmerzzuständen kann es zweckmäßig sein, zunächst von einer aktiveren Therapie Abstand zu nehmen und zum mindesten eine beruhigende Therapieperiode vorauszuschicken. Hier wird man kein Mor-

phin und überhaupt keine stärkeren Narkotika brauchen. Meist reicht eine kräftige Atropinisierung aus. Oft genügen 2mal $\frac{1}{2}$ mg Atropin. sulfur. eventuell mit Luminal in kleinen Dosen kombiniert, um Schmerzfreiheit neben Wärmeanwendung zu erreichen. Für gelegentliche Exazerbationen sind Belladonna-Suppos., Papavydrin, Eupaco oder ähnliche antispastisch wirkende Zäpfchen angezeigt. Neuerdings werden auch die Nitrite empfohlen, also ähnlich wie bei Angina pectoris, Nitroglyzerin oder Nitrotablettchen Schering. Wichtig ist, daß die Atropinisierung genügend lange Zeit durchgeführt wird, eventuell sogar monatelang. Daß die Diät des Gallenkranken die physiologischen Reizmittel der Fette und der Eier vermeiden muß, aber daneben auch leicht und nicht blähend sein darf, sei nur nebenbei bemerkt. Sobald nun in solchen Fällen der akute Reizzustand abgeklungen ist, können wir mit unserer Therapie aktiver werden und zu den Maßnahmen übergehen, die später bei den chronischen Zuständen besprochen werden. Zu diesen rechne ich auch die Anwendung der Mineralwasser, speziell der glaubersalzhaltigen. Dabei ist es keineswegs erforderlich, daß die entzündlichen Erscheinungen abgeklungen sein müssen, es handelt sich nur darum, daß die akuten Reizzustände beseitigt sind. Nonnenbruch und Mahler haben vor Jahren an Gallefistelträgern genaue Untersuchungen über die Wirkung des Karlsbader Wassers durchgeführt und dabei festgestellt, daß damit eine entzündungswidrige Wirkung ausgeübt wird, daß die Schleimbildung nachläßt und die Galle immer weiter an organischen Substanzen abnimmt, die aus den Entzündungsherden stammen, daß also eine direkte Reinigung der Galle mit Heilungswirkung eintritt. Wir werden bei der Zusammensetzung der Nürtinger Heinrichsquelle nicht fehlgehen, wenn wir ihre Wirkung auch in dieser Richtung mit dem Karlsbader Mühlbrunn in Parallele setzen, wengleich wir über direkte Untersuchungen derselben Art wie Nonnenbruch und Mahler nicht verfügen. Ich kann aber auf Grund einer nunmehr vielfältigen klinischen Beobachtung, wie auch einer Reihe von ambulanten Fällen sagen, daß ich vom Nürtinger Wasser bei Anwendung unter den eben genannten Kautelen nie eine Reizwirkung mit Verstärkung der Beschwerden, wohl aber häufig eine deutliche subjektive wie objektive Besserung beobachtet habe. Dabei macht sich sicher auch die günstige beruhigende Wirkung auf Magen und Darm, speziell die milde laxierende Wirkung geltend. Ich muß offen gestehen, daß ich manchmal erstaunt war über die Wendung des Krankheitsbildes, wenn die Patienten nach wenigen Wochen wieder zur Kontrolle in der Sprechstunde erschienen. Wir wollen allerdings auch hier schon nicht vergessen, daß auch ein Mineralwasser so wenig wie ein einzelnes Arzneimittel ein Allheilmittel ist. Jedes wirklich gute therapeutische Mittel hat auch seine Versager. Und so gibt es auch Fälle, bei denen wir zu einem anderen Vorgehen gezwungen sind.

Kommen wir nun zu den chronischen Zuständen der Gallenerkrankungen, so tritt hier das Moment der Ruhigstellung weitgehend in den Hintergrund, wengleich wir natürlich exzessive Reize, die wieder einen akuten Zustand hervorrufen können, unbedingt vermeiden müssen. Der Gallensteinanfall nach einem opulenten Festessen ist ja ein eindringliches Beispiel in dieser Richtung. Sicher dürfen aber auch hier neben

alimentären Reizen psychische Erregungen nicht übersehen werden. Wir werden also schon einer gewissen Schonungstherapie das Wort reden dürfen. Daneben tritt aber jetzt eine zweite Form der Therapie, die auf eine Anregung der Gallenabsonderung aus der Leber wie einer Entleerung der Gallenblase gerichtet ist. Wir unterscheiden zwischen einer choloretischen und einer cholekinetischen Wirkung, wobei die erstere die schonendere ist, da sie lediglich eine Vermehrung der Gallenabsonderung bewirken soll, aber keine antreibende Wirkung auf die glatte Muskulatur der Gallenwege, speziell der Gallenblase ausübt. Wir müssen uns auch hier immer klar darüber sein, ob eine solche Reiztherapie überhaupt angebracht ist. Bei Narbenprozessen, bei Schrumpfbilase oder gar bei Stein- oder Tumorschluß ist ihre Anwendung nicht nur zwecklos, sondern auch vielfach ebenso gefährlich wie bei akuten entzündlichen Zuständen oder Rezidiven.

Choloretisch wirken außer der Galle selbst, die man in Form des *Fel tauri* in Dosen von 0,1—0,4 g geben kann, die gallensauren Salze. Sie sind in einer Reihe von Präparaten wie Decholin, Degalol, Felamin, Bilival u. a. enthalten. Decholin ist zweifellos ein sehr brauchbares und erprobtes Choloreticum.

Bei dieser Gelegenheit sei auf die Bedeutung der tageszeitlichen Dosierung hingewiesen, die oft nicht genügend bekannt ist. Der physiologische Tagesrhythmus der Gallenabsonderung zeigt ein Maximum in den Morgen- bis Mittagstunden und ein Absinken in den Abendstunden zur Nacht hin. Auch unter krankhaften Bedingungen können wir mit unseren Mitteln keine Umkehr dieses Rhythmus erzwingen, sondern nur den normalen Rhythmus wieder in Gang setzen. Es ist deshalb, wie *Jores* betonte, eine gedankenlose Verordnung 3 mal täglich sinnlos. Wir werden am Abend nichts mit choloretischen Mitteln erreichen, sondern besser die Dosierung morgens und mittags verstärken.

Choloretisch wirkt auch der Rettichsaft, aber nur der des schwarzen Rettichs. Der Rettich selbst hat aber den bekannten Nachteil, daß es sich um ein enorm zellulosehaltiges Nahrungsmittel handelt, das so stark zur Gasbildung im Darm Veranlassung gibt, daß daneben die choloretische Wirkung weitgehend verläßt. Wie *A. H. Müller* an meiner Klinik schon früher festgestellt hat, ist die choloretische Wirkung des schwarzen Rettichsafts deutlich schwächer als die von gallensauren Salzen. In Tablettenform ist das *Raphabil* zu nennen. Das in den *Curcuma*-Arten wirksame Prinzip ist in dem *Synthobilin* synthetisch rein dargestellt. Es ist wohl eines der besten Mittel, das wir in dieser Richtung haben, jedenfalls ist seine galletreibende Wirkung so gut, daß es oft ausreicht, morgens und mittags nur $\frac{1}{2}$ Tablette zu geben. Auf eine ganze Reihe sonstiger pflanzlicher Mittel will ich nicht eingehen, sie stehen pharmakologisch meist weit in der Wirkung gegenüber den bisher genannten zurück.

Ein viel beliebtes Mittel ist das Chologen, das wohl hauptsächlich durch seinen Namen betört. Im Grunde ist es nichts anderes als ein Abführmittel, durch seinen Gehalt an Kalomel und Podophyllin mit einer leichten cholekinetischen Nebenwirkung. Ein Teil der schon genannten choloretischen Mittel hat auch eine sekundäre cholekinetische Wirkung, wie zum Beispiel nach den Untersuchungen von *Kalk* das *Synthobilin*. Oft wollen wir ja gerade eine stärkere Erregung der Gallenwegsmuskulatur vermeiden und dürfen dann jedenfalls nicht zu hoch dosieren. Cholekinetisch wirken neben Fetten,

Olen, Eiern und Pepton vor allem die Bitter- und Glaubersalze in hochprozentiger Lösung.

Wir dürfen also beide Salze nicht in zu hoher Dosierung anwenden, wenn wir keine zu kräftige cholagoge Wirkung beabsichtigen. Auf keinen Fall sollten sie so stark angewandt werden, daß dabei mehr oder weniger starke Durchfälle auftreten. Wir werden also auch bei den natürlichen Mineralwässern eine um so günstigere Wirkung erzielen, je milder sie wirken. Ich glaube, daß die klinischen Beobachtungen in ihrer Übersicht über die Gesamtwirkung wichtiger sind als alle theoretischen Überlegungen auf diesem Gebiete. Ich habe ja selbst auf dem Gebiete des Mineralstoffwechsels experimentell gearbeitet und kann deshalb mitreden. Was wir im Experiment erfassen können über die Eigenschaften eines natürlichen Heilwassers, ist immer nur ein kleiner Teilausschnitt. So wertvoll die Feststellung im einzelnen auch sein mag, wir werden damit nie das geheimnisvolle Ganze ergründen, das man unter dem Begriff des Quellgeistes zusammenfaßt. Auch wenn wir die Salzzusammensetzung im einzelnen nachahmen, es ist nicht dasselbe. Wir sehen es ja an den künstlichen Mineralsalzen. Es kommen zu der Mineralzusammensetzung noch eine Unsumme von Einzelfaktoren hinzu, wie die Temperatur, der Ionisationsgrad, der natürliche Gasgehalt, in manchen Fällen auch die Radioaktivität und andere, so daß wir im ganzen eine Kombinationswirkung vor uns haben, die wir nur im ganzen, aber nicht in ihren Einzelheiten übersehen, aber nicht berechnen können. So war es auch für uns nicht vorauszusehen, wie sich die neue Nürtinger Quelle bei den verschiedensten Krankheitszuständen bewähren würde, obwohl die rein chemische Zusammensetzung ja durchaus zu ihren Gunsten sprach. Ich muß gestehen, daß ich zunächst etwas enttäuscht war von der nur milden laxierenden Eigenschaft, da ich bei ihrer Ähnlichkeit mit dem Karlsbader Mühlbrunn oder ähnlichen Glaubersalzquellen eine stärkere Wirkung erwartet hatte. Allmählich zeigte sich jedoch, daß dies gerade ein Vorteil ist. Eine unangenehme und zu vermeidende Durchfallneigung sahen wir nie auftreten und damit läßt sich sagen, daß die Nürtinger Heinrichsquelle durchaus den therapeutischen Forderungen entspricht, die ich oben aufgestellt habe. Bei sehr hartnäckiger Obstipation reicht ihre Wirkung allerdings gelegentlich als Laxans auch bei hoher Dosierung nicht aus. Wir waren dann gezwungen, eine magnesiumsulfathaltige Quelle oder ein anderes Laxans zu geben. Besonders hervorheben möchte ich die günstige Wirkung auf Blähungsneigung und Meteorismus. Ich kenne eine ganze Reihe von Kranken, bei denen es trotz guter Diät-einstellung und Atropinisierung erst nach Zugabe von Nürtinger Wasser gelang, gleichzeitig mit der Stuhlregelung die lästige Blähungsneigung zu beseitigen. Neben der direkten Anregung der Gallensekretion und des Gallenabflusses ist bestimmt diese sekundäre günstige Beeinflussung des übrigen Magendarmkanals mit eine ausschlaggebende Komponente. Ich stimme hier mit einer Reihe weiterer klinischer Prüfer der Wirkung der Heinrichsquelle, wie *Siebeck* und *Kämmerer* überein, die ebenfalls die günstige Wirkung bei chronischen Gallenwegserkrankungen hervorheben. Ebenso wie *Kämmerer* habe ich nie, auch bei monatelangem Gebrauch, Unverträglichkeitserscheinungen oder Abneigung der Patienten gegen das Wasser beobachtet.

Die Wirkung der Mineralwasser auf die Gallenwege kann auch noch unter einem anderen Gesichtspunkt betrachtet werden, nämlich dem von der Leber her. Es gibt ja eine Reihe von Forschern und Klinikern, die die Ursache zum Beispiel der Gallensteine in einer Dyscholie, d. h. einer pathologischen Zusammensetzung der Galle sieht und diese wenigstens zum Teil auf eine Störung der Abgabe aus den Leberzellen bezieht. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei dem Cholesterin, aber auch den Mineralstoffen, speziell dem Calcium zu. Die Akten darüber sind noch nicht geschlossen und Meinung steht oft gegen Meinung. Hier sind aber wesentlich neue Gesichtspunkte in der letzten Zeit auf Grund der direkten Beschau in vivo durch Laparoskopie gewonnen worden. Kalk hat festgestellt, daß bei der akuten Hepatitis die Gallenblase zunächst leer ist und als schlaffes Gebilde an der Leber hängt, in den späteren Stadien aber dann groß und ungewöhnlich überdehnt, wie eine Stauungsgallenblase gefunden wird. Es kommt zu einer Stagnation der Galle, die sowohl den Ausgangspunkt für entzündliche Gallenblasenerkrankungen wie für Steinbildung darstellen kann. Stockinger hat auf die Häufigkeit von Cholezystopathien nach Hepatitis epidemica eindringlich hingewiesen, und auch ich verfüge über eine Reihe von Beobachtungen, sowohl aus der Kriegszeit wie meiner klinischen Beobachtung der letzten Jahre, die keinen Zweifel daran lassen, daß einer der Folgezustände einer Hepatitis eine Cholangitis oder Cholezystitis ist, die leicht in ein chronisches Stadium übergeht. Ob dabei nun die durch die Leberzellschädigung aufgetretene fehlerhafte Zusammensetzung der Lebergalle schuld ist oder ob reflektorisch dyskinetische Störungen an den Gallenwegen auftreten, die sekundär zu einer verminderten Resistenz gegenüber Bakterien führen und dadurch die Infektion begünstigen, ist nicht zu sagen. Aber an der Tatsache als solcher können wir nicht vorübergehen. Es ist nun die Frage, wieweit wir in solchen Fällen mit einer Mineralwasser-Trinkkur therapeutisch Erfolge erzielen oder gar Prophylaxe treiben können.

Hier möchte ich nun der Mineralwassertherapie einen gewissen Halt geben. Ich habe schon 1931 in meinem Vortrage in Karlsbad darauf hingewiesen, daß für die kranke Leber ein Überangebot an Mineralstoffen, Ionen und Wasser nicht gleichgültig ist. Meine eingehenden experimentellen Untersuchungen über den Mineralhaushalt der Leber haben mich darüber belehrt, daß die Leber in ihrer grundlegenden Funktion der Regulierung des Mineralhaushalts des Körpers aufs schwerste gestört ist, solange das Leberparenchym diffus geschädigt ist, wie dies zum mindesten bei der akuten Hepatitis der Fall ist. Solange also der Prozeß akut ist, können wir mit Zufuhr von Mineralstoffen nicht nur die Leber selbst, sondern auch den Körper schädigen. Bekanntlich ist im akuten Stadium der Hepatitis auch der Wasserhaushalt aufs stärkste in Mitleidenschaft gezogen. Wir benützen sogar das Wasserausscheidungsvermögen des Körpers im Volhardschen Versuch als Leberfunktionsprüfung. Die Besserung des hepatitischen Zustands zeigt sich in dem Auftreten einer vermehrten Diurese bis zur Harnflut. Erst wenn dieses Stadium erreicht ist, die Ausscheidung wieder in Gang gekommen und damit die Leberzelle sichtbar wieder in Reparation begriffen ist, kann eine Mineralstoffzufuhr in Frage kommen und regulierend auf die Ausscheidung des Lebersekrets auf

dem Gallenwege einwirken. Im akuten Stadium möchte ich dringend davor warnen, mineralhaltige Heilwasser zu geben, ebenso aber auch nicht das oft gedankenlos verordnete Karlsbader Salz. Wenn man in diesem Stadium abführend wirken will, dann sind hier die pflanzlichen Abführmittel diejenigen der Wahl.

Ich habe einer Reihe von Hepatitisfällen im abklingenden Stadium die Nürtinger Heinrichsquelle verordnet, von demselben Gesichtspunkt ausgehend, der uns sonst veranlassen kann, andere Choleretika wie zum Beispiel Decholin zu geben, nämlich dem der Verstärkung der schon einsetzenden Gallenabscheidung und der Entfernung von krankhaften Abbauprodukten. Ich kann nicht sagen, daß ich damit das Auftreten von Gallenblasenerkrankungen vermieden habe, auch nicht, daß dadurch eine raschere Rekonvaleszenz erreicht wurde, wie es Kämmerer meint. Aber ich stimme mit ihm sonst in der günstigen Allgemeinwirkung überein, ohne sie im einzelnen spezifizieren zu können. Jedenfalls wird man im Hinblick auf die Kalkschen Anschauungen durchaus eine Nachkur für zweckmäßig ansehen dürfen.

Ein besonderes und schwieriges Kapitel sind bakterielle Infektionen der Gallenwege im Sinne der Cholezystitis und Cholangitis, auf die ich noch speziell eingehen möchte. Die Dinge liegen ja hier ähnlich wie den Cystopyelitiden, bei denen auch die Abtötung der krankmachenden Bakterien eine *Crux medicorum* darstellt und sich oft genug durch immer wiederkehrende Recidive die ungenügende Wirksamkeit der vorausgegangenen Therapie erweist. Bei den Gallenwegserkrankungen liegt es insofern noch schwieriger, als eine Reihe von bakterienschädigenden Mitteln nicht in der ausreichenden Konzentration durch die Galle ausgeschieden werden. Glücklicherweise ist dies bei den Sulfonamiden der Fall, und wir können eine Reihe von Keimen auch in den Gallenwegen durch Sulfonamide fassen. Die anfängliche Befürchtung, daß Sulfonamide vor allem bei Cholangitiden mit Beteiligung des Leberparenchyms schädigend auf die Leber einwirken, können wir auf Grund langjähriger Erfahrung nunmehr fallen lassen. Im Gegenteil, wenn es uns gelingt, den Infekt durch Abtötung der Keime zum Erliegen zu bringen, dann erholt sich meist das Leberparenchym rasch wieder, und der Kranke wird gesund. Auch Penicillin reichert sich genügend in den Gallenwegen an, um wirksam zu werden, leider aber nicht das Streptomycin, und vom Aureomycin sind noch keine entsprechenden Untersuchungen bekannt. Die modernen Chemotherapeutica und Antibiotica können aber nun nicht wahllos angewandt werden, ihre Wirksamkeit hängt ganz von der spezifischen Wirksamkeit auf den vorliegenden ursächlichen Erreger ab. Frank hat an meiner Klinik eingehende Untersuchungen darüber angestellt, welche der verschiedenen Stoffe bei bestimmten Erregern am wirksamsten sind. In Modellversuchen mit nachgeahmtem Duodenalmilieu, wobei die bei Duodenalsondierungen am Gallenkranken gefundenen Erreger verwendet wurden, fand er bei den Sulfonamiden eine größere Wirkungsbreite als mit Penicillin. Penicillin war wirksam bei vergrünenden, hämolytischen und anhämolysierenden Streptokokken, kaum bei anderen Keimen. Unter den Sulfonamiden wirkten Supronal und Eleudron auf vergrünende Streptokokken, Eleudron auf andere Streptokokkenarten. Eleudron und Supronal

konnten aber auch das Wachstum von Enterokokken, Proteuskeimen und auch von Bakterien der Coligruppe beeinflussen, auf die Penicillin sich als unwirksam erwies. Wichtiger sind nun die klinischen Beobachtungen, die Frank an einem Material von über 250 Gallenwegserkrankungen erhob. Dabei ergab sich bei Vorliegen von Colibazillen als Erreger die beste Wirkung mit Eleudron und Supronal, bei anhämolysierenden Streptokokken eine sehr gute Penicillin-, aber auch eine gute Eleudron- und Badionalwirkung. Vergrünende Streptokokken wurden sowohl von Supronal wie von Penicillin sehr gut beeinflusst, Enterokokken durch Supronal, aber auch Badional. Auch hier wieder zeigte sich die viel breitere Wirksamkeit der Sulfonamide. Wir haben in einigen Fällen auch Streptomycin, wenn auch mit wenig Erfolg, versucht, in einzelnen Fällen von Coli-Cholangitis schien uns Aureomycin recht wirksam zu sein. Wir dürfen aber über all den Bakterienbefunden nicht vergessen, daß wie bei den Harnwegen bakteriologische Heilung noch nicht mit klinischer Heilung gleichbedeutend ist. Auch unter den Fällen Franks sind nicht wenige, deren Gallenwege zwar keine Erreger mehr aufweisen, die aber immer noch gallenkrank waren. Und umgekehrt waren eine Reihe von Fällen klinisch geheilt, d. h. zeigten keine Entzündungserscheinungen mehr, hatten aber noch Bakterien in ihrer Galle. Es bestand also lediglich noch eine Bakteriocholie. Wenn auch diese immer den Keim für neue Rezidive in sich trägt und es nie sicher ist, daß die krankmachenden Keime nun zu harmlosen Saprophyten wurden, so ist doch die klinische Heilung, zum mindesten für den Moment, ausschlaggebender, als die bakteriologische. Wir können also die keimabtötende oder desinfizierende Therapie der Gallenwegserkrankungen nur als einen Teil der Gesamttherapie, wenn auch keinen unwesentlichen ansehen.

Unter den für die klinische Heilung bedeutsamen Therapieformen kommen diejenigen in Betracht, die direkt entzündungswidrig wirken wie auch eine vermehrte Gallenausscheidung hervorrufen. Klinisch sehen

wir die besten Wirkungen noch immer vom alten Urotropin, am besten in Form des Tropfeinlaufs, sonst in Form von Cytotropininjektionen. Unter den Fällen Franks sind einige, bei denen nur unter Urotropinwirkung auch Bakterienfreiheit der Gallenwege erreicht werden konnte. Die desinfizierende Wirkung des Urotropins, die ja nur im sauren Medium eintritt, kann in der Galle sicher nicht so erheblich zur Geltung kommen wie in den Harnwegen, da in der Galle nie so erhebliche Säuerung zu erreichen ist. Wir müssen also viel eher eine Allgemeinwirkung auf die entzündeten Gewebe annehmen. Auch bei dem durch v. Bergmann und seine Schule empfohlenen Choleval ist ja eine solche Allgemeinwirkung im Sinne einer Umstimmungstherapie mehr wahrscheinlich. Unter diese Gruppe der entzündungswidrigen Allgemeintherapie dürfen wir mit Sicherheit auch die Trinkkuren mit natürlichen Heilwassern rechnen. Ich habe eingangs ja schon auf die Feststellungen von Nonnenbruch und Mahler hingewiesen, die beweisen, daß durch Glaubersalz-wasser neben der vermehrten Gallensekretion auch ein direkter Einfluß auf die entzündete Schleimhaut ausgeübt wird. Wir haben in zahlreichen Fällen auch die Nürtinger Heinrichsquelle an meiner Klinik in dieser Richtung eingesetzt und den Eindruck gewonnen, damit ein gutes Unterstützungsmittel für die Gesamttherapie entzündlicher Gallenwegserkrankungen an der Hand zu haben.

Wenn ich nun noch kurz das Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Chirurgie streife, so sollte man gerade auf diesem Gebiet die konservative Therapie nicht zu weit treiben und lieber bei immer wieder rezidivierenden Prozessen, vor allem dann, wenn Steine und Entzündung kombiniert sind, rechtzeitig den Kranken dem Chirurgen übergeben, ehe irreparable Leberschädigungen eingetreten sind. Wie auf jedem Krankheitsgebiet ist aber auch auf dem der Gallenwegserkrankungen die rechtzeitige und eingehende Therapie möglichst in den Frühstadien ausschlaggebend und kann spätere schwere Folgen verhüten.

Der Froschtest als Schwangerschafts-Schnellnachweis

Von Dr. rer. nat. Dr. med. K. Edam, Göttingen

Hier an dieser Stelle möchte ich einige aktuelle Fragen zu obigem Thema erörtern, die in der Hauptsache den praktizierenden Arzt interessieren.

Nachdem die ersten erfolgreichen Versuche mit dem Krötentest von Galli Mainini 1947 bekannt waren, hat inzwischen eine Vielzahl von Autoren die Brauchbarkeit dieser Schwangerschaftsreaktion bestätigt. Der Test wird von verschiedenen Autoren an verschiedenen Amphibien mit Serum oder Nativharn oder vorbehandeltem, entgiftetem Harn ausgeführt. Der grüne Teichfrosch *Rana esculenta* tritt in diesem Zusammenhang immer mehr in den Vordergrund. Ich selbst habe mit diesem Versuchstier ebenfalls die besten und umfangreichsten Erfahrungen sammeln können.

In großen Zügen besteht die Reaktion darin, daß dem männlichen Frosch eine ganz bestimmte Menge Serum oder Harn in den dorsalen Lymphsack gespritzt wird. Stammt das Material von einer Gravida, dann findet man etwa 1—2 Stunden nach der Injektion reichlich

Spermien im Harn des Frosches. Um sichere Ergebnisse zu erhalten, galt es, eine untere und obere Grenze der zu verwendenden Harnmenge festzulegen. Für den Teichfrosch mittleren Gewichtes fand ich 2,5 bis 5,0 ccm. Die untere Grenze von 2,5 ccm Schwangerenharn ist die mehrfache Menge, die bei normaler Gravidität nötig ist, um beim Frosch mit Sicherheit eine Spermatorrhoe auszulösen. Andererseits scheidet die reife Frau physiologischerweise während des ganzen Cyclus mehr oder weniger Prolan aus, so daß man falsche positive Ergebnisse bekommen kann, wenn man größere Harnmengen verarbeitet. Die nach meinen Ermittlungen geringste Harnmenge von Nichtschwangeren, die genügt, um einen positiven Test zu erzielen, lag bei 7,5 ccm. Für meine Schwangerschafts-Reaktionen habe ich daher eine obere Grenze von 5 ccm Harn festgesetzt. Damit sind nach oben und nach unten die nötigen Sicherheitsgrenzen gezogen.

Während die Reaktionen in den Sommermonaten 45—60 Minuten dauern, macht sich in der kalten Jahreszeit eine gewisse Wintermüdigkeit der Tiere bemerkbar in einer Verzögerung von 15—30 Minuten. Aber zu jeder Jahreszeit können Verzögerungen bis zu mehreren Stunden eintreten und meistens fällt dann auch gleichzeitig die Spermatorrhoe spärlicher aus. Diese Tatsache kann darauf hindeuten, daß eine Störung der Gravidität vorliegt, und es empfiehlt sich, in solchen Fällen Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen. Man kann auf diese Weise unter Umständen schon frühzeitig eine Fehlentwicklung des befruchteten Eies verfolgen.

Die positiven Testergebnisse gelten allgemein als 100%ig, während für die negativen Resultate eine Fehlerbreite von 0—3% von den verschiedenen Autoren angegeben wird. Man kann diese Fehlerbreite weitgehendst ausschalten, wenn man die folgenden Fehlermöglichkeiten berücksichtigt:

1. Der zu prüfende Harn ist bereits zersetzt; oder das Uringefäß enthielt eine störende Substanz (ungereinigte Arzneiflasche usw.); oder die Patientin hat störende Arzneimittel eingenommen.
2. Es liegt ein nach reichlicher Flüssigkeitszufuhr oder kein Früh-Harn vor.
3. Es kam ein Froschweibchen statt Männchen in den Versuch.
4. Unreife Frösche.
5. Die „Impotenz“ von an sich geschlechtsreifen Tieren.
6. Verletzte oder durch Ulcera perforierte Rückenhaut der Frösche.
7. Ein „unbekannter Faktor“.

Daß es „impotente“ Frösche gibt, fiel mir bei meinen ersten Versuchen auf. Aus diesem Grunde führte ich eine sogenannte „Gegenprobe“ ein, die bei mir in sämtlichen negativen Reaktionsausfällen durchgeführt wird, um die Resultate unbedingt zu sichern. Es gibt aber trotzdem negative Resultate bei sicher bestehender Gravidität. In solchen Fällen gibt es — saubere Arbeitsweise und Ausschaltung der anderen Fehlermöglichkeiten vorausgesetzt — eigentlich nur zwei Möglichkeiten:

1. Die Probandin hat sich irgendwelche Arzneimittel einverleibt, die im Blute kreisen, mit dem Harn ausgeschieden werden und das Gonadotropin unwirksam machen.
2. Es besteht gerade ein Hormondefizit.

Die erste Möglichkeit läßt sich namentlich bei stationärer Beobachtung leicht vermeiden, wenn man der Frau wenigstens 2 Tage lang vor dem anzustellenden Test keinerlei Arzneimittel verabreicht; dazu gehören selbstverständlich auch Drogen. Die größere Rolle spielt ohne Zweifel das Hormondefizit; und dies ist der „unbekannte Faktor“ in unserer Rechnung. Wie von Pratt (zitiert nach Kaeser) mitgeteilt wurde, können in der Prolanausscheidung normalerweise Schwankungen bis zu 500% und mehr (!) vorkommen. Wenn wir diese Zusammenhänge kennen, dann ist ein gelegentlich negativ

ausfallender Test bei sicher bestehender, intakter Gravidität zur Genüge erklärt. Unklare Fälle benötigen eben eine oder mehrere Wiederholungen der Probe. Dieses Vorkommnis ist allerdings selten. In solchen Fällen liegt aber keineswegs ein Versagen der Methode vor. Der Fehler ist vielmehr in der Probandin zu suchen. Man darf von keiner Methode mehr erwarten, als was sie zu leisten vermag. Der Frosch ist kein Hellseher, er sagt uns lediglich, ob in der ihm injizierten Lösung genügend Prolan vorhanden war oder nicht; und das tut der potente Frosch sehr zuverlässig.

Wie schon erwähnt, ist die positive Reaktion bei einwandfreier Methodik und sauberer Arbeitsweise als absolut sicher anzusehen. Sie zeigt jedenfalls das Vorhandensein von hormonproduzierenden Chorionzotten bzw. Trophoblasten an. Neben einer intakten (oder nur wenig gestörten) Gravidität — was meist der Fall ist — bestehen die weiteren bekannten Möglichkeiten wie die der Tubargravidität, des Abortus imminens, incipiens, incompletus oder die Zeit von 4—5 Tagen nach einem Abortus completus oder eines partus, einer Blasenmole sowie aller chorionalen Tumoren beiderlei Geschlechter. In differentialdiagnostischen Zweifelsfällen muß letzten Endes der klinische Befund entscheiden. Die Blasenmole und das Chorionepitheliom lassen sich mit Hilfe eines von mir aufgestellten Titrationsschemas (in „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ im Druck) nach Froscheinheiten (Edam) ebenfalls schnellstens bestimmen.

Der einmal positive Test kann über kurz oder lang auch wieder negativ werden für den Fall, daß eine endogene oder exogene Störung der Gravidität eingetreten ist. Insbesondere ist hier an die verschiedenen Molen — mit Ausnahme der Blasenmole — zu denken, die über den Zeitpunkt der totalen Zottendegeneration hinaus im Uterus retiniert werden. Die Gonadotropinausscheidung ist in jedem Falle abhängig von dem funktionellen Erhaltungszustand der Zotten.

Wie früh man durch den Froschtest eine Gravidität feststellen kann, ist unterschiedlich. Im allgemeinen ist dies 5—8 Tage nach dem Ausbleiben der Regel möglich, wenngleich ich auch schon Gelegenheit hatte, 2 und 3 Tage nach ausgebliebener Regel positive Teste zu erhalten.

Nachdem ich jetzt rund 1000 Schwangerschaftsreaktionen und weit über 100 andere Hormontestungen am Frosch überblicke, glaube ich, bei kritischer Betrachtung und Sichtung des Materials sagen zu dürfen, daß wir in dem Froschtest nach meiner Methode (mit Gegenprobe usw.) einen überaus zuverlässigen Schwangerschafts-Schnellnachweis zur Verfügung haben, welcher der Aschheim-Zondek-Reaktion überlegen ist, was ich auch in meinen früheren Veröffentlichungen schon zum Ausdruck brachte.

Einen Hinweis möchte ich mir noch erlauben. Von einigen Autoren wird dieser Test sogar als brauchbar für die ärztliche Praxis empfohlen. Davor möchte ich warnen. Abgesehen davon, daß nach den bestehenden Gesetzen auch der approbierte Arzt eine besondere ministerielle Genehmigung zur Ausführung von Tierversuchen benötigt, kann man mit dem Froschtest bei ungenügender Erfahrung trotz seiner scheinbaren Einfachheit doch allerlei Unfug machen.

Frühbehandlung der Poliomyelitisfolgen

Von Dr. med. W. Josenhans, Wildbad

Die zunehmende Zahl von Poliomyelitisfällen im Land macht die Frage der baldigen Nachbehandlung akut. Der Versuch der Wiederherstellung sollte gemacht werden, bevor die Totalatrophie und fettige Degeneration der Muskulatur eingesetzt hat. Ganz zerstörte Vorderhornzellen lassen sich nicht wiederherstellen; wir wissen aber von vornherein nicht, welche Nervenfasern durch das entzündliche Ödem nur funktionell geschädigt sind und durch rasche Bekämpfung der Entzündung wieder arbeitsfähig werden können. Außerdem ist das „Innervationsgedächtnis“ noch nicht gleich geschwunden, so daß Kollateralbahnen mit herangezogen werden können.

Alte empirische Erfahrung lehrt den Wert der Thermalbäderkuren bei Lähmungen, insbesondere Frühfällen; die zellstimulierende Kraft des Thermalwassers ist in neuerer Zeit in Wildbad und Gastein durch Pflanzenversuche wissenschaftlich bestätigt worden.

In Wildbad können pflegebedürftige Kranke Aufnahme finden im neu eröffneten „Staatl. Rheumakrankenhaus Katharinenstift“. Es hat die Thermalbäder im Haus, die auch mit Varianten als Stanger- und Sudabad gegeben werden können, letztere besonders bei Beteiligung des Verdauungs- und Harnsystems. Im Ther-

malbad soll möglichst geübt werden; der Wasserauftrieb erleichtert die Bewegung und läßt die geringsten Spuren der Innervationswiederkehr erkennen, die dem Patienten den Mut zur Weiterübung geben.

Überhaupt ist fortgesetzte unermüdete Übung aller seelischen und körperlichen Kräfte des Patienten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Funktion notwendig. Dies ist die Domäne der Physiotherapie, die ein unschätzbare Hilfsmittel der Bäderkur darstellt. In der „schwerelosen Aufhängung“ werden ebenfalls feinste Spuren der wiederkehrenden Bewegung sichtbar; durch fein dosierbare Schräghängung der Extremität wird die Muskelgruppe dann steigend belastet. Später treten Bewegungsspiele und Sport dazu.

Unterstützt wird die Behandlung nach Bedarf durch elektrophysikalische Therapie, z. B. Schwellstrom, sowie hydrotherapeutische und roborierende Maßnahmen. Auch die Fokuskontrolle und -behandlung spielt eine Rolle.

Die Behandlung ist langwierig und sollte zunächst nicht unter 8 Wochen dauern, sowie mehrmals mit immer längeren Zwischenpausen wiederholt werden. Der Erfolg ist um so besser, je früher die Behandlung nach Abklingen der infektiösen Erscheinungen erfolgt.

Rotes Kreuz und roter Halbmond

Die ärztliche Zivilversorgung in der Sowjetunion

Von prakt. Arzt U. S., Rußlandheimkehrer

Der Zivilkranke im heutigen Rußland hat folgende Möglichkeiten, sich ärztlich behandeln zu lassen:

	Fabrik	gr. Werk	kl. Dorf	gr. Dorf	Klein-stadt	Mittel-stadt	Groß-stadt
Mediz. Punkt:	+	-	+	-	-	-	-
Ambulatorium:	-	+	-	+	-	-	-
Poliklinik:	-	-	-	-	+	+	+
Gebärstation:	-	-	-	+	+	+	+
Infektionshaus:	-	-	-	+	+	+	+
Erholungsheim:	-	-	+	+	+	-	-
Krankenhaus:	-	-	-	-	+	+	+
Sanatorium:	-	-	+	-	-	+	+
Spezialklinik:	-	-	-	-	-	+	+
Univ. Klinik:	-	-	-	-	-	-	+
Unfalldienst:	-	+	-	-	-	+	+
Apotheke:	-	+	+	+	+	+	+
Forschungsinst.:	-	-	-	-	-	-	+

Personell setzt sich das Pflegepersonal folgendermaßen in den rein medizinischen Institutionen zusammen:

russ. Bezeichnung	entspricht bei uns
Sanitarka	Rot-Kreuz Laienhelferin
Techniker	Laborant, Laborschwester
Saninstruktor, Sestra	Krankenwärter, Hilfsschwester
Praktikant	Famulus
Glawni-Sestra	Oberschwester i. leitend. Stellung
Feldscher	Hilfsarzt mit Kurzausbildung
Wratsch	Arzt ohne Promotion mit Fachausbildung

Terapewt	Diagnostiker f. allg. Krankheiten
Doktor	Professor mit Fachausbildung
Professor	Universitätsprofessor

Damit sind für unsere Begriffe neu die Stellung des Feldschers und des Terapewten; der medizinische Punkt und das Ambulatorium.

Um das Folgende verständlicher zu machen, werden zunächst folgende Begriffe in großen Zügen erläutert:

Abtreibung: In der Sowjetunion nicht erlaubt. Als Mindestmaß stehen darauf 7 Jahre Straflager. Auch Beihilfe dazu wird mit Straflager geahndet.

Ambulatorium: Medizinische Einrichtung in großen Werken und kleinen Orten zur Behandlung alltäglicher Krankheiten. Meist mit Diagnostiker, Internisten und Chirurgen besetzt.

Apotheke: in allen Größen vorhanden. Auch auf dem Lande verhältnismäßig dichtes Netz. Alle in Staatsbesitz. Cf. Sonderabhandlung: „In russ. Apotheken“ (erscheint in der Süddeutschen Apotheker-Zeitung Stuttgart).

Arbeitszeit: laut Normplan hat jeder in der Medizin beschäftigte Sowjetbürger 8 Stunden pro Tag zu arbeiten. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um Hilfsschwester oder Fachärzte handelt. In Gebärstationen kann der Dienst zusammengezogen wer-

den, und die Freizeit kann dann mehrere Tage betragen.

Arzneikosten: auffallend niedrig. 100 g inf. fol. dig. kosten etwa genau soviel wie 100 Gramm Schwarzbrot der geringsten Sorte. Cf.: 'In russ. Apotheken'.

Arzt: seiner wirtschaftlichen Stellung nach Staatsangestellter. Seiner gesellschaftlichen Stellung nach Towarisch. Seinem Einkommen nach ein armer Hund.

Ärztliche Behandlung: prinzipiell kostenlos. Auch Krankenhausaufenthalt. Unabhängig von gesellschaftlicher Stellung oder Einkommen des Patienten. Gegen Zuzahlung kann in Großstadtkrankenhäusern die 'zweite Klasse' benützt werden.

Ausgaben für Apotheken: trägt bei ambulanter Behandlung in jedem Falle der Patient selbst. Im Krankenhaus kostenlos. Lediglich Penicillin muß hier bezahlt werden. Und zwar im voraus!

Fachärzte: Praktisch ist jeder russische Arzt spezialisiert, außer dem Feldscher, der aber in Wirklichkeit auch eine Spezialausbildung genossen hat. Dadurch ergeben sich auf dem Lande oft Unzulänglichkeiten. Der praktische Arzt ist unbekannt.

Fachausdrücke: Die russische Sprache hat für jede Krankheit und Krankheitserscheinung ihren Spezialausdruck. Latein wird auch unter russischen Ärzten unter sich nicht gebraucht.

Feldscher: der Stellung nach Hilfsarzt für das tägliche Einerlei oder als Hygieniker in großen Betrieben der Nahrungsmittelkombinate. Er besitzt ein unvollkommenes med. Studium, das sich auf Infektionskrankheiten, Hygiene, etwas Rezeptur, Kinderkrankheiten und einige ausgewählte Kapitel der inneren Medizin beschränkt. Er darf keine Gifte verschreiben. Dasselbe gilt für starkwirkende Arzneimittel.

Fortbewegungsmittel: Eigene Fortbewegungsmittel besitzt der russische Arzt nicht. Auf dem Lande stellt ihm die nächstliegende Kolchose ein Pferdefuhrwerk zur Verfügung, in der Stadt benützt er einen PKW, der der Poliklinik — also dem Staate — gehört.

Freie Arztwahl: papiermäßig gestattet. Praktisch aber nur in größeren Städten durchführbar. In Moskau ohne weiteres möglich.

Geburtshilfe: Hausentbindungen sind prinzipiell verboten. Jede Schwangere hat zur Entbindung eine Gebärstation aufzusuchen. Behandlung erfolgt einschließlich Medikamentation kostenlos.

Geschlechtskrankheiten: Selten. Kriegsschäden sind völlig überwunden. Meldepflicht der Ansteckungsquelle. Ansteckungsherd wird auf Staatskosten behandelt oder — je nach der Lage des Falles — isoliert.

Homöopathie: Bekannt. Reine homöopathische Apotheken nur in Großstädten. Die gängigsten Mittel auch zum Teil in Landapotheken zu haben.

Infektionskrankheiten: Meldepflichtig. Einweisung in Infektionshaus auf Staatskosten erforderlich. Im Vordergrund stehen Malaria, Typhus und Fleckfieber. Desinfektionskammern in jedem Dorf und jedem größeren Bahnhof. Teilweise sehr primitiv, teilweise sehr gut eingerichtet. Großstadtanlagen erinnern an unsere Hallenbäder.

Instrumente: Der russische Arzt besitzt in der Regel kein eigenes Instrumentarium. Das gehört dem Staat. Instrumente zum Teil auch in Apotheken erhältlich. Qualität mittelmäßig, da nicht exakt gearbeitet. Preis auffallend niedrig. Cf. Sonderarbeit: 'Arbatskaja Nr. 17'.

Invalidenrente: Bekannt. Aber klein. Kommt meist nur bei Vollinvalidität, die Berufsaufgabe zur Folge hat, oder Unterbringung in anderen Berufen nicht gestattet, in Frage.

Krankengeld: Während ärztlich bescheinigter Bettlägerigkeit läuft Lohn bzw. Gehalt in reduzierter Form weiter.

Krankenkassen: in Rußland unbekannt. Die Ausgaben für den gesamten Verwaltungsapparat eines 200-Millionen-Volkes werden eingespart.

Krankentransport: Auf dem Lande, wo kein Krankenwagen zu haben ist, muß Patient Kosten selbst tragen. Eisenbahn, Fuhrwerk, Lastwagen sind die Transportmittel der Wahl. In Großstädten durch staatlichen Unfalldienst kostenlos.

Kreisarzt: unter dem Namen Rayonarzt bekannt. Seine Hauptaufgabe ist die Seuchenbekämpfung.

Kurorte: Bekannt. Unter staatlicher Regie. Zum Teil außerordentlich luxuriös ausgebaut (Sotschi, Naltschik, Pjatigorsk). Cf. Sonderarbeit: 'Sotschi'.

Latein: Lateinische Sprachkenntnisse der russischen Ärzte sind bei weitem geringer als die der deutschen Schule der Vorhitlerzeit. Das liegt daran, daß der Russe für jeden medizinischen Ausdruck in seiner eigenen Sprache den entsprechenden Wortschatz besitzt. Auch bei Fachärzten stößt man auf diese Schwierigkeit, Ausnahmen bestätigen die Regel.

Medizinische Kenntnisse: Da der russische Arzt durchweg spezialisiert ist, sind seine Kenntnisse anzuerkennen. Über sein Fachgebiet hinaus versagt er. Operationen großer Spezialisten (Judinsche Speiseröhrenplastik) fordern allen Respekt ab.

Medizinischer Punkt: kleinste ärztliche Einrichtung auf dem Lande oder in größeren Fabriken. Meist mit Feldscher und Internisten besetzt. In Notfällen werden kostenlos Medikamente für einen Tag abgegeben. Größere Sachen werden überwiesen.

Penicillin: seit dem Kriege bekannt. In letzter Zeit wesentlich billiger. Früher amerikanische Importware, jetzt in der UdSSR hergestellt. In Krankenhäusern m. W. einziges Medikament, das voll bezahlt werden muß.

Pharmakologische Kenntnisse: Der normale russische Arzt kann sich unter chemischen Formeln und ihrer Ableitung nichts vorstellen. Gegen ihm unbekanntes ausländische Heilmittel ist der russische Arzt in der Regel mißtrauisch. Der Patient auf dem Lande und auch in der Großstadt schwört auf deutsche Medikamente, wenn er sie haben kann.

Praktischer Arzt: in Rußland unbekannt. Außer einigen wenigen „gebildeten“ Kreisen kann sich dort niemand darunter etwas vorstellen. Interessant ist die russische Bezeichnung: Obschi-wratsch = Alles-Arzt. Russische Zivilkranke scheuen keine Mühe, wenn sie zu einem deutschen Allgemeinarzt kommen können. Vertrauen der zivilen Bevölkerung — auch solcher in höchster Stellung — ist auf-

fallend. Seinen Anordnungen wird strikt Folge geleistet. Hat er sich erst einmal durchgesetzt, wird er auch von Militärkreisen und selbst von der MWD konsultiert. Und — auch bezahlt!

Prostitution: In der Sowjetunion verboten. Auf Prostitution steht Arbeitslager. Prostituierte gehören auch in Moskau zu den Seltenheiten.

Sanatorien: Einfachste Form: das Erholungsheim. Meist in alten Herrensitzen in Dörfern untergebracht. Gehören meist größeren Betrieben. Alle Staatseigentum. (Da Betriebe ja auch alle staatlich sind.) Zum Teil sehr ordentlich eingerichtet. In Kurorten sogar luxuriös.

Studium: In letzten Jahren gigantischer Anstieg der Medizinstudenten. Etwa 60 % sind Frauen. Studium ist kostenlos. Auch in abgelegenen Gebieten sind med. Fakultäten anzutreffen: Alma Ata, Frunse, Taschkent, Samarkand, Irkutsk, Omsk, Wladivostok, Perm, Tschita u. a.

Terapewt: russischer Facharzt, der sich als Spezialfach das Gesamtgebiet der diagnostischen Untersuchungen gewählt hat und die gängigsten Rezepte verschreibt.

Therapie: meist an starres Schema gebunden, das stur durchgeführt wird. Individuelle Variation äußerst selten. Sulfonamide, Ultraschall usw. sind bekannt.

Tuberkulose: Auf dem Lande relativ selten. In der Großstadt wie überall in Europa. In Südsibirien auffallend selten (Klima)!

Unfalldienst: auf dem Lande schlecht ausgebaut. In Moskau hervorragend organisiert: binnen 3 Minuten ist an jeder Stelle von Groß-Moskau nach dem Anruf ein Unfallwagen zur Stelle. Wagenmaterial durchweg neue SIS-Personenwagen mit einschiebbarer Trage.

Verteilung der Ärzte: auf dem Lande in Mittelrußland etwa alle 10 Kilometer ein Arzt. In Sibirien wesentlich dünner. In Südsibirien sehr dünnes Netz. In Großstädten ausreichende Versorgung mit Ärzten.

Zusammensetzung der Ärzte: Männlich zu weiblich wie 40 : 60. Jüngere Generation überwiegt. Juden etwa 30 % der Gesamtzahl. Die Gesamtzahl der Ärzte reicht für das Gesamtgebiet der CCCP noch nicht aus. Nach Jahren dürfte die benötigte Gesamtzahl erreicht sein.

Und damit kommen wir zum nächsten Punkte: wie läuft in Rußland die ärztliche Betreuung ab?

Zunächst ist zwischen Stadt und Land kein genereller Unterschied zu machen. Und trotzdem ist doch manches anders:

Auf dem Lande sucht der Kranke — auch mit Fieber! — zunächst den nächsten medizinischen Punkt oder das nächstliegende Ambulatorium auf. Dazu ist oft ein Weg bis zu 10 Kilometern zurückzulegen. Diese Zahlen gelten für den Moskauer Landbezirk. In der Kirgisensteppe, der Taiga und jenseits des Urals sind die Entfernungen wesentlich größer.

Hier wird der Patient registriert und kommt dann je nach der Art seines Falles zu einem Feldscher (tägliches Einerlei), zu einem Terapewten (einfache innere Fälle) oder zum Internisten (Infektionskrankheiten). Der Patient

erhält sein Rezept oder seinen Verband (Verbandmittel sind auf dem Lande Mangelware) und zieht wieder ab. Ohne Weg vergehen bis dahin etwa 2 Stunden.

Handelt es sich um eine Naht oder um einen ophtalmologischen Fall, mit dem das Ambulatorium nicht klar kommt — und das ist praktisch alles, was irgendwie eine Spezialausbildung erforderlich macht, aber keineswegs nur das, was ein deutscher praktischer Arzt überweist —, so erhält der Patient einen Schein und muß damit in die nächste Poliklinik fahren. Die Fahrtkosten gehen zu Lasten des Kranken. Das ist meist erst am nächstfolgenden Tage möglich und erfordert praktisch 8 bis 16 Stunden.

Für Notfälle geben die Ambulatorien kostenlos Kleinpäckungen von Medikamenten ab, sonst wird ein Rezept geschrieben — Name kyrillisch, Text lateinisch — und der Patient zieht damit in die Apotheke, die sich in der Mehrzahl der Fälle im gleichen Ort befindet. Im Gegensatz zu der kostenlosen Behandlung in den Ambulatorien muß der Patient die Apothekenkosten voll bezahlen. Allerdings sind die Apothekenpreise auffallend billig. (300 g inf. fol. dig. kosten ohne Flasche etwa soviel wie 5 Zigaretten der billigsten Sorte oder 100 g Schwarzbrot.)

Ist nun ein Patient bettlägerig, so wird der Arzt im Ambulatorium verständigt. Hat er aber seine offiziellen 8 Stunden Dienst gemacht, so geht es eben an diesem Tage nicht mehr. Es sei denn, er schickt seinen Feldscher, der aber auch nichts weiter macht, als den Patienten in das nächste Krankenhaus einzuweisen. Es kommt aber auch vor, daß eine Pneumonie 2 Tage warten muß, bis ein Arzt zur Stelle ist.

Der Hilfsarzt (Feldscher) besucht normalerweise einmal wöchentlich jedes zu seinem Bezirk gehörende Dorf. Dazu hat die nächste Kolchose ein Pferdefuhrwerk zu stellen. Ich habe aber auch erlebt, daß, wenn nachts ein Privatauto nach einem Arzt geschickt wurde, dieser nicht kam. Begründung: 8 Stunden Dienst seien rum!

Anders liegen die Verhältnisse in der Stadt: für Hausbesuche stehen den Ärzten Kleinwagen (Moskwitsch = russische Ausführung des Opel-Kadett) mit Fahrer zur Verfügung. Aber auch hier werden Patienten, die länger liegen müssen, in ein Krankenhaus eingewiesen. (In einem Moskauer Durchschnittszimmer wohnen in Neubauten 4, in Althäusern bis zu 8 Menschen!)

In den Polikliniken kann sich der Patient unter den Ärzten (hier gibt es z. B. 4 Internisten, 3 Terapewten, 4 Zahnärzte usw. pro Poliklinik) „seinen Arzt“ aussuchen und sich von ihm behandeln lassen.

Jeder Patient, der krank geschrieben wird — Maßstab wesentlich strenger als bei RVO-Kassen bei uns —, hat dies binnen 24 Stunden seiner Arbeitsstelle zu melden.

Poliklinische Zahnbehandlung ist gut; normales Füllungsamalgam ist Silber und Kupfer. Daneben werden für die Incisivi Silikatfüllungen verwendet. Kronen werden aus Silberstahl gezogen. Gegossene Goldkronen sind erhältlich, müssen aber voll bezahlt werden. Zahnersatz wird nur in mittelmäßiger Qualität hergestellt.

Ich sagte schon oben, daß es in Rußland keine freien Praxen gibt. Eine Ausnahme bilden lediglich einige wenige Zahnärzte in Moskau und Leningrad, die sich mit dem Bau von Prothesen und Goldarbeiten befassen. Es sind in der Mehrzahl Juden. Diese Arbeiten müssen ebenfalls voll bezahlt werden.

Uneheliche Kinder haben dieselbe rechtliche Stellung wie eheliche. Die unehelichen Geburten sind trotz der vielen Abtreibungen, die insgeheim trotz Verbot durchgeführt werden, zahlreich. Kleinkinder können schon nach wenigen Wochen in Tageskrippen untergebracht werden, damit die Mutter ihrem Berufe nachgehen kann. So findet man auf jeder Kolchose, Sowjose, Fabrik und auch in Kleinstädten einen Kindergarten. Diese werden von Kindergärtnerinnen betreut. Die Aufbewahrung erfolgt kostenlos. Für Verpflegung hat die Mutter zu sorgen.

Jedes größere Werk hat seine Fabrikambulanz, teilweise sogar seine eigene Apotheke. Die Einrichtung entspricht den entsprechenden deutschen Hilfsstellen.

Die Ausrüstung der Medizinischen Punkte und Ambulatorien mit Instrumenten ist eben ausreichend, aber weniger als wir bei uns gewohnt sind. Kliniken sind durchweg gut, einzelne in Moskau hervorragend ausgerüstet.

Bei allen medizinischen Einrichtungen wird vor allem Wert auf Äußerlichkeit gelegt: weiße Tischdecken, weiße Mäntel, weiße Tücher . . . Dazu passen aber irgendwie nicht rotlackierte Fingernägel mit schwarzen Rändern, ausgefranste Hosen, niedergetretene Absätze, oder daß im Schwesternhaus ein ganzes Rudel Ferkel Mitbewohner sind.

In ländlichen Krankenhäusern herrscht ausgesprochener Platzmangel. Es ist keine Seltenheit, daß auch die Korridore belegt werden müssen, und daß Frauen, Männer und Kinder durcheinanderliegen. Es ist aber auch nichts Absonderliches, wenn nachts bei einer unermuteten Kontrolle der Stationsarzt eine Schwester an den Ohren aus dem Bett eines Leichtkranken ziehen muß. Man lacht, und am nächsten Morgen ist der Fall vergessen.

Die Verpflegung in den Krankenhäusern ist gut, aber knapp. Die Angehörigen müssen Produkte bringen, die dann die Schwestern zubereiten. Gegen Rauchen wird im allgemeinen nichts angewendet; ja Armeeingehörige, die krank sind, erhalten den doppelten Tabaksatz als wenn sie gesund sind!

Wie wird nun der russische Arzt bezahlt?

Rein buchmäßig sieht das gar nicht übel aus: er bekommt ein Grundgehalt, das vom Dienstalter abhängig ist, Überstunden und Nachtdienst werden gesondert bezahlt, dazu erhält er durch die Gewerkschaft verbilligte Theaterkarten oder einen kostenlosen Ferientaufenthalt in einem Kurort, und durch Nebenarbeit kann er hinzuverdienen und — wenn er Schwein hat — sogar einen Stalinpreis erhalten, der bis zu einer halben Million Rubeln ausmacht . . .

Praktisch sieht das so aus: Der Grundlohn beträgt bei einem Feldscher 300—500, bei einem Arzt 600—800 und in wenigen Ausnahmefällen bis 1000 Rubel. Privatpatienten gibt es nicht, Überstunden und Nachtdienst werden nur in seltenen Fällen ausgezahlt. Theaterkarten sind praktisch nur an Moskauer Kliniken erhältlich, und springt alle paar Jahre ein Ferientaufenthalt tatsächlich heraus, so kann er sich den Kurort nicht selbst auswählen, sondern muß das nehmen, was die Gewerkschaft ihm zudiktiert. Statt dem erträumten Poti oder Sotschi an der Schwarzmeerküste kann es ihm passieren,

daß er zweimal hintereinander nach „Malinko“, 10 km südlich von Moskau, kommt. Von seinem Gehalt gehen noch etwa 10—15% an Steuern ab: Kinderlosensteuer, Einkommensteuer, Industrianleihe . . .

Was kann er sich nun dafür kaufen? 1 kg Schwarzbrot kostet 2.70, 1 kg Fleisch 28—35, 1 kg Butter 58—65, ein Paar Halbschuhe mit Gummisohle 250 und 1 m Anzugstoff 170—700 Rubel. Daraus folgt, daß er sich auf dem Lande mit seiner Familie mit höchstens zwei, in Moskau oft mit einem Zimmer begnügen muß. Die Küchen sind in Altbauten durchweg Gemeinschaftsküchen für acht und mehr Korridoranlieger. Der Wohnraum wird nach der Höhe des Einkommens berechnet und beträgt pro Quadratmeter 1.30—1.90 Rubel. Gas, Wasser und Strom sind gesondert zu zahlen. An einen Kraftwagen, der in Rußland zwischen 8000 (Opel-Kadett-Spezial) als „Moskwitsch“ über den „Pobjeda“ (2,1 l), den SIM (3,5 l), die 21 000 bzw. 50 000 Rubel kosten, bis zu dem SIS-110, der mit 72 000 Rubeln gehandelt wird, kann er überhaupt nicht denken.

Daraus ergibt sich nun von selbst, daß auf dem flachen Lande der praktische Arzt fehlt, der zu jeder Zeit da ist, der bei schweren Fällen auch dreimal am Tage kommt, der neben einer Pneumonie auch gleich mit ein Rezept für einen dermatologischen und einen ophthalmologischen Fall verschreibt, der durch seine Art, wie er den Patienten anfaßt, sofort sein Vertrauen gewinnt.

Ich habe es immer wieder erlebt, daß der deutsche Allgemeinpraktiker gegenüber dem russischen Arzt bevorzugt wurde. Und das besonders bei schweren Fällen.

Interessant ist ferner, wie der deutsche Arzt vom Patienten eingeschätzt wird: auch der einfache Mann redet ihn kaum mit „Towarisch“ an. Er nennt ihn „Pan“. Das ist ein wesentlicher Unterschied. Gebildete Kreise gebrauchen gern das Wort „Gospodin“ (Herr). Beide kennen und gebrauchen außerdem das Wort „Doktor“. Russische Ärzte behandelten mich stets als Gleichgestellten¹. Sie betonten gern das Wort „Kollege“. Hierin machten auch jüdische Ärzte keine Ausnahme. Auch in Gegenwart russischer Offiziere wurde mir zuerst Platz angeboten. Wenn ich in eine Ambulanz oder in ein Hospital kam, wo ich schon bekannt war, blieb alles stehen und liegen. Alle erkundigten sich nach meinen Wünschen, und die Abwicklung erfolgte außer der Reihe.

Genau so ungünstig wie das Fehlen des praktischen Arztes auf dem Lande wirkt sich das 8-Stunden-System für den Patienten aus.

Prinzipiell kommen in Rußland nur tatsächlich Kranke — also Hilfsbedürftige — zum Arzt. Ärger mit Invalidengutachten, Regreßforderungen wegen Überschreitung der Pauschalsumme bei Rezepten, Anfragen von Vertrauensärzten und Berufsgenossenschaften, Gutachten, Vertreterbesuche, Querulanten, Neurastheniker, Drückberger fehlen in den Sprechstunden völlig.

Aber trotzdem wird — wie überall im heutigen Rußland — auch in den Ambulanzen und Polikliniken der Papierkrieg groß geschrieben!

Praktisch sind in Rußland die Kleinpackungen der gängigsten Medikamente: sie werden als Cellophan-Klein-Packungen zu 6 Tabletten abgegeben. Dazu gibt es eine beschränkte Anzahl von Kombinationspräpa-

¹ Also nicht als Gefangenen!

raten, die in dieser Zusammenstellung vor dem Kriege bei uns unbekannt waren.

Deutsche Kriegsgefangene wurden überall bei den medizinischen Zivilstellen anständig und gleich den russischen Zivilisten versorgt. Die Hauptsache war aber dabei, daß man zu diesen Stellen persönliche Beziehungen hatte. In Hospitälern lagen meine Patienten mit Zivilisten durcheinander.

Dadurch, daß ich in einem Lager war, dessen Führung

zum Teil sehr großzügig gehandhabt wurde, war es mir möglich, neben meiner Lagertätigkeit den russischen Zivilstab, seine Offiziere, ein in der Nähe liegendes russisches Arbeitsbataillon, einen Zivilbaustab, die umliegenden Dörfer, ein Schulferienlager, Sommerfrischler aus Moskau, Generäle und Marschälle mit ihren Familien, sowie die Sommersiedlung eines Ministeriums ärztlich zu versorgen. Und zwar in der Form des praktischen Arztes.

Nochmals ärztliche Schweigepflicht

Von Staatsanwalt Dr. Kohlhaas, Stuttgart

Im Anschluß an meinen Aufsatz über Schweigepflicht und Meldeordnung im Maiheft 1950 S. 100 — zum selben Ergebnis ist inzwischen in einer Rechtszeitschrift Prof. Dr. Eberhard Schmidt aus Heidelberg gekommen¹ — ist aus Ärztekreisen die Frage aufgeworfen worden, ob nicht auch die Meldepflicht über Frühgeburten und Fehlgeburten und Unterbrechung der Schwangerschaft, wie sie von den Gesundheitsämtern verlangt wird, gleichfalls einen Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht darstelle und somit in entsprechender Auslegung meiner Ausführungen unter Berufung auf diese Schweigepflicht unterlassen bzw. verweigert werden könne.

Zwischen den beiden Meldepflichten besteht jedoch ein grundlegender Unterschied. Während die Meldeordnung rein polizeilichen Interessen dient und von den Ärzten verlangt, jede Verletzung, die auf eine strafbare Handlung hindeutet, der Polizei zu melden — was mit der ärztlichen Schweigepflicht unvereinbar ist — dient die Meldepflicht über Frühgeburten usw. ausschließlich gesundheitlichen Belangen und besteht auch nur gegenüber den Gesundheitsämtern. Eine Weitergabe der Meldungen von den Gesundheitsämtern an die Strafverfolgungsbehörden erfolgt nicht. Da auch die Ärzte der Gesundheitsämter ihrerseits in derartigen Fällen eine Schweigepflicht nach außen haben, darf die Gefahr einer Indiskretion nicht überschätzt werden. Mir selbst ist aus einer nicht unbeträchtlichen Praxis gerade auf dem Gebiet des § 218 kein Fall erinnerlich, bei welchem etwa die Verfolgung einer Schwangerschaftsunterbrechung auf Grund einer Meldung des Gesund-

heitsamts erfolgt wäre. Anhängig werden derartige Sachen meist durch Anzeigen aus der Nachbarschaft verfeindeter Verwandter oder eigene Geschwätzigkeit.

Es besteht zwischen diesen beiden Meldepflichten überdies noch ein wichtiger formaler Unterschied. Die Meldeordnung ist eine *Verordnung*, die gegenüber der Reichsärzteordnung, einem Gesetz, sowieso schon schwächer ist. Die Meldepflicht über Frühgeburten dagegen beruht auf dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (RGBl. I S. 529) und der dazu ergangenen 4. Ausführungsverordnung vom 18. Juli 1935 (RGBl. I S. 1035). Während dieses Gesetz in den meisten Bestimmungen gegenstandslos geworden ist, ist gerade diese Meldepflicht aus Art. 12 der 4. Ausf.-VO. auch nach dem Zusammenbruch gesetzlich verankert worden, und zwar durch ein württembergisch-badisches Gesetz vom 24. Juli 1946 (RegBl. S. 207). Damit ist festgestellt, daß auch unter den heutigen Rechtsanschauungen die Verpflichtung der Meldung derartiger Fälle den Gesundheitsämtern gegenüber rechtens ist.

Im Gegensatz zur Meldepflicht aller verdächtigen Verletzungen gegenüber der Polizei kann daher gegen die Meldepflicht bestimmter Krankheiten auf Grund gesetzlicher Regelung an die Gesundheitsämter nichts eingewendet werden. Entsprechendes gilt für Geschlechtskrankheiten usw. Entscheidend ist stets die Frage, ob die Meldung polizeilichen oder gesundheitlichen Zwecken dient. Aufgabe der Verwaltung wird es sein, stets darüber zu wachen, daß nicht die gesundheitlichen Meldungen einem versteckten polizeilichen Zweck dienen. Daß dies aber der Fall sei, habe ich bisher nicht feststellen können und habe auch keine konkreten Klagen gehört.

¹ Deutsche Rechtszeitschrift Tübingen (JCB Mohr) 1950/172.

Eingesandt

Was für Pflichten entstehen für den Arzt seinen Patienten gegenüber, wenn er in Urlaub geht?

Herr Dr. med. Konrad Finckh, Obereßlingen, schreibt uns:

Beobachtungen, die ich selbst gemacht habe, und Klagen der Krankenkassen mir gegenüber bestimmen mich, folgende Forderungen bzw. Selbstverständlichkeiten wieder einmal in Erinnerung zu bringen.

Wenn ein Arzt in Urlaub geht, ohne einen eigenen Vertreter aufzustellen, dann darf er nicht einfach abreisen, ohne seinen Kranken vorher davon Mitteilung zu machen, wie es leider immer wieder vorkommt, so

daß er zum Beispiel heute noch einen Kranken empfängt, ihn behandelt, und morgen reist er ab. Und wenn der Patient wieder in die Sprechstunde kommt, dann steht er vor verschlossenen Türen. Er findet höchstens ein Plakat, auf dem er lesen kann, an wen er sich wenden soll, ohne vorher gefragt zu werden, ob ihm der Betreffende paßt oder nicht. Das gleiche gilt von der Besuchspraxis, wo der Kranke höchstens in der Zeitung lesen kann, daß sein ihn seither behandelnder Arzt verreist ist, und nun ist er gezwungen, einen andern Arzt zu

suchen, der natürlich sich auch erst mit dem Kranken zurechtfinden muß. Meiner Ansicht nach hat der in Urlaub gehende Arzt beim letzten Besuch oder bei der letzten Sprechstundenberatung vor dem Urlaub seinen Kranken von dem beabsichtigten Urlaub Mitteilung zu machen, mit dem Kranken zu sprechen über den Arzt, den derselbe nun in Anspruch nehmen will, und für den Arzt, der ihn in jedem Fall vertreten soll, einen Überweisungsschein sowie einige kurze schriftliche Aufzeichnungen mitzugeben, damit der letztere wenigstens einigermaßen im Bild ist über den Fall. Das ist zwar etwas mühsam für den in Urlaub reisenden und sich nach Ruhe sehnenen Arzt, ist aber eine so selbstverständliche Pflicht desselben, daß ich mich fast scheue, an diese Selbstverständlichkeit überhaupt zu erinnern.

Buchbesprechung

Prof. Dr. Heinrich Berning: „Die Dystrophie“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, 197 S., Haubl. DM 18.—

Das vorliegende Buch bringt in sehr übersichtlicher Form und bei ausgezeichneter Ausstattung den neuesten Stand unserer Kenntnisse bezüglich der Mangelernährung und ihrer Folgen für den menschlichen Organismus. Der auf dem Gebiet der Dystrophie besonders kenntnisreiche Autor hat es verstanden, seine eigenen großen Erfahrungen mit einer erschöpfenden Zusammenstellung der vorliegenden großen Literatur über dieses Thema zu einer sehr klaren und glücklichen Darstellung zu verbinden. Ein besonders breiter Raum ist der Klinik der Dystrophie gewidmet. Wenn auch die Ernährung des deutschen Volkes sich in letzter Zeit wesentlich gebessert hat und ausgesprochene Dystrophien seltener zur Beobachtung kommen, so wird doch jeder an Ernährungsproblemen interessierte Arzt das Erscheinen dieses Buches begrüßen.

Dr. Germer (Tübingen)

Bekanntmachungen

Fortbildungskurs für prakt. Ärzte in Gießen

Der Fortbildungskurs findet vom 5. bis 18. November 1950 statt. Die Kollegen können an beiden Kurswochen, aber auch nach Belieben nur an einer der beiden Kurswochen teilnehmen. Kursgebühren pro Woche 20 DM, Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte je 10 DM. — Begrüßungsabende am 5. und 12. November 1950.

1. Woche, 5. bis 11. November:

Chronische Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis u. a.).

2. Woche, 12. bis 18. November:

Allgemeine praktische Fortbildung.

Unterkunft und Verpflegung kann in den Kliniken erfolgen. Nähere Auskunft und Prospekte durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.

Wiederwahl des Vorstandes des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dem Anfang September 1950 in Karlsruhe für die Dauer von vier Jahren wiedergewählten Vorstand des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. gehören an:

Chefarzt Dozent Dr. Dr. Franz Kienle, Karlsruhe,
Chefarzt Dr. Peter Sträter, Hagen,
Chefarzt Dr. Fritz Niedermayer, Passau,
Chefarzt Prof. Dr. Hermann Schneider, Karlsruhe,
Oberarzt Dr. Julius Reich, Karlsruhe.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Die Geschäftsstelle der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Sektion Süddeutschland, wird am 1. Oktober 1950 von Traunstein nach München 2, Loristr. 8 verlegt.

Die Sektion bearbeitet wie bisher lediglich die von den Mitgliedern unserer Berufsgenossenschaft bei ihr anzuzeigenden Unfälle und Berufskrankheiten. Der Schriftwechsel über alle übrigen berufsgenossenschaftlichen Angelegenheiten (Betriebsmeldungen, Beitragsabrechnungen usw.) ist mit der Hauptverwaltung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg unmittelbar zu führen.

Professor Dr. Robert Gaupp sen. 80 Jahre alt

Am 3. Oktober 1950 vollendete Professor Dr. Robert Gaupp in bester körperlicher und geistiger Gesundheit in Stuttgart-Degerloch das 80. Lebensjahr. Der langjährige Vertreter für Psychiatrie und Neurologie der Universität Tübingen ist den meisten schwäbischen Ärzten bekannt. Als Redner und Schriftsteller ist sein Name auch in weite Kreise jenseits der engeren Heimat gedrungen.

Gaupp ist von Geburt und Wesen Schwabe, aber schon das Studium führte ihn hinaus (Tübingen, Genf, Straßburg). Als Assistent ging er zunächst zu dem großen Neuropathologen

Wernicke nach Breslau, 1900 zu Kraepelin nach Heidelberg und mit ihm als Oberarzt nach München, ein Sonderauftrag führte ihn in die Vereinigten Staaten. 1906 erfolgte der Ruf nach Tübingen, wo er bis zu seiner — unter wenig schönen Umständen 1936 vorzeitig erfolgten — Emeritierung geblieben ist. 1915/16 war er Rektor der Universität. Ein Ruf nach Heidelberg wurde 1917 abgelehnt. Die Tübinger Klinik wurde unter ihm eine der bedeutendsten, ihr Ruf weit über die deutschen Grenzen bekannt. Seine wissenschaftliche Arbeit konzentrierte Gaupp schon früh auf die Frage nach den Beziehungen zwischen angeborener Persönlichkeit, Schicksal und Psychose, womit auch die Richtung der Klinik gegeben war. Er selbst hat das Thema in einer Reihe von klassisch gewordenen Studien zur Paranoiafrage über den auch menschlich bedeutenden Paranoiker, Massenmörder und -Dichter Wagner von 1913 bis 1938, dem Todesjahr des Kranken entwickelt. Auch die Arbeiten seines bedeutendsten Schülers Ernst Kretschmer gingen von diesen Fragen aus. Daneben kam aus seinen fleißigen Händen eine Fülle von Arbeiten über die verschiedensten Gegenstände, von denen hier nur die seit 1907 in 6 Auflagen erschienene „Psychologie des Kindes“ und die großen Kongressreferate (Schlaflosigkeit, Psychotherapie, Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger, Neurosenlehre) genannt seien. Sie zeigen die umfassende Weite seines ärztlichen Blicks, der sich nie in Spezialistentum erschöpft hat. Schon 1899 ist er Schriftleiter des Zentralblatts für Nervenheilkunde und jahrzehntelang der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Als seine Schüler aber danken wir ihm besonders, daß er es verstanden hat, unter seiner großzügigen und gütigen Führung einen Kreis bedeutender Mitarbeiter in echt akademischem Geist zu Begeisterung für die Wissenschaft und gegenseitiger Förderung freundschaftlich zu einen und so in den Jahren nach dem ersten Weltkrieg den Ruf der „Tübinger Schule“ zu gründen. Männern der verschiedensten Art und Richtung — Ed. Reiss und Ernst Kretschmer, H. Hoffmann, Villingen, W. Scholz, Fr. Mauz, A. Storch, Lange-Eichbaum, um die bekanntesten zu nennen — ließ Gaupp nebeneinander Raum zu eigenständiger Entwicklung und Arbeit, wo immer er Fähigkeit und Willen zu echter Leistung sah. Die Früchte blieben nicht aus. Hier entstanden die wesentlichen Werke von Ernst Kretschmer neben grundlegenden neuropathologischen Arbeiten von W. Scholz, zahlreichen klinischen Untersuchungen, H. Hoffmanns Bücher über Charaktervererbung, daneben Pathographien über Strindberg (Storch), Rousseau und Jon. Swift (Heidenhain jr.), E. T. A. Hoffmann (H. Eyrich), Jungfrau v. Orléans (J. Scholz-Wölfling), schließlich Lange-Eichbaums monumentales Werk über „Genie, Irrsinn, Ruhm“. Letzten Endes war es Gaupp selber, der durch Anregen, Fördern und Gewährenlassen dies alles hat entstehen lassen. Stets ging sein Blick über die engen Grenzen des Fachs hinaus, dessen praktische Bedeutung sein besonderes Anliegen war. Hier wurzeln seine Bemühungen um die Alkoholfrage, um die Probleme der Entartung und der Fürsorge für seelisch abwegige Kinder, denen er als einer der ersten in Deutsch-

land seine Aufmerksamkeit geschenkt hat. — Die vorzeitige Emeritierung bedeutete für den tätigen Arzt und Gelehrten keine Muße. Eine Reihe bedeutender Arbeiten, meist historischen Inhalts, waren die Frucht dieser Jahre. Daneben blieb er der gesuchte Gutachter und Arzt. Mit bangen Sorgen verfolgte er, der einst über „Wahn und Irrtum im Leben der Völker“ (1917) geschrieben hatte, das Schicksal des Vaterlands. Dessen Not rief ihn 1945 zu neuer Tätigkeit. Von Mai 1945 bis Dezember 1948 war er Gesundheits- und Wohlfahrtsreferent beim Oberbürgermeister von Stuttgart. Trotz der persönlichen Schläge, die mit Tod, Krankheit und Kummer seine Familie und ihn hart getroffen hatten, werden sich alle, die mit mancherlei Nöten ihn aufsuchten, dankbar erinnern, daß er für jeden stets Zeit und Herz hatte. Sein Werk ist in langen, erfüllten Lebensjahren Teil unserer Wissenschaft geworden; Gaupps reiche und gebildete, im schönsten Sinne humane Persönlichkeit, die seinen Schülern stets Vorbild gewesen ist, wirkt lebendig weiter. Ihr gelten unsere wärmsten und herzlichsten Wünsche!

Dr. M. Eyrich

Professor Dr. August Mayer emeritiert

Am Ende des vergangenen Sommersemesters hat sich Professor Dr. August Mayer in einer feierlichen Abschlussvorlesung in Gegenwart des Staatspräsidenten Dr. Gebhard Müller und von Vertretern des Kultministeriums von den Studenten und der Fakultät verabschiedet und wenige Tage später die Leitung der Universitäts-Frauenklinik an Professor Dr. Werner Bickenbach, den seitherigen Direktor der Universitätsfrauenklinik Münster, übergeben. Er beschloß damit eine 42jährige, ununterbrochene Lehrtätigkeit an der Eberhard-Karls-Universität.

Als Schüler Hegars wurde er von Sellheim als Oberarzt nach Tübingen geholt, erhielt 1908 die *venia legendi* und wurde 1918 zum Ordinarius und Direktor der Klinik berufen. Er blieb ihr treu trotz ehrenvoller Berufungen nach auswärt.

In dieser langen Zeit ist er zum Lehrer fast der ganzen heutigen württembergischen Ärztegeneration geworden. Sie verdankt es weitgehend ihm, daß die geburtshilflichen Ergebnisse im ganzen Land durch eine ausgezeichnete Schulung in der „schonenden Geburtshilfe“ und durch einen sorgfältig ausgebildeten Hebammenstand mit zu den besten Deutschlands gehören, und daß die Kenntnis und Behandlung der weiblichen Unterleibserkrankungen allgemein auf einer beachtlichen Höhe stehen.

Was an seinem Vortrag immer wieder fesselte und nachhaltigen Eindruck hinterließ, war die flüssige Sprache, der klare, zwingende Aufbau und die Herausarbeitung des Wesentlichen in der didaktisch glücklichsten Form. Der peinlich genauen Erhebung aller örtlichen Veränderungen pflegte

die Darstellung ihrer vielfachen Verflechtungen mit allgemein körperlichen Störungen, mit konstitutionellen Abwegigkeiten oder anderen organischen Erkrankungen zu folgen, und wo diese fehlten, oft intuitiv seelische Konflikte als letzte Ursache gynäkologischer Krankheitserscheinungen aufzudecken.

Getragen von tiefem sittlichem Ernst und Verantwortungsgefühl weiteten sich seine Vorlesungen oft aus zu solchen über entscheidende Fragen der Zeit und über allgemeine und spezielle ärztliche Ethik. Sie schufen das Vertrauen, mit dem so manche jüngere oder ältere Kollegen Rat und Hilfe in schwierigen Berufs- und Lebensfragen bei ihm suchten.

Die Klinik gewann unter seiner Leitung rasch an Ansehen, nicht nur im eigenen Land, sondern weit über seine Grenzen hinaus, so daß sie mehrfach erweitert werden mußte. Man wußte, er war immer da, Tag und Nacht, stets bemüht um das Wohl eines jeden Einzelnen. Bis zuletzt behielt er seine ungewöhnlich sichere Hand am Kreißbett wie am Operationsfeld. Seine Sorge um die Kranken endete aber nicht mit der gelungenen Operation, sondern erst, wenn sie gesund die Klinik verließen.

Mit derselben Gewissenhaftigkeit widmete er sich auch den über großen Sprechstunden, die so viele als Last empfanden. Er kannte hier keine Zeit, war sie auch noch so beschnitten, wenn es galt, nicht nur in körperlicher, sondern auch persönlicher Not zu helfen.

Trotz dieser ausgedehnten ärztlichen Aufgaben entfaltete Professor Mayer aber auch noch eine außerordentlich fruchtbare und vielseitige wissenschaftliche Tätigkeit, die in Lehrbüchern, Handbuchbeiträgen, Monographien und sonstigen Veröffentlichungen ihren Niederschlag fand. Genannt seien nur sein Leitfaden „Über die Grundzüge der operativen Geburtsleitung“, sein Lehrbuch über „Wöchnerinnen- und Säuglingspflege“, sein grundlegendes Buch über „Die weiblichen Unfallkrankungen“ und das Standardwerk über „Die Bedeutung der Konstitution in der Frauenheilkunde“, ferner seine Monographien über die Biologie der Plazenta, über Ovarialtumoren und über psychogene Störungen im Bereich der weiblichen Unterleibsorgane. Er hat zu allen wesentlichen Fragen auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Frauenheilkunde meist Entscheidendes zur Klärung beigetragen und oft auch neue Wege zur Behandlung aufgezeigt, so namentlich auf dem Gebiet des weiblichen Krebses, der Sterilität und der Psychoseuren.

In ungebrochener körperlicher und geistiger Schaffenskraft hat sich Professor Mayer von der Klinik gelöst. Noch hat er sich ein weites Feld wissenschaftlicher Arbeit gesteckt. Möge es ihm vergönnt sein, uns noch mit mancher Frucht seiner großen Schau über die Entwicklung und die Wandlungen der Gynäkologie, die er selbst in vorderster Linie mitgestaltet hat, zu beschenken.

Prof. Dr. Pfeleiderer

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

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) geben bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten je 1 Kassenarztsitz zu besetzen ist:

Flein, Kr. Heilbronn	prakt. Arzt
Ulm/D.	prakt. Arzt
Schwäb. Gmünd	prakt. Arzt
Ludwigsburg-Oßweil	prakt. Arzt
Sindelfingen, Kr. Böblingen	Facharzt f. Frauenkrankheiten
Schwäb. Gmünd	Facharzt f. Frauenkrankheiten
Leonberg	Facharzt f. Frauenkrankheiten
Aalen	Facharzt f. Nerven- und Geisteskrankheiten
Kirchheim/T., Kr. Nürtingen	Facharzt f. Nerven- und Geisteskrankheiten
Wasseraltingen, Kr. Aalen	Facharzt f. innere Krankheiten
Stuttgart-Vaihingen	Facharzt f. innere Krankheiten
Stuttgart-Neckarvororte	Facharzt f. Augenkrankheiten
Stuttgart-Innenstadt	Facharzt f. Haut- und Geschlechtskrankheiten

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an

der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zulassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nord-Württemberg eingetragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich um diese ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Anlagen bis spätestens 5. November 1950 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

„Rote Liste 1949“

Auf die zahlreichen Anfragen und Reklamationen unserer Mitglieder teilen wir mit, daß nach Auskunft des Verlages, der den Versand durchgeführt hat, die Freiauflage vergriffen ist und nur noch aus der Verkaufsaufgabe Exemplare in beschränkter Zahl zum Preise von DM 15.— zuzügl. DM —.70 Versandkosten vorhanden sind. Bestellungen unmittelbar an den Verlag Editio Cantor, Aulendorf/Würt.

Ersatz für Bestellsurkunden

Für Bestellsurkunden, die durch Kriegseinwirkung in Verlust geraten sind, bestehen folgende Möglichkeiten der Ersatzbeschaffung:

1. Der Arzt wendet sich an die Bibliothek der Universität Tübingen mit der Anfrage, ob dort die Tatsache seiner Promotion aktenkundig ist, und bittet gegebenenfalls um Erteilung einer entsprechenden Bescheinigung. Dort liegt nämlich das Jahresverzeichnis der deutschen Hochschulschriften bis zum Jahre 1942 vor, und außerdem befinden sich dort wenigstens bis zum Jahre 1939 die im Austausch zugestellten Dissertationen bzw. Auszüge der Dissertationen.

2. Wenn Urkunden vorgelegt werden können, aus denen Schlüsse auf eine früher erworbene Bestallung zu ziehen sind, kann der Arzt beim Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, in Stuttgart die Erteilung einer Ersatzurkunde beantragen.

3. Wenn keine Urkunden vorgelegt werden können, aus denen Schlüsse auf eine früher erworbene Bestallung zu ziehen sind, kann das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, auf Antrag der Ärztekammer die erforderliche Feststellung dadurch herbeiführen, daß es eine Überprüfung des Antragsstellers durch die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg veranlaßt.

Verzeichnis der Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte

Es ist beabsichtigt, zum 1. Januar 1951 das Verzeichnis der Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte neu herauszubringen. Die Neuauflage soll auch diejenigen Ärzte erfassen, die nur in freier Praxis — ohne Kassentätigkeit — niedergelassen 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.

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.

vom 1. Juli bis 30. September 1950

Neu aufgenommen wurden:

Dr. Brunner, Leonhard, Stuttgart-W
 Arzt Dertev, Misail, Schwab. Hall
 Dr. Dietze, Bruno, Göppingen
 Dr. Dreyhaupt, Günther, Stuttgart-N

Dr. Enders, Gerhard, Stgt.-Botnang
 Dr. Feysack, Elisabeth, Stuttgart-S
 Dr. Franek, Helmut, Lauchheim
 Dr. Graff, Gerd, Heilbronn a. N.
 Dr. Graser, Hans, Ludwigsburg
 Dr. Henningsen, Harald, Stuttgart-N
 Dr. Hofmann, Josef, Bad Mergentheim
 Dr. Kellhammer, Günter, Stuttgart-O
 Dr. Kemmler, Theodor, Backnang
 Dr. Knorz, Ernst, Göppingen
 Dr. Kötze, Helmut, Stuttgart-W
 Dr. Lammel, Willi, Mergelstetten
 Dr. Langkau, Peter, Ellwangen/J.
 Dr. Lehnert, Adolf, Heidenheim/Br.
 Dr. Liebendörfer, Günther, Stuttgart-O
 Ärztin Liebendörfer, Ingeborg, Stuttgart-O
 Dr. Maisch, Hans-Erhard, Stuttgart-W
 Dr. Mantel, Susanne, Stuttgart-W.
 Prof. Dr. Mellinshoff, Karl, Kirchheim/T.
 Dr. Neumann, Günther, Ludwigsburg
 Dr. Oeder, Jürgen, Stgt.-Kaltental
 Ärztin Ottmar, Elisabeth, Lauffen a. N.
 Dr. Prömm, Peter, Stuttgart-W
 Dr. Rahm, Karl, Künzelsau
 Dr. Sauer, Rudolf, Freudental
 Dr. Senff, Alfred, Stgt.-Sillenbuch
 Dr. Schiller, Hans, Stgt.-Degerloch
 Dr. Schneider, Alfred, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Schullenberg, Willi, Stuttgart-S
 Arzt Steinegger, Klaus, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Stingel, Margarete, Göglingen
 Dr. Stocker, Ludwig, Stuttgart-N
 Dr. Umbach, Inge, Obereßlingen
 Dr. Wandel, Ruth, Frickenhausen
 Dr. Wehrhahn, Ingeborg, Kirchheim/T.

Ausgetreten sind:

Dr. Hartmann, Adolf, Stuttgart
 Dr. Rost, Gustav, Löwenstein

Gestorben sind:

Dr. Brandstetter, Fritz, Bad Mergentheim
 Dr. Gaßmann, Gerhard, Stuttgart-O
 Dr. Leibinger, Robert, Stuttgart-N
 Dr. Leopold, Gustav, Bad Mergentheim
 Ärztin Lucas, Elisabeth, Stgt.-Sillenbuch
 Dr. Schmidt, Walther, Stgt.-Bad Cannstatt
 Prof. Dr. Schultz, Arthur, Stuttgart-N
 Dr. Walter, Wilhelm, Stgt.-Bad Cannstatt

Mitgliederbestand am 1. Oktober 1950 = 3096

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Sportärztliche Tätigkeit in Württemberg-Hohenzollern

Außer den Kollegen, die sich bereits gemeldet haben, werden noch weitere sportärztlich interessierte Kollegen gebeten, sich zur Durchführung sportärztlicher Untersuchungen in den Turn- und Sportvereinen beim Landessportbund Württemberg-Hohenzollern in Tübingen, Neckarhalde 47, zu melden.

Es ist vorgesehen, möglichst alle aktiven Sportler, besonders die Jugendlichen, zu untersuchen.

Die Unterlagen und Richtlinien für die Untersuchungen werden den Kollegen alsbald nach der Meldung zugesandt.

Nachruf

Dr. med. Robert E d e r l e, prakt. Arzt, ist am 21. September 1950 in Tübingen nach einer schweren Operation gestorben, die ihm Rettung von einem qualvollen Zustand bringen sollte. Er war ein Sohn des Schwarzwaldes und ist dort in Wildberg im Jahre 1893 geboren. Die Hochschule besuchte er

in München und Tübingen und wurde 1917 approbiert. Von 1916 bis 1918 war er an der Front als Truppenarzt tätig. Die Assistentenjahre verbrachte er nach Abschluß des Krieges in Geislingen und Basel. 1921 ließ er sich als prakt. Arzt in Stuttgart und später in Neuweiler im Schwarzwald nieder. Im Jahre 1928 kam er als Nachfolger des homöop. Arztes Dr. Schlegel nach Tübingen.

In der 22jährigen Zeit der Zusammenarbeit haben wir Herrn Dr. Ederle als Arzt und Mensch schätzen gelernt. Er war ein stiller, ruhiger Charakter, der mit viel Eifer und Geschick seine Praxis versorgte und sich in weiten Kreisen der Bevölkerung eine geachtete Stellung zu verschaffen wußte. Keine Mühe war ihm zu viel, kein Weg zu weit oder zu schwierig, wenn es galt, einem kranken Menschen zu helfen. Seine Kenntnisse auf allen Gebieten der Medizin waren weit über dem Durchschnitt, er war stets bestrebt, seinen Patienten das Beste und Neueste zu bieten.

Seine Kollegen werden den stillen, fleißigen Mann, den untadeligen Berufsgenossen, der niemals auch je im geringsten die ärztliche Linie verletzte, in bestem Andenken bewahren.

ARZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Bildung eines Disziplinausschusses

Die Delegiertenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden hat in ihrer Sitzung am 16. September 1950 beschlossen, die Satzung der KVD. vom 27. Januar 1941 wieder anzuwenden und dazu folgende Zusatzbestimmung genehmigt:

„Die Vorschriften des § 8 der Satzung der KVD. vom 27. Januar 1941 und die dazu ergangene Anordnung des früheren Leiters der KVD. vom 20. Februar 1941 finden in Fällen der Pflichtverletzung durch Mitglieder der KVNB. bis auf weiteres sinngemäße Anwendung mit folgenden Änderungen:

1. Der Vorsitzende der Landesstelle hat mit Zustimmung des Vorstandes der Landesstelle seine Befugnisse nach § 8 der Satzung (Einleitung und Durchführung des Verfahrens) einem Disziplinausschuß übertragen, der aus einem Vorsitzenden und zwei Beisitzern besteht. Der Vorsitzende und ein Beisitzer müssen Kassenärzte, der zweite Beisitzer muß ein zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst befähigter Rechtskundiger sein. Sie und ihre Stellvertreter werden von der Delegiertenversammlung der Landesstelle gewählt.

2. Bei Verhinderung oder Befangenheit eines Mitgliedes des Disziplinausschusses tritt ein Stellvertreter an seine Stelle.

3. Einspruch gegen die Entscheidungen des Disziplinausschusses ist bei dem Vorstand der KVNB. einzulegen, der endgültig entscheidet. Der Vorstand übt alle diejenigen Befugnisse aus, die in § 8 der Satzung und in der Anordnung vom 20. Februar 1941 dem Leiter der KVD. übertragen sind.

Die Entscheidung über den Einspruch muß vom Vorstand unter Zuziehung eines zum Richteramt befähigten Rechtskundigen getroffen werden. Sie erfolgt mit Stimmmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

4. Im übrigen richtet sich das Verfahren vor Disziplinausschuß und Vorstand nach den Vorschriften der Anordnung vom 20. Februar 1941, die sinngemäß anzuwenden sind.“

Als ärztliche Mitglieder des Disziplinausschusses wurden von der Delegierten-Versammlung gewählt die Herren

Dr. Blümel, Karlsruhe	1. Vorsitzender
Dr. Leopold Fischer, Sinsheim	Ständiger Beisitzer und
	2. Vorsitzender.

Als juristischer Beisitzer wird Herr Oberregierungsrat Dr. Häussner, Karlsruhe, fungieren.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien, welche zur Zeit in Nordbaden notstandshalber das Zulassungswesen bearbeiten, geben bekannt, daß in den unten angeführten Orten je ein Kassenarztsitz für die angegebene Arztkategorie zu besetzen ist:

Facharzt für Urologie in Karlsruhe
 prakt. Arzt in Karlsruhe-Dammerstock
 prakt. Arzt in Karlsruhe-Mühlburg
 prakt. Arzt in Durlach-Aue
 Kinderarzt in Bretten
 prakt. Arzt in Bruchsal
 prakt. Arzt in Helmsheim, Kr. Bruchsal
 prakt. Arzt in Zeutern, Kr. Bruchsal
 Facharzt für Röntgenologie in Heidelberg
 Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten in Eberbach
 Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten in Schwetzingen
 Facharzt für Kinderkrankheiten in Schwetzingen
 prakt. Arzt in Friedrichsfeld
 prakt. Arzt in Laudendach, Bergstraße
 prakt. Arzt in Obergimpfern (Kr. Sinsheim/Elsenz)
 prakt. Arzt in Steinsfurt (Kr. Sinsheim/Elsenz)
 Facharzt für Chirurgie in Bad Wimpfen (Kr. Sinsheim/Elsenz)

Facharzt für Augenkrankheiten in Pforzheim
 Facharzt für Lungenkrankheiten in Pforzheim
 Facharzt für innere Krankheiten in Pforzheim
 prakt. Arzt in Pforzheim

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um drei der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztsitze sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens jedoch bis zum 20. November 1950) bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien, Karlsruhe, Röntgenstr. 5, einzureichen. Den Bewerbungen sind folgende erforderlichen Unterlagen beizufügen:

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Heiratsurkunde
4. Nachweis der Kinderzahl
5. Lebenslauf mit Anführung und Nachweis der seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeit
6. Facharztanerkennung
7. Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister Nordbaden
8. Polizeiliches Führungszeugnis
9. Nachweis über etwa bisher ausgeübte kassenärztliche Tätigkeit
10. Eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Ärzte, die bei den KV-Bezirksstellen, bei der KV-Landesstelle Nordbaden oder bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien bereits früher eine Bewerbung für oben stehende Kassenarztsitze eingereicht haben, wollen innerhalb der genannten Bewerbungsfrist noch einmal bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien einen kurz gefaßten Antrag einreichen. Zu diesem Antrag werden etwa früher bereits vorgelegte Unterlagen verwendet.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— fällig, die bei der Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 221 90 der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden, Mannheim, einzuzahlen ist. Ist eine Gebühr bei früheren Bewerbungen um obige Kassenarztsitze bereits eingezahlt, so kommt eine nochmalige Gebühreneinsendung nicht in Betracht.
 Karlsruhe, den 28. September 1950

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Nordbaden

Ärztlicher Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät Heidelberg

am 4. und 5. November 1950

Über die arteriellen Erkrankungen und ihre Behandlung

Samstag, den 4. November 1950

15 Uhr s. t. Eröffnung durch den Herrn Dekan der Med. Fakultät Prof. Randerath.

15 Uhr c. t. Prof. Dr. Randerath:
„Pathologische Anatomie der arteriellen Erkrankungen.“

16 Uhr c. t. Prof. Dr. Oehme:
„Zum Hochdruck und seiner Behandlung.“

17 Uhr c. t. Prof. Dr. Schwiegk:
„Die Coronarerkrankungen.“

Sonntag, den 5. November 1950

9 Uhr c. t. Prof. Dr. Enghelking:
„Der Augenhintergrund bei arteriellen Erkrankungen.“

- 10 Uhr c. t. **Dozent Dr. Meyer:**
„Die Gefäßerkrankungen des Nervensystems.“
- 11 Uhr c. t. **Dozent Dr. Linder:**
„Die chirurgische Behandlung der Gefäßerkrankungen.“
- Tagungsort: Ludolf-Krehl-Klinik Heidelberg, Bergheimer Straße 58.
Der Kurs ist gebührenfrei.

Kursleiter: Prof. Dr. Vogel, Direktor der Nervenabteilung.
Anfragen, Wünsche und Anregungen sind zu richten an:
Prof. Dr. H. W. Wedler, Ludolf-Krehl-Klinik Heidelberg, Bergheimer Straße 58.

Persönliches

Herr Dr. med. Eugen E s s i g, prakt. Arzt, geb. am 4. Februar 1878, gest. am 10. August 1950 in Malsch, Kr. Karlsruhe.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN
Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 2534

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:
Konstanz für einen Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.
K o r k, Kr. Kehl, für einen Facharzt für Augenkrankheiten.
Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. November 1950) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber

bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,

3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

Umzug der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Freiburg

Die Medizinische Universitäts-Poliklinik (bisher Hugstetter Straße 55) bezieht am 30. Oktober 1950 ihr wiederhergestelltes Haus in der Johanniterstraße 6. Die Leitung der Poliklinik bittet die Kollegen, die Patienten bei Überweisungen auf die geänderte Adresse aufmerksam zu machen. Sprechstunden von 8—13 Uhr, durchgehend für Eilfälle (auch nachts). Telefon Freiburg 2154.

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

Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

Überbrückungshilfe der Betriebs- und Innungskrankenkassen in der französischen Zone

Die bisher noch offene Angelegenheit wegen der Überbrückungshilfe für die am 1. Oktober 1949 bzw. später wieder errichteten Betriebs- und Innungskrankenkassen ist durch eine Vereinbarung mit dem Hauptverband der Betriebskrankenkassen in Essen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Innungskrankenkassen-Verbände in Köln bzw. den jeweiligen Landesverbänden wie folgt geregelt worden:

- a) Die Überbrückungshilfe beträgt:

I. Betriebskrankenkassen:

Bei einem Grundbetrag bis DM 11.99 ein Zuschlag von 22 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 15.— ein Zuschlag von 20 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 18.— ein Zuschlag von 17 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 21.— ein Zuschlag von 14 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 24.— ein Zuschlag von 11 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 27.— ein Zuschlag von 9 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 30.— ein Zuschlag von 5 %
Bei einem Grundbetrag über DM 30.— entfällt der Zuschlag.

II. Innungskrankenkassen:

Bei einem Grundbetrag bis DM 11.99 ein Zuschlag von 20 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 15.— ein Zuschlag von 15 %
Bei einem Grundbetrag bis DM 20.— ein Zuschlag von 10 %
Bei einem Grundbetrag über DM 20.— ein Zuschlag von 6 %

Allgemein: Die Erhöhung des Grundbetrages berührt nicht den bisherigen, für die einzelnen Kassen geltenden Grundabschlag (§ 2 des Vergütungsabkommens).

III. Bei Anwendung des § 6 des Vergütungsabkommens ändert sich das bisherige Ausgangskopfpauschale (§ 3 a. a. O.) mit der Maßgabe, daß sich die Veränderung

- a) bei Betriebskrankenkassen mit einem derzeitigen

Grundbetrag bis DM 11.99 im Verhältnis 1 : 0,9
Grundbetrag bis DM 15.— im Verhältnis 1 : 0,8
Grundbetrag bis DM 20.— im Verhältnis 1 : 0,7
Grundbetrag über DM 20.— im Verhältnis 1 : 0,6

- b) bei Innungskrankenkassen mit einem derzeitigen

Grundbetrag bis DM 11.— im Verhältnis 1 : 0,9
Grundbetrag bis DM 15.— im Verhältnis 1 : 0,8
Grundbetrag bis DM 20.— im Verhältnis 1 : 0,7
Grundbetrag über DM 20.— im Verhältnis 1 : 0,6

auswirkt, soweit nicht bei allen Kassenarten höhere Sätze bestehen.

b) Bei Steigerung der Grundlohnsumme gegenüber der Ausgangsgrundlohnsumme um mehr als 50 % verwandelt sich der Grundabschlag unter sinnemäßiger Anwendung des § 5 Abs. 1 des Vergütungsabkommens in einen Zuschlag. Entsprechendes gilt, wenn sich die Grundlohnsumme gegenüber der Ausgangsgrundlohnsumme um mehr als 50 % vermindert.

c) Die bisherigen Abschläge aus § 10 des Vergütungsabkommens bleiben unverändert, soweit sich nicht aus den kassenärztlichen Gesamtverträgen Änderungsmöglichkeiten ergeben. Diese Abschläge werden vom bisherigen Grundbetrag errechnet.

d) Die Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen führen von den von den Betriebskrankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütungen, mit Ausnahme der Abgeltungsbeträge für Sachleistungen nach der Vereinbarung vom 22. November 1944, 1 % an den Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Diese Beträge werden einem Härtefonds zugeführt, aus dem die nach Ansicht des Hauptverbandes der Betriebskrankenkassen sich ergebenden Härten ausgeglichen werden sollen.

Von der Gesamtvergütung solcher Betriebskrankenkassen,

die eine Überbrückungshilfe nicht zu bezahlen haben, wird der 1/10ige Betrag an den Härtefonds nicht abgeführt.

e) Von der Gesamtvergütung der Innungskrankenkassen erfolgt kein Härteabschlag.

Diese Vereinbarung gilt für die Zeit vom 1. Oktober 1949

bis 31. März 1950. Für die Zeit ab 1. April 1950 gelten die von der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes mit den Verbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen getroffenen bzw. noch zu treffenden Vereinbarungen.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

34. — 38. Woche 1950

(20. August 1950 — 23. September 1950)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle		Miltbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis	
		N	T																														
Nord- Württemberg	34.	N T	20 6	97 4	70 1	12 3	34 1	1	34 2	56 19	14 14	10														6	1						
	35.	N T	21 4	108 1	42 1	8 3	30		23 2	68 22	26 1	13								6						7	2						
	36.	N T	16 6	121 3	53 3	12 3	30	1	15 73	41 4	4 7	7							1	5	4	1				7							
	37.	N T	18 10	147 4	50 4	12 18	1	13	53	34	14	6	1	1						3	2					24	2					3	
	38.	N T	17 12	135 3	55 3	9 40			6	59	22	9	3							1	1					7 1	1				1		
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	34.	N T	5 3	17 2	10 3	7 2	32		8	14	9	4	2					5			3					8	1						
	35.	N T	7 5	28 1	15 1	5 68			9	7	5	2	9								2					3	1						
	36.	N T	10 4	39 1	9 4	4 55			18	16	18	2	2						2			1				10							
	37.	N T	12 3	36 20	20 6	24			1	12	7		1									1				20							
	38.	N T	13 4	46 4	14 4	21			6	15	2	4	1						1							20							
Nord-Baden	34.	N T	9 7	96 7	51 13	62			6	47	21	2	7	1	11					4	3												
	35.	N T	8 15	92 15	44 9	44			6	30	23	3	4						3		3	5											
	36.	N T	6 2	76 2	36 7	44 1			1	52	20		4	1	2					5	3												
	37.	N T	9 9	110 1	28 7	77			2	65	19	1	9	1						16	3												
	38.	N T	13 5	106 5	47 1	8 56			2	28	24	8	2	1					1	6	2												
Land Baden	34.	N T	25 4	32 2	25 7	87			2	26	25	10					6	1		3						14	1					3	
	35.	N T	20 2	40 1	28 6	89			13	38	11	1	4	1						1						3							7
	36.	N T	14 1	32 1	14 5	78			1	7	21	6														12							5
	37.	N T	13 1	44 1	20 6	76			2	14	35	10								6						4							1
	38.	N T	9 3	45 1	17 3	41			3	5	36	4									8					10							

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Klinge GmbH., München, über „Ovibion“; Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Cibalgin“; Dr. Hetterich GmbH., Fürth, über „Guttacor forte“; MED Fabrik J. Carl Pflüger, Berlin-Neukölln, über „Eu-Med Tabletten“ und Dr. med. Hubold & Bartsch, Hamburg, über „Azo-Angin“ beigelegt.

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