

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952

5 (1.5.1952)

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 5

STUTT GART, MAI 1952

7. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Dr. Schumacher:	Die Geschichte der Freiburger Medizinischen Fakultät im Wandel der Zeiten und Anschauungen	83
Dr. Günther:	Mütterliche Röteln und Fruchtschädigung (II. Teil)	87
Med.-Rat Dr. Schulz:	Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden und Württemberg	91
Dr. Dobler:	Universität und Berufstätigkeit	93
Dr. Gerber:	Aus der Arbeit des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg	94
Dr. Knüppel:	Erwiderung auf Dr. Magenau's Bemerkungen zu: „Das verhängnisvolle Attest“ von Reg.-Rat Kloesel	96
Buchbesprechungen	97
Bekanntmachungen	98
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	100
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	101
	Ärztekammer Nordbaden e. V.	103
	Landesärztekammer Baden	104
	Ärztliche Pressestelle Stuttgart	105
Abseits	105
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 13. bis 16. Woche 1952	106

Am Samstag, den 7. Juni 1952, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 100

Die Geschichte der Freiburger Medizinischen Fakultät im Wandel der Zeiten und Anschauungen

Von Prof. Dr. Dr. Joseph Schumacher, Freiburg

I.

Die Beschäftigung mit der konkreten Geschichte einer einzelnen Fakultät, zumal der „eigenen“, ist auch für den Nichthistoriker von ganz besonderem Reiz. Die Ehrfurcht vor der Authentizität der Zeugen, die in nackter Unmittelbarkeit Geschichte, „wie sie wirklich war“, wieder lebendig werden lassen, spielt dabei eine große Rolle; ebenso der natürliche Trieb, zu erfahren, welche treibenden Kräfte die Fakultät zu ihrer jetzigen Gestalt mitgeformt haben. Hinzu kommt die vielleicht indiskrete, aber verständliche Neugier, die uns danach fragen läßt, wie es wohl diesem oder jenem bekannten oder unbekanntem Mitgestalter seiner Zeit bei seinen Taten und Kämpfen und Schicksalen zumute gewesen sein mag. Vielleicht beruht gerade darin in einem besonderen Maße unsere Freude am Historischen, insbesondere aber auch an Biographien, persönlichen Auf-

zeichnungen und selbst an trockenen Chroniken und an kaum leserlichen Universitätsprotokollen, die längst der Vergangenheit angehören.

Aber auch der Fachhistoriker, der sich vorzüglich die Aufdeckung der inneren Zusammenhänge und Ereignisse im „Großraum“ der Geschichte zur Aufgabe gestellt hat, kann sich der „Kärner“-Arbeit an den verstaubten Akten einer einzelnen Fakultät nicht ohne Schaden entziehen. Oft genug werden da unerwartete Quellen fündig, die der Bereicherung seines Geschichtsbildes dienen. Vor allem aber führt ihm diese Beschäftigung wieder einmal vor Augen, daß vor dem wirklichen Geschehen jede Geschichtsideologie in ihrer Einseitigkeit versagt, genauer, daß geschichtliche Entwicklung weder durch die äußeren Verhältnisse, noch durch geschichtliche Persönlichkeiten, noch durch tragende Ideen allein verständlich wird.

Darüber hinaus kann die Beschäftigung mit der Fakultätsgeschichte gelegentlich zu einer überraschenden Berichtigung des gewohnten allgemeinen Geschichtsbildes führen. Das zeigt in geradezu beispielhafter Weise die Geschichte der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg in ihrer Beziehung zu den jeweiligen Zeitströmungen.

Am 21. September des Jahres 1457 stellte Erzherzog Albert VI. von Österreich den Stiftungsbrief für die „Albertina“ aus. Der Wortlaut dieser Urkunde wird für immer denkwürdig bleiben, weil er mit aller nur wünschenswerten Klarheit gerade das Wesentliche der echten Universitätsidee zum Ausdruck bringt: die Universalität und die unbedingte Freiheit der Lehre. Der Stifter wünscht, daß aus dem „Brunnen des Lebens“, den er mit anderen graben helfen will, „von allen Enden der Welt erleuchtendes Wasser heilsamer Weisheit geschöpft werde“. Er gedenkt der Lehrer, die „aus der Ferne kommend, ihren Wissensschatz den Unseren bereitwillig darbieten und hinschenken.“ Zum Dank will er der Hochschule nicht nur weitgehende Freiheit von Abgaben, sondern auch das Recht gewähren, für sich eigene Gesetze und Statuten zu erlassen ohne Einspruchsgewalt seitens irgendeiner Behörde. „Denn wir und unsere Erben“, sagt der Stifter wörtlich, „haben uns vorgenommen, die Universität in fürstlichen Gnaden und Freiheiten zu schirmen, nicht aber mit unserer Regierung Macht und Gewalt an sie zu legen.“ Ein großes Wort in einer Zeit, da die legitimen Monarchen, gestützt auf Rechtstitel des Mittelalters, auf mehr oder minder gewaltsame Art ihre Macht und vor allem ihren Einfluß auf staatsbürgerliche Erziehung ständig zu erweitern suchten.

Denkwürdig ist auch die Festrede bei der Einweihung der Universität am 30. April 1460, gehalten vom ersten Rektor, Dr. Matthias Hummel, der bemerkenswerterweise zugleich auch der erste Dekan der medizinischen Fakultät war. In fast überschwänglicher Sprache sucht er Ziel und Bedeutung der Hochschulen im allgemeinen und der Freiburger im besonderen darzulegen. Einige Sätze mögen uns eine Vorstellung geben von der Art seiner Rede und von der Begeisterung, von der sie getragen war: „Heil euch“, sagt er u. a., „ihr beglücktesten Städte, ihr Paradies der Erde, Bologna, Paris, Oxford, Wien und ihr anderen Universitäten, in welche die Lernbegierigen von Osten und Westen, von Süden und Norden zusammenströmen und um so lieber wiederkehren, je öfter sie euch besuchten und je länger sie bei euch verweilten. An den Hochschulen ist gut Hütten bauen; denn da ist Morgen und Abend zugleich, das ganze Jahr ein Tag... Da sind die Bahnen der Peripatetiker, die Hallen der Stoiker, da ist Platons Akademie, da weilte Aristoteles unter seinen Schülern.“

Der zweite Teil der Rede geißelt mit unerhörter Schärfe die Mißstände im geistigen Leben seiner Zeit. Für alle Stände, insbesondere für die Geistlichen und Adeligen hat er harte Worte des Tadels. Zum Schluß wendet er sich an seine Mitarbeiter, um noch einmal darzulegen, daß die Hochschule nur einem Ziel zu dienen habe, der Wahrheit.

Diese denkwürdige Festrede Hummels zwingt uns, unsere Vorstellung von der Universitätsidee im ausgehenden Mittelalter in mehr als einer Beziehung zu berichtigen. Der tiefere Grund aber für die Heraushebung gerade des ideellen Momentes bei der Institution der

Freiburger Hochschule liegt einmal darin, daß wir dieses Moment für sehr viel wichtiger halten als die Einzelheiten des durch äußere Zufälle — vor allem die zahlreichen Kriege, die Seuchenjahre, den zeitweiligen Mangel an geeigneten Lehrkräften und finanziellen Mitteln usw. — bedingten Ganges der tatsächlichen Entwicklung; zum zweiten gibt uns die Kenntnis der der Universität bei der Gründung mitgegebenen Idee einen Schlüssel für das Verständnis von Vorgängen, die uns sonst völlig unverständlich bleiben müßten. So, wenn im siebzehnten und achtzehnten Jahrhundert die Universität gewissen Reformversuchen oder auch behördlichen Erlassen hartnäckigen Widerstand entgegensetzt. Der Kampf gegen die Neuerungen, der in den Schilderungen der Geschichte der Universität gelegentlich als „rückschrittlich“ verurteilt wird, war oft genug der Kampf um die ursprüngliche und echte Universitätsidee. Wir werden an gegebener Stelle noch einmal darauf zurückkommen.

Wenden wir uns nunmehr vom Ideellen zum Materiellen, d. h. zum praktischen Unterricht in den ersten beiden Jahrhunderten nach der Gründung, dann schneidet die medizinische Fakultät Freiburg — übrigens mit manchen anderen — recht ungünstig ab. Überschaubar man die Unterrichtspläne der verschiedenen Fakultäten, dann überrascht der zähe Konservatismus in einer Zeit, die auf so zahlreichen Gebieten das Ringen um Neugestaltung erkennen läßt. Befinden wir uns doch in einer Periode, von der Neuberger mit Recht schreibt: „Wie für das übrige Geistesleben des Abendlandes setzte in der zweiten Hälfte des fünfzehnten Jahrhunderts auch für die Medizin eine ewig denkwürdige, hellstrahlende Übergangsepoche ein, eine Epoche, die groß war, durch das, was sie leistete, größer aber noch durch das, was sie vorbereitete.“

Nach drei Richtungen hin hatten sich auf dem Gebiet des Medizinischen Wandlungen vollzogen. 1. Humanismus und Renaissance schufen wieder die Möglichkeit des unvermittelten Zugangs zu den Arztgedanken der griechischen Antike. Die sog. philologischen Ärzte — genannt seien u. a. die Italiener Giorgio Valla (gest. 1499), Filippo Berovalda (gest. 1505), Giovanni B. da Monte (gest. 1552), die Engländer Th. Liancre (gest. 1524) und John Caius (gest. 1573), die Deutschen Johann Winter v. Andernach (1497—1574), Leonhard Fuchs, Lehrer in Ingolstadt und Tübingen (1501—1566), Johann Cornarius (1500—1558), Anutius Foesius aus Metz (1528—1591) — bemühten sich in enger Zusammenarbeit mit den Humanisten, ihre Zeit durch Neuausgaben und kritische Übersetzungen wieder empfänglich zu machen für den Geist, dem die abendländische Medizin Anfang und Ursprung zugleich verdankt. 2. Mediziner und Philosophen leisteten wertvolle Vorarbeit für eine Methodologie der Medizin. Schon Roger Bacon (etwa 1214—1292 oder 1294) hatte den unkritischen Glauben an die Autorität des Galen, das Festhalten an den Vorurteilen und alten Denkgewohnheiten als Ursachen des Verfalls der Wissenschaften gebrandmarkt, hatte Experiment und beobachtende Erfahrung als die vorzügliche Basis der Erkenntnis auch für die medizinische Forschung gefordert. Francesco Petrarca (1304—1374) hatte in sehr scharfer Sprache mit zahlreichen anderen Autoren seiner Zeit den Arabismus und Galenismus der Ärzte bekämpft und ihre Bevorzugung der Dialektik und Rhetorik gegenüber der eigenen Erfahrung in Unterricht und Praxis der Lächerlichkeit preisgegeben.

Das dritte Moment, das das Bild dieser Zeit charakterisiert, sind die zahlreichen größeren und kleineren Entdeckungen auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie, der Diagnose und Therapie, die uns aus der allgemeinen Medizingeschichte bekannt sind, und die die Irrtümer eines Galen und Avicenna nunmehr auch praktisch berichtigten. Jetzt konnten die immer zahlreicher werdenden antigalenischen Schriften auf Tatsachen verweisen und der *nuova scientia* den Weg bereiten, der sie dann später zum unaufhaltsamen Siegeszug führen sollte. Beobachtende Erfahrung als Leitstern des Denkens und Handelns mußte ja gerade dem Arzt imponieren, zumal im sechzehnten Jahrhundert, das ihn mit neuen Krankheitserscheinungen (bisher in ihrer Erscheinungsform unbekanntes Epidemien, Schußwunden usw.) bekannt machte, bei deren Beurteilung und Behandlung ihn die Schriften der Alten ebenso im Stich ließen wie die rein a priori angestellten Erwägungen.

Um so erstaunlicher ist das Verhalten der meisten Pflanzstätten der ärztlichen Kunst gegenüber den Fortschritten der Zeit in Wissenschaftstheorie und Praxis. In den noch von Hummels Hand stammenden „Statuten der medizinischen Fakultät“ finden wir den folgenden Unterrichtsplan: „Wir verordnen, daß gelesen werde . . . im ersten Jahr in der „Theorie“ der erste Teil des ersten Buches des Avicenna (täglich) eine Stunde und in der „Praxis“ eine zweite Stunde der vierte Teil des ersten Buches. Im zweiten Jahr in der Theorie die *Tegni Galeni* [*tegni* ist die von Konstantinus Africanus so genannte und ins Lateinische übersetzte „Kleine Kunst des Galen“, eine von dessen wichtigsten therapeutischen Schriften], in der Praxis der erste Teil des vierten Buches über die Fieberarten. Im dritten Jahr in der Theorie die Aphorismen des Hippokrates und in der Praxis das neunte Buch des *Almansor* [Abkürzung für „*Nonus Rhazis ad Almansorem*“] oder aus dem dritten *Canon* des Avicenna.“

Als im Jahre 1545 Medizinstudierende die Stadt Freiburg um Überlassung der Leiche eines Hingerichteten zum Zwecke der Sektion baten, wurde ihnen die Antwort: „Wenn es den Herren Ordinariis der Fakultät nit zuwider, so wolle der Rat ein solches zulassen.“ Die beiden Ordinarii aber lehnten die Sektion ab. 1574 forderte Erzherzog Ferdinand die Fakultäten auf, „ihre Lehrpläne, Wünsche und Anträge zu einer Studienreform einzureichen“. In dem daraufhin von der medizinischen Fakultät aufgestellten Lehrplan (1575) findet die Anatomie und sogar der Name Vesal zum erstenmal besondere Erwägung, aber im Visitationsbescheid vom 29. Oktober 1577 verordnet der Erzherzog, „das allein die alten *Classici authores* als Hypokrates, Galenus, Dioscorides, Avicenna . . . publice gelesen werden sollen, und wonnor aber ainer neue Authores profitieren wolte, daß daßselbig gleichwol privatim geschehen möchte“. Noch im Lehrplan 1604, in welchem die des öfteren geforderte Reform des medizinischen Studiums zum Ausdruck kommen sollte, lesen wir folgende Sätze: „Indem die gesamte Medizin aus drei Hauptteilen — der Physiologie, Pathologie und Therapie — besteht, so wird dieselbe auch an der Universität Freiburg ganz übereinstimmend von ebensoviel Professoren vorgetragen. Indem es ferner an allen berühmteren Hochschulen üblich ist, nur die ausgezeichnetsten Schriftsteller bei den Vorträgen in der Medizin zugrunde zu legen, so hält sich auch die medizinische Fakultät der Albertina vorzugsweise an die Väter der Arzneikunde Hippokrates und Galenus selbst

und zieht nur bei dunklen Stellen andere klassische Autoren zu Rat, deren Aussprüche sie erst nach sorgfältiger Prüfung annimmt. Sie benutzt hierbei von den Älteren: Dioscorides, Avicenna, Rhazes, Trallianus, Oribasius, Actuarius, Celsus; von den Neueren Fernelius, deren Ansehen unangetastet ist.“

Also ein einziger unter den Neueren wird als Autorität beim Unterricht zugelassen — und der war schon zwei Menschenalter tot. Und das alles nach einem Paracelsus, Andreas Vesal, Ambroise Paré, Girolamo Fracastoro, Servet, Realdo Colombo u. a.!

Doch deuten einige Sätze dieses Studienplanes darauf hin, daß der neue wissenschaftliche Geist, der das Abendland erfüllte, künftig auch das Studium an der Universität durchdringen sollte. Schon früher hatten die Professoren mit ihren Schülern privatim Excursionen veranstaltet, sie in die Apotheken geführt und, wo es anging, sie ans Krankenbett mitgenommen. Jetzt werden ihnen diese Excursionen zur Pflicht gemacht, „wenn immer es sich ermöglichen läßt“. „Auch solle die Sektion von Leichen nicht vernachlässigt werden.“ Von 1607—1612 hat Freiburg in Johann C. Helbling einen eigenen Professor für Anatomie, der zugleich auch über Pathologie las. 1620 kaufte die Universität ein Haus, in welchem sie erkrankte Angehörige und ebenso ein anatomisches Theater unterbrachte. Überdies ließ sie in demselben Haus einen botanischen Garten einrichten (es war der fünfte in Deutschland), in dem die Studierenden die wichtigeren Arzneipflanzen selbst studieren konnten.

Klinikum und Anatomie fielen mitsamt dem botanischen Garten den Kriegswirren des siebzehnten Jahrhunderts zum Opfer. 1671 bittet die medizinische Fakultät mit dem Hinweis auf die Wichtigkeit der Anatomie für die Medizinstudierenden um eine Beihilfe zu deren Wiederaufbau. Gleichzeitig bestimmt sie in einem neuen Studienplan, daß alljährlich zur Winterszeit „Sektionen nicht nur an Leichen, sondern auch an lebenden Tieren vorgenommen werden sollten, und zwar gemäß den Beobachtungen sowohl der älteren als auch der modernen Anatomen“. Doch konnte damit der Niedergang der Fakultät nicht mehr aufgehalten werden. Im Dezember 1676, also noch vor Inbesitznahme Freiburgs durch Frankreich, erklärte der Tertiarius Maximilian H. Egermaier vor dem Senat, „weil keine Studenten der Medizin hier angelangt, so habe die Fakultät ihre Lektionen eingestellt“.

II.

Es ist eine alte Streitfrage, ob es in der geisteswissenschaftlichen Entwicklung echte „negative Phasen“ geben könne, d. h. Zeiten, die nicht Weiterentwicklung bedeuten, sondern Stillstand oder gar Rückschritt. Eine weitverbreitete Auffassung meint, gerade die sog. negativen Phasen seien es, die immer wieder die großen Persönlichkeiten und Kräfte zu ihrer Überwindung geweckt hätten und somit eigentlich als positive Faktoren der Entwicklung gewertet werden müßten. Eine andere Richtung dagegen vertritt die Auffassung, äußere Ereignisse und innere Zustände seien sehr wohl geeignet, negative Phasen der Entwicklung zu zeugen bzw. sie bedingten im konkreten Fall notwendigerweise den Stillstand oder den Verfall einer Institution, wie sie die Universität darstellt. Sie stellt deswegen von ihrem Ausgangspunkt aus mit Recht die Wucht der Ereignisse und Schwierigkeiten

in der Geschichte der Universität Freiburg in den Vordergrund.

Ein Überblick über die in diesem ersten Teil betrachteten zwei Jahrhunderte ergibt dabei folgendes Bild: Freiburg und die Vorlande waren in dieser Zeit politisch gewissermaßen die Wetterecke Europas: 1495 schickte Ludwig XII. seine Truppen über den Rhein, 1499 Kämpfe mit den Eidgenossen, 1504–05 Pfälzischer Erbfolgekrieg, 1508, 1511 und 1516 mußten die Freiburger Hilfstruppen für die Züge Maximilians gegen Venedig stellen, 1525 Eroberung durch die aufständischen Bauern, 1529, 1532 und 1538 Feldzüge gegen die Türken, 1546 innere Streitigkeiten. Während des Dreißigjährigen Krieges: 1632 Eroberung Freiburgs durch Feldmarschall Horn, 1633 Besetzung durch Kaiserliche Truppen, 1634 durch den Rheingraf Otto Ludwig, 1638 durch Bernhard von Weimar, 1644 durch eine Bayrische Armee, 1648 Belagerung durch französische und Weimarer Truppen. 1677 wurde es von Frankreich in Besitz genommen und durch Crequi in eine französische Garnison umgewandelt. Damals ging die Mehrzahl der Professoren nach Konstanz, während in Freiburg eine französische Hochschule eingerichtet wurde. Erst nach dem Friedensschluß von Ryswyk wurden wenigstens äußerlich die alten Zustände wiederhergestellt; einem ordentlichen Lehrbetrieb fehlte sogar das Allernotwendigste.

Ebenso schwerwiegend wie die kriegerischen Ereignisse waren die furchtbaren Volksseuchen. Die Chronik verzeichnet für das sechzehnte Jahrhundert nicht weniger als achtzehn, für das siebzehnte dreizehn ausgesprochene Seuchenjahre. In den Zeiten der Pest wurde die Universität entweder ganz geschlossen oder in weniger gefährdete Orte verlegt: dreimal nach Villingen im Schwarzwald, zweimal nach Mengen in Schwaben und je einmal nach Rheinfeldern, Radolphzell und Konstanz.

Der Verfasser einer Fakultätsgeschichte, der seinen Blick einzig auf die ihm zur Verfügung stehenden Universitätsakten und -chroniken richtet, wird schwerlich der Einseitigkeit, die den beiden angedeuteten Auffassungen anhaftet, entgehen. Die Darstellung der äußeren Geschichte einer Fakultät, der Hinweis auf ungünstige Verhältnisse, auf das Versagen von Persönlichkeiten usw. mag manche Einzelheiten „verständlich“ erscheinen lassen, geht aber oft gerade an der wirklichen Geschichte vorbei. Keine der beiden Auffassungen vermag zu erklären, warum z. B. zahlreiche andere Universitäten einem ähnlichen Werdens- bzw. Verfallsprozeß unterworfen waren, obschon bei diesen die äußeren Verhältnisse ganz anders geartet waren. Die Quellen aber sagen von sich aus über das wirkliche Geschehen im allgemeinen sehr wenig aus, weil sie ihrer eigenen Zeit zu nahe stehen. Erst durch die Interpretation unter dem Gesichtspunkt der „Großraum“- und „Großzeit“-Geschichte werden sie zu sprechenden Zeugen dessen, was sich in ihrer Zeit vollzog.

So finden wir z. B. in den Universitätsprotokollen unter dem 21. Mai 1522 die folgende unscheinbare Notiz: „Nicolaus Hapt, doctor medicinarum, kann trotz seiner Bitten nicht als Universitätsverwandter angenommen werden, cum non sit (uxor eius) indigena.“ Wenn dieses Zeugnis vereinzelt dastände, könnte man persönliche Aversionen vermuten oder es auch einfach vernachlässigen. Aber je weiter wir in der Zeit fortschreiten, desto häufiger werden die Hinweise darauf, daß die Universität Kandidaten eines zu besetzenden Lehrstuhls ablehnt, weil er aus dem Auslande sei — wobei das benachbarte Lindau am Bodensee schon als Ausland betrachtet wurde. Auch die Stadt Freiburg änderte ihre Einstellung. Am 20. Juni 1563 sagte ein Universitätsangehöriger, der aus Lothringen stammte, vor dem Senat aus, er habe aus der Stadt eine Witwe geheiratet; als er sich nun nach bisherigem Brauch in eine Zunft einkaufen

und Bürger der Stadt habe werden wollen, sei ihm geantwortet worden, man wolle keinen Wälschen im Burgrecht. In anderen Universitätsstädten vollzog sich ähnliches. Hierfür ein Beispiel: die Promotionsformel, die dem Wortlaut nach dem promovierten Doktor der Medizin die Berechtigung zur ärztlichen Praxis auf dem ganzen Erdkreis gewährte, verlor im sechzehnten und siebzehnten Jahrhundert oft schon am nächsten Grenzpfahl ihre Gültigkeit, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern auch in Italien und selbst im zentralistischen Frankreich. Im Jahre 1644 ließ die Medizinische Fakultät in Paris die Praxis, des berühmten Arztes Renaudot trotz seiner Verdienste um die Stadt aufheben, mit der Begründung, daß er der Fakultät von Montpellier angehöre.

All diese Vorgänge bezeichnen symbolhaft den Zerfall der mittelalterlichen Gesellschafts- und Kultureinheit und zugleich den endgültigen Abfall von dem Universalismus der mittelalterlichen Reichsidee. Das Mittelalter hatte die Voraussetzung für die Neugestaltung des alten Römischen Erdkreises geschaffen: Beseitigung des unfruchtbaren Stammespartikularismus, Ausweitung des Gesichtsfeldes über die eigenmenschlich enge Begrenzung hinaus, Schaffung eines neuen Zusammengehörigkeitsbewußtseins. Es entnahm die Bausteine für den neuen Ordo dem Erbgut der Antike, stellte sie aber — wenigstens der Tendenz nach — in den Aspekt des Zeitlosen. Diese völlig „unantike“ Hinordnung des *speculum naturale* auf ein Zeitloses, erlebt aus der ganzen Dynamik des Nordens, wurde die lebenspendende Kraft, aus der es seine großen Werke — u. a. auch das Ideal der universalen Wissenschaft — geschaffen hat. Die „Renaissance“ nun bedeutet nicht nur eine neue Sicht der Antike, sondern auch zugleich den Einbruch einer neuen geistigen Haltung des Menschen zur Welt, die im alten Ordo keinen Platz mehr hatte. Sie brachte neben dem vielen Neuen, das zur Grundlage unserer heutigen Kultur wurde, auch das Wiederaufleben des individualistischen Denkens mit der ihm eigentümlichen Ethik und — politisch gesprochen — das Wiedererstehen des alten Partikularismus. An die Stelle des Ideals der einen Gemeinschaft des „Wir“ — die das Mittelalter zwar nie wirklich erreicht, aber doch erstrebt hatte — trat der neue Geist mit seinem Streben nach Absonderung, nach Heraushebung des Persönlichen. Es entstanden die kleinen Gemeinschaften, in denen diese Ziele eher verwirklicht werden konnten. Die kleinen Fürstentümer, die Städte, die Stände, Zünfte und Universitäten wurden zu unnachgiebigen Wächtern ihrer Privilegien, die — wenigstens zeitweise — in der fanatischen Ausschließung alles Fremden und in der ängstlichen Bewahrung des Eigenen eine ihrer Hauptaufgaben sahen¹.

Besonders wichtig erscheint eine Darstellung des Humanismus in seinem Wesen und vor allem in der besonderen Weise, in der er an die einzelnen Hochschulen herantrat. Gerade das letztere macht seine Ablehnung durch manche Hochschule verständlich.

Im Rahmen unseres Themas erscheint der Hinweis wichtig, daß der Abschluß der Hochschulen gegenüber den Fremden zugleich auch oft das Sichabschließen gegen die Neuerungen bedeutete. Hierfür sei zunächst ein Bei-

¹ Die ausführliche Schilderung der Kulturgeschichte des fünfzehnten bis siebzehnten Jahrhunderts, die zahlreichen unscheinbaren Notizen in den Universitätsakten eine kaum geahnte Bedeutung gibt, muß der eigentlichen Fakultätsgeschichte vorbehalten werden, die Verfasser in Angriff genommen hat.

spiel von der Universität Straßburg angeführt. Im Jahre 1634 wurde der Antrag, Adjunkten (Extraordinarien und Privatdozenten) zuzulassen, mit der Begründung abgelehnt, daß dann das bewährte Alte in Gefahr komme: „Wann die adiuncti“, heißt es u. a., „introduciert werden, da gelten die compendia nichts mehr. Die Arbeit des vortrefflichen Mannes Ludovici Havenreneri und unserer antecessorum ist aus und vergebens; es heißt soviel köpff soviel sinn: einer kommt von dem, der andere von jenem Ort und bringt ein jeder seine opiniones mit, die er danach publice defendirt und der jugend instillirt ... ja es könnte sich schicken, daß ein Lulianer, Ramist, Paracelsist, Copernikaner oder aus den Alten ein Platoniscus ... ein jeder seinen eigenen schwarm wird wollen ausbreiten und in die jugend stecken.“ Die medizinische Fakultät in Paris bekämpfte im siebzehnten Jahrhundert die Lehre Harvay's vom Blutkreislauf mit Berufung auf alte Autoren und lehnte die Anwendung neuer Heilmittel, z. B. der Chinarinde, der Salze des Quecksilbers und des Antimons in autoritärer Weise ab.

Auch in Freiburg war das Vorlesematerial bis in kleinste Einzelheiten vorgeschrieben, der Gebrauch eigener Aufzeichnungen verpönt. Zuwiderhandlungen, die dennoch immer wieder vorkamen, wurden mit unwürdigen Strafen oder kleinlichen Schikanen beantwortet. Auch hierfür an dieser Stelle nur ein Beispiel aus der Artistenfakultät, durch die ja auch die Mediziner hindurchgehen mußten. Ein Kandidat für die Magisterwürde hatte, ohne

daß es zunächst bemerkt wurde, mit seinen Freunden in der Disputation Sätze des Ramus verteidigt. Er wurde, obschon bereits als Magister berufen, zugleich mit seinen Freunden mit dem Carcer bestraft!

Auf literarischem Gebiet sind die Lehrer der medizinischen Fakultät bis zum achtzehnten Jahrhundert kaum hervorgetreten. Doch muß hier zweier Männer gedacht werden, die zwar nicht Lehrer waren, aber dennoch mit der medizinischen Fakultät untrennbar verbunden sind: Joachim Schiller hat als erster eine kleine Schrift über den „Englischen Schweiß“ verfaßt (Joachimi Schilleri Herderensis, pestis Britannicae commentarioli. Basileae 1531). Seine Professur wurde von der vorderösterreichischen Regierung verhindert — obwohl die Universität für ihn eintrat —, weil er sich als Feldarzt eine Zeitlang in einem fremden Heerlager aufgehalten habe! Der zweite ist Dr. Johann Schenk, Stadtphysikus in Freiburg, der mehrere recht bemerkenswerte Schriften herausgab, und der bei Sprengel² eine ausführliche Würdigung findet. Er konnte trotz seines Bemühens eine Professur nicht erlangen, einmal, weil seinerzeit die Fakultät keinen Beamten der Stadt, mit der sie in Streitigkeit lag, übernehmen wollte, vor allem aber, weil er es gewagt hatte, die Mißstände im medizinischen Studium zu tadeln.

(Fortsetzung folgt)

² Sprengel, Kurt, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneykunde, Halle², 1827, Dritter Theil, S. 294.

Mütterliche Röteln und Fruchtschädigung*

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

II. Teil

Zur Pathogenese

Früher hat man von der „Plazentarschranke“ gesprochen und damit in Anlehnung an das eigenartige Verhalten der Placenta bei mütterlicher Lues ihre Bedeutung als mechanisches Hindernis für den Erreger auf dem Wege zur Frucht zum Ausdruck gebracht. Seit Entdeckung des Zusammenhanges von Fruchtschädigung und R.-Virus sind aber Zweifel an der Richtigkeit der bisherigen Auffassung von der placentaren Sperrwirkung aufgetreten. Man mußte schließlich zugeben, daß die Placenta diesen Erreger nicht abwehren kann. Das R.-Virus — und wie wir heute wissen auch der Erreger der Mumps, Windpocken, Influenza, wahrscheinlich der Masern und des Herpes — dringt durch das Chorion hindurch, gelangt ins embryonale Blut und von dort aus in die Gewebszellen. Diese stellen für das Virus gleichsam eine „Gewebskultur“ und die gerade in Teilung befindlichen Zellen einen besonders guten Nährboden dar (Höring)¹². — Die Entstehung der Mißbildungen wären somit durch Viruswirkung auf die Zellteilungen und damit Störung der Differenzierungsvorgänge der besonders in der Teilungsphase gefährdeten embryonalen Zellen zu erklären. — Dazu kommen noch z. B. bei der Linse die besonderen Verhältnisse in der Blutversorgung, die über die Art. hyaloidea und Tunica vasculosa lentis durch Diffusion erfolgt. Ebenso kann eine virusbedingte, sich an den Gefäßen abspielende Entzündung neben einer rein örtlichen Viruswirkung zur Schädigung der Linsenfasern und auch des Innenohres beitragen.

Es hat sich herausgestellt, daß jenseits des 3. Monats eine Gefahr für die Leibesfrucht nicht mehr in dem

Maße besteht wie in der Embryogenese. Das hängt wohl damit zusammen, daß in dieser Zeit die embryonale Entwicklung sehr stürmisch abläuft. Es werden jene Organe betroffen, an denen sich zum Zeitpunkt der Infektion Entwicklungsvorgänge abspielen. Da das Gehirn, die Sinnesorgane wie Auge mit Linse, Labyrinth, und das Herz am frühesten angelegt werden, werden diese Organe auch zuerst geschädigt. Der Kopf eilt in seinem Wachstum allen anderen Körperabschnitten weit voraus. In der Fetogenese geht seine Weiterentwicklung zugunsten anderer Abschnitte langsamer vor sich. Anfang des 4. Monats bilden sich aus Mesenchymzellen Lymphknoten und -gefäße und Lympho- und Retikulozyten und damit das fetale Schutzsystem, womit auch der Fetus die Möglichkeit erhält, sich an der Infektabwehr zu beteiligen. — Bourquin¹⁴ hat auf Grund von Ermittlungen von Organdefekten an 146 Fällen einen Stundenplan („Horaire embryopathique“) aufgestellt, wonach man bei Kenntnis der Schw.-Zeit und erfolgter Infektion festlegen könne, welche Organe geschädigt werden. So bestechend diese Methode ist, so zeigt doch die bisherige Erfahrung, daß Überschneidungen vorkommen, möglicherweise, weil die Schw. zeitmäßig nicht genau zu bestimmen ist und sich auch die embryonale Entwick-

* Nach einem Vortrag vor der Kreisärzteschaft Eßlingen am Neckar am 27. März 1952; I. Teil in Heft 4 S. 61.

¹² Höring, F.-O.: „Die intrauterine Infektion“, Arztl. Forsch. (1952), 6, 1: 1/29.

¹⁴ Bourquin, J. B.: „Les malformations du nouveau-né causées par des viroses de la grossesse et plus particulièrement par la rubéole (Embryopathie rubéoleuse)“ (1948), Thèse, Genf.

lung nicht einfach schematisch festlegen läßt. — Eine Zusammenstellung der in der Literatur angegebenen Defekte und herkunftsmäßige Sichtung der befallenen Organe ergaben eine ausschließliche Beteiligung des ekto- und mesodermalen Keimblattes. Nirgends werden Mißbildungen an Organen des inneren Keimblattes beschrieben, das den Magen-Darmtractus entwickelt. Diese Tatsache dürfte wohl so zu erklären sein, daß bei einer besonderen Affinität zu den ekto- und mesodermalen Zellen das R.-Virus entweder nicht in die Tiefe bis zum Entoderm vordringt oder aber seine Zellen gegen den Erreger widerstandsfähiger sind.

Andernorts sind von mir in einem pathogenetischen Beitrag zur R.E. die psycho-pathologischen Symptome, die extrapyramidale, vestibulo-zerebellare und diencephalen Störungen eingehend erörtert und auf eine embryonale Enzephalitis zurückgeführt worden. — In vergleichender Anlehnung an postenzephalitische Zustandsbilder dürfte bei den embryonalen Hirnschädigungen das Krankheitsgeschehen im Hirnstamm, und da vorwiegend in seinen basalganglionären Kernen, im Zwischenhirn mit seinen vegetativen und auch psychischen Funktionen unter Beteiligung des thalamostriären Systems, in einem von mir beschriebenen Fall bei epileptiformen Krampfanfällen auch in der Großhirnrinde und schließlich im Kleinhirn und im verlängerten Rückenmark mit dem dort angenommenen Saugreflex- und Schluckzentrum zu suchen sein. — Von massiven Hirndefekten und auch -blutungen ist in der Literatur bereits berichtet worden, m. W. aber noch nicht über Befunde von in Serienschnitten vorgenommenen hirn-histologischen Untersuchungen r.-infizierter Embryonen und Feten.

Dagegen sind die Erkrankungen am Auge weitgehend erforscht. Schon Gregg hat den, mit der Infektion keineswegs abgeschlossenen Trübungs Vorgang der Linse beobachtet und ihn durch eine Nachwirkung des Virus-Toxins erklärt. Töndury — und vor ihm andere — hat die Linsen von 5 r.-geschädigten Keimlingen histologisch untersucht und auf den Serienschnittpräparaten die Entstehung der totalen Katarakt erklären sowie die Annahme einer toxischen Nachwirkung bestätigen können. Die von vielen Ophthalmologen und auch schon von Gregg bei kongenitaler R.-Katarakt beobachtete mangelhafte oder nicht zu erhaltende Pupillenerweiterung auf Atropin wird von ihm auf eine zwischen hinterem Irisepithel in Nähe des Pupillarrandes und Linsenkapsel bestehende (auf histologischen Abbildungen deutlich sichtbare) Verklebung (Synchie) zurückgeführt. — Die knötchenförmigen Pigmentanhäufungen in der Netzhaut hat Franceschetti¹⁵ als „Pseudo-Retinitis pigmentosa“ be-

¹⁵ Franceschetti, A.: „Rétinite pigmentaire après vaccination antivariolique“, *Annal. paed.* (1945), **165**: 200. — „Embriopatia da rubeola in gravidanza“, *Ann. ottal. e clin. ocul.* (1947), **73**: 1—7. — „Rubéole pendant la grossesse et cataracte congénitale chez l'enfant, accompagnée du phénomène digito-oculaire“, *Ophthalmologica* (1947), **114**: 332. — „Rubéole pendant la grossesse et malformations congénitales de l'enfant“, *Schweiz. Med. Wschr.* (1947), **77**, 30: 810. — Ders. u. Bourquin, J. B.: *Ann. d'ocul.* (1946), **179**: 623. — Ders., Bamatter, F. u. Bourquin, J. B.: „Embryopathie rubéoleuse (malformations congénitales multiples après rubéole de la mère au début de la grossesse)“, *Helv. paed. acta* (1947), **2**: 339. — Ders. u. Bamatter, F.: „De l'importance des lésions oculaires pour le diagnostic des embryopathies“, *Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss.* (Suppl. 1) **6**: 201—211 (1950).

zeichnet in der Annahme, daß sie durch eine Hirnentzündung wie nach Pockenschutzimpfung und auch bei R. entsteht. Diese Annahme und meine Vermutung, daß auch der Sehnerv mitbetroffen sein muß, gewinnen nicht nur entwicklungsgeschichtlich betrachtet viel für sich (die Netzhaut stellt einen Teil des Gehirns dar), sondern haben sich durch psycho-pathologische Befunde, die ich zuerst an drei und wenig später an einem vierten Kind erheben konnte, bestätigen lassen.

Histologische Befunde von Labyrinthen sind auf Grund der schwierigen Zugänglichkeit zum Felsenbein in der Literatur wenig anzutreffen. Töndury fand an normal angelegtem Cortischen Organ krankhafte Veränderungen, und zwar war das Epithel des Ductus cochlearis schmal und erschien an einzelnen Stellen durch blasige Zellauffreibungen aufgelockert. Bei einem 800 g schweren und 32 cm langen Neugeborenen war das Felsenbein in der Ossifikation zurück, an der Cochlea wies auch hier der Duct. cochl. bds. erhebliche Zellzerfallserscheinungen auf.

Vom statischen Apparat (Bogengangsystem), der sehr wahrscheinlich gleichzeitig geschädigt sein dürfte, liegen bis jetzt noch keine histologischen Untersuchungsbefunde vor. — Die genaue Lokalisierung der enzephalen Vestibularisläsion dürfte schwierig sein, zumal die Gleichgewichtsbahnen anatomisch noch nicht völlig erforscht sind. Jedenfalls muß bei der Beurteilung auch das bei der R.E. geschädigte extrapyramidale System miteinbezogen werden, zu dem der Vestibularisbogen Verbindungen unterhält. Näher auf die komplexen pathogenetischen Zusammenhänge einzugehen, würde im Rahmen dieses Vortrages zu weit führen. Es sei nur noch erwähnt, daß sich die Vestibularisschädigung, entwicklungsgeschichtlich betrachtet, phylo- und ontogenetisch erklären läßt; denn der Vestibularisbogen stellt den ältesten Leitungsbogen dar und weist als rein sensorischer Nerv am frühesten Markscheiden auf. — So dürfte wohl auch die Tatsache, daß bei den r.-embryopathischen Kindern so gut wie keine neurologischen Ausfallserscheinungen zu beobachten sind, damit zusammenhängen, daß die Markscheiden der Nerven — mit Ausnahme einiger zentraler Bahnen — erst mit ihrer funktionellen Inbetriebnahme, d. h. nach der Geburt entwickelt werden.

Spaltbildungen an der Oberlippe und am Gaumen oder als Cheilo-palatoschisis, am Wirbelkanal als Spina bifida mit Meningo-myelozele wurden merkwürdigerweise nicht beobachtet. Bei Einordnung von einigen, in der Literatur angegebenen geringgradigen Hypospadien ist eine gewisse Zurückhaltung geboten. Offenbar sind die Dysraphien doch mehr oder weniger hereditär bedingt.

Epidemiologische Betrachtung

Wir haben in Deutschland von den verheerenden Folgen von R. in der Schw. erst zu einem Zeitpunkt erfahren, als das Unglück durch eine im Jahre 1948 im Rhein-Neckargebiet herrschende Epidemie schon lange geschehen war. Bei der Niederschrift dieser Historie ist man versucht, für die sträfliche Unterlassung, wenigstens die Ärzteschaft darüber aufzuklären, einen Schuldigen zu suchen. Bei objektiver Beurteilung der damaligen Lage aber muß der viele Jahre währende Staats-Notstand berücksichtigt und ferner daran erinnert werden, daß wir zu lange vom Ausland abgeschnitten waren, daß nach diesem Zusammenbruch ohnegleichen die Beziehungen und Verbindungen zum Ausland bei dessen bekannter, noch vom Kriegsgeschehen her durch Ressentiments beeinflusster ablehnender Haltung nur zögernd aufgenommen werden konnten, der Austausch von Fachzeitschriften nur langsam in Gang kam und auch der Weg ins Ausland zu Kongressen anfangs sehr erschwert wurde. Aber schließlich haben wir ja die ganzen Mitteilungen über die R.E. schon sehr früh über die Schweiz erhalten. Und was in der

Sowjet-Zone mit dem ersten Referat im amtlichen Fachblatt schon 1947 möglich war, hätte im Westen schon viel früher gemacht werden können. Die „Stimme Amerikas“ hat — soweit ich unterrichtet bin — in einer Sendung im Frühjahr 1948 auf die Folgen von R. in der Schw. hingewiesen. Der deutsche Rundfunk hat geschwiegen. Zu allem Unglück erschienen die deutschen Fachzeitschriften zum großen Teil erst mehrere Jahre nach dem Krieg, viele zum erstenmal nach der Währungsreform.

Der Hauptgrund aber, warum diese neue Erkenntnis nicht ihrer furchtbaren Tragweite entsprechend weitergegeben wurde, dürfte wohl darin zu suchen sein, daß bei uns jeder — mit wenigen Ausnahmen — um seine berufliche, eigene und auch familiäre Existenz zu kämpfen hatte und man noch zu sehr von der zur Doktrin erhobenen Lehre von der erblichen Bedingtheit der Dysgenesien befangen war, als daß man dem schädlichen Wirken des als völlig harmlos angesehenen R.-Erregers größere Bedeutung beimessen konnte.

Nachträglich aber noch rückwirkend, am Unglück ja doch nichts mehr ändernde und daher fruchtlose „Anklagen“ erheben zu wollen, würde die staatliche und ärztliche Zusammenarbeit, die im Hinblick auf die zu fordernden Maßnahmen in Zukunft notwendig sein wird, nur erschweren.

Auf Grund der bisherigen Beobachtungen muß angenommen werden, daß die Epidemie von 1948 bei uns erloschen ist. Ihre Auswirkungen dürften wohl auch auf die bei uns nach dem Krieg bis zum Herbst 1948 herrschende Hungersnot zurückzuführen sein. Denn daß bei den betroffenen Müttern die Infektabwehr, die in erster Linie von der Kalorien- und Vitaminzufuhr abhängig ist, darniedergelegen hat, braucht nicht besonders betont zu werden. — Dazu kamen noch unsere besonderen Nachkriegsverhältnisse, die die Ausbreitung von Infektionskrankheiten wesentlich gefördert haben. Ich darf nur daran erinnern, daß damals Tausende von Flüchtlingen, Vertriebenen und Verschleppten, von Heimkehrern aus Krieg, Gefangenschaft und Evakuierung, aus den Konzentrationslagern auf den Landstraßen gewandert sind, dazu die Zusammenpferchung von Menschen auf engem Wohnraum, die Überfüllung von Straßen- und Eisenbahnwagen, Omnibussen usw. und nicht zuletzt die Berührung der Bevölkerung mit Menschen aus allen Erdteilen.

Zu dieser epidemiologischen Betrachtung stehen die Mitteilungen von R.E.-Fällen aus der Schweiz, die bekanntlich nicht gehungert hat, nur in scheinbarem Widerspruch. Aus einer noch von Anfang März bis Ende Mai 1949 abgelaufenen Epidemie hat T ö n d u r y 5 r.-infizierte Früchte histologisch untersucht. — Dazu ist zu sagen, daß man sich in der Schweiz schon seit 1945 (F r a n c e s c h e t t i) mit dem G r e g g s c h e n Syndrom — und zwar sehr intensiv — beschäftigt hat¹⁶, so daß auch viel mehr Fälle erfaßt werden konnten. Es ist gut möglich, daß die R.-Epidemie von Deutschland aus ihren Weg in die Schweiz genommen hat, deren Bevölkerung gut ernährt war, so daß bei den guten Lebens- und Ernährungsverhältnissen im Gegensatz zu denen unserer Ostzone die geschädigten Kinder sehr wahrscheinlich die Chance hatten, durchzukommen. — Wenn aus der Ostzone Deutschlands noch kein

¹⁶ Die Bezeichnung „Embryopathia rubeolosa“ stammt von B a m a t t e r, F.: „Répercussions sur l'enfant des maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse“ (1949), Verlag S. Karger, Basel; ref. *Ärztl. Forsch.* (1950), 4: II/11. — Weitere Lit.-Angaben siehe Fußnote 15 S. 88.

Fall gemeldet worden ist, so besagt das nicht, daß es dort keine r.-geschädigten Kinder gibt oder gegeben hat. Sicherlich dürften die dort heute noch angespannte Ernährungslage, die Lebensschwäche und die damit verbundene Krankheitsanfälligkeit dieser schwer geschädigten Kinder dazu beigetragen haben, daß Todesfälle von r.-infizierten Neugeborenen und Säuglingen und sehr wahrscheinlich auch Aborte vorgekommen sind, ohne daß die eigentliche Ursache bekannt geworden ist. — Die 10 bis jetzt im deutschen Schrifttum veröffentlichten Fälle sind im Vergleich zur Fallzahl der umliegenden Länder ziemlich hoch. Dabei dürften es aber wesentlich mehr Kinder sein, die durch die damalige Epidemie betroffen worden sind. Das bereits über die ostzonalen Verhältnisse Gesagte dürfte auch für uns zutreffen: Da bei der Schwere der kindlichen Schädigung für die Lebensaussichten die ersten 6 Monate entscheidend sind, ist anzunehmen, daß in Unkenntnis der R.E. auch bei uns viele Kinder an den bisher üblichen Todesursachen gestorben sind, ohne daß die erste Ursache ermittelt wurde. Unter den „wirklichen“ Aborten kann sich auch eine ganze Reihe von r.-infizierten Früchten befunden haben. Weiterhin dürfte durch Umfrage bei Hebammen und Ärzten sicherlich noch eine nicht geringe Anzahl solcher Kinder ausfindig zu machen sein. Die schon vor der letzten größeren Epidemie geschädigten und bereits in Taubstummenanstalten untergebrachten Kinder (vgl. hierzu die Fußnoten 7 S. 62 und 10 S. 63) sind bei uns ebenfalls noch nicht erfaßt. Während in England¹⁷, Holland¹⁸ und noch in anderen Ländern nach Bekanntwerden der australischen Entdeckung sofort ein Sturm auf die Taubstummenschulen und auch Blindenheime einsetzte, um mit Veröffentlichungen von einschlägigen Fällen nicht warten zu müssen, bis man vielleicht einen einzigen „rezenten“ Fall hatte, zeigte sich bei uns auch hierin aus bereits erwähnten Gründen die verharrende Tendenz.

Prophylaktische Maßnahmen

Wie wichtig diese Ausführungen sind, beweist die immer wieder zu hörende Ansicht, daß diesen Embryopathien doch wohl nur wissenschaftliches Interesse zukomme. Wenn Sie aber erfahren, daß sich unter den 10 deutschen Fällen allein fünf Arztkinder befinden, dann dürften Sie den Eindruck bekommen, daß diese Dinge leider in zunehmendem Maße praktische Bedeutung gewinnen. Sie werden verstehen, warum dieses Krankheitsbild unsere ganze Aufmerksamkeit verdient. Sie werden natürlich fragen, warum so viele Arztkinder darunter sind und dabei in erster Linie an eine durch die berufliche Tätigkeit der Ärzte bedingte häufigere Ansteckungsmöglichkeit ihrer Frauen denken. Aber meines Erachtens erklärt sich der hohe Prozentsatz vielmehr durch den Umstand, daß die so geschädigten und von Anfang an dazu noch mit Saug- und Schluckstörungen belasteten Kinder nur durch die wirk-

¹⁷ Clayton-Jones, E. (vgl. Fußnote 4 S. 62) hat 1947 in einer Taubstummenschule von 18 Schwerhörigen oder völlig Tauben bei 9 Kindern die Mitteilung erhalten, daß ihre Mütter R. durchmachten; zit. nach Wolff, J.

¹⁸ Van Gilse, P.H.G., hat in Taubstummenschulen 35 r.-taube Kinder entdeckt; zit. nach Wolff, J. — *Ndl. Tschr. Geneesk.* (1947), 91, 2: 120 u. 7: 404. — *Ibid.* (1947), 93, 3: 2852. — *Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss.* (1948), 4: 89. — K a m e r b e e k, E. u. v a n G i l s e: *M Schr. Kindergeneesk.* (1947), 15: 96—100.

lich aufopferungsvolle Pflege von seiten der Mütter und fortwährende ärztlich-fürsorgliche Betreuung am Leben erhalten werden können. In bezug auf diese erschwerte Aufzucht hat man den Eindruck, daß die r.-embryopathischen Kinder in Laienkreisen wohl schwerlich durchzubringen sein dürften.

Angesichts der durch das R.-Virus im Epidemiejahr 1948 und früher während der Schw. angerichteten Schäden muß die Einführung der Meldepflicht der Röteln gefordert werden, um in Zukunft dadurch die Schwangeren in Rundfunk und Presse bei gehäuften Auftreten von Krankheitsfällen innerhalb eines bestimmten Gebietes zu warnen, sich nicht leichtfertig und unnötig der Gefahr einer Ansteckung auszusetzen. Weiter müssen die Mütter belehrt werden, von nun an danach zu trachten, daß ihre Kinder — vor allem die Mädchen — schon in der Kindheit R. und überhaupt die landesüblichen Viruskrankheiten durchmachen. — Durch die Meldepflicht sind bei der Flüchtigkeit der R. naturgemäß auch nicht alle Fälle zu erfassen. Aber sie ist die Voraussetzung zur statistischen Ermittlung einer Epidemie und damit Durchführung prophylaktischer Maßnahmen, um dadurch in Zukunft die Gefahr für unsere werdenden Kinder weitgehend herabzusetzen.

In der Schweiz, wo nach Mitteilungen von Töndury u. a. die Frauen durch Arzt und Presse unterrichtet waren, hat man bei R.-Erkrankung in der Schw. innerhalb der ersten 3 Monate zum Teil auch aus psychischen Gründen die Interruptio durchgeführt. In Deutschland ist sie auf der 28. in Bad Pyramont vom 4. bis 8. April 1951 abgehaltenen Tagung der Dtsch. Ges. f. Gynäkologie eingehend diskutiert und vor allem von juristischer Seite durch Prof. Eberhard Schmidt, Heidelberg, mit aller Entschiedenheit abgelehnt worden. Selbst entsprechende ärztliche Vorschläge (!) wurden als nicht angängig angesehen. — Sie wissen, daß noch keine gesetzliche Handhabe dafür besteht, aus kindlicher Indikation eine Schw. zu unterbrechen. Nur wenn das Leben der Mutter bedroht ist, darf unterbrochen werden. Diesbezüglich soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Auswirkungen von R. in der Schw. auf die Leibesfrucht seit 1941 — also seit 11 Jahren — bekannt sind und man vor dieser Zeit von Fruchtkrankheiten mit Ausnahmeluetischer und tuberkulöser Ätiologie so gut wie nichts gewußt hat. Mit anderen Worten: Es hat sich erwiesen, daß besonders bei R.-Erkrankung der Mutter im ersten Trimenon der Schw. das Leben des Kindes schwerstens bedroht ist. Entsprechend dieser neuen Erkenntnis müßte auch das werdende Kind in unsere Überlegungen zur Anzeige der Interruptio mit einbezogen werden. Denn wenn Sie diese Kinder gesehen hätten mit ihren schweren, nicht mehr rückgängig zu machenden Schäden, dann könnten Sie verstehen, warum die Eltern solcher Kinder für die Unterbrechung der Schw. eintreten. Bevor man aber das außerordentlich heikle Kapitel einer Interruptio aus kindlicher Indikation anschnidet, sollte die Meldepflicht der R. gesetzlich festgelegt werden, um damit die Voraussetzung zu schaffen zur Erfassung einer Epidemie und Durchführung von Vorsichtsmaßnahmen, wie ich sie bereits umrissen habe. Daneben wären noch weitere Bedingungen zu erfüllen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Es sei nur angedeutet, daß den Frauen zur Pflicht gemacht werden müßte, zur Feststel-

lung von Gravidität und R.-Krankheit sofort den Arzt zu verständigen.

Zusammenfassung

Ich habe versucht, Ihnen einen Überblick von den durch das Rötelnvirus in der Schwangerschaft verursachten angeborenen Dysplasien zu geben. Nach einem geschichtlichen Rückblick wurde zunächst die „harmlose“ Rötelnkrankheit in Erinnerung gebracht und dann auf die allergische Vorgeschichte der betroffenen Mütter hingewiesen, womit möglicherweise ein Anhaltspunkt zur Ermittlung von infektionsgefährdeten Schwangeren gegeben sein dürfte. Nach Aufzählung der subjektiven und objektiven Merkmale im postinfektiösen Schwangerschaftsverlauf Schilderung der eigentlichen Röteln-Embryopathie.

Die Kinder kommen meist vor dem errechneten Termin unreif und unterentwickelt mit Saug- und Schluckstörungen zur Welt; letztere bedingen die Ernährungsschwierigkeiten. Zwischen drittem und sechstem Lebensmonat machen sie eine Krisenzeit durch mit besonderer Anfälligkeit für Rachitis und Nachkrankheiten. — Bei Herausstellung der phänotypischen Ähnlichkeit Hinweis auf die verwandte Physiognomie und helle Komplexion. — Die frühkindliche und auch spätere körperliche und geistige Entwicklung sind verzögert; Statik und Motorik durch eine bilaterale Vestibularisschädigung erschwert, die gleichzeitig mit Taubheit vorzukommen pflegt. Als Vestibularsymptom finden sich zuweilen doppelseitiger Spontan-Nystagmus bei blinden und schwere Gangstörungen mit zerebellarer Rumpfataxie auch bei tauben Kindern. — Die Psychomotorik ist gesteigert oder herabgesetzt. — Ausführliche Beschreibung der psycho-pathologischen Symptome und zentral-vegetativen Störungen, der Defekte an den Sinnesorganen und am Herzen und der äußeren Hemmungsbildungen.

In einem pathogenetischen Beitrag Erörterung der Entstehung der Dysgenesien bei besonderer Affinität des Rötelnvirus zum ekto- und mesodermalen Keimblatt durch Einwirkung auf die gerade in der Teilungsphase befindlichen embryonalen Zellen und dadurch Hemmung der Zelldifferenzierungsvorgänge. — Psychische, extrapyramidale, vestibulo-zerebellare und diencephale Störungen weisen auf eine embryonale Enzephalitis, deren Herde im Hirnstamm — und da vorwiegend in den basalganglionären Kernen —, im Zwischenhirn mit Beteiligung des thalamo-striären Systems, auch in der Großhirnrinde, im Kleinhirn und verlängerten Mark zu suchen sind. — Die Entstehung der totalen, meist beidseitigen Linsentrübung, der „Pseudo-Retinitis pigmentosa“ und die Schädigung der Labyrinth wurden kurz gestreift. — Es wird angenommen, daß die Gleichgewichtsstörungen eine periphere, sehr wahrscheinlich durch gleichzeitige Schädigung des Bogengangsystems bedingte und auch eine enzephalische Ursache haben.

In der epidemiologischen Betrachtung wurde als einer der wesentlichsten Faktoren für die beträchtliche Auswirkung der im Rhein-Neckargebiet 1948 herrschenden Epidemie die viele Jahre währende Mangelernährung und für die Ausbreitung unsere besonderen Nachkriegsverhältnisse angesehen. — Angesichts der damals und schon früher durch das Rötelnvirus angerichteten und

auch in Zukunft zu befürchtenden Schäden wurde die Einführung der Meldepflicht der Röteln zur Forderung erhoben.

Es steht zu hoffen, daß die Forschung bald antibiotische Mittel und Impfstoffe zu entwickeln in die Lage kommt, um diese sich auf das werdende Leben so verhängnisvoll auswirkende Viruskrankheit bekämpfen zu können, so daß über die leidige Frage, ob die Unterbrechung der Gravidität bei Rötelninfektion in den ersten 3 Monaten aus kindlicher Indikation als bis jetzt

einzig mögliche Therapie zu fordern ist, nicht mehr diskutiert zu werden braucht.

Sinn und Zweck meiner Ausführungen war, Ihnen ein Bild von der immer noch nicht allen Ärzten bekannten Röteln-Fruchtkrankheit zu vermitteln. Der Vortrag aber wäre unvollständig, würde ich nicht am Ende unter Hinweis auf die damalige Epidemie und deren Folgen die Wichtigkeit und Notwendigkeit unterstreichen, das Gesundheitswesen eines Staates zentral zu überwachen und zu leiten.

Anschrift des Verfassers: Eblingen/N., Hirschlandstr. 74.

Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden und Württemberg

Von Medizinalrat Dr. Hans-Hermann Schulz, Waldenbuch

Nach den Vorschriften des 2. Gesetzes über die Neugliederung in den Ländern Baden, Württemberg-Baden und Württemberg-Hohenzollern vom 4. Mai 1951 (BGBl. I S. 284) wurde die Verfassungsgebende Landesversammlung am 9. März 1952 gewählt und einberufen. Wir befinden uns also mitten im Aufbau des Südweststaates, der wahrscheinlich den Namen Baden-Württemberg tragen wird. Die wichtige Bedeutung der vorbeugenden, fürsorglichen und Verwaltungs-Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für den neuen Staat läßt es zweckmäßig erscheinen, die geschichtliche Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den alten Ländern Baden und Württemberg bis jetzt zu betrachten. Es können in diesem Rahmen leider nicht einzelne, örtlich begrenzte Regelungen auf gesundheitlichem Gebiet behandelt werden, die vor Erlaß der allgemeinen landesrechtlichen Vorschriften bestanden haben. Außerdem sollen die Leistungen der Gesundheitsämter und deren künftige Form kurz dargestellt werden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst entwickelte sich in den Ländern Baden und Württemberg etwa in gleicher Weise. Er wurde zunächst von Ärzten durchgeführt, die in der Praxis erfahren waren und eine besondere Prüfung für den Staatsdienst abgelegt hatten. Diese Ärzte hatten als Bezirks- bzw. Oberamtsärzte bestimmte sanitätspolizeiliche und fürsorgliche Aufgaben zu erfüllen. Da die Zahl ihrer Aufgaben immer mehr zunahm, entstanden schließlich die Gesundheitsämter in ihrer modernen Form unter Leitung von Amtsärzten.

Im Großherzogtum Baden waren etwa seit Mitte des vorigen Jahrhunderts Bezirksärzte als staatliche Sanitätsbeamte im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Ihre damals schon vielseitigen Aufgaben wurden in der Dienstanweisung vom 1. August 1886 (GVBl. S. 3) festgelegt. Die Bezirksärzte wurden nach Ablegung einer Staatsprüfung vom Staatsministerium nach der Verordnung vom 19. August 1896 (GVBl. S. 251) angestellt und waren gemäß der Verordnung vom 21. November 1928 (GVBl. S. 304) Einzelbeamte. Sie befanden sich in keinem Dienstverhältnis zu den unteren Verwaltungsbehörden, sondern unterstanden unmittelbar der Dienstaufsicht des Ministeriums des Innern.

Im Königreich Württemberg wurde durch Gesetz vom 17. Juli 1824 (RegBl. S. 535) für jeden Oberamtsbezirk ein Oberamtsarzt bestellt. Der Oberamtsarzt war Staats-

beamter auf Lebenszeit. Seine Ernennung vollzog der König auf Vorschlag des Ministers des Innern. Das Bestehen der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst war nach der Königlichen Verordnung vom 17. Juli 1876 (RegBl. S. 287) Voraussetzung für die Anstellung als Oberamtsarzt.

Diese Prüfungsordnung wurde im Jahre 1923 (RegBl. S. 119) durch die heute noch im Landesbezirk Württemberg und im Lande Württemberg-Hohenzollern gültige ersetzt. Eine Neuregelung der Vorschriften für den öffentlichen Gesundheitsdienst enthielt das Oberamtsarztgesetz vom 10. Juli 1912 (RegBl. S. 270) mit seinen Änderungen in den Jahren 1919 und 1923, sowie in der Vollzugsverordnung hierzu vom 17. März 1913 (RegBl. S. 82) nebst wiederholten Ergänzungen von 1922 und 1928. Hiernach war der Oberamtsarzt zur Besorgung der auf dem Gebiet der staatlichen Verwaltung innerhalb des Oberamtsbezirks anfallenden medizinischen Geschäfte, sowie zur Beratung und Unterstützung des Oberamts auf dem Gebiet des Gesundheitswesens berufen und verpflichtet, die Gemeindebehörden auf diesem Gebiet auf Verlangen zu beraten und zu unterstützen. Ausnahmen nach der Richtung, daß einem hauptamtlichen Gemeindefachmann bestimmte Geschäfte des Oberamtsarztes durch das Innenministerium übertragen werden konnten, waren nur für die größten Städte des Landes zugelassen. In seinem Dienstbezirk hatte der Oberamtsarzt die Durchführung der Gesetze und behördlichen Anordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu überwachen, allgemein die gesundheitlichen Verhältnisse zu beaufsichtigen und erforderlichenfalls durch Vermittlung der zuständigen Stellen die nötigen Maßnahmen einzuleiten. Außerdem war der Oberamtsarzt innerhalb seines Amtsbezirks Gerichts-, Impf- und Schularzt, sofern für diese Geschäftszweige nicht andere Ärzte staatlich bestellt oder zugelassen waren; auch hatte er in gewissen Fällen den militärärztlichen Dienst beim Ersatzgeschäft wahrzunehmen. Für die schulärztliche Tätigkeit war im besonderen noch die ministerielle Dienstanweisung für den Schularzt vom 15. April 1913 (Min.Amtsbl. S. 223) maßgebend. Schließlich verpflichtete der Art. 4 des Oberamtsarztgesetzes den Oberamtsarzt noch zur Erfüllung einer Reihe weiterer Aufgaben innerhalb seines Bezirkes, wie ärztliche Betreuung der Angehörigen des Landjägerkorps und der Gefängnisse, Er-

stattung bestimmter Gutachten und Zeugnisse, Übernahme der Stellvertretung für einen benachbarten Oberamtsarzt u. a., falls es sich in diesen Fällen nicht um Obliegenheiten eines andern Arztes handelte. Nach Auflösung des württ. Medizinalkollegiums im Jahre 1920 unterstand der Oberamtsarzt allgemein der Aufsicht des Innenministeriums.

Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531) mit seinen 3 Durchführungsverordnungen aus dem Jahre 1935 schrieb die Einrichtung staatlicher Gesundheitsämter vor, deren Leiter ein staatlicher Amtsarzt ist. Die Gesundheitsämter waren entsprechend der Größe und Bevölkerungszahl ihres Bezirks außer dem Amtsarzt mit Ärzten, Gesundheitspflegerinnen, Gesundheitsaufsehern, Technischen Assistentinnen und Bürokräften zu besetzen.

Die Dienstaufgaben der Gesundheitsämter sind nach § 3 des Gesetzes und den 3 Durchführungsverordnungen außerordentlich vielseitig: Neben der amts- und gerichtsarztlichen Tätigkeit ist die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eine der Hauptaufgaben, dann folgen Mütter- und Kinderberatungen, die Schulgesundheitspflege, Tuberkulose-Bekämpfung und -Fürsorge, Geschlechtskrankheiten-Bekämpfung und -Fürsorge, Fürsorge für sonstige Gebrechliche und Sieche, Fürsorge für Geisteskranke, Alkohol- und Rauschgiftbekämpfung, Maßnahmen zur Förderung der Körperpflege und Leibesübungen, gesundheitliche Volksbelehrung, Überwachung von Medizinalpersonen, des Apothekenwesens, des Verkehrs mit Arznei- und Heilmitteln, sowie des Handels mit Giften außerhalb der Apotheken, Überwachung der Hebammen und des sonstigen ärztlichen Hilfspersonals, Durchführung von Ortsbesichtigungen, Wohnungs- und Ortshygiene, Überwachung der Wasserversorgung, Beseitigung der flüssigen und festen Abfallstoffe, Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen, Beaufsichtigung der Pockenschutzimpfung, Mitwirkung bei der Gewerbehygiene, Beaufsichtigung der Krankenanstalten, Mitwirkung im Rettungswesen und Luftschutz, Überwachung des öffentlichen Badewesens, der Heilquellen und Kurorte sowie des Leichenwesens einschließlich Erd- und Feuerbestattung.

Nach diesem am 1. April 1935 in Kraft getretenen Gesetz wurden für jeden Stadt- und Landkreis staatliche Gesundheitsämter eingerichtet, davon befanden sich in Baden 22 Ämter mit 1 Nebenstelle und in Württemberg 35 Ämter mit 1 Nebenstelle. Die bisherigen Einrichtungen der Stadt Stuttgart auf dem Gebiet des Gesundheitswesens wurden als kommunales Gesundheitsamt im Sinne des § 4 Abs. 2 des Gesetzes und des § 20 der 1. Durchführungsverordnung hierzu vom Reichs- und Preußischen Minister des Innern anerkannt. Die Anerkennung war an bestimmte Bedingungen geknüpft. Es wurde u. a. gefordert, daß sich der Oberbürgermeister der Stadt Stuttgart jeweils vor der Anstellung des Amtsarztes und seines Stellvertreters über die Person des Anzustellenden mit dem Reichsminister des Innern verständigt. Die Anstellung weiterer Ärzte sowie etwaige Beförderungen im Ärztestand des Gesundheitsamtes bedürfen des Einverständnisses des württembergischen Innenministeriums. Die Dienstaufsicht über die Gesundheitsämter oblag in Baden und Württemberg jeweils dem Innenministerium.

Der Aufbau der Gesundheitsämter war noch nicht abgeschlossen, als der zweite Weltkrieg begann. Die Durchführung der Dienstaufgaben wurde zunächst durch Personalmangel, später durch Beschädigung bzw. Zerstörung von Amtsgebäuden durch Luftangriffe oder Beschuß behindert. In dem Durcheinander vor und nach der Kapitulation der deutschen Wehrmacht im Jahre 1945 kamen Kraftwagen, Einrichtungsgegenstände und Akten der Gesundheitsämter abhanden. Auch ergaben sich zahlreiche personelle Änderungen, da Amtsärzte von den Besatzungsmächten ihrer Dienststellung enthoben wurden. Eine Verbindung der Gesundheitsämter zur Dienstaufsichtsbehörde war meistens nicht mehr vorhanden. Deswegen wurde damals in Einzelfällen auch versucht, staatliche Gesundheitsämter aufzulösen und als Kreisbehörde in verkleinerter Form dem Landrat zu unterstellen.

Außerdem waren durch die Besatzungsmächte die Länder Baden und Württemberg in zwei Teile getrennt. Die nördlichen, amerikanisch besetzten Landeshälften bildeten das Land Württemberg-Baden mit den Landesbezirken Württemberg und Baden. Der südliche, französisch besetzte Teil Badens wurde zum Land Baden. Der südliche, französisch besetzte Teil Württembergs mit dem preußischen Regierungsbezirk Sigmaringen wurde zum Land Württemberg-Hohenzollern. Die neu gebildeten Innenministerien in Freiburg, Tübingen und Stuttgart sowie die Landesbezirksdirektion für Innere Verwaltung in Karlsruhe als Mittelinstanz für den Landesbezirk Baden waren jetzt Dienstaufsichtsbehörden für die Gesundheitsämter. Im Land Baden befinden sich 19, im Land Württemberg-Hohenzollern 17 und im Land Württemberg-Baden 28 staatliche Gesundheitsämter (im Landesbezirk Baden 9 und im Landesbezirk Württemberg 19) und 1 kommunales Gesundheitsamt (Stuttgart).

Der Wiederaufbau der Gesundheitsämter in den Notzeiten bis etwa zur Währungsreform war schwierig. Die Verteilung der Dienstaufgaben hatte sich infolge der Bewirtschaftung von Lebensmitteln, Bedarfsgegenständen und Wohnraum sowie infolge des Zustroms an Flüchtlingen, der besonders das Land Württemberg-Baden traf, gänzlich verändert. Die Gesundheitsämter hatten zur Vorlage bei Behörden amtsärztliche Zeugnisse in sehr großer Zahl auszustellen, so daß ihre eigentlichen vorbeugenden und fürsorglichen Aufgaben nicht immer in vollem Umfang durchgeführt werden konnten. Dies gelang erst, als die Bewirtschaftungsbestimmungen allmählich abgebaut wurden. Hinzu kamen noch neue Aufgaben nach landesrechtlichen Bestimmungen, so z. B. im Land Württemberg-Baden die Durchführung des Gesetzes über die Impfung gegen Scharlach und Diphtherie vom 25. April 1946 (RegBl. S. 166), des Gesetzes über Röntgen-Reihenuntersuchungen vom 12. Januar 1948 (RegBl. S. 18) und des Gesetzes über die Vorlage eines Gesundheitszeugnisses vor der Eheschließung vom 14. März 1949 (RegBl. S. 49).

Aus der Vielzahl der Dienstaufgaben ist ersichtlich, wieviel gewissenhafte und verantwortungsvolle Arbeit die Gesundheitsämter für die Erhaltung der Volksgesundheit zu leisten haben. Folgende Zahlenangaben, die allein aus den Tätigkeitsberichten der 19 staatlichen Gesundheitsämter im Landesbezirk Württemberg für das Kalenderjahr 1950 ermittelt wurden, sollen nur als kleines Beispiel dafür dienen: Im Rahmen der Schulgesundheitspflege wurden 122 326 Schüler untersucht, da-

von 7317 zur Vermittlung von Erholungsfürsorge nachuntersucht. Bei den Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter wurden 177 622 Röntgenuntersuchungen vorgenommen, davon 14 685 Röntgenaufnahmen. Bei Mütterberatungen wurden 87 350 Säuglinge untersucht, darunter befanden sich 29 146 Rachitisbekämpfungsfälle, außerdem wurden 33 939 Hausbesuche bei Säuglingen durch die Gesundheitspflegerinnen ausgeführt.

Als großer Erfolg des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden und Württemberg ist auch anzusehen, daß die Entstehung übertragbarer Krankheiten durch vorbeugende Maßnahmen weitgehend verhindert wurde und daß es in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft bisher immer gelungen ist, bei gehäuften Auftreten von übertragbaren Krankheiten eine Weiterverbreitung derselben durch geeignete Maßnahmen rasch und wirksam zu verhindern.

Dieser kurze Überblick über die geschichtliche Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden und Württemberg bis jetzt will zeigen, wie die Bezirks- bzw. Oberamtsärzte als staatliche Einzelbeamte infolge Vermehrung ihrer Dienstaufgaben zu Amtsärzten und damit Leitern von staatlichen Gesundheitsämtern wurden. Da sich die Form der Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes bisher sehr bewährt hat, sollte sie

auch im neuen Staat Baden-Württemberg beibehalten werden!

Gegen eine Kommunalisierung der Gesundheitsämter, d. h. gegen ihre Eingliederung in die Verwaltungen der Kreisstufe, sprechen verfassungsrechtliche und sachliche Gründe, ferner auch Erfahrungen, die in Ländern mit kommunalisierten Gesundheitsämtern gemacht wurden. Es ist leider nicht möglich, im Rahmen dieses Aufsatzes hierauf näher einzugehen.

Erwähnenswert erscheint jedoch, daß auch der Präsident des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Neuffer, seine ablehnende Ansicht gegen eine allgemeine Kommunalisierung der Gesundheitsämter bei der vorjährigen Tagung des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Regensburg und bei einer Forumveranstaltung der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. in Bad Mergentheim am 19. Mai 1951 klar zum Ausdruck gebracht hat.

Die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg wünschen, auch im neuen Bundesland wie bisher in staatlichen Gesundheitsämtern zur Erhaltung der Volksgesundheit in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft tätig zu sein!

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser, (14 a) Waldenbuch, Krs. Böblingen, Tübinger Str. 12, angefordert werden.

Universität und Berufstätigkeit

Von Dr. med. Theodor Dobler, Schorndorf

In Königswinter tagte vom 31. März bis 3. April 1952 eine internationale Universitätskonferenz, an der neben deutschen Universitätslehrern und Akademikern eine große Anzahl von Gästen aus England, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Schweiz und Dänemark teilnahmen. Zur Diskussion stand das Problem der Universitätsausbildung für die akademischen Berufe.

Die Konferenz sollte im einzelnen zu folgenden vier Fragekomplexen Stellung nehmen:

1. Aus welchen sozialen Schichten kommt der Nachwuchs? Welche Auswahlprinzipien sollen angewandt werden? Herrscht Mangel oder Überangebot an Bewerbern?
2. Entspricht die Universitätsausbildung den Anforderungen des Berufs?
Sind Fortbildungskurse erwünscht?
3. Ist es notwendig oder wünschenswert, daß die Fachausbildung durch eine überfachliche Ausbildung ergänzt wird, die möglichst umfassende geistige und politische Orientierung zum Ziel hat? Kann die Universität diese Aufgabe leisten?
4. Gibt es ein über die bloße sachliche Leistung hinaus verpflichtendes Berufsethos?
Soll es, falls nicht vorhanden, erstrebt werden?

Der Arbeitskreis für Medizin nahm unter Vorsitz von Professor Neuffer in mehrtägiger offener und fruchtbarer Aussprache zwischen Hochschullehrern, Männern der Praxis und den ausländischen Ärzten Stellung zu den einzelnen Problemen. Diese wurde von Professor Neuffer in einem abschließenden Bericht der Konferenz vorgelegt und fand die lebhafteste Anerkennung auch der übrigen Fachgruppen, der Erzieher, Verwaltungsjuristen und Ingenieure. Zur Frage des Nachwuchses wurde fest-

stellt, daß das Medizinstudium entsprechend unserem Grundgesetz allen sozialen Schichten offenstehen muß. Bei gleicher Qualifikation zweier Bewerber verdiene aber im allgemeinen der Arztsohn den Vorzug, da Kinder von Ärzten, der Schwere des Berufes bewußt, bessere Voraussetzungen für den Arztberuf mitbringen. England und USA. legen bei der Auswahl zum Medizinstudium einen außerordentlich strengen Maßstab an. So werden in den Vereinigten Staaten von 20 000 Bewerbern jährlich nur 7000 ausgewählt und zugelassen. In England richtet sich die Zahl der Neuzulassungen ausschließlich nach den vorhandenen Lehrbetten und Arbeitsplätzen.

Für die Auswahl entscheidend soll sein:

1. das Zeugnis der Reife einer Oberschule, womöglich eines humanistischen Gymnasiums,
2. der allgemeine Eindruck, den der Bewerber bei der persönlichen Aussprache mit der Auswahlkommission macht, der auch beruflich tätige Ärzte angehören sollen. Eine psychologische Eignungsprüfung kann die Auswahl unterstützen.

Eine weitere Auslese muß im Laufe des Studiums durch strenge Examina erfolgen. Die Behauptung muß als endgültig widerlegt gelten, daß sich ein Medizinstudent nur durch den Tod dem Bestehen des Staatsexamens entziehen kann, „Ministerschwänze“ haben heute keine Berechtigung mehr. Verlangt wird eine Verkürzung der Prüfungszeit auf wenige Wochen und eine Kollegialprüfung, möglichst unter Beziehung eines erfahrenen Arztes aus Praxis oder Krankenhaus, um allzu spezialistische Prüfungsmethoden von Fachlehrern zu verhindern. In Amerika muß außer dem Abschlußexamen auf der Universität noch eine besondere Approbations-

prüfung gemacht werden, die sehr schwer ist. Auch für Deutschland ist eine solche Einrichtung zu erwägen, um über die Berufsreife eines Arztes zu entscheiden. Zumindest muß gefordert werden, daß nach bestandenen Staatsexamen zwei praktische Jahre an besonders qualifizierten Krankenanstalten vor Erteilung der Approbation absolviert werden. Es wurde bedauert, daß die Durchführung der Leitsätze des „Bonner Ärztetages“ sowohl bei den Fakultäten als auch bei der Ministerialbürokratie auf großen Widerstand stöße.

Zur Frage der Arztdichte wurde festgestellt, daß auf 100 000 Menschen in der westdeutschen Bundesrepublik 154, in USA. 140, in Großbritannien 114, in der Schweiz 95 und in Frankreich 75 Ärzte kommen.

Den Anforderungen des Berufes entspricht die Universitätsausbildung nur in den Staaten, in welchen der Medizinstudent schon früh an das Krankenbett kommt, so daß der kranke Mensch in den Mittelpunkt der Ausbildung gestellt wird. Dies ist in Großbritannien, Frankreich und USA. im wesentlichen der Fall. Deutschland und Schweiz meldeten hier sehr lebhaft Wünsche an, die ja durch die Forderungen des „Bonner Ärztetages“ bekannt sind. Es herrschte Einigkeit darüber, daß die Universitätsausbildung lediglich eine gute Grundlage für den Praktiker schaffen könne, der die Grenzen seines Wissens und Könnens erkennen müsse. Daß aber jegliche spezialistische Ausbildung auf die spätere Ausbildungszeit verschoben werden müsse. Dementsprechend soll auch das Examen sich darauf beschränken, zu prüfen, ob der Bewerber eine breite und feste Grundlage ärztlichen Allgemeinwissens erworben hat. Man war sich auch darüber einig, daß es Pflicht eines jeden Arztes sei, sich durch Fortbildung über die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Therapie dauernd auf dem Laufenden zu halten. Es erscheint wichtiger, daß weniger Ärzte zum Medizinstudium zugelassen werden, dafür aber für die ausgebildeten Ärzte eine gute Fortbildung gewährleistet wird; hierfür sollen öffentliche Mittel eingesetzt werden, die der Volksgesundheit zugute kommen.

Über das „studium generale“ wurde eingehend diskutiert. Ubereinstimmend hält der Ausschuß es für

dringend erwünscht, daß gerade der Arzt neben einer gründlichen Fachausbildung auch eine möglichst umfassende Allgemeinbildung erwirbt. Die Voraussetzung hierfür zu schaffen wäre allerdings schon eine Aufgabe der Schule, der diese in letzter Zeit leider oft nicht mehr nachgekommen sei. Schon hier sei eine Überspezialisierung eingetreten auf Kosten einer Allgemeinbildung, die auf der Universität nur schwer nachzuholen sei. Eine Reform der Universitätsausbildung setze eigentlich eine Reform der Schule und eine Umstellung ihres Lehrkörpers voraus. Der Student müsse statt eines ungeordneten Haufens spezialistischer Kenntnisse in Mathematik und Naturwissenschaften wieder ein Welt- und Menschenbild auf die Hochschule mitbringen. Und gerade der Arzt, der sich mit dem Menschen in seiner Ganzheit befassen müsse, brauche dies am nötigsten. Ein „studium generale“ von zwei Semestern würde die medizinische Ausbildung um ein Jahr verlängern. Man solle statt dessen dem Vorkliniker durch Entlastung auf dem Gebiet der reinen Naturwissenschaften Zeit zur Allgemeinbildung geben. Dies könne z. B. durch Zusammenlegung der Vorlesungen über Zoologie und Botanik, durch ein Kolleg über Biologie und durch Zusammenfassung der Vorlesungen über Chemie und Physik geschehen.

Die letzte Frage nach einem, über die bloße sachliche Leistung hinaus verpflichtenden Berufsethos wurde dahingehend einstimmig bejaht, daß der Beruf des Arztes zu einer ganz besonderen Haltung verpflichte, daß insbesondere das Vertrauen des Kranken zum Arzt von diesem unverbrüchlich durch Einhaltung einer strengen Schweigepflicht erhalten werden müsse. Das Vorrecht, eine akademische Bildung zu genießen, verpflichte zu einem unermüdlischen Streben nach Wissen und Wahrheit, zu Bescheidenheit über das Erreichte, Verehrung des noch nicht Bekannten und Achtung jeder Persönlichkeit. Wesen und Verhalten der akademischen Lehrer müsse hierin dem Studenten lebendiges Vorbild sein. Deshalb müßte neben der wissenschaftlichen Qualifikation die Persönlichkeit des akademischen Lehrers bei der Berufung an die Universität entscheidend sein und seine persönliche Bereitschaft: in vorderster Linie Diener der humanitas zu sein.

Aus der Arbeit des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg

Von Dr. med. Gerber, Stuttgart

Seit 1949 sind die wenig beliebten und doch so notwendigen Prüfungsinstanzen der K. V. regelmäßig wieder in Tätigkeit, und es erscheint zweckmäßig, kurz über die bisherigen Erfahrungen zu berichten. Prüfer wie Geprüfte haben ein gemeinsames Interesse, möglichst selten durch die Prüfungsinstanzen in Anspruch genommen zu werden. Dieser Bericht möchte ein wenig dazu verhelfen.

Gar nicht so selten wird das Wesen der Prüfungsinstanzen verkannt. Ein ausgesprochener Abstrich oder Regreß wird als eine Bestrafung angesehen. Die Prüfungsinstanz ist aber kein Strafgericht, sondern ein Gremium von sachverständigen Ärzten, das darüber zu befinden hat, ob der Arzt oder die Kasse einen Anspruch

auf eine strittige Summe hat. Die Streitfrage erwächst aus der vertraglich übernommenen Verpflichtung, daß der Kassenarzt den Kranken ausreichend und zweckmäßig behandeln, dabei aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten soll. Das Maß des Notwendigen ist der strittige Punkt! Persönliches steht nicht zur Debatte, nicht der Arzt und nicht die Kasse.

Der Arzt, der viele Leistungen ausführt und verrechnet, der viele und teure Verordnungen verschreibt, kurzum, der das Maß des Notwendigen überschreitet, muß für diese Überschreitung einstehen und aufkommen, da er seine vertragliche Verpflichtung verletzt hat. Das ist keine Strafe, sondern eine Haftung, eine Schadensersatzpflicht.

Der Privatpatient sagt dem Arzt, was er zu zahlen vermag. Das ist bei dem einen viel, bei dem anderen weniger. Der eine stellt größere Ansprüche, der andere mag bescheidener sein. Der gewissenhafte Arzt wird den ersteren deshalb nicht übernehmen, den anderen aber auch nicht vernachlässigen. Immerhin vermag er sich aber entsprechend der Leistungsfähigkeit und der Ansprüche auf den Privatpatienten einzustellen.

Die Kasse sichert ihren Mitgliedern ausreichende und zweckmäßige Behandlung zu. Es ist kein Geheimnis, daß dabei der Arzt einen größeren Spielraum in seiner Behandlungsmöglichkeit hat als bei manchen seiner Privatpatienten unbeschadet des Maßes des Notwendigen.

Das Maß des Notwendigen ist im Einzelfall immer subjektiv gebunden und daher eine strittige Sache. Der eine Arzt behandelt einen gleichgelagerten Krankheitsfall mit den doppelten oder dreifachen Kosten als der andere, und jeder ist überzeugt, daß er im Rahmen des Notwendigen sich bewegt.

Die Prüfungsinstanzen nehmen als Richtlinie für das Maß des Notwendigen den Durchschnittsatz aller Ärzte der entsprechenden Fachgruppe. Er ist also eine Richtlinie, die von den praktizierenden Ärzten selbst gebildet wird und deshalb wohl billigerweise als eine gerechte Richtschnur angesehen werden darf. Hat doch dabei der Vertragspartner, die Kasse, sich gar nicht eingeschaltet.

Wenn auch kaum eine Praxis, selbst innerhalb der einzelnen Fachgruppen ganz gleichgelagert und gestaltet ist, so sind die Unterschiede doch selten so groß, daß sie den Durchschnittsatz als Richtlinie ungültig machen. Im allgemeinen ist die jeweilige Praxis auch den Prüfungsinstanzen bekannt, die, um größeren Besonderheiten der Praxisführung gerecht zu werden, noch eine Toleranzgrenze über den Durchschnittsatz zuerkennen. Eine Praxis mit viel Überweisungsfällen zur spezialärztlichen Untersuchung, mit eigenem größerem Laboratorium und Durchführung der anfallenden Untersuchungen, oder mit einer sonstigen besonderen, ungewöhnlichen und kostspieligen Einrichtung und Spezialbehandlung kann sich auf erhöhten Anspruch berufen.

Vor den Beschwerdeausschuß kommen aber zu viel Beschwerdeführer, die Einspruch gegen ausgesprochene Ersatzforderungen erheben, ohne sachlich begründete Tatsachen anführen zu können. Durch den Ärger über den Abzug, die eigene Notlage, Unkenntnis der Vertragsverpflichtungen läßt sich so mancher allzu rasch zur Beschwerde verleiten. Viele wollen auch nur aufgeklärt werden, was sie falsch gemacht haben oder wie sie es besser machen sollten, ohne zu bedenken, daß die Beschwerdeinstanz ja eigentlich andere Aufgaben hat.

Wenn ein Arzt den Beschwerdeausschuß in Anspruch nimmt, soll er sich vorher darüber Klarheit verschaffen, was er für sachlich begründete Momente anführen kann, die eine Überschreitung seines Durchschnittes rechtfertigen. Das Studium der Anweisung über sparsame Verordnungen wird immer wieder zweckmäßig sein. Ein häufiger Einwand ist der, daß der Beschwerdeführer sagt, er weise selten einen Krankheitsfall in ein Krankenhaus ein und behandle auch die schweren Fälle, die naturgemäß mehr Arbeit und Kosten machen. Er setzt dabei

voraus, daß sein anderer Fachkollege dies nicht tun würde. Mit anderen Worten, er unterstellt diesem, daß er sich nicht an den Abschnitt V des Kassenvertrags halte, der besagt, daß Krankenhauspflege nur verordnet werden soll, wenn es sich um Operationen handelt, die im allgemeinen nur klinisch ausgeführt werden oder wenn wegen der Natur des Leidens oder der besonderen Umstände die notwendige und ausreichende Behandlung nur in einer Krankenanstalt erfolgen kann. Es ist einleuchtend, daß die Beschwerdeinstanz einer solchen Unterstellung nicht ohne weiteres folgen kann.

Ungewöhnliche Häufung schwerer Fälle kann ein sachlich begründetes Moment zum Einspruch geben. Aber auch da lege der Beschwerdeführer sich vorher die Frage vor, ob nicht seine Fachkollegen mit derselben Häufung aufwarten können. Eine Grippeepidemie oder eine andere Epidemie nehmen seine anderen Kollegen meist ebenso in Anspruch wie den Beschwerdeführer und sind nicht von vorneherein eine Begründung des erhöhten Durchschnitts. Manche Kassenpatienten machen es mit ihren Ansprüchen dem Kassenarzt recht schwer, im Rahmen des nur Notwendigen zu bleiben. Sie sagen, der Kassenvertreter habe ihnen versichert, daß der Arzt alles aufschreiben dürfe, daß er keine Beschränkung in seiner Verordnung habe und daß es nur vom Arzt abhängige, was er verordnen wolle. Die maßgebenden Kassenvertreter weisen die Versicherten immer wieder auf die wirtschaftliche Behandlungsnotwendigkeit hin, gleichzeitig aber auch darauf, daß der Arzt allein dafür verantwortlich ist, wie er seine Behandlungsweise durchführt. Und ich meine, wir sollten froh sein, daß es so ist, daß wir tatsächlich alles wirklich Notwendige verordnen dürfen, und daß uns kein anderer da hineinredet und uns von unserer Verantwortung entlastet.

Manche Kollegen sind wegen der ausgesprochenen Ersatzansprüche so sehr subjektiv befangen, daß sie jeder sachlichen und besseren Einsicht unzugänglich bleiben. Wenn ihnen die Prüfungs- und Beschwerdeinstanz nicht folgen kann, so verargen sie dies den Prüfern und sind wütend auf diese, ohne zu bedenken, daß diese den gleichen Vertragsbedingungen unterworfen sind, in den gleichen Verhältnissen stecken, sich bemühen, möglichst objektiv zu entscheiden und wahrlich ihr Amt nicht zum Vergnügen haben.

Bevor man die Beschwerdeinstanz in Anspruch nimmt, prüfe man sich ernsthaft, sine ira et studio, ob man wirklich stichhaltige sachliche Einwände bringen kann. Ein Beschwerdeverfahren erfordert Zeit und Geld. Da man billigerweise solche Kosten nicht der Allgemeinheit aufbürden kann, muß der Unterliegende damit rechnen, daß er zur Deckung der Unkosten noch eine Gebühr von 10 DM zahlen muß.

Man muß schon einmal jahrelang in einer solchen Prüfungsinstanz tätig sein, um so richtig zu erkennen, wie notwendig sie ist. Der Zahlungsfähigkeit der Kassen sind Grenzen gesetzt, und ohne Prüfungsinstanzen würde unbeabsichtigt und unmerklich der Ausgabeposten für Behandlungskosten sich gleitend so vergrößern, daß diese Grenze bald überschritten wäre. Mit der Freiheit des Arztes und seiner Behandlungsweise hat das gar nichts zu tun, im Gegenteil, gerade um diese uns zu erhalten, müssen wir auf Kontrolle und Selbstdisziplin bedacht sein.

Erwiderung auf Dr. Magenau's Bemerkungen zu: „Das verhängnisvolle Attest“ von Reg.Rat. Kloesel*

Von Dr. med. Knüppel, Stuttgart

Die im Südwestdeutschen Ärzteblatt enthaltenen Veröffentlichungen verfolge ich mit dem gleich großen Interesse, wie in den anderen ärztlichen Zeitschriften, ohne dabei stets auch mit den Referenten gleicher Meinung zu sein. Aber ich bemühe mich, die angeschnittenen Fragen und erörterten Probleme sine ira et studio — also mit vollem Verständnis — zu verfolgen und dem dargelegten Standpunkt des Einsenders gerecht zu werden. So habe ich auch den mit großer Sachlichkeit geschriebenen und aufklärenden Aufsatz des Reg.Rats Kloesel, „Das verhängnisvolle Attest“, eingehend studiert und konnte abschließend nur zu dem Ergebnis gelangen, daß eigentlich etwas Selbstverständliches deduziert und der erwähnte Verstoß mit Recht geahndet wurde. Mit dieser Auffassung glaubte ich mit allen rechtlich denkenden Kollegen einer Meinung zu sein.

Um so erstaunter aber bin ich nunmehr, in der März-Nummer des erwähnten Blattes (3/52) die Stellungnahme eines Kollegen zu dem genannten Artikel zu lesen, die meines Erachtens zwar an dem aufgeworfenen Fragenkomplex vorbeigeht, aber dabei den Eindruck erweckt, als wenn die dem Kollegen so „verhängnisvoll“ gewordene Übung eine in Ärztekreisen allgemein übliche Gepflogenheit darstellt.

Hier — muß ich gestehen — kann ich bei aller Toleranz gegenüber der Auffassung anderer nicht schweigen und muß mit aller Entschiedenheit widersprechen. Wenn ich anfangs noch der Überzeugung war, der Einsender spreche im pluralis majestatis, mußte ich aber im weiteren Verlauf feststellen, daß der Kollege M. im Namen aller Ärzte — „ausnahmslos gehören die Ärzte alle eingeschperrt“ — sprechen zu müssen glaubt. Ob das nun aus eigener Machtvollkommenheit geschieht, oder ob und welches Gremium ihn dazu autorisiert hat, entzieht sich meiner Beurteilung, mag auch dahingestellt bleiben. In dieser Hinsicht möchte ich gleich herausstellen, daß ich hiermit meine eigene Auffassung in der Angelegenheit zum Ausdruck bringe, ohne mich dabei auf die Autorisierung durch andere berufen zu können, ich bin aber der festen Überzeugung, daß ein Großteil der Kollegen mir beipflichten wird.

Die Sachlage, die dem ersten Artikel zurunde lag, war von Reg.Rat Kloesel klar herausgearbeitet worden, eine Feststellung, die auch von Herrn Kollegen M. mit Dank anerkannt wurde. Es handelt sich somit um ein ärztliches Zeugnis über einen Krankheitszustand, der dem Aussteller — offen ausgesprochen — nur durch Hörensagen bekanntgeworden ist, von ihm aber ohne jede Einschränkung als bestehend attestiert wurde. Hier kann man meines Erachtens bei allem Wohlwollen nicht nur von einer unglücklichen Formulierung bzw. einer wohlwollend formulierten, ein wenig „frisierter“ Bescheinigung sprechen. Um das zu erkennen, bedarf es wohl

keiner besonderen juristischen Denkweise, die nach Herrn M. vergleichsweise jedem Bürgermeister zuerkannt wird, aber nicht bei allen Ärzten vorausgesetzt werden darf.

Daß für den Arzt, für seine Erwägungen und sein Handeln die Aussagen des Kranken oder anderer vertrauenswürdiger Personen wichtig sein können, ja manchmal einen überaus wesentlichen Teil seines Befundes darstellen, ist unbestritten, aber — wie gesagt — nur einen Teil, einen Baustein, auf dem er seine Erkenntnisse aufbaut. Aber allein nach den Berichten anderer Personen eine ärztliche Tätigkeit auszuüben, halte ich für unärztlich, und ein solches Verfahren gleitet ab in das Gebiet der Ferndiagnose und -behandlung. Diese elementaren Grundsätze werden jedem jungen Mediziner schon in den klinischen Semestern gelehrt, ebenso wie auch die Voraussetzungen für die Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen, Berichten und Zeugnissen, über Art und Inhalt dieser schriftlichen Auslassungen. Auch der Arzt sollte hier nicht erst eines Paragraphen des Strafgesetzbuches oder des Artikels eines angeblich erst jetzt geltenden Rechtes für seine Korrektheit bedürfen, sondern dabei sollte ihn allein seine Berufsehre leiten. Es geht meines Erachtens auch zu weit, den ärztlichen Bescheinigungen einen vorgedruckten Satz hinzuzufügen — wie der Verfasser vorschlägt —, um den Aussteller auf seine Pflichten aufmerksam zu machen; denn schließlich handelt es sich ja um Akademiker, die zudem durch ein ärztliches Gelöbnis verpflichtet sind. Eigene wirtschaftliche Gesichtspunkte müssen bei der Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen grundsätzlich ausscheiden; aber es sollte auch nicht der Eindruck erweckt werden, als wenn ärztliche Bescheinigungen oft unglückliche Formulierungen darstellen, die mit dem ärztlichen Denken und Handeln unvereinbar sind und gelegentlich auch mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt bringen. Im übrigen erscheint es mir zweckmäßiger, im Betreffsfall sich im stillen Kämmerlein an die Brust zu schlagen mit dem eigenen Eingeständnis: „pater peccavi etiam“, statt nach Kenntnis ähnlicher gerichtlicher Verhandlungsberichte das abgehandelte Problem in der Öffentlichkeit weiterhin zu erörtern und dabei die Verfehlung als eine Kollektivverfehlung des gesamten Standes zu publizieren — so denke ich!

Es ist mir bekannt, daß der Inhalt der unter „Eingesandt“ veröffentlichten Artikel nicht auch gleichzeitig die Auffassung der Schriftleitung darstellt. Besonders in diesem Falle ist das undenkbar*; denn die Ärztekammer kann nicht — wenn ich mich recht erinnere — auf einer ihrer Sitzungen eine eindringende Mahnung betr. Abfassung und Inhalt ärztlicher Bescheinigungen zur Erhaltung ihrer Unantastbarkeit aussprechen, um sich nun mit dem Standpunkt des Einsenders zu identifizieren.

* Nr. 1/52 S. 7 und Nr. 3/52 S. 48.

* Sehr richtig! (Die Schriftleitung.)

Buchbesprechungen

Max H o l z m a n n, Zürich: „**Klinische Elektrokardiographie**“. 2., verbesserte und erweiterte Auflage, 652 S., 302 Abbildungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Preis Ganzleinen DM 69.60.

Ein großer Vorzug dieses Werkes ist die einwandfreie, aber nicht zu ausführliche Behandlung der theoretischen Grundlagen der Elektrokardiographie. Der Verfasser beherrscht die Kunst des Weglassens, er belastet den Leser nicht mit Problemstellungen, für die der Mediziner einfach keine Zeit haben kann.

Das Buch eignet sich zum Einarbeiten in die Elektrokardiographie; es eignet sich für den Studenten und vor allem für den Arzt, der sich — vielleicht lange Zeit nach den Studienjahren — mit diesem Gebiet vertraut machen muß. Die übersichtliche Anordnung des Stoffes macht das Buch zu einem Nachschlagewerk bei der Deutung von EKG-Befunden. Besonders ausführlich sind die Brustwandableitungen behandelt, und es ist dabei zu begrüßen, daß die im Jahre 1950 von der deutschen Gesellschaft für Kreislauforschung übernommene internationale Nomenklatur durchgehend benützt wird, was unnötige Verwechslungen erspart.

Der Preis des Werkes ist bei der im allgemeinen schlechten finanziellen Lage der Mediziner heute als hoch zu bezeichnen. Wahrscheinlich läßt sich ein Buch solchen Umfangs und solcher ausgezeichneten Ausstattung aber gar nicht billiger herstellen.

Dr. Schröder

Dr. Maria D a e l e n: „**Die BCG-Schutzimpfung**“. 2. Band. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin, 184 S., Preis DM 14.—.

Neben einem historischen Überblick und der Organisation der praktischen Durchführung der BCG-Schutzimpfung in Hessen enthält das Heft eine eingehende statistische Bearbeitung des Ausfalls der Tuberkulinprüfungen durch Freudenberg. Bei 468 012 Fällen fiel die erste Tuberkulinprobe bei 131 762 positiv aus. Je städtischer ein Kreis war, desto mehr positive Tuberkulinreaktionen. Den Arzt in der Praxis interessiert in erster Linie das Ergebnis der Impfung. Catel und Daelen fassen den „Impferfolg“ folgendermaßen zusammen: Von 30 631 BCG-Geimpften waren 10 Kinder als tuberkulös neu erkrankt gemeldet, wobei nur in einem Falle die Diagnose aufrechterhalten werden konnte (Miliartuberkulose und Meningitis). Bei 34 203 nicht geimpften Kontrollen sind im gleichen Zeitabschnitt 26 sichere und 5 fragliche tuberkulöse Erkrankungen festgestellt worden. Von 148 in die Kinderheilstätte Mammolshöhe eingewiesenen Kindern waren 120 nicht geimpfte erkrankt, bei 28 vaccinierten wurde 18mal eine Fehldiagnose, 4 örtliche Komplikationen, 3 Impfungen in der antiallergischen Phase, 2 erfolglose Schutzimpfungen und eine Primärfiltrierung $\frac{3}{4}$ —1 Jahr nach der Vaccination eines Kindes eines Offentuberkulösen festgestellt. Diese Erfahrungen stimmen mit den Veröffentlichungen ausländischer Autoren überein, wonach die Morbidität an Tuberkulose bei den Geimpften auf den 5. bis 20. Teil gegenüber den Nichtgeimpften herabsinkt.

Dr. Kreuzer

Prof. J. H. S c h u l t z: „**Das autogene Training**“ (Konzentrativ Selbstentspannung). Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1950, 328 Seiten, Ganzl. DM 27.—.

Die lang erwartete 6. Auflage (1. Aufl. 1932, 5. Aufl. 1941) erscheint in unserer Zeit betonter neurobiologischer Zusammenhangsbetrachtung und psychotherapeutischer Persönlichkeitserfassung. Sie weist keine grundsätzlichen Änderungen auf. — Im autogenen Training erlernt der Patient bei ausreichender Selbstverfügung und Ausdauer die selbsttätige Regulierung sonst autonomer Organfunktionen; auf diesem Wege öffnet sich ein Zugang zum Ich. Das Prinzip der Schulz'schen Methode ist von Hypnoseerlebnissen hergeleitet. Der Übungsverlauf wird genau dargestellt: Schwere- und Wärmeversuch, Ruheerlebnis in Herzfunktion und Atmung, Oberbauchwärme und Stirnkühle. Diese „Unterstufe“ reicht aus zur Affektdämpfung und zur allgemeinen Erholung und Leistungssteigerung; sie kann durch Herabsetzung des Biotonus Schlafstörungen, Angstzustände, Zittern, Tics und andere Neurosen bessern oder beseitigen; sie ergänzt die Behandlung von übermäßigen vasomotorischen Reaktionen mit

Symptomen einer Stenocardie, einer Hypertonie, einer gestörten Magen-Darmfunktion, eines Asthma bronchiale. Hierzu werden zahlreiche exakte und eindrucksvolle Protokolle angeführt. In einem besonderen Kapitel zeigt der Verf. die manchmal auftretenden Störungen und Schwierigkeiten im Übungsverlauf, der von einem sachverständigen Arzt aufgeschlossen und wachsam beobachtet werden muß. Es folgt die Besprechung der „Oberstufe“ mit einer vertieften inneren Schau, die das Unbewußte anstößt und aufsteigen läßt. Nach Abschluß der praktischen Anwendung wird die Theorie der Methode erläutert, und zwar mit überaus vielseitigen experimentell-physiologischen Kontrollen, neurologisch-klinischen und psychologischen Versuchen. Hypnose und Suggestion werden kürzer dargestellt und zum autogenen Training, das sich durch das „konzentrativ“ Moment von ihnen unterscheidet, in Beziehung gesetzt. Vergleichende Beispiele ethnologischer und religionspsychologischer Art, auch des Yoga, zeigen teilweise mystische Vorstellungen und ihre Deutung im Geiste der Psychologie und der Heilkunde. Darauf bespricht Verf. das Verhältnis des autogenen Trainings zur Psychoanalyse. Das Schlußkapitel weist auf seine Bedeutung in der Pädagogik und der allgemeinen Persönlichkeitshygiene hin. Im Anhang folgen 3 Protokollvordrucke, ein Namens- und ein Sachverzeichnis. Die ganze Darstellung ist durchsetzt von sehr vielen lebendigen Beispielen, Übungsprotokollen und Krankengeschichten. In dem kritisch und klar geschriebenen Werk ist das zum Thema gehörige internationale Schrifttum verarbeitet, wie es in dieser Breite und Tiefe wohl selten von einem Autor beherrscht wird.

Man kann das autogene Training nicht nach einer schriftlichen Gebrauchsanweisung erlernen. Die Ärzte aber, die es nach fachkundiger Anleitung beherrschen, werden immer wieder gern in dem hervorragenden Buch von J. H. Schultz nachlesen. Jeder Arzt, der einen Sinn für die psychosomatischen Zusammenhänge hat und wissenschaftlich klar sehen will, sollte es studieren. Besonders empfehlen wir es denen, die ärztlich-psychotherapeutische Methoden aus mangelnder Kenntnis ihrer Grundlagen immer noch ablehnen.

Dr. Dr. med. Laberke

Edwin Hennig: „**Der Werdegang des Menschengeschlechts**“. Matthiesen-Verlag, Tübingen, 81 Seiten, DM 3.90.

Aus frühester Ur-Zeit unserer Welt — die Überschriften der beigegebenen Tafeln lauten: „Die letzten 600 Jahrmillionen“, „Die letzten 600 Jahrtausende“ und zuletzt „Die letzten 180 Jahrtausende“ — werden wir über alle Lebewesen, die je die Erde bevölkerten, heraufgeführt bis zu den Primaten und hin bis zum homo sapiens. Was dabei an gewaltigen Zeiträumen durchreist wird, entzieht sich — als Zeitmaß — menschlichem Vorstellungsvermögen.

Verdichtet auf 81 Seiten, mit einer anschließenden Übersicht über die neuere Literatur zu fossilen Menschen und Menschenaffen, erzählt uns der Verfasser die Entwicklungsgeschichte des Menschengeschlechtes mit großer wissenschaftlicher Exaktheit, profundem anatomischem und geologischem Wissen und unter steter Führung des Versuches einer Synopse von natur- und geisteswissenschaftlicher Auffassung des Menschen.

Ein selten wertvolles Buch, das neben der Erweiterung rein formaler wissenschaftlicher Kenntnisse dem Leser noch etwas Unschätzbare gibt: Der Rückblick über Aonen, über immerwährendes, majestätisches Werden, Sich-Wandeln und Vergehen läßt uns den Ausblick auf den individuellen Tod gewichtloser und tröstlicher erscheinen. „Ein Unsterblichkeitsgedanke ist nicht bloßes Phantasie- und Wunschgebilde unseres dichtenden Vorstellungsvermögens, er hat seine Wurzeln in der Erfahrungswelt.“

Dr. Helmut Senges

Dr. Rudolf D r o b i l: „**Gesichtsgymnastik**“. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien. 85 Seiten, 112 Abb., DM 10.—.

Wir müssen dem Verfasser für diese klar und lebendig geschriebene Abhandlung, die eine Lücke in der medizinischen Literatur ausfüllt, dankbar sein.

Während die Bedeutung der allgemeinen Körper- und der Heilgymnastik längst außer Diskussion steht, blieb die spezielle Gymnastik der mimischen Gesichtsmuskulatur bisher fast unbeachtet. Erstmals weist der Verfasser sehr eindringlich auf die vielfältigen Möglichkeiten und den Nutzen hin,

die einer systematischen Schulung und Bildung der mimischen Muskulatur zukommen. Unter anderem wird vor allem Bezug genommen auf die Bedeutung des Muskelzuges als notwendiger Reiz für den Knochenanbau und darauf hingewiesen, daß durch Muskelgymnastik unterentwickelte Knochenpartien auch im Gesicht verstärkt werden können.

Ferner wird auch auf die Wichtigkeit der Erhaltung einer guten Tonuslage der Muskulatur hingewiesen, die für unbedingt erforderlich gehalten wird, um dem gefürchteten frühen Altern des Gesichts zu begegnen. Mit passiv-kosmetischen Behandlungsmethoden, deren Bedeutung für die Schönheitspflege der Haut anerkannt wird, kann dem Altern auf die Dauer nicht so erfolgreich begegnet werden, sondern nur durch planmäßige aktive Übungsgymnastik, die unter sachkundiger Anleitung zu erfolgen hat. Durch diese Übungen, mit denen man schon in der Jugend beginnen sollte, wird die Durchblutung und Strafferhaltung des Hautorgans bis ins höhere Alter gewährleistet. Dr. Dr. Eduard Schmid

Prof. Dr. Karl Mellinshoff: „Wegweiser für Zucker-
kranke.“ Verlag Urban & Schwarzenberg, München und
Berlin, 152 S., Preis DM 4.80.

„Der Zucker Kranke soll im Gegensatz zu anderen Kranken möglichst viel von seiner Krankheit verstehen.“ Nach diesem von G. Katsch aufgestellten Grundsatz ist die vorliegende Broschüre eine der theoretisch und praktisch ausführlichsten, die der Arzt seinem Patienten empfehlen kann. Der theoretische Teil ist vielleicht sogar etwas zu kompliziert für den Durchschnittsleiker. Für den praktischen Teil dürften bei der nächsten Auflage vielleicht die für den Diabetiker wichtigsten „Merkwürdigkeiten“ leitsatzähnlich zusammengefaßt werden. Die Schrift ist außerdem auch als Lehrschrift für Krankenpflegepersonal zu empfehlen.

Dr. Junkersdorf

Dr. med. Hans Deuretsbacher: „Die epidemische Kinderlähmung und ihre Behandlung mit hohen Dosen Pyramidon.“ Wiener Beiträge zur Kinderheilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Richard Priesel, Band II. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 95 S., 5 Abb., kart. DM 10.—

Der Verfasser, der das Erscheinen seiner Monographie nicht mehr erlebte, gibt zunächst eine kurze, aber ziemlich vollständige Übersicht über Geschichte, Ätiologie, experimentelle Pathologie, Immunitätsverhältnisse und pathologische Anatomie, sowie über die Klinik des Früh- und Lähmungsstadiums der Poliomyelitis. Im Abschnitt über die Behandlung wird die vom Autor inaugurierte Pyramidon-Therapie eingehend geschildert, die er bei der Tiroler Epidemie 1947 durchführte. Im einzelnen wurde so vorgegangen, daß Erwachsene von einer 5prozentigen Pyramidonlösung 4 Tage lang in 3stündlichen Abständen Tag und Nacht bei jeder Einzeldosis 3 Teelöffel bekamen, was einer Tagesdosis von 6 g und einer Gesamtdosis von 24 g entspricht. Kinder bis zu 5 Jahren erhalten im gleichen Turnus eine Tagesdosis von 2 g bzw. eine Gesamtdosis von 8 g, während Kinder zwischen 5 und 14 Jahren auf eine Tagesmenge von 4 g bzw. eine Gesamtdosis von 16 g kamen. Der Verfasser legt Wert darauf, daß die Behandlung nur im präparalytischen Stadium und im Stadium der beginnenden Lähmungen Erfolg verspricht, außerdem wird ausdrücklich betont, daß nur das Pyramidon „Bayer“ verwendet werden dürfe. Bei diesem therapeutischen Vorgehen wurde die Gesamtsterblichkeit im

Vergleich zu den Jahren 1941 und 1946 nicht verringert. Es wird aber in der Tatsache, daß kein einziger der im präparalytischen Stadium auf diese Weise behandelten Fälle Paresen bekam, ein Erfolg gesehen und die Methode zur Nachprüfung empfohlen. — Wenn auch an den Zahlenangaben nicht gezweifelt werden kann, so wäre doch eine Gegenüberstellung früherer ohne Lähmung verlaufener Fälle mit denen mit Pyramidon behandelten von Interesse gewesen, da ja bekannt ist, daß die Poliomyelitis während verschiedener Epidemien immer wieder einen Gestaltwandel zeigen kann. Dr. Grundler (Tübingen)

Dipl.-Volkswirt F. W. Schimanski: „Der Blinde im Beruf.“ Verlag Kehler, Freiburg/Br., 23 S., brosch. DM —.60.

Das Erscheinen dieser Broschüre ist sehr zu begrüßen. Es gelingt Schimanski eine objektive Darstellung der Leistungsfähigkeit des blinden Menschen und seiner Möglichkeit im Berufsleben. Der Verfasser hat recht, wenn er die im Vollbesitz ihrer Sehkraft lebenden Menschen davor warnt, den Blinden auch in seiner geistigen Leistungsfähigkeit als nicht vollwertig anzusehen. Auf Grund der Erblindung ist es dem Blinden nicht mehr möglich, mit den Augen wahrzunehmen, aber darüber hinaus bringt die Blindheit keine weiteren Ausfälle mit sich. Im Gegenteil kann man feststellen, daß das Tastvermögen und die Konzentrationsfähigkeit zunehmen und das Gehör schärfer wird. Durch diese Kompensation wird bei begabten Blinden das Auge ersetzt. Im weiteren wird geschildert, wie der Blinde als Industriearbeiter, Handwerker, Stenotypist, Telephonist, Büroangestellter und in den akademischen Berufen vorwiegend als Jurist, Psychologe und Theologe seinen Beruf voll und ganz ausfüllt.

Es wäre sehr zu wünschen, daß der Arztstand sich mehr um die Blindenfürsorge kümmerte, denn immerhin gibt es in den Westzonen schon 43 000 Blinde, die manchmal mehr Verständnis erfahren sollten. Dr. Carl

Doz. Dr. Glauner: „Die Entzündungsbestrahlung“. 2. Aufl., 1951, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 189 Seiten, 17 Abb., 10 Tabellen, DM 18.60.

Zweifellos kann das Glaunersche Buch das Lob für sich in Anspruch nehmen, ein solch umstrittenes Gebiet wie die „Entzündungsbestrahlung“ von allen Seiten objektiv beleuchtet und unter strenger Ordnung den vielgestaltigen Stoff zu einem Ganzen gefaßt zu haben. Im allgemeinen — besser theoretischen — Teil werden wir vertraut gemacht mit dem Wesen der Entzündung, ausführlich und genau wird die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die einzelnen Gewebsabschnitte erörtert, ihr Einfluß auf Bakterien und die allgemeine Abwehrreaktion des Körpers dargestellt und der Ablauf einer experimentell gesetzten Entzündung durch Röntgenstrahlen besprochen. Allgemeine Betrachtungen über die Bestrahlungstechnik und die Dosis leiten über zum speziellen Teil, in dem die entzündlichen Erkrankungen einzeln abgehandelt werden. Da das in der 2. Auflage erscheinende Buch auch die Erkenntnisse der Chemotherapeutica — Sulfonamide und Penicillin — berücksichtigt, darf es wirklich als ein guter Ratgeber auf seinem Gebiet empfohlen werden. — Besonders hervorzuheben sind die knappen, zusammenfassenden Sätze am Schluß jedes Teiles, die schnell über die wichtigsten Punkte Aufschluß geben und ihren Inhalt umreißen. Die ausführliche Literaturangabe erleichtert dem fachlich Interessierten die Möglichkeit speziellen Studiums.

Dr. Frommhold

Bekanntmachungen

Kurs- und Kongreßkalender

22. Mai 1952:

4. Sudetendeutscher Ärztetag in Regensburg. Beginn 13 Uhr. Die Teilnahme ist nicht auf Sudetendeutsche beschränkt. Anmeldungen und Quartierwünsche nimmt entgegen: Sekretariat des Regens-

burger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Tel. 3851/431.

24. bis 25. Mai 1952:

68. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater im Kurhaus in Baden-Baden. Anfragen sind an Prof. Zutt, Frankfurt/Main, Nervenklinik, zu richten.

2. bis 8. Juni 1952:

Fünfte Religiös-wissenschaftliche Ärzte-
tagung in Konstanz am Bodensee. Anfragen
und Anmeldungen werden erbeten an Dr. med. Riegel,
Schorndorf, Burgstr. 53.

8. bis 22. Juni 1952:

Deutscher Sportärztelehrgang in Freu-
denstadt. Nähere Angaben siehe April-Nummer, S. 72.
Anmeldungen und Programmanforderung bei der Kur-
direktion Freudenstadt.

22. bis 28. Juni 1952:

Fortbildungskurs für praktische Ärzte
in Gießen mit dem Thema „Alters- und Aufbrauch-
krankheiten“, veranstaltet von der Akademie für medi-
zinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-
Hochschule zu Gießen. Gelegenheit zu praktischer Tätig-
keit in den Kliniken. Kursgebühr DM 20.—, Jungärzte
DM 10.—. Anmeldung, Prospekte und Auskunft durch
Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinik-
str. 32 g.

25. bis 28. Juni 1952:

„Sportärzte-Kongreß Berlin 1952“ während der
„Vorolympischen Festtage“ in Verbindung mit der Jahres-
hauptversammlung des Deutschen Sportärztebundes. An-
fragen sind an den Organisationsausschuß des Sportärzte-
kongresses (Dr. Mellerowicz, Dr. Böger), Sportärztliche
Hauptberatungsstelle, Berlin-Charlottenburg 4, Sybelstr. 9,
Tel. 32 39 86, zu richten.

30. Juni bis 4. Juli 1952:

Kieler-Woche für ärztliche Fortbildung
mit dem Hauptverhandlungsthema: „Innere Sekretion“.
Das vollständige Programmheft mit Anmeldeformular
liegt Heft 10, dem zweiten Maiheft der Äztl. Mitteilungen,
bei. Außerdem kann das Programmheft auch direkt von
dem Verkehrsbüro der Stadt Kiel (Rathaus) angefordert
werden.

4. bis 6. Juli 1952:

Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs
in Wangen/Allgäu. Ausführliches Programm siehe
Seite 102.

Neue Tuberkulosemittel

Auf Wunsch des Landesverbandes der Betriebskranken-
kassen Württemberg-Baden machen wir unter Hinweis auf
Ziff. 18 der Bestimmungen über wirtschaftliche Arzneiverord-
nung in der Krankenversicherung darauf aufmerksam, daß
über das von der Firma Deutsche Hoffmann-La Roche A.G.,
Grenzach/Baden, im Laufe dieses Monats herausgegebene
Antituberculoicum

„Rimifon“

noch keine positiven Urteile auf Grund klinischer Erprobung
in b u n d e s d e u t s c h e n Kliniken vorliegen und die Kran-
kenkassen daher die Kosten für Verordnungen dieses Prä-
parates bis auf weiteres nicht übernehmen können. Das
gleiche gilt für das kürzlich dem Handel übergebene Präparat
„Neoteben-Bayer“.

Wieder K.V.D.A.

(Kraftfahrervereinigung Deutscher Aerzte e. V.)

In Fortführung der stolzen Tradition der alten Kraftfahrer-
vereinigung Deutscher Aerzte, Sitz Dresden, ist am 27. Fe-
bruar 1952 in Hamburg die K.V.D.A. erneut gegründet wor-
den. Man wird versucht sein zu fragen: „Warum ein neuer
Verein, haben wir nicht schon genug davon?“ Diese Frage

läßt sich nicht ohne weiteres mit Ja oder mit Nein beant-
worten. Der Zweck der Vereinigung ist die Vertretung der
Interessen der kraftfahrenden Ärzteschaft. Nur durch eine
Organisation wie die K.V.D.A., deren Mitglieder die gleichen
Voraussetzungen und wirtschaftlichen Belange haben, kann
das Interesse des Einzelnen, das sich mit dem Interesse der
Gesamtheit deckt, stets in vollem Umfang wahrgenommen
werden. Im Zeitalter der Interessengruppen ist der Einzelne
niemals in der Lage, unbillige Forderungen abzuwehren oder
erstrebenswerte Ziele zu erreichen. Dies allein vermag heut-
zutage nur die Gemeinschaft. So ist denn der K.V.D.A. die
Daseinsberechtigung aus der Forderung der Zeit gegeben.

Besonderes Augenmerk will die K.V.D.A. auf die Stiefkin-
der des Finanzamtes richten; denn es ist schon aus der Tages-
presse hinreichend bekannt, daß den Zahnärzten, den Rönt-
genologen, ja selbst sogar den Hautärzten die steuerliche
Abzugsfähigkeit des Wagens streitig gemacht wird. Berufs-
sparten, die zu den Zeiten, als unsere Väter in Ausübung
ihrer Praxis mit Pferd und Wagen durch die Straßen fuhren,
ihre Materialien und Waren mit dem Handkarren beförder-
ten, fahren heute steuerabzugsfrei einen Opel-Kapitän mit
einem einachsigen Anhänger. Den oben angeführten ärzt-
lichen Berufssparten jedoch, die — abgesehen von einer
völlig unzulänglichen Honorierung durch die Krankenkassen
— nur unter Zurückstellung vieler persönlicher Wünsche
zum Besten ihrer Patienten einen Wagen benutzen, will man
die Anerkennung der geschäftsfähigen Verwendung des Wa-
gens verweigern. Jeder Kollege weiß von sich aus, wie drin-
gend er seinen Wagen nicht nur zu Patientenbesuchen, son-
dern auch zu Wirtschaftsfahrten für die Praxis benötigt.

Weiter ist vorgesehen die Ausgabe von Tryptiks, die zur
Zeit noch Gegenstand von Verhandlungen ist, und in diesem
Zusammenhang bestmögliche Zusammenarbeit mit Behörden
und gleichinteressierten Verbänden; ferner eine Rechts-
beratung und eine Beratung in Verkehrsfragen. Außerdem
steht schon heute unseren Mitgliedern eine ausgezeichnete
Versicherungsabteilung mit einem erfahrenen Sachbearbeiter
zur Verfügung. Hierbei sei der große Vorteil des Kollektiv-
Versicherungsschutzes hervorgehoben.

Auch der Motorsport wird in seiner Pflege für die daran
Interessierten nicht zu kurz kommen. So sind für den kom-
menden Sommer einige Sternfahrten im Gebiet der Bundes-
republik vorgesehen. Wir werden auch bemüht sein, Kame-
radschaftsfahrten im In- und Ausland für unsere Mitglieder
zu organisieren und die Geselligkeit in den einzelnen Gauen
zu pflegen.

Um diese weitgesteckten Ziele zu erreichen, ist es aber
notwendig, daß die kraftfahrende Kollegenschaft sich mög-
lichst zahlreich hinter die Organisation der K.V.D.A. stellt;
denn sie ist ihre Organisation und nur zum Zwecke der Ver-
tretung ihrer ureigensten Interessen ins Leben gerufen
worden.

Der Vorstand setzt sich zusammen aus den Kollegen
Dr. M. Andorff, Dr. Gerh. Ritter und Dr. H. Gutknecht. —
Als Beisitzer wurden gewählt die Herren Prof. Dr. P. Siegert,
Dr. G. Nossack, Dr. D. Cramer und Krs. Vet. Rat Dr. H. Scheibe,
Bad Oldesloe.

In der Gründungsversammlung, in der auch die neue
Satzung beschlossen wurde, wurde der Jahresbeitrag mit
DM 12.—, die Aufnahmegebühr mit DM 3.— festgesetzt. Die
Aufnahmegebühr entfällt für die ersten hundert Mitglieder.
Beitrittsklärungen, Bestellung von Wagenplaketten und
sonstige Anfragen sind zu richten an die

Geschäftsstelle der Kraftfahrvereinigung
Deutscher Aerzte e. V.,
Hamburg 13, Oderfelder Str. 21
Fernsprecher: 47 46 28



bella
sanol

bei gestörtem
Lebensrhythmus
mit vegetativen Symptomen

K.P. DM 1.75

DR. SCHWARZ KG.
MONHEIM
BEI DÖSSELDORF

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

**Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart
 am Samstag, 7. Juni 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:
Prof. Dr. Beckmann, Stuttgart:
 Bornholmsche Krankheit
- 9.30 Uhr
Prof. Dr. Sarre, Freiburg:
 Hypertonie
- 10.45 Uhr
Prof. Dr. Schimert, München:
 Coronarinsuffizienz und ihre Behandlung
- 15.00 Uhr
Dr. Hoschek, Stuttgart:
 Irrtümer bei der Begutachtung von Berufskrankheiten
- 16.00 Uhr
Prof. Dr. Ehlert, München:
 Blutersatz

Der 4. Fortbildungstag findet am 5. Juli des Jahres statt. Die Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen.

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

Stellenausschreibung

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Heidenheim ist sofort die Stelle des hauptamtlichen Tbc-Fürsorgearztes (Lungenfacharzt) zu besetzen, der auch in der Lage ist, im allgemeinen amtsärztlichen Dienst mitzuarbeiten. Anstellung privatrechtlich; Bezahlung nach Vergütungsgruppe III TO.A mit Auf-rückungsmöglichkeit nach Vergütungsgruppe II TO.A. Ärzte, die die geforderten Voraussetzungen erfüllen, wollen ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (handschriftlicher Lebenslauf mit Lichtbild, beglaubigte Abschrift des Spruch-kammerbescheids mit Rechtskraftvermerk, der Approbations-urkunde, des Doktordiploms, der Facharztanerkennung und der Zeugnisabschriften) bis spätestens 25. Mai 1952 beim Innenministerium in Stuttgart-N, Königstr. 44, einreichen. Persönliche Vorstellung erst nach Aufforderung.

Bericht über die 6. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 18. März 1952, 19 bis 24 Uhr

1. Über mehrere Anträge betr. Zusätze auf dem Ärzteschild wird beraten und beschlossen. Der Zusatz „Naturheilverfahren“ kann noch nicht genehmigt werden, da die beteiligten Verbände sich immer noch nicht über die für eine Gewährung erforderlichen Voraussetzungen einig geworden sind.

2. Auf eine Anfrage hin stellt der Vorstand grundsätzlich fest: Gegen eine Niederlassung ehemaliger Krankenhausassistenten und Oberärzte am Ort ihrer Krankenhaus-tätigkeit ist nichts einzuwenden. Die Bestimmung des § 15 letzter Absatz letzter Satz der ärztlichen Berufsordnung findet in diesen Fällen keine Anwendung.

3. Dr. Krahn: Bericht über die Gründung der Bad.-Württ. Sozialhygienischen Gesellschaft in Karlsruhe am 9. Februar 1952.

4. Dr. Krahn: Ehrenratsangelegenheiten.

5. Auf einen Antrag hin wird klargestellt, daß es die Aufgaben der Fürsorge seitens der Ärztekammer übersteigt, Ausbildungsbeihilfen zu gewähren.

6. Dr. Mayer: Bericht über die Sitzung des Presseaus-schusses am 13. Februar 1952.

7. Bei Nichtmitgliedern der Ärztekammer wird künftig für Ausstellung der Facharztanerkennungsurkunde eine Gebühr von DM 30.—, bei Mitgliedern von DM 5.— erhoben. Für die Urkunden soll eine äußere Aufmachung gewählt werden, die der Bedeutung des Dokumentes angemessen ist.

8. Die Orthopädiemechanikerinnung Württemberg hat eine Anfrage hierher gerichtet, die sich mit der Errichtung und Unterhaltung orthopädiemechanischer Werkstätten durch Ärzte befaßt. Es wird im Antwortschreiben festgestellt, daß es sich hier um eine ursprünglich orthopädisch-ärztliche Angelegenheit handelt und daß es dem Arzt unbenommen ist, sich im Rahmen seiner Praxis auch auf orthopädiemechanischem Gebiet zu betätigen.

9. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 61. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 8. April 1952 19 bis 23.45 Uhr

1. Hauptpunkt der Tagesordnung: Fragen der Zulassung zur Kassenpraxis. Die Vorsitzenden der Kreisärzteschaften Nord-Württembergs, die ärztlichen Vertreter der Vertragsparteien und Vertreter des Marburger Bundes nehmen an der Sitzung teil. Nach Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen werden die Verhältnisse bei allen Kreisärzteschaften der Reihe nach eingehend und in aufgeschlossener Form während vieler Stunden durchberaten. Berücksichtigt werden dabei die Zahl der Einwohner und die Zahl der Krankenkassenmitglieder — das Verhältnis erlaubt Rückschlüsse auf die Möglichkeiten der Privatpraxis — die Zahl der zugelassenen Ärzte und — ohne Namensnennung — die Fallzahlen eines nahe zurückliegenden Quartals. Es ergibt sich, daß zahlreiche Kreisärzteschaften schon bisher vollstes Verständnis für die Belange der Jungärzte hatten, während andere — erfreulicherweise eine ausgesprochene Minderzahl — die Erhaltung des Status quo sich angelegen sein ließen. Die Aussprache erweist sich als recht fruchtbar; vor dem Forum dieser Versammlung will keine Kreisärzteschaft zurückstehen in dem Bestreben, neue Möglichkeiten zur Schaffung von Arztsitzen für Jungärzte aufzuspüren oder anzuerkennen. — Endgültige Beschlüsse kann die Versammlung nicht fassen; aber das erarbeitete Material wird, so darf man hoffen, in naher Zukunft



West-Berlin
 Siemensstadt

Sulfosellan

Schüttel-Mixtur

Sulfonamid-ZnO-Trockenpinselung

Früchte tragen und zur Ausschreibung einer größeren Anzahl neuer Kassenarztsitze führen.

2. Dr. Schwoerer berichtet noch über die Verhandlungen mit den Betriebskrankenkassen. Besprechungen am 7. März 1952 blieben ohne befriedigendes Ergebnis. Am 26. März 1952 wurde von seiten der Ärzteschaft beschlossen, sämtliche Abkommen zu kündigen. Am 3. April 1952 einigte man sich auf der Basis einer vorläufig 25prozentigen Erhöhung des Pauschales.

3. Aussprache über die Einzelleistungsabrechnung. Sie ist nirgends beliebt, aber vorerst noch dringend notwendig.

4. Dr. Knospe berichtet über Besprechungen mit dem Landesversorgungsamt wegen der Abrechnung nach dem Bundesversorgungstarif.

Die vorgerückte Zeit zwingt, die Sitzung zu schließen. — Die zahlreichen unerledigten Punkte der Tagesordnung erfordern eine weitere Vorstandssitzung für den nächsten Abend.
Dr. Hämmerle

Bericht über die 62. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung am 9. April 1952, 19.30 bis 23.30 Uhr

1. Dr. Schwoerer berichtet über die jüngsten Besprechungen mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen.

2. Dr. Benz berichtet über die Arbeit der Kleinen Kommission und der Honorarkommission.

a) Einem jetzt spruchreifen Vorschlag über die Neugestaltung des Wegegeldwesens wird vom Vorstand beigetreten; der Vorschlag wird auf die Tagesordnung der nächsten Abgeordnetenversammlung gesetzt werden. — Begrenzung 1200.— DM von 500 Fällen ab.

b) Trotz mannigfacher Beratungen ist ein allseitig befriedigender Vorschlag über die Reform des Röntgen-Unkosten-Schlüssels noch nicht zustande gekommen.

3. Ein aus der Ostzone geflohener Kollege hat die Zulassung seines medizinisch-diagnostischen Institutes beantragt. — Angesichts des Ärztemangels in der Ostzone können von dort zugewanderte Ärzte für die Zulassung nur dann in Betracht gezogen werden, wenn sie nachweislich politisch gefährdet waren. — Im vorliegenden Fall wird die endgültige Zustimmung solange zurückgestellt, bis der Bewerber von den zuständigen Behörden ordnungsgemäß als Ostzonenflüchtling anerkannt worden ist.

4. Dem Ambulanzen-Ausschuß (vgl. 60. Sitzung, Punkt 4) gehören bisher an: Dr. Benz, Dr. Weik und Dr. Röken. Um Mitarbeit sollen ferner gebeten werden: Prof. Dr. Schmidt, Ludwigsburg und Dr. Kraus, Stuttgart-Bad Cannstatt.

5. Es wird eine Berufungsinstanz für den Röntgenausschuß gebildet. Als Mitglieder sollen gebeten werden: Dr. Teschendorf, Eßlingen, Vollröntgenologe; Dr. Schaaff, Stuttgart-Feuerbach, Chirurg; Dr. Blaum, Strümpfelbach, prakt. Arzt.

6. Verschiedenes: Zahlreiche Einzelfragen betr. Personalien, Disziplinarangelegenheiten, Zulassung von Instituten, Praxisassistenten, Darlehensgewährung werden beraten und entschieden.
Dr. Hämmerle

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die in den Monaten Februar bis April 1952 eingegangenen Spenden

Cronmüller, Tübingen 10; Dürr, Schw. Hall (3×10) 30; Haist, Göppingen 10; Haushalter, Schwenningen 10; Heller, Mönshausen 10; Loesner-Schwenk, Elsel, Kirchheim/T. 10; Mertens, Untersteinbach 30; Müller, Sulzdorf 25; Reinhardt, Schw. Hall 10; Rögele, Ochsenhausen 25; Walter, Unterheinriet 10; Weinhardt, Reutlingen 40 DM.

Gesamtbetrag 220 DM.

Herzlichen Dank!

Nachträglich wird für die Zuwendung von insgesamt 329,61 DM, die anlässlich des 3. Fortbildungstages der Ärztekammer im Lindenmuseum am 23. Juni 1951 gespendet worden sind, ebenfalls herzlich gedankt.

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart-O, Reitzensteinstr. 38; Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.

Wir trauern um unsere Toten

Dr. med. Beetz, Paul, Stuttgart
geb. 29. 8. 1881 — gest. 25. 4. 1952

Dr. med. Dietz, Max, Stuttgart
geb. 7. 2. 1890 — gest. 31. 3. 1952

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstraße 106, Telefon 3721

Einweihung des Ärztehauses in Tübingen am 1. Mai 1952

Strahlendes Wetter, ein im ersten Verputz strahlendes Haus und der in berechtigter Genugtuung über das Geleistete strahlende Hausherr, Kollege Bihl, empfing die zahlreich erschienenen, neugierigen Gäste: Das Ärztehaus sollte eingeweiht werden. — Ärztehaus im weitesten Sinn, denn es wird das repräsentative Heim nicht nur der Ärztekammer und KV, sondern auch der Ständevertretung der Zahnärzte (einschl. Dentisten) von Süd-Württemberg und der Tierärzte des Südweststaates sein.

Zunächst wurden wir von Bihl durch die ganze Anlage geführt. Schon der für zirka 40 Wagen ausreichende Parkplatz verriet die dann überall offenbar werdende weitblickende Planung auch für die fernere Zukunft: In Nachbarschaft der verkehrsreichen Lustnauer Allee und im Vordergrund sollen Motorräder, Klein- und Kleinwagen die 170 S bis 300 ccm Mercedes, die vielleicht einmal später unten am Wiesengrund parken werden, gegen Sicht decken! Man erfuh, daß wegen des sumpfigen Untergrundes der Bau auf einem soliden Fundament von Pfählen ruht, was andererseits ein beruhigendes Gefühl dann vermittelt, wenn einmal die Erde bebel!

Beim Rundgang durch das Haus wurde man überrascht von dem Geschick, mit dem z. B. die Schwierigkeiten des Nivea-

ausgleiches zwischen den Flügeln durch die Anlage des nebenbei formschönen Treppenhauses bewältigt wurde und mit dem jeder Raum aufs Zweckmäßigste ausgenutzt wird. Man war beeindruckt von der Voraussicht, die nichts vergessen ließ, vom kleinen Übernachtungszimmer und der Küche, in der Angestellte ihr mitgebrachtes Essen zubereiten können, sofern sie nicht in der geschmackvoll ausgestatteten Kantine mit „Gartenwirtschaft“ speisen wollen, bis zu dem Raum, der mit Fundament und schalldichten Wänden jetzt schon für die zukünftig aufzustellenden Hollerithmaschinen ausgestattet ist. Wenn man hörte, daß die genehmigte Summe nicht überschritten wurde, daß die Eröffnungsfeier schon lange auf den 1. Mai geplant war, wenn von all den Schwierigkeiten und Engpässen, die noch in letzter Zeit überwunden wurden, berichtet wurde, so konnte man Bauherren, Architekten und Arbeitern aufrichtige Bewunderung nicht versagen.

Nach der Führung versammelten sich die Gäste in dem geschmackvollen Sitzungssaal, wo Dr. Bihl nach der Begrüßung einen Überblick über die von der KV Süd-Württemberg seit 1949 geleistete Arbeit und gleichzeitig einen Ausblick gab auf die zukünftige Zusammenarbeit zwischen Krankenkassenverbänden und KVen in einem gemeinsamen Selbstverwaltungskörper zur Bewältigung der beiden Körperschaften obliegenden sozialen Aufgaben. Es war ein Vergnügen,

den klaren Ausführungen eines Mannes zu folgen, der nunmehr neben seiner umfangreichen Praxis auch das Amt des 2. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der KVen des Bundesgebietes wahrnimmt.

Als Gratulanten sprachen Präs. Dr. Borck für die AK Süd-Württemberg, Prof. Dr. Neuffer für das Präsidium des Deutschen Arztes, die Vertreter von Zahnärzte- und Tierärzteschaft und Dr. Frohn im Namen der Mitarbeiter. Schließlich übergab der verdiente Architekt Wegenbauer dem Hausherrn die Schlüssel.

Man kann den Angestellten wirklich gönnen, daß sie aus der Baracke jenseits des Bahnhofes in dieses Haus ziehen durften, das als reiner Zweckbau schön ist, sich harmonisch in die Wiesenlandschaft einpaßt und solider Repräsentation der Ärzteschaft dienen wird.

Schr.

Facharztanerkennungen

Der Facharztanerkennungsausschuß der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern hat folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

In seiner Sitzung vom 23. 1. 1952:

- Dr. Letters, Margarete
zum Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten
- Dr. Reigber, Ulrich
zum Facharzt für Röntgenologie
- Dr. Kreß, Adolf
zum Facharzt für Röntgenologie
- Dr. Fritz, Alex
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Oberück, Otto
zum Facharzt für Orthopädie
- Dr. Beck, Ruth
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Weber, Annelore
zum Facharzt für Innere Medizin

In seiner Sitzung vom 1. 4. 1952:

- Dr. Blickle, Tailfingen
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Wystron, Marta, Ebingen
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Eppeler, Oskar, Ebingen
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Aichinger, Franz, Tübingen
zum Facharzt für Dermatologie
- Dr. Baumann, Erich, Rottweil
zum Facharzt für Dermatologie
- Dr. Kistler, Franz, Tettngang
zum Facharzt für Chirurgie
- Dr. Winkelmann, Claus, Tübingen
zum Facharzt für Chirurgie
- Dr. Däumling, Hermann, Zwielfalten
zum Facharzt für Nervenkrankheiten
- Dr. Stiegele, Wolfgang, Schussenried
zum Facharzt für Nervenkrankheiten
- Dr. Scheele, Josef, Tübingen
zum Facharzt für Chirurgie
- Dr. Ramdohr, Ingeborg
zum Facharzt für Innere Medizin
- Dr. Min Sen Li, Wangen
zum Facharzt für Lungenkrankheiten

Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs am 4., 5. und 6. Juli 1952

4. Juli 1952: Kinderheilstätte Wangen.
- 8.30 Uhr: Eröffnung durch den Präsidenten der Ärztekammer, Herrn Dr. Borck.
- 9.00—10.00 Uhr: Klinik der endothorakalen Tuberkulose des Kindes (Brügger, Wangen) I. Teil.
Frühstück.
- 10.20—11.05 Uhr: Klinik der endothorakalen Tuberkulose des Kindes (Brügger, Wangen) II. Teil.
- 11.10—12.00 Uhr: Differentialdiagnose im Bereich des kindlichen Thorax (Schmid, Wangen).
- 14.00 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Ried.

- 14.45—15.45 Uhr: Bronchus-Ca (Brecke, Ried).
- 15.45—16.45 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Ried.
Kaffeetafel.
- 16.45 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Scheidegg.
- 17.30—18.30 Uhr: Aus der Klinik der Skelett-Tuberkulose (Heiland, Scheidegg).
- 18.30—19.30 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Scheidegg.
Kleiner Imbiß.

5. Juli 1952: Kinderheilstätte Wangen.

- 8.30—9.15 Uhr: Tuberkulose im Bereich von Hals und Bauch (Brügger, Wangen).
- 9.20—9.40 Uhr: Fehlerquellen der Tuberkulosedagnostik (Mutschler, Wangen).
- 9.45—10.00 Uhr: Die bovine Tuberkuloseinfektion und ihre Bedeutung (Mutschler, Wangen).
Frühstück.
- 10.20—11.00 Uhr: Über Urogenital-Tuberkulose (O.A. Dr. Lehmacher, Herrsching).
Demonstrationen.
- 14.00 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Isny.
- 14.30—15.30 Uhr: Kollapstherapie der Lungentuberkulose (Pflomm, Isny).
- 15.30—16.30: Besichtigung der Heilstätte Isny
Kaffeetafel.
- 16.30—17.30 Uhr: Moderne Anschauungen der Medizin und ihre Auswirkung auf die Tuberkuloselehre (Böhm oder Wannagat, Überruh).
- Ab 20.00 Uhr: Geselliges Beisammensein im Hotel Sonnenhof, Wangen.

6. Juli 1952: Kinderheilstätte Wangen.

- 9.00—9.45 Uhr: Über Bronchektasen (Szymanski, Rosenharz).
- 9.50—10.35 Uhr: Neue Gesichtspunkte in der Röntgendiagnostik der Lungenerkrankungen (Schmid, Wangen).
Frühstück.
- 10.55—11.35 Uhr: Chemotherapie der Kindertuberkulose (Rothmund, Wangen).
- 11.40—12.30 Uhr: Neue Gesichtspunkte in der Pathogenese und Behandlung der Nierentuberkulose (Hasche-Klünder, Göttingen).
- 12.30—13.00 Uhr: Demonstrationen.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an Professor Dr. Brügger, Kinderheilstätte Wangen im Allgäu.

Nachruf

In Reutlingen-Betzingen ist im hohen Alter der praktische Arzt Dr. Hans Roth verstorben. Mit ihm verlieren wir Ärzte von Reutlingen und Umgebung einen ganz besonders hochgeschätzten und allgemein beliebten Kollegen. Als junger Arzt hat sich Dr. Roth in Betzingen, der Vorstadt seiner Vaterstadt Reutlingen, niedergelassen und hat dort ein ganzes Leben erfolgreich und segensreich gewirkt. In der Berufsorganisation hat er sich stets eifrigst beteiligt und bei keiner Sitzung gefehlt. Durch seinen Humor und seine große Güte hat er immer ausgleichend gewirkt. Bei großen und kleinen Arztetagenungen hat er früher öfters durch reizende Gedichte und Aufführungen zum Gelingen beigetragen.

Wir werden sein Andenken stets in hohen Ehren halten.

Kreis-Ärzteverein Reutlingen

Zur Erinnerung an Prof. Dr. med. Willy Usadel

Am 24. März 1952 starb unerwartet im Alter von 58 Jahren Prof. Willy Usadel, zuletzt Leiter der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Freudenstadt. Damit ist ein großer Arzt und Mensch, ein virtuoser Chirurg von uns gegangen. Besonders tragisch ist, daß ein Ca. von ihm selbst so früh erkannt wurde, wie es wohl selten der Fall ist, und er dann nach einer wohl gelungenen Darmoperation am sechzehnten Tag bei einem Verbandwechsel einer Lungenembolie erlag. Nicht nur den Chefarzt des Kreiskrankenhauses haben wir mit ihm verloren, sondern die deutsche Chirurgie beklagt in ihm einen ihrer hervorragendsten Vertreter, der durch sein großes ärztliches und chirurgisches Können, seine un-

ermüdliche Bereitschaft Tausenden Kranken Heilung brachte. Allen Kollegen, die zu ihm kamen, war er ein immer bereit Ratgeber und Helfer.

Prof. Usadel wurde am 16. Juli 1894 in Gumbinnen geboren. Er studierte in Königsberg. Sein Studium wurde durch den Krieg 1914—1918, in dem er als Offizier teilnahm und verwundet wurde, unterbrochen. Ein Jahr nach dem medizinischen Staatsexamen kam er 1923 als Assistent zu Prof. Kirschner und ging mit diesem 1927 nach Tübingen, wo er sich 1928 für das Fach der Chirurgie habilitierte, 1932 zum Oberarzt der Klinik und 1933 zum a.o. Prof. ernannt wurde. Nach vorübergehender Tätigkeit als ärztl. Direktor des Städt. Virchow-Krankenhauses in Berlin wurde er als o. Prof. für Chirurgie und Leiter der Chirurg. Universitätsklinik nach Tübingen berufen. Von 1939—1944 war er beratender Chirurg im Heeresdienst, aus welchem er als Oberstarz entlassen wurde. Als dann seiner Tätigkeit als Ordinarius für Chirurgie an der Universität in Tübingen im Mai 1946 durch höhere Gewalt ein Ende bereitet wurde, fand er im Juni desselben Jahres ein neues, wohl kleineres, aber doch sehr segensreiches Betätigungsfeld im hiesigen Kreis Krankenhaus.

Aus seiner wissenschaftlichen Tätigkeit sind unter vielen anderen besonders folgende Arbeiten zu erwähnen: Untersuchungen über die Gefäßversorgung des Magens zum Zweck seiner plastischen Verwendbarkeit (Arch. f. kl. Chirurgie Bd. 138 S. 401). Die Kreislaufstörung bei der freien eitrigen Bauchfellentzündung und der Einfluß der Darmbewegung auf den Pfortaderkreislauf (Arch. f. kl. Chirurgie Bd. 142 S. 423). Ein Beitrag zur Funktionsprüfung des Kreislaufes im Dienste der Chirurgie (Arch. f. kl. Chirurgie Bd. 157 S. 404). Über die kombinierte Anwendung von Percain und Novocain (Der Chirurg 2. Jahrg. S. 777). Ein durch Embolektomie geheilter Fall von Embolie der Aorta abdominalis im Bereiche der Bifurkation (Der Chirurg 3. Jahrg. S. 1002). Chirurgische Eingriffe am Sympathikus bei Kreislaufstörungen an den Extremitäten (Medizinisch-naturw. Verein Tübingen). Erfahrungen mit der Gaumenspaltenoperation nach Axhausen (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. Nr. 40/1938), Schock und Kollaps (Med. Klinik Nr. 12 Jahrg. 1940).

Bei allen, die ihn näher kannten, wird sein Name unvergessen sein.

Der Ärztl. Kreisverein Freudenstadt

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e.V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 Telefon 42824 Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Röntgenstr. 5

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Nordbaden führt am 24. Mai 1952 im Hörsaal der Ludolf-Krehl-Klinik Heidelberg, Bergheimer Str. 58, einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis durch. Zur Teilnahme an diesem Lehrgang sind alle Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, die an der RVO- oder Ersatzkassen-Praxis beteiligt sind und an einem solchen Lehrgang noch nicht teilgenommen haben. Der Lehrgang dauert von 9—17 Uhr. Ärzte, die an diesem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihre Anmeldung bis 22. Mai 1952 an die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Nordbaden, Mannheim, Renzstr. 11, Tel. 4 18 56, zu richten. Die Bekanntgabe des Programms erfolgt rechtzeitig durch die Landesstelle.

Wir machen darauf aufmerksam, daß die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis eine unerläßliche Voraussetzung für die Zulassung zur Kassenarzt-Tätigkeit ist.

Ärzttekammer-Wahl

Entsprechend § 4 Abs. 1 d der Wahlordnung gibt der Landeswahlausschuß der Ärztekammer Nordbaden e.V. das Ergebnis der Ende März 1952 erfolgten Wahl bekannt:

Ärzterschaft Heidelberg:

Delegierte: niedergelassene Ärzte: Dr. Wysocki Dr. Spannagel Prof. Dittmar Dr. Mattern	Delegierte: nicht niedergelassene Ärzte: Prof. Büchmann Dr. Holldack Dr. Buschoff Dr. Matzker
Ersatzmänner: niedergelassene Ärzte: Dr. Senges, Helmut Dr. Stengel Dr. Bierende Dr. Küttemeyer, Martin	Ersatzmänner: nicht niedergelassene Ärzte: Dr. Francke Dr. Hoer Dr. Ludwig Dr. Winter
Vorsitzender: Dr. K. Wysocki, Heidelberg	

Ärzterschaft Karlsruhe:

Delegierte: niedergelassene Ärzte: Dr. Geiger Dr. Rist	Delegierte: nicht niedergelassene Ärzte: Dr. Bossert Dr. Vetter
---	--

Dr. Schwank
Dr. Knodel
Dr. Kappes
Dr. Schneemilch

Ersatzmänner:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Reiners, Maria
Dr. Böhne
Dr. Leimbach
Dr. Gräf, Joachim
Dr. Becker, Friedrich
Dr. Valentin

Vorsitzender: Dr. A. Geiger, Karlsruhe

Ersatzmänner:
nicht niedergelassene Ärzte:
Dr. Löw
Dr. Töpfer

Ärzterschaft Mannheim:

Delegierte: niedergelassene Ärzte: Dr. Nettel, Hans Dr. Graef, Hch. Dr. Beck, Helmut Dr. Dieter, Wilh. Dr. Irion Dr. Wegerle	Delegierte: nicht niedergelassene Ärzte: Dr. Fackert Dr. Kaeppele Dr. Barniske
---	--

Ersatzmänner: niedergelassene Ärzte: Dr. Grieger Dr. Gassinger Dr. Ulrich Dr. Traum Dr. Hemmersbach Dr. Reiss	Ersatzmänner: nicht niedergelassene Ärzte: Dr. Blasche Dr. Klabunde, Gertrud Dr. Martin
--	---

Vorsitzender: Dr. H. Nettel, Mannheim

Ärzterschaft Pforzheim:

Delegierte: niedergelassene Ärzte: Dr. Hinsenkamp Dr. Senner	Delegierte: nicht niedergelassene Ärzte: Dr. Hohnloser
---	--

Vorsitzender: Dr. Hinsenkamp, Pforzheim

WARUM EMPFIEHLT DER ARZT DAS MOORBAD AIBLING/OBB.?

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

Arzteschaft Buchen:

Delegierte:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Maag
Ersatzmänner:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Peter
Vorsitzender: Dr. F. Dörner, Buchen

Arzteschaft Mosbach:

Delegierte:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Herzmann
Ersatzmänner:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Kapferer
Vorsitzender: Dr. Herzmann, Mosbach

Arzteschaft Sinsheim:

Delegierte:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Fischer, Leopold

Ersatzmänner:

niedergelassene Ärzte:
Dr. Schröder
Vorsitzender: Dr. Kneucker, Sinsheim

Arzteschaft Tauberbischofsheim:

Delegierte:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Reich
Ersatzmänner:
niedergelassene Ärzte:
Dr. Gübel
Vorsitzender: Dr. Reich, Tauberbischofsheim

Als Vertreter der nicht niedergelassenen Ärzte für die vier Kreise Buchen, Mosbach, Sinsheim und Tauberbischofsheim wurde gewählt:

Dr. Schwendemann, Wertheim
Ersatzmann: Dr. Schelkle, Mosbach

Landeswahlausschuß der Ärztekammer Nordbaden e. V.
Der Vorsitzende:
gez. Dr. Geiger

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN**

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 46 20

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Baden-Baden	für einen Facharzt für Frauenkrankheiten
Baden-Baden, Ortsteil Lichtental	für einen prakt. Arzt
Elchesheim, Krs. Rastatt	für einen praktischen Arzt
Ettenheim, Krs. Lahr	für einen Facharzt für Augenkrankheiten
Villingen/Schwarzwald	für einen Facharzt für Augenkrankheiten

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Juni 1952) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

Vertrag über badeärztliche Behandlung in deutschen Bädern

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Ortsausschuß Freiburg i. Br., bittet, die Ärzte auf folgende Punkte aufmerksam zu machen:

1. Rezepte auf Kassenkosten dürfen nur dann ausgestellt

werden, wenn ein Kranken- oder Überweisungsschein oder ein Badekurausweis vorliegt.

2. Wenn das Mitglied dagegen eine Bewilligung seiner Kassengeschäftsstelle über einen pauschalierten Tageszuschuß in Händen hat, so gilt das unter Ziff. 1 Gesagte nicht. Mit diesem Zuschuß sind alle aus Anlaß der Kur entstehenden Kosten abgegolten. Das betreffende Mitglied hat daher die Kosten für das Rezept selbst zu tragen.

3. Rezepte auf Grund der Durchführung einer Badekur sind mit dem Zusatz „Badekur“ zu versehen. Außerdem ist die zuständige Kassenstelle anzugeben. Letzteres gilt praktisch für alle auswärtigen Kassenmitglieder.

Die Bezirksärztekammer Freiburg gratuliert

Am 29. April hat Herr Dr. med. Josef Dormanns, Facharzt für Hautkrankheiten, Freiburg, sein 70. Lebensjahr vollendet.

Herr Dr. Dormanns ist seit 1917 in eigener Praxis niedergelassen und seit 1926 als Kassenarzt in Freiburg tätig. Er ist ein weit über die Grenzen der Stadt Freiburg hinaus bekannter Facharzt und erfreut sich bei seinen Patienten und unter seinen Kollegen größter Wertschätzung.

Wir beglückwünschen den rastlos in seiner Praxis tätigen Kollegen aufs wärmste.

Herr Dr. med. Paul Klinger, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Freiburg, konnte am 30. April 1952 sein 85. Lebensjahr vollenden.

Herr Dr. Klinger ist ebenfalls schon lange in Freiburg als Kassenarzt in einer umfangreichen Praxis tätig, in der er noch heute täglich arbeitet. Auch Herr Dr. Klinger hat es verstanden, sich nicht nur einen zahlreichen Patientenkreis zu erwerben, sondern er wird auch von seinen Kollegen allgemein geschätzt.

Unsere besten Wünsche seien auch an dieser Stelle Herrn Dr. Klinger zum Ausdruck gebracht.

Herr Dr. med. Ernst Seher, Freiburg, konnte Anfang Mai sein goldenes Arztjubiläum feiern. Er hat sein Staatsexamen 1902 in Berlin abgelegt und hat sich 1908 in eigener Praxis niedergelassen.

Wir gratulieren dem Kollegen zu seinem Jubiläum aufs beste.



Spasmo-Kranit-Tabl.

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Koliken an den
glattmuskuligen Bauchorganen
KREWEL-WERKE, Erbf. b. Köln



Hier hat es sich bewährt:

Infektanämien • Tumoranämien • Eisenrefraktäre Anämien

A. NATTERMANN & Cie. • KÖLN • BRAUNSFELD • KÖLN • EHRENFELD

ÄRZTLICHE PRESSESTELLE STUTTGART

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

Erneuter Protest der Ärzteschaft gegen die Entwürfe eines Geschlechtskrankengesetzes und eines Blutspendegesetzes*

Schon vor knapp vier Monaten hat die Ärzteschaft des Bundesgebiets gegen den damals von der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten scharfstens protestiert. In dem Gesetzentwurf war u. a. vorgesehen, Reihenuntersuchungen ganzer Berufsgruppen zwangsweise durchzuführen. Außerdem sollte der Arzt, der einen Geschlechtskranken behandelt, verpflichtet werden, durch eingehende Befragung des Patienten eine Infektionsquellenforschung in einer Weise zu betreiben, die ihn praktisch zum Handlanger der Polizei gemacht hätte. Diese und andere Bestimmungen, wie z. B. die vorgesehenen Strafmaßnahmen, mußten von der Ärzteschaft entschieden abgelehnt werden, da sie ungerechtfertigte Eingriffe in die persönliche Freiheit der Patienten und in das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt darstellten. Auch der Bundesrat hat am 18. Januar diesen Gesetzentwurf von der Tagesordnung mit dem Bemerkens abgesetzt, daß die Bundesregierung einen neuen Entwurf vorlegen solle. Als Material überwies der Bundesrat der Bundesregierung 24 Änderungsanträge des Innenausschusses und drei Anträge der Länder, die zum Teil unter Mitwirkung der örtlichen fachärztlichen Berater zustande gekommen waren. Außerdem hat die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern den Standpunkt der Ärzteschaft in dieser Frage bei wiederholten Besprechungen mit der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums un-

* Von der Ärztlichen Pressestelle an Presse und Rundfunk weitergegeben.

zweideutig dargelegt. Trotzdem ist der Entwurf in der alten, unveränderten Form dem Bundestag zugegangen, wo er am 23. April in 1. Lesung beraten wurde.

Der Abgeordnete Dr. Hammer übte an dem Gesetzentwurf scharfe Kritik. Bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sei die entscheidende Voraussetzung für den Erfolg jeder Maßnahme, daß der Erkrankte nicht am sofortigen Aufsuchen des Arztes gehindert würde. Nur so würden die infizierten Kranken rechtzeitig behandelt werden können. Ein Gesetz, das mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis leichtsinnig umgehe, und das in anderen zahlreichen Bestimmungen den Erkrankten der Gefahr aussetze, daß seine Erkrankung der Öffentlichkeit bekannt würde, verfehle diesen Zweck. Auch breche dieses Gesetz mit dem altbewährten Grundsatz einer Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Gesundheitsbehörden.

In diesem Zusammenhang erwähnte Dr. Hammer auch den zu schwerwiegenden Beanstandungen Anlaß gebenden Entwurf eines Blutspendegesetzes, gegen den sowohl die Ärzteschaft des Bundesgebiets als auch vor wenigen Tagen der deutsche Chirurgenkongreß in München entschieden Stellung zu nehmen gezwungen war, da auch die diesbezüglich vorgebrachten Argumente bisher keine Berücksichtigung gefunden haben. Bekanntlich hat der Ordinarius für Chirurgie an der Universität Heidelberg, Prof. Dr. Bauer, in Gegenwart zahlreicher ausländischer Gäste namens der deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegen den Gesetzentwurf protestiert, nachdem auch alle bisher von dieser Gesellschaft erhobenen Bedenken unbeachtet geblieben waren.

Die Ärzteschaft erwartet vom Bundestag, daß er bei den Beratungen der beiden Gesetzentwürfe ihre Einwände berücksichtigt. Dies müßte die Konsequenz haben, beide Gesetzentwürfe in der vorliegenden Form zu Fall zu bringen.

Abseits

Immer mit der Ruhe...

Ein Kapitel von der Krankheit unserer Zeit

Bundesinnenminister Lehr ist an Grippe erkrankt. Auch Minister Kaiser hat Grippe. Bundesverkehrsminister Seeböhm leidet an Ischias. Und Vizekanzler Blücher will zum erstenmal, seitdem er Bundesminister ist, in Urlaub fahren. Und, beim Zeus, er hat diesen Urlaub nicht nur verdient, er wird ihn auch nötig haben.

*

Was sind das doch für Zeiten! Allerorten wird eisern gearbeitet, bis zum Nervenzusammenbruch. Die Spitzen des Bundes gehen da mit gutem Beispiel voran; sie gehen, wenn sie Grippe haben — trotzdem! — in den Bundestag und nicht etwa ins Bett. Sie werden das vermutlich als ihre „verdammte Pflicht und Schuldigkeit“ bezeichnen und gleichen doch nicht wenig jenem Rittmeister, der da fiebernd auf dem Pferd vor seiner Truppe saß und auf den Ratschlag, ins Bett zu gehen, nur entschlossen erwiderte: „Erst wenn ich die Kerls klein gekriegt habe!“

*

Offenbar haben wir Deutsche die Arbeit erfunden und haben nun Angst, daß sie uns verlorengehen könnte. Wir arbeiten in der Straßenbahn, verkürzen uns den Sonntag

durch Aktenstudium, beim Anblick von Pin-up-girls denken wir an die Fleischpreise, und immer, wenn wir unsere Brieftasche fühlen, erinnern wir uns an das Finanzamt, rekonstruieren Steuererklärungen und fahnden nach neuen Verdienstmöglichkeiten. Wir bemühen uns pausenlos um Hebung des Ansehens und Vergrößerung des Bankkontos. Nur an unsere Gesundheit denken wir immer erst, wenn wir krank sind.

*

Die anderen machen das anders. In Paris plant jeder Flickschuster einen ausgedehnten Sommerurlaub; den Engländern ist das Wochenende auch heute noch heilig; die Amerikaner verspüren Punkt fünf Uhr heftiges Verlangen nach einem Whisky. Nur bei uns ist es nicht selten wie in einer großen Kaserne. Die Vorgesetzten bleiben schichtweise bis in die späte Nacht auf, nicht zuletzt, um nachzuprüfen, ob auch ihre Untergebenen ausdauernd werken. Friedrich II. erhob sich jeden Morgen um fünf Uhr, weil er nicht mehr schlafen konnte; in unseren Tagen erheben sich nicht wenige zu ähnlicher Zeit lediglich deshalb, weil sie die anderen nicht schlafen lassen wollen.

*

Was uns fehlt, ist das Gefühl für Freizeit. Es werden bei uns zu wenig dicke Bücher gelesen. Mehrere unserer Politiker reden sich heiser, aber sie versäumen es, in stillen Stunden gute Gedanken auszubrüten. Sie halten unentwegt Konferenzen und Versammlungen ab, und es wäre doch

besser, wenn sie zwischendurch einmal angeln gehen würden, um nachzudenken, was sie nicht sagen sollten. Sie speisen auch nicht, um satt zu werden, sondern sie benutzen mit Vorliebe diese Gelegenheit, um alte Freundschaften zu befestigen, neue zu schließen und Gegner zu unterminieren. Nachher wundern sie sich, wenn sie magenkrank sind.

*

Gut, gut, Europa muß verteidigt werden — aber unsere Freizeit müssen wir uns auch sichern. Erholen müssen wir uns, wenn wir aufholen wollen. Wir brauchen keine Wind-

macher, die regen nicht an, die regen nur auf. Und pausenlose Arbeit ist kein Training, sondern ein Stumpfsinn. Ein schöner Sonnenuntergang in Ruhe genossen, ihr Herren, ein ruhiges Gespräch mit einem geliebten Menschen, meine Freunde, ein stiller Abend mit einem Buch oder an einem Gartenbeet verbracht — und eine Arbeit tags darauf, für die ich sonst zwei Stunden brauche, ist in zehn Minuten bestens erledigt.

*

(Aus „Echo der Woche“, München; abgedruckt aus den „Stuttgarter Nachrichten“.)

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

13. Woche 1952 — 16. Woche 1952

(23. März 1952 — 19. April 1952)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Milchbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibtyphus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirntzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Qu. Fieber	Tularämie		
																																Nord-Württemberg	13.
	14.	N T			10	27	94 13	20 1	105	1	21	18		1			1	3						66	4								
	15.	N T			7	27	59 6	17 1	48	1	1	16	12	2	3							1		52									
	16.	N T			7	34	55 12	18	115	1	42	17	2	1										31	3								
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	13.	N T			3	7	18 4	6 2	22		7	7	2											100	1	2							
	14.	N T			6	17	14 4	1 1	12	1	7	3		1										9									
	15.	N T			2	13	19 6	5 1	1		1	2		1	2									1									
	16.	N T			2	6	15 11	13	14		1	3				1		2	1					1									
Nord-Baden	13.	N T			3	29	53 8	6	27	2	25	10	2	2	1	2						1											
	14.	N T			5	27	63 7	10 2	40	1	1	23	12	1		1								11									
	15.	N T			3	11	35 5	4	17	2	31	21	1																				
	16.	N T			5	21	42 6	3	27	1	36	2	1			1	1	1															
Land Baden	13.	N T			4	25	19 5	6 3	13	1	12	10												32									
	14.	N T			4	21	43 1	6	14	1	19	5	1	1										11									
	15.	N T			4	10	20 5	4 1	11	1	1	7	4	1										9									
	16.	N T			6	22	8 6	4 1	8		9	4	2											3	1								

E 67-Eufen
CHEMISCHE FABRIK JADE HAMBURG

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



Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Ciba A.-G., Wehr/Baden, über „Antistin-Privin“; Chem. Fabr. Ad. Klinge GmbH., München, über „Oribion-Orchibion“; J. G. W. Opfermann & Sohn, Bergisch-Gladbach über „Dolorsan“; Gothaer Lebensversicherung a. G., Göttingen, über „Sie waren jung verheiratet“ oder „Immer kehrte er zurück“; Bauer & Cie., Johann A. Wülfig, Gronau (Hann.) über Kalzan-Suppositorien beigelegt.

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, Basenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühstr. 77. — Ausgabe Mai 1952. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.