

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952

4 (1.4.1952)

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. med. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 4

STUTT GART, APRIL 1952

7. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Günther:	Mütterliche Röteln und Fruchtschädigung (I. Teil)	61
Dr. Overhamm:	Artikel 104,2 GG und das badische Irrenfürsorgegesetz	65
Dr. Schadewaldt:	Theodor Bilharz zum Gedenken	70
Buchbesprechungen	. . . . .	71
Bekanntmachungen	. . . . .	72
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	. . . . .	73
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	. . . . .	77
Ärztekammer Nordbaden e. V.	. . . . .	78
Landesärztekammer Baden	. . . . .	80
Ärztliche Pressestelle Stuttgart	. . . . .	81
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 9. bis 12. Woche 1952	. . . . .	82

Am Samstag, dem 3. Mai 1952, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 74

Mütterliche Röteln und Fruchtschädigung¹

Von Dr. med. Friedrich E. Günther, Eßlingen am Neckar

I. Teil

In diesem Vortrag¹ soll über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens auf dem Gebiet der erworbenen Mißbildungen durch mütterliche Röteln (R.) in der Schwangerschaft (Schw.) berichtet werden. — Bevor ich aber das eigentliche Krankheitsbild abhandle, erscheint es angezeigt, in einem Rückblick jene geschichtlichen Ereignisse vor unseren Augen erstehen zu lassen, die zu einer Entdeckung führten, die damals die gesamte medizinische Welt aufhorchen ließ, weil durch sie alle bisher gültigen Anschauungen über die Entstehung kongenitaler Dysplasien umgestürzt wurden.

Der kausale Zusammenhang von R. in der Schw. und angeborenen Mißbildungen ist zum erstenmal von dem austral. Augenarzt Gregg² aus Sydney diskutiert worden. Im März 1941 wurden ihm auffallend viele blinde Kinder zur Untersuchung gebracht. Seine Nachforschun-

gen ergaben, daß ihre Mütter in den ersten drei Monaten und in der Mehrzahl in der 3. und 8. Woche ihrer Schw. R. durchgemacht haben. 1941 gab er seine Beobachtungen bekannt. Von 78 Kindern wiesen 62 eine doppelseitige und nur 16 eine einseitige Katarakt auf. 44 hatten dazu einen Herzscha den. Weiter fand er Mikrophthalmie, Mikroze phalie, auch Hypospadie und Klumpfüße. Zunächst zögerte er, die bisher als harmlos angesehene Viruskrankheit ursächlich mit den beobachteten Defekten in Zusammenhang zu bringen. Er vermutete daher eine Virus-Virulenzsteigerung durch eine begleitende Streptokokken-Angina. Seine Mitteilungen erregten begreiflicherweise so großes Aufsehen, daß eine Ärztekommision (Swan und Mitarbeiter)³ mit der Nachprüfung der Angaben beauftragt wurde. Sie bestätigte in 2 Berichten (1943, 1944) seine Befunde und stellte dazu

¹ Swan, C.: J. Path. & Bact. (1944), 56: 289—295. — Tr. Ophth. Soc. Australia (1944), 4: 132—141. — Med. J. Australia (1944), 31: 152. — Ibid. (1945), 32: 122. — Med. Annual (1947), 65: 303. — Lancet (1948), Nr. 6507: 744. — J. Obst. Gynaecol. Brit. Emp. (1949), 56: 341—363 u. 591—605. — Swan, C., Tostevin, A. L., Moore, B., Mayo, Helen u. Black, G. H. B.: Med. J. Australia (1943), 30: 201—220. — Dieselben: Ibid. (1944), 31: 409—413. — Swan, C. u. Tostevin, A. L.: Ibid. (1946), 33: 645—659. — Dies. u. Black, G. H. B.: Ibid. (1946), 33: 889—908. —

¹ Nach einem Vortrag vor der Kreisärzteschaft Eßlingen am Neckar am 27. März 1952.

² Gregg, N. McA.: Tr. Ophth. Soc. Australia (1941), 3: 35—46. — Ibid. (1944), 4: 119—131. — Med. J. Australia (1945), 32: 313—315 und 503.

noch bei 38 von 78 Kindern angeborene Taubheit fest. — In 3 weiteren Arbeiten (1944, 1945) hat sich dann Gregg noch eingehender mit seiner Entdeckung beschäftigt. — Swan hat über diese Zusammenhänge und seine eigenen Beobachtungen in 6 (1944: 3, 1947—1949 je 1) und gemeinsam mit seinen Mitarbeitern in 4 Publikationen (1943, 1944, 1946) berichtet.

1944 kamen die ersten Meldungen aus den USA. und England; 1945 hauptsächlich aus den USA. und Australien, dann aus Costa Rica und Palästina; 1946 aus Brasilien, Java, aus der Schweiz, aus Italien, Frankreich und Holland; 1947 erschienen Veröffentlichungen aus den bisher genannten Staaten, dann aus Mexiko, Venezuela, Argentinien, Schweden und Dänemark und am 1. März desselben Jahres in Deutschland das erste Referat über angeborene R.-Taubheit von Kühne⁴. 1948 wurde aus Südafrika, Cuba und Finnland berichtet, 1949 aus Tasmanien, Neuseeland, Israel, der Türkei, aus Belgien und am Ende des Jahres über die ersten beiden Fälle aus Deutschland von Wolff⁵ und Henckel⁶, nachdem das erste Rötelnkind⁷ am 15. Juni 1949 von Müller, K. H. und Ullrich, O. in der Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn vorgestellt worden war. — Bis wir also den ersten Beitrag zu diesem Krankheitsbild geben konnten, waren bereits in der Weltliteratur ungefähr 175 Arbeiten, das sind mehr als $\frac{1}{5}$ der bis heute erreichten Gesamtzahl, veröffentlicht worden. Die Zahl der Opfer aber dürfte mit 1000 nicht zu hoch gegriffen sein. Nach Henckel waren im Schrifttum des englischen Sprachbereichs bis 1947 allein schon 497 Fälle mitgeteilt, die zum größten Teil durch systematische Erhebung von Schw.-Vorgeschichten bei Müttern von mit Defekten behafteten Kindern oder durch Erfassung aller R.-Erkrankungsfälle eines bestimmten Gebietes gewonnen waren. — In der europäischen Literatur kamen in der Zeit von 1945 bis 1947 57 Fälle dazu.

Über Röteln (Rubeola)

Einleitend zur R.-Embryopathie (R.E.) dürfte es zweckmäßig sein, zunächst einmal einiges über Röteln selbst zu sagen. Diese bislang als völlig harmlos angesehene Viruskrankheit hat sich seit Bekanntwerden ihrer Folgen in der Schw. als eine der gefährlichsten Infektionen für die Leibesfrucht herausgestellt. Sie geht mit nur leichtem Krankheitsgefühl einher, verursacht geringe Temperaturerhöhungen und nur selten Fieber und ist gekennzeichnet durch eine von Anfang an auftretende druckschmerzhafte Schwellung der Nacken- und manchmal auch der seitlichen Halslymphdrüsen, an denen sie im Zweifel über das in der Regel etwas später zum Vorschein kommende Exanthem selbst in der Dunkelheit diagnostiziert werden kann. Diese Lymphdrüsenbeteiligung ist geradezu von pathognomonischer Bedeutung. Das Exanthem ist mit den „Roten Flecken“ (Masern) nicht zu verwechseln. Die kleinen blaß- bis dunkelroten, nicht erhabenen, flohstichartigen, nicht konfluierenden Flecken treten zuweilen am ganzen Körper

⁴ Kühne, P.: Dtsch. Gesdhwes. (1947), 2: 171 nach einer Arbeit von Clayton-Jones, E.: „Rubella as cause of congenital deafness in England“, Lancet (1947), 1: 56.

⁵ Wolff, J.: „Embryopathia rubeolosa“, Dtsch. Med. Wschr. (1949), 74, 47: 1444 — Mschr. Kinderheilk. (1950), 98, 5: 227.

⁶ Henckel, H.: „Defekte nach Röteln der Mutter bei einem Säugling“, Med. Klinik (1949), 44, 46: 1475. — „Über Rötelnembryopathie“, Kinderärztl. Prax. (1950) 18, 1/2: 34.

⁷ Über dieses und 2 weitere Kinder, worunter sich das 9 $\frac{1}{2}$ -jährige Mädchen Thekla befindet, ist von Wiedemann, H.-R. berichtet worden: „Angeborene Mißbildungen nach Virusinfektionskrankheit d. Mutter während d. Schw.“, Ärztl. Wschr. (1950), 5, 26: 453.

auf, auch im Gesicht, oft auch nur am Stamm und verschwinden so rasch, daß man Glück haben muß, einen R.-Ausschlag zu Gesicht zu bekommen. Leider wird dieser „Kinderkrankheit“ von den Eltern und zum Teil auch noch von Ärzten in Unkenntnis der ernststen Folgen im fertilen, d. h. graviden Leben viel zu wenig Bedeutung beigemessen, als daß der Arzt gerufen oder aufgesucht wird. Die Feststellung aber, ob ein Kind — vor allem die Mädchen — R. durchgemacht haben, ist von eminenter Wichtigkeit. — An dieser Stelle möchte ich der teilweise auch noch von Ärzten vertretenen Ansicht entgegenreten, daß R. bei uns häufig seien. Doch nur in den allerseltensten Fällen von R.-Erkrankung wird der Arzt in Anspruch genommen; und da noch keine Meldepflicht besteht, ist es gar nicht möglich, eine epidemische Ausbreitung oder den Kontagionsindex zu ermitteln. Mumps dagegen kommt bei uns ungleich häufiger vor.

Aus der Vorgeschichte der Mütter, über deren r.-geschädigte Kinder bereits berichtet worden ist⁸, ist als besondere Merkwürdigkeit zu erwähnen, daß sie alle dem allergischen Formenkreis angehören. Wird dieses Zusammentreffen auch noch von anderen Autoren bestätigt, dann besteht die Möglichkeit, den Kreis der infektionsgefährdeten Schwangeren wesentlich einzuengen und vielleicht auch therapeutisch im antiallergischen Sinne in Verbindung mit anderen Mitteln vorzugehen.

Zur Embryopathia rubeolosa

Vor Darstellung der eigentlichen R. E. muß auch noch kurz auf den postinfektiösen Schw.-Verlauf hingewiesen werden. Im Vergleich zu vorausgegangenen oder nachgefolgten Schw. geben die Frauen an, daß die r.-infizierte Gravidität — wenn nicht wesentlich merkbar anders verlief, so doch — irgendwie verändert war. Nicht nur, daß Schaffensdrang und Arbeitsfreude nachließen, auch die Stimmung sei häufigen Schwankungen unterworfen gewesen. Bei schwachen und seltenen Kindsbewegungen wurde das Gefühl angegeben, daß irgendein kindlicher Körperteil immer an der gleichen Stelle liegen geblieben sei. — Objektiv findet sich entsprechend der infektiös bedingten kindlichen Entwicklungshemmung ein Mißverhältnis zwischen Fundusstand des Uterus, Leibesumfang und Schw.-Zeit. Die kindlichen Herztöne sind mitunter lange Zeit nicht zu hören oder äußerst leise. — Bei solchen mütterlichen und kindlichen Symptomen wird der geburtshilflich tätige Arzt gut tun, schon ante partum eine Embryopathie diff.-diagnostisch in Erwägung zu ziehen.

Betrachtet man die r.-geschädigten Kinder näher, so fällt auf, daß trotz der Vielgestaltigkeit des noch zu besprechenden Symptomenbildes ihr Erscheinungsbild doch ziemlich einheitlich ist. Sie kommen mit erheblicher Unterentwicklung und meist vorzeitig zur Welt. Der Kopfumfang liegt mit 30 bis 33 cm unter der Norm. Die Körpergröße beträgt 44 bis 46 cm, das Gewicht 1900 bis 2600 g.

⁸ Günther, F. E.: „Röteln in d. Schw.“, Med. Welt (1951), 20, 18: 603. — „Beitrag zur Pathogenese der R.E.“, Arch. Kinderheilk. (1952), Bd. 144, Heft 2.

Es finden sich meistens Zeichen der Unreife⁹: Die Finger- und Zehennägel sind zuweilen noch nicht angelegt, das Wollhaarkleid ist spärlich, die Kopfbehaarung kann fehlen. Von Fettpolstern sieht man so gut wie nichts, die Nasen- und Ohrenknorpel sind lamellendünn. Die Kinder werden sehr schnell zyanotisch, vor allem nach dem für sie sehr anstrengenden Stillgeschäft. — Die Placenta ist entsprechend klein, die Nabelschnur kurz, Fruchtwasser ist wenig vorhanden. — Schließlich kommen die charakteristischen Insuffizienzerscheinungen des Saugreflexes und Schluckstörungen hinzu, so daß Geburtshelfer und Hebamme damit wichtige Hinweise erhalten für das Vorliegen schwerer Störungen, die bei frühgeborenen gesunden Kindern niemals in dem Maße aufzutreten pflegen und daher sofort an eine Embryopathie denken lassen, bevor katamnestisch eine mütterliche R.-Infektion aufgedeckt wird.

Schon bald nach der Geburt setzt für die betroffenen Mütter das Martyrium ein, denn sie müssen für den lebens- und trinkschwachen Säugling viele Monate lang die Milch abpumpen, nicht, weil er an der Brust nicht trinken will, sondern nicht kann. Die Muttermilch muß daher von Anfang an in der Flasche oder mittels Sonde zugeführt werden. Die in der anglo-amerikanischen Literatur als „feeding problem“ oder „nutritional disorders“ bezeichneten Ernährungsschwierigkeiten dürften auf die wohl durch zentrale, bzw. bulbäre Schädigung bedingte Saugschwäche und Schluckstörungen zurückzuführen sein. — Zwischen 3. und 6. Lebensmonat tritt dann bei allen Kindern eine Krise ein, die m. E. durch eine D-Hypo- bzw. -A-Vitaminose ausgelöst wird. Denn sie machen alle mehr oder weniger stark eine Rachitis durch mit Craniotabes, Veränderungen am Brustkorb (Vorwölbung des Rippenbogens, pectus carinatum), Soor, Pharyngitis und Laryngitis, Dyspepsien und schließlich Pneumonie, von der sie sich aber durch Antibiotica und Unterstützung des labilen Kreislaufes wieder erholen.

Versucht man, die phänotypische Ähnlichkeit herauszustellen, dann ist zunächst einmal auf die sämtlichen Kindern verwandte Physiognomie hinzuweisen, die einem selbst bei unvoreingenommener Betrachtung auffällt. Der Kopf ist klein und meist auch kurz, so daß man von einer Mikro- und -Brachycephalie gesprochen hat. Die Glabella wölbt sich vor. Die Augen sind klein. Der Lidrand ist nach außen oben schräg gestellt, ähnlich wie bei den Mongoloiden, aber ohne Epikanthus am inneren Augenwinkel und zum Unterschied einen normalen oder lebhaften Gesichtsausdruck aufweisend. Die Haut ist zart und lange pigmentarm. Die Haare sind dünn und glanzlos, bei erheblicher Unterentwicklung sehr langsam wachsend, oft struppig und stets blond. Die Iris weist lange Zeit eine uncharakteristische Farbe von hellem Ton auf, aber zeigt nie das Blau der Neu-

geborenen. Es fällt also die allen Kindern gemeinsame helle Komplexion auf. — Ein Hinweis auf die Ähnlichkeit in Physiognomie und Komplexion findet sich bis jetzt noch nicht in der Literatur, ebenso ist m. W. auch noch kein dunkelhaariges Kind beschrieben worden.

Die frühkindliche Entwicklung geht im Vergleich zu der von gesunden Frühgeborenen viel langsamer vor sich. Die Fontanelle schließt sich oft erst am Ende des 3. Jahres; bei einem von mir angeführten Kind ist sie mit 3½ Jahren noch 1,5 : 1,5 cm offen. Die Dentition tritt verspätet ein und ist auch dementsprechend spät, so gegen Ende des 3. Jahres, abgeschlossen.

Die Kinder lernen verspätet laufen, verbunden mit erheblichen Schwierigkeiten. Das liegt daran, daß neben der meist bilateralen Taubheit, die jetzt bei Kenntnis des Krankheitszusammenhanges viel früher festzustellen sein dürfte, auch noch eine doppel-seitige Vestibularisschädigung besteht. Da es schwierig ist, bei Säuglingen schon in den ersten Lebenstagen eine Gehörschädigung zu erkennen im Gegensatz zu einer durch Kataraktbildung bedingten Blindheit, wurde das Zusammentreffen beider Sinnesausfälle auch erst später bei Nachuntersuchung der R.-Kinder bemerkt. Genau so verhielt es sich mit der gleichzeitigen Beteiligung von Cochlear- und Vestibularapparat, worauf ich erstmals nach Beobachtung eines r.-geschädigten Kindes beim Laufenlernen hinweisen konnte. Es war sehr eindrucksvoll zu sehen, wie es sich bei seinen ersten Gehversuchen geholfen hat, durch Ausstrecken seiner Arme, in jeder Hand einen Kochlöffel haltend, das Gleichgewicht herzustellen. Bis etwa zu 2½ Jahren fallen die Kinder außergewöhnlich häufig hin und schlagen dabei mit dem Hinterkopf auf den Boden auf, oft mit einer Wucht, daß es zu kommotionellen Erscheinungen, auffallenderweise aber fast nie zu Tränen kommt, vermutlich infolge Herabsetzung der Schmerzempfindung.

Bei 2 Kindern konnte ich eine zerebellare Rumpfataxie beobachten, jenen taumelnden, breitbeinigen und propulsiven Gang, der durch eine Schädigung der Wurmrinde verursacht wird. Merkwürdigerweise ist bei diesen Kindern der Schädel besonders brachycephal ausgeprägt, mit steil abfallendem Okziput, so daß man geneigt ist, bei diesen Zusammenhängen in der Brachycephalie geradezu einen pathognomonischen Hinweis für die Beteiligung des Kleinhirns als zentrales Gleichgewichtsorgan zu erblicken. Dazu zeigen 2 Kinder (darunter 1 Fall von Henckel) mit doppelseitiger Taubheit und Blindheit durch totale Katarakt einen bilateralen, auch noch postoperativ bestehenden Spontan-Nystagmus, der von Wolff, Henckel u. a. auf die Amblyopie und von Leicher¹⁰ als vesti-

¹⁰ Leicher, H.: „Taubstummheit, Vestibularschäden und Mißbildungen des äußeren Ohres als Symptome der R.E.“, Zschr. Laryng., Rhin. Ot. (1952), 31, 3: 128. — Verf. berichtet, daß ihn 1943 eine Arztfrau mit ihrem angeboren tauben Kind Anneliese, geb. 6. März 1939, aufgesucht habe mit dem Wunsch, ihr bestätigen zu wollen, daß die Taubheit auf die im 3. Schw.-Monat von ihrem Kind acquirierte und fachärztl. bestätigte Rötelnkrankheit zurückzuführen sei, nachdem sie versichert habe, daß ihre und ihres Mannes Familie erblich nicht belastet seien. — Die Untersuchung ergab eine doppelseitige Taubheit und kalorische Unerregbarkeit der Labyrinth, als deren Ursache heute nach Kenntnis des Symptombildes eine R.E. angenommen wird.

⁹ Töndury, G., beschreibt 2 Kinder mit gleichen vorgeschichtlichen Daten bei etwa gleichzeitig erfolgter Infektion und fast ausgetragener Schw.; das eine war 32 cm lang und nur 800 g schwer, aber angeblich völlig reif, das andere hatte eine Länge von 49 cm und ein Gewicht von 2790 g, war ebenfalls reif, wurde aber tot geboren: „Zum Problem der E.r., Untersuchungen an menschl. Keimlingen verschiedener Entwicklungsstadien“, Bull. Schweiz. Akad. Wiss. (1951), 7: 307. — „Beitrag zur Kenntnis der E.r. und ihrer Wirkung auf die Entwickl. des Auges“, Klin. Mbl. Augenheilk. (1951), 119, 5: 449.

bulare Störung auf eine zentrale Schädigung zurückgeführt wird. Demnach kann gesagt werden, daß die schweren, bei den r.-geschädigten Kindern vorhandenen Gleichgewichtsstörungen auch eine zentrale Ursache haben müssen im Gegensatz zu den nicht so erheblichen peripheren Ausfallserscheinungen von seiten der Labyrinth.

Von den Otologen wird angegeben, daß auch bei hereditärer Taubheit Gleichgewichtsstörungen beobachtet wurden. Ich möchte das aber aus bekanntem Grund bezweifeln, weil es nämlich bislang noch nicht möglich war, bei nicht belasteter Aszendenz beider Elter eine erbliche Form der angeborenen Innenohrtaubheit von einer erworbenen zu unterscheiden und annehmen, daß die gleichzeitige Beteiligung von Cochlear- und Vestibularapparat beweisend ist für eine exogene, jedenfalls r.-bedingte Taubheit. — Ich hatte Gelegenheit 3 Kinder aus einer erbtauben Familie viele Jahre lang zu beobachten; darunter befand sich ein (vermutlich sogar eineiiger) Zwilling. Niemals habe ich sie beim Laufenlernen in der angegebenen, für Vestibulargeschädigte charakteristischen Weise hinfallen sehen. Auch sonst haben sie sich im Vergleich zu Normalsinnigen keineswegs auffällig verhalten. In vergleichender Betrachtung kam ich schließlich zur Überzeugung, daß bei den r.-embryopathischen Kindern auch noch andere Schäden vorliegen müssen, die ihr eigenartiges psychisches Verhalten und die ihnen eigentümliche Motorik erklären könnten.

Alle von mir beobachteten Kinder zeigten eine hyper- und auch hypokinetische Psychomotorik, jene Bewegungsunruhe mit ausfahrenden, choreiformen und auch mit gesteigerten Primitiv- und Expressivbewegungen. Durch Zufall hatte ich Gelegenheit, das von Henckel beschriebene blinde und — wie sich noch herausstellte — auch taube Kind kennen zu lernen. Ich war überrascht, feststellen zu müssen, daß es sich genau so verhielt wie das gleichsinnig geschädigte, $3\frac{1}{2}$ Monate jüngere Mädchen, über das ich bereits berichtet habe. Der jetzt $3\frac{1}{4}$ Jahre alte, kräftige Knabe macht dieselben wälzenden, schlagenden und stoßenden Primitivbewegungen, wenn er auf dem Bett liegt (und das tut er die meiste Zeit, da sich die Eltern aus beruflichen Gründen nicht in erforderlichem Maße mit ihm beschäftigen können), genau die gleichen Hin- und Herbewegungen mit dem Oberkörper im Stehen und beim Anlehnen an einen Tisch oder ein anderes Möbelstück, bohrt den kleinen Finger am äußeren Augenwinkel in den Bindehautsack (digito-okuläres Phänomen), kann allerdings — vermutlich aus dem bereits genannten äußeren Grund — noch nicht laufen.

Zu diesen dyskinetischen Erscheinungen kommen, allen von mir beschriebenen Kindern gemeinsame, von postenzephalitischen Zustandsbildern her bekannte psychopathologische Symptome. Im Vordergrund stehen die affektiven Veränderungen, die bis zur Affektinkontinenz gehen können, jene Unbeherrschtheit, die die Erziehung so schwer, oft fast unmöglich macht. Bei leichter Ablenkbarkeit müssen sie immer etwas Neues zum Spielen haben. Bei geringfügigen Anlässen kriegen sie Streit mit ihren Spielgefährten, denen sie fortwährend die Spielsachen wegnehmen. Beim Spazierengehen weichen sie dauernd

vom Weg ab; nur mit sanfter Gewalt sind sie dabei an der Hand zu führen, aber mit so viel Geschrei verbunden, daß man sie gern wieder in ihrem Zickzackkurs gewähren läßt. Die nur tauben Kinder sind bei nicht wesentlich herabgesetzter oder besser ihrer körperlichen Hypoplasie entsprechender geistiger Funktion mitunter kleine Bösewichte: Sie klettern, springen und rennen überall hin, ohne Unterlaß. Trotz ihres Umtriebes und pathologisch gesteigerten Beschäftigungsdranges kann man ihnen aber bei ihrer freundlicheren Wesensart nicht böse sein. — Schließlich können auch charakterliche Abwegigkeiten hervortreten mit Eifersuchtshandlungen, die aber nicht taubheitsbedingt sein dürften, wiewohl fälschlicherweise immer wieder behauptet wird, daß angeboren erb-taube Kinder in ihrem Wesen anders, daß sie zurückhaltend, ängstlich, ja mißtrauisch seien. Bei den R.-Kindern kann man jedenfalls das Gegenteil feststellen: Sie sind in gewissem Grade enthemmt, zeigen keinerlei Scheu fremden Personen gegenüber. Betreten sie zum erstenmal ein Zimmer einer vollkommen fremden Umgebung, so stürzen sie sich vor einer Begrüßung, wie das normale Kinder zu machen pflegen und die erst eine gewisse Anlaufzeit brauchen, bevor sie etwas unternehmen, unvermittelt auf die neuen Gegenstände, wie wenn ihnen alles vertraut vorkäme. Das gleiche Verhalten zeigt sich beispielsweise in einem Ladengeschäft, wo sie sofort mit dem Ausräumen beginnen. — Zu erwähnen sind noch die Kurzschlusssakte, wobei die Kinder ohne Grund einem ins Gesicht schlagen, andere beißen oder Tieren Fußtritte versetzen können. Diese auch bei postenzephalitischen Kindern und Jugendlichen beobachteten Entgleisungen sind nach Leonhard¹¹ nicht so sehr auf einen ethischen Defekt des Charakters zurückzuführen als vielmehr Ausdruck einer charakterlichen Unreife, Ungehemmtheit und Unüberlegtheit. — Die intellektuelle Unterentwicklung kann verschieden stark ausgeprägt sein. Oft sind die Kinder mit 3 Jahren noch nicht sauber zu halten, können zuweilen noch nicht allein essen oder verschmieren dabei alles derart, daß man ihnen die Mahlzeiten am besten selbst reicht. Zum Teil können sie in diesem Alter noch nicht mit einem fahrbaren Spielzeug umgehen, das sie vermutlich deshalb nicht an der Schnur ziehen, weil sie nicht auf den Gedanken kommen; machen dann auch noch nicht von selbst die Zimmertür auf; u. v. a. m.

Neben diesen Hirnsymptomen bestehen zentralvegetative Störungen, die sich in der Hauptsache auf den Stoffwechsel und den Schlaf beziehen. Die Kinder schlafen entweder sehr viel oder äußerst wenig und sind dabei auch noch in der Nacht unruhig oder zu allerlei Spässen aufgelegt, so daß man schon in frühester Zeit zu Schlafmitteln greifen muß. — Das Hungergefühl kann bei diesen Kindern ganz beträchtlich herabgesetzt sein; vielmehr hat man dann den Eindruck, daß sie nur das Minimum dessen zu sich nehmen, was sie zur Erhaltung des Lebens unbedingt benötigen. — Weiter können sich Hypersalivation und vermehrte Schweißabsonderung — vor allem an den Fußsohlen — finden und als

¹¹ Leonhard, K.: „Grundlagen der Psychiatrie“ (1948), Verlag Ferd. Enke, Stuttgart.

Folge von Schluckstörungen verlängerte Verweildauer der Speisen im Mund, Verzögerung und Erschwerung des Schluckaktes mit Abfließen der Speisen bei besonderer Vorliebe für breiige und flüssige Kost, weil die Kinder oft mit $3\frac{1}{2}$ Jahren noch nicht kauen.

Im folgenden möchte ich noch kurz auf die in der Hauptsache bei R.E. auftretenden Organdefekte eingehen.

Im Vordergrund der Augenveränderungen stehen die meist doppelseitigen Linsentrübungen, die zentral beginnen und nach der Geburt zur Peripherie fortschreiten können und so zur totalen Katarakt werden; Pigmentanomalien und Gefäßverengungen in der Netzhaut auch bei nicht-blinden Kindern; sogar Hornhauttrübungen, Irisatrophie und -kolobom sind beobachtet worden. — Zur Prognose des Augenlichtes ist zu sagen, daß man zur Entfernung des Kernstars schon in den ersten Lebensmonaten die Diszision durchführt. Meistens kommt es zum gefürchteten Nachstar. Aber selbst wenn der Eingriff gelingt, sehen die Kinder später doch nichts, wahrscheinlich, weil auch noch der Sehnerv lädiert ist.

Die vorhandene Taubheit ist meist bilateral und total. Während sich die Gleichgewichtsstörungen wesentlich zurückbilden, dürfte selbst bei Vorhandensein von Gehörresten eine Besserung der Hörfunktion nicht mehr zu erwarten sein.

In der ausländischen Literatur nehmen die Herzveränderungen einen breiteren Raum ein. Es werden Septumdefekte der Vorhöfe, weniger der Kammern, mit Offenbleiben der fetalen Kommunikationswege wie z. B. des Ductus arteriosus Botalli, aber keine Klappenfehler beschrieben.

Von den äußeren Mißbildungen ist nicht viel zu berichten, da sie nicht besonders häufig vorkommen. Aus dem gleichen, für die Schädigung von Gehirn und Sinnesorganen anzunehmenden Grund, daß nämlich der Kopf in der embryonalen Entwicklung allen anderen Körperabschnitten vorausgeht, finden sich daher die besser Hemmungsbildungen zu nennenden Veränderungen an diesem Körperteil, an den Ohrmuscheln, am Gehörgang, am Kinn, gelegentlich an einer Zehe oder auch bilateral, die verkümmert sein kann. — Einer

Der II. Teil des Vortrages wird in der Mai-Nummer erscheinen.

Aus der Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen (Direktor: G. C. Overhamm)

Artikel 104,2 GG und das badische Irrenfürsorgegesetz¹

Diskussionsbeitrag und Erfahrungsbericht

Von Dr. med. G. C. Overhamm

Man kann sehr wohl die Meinung vertreten, Art. 104, 2 GG beziehe sich lediglich auf die Fälle, in denen die Polizei eine Person wegen eines Verstoßes gegen die öffentliche Ordnung festgenommen und in denen der Strafrichter über die Fortdauer der Freiheitsentziehung zu entscheiden hat. Die Intention des Gesetzgebers erhelle für jeden unbefangenen Denkenden klar aus der Stellung des Art. 104 GG im Abschnitt Rechtsprechung und aus dem Zusammenhang, in den er eingeflochten ist. Die Anwendbarkeit des Art. 104, 2 GG auf das Gebiet der praktischen Psychiatrie, d. h. auf die Unterbringung von Geisteskranken in Krankenanstalten zum Zwecke ihrer Heilung und Pflege sei vom Gesetzgeber nicht erkannt und eine solche Ausweitung des Geltungsbereichs des Art. 104, 2 GG sei vom Gesetzgeber erst recht nicht gewollt worden. Vielmehr handele es sich bei Auslegungen dieser Art um bloße Interpretationsmöglich-

meiner Fälle weist eine schwere Hemmungsbildung beider Ohrmuscheln auf, von denen die rechte bei Fehlen des Ohrläppchens primitiv und kleiner als normal, die linke nur rudimentär als verkrüppeltes Gebilde und dazu im Vergleich zur anderen Seite tiefer und ohne Gehörgang angelegt ist. Beim gleichen Kind besteht eine Mikro-retrognathie, dann Kryptorchismus auf der rechten Seite und Rententio inguinalis des linken atrophischen Hodens, dazu Pedes plani. — Die allgemeine somatische Unterentwicklung eines anderen, nahezu gleichaltrigen Kindes entspricht einer proportionierten Hypoplasie, von der man sich erst im Vergleich mit Normalmaßen einen Begriff machen kann: Es wiegt mit $3\frac{1}{4}$ Jahren mit kaum 10 kg soviel wie ein 1jähriges und entspricht in seiner Größe einem $2\frac{1}{4}$ jährigen Kind. Diese wenigen Angaben dürften genügen, um die schwere Entwicklungsverzögerung aufzuzeigen. — Bei einem anderen Fall mit normalen Körpermaßen war bei Pedes plani die zweite linke Zehe zurückgebildet.

Im Gegensatz zu Agnesien von Schneidezähnen und Persistenz des Milchgebisses dürften die in Australien von Evans¹² beobachteten Dysplasien, Karies und Stellungsanomalien der Zähne eher rachitisch bedingt sein. — Bei eigenen Fällen konnte in der Zeit vom 3. bis 6. Lebensmonat eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Rachitis mit Craniotabes, Veränderungen am Brustkorb (wie Hühnerbrust und Vorspringen des Rippenbogens) bei gleichzeitig erhöhter Krankheitsanfälligkeit festgestellt werden. Inwieweit die bei 2 Kindern und auch beim Fall von Henckel vorhandenen Pedes plani rachitogen oder mit der R.E. in Verbindung zu bringen sind, läßt sich nicht beurteilen. Jedenfalls entsprechen die Zahnanomalien in 2 von mir beschriebenen Fällen den Befunden, die auch bei rachitischen, sonst aber gesunden Kindern zu erheben sind.

¹² Evans, M. W.: „Congenital dental defects in infants subsequent to maternal rubella during pregnancy“, Med. J. Australia (1944), 2: 225—228. — „Dental defects in infants subsequent to maternal rubella during pregnancy; further observations“, Ibid. (1947), 1: 780—785.

lichkeiten als Konsequenz der vom Gesetzgeber gewählten Formel, ihrerseits die Folge eines Mangels an Arbeitsgründlichkeit, bedingt durch Zeitnot und ungenügende Fachberatung. Der Gesetzgeber habe ganz einfach bei der Redaktion des Art. 104, 2 GG — im Gegensatz zu dem Schöpfer des korrespondierenden Artikels der Verfassung von Weimar — das Problem der Geisteskranken nicht vor Augen gehabt und daher die Hinzufügung einer zweifelbeseitigenden Sonderbestimmung versäumt.

Die angedeutete Meinung ist überrannt worden, bevor sie sich Gehör verschaffen konnte. Die staats- und verwaltungsrechtliche Majoritätsüberzeugung geht heute dahin, daß Art. 104, 2 GG die Heilunterbringung des Geisteskranken einschließe und daß Art. 104, 2 GG überdies nicht etwa nur Programm, sondern geltendes Recht sei.

Eine grundsätzliche Revision dieses Consensus der Mehrheit ist unwahrscheinlich. Der Arzt muß sich mit

¹ Siehe auch Dr. Wildermuth Heft 1/51 S. 2 und Heft 12/51 S. 243, sowie Dr. Kohlhaas und Dr. Kraus Heft 12/51 S. 246 und S. 248.

der Sachlage abfinden, daß nach der gegenwärtig in der Bundesrepublik herrschenden Rechtslehre jede Aufnahme eines Geisteskranken in eine psychiatrische Klinik oder Anstalt einer richterlichen Überprüfung und Billigung bedarf, insoweit nicht der Geisteskranke geschäftsfähig ist und der Aufnahme zustimmt.

Der Richter kann aber nach Art. 104, 2 GG in die Freiheit der Person nur auf Grund gesetzlicher Normen eingreifen. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ableiten, daß einstweilen eine der Forderung des Art. 104, 2 GG genügende bundesgesetzliche Regelung der Aufnahmepraxis der psychiatrischen Krankenanstalten fehlt, sind hinlänglich bekannt. Sie haben zu einer Beunruhigung nicht nur der journalistisch schlechtgeleiteten Öffentlichkeit, sondern noch mehr — und zwar in einem sehr verschiedenen Sinn — der verantwortlichen psychiatrischen Fachkreise geführt, die aus ihrer tieferen Einsicht heraus die gesunde Entwicklung der Geisteskrankenfürsorge ernsthaft gefährdet sehen. Schon heute liegt viel kostbares Porzellan in Trümmern. Es scheint erlaubt, diese Trümmer in Verbindung mit der Neigung des Deutschen zum Zu-Tode-Denken jedes gedanklichen Ansatzes zu bringen.

Die Zukunft ist insofern angeleuchtet, als feststeht, daß man in Bonn ein Krankenschutzgesetz (oder wie immer man die neue Ordnunggebung betiteln wird) vorbereitet. Die sachverständigen Psychiater haben nach den durchgesickerten Proben einigen Grund zu der Befürchtung, daß das kommende Gesetz viel juristischen und wenig ärztlichen Geist atmen wird. Insbesondere ist zu besorgen, daß die künftige gesetzliche Norm in allzu simplifizierender Weise die Welt des Richters und das Vokabular des Rechtsverfahrens mit der Welt des aus der Schuld herausgehobenen Geisteskranken kontrastieren, dadurch aber unendliche Mißverständnisse stiften wird.

Der Psychiater kämpft gegen eine seiner Überzeugung nach auf falsche Voraussetzungen gestützte Bedrohung seiner ärztlichen Aufgabe von einer in doppelter Hinsicht mißlichen Ausgangsstellung aus. Einmal ist er zunächst nicht imstande, die näherrückende Gefahr einigermaßen exakt abzuschätzen. Zum andern täuscht er sich keinen Augenblick darüber, daß er sehr allein, ohne Bundesgenossenschaft und Akklamation, kämpft. Er weiß genau, daß der hauptsächlich von Juristen dirigierte Gesetzgeber der Lautsprecher der naiven Volksmeinung ist. Diese Volksmeinung aber hat zum Geisteskranken und seinem Arzt kein rechtes Verhältnis. Vielmehr empfindet die breite Masse vor dem Geisteskranken ein Gemisch von Mitleid, Schauer und Verachtung, vor dem Psychiater Abneigung, Angst und aggression-besetzten Zweifel. Der Respekt, den frühere Generationen dem Arzt als dem hochqualifizierten Träger zuverlässiger Kenntnisse und unantastbarer Gesinnungen entgegenbrachte, ist ganz allgemein längst dahin. In das Vakuum, das der Glaubensverlust hinterlassen hat, ist das Mißtrauen eingeströmt. Wo die Öffentlichkeit, wie im Falle des krankenhausbedürftigen Geisteskranken, die Möglichkeit der Vergewaltigung von Elementarrechten des Individuums wittert, genügt ihr die Garantie, die aus der Tüchtigkeit und Ehrenhaftigkeit des Arztes erwächst, bei weitem nicht mehr. Kurzum, sie verlangt nach einer Perfektionierung der juristisch-administrativen Kontrolle des Psychiaters, weil sie in bezug auf letzte Werte instinktunsicher, skeptisch,

zynisch geworden ist und weil sie sich in die Hoffnung flüchtet, den Schutz des kranken Individuums, der ihr durch den beruflich-menschlichen Rang des Psychiaters allein nicht mehr verbürgt scheint, durch Paragraphenbarrikaden erzwingen zu können.

Es ist angesichts der Verhangenheit des Angriffszieles und der psychologischen Atmosphäre nicht nur verzeihlich, sondern schlechthin unvermeidbar, daß die fechterische Methodik des Psychiaters an Eleganz und Stoßkraft zu wünschen übrig läßt und daß er in die Gefahr gerät, Überflüssiges doppelt, das Wesentliche aber unscharf zu sagen.

Gruhle begegnet der skizzierten Sachlage mit dem paraphierten Entwurf eines eigenen „Krankenschutzgesetzes“, Ernst mit dem Vorschlag eines bundesgesetzlichen Rahmens, dessen Kernstück die Forderung eines „Fürsorgeausschusses für psychisch Kranke“ auf Landesebene bildet. Diesem Fürsorgeausschuß (bestehend aus zwei Psychiatern, einem Juristen, einem medizinisch-juristischen Laien und vielleicht noch einem nichtpsychiatrisch praktizierenden Arzt) möchte Ernst die Überwachung der Aufnahme- und Behandlungspraxis von Gemüts-, Geistes- und Suchtkranken in den Krankenhäusern anvertrauen.

Solche Fürsorge-Ausschüsse gibt es anderwärts schon, und zwar in der Schweiz. Zum Beispiel wird nach dem „Dekret über die öffentlichen und privaten Heil- und Pflgeanstalten des Kantons Bern“ die Aufsicht über die kantonalen psychiatrischen Anstalten von unten nach oben ausgeübt durch die Aufsichtskommission, die Sanitätsdirektion und den Regierungsrat. Unmittelbarer Aufsichtführender ist die vom Regierungsrat gewählte Kommission, gegenwärtig bestehend aus „dem Direktor des Inselspitals Bern als Präsidenten, einem welsch-schweizer Präfekten, einem Oberrichter, einem welsch-schweizer Handelsschullehrer, einem Fürsorgeinspektor, einer Bundesbahndirektors-Gattin, einem städtischen Beamten und zwei Landwirten“. Die Aufsichtskommission überwacht den Betrieb der Anstalten („ihre Mitglieder sollen sich von Zeit zu Zeit persönlich durch Anstaltsbesuch vom geordneten Betrieb der Anstalten überzeugen“) und den Vollzug der reglementarischen Vorschriften und erstattet der Sanitätsdirektion jährlich Bericht. Über Aufnahmen und Entlassungen von Kranken bestimmt der Anstaltsdirektor weitgehend selbstständig. In Streitfällen und Beschwerden entscheidet die Aufsichtskommission, deren „Entscheid an die Sanitätsdirektion weitergezogen werden kann“. Rekurse gegen Beschlüsse der Sanitätsdirektion unterliegen der Beurteilung des Regierungsrates.

Eine sachliche Auseinandersetzung mit Einzelheiten der Gruhle'schen Konzeption würde hier nur dann notwendig sein, wenn der Gruhle'sche Entwurf ernsthaft zur Wahl stünde. Davon ist zunächst nichts bekannt. Andererseits scheint es sehr fraglich, ob sich der Gesetzgeber zu einer Realisierung der Ernst'schen Vorschläge bereitfinden wird. Wie die Wirklichkeit nun einmal beschaffen ist, wird das kommende Bundes-Krankenschutzgesetz auf die Grundforderung einer richterlichen Legitimierung jeder nichtfreiwilligen Aufnahme eines Kranken in ein psychiatrisches Krankenhaus (sei es Klinik oder Anstalt) schwerlich Verzicht leisten.

Es fragt sich nun aber, ob es nicht irgendwo in Westdeutschland eine erprobte landesgesetzliche Regelung

der Aufnahme- und Entlassungspraxis der psychiatrischen Krankenhäuser gibt, die sich durch Aufpfropfung einer richterlichen Verfahrenskontrolle den Bedingungen des Art. 104, 2 GG angepaßt hat, gleichwohl praktisch brauchbar geblieben ist und als Modell einer bundesgesetzlichen Lösung dienen kann.

Eine solche Regelung existiert im geographischen Raum Südbaden (dem bisherigen Land Baden). Es handelt sich um das Badische Irrenfürsorgegesetz (IFG) vom 25. Juni 1910, in Übereinstimmung gebracht mit Art. 104, 2 GG durch das IFG-Änderungsgesetz vom 5. September 1951.

Der frühere Freiburger Ordinarius Hoche pflegte über das IFG im Kolleg zu äußern, daß es viel zu vernünftig sei, als daß es Aussicht habe, je zum Reichsgesetz erhoben zu werden. Wie wahrhaft weise man damals in Baden dachte, erfährt man aus den Beratungen: „Es wurde von der Regierung wie vom Parlament betont, daß die beste Gewähr gegen die Möglichkeit einer gesetzwidrigen Freiheitsbeschränkung weniger in Gesetzparagrafen, als vielmehr in der wissenschaftlichen Qualifikation wie auch der sittlichen Integrität der Anstaltsleiter und -ärzte liege.“

Das IFG erfreut sich allgemeiner Wertschätzung und wird häufig zitiert. Leider nicht immer ganz zutreffend. So verbreitet z. B. Gruhle eine Halbwahrheit, wenn er meint, in Baden bestehe die Einrichtung, daß jede Aufnahme dem zuständigen Amtsarzt gemeldet werde. Dieser komme alsdann in die Anstalt und bestätige die Rechtmäßigkeit der geschehenen Unterbringung. Davon ist in Wirklichkeit keine Rede. Allerdings wird das Gesundheitsamt von der unteren Verwaltungsbehörde über jede unfreiwillige Anstaltsaufnahme unterrichtet. Irgendeine Art von Kontrollbegutachtung der Anstaltsaufnahmen seitens des Amtsarztes findet aber nicht statt. Überhaupt ist die Rolle, die der Amtsarzt in der alltäglichen Aufnahmepraxis spielt, weit geringer, als man zu erwarten geneigt ist. Etwa drei Viertel aller Zugänge gelangen ohne seine Mitwirkung in die psychiatrische Anstalt.

Obzwar das IFG in der älteren Literatur mehrfach referiert worden ist (H. Roemer, E. Rittershaus u. a.), sei sein Originalgerüst noch einmal beschrieben. Sachlich zuständig für die Anstaltsunterbringung von Geisteskranken (der Begriff umfaßt hier außer den endogenen und exogenen Psychosen die verschiedenen Schwachsinnsformen, die organischen Demenzen, die Suchtleiden, die schweren konstitutionellen Psychopathien und die höhergradigen abnormen Erlebnisreaktionen) ist die untere Verwaltungsbehörde, in den Landkreisen also das Landratsamt, in den größeren Städten die Polizeidirektion. Die untere Verwaltungsbehörde erklärt die Unterbringung eines Kranken in einer „Öffentlichen Irrenanstalt“ (den Begriff erfüllen die staatlichen Heil- und Pflegeanstalten und die Psychiatrischen Universitätskliniken) nach § 4 für statthaft oder aber es ordnet die Unterbringung nach § 5 von Amts wegen an. Die Statthafterklärung nach § 4 IFG geschieht auf den Antrag eines Antragsberechtigten (deren Kreis in § 2 IFG genau umrissen wird) und auf das Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes hin, durch welches die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge bestätigt werden. Die entscheidende persönliche Untersuchung des Kranken durch den testierenden Arzt darf nicht länger als 2 Wochen zurückliegen. Die

Unterbringungsanordnung nach § 5 IFG kann seitens der unteren Verwaltungsbehörde hinsichtlich solcher Geisteskranker ergehen, „die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahtlos oder gefährdet sind“. Sie darf nur ergehen, „wenn die Geisteskrankheit, die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge und das Vorliegen einer der in Satz 1 erwähnten Voraussetzungen auf Grund unmittelbar vorhergegangener persönlicher Untersuchung von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Amtsarzt oder dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt, bei Strafgefangenen vom Gefängnisarzt, bestätigt sind“. In den Regelfällen des § 4 IFG und § 5 IFG muß die Statthafterklärung bzw. Unterbringungsanordnung der Verwaltungsbehörde vor der Einlieferung des Kranken in die Anstalt (Klinik) eingeholt werden. Im Fall des § 5 IFG ist zur Ermöglichung der Anstaltszuführung behördlicher (polizeilicher) Zwang zulässig. Nach § 7 IFG kann in dringenden Fällen aber auch die sofortige, fürsorgliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer Anstalt (Klinik) ohne vorhergegangene Statthafterklärung oder Anordnung erfolgen, „wenn die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Amtsarzt auf Grund unmittelbar vorhergegangener persönlicher Untersuchung des Kranken bestätigt werden“. Das amtsärztliche Zeugnis kann ersetzt werden — und das ist praktisch besonders wichtig — durch das Zeugnis eines Arztes der Anstalt (Klinik), in welche die Aufnahme erfolgen soll. Von der fürsorglichen Aufnahme hat der Anstaltsleiter der unteren Verwaltungsbehörde binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen. Wird nicht binnen 3 Wochen nach der Aufnahme die Statthafterklärung nach § 4 IFG oder die amtliche Anordnung nach § 5 IFG nachgebracht, so ist der fürsorglich Aufgenommene zu entlassen. Falls nach pflichtmäßigem Ermessen des Anstaltsleiters eine der Voraussetzungen des § 5 IFG vorliegt, ist noch vor Ablauf dieser Frist der unteren Verwaltungsbehörde Anzeige zu erstatten und deren Entschließung nach § 5 IFG herbeizuführen. Eine Regelung der freiwilligen Aufnahmen, d. h. der Aufnahme auf Antrag des Kranken selbst, enthält das IFG nicht, da hier ja keine Freiheitsbeschränkung, die eine gesetzliche Regelung erforderlich machen könnte, in Frage steht. Das Verfahren bei freiwilligen Aufnahmen ist konsequenterweise in der Vollzugsverordnung festgelegt. Danach sollen eine entsprechende Erklärung des (geschäftsfähigen) Kranken und eine ärztliche Befundniederschrift den Verwaltungsakten der Anstalt (Klinik) beigeheftet werden. Eine Anzeige an die Verwaltungsbehörde findet nicht statt.

Statthafterklärung und Unterbringungsanordnung gelten nach dem IFG als polizeiliche Verfügungen. Gegen dieselben steht dem volljährigen Kranken selbst, sofern er geschäftsfähig ist, sowie dem in § 2 IFG genannten Personenkreis das Recht der verwaltungsgerichtlichen Klage binnen 4 Wochen zu. Neben der Klage an das Verwaltungsgericht ist der Rekurs an das Ministerium des Innern binnen 2 Wochen zulässig. Ist der volljährige Kranke, der den Willen kundgibt, gegen eine Verfügung

auf Grund der §§ 4 und 5 IFG anzugehen, geschäftsunfähig im Sinne des § 104, 2 BGB, so muß ihm die Klage bzw. der Rekurs durch die Bestellung eines Pflegers gemäß § 1910, 2 BGB ermöglicht werden. Richtet sich der Widerstand der Angehörigen oder des Kranken selbst oder des Pflegers nicht gegen die Aufnahme in die Anstalt (Klinik), sondern — im weiteren Verlauf — gegen die Zurückhaltung in der Anstalt (Klinik), so haben die Angehörigen oder hat der Kranke oder dessen Pfleger gemäß § 9, 2 IFG Einspruch bei der unteren Verwaltungsbehörde zu erheben. Erst nach dessen Zurückweisung kann der Weg der Klage (nämlich gegen diese Zurückweisung) beim Verwaltungsgericht beschritten werden.

Das Gesetz verpflichtet den Anstaltsleiter in § 9, 1 zur Entlassung des Kranken, wenn dieser als nicht geisteskrank erkannt wird, wenn im Falle der Geisteskrankheit Heilung eingetreten ist und wenn die untere Verwaltungsbehörde ihre Statthafterklärung bzw. Anordnung aufhebt. Die Entlassung muß nach § 10, 1 IFG weiter dann erfolgen, wenn der gestellte Aufnahmeantrag von dem betreffenden Angehörigen zurückgezogen wird. Liegt freilich in einem solchen Fall nach dem pflichtgemäßen Ermessen des Anstaltsleiters eine der Voraussetzungen des § 5 IFG vor, so hat der Anstaltsleiter Anzeige an die untere Verwaltungsbehörde zu erstatten, welche alsdann die amtliche Unterbringung anzuordnen hat.

Das skizzierte Gesetzwerk hat sich mehr als 40 Jahre hindurch auf das beste bewährt. Die Regel war in der jüngeren Vergangenheit bei uns die Ankunft des Kranken im Sanitätswagen, begleitet von einem Angehörigen, der seinerseits ein knappes Einweisungstestament des Hausarztes mitbrachte. Die formale Erledigung geschah sodann nach den Vorschriften über die fürsorgliche Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren (§ 7 IFG). Das heißt, der diensttuende Anstaltsarzt nahm einen Antrag des begleitenden Angehörigen zu Protokoll, untersuchte den Kranken und schrieb ein Zeugnis nieder, das an die untere Verwaltungsbehörde gesandt wurde. Auf Grund dieser Papiere sprach alsdann die untere Verwaltungsbehörde die Statthafterklärung aus.

Verwaltungsgerichtliche Klagen und Querelen überhaupt waren bei uns in der Vergangenheit extrem selten, obzwar wir es uns zur Gewohnheit gemacht haben, den Kranken und ihren Angehörigen die Wege der Beschwerde, die ihnen das Gesetz öffnet, in aller Ausführlichkeit aufzuzeigen und ihnen das Einschlagen dieser Wege technisch zu erleichtern. Allerdings haben wir jedem einzelnen Entlassungsbegehren frühestmöglich nachgegeben, ohne Verantwortung zu scheuen. Daß wir diese Verantwortungsfreude in den letzten zwei Jahren teuer (nämlich mit 2 Suiziden, 3 Brandstiftungen und 2 Messerstechereien retrospektiv zu früh, auf Drängen der Angehörigen entlassener Kranken) bezahlt haben, darf nicht verschwiegen werden.

Der Sieg der juristischen Mehrheitsanschauung von der Gültigkeit der Forderung des Art. 104, 2 GG auch in bezug auf die Krankenhausunterbringung von Geisteskranken und damit von der Rechtsunzulänglichkeit des originalen IFG wurde im Lande Baden zeitlich gestuft erobert. Die an sich interessante Aufschlüsselung dieser Entwicklung würde zu viel Raum beanspruchen. Es ergab sich, daß sich das Verwaltungsgericht Freiburg für zuständig erklärte, die Rolle des Richters im Sinne

des Art. 104, 2 GG zu übernehmen. Das Badische Innenministerium benutzte diese Zuständigkeitsklärung zu dem sehr geschickten, alles Wesentliche des ursprünglichen Gesetzwerkes rettenden Entwurf eines situationsgerechten Ausbaus des IFG. Dieser Entwurf wurde am 5. September 1951 vom Badischen Landtag diskussionslos angenommen und im Gesetz- und Verordnungsblatt vom 12. Oktober 1951 als „IFG-Änderungsgesetz“ veröffentlicht.

Das Badische IFG-Änderungsgesetz vom 5. September 1951 (das wohlverstanden in Nordbaden nicht gilt) besagt, des juristischen Putzes entkleidet, folgendes: die untere Verwaltungsbehörde hat nunmehr über jede Statthafterklärung (nach § 4 IFG) und Unterbringungsanordnung (nach § 5 IFG) unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Zu diesem Zweck übersendet sie nach Ausfertigung ihres Beschlusses den Aktenvorgang an das Verwaltungsgericht des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des Kranken. Hat der Kranke im Lande Baden weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthaltsort oder erfolgt die Anstaltsunterbringung im Dringlichkeitsverfahren nach § 7 IFG, so ist das Verwaltungsgericht des Anstaltssitzes zuständig. Die Anstaltseinlieferung darf in den Regelfällen der §§ 4 und 5 IFG erst dann erfolgen, wenn die richterliche Zulässigkeit ausgesprochen ist. In den Fällen der fürsorglichen Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren (das — ungemein bedeutsam — weiterhin erlaubt ist) ist die richterliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen. In diesen Fällen ist, wenn bei der Einlieferung ein amtsärztliches Zeugnis nicht vorliegt, der binnen 24 Stunden vorgeschriebenen Mitteilung der Aufnahme an die untere Verwaltungsbehörde ein vorläufiges Zeugnis des Anstaltsleiters beizufügen. In Abänderung der ursprünglichen Fassung des § 7 IFG muß nunmehr der Anstaltsleiter gegebenenfalls schon binnen 1 Woche (ursprünglich: binnen 3 Wochen) nach der Aufnahme des Kranken bei der unteren Verwaltungsbehörde Antrag auf Durchführung des Einweisungsverfahrens gemäß § 5 IFG stellen. Er muß den fürsorglich Aufgenommenen entlassen, wenn nicht spätestens bis zum Ablauf der dritten Woche nach der Einlieferung eine richterlich bestätigte Statthafterklärung oder Unterbringungsanordnung vorliegt. Endlich hat die untere Verwaltungsbehörde auch für ihre gemäß § 9, 2 IFG ergehenden Entschließungen (durch welche der Einspruch gegen die Zurückhaltung eines Kranken in der Anstalt zurückgewiesen wird) unverzüglich eine verwaltungsgerichtliche Approbation herbeizuführen. In allen Fällen entscheidet, wie durch eine mit dem IFG-Änderungsgesetz verbundene Änderung der LVO über den Aufbau der Badischen Verwaltungsgerichtsbarkeit vom 30. März 1947 bestimmt wird, der Vorsitzende des Verwaltungsgerichts allein. Jede verwaltungsgerichtliche Entscheidung kann vom Kranken bzw. seinen Angehörigen bzw. seinem Pfleger durch eine Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof angefochten werden. Die Beschwerde ist durch keine Frist eingengt.

Wer die Dinge nüchtern betrachtet, erkennt sofort, daß das IFG-Änderungsgesetz nicht nur als Erfolg des Badischen Innenministeriums, sondern der guten Sache schlechthin, nämlich der wohlverstandenen Interessen der Geisteskranken, gebucht werden muß. Die Struktur des IFG ist völlig unverändert geblieben. Die Einschaltung einer die Forderungen des Art. 104, 2 GG befriede-

digenden richterlichen Überprüfung bedeutet praktisch zwar der vielen Rückfragen der Verwaltungsgerichte wegen ein sehr lästiges Mehr an Schreibwerk, nicht aber die Schaffung einer den alltäglichen klinischen Betrieb wirklich hemmenden Barre.

Es wird von uns gern anerkannt, daß sich das neue Verfahren im ganzen gut eingespielt hat, daß also die laufenden Zugänge in der Regel technisch glatt und reibungslos erledigt werden (wobei wir unsererseits unter Ingebrauchnahme der Fernschreibtechnik streng auf Einhaltung der gesetzlich fixierten Termine achten).

Nicht ein einziges Mal haben wir den Fall erlebt, daß ein Verwaltungsgericht die angestrebte Zulässigkeitsklärung der Anstaltsunterbringung (wir sagen lieber: der stationären Behandlung) eines Kranken verweigert hätte. Bei kritischer Prüfung haben wir andererseits von der allmählich Automatismus gewordenen Neuordnung den Eindruck eines Leerlaufs, eines sich selbst genügenden Zeremoniells gewonnen. Tagtäglich werden wir mit einer Papierflut überschüttet, die uns zwar, insoweit es sich um positive verwaltungsgerichtliche Beschlüsse handelt, nicht eigentlich stört, deren Nutzen wir aber nicht zu erkennen vermögen. Sehr häufig trifft die Zulässigkeitsklärung dann ein, wenn der Kranke schon wieder entlassen ist. Davon, daß die obligate Beteiligung der Verwaltungsgerichte an jeder einzelnen Krankenhausaufnahme von den Kranken, von ihren Angehörigen oder von der breiten Bevölkerung als zusätzliche Sicherung des Individuums und seines Freiheitsanspruchs, als Rechtswohltat also, empfunden würde, kann keine Rede sein. Für die Durchschnittsbevölkerung bedeutet schon das Hineingreifen des obrigkeitlichen Apparates der unteren Verwaltungsbehörde in das Netz der Beziehungen zwischen Patient—Arzt—Krankenanstalt—Familie—Öffentlichkeit überwiegend Plage und Verdruß, nicht aber Schutz und Schirm. Die Einschaltung der Verwaltungsgerichte wird vom Kranken wie von seinen Angehörigen allgemein abgelehnt, hier leidenschaftlich-entrüstet, dort mürrisch-beleidigt. Die Eröffnung der verwaltungsgerichtlichen Beschlüsse an die Kranken löst in aller Regel heftige Proteste aus. Der Kranke pocht, überwiegend mit vollem Recht, auf seine bürgerliche Ehre. Das Wissen um die Unterschiede zwischen Strafjustiz und Verwaltungsjustiz ist von ihm nicht zu verlangen. Die juristische Sprache klingt in seinen Ohren mißtönend und seine Menschenwürde verletzend. Hört er das Wort „Gericht“, dann steigt in ihm, insofern er Spuren von Krankheitseinsicht besitzt, die Empörung darüber hoch, daß er als Kranker (der in einem staatlichen Krankenhaus ärztliche Hilfe nicht eigentlich gesucht, aber doch erwartet hat) zum Objekt eines Gerichtsprozesses herabgewürdigt worden ist. Insofern er sich aber nicht krank, sondern beispielsweise von imaginären Feinden verfolgt fühlt, baut er den „Gerichtsbeschuß“ mit seinen „Entscheidungsgründen“ und seiner „Rechtsmittelbelehrung“ ungesäumt in sein Wahnsystem ein. Kurzum, das Formelgepack der Verwaltungsgerichte, das deren Beamte aus dem Gerichtssaal in die Welt der kranken Seele importieren, erweist sich für den kranken Menschen als schwere Schädigung. Da uns als Ärzten die selbstverständliche Pflicht zufällt, Schäden zu verhüten, haben wir uns daran gewöhnt, mit den Eröffnungen verwaltungsgerichtlicher Beschlüsse an unsere Kranken sehr zurückhaltend zu sein. Es wäre unbillig, würden wir nicht mit Vergnügen einräumen,

daß die Verwaltungsgerichte uns diese Vorsicht erleichtern, d. h. daß sie es unserem ärztlichen Urteil anheimgeben, ob wir im konkreten Fall eröffnen zu können glauben oder nicht. Ganz allgemein entwickelt sich zwischen den Verwaltungsrichtern und uns ein Verkehrston des gegenseitigen Respektes, der zu Hoffnungen berechtigt.

Zusammenfassend stellen wir von unserer ärztlichen Sicht aus fest, daß das IFG-Änderungsgesetz vom 5. September 1951 unsere Arbeit durch ein dem objektiven Wert nach fragwürdiges Schreibwerk wie auch durch den Zwang zu einer Intensivierung unserer psychotherapeutischen Bemühungen um den einzelnen Kranken (im Sinne des Schadenausgleichs) zwar erheblich behindert, nicht aber in den Fundamenten erschüttert. Einen positiven Fortschritt gegenüber der klugen Originalkonstruktion von 1910 vermögen wir im IFG-Änderungsgesetz nicht zu erblicken. Wir sind aber immerhin dankbar genug, die badische Anpassung des Rechtsschutzes der Geisteskranken an die Forderung des Art. 104, 2 GG als optimale Lösung, als das kleinste der möglich gewesenen Übel anzuerkennen. Das Badische Irrenfürsorgegesetz in der Fassung des IFG-Änderungsgesetzes vom 5. September 1951 erscheint uns hervorragend geeignet, dem kommenden Bundes-Krankenschutzgesetz Pate zu stehen. Vor einer Überdehnung des Art. 104, 2 GG müssen wir auf Grund unserer Erfahrungen eindringlich warnen. Jede Rechtsordnung, die etwa den richterlichen Prüfungsakt *zwingend* der Aufnahme des Geisteskranken in die psychiatrische Anstalt vorherschiebt oder die gar das richterliche Votum über die sachliche Notwendigkeit bzw. Zulässigkeit der Anstaltsaufnahme von einer Art persönlicher Untersuchung des Geisteskranken durch den Richter abhängig macht, wird an ihrer Undurchführbarkeit und Wirklichkeitsfremdheit scheitern. Der „Hausrichter“ der einzelnen psychiatrischen Anstalt ist eine absurde Figur.

Abschließend sei uns gestattet, einen von Gruhle wie von Ernst in die Debatte geworfenen Ball aufzufangen und weiterzuschleudern. Gesetzliche Normen in allen Ehren. Aber Verschleppungen Nicht-Kranker in psychiatrische Krankenanstalten gab es von jeher nur in den substanzleeren Anklagen honorarhungriger Skandalschreiber und geltungssüchtiger oder querulatorisch-paranoider Sonderlinge. Der Nicht-Geisteskranke hat auch von der feinstdurchdachten bundesgesetzlichen Vereinheitlichung des Rechtsschutzes der Geisteskranken deshalb keine Verstärkung der Sicherheit seiner Person vor Zugriffen des Psychiaters zu erwarten, weil seine Sicherheit in dieser Hinsicht nie gefährdet war. Dem Geisteskranken aber (und der Gesellschaft, die den Kranken für die Dauer seiner Krankheit wirtschaftlich tragen muß) hilft man im Tatsächlichen nicht dadurch, daß man den Weg zur psychiatrischen Anstalt mit abschreckenden Formalitäten pflastert, daß man den Eintritt des Kranken in die Anstalt mit einer Art Gerichtsurteil koppelt (das vom Kranken und seinen Angehörigen als Schimpf empfunden wird) und daß man die fachärztlich-stationäre Behandlung des Kranken in Verkenntung des definitionsgemäß „unfrei“ machenden Wesens der Geisteskrankheit (siehe Ernst) vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Freiheitsentziehung betrachtet. Sondern man hilft dem Geisteskranken im Tatsächlichen einzig und allein dadurch, daß man ihn einmal möglichst rasch in fachärztliche Hände leitet und

ihn in möglichst kurzer Zeit möglichst dauerhaft heilen läßt (wobei das Wie hier wie überall Sache des ärztlichen Gewissens ist) und daß man zum andern die vielfachen gesellschaftlichen Makel von ihm fernhält, die heute noch das Geisteskranksein dem schicksalhaft Betroffenen und seinen Angehörigen anheftet. Diese doppelte Hilfe leistet der Staat von seiner Seite aus am zweckmäßigsten durch eine sorgfältige Siebung der verantwortlichen Ärzte und durch eine wirklich ausreichende Finanzierung der heute kläglich unzulänglichen Dotierung der psychiatrischen Krankenanstalten — durch eine Mittelgewährung, deren Großzügigkeit die Anstalten in den Stand setzt, ihre Ärzte und ihr Pflegepersonal angemessen zu besolden (und so einen Anreiz für erstklassige Kräfte zu schaffen), einen dem internationalen Standard vergleichbaren diagnostisch-therapeutischen Apparat aufzubauen und einen wirklich krankenhausmäßigen Komfort zu bieten. Es genügt einfach nicht mehr, den psychiatrischen Anstalten eine notdürftige Behausung und halbwegs erträgliche Ernährung ihrer Patienten zu ermöglichen und im übrigen alles Heil von dem beruflich-idealistischen Schwung ihrer Ärzte zu erhoffen. Vielmehr ist es dringend erforderlich, den ärztlichen Dienst technisch zu modernisieren und dem Kranken wie seinen Angehörigen durch das äußere und innere Bild der Anstalt, durch die Behaglichkeit der Räume, die Gepflegtheit der Alltagsgestaltung und die Höflichkeit des Umgangs das leibhaftige Gefühl einzupflanzen, daß die psychiatrische Anstalt keine gefängnisähnliche Einrichtung ist, deren Inanspruchnahme bürgerlich entehrt, sondern daß sie ein vollgültiges Fachkrankenhaus darstellt, das aufsuchen zu müssen wohl ein Unglück, nicht aber eine Schande bedeutet.

Durch eine entschlossene Hebung des Leistungs- und des repräsentativen Niveaus der psychiatrischen Anstalten wird man am ehesten den böswilligen Kritikern alle Ansatzpunkte entziehen, wird man am schnellsten den Ruf der Anstalten verbessern, wird man am sichersten die Volksmeinung zur Demontage alter Vorurteile bewegen. Mittelbar aber wird man auf eine einprägsame, augenfällige Weise dazu beitragen, die gefühlsmäßige Schranke zu relativieren (v. Bayer), die heute noch innerhalb der Sozietät den Geisteskranken vom sog. Geistesgesunden trennt. Dieser handfeste, freilich materielle Opfer kostende Anteil der Sorgepflicht des Staates für den Geisteskranken ist der praktisch bei weitem bedeutsamste. Mit der Anlage immer dichter Paragrafenhecken rings um die psychiatrischen Anstalten, mit der Schaffung also eines Dornröschen-Idylls, auf die sich heute die Aktivität des Staates beschränken zu sollen glaubt, wird nur der kleinere, weniger wichtige Teil seiner moralischen Verbindlichkeiten abgedeckt. Wir sagen es noch einmal: die Verhinderung des Einreißen gesetzwidriger Zustände innerhalb der Mauern der Anstalten, die Verhütung also der Einschleusung Gesunder, der ungerechtfertigt langen Zurückhaltung Geheilter und der Mißhandlung bzw. Fehlbehandlung Kranker einerseits und die unangefochtene Herrschaft der Humanität und des Respekts vor der menschlichen Würde andererseits werden letztlich nicht garantiert durch Rechtsvorschriften und juristisch-administrative Kontrollen, sondern durch die „wissenschaftliche Qualifikation wie auch die sittliche Integrität der Anstaltsleiter und -ärzte“. In bezug auf den rechtlichen Schutz der Geisteskranken ist es nicht notwendig, viel zu regieren, um gut zu regieren.

Theodor Bilharz zum Gedenken

Von H. Schade waldt, Tübingen

„Eine Theodor-Bilharz-Gedenkfeier anläßlich der 100jährigen Wiederkehr der Entdeckung des Schistosomum haematobium durch den aus Württemberg stammenden Lehrer an der Medizinschule in Kairo fand in Anwesenheit des ägyptischen Gesundheitsministers und prominenter Persönlichkeiten der ägyptischen Wissenschaft am Grabe des Forschers statt.“

Dieses Ereignis sollte auch uns veranlassen, einen kurzen Rückblick auf Leben und Werk dieses großen Arztes und Zoologen unserer engeren Heimat zu werfen. Am 23. März 1825 in der kleinen Residenzstadt Sigmaringen geboren, studierte B. von 1843 bis 1849 in Freiburg und Tübingen Medizin, wobei er sich besonders von der Anatomie und Zoologie angezogen fühlte, Fächern, denen er sein Leben lang treu blieb. 1849 legte er in Sigmaringen die medizinische Staatsprüfung ab. Vorher konnte er durch eine Preisarbeit, die er später seiner Promotion zugrunde legte, eine Goldmedaille der Tübinger Universität gewinnen. In Tübingen waren es vor allem zwei Lehrer, die auf seinen Lebensweg größten Einfluß hatten, der Anatom Arnold, dessentwegen er auch den Studienort wechselte und der in ihm, „das Grubenlicht der anatomischen Forschung“ entzündete, und der Kliniker Griesinger, der B. später als Assistenten in das Land seiner Erfolge, nach Ägypten, mitnahm. Zur Erweiterung seiner Kenntnisse ging B.

nach seinem Studium wieder nach Freiburg, wo er im Zoologen v. Siebold einen zeit seines Lebens freundschaftlichen Mentor fand und gleichzeitig als Prosektor der Anatomie Brot und Auskommen hatte. Zweifelsohne war B. schon damals entschlossen, sich der Forschung und Wissenschaft zu widmen und trug sich mit der Absicht, auf dem Wege über das Ausland einen deutschen Lehrstuhl zu gewinnen. Was konnte ihm daher willkommener sein, als das Anerbieten seines früheren Lehrers Griesinger, ihn nach Ägypten zu begleiten, wohin dieser als Leibarzt des Vizekönigs und Direktor des ägyptischen Medizinalwesens berufen worden war. Mit Freuden nahm B. an. „Das ist einmal eine Nachricht! Ich zittere noch vor Aufregung und heute nacht schloß ich kein Auge. Alle Wünsche auf einen Schlag erfüllt“, so schreibt er. Im Mai 1850 reiste er in das unbekannt Land vielfältiger Möglichkeiten ab, das er nur noch einmal anläßlich einer Urlaubsreise nach Deutschland 1858 verlassen sollte.

Als pathologischer Anatom an der Kairoer Medizinschule stand ihm, allerdings unter sehr primitiven Verhältnissen, ein ungeheures Material zur Verfügung, und sogleich machte er sich nach dem Vorschlage seines Lehrers v. Siebold daran, die Helminthenfrage näher zu studieren. Der Erfolg blieb nicht aus. 9 Briefe

an diesen Lehrer vom 1. Mai 1851 bis 1. Januar 1853 geben ein genaues Bild des von ihm entdeckten und später nach ihm benannten Parasiten und der durch ihn hervorgerufenen Krankheiten. v. Siebold erkannte sogleich die Bedeutung dieser Forschungen und veröffentlichte sämtliche Briefe nach Eingang in der Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie unter den Titeln: „Ein Beitrag zur Helminthologia humana aus brieflichen Mittheilungen des Dr. Bilharz in Cairo ...“ und „Fernere Mittheilungen über Distomum haematobium von Dr. Th. Bilharz“. Für die Medizin von besonderer Bedeutung war der 5. Brief vom 16. März 1852, in welchem B. von der Auffindung eines Distomen in Wucherungen der Harnblase berichtet. Weitere Forschungen ließen den direkten Zusammenhang zwischen dem Wurm und der pathologischen Veränderung der Blase, Niere und des Darms klar erkennen.

Diese Entdeckung fand einen derartigen Widerhall in der wissenschaftlichen Welt, daß schon 1856 Meckel v. Hemsbach den Vorschlag machte, den von B. und v. Siebold eingeführten Namen Distomum haematobium in Bilharzia haematobia umzuändern und auch von Bilharziaentartung der Blase sprach. Ein englischer Forscher Cobbold benutzte dann als zweiter 1859 den Terminus technicus Bilharzia magna s. haematobia in einem Vortrag und führte damit diese Bezeichnung, neben der sich heute noch das Synonym Schistosomum, 1858 vom Amerikaner Weinland geprägt, hält, in die wissenschaftliche Sprache endgültig ein. Die Bedeutung der Bilharzischen Entdeckung kann man für die Tropenmedizin nicht hoch genug einschätzen, leiden doch heute noch über 5 Millionen Ägypter an dieser Krankheit und ist doch die Existenz dieser Erkrankung schon zu pharaonischen Zeiten durch den

Eiernachweis in Mumien und entsprechende Hinweise in den medizinischen Papyri wahrscheinlich gemacht.

B.s weitere Arbeiten sind hauptsächlich zoologischer Natur. Unter ihnen ragt die Erforschung des elektrischen Organs des Zitterwelses heraus, die befruchtend auf die weitere Entwicklung der Physiologie, besonders hinsichtlich der elektrischen Erregbarkeit des Muskel- und Nervensystems gewirkt hat. Eine große anthropologische Sammlung von Negerschädeln, die von der Universität Freiburg angekauft wurde, ist in beiden Weltkriegen durch Fliegerangriffe schwer dezimiert worden.

Im April 1862 begleitete B. eine Jagdgesellschaft bis ans Rote Meer, steckte sich dort bei der Pflege einer kranken Deutschen mit Typhus an und starb ziemlich plötzlich nach der Rückkehr in Kairo am 9. Mai 1862. Nekrologe und Kondolenzschreiben gedachten in Deutschland des so früh Dahingegangenen, aber sein Grab auf dem Katholischen Friedhof in Kairo verwilderte so, daß 1928 auf dem Internationalen Kongreß für Tropenmedizin eine Abordnung deutscher Tropenärzte einen Kranz nur vor B.s Bild im Lehrsaaal der Kairoer Universität niederlegen konnte. Erst 1930 wurde es von dem Ägyptologen Keimer wieder aufgefunden und dient heute, würdig hergerichtet, Tropenmedizinern aus aller Welt als Zeugnis deutschen Forschergeistes.

Biographie mit ausführlichem Lit. Verzeichnis von E. Senn: Theodor Bilharz, ein deutsches Forscherleben in Ägypten 1825—1862 Schriften des Deutschen Auslandsinstituts Stuttgart, Reihe D, Bd. 5 Stuttgart 1931.

Anschrift des Verfassers: Tübingen-Derendingen
Weinbergstraße 41

Buchbesprechungen

Walter Brednow, Direktor der Med. Universitätsklinik Jena: „Röntgenatlas der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße.“ 5. Auflage, 1951, Verlag Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, Preis Ganzleinen DM 22.—

Es wird eine große Zahl von Röntgenbildern gezeigt, die Leistungen und Grenzen der röntgenologischen Herzdiagnostik klarmachen. Das Vorgehen des Autors ist sehr anregend; er stellt jedem Röntgenbild die Krankengeschichte des betreffenden Patienten gegenüber. Vor allem wird immer wieder der Versuch gemacht, an Hand von Situsbildern und plastischen Modellen, den Beschauer vom Flächenhaften zum Räumlichen zu führen.

Dieses Buch ist für den praktischen Arzt geschrieben, der häufig Röntgenbilder auswerten muß (z. B. für den, der selbst ein Röntgengerät besitzt). Für einen solchen Arzt dürfte dieses Buch ein hervorragendes Hilfsmittel sein.

Dr. Schröder

Prof. Dr. Heinrich Kogerer: „Psychotherapie“. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 2. Auflage. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 170 S., Preis DM 15.—

Der Verfasser ist kein Dogmatiker, er will dem Leser keine Theorien, keinen Glauben an diese oder jene psychotherapeutische Methode aufzwingen. Er will einen Überblick und Anregung geben.

Der erste Teil des kurzgefaßten Werkes handelt von der Herkunft psychischer Störungen und den Möglichkeiten ihrer Behandlung. Im zweiten Teil gibt der Verfasser eine „spezielle Symptomatologie“, i. e. seine Einteilung der Psychopathien. Die in diesem Zusammenhang mitgeteilte Kasuistik

zeigt, wie schwer Psychotherapie sein kann, denn häufig werden an den Arzt Probleme herangetragen, die ihrer Natur nach nicht gelöst werden können.

Es mag sein, daß die noch eingehendere Schilderung einzelner Fälle in Verbindung mit dem jeweils eingeschlagenen therapeutischen Vorgehen den praktischen Wert des Buches noch erhöhen würde. Andererseits sind Namensverzeichnis und Sachregister entbehrlich, ein ausführliches Inhaltsverzeichnis würde genügen. — Im ganzen: ein sehr lesenswertes Buch.

Dr. Schröder

Dr. Herbert Moser: „Die Praxis der modernen Narkose“. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 195 S., DM 24.—

Das Buch gibt einen umfassenden Überblick über die modernen Narkosemethoden und -mittel. Ausgehend von den pharmakologischen Eigenschaften der verschiedenen Narkosemittel in Verbindung mit der klinischen Anwendung geht der Verfasser auf die Vor- und Nachteile der einzelnen Narkoseverfahren ein und stellt eine strenge Indikation für die entsprechenden klinischen Erfordernisse. Durch die intensive Berührung mit den ausländischen Narkoseärzten erhält das Buch den erfreulichen weiten Rahmen und vermittelt einen sehr guten Einblick in die Differenziertheit der modernen Narkose, wobei naturgemäß ein besonderer Teil der intratrachealen Narkose mit Curareanwendung gewidmet ist. Zum Schluß werden noch einige Besonderheiten in der Narkosepraxis, die aus dem üblichen Rahmen herausfallen, erwähnt (Narkose bei Thymektomie, angeborenen Herzfehlern, Lungen-Tbc.).

Der Grundsatz, daß die schonendste Narkose die beste ist, zieht sich als Leitfaden durch das ganze Buch. Ein umfassendes Literaturverzeichnis beschließt das sehr gute und lesenswerte Buch und erleichtert weiteres Studium.

Prof. Dr. Hermann Krauss



West-Berlin
Siemensstadt

Sulfosellan *vaginale*

zur **zweizeitigen** Fluortherapie...

Bekanntmachungen

Vom Deutschen Müttergenesungswerk

Im Deutschen Müttergenesungswerk haben sich unter dem Vorsitz von Frau Eilly Heuss-Knapp, der Gattin des Bundespräsidenten, im Dezember 1949 die verantwortlichen Vertreterinnen ev. und kath. Frauenverbände sowie Frauengruppen der Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes sowie des 5. Wohlfahrtsverbandes zusammengeschlossen.

Die dem Deutschen Müttergenesungswerk angehörenden Heime, zur Zeit 100 an der Zahl, widmen sich ausschließlich der Müttererholung, auch durch Heilkuren, und arbeiten nach den vom Deutschen Müttergenesungswerk aufgestellten Richtlinien. Aus dem Zeugnis des behandelnden Arztes muß hervorgehen, daß der Kuraufenthalt in einem Mütterheim „dringend notwendig ist zur Wiederherstellung der Gesundheit“ oder „zur Verhütung einer erkennbar drohenden Gesundheitsschädigung“. Eine allgemein gehaltene Bescheinigung der Erholungsbedürftigkeit genügt nicht. Die Heime haben grundsätzlich nicht mehr als 25—30 Betten, um den familiären Charakter zu bewahren. Neben Zimmern mit 1, 2 höchstens 3 Betten helfen luftige und freundliche Aufenthaltsräume, gute, reichliche Verpflegung, auch Diätkost, hinreichende Nacht- und Mittagsruhe, Gelegenheit zum Draußenliegen, bei einem Kuraufenthalt von mindestens 3 Wochen zur Erholung. Die Gemeinschaft und die persönliche Betreuung von einer Freizeitmutter erleichtern die Befolgung der eine erfolgreiche Kur bedingenden Vorschriften. Eine ärztliche Beaufsichtigung während des Kuraufenthalts ist gesichert, mindestens die Anfangs- und Schlußuntersuchung jedes Erholungsgastes.

Ein Verzeichnis der dem Deutschen Müttergenesungswerk angeschlossenen Mütterheime liegt bei allen Ortskrankenkassen. Die Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände empfiehlt in einem ausführlichen Schreiben die Benützung der Heime, „die vielfach bessere Erfolge zeitigen als andere allgemeine Erholungs- oder Genesungsheime, weil die Mütterheime in besonderem Maße auf die individuelle Pflege und Betreuung der Mütter, die sich meist nicht nur in einem körperlichen, sondern auch in einem seelischen Erschöpfungszustand befinden, abgestellt wird.“ Der Tagespreis beträgt DM 4.— bis DM 6.—.

Das Deutsche Müttergenesungswerk dankt im voraus allen Ärzten, die bei der Behandlung der dafür in Betracht kommenden Patientinnen an seine Einrichtungen denken und dem Werk die Frauen zuführen, für die es geschaffen ist. Anmeldungen für die konfessionellen Heime nehmen die Pfarrämter beider Konfessionen entgegen, für die interkonfessionellen die örtlichen Geschäftsstellen der jeweiligen Organisation.

Kurs- und Kongreßkalender

16. und 17. Mai 1952:

Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung in Bad Nauheim über „Diagnose der Herdkrankungen insbesondere Besprechung der Testverfahren“. Nähere Auskunft erteilt: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung, Frankfurt a. M., Gartenstr. 118.

21. bis 24. Mai 1952:

104. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte in Berlin. Hauptthema: Psychosomatische Medizin. Wissenschaftliche Leitung: Prof. Hanns Rabe. Anmeldungen, auch von Gästen, erbeten an Dr. R. Siegmund, Berlin W 30, Bayerischer Platz 5.

17. bis 19. Juni 1952:

4. österreichische Krebstagung in Wien, veranstaltet von der österreichischen Gesellschaft für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten. Am 19. Juni nehmen die Besucher an der 5. Tagung der österreichischen Röntgengesellschaft teil. Teilnehmer aus dem Auslande werden im Interesse einer rechtzeitigen Ermöglichung der Reise um sofortige Anmeldung beim Sekretariat der österreichischen Krebsgesellschaft Wien IX, Frankgasse 8, gebeten.

23. und 24. August 1952:

3. ostbayerische Wissenschaftl. Dermatologen-Tagung in Regensburg anlässlich des 75. Geburtstages von Prof. Dr. H. Löhe. Nachfragen und Anmeldungen werden erbeten an Dr. Heinz Walther, Oberarzt der Städt. Hautabteilung, Regensburg, Greflinger Str. 4.

31. August bis 6. September 1952:

Deutsche Therapiewoche 1952 in Karlsruhe.

Sportärztelehrgang in Freudenstadt

Der deutsche Sportärztebund wird in der Zeit vom 8. bis 21. Juni in Freudenstadt, württ. Schwarzwald, einen Sportärztelehrgang durchführen, zu dem die Ärzte aus ganz Deutschland eingeladen sind: Als Programm ist vorgesehen:

Täglich von 7.30 bis 9.15 Uhr praktische Leibesübungen, wobei die Teilnehmer in verschiedene Riegen, je nach Alter, Konstitution und Leistungsfähigkeit eingeteilt werden. Dadurch soll auch älteren und schonungsbedürftigen Kollegen die Teilnahme ermöglicht werden.

9.30 bis 11.30 Uhr wissenschaftliche Referate, zu denen eine Reihe namhafter Professoren gewonnen wurde.

An den Nachmittagen finden Lehrgänge in Massage und Atem-Gymnastik statt, ferner soll eine Betätigung in verschiedenen Sportarten ermöglicht werden, wie Leichtathletik, Schwimmen, Reiten, Tennisspiel und dgl. Außerdem sind mehrere Ausflüge in die schönsten Gegenden des nördlichen Schwarzwaldes und in eine Reihe von Kur- und Badeorten vorgesehen, um den Teilnehmern persönliche Eindrücke von diesen Orten zu vermitteln und ihnen damit auch die Reize und Schönheiten des Schwarzwaldes vor Augen zu führen.

Für mehrere Abende sind dann allgemeine Vorträge mit geselligem Zusammensein und anschließendem Tanz geplant.

Den Teilnehmern soll aber nicht nur die Möglichkeit zur Anerkennung als Sportarzt, gegebenenfalls auch zum Erwerb des deutschen Sportabzeichens gegeben werden; sie sollen vielmehr Gelegenheit erhalten, sich körperlich (nach entsprechender ärztlicher Untersuchung) gründlich zu erholen, ja zu überholen, zu kräftigen und ihren Gesundheitszustand in eine optimale Form zu bringen.

Auch die Ehefrauen und die Familienangehörigen sind herzlich eingeladen. Auch ihnen steht die Teilnahme an besonderen gymnastischen Übungen, aber auch an den Ausflügen und allgemeinen geselligen Veranstaltungen offen.

Kursgebühr beträgt DM 25.—. Eine Ermäßigung, in einzelnen Fällen auch eine gänzliche Befreiung kann auf Antrag gewährt werden. Die Unterbringung erfolgt auf Wunsch bei frühzeitiger Anmeldung sowohl in Hotelzimmern als auch in Pensionen oder Privatquartieren in einer Preislage von DM 2.— bis 5.—. Bei entsprechenden Voraussetzungen kann auch ein Freiquartier vermittelt werden. Soweit die Teilnehmer nicht eine volle Pension in ihren Unterkünften wünschen, ist beabsichtigt, eine gemeinsame Mittags- und Abendtafel zu verbilligten Preisen einzurichten, wobei besonderer Wert auf eine gerade für den Sportler wichtige hochwertige Kost gelegt wird.

Anmeldungen mögen möglichst frühzeitig, am besten vor dem 1. Mai, spätestens bis 15. Mai, an die Kurdirektion Freudenstadt gerichtet werden, von wo dann das Programm und alle näheren Einzelheiten übermittelt werden.

Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Aus Anlaß des diesjährigen Deutschen Ärztetages in Berlin findet in der Zeit vom 10. bis 12. September ein Kongreß für ärztliche Fortbildung statt, zu dessen wissenschaftlicher Gestaltung ein Kuratorium aus allen maßgeblichen medizinischen Körperschaften, Gesellschaften und ärztlichen Organisationen Berlins gebildet worden ist.

Das wissenschaftliche Programm, für das eine Reihe namhafter Forscher aus dem In- und Ausland vorgesehen ist, wird nach seiner endgültigen Festlegung bekanntgegeben.

Die Reise nach Berlin kann in verbilligten Gesellschaftsfahrten durchgeführt werden, wobei im übrigen auch Grenzübergangsschwierigkeiten am sichersten ausgeschlossen sind.

Interessenten werden gebeten, sich baldmöglichst mit der Geschäftsführung des Kongresses Dr. W. Borgmann, Berlin-Steglitz, Klingsorstr. 29, in Verbindung zu setzen.

Badisch-Württembergische Gesellschaft für Sozialhygiene

Unter dem Vorsitz von Med.Rat Dozent Dr. Geißler-Pforzheim, stellvertr. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sozialhygiene, ist am 9. Februar 1952 in Karlsruhe die Badisch-Württembergische Gesellschaft für Sozialhygiene gegründet worden. Die Gesellschaft ist eine Nachfolgeorganisation der früheren Badischen Gesellschaft für Sozialhygiene, die 1916 von Alfons Fischer gegründet und 1934 aufgelöst wurde. Sie will, den jetzigen Verhältnissen Rechnung tragend, ihre Tätigkeit im ganzen Südweststaat (Württemberg-Baden, Württemberg-Hohenzollern, Baden) ausüben und alle Institutionen und Persönlichkeiten des Sozial- und Gesundheitswesens zu einer Aktivierung der Gemeinschaftsgesundheitspflege vereinigen. Dem Gründungsausschuß gehörten unter anderem die Präsidenten der 4 Ärztekammern und zahlreiche Ärzte, der Präsident der Landesversicherungsanstalt Baden, die Medizinaldezenten der Regierungen, Vertreter der Krankenkassen, Hygieneprofessoren und Vorsitzende caritativer Verbände an.

Auf der Gründungsversammlung sprach Dr. Geißler über die Leistungen der früheren Badischen Gesellschaft für Sozialhygiene und gab einen Überblick über die Entwicklung der gemeinschaftsgesundheitspflegerischen Einrichtungen in Baden.

Frau Medizinaldirektor Dr. Schiller, Stuttgart, referierte sodann über die Leistungen der Württ. Sozialhygiene seit 1900. Sie berichtete über den Aufbau der Schulkinderfürsorge durch Prof. Gastpar und die Schaffung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge durch Dr. Lempp.

Sie wies auch auf die engen Beziehungen hin, die zwischen Stuttgart und Mannheim, zwischen Württemberg und Baden in dieser Zeit bestanden haben — so in der Schaffung der Kindererholungsstätte Heuberg, die von beiden Ländern betrieben wurde, so in der Entwicklung von Krippen, die von Kinderschwestern betreut werden, die ihrerseits von einer badischen Einrichtung ausgingen.

Das von ihr entworfene Bild der heutigen Säuglingsfürsorge zeigt die reichen Möglichkeiten auf diesem Gebiet und läßt die Säuglingssterblichkeit des Jahres 1951, die 3,6% betrug, als nicht unverdient erscheinen. In der Kinderfürsorge kommt die Aufgeschlossenheit auch für die abartigen Kinder zum Ausdruck. So gilt diese besondere Sorge des Gesundheitsamtes — neben seinen normalen Aufgaben — vor allem auch den sprachkranken, schwerhörigen und Hilfsschulkindern.

Es wurden dann von der Rednerin noch verschiedene Gebiete gestreift, auf denen die Stadt Stuttgart führend war: so das Gebiet der Tuberkulosefürsorge, der Krüppel- und Irrenfürsorge und der Schulzahnpflege.

Am Schluß gedachte sie noch zweier Statistiker, die Württemberg hervorgebracht hat: Dr. Weinberg und Dr. Prinzing, wovon der letztere Weltruhm erlangte, da er als der Vater der eigentlichen modernen Statistik anzusehen ist.

Die Referentin wies darauf hin, daß sich das lebendige fürsorgerische Leben und die Durchführung der sozialhygienischen Forderungen vor allen Dingen in Stuttgart selber abspielt, daß aber Stuttgart hier für Württemberg steht und daß das Land — wenn auch zögernd — dem Vorbild seiner Hauptstadt immer wieder gefolgt ist. — Auf die gute Zusammenarbeit der Fürsorgeärzte mit den praktischen Ärzten wurde besonders hingewiesen, wie auch auf die freundschaftliche Verbindung der beiden Länder.

Als Aufgaben der neuen Gesellschaft wurden von Herrn Dr. Geißler bezeichnet neben dem Ausbau der zahlreichen bisher schon bearbeiteten sozialhygienischen Aufgabengebiete die Pflege des Volkskörpers (im Sinne von Rodewald), Verhütung der Frühinvalidität, die Bekämpfung der rheumatischen Erkrankungen, Verbesserung der Zahnpflege, der Betriebshygiene — durch Einstellung von Werkärzten —, die Familienuntersuchung als Gesundheitsvorsorge im Sinne von Coerper, die Förderung der psychischen Hygiene, Schaffung einer gesundheitlichen Wohnungspflege und Ausbau der Fürsorge für die Alternen. — In den größeren Städten und möglichst allen Kreisen sollen Kreisarbeitsgemeinschaften gebildet werden.

Zum Schluß der Sitzung wurde ein vorläufiger geschäftsführender Vorstand unter dem Vorsitz von Dr. Geißler gewählt, dem die Aufgabe übertragen wurde, eine Satzung zu entwerfen.

Die Gesellschaft bittet die Ärzte und Ärzteschaften um Beitritt und Mitarbeit. Die Landesgeschäftsstelle befindet sich in Karlsruhe, Allgemeine Ortskrankenkasse.

Gesichtspunkte zur Nomenklatur bei der Begutachtung der Tuberkulose als Berufskrankheit

wurden vom deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgestellt. Druckstücke können kostenlos von der Geschäftsstelle, Hannover, Sallstr. 41, bezogen werden.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE) Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44 und 760 45

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Walheim Kreis Ludwigsburg.

Da es sich hierbei noch nicht um eine ordentliche Zulassung, sondern um eine vorläufige und widerrufliche Be-

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich um den ausgeschriebenen Kassenarztsitz bewerben. Vordruck für die Bewerbung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Lan-

WARUM EMPFIEHT DER ARZT DAS MOORBAD AIBLING/OBB.?

Weil seit 100 Jahren außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Frauenleiden, Arthrosen, Ischias erzielt werden.

desstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbung ist dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 1. Mai 1952 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Für die Bearbeitung der Bewerbung wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto 5006 Stuttgart der KV Landesstelle Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr“ einzuzahlen ist.

Arztlicher Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, 3. Mai 1952

Der Fortbildungstag findet im Lindenmuseum, Stuttgart-N, Hegelplatz, Eingang Herdweg, statt. (Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz. Fernruf 9 21 63.)

9.00 Uhr

Die aktuelle Viertelstunde:
Professor Dr. Reisner, Stuttgart:
Migraine cervicale

9.30 Uhr

Professor Dr. Oeser, Berlin:
Diagnostische Anwendung künstlich radioaktiver Isotope

10.45 Uhr

Professor Dr. Goertler, Freiburg/Breisgau:
Neuere Vorstellungen über den Bau und die Wirkung der Gefäßmuskulatur und ihre Bedeutung für die Kreislaufregulation

15.00 Uhr

Professor Dr. Hückel, Tübingen:
Über die Mutterkornalkaloide

16.00 Uhr

Dr. Natorp, Stuttgart:
Der Arzt und die Philosophie

17.00 Uhr

Vorführung eines Farbfilms über die Entdeckung, Herstellung und therapeutischen Eigenschaften des Aureomycins (Firma Grünenthal)

Weitere Fortbildungstage werden am 7. Juni und 5. Juli des Jahres stattfinden.

Die Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen.

Prof. Dr. Neuffer Präsident der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	Prof. Dr. Dennig Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Fortbildung
--	---

Evangelische Akademie

Tage der Besinnung für Ärzte vom 2. bis 4. Mai 1952 in Bad Boll

Tagungsleitung: Studienleiter Hans Stroh, Bad Boll

Freitag, 2. Mai 1952

18.30 Uhr Eröffnung
20.15 Uhr Der Patient zwischen Hausarzt und Facharzt
Professor Dr. med. Hans Neuffer,
Präsident der Ärztekammer, Stuttgart

Samstag, 3. Mai 1952

10.30 Uhr Das Problem des Heilens
Dr. med. Max Kibler, Heilbronn
16.00 Uhr Aussprache
20.00 Uhr Johann Christoph Blumhardt —
zum 100. Jahrestag der Übersiedlung Blumhardts nach Bad Boll
Studienleiter Hans Stroh, Bad Boll

Sonntag, 4. Mai 1952

11.00 Uhr Heilung und Erlösung
Professor D. Adolf Köberle, Tübingen
15.00 Uhr Aussprache und Schlußversammlung.

Die Teilnehmer bezahlen für Unterkunft und Verpflegung DM 12.—. Dazu kommt ein Tagungsbeitrag von DM 5.—. Für

junge Ärzte (unter 30 Jahren) beträgt der Pensionsatz einschließlich Tagungsbeitrag bei Unterkunft im Schlafsaal DM 6.—.

Anmeldung und Auskunft: Evangelische Akademie Bad Boll.

Deutscher Ärztinnenbund

Landesgruppe Nordwürttemberg-Baden

Die nächste Zusammenkunft findet am 15. Mai 1952 um 19.30 Uhr in den Praxisräumen von Frau Neef-Feldhaus, Stuttgart, Eberhardstr. 12, statt. Es referiert Frau Scheffen über einen Fall von Raynaudscher Krankheit.

Wie soll sich ein Arzt verhalten, wenn er einen Unfall versorgen muß, für welchen die Polizei oder Kriminalpolizei ein ärztliches Attest wünscht?

Zu dieser Frage hat Herr Dr. jur. Friedrich Haug in Stuttgart in einem Einzelfall eine Auskunft erteilt, die wir der allgemeinen Bedeutung wegen nachstehend wiedergeben:

Wenn die Polizei im Anschluß an einen Unfall, z. B. Verkehrsunfall, dem Arzt einen ausdrücklichen Auftrag erteilt, ein ärztliches Zeugnis über die Unfallfolgen auszustellen, so ist die Polizei als Auftraggeberin auch verpflichtet, dem Arzt dieses Attest zu vergüten. Die Kosten sind solche des Ermittlungsverfahrens; sie können, falls es später zur Verurteilung des Schuldigen kommt, zu den Gerichtskosten zugeschlagen und vom Verurteilten eingezogen werden. Für die Höhe der dem Arzt zu gewährenden Vergütung ist maßgeblich die Württembergische Verordnung betreffend Gebühren der Ärzte, Zahnärzte und Hebammen für amtliche Verrichtungen vom 18. August 1924 (RegBl. S. 423), die unter Ziff. 6 folgende Gebührensätze vorsieht (wobei die nicht eingeklammerten Sätze nur für die vollbesoldeten beamteten, die eingeklammerten Sätze nur für die übrigen Ärzte und Zahnärzte gelten):

6. a) Für eine kurze schriftliche Auskunft ohne weitere gutachtliche Ausführung 2.— DM (2.50 DM),
- b) für die Untersuchung einer Person auf ihre Körperbeschaffenheit im allgemeinen oder zur Feststellung eines äußeren Gebrechens, einer Verletzung oder einer inneren Krankheit einschließlich Geisteskrankheit ohne weitere gutachtliche Ausführung 6.— bis 12.— DM (7.50 bis 14.50 DM),
- c) für die Begutachtung eines Nahrungs-, Genuß-, Arznei- oder Geheimmittels, eines Gebrauchsgegenstandes, einer Örtlichkeit u. dgl. samt Befundbericht ohne weitere gutachtliche Ausführung 3.— bis 10.— DM (4.— bis 12.— DM),
- d) für eine Untersuchung von Flecken, Haaren, Gewebsteilen, Ausscheidungen und ähnlichen auf ihre Bestandteile und Zusammensetzung, ihren Gehalt an Krankheitsstoffen und Krankheitserregern 3.— bis 15.— DM (4.— bis 18.— DM).

Ist ein Rahmen für den Gebührensatz vorgesehen (b bis d), so ist die Gebühr nach der Schwierigkeit des Geschäfts und nach dem Zeitaufwand anzusetzen. Die Überschreitung der niedersten Gebühr ist zu begründen (wofür heute schon die gesunkene Kaufkraft der DM ausreichen dürfte). Bei Verrichtungen außerhalb des Wohnorts können Reiseauf-

wandschädigungen angerechnet werden. Schreibgebühren für die Reinschrift von Berichten kommen nur dann in Betracht, wenn die Seite mindestens 32 Zeilen von durchschnittlich 15 Silben enthält.

Im allgemeinen wird jedoch die Polizei einen ausdrücklichen Auftrag zur Ausstellung eines ärztlichen Attestes nicht erteilen, sondern den hinzugezogenen Arzt oder den Krankenhausarzt als sachverständigen Zeugen über die Unfallfolgen hören. Die Verpflichtung zur Zeugenaussage (auch vor der Polizei) ist eine allgemeine staatsbürgerliche Pflicht, der sich auch der Arzt nicht ohne besonderen Grund (z. B. ärztliche Schweigepflicht!) entziehen kann. Die Zeugenaussage kann zwar von der Polizei nicht erzwungen werden, wohl aber vom Gericht, das gegen die unberechtigte Zeugnisverweigerung mit Ordnungsstrafen vorgehen kann. Bei der Vernehmung als Zeuge vor Gericht stehen dem Arzt wie jedem Zeugen Gebühren nach der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige zu. Zeugenaussagen vor der Polizei werden nicht vergütet.

Wird das Attest vom Unfallverletzten in seinem Interesse verlangt, so ist der Verletzte zur Bezahlung desselben verpflichtet.

Facharztanerkennungen

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. hat auf Grund der vom Fachartausschuß am 28. Februar 1952 und 17. März 1952 getroffenen Entscheidungen folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

- Dr. med. Ludwig Finzel, Stuttgart
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Elisabeth Grothaus, Schwäb. Hall
Fachärztin für Innere Medizin
- Dr. med. Werner Zipplies, Korntal
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Wolfgang Zeller, Heidenheim
Facharzt für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Günter Bialkowski, Göppingen
Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
- Dr. med. Max Bub, Stuttgart
Facharzt für Krankheiten der Harnwege
- Dr. med. Günther Ludwig, Stuttgart
Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten
- Dr. med. Helmuth Inlekofer, Stuttgart
Facharzt für Augenkrankheiten
- Dr. med. Stefan Mumpfer, Denkendorf/EBlingen
Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Dr. med. Hans-Werner Malchartzek, Wolfenbüttel,
Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde

Bericht über die 59. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 28. Februar 1952, 19 bis 0.15 Uhr

1. Es werden mehrere Anträge auf Genehmigung eines Assistenten in der Kassenpraxis beraten und teils genehmigt, teils der Kleinen Kommission zur näheren Prüfung überwiesen. Die Genehmigung eines Assistenten kann im allgemeinen nur für solche Kollegen in Betracht kommen, die hochbetagt oder gesundheitlich beeinträchtigt

oder durch ihre Tätigkeit in der Berufsorganisation stark in Anspruch genommen sind. In Sonderfällen kann auch ein Interesse der Ärzteschaft an einer Ausbildungsstelle vorliegen. — Befürwortung durch die Kreisärzteschaft ist wesentlich. Bereits früher erteilte Genehmigungen werden in festen Abständen neu überprüft.

2. Ein Kollege hat die „Zulassung“ des pathologischen Institutes eines städtischen Krankenhauses beantragt. Das Institut als solches kann nicht zugelassen werden. Für Kassenärzte in dem Institut erbrachte Leistungen werden jedoch in Zukunft dem Kollegen unmittelbar (nicht dem Institut) vergütet werden.

3. Darlehen bei Praxiseröffnung: Es werden neue Rückzahlungsbedingungen beraten und beschlossen, um einen rascheren Rücklauf des Geldes im Interesse der jeweils neuen Antragsteller zu erreichen.

4. Honorierung konsiliarärztlicher Leistungen bei stationären Kranken, wo das ärztl. Honorar im Verpflegungssatz enthalten ist: Eine befriedigende Regelung hat sich erst in einem Teil der Fälle finden lassen. — Im Interesse der beteiligten Kollegen und der Kranken soll es in den anderen Fällen noch einmal weiter wie bisher gehandhabt werden, bis in den notwendigen zahlreichen Einzelverhandlungen, zum Teil mit Hilfe der KV, überall eine tragbare Lösung gefunden ist.

5. Die Konsiliarärzte werden von der KV darauf aufmerksam gemacht werden, daß sie verpflichtet sind, die überwiesenen Kranken persönlich zu behandeln; im anderen Fall besteht kein Honoraranspruch.

6. Definition des Begriffs „Konsiliarische Tätigkeit“: Im Bereich der KV Landesstelle Württemberg versteht man darunter die Beteiligung leitender Krankenhausärzte an der ambulanten Behandlung überwiesener Fälle.

7. Zulassungsangelegenheiten spezieller und allgemeiner Art. — Hinsichtlich der Beteiligung der Lungenfürsorgeärzte an der Versorgung der Bundesversorgungsberechtigten wird die Entscheidung des Innenministeriums abgewartet werden. (Die freipraktizierenden Lungenfachärzte hatten sich gegen eine solche Beteiligung ausgesprochen.) — Eingebachte Vorschläge der Lungenfachärzte für neue Arztsitze ihrer Fachrichtung werden den Kreisärzteschaften zur Stellungnahme zugeleitet werden.

8. Verschiedenes. Dr. Hämmerle

Bericht über die 60. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 4. März 1952, 19 bis 23.30 Uhr

1. Dr. Knospe berichtet über die Arbeit der Kleinen Kommission. — Die Honorierung der Röntgenleistungen hat die Arbeitsgemeinschaft der württembergischen Röntgen-Fachärzte und die Kleine Kommission zu eingehenden Beratungen veranlaßt. Diese Frage ist sehr vielseitig und sehr schwierig zu lösen. Sie ist noch weit entfernt von einer allseits befriedigenden Regelung.

2. Die Kreisärzteschaft Vaihingen (Enz) setzt sich nachhaltig dafür ein, die Einzelleistungsabrechnung nach einem Jahr wieder abzuschaffen. Hierzu ist zu bemerken:

- Die Verwaltungskosten sind durch die Einzelabrechnung nicht angestiegen,
- die Abgeordnetenversammlung hat am 15. Dezember 1951 entschieden, daß zunächst weiter nach Einzelleistungen abgerechnet werden soll,
- solange an der neuen Gebührenordnung gearbeitet wird, ist die weitere Anschreibung von Einzelleistungen unentbehrlich.



bei Arrhythmien
(statt Chinidin)

O.P., Inhalt 50 ccm DM 1.95



3. Eine Reihe von Kollegen hat noch immer weder Bestallungs- noch Promotionsurkunden vorgelegt, obwohl jetzt die Möglichkeit besteht, verlorengegangene Urkunden neu ausstellen zu lassen.

Beschluß: Die betreffenden Kollegen sollen noch einmal gemahnt werden. Wo auch diese 3. Mahnung ohne Erfolg bleibt, muß unter Umständen eine Sistierung der Honorarzählung erwogen werden.

4. In Kreisen der praktischen Ärzteschaft ist der lebhafteste Wunsch laut geworden, Krankenhausärzte mit voller Kassenzulassung möchten sich freiwillig auf konsiliarische Tätigkeit beschränken. Eine Kommission wird gebildet, um in dieser Frage zu vermitteln.

5. Eine Ärztesgruppe hat erneut die Gewährung von Kinderzulagen beantragt. — Die Abgeordnetenversammlung hat am 6. Dezember 1950 anders entschieden und wird wohl auch jetzt zu keiner anderen Meinung kommen. — Auf Bundesebene wird möglicherweise eine Familienlastenausgleichskasse geschaffen. Inzwischen wäre zu überlegen, ob kinderreiche Kollegen nicht durch einen fühlbaren Nachlaß bei den Fürsorgebeiträgen entlastet werden könnten. Diese Möglichkeit wird geprüft und später noch einmal beraten werden. Die Entscheidung läge dann allerdings bei der Kammer.

6. Die Berufs- und Facharztordnung, die von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg am 20. Februar 1952 beschlossen worden ist, soll künftig auch für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg gelten.

Dr. Hämmerle

Ring Deutscher Ärzte und Apotheker

Der Ring Deutscher Ärzte und Apotheker in Verbindung mit der Ärztekammer Nord-Württemberg und der Apothekerkammer Nord-Württemberg hatte zu einer zweiten Veranstaltung am 5. März 1952 eingeladen, die dem Thema „Husten“ gewidmet war. Etwa 80 Ärzte und Apotheker waren der Einladung gefolgt.

Pharmazierat Oesterle, Präsident der Apothekerkammer Nord-Württemberg, eröffnete die Sitzung. In seinen einleitenden Worten, mit denen er kurz den Zweck des Ringes Deutscher Ärzte und Apotheker streifte, gratulierte er Prof. Dr. Neuffer zu den mannigfachen Ehrungen, die dem Präsidenten der Ärztekammer Nord-Württemberg aus Anlaß seines 60. Geburtstages zuteil geworden sind.

Den ersten Kurzvortrag hielt Oberapotheker Dr. Walter Lang, Katharinenhospital, über „Die Botanik der Hustendrogen“. Anschaulich und lebendig gab er einen kurzen Überblick, vor allem über die Geschichte und Gewinnung sowie die Inhaltsstoffe einiger wichtiger Hustendrogen, geordnet nach letzteren. Zunächst wurden Alkaloidpflanzen, wie Papaver somniferum (Morphin, Codein, Morphinabkömmlinge), Lactuca vivosa und Uvargoga Ipecacuanha, Viola odorata behandelt. Dann folgten Saponindrogen liefernde Pflanzen (Radix Liquiritiae, Rad. Senegae, Rad. Primulae), Drogen mit ätherischen Ölen (Fruct. Anisi, Herba Thymi, Herba Serylli) und schließlich Schleimdrogen (Rad. Althaeae, Lichen islandicus) sowie Drosera.

Die „Diagnose und Therapie des Hustens“ wurde in launiger und mit vielen Beispielen aus seiner ärztlichen Praxis gewürzter Form von Prof. Dr. med. Römer, Stuttgart, behandelt. Ausgehend von dem Hustenreflex und den diesen auslösenden Ursachen sei es Aufgabe des Arztes, die Ursachen zu erkennen und danach das geeignete Hustenmittel auszuwählen. Prof. Römer berichtete über die Wirkungsweise und den Angriffspunkt der zahlreichen Pharmaka, die entweder beruhigend, schleimlösend oder sekretionsfördernd wirken. Aus seinen überzeugenden Ausführungen ging deutlich hervor, daß der Husten eine recht komplizierte Erkrankung ist, die eine sorgfältige und gezielte Therapie notwendig macht.

Schließlich behandelte Apothekendirektor Prof. Dr. H. Kaiser, Stuttgart, das Thema „Grundlegendes zur Rezeptur der Expectorantien“. Eingehend erläuterte er vor allem die Zusammensetzung und Wirkung der in den DRF verzeichneten Rezepturen für Expectorantien und kam in diesem Zusammenhang noch auf zahlreiche Arzneimittel, wie Apomorphin, Tartarus stibiatus, Stibium sulfuraturn aurantiacum, Ammonchlorid, Jodkali, Paracodin, Acid. benzoicum Kreosot, Terpentini- und Eukalyptusöl, Ephetonin usw. zu sprechen, die

uns in mancherlei Form teils in Rezepturarzneien, teils in Arzneispezialitäten begegnen. Ganz besonders wandte er sich gegen die gleichzeitige Verordnung von Alkaloiden mit Anistropfen, die günstigenfalls die Arznei wirkungslos machen, aber auch unter Umständen zu schweren Vergiftungen führen können, wie er an einem praktischen Fall zeigte, der sich vor einigen Jahren zugetragen hatte.

Sämtliche Vorträge wurden von den Anwesenden sehr beifällig aufgenommen. An der sich anschließenden Aussprache beteiligten sich außer den Vortragenden und dem Versammlungsleiter, Präsident Oesterle, zahlreiche Ärzte und Apotheker, darunter auch Prof. Dr. Neuffer.

Das rege Interesse bewies, daß derartige gemeinsame Veranstaltungen von Ärzten und Apothekern sehr wohl geeignet sind, das gegenseitige Verständnis der beiden Berufe zu fördern und zu vertiefen. Es wäre zu wünschen, daß Ausspracheabende dieser Art von Zeit zu Zeit wiederholt und sich auch an anderen Orten einführen würden.

H.

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 1. Januar bis 31. März 1952

Neu aufgenommen wurden:

Dr. Aldenhoven, Elisabeth, Stuttgart-N
 Dr. Aldinger, Friedrich, Fellbach
 Dr. Bähr, Edeltraud, Fellbach
 Dr. Bauer, Roland, Stuttgart-S
 Dr. Berneburg, Hans-Jobst, Heimsheim
 Dr. Bodle, Erwin, Stuttgart-N
 Dr. Bodle, Hildegard, Stuttgart-N
 Dr. Bollwinkel, Heinz, Stuttgart-O
 Dr. Brückle, Rudolf, Ludwigsburg
 Dr. v. Brunn, Walter, Stuttgart-O
 Dr. Dettinger, Lieselotte, Stuttgart-W
 Dr. Dick, Herbert, Stgt.-Sillenbuch
 Dr. Elser, Helmut, Stuttgart-S
 Dr. Endress, Helmut, Öhringen
 Ob.Reg.Med.Rat Dr. Eyrych, Max, Stuttgart-S
 Dr. Feder, Wolfgang, Göppingen
 Dr. Gamerdinger, Gerhard, Stuttgart-S
 Dr. Gerlach, Vilmut, Heilbronn-Böckingen
 Dr. med. et dent. Goldmann, Erwin, Stuttgart-S
 Dr. Haldenwang, Ursula, Stuttgart-O
 Dr. Hamann, Kurt, Stuttgart-W
 Dr. Hauser, Waldemar, Stuttgart-S
 Dr. Hauth, Ursula, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Hegele, Rolf, Schwäb. Gmünd
 Dr. Heinrich, Gertrud, Stuttgart-S
 Dr. Heuser, Gunnar, Stgt.-Degerloch
 Dr. Heydeck jr., Johannes, Ludwigsburg
 Ärztin Irion, Ursula, Otisheim
 Dr. Jänike, Erich, Brackenheim
 Dr. Jung, Wolfgang, Bad Ditzingen
 Dr. Klopfer, Gertrud, Stuttgart-S
 Dr. Knappe, Kurt, Schwäb. Hall
 Dr. Koppold, Alois, Geislingen/St.
 Dr. Kuhn, Hedwig, Bad Mergentheim
 Dr. Kuhnle, Otto, Schwäb. Gmünd
 Dr. Kull, Lothar, Zell a. N.
 Dr. Kullen, Annemarie, Stuttgart-W
 Dr. Lempp, Reinhart, Stuttgart-N
 Dr. Lieb, Wolfgang, Stuttgart-S
 Med.Rat Dr. Lorch, Rolf, Ludwigsburg
 Dr. Maier, Hans, Heidenheim/Br.
 Dr. Mechela, Johannes, Stgt.-Vaihingen
 Arzt Mehl, Paul, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Mellentin, Annemarie, Ulm a. D.
 Dr. Mohs, Irmhild, Ulm a. D.
 Dr. Mumper, Stefan, Denkendorf
 Dr. Neuffer, Peter, Ellwangen/J.
 Dr. Perschmann, Gerhard, Stuttgart-W
 Dr. Popp, Walter, Stuttgart-O
 Dr. Rall, Wolfgang, Leonberg-Eltingen
 Dr. Riess, Werner, Stuttgart-S
 Dr. Rühle, Martin, Sindelfingen
 Dr. Sartor, Günther, Plochingen a. N.
 Dr. Serve, Helmut, Backnang
 Dr. Schmid, Martin, Stgt.-Sillenbuch
 Dr. Schneider, Gerda, Stuttgart-W
 Dr. Schüller, Manuel, Stuttgart-O

Arzt Schwemmer, Rudolf, Stuttgart-W
 Dr. Steffens, Lothar, Stgt.-Untertürkheim
 Dr. Sterzing, Ludwig, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Steuer, Walter, Stgt.-Vaihingen
 Dr. Streibl, Franz, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Vescovi, Gerhard, Stgt.-Untertürkheim
 Dr. Vielgut, Oscar, Ulm a. D.
 Dr. Wagner, Helmut, Stuttgart-W
 Dr. Wagner, Ilse, Eßlingen a. N.
 Dr. Wegener, Antonius, Stuttgart-W
 Dr. Wegerle, Karl, Stgt.-Möhringen
 Dr. Werner, Erich, Gerlingen
 Dr. Wieland, Harry, Stuttgart-W
 Dr. Winker, Carl, Stuttgart-N
 Dr. Wissmann, Günther, Göppingen
 Dr. Wolfperger, Giso, Stuttgart-S
 Dr. Ziegler, Werner, Schwäb. Hall

Gestorben sind:

Med.Rat Dr. Gerlach, August, Schwäb. Gmünd
 Dr. Glatzel, Fritz, Göppingen
 Dr. Hartmann, Adolf, Stuttgart
 Dr. Hartmann, Alfred, Weil im Schönbuch
 Dr. Jung, Fritz, Bad Ditzingen
 Reg.Med.Rat a. D. Dr. Köhler, Ernst, Stgt.-Vaihingen
 ObMed.Rat Dr. Kohlhaas, Max, Stuttgart
 Dr. Melzer, Hermann, Eßlingen/N
 Dr. Rempis, Fritz, Schwäb. Gmünd
 Dr. Riha, Heinrich, Heidenheim/Br.

Dr. Schwarzkopf, Emil, Stuttgart
 Dr. Steinheil, Hermann, Stuttgart
Mitgliederstand am 1. April 1952: 3296.

Geburtstagsglückwünsche für Dr. Eduard Ostermayer

Am 24. April 1952 wird Dr. med. Eduard Ostermayer 85 Jahre alt. Der Jubilar hat sich vor 54 Jahren in Stuttgart als praktischer Arzt niedergelassen und übt noch heute seine Praxis hier aus. Vor und nach dem ersten Weltkrieg auch als Armenarzt tätig, hat sich Dr. Ostermayer große Verdienste als Versicherungsberater erworben.

Dr. Ostermayer, 1867 in Weilheim an der Teck geboren, legte am Karls-Gymnasium in Stuttgart die Reifeprüfung ab und begann sein medizinisches Studium in München. Nach Volontärzeiten (Famulatur) in Würzburg promovierte er in Halle a. d. Saale. Gleich danach folgte er einem Ruf nach Hamburg, wo die Cholera-Epidemie ausgebrochen war, an das Eppendorfer Krankenhaus. Bis zu seiner Niederlassung in Stuttgart 1898 hatte er Gelegenheit, als Schiffsarzt einen großen Teil der Welt kennenzulernen. Durch seine reichen Erfahrungen, sein unermüdliches Schaffen und seine große Bescheidenheit hat sich Dr. Ostermayer einen Ehrenplatz in der württembergischen Ärzteschaft erworben. Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg ist Dr. Ostermayer zu besonderem Dank verbunden, daß er seit mehr als 25 Jahren seine großen Erfahrungen den Prüfungsinstanzen zur Verfügung gestellt hat.

ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN**

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden beizufügen:

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

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

Außerdem einen kurzen Lebenslauf, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den 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 rassistischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Biberach/Riß	prakt. Arzt
Ebingen	prakt. Arzt
Hochdorf Kreis Horb	prakt. Arzt
Oberndorf Kreis Rottweil	prakt. Arzt
Tübingen	Facharzt für HNO-Krankheiten
Wangen	Facharzt für Nervenkrankheiten

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. Mai 1952 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Straße, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte
des Landes Württemberg-Hohenzollern

bella
→
→
sanol

zur Beruhigung des gesamten
vegetativen
Nervensystems

daher niedrig dosierbar
K.P. DM 1.75

DR. SCHWARZ K.G.
MONHEIM
BEI DÜSSELDORF

BROM-NERVACIT

NERVINUM · SEDATIVUM · ANALGETICUM · ANTIPILEPTICUM · ANTINEURALGICUM

INHALT 200 CCM
MUSTER AUF ANFORDERUNG

APOTHEKER A. HERBERT

FABRIK PHARMAZEUT. PRÄPARATE · WIESBADEN-BIERSTADT

ARZTEKAMMER NORDBADEN e.V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 Telefon 428 24 Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Röntgenstr. 5

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

- Facharzt für Augenkrankheiten in Karlsruhe-Südstadt
- Facharzt für Augenkrankheiten in Karlsruhe-Durlach
- Facharzt für Frauenkrankheiten in Karlsruhe
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Karlsruhe-Mittelstadt
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Karlsruhe
- Facharzt für Frauenkrankheiten in Bretten
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Bretten
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Ettlingen
- prakt. Arzt in Karlsruhe-Hardtwoodsiedlung
- prakt. Arzt in Karlsruhe-Weingärtsiedlung
- prakt. Arzt in Söllingen Lkrs. Karlsruhe
- prakt. Arzt in Langenbrücken Kr. Bruchsal
- prakt. Arzt in Oestringen Kr. Bruchsal
- prakt. Arzt in Philippsburg Kr. Bruchsal
- Facharzt für Frauenkrankheiten in Mannheim-Waldhof
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Mannheim-Neckarau
- Facharzt für Kinderkrankheiten in Mannheim-Neckarstadt
- 2 prakt. Kassenarztsitze für je einen homöopathischen Arzt in Mannheim
- prakt. Arzt in Mannheim-Jungbusch
- prakt. Arzt in Mannheim-Waldhof-Schönausiedlung
- prakt. Arzt in Mannheim-Neckarau
- prakt. Arzt in Mannheim-Seckenheim
- prakt. Arzt in Plankstadt
- prakt. Arzt in Brühl b. Schwetzingen
- Facharzt für Frauenkrankheiten in Pforzheim
- Facharzt für Urologie in Pforzheim
- 3 prakt. Ärzte in Pforzheim

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

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

Die Bewerbungen um obige Kassenarztstellen sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens jedoch bis zum 20. Mai 1952) bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien, Karlsruhe, Röntgenstraße 5, einzureichen. Den Bewerbungen sind folgende erforderlichen Unterlagen beizufügen:

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Heiratsurkunde
4. Nachweis der Kinderzahl
5. Lebenslauf mit Anführung und Nachweis der seit dem Staatsexamen ausgeübten ärztlichen Tätigkeit
6. Facharztanerkennung
7. Bescheinigung über die Eintragung im Arztregister Nordbaden
8. polizeiliches Führungszeugnis
9. Nachweis über bisher ausgeübte kassenärztliche Tätigkeit
10. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

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

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

Karlsruhe, den 4. April 1952

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Nordbaden

Bericht über die Delegiertensitzung der Ärztekammer Nordbaden e. V. am 20. Februar 1952 in Karlsruhe

Beginn 14.30 Uhr, Ende 18.00 Uhr

Die Sitzung wird mit der Besprechung wahltechnischer Fragen zu der bevorstehenden Neuwahl der Ärztekammer eröffnet, die noch einer gewissen Klärung bedürfen.

Der Vorschlag des Präsidiums des Deutschen Arztes, daß „Die ärztliche Schweigepflicht“ das Hauptthema des diesjährigen Arztes ist, wird von der Delegiertenversammlung begrüßt; in Anbetracht der tiefgehenden Bedeutung dieser Frage wird eine gründliche Erörterung gewünscht.

Anschließend gibt der Geschäftsführer, Herr Hermann, einen Bericht über den Stand der Liquidation der Ärztekammer, Körperschaft des öffentlichen Rechts. Weiterhin sind Versorgungs- und Versicherungsfragen Gegenstand der Aussprache. Zur Linderung der dringendsten Not wird beschlossen, nochmals ein Notopfer in Höhe von 1% des Kasseneinkommens für die Dauer eines halben Jahres zu verlangen. In den örtlichen Vollversammlungen wird die Zustimmung der Kollegen hierzu erbeten werden.

Einen breiten Raum nimmt sodann die Besprechung der Facharztfrage unter dem Gesichtspunkt in Anspruch, daß ein generelles Inkrafttreten der neuen Facharztordnung im gesamten Bundesgebiet nach der Ablehnung durch den Bundesrat in weite Ferne gerückt zu sein scheint. Bei einer Anrechnung der Pflichtassistentenzeit in die Fachausbildung im Rahmen der alten Facharztordnung erscheint es mehr als fraglich, daß damit den Anforderungen genügt wird, die Ansehen und Stellung des deutschen Facharztes verlangen. Es wird die Möglichkeit erwogen, entsprechend den Satzungen der Ärztekammer Nordbaden e. V. selbständig für ihren Bereich die neue Facharztordnung einzuführen, um somit allen Schwierigkeiten zu begegnen. Die endgültige Entscheidung wird in Anbetracht der bevorstehenden Neuwahl der Kammer zurückgestellt.

Am Schluß der Sitzung, die die letzte dieser Wahlperiode ist, dankt der Vorsitzende der Ärztekammer Nordbaden, Herr Dr. Geiger, Karlsruhe, den Delegierten für die gute Zusammenarbeit in der bisherigen Kammer. Herr Dr. Wysocki, Heidelberg, spricht Herrn Dr. Geiger im Namen der Delegierten den Dank für die große Arbeitsleistung im Dienste der Organisation und die vorbildliche Führung der Verhandlungen in den Delegiertensitzungen aus.

Bericht

über die Delegierten-Versammlung der Kassenärztlichen
Vereinigung, Landesstelle Nordbaden, am 15. März 1952
in Mannheim

Beginn: 9.30 Uhr

Vor Beginn der Tagesordnung wird auf Einspruch des Delegierten Dr. Kapferer, Mosbach, zunächst eine Protokollberichtigung vorgenommen.

Die Sitzung wird mit einer Aussprache über die Beziehungen von Kassenärztlicher Vereinigung und Hartmannbund eröffnet. Nach Beilegung der Differenzen erklärt sich die KV bereit, die Mitgliedsbeiträge nunmehr wieder über die KV-Abrechnungsstellen an den Hartmannbund abzuführen. Der Landesvorsitzende Herr Dr. Rist, Karlsruhe, gibt sodann einen ausführlichen Bericht über den Stand der Honorarverhandlungen mit den Innungs- und Betriebskrankenkassen. Der Geschäftsführer Herr Hermann teilt den Beschluß der Delegierten der Ärztekammer Nordbaden e. V. vom 20. Februar 1952 mit, zu einem dritten Notopfer für invalide Ärzte, Arztwitwen und -waisen aufzurufen und die Kassenärztliche Vereinigung um Unterstützung bei der Durchführung der geplanten Maßnahme zu bitten; die Delegierten stimmen diesem Antrag zu. Der Geschäftsbericht vom Jahre 1951 und der Haushaltsplan für das Jahr 1952 werden genehmigt; ferner wird die Frage der Personalverträge behandelt. Als Ergebnis einer Aussprache über Beschwerdeinstanzen für Fragen des Arzneiregresses wird die Bildung einer Kommission (Vorsitz: Dr. Strottkötter, Mannheim, Beisitzer: Dr. Anke, Mannheim, Dr. Buresch, Mannheim) angenommen, so daß nicht nur ein Kollege die Verantwortung trägt. Es wird entschieden, daß es nicht statthaft ist, sich bei Prüfungs- und Beschwerdeinstanzen durch Rechtsanwälte vertreten zu lassen. Das Mißtrauensvotum des Verbandes der niedergelassenen nicht zugelassenen Ärzte gegen ein Mitglied des Gremiums der Beauftragten der Vertragsparteien wird abgelehnt; ein Mißtrauensvotum kann nur durch die Wähler, nicht aber durch einen Verband ausgesprochen werden. Eine personelle Änderung in diesem Gremium kann nur durch Neuwahl erfolgen. Nach einer Diskussion über die Heraufsetzung der Ertragskürzungsgrenze beschließen die Delegierten, die Angelegenheit erst rechnerisch durch die Honorarkommission prüfen zu lassen. Herr Dr. Graf, Heidelberg, gibt nunmehr einen kurzen Bericht über die Bestrebungen zur Errichtung einer zweiten Ambulanz in der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg; er wird gebeten, die Unterlagen der Landesstelle zur Verfügung zu stellen, damit diese entsprechende Schritte beim Kultusministerium unternehmen kann.

Die Sitzung endet um 14 Uhr.

Facharztanerkennungen

Der Facharzt-Ausschuß der Ärztekammer Nordbaden e. V. hat in seiner Sitzung am 20. März 1952 folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

- Dr. med. Becker, Irene, Heidelberg
Fachärztin für Chirurgie
- Dr. med. Brust, Norbert, Mannheim
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Dr. med. Huebschmann, Eva, Heidelberg
Fachärztin für Innere Medizin
- Dr. med. Huebschmann, Heinrich, Heidelberg
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Wilken, Albrecht, Heidelberg
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Huebschmann, Eva, Heidelberg
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Scheffek, Dieter, Mannheim
Facharzt für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Hodel, Erich, Heidelberg
Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten
- Dr. med. Mahr, Anna Kath., Karlsruhe
Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Dr. med. Franz, Helmut, Karlsruhe
Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde
- Dr. med. Rabenschlag, Wilh., Heidelberg
Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde
- Dr. med. Ziegler, Wilh., Karlsruhe
Facharzt für Urologie

Veränderungen von Mitgliedern der Ärztekammer
Nordbaden e. V.

in der Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1952

Neu aufgenommen wurden:

- Dr. Amend, Ida, Mannheim
- Dr. Becht, Heinz, Pforzheim
- Dr. Beck, Hans Robert, Karlsruhe
- Dr. Berg, Helmut, Heidelberg
- Dr. Beyer, Günter, Heidelberg
- Dr. Bichel, Walter, Mannheim
- Dr. Bock, Klaus D., Heidelberg
- Arztin Bopp, Hildegard, Heidelberg
- Arzt de Boor, Clemens, Heidelberg
- Dr. Bruch, Gertrud, Pforzheim
- Dr. Brühl, Hans, Heidelberg
- Dr. Buckesfeld, Walter, Neidenstein
- Dr. Burckhardt, Rudolf, Pforzheim
- Arzt Caspers, Christian, Heidelberg
- Dr. Commichau, Karlheinz, Mannheim
- Dr. Ebert, Horst, Heidelberg
- Dr. Ebhardt, E., Arztn, Heidelberg
- Arzt Ehrenpreis, Werner, Heidelberg
- Dr. Frank, Charlotte, Weinheim
- Dr. Frese, Gerd, Heidelberg
- Arzt Fröhlich, Franz, Heidelberg
- Dr. Funk, Richard, Heidelberg
- Dr. Gaide, Eugen, Bretten
- Arztin Geiger, Martl, Heidelberg
- Dr. Golder, Margarete, Heidelberg
- Arztin Gries, Ursula, Heidelberg
- Dr. Günther, Klaus, Karlsruhe
- Arztin v. Gustedt, Gudrun, Heidelberg
- Dr. Häfner, Else, Heidelberg
- Arztin Hagmaier, Gertrud, Heidelberg
- Dr. Henn, Wiltrud, Pforzheim
- Dr. Hotz, Gerhart, Karlsruhe
- Dr. Huck, Hertha, Mannheim
- Dr. Jäger, Kurt, Mannheim
- Dr. Jähser, Irmela, Heidelberg
- Dr. Jungfermann, Margarete, Heidelberg
- Dr. Kaercher, W., Rockenau
- Dr. Keller, Carl, Heidelberg
- Dr. Kinkel, Hans, Mannheim
- Arzt Klasen, Heinz, Heidelberg
- Arzt Koch Gebhard, Pforzheim
- Dr. Kopp, Wilhelm, Bretten
- Dr. Kristen, Gertrud, Heidelberg
- Arzt Kuhn, Erich, Heidelberg
- Dr. Kuttig, Helmut, Heidelberg
- Arzt Laqua, Hartmut, Heidelberg
- Dr. Littan, Johanna, Heidelberg
- Dr. Littan, K. E., Heidelberg
- Arzt Lohmüller, Thomas, Heidelberg
- Dr. Masing, Hellmuth, Heidelberg
- Dr. Mayer, Werner, Mannheim-Friedrichsfeld
- Arzt Meier, Udo, Heidelberg
- Dr. Meyer-Krahmer, Hans-Georg, Schwetzingen
- Dr. Matzker, Josef, Heidelberg
- Dr. Menzel, Hartmut, Heidelberg
- Dr. Müller, Irmgard, Pforzheim
- Dr. Müller, Johanna, Heidelberg
- Arztin Oppermann, Ila, Heidelberg
- Dr. Paulus, Irmgard, Heidelberg
- Dr. Plückthun, Hans, Heidelberg
- Dr. Potel, Klaus, Pforzheim
- Dr. Prieber, Siegfried, Heidelberg
- Dr. Reichert, Ingeborg, Heidelberg
- Dr. Ruef, Jürgen, Heidelberg
- Dr. Rühl, Joachim, Karlsruhe
- Dr. Seemann, W. F., Heidelberg
- Dr. Selbach, Paul, Heidelberg
- Dr. Simank, Johannes, Mosbach
- Dr. Spang, Albert, Heidelberg
- Dr. Spitzmüller, Hans-Otto, Mannheim
- Dr. Schellenberg, Robert, Mannheim
- Dr. Schöninger, Marianne, Pforzheim
- Dr. Schönsee, Hubert, Heidelberg
- Dr. Schwab, Werner, Heidelberg
- Dr. Schwan, Walter, Mannheim

Dr. Stehberger, Werner, Heidelberg
 Dr. Stelgen, Peter, Heidelberg
 Dr. Strohmeier-v. Bippen, M. G., Heidelberg
 Dr. Teske, Hans, Heidelberg
 Arzt Thorspecken, Reiner, Heidelberg
 Dr. Ungerecht, Kurt, Heidelberg
 Dr. Voigt, Annemarie, Heidelberg
 Dr. Wagner, Wilhelm, Heidelberg
 Dr. Waldhagen, Klaus, Heidelberg
 Arzt Walke, Hubert, Heidelberg
 Dr. Weber, Margarete, Heidelberg
 Ärztin Weygand, Annerose, Heidelberg
 Dr. Zerzog, Luitpold, Heidelberg

Verzogen sind:

Dr. Brandtner, Gisela, Mannheim
 Dr. Beller, Fritz Karl, Karlsruhe
 Dr. Haase, Werner, Karlsruhe
 Dr. Hiltner, Lydia, Heidelberg
 Dr. Kokott, Wilfried, Heidelberg
 Dr. Meinhof, Götz, Bruchsal
 Dr. Nunhöfer-Lötterle, Anneliese, Pforzheim
 Dr. Stoffel, Heinrich, Mannheim
 Dr. Thren, Richard, Heidelberg
 Dr. Tränkle, Wolfgang, Mannheim

Dr. Walter, Karla, Mannheim
 Dr. Wanger, Erhard, Heidelberg
 Dr. Weiss, Hedwig, Mannheim
 Dr. Zappe, Helmut, Heidelberg

Gestorben sind:

Dr. Battlehner, Theodor, Langenbrücken
 Dr. Keller, Ernst, Mannheim
 Dr. Meyer-Krahmer, Hans Georg, Schwetzingen
 Dr. Speierer, Carl, Karlsruhe
 Dr. Waas, Franz, Östringen
 Dr. Wagner, Paul, Stein, Kreis Pforzheim
 Dr. Wolff, Roman, Ladenburg

Mitgliederstand am 31. März 1952 = 1911

Mannheim, den 1. April 1952

R.

Ärztlicher Fortbildungskurs in Heidelberg

Am 26. und 27. April 1952 findet in Heidelberg, Ludolf-Krehl-Klinik, Bergheimer Str. 58, ein ärztlicher Fortbildungskurs statt. Das Thema lautet: „Der Rheumatismus“. Kolleginnen und Kollegen, die an diesem Kurs interessiert sind, können nähere Auskunft im Büro der Ärzteschaft Heidelberg, Hauptstr. 131, Tel. 45 00, erhalten.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 4620

Nachruf

Die Bezirksärztekammer Baden-Baden hatte in den letzten Wochen den Verlust von vier verdienstvollen Kollegen zu beklagen:

Am 25. Februar 1952 verstarb in Zürich der Baden-Badener Arzt Dr. med. Eddy Schacht im 80. Lebensjahre.

Der Verstorbene konnte auf einen vielgestaltigen Lebensweg zurückblicken, der ihm reiche ärztliche und menschliche Erfahrungen brachte.

1872 in Brooklyn/USA. als Sohn eines norddeutschen Vaters und einer dänischen Mutter geboren, genoß Eddy Schacht Erziehung und Ausbildung in Deutschland, wo er nach dem Besuch der Universitäten Kiel, Göttingen und München 1895 zum Dr. med. in Kiel promovierte.

1902 fuhr er zum erstenmal nach Ägypten, woraus sich eine ständige Winterpraxis in Assuan entwickelte. 1908 siedelte Schacht nach Baden-Baden über.

Im ersten Weltkrieg folgten mehrere Kommandos in die Türkei — 1919 baute er die Praxis in Baden-Baden neu auf und kehrte im Winter 1923 erstmals nach Assuan zurück, wo er bis 1934 regelmäßige Winterpraxis abhielt.

Im Oktober 1944 wurde Schacht als Bruder Hjalmar Schachts im Rahmen der Sippenhaftung festgenommen.

Nach Kriegsende wurde Eddy Schacht als Vertrauensmann in die Baden-Badener Stadtverwaltung berufen und übernahm von Januar bis September 1946 das Amt des kommissarischen Oberbürgermeisters.

Gleichzeitig war er der erste, der die Sammlung und Wiedererrichtung der ärztlichen Berufsorganisationen übernahm.

Beide hohen und damals äußerst schwierigen Ämter hat Schacht mit aller denkbaren Einsatzbereitschaft trotz seines schon hohen Alters geführt und hat sich trotz zeitbedingter Erschwerungen und Konflikte für die Bürger der Stadt und für seine Kollegen als einer der Ersten bewährt, die auf Grund ihres hohen persönlichen Ansehens auch die deutschen Interessen vertreten konnten.

Wenn er seine Ämter später jüngeren Kräften abtrat, um seine letzten Lebensjahre nur noch seiner Praxis zu widmen, so wollen wir in dem Verstorbenen doch nicht den stets hilfsbereiten Menschen vergessen, der in schwerster Zeit mit seinem ganzen persönlichen Gewicht in die Bresche sprang und dessen Wirken wir heute noch aus persönlichster Erfahrung dankbar gedenken.

Am 1. März 1952 starb im Alter von 68 Jahren der Frauenarzt Dr. med. Hermann Peterson, Baden-Baden.

Nach seiner Fachausbildung an der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg hatte sich Dr. Peterson am Ende des ersten Weltkrieges in Baden-Baden niedergelassen und bis zu seinem Tode eine ausgedehnte Praxis vorbildlich versorgt. Von 1935—1945 war er außerdem noch Chefarzt der Baden-Badener Frauenklinik Josefinenheim, in der er, im Kriege zeitweilig als einziger Arzt, in aufopferungsvoller Arbeit seine Patientinnen betreute und damit viel Gutes tun konnte. Seine großen Erfahrungen auf seinem Fachgebiet, seine immerwährende Hilfsbereitschaft und sein menschliches Einfühlungsvermögen brachte ihm das Vertrauen und eine große Beliebtheit in weiten Kreisen der Bevölkerung. Die Ärzteschaft in Baden-Baden verlor mit Dr. Peterson einen hochgeschätzten Kollegen, dessen Andenken als Arzt und Mensch sie stets bewahren wird.

Am 6. März 1952 starb im Alter von 76 Jahren Herr Dr. med. Joseph Berberich, der seit dem Jahre 1893 bis zu seinem Tode als praktischer Arzt und Geburtshelfer in Baden-Lichtental in unermüdlicher Pflichttreue und Sorge um seine Kranken tätig war.

Als Mitbegründer der freiwilligen Sanitätskolonne Lichtental übte er bis 1926 das Amt des ausbildenden Kolonnenarztes aus und wurde auf Grund seiner großen Verdienste in diesem Jahre zum Ehrenkolonnenarzt ernannt. In der öffentlichen Gesundheitsfürsorge setzte er sich als Armen- und Schularzt ein und betreute 50 Jahre lang neben seiner großen Praxis her auch noch das herrschaftliche Bezirksspital Schafberg in Baden-Baden.

Mit Herrn Dr. Berberich haben wir einen Kollegen verloren, der in einem langen arbeitsreichen Leben beispielhaft das Bild des Hausarztes verkörperte, der seinen Kranken Freund und Helfer zugleich war und der darüber hinaus noch einen wesentlichen Einfluß auf die vorbeugende Gesundheitsfürsorge der Jugend und auf die ärztliche Betreuung der Alten ausübte.

Einen weiteren, ebenfalls tragischen Todesfall beklagt die Bezirksärztekammer Baden-Baden in dem Verlust des in Ottenhöfen, Kreis Bühl, praktizierenden Arztes Dr. med. Erich Dasser.

Der im besten Mannesalter stehende Kollege wurde mitten aus seiner Arbeit heraus, als er sich am 26. März nach Beendigung eines Krankenbesuches nach Hause begeben wollte, auf dem Heimwege vom Tode dahingerafft. Wir ehren sein Andenken.

Bezirksärztekammer Baden-Baden

ÄRZTLICHE PRESSESTELLE STUTTGART

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 76044 und 76045

Auseinandersetzung mit der Allg. Ortskrankenkasse Waiblingen in der Waiblinger Presse

In der „Stuttgarter Zeitung“ vom 8. Februar 1952 erschien unter der Überschrift „Gute Leistungen der Ortskrankenkasse Waiblingen“ ein Artikel, der insbesondere auf die freiwilligen Zuschläge der Ortskrankenkasse Waiblingen zum Krankengeld hinwies. Nach den Ausführungen sind die vorgesehenen Zuschläge zum Krankengeld vom 18. Arbeitsunfähigkeitstag an für die Ehefrau von 10 Prozent, für jedes weitere Angehörige von 5 Prozent bis zum gesetzlich möglichen Höchstbetrag von 75 Prozent des Lohns zu gewähren. Der ledige Versicherte soll von der 7. Woche an 60 Prozent seines Lohns erhalten. Bei den Gehaltsbeziehern sollen von der 7. Woche an allgemein 60 Prozent des Lohns als Krankengeld bezahlt werden. Dazu kommen dann gegebenenfalls noch die Zuschläge für Familienmitglieder. Diesen freiwilligen Leistungen steht gegenüber, daß die Ortskrankenkasse Waiblingen das schlechteste Honorar für die kassenärztliche Tätigkeit in ganz Nord-Württemberg entrichtet. Es wurde außerdem seitens der Ortskrankenkasse mitgeteilt, daß zur Zeit die Besetzung weiterer Stellen für prakt. Ärzte zurückgestellt würde, da das Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten vom Bundestag noch nicht verabschiedet worden sei. Die folgende Stellungnahme der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart vom 11. Februar 1952 wurde am 7. März 1952 in der Stuttgarter Zeitung veröffentlicht:

„Krankenversorgung einseitig betrachtet“

„Zu dem Bericht: ‚Gute Leistungen der Ortskrankenkasse Waiblingen‘ in der Stuttgarter Zeitung, Waiblinger Lokalteil vom 8. Februar 1952, kann man zunächst vorwegnehmen, daß die mitgeteilten zusätzlichen Leistungen absolut zu begrüßen sind; es darf jedoch nicht übersehen werden, daß mit derartigen Maßnahmen die Voraussetzungen für eine gute Krankenversorgung noch nicht erfüllt sind; letztlich liegt die Behandlung des Kranken beim Arzt. Ärztliches Können und ärztliche Ethik sind nicht die einzigen Vorbedingungen einer erfolgreichen ärztlichen Tätigkeit. Ohne eine ausreichende materielle Existenz und die notwendigen technischen Hilfsmittel leidet die ärztliche Behandlung zum Schaden der Patienten. Es wäre zu wünschen, daß sich auch die Ortskrankenkasse Waiblingen diesen Gesichtspunkt zu eigen machen und die berechtigten ärztlichen Forderungen mehr als bisher erfüllen würde. Während die Ortskrankenkassen in früheren Jahren 24 bis 25 Prozent ihrer Beitragseinnahmen als Arzthonorar zur Verfügung stellten, betrug dieser Anteil bei der Ortskrankenkasse Waiblingen im III/51 nur 13,93 Prozent, bei der AOK Schorndorf 18,22 Prozent, bei der AOK Schwäb. Gmünd 17,66 Prozent und bei der AOK Ellwangen 19,30 Prozent. Die AOK Waiblingen bezahlt die kassenärztlichen Leistungen auch im Vergleich mit allen anderen nord-württembergischen Ortskrankenkassen am schlechtesten. Es muß bei der Bewertung dieser Zahlen noch berücksichtigt werden, daß zu der schlechten Bezahlung der ärztlichen Leistungen gegenüber früher noch wesentlich höhere Praxisunkosten traten, die heute etwa 50 bis 60 Prozent der Gesamteinnahmen des Arztes beanspruchen.“

Es wurde davon gesprochen, daß bei der Ortskrankenkasse Waiblingen keine weiteren Ärzte zugelassen werden könnten. Es werden weder bei noch durch die Ortskrankenkasse Waiblingen Kassenärzte zugelassen; wohl aber kann sie sich den Zulassungen weiterer Ärzte durch die Zulassungsinstanz widersetzen. Im Kreis Waiblingen gibt es 79 Kassenärzte. Das entspricht einem Verhältnis von 1 Arzt auf 621 Versicherte. Es sollte jedoch wenigstens 1 Arzt auf 600 Versicherte kommen und selbst dieses Verhältnis wird den heutigen Bedürfnissen der Bevölkerung nicht mehr gerecht. Je mehr Zeit der einzelne Arzt für seine Patienten hat, um so gründlicher kann er sich mit ihnen befassen. Es wird den Kranken deshalb ein

schlechter Dienst erwiesen, wenn versucht wird, die Zahl der zu ihrer Versorgung zugelassenen Ärzte möglichst klein zu halten.“

Am 20. Februar 1952 erschien in der „Neuen Waiblinger Kreiszeitung“ ein Bericht des Verwaltungsdirektors der Ortskrankenkasse, Kässer, der inhaltlich mit dem oben erwähnten Artikel in der „Stuttgarter Zeitung“ im wesentlichen übereinstimmte, in dem aber außerdem noch davon die Rede war, daß die Ortskrankenkasse Waiblingen zwar bestrebt sei, eine gute Zusammenarbeit mit allen zur Kassentätigkeit zugelassenen Ärzten zu pflegen, es aber von ihr aus nicht erwünscht sei, daß weitere Abrechnungsstellen zwischen Patient und Arzt eingeschaltet seien. Die hierzu erfolgte Stellungnahme der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart erschien in der „Neuen Waiblinger Kreiszeitung“ am 6. März 1952.

„Der Leiter der Ortskrankenkasse Waiblingen hat auf einen hohen Leistungsstand dieser Kasse hingewiesen. Der erkrankte Versicherte bedarf in erster Linie einer gründlichen ärztlichen Behandlung. Zu den Aufgaben einer Ortskrankenkasse gehört deshalb auch die Vergütung der ärztlichen Leistungen. Während diese in früheren Jahren etwa 24 bis 25 Prozent der Beitragseinnahmen der Ortskrankenkassen betrug, führte die Ortskrankenkasse Waiblingen in der letzten Zeit nur etwa 14 Prozent ihrer Beitragseinnahmen an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abgeltung der gesamten ärztlichen Leistungen ab. (Im III/51 waren es genau 13,93 Prozent.) Dies stellt das schlechteste Honorar für ärztliche Leistungen dar, das in ganz Nord-Württemberg von den Ortskrankenkassen entrichtet wird. Ärztliches Können und ärztliche Ethik allein sind nicht die einzigen Vorbedingungen einer erfolgreichen ärztlichen Tätigkeit. Es gehören hierzu auch eine materielle Existenz und die notwendigen technischen Hilfsmittel. Es bedarf außerdem auch einer gewissen Anzahl von Ärzten, um die ärztliche Versorgung der Versicherten in ausreichender Weise zu gewährleisten. Die Kriegs- und Nachkriegszeit hat eine wesentliche Zunahme von Erkrankungen und das Auftreten völlig neuartiger gesundheitlicher Störungen und Schädigungen gebracht, so daß die Ärzteschaft die früher festgesetzte Verhältniszahl von 1 Kassenarzt auf 600 Versicherte nicht mehr als ausreichend betrachtet. Im Kreis Waiblingen sind jedoch nicht einmal so viel Kassenärzte zugelassen, daß auf 600 Versicherte 1 Kassenarzt kommt. Jeder Patient weiß aber, daß der Arzt eine gewisse Zeit benötigt, um sich eingehend und gründlich mit ihm befassen zu können, und daß es ein schlechter Dienst für die Kranken ist, wenn von der Ortskrankenkasse Waiblingen versucht wird, Neuzulassungen von Kassenärzten zu verhindern, auch wenn dies angeblich im Hinblick auf eine kommende gesetzliche Regelung geschieht. Die Ärzteschaft begrüßt es, wenn die Ortskrankenkasse Waiblingen eine gute Zusammenarbeit mit den Kassenärzten erstrebt und sie tut dies gleichermaßen. Im Interesse dieser Zusammenarbeit und letztlich im Interesse der Kranken wäre es aber notwendig, daß sich die Ortskrankenkasse Waiblingen die eben dargelegten Gesichtspunkte mehr als bisher zu eigen machen würde.“

Warnung vor dem angeblichen Krebsheilmittel „Endobiont Chondritin“¹

Seit Anfang dieses Jahres ist in Presse und Rundfunk eine erhebliche Diskussion über das angebliche Krebsheilmittel „Endobiont Chondritin“ im Gange, das der Berliner Zoologe Prof. Günther Enderlein entwickelt hat. Außer der Wirksamkeit bei Krebs wird von Prof. Enderlein das Mittel auch zur Behandlung anderer Krankheiten (Hodgkinsche Krankheit, Zuckerkrankheit, Rheumatismus usw.) angepriesen. Es muß

¹ Von der Ärztlichen Pressestelle an Presse und Rundfunk weitergegeben.

in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß die Theorie Prof. Enderleins über die Bakteriencyclogenie, auf der auch sein angebliches Heilmittel beruht, bereits seit 25 bis 30 Jahren von ihm vertreten wird und bisher keiner wissenschaftlichen Nachprüfung standgehalten hat. Ebenso konnte sein Präparat, das früher den Namen „Mutalin“ trug und jetzt den Namen „Endobiont Chondritin“ von ihm erhalten hat, bisher nicht klinisch nachgeprüft werden, da sich Prof. Enderlein geweigert hatte, das Präparat zu diesem Zweck zur Verfügung zu stellen. Das Landesgesundheitsamt

Berlin hat nun den Vertrieb des Präparats untersagt, bis eine wissenschaftliche und klinische Nachprüfung über seine Wirksamkeit erfolgt ist. Hierzu hat sich Prof. Enderlein nun bereit erklärt, nachdem er eine Überprüfung seines Mittels durch das Robert-Koch-Institut Berlin und durch das Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt am Main aus unverständlichen Gründen abgelehnt hatte. Es muß davor gewarnt werden, das Enderleinsche Mittel anzuwenden, bevor eine Überprüfung erfolgt ist, wie sie bei jedem Arzneimittel vor seiner Freigabe vorzunehmen ist.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

9. Woche 1952 — 12. Woche 1952

(24. Februar 1952 — 22. März 1952)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle		Miltbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kinbettfieber nach Geburt	Kinbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Qu. Fieber	Tularämie		
		N	T																															
Nord-Württemberg	9.	N				10	15	70	19	48	1			38	14	2																		
		T						9		1																3								
	10.	N				9	26	83	9	58				27	13	2										4			1	1				
		T						8	4	1																								
	11.	N				5	28	93	8	91				34	19	2				4		1				13	1							
		T						8	1						1																			
	12.	N				4	27	80	8	38				28	30	3	1								56	4								
		T						13																										
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	9.	N				3	1	9	11	10				7	9		1									29								
		T						3	2																									
	10.	N				5	20	19	12	11				6	6	1								1		10		1						
		T				1		2	2																									
	11.	N				5	15	11	4			1	2	7		2										13								
		T						4	1																	2								
	12.	N				1	8	15	8	2		1	7	5	2	1	2	1								37								
		T						3																										
Nord-Baden	9.	N				6	21	37	4	23	4		21	17			68			2		1											1	
		T						5																										
	10.	N				4	24	41	11	27	2		44	12			4			1						103								
		T						5			1																							
	11.	N				4	21	56	4	65	3		29	7	2	2	24																	
		T				1		5																										
	12.	N				4	24	40	4	34	2	1	17	17						3		2												
		T						11	1	1																								
Land Baden	9.	N				5	10	21	14	11			6	10	2		1									21								
		T						3																										
	10.	N				3	19	26	1	11			10	8	2		1									27								
		T						3																										
	11.	N				4	19	23	3	20			6	8												85	1							
		T						2																										
	12.	N				20	28	9	6	2			7	4												25								
		T						8	2	1																								

E 67-Eufem
CHEMISCHE FABRIK JADE HAMBURG

VAGINAL-DESINFIZIENS,
ANTICONCIPIENS, DESODORANS.
ZUR PROPHYLAXE VON
KREUZ- UND UNTERLEIBSCHMERZEN,
PARAMETRITIS POSTERIOR ALS FOLGE
PSYCHO-NEUROTISCHER ANGSTKOMPLEXE.



U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe April 1952. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.