

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

11 (1.11.1950)

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 11

STUTTGART, NOVEMBER 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Knospe:	Abschluß der Kapitalrisikoversicherung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	221
Dr. Bihl:	Vom Recht der Kassenärzte in der Krankenversicherung	222
Prof. Dr. Heiss:	Übersichtsreferat über die sportärztliche Arbeit	224
Dr. Meissner:	Zur Frage der sogenannten Blutbank	226
Dr. Umbach:	Als Teilnehmer am 6. Internationalen Röntgenologenkongreß in London vom 23. bis 29. Juli 1950	227
Dr. Langenbach:	Die Entkeimungsmethode der Praxis und ihre Apparatur	229
Eingesandt		232
Buchbesprechungen		234
Bekanntmachungen		237
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	238
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	238
	Landes-Ärztekammer Baden	241
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	
	Landesverband Württemberg	241
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	
	Landesverband Nordbaden	241
	Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 39.—42. Woche 1950	242

Abschluß der Kapitalrisikoversicherung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.

Von Dr. med. Knospe, Eßlingen,

Vorsitzender des Fürsorge- und Versorgungsausschusses der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.

Nach eingehenden Verhandlungen ist die geplante Kapitalrisikoversicherung (vergleiche meinen Artikel in der Januar-Nr. des Südwestdeutschen Ärzteblattes) nunmehr zustande gekommen und am 1. Oktober in Kraft getreten. Dem weitaus größten Teile der in Nord-Württemberg praktizierenden Ärzte ist damit die Sorge für die Zukunft ihrer Angehörigen zunächst einmal für die kommenden 2 Jahre genommen. Die nicht oder nur ungenügend für den Todesfall versicherten Kollegen und Kolleginnen sind mit einem Sterbegeld für die Dauer von 2 Jahren von 10 000 bzw. 5 000 DM versichert. Die aufzubringenden Prämien entsprechen den damals von mir veröffentlichten Sätzen. Der Vorteil der kollektiven Versicherung liegt abgesehen von dem günstigen Prämiensatz in dem Verzicht der Versicherungsgesellschaft auf die Abgabe einer Gesundheitserklärung. Der Beitritt weiterer Kollegen zu diesen Vorzugsbedingungen ist auf die Dauer eines Monats nach Bekannt-

gabe des Abschlusses der Versicherung beschränkt.

Der ausreichende Schutz für den Todesfall ist für alle, alte wie junge Kollegen, dringend erforderlich. Der erste Todesfall, der am Tage des Abschlusses eintrat, betraf einen noch nicht 50 Jahre alten Kollegen, der eine Frau und zwei unversorgte Kinder hinterläßt. Die unverzügliche Auszahlung des Sterbegeldes war Hilfe in sehr großer Not und ist sehr dankbar anerkannt worden.

Es wird nun Aufgabe der zuständigen Stellen der Standesorganisationen sein, mit allem Nachdruck auf den Ausbau einer ausreichenden Ärzteversorgung auf gesetzlicher Grundlage nach dem Muster der bayerischen Ärzteversorgung zu drängen.

Der Not, die unter den gegenwärtigen Verhältnissen oft kaum mehr tragbar ist, mußte aber auf dem Wege abgeholfen werden, der zu wirtschaftlich tragbaren Bedingungen am schnellsten zum Erfolg zu führen ver-

sprach. Unsere Erwartungen wurden in den Verhandlungen mit der Württembergischen Sparkassenversicherung¹ auch nicht enttäuscht und die Risikogruppenversicherung nach unseren Wünschen unter Dach gebracht.

Das einzelne Mitglied wird mit einer Versicherungssumme von 10 000 DM bei einem Eintrittsalter bis zu 65 Jahren und mit einer Versicherungssumme von 5000 DM bei einem Eintrittsalter über 65 Jahren versichert. Die Ärzte, die sich zur Teilnahme an der Gruppenversicherung gemeldet haben, wurden unserm Vorschlag entsprechend in 4 Gruppen eingeteilt. Gruppe I: Kollegen, die bisher in keiner Weise versichert waren, sind mit der vollen Summe ihrer Altersgruppe versichert. Gruppe II: Für Kollegen, die der früheren Gruppenversicherung noch angehören, das 65. Lebensjahr aber noch nicht vollendet haben, wurde der Versicherungsschutz auf insgesamt 10 000 DM erhöht.

Gruppe III: Für Kollegen, die der früheren Gruppenversicherung angehört haben, infolge Erreichens des 65. Lebensjahres aber bereits abgefunden und nur noch mit einem Sterbegeld versichert sind, wurde der Versicherungsschutz auf insgesamt 5 000 DM erhöht.

Gruppe IV: Nicht niedergelassene Kollegen, die sich zur Teilnahme an der Gruppenversicherung entschlossen haben, erhalten die volle Versicherungssumme ihrer Altersgruppe.

Die einzelnen Versicherten sind selbst Versicherungsnehmer, während die Ärztekammer im Namen der Versicherten rechtsverbindliche Erklärungen abgeben und entgegennehmen kann. Die einzelnen Ärzte haben also durch den Abschluß des Vertrages keine weiteren verwaltungsmäßigen Belastungen übernommen.

Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Hinterbliebenen beim Tode des Ernährers ist da-

¹ Die Sparkassen-Versicherung AG., Stuttgart (früher Deutsche Versorgungsanstalt) ist eine Gründung des Württembergischen Sparkassen- und Giroverbandes, ihr Geschäftsbereich erstreckt sich auf ganz Württemberg und Hohenzollern. Die Sparkassenversicherung arbeitet nach gemeinnützigen Grundsätzen. Dazu gehört, daß ihre Gewinne fast ausschließlich an die Versicherten ausgeschüttet werden. Ihre Gelder werden vorwiegend in Hypotheken auf Wohnbauten angelegt, und zwar nur in Württemberg und Hohenzollern. Sie betreibt alle Arten der Lebensversicherung.

durch gewährleistet, daß für alle Leistungen aus der Versicherung in der Regel die Ehefrauen der Versicherten und nächstens etwaige Kinder als Bezugsberechtigte bezeichnet werden müssen. Ausnahmen von dieser vertraglichen Vereinbarung bedürfen der Genehmigung der Ärztekammer. Bei nicht verheirateten Versicherten ist der für die Versicherungsleistung Bezugsberechtigte vom Versicherten im Einvernehmen mit der Ärztekammer zu bestimmen. Im Falle späterer Verheiratung wird in der Regel vom Zeitpunkt der Eheschließung an die Ehefrau bezugsberechtigt. Der Name der Bezugsberechtigten muß von den Versicherten in einer kurzen Erklärung aufgeführt werden. Ein Vordruck hierfür wird von der Ärztekammer den einzelnen Mitgliedern zugeleitet und ist von diesen ausgefüllt und unterschrieben der Ärztekammer wieder zurückzuzuliefern. Gleichzeitig erhalten die versicherten Mitglieder die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch die Ärztekammer zugeleitet.

Für den abgeschlossenen Vertrag wird ein eigener Gewinnverband gebildet, so daß die aus diesem Vertrag anfallenden Gewinnanteile nach Abzug der Verwaltungskosten in voller Höhe den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Ein besonderer Rechtsanspruchsschein wird für jedes versicherte Mitglied ausgestellt. Er wird nach Prüfung von der Ärztekammer ausgehändigt. Der Rechtsanspruchsschein enthält u. a. den Namen der versicherten Person, den Namen des Bezugsberechtigten, die Höhe der Versicherungssumme und die Höhe des Jahresbeitrages. Der gesamte Geschäftsverkehr aus dem Versicherungsvertrag läuft über die Ärztekammer, die sich bemüht, die Belange der versicherten Kollegen bestens wahrzunehmen und für reibungslosen Ablauf zu sorgen. Auch im Versicherungsfalle wenden sich die Angehörigen der Kollegen nur an die Ärztekammer, die die schnellste Auszahlung der Versicherungssumme veranlassen wird.

Wir glauben, durch den Abschluß dieses Gemeinschafts-Risikovertrages den Kollegen für die Übergangszeit den besten Schutz geschaffen zu haben, der unter den derzeit gegebenen Umständen möglich war, und wir hoffen, in den nunmehr gesicherten 2 Jahren die endgültige Ärzteversorgung zustande zu bringen.

Vom Recht der Kassenärzte in der Krankenversicherung¹

Grundsätzliche Ausführungen über das Wesen einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (KV.)

Von Dr. med. K. B i h l, Rottweil

Seit 1932 ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV.) in Deutschland der einzige Repräsentant der Ärzteschaft für die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Ohne näher auf die historische Genese einzugehen, sei festgestellt, daß diese Rechtsstellung auch im Dritten Reich beibehalten, ja sogar befestigt wurde. Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches 1945 traten die KV. der einzelnen Länder die Rechtsnachfolge der KV. Deutschland je in ihrem Länderbereich an.

¹ Aus einem Referat beim württ.-hohenz. Ärztetag in Tübingen, 20. Oktober 1950.

Die KV. stellt eine Selbstverwaltung dar und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechtes befugt und verpflichtet, die ihr übertragenen öffentlichen Aufgaben zu bewältigen. Sie ist angewiesen, mit ihrem Sozialpartner, den Krankenkassen — ihrerseits auch Körperschaften des öffentlichen Rechtes — in gemeinschaftlicher Selbstverwaltung eine Sozialpartnerschaft zu bilden, die auf dem Gebiet der Krankenversicherung alle Notwendigkeiten regelt und zur Erreichung dieses Zweckes auch bei der Rechtssetzung an die Stelle staatlicher Organe treten, also rechtsverbindliche Verfügungen für den Kreis ihrer Mitglieder erlassen kann. Die Selbstverwaltung und die

Selbstverantwortung der KV. dient der Erhaltung der Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung und ist die Voraussetzung freien Arztiums.

Es besteht nun offenbar gegenwärtig ein weitgehendes Interesse daran und eine ebenso weitgehende Unklarheit darüber, was eigentlich eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. Ich will deshalb versuchen, dies einmal klarzumachen.

Eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist eine Personenvereinigung, der vom Staat die Durchführung gewisser, im öffentlichen Interesse liegender Aufgaben — in unserem Fall die gesamte ärztliche Betreuung der Sozialversicherten — übertragen ist und die zur Erfüllung dieses Zweckes mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet ist. Sie entsteht durch einen besonderen staatlichen Verleihungsakt — in Württemberg-Hohenzollern durch die Verordnung vom 5. September 1949 über die Bildung der KV. — und ihre öffentliche Aufgabe ist nach Art und Umfang durch diesen staatlichen Verleihungsakt bestimmt.

Die Einzelheiten der Durchführung durch die Körperschaft des öffentlichen Rechts, also Mittel und Wege zur Erfüllung des Zweckes, erfolgen durch die Satzung. Diese Satzung tritt in Kraft, wenn sie vom Arbeitsministerium genehmigt ist, wird aber von der Körperschaft des öffentlichen Rechts selbst aufgestellt und in Verhandlungen mit dem Arbeitsministerium darauf abgestimmt, daß die Durchführung der in dem Verleihungsakt bezeichneten öffentlichen Aufgabe gewährleistet ist. Diese Satzung haben wir in Württemberg am 17. Oktober 1950 als rechtsverbindlich vom Ministerium zurück erhalten.

Die Aufsicht des Staates bezieht sich nunmehr darauf, daß Gesetz und Satzung eingehalten werden, mit anderen Worten, daß das, was im Gesetz bestimmt und bezweckt ist und gemäß der Satzung ausgeführt werden soll, auch ausgeführt wird und daß das, was nicht satzungsgemäß ist, auch nicht getan wird. Diese Aufsicht übt für den Bereich der KV. Württemberg-Hohenzollern das Arbeitsministerium in Tübingen aus.

Überträgt nun der Staat der Körperschaft des öffentlichen Rechts zusätzliche Aufgaben — und das kann er —, die im Gesetz und Satzung vorher nicht genau fixiert sind und beispielsweise im Laufe einer Entwicklung dazukommen, so ist die KV. nur dann verpflichtet, diese zusätzlichen Aufgaben auszuführen, wenn diese neu hinzugekommenen Arbeitsgebiete dem Inhalt und dem Sinn des Verleihungsaktes — d. h. also des Gesetzes — entsprechen. Entstehen Zweifel, ob dies der Fall ist, so steht der Körperschaft des öffentlichen Rechts hiergegen eine Verwaltungsbeschwerde, führt auch dies zu keiner befriedigenden Lösung, noch das Verwaltungsgerichtsverfahren zu. Eine Befehlsgewalt — also ein unmittelbarer Einfluß auf die Körperschaft des öffentlichen Rechtes durch den Staat — besteht nicht. Aufsicht, betreffend Einhaltung von Gesetz und Satzung, und Befehlsgewalt über Gesetz und Satzung hinaus, sind zwei Paar Stiefel!

Diese Erörterungen sind rein theoretisch. Aber man möchte doch wissen, wo die beiderseitigen Grenzen liegen. Nicht als ob überhaupt Grenzstreitigkeiten stattgefunden hätten! Es können eigentlich gar keine stattfinden; denn Aufgaben, Rechte und Pflichten sind so klar formuliert, daß Reibungen kaum denkbar sind.

Wir Ärzte sehen in der Verleihung der Eigenschaft

einer Körperschaft öffentlichen Rechtes eine Anerkennung der Wichtigkeit unseres Berufes und wir meinen, daß diese Eigenschaft nicht nur eine würdige Repräsentation darstellt, sondern daß sie uns innerlich, in unserem Verhältnis zueinander, ganz außerordentlich kräftigt. Ein jeder Vergleich hinkt, aber es drängt sich mir doch der Vergleich mit dem echten Waidmann auf. Schießen können viele Leute, schießen und jagen wollen viele Leute. Aber nicht jeder, der es will und kann, darf es auch. Tut er es trotzdem, heißt man es wildern! Der echte Waidmann muß hegen und pflegen und sein Werk kunstgerecht tun. Er muß Regeln einhalten und Pflichten erfüllen!

In der Körperschaft des öffentlichen Rechtes liegen natürlich auch Beschränkungen oder — wie man manchmal sagt — Bindungen an den Staat, die eines „freien“ Berufes unwürdig seien; Bindungen hauptsächlich auf dem tariflichen Gebiet. Darüber wird man sich immer einmal wieder unterhalten. Ich bin allerdings der viel leicht altmodischen Meinung, daß ein Gesetz, das mir meine Berufsausübung gewährleistet, mir immer lieber ist als gar kein Gesetz. Solange wir Rechtsstaat sind, gilt ein Gesetz in seinem objektiven und genau bekannten Inhalt. Sind wir kein Rechtsstaat mehr, dann gibt es sowieso keine Organisationsform selbständigen Charakters mit berufsgebundenen Zielen mehr!

Wie wenig eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes — selbst durch einen totalen Staat — an der Durchführung ihrer gesetzlich fixierten Aufgabe gehindert werden kann, zeigt das Beispiel der Religionsgemeinschaften der katholischen wie evangelischen Kirche, die beide Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind, die im Dritten Reich zwar viel schikaniert, aber nie ihres Wesens entkleidet werden konnten, trotzdem sie oft in manifester Gegnerschaft zu der vermeintlichen Staatsomnipotenz gestanden haben.

Der so entstandenen Körperschaft des öffentlichen Rechtes, genannt KV., schließt sich jeder Arzt freiwillig an. Es ist jedem unbenommen, nicht Kassenarzt zu werden und sich anderen Zweigen der Medizin hinzuwenden, der Forschung, dem Staatsdienst, der Industrie usw. Es ist auch jedem Arzt möglich, jederzeit aus der KV. auszuschneiden. Dies ist für jeden Arzt die von ihm selbst zu entscheidende wirtschaftliche Frage.

Die KV. ist also im Urgrund eine freiwillige Organisation und wählt ihre Spitzen in freier — weder vom Staat noch vom Sozialpartner beeinflusbarer — Wahl. Die Gewählten sind den Ärzten Rechenschaft schuldig, von denen sie gewählt sind. Ihre Verantwortung orientiert sich — selbstverständlich im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches — an Gesetz und Satzung und am Wohl und Wehe der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der KV. Außerordentliche Mitglieder sind solche, die Kassenärzte werden wollen, also unsere Jungärzte, soweit sie im Arztregister eingetragen sind. Hier steht die KV. im nächsten Kontakt mit der Jungärzteschaft, und das ist etwas gar nicht Unbestrittenes! Denn 1932 gab es noch gar keine „außerordentlichen“ Mitglieder. Sie kamen erst 1933 (also in der Nazizeit) dazu. Am eigentlichen Vertragswerk waren sie nicht beteiligt, und bis heute unterhalten die Krankenkassen keine besonders begeisterten Beziehungen zu den Jungärzten. Wir haben Verständnis für die Situation der Jungärzte und tun gerne, was wir im Rahmen unserer Möglichkeiten tun können.

Die KV. ist nun keineswegs eine nur wirtschaftliche Organisation, zu der sie das Ministerium von Württemberg-Hohenzollern gestempelt hat. Wir werden nicht aufhören, dagegen zu protestieren, und es verrät einen sehr oberflächlichen Einblick in den ärztlichen Beruf, wenn man die „Durchführung der kassenärztlichen Versorgung“ nur als eine Wirtschaftsfrage behandeln will.

Die KV. ist die ärztliche Organisation, die allein die zur Durchführung der kassenärztlichen Versorgung nötigen Verträge abschließt und für die hieraus hervorgehenden Leistungen bürgt. Diese Verträge sind — sozusagen als Stahlskelett des Krankenversicherungsgebäudes — in der RVO. bzw. in der Vertragsordnung von 1931, die eine Durchführungsbestimmung der RVO. ist, in den Grundzügen festgelegt.

Die RVO. als solche hat Gesetzeskraft seit 1911, die §§ 368—373, in denen die Aufgaben der Ärzte formuliert sind, gelten in ihrer heutigen Fassung seit 1932. Diese §§ der RVO. beinhalten aber ein sehr weites Feld ärztlicher Betätigung. Würden wir alle Möglichkeiten der RVO. und der bestehenden Verträge für uns ausnützen, hätten wir viel weniger Grund zur Klage. Daß wir bis jetzt diese nicht ausnützen können, ist noch die Folge des Dritten Reiches, in dem sich Regelungen eingespielt haben — auf Grund des damaligen Führerprinzips —, die das ursprünglich demokratische Prinzip in grotesker Weise verzerrt haben. Daß wir immer noch nicht die für uns in der RVO. liegenden Vorteile ausschöpfen konnten, liegt jetzt daran, daß die hierzu notwendigen Instanzen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung noch fehlen. Wir erstreben sie mit aller Energie.

Es wird der KV. auch von keiner Seite zugemutet, die heutige Konstruktion des Dreiecks: Patient — Arzt — Kasse, als allein seligmachend und unabänderlich zu betrachten. Gerade bei der KV. steht nicht nur das Recht, sondern gerade die einzige Möglichkeit, in Verhandlungen Verträge auszulegen, zu ändern oder ganz neu zu gestalten. Zur Stunde ist aber Klarheit darüber vorhanden, daß die RVO. noch gilt und Gesetzeskraft hat.

Die RVO. ist in manchem überholt und muß im Rahmen der dringlich nötigen Form geändert und ergänzt werden. Das erwartete Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen befaßt sich damit. Wer aber je mit dem Vorgang einer „Gesetzgebung“ in Bekanntschaft gekommen ist, der weiß, wie schwer es ist, einen Gesetzesparagrafen mit parlamentarischen Methoden zu ändern und wie schwerfällig und zeitraubend auch nur die Vorarbeiten für solche Änderungen sind.

Diese RVO. also, insonderheit die §§ 368—373 haben

die Grundlage dargestellt, auf der die Sozialpartner die Verträge abgeschlossen haben und die für uns in Württemberg-Hohenzollern im wesentlichen noch auf dem KLW. (Kassenärztlicher Landesvertrag) von 1932 beruhen. Oft ergänzt, da und dort geändert, durch Richtlinien, Vereinbarungen, Abmachungen, Zusatz- und Vergütungsabkommen geflickt, ist er noch in Kraft und bei gegenseitigem gutem Willen wäre er sogar immerhin noch im Stande, die Zeit bis zu einer richtigen Neuordnung des ganzen Vertragswerkes zu überbrücken!

Bekanntlich zahlen die Krankenkassen ein sogenanntes Kopfpauschale mit befreiender Wirkung, d. h. ein Kassenarzt hat keinen Anspruch an die Kasse, sondern an seine KV. Die Krankenkassen zahlen dieses Kopfpauschale für den gesunden Versicherten — in wenigen Fällen auch für den kranken Versicherten, solange dieser durch Weiterzahlung des Beitrages Mitglied der Krankenkasse bleibt. Dieser Kopfpauschalbetrag errechnet sich aus der Summe der an die Krankenkasse gezahlten Beiträge der Versicherten und aus der Versichertenzahl, indem man diese in Relation gesetzt hat zu der ärztlichen Gesamtleistung, die im Ausgangszeitraum 1930 bei der Kasse auf Grund der damals bestehenden Einzelleistungshonorierung nachgewiesen wurde.

Es ist also festzuhalten, daß das Kopfpauschale der Kassen pro Versicherten bezahlt wird. Nun ist es Arbeit der KV. dieses Kopfpauschale zum Fallpauschale umzurechnen und jedem Kassenarzt je nach der Anzahl der von ihm nachgewiesenen Krankheitsfälle seinen Anteil an der Kopfpauschalgesamtvergütung zukommen zu lassen. Diese Umwandlung regelt ein Honorarverteilungsmaßstab, dessen Grundzüge in der RVO. schon vorgezeichnet und in den einzelnen Landesarztverträgen in weiteren Einzelheiten festgelegt sind. Jede KV. hat ihren eigenen Verteilungsplan. Diese Verteilungspläne unterscheiden sich — da sie im wesentlichen auf den Verträgen beruhen — nur ganz wenig untereinander. Sie sind kein Geheimnis. Sie sind veröffentlicht, teils in ärztlichen Rundschreiben, teils sogar in der öffentlichen Landespresse. Wer lesen kann und lesen will, kennt ihren Inhalt.

Nun verlangen die Krankenkassen plötzlich eine Mitwirkung an einer von ihnen geforderten Neugestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes. Ob er neu zu gestalten ist, wird sich zeigen, wenn wir das derzeit bearbeitete Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen haben werden. Wie er dann zu gestalten ist, hängt davon ab, ob sich die zu verteilende Summe so exorbitant erhöht, daß die bisherigen „Maßstäbe“ nicht mehr zeitgemäß sind! Hoffen wir darauf!

Übersichtsreferat über die sportärztliche Arbeit

Von Prof. Dr. med. F. Heiss, Stuttgart-Bad Cannstatt

In Württemberg hat vor dem Krieg eine mustergültige sportärztliche Tätigkeit bestanden, die vor allem der rührigen Arbeit der Kollegen Dr. Karl Berner und Dr. Wilhelm Krauss zu verdanken war. Nach dem Zusammenbruch mußte die sportärztliche Organisation neu aufgebaut werden. Im April 1949 schlossen sich die Südwestdeutschen Sportärzte zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen mit dem Ziel, die Sporttreibenden sportärztlich zu betreuen und die Kollegen auf sport-

ärztlichem Gebiete wissenschaftlich und praktisch weiter auszubilden. Der schlechte Allgemeinzustand unserer Jugend verlangte eine stärkere ärztliche Überwachung als früher. Eine Reihe von sportärztlichen Tagungen haben inzwischen stattgefunden, deren Ergebnisse im folgenden kurz zusammengefaßt werden sollen:

Grenze der Leistungsfähigkeit (Prof. Dr. Heiss). Die Leibesübungen müssen biologisch gesehen als ein Reiz auf den Körper aufgefaßt werden.

Infolgedessen gilt für sie die Arndt-Schultzsche Regel. Der ängstliche Turnlehrer, der seinen Kindern einen zu geringen Bewegungsreiz bietet, wird körperlich und seelisch keinen Erfolg seiner Übungsstunde haben. Der ehrgeizige Trainer, der seine Jugendlichen übertrainiert, wird den Organismus schädigen und eventuell das Wachstum stören. Untersuchungen, die an der Bierschen Klinik und an der alten Deutschen Hochschule für Leibesübungen durchgeführt worden waren, zeigten mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion, daß nach jeder sportlichen Leistung ein vermehrter Abbau der innersekretorischen Drüsen erfolgt. Im Übertraining hält dieser vermehrte Abbau jedoch tage- und wochenlang an und muß so zu einer Schädigung des gesamten Körpers führen. Als sichtbare Zeichen des Übertrainings treten vorwiegend Störungen im vegetativen Nervensystem auf; abnorme Pulsverlangsamungen von 48 Schlägen und weniger in der Minute, Absinken des Blutdruckes (systolisch unter 90 mm/Hg.), starker Dermographismus, nervöse Störungen von seiten des Verdauungskanales wie Erbrechen oder Durchfall beim Aufruf zum Start, unruhiger Schlaf zugleich als Zeichen einer zerebralen Überlastung und schließlich häufiges nächtliches Urinlassen, wie man es bei einem dekompensierten Kreislauf sieht. Werden diese Punkte beachtet, so ist die Gefahr der Schädigung auch durch ein hartes Training außerordentlich gering. Bei Jugendlichen muß die zu frühe Spezialisierung auf eine Sportart vermieden werden. Im Gegenteil muß der Sportarzt den Jugendlichen bei der Untersuchung darauf aufmerksam machen, daß er den erforderlichen Ausgleichsport betreiben soll.

Der Ausgleich von schwachen Punkten muß besonders beachtet werden. Hierzu rechnen in erster Linie: 1. mangelhaft ausgebildete Bauchmuskeln. Sie sind zur Einleitung einer jeden Körperbewegung notwendig, da sie diejenigen Muskelgruppen sind, die dem Schwerpunkt am nächsten liegen. Bei schlaffen Bauchmuskeln kommt es außerdem häufig zu Verdauungsstörungen. 2. schlechte Rückenmuskulatur (Haltungsfehler). 3. ungenügend ausgebildete Halsmuskeln (schlechte Spitzenatmung). 4. verkürzte Brustmuskeln, sowie Verkürzung der Beugemuskeln an der Rückseite der Beine (Neigung zu Rundrücken, Brustkorbverflachung; Gefahr der Muskelrisse).

Besonderer Wert muß auf die Ausbildung des Lungenfassungsvermögens bei unseren Jugendlichen gelegt werden. Schwimmen ist hierfür die beste Sportart, da unsere Spitzenschwimmer eine Vk. von 7,5 bis 8 l haben, während der ungeübte, erwachsene Mann durchschnittlich nur 3,5 l hat.

Sport und Kreislauf (Prof. Parade). Das Herz antwortet auf die vermehrte Belastung durch Vergrößerung des Minutenvolumens. Durch die vermehrte Belastung kann es zu einer tonogenen Dilatation kommen, die später zu einer Hypertrophie führt. Die vermehrte Erweiterung der Blutgefäße während der Anstrengung führt zu einer Blutdrucksenkung, wenn sich das Herz nicht anpaßt. Hypophyse und Nebenniere spielen als Regulatoren eine große Rolle. Das Herz paßt sich an die wiederholten Anstrengungen im Training an. Es kommt zu einer Sportbradykardie und Sportdyspnoe. Der trainierte Sportsmann ist der Typ des „Sparorganismus“. Der Sparnerv ist der Vagus. Das große Sporthertz stellt keine Schädigung dar. Nicht jeder Sportsmann bekommt durch das Training eine röntgenologisch erkenn-

bare Vergrößerung des Herzens, da die einzelnen Menschen verschieden reagieren. Die Herzvergrößerungen der Sportler sind reversibel. Es handelt sich also nur um eine Anpassung. Ein gesundes Herz muß sofort nach einer körperlichen Anstrengung kleiner sein als vorher; bei einem geschädigten Herzen kommt es dagegen zu einer myogenen Dilatation.

Verhütung von Sportschäden (Prof. Dr. Heiss und Doz. Dr. Rohleder). Eine Reihe von Todesfällen sind im letzten Jahr beim Boxen aufgetreten. Sie wurden eingehend mit den Sportwarten besprochen. Als Hauptursache kommt in Frage, daß die Kämpfer nicht genügend „fit“ waren, als sie in den Ring gingen. Es ist zu unterscheiden zwischen dem k.o.- und dem groggy-Zustand. K.o. ist eine reflektorische zerebrale Durchblutungsstörung, die durch Reizerscheinungen an den sympathischen Ganglien ausgelöst wird. Er ist im allgemeinen harmlos. Die Benommenheit geht nach wenigen Sekunden wieder zurück. Die Hauptgefahr liegt im Aufschlagen des Benommenen auf den Boden (Schädelbasisbruch). Alle Versuche, den Boden des Boxrings durch Gummimatten usw. zu verbessern, haben sich nicht bewährt. Der vorgeschriebene Bodenbelag aus mitschwingenden Holzbrettern, einer Filzunterlage und einer Plane darüber scheint noch das Beste zu sein. Viel schlimmer als der k.o.- ist der groggy-Zustand. Als Folge der harten Schläge kommt es zu zahlreichen Petechien an der Oberfläche des Gehirns. Diese führen zur „weichen Birne“ des Boxers (Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, allgemeiner Verfall der Persönlichkeit). Ringarzt und Ringrichter haben die Aufgabe, jeden Boxer, der angeschlagen ist, sofort aus dem Kampf zu nehmen.

Die meisten Sportschäden treten jedoch an den Gelenken auf. Nicht das Streben nach Höchstleistungen ist dafür verantwortlich zu machen, sondern die ungenügende Vorbereitung und falsche Technik. Die Beschwerden beim Speerwerferellbogen zum Beispiel können durch Änderung des Griffes (Zangen-statt Faustgriff) und durch einwandfreie Technik weitgehend beseitigt werden. Beim Hochsprung gibt der Rollstil weniger häufig zu Beschwerden und Gelenkveränderungen Anlaß als die anderen Sprungarten. Für die meisten Sportarten läßt sich heute schon ein Hinweis geben, wie Gelenkschäden vermieden werden können. In den Richtlinien für die sportärztliche Untersuchung wurden diese Punkte zusammengefaßt. Als Vorbeugung für spätere Gelenkschäden ist auch die Ausheilung von Verletzungen wichtig. Vor allem nach Knieverletzungen fangen die Sportler viel zu früh wieder mit dem Training an und glauben durch Bandagen den geschädigten Gelenken genügend Halt geben zu können, statt durch aktive Widerstandsübungen die Muskulatur so weit zu kräftigen, daß keine Atrophie mehr vorhanden ist.

Über den „Geburtenverlauf bei Spitzenkönnerinnen“ der Leichtathletik berichtete Dr. Pfeiffer (Uni-Frauenklinik Heidelberg). Er konnte feststellen, daß bei diesen Frauen keine Störungen durch ihre sportlichen Höchstleistungen bei den späteren Geburten aufgetreten waren, die Austreibungsperiode bei sportlich geübten Frauen sogar leichter erfolgte als bei ungeübten, so daß die Anschauung Sellheims von der „straffen Faser“, die durch den Sport in der Beckenbodenmuskulatur entstehen sollte, hierdurch erneut widerlegt wurde. Bei diesen Sportlerinnen traten Stillschwierigkeiten seltener auf als bei Nichtsportlerinnen.

Über die Bekämpfung der lipophilen Dystrophie bei Rußlandheimkehrern sprach Dr. Wildhirt (Zentralkliniken Göppingen): Durch genau dosierte Leibesübungen gelang es, die Störungen besser zu beheben als durch innersekretorische Mittel allein. — Dr. Bacher (Krankenhaus Berg) gab interessante Hinweise zur Verhütung von Schäden bei dem in Württemberg sehr verbreiteten Versehrten Sport. — Besonderer Wert wurde auf die „körperliche Ertüchtigung der körperlich schwachen Kinder“ gelegt (Heiss, Baumann, Rohleder, Schnitzer). Auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Sportärzte sind in zahlreichen Ortschaften Württembergs Kurse für körperlich schwache Kinder eingerichtet worden. Sehr günstige Erfahrungen auf diesem Gebiete liegen aus Schwäb. Hall (Dr. Arnold) und Heidenheim (Dr. Graff) vor. Durch die finanzielle Unterstützung des Sporttotos war es mög-

lich, diese Kurse in den großen Ferien 1950 zum zweitenmal mit großem Erfolg durchzuführen.

Als eine segensreiche Einrichtung hat sich die neugegründete „Sporthilfe“ beim Landessportbund Württemberg bewährt. In besonderen Notfällen können durch sie an verletzte Sportler finanzielle Beiträge zur besseren Durchführung einer Behandlung und zum Ausgleich sozialer Härten gegeben werden.

Die Zahl der Kollegen, die sich für die sportärztliche Arbeit zur Verfügung stellen, wächst dauernd. Im Interesse der körperlichen Ertüchtigung unserer Jugend ist es jedoch notwendig, daß sich möglichst jeder Arzt mit dem sportärztlichen Problem auseinandersetzt. Auch in anderen Ländern wird wieder in vermehrtem Maße auf sportärztlichem Gebiete gearbeitet. Die englische medizinische Zeitschrift „The Practitioner“ widmet zum Beispiel ihre Aprilnummer ausschließlich den Sportverletzungen.

Zur Frage der sogenannten Blutbank

Von Dr. med. M. Meissner, Assistenzarzt der Chir. Universitäts-Klinik Tübingen und Leiter der Blutbank

Nach eingehenden Vorversuchen wurde am 1. Juni 1950 in der Chirurg. Univ.-Klinik, Tübingen, eine sogenannte Blutbank eingerichtet. Seit dieser Zeit wurden insgesamt 529 Transfusionen mit Konservenblut durchgeführt. Bei größerem Bedarf kann mit der jetzt vorhandenen Einrichtung bis auf monatlich 200 Flaschen zu je 500 ccm Blut gesteigert werden. Die Versorgung auch der auswärtigen Kreiskrankenhäuser wie Horb, Hechingen, Nagold und Tuttlingen läuft an.

Durch die Methode der Blutkonservierung ist Blut jederzeit greifbar. Das einige Tage vorher abgenommene Blut wurde in Ruhe auf Blutgruppe, Untergruppe und Rh.-Faktor untersucht und auch das Ergebnis der serologischen Untersuchung ist vom Hygienischen Institut zurück.

Das Bereitstehen von gruppengleichem und Rh.-gleichem Blut ist sehr wichtig für Notfälle mit akutem Blutverlust. Während der Operation kann die therapeutisch wichtige Dauertropftransfusion mit ihrem Minimum an unmittelbarer Kreislaufbelastung angelegt werden. In erster Linie wird aber der bei lang dauernden Eingriffen absinkende Blutdruck konstant erhalten und außerdem Blutverlusten sofort begegnet. Die Schockverhütung und Bekämpfung spielt damit im Vergleich zum Blutersatz die weitaus größere Rolle.

Zusammen mit den neuen Narkosemethoden ermöglicht erst die Blutkonserve langdauernde und große Eingriffe bei älteren Patienten oder bei Patienten in schlechtem Allgemeinzustand. Eine wichtige Indikation für die Überleitung von konserviertem Blut ist auch der Ersatz der Eiweißkörper bzw. die Anregung der Globulinbildung bei entkräfteten Kranken, die auf diese Weise operationsreif gemacht werden und über die postoperative Phase hinweggebracht werden können.

Die viel diskutierte Luesverhütung durch Blutkonserven könnte einen weiteren Vorteil bilden. Sollten die amerikanischen und russischen Arbeiten bestätigt werden können, wonach die Spirochäte nicht länger als 90 Stunden im konservierten Blut lebensfähig bleibt, wäre damit ein Weg für eine absolute Luesverhütung bei Bluttransfusionen gegeben.

Andererseits ist die Blutkonserve in ihrem praktischen klinischen Wert dem Frischblut vollkommen gleichwertig. Untersuchungen von Schürch und Willeneger zeigen, daß z. B. das Sauerstoffbindungsvermögen mindestens 4 Wochen lang vollkommen erhalten bleibt. Im allgemeinen wird die Blutkonserve schon zwischen dem 4. und 14. Tag verwendet. Durch Konstruktion einer erschütterungsfreien und temperaturstabilen Eistruhe ist es aber möglich, Blut 4 Wochen und länger ohne Eintritt von Hämolyse aufzubewahren, wobei der Grad der Hämolyse das wichtigste Kriterium für die Brauchbarkeit einer Blutkonserve ist.

Um die biologischen Eigenschaften des aufbewahrten Blutes möglichst lange zu erhalten und um die Gerinnung zu verhüten, verwenden wir als Stabilisatorflüssigkeit eine Mischung aus Natriumzitrat, Acidum citricum und Dextrose.

Antibakterielle Zusätze zum Stabilisator verwenden wir nicht, da sie in wirksamer Dosis auch die Eiweißkörper des Blutes schädigen. Eine Infektion wird bei exakter Blutabnahme mit Sicherheit vermieden, da bei unserem Abnahmesystem Blut und Stabilisator nicht mit der Außenluft in Berührung kommen.

Die optimale Temperatur für die Aufbewahrung der Konserven ist +2 bis +5 Grad Celsius. Höhere Temperaturen und besonders Temperaturen unter Null beschleunigen die Hämolyse. Deshalb ist eine Kühltruhe, bei der beim Öffnen ein Abfließen von Kaltluft vermieden wird, besonders günstig.

Als Konservierungsgefäße verwenden wir Flaschen aus alkalifreiem Glas. Die Gummibestandteile unserer Verschlüsse und Transfusionsbestecke sind schwefelfrei. Beide Substanzen würden die Hämolyse befördern.

Auch die Kostenfrage kann durch freiwillige Blutspender in befriedigender Weise gelöst werden.

Bis jetzt werden für 100 ccm Blut 10.— DM, für jedes weitere 100 5.— DM vergütet. In Zukunft sollen aber, wie es schon in Amerika und England üblich ist, die Angehörigen und Bekannten der Patienten, die eine Bluttransfusion brauchen, möglichst dieselben Mengen an die Blutbank abgeben. Blutgruppe und Rh.-Faktor,

die der Spender hat, spielt demzufolge keine Rolle, denn aus dem großen Vorrat der Blutbank kann jederzeit ausgesucht werden.

Wir hoffen, daß wie in Tübingen sich auch in anderen Städten freiwillige Blutspender zur Verfügung stellen, so daß wir mit der Zeit zu denselben Verhältnissen wie in Amerika kommen, indem 60 v. H. des Blutbedarfs die Angehörigen spenden, 30 v. H. von freiwilligen Spendern und 10 v. H. des Blutbedarfs von Hypertonikern etc. gedeckt werden. Damit ist dann auch das zuerst befremdliche Wort „Blutbank“ erklärt.

Jeder freiwillige Blutspender bekommt einen Gutschein, den er bei Bedarf jederzeit einlösen kann. Damit hilft er durch seine Blutspende nicht nur seinem Nächsten, sondern auch sich selbst.

Die Blutabnahme wird erst nach vorhergehender anamnestischer klinischer und röntgenologischer Untersuchung des Spenders und nach Eintrag in die Spenderkartei vorgenommen. Nach Füllung und Sterilisation der Flasche mit 100 ccm Stabilisatorflüssigkeit wird die Spendervene punktiert. Das Vakuum der Flasche saugt durch einen Gummischlauch, der mit der Punktionsnadel

luftdicht verbunden ist, das Blut begierig an. Durch vollständiges Kippen der Flasche wird eine gute Mischung von Blut und Stabilisator gewährleistet. Nach Füllung der maximal 500 ccm Blut fassenden Flasche werden noch 3 Reagenzröhrchen mit etwas Blut angefüllt. Eines davon ist im gleichen Verhältnis wie die Flasche mit Stabilisator gefüllt, dient zur Kreuzprobe und wird an der Blutflasche befestigt. Die beiden anderen dienen zur serologischen Untersuchung auf luetische Infektion bzw. zur Blutgruppen- und Rh.-Faktorbestimmung.

Ebenso einfach ist die Bluttransfusion mit der Blutkonserven. Die nicht oder nur wenig angewärmte Flasche wird durch einen Schlauch mit Filter mit der Empfänger-vene verbunden und das Blut kann je nach Belieben schnell oder tropfenweise in die Vene einlaufen. Transfusionszwischenfälle mit konserviertem Blut haben wir bis jetzt nicht gesehen. Durch Transfusion von nur gruppengleichem und Rh.-gleichem Blut sowie durch jedesmalige Durchführung der Kreuzprobe vor der Transfusion können Zwischenfälle vermieden werden, so daß uns diese Methode der Blutkonservierung und Übertragung als Methode der Wahl erscheint.

Als Teilnehmer am 6. Internationalen Röntgenologenkongreß in London vom 23. bis 29. Juli 1950

Von Dr. med. Karl U m b a c h, Städt. Krankenhaus, Eßlingen a. N.

Einer Einladung der Radiologischen Gesellschaft Folge leistend, nahm eine aus etwa 60 Mitgliedern bestehende deutsche Delegation am Londoner Kongreß teil. Die Führung der deutschen Delegation lag in den Händen von dem im In- und Ausland als Mensch und Wissenschaftler hochgeschätzten Hamburger Röntgenologen Herrn Prof. Dr. Holthusen. Die deutsche Delegation war verhältnismäßig klein.

Da der Koreakonflikt seine Schatten auch nach Europa warf, erschien die Abhaltung des Kongresses zunächst nicht sicher.

Meine Befürchtung, daß die Situation der deutschen Delegation nicht immer ganz einfach sein würde, erwies sich als unbegründet. Es war angenehm und überraschend, wie herzlich die deutsche Delegation aufgenommen wurde; die Gleichberechtigung im Kongreß war immer gewährleistet und die Zusammenarbeit gut, ja ich möchte sagen so vorbildlich, daß auch die Staatsmänner bei ihren Konferenzen sich ein Beispiel daran nehmen könnten.

Der Kongreß, an dem 2700 Röntgenologen von 54 Nationen teilnahmen (oder gar 55 Nationen wie der englische Redner feststellte, wenn man die Schotten extra zählt, womit er auf die Gegensätze zwischen Schotten und Engländern anspielte), stand ganz unter dem Zeichen der internationalen Verständigung und wissenschaftlichen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Radiologie. Der englische König selbst hatte das Protektorat übernommen. Die festliche Eröffnung des Kongresses erfolgte durch Ihre königliche Hoheit Prinzessin Athlone, eine Kusine des Königs, und ihrem Gemahl,

Earl of Athlone. Es bot sich ein farbenprächtiges Bild, als die Delegationsführer, Ehrenmitglieder und Ehrengäste auf der blumenübersäten Ehrentribüne im Ornat Platz nahmen. Für die ausländischen Teilnehmer bot sich Gelegenheit, die Reden vermittels Kopfhörer sofort in ihrer eigenen Sprache mit anzuhören, wenn ich auch hier gleich einfügen darf, daß der Dolmetscher für die deutsche Sprache manchen Fehler machte und Anlaß zur Heiterkeit gab. So berichtete ein Redner über 50 Krankheitsfälle; der Dolmetscher übersetzte das englische cases = Fälle mit 50 Käse.

Während der feierlichen Eröffnungssitzung übernahm der neuernannte Präsident des Internationalen Kongresses, der Präsident der englischen Radiologengesellschaft, Mr. Paterson, die Amtskette von seinem Vorgänger Schinz, Zürich. Die eigentliche Arbeitstagung eröffnete der Vertreter der Londoner Universität und Chefchirurg des Westminster-Hospitals, Sir Stanford Cade. Er würdigte eingehend den sowohl die Röntgendiagnostik sowie die Therapie umfassenden Beitrag für die gesamte Medizin: Ohne Röntgenologie wäre es unmöglich gewesen, die Medizin zu dem Stand zu bringen, den sie bis jetzt erreicht habe. Die Erkennung mancher Erkrankungen im Frühstadium und ihre Kontrolle sei durch die Röntgenologie einfacher und wirksamer geworden; die Genauigkeit der Prognose, die Wirksamkeit neuer Heilmittel habe sich schnell entwickelt mit dem Fortschritt der Röntgendiagnostik. Die Röntgentherapie habe sich von einem Stadium der Empirie zu einer exakten Wissenschaft durchgerungen. Ihr Einfluß auf die Entwicklung von krankhaften Vorgängen ent-

zündlicher, degenerativer und maligner Art habe — wenn auch noch nicht voll verstanden — nichtsdestotrotz die Aussichten der klinischen Medizin verbessert. Kontrolle der Krankheit und oft fortdauernder Stillstand verschiedener pathologischer Prozesse sei durch die Röntgentherapie erreicht worden, selbst in Fällen, wo innere und chirurgische Maßnahmen nicht mehr dazu imstande wären. In der kurzen Zeit eines halben Jahrhunderts habe die Röntgentherapie einen bedeutenden Platz in der klinischen Medizin erobert und die Dankbarkeit der Menschheit geerntet.

Die Persönlichkeit Röntgens als Deutscher kam freilich etwas kurz dabei weg, wenn man auch anerkennen muß, daß die Strahlen, die im Ausland meistens als X-Strahlen bezeichnet werden, von vielen Rednern als Röntgenstrahlen bezeichnet wurden.

Es war ein ungeheures Arbeitsprogramm zu erledigen. In 4 Hallen, alle unweit der Themse in der Nähe des Parlaments und der Westminster-Abtei gelegen, fanden sich überschneidende Vorlesungen statt über die verschiedensten Gebiete der Röntgen-Diagnostik und -Therapie, der Röntgen-Physik und -Biologie. Es war daher unmöglich, alle Vorträge mit anzuhören. Dafür hatte man in der 2. Woche dann Gelegenheit, das Versäumte zum Teil in Form von Fortbildungskursen an den einzelnen Londoner Krankenhäusern nachzuholen. Die deutsche Delegation, die übrigens wie die anderen Delegierten durch ein Abzeichen, das freien Zutritt zu den Krankenhäusern und zuvorkommende Behandlung in den öffentlichen Verkehrsmitteln gewährte, gekennzeichnet war, verhielt sich zurückhaltend. Die Vorträge von Janke, Bonn: Angiocardiographie, Prévôt, Hamburg: Entzündungserscheinungen im Dünndarm, Teschendorf, Köln: Röntgenologische Funktionsprüfung des Herzens, Vogt, Marburg: Generalisierte Hyperostosis, fanden großen Anklang, und es erfüllte mit Stolz, daß die deutsche Röntgenologie und die deutsche Wissenschaft einen guten Klang in der Welt hat. Namhafte Forscher aus aller Herren Länder hielten bedeutende Vorträge. Interessant für uns Deutsche war die Anwendung von radioaktiven Isotopen und die Hochvolt-Therapie mit 1 Mill. Volt Spannung, da wir auf diesem Gebiet durch das Kontrollratsgesetz zur Kontrolle der Atomenergie noch behindert sind.

In der deutschen Fachpresse wird über die wissenschaftliche Seite des Kongresses ausführlich berichtet; es würde an dieser Stelle zu weit führen, näher darauf einzugehen. Vergessen möchte ich nicht, die deutsche elektromedizinische Industrie zu erwähnen, die auf der technischen Ausstellung in London Hervorragendes gezeigt hat und auch großes Interesse fand.

Interessant waren die Erlebnisse sozusagen am Rande des Kongresses. Ganz zu schweigen von der guten Organisation des Kongresses mit dem pünktlichen Ablauf der Vorträge, war auch sonst alles wohl vorbereitet. Jeden Abend bot sich eine andere gesellschaftliche Veranstaltung: Großes Festessen im Zoologischen Garten, Kinobesuch auf Einladung von dem englischen Filmproduzenten Artur Rank, großes Gartenfest mit Volkstänzen, Volksgesängen, Schwimmwettkämpfen, Fecht-Vorführungen mit abschließendem großem Feuerwerk; großer Abschiedsball im Savoy-Hotel, wobei die Kabarett-Einlagen besonders zu erwähnen sind: Folgen-

der Auftritt fand allgemeinen Beifall und bot zugleich einen Einblick in die englische Psychologie: Ein Zauberkünstler suchte einen Freiwilligen aus dem Zuschauerraum. Nach längerem Zögern erhob sich Mister Paterson, der eingangs erwähnte Präsident der Radiologen-Gesellschaft, ein Mann von internationalem Ansehen, der auf der Redner-Tribüne als ein Meister des Wortes durch seine Reden großen Eindruck machte. Atemlose Stille und anschließender großer Beifall folgte. Er gehorchte, sich fast kindlich benehmend, smart lächelnd den Befehlen des Zauberkünstlers, ließ sich auf ein Brett schnallen und bei lebendigem Leib zersägen, um sich nachher unverseht zu erheben.

Ein Höhepunkt des Kongresses war zweifellos der Empfang, den der englische Gesundheitsminister, Mr. Aneurin Bevan, zu Ehren des Kongresses gab. Die Tate-Galerie, eine der berühmtesten Londoner Gemälde-Galerien, war zu diesem Zweck festlich geschmückt; eine Kapelle der Irish-Guard spielte in schmucker Uniform zu kaltem Büfett, das trotz der Rationierung gewisser Lebensmittel, wie Fleisch und Zucker, sehr reichhaltig war. Die Tate-Galerie wurde während des Krieges durch Bomben beschädigt, ist aber wieder ganz aufgebaut, und man kann dort die Werke moderner englischer Maler bewundern.

Jeder Kongreßteilnehmer wurde unter Namensnennung dem Minister vorgestellt. Bevan selbst ist eine imponierende Persönlichkeit, berühmt, weil er die vielumstrittene und auch in der deutschen Presse eingehend erörterte Sozialisierung der englischen Ärzteschaft eingeführt hat, die jedoch nicht den ungeteilten Beifall der englischen Ärzteschaft gefunden hat.

Auch in der englischen Bevölkerung hat sie keinen restlosen Anklang gefunden. Freilich, eine Not der Jungärzte kennt England nicht, obwohl die englischen Ärzte ebenfalls über die Überfüllung in ihrem Beruf klagen. Jährlich bestehen 2400 Medizinstudenten das Staatsexamen in England. Hernach müssen sie mindestens 1 Jahr im Krankenhaus als Hospital Residents (Pflichtassistenten) arbeiten. Sie werden alle bezahlt und bekommen jährlich 350 Pfund = etwa DM 4200.—. Nach diesem Jahr werden sie in das englische Ärzteregister eingetragen, sind Junior-Registrars und verdienen 650 Pfund = DM 7800.—. Nach 2 Jahren sind sie Registrars, nach 4 Jahren Senior-Registrars und verdienen im ersten Jahr 1000 Pfund, im zweiten Jahr 1100 Pfund und im dritten Jahr 1300 Pfund. Die Hälfte aller Engländer verlassen darauf die Klinik, um sich niederzulassen, die anderen schlagen als Assistants und Konsultants die Spezialistenlaufbahn ein. Die Bezahlung erfolgt nach Tarif des Staatlichen Gesundheitsdienstes. Arbeit ist für alle da; einige Stellen im Industrie- und Bergwerksgebiet sind weniger beliebt, und, nicht zu vergessen, wer nicht in England bleiben will, hat Gelegenheit, in die Dominions zu gehen.

Es war für jeden ein großes Erlebnis, an diesem Kongreß teilzunehmen, und man konnte den Eindruck mit nach Hause nehmen, daß die Radiologen in London zu ihrem Teil dazu beigetragen haben, auf dem Weg in die Zukunft dem Frieden näherzukommen. Es war für uns ermutigend, daß an solchen internationalen Kongressen wieder Deutsche gleichberechtigt teilnehmen können.

Die Entkeimungsmethode der Praxis und ihre Apparatur

Nach einem Kurz-Vortrag auf der Therapiewoche Karlsruhe 1950

Von Dr. Ernst Langenbach, Hemsbach a. d. B.

Kurz soll auch die heutige Darlegung sein. Das verlangt Ihre knappe Zeit und die Schriftleitung. Nur für die Anamnese bitte ich um Ihre Geduld. Sie ist, wie bei allen Krankheiten, unentbehrlich.

Vorangestellt sei, um Ihr Interesse zu wecken, Zweck und Ziel: Die Schaffung einer universellen Sterilisationsmethode und ihrer zugehörigen Apparatur für das gesamte Sterilgut der Praxis und nicht nur dieser, sondern auch für Teilzwecke klinischer Art. Sie ist der in der klinischen Chirurgie üblichen Methodik, dem Großautoklaven, in Prinzip und Wirkung gleich, gleichwertig, totsicher, sehr einfach, sehr rasch, dazu von ungewöhnlicher Billigkeit in Anschaffung und Betrieb, da unsere Fachindustrie mit ihren uns so bitteren Preisen dabei nicht bemüht worden ist!

Als These vorangestellt sei, daß das Heißluftverfahren obige Bedingungen seiner ganzen Art nach weder heute noch jemals erfüllen kann.

Die artifizielle — sog. Spritz-Hepatitis als Produkt unserer mangelhaften Sachkenntnis in vorgenannter Materie hat uns ein eindringliches Menetekel an die Wand geschrieben. Und nicht das erste!

Jenes kam nach meiner Erinnerung um 1928 in Köln. Ein Arzt — einer unter so manchen im Verborgenen Gebliebenen — hatte das zufällige Unglück, wegen einer tödlichen Gasbrandinfektion nach Injektion auf fahrlässige Tötung verklagt zu werden. Er wurde eben noch der Anklage ledig, weil ihm allseits bestätigt werden mußte, daß bis dahin die hier klar als schuldig erwiesene Desinfektion und Aufbewahrung in Alkohol allgemein als sicher angesehen und weit verbreitet war. Dies trotz einzelner schon warnender Stimmen, daß der Alkohol viel eher ein Konservierungsmittel ist für Sporen und selbst vegetative Formen hochgefährlicher Bakterien! Damals wurde dem Alkohol vor Gericht und Bakteriologie das Urteil gefällt, so daß keiner mehr sich herausreden konnte und heute kann(!), den der gleiche Zufall traf — oder heute trifft! Es rauschte damals — wie heute! — im Blätterwald und — der Alkohol blieb!! Samt Spritzenbehälter. Er fand sogar Geschwister ähnlich dunkler Herkunft aus der Chemie. Damals hätte er und seinesgleichen restlos abserviert werden müssen. Er hat das überlebt —, und sehen wir uns um . . . : Zahlreiche Spritzinfektionen mit Gasbrand zumeist sind zwischen 1933 und 1949 aus einer nur flüchtigen Literaturübersicht zu ersehen (s. u. a. Perret, Med. Klin. 1949, S. 209), mit einer über 50prozentigen Mortalität.

Soweit ohne den Serumikterus. Der schließt seine eigenen hohen Krankheitszahlen und leider auch seine Sterbeziffern nun erst noch an! Die Literatur genügt, nur sei hingewiesen auf das Drama der Letztzeit in Varese, die Massenhepatitis in einer Impfserie. Desgleichen auf die neueste Eigenstatistik in dem so überaus instruktiven Aufsatz von Dennig, Stuttgart, in Nr. 8, 1950, des Sudwestd. Ärzteblattes, S. 158.

Zu alledem haben wir die Zahlen zuzurechnen der unbekannt Erkrankten, der desgleichen Spritzabszesse.

Fragen wir nach den Ursachen, aus denen jener erste schwere Fall vor über 20 Jahren nicht zugleich auch der letzte geblieben ist — wir sind doch verantwortungsbewußte Ärzte!! — so lautet die Antwort für uns, daß dem Praktiker zumeist Zeit wie bakteriologische und technische Vorkenntnisse nicht genügend zu Gebot stehen, um sich in die an sich spröde Materie zu versenken. Nicht von uns aus kommt als Ursache ganz überragend, daß unsere Fachindustrie, auch schon nach 1928, sich herzlich wenig um diese unsere schwere Sorge gekümmert hat. Sie gerade war vordringlich berufen mit der Breite ihrer technischen Möglichkeiten, und sie hat selbst im Anlauf der Hepatitis lange genug gebraucht, sich langsam zu regen. Auch das nicht um unserer und unserer Kranken Sicherheit und Ruhe willen! Merkur war der Wecker . . . auch für die Preise. Die Macht dieses ihres Gottes spüren wir täglich und hart von Reparatur bis Neuanschaffung. So mußte denn Epple (Dtsch. Med. Wschr. 1950, Nr. 6, S. 199 ff.) seine ausgezeichneten Ausführungen mit dem resignierten Wortschließen, „daß . . . unbedingt keimtötende Verfahren für die freie Praxis wohl wünschenswert wären, aber bei dem heutigen Stand der Verhältnisse noch nicht allgemein und obligatorisch gefordert werden könnten“, und — „kann die Anschaffung dieser relativ teureren Apparate nicht gefordert werden“. Das zu ändern ist das Ziel, das wir nicht übersehen dürfen aus dem Gedanken, daß uns bisher kein Fehlfall unterlaufen ist. Davor warnt Epple (s. o.) schon eindringlich mit dem Hinweis, daß wir es der Natur und ihrer normal vorhandenen Selbsthilfe verdanken, wenn so manches hier wie sonst noch gut geht. Aber eine Verlässlichkeit kann daraus für keinen einzigen Einzelfall gefolgert werden. Ein jeder kann für jeden von uns gerade der sein, der unseren Kranken und uns selbst mit einem Versager überfällt. Und dann rollt, einmal angestoßen, der Lauf der ganzen Möglichkeiten für jenen und uns ab, unserer Steuerung entglitten. Leicht schließt sich dann der Kreislauf wieder hin zu dem erwähnten Kölner Fall, nur mit dem grundlegenden Unterschied, daß uns heute kein durch seine Verallgemeinerung entlastendes „Nichtwissenkönnen“ vor dem Richter entschuldigt. Auch nicht etwa die überhohen Kosten ausreichender Apparaturen usw. Daß ein anderer als der seinerzeitige Kölner Ausgang eine unabsehbare Katastrophe für uns — nach jener für den Patienten — werden müßte, wird keines Wortes weiter bedürfen.

Genau so mahnt uns die Literatur und ihre Autoren. Fast zu viel, da sie uns eines nicht gibt, einen jedermann leicht zugänglichen Weg zur Sanierung dieser latenten Gefahren. Wo man die Apparatur kauft und ob zu Preisen, die unserer rapiden Verelendung angepaßt sind, das werden Sie vergeblich suchen.

Deshalb greifen wir zur Selbsthilfe wie folgt.

Eines noch voraus. Es muß betont werden in diesen Zeiten eines übertüchtigen Geschäftsgeistes auch in nichtmerkantilen Kreisen, um Mißdeutungen zu verhüten: ich stehe mit reinen Händen vor

Ihnen. Ein Eigeninteresse habe ich auch nicht in Mikroteilen. Ich stehe nicht vor Ihnen für unsere Fachindustrie, sondern für uns alle gegen sie. Ich möchte nur Ihnen dienen aus einer fast fünfzigjährigen breiten, auch fachlichen Erfahrung als der Kollege dem Kollegen. So ist es mir auch gelungen, bei dem Inhaber einer benachbarten Großfirma für Armaturen ein nicht merkantil bedingtes, sondern menschliches, fast ärztliches Interesse und Verständnis zu finden, so daß er sich bereit erklärte, auf jeden Fachzuschlag zu verzichten, für die Montage nur die Eigenkosten einzusetzen, wodurch abseits unserer sanitären Industrie der niedere Preis ermöglicht worden ist.

Noch kürzer ging es nicht. Es wäre dazu wie zu der so lehrreichen historischen Entwicklung sehr viel mehr zu sagen, damit die Eindringlichkeit zu steigern. Doch der Schriftleiter ... der Verlag ... Ihre Zeit! Deshalb nun Schnellgang! Es wird viele Lücken geben, leider auch an Zitaten und Angaben der Literatur.

I. Chemische Desinfektion.

Entfällt restlos! Selbst wenn sie was taugte. Denn sollen wir etwa den Patienten Formolalkohol mit einspritzen? Oder den nie unbedeutenden Haftrest der anderen Karbol- und sonstigen Reizmittel aus den Spritzen? Schmerz, Entzündung, Nekrose, Infekt setzen, Medikamente zersetzen? Oder wie sollen wir das vorher entfernen? Mit Wasser durchspülen? Dann dieses bitte vorher 3 Stunden (s. Literatur!) abkochen, womit die langgesuchte Wasser-Trockenkonserve endlich da wäre. Davon steht klugerweise weder auf dem Blatt noch sonst in der Literatur etwas. Mit unter hohem Druck nach der darzustellenden Methode sterilisiertem Wasser würde es gehen. Aber cui bono? Ist — denken wir doch einmal logisch — ein Verfahren totsicher und vollkommen, dann fallen alle Seitenwege aus, die unsicher, umständlich und in jedem Fall überflüssig sind, oder wir verzichten auf die Logik und wursteln weiter. Es gibt — sub rosa — in der ohnedies durch Widersprüche (Kochwasser 100° 20 Min. bis 3 Std. — Dampf 100° 30 Min. bis 280 Stunden!) verwirrt und verwirrenden Literatur kindliche Empfehlungen von „Methoden“ ... und deren Gläubige im Ungewußten.

Es ist sehr schade, daß es chemisch (vorerst) nicht geht. Es wäre so einfach und so schön gewesen ... Aber lieber ruhig schlafen!

II. Heißluft.

Bei — lt. Bakteriologie — 200° und 1 Stunde (s. Lit.) totsicher. Es ist alles tot, Bakterien, Viren, Sporen, Spritzen, und sogar unsere Instrumente, die da aus Kohlenstoffstahl, ab 180° entzähnt und rettungslos verdorben werden! Messerschneiden, Augenlanzette wie -hohlmeißel. Und drunter tun es die oder viele Bakteriologen nicht. Doch wenn wir auch bescheidener sind und 200° mit 20 Min. oder wagnisweise 180° 1 Stunde wählen, ist der Materialverschleiß an Spritzen untragbar hoch. Ich „heißluftete“ schon seit 1912, baute mir, aus der Bakteriologie und Chirurgie kommend und mit technischen Neigungen gestraft, ein Aggregat, das heute noch up to date ist, lange bevor Heißluft als Wort und Methode genannt war. Woraus sich ein brauchbares Urteil ergibt, auch der Vergleich mit einem großen Dampfautoklaven der klin. Form. Bei anfangs 160°, später 180° bis 200° sind meine Daten für Heißluft-

verschleiß folgende: Ganz-Glasspritzen, Jenaer Glas, halten weitaus am längsten, in weiten Zufallsgrenzen 10—20 Passagen nicht über 180°. Heißrekord sehr launisch, viel kürzer, da das Lot zwar erst gegen 200° erweicht, aber lange zuvor schon vom Glas weggeschrumpft. Grob besehen hält das Glas, aber die früh entstehenden Haarrißchen wachsen mit jeder Passage zu Spalten im Bodenteil. In diese dringen Blut- und Serumfilme ein, die dort der Enge wegen nicht einmal mit dem Allheilmittel für Glasfilamentfernung in den Glasspritzen, der rauchenden Salpetersäure, mehr entfernbar sind. Und gerade diese toten Winkel verfermt der Bakteriologe, da in Blutresten versteckte Viren unangreifbar auch für 200° Heißluft und Langzeiten sind (siehe Literatur). Glas und Metallkonus — ein kindlicher Versuch, behelfsmäßig unseren ewig abbrechenden elendsdünnen Glaskoni abzuhelfen — lebt am kürzesten. Das erklärt sich aus dem allgemeinen Grund für den ganzen kostspieligen Jammer der mit der Hitze zunehmenden Diskrepanz im Dehnungskoeffizient beider Materiale. Im Prospekt sieht das — für die Sterilisationsjungfrauen unter uns — fast glaubhaft aus, der angepriesene Parallelgang überbrückt sich in Haltbarkeitsgrenzen auch bis zu mittlerer Wärme. Aber dann trennen sich die Wege zunehmend, bis eben die Scheidung erfolgt. Sofern nicht das Glas den frühen Heldentod der langen Qual vorzieht und platzt. Aber auch ohne Metall geht es dem Glas nicht besser, nur langsamer — auch hier bis auf die vorher Geplatzen. Die Haarrisse, die sich zu Sprüngen erweitern — per Zufall läuft das sogar vor unseren Augen ab — sind noch nicht das Schlimmste, vielmehr das Zu-weit-Werden der Zylinder, die dann oben und unten Flüssigkeit und Luft durchlassen, zumal bei benötigtem Druck oder Zug. Womit die Blutentnahmen der Serologie hämolytisch werden, die Blutbilder verändert, desgl. die Senkung. Damit haben die Spritzen ihr Ende erreicht, sind allenfalls für das dickere Öl verwendbar, falls man es durch abgeschnittene sehr weite Kurzkanülen als Füller aufzieht.

Das Fazit: bei Hochwärme sicher, dazu einfach, sauber, wenn auch alles andere als rasch. Die gegenteiligen Reklamen sind Täuschung. Je rascher Anlauf und noch mehr Ablauf, desto mehr Verschleiß. Die innere Spannung des Glases ist bekanntlich hoch. Um so mehr neigt sie zur Sprengung des molekularen Verbandes, was durch Hochwärme gefördert wird. Kein Glaszylinder zieht sich je vollkommen auf sein altes Maß zurück, er wird weiter und weiter. Die Heißluftreklame lockt auf der Therapiewoche neben dieser „Geschwindigkeit“ mit dem Versprechen demnächst besseren Glases. „Die Botschaft höre ich...“. Meine jahrzehntelange Erfahrung, ich und mein Geldbeutel haben den Heißlufte mit der Zeit auf 60 Min. Anlauf, 60 Min. Hochwärme und 90 Min. Ablauf eingestellt, i. Sa. 210 Min. Die Richtigkeit dieser immer noch unzulänglichen Technik bestätigt jede Glasfabrik. Die brauchen nämlich T a g e für den Ablauf!

Der zweite m. E. nicht kleinere Nachteil ist die völlige Einseitigkeit der Heißluft. Instrumente entfallen s. o., Verbandstoffe, Gummihandschuhe, Schläuche, Handbürsten, Wäsche, Lösungen eo ipso. Es bleiben nur die Spritzen und die Nadeln. Ärmlich, aber teuer. Und es bleiben die Preise der Anschaffung der Apparate und des Verschleißes! — So weit Heißluft.

III. Druckkochen. Druckdampf.

All das ändert sich schlagartig, sobald wir zum Dampf und unserem altgewohnten und beliebten Auskochen zurückkehren — — nun aber unter Druck! sogar viel Druck. Wie es die Schweizer schon lange Jahre machen mit reuelosem Erfolg. Die richtige Methodik also war und ist damit erprobt und gegeben, wie ja auch bestätigt durch die gesamte Druckdampfsterilisation in der klin. Chirurgie, wie sie bei uns geübt ist. Sie ist das Ideal. Für die Außenpraxis fehlt es allein an einer genau gleichwirksamen, aber nach Größe, Art und Preis geeigneten Apparatur. Ohne sie in der auf unseren Bedarf zugeschnittenen Ausführung hilft uns die schönste Methode nichts.

Entkeimungsformen. Apparatur.

Was will und was leistet der Kleinautoklav, denn um einen solchen handelt es sich, s. dazu Einleitung. Im einzelnen zuerst der Dampf, 2,5—3 atü (gleich Überdruck, Normaldruck = At.), das sind 138—142° C des gespannten, also „trockenen“ Dampfes, von dem in den 20 Min. einer Passage 1400 Liter durch das Sterilgut gehen (1 Lt. Wasser = 1800 Lt. Dampf). Damit erlischt alles, was lebt und liebt. Weit sicherer in dem alles durchdringenden Dampf und seiner trotz der technischen „Trockenheit“ sehr wirksamen Feuchtigkeit, als in der Heißluft ohne beides. Diese physikalisch klare Unzulänglichkeit infolge Gefällmangels hat als hypothetischer Besserungsversuch ja den dernier cri des motorisierten Luftumtriebs der Heißluft veranlaßt — geradezu eine Komplikationsorgie an Konstruktion und Preisbildung. Motto: Arzt zahlt alles! — So ist Druckdampf sicher, einfach, sehr rasch, das Billigste und keiner gelehrten Aufsicht bedürftig in der hier gebotenen Form des Siko-Autoklavs. Jede Beheizung ist passend vom Gas über Küchenherd, Zimmerofen bis Elektroplatte. Deshalb ohne der letzteren Anmontage, die eingengt und nur sehr teuer und anfällig ist, Spritzen und Kanülen in n e n t r o c k e n, desgl. alles sonstige Sterilgut einschl. Wäsche trocken und dadurch aufbewahrbar. Für Gummihandschuhe, Katheter, Schläuche 1 atü = 120° (sonst brüchig durch Übervulkanisieren!), dafür dann länger, 30—40 Minuten. — Fassungsvermögen überreichlich. Das größte Modell No. 5 faßt die volle Ausstattung an Wäsche, Tüchern, Tupfern usw. für eine klin. hochsterile Appendektomie oder dergl.

Für den Küchenzweck der Konservierung von Obst, Gemüse u. dergl. Fassung 4 Büchsen oder Gläser bis 1,5 Liter je, die dann auch zubleiben. Da die Dampfleitung zwangsläufig wie bei den Großautoklaven zwischen Doppelwandung nach oben und dann durch das Gut nach unten erfolgt, ist die prinzipielle Forderung erfüllt, so die dreifach schwerere Luft voranzudrängen und damit die anrühigen Luftinseln und Luftdampf-mischungen zu verhüten. Alles weitere enthält die Beschreibung und Betriebsanleitung genauestens, deshalb hier entbehrlich. Nur dies noch: Autoklav Siemens-Martinstahl, bis 7 atü geprüft, Silitwände. Damit praktisch unzerstörbar, chemisch wie thermisch, selbst bei unachtsamem Trockenlaufen, darin den gleichartigen Küchenbrättern entsprechend. Präzise Heißluftarmatur für Dichtung, Manometer, Thermometer. Einstellventil auf jeden Druck, 2 Sicherheitsventile. Einsatz f. Dampf, dto. für Auskochen. Verzicht auf alle zwecklosen Äußerlichkeiten zugunsten des niederen Preises.

Das Auskochen. Wie altgewohnt, aber bei 3 atü = 142° 7—10 Minuten. Für Instrumente in Leitungswasser plus etwas Soda (Rostschutz), für Spritzen als Eilmethode (normal Druckdampf) zur Vermeidung der Kalkniederschläge, die Kolben und Kanülen verstopfen, in destilliertem Wasser, das immer wieder verwendet wird. Auch nach Wasser ist das Gut trocken entnehmbar. Größe 5 genügt für alle Instrumente bis 30 cm Länge. Als Antwort auf gestellte Fragen für die überlangen geburtshilflichen Instrumente werden wir, soweit nicht ein klin. Groß-Dampfautoklav bereitsteht, auf die bisherige Flachform angewiesen bleiben. Einem Druck von 2—6 (vorgeschriebene Sicherheitszahl!) atü können nur Rundformen widerstehen. Alle anderen werden selbst bei unmöglichen Wandstärken und Stabilisierdeckeln verformt. Rundgefäße jedoch für obige Instrumentenlängen würden gegen 30 Liter Innenraum aufweisen, mit Normalfeuern niemals aufzuheizen sein.

Lösungen, Verdünnungen, Durchspülwasser in Druckdampf 60 Minuten, rascher und sicherer (Wärmeleitung!) im Wasserbad unter 3 atü 10 Minuten. Daß unter Druck aus den eingesetzten Flaschen keinerlei Verdunstung stattfindet, ist aus der Physikstunde bekannt. Auch hier s. Anleitung, in der Sie auch die allgemein kaum bekannte Vorschrift für nachschmerzfreie Novocainlösung finden zur Heimbereitung bzw. Sterilisierung (Regelbetrag!).

Als Konservator im Haushalt ist der Autoklav erwähnt. Er ist zugleich als der Sikko-Schnellkocher das bekannteste Mädchen für alles in der Küche, womit er (und das Finanzamt, das so über die Abschreibung stiller Teilhaber an den Ernährungskosten wird) weiter die Anschaffung abdient. Hierzu s. Sonderanleitung der Firma.

Um für uns Zwischenaufschläge des Handels zu ersparen, erfolgt der Bezug nur direkt von der Herstellerfirma¹.

Der Preis der 3 Größen 85—100 DM, womit Sie die Fachangebote der Industrie vergleichen können unter sehr kritischer Beachtung der Leistung nach Art und Umfang. Das billigste Ähnlichgerät der sanitären Industrie kostet rd. 500.— DM, arbeitet bei etwa gleichem Faßraum aber mit einem ganz unzureichenden Druck bis 1,8 atü = 130°, ist nur einseitig für Dampf verwendbar, dazu auf Stromheizung eingengt. Dies zum Vergleich. Überlegen ist es durch Politur und Vernickelung seines Messingbleches, wogegen die Naturschwärze des Siemensstahles mit seiner unzerstörbaren Material- und Wandstärke die große Ersparnis an Kosten und Pflegemühe setzt.

Für Universalgebrauch ist Größe 5 anzuraten.

So weit diese Ausführungen. Mir hat dieser Autoklav den großen Bruder der klin. Form überflüssig gemacht, was auch für Kliniken, bes. interne und Hautfach eine große Ersparnis und Vereinfachung ergeben kann (Blutuntersuchung, Instrumente, Verbandsmittel).

Das resignierte Wort Epples (s. o.), dem sich auch Dennig im Südwestd. Ärzteblatt Nr. 8, S. 160, Spalte 2, 2. Absatz anschließt, kann durch den Siko-Autoklav als überwunden gelten bei dem erreichten Preis und Leistung.

Nur anhangsweise noch einige vielleicht wichtige Hinweise. Kaufen Sie neue Spritzen, dann fordern Sie unnachgiebig Ganzglas (Jena) in dem amerikanischen Modell, das aber made in Germany ist. Dies Modell —

¹ Hans Keller, Armaturen, Weinheim a. d. B., Hauptstraße.

in allen Größen — räumt auf mit unserem Bruchkonus, s. o. Dazu ist es im ganzen weit massiver, handlicher, dichter im Schliff für Kolben und Kanülen, eher billiger als unsere embryonale Form. Auch die entspr. Kanülen jeder Art sind als deutsches Erzeugnis stets erhältlich. Es ist nur Frage einer kleinen Umstellung und langsamen Umwirtschaftung des Altbestandes. Über dies Modell werden Sie sich ebenso freuen, wie ich schon seit Jahren (über Ausland), und mit mir den Zwitter aus Glas, Metall und Metallkonus als Verlegenheitsbehelf einschätzen.

Daß wir die Spritzenbehälter für Alkohol beibehalten können, nunmehr nach Mitsterilisation trocken, sei am Rande vermerkt. Besser und billiger sind die kleinen Einschlagtücher. Eine vollendete Metallbüchse (Äskulap) für unsere Verbandstoffe einschl. Uterustamponade u. ä. habe ich seit Jahrzehnten in tägl. Verwendung. Die Verbandstoffbüchsen, auch Messing vernickelt, zwei Überfalldeckel mit durch Drehung verschließbaren Dampflochern, passen mit 160 mal 90 mm zu viert in die Autoklaven.

Was den neuerdings so verruchten Schnepfer für Blutentnahmen angeht, so möchte ich für ihn ob seiner ausgesprochen humanen Wirkungsform eine sogar recht lange Lanze brechen. Besonders gegenüber Ratschlägen sehr inhumaner Wirkform auf abgebrochene Schreibfedern! Der Schnepfer ist schon recht, nur wir nicht bzw. unsere Methoden. Einmal die Entkeimung: hat man genug an Zahl, dann nur den Autoklav. Andernfalls, was bei klin. Massengebrauch die Regel ist, stecke man den armen Kerl doch nur mit dem unteren Drittel in eine niedere weithalsige Flasche mit konzentrierter liquefakter Karbolsäure. Er wird in wenigen Minuten aller Keime und Sporen ledig sein. So unbrauchbar das Karbol in noch erträgl. Verdünnung ist, so rasch und sicher wirkt es in Hochformat. Ich verwende es (nur) hierfür und genau gleicherweise für die überfeinen Augeninstrumente zur Corneabereinigung seit 5 Jahrzehnten ohne Anstoß. Das zugehörige Abspülen erfolgt nach Abschleudern von Hand in 2—4 (nach Bedarf) Kleinflaschen dto. weithalsig mit Leitungswasser, das — nun unter Druck von 3 atü verlustfrei — im Wasserbad voll entkeimt ist. Womit auch Spuren des Karbols weggeschwemmt sind. Sodann als zweites eine Anfrage: zu was sollen wir sogar mit geglühten Schreibfedern dicke Löcher bohren einer Sterilität wegen, die wir in der

Haut des Fingers unseres Bohrpartners nie finden und nie erreichen!! Wir wissen doch zur Genüge, daß, während die Körperhaut weitgehend unverdächtig ist, die menschliche Hand, der Allesberührer, die nicht zu beherrschende Wohnstätte aller pathogenen Keime ist. Würden wir uns sonst etwa mit dem sonst so lästigen Gummihandschuh Operationen und Leben sauer machen? Nebenbei als ganz neu: Die Fingerkuppe ist der schmerzempfindlichste Punkt an uns. Dabei warten stets zwei handliche Ohrfläppchen unseres Blutdurstes, unempfindlich und ergeben, die unberührteste und (fast) stets sauberste Stelle unseres Seins, auf die Ätherhyperämie stets sofort ansprechend wie nichts sonst. Ohrblutfehler?? Quetschfehler!! Wer knatscht, tut das an einem kaltblassen Finger noch ganz anders. Ich sehe — ketzerhafterweise, aber drum erst recht — hier das punctum für die Ikterusinfekte des ärztl. und Pflegepersonals in den Krankenhäusern mit und ohne Injektionsanamnese: die Finger. Viele Bäume verbergen den Wald.

Etwas sonderbar liest man bezüglich Ikterus allein von der Spritze als Medium und dem Blut als Eingangspforte, während das doch ganz selbstverständlich für jede instrumentelle Innenberührung und jedes Gewebe und jeden Erreger zu gelten hat — eine allzu starre Fixation auf die eben gerade aktuelle Hepatitis. Dabei sind die Erkrankungs- und Todesziffern der anderen Infektionen weit höher. Man vergleiche die eingangs herausgestellten Zahlen über Gasbrand, Spritzabszesse.

Jedenfalls sind wir mit der angegebenen Methodik und Apparatur bei exakter und lückenloser Handhabung für unser Gewissen und die Haftungsfrage unangreifbar, was allein schon zu der so dringend nötigen allgemeinen Umstellung in der Sterilfrage Anlaß sein sollte. Da das dazu einfach und billig ist, wird im Ernstfalle, der als force majeure stets lauert, ein Gegeneinwand kaum mehr anerkannt werden.

Ich hoffe, daß Sie nunmehr mit mir diese Darlegungen als sehr kurz anerkennen und billigen werden; sie sind noch lückenhaft genug ... tamen est laudanda voluntas.

Es ist ganz abseits Autoklav und weit über die Tagesfrage Hepatitis hinaus dringend nötig, den ganzen Komplex Entkeimung in der Außenpraxis gerade zu stellen, uns und den Patienten aus einer Unsicherheit und Gefahr herauszubringen.

Eingesandt¹

Zu dem Artikel von Herrn Professor Dr. med. Dennig in Nr. 8/1950 wird uns geschrieben:

Mit großem Interesse habe ich den Vortrag: „Über die Spritzenhepatitis (homologe Serumhepatitis)“ gelesen. Es ist selbstverständlich, daß auch den prakt. Arzt die neuesten Forschungsergebnisse interessieren. Gerade über den Ikterus wurde schon viel geschrieben, die Ansichten über seine Entstehungsursache haben oft gewechselt. Den prakt. Arzt berühren nun diesmal die Auswirkungen der neuesten Forschungsergebnisse in besonderem Maße, da erstens die Aufbewahrung der Spritzen und Instrumente in Alkohol als „Fehler“ bezeichnet wurde, zweitens auch schon auf die sich

¹ Für den Inhalt der Einsendungen übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung.

hieraus ergebenden Folgerungen zivil- und strafrechtlicher Art hingewiesen wurde.

Ich will nun in keiner Weise die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen ableugnen oder vor ihnen die Augen schließen. Im Gegenteil ich bin dankbar, zu erfahren, auf welche Weise auch der prakt. Arzt sich auf diese Ergebnisse einstellen kann, wobei ich an peinliche Reinigung der Spritzen und Einlegen in 5%ige Karbolsäurelösung denke. Aber ich glaube, man sollte die Unzulänglichkeit der Sterilisation der Spritzen durch Reinigen, Kochen und Alkoholaufbewahrung nicht in dieser Weise schildern und vor allem sie nicht als Kunstfehler bezeichnen mit allen Folgen juristi-

scherscher Art! Denn in der Praxis ist es eben einfach unmöglich, diese Forderungen der Sterilisation zu erfüllen. Die Anschaffung eines Trockensterilisators wäre für den prakt. Arzt in erster Linie vom Gesichtspunkt der Sicherung vor juristischen Angriffsmöglichkeiten wegen Kunstfehlers zu betrachten, wenn solche Artikel — für jedermann zur Einsichtnahme — von Professoren erscheinen. In Wirklichkeit könnte ich, selbst wenn ich einen Trockensterilisator besäße, nicht 10 oder mehr Spritzen, dazu sterile Skalpelle, Nadeln usw. steril verpackt ohne Alkoholbehälter auf die Außenpraxis mitnehmen (für viele Kollegen auf dem Fahrrad oder Motorrad), um etwa täglich zu erledigende Einspritzungen (Tetanus, Strophantin usw.) nach den geforderten Grundsätzen machen zu können!

Es dürfte ähnlich wie in der Geburtshilfe sein, wenn die Hausgeburt als Kunstfehler bezeichnet wird, weil außerhalb der Klinik nicht so steril gearbeitet werden kann wie in der Klinik — wobei über die Erfolgsaussichten, was Wochenbettfieber usw. betrifft, die Meinungen bekanntlich geteilt sind! — Ich persönlich habe mit der alten, kunstfehlerhaften Methode zum Beispiel in den fünf Jahren seit dem Kriege nicht einen Ikterus, noch in den 21 Jahren meiner Tätigkeit Abszesse nach Injektionen in meiner Praxis gesehen, wobei doch sehr viele Einspritzungen oder sonstige Verletzungen gemacht werden mußten. Wer will den Beweis erbringen, daß nun gerade der Arzt am Auftreten eines Ikterus schuldig war (etwa mit Statistiken wie der angeführten?). Mit demselben Recht müßte verlangt werden, daß

jeder Friseur seine Rasiermesser, Manikürinstrumente usw. trocken sterilisiert. Wie viele Möglichkeiten der Verletzungen gibt es doch mit Übertragung von Mensch zu Mensch. Ich hoffe auch, daß der Name Spritzenhepatitis sich nicht durchsetzt, weil er einseitig und ungerecht ist. — In analoger Weise könnte man verlangen, der Mensch dürfe nur Sterilisiertes essen und trinken, weil erwiesen ist, daß Ruhr, Typhus und viele Infektionen durch unsteriles Wasser übertragen werden. Der Verantwortliche muß bei der Wasserversorgung auch nur die nötige d. h. mögliche Sorgfalt einhalten.

Daß bei Massenimpfungen (z. B. Wehrmacht, Gesundheitsamt) künftig vorsichtiger zu verfahren sein dürfte, ist ohne weiteres einzusehen. Aber es wird doch niemand annehmen, daß diese Ärzte künftig 1000 trocken sterilisierte Spritzen zur Hand haben werden, um kunstfehlerfrei impfen zu können.

Bedauerlich finde ich, daß aus diesem Artikel so wenig Verständnis für das praktische Leben und den prakt. Arzt mit seinen Möglichkeiten spricht, daß man gleich das harte Wort des Kunstfehlers ausspricht mit seinen nicht absehbaren Folgen!

Es kommt mir fast der Gedanke, man könnte es ebenso als Kunstfehler bezeichnen, jemand in die Klinik zu schicken, weil er da bei der Massenansammlung (außerdem geht der Friseur von Bett zu Bett) trotz Trockensterilisation der Gefahr ausgesetzt sei, angesteckt zu werden, sei es mit Scharlach, Masern, Kinderlähmung und anderen Infektionen, nicht zuletzt mit Ikterusvirus.

Dr. med. Richard Heller, Mönshheim

Erwiderung von Prof. Dr. med. Dennig, Stuttgart

Wir freuen uns, wenn unsere Ausführungen diskutiert werden. Wir hätten uns aber noch mehr gefreut, wenn Herr Kollege Heller dies nicht so sehr cum ira et studio getan hätte. Es ist recht schmerzlich, wenn er die Folgerungen, die sich aus den neuen Kenntnissen der Virushepatitiden aufzwingen, durch Vergleiche mit unsinnigen Forderungen lächerlich zu machen sucht, wie dem, daß man ebensogut alle Speisen sterilisieren oder zu einer Impfung 1000 trockensterilisierte Spritzen zur Hand haben müsse. Mit solchen Argumenten dürften wohl auch einmal die Anhänger der Lehren Listers oder Semmelweis' bekämpft worden sein.

Seit meinem Vortrag, in dem deutlich gesagt wurde, wie sehr die Dinge noch im Fluß sind, ist eine weitere Klärung erfolgt. Es gibt ja kaum mehr eine ärztliche Zeitschrift, in der nicht alle paar Monate ein Aufsatz über das Thema steht.

An der Übertragung des Hepatitis-Virus durch ungenügend sterilisierte Spritzen und Instrumente kann überhaupt nicht mehr gezweifelt werden, ebensowenig daran, daß diese Übertragung häufig vorkommt. Das Problem der Spritzensterilisation scheint sich allmählich zu klären. Es ist fraglich geworden, ob das Virus, wie von vielen Seiten angenommen worden war, tatsächlich gegen Kochen resistent ist. Es ist auch zweifelhaft, ob die von Bohrstein empfohlene Carbonsäure von Bedeutung ist. Dagegen steht es außer allem Zweifel, daß Alkohol das Virus nicht abtötet, und daß daher die Aufbewahrung von Spritzen und Instrumenten in Alkohol äußerst gefährlich ist. Denn dieser Alkohol wird außerordentlich leicht infiziert und dient dann geradezu als Virusreservoir, in dem jedes eingelegte Instrument in-

fiziert wird. Dasselbe gilt von anderen Flüssigkeiten. Von allen Seiten werden daher die folgenden Verfahren empfohlen: Spritzen und Instrumente sind direkt vor dem Gebrauch 20 Minuten auszukochen. Besser und bequemer ist das Erhitzen in einem Trockensterilisator auf 160° für eine Stunde; dann können die Instrumente im Sterilisator oder in Gefäßen, die gleichzeitig mit erhitzt werden, sicherlich für einige Stunden aufbewahrt werden. Die Forderung nach gründlicher mechanischer Reinigung von Blutresten bleibt selbstverständlich weiter bestehen.

Ich glaube, daß diese Maßnahmen in den meisten Praxen durchführbar sind. Mindestens gilt dies für die Sprechstunden und Ambulanzen, die ja schon eine sehr große Gefahr der Hepatitis-Virus-Übertragung mit sich bringen. Falls es den einzelnen Ärzten in der Praxis unmöglich sein sollte, genügend Spritzen, die in der besprochenen Weise sterilisiert sind, mit sich zu führen, müßte man dringend raten, daß sie ihre Injektionen auf ein Minimum reduzieren und venöse Blutentnahmen mit der Venüle vornehmen.

Die Industrie ist daran, praktische Vorrichtungen zu liefern. So gibt es z. B. jetzt einen Schnepfer zur Blutentnahme mit auswechselbaren Nadeln, die in der beschriebenen Weise sterilisiert werden (selbstverständlich würde auch das Ausglühen der Nadeln genügen).

Wenn mir vorgeworfen wird, daß ich auch die juristischen Konsequenzen der neueren Erkenntnisse angedeutet habe, so halte ich es für falsch, den Kopf in den Sand zu stecken. Wie gefährlich das wäre, zeigt allein der folgende Fall: In der Praxis eines angesehenen italienischen Arztes in Varese wurden 100 Personen mit

Ikterus infiziert, zwölfmal mit tödlichem Ausgang. Der Arzt wurde zu 5 Jahren Gefängnis und 2 weiteren Jahren Praxisverbot verurteilt!

Immerhin erscheinen mir, so wichtig sie sind, die juristischen Folgen nicht so bedeutend, als die Forderungen unseres eigenen Gewissens. Wir dürfen um einer Unbequemlichkeit willen unsere Kranken nicht gefährden, und das tun wir, wenn wir unsere Spritzen und unsere Instrumente nicht nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse behandeln. Mit Recht schreibt z. B. Degen (Arztl. Wochenschrift 1950 S. 34), daß eine einfache Injektion mit nicht moderner Sterilisation der Spritze den Kranken mehr gefährdet als eine größere chirurgische Operation.

Wenn bei Herrn Kollegen Heller in seiner Praxis keine Ikterusfälle vorgekommen sind, so befindet er sich offen-

bar auf einer glücklichen Insel, auf die die Hepatitis-Infektion noch nicht gelangt ist. In den meisten anderen Stellen Deutschlands ist die Virus-Hepatitis außerordentlich verbreitet. Vor allem bedenke man, daß der Ausbruch der Hepatitis erst 2—6 Monate nach Benützung von ungenügend sterilisierten Instrumenten zu erwarten ist und daß nichts von dem, was inzwischen geschehen ist, mehr rückgängig gemacht werden kann!

Die Bemerkung von Herrn Kollegen Heller, daß auch die Friseure mit dem Rasiermesser zur Übertragung der Hepatitis beitragen können, ist sicher berechtigt. Es wird Sache der Gesundheitsbehörden sein, solche Möglichkeiten einzuschränken. So verständlich es ist, daß die Behörden, so lange die Dinge noch einigermaßen im Fluß sind, abwarten, so entpflichtet das nicht den einzelnen Arzt, von sich aus und in seiner Praxis alles zu tun, um seine Kranken vor Schaden zu bewahren!

An die sehr verehrten Herrn des Prüfungs-Ausschusses

Der Prüfungsausschuß der Abrechnungsstelle übersandte uns den Stoßseufzer einer Kollegin, den wir, um auch den Humor zu Worte kommen zu lassen, unseren Lesern nicht vorenthalten möchten.

Beschwerden, das hat keinen Sinn —
Umsonst ist auch das Klagen:
Sie schreiben Briefe, 's steht nichts drin,
Was eingeht auf die Fragen.

Es überrascht mich, meine Herrn,
Daß Sie am grünen Tisch
Einvierteljährlich mir bescher'n,
Den „prozentualen Strich“!

„Warum“, so frag' ich mich allmählich,
„Warum denn bloß mein Müh'n?
Warum schön pünktlich auf das zähl' ich,
Was Sie mir doch abziehn?“

Sie zahlen einen Durchschnitt nur,
Warum spezifizieren??
Von Leistungs-Zahlung keine Spur,
Das kann kein Mensch kapieren!

Mein Wundern war daher nicht klein,
Fürwahr ich war direkt erschüttert
Vom Honorar, das diesmal mein,
Doch Ihr P. S. hat mich verbittert:

„Beschränk Dich auf Dein Fachgebiet,
Der Ausschuß es nicht gerne sieht
Und Du bist aufgefallen:
Erwachs'ne zu Dir wallen!“

Warum sagt Ihr es nicht den Kassen,
Daß sie es mögen unterlassen,
Den Mitgliedern zu sagen:
„Ihr braucht die Kassen nicht zu fragen:

Ob Kinder, Frauen, Internist,
Welch' Fachgebiet es sonst noch ist,
Für Beitragszahler ist's egal:
Der Arzt steht frei zur Wahl.“

Ich lehne wirklich viele ab,
Doch immer ich es auch nicht mag,
Zumal Kollegen um mich rum,
Hierin längst nicht wie ich so dumm!

Doch fällt es Euch scheinbar nicht auf,
Wenn fremde Fachkollegen lustig drauf
Kurieren Kinder, Säugling gar,
Worin sie jeden Wissens bar!

Drum bitt' ich: meine fünf Prozent
Sel'n künftighin nicht mehr erwähnt,
Sonst jener mit der eis'ern Hand
Für meine Meinung Worte fand!

Mit heiter-kollegialem Gruß
Mach ich damit für heute Schluß
Und hoff', Ihr seid mal netter
Fortan zu er.

Der Prüfungsausschuß dankt verbindlichst für die angenehme Form der Kritik. Die Veröffentlichung möge zum Beweis dienen, daß eine Würdigung der reichlich unangenehmen Tätigkeit dieses Ausschusses auch in liebenswürdiger Form gebracht werden kann.

Buchbesprechungen

Carl B. Herligkoffer: „Die Helferin des praktischen Arztes“, 3. Auflage 1949, Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin-München, 204 S., Halbl. DM 10.—.

Das ganz ausgezeichnete Buch ist gleichermaßen geeignet, ungeschulten Kräften, sofern sie ausreichende Schulbildung mitbringen, Wegweiser und Führer zu sein, sowie Schülerinnen an Helferinnen-Schulen und auch den Lehrern als Nachschlagewerk zu dienen.

Im wesentlichen soll es der Ausbildung der Hilfskräfte für den Allgemeinarzt dienen und ist darum natürlich nicht ausreichend für den vollen Unterricht technischer Assistentinnen (Laboratorium und Röntgenbetrieb). Aber auch diese können manches Wissenswerte erfahren. Auch sie werden im Rahmen ihres Dienstes Handreichungen zu leisten haben, die nicht in ihr Sonderfach fallen. Für alle aber sind Kapitel wie „Das Verhältnis der Helferin zum Arzt“ und „Wie soll sich die Helferin im Verkehr mit den Patienten verhalten“ gleich

wichtig und beherzigenswert. Die ausgedehnte Schreibe (Kassen-Abrechnung), wie die Assistenz in allen Sonderfächern inklusive Röntgen- und physikalische Therapie und einschlägige Laborarbeiten, alle finden sie die ihnen im Rahmen einer allgemeinen Praxis zufallende Würdigung.

Dr. Schröder

Arthur Schäfer: „Frakturen und Luxationen.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 1948, 394 S., 93 Abb., geb. DM 24.—.

Schäfer kann für sich in Anspruch nehmen, als erster nach dem Krieg endlich wieder den vielen Studierenden und neu niedergelassenen jungen Ärzten eine brauchbare, knapp gefaßte, alles Wesentliche enthaltende Darstellung der Diagnostik und Therapie von Frakturen und Luxationen in die Hand gegeben zu haben.

Schäfer folgt im allgemeinen in seinem Buch Böhlerschen Leitsätzen, ohne sich dabei einseitig festzulegen, wie er beispielsweise die Böhlersche Behandlungsweise der Wirbel-

brüche zugunsten der „funktionellen Behandlungsmethode“ von Magnus völlig ablehnt. In dem einleitenden allgemeinen Teil wird nach der Begriffsbestimmung, Systematik usw. die normale und verzögerte Knochenbruchheilung vorangestellt. Dabei wird der verzögerten Knochenbruchheilung und der Pseudarthrose ein längeres Kapitel gewidmet. Im Abschnitt über die Behandlungsmethoden finden die modernen Methoden der Osteosynthese eine ihrer Bedeutung entsprechende Würdigung. Bei vorbehaltloser Anerkennung der Schenkelhalsnagelung als Methode der Wahl in geeigneten Fällen wird die Marknagelung nach Küntscher kritisch unter Vorbehalt für bestimmte Frakturen dargestellt und empfohlen. Im speziellen Teil finden sich immer wieder Hinweise auf etwa notwendige chirurgische Maßnahmen und Eingriffe.

Das Buch enthält 93 Skizzen, die schematisch eindrucksvoll den Text illustrieren, oft allerdings zu klein gehalten sind. Als ein Mangel wird zweifellos das Fehlen von typischen Röntgenbildern und Literaturhinweisen empfunden, ein Mangel, welcher zweifellos aus dem frühen Erscheinen nach dem Kriege resultiert, aber sicherlich bei einer weiteren Auflage zu beheben wäre.

Bei aller Kürze ist das Werk eine vollständige Darstellung der modernen Methoden in Diagnostik und Therapie der Frakturen und Luxationen, die allen Studierenden und Ärzten vorbehaltlos empfohlen werden kann.

Dr. Mückeley

„Medizinal-Kalender 1951“, 72. Jahrgang, herausgegeben von H. Braun, München, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, Preis: Flexibles Ganzleinen DM 6.90.

Bis der Leser die kleine Notiz „gedruckt auf Bibeldruckpapier“ entdeckt, muß es ihm erstaunlich sein, daß sich 815 Druckseiten in einem solch handlichen Büchlein zusammenfassen lassen. Und dieser große Raum ist vom Verfasser und seinen ausgezeichneten Mitarbeitern genützt worden.

Der Medizinal-Kalender enthält zunächst eine Aufstellung der gebräuchlichen Arzneimittel, wobei in einer ersten Liste die Grundsubstanzen zusammengestellt sind, die Bausteine der Rezeptur des Arztes bilden. Ein zweites Verzeichnis enthält die Spezialitäten. Sera, Vaccinen, Vitamine und Hormone werden in eigenen Abschnitten behandelt. Die wichtigsten „Deutschen Rezeptformeln“ und die STADA-Präparate (Standardpräparate deutscher Apotheker) werden ebenfalls aufgeführt. Es schließen sich Kapitel über die mittleren Einzelgaben, Maximalgaben und über die Dosierung wichtiger Mittel für Kinder an. Wir finden einen Abschnitt über Grundbegriffe der Rezeptursprache und einen über das Verschreiben von Betäubungsmitteln. Im weiteren wird eine Anleitung zur Durchführung der Laboruntersuchungen gegeben, wobei auch sämtliche Methoden des klinischen Betriebes erläutert werden. Die wichtigsten chemischen, physikalischen und pharmazeutischen Daten sind ebenfalls zusammengefaßt; in diesem Abschnitt finden sich Umrechnungstabellen für die anglo-amerikanischen Maßsysteme.

Es folgen Symptome und Behandlung der Vergiftungen. Die Behandlung akuter, lebensbedrohender Krankheiten wird beschrieben. Inkubationszeiten, meldepflichtige Krankheiten und die Desinfektion am Krankenbett werden in eigenen kleinen Kapiteln zusammengefaßt. Durch die Aufnahme der „ausgewählten Kapitel der Chirurgie für die Praxis“ und der „Augenheilkunde für den praktischen Arzt“ in die neue Auflage ist dieser praktisch-medizinische Teil noch erweitert worden. Aber auch Kapitel über Diabetikerbetreuung, über Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten, über Schwangerschaftsfürsorge, über Berufskrankheiten und über Heilquellen fehlen nicht. Die Gebührenordnung (Adgo, Preugo) und eine Rententabelle sind ebenfalls in den Kalender aufgenommen, dessen Inhalt mit dieser Aufzählung keinesfalls erschöpft ist.

Dr. Joachim Schröder

Dr. med. Heinrich Kruse, Hygiene-Institut Göttingen: „Leitfaden für die Ausbildung in der Desinfektion und Schädlingsbekämpfung.“ Verlag Muster-Schmidt, Göttingen, DM 7.—

Aus dem ursprünglichen Unterrichtsbuch für die Ausbildung von Desinfektoren ist in der 4. Auflage eine kompakte Darstellung aller Fragen der Desinfektion und Entwesung geworden.

Im 1. Kapitel werden die Grundlagen der Seuchenlehre und Infektionskrankheiten allgemein verständlich dargestellt. Manche epidemiologische Einzelheiten bei den ansteckenden Krankheiten vermißt man, z. B. Säureempfindlichkeit der Choleraerreger, Typen bei den Diphtheriebazillen u. dgl.

Das 2. Kapitel „Desinfektion und Entseuchung“ ist didaktisch sehr gut aufgebaut und gibt einen Überblick über die verschiedenen zur Zeit gebräuchlichen Methoden und Mittel. Die Zusammenstellung gleichwertiger Mittel zu Gruppen ist für die Praxis sehr wertvoll. Ein Kapitel über Maßnahmen und Gesetze bzw. Verfügungen ist angeschlossen.

Die Abhandlungen über Entwesung enthalten regelmäßig die biologischen Angaben über die einzelnen Kleintiere und Insekten. Eine Liste der Herstellerfirmen für die angegebenen Mittel ist für den Desinfektor in der Praxis ein besonders wertvoller Hinweis. Die Schrift ist nicht nur für den Unterricht, sondern gerade für die Praxis ausgezeichnet abgefaßt und enthält in knapper Form alle wissenschaftlichen Angaben.

Prof. Dr. G. Lutz

Dr. med. Franz Pürzer: „Leitfaden der Röntgentherapie.“ Mit 24 Textabbildungen, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H. Stuttgart, 1949, 174 S., kart. DM 7.80.

Es sind in letzter Zeit sehr gute Bücher über Röntgentherapie erschienen. Man nimmt daher mit besonderer Erwartung einen „Leitfaden der Röntgentherapie“ in die Hand. Leider ist der Faden sehr dünn, der durch das schwierige und verantwortungsvolle Gebiet der Strahlenbehandlung führen soll. Die Worte „etwa“, „ziemlich“, „meist“ und „oft“ kommen „ziemlich oft“ vor. Es mangelt dem Buch die Genauigkeit, die nüchterne Beschreibung der Tatsachen, die objektive, aus Erfahrung und gründlicher Kenntnis gewonnene Beurteilung. Man hat den Eindruck, daß das Buch etwas schnell niedergeschrieben und flüchtig durchgesehen wurde. Das Deutsch ist „ziemlich oft“ verbesserungsfähig, ja verbesserungsnotwendig. Für den, der Strahlentherapie lernen will, kann das Buch nicht empfohlen werden, da es ihn verwirrt. Den, der dazulernen will, enttäuscht es.

Prof. Dr. Reisner

Dr. med. habil. C. L. Paul Trüb: „Das Niederlassungsrecht der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten.“ Verlag L. Schwann, Düsseldorf, 72 S., DM 4.20.

Auf 72 Seiten gibt der Verfasser einen instruktiven Überblick über das Niederlassungsrecht. Er nimmt im wesentlichen Bezug auf das Niederlassungsgesetz für Nordrhein-Westfalen vom 17. März 1949, und indem er die einzelnen Vorschriften dieses Gesetzes wiedergibt, erläutert er sie an Hand der dazu erlassenen Durchführungsverordnung und stellt sie in Vergleich zu den Bestimmungen anderer deutscher Länder in Vergangenheit und Gegenwart.

In § 46, 6 der Reichsärzteordnung war vorgesehen, daß die Reichsärztekammer die Niederlassung von Ärzten in einzelnen Orten oder Gebieten von ihrer Zustimmung abhängig machen kann. Diese Bestimmung der Reichsärzteordnung hat auch jetzt noch Rechtskraft und gibt den Ärztekammern, soweit sie Körperschaften öffentlichen Rechts sind, die Möglichkeit der Planung. Der 51. Deutsche Ärztetag hatte 1948 in Stuttgart die Wiederherstellung des Rechts auf freie Niederlassung grundsätzlich bejaht unter der Voraussetzung gemeinsamen Vorgehens aller westdeutschen Länder. Inzwischen ist in der amerikanisch besetzten Zone die Niederlassungsfreiheit durch die Besatzungsmacht angeordnet worden. Als erstes der britisch besetzten Länder hat nunmehr das Land Nordrhein-Westfalen das Niederlassungsrecht der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten in einem Gesetz zusammengefaßt, welches grundsätzlich jedem Arzt, Zahnarzt und Dentisten, der über eine deutsche Bestallung verfügt, das Recht der Niederlassung zugesteht, sofern er nach der Staatsprüfung eine ärztliche Tätigkeit von 1 Jahr in einem Krankenhaus nachweist. Dem nach dem 1. Oktober 1948 in das Land Nordrhein-Westfalen aus einem anderen deutschen Land zugezogenen Arzt steht die gleiche Möglichkeit offen, wenn in dem Land seines bisherigen Aufenthalts ebenfalls keine Beschränkung der Niederlassung besteht.

Die klaren und vergleichenden Ausführungen des Verfassers sind denen zu empfehlen, die mit den Fragen der Niederlassung beruflich in Verbindung kommen oder sich aus anderen Gründen damit befassen.

Dr. Möbius

Prof. Dr. H. Holthusen: „Aktuelle Probleme der Pathologie und Therapie.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, 248 S., DM 29.—

„Aktuelle Probleme der Pathologie und Therapie“ ist der Titel eines Sammelwerkes, das der ärztliche Direktor des Hamburger Staatskrankenhauses St. Georg in Gemeinschaft mit seinen Ärzten zur Feier des 125jährigen Bestehens des Hauses herausgegeben hat.

Aus der Fülle des Gebotenen sollen, als für den prakt. Arzt besonders interessant, die Arbeiten aus der 1. Medizinischen Abteilung (Bansi) hervorgehoben werden: Behandlung der Hyperthyreosen mittels thyreostatischer Substanzen, ferner zwei Arbeiten über Behandlung von Blutkrankheiten mittels Leberpräparaten und anderen neuen Mitteln mit dem Ergebnis, daß vorläufig die alten Präparate Eisen und Leber noch ihre dominierende Stellung behalten. Ferner aus derselben Abteilung eine Abhandlung über Sepsis-Therapie mit Penicillin und Supronal.

Der Leiter der Säuglingsabteilung (Tiling) berichtet über die Bedeutung des Eiweiß-Stoffwechsels und die Erfolge von Aminosäurezufuhr bei Ernährungsstörungen.

Die Notwendigkeit erhöhter Dosen von Sulfonamiden bei eitriger Meningitis geht aus einschlägigen Beobachtungen hervor, die der Leiter der Neurologischen Abteilung (H. R. Müller) mitteilt.

Das Problem der Weiterbehandlung von Lues nach Salvarsanschäden wird von der Dermatologischen Abteilung (Bruns) bearbeitet, aus dessen Abteilung auch eine höchst beachtenswerte Kritik der unterschiedlichen Wirksamkeit der Penicillin-Präparate stammt.

Die Oestrogene Hormonbehandlung der Prostatahypertrophie und ihre Bedeutung findet durch die II. Chirurgische Abteilung (Reinhard) eine eingehende Darstellung.

Für die Tonsillektomie bei Bazillenträgern setzt sich die Hals-Nasen-Ohren-Abteilung (Krüger) an Hand einschlägiger Fälle überzeugend ein.

Das Strahlen-Institut (Holthusen) zeigt in exakten Tabellen die Fortschritte der Strahlentherapie bei gynäkologischen Carcinomen, vergleichend mit chirurgischen Methoden; ferner in einer zweiten Arbeit die Leistungsfähigkeit der Sialographie für die praktische Beurteilung von Parotiserkrankungen.

Der Kliniker findet reiche Anregung in der Darstellung von Stoffwechselproblemen bei der lipophilen Dystrophie (Bansi) in zwei Arbeiten der 1. Chirurgischen Abteilung (Loewen- eck) über Kreislaufstörungen bei chirurgischen Eingriffen an der Nebenniere und über Operationen im subphrenischen Raum, in den Ausführungen der 2. Medizinischen Abteilung (Hesse) über Massage, weiter in vergleichenden Untersuchungen über Eiweißbestimmung im Blut aus der Chem-physiologischen Abteilung (Fretwurst) und der Beurteilung der Gruber-Widal-Reaktion durch das Bakteriologisch-sero- logische Institut (Lodenkämper).

Schließlich werden seltene Fälle aus dem Pathologischen Institut von Thymusreticulomen (Heine), aus der Gynäkologischen Abteilung über Chorion-Epitheliom (Cordua) vorge- tragen.

Eine ausführliche Arbeit über arterio-venöses Rankenaneu- rysma der Zentralgefäße stammt aus der Augen-Abteilung (Siegert).

Prof. Dr. Römer

Dipl.-Ing. Herbert Graf: „Über die neuen Strahlenschutz- regeln für die Herstellung und Herrichtung medizinischer Röntgeneinrichtung und Röntgenanlagen Din 6811 und 6812.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949, 72 S., kart. DM 4.—

Über die z. Zt. geltenden Bestimmungen für Strahlenschutz an med. Röntengeräten sind die meisten Kollegen nicht oder nur ungenügend informiert. In den Din-Vorschriften 6811 und 6812, die während des Krieges herauskamen, sind alle frag- lichen Punkte behandelt. Der Verfasser hat die einzelnen Punkte der Vorschriften angeführt und mit einem guten, aus reicher Erfahrung gespeisten Kommentar versehen. Wer mit Röntgenstrahlen zu tun hat und wer sich über die gesetz- lichen Bestimmungen, die beim Betrieb einer Röntgenappa- ratur einzuhalten sind, vergewissern will, wird gerne zu dem handlichen Bändchen greifen, das in die Hand jedes röntgen- tätigen Arztes gehört.

Dr. Edinger

Priv.-Doz. Dr. Josef v. Khreninger-Guggenberger: „Das Problem der Superfecundatio und Superfetatio Lösungsversuche und Lösung.“ Sammlung Frauenheil- kunde, Heft 3, Verlag Carl Marhold, Halle a. S., 79 S., Preis geh. DM 4.20.

Das alte, bisher als ungelöst anzusehende Problem der Überschwängerung erfährt hier eine eingehende Bearbeitung. Nach einer Übersicht über die bisherigen Lösungsversuche und über die Erfahrungen an Tieren werden die Lösungs- möglichkeiten dieser Frage, insbesondere diejenigen, welche durch den Erbgang der Blutgruppen und Blutfaktoren gegeben sind, ausführlich dargestellt. An Hand einer großen Zahl von Vaterschaftsgutachten werden vom Verfasser die Ausschluß- möglichkeiten erörtert; besonders eingehend werden an einer reichhaltigen Kasuistik die Blutbefunde und deren Erbgang bei Zwillingen dargestellt.

Auf Grund eines Falles von Zwillingen mit ungleichen Blutkörperchenmerkmalen, bei denen für jedes Kind einer der beiden möglichen Väter als Erzeuger ausgeschlossen werden kann, sieht Verfasser erstmals die Möglichkeit der Überschwängerung als erwiesen an. Die an sich denkbare Erklärung, daß ein dritter, im Prozeß unbekannter Mann mit den Merkmalen M N der Erzeuger beider Kinder ist, wird zwar theoretisch erörtert, nach den übrigen Umständen aber ausgeschlossen, was bei der kritischen Einstellung des Ver- fassers durchaus einleuchtet. Es ist jedoch zu bedauern, daß die Beweisführung in diesem ja sicher sehr seltenen Fall nicht noch durch ein erbbiologisches Gutachten gesichert werden konnte.

Über das theoretisch Interessante hinaus bietet das Heft jedem Gutachter in Vaterschaftsprozessen viele wertvolle Hinweise, unterstützt durch die Berücksichtigung der um- fangreichen Literatur.

Dr. G. Krebs

Gordon W. Allport, USA: „Persönlichkeit“, Verlag E. Klett, Stuttgart 1949, 688 S., DM 24.—

Das umfangreiche Werk Gordon W. Allports, das dem deutschen Leser durch Helm. v. Bracken zugänglich gemacht und vom Verlag gut ausgestattet wurde, gibt eine Übersicht und kritische Würdigung einer neuen psychologischen Bewegung in Amerika, der „Psychology of Personality“, deren bedeutendster Vertreter der Verfasser selbst ist. Mittelpunkt dieser Forschungsrichtung ist die menschliche Persönlich- keit in ihrer höchst individuellen Struktur und Einmaligkeit und in ihrer jeweiligen Entscheidung. Ihre dynamische Bewegung erhält sie vor allem durch erworbene Motive und Motivsysteme, die sich entwickeln und selbständig machen, indem sie sich von ihrer Herkunft aus Instinkt, Gewohnheit und Fixierung lösen. Diesen Motiven gegenüber treten an- dere dynamische Kräfte wie Triebe und Instinkte ganz zu- rück. Das ist der Sinn der „Theorie der funktionellen Auto- nomie der Motive“, die als Gegenstück zum Instinktdynamis- mus Mac Dougalls, zum Behaviorismus, der Genetik, teil- weise der Konstitutionsbiologie sowie auch der Lehre Freuds aufgefaßt werden muß. Von ihr aus wird die Beschränkung der Betrachtungsweise auf den Menschen, den reifen Men- schen, ebenso verständlich, wie die nahe Beziehung dieser Lehre zur ethischen Bedeutung der Person; doch bleibt der Verfasser auf dem Gebiete der psychologischen Erörterung.

In einem Vorwort, das er der deutschen Übersetzung des schon 1937 in Amerika erschienenen Buches beifügt, gibt er einen kurzen beachtenswerten Überblick von der Weiterent- wicklung seiner Lehre und der amerikanischen Psychologie in den letzten zwölf Jahren überhaupt. Für uns fällt dabei auf, daß die Graphologie in Amerika zur Persönlichkeits- erhellung bisher keinen Eingang gefunden hat und nicht als diagnostisches Verfahren anerkannt wird, weil die Ergebnisse dem Zufall näher seien als der Vollkommenheit. Den Ver- fasser verbinden persönliche Beziehungen zur deutschen Psychologie, besonders der personalistischen Richtung Wil- liam Sterns. Sein Bemühen, die wissenschaftliche Aussprache zwischen den Völkern wieder in Gang zu bringen und frucht- bar zu machen, verdient unsere Aufmerksamkeit und unseren Dank.

Dr. Legewie

Bekanntmachungen

Zusammenarbeit der ärztlichen Berufsverbände gesichert

Am 13. Oktober 1950 fand in Königstein im Taunus eine gemeinsame Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes und des Verbandes der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund — statt. Auf dieser Tagung wurde über die Grundsätze der Zusammenarbeit volle Einmütigkeit erzielt.

Pressekonferenz am 31. Oktober 1950

„Presse- und Informationsstelle der württembergischen Ärzteschaft“ ist der Name, den der Presseausschuß der ärztlichen Organisationen Württembergs: der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Hartmannbundes und des Marburger Bundes für seine Pressestelle gewählt hat. Sie soll als Gemeinschaftsaufgabe die ständige Fühlungnahme in allen das ärztliche Berufsleben berührenden Fragen mit der Presse herbeiführen.

Zu der 1. Pressekonferenz, die von der Presse- und Informationsstelle am 31. Oktober im Schloßgartencafé in Stuttgart veranstaltet wurde, waren 35 führende Vertreter der verschiedensten Tageszeitungen und des Rundfunks erschienen. Die Bedeutung dieser ersten Fühlungnahme mit der Presse wurde betont durch die Anwesenheit der Präsidenten beider Ärztekammern, der Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Verbandes der Ärzte Deutschlands und des Marburger Bundes. Auch seitens der Presse waren die Vorsitzenden des Journalistenverbandes des Bundesgebiets und Württembergs und eine Reihe Chefredakteure und bekannter Journalisten bedeutender Tageszeitungen anwesend.

Die Konferenz eröffnete Präsident Dr. Neuffer und richtete Worte der Begrüßung an die Anwesenden, insbesondere an die Vorsitzenden der Journalistenverbände, an Herrn Prof. Kretschmer, Tübingen, der das Referat des Abends „Seelische Not und Hilfe“ übernommen hatte, und an den Senior der Neurologen und Psychiater, Herrn Prof. Dr. Gaupp.

Ein ausführlicher Bericht über die Eröffnungsansprache von Herrn Präsident Dr. Neuffer, über den Vortrag von Herrn Prof. Dr. Kretschmer und über die sich anschließende sehr lebhaft durch die Fragestellung aus den Kreisen der Journalisten angeregte Diskussion muß einer späteren Darstellung vorbehalten bleiben. Es kann aber heute schon mit Genugtuung festgestellt werden, daß der Abend ein voller Erfolg war. Es zeigte sich, daß bei der Presse ein außerordentliches Interesse für alle Fragen der Gesundheitspolitik, der ärztlichen Berufsaufgabe und der Lage des ärztlichen Standes vorhanden ist. Man darf der Hoffnung Ausdruck geben, daß diese erste Pressekonferenz der Anfang einer ständigen vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Presse sein wird. Diese Erwartung wurde bestätigt durch die sehr eindrucksvollen Ausführungen des Herrn Dr. Cron, 2. Vorsitzender des Journalistenverbandes des Bundesgebiets, der seinen Dank für den Abend mit einer Einladung an die Ärzteschaft zu einer in Kürze von der Presse zu veranstaltenden Konferenz verband.

Bekanntmachung des Innenministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Württemberg-Baden im Jahr 1951

Ärzte, die zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst im Jahr 1951 zugelassen werden wollen, haben ihre Gesuche bis spätestens 1. November 1950 beim Innenministerium, Stuttgart-N, Königstraße 44, Stockgebäude, einzureichen¹.

Die Prüfung wird gemäß der Verordnung des Staatsministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst vom

¹ Das Innenministerium ist damit einverstanden, daß Ärzte, welche bisher von dem Ausschreiben keine Kenntnis erhalten haben, ihre Meldung zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst noch sofort beim Innenministerium einreichen können.

8. März 1923 (RegBl. S. 119) in Verbindung mit der Verordnung vom 18. Dezember 1937 (RegBl. 1938 S. 1) abgehalten.

Das Innenministerium entscheidet über die Zulassung.

Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung ist, daß der Bewerber nach der Bestallung als Arzt eine mindestens dreijährige Beschäftigung in der ärztlichen Praxis nachweisen kann. Das Innenministerium kann im Einzelfall auch eine andere ärztliche Tätigkeit anerkennen, insbesondere bei Ärzten, die schon einige Zeit bei einem Gesundheitsamt verwendet sind.

Dem Zulassungsgesuch sind beizulegen:

1. die Bestallungsurkunde;
2. der Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer Universität in Deutschland (Doktor-Diplom) bzw. bei Flüchtlingen an einer anderen Universität;
3. der Nachweis, daß der Bewerber während oder nach Ablauf der Studienzeit an einer deutschen Universität (bzw. einer anderen Universität)
 - a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht,
 - b) sich mindestens ein Halbjahr lang an einer psychiatrischen Klinik als Praktikant mit Erfolg betätigt hat;
4. der Nachweis, daß der Bewerber einen dreimonatigen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst mit Erfolg besucht hat;
5. der Nachweis, daß der Bewerber je an einem vollständigen pathologisch-anatomischen, hygienisch-bakteriologischen und gerichtlich-medizinischen Kurs an einem deutschen Universitätsinstitut bzw. bei Flüchtlingen an einem anderen Universitätsinstitut teilgenommen sowie eine mindestens dreimonatige Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik oder Heilanstalt abgeleistet hat (die Kurse können auch an einer Akademie für Staatsmedizin abgeleistet sein; die Nachweise sind durch die Zeugnisse der Fachlehrer, des Akademievorstandes usw. zu erbringen);
6. der Spruchkammerbescheid mit Begründung und Rechtskraftvermerk;
7. ein eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach der Bestallung darzulegen sind.

Die Nachweise Nr. 1—6 sind in beglaubigter Abschrift vorzulegen. Statt der Nachweise Nr. 5 können ausnahmsweise auch Nachweise über eine auf anderem Wege erlangte Ausbildung als vorschriftsmäßig erachtet werden, wenn der Prüfungsausschuß diese Ausbildung als gleichwertig und die Gründe für den andersgearteten Bildungsgang als triftig anerkannt hat.

Die Prüfungsgebühr einschließlich Prüfungskostenbeitrag beträgt insgesamt 110 DM.

Stuttgart, den 28. September 1950.

Einladung

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

Freitag, 1. Dezember 1950, 20 Uhr:

Prof. Dr. Schlienbake, Schweinfurt, „Fortschritte der Physikalischen Therapie“

Freitag, 8. Dezember 1950, 20 Uhr:

Prof. Dr. Parade, Karlsruhe, Thema wird noch mitgeteilt

Freitag, 15. Dezember 1950, 20 Uhr:

Prof. Dr. Büchner, Freiburg, „Experimentelle Studien zur Entstehung der Mißbildungen“

zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

Aufruf der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung

Während des Therapie-Kongresses in Karlsruhe wurde die schon länger vorbereitete Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH) am 7. September 1950 vollzogen. Ungefähr 100 Einzelmitglie-

der und verschiedene Organisationen, darunter die ärztlichen Spitzenverbände, erklärten sofort ihren Beitritt. Zum ersten Vorsitzenden wurde Dr. Oelemann, Bad Nauheim, zum 2. Vorsitzenden Prof. Siegmund, Münster, zum Geschäftsführer Dozent Thielemann, Frankfurt, und zum Kassensführer Dr. Düringer, Konstanz, gewählt. Beisitzer wurden Prof. Slauck, Aachen, Prof. Theissing, Ludwigshafen und Prof. Parade, Karlsruhe.

Um möglichst bald mit der praktischen Arbeit beginnen und auf schon Vorhandenem aufbauen zu können, ergeht an alle diejenigen, welche bereits eine Arbeitsgruppe zwischen Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten gebildet oder ein gemeinsames Befund- oder Behandlungsblatt ausgearbeitet haben, die Bitte, sich zu melden und ihre Formulare als Vorlage einzusenden, damit als nächste praktische Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ein einheitliches Befund- und Behandlungsblatt herausgegeben werden kann.

Alle an den Fragen der Herderkrankung interessierten Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte, Bakteriologen, Serologen, Pharmakologen und andere Wissenschaftler der Grenzgebiete werden zur Mitarbeit aufgerufen und gebeten, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft zu werden. Um Mittel für die notwendigen Vorarbeiten möglichst bald zu erhalten, wurde beschlossen, für 1950 den halben Jahresbeitrag von DM 6.— zu erheben.

Mitgliederanmeldungen sind zu richten an den Geschäftsführer, Dozent Thielemann; Beiträge werden erbeten an den Kassensführer Dr. Düringer, Postscheckkonto Freiburg (Breisgau) Nr. 3270.

Dr. C. Oelemann, Dozent Dr. Thielemann,
Bad Nauheim, 1. Vors. Frankfurt a. M., Gartenstr. 118

Deutscher Sportärztebund gegründet

Die zahlreich erschienenen Vertreter der Sportärzteverbände der einzelnen Länder beschlossen am 14. 10. 1950 in Hannover die Gründung des Deutschen Sportärztebundes mit

dem Ziel der Förderung der Leibesübungen im Dienst der Volksgesundheit, der sportärztlichen Betreuung der Sporttreibenden, der Ausbildung und wissenschaftlichen Weiterbildung der Sportärzte sowie die Pflege der Beziehungen zu den internationalen Sportärzteorganisationen. Der Vorstand setzt sich zusammen aus Prof. Dr. Heiß, Stuttgart, Stellvertreter Dr. Ruhemann, Berlin und Dr. Vollmer, Bremen, Schriftführer Dozent Dr. Rohleder, Eßlingen, Kassensführung Dr. Full, Berlin. Der verdienstvolle Förderer des sportärztlichen Gedankens, Ministerialrat a. D. Dr. Mallwitz, Godesberg, wurde zum Ehrenvorsitzenden gewählt.

Deutsche Ärzteversicherung a. G.

Zum Vorsitz der Vorstandes, dessen Stelle seit 1945 unbesetzt war, wurde Prof. Dr. med. et phil. Karl Freudenberg ernannt.

Auto-Betriebskosten-Tabelle

Die von der WINORA, Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte eGmbH, Hamburg, An der Alster 49, im Frühjahr 1950 herausgebrachte Auto-Betriebskosten-Tabelle, die großen Anklang fand, wurde inzwischen insofern erweitert, als neben den schon bisher serienmäßig produzierten Fabrikaten: Volkswagen, Ford-Taunus, Opel-Olympia, Opel-Kapitän, Mercedes 170 V und 170 S, sowie Borgward, auch die inzwischen neu herausgekommenen Pkw.-Typen: Lloyd LP300, DKW F89 P, Fiat-Topolino, Gutbrod und Renault darin aufgenommen sind.

Die Tabelle zeigt die Betriebskosten der genannten Wagentypen bei einer Jahresleistung von 10 000, 15 000, 20 000 und 25 000 km, sowie den auf den gefahrenen km entfallenden Betrag und ist von genannter Genossenschaft gegen Einzahlung eines Unkostenbeitrages von DM 1.— für Material und Porto erhältlich.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Lebens-Risiko-Versicherung für Ärzte

Die als Übergangslösung gedachte Risiko-Versicherung ist mit der Sparkassen-Versicherung AG. in Stuttgart abgeschlossen worden und am 1. Oktober d. J. in Kraft getreten. Alles Nähere ist aus dem in diesem Heft veröffentlichten Aufsatz des Herrn Kollegen Knosp zu ersehen, auf den ausdrücklich hingewiesen wird.

Disziplinarausschuß

Der Disziplinarausschuß der KV.-Landesstelle Württemberg wurde in der Abgeordnetenversammlung der KV, am 19. Juli gewählt und hat inzwischen seine Tätigkeit aufgenommen. Er hat nicht nur die Aufgabe, etwaige Verfehlungen der Kollegen gegenüber den Kassen, den Versicherten oder den Organen der KV zu untersuchen und nötigenfalls zu ahnden, ebenso wichtig ist seine Aufgabe, Kollegen gegen ungerechtfertigte Beschuldigungen in Schutz zu nehmen. Er hat bereits in mehreren Sitzungen sich mit Beschwerden von Krankenkassen, Versicherten und Kollegen

befassen müssen und in einem Falle schwerster Verfehlungen gegen die Pflichten als Kassenarzt einen Ausschluß von vier Monaten aus der gesamten Kassenpraxis beschlossen.

Sportärztagung in Stuttgart

Eine Sportärztagung findet am 3. Dezember 1950 um 10 Uhr in Stuttgart-Degerloch, Heimkehrerheim, statt, mit dem Ziel, der Umorganisation der bisherigen Arbeitsgemeinschaft in einen Südwestdeutschen Sportärzteverband.

Warnung vor einer Schwindlerin!

Ein Kollege schreibt uns:

Am 5. September 1950 konsultierte mich eine angebliche Berta Wanda Griebel, geb. 6. August 1896, mit der Angabe, sie sei Mitglied der AOK. Ulm und in Stellung bei der Gaststätte „Michelsberg“. Sie ist weder Mitglied der AOK, noch in Stellung bei dem genannten Gastwirt. Es ist zu vermuten, daß sie bei anderen Kollegen einen ähnlichen Schwindel macht. Sie hat außerdem einen leichtgläubigen Patienten unter falschen Vorspiegelungen veranlaßt, ihr 25 DM zu leihen.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es wird folgende Stelle ausgeschrieben:

Wangen Facharzt für Frauenkrankheiten

Die Bewerbungen für oben angeführten Kassenarztsitz sind innerhalb 14 Tagen (bis zum 4. Dezember 1950) bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Württemberg-Hohenzollern, Abteilung Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Universitäts-Stadion, einzureichen. Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß.

Arztetag in Tübingen

Arztekammer und Kassenärztliche Vereinigung von Württemberg-Hohenzollern hatten die südwestdeutschen Ärzte auf Samstag, 21. Oktober 1950, zu einem Arztetag nach Tübingen eingeladen. Vorangegangen war ein Fortbildungskurs in den Kliniken, den Professoren und Dozenten der medizinischen Fakultät in dankenswerter Weise übernommen hatten und für dessen Abhaltung ihnen auch hier Dank gesagt werden soll.

Zu dem ebenfalls vorangegangenen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis hatten sich statt der angemeldeten 300 über 600 Kolleginnen und Kollegen eingefunden. Neben den rein informierenden Vorträgen über Wesen und Praxis des Kassenarzttums wurde in reifer Debatte auch über die Mängel gesprochen, Abhilfevorschläge gemacht und die Wünsche der Ärzteschaft vorgetragen, und es mag für die anwesenden Kassenvertreter recht interessant gewesen sein, einmal von Ärzten aus der Praxis über ihre Probleme und Schwierigkeiten zu hören.

Am Vorabend waren die Delegierten der Arztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und des Hartmannbundes zu einem Forum zusammengekommen. Mit erfreulicher Herzlichkeit wurde von allen Delegierten der Wille zu enger Zusammenarbeit festgestellt und hierbei besonders auf die Verhandlungen der Vorstände der drei Spitzenverbände in

Königstein hingewiesen, die sich über die Notwendigkeit eines einigen und geschlossenen Vorgehens der Ärzteschaft im klaren waren und ihren Willen, keine Differenzen mehr störend auftreten zu lassen, bekundet hatten. Es darf hier vorwegnehmend gleich auf die Mitteilung des Kollegen Dr. Wester-Köln, die er auf dem nachfolgenden Arztetag machte, hingewiesen werden, in der er von den Verhandlungen im Bundestag anlässlich der Beratung des Versorgungsgesetzes berichtete, wo von einigen Abgeordneten von der Uneinigkeit der Ärzte gesprochen worden war, was sich wiederum für die Bestrebungen der Ärzte und den von ihnen gewünschten Einbau in dieses Gesetz nicht immer günstig ausgewirkt hat.

Am Samstag konnte der Ehrenpräsident der Arztekammer Württemberg-Hohenzollern, Dr. Friedrich Langbein, im Auditorium Maximum der Universität eine große Zahl von Kollegen und auch deren Frauen begrüßen, die besonders eingeladen waren, da auch sie das zur Debatte stehende Versorgungsgesetz in erster Linie interessiert. Er wies darauf hin, daß der Arztstand es von jeher als seine vornehmste Pflicht angesehen hat, für seine Angehörigen im Falle von Invalidität und Tod zu sorgen. Dieser Selbsthilfegedanke ist ein Ausdruck der beruflichen Freiheit des Arztes. Verlassen wir uns in wirtschaftlicher Not auf die Hilfe des Staates, so verlieren wir einen Teil unserer Handlungsfreiheit. Um so mehr begrüßen wir die Möglichkeit, bei dem Entwurf der Versorgungseinrichtung unsere Wünsche und Anregungen entsprechend den Belangen unseres Standes den Regierungsstellen vorzutragen und die Satzungen selbst entwerfen zu können.

Der Präsident der Arztekammer Württemberg-Hohenzollern, Dr. Borck, begrüßte darauf die Versammlung und im einzelnen die Gäste. Der Vertreter des Herrn Staatspräsidenten und des Herrn Innenministers, Ministerialrat Dr. Barth, versicherte die Ärzteschaft der vollen Unterstützung der Regierung in ihren Bestrebungen um die Versorgung und erwähnte auch die Ehrengerichtsordnung, die gerade in der heutigen Zeit für den Stand von besonderer Bedeutung sei.

Der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität, Prof. Dr. Rebell, überbrachte deren Grüße.

Präsident Dr. Neuffer übermittelte die Wünsche und Grüße aus Nordwürttemberg und von der Arbeitsgemeinschaft der Arztekammern, und Dr. Wester, Köln, berichtete über die verschiedenen Verhandlungen in Bonn. Auch die anwesenden Vertreter der Krankenkassen sprachen sich für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft aus.

Wie immer auf württembergischen Arztetagen begannen die eigentlichen Referate mit einem wissenschaftlichen Vortrag, in dem Herr Prof. Dr. Bickenbach, der neue Ordinarius der Frauenklinik Tübingen, über die Depothormone in der Gynäkologie berichtete.

Das Hauptreferat des Vormittags hielt anschließend Dr. Borck über das geplante neue Versorgungsgesetz. Ausgehend von dem Beschluß des Landtags Württemberg-Hohenzollern, ein Gesetz über die Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung der Heilberufe zu erlassen, berichtete er über den Vorwurf zum Gesetz und die Pläne für die Satzung der Versorgungsanstalt für Ärzte. Es ist vorgesehen, außer einem Sterbegehalt von DM 2000.— eine Rentenversorgung für Invalidität in Höhe von mindestens DM 2100.—, eine Witwenrente von DM 1500.— und eine Rente für Kinder in Höhe von DM 300.— jährlich. Der Entwurf lehnt sich an die Satzung der in Bayern schon lange bestehenden und bewährten Versorgungseinrichtung an. Als Beitragsleistung ist ein Betrag von 8% des Umsatzes vorgesehen, im Höchsthalle jedoch DM 2000.—. Bei Beitragsleistungen, die den Grundbetrag von DM 720.— überschreiten, erhöht sich die Rente um jeweils jährlich $\frac{1}{2}$, der über diesen Grundbetrag geleisteten Zahlungen. Bei Umsätzen, bei denen 8% weniger als DM 720.— Beitrag jährlich ergeben, beträgt die Beitragsleistung entsprechend weniger, aber jeweils 8%. Doch wird die Grundrente in Höhe von DM 2100.— bzw. DM 1500.— auch dann in voller Höhe geleistet.

Nach einer Aussprache, in der der Vertreter Nordwürttembergs sich ebenfalls für diesen Plan aussprach, wurde mit nur 3 Gegenstimmen vom Arztetag folgende Entschließung angenommen:

„Der Arztetag 1950 des Landes Württemberg-Hohenzollern begrüßt die Absicht des Landtages, die Versorgung der vom Kammergesetz betroffenen Berufe gesetzlich zu regeln.“

Für diese Regelung sieht er einen Anschluß an die Angestelltenversicherung als völlig ungeeignet an, weil sie den

Besonderheiten des ärztlichen Berufes nicht Rechnung trägt und den Bedürfnissen des Arztestandes nicht entspricht.

Er billigt die Vorarbeiten des Versorgungsausschusses und bittet die Staatsregierung, dem Landtag beschleunigt einen Entwurf vorzulegen, der weitgehend der Bayerischen Arztversorgung und den Vorarbeiten des Versorgungsausschusses folgt.

Für die Gestaltung der Satzung der Versorgungsanstalt für Ärzte billigt er die vorgetragenen Grundsätze der Versorgungskommission."

Am Nachmittag sprach Dr. Bihl, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern über „Recht und Forderungen der Kassenärzte in der Sozialversicherung“. In eindeutigen, klaren und temperamentvollen Ausführungen ging er auf die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ein und erläuterte die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts, die er als eine Personenvereinigung bezeichnete, der vom Staat die Durchführung gewisser, im öffentlichen Interesse liegender Aufgaben — in unserem Falle die gesamte ärztliche Betreuung der Sozialversicherten — übertragen ist und die zur Erfüllung dieses Zweckes mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet ist. Eine Befehlsgewalt des Staates besteht nicht. Nur die festgelegte Satzung ist richtunggebend. Reichen Beifall erntete der Vortragende auch bei der Erwähnung der Ablehnung von Koppelung der Überbrückungshilfe mit den von den RVO-Kassen geforderten Eingriffen in das Arztrecht! Auch berichtete er über den Stand der Verhandlungen mit der Bundesregierung, wo zur Zeit ein Gesetz über die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene ausgearbeitet wird.

Über „Die Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern als Treuhänderin der Kassenärzte des Landes“ sprach Dr. Frohn, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung. Alle eingehenden Honorare werden restlos verteilt, auch kam der Redner auf die Ertragskürzung zu sprechen. Im Urteil eines mit der Prüfung der Verwaltung beauftragten Sachverständigen heißt es: „Es wird sparsam gewirtschaftet.“ Der Beifall gab den Dank der Zuhörer, auch für die geleistete Arbeit des Personals der Kassenärztlichen Vereinigung zu erkennen.

Und zum Abschluß trafen sich zahlreiche Kollegen mit ihren Damen zu einem gesellschaftlichen Abend, bei dem Herr Bihl bewies, daß er nicht nur die Kassenärztliche Vereinigung, sondern auch eine eifrig tanzende Ärzteschaft in Schwung zu bringen versteht. Nicht zu vergessen die lustigen Gesänge der Kollegen aus der Nervenklinik über Licht und Schatten von Theorie und Praxis!

In allem eine gelungene Tagung — hoffen wir, sie das nächste Mal zusammen mit unseren nordwürttembergischen Kollegen begehen zu können!

Dr. Albrecht Langbein

Abgabe von Strophoral-Tabletten in Apotheken

Das Innenministerium Württemberg-Hohenzollern hat um Bekanntgabe des nachstehenden Rundschreibens des Bundesministeriums des Innern vom 16. August 1950 gebeten:

„Die von der Firma C. F. Böhringer & Söhne, Mannheim-Waldhof, in den Verkehr gebrachten Strophoral-Tabletten sind zum inneren Gebrauch bestimmt und enthalten pro Tablette 2,7 mg Strophantin, während die größte Einzelgabe für Strophantin gemäß Anlage VIII des DAB VI nur 1 mg beträgt.

Entsprechend der in der Anlage VIII des DAB VI niedergelegten Bestimmungen darf bei Überschreiten der festgesetzten Höchstgabe der Apotheker die verschriebene Arznei nur dann abgeben, wenn der Arzt durch ein der Mengenangabe des betreffenden Mittels beigefügtes Ausrufungszeichen (!) sowie durch wörtliche Wiederholung der verordneten Menge zu erkennen gegeben hat, daß die Überschreitung der Höchstgabe beabsichtigt ist.

Es wird darauf hingewiesen, daß entsprechend der oben angeführten Bestimmung des DAB VI Verschreibungen über Strophoral-Tabletten von den Apotheken nur dann abgegeben werden dürfen, wenn auf der ärztlichen Verschreibung das vorgesehene Ausrufungszeichen sowie die wörtliche Wiederholung der verordneten Menge vom Arzt vermerkt sind oder, wenn aus der Gebrauchsanweisung des Arztes ersichtlich ist, daß die größte Einzelgabe (1 mg) und die größte Tagesgabe (5 mg) nicht überschritten sind.“

Dr. Langbein, Pfullingen, 80 Jahre alt

Dr. med. Friedrich Langbein wurde am 19. November 1870 in Sulzbach am Kocher geboren. Er absolvierte das humanistische Gymnasium und studierte anschließend in Tübingen und München Medizin. Das Staatsexamen legte er in München ab. Im Jahre 1894 erhielt er dort die Approbation nach seiner Promotion. Anschließend war er als Assistenzarzt an der Frauenklinik in Dresden und am Kreis Krankenhaus in Cannstatt tätig. Nach mehreren Auslandsreisen als Schiffsarzt ließ er sich im Jahre 1897 als praktischer Arzt in Pfullingen (Kreis Reutlingen) nieder.

Schon früh interessiert für organisatorische Arbeit innerhalb seines Standes, gründete er mit dem damaligen Oberamtsarzt Steinbrück den Ärzteverein Reutlingen, dessen erster Schriftführer er wurde. Seine Kollegen erkannten bald seine organisatorische Befähigung, und so wählte ihn der Ärztliche Bezirksverein Tübingen, zu dem der Ärzteverein Reutlingen gehörte, im Jahre 1904 als Vertreter in den württembergischen ärztlichen Landesauschuß, der als Vorgänger der Ärztekammer bezeichnet werden kann. Im Jahre 1900 wurde er als Vertreter Reutlingens in den Eßlinger Delegiertenverband entsandt. Der Eßlinger Delegiertenverband war eine wirtschaftliche Interessenvertretung der Ärzte und wurde im Jahre 1921 in den Württembergischen Ärzteverband umbenannt.

Seine unermüdete Tätigkeit und seine großen organisatorischen Kenntnisse fanden ihre Würdigung im Jahre 1924 durch die Wahl zum Vorsitzenden des Württembergischen Ärzteverbandes. Im Jahre 1926 wurde er in Personalunion gleichzeitig Vorsitzender der 1925 gegründeten Württembergischen Ärztekammer. Aber nicht nur in seiner engeren Heimat war Langbein als Organisator bekanntgeworden. Das unermüdete Eintreten für die Belange des Standes veranlaßte im Jahre 1926 den Deutschen Ärztevereinsbund als die standespolitische Organisation der deutschen Ärzte, Langbein in seinen engeren Vorstand zu wählen.

Bei den Honorarverhandlungen mit den Kassenverbänden, die von 1930 bis 1932 dauerten und 1932 zum Abschluß des Pauschalabkommens führten, war Dr. Langbein Verhandlungsleiter der deutschen Ärzte.

Im Jahre 1931 wurde er Leiter des Planungsausschusses der Deutschen Ärzteschaft, der sich besonders mit der Notlage und Möglichkeit der Unterbringung der Jungärzte befaßte. Seine Erfahrungen in diesem Ausschuss waren entscheidend bei dem Abschluß des neuen Honorarabkommens im Jahre 1932. Um der damaligen Not der Jungärzte zu steuern, trat Langbein für eine vermehrte Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit ein, während bisher auf 1000 Versicherte ein Arzt entfiel, entfielen ab 1932 auf 600 Versicherte ein Arzt, dagegen tauschte die Ärzteschaft die bisherige Einzelhonorierung gegen ein Kopfauswahl ein. Langbein, der in den damaligen schwierigen Zeiten die Gefahr eines ärztlichen Proletariats klar erkannt hatte, erwarb sich durch diese Tat nicht nur ein Verdienst um den damaligen notleidenden Jungärztestand, sondern um die gesamte deutsche Ärzteschaft. Die Not der hilfsbedürftigen Standesangehörigen und ihrer Hinterbliebenen lag ihm von je am Herzen und hatte ihn bereits im Jahre 1921 veranlaßt, die Versorgungskasse der württembergischen Ärzte ins Leben zu rufen. Sein Grundsatz beim Aufbau dieser Versorgungseinrichtung war „Einer trage des anderen Last“. Er hat manche Not der württembergischen Ärzte hierdurch gelindert und seine Versorgungskasse war Vorbild und Anregung für andere deutsche Länder, nicht zuletzt für die Bayerische Arztversorgung, die im Jahre 1923 aufgebaut wurde und heute noch besteht.

Bei der Machtübernahme im Jahre 1933 mußte leider Langbein aus allen Ämtern ausscheiden. Die Versorgungskasse wurde bereits im Jahre 1934 zerschlagen. Der Name Langbein und seine Verdienste waren jedoch nicht auszulöschen.

Im Jahre 1945 übernahm Langbein, als er gerufen wurde, trotz seines hohen Alters und der damit verbundenen Strapazen den Wiederaufbau der Württembergischen Ärzteschaft und war von 1946 bis zu seinem freiwilligen Ausscheiden 1949 der erste Nachkriegspräsident der Württembergischen Ärzteschaft. Seine Hauptarbeit galt u. a. wieder dem Versorgungsgedanken. Auch heute in seinem hohen Alter gilt jede freie Stunde der Arbeit diesem Werk, das er wieder so aufbauen will, daß es allen Währungsgefahren Trotz bietet.

Der Name Langbein ist mit der ärztl. Organisationsarbeit der letzten 50 Jahre auf das engste verknüpft. Averdung

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN
Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 25 34

Ausschreibung von Kassenarztstellen

In Säckingen ist eine Kassenarztstelle für einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu besetzen.

Bewerbungen um diese Kassenarztstelle sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Dezember 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 B a d e n
Zulassungsausschuß

Kreisvereinigung Lahr

Dr. Wiedemer, praktischer Arzt in Lahr, hat den Vorsitz der ärztlichen Kreisvereinigung Lahr niedergelegt. Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. May, Chefarzt des Bezirkskrankenhauses Lahr, gewählt.

Kreisvereinigung Offenburg

Am 5. Oktober 1950 wurde die Kreisvereinigung Offenburg gegründet. Es wurden gewählt:

- zum 1. Vorsitzenden: Dr. med. Steiger, prakt. Arzt in Offenburg;
- zum 2. Vorsitzenden: Dr. med. Schwank, Facharzt für Frauenkrankheiten in Offenburg;
- zum Schriftführer: Dr. med. Koenigsmann, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Offenburg.

Glückwunsch zum 85. Geburtstag

Am 15. Oktober 1950 feierte Dr. med. Emil G l a e n z seinen 85. Geburtstag.

Die Ärzteschaft Baden-Baden verehrt in ihm den Senior der praktischen Ärzte, der in seinem Pflichtgefühl Vorbild für alle ist.

Nach Abschluß seiner medizinischen Ausbildung im Jahre 1894 ließ er sich als praktischer Arzt in Baden-Oos nieder und hat dort eine ausgedehnte Land- und Stadtpraxis betreut. Unermüdet hat er zu Fuß und zu Rad seine Kranken versorgt, auch als in den letzten schlimmen Monaten des Krieges die Fahrt zu den Rheindörfern durch die Fliegerangriffe immer mit Lebensgefahr verbunden war. So ist es verständlich, daß er sich die Liebe und Anhänglichkeit seiner Patienten in besonderem Maße erwarb. Als es die schwere Nachkriegszeit selbst dem bejahrten Kollegen nicht erlaubte, sich zur verdienten Ruhe zu setzen, ist er unermüdet und selbstlos seinen ärztlichen Pflichten nachgekommen, bis körperliche Krankheit ihn daran hinderte.

Wir wünschen, daß ihm noch ein friedlicher Lebensabend beschieden ist.

Bezirksärztekammer Baden-Baden.

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägelestraße 8, Telefon 75712

Der Landesverband Württemberg des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) lädt zu einer

Arztversammlung

auf Samstag, den 18. November 1950, 19.30 Uhr, im Hotel Waldhorn in Ravensburg ein.

Referent Dr. Dobler: Lebensfragen der Ärzteschaft. Anschließend freie Diskussion.

An der Versammlung wird der Gesamtvorstand des Landesverbandes Württemberg teilnehmen.

Alle Ärzte des Landes Württemberg-Hohenzollern sind herzlich eingeladen. Der Landesvorstand

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND NORTBADEN

Geschäftsstelle: Plankstadt bei Heidelberg, Friedrichstraße 41, Telefon 374 Amt Schwetzingen

1. Der Landesverband Nordbaden dankt der Schriftleitung des Südwestdeutschen Arzteblattes herzlich für ihre Bereitwilligkeit, die Mitteilungen der Landesstelle in ihr Blatt aufzunehmen.

2. Die standespolitische Entwicklung der letzten Jahre zeigt deutlich, wie notwendig der Zusammenschluß sämtlicher Ärzte zur wirksamen Vertretung ihrer wirtschaftlichen Interessen ist. Gegenüber den anderen Ländern des Bundesgebietes erfolgte die Gründung des Landesverbandes Nordbaden spät. Die erste Landesversammlung in Anwesenheit von Herrn Dr. Lachmann, geschäftsführender Arzt des HB. als Gast, fand am 30. Juli 1950 in Schwetzingen statt.

3. In den Kreisen wurden die folgenden Kollegen zu Vorsitzenden gewählt:

- a) Dr. Nowacki, Bruchsal, für Kreis Bruchsal-Bretten,
- b) Dr. Peter, Buchen, für Kreis Buchen,

- c) Dr. Mattern, Heidelberg, für Kreis Heidelberg,
- d) Dr. Oestreicher, Hockenheim, für Kreis Hockenheim,
- e) Dr. Mrozik, Eggenstein, für Kreis Karlsruhe,
- f) Dr. Grieger, Mannheim, für Kreis Mannheim,
- g) Dr. Krieger, Diedesheim, für Kreis Mosbach,
- h) Dr. Schückle, Niefern, für Kreis Pforzheim,
- i) Dr. Ullrich, Brühl, für Kreis Schwetzingen,
- k) Dr. Fischer, Sinsheim, für Kreis Sinsheim,
- l) Dr. Gübel, Dertingen, für Kreis Tauberbischofsheim,
- m) Dr. Jung, Weinheim, für Kreis Weinheim.

4. Die Wahlen zum Landesvorstand ergaben am 24. Sept. 1950 in der zweiten Landesversammlung in Heidelberg, bei der als Gast der 2. Vorsitzende des HB., Herr Dr. Dobler, anwesend war, folgendes Resultat:

Landesvorsitzender: Dr. Deussen, Plankstadt,
stellvertr. Vorsitzender: Dr. Ullrich, Brühl,

Beisitzer: Dr. Mrozik, Eggenstein,
Dr. Mattern, Heidelberg,
Dr. Krieger, Diedesheim.

5. Der erste organisatorische Aufbau ist damit in Nord-
baden beendet. Mitgliederstand am 1. Oktober 1950: 375. Der
Mitgliedsbeitrag ist bis 31. Dezember 1950 an die Zentrale
in Frankfurt/Main, Niedenau 68

Postscheckkonto: Frankfurt a. M., Nr. 116210
Bankkonto: Frankfurter Bank, Frankfurt a. M.,
Konto Nr. 975

direkt oder über die KV. zu entrichten.

Ab 1. Januar 1951 wird der Beitrag möglicherweise vom
Land eingezogen. Mitteilung hierüber erfolgt in der Dezem-
ber-Nummer des Südwestdeutschen Arzteblattes. Der Mit-

gliedsbeitrag beträgt vom Monat nach erfolgter Anmeldung
an monatlich 2.— DM für den Gesamtverband, falls nicht
Ermäßigungen vereinbart wurden. Dazu kommt ab 1. August
1950 für das Land Nordbaden nach Beschluß der ersten Lan-
desversammlung vom 30. Juli 1950 monatlich jeweils 1.— DM,
falls keine Ermäßigung vereinbart wurde. Zuständig für Er-
mäßigungen sind die Kreisvorsitzenden. Höhere Beiträge
(Spenden usw.) kommen dem Land, bzw. den Kreisen zugute.
Mitglieder des Marburger Bundes bleiben beitragsfrei, doch
ist bei diesen, ebenso wie bei den Angehörigen anderer ärzt-
licher Organisationen, bis auf weiteres stets Einzelanmeldung
nötig. Die Beitrittserklärungen sollen zur Arbeitersparnis
möglichst beim Kreisvorsitzenden direkt eingereicht werden.

Dr. Deussen

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

39. — 42. Woche 1950

(24. September 1950 — 21. Oktober 1950)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Miltzbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf- Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibentypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Leisten- mittelyersifung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Frühgeburt	Trachom	Weilche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis
Nord- Württemberg	39.	N T			19 1	161 8	70 8	6 21			7 46	32 16	5			2		8						5		2				1
	40.	N T			22	137	52 8	12 31			6 52	28 13	6					4						12						
	41.	N T			22	157	65 11	5 21			4 53	28 7	6			2		4						16	1	1				
	42.	N T			20 1	172	82 10	12 26			5 57	25 6	1			1		1	2					6	8	1			2	
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	39.	N T			9	54	17 8	14 1	85 1		5 17	13 1	1	2				1						15	1					
	40.	N T			2	57	13 1	7 27			1 13	12 2	6											32						
	41.	N T			11	61	19 3	8 1	66 1		3 4	10 2	8			1 1								29	2					
	42.	N T			12	38	20 6	9 29			2 15	5 2	2											37	1 1					
Nord-Baden	39.	N T			6	112	43 9	3 1	55 2		2 73	19 4	2	2				37	3	1				1						
	40.	N T			10	171	24 5	8 36			4 49	18 4	6	1	3			8	3											
	41.	N T			8	177	33 3	6 22			4 50	19 2	1					9												
	42.	N T			11	144	31 6	16 28			2 71	18 3	1					2												
Land Baden	39.	N T			17	34	19	4	36		8	27	8		3	1		3						3					3	
	40.	N T			9	40	23 1	4	13		1 3	24 14	1	3	1			3						4						
	41.	N T			9	48	16 4	4	38		4 4	14 11			2	1	1	3						11					1	
	42.	N T			15	49	23 3	7	24		2 3	33 11			1	1		1						8						

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Klinge GmbH., München, über „Ovibion“; Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Elkosin“; Dr. med. Hubold & Bartsch, Ham-
burg 1, über „Azoangin“ und A. Jochim, Inh. Hans Keller, Weinheim/Bergstr., über „Der Sterilisations-Autoklav für die Vollsterilisation in der ärztlichen Praxis“ beigelegt.

U.S.-W-1057. ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-
Degerloch, Jahrsr. 82. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe November 1950