

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

12 (1.12.1950)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus
unter Mitwirkung von Dr. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen
Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 12

STUTTGART, DEZEMBER 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Dr. Laberke:	Die somatisch-psychische Kombinationstherapie bei einigen vegetativ-neurotischen Syndromen	243
Dr. Spuler:	Kraftfahrzeug und Auge	249
Prof. Dr. Dietrich:	Zur Anpreisung neuer Krebsheilmittel	250
Dr. Dobler:	Ärzte legen der Bundesregierung die Notlage der Ärzteschaft dar	251
Dr. Dr. Deussen:	50 Jahre Hartmannbund	253
Dr. jur. Heesen:	Krankenversicherung und Verwandten-Behandlung	255
Dr. jur. Cordes:	Keine DM-Honorar-Forderungen verjähren lassen!	257
Buchbesprechungen	257
Bekanntmachungen	258
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	259
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	261
	Ärztekammer Nord-Baden	262
	Landesärztekammer Baden	263
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	
	Landesverband Württemberg	263
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	
	Landesverband Nordbaden	263
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 43.—46. Woche 1950		264
Geschäftliche Mitteilungen		264

Aus der Inneren Abteilung der Städt. Krankenanstalten Eßlingen a. N.
(Direktor: Professor Dr. B. Niekau)

Die somatisch-psychische Kombinationstherapie bei einigen vegetativ-neurotischen Syndromen

(Gastritis-Syndrom, Angina pectoris-Syndrom, vasoneurotisches Tachycardie-Syndrom)

Von Dr. Dr. med. Johannes A. Laberke, Oberarzt

Die vegetative Dystonie entsteht nicht aus einer Ursache heraus, sondern muß in ätiologischer Hinsicht als Summationseffekt mehrerer Wirkungsfaktoren angesprochen werden. Entscheidend ist dabei die Erregbarkeit der Gefäßnerven, die über die Stammhirnzentren gesteuert wird, beim einzelnen weitgehend genetisch bestimmt, aber auch in hohem Maße exogen beeinflussbar durch äußere Reize, wobei die Art des Reizes weniger wichtig erscheint als die Stärke und Länge seiner Einwirkung: der irritierende Reiz kann von einem Fokus ebenso ausgehen wie z. B. von einer Phase anhaltender Unterernährung oder psychischer Belastung. Wir stellen uns vor, daß das organspezifische Verhalten der innervierten Blutbahn dabei im Sinne der Ricker'schen Relationspathologie mit Einschluß des „Stufengesetzes“ bestimmt wird. Zum Funktionskreis des vegetativen Systems gehören dabei mehr oder

weniger auch das Geschehen der Allergie, der neurogen-latenten Tetanie, teilweise immunbiologischer Vorgänge und verschiedener endokrin imponierender Insuffizienzen.

In der Therapie gilt es nun, die Reizschwelle gegen die verschiedenen Irritationsmöglichkeiten zu mindern: physiologisch eindeutig können wir dies lokal z. B. durch eine Novocainblockade, die bei Erfassung des sympathischen Grenzstrangs schon weiter reicht und bei i.v. Anwendung — wobei sich uns besonders das Melcain (Woelm) bewährte — in Einzelfällen vorübergehend die Regulation hervorragend ausgleichen kann. Wir nützen diese funktionssteuernden Möglichkeiten in besonderem Maße aus im autogenen Training nach J. H. Schultz. Das vegetative System ist dabei der Mittler vom Emotionellen zu den Organfunktionen und darüber hinaus zur Organsubstanz selbst, wobei die weitgehend

bekannteren Aufgabenbereiche des Parasympathicus und des Sympathicus oft nicht streng trennbar in Erscheinung treten.

Das Gastritis-Syndrom. Die Zahl der frischen — oft primär chronisch und periodisch verlaufenden — Gastritiden mit Sub- oder Anacidität, mehr oder weniger latenter „Hepatopathie“ und allgemeiner Hypofermentie hat sich besonders in den jüngeren Jahrgängen — im Vergleich zur Vorkriegsstatistik — verdoppelt; sie nimmt weiterhin zu. Als wesentliche Krankheitsbedingungen betrachten wir bei der Mehrzahl dieser Fälle die stärkere psychische Belastung und die Unterernährung der letzten Jahre. Wir wollen unsere Beobachtungen bei der klinischen Behandlung von 210 Patienten dieser Krankheitsgruppe darstellen. Es handelt sich — wie wir danach annehmen — nicht von vornherein um entzündliche Veränderungen der Magenwand auf exogene Reize, sondern primär um vasoneurotisch-dystrophische Entgleisungen der Funktion des Magens in Hinsicht auf Tonus, Sekretion und Motilität infolge neurogener trophischer und allgemein-funktioneller Störungen bei stärkerer Neigung zu vegetativer Dystonie; die äußeren Irritationen wirken dabei nur im Sinne eines „Zweitschlags“. Leber und Dünndarm können gleichsinnig beeinträchtigt sein. Entzündliche und degenerative Veränderungen des Parenchyms können folgen, wenn es nicht gelingt, die primär neurotische, syndromhafte, funktionelle Irritation des Magens durch Behandlung der vegetativ-nervösen Gesamtpersönlichkeit zum Ausgleich zu bringen und die exogenen Noxen weiterwirken. Dann können allmählich alle Funktionssysteme betroffen werden. Hinsichtlich der Psyche kann sich die spätere gastrointestinale Intoxikation bei Fortwirken der Magendarminsuffizienz wiederum sekundär auswirken; so kommt es zu einem Circulus vitiosus, der im Psychischen anfängt und aufhört und das Verdauungssystem — besonders den Magen — schließlich im Sinne eines Erfolgsorgans — von der vegetativen Neurose her — und einer Ursache — für die sekundäre Verstimtheit — zugleich erfaßt.

Der junge Mensch, der Ende des zweiten oder im dritten Lebensjahrzehnt erstmalig die klinischen Beschwerden einer „banalen“ Gastritis äußert, zeigt meist auch in „gesunden“ Tagen eine gesteigerte Erregbarkeit seiner gesamten Sensibilität. Die „Situationsdyspepsie“ (Gutzeit) ist ihm oft nicht unbekannt. Seine Organe — besonders der Magen — machen das psychische Erleben intensiv mit. Er ist in Stimmung und Vitalität ebenso labil wie im vegetativen Tonus. Die Kriegsteilnehmer unter ihnen waren an der Front oft weitgehend beschwerdefrei, und jetzt treten die Mißempfindungen von seiten des Magens besonders am Wochenende und zu Zeiten der Arbeitslosigkeit am unangenehmsten hervor. Der Leistungswille dieser Menschen ist oft überdurchschnittlich ausgeprägt; sie sind aber kaum einmal mit ihrer Arbeit zufrieden (Selbstwertneurose). Unsicherheit, Hast und Pedanterie kennzeichnen viele. Ihre Triebstruktur leidet unter der vegetativen Störung. Sie schlafen schlecht und träumen viel in Tagesresten und Angstbildern. Oft fühlen sie sich am Abend frischer als früh. Neben den psychischen spielen somatisch-konstitutionelle Ursachen mit. Der leptosome Körperbautyp überwiegt. Helle Pigmentkomplexionen sind häufig.

Die Gastritis als primär neurodystrophisches Dekom-

pensationssyndrom eines vegetativ-neurotischen Menschen erfordert eine entsprechende komplexe Therapie. Es gilt, die Störungsfaktoren zu beseitigen oder zu mindern, die in neurotisch-organischer Durchflechtung krankmachend wirken bzw. die Selbstheilung hindern. Wir müssen

1. die gesteigerte allgemeine vegetative Dystonie bis ins Niveau geordneter Regulationen zu dämpfen suchen;
2. die exogenen Reize beseitigen oder wenigstens herabsetzen können, die im Sinne des Zweitschlags zur neurodystrophischen Entgleisung der Magenfunktion geführt haben;
3. bei organisch-zellulären Folgezuständen auch durch Lokalbehandlung der Entzündung entgegenwirken und die normale Regeneration beschleunigen helfen, wobei die funktionelle Einheit von Magen, Leber, Pankreas und Darm zu beachten ist.

Wir machen dabei keine Behandlungsunterschiede zwischen Gastritis und Ulkuskrankheit, weil die Entstehung bzw. die ausbleibende Selbstheilung und dadurch bedingte Fortentwicklung eines Zwölffingerdarm- oder Magengeschwürs in der Regel auf einer entzündlich-gastritischen (Konjetzny) oder zumindest einer neurodystrophisch-gastritischen Veränderung der Schleimhaut beruht.

In Klinik und Praxis beginnen wir nach alter Gewohnheit mit der Lokalbehandlung: einer strengen „Bergmann-Kur“ bei Bettruhe mit Zugabe von Karottensäften, Frischquark und Leber, was sich besonders bei den Mangelgastritiden bewährt. Berry und Cole wiesen gastroskopisch die Normalisierung atrophischer Magenschleimhautveränderungen durch Leberextrakte und Vitamin B-Komplex nach, wenn sie durch Unterernährung verursacht waren. Der Patient muß im Rahmen unserer Diätführung selbst systematisch eliminieren lernen, was ihm nach seiner persönlichen Erfahrung nicht gut tut. Die Regelmäßigkeit der Mahlzeiten und des ganzen Tageslaufs muß gepflegt werden.

Nach den Hauptmahlzeiten legen wir feucht-warme Oberbauchwickel (1 Stunde) an. Bei der häufigen labilen Sub- und Anacidität bringt Acidol-Pepsin — auch in kleinen Dosen — meist eine Minderung des schmerzhaften Völlegefühls nach dem Essen; nicht nur im Sinne des quantitativen Ersatzes im Magensaft selbst, sondern auch zur reflektorischen Anregung des Sekretflusses im ganzen System: denn das im oberen Dünndarm gebildete Sekretin, das den entscheidenden Reiz auf die Bauchspeicheldrüsenfunktion ausübt, entsteht aus dem Prosekretin nur in Gegenwart der HCl. Zur Substitution und Anregung der bei diesen Patienten meist gleichzeitig herabgesetzten allgemeinen Fermentproduktion hat sich uns in alternierenden Reihen besonders das Combizym bewährt. Bei den selteneren Hyperaciditätsbeschwerden zeigte eine Magnesiumtrisilikat-Aluminiumhydroxyd-Mischung die beste subjektive und objektive Wirkung. In hartnäckigen Fällen pflegen wir tägliche Magenspülungen zu machen. — Diese lokale Therapie erstrebt vorwiegend die Wiederherstellung der physiologischen Eigenschaften des Magenschleims; sie greift nur an Symptomen an, hat aber besonders bei den lang eingeschliffenen Veränderungen ihre Bedeutung.

Gleichzeitig gilt es, die exogenen Reize anzugehen, die im Sinne des „Zweitschlags“ die primäre neurodystrophische „Gastritis“ erstmalig als Beschwerdebild manifest werden lassen und bei ihrem Fortwirken

sekundär-entzündliche Veränderungen provozieren. Das Gebiß (bei $\frac{1}{2}$ unserer Patienten unzureichend) wird möglichst schnell funktionstüchtig gemacht, zugleich natürlich im Sinne der Fokalsanierung behandelt. Bei hypertrophen und chronisch eitrigen Tonsillen sehen wir nach der Tonsillektomie oft eine erstaunlich schnelle Besserung der Magenbeschwerden und der vegetativen Entgleisung, so daß wir über die haematogene Herdwirkung hinaus eine direkte bakterielle Irritation der Magenschleimhaut durch den Schluckakt vom infizierten Schlundring her annehmen möchten. Restzustände nach Infektionskrankheiten müssen ausgeglichen werden. Funktionelle oder entzündliche Gallenabflußstörungen sind besonders intensiv mitzubehandeln. Auf Appendektomien sahen wir — auch bei klinischem Appendicitis chronica-Verdacht — merkwürdigerweise nur selten eine entscheidende Besserung der Magenbeschwerden. Es ist übrigens auffällig, wie hoch bei unserem Gastritis-Krankengut der Prozentsatz der Appendektomierten ist; das mag mit der erhöhten mesenchymalen Reizbarkeit dieser Gruppe einerseits und der wahrscheinlich ähnlichen Pathogenese mancher Appendicitiserkrankung andererseits (primär lokal reflektorische Zirkulationsstörung im Sinne Rickers) zusammenhängen. Bei der reinen Mangelgastritis mit den oft schweren vegetativen Regulationsstörungen steht die Leber mit der Hemmung des ganzen assimilatorischen Systems im Mittelpunkt der Stoffwechselstörung. Wir berücksichtigen dies in der angegebenen Diätform. Sauer- und Buttermilchkuren bewähren sich dabei für Magen, Darm und Leber gleichermaßen gut. Alkohol wird in der Gastritisbehandlung zunächst streng gemieden. Später ist ein kleines Glas Bier oder ein Gläschen Rotwein erlaubt. Etwa die Hälfte unserer Patienten verträgt das Tabakrauchen infolge der ausgesprochenen vegetativen Labilität nicht; sie sind leicht ganz zu entwöhnen. Ein Drittel sind Kettenraucher. Wir halten sie während der stationären Behandlungszeit nikotinfrei, aber ein großer Teil von ihnen wird wieder rückfällig; der Nikotingenuß ist dabei bereits ein Merkmal der neurotischen Persönlichkeit, ebenso wie das hastige Essen. Die Patienten werden zu bewußt langsamem und gründlichem Kauen angehalten. Auch die häufigen sozialen, beruflichen und häuslichen Konfliktsituationen dieser Neurotiker, zu deren normaler Verarbeitung und Erledigung sie meist nicht fähig sind, lassen sich auf amtlichem oder persönlichem Wege als „exogene Noxen“ manchmal fernhalten. Eine genaue biographisch-analytische Anamnese ist nicht zu umgehen. Dabei versuchen wir, mit unaufdringlich eingestreuten Korrekturen die oft unerschöpflichen hypochondrischen Tendenzen zu entspannen.

Zur Dämpfung konstitutionell und reaktiv labiler Reizschwellen im individuellen vegetativen und zentralen Nervensystem bewährt sich uns seit 3 Jahren bei 70% der hier gekennzeichneten Gastritispatienten das autogene Training (die konzentrierte Selbstentspannung) nach J. H. Schultz, das die Patienten von der 2. Behandlungswoche an in unseren Übungsgruppen zur Selbstumstellung erlernen. Es setzt den Genesungswillen voraus. Die Hypochonder gewinnen dabei positive Angriffspunkte ihrer Selbstbeobachtung. Bei den Gastritispatienten leiten wir mit aktiven Bauchatmungsübungen ein, verlängern die Übung der passiven Atmung und betonen besonders die Sonnengeflechtwärme. Später schließen wir positive formel-

hafte Vorsatzbildungen an, die Stimmung, allgemeine Beschwerdefreiheit und Appetit betreffen. Bei den häufigen Klagen über „eingenommenen Kopf“ hat sich Nackenmassage bewährt. Es dauert nun — je nach den individuellen Voraussetzungen — 4 bis 12 Wochen, bis die Übungen des autogenen Trainings ausreichend beherrscht werden. Diese Zeit überbrücken wir mit vegetativen Tonika: Wir haben auch hier in alternierenden Reihen (je 10 Gastritispatienten unserer Gruppe) zahlreiche Präparate versucht. Da die tonusregulierenden Anteile von Vagus, Sympathicus und Zentralnervensystem bei den einzelnen Kranken unterschiedlich gestört sind, reagieren sie auch individuell auf die verschiedenen Mehrphasen-Wirkstoffe. Wir können also kein gleichmäßig zuverlässiges Standardpräparat zur Therapie der vegetativen Regulationsstörungen unserer Gastritiker erwarten. Besonders beeindruckt waren wir von der prompten schmerzfreienden, euphorisierenden Wirkung des Melkain (Woelm) i.v.; Bellergal führt oft zu genesungsfördernder neurovegetativer Beruhigung, ohne Nebenerscheinungen zu machen. Bei ca. 40% unserer im letzten Jahr behandelten Gastritispatienten sahen wir einen noch besseren Effekt vom Vegedyston (Curta; Yohimbinalkaloid als Sympathicolyticum). 10% der Patienten des gleichen Zeitabschnittes mit ausgesprochen hypodynamischen Zeichen in den physiologischen Funktionen und psychisch-adynamischer Einstellung der Persönlichkeit sprachen auf Percorten Krist./Amp./Ciba/+Vitamin C — wohl über eine spezifische Leistungssteigerung im Stoffwechsel — gut an. Ähnlich günstig können sich bei Frauen — schon im 4. Lebensjahrzehnt — Follikelhormongaben auswirken. In diesen Fällen ist die psychische Unzulänglichkeit und die vegetative Dystonie, die zur Gastritis geführt hat, nicht Folge einer echten Neurose, sondern eben einer endokrinen Insuffizienz, wobei die endokrinen und die vegetativen Störungen im Hypophysen-Zwischenhirngebiet somatopsychischen Kontakt zu haben scheinen. Ähnliche Überschneidungen liegen wohl auch bei den relativ zahlreichen tetanoiden und den hyperthyreotischen Veränderungen unseres Patientenkreises vor. Hier beobachten wir einen organisch-psychogenen und psychogen-organischen Circulus vitiosus, der an beiden Polen unterbrochen werden kann und muß. Kalzium (i.v.) stabilisiert das Befinden in der ganzen Gastritisgruppe — von der einfachen neurodystrophischen Primärgastritis ohne „organischen“ Befund bis zu den sog. Tetanie- und Allergiephänomenen, die in unseren Kreis gehören, ohne etwas Besonderes zu sein. Ansteigende Novoprotin-Dosen (i.v.), die nur von den besonders Überempfindlichen nicht vertragen werden, wirken gut. Manche Patienten geben auf die Injektionen umschriebene Wärmeempfindungen in der Magengrube an. Mehr als die Desensibilisierung auf einen einzigen Reaktionskörper erstreben wir das Gleichgewicht der gesamten vegetativen Persönlichkeit. — Gegen die vom ersten Behandlungstag an zu beachtenden oft sehr hartnäckigen Obstipationen bewährte sich eine Kombination von Papaverin (3mal täglich 0,04—0,06) mit Normacol (Scherling) oder Ceral (Dr. Sandmann, München: Präparat aus Samenschalen des Roggenkorns). Sie besserten sich bald im Zuge der genannten allgemeinen Behandlung.

Die vegetativ tonisierende Therapie mit pharmazeutischen Präparaten bauen wir mit dem zunehmend sicheren Gelingen des persönlichen autogenen Trainings, das

über Jahre hin zur Beherrschung des meist primär chronischen vegetativen Reizzustandes geübt wird, allmählich ab. Die Entspannungsübungen sollen besonders die periodischen Verschlimmerungen abschirmen und echte Recidive mit evtl. organischer Destruktion hintanhaltend. Wir verbinden die Übungen der konzentrativen Selbstentspannung frühzeitig mit balneologischen Maßnahmen (Fichtennadelbäder, Vierzellenbäder, Kneippsche Kuren, Bürstenbäder, Wechselduschen, Sauna); die Pflege der Haut erscheint uns dabei von großer Bedeutung. Die Verbindung von Gymnastik, Massage und Atemübungen ist am besten wirksam. Später lassen wir zur körperlichen Tonisierung und Vitalisierung mit Maß trainieren; besonders dosiertes Schwimmen und Skilaufen läßt sich psychagogisch hervorragend in die ganze Behandlung einbauen. Auf diese Weise gelingt auch die oft schwierige Rückführung in den Arbeitsrhythmus leichter. Hierzu soll nach Möglichkeit an die stationäre Behandlung ein Urlaub angeschlossen werden, auf Grund unserer örtlichen Bedingungen in Höhenlagen über 1000 m, mit mäßiger meteorologischer Reizwirkung sowie vollständigem Milieu- und Erlebnisswechsel, was uns bei den neurodystrophischen Gastritiden wichtiger erscheint als spezifische Kurmittel. Wir empfehlen immer 1 Stunde Mittagsruhe, die liegend — im autogenen Training abgeschaltet — verbracht wird. Am besten halten sie durch, wenn sie ihren Jahresurlaub halbieren und so etwa zweimal 10—14 Tage in halbjährigem Abstand ausspannen, weil sie einerseits oft erstaunlich schnell erholungsfähig sind, andererseits aber mit einer längeren Freizeit in ihrer neurotischen Unbeständigkeit nicht viel anzufangen wissen.

So versuchen wir, das manifeste Gastritis-Syndrom zu beseitigen oder wenigstens entscheidend zu mildern und alle inneren und äußeren Bedingungen abzuschwächen, die nach Art bedingter Reflexe geeignet sind, die funktionelle Ordnung des Systems wieder zu erschüttern und so erneut krankmachend (Gastritis-Recidiv) oder gar lokal destruierend (Schleimhaut-Degeneration, Ulcusbildung) zu wirken. Die Gefahr ist groß, und unsere Maßnahmen können — obwohl sie kausal bzw. konditional angreifen wollen, in vielen Fällen nur palliativ sein: wir finden bei etwa 30% unserer Gastritis- und Ulcusfälle eine „erbliche Belastung“, die etwa auf das Doppelte ansteigt, wenn wir die familiäre Neigung zu schwereren vegetativen Regulationsstörungen zugrunde legen.

Das Angina pectoris-Syndrom. In den Jahren 1947/48 sind an unserer Inneren Abteilung bei über 4500 Durchgängen anteilmäßig etwa dreimal soviel Patienten wegen Angina pectoris stationär behandelt worden wie 1937/38. Wir haben seit längerer Zeit der Therapie dieses kontinuierlich milde bis anfallsweise bedrohlich ablaufenden, bei den Einzelfällen im Effekt sehr stereotypen, in seinen Ursachen aber oft höchst individuellen Krankheitsbildes unsere besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Die sogenannten vasomotorischen Kardi-algien werden meist vom Internisten nicht sehr ernst genommen; die — wenn auch manchmal recht heftigen — Störungen seien ja „nur nervös“ bedingt; man gibt Sedativa und Antineuralgika und wechselt oft mit Achselzucken, Belächeln und Ungeduld von einem Präparat zum anderen, was Mißtrauen hervorruft. Der er-

fahrene Kliniker kombiniert vielleicht mit Vierzellenbädern und leichter Morgengymnastik zur besseren Verteilung der beim Überwiegen des Vagotonus ungenügend mobilisierten Blutdepots. Die vasomotorischen Anfälle selbst lassen sich meist durch Adrenalin über eine Sympathikotonisierung ebenso bessern wie durch forcierte Vagusphänomene, etwa beim Karotissinusdruck, wo mit der Bradycardie die bessere Herzdurchblutung wirksam wird.

Darüber hinaus rät man zur Vermeidung aller persönlichen, häuslichen oder beruflichen Schwierigkeiten, deren Zusammenhang mit dem Krankheitsbild in der Regel leicht zu ermitteln ist, und tröstet mit dem kaum überzeugenden Hinweis, daß bei der nervösen Art der Störung keine Gefahr bestehe. Unsere Patienten können aber heute weniger denn je ihre inneren (und äußeren) Nöte so leicht abschütteln; auf die vielen unausführbaren Ratschläge hin werden sie nur immer hilfloser. Angst und Minderwertigkeitsgefühle nehmen zu und mit ihnen die Beschwerden.

Die allgemeine und die spezielle somatische Behandlung der Angina pectoris (Nitrokörper, Theophyllinpräparate) ist in ihren Grenzen erprobt, aber in vielen Fällen — besonders bei fehlendem organischen Befund — eben nicht ausreichend. Peripherin (Homburg) und besonders auch Sedacoff (Scott u. Bowne) können momentane Erleichterung bringen. Wir brauchen für die Dauerbehandlung darüber hinaus eine methodisch exakte psychotherapeutische Basis, die im Funktionellen den kausalen Momenten gerecht wird, und berichten hier über 30 derartige Patienten. Es handelt sich meist um besonders sensible, ausgesprochen introvertierte Menschen, die in ihrem Verantwortungsbewußtsein verkrampft, im Gleichgewicht ihres seelischen Erlebens anfällig, einer psychischen Begegnung aber um so leichter zugänglich sind. Sie können sich die Entspannung nicht selbst geben. Wir haben bei ihnen die Methode des „autogenen Trainings“ nach J. H. Schultz eingesetzt. Wir modifizieren die Herzübung in „Herz schlägt ruhig und leicht“; „fest“ hilft hier weniger aus dem Beklemmungsgefühl heraus; dabei betonen wir besonders die Atemübung. Die Patienten loben beim Aufstehen die Erleichterung und die wohlthuende innere Ruhe; Beschwerden und Anfallsbereitschaft lassen in diesen Fällen bald nach. Die psychokathartische Entäußerung, die sich oft spontan anschließt, festigt den Erfolg. Die ärztliche Anleitung setzt von seiten des Patienten absolutes Vertrauen und von seiten des Arztes wirkliche Beherrschung der Methode — eigentlich Selbstverständlichkeiten jeder Behandlung — voraus.

Der Kranke lernt allmählich, Funktionen des Kreislaufs, die an sich dem Willen nicht unterliegen, aus einer tiefen Lösung heraus willkürlich beherrschen. Die mehr oder weniger betonten neurotischen Reaktionen verlieren an Bedeutung und mit ihnen die durch sie angeregte und gesteuerte Dysfunktion der Gefäße, die auch bei organischer Koronarschädigung am Krankheitsgeschehen Anteil hat. Die persönliche Reizbarkeit wird gedämpft, die Reizschwelle der verschiedenen Vagusreflexe erhöht. So können tiefste Zusammenhänge angesprochen werden, und man wundert sich oft, wie ursprünglich außerordentlich affektbereite und launische Patienten mit aggravierender Selbstbeobachtungstendenz bei guter Aneignung des Trainings, das sie ohne Zwang von sich

aus gern weiterführen, allmählich immer ausgeglichener werden oder scheinen. Sie beherrschen schließlich ihre Gefühle genau so wie ihre Pulsfrequenz und den beginnenden stenokardischen Anfall. Mit dem Abbau einer falschen Reizverwertung bahnen sich im vegetativen System wieder die glatten Abläufe ohne reflektorische Seitensprünge. Erhebliche Leistungs- und Berufsstörungen können so allmählich wieder behoben werden.

Bei den überwiegend vasomotorischen Stenokardien ist der Erfolg der Therapie mit den Übungen zur konzentrativen Selbstentspannung meist eindrucksvoll; aber das autogene Training vermag auch bei erheblicher sklerotischer Insuffizienz der Kranzgefäße manchmal noch deutliche Erleichterung und Minderung der Anfallsbereitschaft zu bringen; die medikamentöse Dauertherapie darf dann evtl. verringert werden. Der Symptomenkomplex der Angina pectoris zeigt in besonderem Maße, daß sich zwischen dem organischen und dem psychischen Anteil eines Leidens oft keine scharfe Grenze ziehen läßt. Dies gilt für die Genese ebenso wie für die Therapie. Sobald aber ein psychischer Störungseffekt organisch fixiert ist und zur lokalisierten Schädigung geführt hat, scheint diese weder von der Psyche allein noch vom isolierten Organ her, sondern nur über Psyche plus Organ im Sinne der Heilung reversibel.

So kommen wir zu einer psychosomatischen Kombinationstherapie, die sich aus somatischer Allgemeinbehandlung, Psychotherapie und gezielter Organ- und Symptomeinwirkung zusammensetzt — als der persönlichsten Sache des Arztes gegen das höchst persönliche Leiden des Patienten; sie ist kausal und symptomatisch ausgerichtet, empirisch und rationell begründet und hat nichts zu tun mit einer Polypragmasie, sondern beruht auf der Ganzheitsbetrachtung des kranken Menschen. Exaktheit und individuelle Gründlichkeit im diagnostischen und therapeutischen Suchen und Abwägen sind dabei wichtige Voraussetzungen.

Die „nervöse“ Tachycardie. Sie ist Teilerscheinung einer konstitutionellen Übererregbarkeit mit einer bestimmten Kombination vegetativer Regulationsstörungen. Die Pulsfrequenz liegt um 90/Min. und neigt oft zu paroxysmalen Veränderungen. Unsere Patienten waren überwiegend hypotone Astheniker. Die meist sehr eindrucksvolle respiratorische Arrhythmie spiegelt den Kampf wider zwischen dem venösen Rückfluß und dem herrschenden Vagotonus. Eine erkennbare Beruhigung der Herzaktion beim Valsalvaschen Versuch kann die Annahme einer vasonerotischen Tachycardie stützen.

Wir sehen bei diesen Menschen neben ihrer Pulsbeschleunigung in der Regel Respirationsstörungen (besonders von seiten der Bauchatmung), Meteorismus, Obstipation, Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und ängstliche Reizbarkeit. Die psychische Veränderung der Person im Sinne der Neurose ist meist leicht erkennbar: sie klagt oft in grotesken Vergleichen über ihre Herzsensationen; jede Veränderung der Pulsfrequenz wird genau beobachtet, übermäßig empfunden und ängstlich-erregt oder gequält-depressiv gemeldet. In der biographischen Anamnese tauchen als Folge mangelhafter Erlebnisverarbeitung schichtneurotische Komplexe auf, besonders aus der beruflichen und sexuellen Sphäre, oft Jahrzehnte zurückreichend. Die „nervöse“

Tachycardie darf also nicht als „idiopathisches“ oder „essentielles“ Krankheitsbild betrachtet werden; sie stellt nur ein Symptom der Neurose dar, die in Verdrängung und Angst ihre mehr oder weniger tief liegenden Wurzeln hat und sich innerhalb eines größeren Symptomenkomplexes äußert.

Wir haben in den letzten 3 Jahren auf unserer Inneren Abteilung (bei insgesamt 6886 stationären Durchgängen) 14 Patienten wegen neurotisch-tachycarder Beschwerdekompexe stationär beobachtet und behandelt, bei denen in exakter klinischer Untersuchung keinerlei organische Veränderungen an Herz und Gefäßen, auch keine endokrinen, toxischen oder neurologisch lokalisierbaren Einwirkungen faßbar waren. In der Ambulanz sind diese Fälle viel zahlreicher.

Die Tachycardie bei der organisch bedingten Dekompensation spricht oft prompt auf Digitalispräparate an; in letzter Zeit bewährt sich uns hier besonders das Digitalin (Merck). Bekannt ist das schlechte Ansprechen des Pulsus frequens bei der Mitralstenose und der Aorteninsuffizienz. — Chinidin und Chinin sind im therapeutischen Denken des Arztes oft reflexartig mit dem Begriff der Tachycardie verbunden. Wir sehen bei den verschiedenen paroxysmalen Tachycardien und auch bei thyreotoxischen Sinustachycardien wirklich oft gute Erfolge auf stoßweise oder ansteigende Verabreichung dieser Präparate. Zur Dämpfung des Reizzustandes des Sympathicus ist Gynergen bekannt. Manchmal bringt die Novocainblockade des Ggl. stellat. zumindest kurzfristige Erfolge. Valeriana, Bellergal, Brompräparate, Luminal können die beschleunigte und verstärkte Herzaktivität der „Nervösen“ beruhigen. Mehr theoretisch bekannt als geübt sind die Versuche einer mechanisch-reflektorischen Beeinflussung der Tachycardie — besonders im Anfall — über den Vagus im Hals-Kopfbereich: den Carotissinus- und den Bulbusdruck. Den Valsalvaschen Versuch erwähnten wir bereits. Manchmal hilft die Eisblase auf die Herzgegend oder die Einreibung der linken Brust mit Campher, womit wir wohl schon ins Grenzgebiet der Psychotherapie kommen. Den Homöopathen hat sich Aconit bewährt. — Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Obstipation werden in der Klinik meist symptomatisch behandelt.

Unsere Patienten waren durchweg gegen Chininabkömmlinge und Digitalispräparate, die sie daheim wiederholt bis zu Schwindel und Erbrechen eingenommen hatten, ausgesprochen überempfindlich und resistent, was mit der vegetativen Labilität und der Hypotonie zusammenhängen mag. Auch Methylthiouraciluren waren völlig erfolglos geblieben. Es gelang uns hier leichter als bei anderen organisch fixierten Neurosen (manche Asthma- und Angina pectoris-Fälle) alle Medikamente zunächst schlagartig abzusetzen.

Entsprechend der Ätiologie der neurotisch entstandenen und unterhaltenen Tachycardie wählten wir zur zentral angreifenden Auflösung der individuellen seelischen Spannungen und Verkrampfungen eine möglichst einfache psychotherapeutische Basistherapie, die durch eine sinnvolle Allgemeinbehandlung unterstützt werden muß. Zunächst gilt es, weitere psychische Insulte zu vermeiden und noch wirksamen induzierten Ärger verarbeiten und beseitigen zu helfen. Nach dem ersten Kontakt kommt es zu einer ruhigen Aussprache „unter vier Augen“, wobei fast immer von den Patienten der Zusammenhang des „Herzjagens“ mit

ihrer tiefen Existenz- und Lebensangst erkannt wird. In einer Kurzanalyse — vereinzelt wird nach Aufklärung die Narkolyse gewünscht — decken wir die wichtigsten affektiv und aus dem Unbewußten nachwirkenden Erlebnisstörungen auf, um sie in den späteren psychokathartischen Sitzungen noch einige Male zu halb- oder unbewußter Verarbeitung und Auflösung zu führen. Es handelt sich hier meist um Komplexe, die aus familiär-sexuellen Nöten oder aus schuldloser persönlicher Erniedrigung im Sinne der Verdrängung entstanden sind; Schuldgefühle überwiegen. Diese Menschen sind oft von Natur aus Grübler und Einzelgänger, übermäßig mit sich selbst beschäftigt, extrem in ihren Anschauungen. Ein Drittel unserer Patienten gehörte religiösen Sekten an. Entsprechend ihrem narzistisch verspannten Wesen lehnen sie die überkommene Gemeinschaft ab.

Nach einer Woche etwa, in der wir zur Förderung der Entspannung ruhige Spaziergänge in der frischen Luft, Vierzellen-, leichte Stanger- und Fichtennadelbäder eingeleitet haben, folgen die Übungen zum autogenen Training (nach J. H. Schultz), in Gruppen 2—3mal wöchentlich. Anfangs beobachten wir immer wieder, daß bei der Herzübung („Herz schlägt ruhig und kräftig“) — manchmal auch schon bei der „Schwere“ — die tachycarden Herzsensationen stärker in Erscheinung treten, weil die bewußte Herzwahrnehmung bei diesen Patienten bisher nur als unangenehm-angstvoll empfunden wurde. Wir müssen hier zunächst diese Übungen weglassen und dafür die Atemübungen mehr betonen, besonders die einleitende Bauchatmung und die schwebend-fließende Atemwahrnehmung der Übungsvorschrift. Etwas später schalten wir einen postinspiratorischen, leicht gepreßten Atemstillstand ein, um die Val-salva-artige Verlangsamung der Herzfrequenz erleben zu lassen. Wenn die Patienten erst einmal verspürt haben, wie im Verlauf der Trainingssitzungen Tachycardie und Angstgefühl von ruhiger, leichter Herzaktion und unbekümmerter Entspannung abgelöst werden (nach der 3.—6. Sitzung), worüber sie anfangs selbst erstaunt sind, lernen sie ihre Pulsfrequenz und sich selbst mit zunehmender Sicherheit beherrschen. Dann bauen wir auch die Schwere- und die eigentliche Herzübung mit ein. Wir haben so den von J. H. Schultz angegebenen Ablauf des Trainings nach jahrelangen Erfahrungen an einem großen internen Krankengut (bisher über 400 durchbehandelte Kranke) für die Gruppenübungen einerseits, für die unterschiedlichen Organneurosen andererseits an verschiedenen Stellen etwas modifiziert, wobei wir uns von den Erlebnisberichten unserer Patienten, die immer Subjekt bleiben müssen, leiten ließen. Es handelt sich dabei um kleine individuelle Anpassungen, die in der Arbeitsgemeinschaft zwischen Arzt und Kranken bei jedem Therapieverfahren erforderlich sind.

Die Erfolge des autogenen Trainings werden nach jeder Sitzung erneut gelobt und halten meist an. Sie übertreffen — auch nach Ansicht der Behandelten — alle vorangegangenen medikamentösen Versuche. Vegetativum und Psyche des kranken Menschen erfahren dabei eine harmonisierende Beeinflussung, die sich besonders auch hinsichtlich der Obstipation und der Schlaflosigkeit bald günstig auswirkt. Die ins Negative weisende Selbstbeobachtungstendenz wird allmählich abgebaut bzw. mit der Beherrschung vegetativer Funktionen im autogenen Training ins Positive überführt.

In der Dauerbehandlung ist eine geregelte und hygie-

nisch einwandfreie Lebensführung mit Mäßigung besonders bezüglich Nikotin, Kaffee und Alkohol anzustreben. Auffällig ist, daß sich die eine Hälfte unserer Patienten aus leidenschaftlichen Rauchern, die andere — wegen primärer Unverträglichkeit von Tabak — aus Nichtrauchern zusammensetzt. Die Fokalsanierung wird — soweit möglich — in jedem Falle vorgenommen. Man verordnet kleine Mahlzeiten fett- und blähstoffarmer kräftiger Kost zur Vermeidung eines gastrokardialen Symptomenkomplexes; zur Minderung der Blähung können sich Species deflatulentes (Fruct. Carvi, Fruct. Foeniculi, Flor. Chamomill., Fol. Menth. pip., Herb. Chelidon.) und verdauungsfördernde Fermente (Acidol-Pepsin, Combizym) bewähren. Die Obstipation kann man anfangs mit Einläufen, Sudabädern und leichten Abführmitteln (besonders Quellkörpern und Gleitmitteln, z. B. Normacol, Ceral, Agarol) behandeln. Mit zunehmender Beherrschung der Übungen zum autogenen Training bildet sie sich meist selbst weitgehend zurück. Valeriana-Dispert oder Validol, eventuell kombiniert mit Ephetonin liq. compos., beheben die Mißempfindungen, die besonders bei manchen Hypotonikern immer wieder mal in Erscheinung treten. Unter den verschiedenen Tonika hat sich uns hier besonders Aktivanad bewährt. Erholungskuren im Gebirge festigen den gebesserten Zustand. Die eigentlichen „Herzbäder“ fixieren bei diesen Menschen den Beschwerdekomples zu sehr. Zunehmendes gymnastisches Training, eventuell Wasserprozeduren nach Kneipp, verbessern die periphere Durchblutung und können die Körper- und Lebensfreude wecken, die bei der leichten Verstimmbarkeit dieser Patienten besonders wichtig ist. Eine gute Gewichtszunahme (4—6 kg während der 3—4 Wochen der stationären Behandlung) zeigt meist eine wesentliche Besserung des Zustandes an und dient gleichfalls der vegetativen Umstimmung. Das autogene Training führen wir ambulant weiter, bis es einwandfrei und sicher beherrscht wird. Die Neurotiker benützen es fortan als sehr persönliche Handhabe gegen ihre dem konstitutionellen Anteil der Grundstörungen entsprechend an- und abschwellenden Restbeschwerden. Recidive, die eine Änderung der Therapie erforderlich gemacht hätten, sahen wir bei unseren Patienten bisher nicht.

Die methodisch exakte klinisch-psychotherapeutische Kombinationstherapie reicht weit über die kurz beschriebene Anwendung bei den vegetativ-neurotischen Syndromen mancher Gastritis-, Stenocardie- und Tachycardiebeschwerden hinaus.

Voraussetzung für ihre Anwendung ist eine physiologisch-komplexe Pathogenese-Betrachtung der Krankheitsbilder, wie sie z. B. F. Hoff in seiner „Mediz. Klinik“ uns darstellt. So wollen wir in der sinnvollen Verbindung bewährter klinischer und angepaßter psychotherapeutischer Maßnahmen weiterarbeiten zum Wohle unserer Kranken, die nie mehr als unbedingt nötig Objekt der Heilkunde sein dürfen, sondern mit denen zusammen wir uns um die Wiedererlangung ihrer individuellen Gesundheit bemühen müssen.

Weitere Arbeiten des Verfassers zum Thema mit z. T. ausführlichen Literatur-Hinweisen:

Weitere Beobachtungen zur Klinik und Reconvaleszenz schwerer Eiweißmangelschäden. Med. Klin. 1949, 1252.

Klinische Beobachtungen zur subakuten Pankreatitis. Dtsch. Med. Rundschau 1950, 159.
Zur Therapie des Angina pectoris-Syndroms. Dtsch. Med. Wschr. 1949, 550.
Die vegetativen Neurosen und das autogene Training in der klinischen Medizin. Ther. d. Gegenw. 1950, 6.

Die nervösen Tachycardien und ihre Behandlung. Hippokrat 1950, 608.
Studie zur Genese und Therapie des Gastritis-Syndroms. Ther. d. Gegenw. 1950, 350 u. 388.

Kraftfahrzeug und Auge

Von Dr. med. R. Spuler jr., Augenarzt, Karlsruhe

Die zunehmende Häufigkeit der Verkehrsunfälle veranlaßt die Bundesregierung wie auch alle Länderverwaltungen, in Wort und Bild an die Öffentlichkeit zu treten, um alle Verkehrsteilnehmer zu größerer Verkehrsdisziplin anzuhalten. Es wurden verschiedenenorts Fahrzeugkontrollen durchgeführt, die immer wieder auf die bestehenden technischen Vorschriften hinweisen und deren Einhaltung fordern.

Einige schwere Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang machen das Polizeipräsidium Karlsruhe wie auch mich darauf aufmerksam, daß es wieder dringend erforderlich ist, bei der Erteilung eines Führerscheins sich über die körperliche Eignung des Antragstellers zu vergewissern.

Vor dem Jahre 1933 bestand die Pflicht für den Antragsteller, für einen Führerschein ein amtsärztliches Zeugnis beizubringen, das über seine körperliche Beschaffenheit Auskunft gab und besagte, daß keine Bedenken gegen die Aushändigung eines Führerscheins bestanden.

Nach 1933 wurden im Zuge der Motorisierung des deutschen Volkes Erleichterungen geschaffen, die auch das amtsärztliche oder ärztliche Zeugnis zur Erlangung eines Führerscheins in Wegfall kommen ließen. Daß aus militärischen Gründen eine Motorisierung des deutschen Volkes erwünscht erscheint, kommt derzeit hoffentlich nicht in Frage. Das einzelne Menschenleben ist wieder wertvoller geworden und soll noch wertvoller werden.

Aus diesem Grunde soll von allen Führerscheine verabfolgenden Stellen für die Erlangung eines Führerscheins ein ärztliches Zeugnis wieder gefordert werden.

Vom augenärztlichen Standpunkt aus muß gesagt werden, daß prinzipiell für Einäugige Bedenken gegen das Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Bisher sind Einäugige immer zum Verkehr als Kraftfahrer zugelassen worden, sofern das verbliebene Auge volle Sehschärfe hatte.

Die größere Verkehrsunsicherheit Einäugiger kommt daher, daß der Einäugige ein geringeres Gesichtsfeld mit dem sehenden Auge hat, da ja allein schon die Nase eine erhebliche Begrenzung beim Blick des sehenden Auges von der Schläfenseite weg bedingt; auch ist das Entfernungsschätzen ungenauer. Man muß sich nur einmal darüber klar werden, daß ein Fahrer, dessen linkes Auge nichts sieht, verhältnismäßig spät bemerkt, daß ein anderes Fahrzeug ihn von hinten überholt. Bei dem oft recht lauten Straßenverkehr, bei dem oft die Warnsignale der von hinten kommenden Fahrzeuge überhört werden, kann der Fahrer nicht immer, wenn er einäugig ist, mit Hilfe eines Spiegels, der ja wiederum von der Fahrbahn zwangsläufig ablenkt, die Straße auch hinten prüfen. Die Verkehrsverhältnisse vor ihm gestatten dies auch oft nicht. Er ist daher oft gezwungen, langsamer fahrende Fahrzeuge mit gleicher Fahrtrichtung zu überholen, ohne daß er bemerkt, daß ein Fahrzeug z. B. ihn

nur einen halben Meter hinter der Höhe seines Fahrsitzes überholen will, oder aber durch starke Blendungserscheinungen, die besonders bei asphaltierten Straßen nachts durch Regen auftreten, wird er nicht rechtzeitig ein überholendes Fahrzeug erkennen.

Es ist allorts feststellbar, daß Einäugige weit mehr Verkehrsunfälle haben als Zweiäugige. Immer erwidern Einäugige dem Arzt, daß sie genau so gut sehen wie mit 2 Augen und versuchen, die Argumente widerlegen zu wollen, die gegen sie bestehen.

Nun bestehen tatsächlich keinerlei sachliche Vorschriften oder Handhaben, die dem Antragsteller beweisen könnten, was er im Verkehr zu sehen hat. Viele Augenärzte, die selbst Brillenträger sind, vertreten die Meinung, daß Einäugige mit dem verbliebenen einen Auge mindestens 60% ohne Brille sehen müßten, um Verkehrsteilnehmer zu verbleiben. Dies erscheint mir zu gering.

Bei Einäugigen ist die Forderung zu stellen, daß mit dem verbliebenen Auge mindestens 75% eines normalen gesehen werden muß, wobei der Fahrer auch ein normales Gesichtsfeld besitzen muß und nicht nur geradeaus die Bedingung einer 75%igen Sehkraft des einen Auges erfüllt.

Man muß sich immer überlegen, daß eine Brille auch für den Zweiäugigen schon eine gewisse Behinderung bedeutet. Beim extremen Blick nach der Seite wird ja bestenfalls der Rand des Glases durchschaut, der trotz aller Bemühungen nicht genau dieselben günstigen Brechungsverhältnisse garantiert wie die Mitte des Glases. Jedoch durchschaut das Auge beim extremen Blick nach außen nachweislich oft nicht einmal mehr das Glas, streift den Rand der Brilleneinfassung (Rahmen) oder sieht sogar vollkommen ohne Glas seitlich. Auch die Bügel, insbesondere wenn sie in der Mitte und nicht oben an der Fassung angebracht sind, behindern den Blick, wenn er über das Glas hinaus nach der Seite geht. Also ist beim Einäugigen, der Brillenträger ist, nicht allein das Gesichtsfeld ohne Glas maßgebend, sondern auch mit Brille, insbesondere wenn es sich um eine Brille mit starken und dadurch oft schweren Gläsern handelt. Es ist eine unumstößliche Tatsache, daß die Brille beim Blick nach der Seite (und überdies wenn der Blick nicht einmal durch das Glas geht) die Sehschärfe nach seitwärts erheblich beeinträchtigt. Naturgemäß gelten dieselben Ausführungen auch für den Brillenträger, der mit 2 Augen sieht. Nur wird dabei beim Blick nach der Seite, wenn ein Auge bereits nicht mehr richtig durch das eine Glas oder dessen optisch wirksamsten Teil sieht, auf dem anderen Auge noch durch das Glas gesehen, obwohl dann auch wieder das Gesichtsfeld durch die Nase eingegrenzt ist.

Viele praktische Proben haben aber auch gezeigt, daß Zweiäugige mit sehr schlechtem Sehvermögen als Kraft-

fahrzeugführer Verkehrsteilnehmer sind, ohne eine Brille zu tragen.

So begegnete dem Verfasser ein Omnibusfahrer der Reichspost, der schon jahrelang schwierige Strecken in einer gebirgigen Gegend befuhr, ohne jemals eine Brille getragen zu haben und der mit beiden Augen nur $\frac{1}{5}$ der normalen Sehkraft besaß. Dieser Fahrer war noch darüber ungehalten, daß er eine Brille tragen sollte und argumentiert, daß er schon viele Jahre ohne jeden Unfall am Verkehr teilgenommen habe. Ich glaube kaum, daß die Fahrgäste die serpentinreiche Strecke des Gebirges ruhig gefahren wären, wenn sie gewußt hätten, wie schlecht der Fahrer des Omnibusses sah.

Bei Frauen ist erfahrungsgemäß die Forderung, eine Brille zu tragen, kaum durchzusetzen. Die Eitelkeit siegt! So traf der Verfasser auch eine sehr kurzsichtige Augenärztin an, die ohne Brille kaum auf 5 m jemand erkennen konnte, aber zu eitel war, eine Brille zu tragen. Wie sich diese Ärztin bei Nichtbefolgen ihrer Anordnungen den Patienten gegenüber verhält, daß man sie selbst so wenig Verstand aufbringt, wäre interessant zu erfahren! Bei Frauen ist der Prozentsatz des Verweigerns des Brillentragens als Kraftfahrer viel höher als bei Männern.

Die Beispiele, wieviel Schlechtsehende Kraftfahrer sind, ließen sich noch beliebig vermehren. Der Zweck dieser Zeilen soll jedoch sein, daß man sich irgendwie einmal darüber einig wird, welche Bedingungen man bei der Zulassung zum Kraftfahrverkehr in bezug auf das Sehvermögen mit und ohne Brille zu stellen hat. Die letzten, mir mitgeteilten Veröffentlichungen sind schon sehr lange zurückliegend und wohl nicht mehr den heutigen Erfordernissen des Verkehrs gerecht. Auch ist die Frage aufzuwerfen, ob auf Führerscheinen nicht ein Vermerk eingetragen werden soll, daß der Fahrer, wenn er es nötig hat, beim Fahren eine Brille tragen muß. Genau so ließe es sich auch verwirklichen, daß Sehbehinderten gewisse Fahrzeugarten vorgeschrieben werden, die sie führen dürfen, um im Erwerbsleben möglichst nicht behindert zu sein, wie z. B. das Fahren mit einer 100-ccm-Maschine, die eben normalerweise nicht mehr als eine gewisse Geschwindigkeit hergibt, oder aber wäre vielleicht ein Vermerk im Führerschein, daß der Fahrer nur eine gewisse Geschwindigkeit fahren darf, da er sehbehindert ist, angebracht.

Man kann nun entgegnen, daß der Fahrer sich doch nicht nach den Bestimmungen und Eintragungen richten wird. Bei einer Verkehrskontrolle wird aber der kontrollierende Beamte sehen, daß der Fahrer ohne Brille fährt, sich also strafbar gemacht hat. Genau so wird von

der Polizei derjenige zur Strafe gemeldet, der mit einem Führerschein der Klasse IV einen Personenkraftwagen fährt. Überschreitungen wird es immer geben, aber schon allein der Eintrag auf dem Führerschein würde dem Fahrer stets vor Augen halten, daß er sehbehindert ist und auf diese Tatsache Rücksicht zu nehmen hat, und daß er sich strafbar macht, wenn er den Anordnungen nicht nachkommt.

Wenn man schon Sehbehinderte im Verkehr belassen will und auch teilweise belassen muß, wäre sogar zu überlegen, ob nicht Sehbehinderte, die schon gewisse Beschränkungen beim Fahren von Kraftfahrzeugen haben, eine besondere Kennzeichnung ihres Kraftfahrzeuges hinten und vorne haben müssen, so daß überholende Verkehrsteilnehmer sehen, daß besondere Rücksicht und Vorsicht auf diesen Verkehrsteilnehmer zu üben ist.

Ich erinnere mich, daß Kraftfahrzeuge seitlich weiße Schilder trugen, auf denen schwarz z. B. 30, 15 km usf. vermerkt war, was für den kontrollierenden Beamten und für andere Verkehrsteilnehmer erkennen ließ, daß sich dieses Fahrzeug nur in einem gewissen Umkreis von seinem Standort entfernen durfte. Genau so wäre es auch möglich, bei Fahrzeugen, die von Sehbehinderten gefahren werden, vorne und hinten derartige Schilder anzubringen, deren Beachtung man verlangen könnte.

Alle kriegsbedingten Erleichterungen im Kraftfahrzeugverkehr sind aufgehoben. Die kontrollierenden Polizeibeamten prüfen, ob das blaue Licht am Armaturenbrett brennt, wenn das Fernlicht eingeschaltet ist. Dies mag wichtig sein. Doch um wieviel wichtiger ist es, zu verlangen, daß die Fahrer der Kraftfahrzeuge überhaupt etwas im Verkehr sehen, und wenn dies mit einer Brille erreicht werden kann, daß auch diese Brille getragen wird.

Dem Polizeipräsidenten von Karlsruhe kommt das Verdienst zu, als sicher einer der ersten die Wichtigkeit dieser Fragen erkannt und von sich aus Maßnahmen ergriffen zu haben, in dieser Frage etwas zu tun. Was hilft es aber, wenn er der einzige bleibt und Schlechtsehende, die in seinem Bezirk zurückgewiesen werden, einige Kilometer entfernt den Führerschein erlangen, ohne gesundheitliche und insbesondere Sehprüfung! Wäre es nicht an der Zeit, daß von höchster Stelle mit Hilfe von exakten medizinischen Gutachten Bestimmungen getroffen werden, auch die Verkehrssicherheit unter diesen Gesichtspunkten zu heben?

Aus dem Landesverband Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses

Zur Anpreisung neuer Krebsheilmittel

Von Prof. Dr. med. A. Dietrich, Stuttgart

In letzter Zeit häufen sich in Tageszeitungen und illustrierten Zeitschriften oft im großen Maße Mitteilungen über neue Entdeckungen auf dem Gebiete der Krebskrankung. Auf meinem Tisch liegen allein fünf solche Artikel und Abhandlungen. In ganz befehligen sie das gleiche Schema: Auffindung eines neuen Krebs-erregers oder eines neuen Prinzips der Bösartigkeit, Entdeckung einer neuen Methode des Nachweises der

Krebserkrankung oder der Krebsgefährdung, bevor eine Geschwulst erkennbar ist, Anpreisung eines neuen, stets geheimgehaltenen Mittels, dessen verblüffende Erfolge durch Zeugnisse oder Bilder belegt werden. Solange unbekannte Autoren oder Institute des Auslandes genannt werden, ist eine Beurteilung ihrer wissenschaftlichen Qualifikation nicht möglich. Kürzlich wurde aber in einer Zuschrift ein Stuttgarter Krankenhaus ge-

nannt, an dem ein solches Mittel erprobt sei; dort war auf eine Anfrage hin nichts davon bekannt. Eine Behandlung mit diesem Mittel (60 Einspritzungen) kostet aber 150.— DM. Ist es verantwortlich, eine solche Behandlung, für die jede glaubwürdige Unterlage fehlt, anzuwenden und dem verängstigten Patienten die Kosten aufzubürden, der den Arzt mit Kassenschein zur Beratung aufgesucht hat?

Die Erforschung der krankhaften Geschwülste hat in den letzten 30 Jahren in emsiger wissenschaftlicher Arbeit große Fortschritte errungen. Abgesehen von der Früherfassung und von der Frühbehandlung ist auch die internistische Behandlung in Spätstadien der Erkrankung nicht mehr hilflos. Es ist nicht mehr nötig, daß die Krebskrankheit der Tummelplatz von Dilettanten ist, die oft keine Ahnung von der Vielseitigkeit der einschlägigen Fragen haben. Der Arzt sollte sich bewußt sein, daß Wissenschaft nicht nach Sensation jagt, vielmehr Kritik ihr Kompaß ist. Fanatiker freilich, die sich in eine Theorie verrannt haben, auch wenn sie 100mal wissenschaftlich abgelehnt ist, sind unbelehrbar. Wo ihre Gutgläubigkeit aufhört und die Fahrlässigkeit beginnt, ist schwer festzustellen.

Ein bemerkenswerter amerikanischer Aufsatz behandelte kürzlich „die Mär von den unterdrückten Erfindungen der Technik“. Auf der gleichen Stufe steht die Mär von den durch die zünftige Wissenschaft unterdrückten Entdeckungen von Krebserregern und Krebsbehandlungen. In der Medizin gilt der gleiche Grundsatz wie in der Technik, daß eine Entdeckung oder Erfindung von dem Autor so überzeugend dargestellt werden muß, daß die Sachverständigen des Faches die Richtigkeit und den Wert erkennen und prüfen können. Das trifft z. B. für die Behauptungen des Herrn v. Brehmer auch nach einer Besprechung von Dr. Riess (Hippokrates 1950, H. 18) nicht zu. Dann aber genügt auch nicht der Eindruck, „daß etwas an der Sache dran ist“, weil zahlreiche Ärzte sich damit beschäftigen, um die neue Methode für ausreichend approbiert zu halten. Der oft gemachte Vorschlag, den auch Dr. Riess bringt, einen angesehenen Facharzt mit der Untersuchung einer neuen Methode in

Verbindung mit dem Entdecker zu betreiben, ist zwecklos. Der Phantast entzieht sich erfahrungsgemäß einer solchen Kontrolle, sobald sie ihm unbequem ist. Das habe ich oft, erst jüngst wieder erlebt. Die fachärztlichen Zeitschriften und die wissenschaftlichen Tagungen geben genügend Gelegenheit, eine neue Beobachtung zur Kritik vorzulegen. Tagespresse und Illustrierte Zeitungen sind nicht der Ort für wissenschaftliche Erörterungen.

Aber wir haben bereits in vielen Teilen der Bundesrepublik Landesverbände zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses. Der Zusammenschluß in einem Krebsausschuß für das Bundesgebiet ist zu erwarten. Die Aufgabe der Landesverbände besteht in der Förderung der Erkennung und Behandlung des Krebses und in dem Ausbau der Fürsorge für die Krebskranken. Hierzu gehört die aufmerksame Verfolgung neuer Beobachtungen und Erfahrungen. Gegen alle Veröffentlichungen und Ankündigungen, die nicht aus wissenschaftlich anerkannten Instituten kommen, kann nicht genug Zurückhaltung empfohlen werden. Allen Ärzten sei daher geraten, bei neuauftretenden diagnostischen oder therapeutischen Methoden, über die sie sich nicht selbst ein Urteil bilden können, bei den Landesverbänden anzufragen, was im Schrifttum oder an maßgeblichen Forschungsstellen darüber bekannt ist. Andererseits sind die Landesverbände dankbar für Mitteilung eigener, objektiver Erfahrungen, vor allem auch negativer, die leider meist nicht an die Öffentlichkeit kommen, so daß irreführende Ankündigungen oder Berichte sich lange halten können. Der Landesverband Württemberg (Vorsitzender Prof. Dr. Dietrich, Stuttgart-O, Gerokstr. 68, Geschäftsführer Prof. Dr. Reichenmiller, Landeshebammenanstalt, Stuttgart-Berg) und der Badische Landesverband (Geschäftsführer Prof. Dr. Schoen, Karlsruhe, Institut für Strahlenforschung, Städt. Krankenanstalten) stehen hierfür gerne zur Verfügung.

Ebenso unverantwortlich, wie die Hoffnung eines Schwerkranken zu täuschen und zu mißbrauchen, ist es, einen vertrauensvollen Mitmenschen durch eine vorgegaukelte Diagnose in Krebsangst zu versetzen und diese zu einer überflüssigen Behandlung auszubeuten. Darüber dürfte wohl Einigkeit unter allen gewissenhaften Ärzten bestehen.

Ärzte legen der Bundesregierung die Notlage der Ärzteschaft dar

Von Dr. med. Theodor D o b l e r, Schorndorf

Am 7. November hat der Vorstand des Verbandes der Ärzte Deutschlands zusammen mit den Vorsitzenden der Landesverbände bei den Bundesministerien der Arbeit, der Wirtschaft, der Finanzen und des Inneren die Sorgen und Wünsche der Ärzteschaft in eingehenden Besprechungen vorgetragen. Zu diesem außergewöhnlichen Schritt sah sich der Hartmannbund veranlaßt durch die wachsende Unruhe über die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Ärzteschaft, die in zahlreichen Zeitschriften ihren Ausdruck fand.

Beim **Bundesarbeitsministerium** wurde die Delegation zunächst von Staatssekretär Sauerborn empfangen, da der Arbeitsminister noch im Bundestag festgehalten war. Dr. Dobler legte dar, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse der Kassenärzte sich durch die zunehmende Ausdehnung der Sozialversicherung auf

Rentner und Ausgesteuerte bei dem derzeitigen Honorarsystem so verschlechtert haben, daß eine große Zahl fleißiger Kassenärzte ihr Existenzminimum heute nicht mehr erarbeiten könne. Die in gleichem Maße geschrumpfte Privatpraxis gestatte keinen Ausgleich der unterwertigen Honorare mehr. Es müsse mit allem Ernst darauf hingewiesen werden, daß die wirtschaftliche Notlage der Ärzte die Grenze des Tragbaren überschritten habe und eine gute ärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung kaum mehr gewährleistet. Die soziale Krankenversicherung sei durch die ihr vom Staat aufgeladenen Fürsorgeaufgaben so überlastet, daß eine gerechte Honorierung der ärztlichen Leistung nicht mehr möglich sei. Die deutsche Ärzteschaft müsse deshalb mit allem Nachdruck fordern, daß das Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, . . . und Kranken-

kassen, in dem auch die Bildung von Schiedsinstanzen geregelt werden soll, endlich verwirklicht werde und den gerechten Forderungen der Ärzte entspreche. Bis zu seiner Inkraftsetzung bittet der Verband der Ärzte Deutschlands, das Bundesarbeitsministerium möge veranlassen, daß die Verbände der Ortskrankenkassen alle Maßnahmen vermeiden, durch Kampfstarife ihre Leistungen auf Kosten der zwangsversicherten Bevölkerung herabzudrücken. Die Ausdehnung der freiwilligen Mitgliedschaft auf Schichten der Bevölkerung, die sich keineswegs in sozialer Notlage befinden und deshalb keinen Anspruch auf Armentaxe haben, sei ein Unrecht und zerstöre die Voraussetzung einer ausreichenden Arbeit für die sozialer Hilfe Bedürftigen. Der Verband bittet deshalb das Arbeitsministerium, die Kann-Vorschrift des § 313 (1) RVO. fallen zu lassen. In keiner Weise zu rechtfertigen sei auch das Vorgehen der Krankenkassen, die Behandlung Sozialversicherter in Unfall- und Haftpflichtsachen dem Arzt mit einem Krankenschein abzugelten und selbst dann von den zahlungsverpflichteten Versicherungen und Einzelpersonen sich höhere Leistungen ausbezahlen zu lassen. Weiterhin wurde das Arbeitsministerium gebeten, darauf hinzuwirken, daß die in den Krankenhäusern angestellten Assistenzärzte gerecht honoriert werden und einen angemessenen Kündigungsschutz erhalten. Die nachweislich um 65 % erhöhte Morbidität der Bevölkerung mache zusammen mit den fortschrittlichen Erfordernissen der Medizin in Diagnose und Therapie einen erhöhten Einsatz von Ärzten notwendig. Die starre Quote von 1 : 600 sei deshalb nicht mehr gerechtfertigt.

Das Arbeitsministerium werde gebeten, die ärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung den heutigen Erfordernissen anzupassen. Die Festlegung eines Gesamtpauschales für die ärztlichen Leistungen in der Sozialversicherung halte der Verband für völlig untragbar. Die Ärzteschaft sei unter den heutigen Verhältnissen nicht mehr in der Lage, das gesamte Risiko der Morbidität allein zu tragen. Auch jeder Versuch, die Kassenärzte der sozialen Arbeitsgerichtsbarkeit zu unterstellen, werde von der Ärzteschaft mit Entschiedenheit abgelehnt werden. Eine solche Regelung wäre nicht zu vereinbaren mit der verantwortungsbewußten Ausübung eines freien Berufes und müßte das Verhältnis des Kranken zum Arzt zerstören.

Staatssekretär Sauerborn versicherte, daß er alles tun werde, um das Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, ... und Krankenkassen so bald wie möglich zur Verabschiedung zu bringen. Dies Gesetz könne aber nur einen Rahmen geben. Die entscheidenden Verhandlungen über das Vergütungsabkommen müßten in freier Selbstverwaltung durch Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen geführt werden. Kampfstarife der Ortskrankenkassen lehne er ab, da sie dem Sinn der Sozialgesetzgebung widersprechen. Die Klagen der Ärzte über den Mißbrauch der freiwilligen Mitgliedschaft seien ihm verständlich. Das Bundesarbeitsministerium könne aber die Vorschriften der §§ 176/178 RVO. nicht mehr durch Verordnung aufheben, da sie Gesetzeskraft erhalten haben. Dies könne nur auf dem Wege einer Gesetzesänderung geschehen. Zur Frage der Leistungserstattung dritter Zahlungsverversicherter betonte Herr Sauerborn, daß er für eine gerechte Honorierung des Arztes seiner Leistung entsprechend eintreten werde.

Bundesarbeitsminister Storch legte in längeren Ausführungen eingehend dar, in welcher großer Finanznot sich der Bund befinde. Er glaube, es sei im Augenblick ganz untragbar, daß auch die soziale Krankenversicherung noch zuschubbedürftig werde. Die durch Lohn-erhöhung eingeleitete Steigerung des Grundlohns werde sich aber verhältnismäßig rasch auch im Pauschale auswirken. Eine grundsätzliche Verbesserung der Leistungen der Kasse sei jedoch erst zu erwarten, wenn die Zahl der Arbeitslosen weiterhin sinke und das Sozialprodukt anwachse, was er bestimmt erwarte. Er möchte aber nicht darüber Zweifel lassen, daß wir noch vor Monaten schwerer wirtschaftlicher Not und Sorge stehen. Die Notlage der Ärzteschaft erkenne er voll an, sähe aber im Augenblick keine Möglichkeit einzugreifen. Dies könne nur durch eine Neuordnung der Sozialversicherung geschehen, die schon jetzt vorbereitet werden müsse. Eine Sozialisierung des Arztstandes halte er nach den Erfahrungen in England für unglücklich. Er werde unter allen Umständen am Prinzip der Selbstverwaltung festhalten und stelle sich als Vermittler in Streitfragen zur Verfügung.

Auch Herr Thieding erklärte, daß die Ärzteschaft nicht durch behördliche Eingriffe, sondern auf dem Weg der Selbstverwaltung ihr Verhältnis zu den Trägern der Sozialversicherung zu regeln bestrebt sei. Das Gesetz könne nur den Rahmen bestimmen, der Inhalt müsse durch freie Vereinbarung und Satzung geregelt werden. Er betonte noch ausdrücklich, daß die ärztliche Arbeit in der Sozialversicherung ja einen hohen wirtschaftlichen Wert bedeute und daß diese Leistung nur erhalten bleiben könne, wenn die Ärzteschaft nicht zur Proletarisierung gezwungen werde. Dies müßte mit dem Absinken ihres ethischen Standes auch eine Minderung ihrer Leistungsfähigkeit naturnotwendig zur Folge haben.

Im Bundesfinanzministerium trat die Delegation für Erlaß der Kraftfahrzeugsteuer ein. Eine wohlwollende Prüfung wurde hier zugesagt. Der Verband wies weiter darauf hin, daß eine Erhöhung der Benzinsteuern für die Ärzteschaft in ihrem sozialen Dienst ganz unerträglich sei. Desgleichen forderte er in dem bevorstehenden Gesetz über den Lastenausgleich eine gerechte Berücksichtigung der in mühseliger Arbeit erworbenen Ansprüche auf Alters- und Hinterbliebenenrente der Ärzte. Diese wurde in Aussicht gestellt.

Beim Bundeswirtschaftsministerium wurde die Bitte vorgetragen, den Preisstop für die Gebührenordnung aufzuheben. Die eingehende Begründung dieser Forderung wird vom Ministerium schriftlich beantwortet werden.

Im Bundesinnenministerium besprachen Dr. Thieding und Dr. Dobler mit Prof. Redeker als dem Leiter der Gesundheitsabteilung eingehend die bedrohliche wirtschaftliche Notlage des deutschen Arztstandes, informierten ihn über die Besprechungen bei den übrigen Ministerien und unterstrichen die Forderungen des Ärztetages nach Schaffung eines Bundesgesundheitsministeriums.

Die Besprechungen haben gezeigt, wie notwendig es wäre, daß die Verbände der Ärzteschaft in dauernder direkter Verbindung mit den Ministerien und dem Parlament stehen. Dieses Problem wird noch schwieriger durch das Hinscheiden des um die Ärzteschaft hochver-

dienten Kollegen Wester, der dank seiner guten Beziehungen zu Parlament und Regierung und seiner ungewöhnlichen politischen Begabung seither als gemeinsamer Beauftragter der Spitzenverbände die Verbindung in Bonn aufrechterhalten hat. Die Verbände wer-

den dieser Frage der Verlegung ihrer Geschäftsstellen an den Sitz der Bundesregierung ihre volle Aufmerksamkeit zuwenden müssen, um einen möglichst direkten Einfluß auf das parlamentarische Geschehen und die Regierungsstellen zu erhalten.

50 Jahre Hartmannbund

Sozialpolitische Folgerungen

Von Dr. med. habil. Dr. phil. J. Deussen, Plankstadt

1. Im Jahre 1900 gründete der prakt. Arzt Hartmann in Leipzig einen Verband zur Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft. Damit vollbrachte er eine der bedeutendsten Taten, deren sich ein Arzt rühmen kann — eine Tat, die weit die rein wirtschaftliche Ebene verließ und den kommenden sozialpolitischen Schwerpunkt in der kassenärztlichen Tätigkeit anzeigte. Versorgte der Kassenarzt damals nur einen kleinen Bruchteil der Bevölkerung, so muß er heute der gesundheitlichen Versorgung großer Massen bei etwa 80 % zwangsmäßig Versicherter ebenso gerecht werden, wie er sowohl den Fortschritten der technischen Entwicklung, als auch weitgehend ökonomischen Faktoren Rechnung tragen muß.

Bis zur Zeit Hartmanns hieß der Mann ein großer Arzt, der die wissenschaftliche Erkenntnis seiner Zeit förderte oder durch seine Kunst selbst den Schwerverkranken zu heilen vermochte. Mit Hartmann trat zum ersten Male ein Arzt hervor, der aus dieser persönlich gebundenen Sphäre ärztlichen Wirkens heraustretet in die sozialpolitische Welt.

2. Diese Welt hatte sich um die Jahrhundertwende bereits, wenn auch erst für wenige erkennbar, in ihren Grundfesten verändert. Die Erkenntnis dieser Veränderung scheint schwer zu sein, noch schwerer der Entschluß, sich nach dieser Erkenntnis zu richten. Wir stehen heute immer noch in der öffentlichen Auseinandersetzung zweier Zeitepochen. Auf der einen Seite befindet sich der im Bürgertum wurzelnde und an den Sieg der Aufklärung und der Freiheit des Denkens und Handelns glaubende Individualist, auf der anderen Seite der an den Sieg von Organisation und Planung glaubende „Sozialfunktionär“. Für ihn hat sich noch kein fester Begriff durchsetzen können. Man spricht von ihm gern als von einem Sozialisten. Jedenfalls sucht er dem für unsere abendländische Geschichte neuen Phänomen der Masse gerecht zu werden. Folgt man der Definition von W. Roepke, so müßte man ihn Proletarier nennen. Roepke charakterisiert den proletarisierten Menschen dadurch, daß dieser „in einem ständigen Lohnarbeitsverhältnis kurzfristiger Art steht, von dem daraus fließenden Geldeinkommen abhängig ist und im wesentlichen der Existenzstützen beraubt ist, die wir als wirtschaftliche und soziologische Reserven bezeichnen“.

Der Proletarier versucht wegen des Verlustes einer gesicherten Existenz zwangsmäßig Schutz in der Sozialversicherung und will auch hinsichtlich seiner ärztlichen Betreuung gleiches Recht für alle. Das sind Tatsachen, die wir nicht ändern können.

3. Aus seiner beruflichen und menschlichen Aufgabe und seinem Bildungsgang versteht sich aber, daß der Arztstand in seiner Mehrheit zur alten Zeit gehört, an der neuen hat er jedoch, gleichgültig, wo er arbeitet, zwangsmäßig Anteil. Es fragt sich nur, ob er heute schon die der sozialpolitischen Entwicklung entsprechenden Folgerungen gezogen hat. Er hat sich zwar mit Mühe und Achselzucken daran gewöhnt, bei Kerzenlicht zu arbeiten, wenn der Elektrizitätsarbeiter streikt. Aber lieber hungert er, als daß er sich der Struktur der modernen Gesellschaft anpaßt, obwohl diese ihn doch entweder schon nivelliert hat, oder durch das Kassenarztwesen, die Technisierung und Spezialisierung völlig zu nivellieren, d. h. aber zu proletarisieren sucht. Als wenn nicht, trotz mannigfacher Rückschläge der moderne Proletarier selbst durch verlorene Streiks stärker geworden wäre! Der Kampf der Arbeiterschaft um ihre Menschenrechte verdient unsere ganze Sympathie. Wer wollte ihr heute noch im Ernst vorwerfen, daß ihre Streiks lediglich wegen der Erhöhung des Lohnes um einige Pfennige geführt worden seien? Doch sind die alten Ideale der Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit um nichts schlechter oder besser als die Ideale des Arztes, der für die Anerkennung des Rechtes auf Gesundheit für jedermann eintritt, was heute so sehr im Argen liegt. Die ökonomische Struktur unserer Zeit macht es dabei nötig, daß der Kampf um unsere Ideale verbunden mit dem Kampf um Lohn geführt wird.

Das Recht auf Gesundheit liegt bereits deshalb im Argen, weil man den Arzt als Träger des Gesundheitsdienstes in seinem Einfluß und — was für das Wesen seines Berufes tödlich ist — in seiner wirtschaftlichen Existenz systematisch vernichtet. Nur wer den Arzt als Gesundheitstechniker oder als „Truppenarzt“ der Karikatur oder als medizinischen Fachangestellten sieht, der dem Staat Arbeitssklaven dressiert, wendet sich gegen den notwendigen Strukturwandel des Arztstandes.

4. Bis zur Jahrhundertwende konnten wir uns gerade in Deutschland eines am besten ausgebildeten Arzttypes rühmen. Er stand auf der Höhe der Bildung und des Wissens seiner Zeit. Selbstverständlich wahrte er sein Berufsethos, das ihm die durch nichts zu störende Fürsorge für das Leben des sich ihm anvertrauenden Kranken auferlegte. Schon in dieser Zeit aber verriet sich in der mangelhaften praktischen handwerklichen Schulung während des Studiums der ihm bis zu seinem eigenen Verderben innewohnende Hang zur Verachtung der realen Gegebenheiten, der ihn bis heute nicht verlassen hat. Das ließ sich damals noch in den späteren Jahren

der Praxis ausgleichen. Die realen ökonomischen „Gegenheiten“, um die sich der Arzt alten Stiles ebenfalls nicht sorgte (und auch nicht zu sorgen brauchte!), schwanden langsam im Laufe der ersten Jahrhunderthälfte. Noch heute gibt es alte Ärzte, die fassungslos in der neuen Welt stehen, und nicht begreifen, wie ein Arzt mit seinem Patienten z. B. über Geld reden kann! Hinzu kommt die fortschreitende technische Spezialisierung und die Erfordernisse der sogenannten Apparatedizin, deren eigentlicher Siegeszug erst beginnt. Den entscheidenden Schritt zum Untergang des Hausarztes, dessen Bild heute nur noch als unerreichbares Ideal vor uns schwebt und wohl noch einzelnen, nie mehr der Masse erreichbar ist, brachte aber die moderne Gesellschaftsentwicklung. Mit einem Male wurde sichtbar, daß der Arzt alten Stiles nur mehr etwa die Hälfte der an ihn gestellten Aufgaben erfüllte, den etwa die andere Hälfte seiner Kraft erfordernden Aufgaben als „Sozialfunktionär“ stand er hilflos gegenüber!

5. Was verstehen wir unter dem Begriff des Sozialfunktionärs? Jeder von uns weiß, was gemeint ist, wenn er an den nur unwillig erledigten Papierkrieg seines Schreibtisches denkt. Bin ich dazu Arzt geworden, fragt er sich, daß ich jetzt vor Attesten, Bescheinigungen, Regelbeträgen, Fallpauschalen, Honorarabzügen usw. usw. nicht mehr zu dem komme, was mein Beruf ist? Kaum ein Arzt beherrscht diese Gebiete heute, aber er stellt mit Pestürzung fest, daß er 1. ohne dessen Kenntnis wirtschaftlich auch bei bestem „Arztethos“ nicht bestehen kann und 2., daß sogar Diagnose und Therapie davon abhängen. Sogar in das ureigenste Gebiet ärztlicher Tätigkeit drängen sich Begriffe wie „wirtschaftliche Verordnungsweise“ u. a. ebenso ein, wie das Problem der Vertrauenskrise zwischen Arzt, Patient und Kasse!

Hartmann war der erste Arzt seiner Zeit, der diese Strukturwandlung erkannte und die notwendigen Konsequenzen zog. Ich glaube, daß man ihn noch heute, 50 Jahre nach der Gründung des nach ihm genannten Verbandes, nicht überall richtig verstanden hat. Der von Hartmann inaugurierte gewerkschaftliche Zusammenschluß der Ärzte verhindert zwar, daß der Arzt als Individualist, der er von Berufs wegen zum Wohle seiner Patienten ist, und als Teilhaber der sogenannten „Krisis der geistigen Elite Europas“ unter die Räder der seine wirtschaftliche Existenz untergrabenden Organisationen von Staat und Sozialversicherungsträgern gerät, doch damit ist noch nichts gewonnen und tatsächlich enthält dieser gewerkschaftliche Zusammenschluß viel weittragendere Konsequenzen.

6. So genügt es nicht, daß man sich durch Beitritt zum Hartmannbund gleichsam in den Schutz eines Panzers begibt, in dem man glaubt, wie unter einem Tarnhemd sein bisheriges Leben fortsetzen zu können, während man einigen Kollegen das undankbare Amt von „Gewerkschaftsfunktionären“ überläßt. Die sogenannte „Elitekrise“ läßt sich allein dadurch beheben, daß jeder Arzt die Hälfte seiner Zeit weiterhin auf das verwendet, was die wissenschaftliche und technische Ausbildung von ihm fordert, die andere Hälfte seiner Kraft aber für das, was er bisher nur widerwillig und dilettantisch erledigte. Ihm fehlt heute noch weitgehend die Kenntnis und Praxis von Versicherungsverträgen und Sozialpolitik. Wo wird er darin pflichtgemäß ausgebildet? Und

doch wird der Arzt dort verantwortlich gemacht, wo ihm meist die Voraussetzungen fehlen. Daraus stammt das Dilemma, das wir (seit einigen Jahren) die Krisis des Arztstandes nennen (Liek u. a.) und von jedem beklagt wird, der sich ausrechnen kann, daß die Zeit, die der Arzt früher als Bildungsträger für Kunst und Wissenschaft aufbrachte, nun mit solch „berufsfremden“ Dingen verbracht werden soll. Und doch wird die Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit des einzelnen Arztes über das Schicksal des gesamten Standes und damit über das Glück des gesamten Volkes, soweit es in seinem körperlichen und seelisch bedingten Gesundheitszustand begründet ist, entscheiden.

7. Bei leidenschaftsloser Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung würde sich vieles vereinfachen. Doch wird unser Blick immer wieder durch Äußerungen und Handlungen getrübt, deren Herkunft nicht erkannt wird. So rief uns ein heute führender Staatsmann als einer, der das alte Arztideal vor Augen hat, noch vor Beginn des 53. Deutschen Ärztetages in diesem Jahre zu, daß wir zugunsten selbstloser Pflichterfüllung unser Erwerbsstreben einschränken sollten. In Österreich fanden die politischen Parteien im gleichen Jahre Worte der höchsten Anerkennung für den selbstlosen Einsatz der Ärzte ihres Landes während der vergangenen Notzeit. Man wollte in Bonn sicher unseren Arztstand nicht beleidigen. Nur aus der Tradition einer alten Welt ist verständlich, daß man im Angesicht Tausender junger berufsloser und Tausender unversorgter überalterter Kollegen gegenüber einer katastrophalen, das Ethos des Arztstandes untergrabenden und die Gesundheitsmoral des Volkes zerstörenden Unterbezahlung im guten Glauben an „selbstlose Pflichterfüllung“ appellierte.

Dies geschieht aus verständlichen ideellen Motiven durch eine hochachtbare Persönlichkeit, bedeutet doch aber nichts anderes als die mit guten und schönen Gründen verzierte Aufforderung zur Selbstaufgabe. Insofern ist man auch als Teilnehmer und Zuschauer des heutigen standespolitischen Kampfes oft erschüttert, da sich die Vision eines Totentanzes aufdrängt. Entspringt doch die Mehrzahl der mühsam erarbeiteten und ernstgemeinten Entschließungen einer von den Franzosen als solche bereits erkannten „déformation professionnelle“ des Intellektuellen, d. h. einer von der Geschichte zum Untergang verurteilten bürgerlichen Welt. Der Name Hartmanns wird konsequenterweise selten erwähnt, und doch verbindet sich z. B. das bedeutendste Ereignis des 53. Deutschen Ärztetages mit seinem Namen. Es war die Bekanntgabe der „Gedanken zur Neuordnung der Gesundheitsfürsorge, der Krankenversicherung und der Sozialversicherung“ durch den 1. Vorsitzenden des Hartmannbundes Friedrich Thieding. Es hieße, diesen notwendigen Vorstoß ebenso wie die 50 Jahre vorher erfolgte Gründung des Hartmannbundes selbst völlig in seiner Herkunft und Bedeutung verkennen, wenn man darin etwa den Ausdruck „ärztlichen Erwerbsstrebens“ sehen wollte. Thieding wurde mit seinem Plan der Notwendigkeit gerecht, den Arzt als brauchbaren Sozialfunktionär in unsere proletarisierte Gesellschaft zu stellen. Daß der Arzt heute in seiner derzeitigen Verfassung, will sagen soziologischen Struktur weder geistig, noch materiell „brauchbar“ ist, zeigt jeder Tag mehr und führt zu einem sehr unerfreulichen, Arzt, Patient und Kasse aufreibenden Kleinkrieg, der aber nur im Vorfeld der Entscheidungen geführt wird.

8. Zur Bewältigung dieser großen Aufgabe, bei der unser neu erworbenes Wissen von der „Leib-Seele-Einheit“ grundlegend sein wird, muß alles in das Blickfeld der Betrachtung gerückt werden, was der bisher völlig vernachlässigten Schulung des Arztes als „Sozialfunktionär“ dient: gleichsam das organisatorische Rüstzeug des modernen Seelenarztes. Dabei sollten wir nicht „zweigleisig“ fahren — hier der „ethisch“, dort der „wirtschaftlich“ eingestellte Arzt. Beide müssen sozialpolitisch denken! Sonst bleibt das Dilemma in seinem Wesen nicht erkannt. Wir müssen jetzt bei der Verteidigung des uns ja selbstverständlichen Berufsethos, über das deshalb ja gar nicht so viele Worte nötig sein sollten, das Schwergewicht auf denjenigen Teil unserer ärztlichen Tätigkeit legen, der unsere Zukunft entscheidet. Das hatte Hartmann erkannt und danach handelte Thieding.

Die westliche Welt hat zwar von Anfang an nicht im gleichen Maße wissenschaftlich geschulte Ärzte ausgebildet, dafür aber mehr Wert auf deren praktische Fähigkeiten gelegt. So haben auch die Demokratien des Westens aus den Fehlern der deutschen RVO. gelernt und erträglichere Zustände geschaffen. 25% des französischen Parlamentes bestehen aus Ärzten, während sich bei uns etwa der gleiche Prozentsatz aus Funktionären der Sozialversicherung zusammensetzt. Jetzt sollte uns das 50. Gedenkjahr der Gründung des Hartmannbundes aufwecken, um der Stellung des modernen Arztes als Sozialfunktionär gerecht zu werden. Dieses Nahziel wird erreicht durch den Eintritt sämtlicher Ärzte in den Verband, durch Zahlung genügender Mitgliedsbeiträge (auch das gehört dazu, wenn man etwas erreichen will), dadurch, daß jeder einzelne Arzt seine Verträge mit den Kassen durcharbeitet und sich in Sozialwissenschaft, Versicherungswesen, Steuerrecht usw. schult, durch Beteiligung am politischen Leben aller Parteien

(über deren Niveau man nicht zetern sollte, wenn man sich selbst für zu fein hält, es zu heben), durch Mitarbeit am Staat, dessen von früher her erwartete väterliche Fürsorge für seine Bürger jeder inzwischen als veraltete bürgerliche Illusion erkannt haben dürfte, durch Veröffentlichung von Presseartikeln und Propaganda auf allen ärztlichen Gebieten, die trotz des besten Fachwissens der Ärzte bisher von laienhafter Unzulänglichkeit beherrscht werden und schließlich durch die Förderung alles dessen, was man kurz, aber unzureichend die wirtschaftlichen Interessen des Standes nennt. Wenn man hört, daß die Wirtschaft unser Schicksal ist, sollte man nicht verächtlich die Nase rümpfen. Dahinter steht eine neue Idee vom Wesen des Menschen, die freilich nicht den alten Idealen des Bürgertums entspricht. Der moderne proletarisierte Mensch fordert sie. Es fragt sich nur, ob der Arzt der berufene Hüter der Volksgesundheit bleiben wird oder ob er in der neuen Gesellschaftsordnung versagt. Der sozialpolitische Einsatz des Arztes entscheidet über seine Zukunft.

9. Das 50jährige Jubiläum des Verbandes sollte jedem Kollegen eindringlich vor Augen führen, wo er steht. Unter Verzicht auf die Behandlung einzelner Fragen, die sich leicht bei Kenntnis der tieferen Zusammenhänge beantworten lassen, wurde versucht, Wesen und Ziele der gewiß kommenden standespolitischen Auseinandersetzung innerhalb unseres eigenen Standes und gegenüber den um Vorherrschaft ringenden Mächten unserer Zeit, durch die der Ärztestand gleichzeitig unterbewertet und unterbezahlt wird (in der neuen Zeit drückt sich Wertschätzung und Achtung sehr real in Macht und Geld aus), aufzuweisen. Lassen wir uns den Blick nicht mehr durch schöne Worte trüben, sondern entscheiden wir uns so, wie es unser Gewissen verlangt, auch wenn sich Formen und Gestalt ärztlichen Wirkens gewandelt haben.

Krankenversicherung und Verwandten-Behandlung¹

Von Dr. jur. Paul Heesen

Die Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern, die Ärztekammer Niedersachsen und der 52. Deutsche Ärztetag haben sich mit dem Problem beschäftigt, ob ein Arzt standeswidrig handelt, wenn er von nahen Angehörigen ein Honorar verlangt. Das gleiche Problem hat bisher in der Rechtsprechung eine Behandlung dahingehend erfahren, daß unter nahen Verwandten zwischen diesen kein ärztlicher Dienstvertrag zum Abschluß gelangt, sondern ein familienrechtliches Verhältnis vorliegt, für das im Sinne des § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ein versicherungsfähiges Interesse nicht gegeben sei. Mit dieser unhaltbaren Rechtsprechung hat ein Urteil des Landgerichts von Offenburg vom 7. 3. 1950 — I S 24/49, veröffentlicht im DRZ 1950 Seite 253, aufgeräumt.

Ein Vater ließ sich wegen eines Herzleidens durch seinen Sohn behandeln, der seinem Vater eine Rechnung ausstellte, die dieser bezahlte. Der Vater reichte diese Rechnung bei der Krankenversicherung, bei der er seit vielen Jahren versichert war, zur Erstattung ein.

Die Krankenversicherung verweigerte die Bezahlung. Das Landgericht Offenburg verurteilte die Krankenversicherung zur Erstattung. Das Landgericht stellte fest, daß zwischen dem Vater und der Krankenversicherung ein Vertragsverhältnis entstanden war, auf Grund dessen die Krankenversicherung verpflichtet ist, dem Vater denjenigen Vermögensschaden zu ersetzen, den er während des Vertragsverhältnisses durch die notwendige Krankenpflege erlitten hat. Die Versicherungsbedingungen der Krankenversicherung enthielten keine Einschränkung ihrer Leistungspflicht für den Fall, daß die Erstattung einer von nahen Angehörigen gestellten Rechnung verlangt wurde. Der Vater schuldete den fraglichen Rechnungsbetrag seinem Sohn aus Dienstvertrag. Die verwandtschaftlichen Beziehungen allein begründen keine allgemeine Vermutung dafür, daß die Absicht der Unentgeltlichkeit besteht (RGZ 74, 139). Eine Pflicht, aus familienrechtlichen Vorschriften eine gesetzliche Pflicht zur unentgeltlichen Dienstleistung anzunehmen, ist nicht gegeben. Für die Begründung können die §§ 1601 ff., insbes. 1617 BGB. in Frage kommen. In dem zur Entscheidung stehenden

¹ Aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt Nr. 7 vom 1. Juli 1950.

Rechtsstreit schied § 1617 BGB. aus, weil der Sohn nicht mehr dem elterlichen Hausstand angehörte und nicht von seinem Vater unterhalten wurde, sondern in einer anderen Gemeinde einen eigenen Haushalt führte. Aus § 1617 BGB. kann aber auch deswegen eine unentgeltliche Behandlungsleistung des Sohnes gegenüber dem Vater nicht begründet werden, weil die kraft dieser Bestimmung geschuldeten Dienste nicht solche sind, die im Rahmen des elterlichen Hauswesens oder Geschäfts erforderlich wären. Zu Diensten höherer Art ist ein Kind auf Grund dieser Vorschrift nicht verpflichtet (vgl. Staudinger, Anm. 3 a zu § 1617 BGB.). Ebenfalls liegt eine Unterhaltsleistung gemäß §§ 1601 ff., 1612 BGB. nach allgemeinen Unterhaltsbestimmungen nicht vor. Diese Unterhaltsleistung könnte gegebenenfalls bei der Behandlung eines minderjährigen Kindes durch seinen Vater oder der Ehefrau durch den Ehegatten angenommen werden.

Die Annahme eines Dienstvertrages zwischen Vater und Sohn verstößt auch nicht gegen die guten Sitten gemäß § 138 BGB. Durch § 11 der Berufsordnung für Ärzte vom 5. 11. 1937 ist erwiesen, daß grundsätzlich gegenüber Verwandten ein Honoraranspruch entsteht. Die Stellungnahme der Ärzteschaft zu der Frage der Standeswidrigkeit, wenn ein Sohn von seinem Vater ein Honorar für seine ärztliche Leistung verlangt, war bisher nicht einhellig, neigt jedoch jetzt dazu, eine Standeswidrigkeit zu verneinen. Schon daraus, daß keine einheitliche Auffassung besteht, ergibt sich, daß die wie immer gearteten Gepflogenheiten innerhalb der Ärzteschaft keine derart zwingende Wirkung beanspruchen können, daß aus ihnen sich „die Unsittlichkeit“ eines Verstoßes i. S. d. § 138 I BGB. ableiten läßt. Des weiteren ergibt sich die Unmöglichkeit einer derart weitgehenden Gleichsetzung der Anschauungen eines Teils der Ärzteschaft mit dem, was allgemein recht und billig ist, auch daraus, daß die erwähnte Berufsordnung dem Arzt in der strittigen Frage zubilligt, sich nach freiem Ermessen zu entscheiden. Solange aber dieser Ermessensspielraum besteht und nicht etwa durch positive Bestimmungen aufgehoben wird, kann nicht die Ausübung dieses Ermessens in dem einen oder anderen Sinn „sittenwidrig“ sein, auch wenn die Mehrzahl der Berufskollegen anders zu entscheiden pflegt. Außerdem kann in einer Zeit wirtschaftlicher Not eine früher selbstverständliche Übung nicht mehr zur Forderung erhoben werden. Die ärztliche Tradition des Honorarverzichts des behandelnden Sohnes gegenüber dem behandelten Vater entstammt einer Zeit, in der der Arzt durch den Honorarverzicht in seinen wirtschaftlichen Belangen nicht berührt wurde. Diese Verhältnisse haben sich grundlegend geändert, und zwar nicht nur durch die wirtschaftlich schlechteren Verhältnisse, in denen der Arzt zu leben gezwungen ist, sondern auch dadurch, daß in weit größerem Maße als früher die Eltern, selbst wenn sie Arztsöhne haben, sich gegen Krankheitsfälle privat versichern lassen. Es ist in der Tat nicht einzusehen, daß die Verpflichtung der Krankenversicherungsgesellschaften zum Ersatz der Arztkosten generell in all den Fällen ausgeschlossen sein soll, in denen Ärzte das Recht haben und üblicherweise auch von diesem Recht Gebrauch machen, auf Honorarforderungen gegenüber Verwandten zu verzichten, und zwar selbst dann, wenn aus vernünftigen und von ihnen nicht nachprüfbaren Erwägungen einmal nicht verzichtet wird. Es sind ge-

rade heute viele Situationen denkbar, in denen niemand daran Anstoß nehmen wird, wenn der Vater seinem Sohn ärztliche Leistungen vergütet. Ein Jungarzt, der sich nur mit Schwierigkeiten eine neue Praxis geschaffen hat, ist auf jeden Honoraranspruch angewiesen. Ein gesunder Angehöriger kann diesem Jungarzt seine besondere Dankbarkeit und Anerkennung für besonders individuelle und aufopfernde Tätigkeit in den meisten Fällen nicht besser erzeigen, als daß er das angemessene Honorar zahlt. Welcher Grund besteht in diesen Fällen, die Versicherungsgesellschaft besser zu stellen, als wenn der Patient die Dienste eines anderen Arztes in Anspruch genommen hätte, solange die Versicherungsgesellschaften nicht in ihren Bedingungen oder Tarifen entsprechende Bestimmungen, die auf einen Leistungsausschluß hinzielen, aufgenommen haben? Umgekehrt ist nicht einzusehen, warum ein — tarifmäßige Beiträge zahlender — Patient, der aus persönlichen oder Vertrauensgründen einen nahen Verwandten im Krankheitsfall als Arzt zuziehen will, der aber wegen etwa zu erwartender Intensität oder Dauer der Bemühungen die unentgeltliche Hilfeleistung als unzumutbar nicht in Anspruch nehmen will und sich im Falle der unterbleibenden Rechnungsstellung auch durch ein entsprechend wertvolles Geschenk revanchieren müßte, dadurch schlechter gestellt werden soll, daß er nach Bezahlung der üblichen Gebühren an den Arzt von der Krankenversicherung sich entgegenhalten lassen müßte, er habe eine Nichtschuld beglichen. Seitens mancher Krankenversicherungen wurde bisher die Erstattung des Honorars bei Verwandten-Behandlungen abgelehnt mit der Begründung, die Rechnung sei nur mit dem Hintergedanken bezahlt, sich den Betrag zurückerstatten zu lassen, ohne daß ein echtes Schuldverhältnis entstanden sei, denn der Arzt würde den behandelten Verwandten nientals verklagt haben. Diese Begründung schlägt nicht durch. Entscheidend ist nur, ob tatsächlich eine Schuld entstanden ist. Auf einen inneren Vorbehalt, die bezahlte Rechnung zur Erstattung einzureichen, kann es schon deshalb nicht ankommen, weil diesen Vorbehalt jeder Versicherungsnehmer haben wird, wenn er ärztliche Leistungen vergütet. Eine Versicherungsgesellschaft, die der Ansicht ist, sie brauche nur dann eine Arztrechnung zu erstatten, wenn der Patient sie in dem Bewußtsein und der Befürchtung bezahlt hat, er setze sich der Gefahr einer Klage aus, verkennt das Wesen der Forderung. Diese Forderung besteht nämlich — es sei denn, daß das Gesetz eine Naturalobligation statuiert — stets dann, wenn die Forderung einklagbar ist, und zwar unabhängig davon, ob der Gläubiger sie einklagen will oder nicht. Die Frage der Erhebung der Klage steht dem Gläubiger nach eigenem Ermessen, unabhängig von Einflüssen der Krankenversicherung, zu.

Das hervorragend begründete Urteil des Landgerichts Offenburg klärt — ich möchte sagen — eindeutig das Vertragsverhältnis der Krankenversicherungen bei Verwandten-Behandlungen. Die Krankenversicherungen haben alle Verwandten-Behandlungen künftighin zu begleichen, es sei denn, daß es sich

1. um die Behandlung eines minderjährigen Kindes durch seinen Vater bzw. der Ehefrau durch den Ehegatten handelt, oder
2. die Versicherungsgesellschaft in ihren Bedingungen die Erstattung von Honorarbeträgen bei Verwandten-Behandlung ausgeschlossen hat.

Keine DM-Honorar-Forderungen verjähren lassen!

Von Dr. jur. Cordes, Vechta

Mit Ablauf dieses Jahres erhalten die Bestimmungen über die Verjährung wieder ein besonderes Gewicht, da am 31. Dezember 1950 zum ersten Male DM-Forderungen, und zwar solche aus dem Jahre 1948, der Verjährung unterliegen.

Die Verjährung bewirkt, daß der Verpflichtete eine Einrede gegen den Anspruch erwirbt, die ihn berechtigt, die Leistung zu verweigern. Hat z. B. ein Arzt seinen Anspruch auf das Honorar verjähren lassen, so kann der Patient die Einrede der Verjährung geltend machen. Tut er dies, so muß die Klage auf Zahlung vom Gericht abgewiesen werden.

Die Verjährung einer Honorarforderung beginnt mit dem Ablauf des Jahres, in dem die Forderung entstanden ist, also regelmäßig am 31. Dezember eines jeden Jahres. Die Ansprüche der Ärzte für ihre Dienstleistungen mit Einschluß der Auslagen verjähren in zwei Jahren. Demnach müssen die Forderungen der Ärzte, die im Jahre 1948 entstanden sind, bis zum 31. Dezember 1950 geltend gemacht sein.

Unterbrechung der Verjährung

Eine Unterbrechung der Verjährung liegt vor, wenn die seit Beginn der Verjährung bereits abgelaufene Zeit überhaupt nicht gerechnet wird und eine neue Verjährung beginnen muß. Die Verjährung wird unterbrochen, wenn der Patient dem Arzt gegenüber den Anspruch durch Abschlagszahlung, Zinszahlung, Sicherheitsleistung oder in anderer Weise anerkennt. Die Verjährung wird ferner dadurch unterbrochen, daß der Arzt auf Befriedigung oder auf Feststellung des Anspruchs, auf Erteilung der Vollstreckungsklausel oder auf Erlaß eines Vollstreckungsurteils Klage erhebt. Der Erhebung der Klage stehen gleich: die Zustellung eines Zahlungsbefehls im Mahnverfahren und die

Vornahme einer Vollstreckungshandlung. Wer einen Zahlungsbefehl erwirkt hat, muß binnen einer Frist von 6 Monaten, die mit dem Ablauf der im Zahlungsbefehl bestimmten Frist beginnt, den Erlaß eines Vollstreckungsbefehls beantragen, anderenfalls verliert der Zahlungsbefehl seine Kraft.

Eine außergerichtliche Mahnung des Schuldners unterbricht die Verjährung nicht

Durch eine einfache Mahnung oder Zahlungsaufforderung an den Patienten kann der Arzt die Verjährung nicht unterbrechen. Wenn er sich auch zu einer Klage oder zu einem Zahlungsbefehl nicht entschließen möchte, wird er in vielen Fällen durch folgendes Verfahren eine Unterbrechung der Verjährung herbeiführen können. An einen Schuldner, der beispielsweise noch 325.— DM schuldet, richtet er folgendes Schreiben: „Bei Durchsicht meiner Bücher stellte ich fest, daß Sie seit längerer Zeit mit der Honorarzahlung in Höhe von 325.— DM im Rückstande sind. Ich darf Sie wohl bitten, mir bis zum 20. Dezember 1950 mitzuteilen, bis wann Sie diesen Betrag ganz oder in Raten begleichen können.“ Antwortet der Schuldner entsprechend, so besitzt der Arzt das die Verjährung unterbrechende Schuldanerkenntnis. Antwortet der Schuldner nicht, so bleibt noch Zeit, vor Ende des Jahres einen Zahlungsbefehl zu erwirken.

Ist die Schuld anerkannt worden, so beginnt sofort eine neue Verjährung. Im Falle der Klageerhebung dauert die Unterbrechung der Verjährung fort, bis der Prozeß rechtskräftig entschieden oder anderweitig erledigt ist. Die Unterbrechung gilt jedoch als nicht erfolgt, wenn die Klage zurückgenommen wird.

Ansprüche aus rechtskräftigen Urteilen, aus vollstreckbaren Vergleichen und vollstreckbaren Urkunden verjähren immer erst in 30 Jahren.

Buchbesprechungen

„Archiv für innere Medizin.“ Unter ständiger Mitarbeit von L. Heilmeyer, Freiburg; K. Matthes, Erlangen; W. Seitz, München; F. Steigerwald, München; K. Voit, Mainz. Herausgegeben von Hans Braun München, 1949, Wissenschaftl. Verlagsges. m. b. H. Stuttgart (jährlich erscheint 1 Band zu 6 Lieferungen, Preis der Lieferung um DM 10.—).

Der Herausgeber will mit dem neuen „Archiv für innere Medizin“ — nicht zu verwechseln mit dem „Deutschen Archiv für klinische Medizin“, das schon seit Jahrzehnten besteht und sein Erscheinen fortsetzt — größere Originalarbeiten aus dem Gebiet der inneren Medizin veröffentlichen, Arbeiten, die für allgemeine Zeitschriften zu speziell oder zu lang sind. Das Bedürfnis wird in dem Geleitwort auch damit begründet, daß manche Zeitschriften oder Archive seit Kriegsende nicht wieder herausgekommen sind. Es erhebt sich trotzdem die Frage: Besteht ein Bedürfnis nach einem solchen Archiv? Mancher Autor wird es bejahen, weniger der Leser. In Anbetracht der Finanzlage sehr vieler Ärzte wird es sehr fraglich sein, ob ein Archiv wie dieses genügend Abnehmer findet. Entscheidend ist aber sicherlich die Qualität der Arbeiten. Das 1. Heft enthält 11 Arbeiten. Kritisch betrachtet sind alle gut. Aber keine ist wohl so überragend, daß die fehlende Kenntnis derselben bei einem Facharzt für innere

Krankheiten sich nachteilig auswirken würde. W. Seitz und K. Vogel berichten über die Schwierigkeiten bei Fällungen von Serumeiweiß mit Kongorot oder Kongoviolett. R. Remy und H. J. Wolf bringen die Unterschiede von leukämischen und reaktiven Formen der Monozytenvermehrung. F. Steigerwald berichtet ausführlich über Diabetikerschicksale während der Kriegsjahre und darnach. T. Baumgärtel weist auf sein spezielles Arbeitsgebiet die klinische Diagnostik biologischer Bilirubinverbindungen auf. J. Mikulicic sucht den Nachweis zu erbringen, daß bei Gaben verschiedener Sulfoamide eine höhere Dissoziation erreicht wird und damit eine bessere Wirkung erzielt wird. L. M. Kugelmeier vertritt den Standpunkt, daß es bei Sepsis lenta in einzelnen Fällen zu einer Leukämoiden Reaktion des R. E. Systems kommen kann. H. Novy und G. Venckunas zeigen, daß atrioventrikuläre Leitungsstörungen im Stehen und bei Anstrengung verschwinden können. H. Weise schildert das wieder häufiger werdende Krankheitsbild des *Cysticercus cellulosae*. H. Bonhag erbringt an Zwillingen den Nachweis der erbbedingten Anlage von Bronchiektasien. H. Herkt beobachtete die Malaria in Korsika und schildert sie ähnlich wie auch sonst in Europa. E. Baur weist nach, daß 2 — Thiobarbitursäure ebenso wirksam ist wie Methyl-Thio-Uracil. Es mag zum Schluß noch einmal die Frage gestellt werden: Ist für diese Art von Arbeiten ein besonderes Archiv notwendig?

Dr. Walther Scharpf

H. Thaler: „Über die Wirkung körperfremder Proteasen im Verdauungstrakt.“ Hippokrates 1949, H. 12; Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart.

Ziel der Untersuchungen ist der Vergleich der körpereigenen Enzyme Pepsin und Trypsin mit dem pflanzlichen Ferment Papain, welches aus der *Carica papaya* (Melonenbaum) gewonnen wird. Zu den Versuchen wurde das Papain-Präparat „Arbuz“ (Dr. Schwab GmbH., München 13) verwendet, welches schon seit langem im Handel ist.

Ein wichtiger Vorteil des pflanzlichen Enzyms ist, daß es seine proteolytische Wirkung im Verlauf des gesamten Verdauungstraktes entfaltet, im Gegensatz zu den genuinen Fermenten des menschlichen Organismus, welche, wie Pepsin, nur im sauren Magen oder wie Trypsin nur im schwachalkalischen Darm ihre Kraft ausüben.

Die weiteren Vorteile sind gegenüber den körpereigenen Enzymen: Der schnellere und bedeutend energiereichere Angriff auf das Eiweiß, die eigentümlich verstärkte Wirkung, besonders auf die, als „schwerverdaulich“ bekannten Eiweiße, so daß man geradezu von einer „Normalisierung“ der darniederliegenden Verdauung sprechen kann.

Arbuz wird nicht, wie z. B. Pankreas-Präparate, im Magen

unwirksam, sondern gewinnt dort sogar 20—25% an proteolytischer Kraft, weshalb die Summe aus Magen + Darmverdauung erhöhte Werte ergibt.

Die gewählte Versuchsanordnung ist zweckmäßig, das für die Darmverdauung eingestellte pH von 7,2 entspricht den physiologischen Bedingungen, nicht dagegen pH 1,9 für das saure Milieu. Dieses stellt zwar das Optimum für die Pepsin-Wirkung dar, ist aber nicht den tatsächlichen Verhältnissen angepaßt — normales pH = pH 2,5 — 3,00 — 3,5.

Hätte man dieses gewählt, so wären die Versuchsbedingungen den physiologischen Verhältnissen entsprechend gewesen und es hätten sich durch Annäherung an das Optimum des Papaineffektes noch weit günstigere Resultate für Arbuz ergeben, als dies an sich schon der Fall ist.

Die Versuchsergebnisse sind übersichtlich in Tabellen zusammengefaßt, von denen Nr. 4 besonders bemerkenswert ist. In ihr werden nämlich die Resultate bei gestörter Eigenverdauung — Verringerung der Pepsin- und Pankreatinmengen bei gleichbleibenden Mengen Arbuz — gezeigt. Die Erhöhung des Eiweißabbaues gegenüber der von Pepsin-Pankreatin geförderten Leistung ist sehr bedeutend und beträgt z. B. bei Hühnereiweiß 163%.

Bekanntmachungen

Vortragsveranstaltungen in Stuttgart

5. Januar 1951, 20 Uhr:

Dr. med. H. Schultz-Hencke, Direktor des Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen, Berlin, über „Die Psychosomatik als wissenschaftliches und praktisches Problem“.

8. Januar 1951, 20 Uhr:

Reg.-Rat Dr. phil. nat. W. Hochheimer, Ordinarius für Psychologie an der pädagogischen Hochschule Berlin, über „Traum und Unbewußtes“.

Vortragssaal der Technischen Werke Stuttgart, Lautenschlagerstraße. Eintritt DM 1.50.

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat Januar 1951 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten, Karlsruhe, Moltkestraße 18, folgende Vorträge statt:

Freitag, 12. Januar 1951, 20 Uhr: Prof. Dr. Heilmeyer, Freiburg: Rheumatismus und Nebennierenrinde,

Freitag, 19. Januar 1951, 20 Uhr: Dr. Good, Wehrwald: Fortschritte der Thoraxchirurgie,

zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

An alle deutschen Ärztinnen!

Der Deutsche Ärztinnenbund hat sich im März dieses Jahres wieder gebildet. Zweck und Aufgabe des Bundes ist die Herstellung einer persönlichen Verbindung und Förderung des Zusammenhaltes unter den Ärztinnen, die Förderung ihrer beruflichen Interessen, die Bearbeitung von Fragen auf sozialhygienischem, bevölkerungspolitischem und ethischem Gebiet, die die Ärztin als Frau angehen, die Mitarbeit in den bestehenden ärztlichen Organisationen und die Schaffung einer Verbindung mit inner- und außerdeutschen Frauenverbänden, soweit gemeinsame Interessen zu vertreten sind oder gegenseitige Förderung zu erwarten ist.

Der Deutsche Ärztinnenbund hat einen Sitz im Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und ist durch seine Vorsitzende, Frau Dr. von Z w e h l, im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertreten.

Beziehungen zu den Landesorganisationen (Hartmannbund, Marburger Bund) und zum internationalen Ärztinnenbund sind aufgenommen.

In allen Ländern der Welt bestehen, unbeschadet der Zugehörigkeit zu anderen Landesorganisationen, Ärztinnenvereinigungen, die im internationalen Verband der Ärztinnen (Medical Womens International Association, Association Internationale Femmes Medecins) zusammengeschlossen sind.

Es ist dringend notwendig, daß auch die Deutschen Ärztinnen sich zusammenschließen, da gerade in dieser Zeit des Wiederaufbaues ein Sammeln aller Kräfte notwendig ist.

Wir bitten daher die Kolleginnen, dem Deutschen Ärztinnenbund beizutreten, der die Interessen der Deutschen Ärztinnen vertritt.

Ortliche Vereinigungen bestehen zur Zeit in Bielefeld, Duisburg, Dortmund, Essen, Hameln-Pyrmont, Hamburg, Hannover, Oldenburg, Siegen. Vereinigungen auf Länderbasis in Bayern (München) und Nordwürttemberg-Baden (Stuttgart). Der Mitgliedsbeitrag beträgt 2.— bis 12.— DM pro anno nach Selbsteinschätzung. Einzelmitgliedschaft ist möglich. Anfragen und Beitrittsklärungen erbitten wir an die Schriftführerin Frau Dr. K u n t z e, München 23, Kunigundenstraße 4a.

Mit kollegialem Gruß!

Dr. v o n Z w e h l, 1. Vorsitzende, München 13, Adalbertstr. 96
Dr. Albrecht, stellv. Vorsitzende, Hamburg 20, Heiwigstr. 12
Dr. Kuntze, Schriftführerin, München 23, Kunigundenstr. 48a
Dr. Steinbiß, M.d.B., Kassenführerin, Bielefeld, Bismarckstr. 13
Prof. Dr. Hoffmann, Beis., Charlottenburg 2, Knesebeckstr. 20
Dr. Blümel, Beisitzer, Bad Pyrmont, Kaiserplatz 2
Dr. Doch, Beisitzer, Stuttgart-N, Birkenwaldstr. 10

München, den 1. November 1950

Inhaltsverzeichnis des Südwestdeutschen Ärzteblattes

Das Inhaltsverzeichnis für den Jahrgang 1950 wird mit dem Januarheft ausgeliefert werden.

Achtung Volkswagensparer!

Volkswagenparer und deren Hinterbliebene können ihre Rechte geltend machen bei der Abwicklungsstelle für ehemalige Volkswagenparer der Ida, Augsburg, Maximilianstraße 66. Schluß des Anmeldetermins 31. Dezember 1950. Gebühr 2.— DM.

Tagung der Werksärzte

Am 27. und 28. Oktober fand in Bochum die diesjährige Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft der Werksärzte gemeinsam mit den staatlichen Gewerbeärzten statt. Aus Anlaß dieser Tagung wurde das neugegründete und großzügig dotierte westfälische Landesinstitut für Arbeitsmedizin feierlich eröffnet. Die Zahl der Teilnehmer betrug 500 bis 600 und umfaßte nicht nur Werksärzte und Gewerbeärzte sowie Sicherheitsingenieure, sondern auch Vertreter der Regierung, der Gewerkschaften, der Berufsgenossenschaften, der ärztlichen Organisationen, der Industrie und Wirtschaft und des Bergbaues.

Unter den zahlreichen Vorträgen waren von besonderem allgemeinem Interesse folgende Themen: „Arbeitsgestaltung“ (Lehmann); „Der nervöse Mensch“ (Hergt); „Erste Hilfe im Betrieb“ (Bürkle de la Camp); „Physiologie der Haut“ (Szakall); „Werkärztlicher Dienst in Frankreich“ (Wiele); „Werkarzt in USA“ (Tabershaw) und schließlich eine Filmvorführung über die neuartige Wilmssche Unterarmprothese (Graf). Diese elektrisch gesteuerte „Vaduzer Hand“ ermöglicht durch Training des Phantomgefühles feinste präzise Verrichtungen. Der Versehrte bekommt dadurch wieder eine gewisse „Tiefsensibilität“ in der Prothese, was bisher nicht möglich war.

Neben den Referaten war allen Teilnehmern Gelegenheit geboten, ein Bergwerk oder ein Gußstahlwerk oder das Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund zu besichtigen. All dies war besonders für die zahlreichen süddeutschen Teilnehmer eine seltene Gelegenheit, von der mit großem Eifer Gebrauch gemacht wurde.

Dr. Hoschek, Stuttgart

Dr. Wester, Köln †

Der Ehrenpräsident des 53. Deutschen Ärztetages und Ständiger Beauftragter der ärztlichen Spitzenorganisationen bei den Bundesorganen in Bonn, Dr. med. Wester, ist am 11. November 1950 verstorben. Im Namen der deutschen Ärzteschaft hielt Dr. Neuffer als Präsident des Deutschen Ärztetages die nachstehende Grabrede:

„Als am Sonntag bei mir als dem Präsidenten des Deutschen Ärztetages die Nachricht einlief, daß Dr. Wester plötzlich verschieden sei, war ich aufs tiefste erschüttert. Einmal, weil damit die deutsche Ärzteschaft ein ganz schwerer Schlag getroffen hat, zum anderen, weil mir persönlich dadurch ein später Freund entrissen worden ist, den ich nach 1945 in der berufsständischen Arbeit kennen und schätzen gelernt habe. Wir haben uns in den innersten Fragen verstanden und eine una sancta gebildet, die auf dem letzten Ärztetag, auf dem Dr. Wester Ehrenpräsident war, ihren Ausdruck gefunden hat. Es ist hier nicht der Ort, der zahlreichen Verdienste zu gedenken, die Dr. Wester in seinem 70jährigen Leben der deutschen Ärzteschaft erwiesen hat. Dazu bedarf es einer besonderen Gedenkfeier. Vor mir steht in dieser Abschiedsstunde der Mensch, der von uns gegangen ist. Fritz Wester ist bei Gelegenheit seines 70. Geburtstages als einer der markantesten Erscheinungen unter den deutschen Ärzten bezeichnet worden. Niemand hat gegen diese Charakterisierung Einspruch erhoben. Der Grund dafür liegt in der einzigartigen Persönlichkeit des Verstorbenen. Er war eine ärzt-

liche, eine politische und eine menschliche Persönlichkeit. Nach gründlicher Ausbildung hat er sich als Landarzt im Bergischen Land bewährt und als Hausarzt die Leiden und Sorgen seiner Kranken zu lindern versucht. Er war mit seinem ärztlichen Beruf so leidenschaftlich verbunden, daß er nach seiner Verbannung aus seiner Heimat im Jahre 1923 sich auch in Berlin wieder eine umfangreiche Praxis aufzubauen wußte.

Seine politische Berufung ließ ihn sofort nach dem 1. Weltkrieg, aus dem er als Schwerbeschädigter zurückkehrte, am ärztlichen Standesleben lebhaften Anteil nehmen, so daß er bald in den ärztlichen Standesorganisationen seiner engeren Heimat die führende Rolle spielte. Seine politischen Aufgaben erweiterten sich dadurch, daß er zunächst als Beigeordneter in seiner Heimatgemeinde sich um das Wohl seiner Mitbürger kümmerte und zum Dank dafür im Jahre 1923 als Abgeordneter in den Preußischen Landtag gewählt wurde, wo er als Mitglied des Verfassungsausschusses seine politischen Fähigkeiten bewies. Ungebeugt durch die Verfolgung des Dritten Reiches, hat er sich im Jahre 1945 wieder rastlos und restlos für den Aufbau der deutschen Ärzteschaft eingesetzt und ist bis zu seinem Tode der Ständige Beauftragte der ärztlichen Organisationen in Bonn gewesen.

Daß Dr. Wester sowohl als Arzt wie auch als Berufs- und Allgemeinpolitiker ein so großes Ansehen genoß und eine so große Wirkung ausübte, hatte seine letzte Ursache in seiner menschlichen Größe. Die imposante äußere Erscheinung hatte nicht nur einen klugen und klaren Kopf, sondern barg in ihrem Innern auch ein warmes Herz, das tiefes Verständnis für die menschlichen Schwächen hatte und mit einem köstlichen Humor auch über sich selbst lachen konnte. Intellekt und Gefühlsleben waren bei ihm in gleichem Maße reich entwickelt. Die allertiefste Wurzel seines Wesens war aber seine christliche Weltanschauung. Das Wort Augustins hat bei ihm seine Wahrheit bewiesen: „Unser Herz kommt nicht zur Ruhe, es ruhe denn in Gott.“ Aus dieser Glaubensüberzeugung kam sein mutiges Auftreten, sein Freiheitsdrang, seine Rechtlichkeit, seine Fröhlichkeit und seine Bescheidenheit.

Mein lieber Freund Wester, des Menschen Leben währt 70, wenn's hoch kommt 80 Jahre und wenn es köstlich gewesen ist, so war es Mühe und Arbeit. Mittendrin hat Dich Gott gerufen. Du hast uns ein Leuchten hinterlassen, das aus den ewigen Quellen gespeist wird. Die deutsche Ärzteschaft dankt Dir in allen ihren Organisationen für Deine Hingabe und Deinen Einsatz. Dein Vorbild ist uns Verpflichtung. Requiesce in pace.“

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

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Schw. Gmünd Heilbronn/N.	Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Frauenkrankheiten,
Lauffen/N., Kr. Heilbronn Bad Mergentheim	praktischer Arzt, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, Facharzt für Kinderkrankheiten,
Schorndorf, Kr. Waiblingen	Facharzt für Kinderkrankheiten,
Stuttgart-Innenstadt	Facharzt für Kinderkrankheiten,
Stuttgart-Vaihingen	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zulassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nord-Württemberg ein-

getragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um 3 der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, spätestens jedoch bis zum 15. Januar 1951 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Richtlinien

über die Vornahme der Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim-Zondek (AZR) oder mittels Krötentest.

Die Schwangerschafts-Reaktion nach Aschheim-Zondek beansprucht durch viel zu häufige Anwendung die kassenärztliche Gesamtvergütung in zunehmendem Maße. Sie ist deshalb — das gleiche gilt für den Krötentest — auf die wirklich notwendigen Fälle nach folgenden Richtlinien zu beschränken:

1. Der früheste Termin, zu dem ein zuverlässiges Ergebnis der AZR erwartet werden kann, ist 8 Tage nach Ausbleiben

der fälligen Periode, also 3 Wochen nach der Empfängnis. Vor dieser Frist ist der negative Ausfall der Reaktion nicht zu verwerten.

2. Als früheste und sicherste biologische Schwangerschafts-Reaktion mit einer Wahrscheinlichkeit von 98 v. H. ist die AZR überall da angezeigt, wo eine möglichst frühzeitige Diagnose unumgänglich notwendig ist, wo ungünstige Bedingungen die gynäkologische Untersuchung erschweren oder zu keinem Resultat kommen lassen, und wo Störungen der Schwangerschaft anders nicht zu klären sind:

- wenn die Schwangerschaft noch nicht sicher festgestellt werden kann, eine Unterbrechung aber aus medizinischer Indikation dringend notwendig wäre,
- bei fraglichem verhaltenem Abort mit abgestorbener Frucht,
- bei Zweifel, ob ein Myom oder eine Schwangerschaft vorliegt, oder ob sich im myomatösen Uterus eine Gravidität angesiedelt hat,
- zur Differential-Diagnose zwischen Tubargravidität und Adnextumor. Die Reaktion fällt aber nur so lange positiv aus, als die Zotten noch am Leben sind.
- Bei Portio-Carcinom und etwaiger junger Schwangerschaft, da hier an Stelle der Radiumeinlage unverzüglich die Radikaloperation durchgeführt werden muß.
- Bei Verdacht auf Blasenmole und Chorionepitheliom, wobei durch die vermehrte Prolan-Ausscheidung die AZR noch mit stark verdünntem Urin positiv ausfällt.

3. Jeder auf Kassenkosten durchzuführenden AZR ist eine ausreichende Begründung beizufügen.

4. Ungeduld oder Angst sind kein Grund für die Anstellung der AZR, es sei denn, die Kosten werden von der Betreffenden selbst getragen.

Prof. Dr. Pfeleiderer

34. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 11. November 1950

1. Dr. Benz, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der KV berichtet über den Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden. Wie schon unlängst die Innungskrankenkassen haben jetzt auch die AOK'n und BK'n eine Erhöhung der Überbrückungshilfe um 75 v. H. zugestanden, und zwar mit Wirkung vom 1. 4. 50.

2. Dr. Döbler, 2. Bundesvorsitzender des Hartmannbundes, berichtet: Eine Kommission des Hartmannbundes ist in 4 Bundesministerien vorstellig geworden und hat dort die Probleme der Ärzteschaft eingehend zu erörtern Gelegenheit gehabt. Ausführlicher Bericht siehe S. 251 dieser Nummer.

3. Dr. Neuffer hat mit dem neuen Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft f. d. Gesundheitswesen, Prof. Dr. Coerper, eine Unterredung gehabt und einen sehr günstigen Eindruck gewonnen. — Es besteht der Plan, die Gesundheitsfürsorge auszubauen in Form einer Familienbetreuung durch die prakt. Ärzte. Hierfür wäre eine gesonderte Honorierung in Aussicht zu nehmen.

4. Dr. Scharpff referiert über die Tätigkeit der Honorarkommission. Deren Vorschläge werden durchberaten. Es wird u. a. diskutiert über: Abrechnung nach Einzelleistungen; Höherbewertung der ersten hundert Krankenscheine bei geringer Fallzahl; Fallwertstaffelung; Änderung des Unkostenarfs bei Rö-Leistungen und EKG's; Überhandnehmen von Überweisungsscheinen (Antrag Eßlingen). Endgültige Entscheidungen bleiben der nächsten Abgeordnetenversammlung vorbehalten. — Eine Kommission ist beauftragt, einen Vorschlag für zweckmäßige Berechnung der Wegelgelder auszuarbeiten. Nachtleistungen gesondert zu vergüten, wäre gerecht, aber umständlich. — Laborleistungen werden besondere Ziffern erhalten.

5. Nach § 18 des neuen Ersatzkassenvertrages muß ein Bezirks- und ein Landessenat gebildet werden, die aus je 4 Vertragsärzten bestehen. Für den Bezirkssenat wird möglicherweise der Disziplinar Ausschuss eintreten können; der Landessenat müßte dazu noch gewählt werden. Die Angelegenheit wird der Abgeordnetenversammlung vorgelegt werden.

6. Über Vorstands- und Ausschuss-Sitzungen soll künftig im Südwestdeutschen Arzteblatt kurz berichtet werden.

7. Persönliche Rechts- und Zulassungsangelegenheiten.

8. Ein Sprachgestörter wurde von einem Nichtarzt ohne kassenärztliche Verordnung psychotherapeutisch behandelt. Eine Entscheidung über etwaige Honorierung durch die Krankenkasse bleibt dieser vorbehalten.

9. Disziplinarangelegenheiten.

10. Eine Groß-Stuttgarter Facharztgruppe beantragte eine Zulassungssperre für ihr Fachgebiet. Die zuständige Kreisärzteschaft wird vor Zulassungen jeweils um Stellungnahme gebeten. Eine generelle Sperre jedoch ist nicht möglich.

11. Um den Zusammenhalt zwischen der Ärzteschaft und ihren gewählten Vertretern lebendiger zu gestalten, wollen die Vorstandsmitglieder gelegentlich an Kreisärzteschaftsversammlungen teilnehmen.

12. Dr. Langbein, der frühere langjährige Präsident der württembergischen Ärzteschaft, feiert demnächst seinen 80. Geburtstag. Dr. Benz und Dr. Knosp werden die Glückwünsche der nordwürttembergischen Ärzte überbringen.

13. Fachärzte müssen darauf achten, die Grenzen ihres Faches einzuhalten.

14. Behandlung von Darlehensanträgen.

15. Festlegung der Sitzungsgelder des Disziplinarausschusses.

Dr. Hämmerle

Forumveranstaltung am 22. November 1950

Am Nachmittag des 22. November 1950 trafen sich die Kreisärzteschaftsvorsitzenden und andere interessierte Kollegen im Waldheim Degerloch mit den Vorständen der AK. und KV. zu einer lebhaften und ergiebigen Aussprache über verschiedene aktuelle Fragen.

1. Präsident Dr. Neuffer berichtete:

Das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wird zur Zeit energisch bearbeitet und hoffentlich bis April 1951 verabschiedet sein. — Die Krankenkassenverbände haben jetzt einer Erhöhung der Überbrückungshilfe zugestimmt, ohne daß dafür prinzipielle Zugeständnisse auf dem Gebiet der ärztlichen Selbstverwaltung hätten gemacht werden müssen. — Für den verstorbenen Beauftragten der ärztlichen Spitzenverbände bei den Bundesorganen, Kollegen Dr. Westler, fehlt ein Nachfolger. Es wird ins Auge gefaßt, die Zentrale aller ärztlichen Spitzenorganisationen von Bad Nauheim in den Raum von Bonn zu verlegen.

2. Eine Kreisärzteschaft hat in einem Rundbrief vorgeschlagen, mit Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Kassenärzte den Vertrag mit den Krankenkassenverbänden zu kündigen. In längerer Debatte wird das Problem allseitig beleuchtet. Schließlich neigt die Mehrheit der Anwesenden der Meinung zu, daß unter den gegenwärtigen Umständen von einer solchen Maßnahme kaum eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erhofft werden darf.

3. Eine andere Kreisärzteschaft hat Neuwahlen zur KV. beantragt. Sie ist der Ansicht, daß seinerzeit nicht überall die am meisten interessierten und aktivsten Kollegen zu Abgeordneten gewählt worden seien. — Nach Verabschiedung des Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, voraussichtlich Mitte n. J., werden sowieso Neuwahlen notwendig. So findet der Wunsch, vorher noch einmal zu wählen, nur geteilte Aufnahme. Es wird vorgeschlagen, die Meinungen der einzelnen Kreisärzteschaften einzuholen.

4. Konsiliarärztliche Tätigkeit und ambulante Sachleistungen in Krankenhäusern.

Es darf kein Riß entstehen zwischen praktischen Ärzten und Krankenhausärzten. Es könnte evtl. anderweitig der Wunsch sich zeigen, beide Gruppen gegeneinander auszuspielen. — Grundsätzlich scheint die Entwicklung dahin zu gehen, daß auch künftig die Honorierung der konsiliarärztlichen Tätigkeit der Krankenhausärzte über die KV. erfolgt und daß nunmehr auch die ambulanten Sachleistungen zu denselben Bedingungen vergütet werden, wie sie für die freipraktizierenden Ärzte gelten (Quote!). Damit würde ein sehr verständlicher Wunsch der freien Ärzteschaft erfüllt werden.

5. Die Kosten für Röntgenleistungen nehmen einen immer höheren Anteil des Gesamtpauschales in Anspruch. Soll der Unkostenarif herabgesetzt werden? Die Röntgeno-

logen erklären, daß sie schon jetzt vom Honorar einen Teil zur Abdeckung der Unkosten verwenden müssen.

6. Weitere Diskussionsthemen:

Rezeptführung und Regreßpflicht; neue Gebührenordnung (wird wohl bald zur Diskussion gestellt werden); freiwillige Mitglieder der Krankenkassen (da gesetzlich verankert, neue Regelung sehr schwierig zu erreichen, das Problem wird aber laufend bearbeitet); Durchgangsarzt (darf keinen Kassen-Krankenschein bekommen!); Fürsorgekranke (Honorarforderungen nicht übersteigern!); Rentner (von Ärzteschaft und Krankenkassenverband neuerdings Abkommen gekündigt); Kindergärten, Erholungsheime (ärztliche Überwachung nicht auf Krankenschein!); Krankenscheininflation (Ärztenschaft Eblingen will die Abrechnungsunterlagen ihrer Ärzte überprüfen); Südwestdeutsches Arzteblatt (kostenlose Lieferung wird angestrebt, bisher DM 0.28 pro Nr.); „Du und die Welt“ (erfolgreiche Werbung in Nichtärztekreisen); Ärzteversorgung; Fürsorge; an die Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse (Zoeppritz) wird erinnert.

7. Die Presse- und Informationsstelle der württembergischen Ärzteschaft hat erfolgreich zu arbeiten begonnen. Ärzteschaft und Presse sollen miteinander bekannt werden. — Pressenotizen und Artikel in der Tagespresse usw., die gesundheitliche und berufspolitische Angelegenheiten schief darstellen, sollen umgehend der Pressestelle Stuttgart-Degerloch, Nägelestr. 8, zur weiteren Veranlassung übersandt werden.

Dr. Hämmerle

Ehrung eines Stuttgarter Arztes

Dozent Dr. R. Glauner, Chefarzt der Röntgenabteilung am Marienhospital Stuttgart, ist zum Ehrenmitglied der argentinischen Röntgengesellschaft ernannt worden.

Sanitätsrat Dr. Krauß 80 Jahre alt!

Am 7. Dezember 1950 vollendete Sanitätsrat Dr. Reinhold Krauß, der langjährige Direktor der Privatklinik für psychisch Kranke in Kennenburg bei Eblingen sein 80. Lebensjahr. Der ausgezeichnete Psychiater und Psychotherapeut hat ein arbeitsreiches und erfolgreiches Leben hinter sich. Nach sorgfältiger klinischer Ausbildung in Kennenburg, Heppenheim und Heidelberg leitete er jahrzehntelang die Kennenburger Privatheilanstalt und verschaffte ihr überall in- und außerhalb seiner engeren Heimat großes Ansehen. Die seelische Eigenart der in Kennenburg behandelten Kranken, die vorwiegend den gebildeten Ständen entstammten, war einem vertieften Studium feinerer klinischer Probleme auf psychiatrischem Gebiete sehr günstig, und Reinhold Krauß konnte in der Zusammenarbeit mit begabten jüngeren Kollegen (Bunse, Wetzel, Kern, Becker, Karl Tuzcek, Paul Krauß usw.) wertvolle klinische Arbeit namentlich auch auf erbbiologischen Gebiete leisten. Als junger Assistent Kräpelin's hatte er im Heidelberger psychologischen Laboratorium eine methodisch einwandfreie Arbeit „über Auffassungs- und Merksversuche bei einem Falle von polyneuritischer Psychose“ geschrieben. In den von Finger, Hoche und Bresler herausgegebenen juristisch-psychiatrischen Grenzfragen veröffentlichte er eine kritische Studie über „Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rück-

sicht auf Geisteskrankheit der Mutter“ (Unterbrechung der Schwangerschaft).

In der Privatklinik Kennenburg beschäftigte sich der kritisch veranlagte, aber temperamentmäßig zu therapeutischer Aktivität drängende Mann immer mehr mit der Psychotherapie der Neurosen und leichten Psychosen in Anlehnung an die Lehren von Freud und Ludwig Frank (Zürich), dessen „kathartische Behandlungsmethode“ ihm die Methode der Wahl wurde. In dieser Tätigkeit hat er vielen geholfen und sich einen guten Namen gemacht. Sein klarer Verstand und seine kritische Begabung bewahrten ihn vor allen Übertreibungen und sein warmes Herz für seine Kranken steigerte seinen suggestiven Einfluß. 1937 hielt er in Stuttgart in psychotherapeutischen Kreisen einen Vortrag über seine Erfahrungen. Er betonte die Bedeutung der Methode bei allen affektiven Störungen „vom einfachen Tik bis zur schweren Degenerationspsychose“.

Ernte Erkrankungen, namentlich die Folgen eines schweren Unfalls, den er sich zu Beginn des zweiten Weltkrieges zuzog, erschwerten Krauß zu gewissen Zeiten die Leitung seiner Klinik. Es ist mir eine liebe Erinnerung, daß ich dem alten Freunde, dem ich seit 1892 freundschaftlich verbunden bin, vor bald zehn Jahren, als er lange Monate infolge des Unfalls ganz arbeitsunfähig war, bei der Ausübung seiner Arbeit eine Zeitlang hilfreich zur Seite stehen konnte. Als er bereits in hohem Alter Kennenburg als Krankenhaus aufgeben mußte, fiel ihm dieser durch die Zeitumstände geforderte Entschluß schwer und fand weithin vielfaches Bedauern. Nun erfreut er sich in Göppingen an der Seite seiner an Geist und Herz hervorragenden Gattin des wohlverdienten Ruhestandes. Sein Sohn führt seine klinische Arbeit als Leiter des Christophsbads in Göppingen in seinem Geiste weiter. Wir württembergischen Ärzte senden dem Jubilar unsere herzlichsten Grüße und Glückwünsche.

Prof. Dr. Robert Gaupp sen.

Nachruf

Am 22. November 1950 verstarb im Alter von fast 80 Jahren in Stuttgart-Untertürkheim Herr San.-Rat Dr. med. Maximilian Haedke. Dr. Haedke war 30 Jahre lang leitender Arzt des Städt. Krankenhauses in Hirschberg/Riesengeb. und ein weit über den Riesengebirgskreis hinaus bekannter und geschätzter Chirurg.

Vom Vertrauen seiner Kollegenschaft getragen war er bis 1933 Vorsitzender des Vereins von Ärzten im Riesengebirge und stellvertretender Vorsitzender des Kassenarztvereins Hirschberg.

Im Jahre 1900 bereits trat er dem Hartmannbund bei und war jahrzehntelang Obmann für den Kreis Hirschberg und regelmäßiger Besucher der Ärztetage. Der wiedererstandene Hartmannbund hatte ihn deshalb im Jahre 1949 zu seinem Ehrenmitglied ernannt.

Heimatvertrieben war er von 1945—1948 noch einmal als praktischer Arzt in Göppingen tätig, bis ihn die zunehmenden Beschwerden des Alters zwangen, seine Praxis aufzugeben. Die letzten Jahre lebte er von schweren Leiden geplagt im Hause seiner jüngsten Tochter in Stuttgart-Untertürkheim.

Im Auftrage des Hartmannbundes und der Ärzteschaft habe ich dem Verstorbenen am Grabe noch einmal für das gedankt, was er jahrzehntelang seinen Patienten, seinen Kollegen und seinen Freunden gewesen ist.

Dr. Knospe/Eblingen

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandem 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 Lande niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und 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 werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Trossingen	prakt. Arzt
Haigerloch	prakt. Arzt
Flötzingen	prakt. Arzt
Laichingen	prakt. Arzt
Wolfegg	prakt. Arzt (direkter Abkömmling vorhanden).

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb 14 Tagen (bis zum 4. 1. 1951) bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Str., gegenüber dem Univ.-Stadion, einzureichen. Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß

ARZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

50jähriges Doktor-Jubiläum

Am 24. Oktober 1950 beging Herr Dr. med. Georg Huwald, Augenfacharzt in Pforzheim, sein fünfzigjähriges Doktorjubiläum. Herr Dr. Huwald war früher in der ärztlichen Organisation lange Jahre tätig und unterstützt auch heute noch unsere Ärzteschaft mit Rat und Tat, obgleich ihn seine große Praxis und Krankenhausstätigkeit voll in Anspruch nimmt. Wir wünschen dem Jubilar noch viele Jahre Tätigkeit zum Segen seiner Patienten.

Ärzteschaft Pforzheim
Dr. Preller

80. Geburtstag

Seinen 80. Geburtstag beging am 30. Oktober 1950 Dr. med. Rudolf Renner in Pforzheim bei guter Gesundheit und voller geistiger Frische.

Dr. Renner war über 30 Jahre als praktischer Arzt hier tätig und versah in dieser Zeit seit 1898 bis zum ersten Weltkrieg das Ambulatorium in der Allgemeinen Ortskrankenkasse und von 1929 an als Vertrauensarzt und Obervertrauensarzt die Vertrauensärztliche Dienststelle der LVA. Baden in Pforzheim, in der er bis vor wenigen Monaten noch tätig war.

Der Jubilar fand hohe Anerkennung als erfolgreicher Arzt und genoß das besondere Vertrauen der Ärzteschaft, die ihn

6. Vollversammlung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 28. Oktober 1950

1. Nach einer Aussprache über das Verhältnis der Ärztekammer zum Marburger Bund wird beschlossen, die bisher hinausgeschobene Veranlagung der Mitglieder des Marburger Bundes zum Kammerbeitrag nach den Vorschlägen der Kammersitzung vom 17. Juni 1950 vorzunehmen.

2. Die Zahl der Ehrenräte soll auf zwei vermindert werden: Ehrenrat I in Ravensburg für die Kreise Ravensburg, Biberach, Saulgau, Tettnang, Wangen, Sigmaringen, Rottweil, Tuttlingen.

Ehrenrat II in Tübingen für die Kreise Calw, Freudenstadt, Balingen, Horb, Münsingen, Reutlingen, Tübingen, Hechingen, Ehingen.

Neuwahlen sind bis 15. Januar 1951 durchzuführen. Die nach dem Kammergesetz vom 8. März 1950 notwendige Zuziehung von Rechtskundigen wird festgelegt. Die bisher noch nicht erledigten Ehrenrechtsverfahren sollen beschleunigt von den bisherigen Ehrenräten durchgeführt werden.

3. Dr. Mißmahl wird als Mitglied in den Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern gewählt.

Dr. Schnabel, Weingarten, muß aus gesundheitlichen Gründen als Kammermitglied zurücktreten. An seine Stelle tritt der gewählte Ersatzmann Dr. Walcher, Mochenwangen. An Stelle des zurückgetretenen stellvertretenden Kammermitgliedes Dr. Sauter in Friedrichshafen, tritt Dr. Holzberger in Friedrichshafen nach.

Professor Dr. Brügger wird an Stelle des zurückgetretenen Dr. Doerfler in das Ehrengericht gewählt.

4. Weiterhin werden Fragen des Etats, der Fürsorge und Versorgungseinrichtung verhandelt.

Dr. Hartmann, Riedlingen †

Am 1. November 1950 verstarb in seinem 76. Lebensjahr Herr Dr. Matthäus Hartmann in Riedlingen. Der Verstorbene, der nach mehrjähriger Tätigkeit als Landarzt in Uttenweiler sich 1914 in Riedlingen niederließ, hat sich durch seine stete Hilfsbereitschaft bei Tag und Nacht das Vertrauen seiner Kranken in Stadt und Land in hohem Maße erworben. Die Ärztekammer betrauert in dem Verstorbenen einen Kollegen, der durch sein liebenswürdiges und aufgeschlossenes Wesen bei allen Standesgenossen sehr beliebt war.

in den Vereinsvorstand, in das Berufsgericht und auch in andere Vertrauensämter berief.

Dr. Renner ist weithin bekannt als Förderer des hiesigen Musiklebens und betreibt selbst noch immer gerne im kleinen Kreise Hausmusik.

Die hiesige Ärzteschaft ehrte und beschenkte ihren Jubilar zu seinem Festtage in herzlicher und würdiger Weise.

Dr. Hommel

Dr. Hans Mauerer †

Am 11. November 1950 starb an einem schweren Herzleiden im Alter von 51 Jahren der langjährige chirurgische Oberarzt Dr. Hans Mauerer des neuen Vinzentiuskrankenhauses Karlsruhe. Nach einer guten chirurgischen Ausbildung in München, Bayreuth und Würzburg arbeitete er seit 1934 in Karlsruhe und führte hier neben der allgemeinen chirurgischen Tätigkeit die glänzende Tradition der Bauchchirurgie seines Chefs, Herrn Prof. Dr. L. Arnsperger, weiter. Er war ein Kollege und Berater vieler Ärzte, der in den Versammlungen und Spezialkongressen eine führende Rolle spielte. Unverrissen bleibt sein Einsatz für die Zivilbevölkerung und die Truppen in den Wirren des ausgehenden Krieges und der ersten Besatzungszeit, da er Tag und Nacht in den Trümmern seines Krankenhauses weiter operierte. Er wurde in seiner Heimat München beigesetzt.

K.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Bühlertal/Kreis Bühl	prakt. Arzt
Kippenheim/Kreis Lahr	prakt. Arzt
Albbruck/Kreis Waldshut	prakt. Arzt

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis 10. Januar 1951) 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 rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Bei Bewerbungen um mehrere Arztsitze ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich, die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

50jähriges Arztjubiläum

Am 22. November konnte Herr Dr. med. Woldemar Blacher, Freiburg i. Br., im Alter von 76 Jahren in körperlicher und geistiger Frische sein goldenes Arztjubiläum feiern. Herr Dr. Blacher wurde als Sohn eines deutschstämmigen russischen Militärarztes in Bobruisk an der Beresina geboren. Er besuchte an dem späteren Wohnort seiner Eltern in Reval die deutsche Schule, um anschließend auf eine deutsche Schule in St. Petersburg überzusiedeln, wo er im Jahre 1895 das Abitur bestand. Am 22. 11. 1900 legte er an der damaligen Kaiserlichen Medizinischen Akademie in St. Petersburg das Staatsexamen ab. Anschließend war er jahrelang als Assistent an einem Kinderkrankenhaus in St. Petersburg tätig. In der Folgezeit ließ er sich dort als Facharzt für Kinderkrankheiten nieder und war gleichzeitig Abteilungsarzt am Städt. Kinderkrankenhaus, sowie Schularzt an der deutschen Schule in St. Petersburg. Nach dem 1. Weltkrieg siedelte er nach dem Inneren des europäischen Rußlands über und übte in einer kleinen Stadt etwa 2 Jahre lang eine Praxis aus. Später zog er, der Baltendeutsche, nach Estland, wo er als Facharzt für Kinderkrankheiten in Reval praktizierte. Die Umsiedlung der Deutschen aus den baltischen Ländern brachte ihn 1939 nach Gotenhafen, wo er bis zum Zusammenbruch im Frühjahr 1945 als Arzt wirkte. Sein Weg führte ihn im November 1945 nach Freiburg i. Br.

Wir gratulieren dem allseits geschätzten und beliebten Kollegen herzlich. Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Persönliche Nachrichten

Am 15. 10. 1950 verstarb Dr. med. Karl Marx, Offenburg, am 27. 10. 1950 verstarb Med.-Rat Dr. Herbert Moritz, Ofingen Kreis Donaueschingen, am 30. 10. 1950 verstarb Dr. med. Hans Kloiber, Baden-Baden, am 14. 11. 1950 verstarb Dr. med. Herbert Metzger, Unzihurst Kreis Bühl.

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND WÜRTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägelestraße 8, Telefon 75712

Arztversammlung in Ravensburg

Der Verband der Ärzte Deutschlands, Kreisverein Ravensburg, hatte am 18. November 1950 die gesamte Ärzteschaft des schwäbischen Oberlandes zu einer Versammlung nach Ravensburg, Hotel Waldhorn, eingeladen. Zu dem Thema des Abends „Lebensfragen der deutschen Ärzteschaft“ sprach der Vorsitzende des Landesverbandes Württemberg des Hartmannbundes, Herr Dr. Dobler, Schorndorf. Die Versammlung war sehr gut besucht. Über 120 Ärzte von nah und fern hatten sich eingefunden und folgten mit gespannter Aufmerksamkeit den außerordentlich tiefgründigen und von dem Ernst der Lage des Arztstandes beherrschten Ausführungen des Vortragenden. Herr Dr. Dobler berichtete, daß die beiden Vorsitzenden des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Dr. Thieding, Hamburg und Dr. Dobler, Schorndorf, gemeinsam mit den Vorsitzenden sämtlicher Landesverbände sich entschlossen hatten, am 7. November d. J. bei den Bundesministerien vorstellig zu werden. Die Führung des Hartmannbundes sah sich zu diesem Schritt veranlaßt, weil die dauernde Ver-

schlechterung der wirtschaftlichen Lage der deutschen Ärzteschaft in den letzten Wochen zu einer zunehmenden Unruhe und Besorgnis der Ärzte in den Ländern des Bundes geführt hat¹.

An den Vortrag des Herrn Dr. Dobler schloß sich eine eingehende Aussprache an, in deren Verlauf auch aus den Kreisen der praktizierenden Ärzte die Nöte und Sorgen, unter denen der Arztstand heute zu leiden hat, vorgetragen wurden. Die außerordentlich große Beteiligung der Ärzte und das Interesse, das den Ausführungen des Redners dargebracht wurde, beweisen, daß es den Ärzten ernst ist, wenn sie immer wieder ihre mahnende Stimme erheben und auf die Gefahren hinweisen, die den Arztstand bedrohen. Die Bevölkerung sollte diese Stimme hören und sich den berechtigten Forderungen der Ärzte anschließen. Es ist nicht nur die Sache der Ärzteschaft, um die es hier geht. Es geht um die Gesundheit des Volkes und dessen Arbeitskraft, zu deren Hütern und Mehrern die Ärzte berufen sind.

¹ Ausführlichen Bericht s. S. 251 dieser Nummer.

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND NORDBADEN

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

1. Sämtliche Kollègen, also auch die Kollegen, die nicht dem H. B. angehören, werden gebeten, sich bei den Kreisvorsitzenden des H. B. ihres Bezirkes zu melden, falls sie Regreßforderungen für Ersatzkassen erhalten haben.
2. Nach Vorstandsbeschluß vom 26. 11. 50 werden sämtliche Mitglieder aufgefordert, ihren Mitgliedsbeitrag, der

nunmehr mtl. 4.— DM (abzüglich etwaiger Ermäßigungen) in allen Kreisen beträgt, ab 1. Januar 1951 möglichst durch Dauerauftrag über K. V. oder Bank an: Dr. Deussen für Hartmannbund Nordbaden, PA. Karlsruhe (B), No. 39339 zu überweisen. Mitglieder des Marburger Bundes sind beitragsfrei.
Der Landesvorstand

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

43. — 46. Woche 1950

(22. Oktober 1950 — 18. November 1950)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Milzbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangehe Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Folgegeburt	Trachom	Q-Fieber	Lepra	Enteritis	
Nord- Württemberg	43.	N T			14 1	145 12	66 2	6 2	20		3	40	19	9	3		1		2						4	21	1	1				
	44.	N T			24	165 7	47 3	7 3	38		3	64	32	4	4		1		7	1					25							
	45.	N T			15 1	140 9	46 1	13 1	35	1	2	49	37	3		1				1				4	25		2	1	1			
	46.	N T			18	138	42 5	6 2	30 1		2	65	29	7	5					1					21		5					
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	43.	N T			10	50	30 3	10	116				13	9	1	1										40						
	44.	N T			4	41	6 4	7 3	14 1		2	6	10	1	1		1			1					2	23 2						
	45.	N T			7	33	33 12	11 3	20			7	7	1	3						1			1	40						2	
	46.	N T			6	50	29 5	13 1	35		2	17	4	1	1						1				90							
Nord-Baden	43.	N T			10 1	172 1	32 4	9 1	24	2	2	50	27		3	2	1		3	5												
	44.	N T			14	185 2	27	13	35	1	4	32	28		2		2		6	3						1				2		
	45.	N T			12	120 11	44	11	60	2	2	80	19	1	1	3	1			1				1								
	46.	N T			12	140 9	36	12	30	2	1	35	14		1	1				17												
Land Baden	43.	N T			12	48	23 7	2 1	66	1	1	25	11		1					5					3						1	
	44.	N T			11 1	33	30 3	4 1	22			26	10			1	1			2					4						1	
	45.	N T			9	48	24 7	3 3	19	1	1	32	15			1				2			1		59						1	
	46.	N T			13	43	20 5	13 1	28	1	1	22	10	1	1	1				4					68						1 1	

Geschäftliche Mitteilungen

25 Jahre Dolorgiet

Zu ihrem 25jährigen Jubiläum versandten die Dolorgiet-Arzneimittelwerke Bad Godesberg eine mit zahlreichen vorzüglichen Werkfotos ausgestattete Werbeschrift. Der Leser entnimmt dem Büchlein, daß die bekannten Mittel Dolorgiet, Puraeton, Viternaton und Delorpulv mit den modernsten Fabrikationsmethoden hergestellt werden und daß auch auf dem Gebiet der sozialen Fürsorge für die Belegschaft Vorbildliches geleistet wird.

GODA im Wiederaufbau

Diese ehemals größte ostdeutsche Arzneimittelfabrik, die bereits im Jahre 1907 gegründet wurde, erlitt im Frühjahr 1945 in Breslau Totalverlust. Der Wiederaufbau wurde sofort im Westen in Angriff genommen. Die Verwaltung der Gesellschaft befindet sich jetzt in Bad Homburg v. d. H., das Werk in Fulda.

Trotz der allgemeinen Schwierigkeiten und der besonderen Hemmnisse, mit denen ein Flüchtlingsbetrieb zu kämpfen hat, ist der Wiederaufbau so weit fortgeschritten, daß fast alle früheren Präparate wieder geliefert werden können.

DU UND DIE *Welt* gehört in jedes Wartezimmer!

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Klinge GmbH., München, über „Venostasin“; Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Coramin“; Dr. med. Hubold & Bartsch, Hamburg I, über „Azoangin III“; Gebrüder Giuliani, Ludwigshafen, über „Sympathison“ sowie des eigenen Verlages über „Grundzüge der operativen Geburtshilfe“ beigelegt.

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

