

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952

8 (1.8.1952)

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

HEFT 8

STUTT GART, AUGUST 1952

7. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Missmahl:	Wie steht es mit der Zulassung des Kassenarztes zur Röntgentätigkeit?	154
Dr. Edinger:	Was der röntgentätige Arzt wissen muß	155
Dr. Griefhaber:	Tod durch Schädlingsbekämpfungsmittel	158
Dr. Dr. Keller:	Laboratoriumsuntersuchungen des Praktikers und Betriebsarztes (Schluß)	158
Tagungsberichte		162
Buchbesprechungen		163
Bekanntmachungen		166
	Ärztekammer Nord-Württemberg E.V.	168
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	170
	Ärztekammer Nordbaden e.V.	171
	Landesärztekammer Baden	172
	Ärztliche Pressestelle Stuttgart	175
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 27.—30. Woche 1952		176

55. Deutscher Ärztetag am 13. und 14. September 1952, Berlin

Öffentliche Sitzung des Ärztetages, 13. September 1952, 9—13 Uhr
(Titania-Palast, Berlin-Steglitz)

- I. Eröffnung des Ärztetages durch den Ehrenpräsidenten des 55. Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Dr. h. c. R. Rössle, Berlin,
- II. Begrüßung der Gäste des Ärztetages durch den Präsidenten des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, Stuttgart,
- III. Ansprachen der Gäste,
- IV. Bekanntgabe von Verleihungen der Paracelsus-Medaille,
- V. Referate:
„Die ärztliche Schweigepflicht“
Es sprechen: Prof. Dr. Hans Neuffer, Präsident des Deutschen Ärztetages, Stuttgart,
Rechtsanwalt Hans-Joachim Lemme, Bund für Bürgerrechte, Berlin.

Geschlossene Sitzung des Ärztetages, 13. September 1952, 16 Uhr, und 14. September 1952, 9.15 Uhr
(Großer Hörsaal der Technischen Universität, Berlin-Charlottenburg)

Hauptpunkte der Tagesordnung:

Aussprache über die Referate der öffentlichen Sitzung,
Bericht des Ausschusses für Fragen der ärztlichen Fortbildung und Aussprache über den Bericht,
Aussprache über den Tätigkeitsbericht 1951/52 der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern,
Finanzbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern,
Entlastung des Vorstandes,
Voranschlag für das Geschäftsjahr 1952/53,
Neuwahl des Geschäftsführenden Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern,
Beschlufassung über Tag und Ort des 56. Deutschen Ärztetages.

Dem Ärztetag gehen voran:

10. und 11. September 1952: Hauptversammlung des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund),
11. September 1952: Gesamtvorstandssitzung und Vortragsveranstaltung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund),
12. September 1952, 9 Uhr: Hauptversammlung der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes (Geschlossene Delegiertenversammlung),
12. September 1952, 15 Uhr: Öffentliche Veranstaltung der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes,
12. September 1952: Vorstandssitzung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands,
9.—12. September 1952: Berliner Kongreß für ärztliche Fortbildung.

Das ausführliche Programm des 55. Deutschen Ärztetages ist in den Ärztlichen Mitteilungen vom 2. August 1952 erschienen.

Wie steht es mit der Zulassung des Kassenarztes zur Röntgentätigkeit?

Von Dr. med. W. Missmahl, Riedlingen

Der § 12 des Modells des Kassenärztlichen Mantelvertrags zwischen den Kassenärztlichen Landesverbänden und den Krankenkassen bestimmt: „Röntgenleistungen dürfen nur von solchen Kassenärzten ausgeführt werden, die die dafür erforderlichen Kenntnisse und eine geeignete Apparatur vor einem Sachverständigenausschuß nachweisen.“

Grundsätzlich wäre hier zu bemerken, daß die Fassung des Paragraphen besser gelautet hätte: „Röntgenleistungen werden nur an solche Kassenärzte bezahlt, welche etc.“ Denn jedem Arzt ist auf Grund seiner Approbation die gesamte ärztliche Tätigkeit, damit auch der Gebrauch eines Röntgenapparates erlaubt, so gut wie der Gebrauch eines Mikroskops, eines Cystoskops oder Gastroskops. Es muß von dem Verantwortungsbewußtsein des Arztes verlangt werden, daß er nur solche Methoden und Apparaturen in Diagnostik und Therapie anwendet, die er beherrscht. Wer gegen diese selbstverständliche Forderung des Arzttums verstößt, hat sich vor dem zuständigen Gericht zu verantworten.

Die Forderung der Krankenkassen nach dem Nachweis entsprechender Kenntnisse und Apparate für die Bezahlung der Röntgenleistungen ist aber berechtigt, weil der Gebrauch keiner Apparatur so teuer ist und weil mit keiner von merkantil eingestellten Ärzten soviel Mißbrauch getrieben werden kann.

Von der KV werden deshalb Richtlinien ausgearbeitet, welche die Zulassung zur Röntgentätigkeit regeln. Leider besteht jedoch noch keine Einigkeit über die Anforderungen, welche an die Ausbildung der Ärzte gestellt werden müssen, nur die Anforderungen an die Apparate sind wohl überall dieselben.

Die **Röntgenapparate** werden je nach ihrer Leistungsfähigkeit in Gruppen eingeteilt und berechtigen zu Aufnahmen von:

1. Gliedmaßen außer Schulter-, Hüft- und Kniegelenk.
2. Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, Brustkorbskelett außer Brustwirbelsäule.
3. Schädel, Wirbelsäule, Becken, Harnapparat, innere Brustorgane außer Speiseröhre.
4. Speiseröhre, Magen-Darmkanal und Gallenwege, gesamte diagnostische Röntgentätigkeit.

Wie wird aber bei der Prüfung der notwendigen Kenntnisse verfahren?

Soviel sich übersehen läßt, werden die Anträge zur Röntgentätigkeit in manchen KVs so erledigt, daß der angemeldete Apparat in die ihm zukommende Kategorie eingeordnet wird und dann die Zeugnisse über Röntgenausbildung, welche von den auszubildenden Chefärzten ausgestellt werden, geprüft werden. Selten weisen die Anträge auch der Fachärzte eine längere ausschließliche Ausbildung in einem Zentral-Röntgeninstitut oder eine mehrmonatliche, ganztägige Röntgenausbildung durch einen Facharzt des entsprechenden Faches nach. So sind die Röntgenkommissionen im allgemeinen angewiesen auf das Verantwortungsbewußtsein des auszubildenden Arztes, von dem angenommen wird, daß er keinem Assistenten mehr bestätigt, als er verantworten kann.

Dieser Zustand ist unerfreulich und nicht haltbar. Ob nebenher von einzelnen Röntgenkommissionen Prüfungen der Antragsteller am Apparat oder am Röntgenfilm vorgenommen wurden, entzieht sich meiner Kenntnis. Jedenfalls besteht aber eine Uneinheitlichkeit in der Zulassung, so daß einem Arzt, der in der einen KV zur Röntgentätigkeit zugelassen ist, in der anderen die Röntgentätigkeit verweigert werden kann.

Um diese Mißstände abzustellen, wurden von der deutschen Röntgengesellschaft Richtlinien für die Zulassung zur Röntgentätigkeit aufgestellt, die in ihren Grundzügen von mancher KV schon übernommen wurden. So verlangt z. B. die KV Nord-Baden in ihren Richtlinien, welche hier für eine generelle Regelung zur Diskussion gestellt werden mögen, folgende Ausbildung für ein Teilgebiet der Medizin.

„Der Arzt muß eine ausreichende röntgenologische Ausbildung auf dem Gebiet der beabsichtigten Röntgentätigkeit nachweisen. Die Ausbildung muß bestehen in verantwortlicher Röntgentätigkeit während oder nach der Facharztausbildung in einem Zentralröntgeninstitut oder in der Röntgenabteilung einer Fachklinik oder Fachabteilung eines großen Krankenhauses. Die Ausbildungsstätten müssen geleitet sein von einem Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde oder von einem Facharzt für das betreffende Teilgebiet der Medizin, der mehr als 2 Jahre selbständig und verantwortlich röntgenologisch tätig ist. Die Ausbildung muß sich auch auf die Röntgentechnik erstrecken.“

Folgende mindeste Ausbildungszeiten sind erforderlich:

- a) Für das gesamte Gebiet der Inneren Krankheiten, der Chirurgie, für Kinderkrankheiten und für Magen-Darmkrankheiten: 12 Monate ganztätig.
- b) Für Lungenkrankheiten, Orthopädie, Urologie, Ohrenkrankheiten, Kieferkrankheiten: 6 Monate.
- c) Für Gynäkologie: in der Diagnostik 3 Monate, in der Therapie 12 Monate.
- d) Für Dermatologie: 3 Monate.
- e) Für Allgemeinmedizin: diejenige Zeit ganztätig, die ein Facharzt desjenigen Gebietes nachweisen muß, auf das sich die Röntgentätigkeit erstrecken soll. Eine mindestens 12monatige klinische Ausbildung auf diesem Gebiet nach Ablauf der Pflichtassistentenzeit muß vorausgegangen sein.

Für die Röntgentätigkeit eines Facharztes auf nur einem Teilgebiet seines Faches betragen die Ausbildungszeiten auf dem Fachgebiet der

- f) Inneren Krankheiten für Untersuchungen nur der inneren Brustorgane: 6 Monate.
- g) Chirurgie für Untersuchungen nur des Skeletts: 6 Monate.

Als verantwortliche Röntgentätigkeit gilt diejenige in der Dienststellung eines planmäßigen Assistenten. Als verantwortliche Röntgentätigkeit kann nicht angesehen werden die Tätigkeit eines Volontär- oder Hilfsarztes, es sei denn, daß Art, Umfang und Verantwortung dieser Tätigkeit gleich derjenigen eines planmäßigen Assistenten der gleichen röntgenologischen Ausbildungs-

stätte gewesen sind, und daß deren Leiter dies verantwortbar bescheinigen kann. Als röntgenologische Ausbildung im Sinne dieser Richtlinien gilt nicht die Teilnahme an den Röntgenbilderbesprechungen (sogenannte Plattenvisiten) bei der normalen Fachausbildung oder an röntgenologischen Einführungs- und Fortbildungskursen."

Unverständlich ist hier, daß dem Facharzt auf Grund seiner Anerkennung als Facharzt keineswegs die Fähigkeit zuerkannt wird, röntgenologisch auf seinem Gebiet tätig zu sein. Bei den Internisten werden 4 Gruppen unterschieden, solche ohne Röntgenzulassung, andere mit Zulassung zur Thorax-Diagnostik, wieder andere mit Zulassung für Thorax-, Magen- und Darmdiagnostik und zuletzt solche, denen noch gestattet ist, urologische Aufnahmen zu machen. Ähnlich ist es bei den Chirurgen. Kann ein Arzt, der die Röntgendiagnostik der Thoraxorgane nicht beherrscht, von dem zuständigen Gremium als Facharzt überhaupt anerkannt werden? Kann man sich einen Chirurgen denken, dem die Zulassung zur Röntgenuntersuchung des Skelettsystems verweigert wird? Ist nicht die Röntgenuntersuchung für jeden Facharzt ein absolut unentbehrliches Rüstzeug geworden, dessen Nichtanwendung eine normale, fachärztliche Arbeit unmöglich macht? Hier klafft zwischen der Theorie der Röntgenzulassung und der Praxis eine Diskrepanz, die untragbar ist.

Die zuständigen Instanzen, die Fakultäten und die Facharztanerkennungsausschüsse mögen prüfen, ob tatsächlich unsere Facharztausbildung, zu der die Fachröntgenkunde unentbehrlich ist, ungenügend ist. Ist dies der Fall, muß nicht zuletzt im Interesse des Ansehens der deutschen Ärzteschaft die entsprechende Ausbildung verbessert werden. Denn eine genügende röntgenologische Ausbildung des Facharztes sollte eine unabdingbare Forderung für die Anerkennung als Facharzt sein.

Und wie steht es mit dem Gros der Ärzte, mit dem Praktiker, besonders dem Landarzt?

Die technische Entwicklung der Röntgenapparate ist in den letzten Jahren sprunghaft verlaufen. Es werden von der Industrie billige Apparate angeboten, die brauchbare, einwandfreie Bilder der Extremitäten liefern, und dem Arzt ermöglichen, eine Radiusfraktur zu kontrollieren, bei einer Handverstauchung eine Navicularefraktur auszuschließen oder einen Knöchelbruch zu klären. Sie bilden heute ein unentbehrliches Hilfsmittel in der kleinen Unfallchirurgie, deren Beherrschung vom Praktiker verlangt wird. Nach den Richtlinien benötigt aber der

Kassenarzt nach seiner Approbation und nach 3jähriger Assistentenzeit noch 6 Monate röntgenfachliche Ausbildung, um in dieser „Kleinen Röntgenologie“ tätig sein zu dürfen.

Auch hier erhebt sich die Frage: Ist die Ausbildung des deutschen Arztes so ungenügend, daß er nach einem 6jährigen Studium und 3 Jahren Assistentenzeit nicht in der Lage ist, die üblichen Extremitätenbilder zu beurteilen? Auch hier erscheint dieselbe Diskrepanz in Theorie und Praxis der Zulassung wie beim Facharzt.

Die Röntgenkunde ist ein absolut unentbehrlicher Bestandteil der Diagnostik geworden, und es muß vom Chirurgen auf Grund seiner Anerkennung als Facharzt die Beurteilung eines Röntgenbefundes ebenso verlangt werden wie die kunstgerechte Ausführung einer Operation. Ein Internist muß die Röntgendiagnostik seines Faches ebenso beherrschen wie die anderen diagnostischen Untersuchungen, z. B. die Beurteilung eines E. K. Gs., und von einem Praktiker wird wohl jetzt schon im Staatsexamen nicht nur die kunstgerechte Einrichtung einer Radiusfraktur, sondern auch die Beurteilung des zugehörigen Röntgenfilmes verlangt werden.

Nicht der Ausschluß des Großteils der Ärzte von der Benützung des Röntgenapparates mangels genügender Ausbildung und damit letzten Endes eine Monopolisierung des Röntgenwesens in der Hand weniger Ärzte muß das Ziel sein, sondern die Vermittlung genügender Röntgenkenntnisse im Rahmen der normalen Ausbildung des Arztes. Dies liegt hauptsächlich im Interesse unserer jungen Kollegen, denen es pekuniär kaum möglich sein wird nach ihrer langjährigen Ausbildung, als Facharzt oder Praktiker noch ein Ausbildungsjahr auf sich zu nehmen, in dem die Bezahlung wahrscheinlich selten das Existenzminimum erreichen dürfte.

Die Frage der kassenärztlichen Zulassung zur Röntgentätigkeit scheint ein heißes Eisen zu sein, das nicht gerne angerührt wird. Keineswegs soll bestritten werden, daß hier große Mißstände bestehen, die abgestellt werden müssen. Es ist schwer, hier die berechtigten Forderungen der Ärzte zu erfüllen und zugleich die merkantil eingestellten Ärzte in ihre Schranken zu weisen. Aber die baldige, einheitliche Regelung dieses Problems ist notwendig. Die ganze Frage kann aber nicht durch autoritäre Beschlüsse der Röntgenzulassungskommissionen, sondern nur auf Grund von Beratungen zwischen Röntgenologen, den Vertretern der anderen Fachgruppen und Vertretern der praktizierenden Ärzte in gemeinsamer Zusammenarbeit gelöst werden.

Was der röntgentätige Arzt wissen muß

Von Dr. med. A. Edinger, Stuttgart, Vorsitzender der Röntgenkommission der KVW

Krieg und Wirren der Nachkriegszeit haben manche Bestimmungen, die für Röntgenleistungen Voraussetzung sind, vergessen lassen. Man war froh, wenn überhaupt geröntgt wurde und fragte nicht viel nach der Person des die Röntgenleistung Ausführenden und nach dem Apparat, mit dem sie getätigt wurde. Langsam ist das äußere Leben wieder normal geworden, und mit dieser Normalisierung treten die vertraglichen Bestimmungen wieder in ihr Recht. Es erscheint notwendig, die von dem Vertragspartner Ärzteschaft über-

nommenen Bestimmungen für das Röntgengebiet wieder allgemein bekanntzumachen.

Die auf Grund der Vertragsordnung vom 30. 12. 1931 gegebenen Vorschriften bestimmen die persönlichen und technischen Voraussetzungen für die Anwendung von Röntgenleistungen in der Kassenpraxis. Der § 12 des verbindlichen Mantelvertragsmusters besagt, daß Röntgenleistungen „nur von solchen Kassenärzten ausgeführt werden dürfen, die die dafür erforderlichen Kenntnisse und eine geeignete Apparatur vor einem

Sachverständigenausschuß nachweisen". Der Sachverständigenausschuß wird durch die ärztliche Partei des Mantelvertrags bestellt.

Die Vertragsordnung beschäftigt sich also

1. mit den erforderlichen Kenntnissen und
2. mit der geeigneten Apparatur.

Zu 1.: Wer auf allen Teilgebieten röntgendiagnostisch tätig sein will, muß als Facharzt für Röntgenologie anerkannt sein; das ist selbstverständlich.

Wer als interner oder chirurgischer Facharzt röntgendiagnostisch tätig sein will, muß nachweisen, daß er sich die theoretischen und praktischen Kenntnisse unter fachkundiger Anleitung angeeignet hat, d. h. unter der Leitung eines zur Röntgentätigkeit zugelassenen Chirurgen oder Internisten muß seine theoretische und praktische Ausbildung erfolgt sein.

Ein praktischer Arzt kann auf einem Teilgebiet der Röntgendiagnostik tätig sein, wenn er den Nachweis der Erwerbung der theoretischen und praktischen Kenntnisse auf diesem Teilgebiet der Diagnostik erbringt.

Das sind die im Jahre 1931 für die Ausbildung festgelegten Bestimmungen. Sie gelten heute noch. Die Bestimmungen sind eindeutig und klar. Sie verlangen die theoretische und praktische Ausbildung unter fachkundiger Anleitung. Der Zeitfaktor ist nicht genau festgelegt. Er ist weitgehend in das Ermessen der Kommission gestellt. Einzelne Kommissionen der Westgebiete verlangen eine einjährige ausschließliche Beschäftigung in einem Röntgeninstitut unter fachärztlicher Leitung. Die Röntgenkommission Nordwürttemberg hat sich diesem exklusiven Standpunkt nicht angeschlossen, weil die Zulassung zum Röntgen dann nur ganz wenigen offenstünde. Die Röntgenkommission Nordwürttemberg prüft von Fall zu Fall, ob die nachgewiesene Ausbildung ausreichend ist.

Seit Kriegsende hat gerade in Nordwürttemberg ein Drängen zur Röntgentätigkeit eingesetzt in einem Maße, wie es in den anderen Zonen der Westgebiete überhaupt nicht bekannt ist. Vielleicht ist an diesem Ansteigen die großzügige Handhabung der Zulassung schuld. In den vorgelegenen Zeugnissen ist heute fast jedem bestätigt, daß er zu irgendeinem Zeitpunkt mit Röntgendiagnostik zu tun hatte. Das genügt aber nicht als Ausbildung. Wir fordern von jetzt ab streng, daß in den Zeugnissen von den Herren Chefärzten und Fachärzten eindeutig angeführt wird, welche Röntgenarbeiten unter fachkundiger Leitung ausgeführt wurden. Wir müssen eine genaue Angabe über die Zeit dieser Ausbildung in den Zeugnissen finden. Zeugnisse wie: hat an den Röntgenvisiten teilgenommen, hat seine röntgendiagnostischen Fähigkeiten vertieft usw. werden nicht mehr berücksichtigt werden können. Die Erfahrungen der Röntgenkommissionen auf dem Gebiet der Überprüfungen der Röntgenleistungen besagen uns zu eindeutig, daß nur zugelassen werden darf, wer eine gute Röntgenausbildung hat. Den kritischen und verantwortungsbewußten Chef- und Fachärzten empfehlen wir in ihren Zeugnissen dazu Stellung zu nehmen, ob und wie weit eigenverantwortliche Röntgentätigkeit möglich ist.

Zu 2.: Die im Jahre 1931 festgelegten Bestimmungen über die geeignete Röntgenapparatur heißen folgendermaßen:

Eine Thoraxaufnahme darf in 150 cm Fokus-Filmabstand höchstens mit 0,3 Sek., eine Herzfernaufnahme in

200 cm Fokus-Filmabstand in höchstens 0,5 Sek. belichtet werden.

Für Abdominalübersichtsaufnahmen in 70 cm Fokus-Filmabstand wurden längstens 0,3 Sek., für ausgeblendete Serienaufnahmen in gleichem Abstand 0,5 Sek. verlangt. Als ausreichend wurde eine Apparatur bezeichnet, die bei 100 KV 150 mA in der Sekunde liefert. Diese Apparatur entspricht heute ungefähr dem Typ des 4-Ventilapparates. Außerdem muß für alle Aufnahmen am Körperstamm mit Ausnahme der Brustkorbaufnahmen eine Sekundärblende (Buckyblende) zur Verfügung stehen.

Für Magen-Darm-Untersuchungen muß ein Gerät verwendet werden, das unmittelbar an die Durchleuchtungen Aufnahmen gestattet, das mit einer Serienaufnahmeneinrichtung versehen ist und das jederzeit mit Hand oder Motor umgelegt werden kann.

Die Apparatekommission der deutschen Röntgen-Gesellschaft hat mit der Wirtschaftskommission und mit Vertretern der Röntgenindustrie diese Bestimmungen auf die zur Zeit verfügbaren Apparatetypen für Diagnostik und Therapie angewandt und durch Richtlinien eine Unterteilung folgendermaßen empfohlen:

1. Der Röntgenapparat muß eine mindeste Nennleistung haben, die sich nach den auszuführenden Röntgenleistungen richtet und am Ort der Anlage nachgewiesen ist.

Der optisch wirksame Brennfleck der Röntgenröhre darf eine bestimmte Ausdehnung nicht überschreiten. Röntgenleistungen, für die nicht entsprechende Apparate und Röhren verfügbar sind, können nicht als kassenärztliche Verrichtungen ausgeführt werden.

Der betriebene Apparat muß vorbehaltlich Ziffer 2 für die einzelnen Röntgenleistungsgruppen folgende Bedingungen erfüllen:

Röntgenleistungsgruppen	Mindeste Apparatenleistung und Brennfleckenausdehnung
A. DIAGNOSTIK	
I. Gliedmaßen außer Schulter-, Hüft- und Kniegelenk	10 mA bei 60 kVs am Halbwellenapparat bei optisch wirksamer Brennfleckenausdehnung bis $1,5 \times 1,5$ mm.
II. Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, Brustkorbskelett außer Brustwirbelsäule	25 mA bei 75 kVs am Halbwellenapparat bei optisch wirksamer Brennfleckenausdehnung bis $3,3 \times 3,3$ mm.
III. Schädel, Wirbelsäule, Becken, Harnapparat, innere Brustorgane außer Speiseröhre	200 mA bei 60 kVs, 100 mA bei 90 kVs am Vierventilröhrengleichrichterapparat bei optisch wirksamer Brennfleckenausdehnung bis $2,0 \times 2,0$ mm.
IV. Speiseröhre, Magen-Darmkanal und Gallenwege	300 mA bei 90 kVs am Vierventilgleichrichterapparat bei optisch wirksamer Brennfleckenausdehnung bis $2,0 \times 2,0$ mm.
B. THERAPIE	
I. Hauttherapie	Röhrenspannung bei Grenzstrahlen nur bis 12 kVs an Röhren mit Lindemann- oder Berylliumfenster. Röhrenspannung bei anderen Strahlungsqualitäten bis 90 kVs.
II. Nahbestrahlungstherapie	Röhrenspannung von 50 bis 100 kVs, nur Spezialröhren und -tuben, Fokus-Oberflächenabstand bis zu 5 cm.
III. Tiefentherapie	Röhrenspannung mindestens 180 kVs.

2. Für chirurgische Maßnahmen unter Röntgenlicht gilt:
- Apparat der Röntgenleistungsgruppe I (10 mA bei 60 kVs): unzulässig.
 - Apparat der Röntgenleistungsgruppe II (25 mA bei 75 kVs): bei Durchleuchtungsspannung von 70 kV und Filterung durch 5 mm Al zulässig für Röntgenleistungsgruppe I und II.
 - Gleichrichterapparate in jedem Fall zulässig bei Durchleuchtungsspannung von 70 kV und Filterung durch 5 mm Al.

3. Röntengerät, Röntgenhilfsgerät und Gerätezubehör gemäß den Begriffsbestimmungen für die Röntgentechnik (DIN 8614) müssen sich in Art und Menge nach den Erfordernissen der auszuführenden Röntgenleistungen richten. Außer kompletten Kassetten, Tuben, Zentriervorrichtungen, Hochspannungs- und Strahlenschutzrichtungen müssen grundsätzlich vorhanden sein für die Röntgenleistung der

Röntgenleistungsgruppen	An Gerät und Zubehör
A. DIAGNOSTIK	
I. und II.	Aufnahmetisch
III.	für Skelett und Harnapparat Aufnahmetisch mit beweglicher Streustrahlenblende (Flachblenden- dentisch), für innere Brustorgane außer Durchleuchtungsgerät Vorrich- tung für Brustkorbfernaufnahmen in 2 m Röhren-Filmabstand, in deren Ermangelung Orthodiag- raphiegerät.
IV.	fortlaufend umlegbares Durch- leuchtungsgerät, Zielgerät für Serienaufnahmen und Aufnahme- tisch beides mit beweglicher Streustrahlenblende.
B. THERAPIE	
I. Hauttherapie	Lagerungstisch, Dosismessgerät
II. Nahbestrahlungstherapie	nach dem Ionisationsprinzip, so- fern nicht regelmäßige viertel- jährliche Messung durch techni- schen Sachverständigen.
III. Tiefentherapie	verstellbares Bestrahlungsgerät; fernbetätigter Abdeckschieber oder Schnellstarteinrichtung; Fil- tersicherung mit Rückmelde- anlage; verschieb-, verstell- und feststellbarer Lagerungstisch; Dosismessgerät nach Ionisations- prinzip

Diese Richtlinien sind gerecht und übersichtlich. Die Röntgenkommission Nordwürttemberg hat sie einstimmig im Einvernehmen mit dem Vorstand der KVV für unser Gebiet verbindlich erklärt. Neuzulassungen zur Röntgentätigkeit können ab sofort nur nach diesen Richtlinien vorgenommen werden.

Eine Reihe von Kollegen und Krankenhäusern benutzen Apparaturen, die diesen Richtlinien nicht mehr entsprechen. Sie müssen im Laufe der Zeit ihre Apparatur den Richtlinien anpassen. Die Röntgenkommission hat dem Vorstand und der Abgeordnetenversammlung als letzten Termin für die Umstellungen den 1. April 1953 vorgeschlagen. Vorstand und Abgeordnetenversammlung haben zugestimmt. Damit müssen am 1. April 1953 alle im KV-Gebiet Nordwürttemberg betriebenen Röntgenapparate den obigen Richtlinien entsprechen, wenn die Kollegen weiterhin ihre Röntgenleistungen honoriert haben wollen. Es mag gewiß in manchen Fällen als Härte erscheinen, wenn vielleicht Neuanschaffungen gemacht werden sollen, weil man mit dem alten leistungsschwachen Apparat recht gut zurecht kam. Man kann nur entgegnen, daß die Bestimmungen bereits seit 1931 in Geltung sind, daß sie durch den Krieg und die Nach-

kriegszeit zwar vergessen, aber nicht aufgehoben sind, und daß mit der straffen Durchführung der Richtlinien endlich wieder für alle gleiche Voraussetzungen geschaffen werden.

Die Richtlinien geben auch eine Bereinigung der Röhrenfrage. Während bisher mit jedem Röntgenrohr gearbeitet werden konnte, sehen die Richtlinien jetzt Beschränkungen vor. Die Güte der Röntgenaufnahme hängt ab von der Größe des Brennflecks. Je kleiner der Brennfleck, um so schärfer die Aufnahme.

Die Drehanodenröhre hat $1,2 \times 1,2$ oder $2,0 \times 2,0$.

In der Apparategruppe 2 ist eine Brennfleckausdehnung bis $3,3 \times 3,3$ gestattet, d. h. hier kann eine Festanodenröhre bis 6 kW verwendet werden. Die 10-kW-Röhre mit 4×4 mm Brennfleckausdehnung ist schon nicht mehr möglich.

Alle diese Apparate müssen hochspannungssicher aufgestellt und betrieben sein. Eine freie Hochspannungszuführung und nicht hochspannungsgeschützte Röntgenröhren sind unmöglich. Soweit ich es übersehe, bestehen in Nordwürttemberg keine Anlagen mehr, die noch offene Hochspannung haben. Mit dem 1. April 1953 jedenfalls muß jede Anlage hochspannungssicher aufgestellt sein.

Die Bestimmungen sehen neben der Apparatur auch eine Begrenzung für die Geräte vor:

Magen-Darm-Untersuchungen dürfen nur honoriert werden, wenn das Gerät umlegbar ist, wenn im Anschluß an die Durchleuchtungen Aufnahmen sofort gemacht werden können und wenn Serienaufnahmen an dem Gerät möglich sind. Es ist selbstverständlich, daß für diese Bestimmungen keine Umstellungszeit bis 1. April 1953 möglich ist.

Die Vertragspartner haben 1931 die Aufstellung von Sachverständigenausschüssen beschlossen und diesen Ausschüssen weitgehende Pflichten und Befugnisse übertragen.

Röntgenuntersuchungen sind teuer. Die Zahl der Untersuchungen ist erheblich gestiegen. Die Ausgaben im Ausgangszeitraum hierfür sind wesentlich niedriger. Die Sachverständigenausschüsse haben daher darüber zu wachen, daß das gute Geld nur für gute Röntgenleistungen ausgegeben wird.

In Nordwürttemberg gehören der Röntgenkommission 3 Fachröntgenologen und 3 sogenannte Teilröntgenologen an (1 Chirurg, 1 Internist und 1 praktischer Arzt). Dieses Gremium ist groß und auch verständig genug, um alle anfallenden Fragen gerecht und im Interesse der allgemeinen Ärzteschaft zu behandeln.

Die Sachverständigenausschüsse — also die Röntgenkommission — sind „berechtigt und im Bedarfsfalle verpflichtet, sich durch Stichproben bei den einzelnen röntgentätigen Ärzten über die Ausführung der Röntgenarbeit zu überzeugen. Dabei können Filme und die dazugehörigen Befundberichte bzw. Bestrahlungsprotokolle eingefordert werden.“ Das ist der Wortlaut in den Richtlinien für die Sachverständigenausschüsse. In allen Kammerbezirken des Bundesgebietes sind diese Ausschüsse in Tätigkeit. Sie fordern Material an und überprüfen zum Teil an Ort und Stelle. Auch die Röntgenfachärzte werden selbstverständlich überprüft.

Bei diesen Prüfungen wurde manches festgestellt, was kurz erwähnt werden soll:

- Die Röntgenaufnahmen müssen beschriftet sein.
- Die Röntgenaufnahmen müssen „befundet“ wer-

den. Dieser Befund muß zusammen mit der Aufnahme 10 Jahre aufgehoben werden. Hierbei sei gesagt, daß die Aufnahmen Eigentum der aufnehmenden Stelle bleiben, daß aber auf Anforderung andere Stellen Einblick haben können. Daß die Röntgenaufnahmen nicht den Patienten ausgehändigt und von ihnen zu Hause aufgehoben werden, ist selbstverständlich.

3. Es dürfen nur einwandfreie Röntgenaufnahmen abgerechnet werden.
4. Magen-Darm-Untersuchungen werden nur honoriert, wenn mindestens eine den Befund sichernde Aufnahme angefertigt ist. Wir finden sehr häufig, daß Kollegen erhebliche Befunde feststellen, z. B. Ulcera, Karzinome usw., und sich dabei auf die Durchleuchtung beschränken. Der die Behandlung übernehmende Chirurg wird sicher dann eine zweite Untersuchung durchführen müssen. Die erste Untersuchung hat also nichts eingespart.

Die Röntgenkommission hat einstimmig beschlossen, zur Vermeidung solcher Doppelleistungen nur Magen-Darm-Untersuchungen zu honorieren, wenn die Befundsicherung durch Aufnahmen vorgenommen wurde. Der Vorstand hat diesen Beschluß gutgeheißen.

Daß Knochenbrüche und Knochenerkrankungen nur mit Hilfe einer Aufnahme diagnostiziert werden dürfen, ist selbstverständlich.

Soweit die Bestimmungen für die Röntgendiagnostik. Die Röntgenkommissionen haben die Aufgabe, über die Einhaltung dieser Bestimmungen zu wachen. Ich muß feststellen, daß der weitaus größte Teil der Kollegen gute und kritische Röntgenleistungen erbringt. Nur wenige fallen aus dem Rahmen. Mit diesen wird sich die Röntgenkommission im Interesse der Allgemeinheit eingehend beschäftigen müssen.

Die Bestimmungen über Strahlentherapie sind in den Richtlinien zum Mantelvertrag ebenfalls festgelegt. Sie berühren nur einen relativ kleinen Kreis fachkundiger Kollegen, weil die Therapie im wesentlichen nur von dem Facharzt für Röntgenologie oder von besonders hierfür ausgebildeten Fachärzten durchgeführt wird. Auf diese Bestimmungen näher einzugehen, erübrigt sich daher.

Bemerkung der Schriftleitung:

Wir haben auf die Gefahr hin, unseren Lesern Wiederholungen zuzumuten, zum Kapitel Kassenarzt und Röntgenlätigkeit die beiden Aufsätze von Missmahl und Edinger nacheinander gebracht, weil uns die Ausführungen des Letzteren eine Erfüllung der Forderungen des Ersteren zu bringen scheinen. Richtlinien mit überspitzten Anforderungen an die Röntgenausbildung erübrigen sich, wenn der § 12 des Mantelvertragsmusters vom 30. Dezember 1931 vom Sachverständigenausschuß verständlich angewandt wird.

Tod durch Schädlingsbekämpfungsmittel

Am 3. Juli 1952 hatte ein 23jähriger Gärtner mehrere Stunden lang bei größerer Hitze in einer Obstbaumanlage mit dem neuen Schädlingsbekämpfungsmittel „Systox“ die Bäume gespritzt. Am Abend desselben Tages hatte er über Übelkeit zu klagen, erschien nicht beim Abendessen und legte sich zu Bett. In den Morgenstunden des folgenden Tages fanden ihn seine Kollegen in tiefer Bewußtlosigkeit und mit starker Blaufärbung des Gesichtes im Bett liegend. Krankenhausaufnahme um 7 Uhr. Der Kranke zeigte das Bild eines schweren Kreislaufkollapses mit Lungenödem, war hoch cyanotisch und tief bewußtlos. Trotz Infusion, Herzmitteln, Sauerstoffbeatmung Exitus letalis 12 Minuten nach der Krankenhausaufnahme. Das Lungen- und Trachealödem war durch eine etwas gelbliche Verfärbung aufgefallen.

Die gerichtliche Obduktion erbrachte den Nachweis, daß tatsächlich eine Vergiftung mit „Systox“ vorgelegen hat: Sämtliche inneren Organe zeigten eine starke Blutfülle, in den Lungen reichlich blutiges Exsudat, bei der Eröffnung der Körperhöhlen war ein eigentümlicher Geruch, der an den Geruch einer Urämie und eines Lebercoma erinnerte, aufgefallen. Chemisch ließ sich eine Hemmung der Cholinesterase im Blut nachweisen, was

bis jetzt die einzige bekannte chemische Reaktion zum Nachweis einer Systoxvergiftung darstellt.

Die Mitteilung dieses Vergiftungsfalles an dieser Stelle erscheint notwendig, weil die Wirkung der neuen Schädlingsbekämpfungsmittel auf den Menschen in ärztlichen Kreisen noch nicht genügend bekannt ist und die Ärzteschaft die hohe Giftigkeit dieser Substanzen kennen muß. Nach dem, was uns bekannt wurde, genügen schon sehr kleine Mengen dieser Substanzen, um beim Menschen ein einer wirksamen Therapie nicht mehr zugängliches Vergiftungsbild hervorzurufen.

Es erscheint auch notwendig, an dieser Stelle auf den nach ärztlichen Gesichtspunkten unhaltbaren Zustand hinzuweisen, daß solche hochwirksamen Gifte im freien Handel ohne Kontrolle seitens einer Gesundheitsbehörde vertrieben werden können, auch beweist dieser Krankheits- und Todesfall erneut, wie notwendig es wäre, daß in Kürze ein Bundesgesundheitsamt geschaffen werden muß, das neben vielen anderen Aufgaben auch die Kontrolle des gewerblichen Vertriebs solcher Giftmittel in der Hand hat und durch geeignete Überwachungsmaßnahmen weiteres Unglück verhüten kann.

Dr. med. A. Griebhaber, Leitender Arzt d. Inneren
Abtlg. des Kreiskrankenhauses Leonberg

Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule Gießen

Laboratoriumsuntersuchungen des Praktikers und Betriebsarztes*

Von Dr. rer. nat. Dr. med. Norwin Keller, Assistent und Leiter des chemischen Laboratoriums der Medizinischen Klinik

(Fortsetzung und Schluß)

Rest-N-Schnellmethode nach Weltmann-Barrenscheen

Bei Nierenerkrankungen erscheint es oft wünschens-

¹ Aus dem Hessischen Ärzteblatt Heft 3/1952.

wert, einen Einblick in die Stickstoffbilanz des Körpers zu gewinnen. Dies ist ohne großen Aufwand auch dem Praktiker durch folgende orientierende Schnellmethode möglich:

In eine 5er-Spritze zieht man 1 ccm 3,8% ige Natriumzitratlösung auf und zieht aus der Cubitalvene 2 ccm Blut nach und spritzt das Gemisch aus in ein Reagensglas. Dazu gibt man langsam, unter Umschütteln 3 ccm 20% ige Trichloressigsäure zum Enteiweißen und filtriert durch ein kleines Filter (Nr. 595²). Vom Filtrat nimmt man 2 ccm und gibt 2 Tropfen Ehrlichs Aldehydreagens zu. Deutliche Gelbfärbung zeigt einen Rest-N über 45 mg% an, während Proben mit einem Rest-N unter 30 mg% farblos bleiben, zwischen 30 und 45 mg% nur einen schwachen gelblichen Schimmer zeigen. Nun beträgt der Gehalt des Blutes an Rest-Stickstoff normalerweise 20 bis 40 mg%. Die Reaktion fällt somit im physiologischen Bereich negativ (farblos) aus. Gelbfärbung bedeutet einen pathologischen Befund. Je intensiver der Farbton, desto höher der Rest-N. Durch Verwendung eines Komparators nach Michaelis kann die Methode quantitativ ausgewertet werden. In diesem Falle geht man besser von 5 ccm Blut aus (1 ccm Zitratlösung und 4 ccm Venenblut + 7 ccm 20% ige Essigsäure) und verwendet 5 ccm Filtrat, zu dem man 5 Tropfen Ehrlichs Reagens zusetzt. Der Komparator besteht aus einer in zugeschmolzenen Glasröhrchen befindlichen gelben Farblösung (m-Nitrophenol), die mit steigendem pH immer intensiver gelb wird. Man vergleicht die bei der Reaktion erhaltene Farbe mit der pH-Reihe.

Der Farbton in Röhrchen mit pH 7,0 entspricht 35 mg% R-N-

"	"	7,1	"	40	"
"	"	7,2	"	50	"
"	"	7,3	"	70	"
"	"	7,4	"	90	"
"	"	7,5	"	100	"
"	"	7,6	"	120	"
"	"	7,7	"	150	"
"	"	7,8	"	üb. 150	"

Das Blutbild

Die Einzelheiten der Untersuchung werden als bekannt vorausgesetzt. Es soll hier nur das Wichtigste über die Technik gesagt und einige Fehlerquellen besprochen werden.

Die Hämoglobinbestimmung

Die Hb-Bestimmungen mit dem Zeiß-Ikon-Hämometer ergeben in der letzten Zeit relativ häufig Werte über 100%. Da dem Apparat immer dieselbe Eichung zugrunde liegt, ist man geneigt, einen allgemeinen Anstieg des Blut-Hämoglobins anzunehmen.

Tatsächlich ergab auch die Nachprüfung des Hämoglobingehaltes bei 165 Männern einen Hb-Gehalt des Blutes von 16,9 g% gegenüber 16,5 g% nach früheren Untersuchungen.

Macht man Kontrollbestimmungen mit Sahli-Apparaten, so ergeben sich Differenzen mit 20% und mehr. Dies ist darauf zurückzuführen, daß in den vergangenen Jahren bei den Sahli-Apparaten zum Teil keine ordnungsgemäße Eichung der Farbstäbe und Meßröhrchen durchgeführt wurde. Um diese Unsicherheit zu beheben, hat die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin eine Prüfstation eingerichtet (Dr. Kilchling, Med. Klinik, Freiburg/Breisgau), und es empfiehlt sich, seine Instrumente dort eichen zu lassen. In Zukunft soll das relative Maßsystem bei der Hb-Bestimmung durch die zweckmäßigere Angabe in Grammprozenten ersetzt werden.

² Schleicher und Schüll.

Hb-Bestimmung mit Sahli-Hämometer

Das Sahli-Röhrchen wird bis zur Marke 10 mit $\frac{1}{10}$ n-Salzsäure beschickt. Dann füllt man die Kapillarpipette durch Ansaugen bis zur Marke mit Blut aus dem Ohr läppchen und bringt das Blut durch Ausblasen rasch auf den Boden des mit Salzsäure beschickten Röhrchens und mischt durch mehrmaliges Aufziehen und Ausblasen. Nach genau 3 Minuten wird tropfenweise Wasser zugefügt, bis die Farbe des Vergleichsstabes und der Hämatinlösung im Meßröhrchen übereinstimmen. Der abgelesene Wert ergibt direkt den Hb-Gehalt des Blutes.

Hb-Bestimmung mit Zeiß-Ikon-Hämometer

Aus dem Ohr läppchen entnommenes Blut wird in die beigegebene Mischpipette genau bis zur unteren Marke aufgezogen und durch Nachsaugen von $\frac{1}{10}$ n-Salzsäure bis zur oberen Marke verdünnt. Man klemmt die Pipette zwischen Mittelfinger und Daumen und schüttelt die Blutlösung kräftig durch. Der Inhalt wird in die Küvette des Apparates gefüllt und nach 5 Minuten abgelesen.

Bei Farbgleichheit wird auf eine Skala umgestellt, welche direkt den Hb-Gehalt anzeigt.

Normalwerte:

Männer	90—110 % Hb-Einheiten
Frauen	80—100 % Hb-Einheiten.

Leukozytenzählung:

Verdünnungsflüssigkeit:	Eisessig	3,00
	Aqua dest.	100,0

Man füllt die Leukopipette bis Marke 1,0 mit Blut und zieht sofort Verdünnungsflüssigkeit bis Marke 11 nach (Blutverdünnung 1:10). Danach bzw. vor dem Auszählen wird längere Zeit kräftig durchgeschüttelt und dann die Kammer beschickt, nachdem man die ersten Tropfen aus der Pipette verworfen hat.

Auszählung:

Man zählt bei der Thoma-Kammer 1 großes Quadrat der Kammer, d. h. die ganze Kammer aus, und multipliziert die erhaltene Zahl mit 100. Wurde Blut nur bis Marke 0,5 aufgezogen, entsprechend einer Blutverdünnung von 1:20, so wird mit 200 multipliziert.

Normalwerte:

4500—5500 Leukozyten im mm³ Blut. (Die früher als normal angegebenen Werte von 6000—8000 erscheinen heute zu hoch.)

Erythrozytenzählung:

Verdünnungsflüssigkeit:	Hayemsche Lösung
Natriumchlorid	2,0
Natriumsulfat	5,0
Quecksilberchlorid	0,5
Aqua dest.	200,0

Man zieht Blut bis Marke 0,5 (bei Anämien bis 1,0) und Verdünnungsflüssigkeit bis 101 auf, was einer Blutverdünnung von $\frac{1}{200}$ (bzw. $\frac{1}{100}$) entspricht.

Auszählung:

Man zählt 5 kleine Quadrate der Kammer aus und multipliziert die Summe mit 10 000 (bzw. 5000).

Normalwerte:

Männer	5 000 000 Erythrozyten
Frauen	4 500 000 Erythrozyten.

Zählkammern:

An Stelle der oben erwähnten Thoma-Kammer können selbstverständlich auch die verschiedenen anderen Kammern verwendet werden. Die Thoma-Kammer hat den Vorteil, daß sie sozusagen 2 Kammern enthält. Man kann dadurch ohne nennenswerte Mehrarbeit, z. B. bei der Leukozytenzählung, die obere und die untere Kammer auszählen, was eine größere Genauigkeit ergibt.

Blutbildfärbung:

Beim Färben der Blutausrüche ergeben sich oft Schwierigkeiten. Eine häufige Fehlerquelle besteht darin, daß das verwendete destillierte Wasser Säuren enthält. Es muß dann zur Entfernung der Kohlensäure 10 Minuten gekocht und in geschlossenem Gefäß aufbewahrt werden. Ergeben sich danach immer noch schlechte Färbungen, so muß das Wasser mit Hilfe eines Puffers auf einen pH-Wert von 7,2 gebracht werden. Hierzu gibt man zu 5 l Wasser genau 2,45 g primäres Kaliumphosphat (KH_2PO_4) und 5,70 g sekundäres Natriumphosphat ($\text{Na}_2\text{PO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$). Evtl. muß auch ein anderes Farbstofffabrikat versucht werden. Wir färben folgendermaßen (nach Pappenheim):

Man färbt 3 Minuten lang mit May-Grünwald-Lösung, verdünnt diese dann auf dem Präparat, in dem man aus einer Pipette etwa die gleiche Menge destilliertes Wasser zugibt, wie zuvor die Farblösung und läßt noch zwei Minuten einwirken. Hierauf wird die Flüssigkeit abgegossen und ohne Spülung mit frisch hergestellter Giemsa-Lösung (15 Tropfen auf 10 ccm Wasser) 15 Minuten nachgefärbt. Danach wird mit Wasser gut abgespült und das Präparat zum Trocknen aufgestellt (nicht über der Flamme trocknen).

Einige technische Hinweise**Blutsenkung nach Westergreen.**

Die Technik wird als bekannt vorausgesetzt. Fehler können dadurch entstehen, daß das Zitratblut, ungenügend gemischt, längere Zeit in der Spritze bleibt. Man gewöhne sich daran, den Spritzenstempel sofort nach der Blutabnahme vollständig zurückzuziehen und durch mehrmaliges Schwenken der Spritze den Inhalt zu mischen. Danach soll das Blut möglichst bald in das Senkungsröhrchen aufgezogen werden. Ein weiterer Fehler entsteht dadurch, daß die Spritze mit Alkohol oder Äther ausgespült wird. Wenn es bei Reihenabnahmen nicht möglich ist, jedesmal eine frische, trockene Spritze zu verwenden, so soll die Spritze nur einige Male mit Wasser und danach einmal mit 1—2 ccm Zitratlösung, die wieder vollständig ausgespritzt wird, durchgespült werden.

Spritzensterilisation.

Auf Grund der sich in den letzten Jahren häufenden Fälle von Hepatitiden, als deren Ursache man vielfach mangelnde Spritzensterilisation annahm, wurde die Forderung aufgestellt, sämtliches Injektionsmaterial 30 Minuten lang in überspanntem Dampf oder in Heißluft bei einer Temperatur von 180° zu sterilisieren. Wenn auch diese Art der Sterilisation als Ideal angesehen werden muß, da durch sie auch sehr widerstandsfähige Sporen abgetötet werden, so scheidet die praktische Durchführung vielfach an dem Anschaffungspreis des Apparates (DM 200.— bis 1200.—) und daran, daß die üblichen Rekordspritzen nicht mehr verwendet wer-

den können, sondern nur Ganzglas-Spritzen oder mit besonderem hitzebeständigem Kittmaterial gearbeitete Rekordspritzen.

Bei der Heißluftsterilisation werden zwar sicher alle Sporen getötet. Mechanische Verunreinigungen (Blutgerinnsel, ausgefallene Salze aus Medikamenten, Ölreste), von denen bei genauer Untersuchung in Kanülen und Spritzen oft reichlich vorhanden sind, werden hiermit jedoch noch weniger entfernt als beim Auskochen der Spritzen. Wir halten es daher für wesentlich, Kanülen und Spritzen sofort nach jeder Injektion mit kaltem Wasser durchzuspülen und bis zur Sterilisation in warmem Wasser liegen zu lassen. Dies genügt zumeist auch zur Reinigung der Spritzen nach Injektion ölgiger Medikamente. Hier kann man jedoch noch mit einem Gemisch von Alkohol und Äther (1:1) nachspülen. Das verschiedentlich empfohlene Einlegen der Spritzen in Desinfektionslösungen bis zur Sterilisation ist nicht notwendig, da resistente Sporen dadurch nicht abgetötet werden. Gänzlich abzulehnen ist eine Aufbewahrung der Spritzen in Desinfektionslösungen nach dem Auskochen.

Nach Untersuchungen von H. Hahn (Klin. Wschr. 1950/662; Z. klin. Med. 147 (1950/108) scheint 20 Minuten langes Auskochen der Spritzen zur Verhütung von Virus-Übertragungen ausreichend zu sein und Infektionen weit eher durch Verunreinigungen der Hände des Arztes und des Hilfspersonals übertragen zu werden.

Wir empfehlen daher folgendes Vorgehen:

1. Größte Reinlichkeit von seiten der Ärzte und Schwestern bei Vorbereitung und Ausführung von Injektionen, besonders dann, wenn mehrere Injektionen bei verschiedenen Patienten hintereinander ausgeführt werden. An die Blutabnahme aus der Fingerkuppe tritt besser die aus dem Ohrläppchen.
2. Sofortiges Durchspülen von Kanülen und Spritzen mit kaltem Wasser nach jeder Injektion und Liegengelassen in warmem Wasser bis zur Sterilisation.
3. Sterilisation in Dampf- oder Heißluft-Sterilisator, soweit ein solcher vorhanden ist. Zeitdauer und Temperatur richtet sich nach der Art des Apparates. Im andern Fall: 20 Minuten lang Auskochen in destilliertem Wasser.
4. Trockene Aufbewahrung von Spritzen und Kanülen.

Einrichtung eines medizinisch-chemischen Laboratoriums**I. Bauliche Maßnahmen:**

Bei Neubau eines Labors ist auf folgendes zu achten:

- a) Der Kamin. In einer der Wände des späteren Laborraumes muß ein Kamin verlaufen, durch welchen die in dem weiter unten zu besprechenden Abzug entstehenden Gase und Dämpfe abziehen können.
- b) Der Wasserabfluß. In einem Labor gelangen oft Säuren, Laugen und sonstige metallangreifenden Chemikalien in die Abflußleitungen. Diese sollen daher aus Tonrohren bestehen, die mit säurefestem Kitt abgedichtet sind.
- c) Strom- und Gas-Zuleitung. Wenn Leuchtgas vorhanden ist, so erleichtert dies die Arbeit im chemischen Labor ungemein. Beim Verlegen der Stromleitungen ist auf ausreichenden Drahtquerschnitt zu achten, damit Zentrifugen, Heizschränke, Motoren usw. angeschlossen werden können.
- d) Der Fußboden. Man wird ihn am besten mit

Platten belegen oder aus einer Estrichmasse (z. B. Terrazzo) herstellen. Er kann jedoch auch aus Holz oder mit Linoleum belegt sein, was zu größerer Arbeitsdisziplin zwingt.

e) Die Wände werden um das Ausgußbecken und möglichst auch im Abzug mit Steinzeugplättchen belegt. Im übrigen Raum genügt heller Olfarbenanstrich bis in Türhöhe.

f) Die Türen sollen außen angeschlagen werden und nach außen aufgehen.

II. Inneneinrichtung.

a) Der Abzug. Er dient dazu, um Säuren abzdampfen (Rest-N-Bestimmung), und stark rauchende und ätzende Chemikalien darin aufzubewahren (z. B. Chromschwefelsäure, konzentrierte Salzsäure, konz. Ammoniak, elementares Brom usw.). Er nimmt zweckmäßig eine Ecke des Raumes ein (in der sich der Kamin befindet) und besteht aus einem Schranktisch mit Schiebetüren. Dieser ist belegt mit roten oder weißen Steinzeugplättchen, die mit säurefestem Kitt verkittet und am Rande ringsum erhöht sind. Die Wände sind bis etwa 80 cm über die Tischplatte ebenfalls mit Steinzeugplättchen belegt. In den Tisch ist ein kleines Ausgußbecken (ca. 15×25 cm, 15 cm tief) eingebaut, mit 2 Wasserhähnen darüber, die sich etwa 50 cm über dem Beckenboden befinden. Die Hähne sollen möglichst außerhalb des Abzuges sitzen, so daß nur die Auslaufrohre hineinragen. In jedem Fall ist es zweckmäßig, wenn die Hähne vernickelt sind. Bei einer einfacheren Ausführung, die ebenfalls ihren Zweck erfüllt, verzichtet man auf den Ausguß im Abzug. Die Tischplatte besteht an Stelle von Plättchen aus einer aufgeleimten (nicht angeschraubten!) Eternitplatte und die Wände werden mit Olfarbe bestrichen. Die Eternitplatte muß auf einer stabilen, planen Grundplatte satt aufliegen, da sie sonst bald bricht.

Größe der Tischplatte: Mindestens 130×75 cm. Höhe des Tisches (Oberkante): Etwa 88 cm.

Über diesem Abzugstisch befindet sich ein Glasverschlag, der ringsum gut abgedichtet ist und dessen vordere Seite ein Schiebefenster in der ganzen Breite des Abzuges enthält. Unter der Decke des Glasverschlages befindet sich in der Wand ein Steinzeugschieber, mit dem die Öffnung zum Kamin mehr oder weniger geöffnet werden kann. In dieser Öffnung befand sich früher die „Lochflamme“ zur Erzeugung des Zuges, diese kann heute nicht mehr empfohlen werden, da bei verschiedenen Bestimmungen brennbare und explosible Stoffe abgedampft werden. Es empfiehlt sich ein Ventilator, der am besten auf dem Dachboden eingebaut wird. Antriebsmotor (ein funkenfrei laufender Kurzschlußläufer-Motor) befindet sich außerhalb des Kamins. Kontrollampe und Schalter für den Ventilator befinden sich im Laborraum neben dem Abzug.

Die Gashähne montiert man an der Seite oder vorne am Abzug und führt die Gasschläuche im ersten Fall durch Öffnungen im Holzverschlag, im zweiten Fall durch Öffnungen in der Tischplatte ein.

b) Der Ausguß. Man verwendet braune Steinzeugbecken, von denen mindestens eines, besser zwei vorhanden sind. Größe mindestens 45×55 cm, Tiefe 30 cm. Die Becken sind durch Steinzeug-Siphon und Steinzeugrohre mit dem Fallrohr, das ebenfalls aus Steinzeug sein soll, verbunden. Ist letzteres nicht aus Steinzeug, so soll wenigstens der Siphon aus Steinzeug sein. Das Ausguß-

becken wird so angebracht, daß es an die Schmalseite eines Labortisches anstößt und mit seiner oberen Umrandung möglichst unter die Tischplatte greift. Über dem Becken werden 3—4 Wasserhähne angebracht, und zwar 65—70 cm über dem Boden des Beckens, so daß eine Wasserstrahlpumpe bequem angeschlossen werden kann. Sämtliche Hähne des Labors müssen sich olivenförmig verjüngen zum Anschließen von Gummischläuchen.

c) Der Labortisch, ein Schranktisch mit Schiebetüren und möglichst vielen Schubfächern, soll 1,8—2 m lang sein. Er kann bei größeren Räumen mitten im Raum stehen (evtl. Doppeltisch), bei kleinerem Raum an der Wand, evtl. im Anschluß an den Abzug. Tischhöhe 88 cm, Tiefe 75 cm. Belag Steinzeugplättchen oder Eternit wie im Abzug, etwa 10 cm über der Tischplatte befinden sich 1—2 doppelte Gashähne. Über dem Labortisch an der Wand und an sonstigen freien Wandstellen bringt man etwa 20 cm breite Wandbretter, in ein oder zwei Etagen, an, zum Abstellen der Reagentien. Ein Schrankbrett unten im Labor- und Abzugstisch soll nicht bis ganz nach vorne gehen. Zwischen Schiebetüren und Brett soll ein etwa 15 cm breiter Raum frei bleiben zum Einstellen hoher Meßzylinder und Kolben.

d) Beleuchtung und Steckdosen. In einem kleinen Raum genügen 1—2 Kugelleuchten mit je einer 150-Watt-Birne, etwa 1 m unterhalb der Decke. In einem größeren Raum empfiehlt sich eine allgemeine Raumleuchte in der Mitte und dann verschiedene Arbeitsplatzleuchten: Tiefstrahler aus Emaille, 28 cm Schirmdurchmesser, etwa 1,8—1,9 m über dem Boden, also etwa 90 cm über der Tischplatte, mit Schalter an der Leuchte evtl. mit Zugeinrichtung. An Tischen vor Fenstern und an den Wänden entlang sind Lampen an beweglichen Wandarmen zweckmäßig. Die Verwendung der zur Zeit modernen Neon-Leuchtstäbe ist Geschmacksache. Steckdosen setzt man eine direkt neben den Abzug, weitere an geeigneten Plätzen zum Anschluß von Zentrifugen, Heizschrank, Heizplatten, Sterilisator, Mikroskopierlampe usw.

Apparate und Geräte.

An größeren Apparaten wären zu nennen: Mikroskop, Hämoglobinometer, Blutzuckerbestimmungsapparat evtl. Polarimeter für Harnzuckerbestimmung. Ferner eine kleine elektrische Zentrifuge, einen Trockenschrank evtl. einen Wasserdstillierapparat aus Glas.

Weitere Laboreinrichtungen.

Signaluhr, Bunsenbrenner, Dreifüße, Asbestdrahtnetze, Kochtopf mit Einsatz für Reagenzgläser, Stative mit Klammern und Muffen. Bürettenhalter, Mikrobüretten (5 ccm), Reagenzglasgestelle, Wasserstrahlpumpe, Ureometer nach Kowarski, Reagenzgläser, Zentrifugengläser, Meßzylinder, Meßkolben, Bechergläser, Petrischalen (für feuchte Kammer), Hb-Ery-, Leuko-, Blutzuckerpipetten, chemische Stangen- und Vollpipetten von 1, 2, 5, 10, 20 ccm Inhalt. Trichter verschiedener Größe, Filtrierpapier in Bogen, Rundfilter, Kohlefilter. Ein Farbgestell, das man in eine größere Blechwanne (mindestens 30×40 cm groß, mit 6 cm hohem Rand und seitlicher Auslauföffnung) hineinstellt. Flaschen verschiedener Größe, braune Tropffläschchen.

Zum Mikroskopieren: Objektträger, Deckgläser, Immersionsöl in Spezialbehälter, Zählkammern, Mikroskopierlampe.

Tagungsberichte

Der Patient zwischen Hausarzt und Facharzt

Aus einem Vortrag,
gehalten von Prof. Dr. Neuffer in Bad Boll
(Tage der Besinnung für Ärzte, 2.—4. Mai 1952)

Der Arzt unserer Zeit ist der Facharzt. Er ist das Ergebnis einer Entwicklung, die das ärztliche Wirken aus dem Vertrauensverhältnis der Ich-Du-Beziehung herauslöste und durch das riesenhafte Anwachsen der Wissenschaft zum medizinischen Spezialistentum führte. Heute, offensichtlich kurz vor dem Ende dieses Prozesses, sind ihm seine eigenen Voraussetzungen fragwürdig geworden. Die Frage ist die nach der Humanitas des Menschen.

Aber dieser Entwicklung der letzten 50 Jahre läuft eine andere parallel, die heute im Begriff der psycho-somatischen Medizin kulminiert. Sie hat erkannt, daß es der Mensch in der Vollständigkeit seiner Humanitas ist, der leidet, der Mensch in der Ganzheit von Leib, Seele und Geist. Es ist dieselbe Ganzheit, die dem Wirken des Hausarztes von je zugrunde lag. Er kennt, ohne durch einseitige Ausbildung eingengt zu sein, den ganzen Menschen. Und deshalb ist die Behandlung des Menschen in der Vollständigkeit seiner Humanitas die Möglichkeit des Hausarztes. Er wird damit zur neuen Möglichkeit der Medizin überhaupt.

Freilich darf der Hausarzt nicht auf die Erfolge der Spezialisierung verzichten. Er selbst braucht eine umfassende medizinische Bildung genau so, wie ihm der Facharzt zur Konsultation zur Verfügung stehen sollte, aber eben zur Konsultation. Der erste Weg des Patienten sollte in die sammelnde Ganzheitsschau des Hausarztes führen, und erst dann zur speziellen Untersuchung des Facharztes.

Indessen hat sich in den letzten 50 Jahren auch der Patient gewandelt. Er verzichtet nur zu gerne auf die Vollständigkeit seiner eigenen Humanitas. In seinem Aspekt bedarf seine Krankheit nicht der Heilung, sondern der Reparatur. Der ärztliche „Gesundheitsmonteur“ ist sein Ideal, und es ist erschreckend, wie sehr der Betrieb der sozialen Einrichtungen diesem Wunsch entgegenkommt. Der Patient selbst, die Gesellschaft und die Medizin haben die Axt an die Wurzel der Humanitas gelegt. Kann hier noch geholfen werden? Wird angesichts dessen eine Renaissance des Hausarztes nicht zur Utopie?

Wir glauben es nicht. Die Humanitas des Menschen hat die Natur auf ihrer Seite. Sie wird, früher oder später, ihren Durchbruch erzwingen. Ihr dabei zu helfen, ist unsere Aufgabe. Als Wissenschaft vom Menschen hat sich die Medizin mit allem zu beschäftigen, was diesen Menschen angeht. Sie sollte deshalb aufmerksam auf Philosophie, Soziologie und Kunst hören. Das anthropologische Kolleg gehört wesentlich zur Ausbildung des Arztes. Naturwissenschaft und Anthropologie gemeinsam sind die neue Basis der Medizin. Der Mensch in der Vollständigkeit seiner Humanitas wird ihr Patient sein.

Die Diskussion warf einige Schlaglichter auf die Probleme im Alltag des praktischen Arztes. Kompliziert und schwierig ist das Verhältnis zum Betriebsarzt, zum Vertrauensarzt und hin und wieder auch zum nachbarlichen Kollegen. Besonders problematisch aber sind die Beziehungen zum Facharzt. Nur selten überweist er einen Patienten dem Hausarzt, und oft wird dieser Patient im Kreis der Fachärzte umhergeschickt, bis er die Führung verliert und beim Heilpraktiker landet. — Die Frage nach dem Aussterben des Hausarztes wurde allgemein verneint. Gerade weil der Patient oft kein Haus hat, muß er einen Hausarzt haben, und Professor Neuffer betonte im Schlußwort, daß dort, wo das persönliche Verhältnis zum Patienten aufgegeben wird, auch das ärztliche Tun am Ende sei.

Sportärztelehrgang in Freudenstadt vom 8. — 21. Juni 1952

Der 1. Deutsche Sportärztelehrgang in Freudenstadt, der vom 8. bis 21. Juni 1952 durchgeführt wurde, war für alle Beteiligten ein reicher Gewinn nicht nur hinsichtlich der Ausbildung zum Sportarzt, sondern auch deshalb, weil er eine einzigartige Erholung für alle Teilnehmer ermöglichte. Aus zahlreichen Zuschriften geht hervor, wie sehr gerade diese

Tage als Urlaubstage eine wirkliche Erholung an Leib und Seele brachten. Die tägliche Morgengymnastik, die für die verschiedenen Altersklassen und Konstitutionen entsprechend abgestuft war, bedeutete eine gründliche Überholung des ganzen Organismus. Eine Reihe von Teilnehmern konnte sogar das Sportabzeichen erwerben, darunter die drei Kolleginnen, die ebenfalls am Lehrgang teilnahmen. Auch die verschiedenen Referate, zu denen hervorragende Dozenten aus der ganzen Bundesrepublik gewonnen waren, gaben außerordentlich wertvolle Anregungen und Erkenntnisse von der Wirkung der Leibesübungen auf alle einzelnen Organe, aber auch Einsichten in die Grenzen der Belastungsfähigkeit vor allem von Herz und Kreislauf. Im Rahmen eines gedrängten Berichtes können unmöglich alle einzelnen Referate aufgezählt werden, deren Wert jedoch auch daraus ersichtlich ist, daß alle Teilnehmer sich eine Vervielfältigung dieser ausgezeichneten Vorträge wünschen. Die Durchführung der täglichen Leibesübungen und der Vorträge auf der Höhe des Kienbergs, unmittelbar am Tannenwald in 800 m Meereshöhe, war schon für alle Beteiligten ein Genuß, zumal die Vorträge meist im Freien stattfanden, wobei sich die einzelnen Teilnehmer zwanglos, meist nur mit Turn- und Trainingshose bekleidet, auf einer Wiese lagerten. Die Nachmittage waren ausgefüllt teils mit Kursen in Massage, Atemgymnastik, Schwimmen, wobei besonders das Rettungsschwimmen geübt wurde, teils bestand Gelegenheit zum Besuch eines Saunabades, zum Tennisspiel und zum Reiten. An den Abenden wurden den Teilnehmern z. B. zum Besuch eines Symphoniekonzertes und eines Theaterabends Freikarten zur Verfügung gestellt. Überhaupt kann der Aufenthalt in Freudenstadt dank der zahlreichen Vergünstigungen, der billigen oder überhaupt unentgeltlichen Verköstigung, z. B. wurde den Teilnehmern täglich ein von den verschiedensten Firmen gestiftetes Frühstück serviert, als Rekord einer billigen Urlaubserholung gelten. Dazu trugen auch die an fünf Nachmittagen vorgenommenen Ausflüge in die schönsten Gegenden des nördlichen Schwarzwaldes wesentlich bei, wobei die Kollegen mit ihren Ehefrauen die Möglichkeit hatten, auch andere Kurorte wie Wildbad, Schönmünzach, Bad Peterstal, Bad Rippoldsau und Alpirsbach kennenzulernen. Überall waren die Teilnehmer als Gäste der jeweiligen Kurverwaltung zur Kaffeetafel eingeladen.

So darf man wohl feststellen, daß der Sportärztelehrgang in Freudenstadt allen Teilnehmern Außerordentliches an Eindrücken und Erlebnissen vermittelt hat, weshalb auch allseitig der Wunsch vorgebracht wurde, solche Lehrgänge möchten zu einer ständigen Einrichtung gemacht werden und Freudenstadt das Erbe von Bad Elster übernehmen, in dem die Sportärztelehrgänge in den Jahren vor dem Krieg regelmäßig durchgeführt wurden. Sowohl die Kur- als auch die Stadtverwaltung in Freudenstadt haben diesen Gedanken freudig aufgegriffen und werden ihrerseits alles dazu beitragen, Freudenstadt auch zu einem Sportkurort zu machen, zu dem es so einzigartige Voraussetzungen sowohl hinsichtlich seiner landschaftlichen Schönheit, seiner Höhenlage, seiner wunderbaren Luft, aber auch seines vorbildlichen Wiederaufbaus mitbringt. Ein weiterer Sportärztelehrgang für die Zeit vom 7. bis 20. Juni 1953 ist in Aussicht genommen. In diesem Zusammenhang darf noch vermerkt werden, daß die Anerkennung für das volle Gelingen des 1. Sportärztelehrgangs in Freudenstadt auch darin zum Ausdruck kommt, daß von seiten der Bundesleitung des Sportärztebundes auf dem diesjährigen Deutschen Sportärztekongreß in Berlin der Antrag gestellt wurde, den nächsten Sportärztekongreß im Jahre 1953 in Freudenstadt abzuhalten.

Med.-Rat Dr. Gmelin, Freudenstadt

Diätwoche in Nürtingen

Der erste von der Interessengemeinschaft für Ernährung (Präsident Prof. Heupke) in Südwürttemberg veranstaltete Diätkurs fand vom 16. bis 21. Juni in Nürtingen statt. Da in diesem Jahr erstmalig Kuren mit der Nürtinger Heinrichsquelle in Nürtingen selbst durchgeführt werden, war ein besonders großes Interesse für den Diätunterricht vorhanden, so daß der Kurs 69 Teilnehmer zählte. Der praktische Unterricht wurde von Diätassistentin Frl. Lotte Steisel erteilt, die ärztliche Leitung lag in den Händen von Kurarzt Dr. A. Schöll.

Die Nürtinger Heinrichsquelle entspricht in Zusammensetzung und Wirkung den Quellen von Karlsbad und Marienbad, es werden also in Nürtingen besonders Erkrankungen von Leber, Galle-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten behandelt. Die bei diesen Krankheiten erforderliche Diät wurde während des Kurses besonders eingehend behandelt. Der Kurs war durch eine große Anzahl ärztlicher Vorträge ausgezeichnet, die der ganzen Bevölkerung zugänglich waren und den Höhepunkt jedes Tages bildeten. Den Einführungsvortrag über „Die Bedeutung der Ernährung in gesunden und kranken Tagen“ hielt Prof. C. H. Mellinghoff-Kirchheim/Teck. Über „Die Erkrankungen des Magens und Darms und ihre diätetische Behandlung“ sprach Dr. Schöll-Nürtingen. Er stellte besonders die bei entsprechender Konstitution eine Magenkrankheit auslösenden Ursachen heraus wie: schlechtes Gebiß, hastiges Kauen, zu große Mahlzeiten, unregelmäßige Nahrungsaufnahme (Schichtarbeiten), Nikotin- und Alkoholmißbrauch, ungeeignete Fette, sehr süße und sehr scharfe, sehr kalte und sehr heiße Speisen, nervöse und psychische Einflüsse. In die Krankheiten von Leber und Galle führte Dr. Ensinger-Kirchheim/Teck ein. Er schilderte den Aufbau und die chemischen Umsetzungen in der Leber und konnte an Hand eigener laparoskopischer Bilder die verschiedenen Krankheitsbilder demonstrieren. Die Bedeutung dieser Erkrankungen geht aus der Tatsache hervor, daß im letzten Krieg 10 Millionen Deutsche an Gelbsucht erkrankt waren. Über die Zuckerkrankheit und ihre Gefahren besonders durch die Spätschäden sprach Prof. Mellinghoff-Kirchheim/Teck. Er erhob besonders die Forderung, daß die Ernährung knapp sei. Zwanzig Prozent der von ihm im letzten Krieg überwachten Diabetiker hätten während der Hungerzeiten alle Zeichen des Diabetes verloren, während sie jetzt wieder zunehmen. In der Diabetikerkost sollen Kohlehydrate mäßig, Fett knapp und Eiweiß relativ reichlich verwendet werden. Dr. Dr. Laberke-Eßlingen behandelte das Thema „Die Indikationen salzfreier Kostformen bei Kreislaufstörungen, Herz- und Nierenkrankungen“. Er beleuchtete zunächst die Stellung des Kochsalzes im gesamten Mineralstoffwechsel und schilderte die Behandlung der akuten und chronischen Nierenentzündung, der Hypertonie und der Decompensatio cordis. Die Hypertonie habe durch die üppigere Ernährung

wieder stark zugenommen (1946 nur ein Viertel so viel wie 1951). Nicht jede Kreislaufstörung verlange salzarme Kost, bei Hypertonie empfahl er sogar reichliche Zufuhr von Kochsalz.

Großes Interesse fand der Vortrag von Dr. Recknagel-Reutlingen über „Die Fettsucht und ihre diätetische Behandlung“. Wirkliche körperliche Arbeit oder täglicher Sport seien zur Behandlung der Fettsucht, die zu 98% durch zu reichliche Kalorienaufnahme zustande komme, notwendig. Die Diät soll aber so beschaffen sein, daß der Patient satt wird. Der Vortragende verstand es, in anschaulicher Weise den Brennwert der einzelnen Nahrungsmittel darzustellen. Den Hauptteil der Nahrung sollen Fisch, Fleisch, Eier, Gemüse, Salate und Obst bilden, Kohlehydrate seien in mäßiger Menge erlaubt, während Fett ganz zu streichen sei. Über „Rohkost und Fastensäfte im Hinblick auf die Krankenbehandlung“ sprach am letzten Tag Frau Dr. Aldenhoven-Stuttgart. Im Vergleich zur Normalkost habe Rohkost nicht einmal den halben Brennwert, im einzelnen ein Drittel Eiweiß, ein Zehntel Fett und gleich viel Kohlehydrate in Form leicht resorbierbaren Trauben- und Fruchtzuckers. Mineralsalze seien ebenfalls nur ein Drittel so viel vorhanden, das die Wasserausscheidung befördernde Kalium jedoch in wesentlich größerer Menge. Zweckmäßige Zubereitung und ordentliches Kauen, wozu viel Zeit gehöre, sei bei der Rohkost sehr wichtig, dann stelle sie aber eine Schonkost dar und bringe bei Erkrankungen von Darm, Magen, Herz, Kreislauf, Nieren, Stoffwechsel, Gelenkrheuma u. a. oft überraschende Heilerfolge.

Zum Abschluß sprach während eines gemütlichen Zusammenseins Kurarzt Dr. Schöll-Nürtingen noch über die „Nürtinger Kur“, die auf vier Fundamenten stehe, nämlich der Trinkkur mit der Nürtinger Heinrichsquelle, der Kurdiät, einer lokalen Wärme-Therapie und einer allgemeinen funktionellen Therapie. Organ- und Allgemeinbehandlung durch natürliche Heilmittel würden ineinandergreifen. Es seien schon jetzt alle Voraussetzungen zur erfolgreichen Durchführung von Kuren in Nürtingen vorhanden. Da die Diät bei der Nürtinger Kur eine besondere Rolle spielt, wurde zum Schluß noch eine Diätkommission gegründet, wie sie in andern Kurstädten auch schon teilweise besteht.

Buchbesprechungen

W. Koll und H. U. Kaller, Göttingen: „Arzneiverordnungen.“ Ausgabe 1952. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, 320 Seiten, DM 6.—.

Das vielen Ärzten längst vertraute Büchlein ist wieder da. Diesmal erfolgte die Herausgabe erstmals von der 1950 gegründeten „Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft“ (früher von der Gesellschaft f. innere Medizin), deren Vorsitzender Wolfgang Heubner schon seit Jahrzehnten diesen Arzneiverordnungen sein stärkstes Interesse widmet. Es hat sich für die Herausgeber auch heuer wieder darum gehandelt, vielbeklagte Mißstände auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens zu meistern oder zu mindern. Im Hinblick auf die Unzahl der Arzneimittel, deren Zahl zwischen 8000 und 40 000 liegend geschätzt werden kann, ist es eine Meisterleistung, in einem alphabetischen Verzeichnis — wie hier — mit ausgezeichnetem Erfolg Spreu von Weizen zu sondern nach Grundsätzen, die von jeher die gesamte Ärzteschaft gutgeheißen hat. Es finden sich außerdem noch Ratschläge für die Rezeptur, sowie u. a. noch Angaben über diätetische Therapie der Säuglinge, Maximaldosen und Indikationen. Wertvoll sind auch die den Arzneimitteln beigefügten Preise. Ein Wunsch bleibt offen: die Kenntlichmachung derjenigen Mittel, die krankenkassenüblich sind, ein sehr wichtiger Wunsch, der jedoch wohl erst mit der Schaffung eines neuen Arzneimittelgesetzes erfüllbar sein wird. Dr. Strotkötter

Prof. Dr. Kuhlmann und Dr. Bernhard Ratin: „Röntgenatlas der Erkrankungen des Magendarmkanals und der Gallenblase“. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-München, 212 Seiten mit 181 Bildern. Preis geb. DM 20.—.

An Hand sorgfältig ausgewählter und hervorragend wieder-gegebener Röntgenbilder wird der Leser mit den Röntgenbefunden vertraut gemacht. Die diagnostischen Möglichkeiten und die Grenzen werden sorgfältig besprochen, wobei die jahrelangen Erfahrungen der Verfasser an dem großen kli-

nischen Material der ehemaligen Breslauer Med. Klinik ausgewertet werden. Ein sehr gutes, empfehlenswertes Buch für alle, die lernen wollen, Röntgenbilder dieses Gebietes zu lesen und zu beschreiben, darüber hinaus besonders geeignet für den prakt. Arzt für die Bewertung der Leistungen auf dem Gebiete der Magenröntgenologie und der daraus zu ziehenden Schlüsse. Prof. Dr. Reisser

F. Hoff: „Klinische Physiologie und Pathologie“. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 1950, XII, 782 Seiten, 124 Abb., Preis DM 39.—.

Wie Hoff im Vorwort ausführt, leitete ihn bei der Niederschrift dieses Buches die Absicht, eine Synthese zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen der pathologischen Physiologie und den Vorgängen am lebenden kranken Menschen, in der vordersten Linie aus der Sicht der körperlich-seelischen Einheit des kranken Menschen gesehen, zu schaffen. Dies kommt in der Bezeichnung klinische Physiologie und Pathologie zum Ausdruck. Wenn man auch der Ansicht ist, daß jedes gute klinische Lehrbuch sich diese Absicht zum Ausgangspunkt seiner Darstellung machen muß — denn weder die einseitig naturwissenschaftliche noch die rein praktisch-ärztliche oder gar philosophierende Betrachtungsweise kann der Totalität des Ärztlichen nahekommen —, so muß doch anerkannt werden, daß das in flüssigem Stil und anregender Form geschriebene Buch in seiner kaum mehr merkbaren Verschmelzung der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse mit dem Erfahrungsgut des Klinikers am Krankenbett unter Einbeziehung der seelischen Vorgänge im Krankheitsgeschehen eine sicher vielen Ärzten willkommene Form darstellt. In dieser Beziehung ist besonders eindrucksvoll der Abschnitt über die Steuerungseinrichtungen, der dem speziellen Arbeitsgebiet des Verfassers entspricht. In den übrigen Abschnitten, die entsprechend der sonstigen Lehrbucheinteilung die einzelnen Organsysteme behandeln, ist eine gewisse Auswahl getroffen und dabei mit Vorteil das Wesentliche vom Unwesentlichen unterschieden. Gerade die subjektive Art der Schilderung wie der Auswahl stellt

den Vorzug dieses Buches dar. Für den anspruchsvollen Leser finden sich im letzten Abschnitt über den Stoffwechsel die physiologisch-chemischen Erkenntnisse wie Probleme in prägnanter und übersichtlicher Form. Sicher wird das Buch vielen Ärzten reiche Belehrung bringen und die Unterlagen für ihr praktisch-ärztliches Handeln bieten können.

Prof. Dr. Beckmann

Dr. Hallmann: „**Klinische Chemie und Mikroskopie**“. 6., neubearbeitete Aufl., 1950, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 594 Seiten, 166 z. T. farbige Abb., 7 farbige Tafeln, DM 24.60.

Die Neuauflage des L. Hallmann „Klinische Chemie und Mikroskopie“ füllt die Lücke im medizinischen Schrifttum aus, die besonders für die medizinisch-technische Assistentin spürbar gewesen ist. Die Fülle neuer Methoden und Erkenntnisse auf allen Gebieten der Medizin hat zu einer eingehenden Neubearbeitung geführt. Das Buch, das den neuesten Stand der medizinisch-chemischen Laboratoriumstechnik widerspiegelt, wurde schon von jeher wegen seiner selten klaren und straffen Aufgliederung des so vielgestaltigen Stoffes gerühmt. Es hat durch die raumbedingte Einführung des Kleindrucks einzelner minder wichtiger Abschnitte eher noch an Übersichtlichkeit gewonnen. Die eingeschossenen andersfarbigen Blätter mit Normalwerten in Blut und Harn, mit Reagenzien, Normallösungen und Indikatoren verstärken den Eindruck, daß nur den Bedürfnissen der Praxis gedient werden soll. Die medizinisch-technische Assistentin wird dankbar die vielen Hinweise auf klinische Gesichtspunkte, die Erläuterung der Fachausdrücke im Anhang und manchen technischen Fingerzeig, der von einer großen praktischen Erfahrung spricht, begrüßen. Dem in der Praxis stehenden Arzt werden die Literaturangaben wertvolle Hinweise geben für spezielle Fortbildung. Die vielen Tabellen und Schemata fassen manche Abschnitte noch einmal zusammen und lassen den visuell Veranlagten schnell Zusammenhänge und Unterschiede erkennen. — Es gibt wohl kaum ein Buch, das die Vielfalt der qualitativen und quantitativen klinischen Laboruntersuchungen in solcher Vollständigkeit, in derart prägnanter Klarheit des Stoffes und mit so erstaunlichem didaktischem Geschick nahebringt. Wie die früheren Auflagen ist es der wahrhaft unentbehrliche Helfer für Arzt und medizinisch-technische Assistentin im täglichen Laboratoriumsbetrieb.

Dr. Frommhold

Prof. Dr. F. Bertram: „**Grundsätzliches zur Diabetestherapie**“. Diskussion zu einem Merkblatt. Herausgegeben vom Deutschen Insulin-Komitee unter Mitarbeit von Bürger, Grafe, Grote, Jores, Katsch, Lapp, Martini. 1950. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 40 Seiten, DM 1.—.

Bertram hat in der Dtsch. med. Wschr. das Merkblatt über die Behandlung Zuckerkranker veröffentlicht. Nach Auffassung dieses Autors muß vor allem der Insulinschock verhindert werden. Nicht so entscheidend ist nach Bertram in jedem Falle die Normalisierung des Blutzuckerspiegels und die restlose Beseitigung der Zuckerausscheidung im Urin. Bertram betont die Notwendigkeit einer exakten Diätbehandlung, z. B. bei mittlerer Arbeit 250–350 g KH, bei Reduzierung der Fette (Fettminimum 40 g) und Eiweiß (1 g pro kg). Um die Gefahr der Insulinüberdosierung in der Praxis zu beheben, gibt Bertram sowohl für Altinsulin als auch Depotinsulin gewisse Richtlinien. Abschließend weist Bertram noch auf die für die Praxis ebenfalls so wichtige Tatsache hin, nämlich, daß es grundsätzlich für das Insulin keinen Ersatz gibt und daß durch möglichst gleichmäßig körperliche Arbeit die Stoffwechsellage günstig beeinflusst werden kann. Gegen den Inhalt dieses Bertramschen Merkblattes wendet sich nun zunächst Grafe in verhältnismäßig scharfer Form, indem er die Auffassung vertritt, daß chronische Hyperglykämien auf die Dauer zu schweren Inselzellenschädigungen führen. Grafe fordert deshalb in jedem Fall eine Beseitigung der Hyperglykämie, natürlich ohne daß schwere Hypoglykämiezustände auftreten. Diese Grundeinstellung Grafes führt zu einer Kritik der Bertramschen Diätrichtlinien und der in dem Merkblatt gegebenen Hinweise für die Alt- und Depotinsulin-Dosierung. Steigerwaldt, der Vorsitzende des Deutschen Insulin-Komitees, hat nun zur Klärung der gegensätzlichen Auffassungen eine Rundfrage an sechs Stoffwechselforscher gerichtet. Durch die Zusammenstellung der Bemerkungen dieser Kliniker über das erwähnte

Merkblatt zu einer Broschüre hat Steigerwaldt tatsächlich einen wertvollen Beitrag für die Weiterentwicklung der Diabetestherapie geliefert. Vor allem Martini und Katsch stellen in den Vordergrund ihrer Darstellungen die Notwendigkeit der individuellen Einstellung eines jeden einzelnen Diabetikers. Es gibt keine festen Normierungen und keine bestimmten Behandlungsrezepte, handelt es sich doch um eine Regulationskrankheit, bei der der Brennstoffwechsel als Ganzheit innerhalb der größeren Ganzheit des Lebensvorganges reguliert. Durch die Schlußworte zur Diskussion von Bertram und Grafe und vor allem durch die klare Zusammenfassung aller Diskussionsergebnisse durch Steigerwaldt werden die für die Praxis bedeutsamen Erkenntnisse nochmals eindeutig herausgestellt und gleichzeitig trifft Steigerwaldt die Feststellung, daß die Diskrepanz von Bertram und Grafe in Wirklichkeit gar nicht so groß ist. Das vorliegende Büchlein muß wegen der besonders eindrucksvollen und lebendigen Darstellung der therapeutischen Möglichkeiten besonders jedem in der Praxis stehenden Arzt zum eingehenden Studium dringend empfohlen werden.

Dr. Helmut Speth

Walter Ritter von Baeyer: „**Die moderne psychiatrische Schockbehandlung**“. Verlag G. Thieme, Stuttgart 1951, 161 Seiten, DM 14.40.

Angesichts der überragenden Bedeutung der Schocktherapie für die Behandlung der Geistes- und Gemütskrankheiten muß man die umfassende Darstellung des Stoffes in diesem handlichen Buche sehr begrüßen. Es gibt eine gute und klare Übersicht über Anwendung, Wirkung, Gefahren und Grenzen der verschiedenen Methoden, die sich in den letzten 2 Jahrzehnten entwickelt haben, nämlich besonders der Erzeugung eines hypoglykämischen Koma durch Insulin auf der einen und der von Krämpfen durch pharmakologische Mittel wie Cardiazol, besonders aber durch den Elektroschock auf der anderen Seite. Die psychischen Eigenwirkungen der Schockmethoden werden nach ihrer Anwendungsweise gesichtet, während die Heileffekte nach klinischen Gesichtspunkten mit besonderem Bezug auf Schizophrenie, Zyklothymie und psychopathische Reaktionen abgehandelt werden. Mit Zurückhaltung werden zum Schluß die theoretischen Versuche erörtert, das Wesen der Veränderung der Persönlichkeit durch diesen gewaltsamen, bis zu ihrer Ausschaltung führenden Eingriff zu erklären.

Das schöne Buch wird vielen, gerade auch den praktischen Ärzten Gewinn bringen und nicht zuletzt wegen seiner hohen ärztlichen Auffassung Freude machen. Es wird zu seinem Teil dazu beitragen, noch manchem Kranken mit seinem sonst unangreifbaren Leiden „Die Wohltat einer Schockbehandlung“ zu verschaffen, auch wenn man ihn „bis an die Schwelle des Todes zu führen scheint“ und von einer „idealen Therapie der endogenen Gemüts- und Geisteskranken noch weit entfernt“ ist.

Dr. Legewie

Dr. Reimar Pohlmann: „**Die Ultraschalltherapie**“. Praktische Anwendung des Ultraschalls in der Medizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 392 Seiten, DM 33.40.

Die Zusammenfassung unseres Wissens über die Ultraschallbehandlung ist ein wirkliches Bedürfnis und das vorliegende Buch erfüllt diese Aufgabe in ausgezeichneter Weise. Fast die Hälfte des Buches beschäftigt sich mit den physikalischen Grundlagen der Ultraschallbehandlung. Die Darstellung derselben ist sehr gründlich, klar und gemeinverständlich, so daß man sie wirklich mit Genuß liest. Die vielen eingestreuten mathematischen Formeln, die ja im allgemeinen dem Nichtmathematiker wenig sagen, kann man ruhig übergehen, ohne daß das Verständnis Schaden leidet. Das Studium dieser physikalischen Grundlagen ist für den Arzt unerlässlich. Es ist nicht möglich, in einem kurzen Referat näher auf den reichen Inhalt dieser Kapitel einzugehen. Es muß daran festgehalten werden, daß das Wesen der Ultraschallbehandlung im Gegensatz zur elektrischen Kurzwellen- und Röntgenbehandlung auch eine mechanische Schwingungsbewegung der Materie ist und nur aus diesen Schwingungen können die Wirkungen des Ultraschalls erklärt werden. Diese Wirkungen sind analgesierend, spasmolytisch, entzündungshemmend und bakterizid. Nach Erörterung der viel umstrittenen Frage nach der Dosierung betont Verfasser, daß die Patienten recht verschieden sensibel gegen Ultraschall sind, so daß eine Regel nicht angegeben werden kann. Es ist daher immer gut, eine

einschleichende Behandlung zu wählen, um erst die Empfindlichkeit des Patienten kennenzulernen. Nachdem noch im Kapitel III die biologischen Grundlagen der Ultraschallbehandlung besprochen sind, beginnt mit Kapitel IV die Schilderung der klinischen Erfahrungen mit der Ultraschallbehandlung, zunächst bei den rheumatischen Erkrankungen, im Kapitel V bei den übrigen Erkrankungen, bei welchen Ultraschall bisher teils mit, teils ohne Erfolg verwendet worden ist. Das sehr interessante, aber für die Praxis wohl weniger wichtige Kapitel VI bringt Untersuchungen über die Wirkung des Ultraschalls auf das autonome Nervensystem. Im letzten VII. Kapitel schildert Buchta seine Erfahrungen mit dem ruhenden Schallkopf, eine Methode, die in Deutschland sonst kaum, in Frankreich sehr viel benützt wird. Im Anhang folgen Tabellen über Dosierung und Behandlung.

Dieses wertvolle Buch sollte jeder, der sich mit Ultraschallbehandlung abgibt, gründlich studieren. Eine Erleichterung für den Arzt ist die Bezeichnung der für ihn besonders wichtigen Artikel mit einem Sternchen im Inhaltsverzeichnis.

Dr. Julius Port

Ludwig Teleky: „Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge Deutschland, England, USA“. Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1950, 142 Seiten, DM 15.—

Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge ist in den drei Ländern Deutschland, England, USA von Anfang an verschiedene Wege gegangen. Durch die besondere Struktur der Wirtschaft und des Lebensstiles ist es zu erklären, daß auch die Mittel und Ziele dieser Fürsorge verschieden waren. Heute machen sich jedoch allgemein Bestrebungen geltend, durch Vergleich der Ergebnisse Nachahmenswertes aus anderen Ländern zu übernehmen und Erfahrungen auszutauschen. In diesem Sinne wird das Buch, welches eine unerwartete Fülle von konkretem Zahlenmaterial bringt, besonders für den deutschen Amtsarzt und Fürsorgearzt von größtem Interesse sein. Diese Zahlen geben u. a. ein anschauliches Bild, was in den einzelnen Staaten mit den vorhandenen Mitteln geleistet wurde. Amerika hat bis heute noch keine zwangsweise Krankenversicherung, was zum Teil auf den erfolgreichen Widerstand der ärztlichen Organisationen zurückzuführen ist. In England hingegen scheint sich das System der staatlichen Gesundheitsfürsorge nach anfänglichen Schwierigkeiten günstig auszuwirken. Der Zusammenschluß mehrerer Fachärzte zu einer Arbeitsgruppe ist nicht ein Produkt des Ostens, sondern gewinnt auch in den westlichen Ländern immer mehr Anhänger. Diese Tendenz ergibt sich zwangsläufig aus der ständigen Weiterentwicklung der medizinischen Forschung. Der interessierte Leser findet ein kritisch gesichtetes Material auf allen Gebieten der sozialen Hygiene (geschichtliche Entwicklung, Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern, Tuberkulosefürsorge, Geschlechtskrankheiten, Mütter- und Kinderfürsorge usw.). Zunächst wird jeweils das Gemeinsame herausgenommen und dann die Unterschiede in den einzelnen Ländern gezeigt. Das Buch ist sehr lesenswert und besonders denen zu empfehlen, die eine Studienreise in die USA machen wollen oder bereits hinter sich haben.

Dr. Hoschek

Karl Saller: „Volksmedizin und außerschulgemäße diagnostische und therapeutische Methoden“. Verlag Karl F. Haug, Saulgau, 213 Seiten, Preis DM 11.60.

Das Buch enthält Vorträge, die auf einer Arbeitstagung der Deutschen Europa-Akademie im November 1949 im Anthropologischen Institut der Universität München gehalten wurden. Ihre Themen gehen ins medizinische Grenzgebiet, und die Verfasser bemühen sich, in unvoreingenommener, aber streng wissenschaftlicher Forschung die Erkenntniswerte zu sichern, die aus empirisch-spekulativer Weise erstanden, von der Schulmedizin bisher mehr oder weniger abgelehnt oder verkannt, sich doch im Volksgut erhalten haben. Auch der skeptisch und kritisch eingestellte Leser kann aus dem Studium dieser Vorträge maßgeblicher Forscher über Volksmedizin, Psychotherapie, Homöopathie, Wasserheilmethoden, Lebensreform und Konstitutionstherapie nur Gewinn ziehen und wird dankbar sein, daß ihm durch dieses Buch eine wertvolle Übersicht gegeben wird.

Dr. Gerber

Heinz Schaefer: „Leberfunktionsprüfungen“. Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft m. b. H. Stuttgart, 1951. 186 Seiten, Ganzl. DM 17,50.

Das vorliegende Büchlein versucht, die bisher bekannt gewordenen Leberfunktionsproben im Rahmen der chemischen Gesamtleistung der Leber darzustellen und die Beziehungen zwischen dem Ausfall dieser Proben und dem klinischen Befund aufzuweisen. Dieser Versuch muß als gescheitert betrachtet werden. Das Buch krankt daran, daß dem Verfasser der klinische Überblick fehlt, daß mehr als erträglich — vorwiegend aus veraltetem Schrifttum — zitiert wird, und daß die für die angeschnittenen Fragen besonders wichtigen neueren amerikanischen Arbeiten nur unvollständig und häufig nur aus Referaten wiedergegeben werden. Das Buch gibt eine Fülle von methodisch genau beschriebenen Untersuchungsverfahren und ist in dieser Hinsicht für klinische Laboratorien brauchbar.

Dr. Germer

H. Killian und G. Krämer: „Meister der Chirurgie und die Chirurgenschulen im deutschen Raum.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1951, 32 Abbildungen, 10 Stammtafeln, DM 24.80.

Es ist erfreulich, daß in der großen Flut der medizinischen Literatur wieder einmal ein geschichtliches Werk auftaucht, in das sich auch der Praktiker gern in ruhigen Stunden vertiefen wird. Nicht nur der Chirurg im heutigen Sinn, sondern auch die Vertreter der Fachgebiete, die sich im Laufe der Zeiten aus der Chirurgie abgesondert haben, werden sich mit Interesse über die Entwicklung ihrer Wissenschaft orientieren. Das Buch bringt zuerst einen kurzen Überblick über die Chirurgie vom zu Ende gehenden Mittelalter bis zur Begründung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1872). Den größten Raum nimmt die Zusammenstellung der chirurgischen Lehrkanzeln in chronologischer Anordnung ein, wie sie sich auf den Universitäten des deutschen Sprachgebiets entwickelten. Sehr übersichtlich sind in Form von Stammtafeln die wichtigsten deutschen Chirurgenschulen dargestellt. Da vorwiegend aus zweiten Quellen geschöpft ist, haben sich manche Fehler eingeschlichen. Auch die Angaben des Literaturverzeichnisses entsprechen nicht den Gepflogenheiten historischer Arbeitsweise.

Prof. Dr. Stübler

Prof. Dr. K. Hofmeier: „Die Therapie der übertragbaren Kinderlähmung.“ Mit 7 Abbildungen und 4 Tabellen. 112 Seiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, kart. DM 7.50.

Das Buch ist dem praktischen Arzt zugedacht zur Orientierung über die mögliche Therapie. Verf. bringt im allgemeinen Teil einen Überblick über Erreger, pathologisch-anatomische Veränderungen, über das Krankheitsgeschehen, akute Gefahren und Prophylaxe, wobei die neuesten Ergebnisse Berücksichtigung finden. Der größere Teil ist der Therapie gewidmet, wobei die üblichen Behandlungsverfahren, anschließend die eigene Therapie geschildert wird. Die ablehnende Haltung gegenüber dem Rekonvaleszenzenserum wird geteilt, ebenso die Prophylaxe mit Blut. Die medikamentöse Therapie hat nur symptomatische Bedeutung, auch wohl der Vorschlag von Rhode, Insulin in großen Dosen als Schock wirken zu lassen, um das Ödem des Nervensystems, das durch Sympathicusreizung oder -allergie dabei entsteht, zu beeinflussen. Verf. wendet Bedenken ein. Die Wichtigkeit der klinischen Behandlung steht außer Zweifel. Bei den Maßnahmen im akuten Stadium wird Wert auf Schwitzpackungen und Abführen gelegt, letzteres aus der Vorstellung heraus, das Virus möglichst rasch aus dem Darm zu entfernen. Pflgerische und diätetische Maßnahmen werden besprochen. Anlage einer Muskelkarte, Lagerung, Bäderbehandlung, Übungsbehandlung, die nicht zu früh einsetzen soll, und als Kernstück der Behandlung die aktive Übungsbehandlung werden ausführlich auf Grund eigener Erfahrungen dargestellt. Die Federbrettkiste zur Vermeidung des Spitzfußes und der Leiterschubkarren nach Angabe des Verf. verdienen besondere Erwähnung. Auf die Mitarbeit des Orthopäden kann keineswegs verzichtet werden, um bestmögliche Resultate zu erzielen.

Dr. Vera Gaupp

A. S. Wiener und I. B. Wexler: „Erythroblastosis foetalis und Blutaustausch.“ Ins Deutsche übertragen von A. Grumbach. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 56 Seiten, DM 4.20.

Die mit Tabellen und Abbildungen reichhaltig versehene wichtige Darstellung der amerikanischen Autoren über die Behandlung der Erythroblastose liegt nun in deutscher Sprache vor und vermag über die Methodik des Austausches alles Wissenswerte zu vermitteln. Die Besprechung der Testmethoden und der eigenen Erfahrungen wird ergänzt durch ein ausführliches Verzeichnis der amerikanischen Literatur. Manche Punkte sind inzwischen strittig geworden (Schnittentbindung, Vermeidung der Nabelschnur-Katheter-Methode, die sich in Deutschland sehr eingeführt hat), was jedoch den Wert der Schrift nicht beeinträchtigt. Dr. Vera Gaupp

Prof. Dr. B. De Rudder: „Kinderärztliche Notfallfibel.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 134 Seiten, Halbleinen DM 7.80.

Die in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift erschienene Aufsatzreihe ist mit einigen Ergänzungen und einer Tabelle der Normalmaße zu einem Buch zusammengefaßt worden, was sehr dankenswert erscheint. Denn das Bedürfnis des praktischen Arztes, sich im Notfalle rasch zu orientieren, ist allseits groß. Allerdings sind Kenntnisse in der Kinderheilkunde Voraussetzung! Inhaltlich gliedert sich das Buch in 11 Abschnitte, wobei das Leitsymptom führt: Lebensschwäche, Erstickungssyndrome, Kollaps, Koma und Toxikose, Krampfanfall, Blutungssyndrome, Erbrechen, Icterus, Bauchschmerz, Hautentzündungen, Vergiftungen und Lebensbedrohung. Angegliedert sind therapeutische Maßnahmen und medikamentöse Therapie. Diagnose, Prognose und Therapie sind knapp gefaßt, aber lebendig dargestellt und enthalten alles Wichtige.

Selbstverständlich vermag dieser „Exkurs“ für die Praxis das Lehrbuch nicht zu ersetzen, aber dem vielbeschäftigten Arzt wird dieses Buch ein notwendiger und guter Helfer sein und kann daher nur wärmstens empfohlen werden.

Dr. Vera Gaupp

Doz. Dr. Erbslöh: „Über die röntgenologischen Darstellungsmöglichkeiten des weiblichen Genitalapparates mit Hilfe von Jodöl und Jodsol“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 74 Seiten, Preis kart. DM 16.80.

Die physikalisch-chemischen Voraussetzungen der Kontrastmitteldarstellung bei der Fetographie und Hystero-Salpingographie werden zunächst eingehend besprochen. Die Prüfungsmethoden der gebräuchlichen Kontrastmittel auf ihre wichtigsten Eigenschaften, Viskosität, Grenzflächenspannung und Benetzungsfähigkeit werden geschildert und die Ergebnisse angegeben. Hieraus werden die Schlußfolgerungen für die Auswahl der günstigsten Kontrastmittel und die anzuwendende Technik gezogen und an Hand zahlreicher Beobachtungen und eindrucksvoller Bilder die Wege und Möglichkeiten der Darstellung erläutert. Während für die Fetographie sich das Immetal am besten bewährte, ergab die Verwendung von in Jodsole umgewandelten Jodölen die differenzierteste Darstellung bei der Hysterosalpingographie. Neben den für den weiteren Ausbau der Technik wichtigen theoretischen Abschnitten bietet die Monographie jedem, der sich mit gynäkologischer Röntgenuntersuchung befaßt, wertvolles Material und zahlreiche Anregungen.

Dr. Krebs

Prof. Dr. Hirschmann: „Über das Zustandekommen trophischer Gewebsveränderungen nach Verletzungen peripherer Nerven“, Verlagsbuchhandlung Carl Marhold, Halle (Saale), 56 Seiten, Preis DM 3.80.

Die trophischen Gewebsveränderungen nach peripheren Nervenverletzungen decken sich mit denen, die als Sudeck'sches Syndrom bekannt sind. Der Gewebsumbau ist Folge einer peristatischen Hyperämie im Sinne von Ricker, die spinal-vasomotorisch-reflektorisch zustande kommt. Bei Totaldurchtrennung des Nerven wirkt der Reiz fugal und petal. Im proximalen Stumpf kommt die Durchblutungsänderung in einem Übertritt von Bluteiweiß in den Liquor zum Ausdruck. Bei partiellen Nervenschäden kann die lokale Kreislaufstörung von Dauer sein, über den Versorgungsbereich des lädierten Nerven hinausgreifen und die ganze akrische Gliedmaße betreffen. Der Reflexbogen ist hier nicht unterbrochen.

Prof. Dr. R. Gaupp, jun.

Fr. W. Strauch: „Die Behandlung des stenocardischen Symptomenkomplexes.“ 2. Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1950, 190 Seiten mit 57 Abbildungen, DM 18.75.

Der bekannte Internist des Evangelischen Diakonissenhauses in Halle (Saale) gibt uns in seinem Buche einen Niederschlag seiner 30jährigen persönlichen Erfahrungen. Was er zur Bedeutung der Anamnese zu sagen weiß, ist sehr eindrucksvoll. Richtig aufgenommen, kann sie schon durch die Deutung scheinbar unspezifischer Klagen zu diagnostischen Erkenntnissen führen, lange bevor objektive Untersuchungsmethoden auf eine Erkrankung des Herzens hinweisen. Außerdem sei die Art der Aufnahme der Vorgeschichte unter Umständen schon ein Teil der Behandlung und sie könne je nach dem Grade der Einfühlungsfähigkeit des Arztes Nutzen oder Schaden stiften.

Alles, was der Verfasser in den 12 Kapiteln aus seiner reichen Erfahrung mitteilt, ist darum besonders lebendig gestaltet, weil immer Krankengeschichten das Gerippe der Darstellung bilden. „Greift nur hinein ins volle Menschenleben...“ usw. steht als Motto über dem ersten Kapitel, und mit Recht, denn dieser Griff in das Leben und Leiden besonders des modernen Menschen ist interessant und „jeder Werdende“ wird dem Verfasser dankbar sein. Dr. Schröder

Friedrich v. Müller: „Lebenserinnerungen.“ Verlag Lehmann, München 1951, 264 Seiten mit Bildern, geh. DM 12.50, geb. DM 15.—.

Friedrich v. Müller gehört zu den Männern, die als Wissenschaftler, Lehrer und Arzt gleich große Erfolge erzielten. Neben der Schilderung vieler persönlicher Erlebnisse geben diese Lebenserinnerungen in anregender Form einen trefflichen Einblick in die Entwicklung der Medizin des zu Ende gehenden 19. Jahrhunderts, für den auch spätere Zeiten dankbar sein werden. Die große Zahl der Arbeitsstätten, an denen Friedrich v. Müller wirkte, brachte ihn schon in jungen Jahren mit den führenden Männern der deutschen Medizin in Verbindung, bis er selbst zu den Führenden gehörte und sein Name im Ausland ebenso bekannt war wie in deutschen Ländern. Die Berufung an seine letzte Arbeitsstätte München, an der er seit 1902 wirkte, bildete den Höhepunkt seines Lebens. Hier hat er vor allem in der schwierigen Zeit nach dem ersten Weltkrieg organisatorisch wertvolle Dienste geleistet und dabei trotz der großen Aufgaben das, was ihm immer besonders am Herzen lag, den klinischen Unterricht gepflegt.

Prof. Dr. Stübler

Bekanntmachungen

Ärztckammerausschuß Baden-Württemberg

Auf Beschluß der Delegiertenversammlungen der vier Ärztekammern des südwestdeutschen Bundeslandes hat sich am 20. Juli 1952 ein Ärztekammerausschuß Baden-Württemberg konstituiert, in den auf je 750 Ärzte ein gewählter Vertreter von den Delegiertenversammlungen der vier Ärztekammern entsandt worden ist. Der Ausschuß setzt sich zusammen aus
3 Vertretern von Südbaden,
3 Vertretern von Nordbaden,

2 Vertretern von Südwürttemberg und
4 Vertretern von Nordwürttemberg.

Zum Vorsitzenden des Ausschusses ist Prof. Dr. Neuffer gewählt worden; zum stellv. Vorsitzenden Dr. Kraske, Emmendingen.

Der Ausschuß hat die Aufgabe, die Interessen der Gesamtärzteschaft des neuen Bundeslandes gegenüber der Landesregierung und anderen zentralen Stellen solange wahrzunehmen, bis eine gesetzliche Neuordnung der öffentlichen

Berufsvertretung durchgeführt worden ist. Zur Vorbereitung eines Kammerngesetzes und eines Versorgungsgesetzes für die Heilberufe ist je eine vierköpfige Kommission eingesetzt worden, in der jede der vier Ärztekammern mit einem Mitglied vertreten ist.

Kurs- und Kongreßkalender

20. und 21. September 1952

2. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes E. V. in Stuttgart. 20. September, 9—13 Uhr. Öffentliche Sitzung. Es sprechen: Dr. Mitscherlich über „Das Generationenproblem“, Dr. Rüppell über „Zeitbedingte Wandlungen in den Beziehungen der Jugendlichen“. 20. September nachm. und 21. September vorm. weitere Themen aus der Jugendfürsorge. 21. September, 15 Uhr: Mitgliederversammlung. — Anträge an die Mitgliederversammlung sind bis zum 20. August an die Schriftführerin des D.A.B., Dr. M. Ries, München 25, Cimbarnstraße 11 b einzureichen. Tagungsbeitrag DM 12.—. Anfragen und Anmeldungen wegen Unterkunft sind an Frau Dr. Doch, Stuttgart-N, Birkenwaldstr. 139 zu richten.

21.—27. September 1952

3. Einführungskurs in die Naturheilverfahren in Bad Lauterberg im Harz, veranstaltet von dem unter Leitung von Prof. Brauchle stehenden Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren. Die Leitung des Kurses hat Dr. Haferkamp, Mainz. Teilnehmergebühr DM 40.—, für Assistenten DM 20.—. Übernachten mit Frühstück DM 3.50. Anmeldungen an die Kurverwaltung Bad Lauterberg.

22.—25. September 1952

Ekg-Kursus für Fortgeschrittene im Balneologischen Universitäts-Institut in Bad Nauheim, das auch Anmeldungen entgegennimmt und Auskunft erteilt. Leitung Prof. Dr. Arthur Weber. Kursgebühr DM 25.—.

26.—28. September 1952

XVIII. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte im William G. Kerckhoff-Institut in Bad Nauheim. Thema: Durchblutungsstörungen der Organe, ihre Diagnose und Therapie. Anmeldungen und Anfragen sind an das Verkehrsamt der Kurverwaltung Bad Nauheim zu richten. Unkostenbeitrag je Teilnehmer DM 10.—.

6.—18. Oktober 1952:

II. Treysaer Fortbildungskursus für Medizinische Psychologie und Psychologische Diagnostik, in Treysa-Hephata, Bez. Kassel (für Mediziner und Psychologen). Leitung Prof. Dr. Heiss, Freiburg, und Prof. Dr. Enke, Treysa-Hephata. Kursgebühr DM 35.—, für Studierende DM 25.—. Anmeldung bis 15. Sept. an: Büro des medizinisch-psychologischen Kurses, (16) Treysa, Bez. Kassel, Hephata.

11.—19. Oktober 1952:

5. Ärztlicher Fortbildungskursus für Ganzheitsmedizin in Berchtesgaden, veranstaltet im Auftrage der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Leitung: Prof. Dr. Zabel, Berchtesgaden. Thema: Zusätzliche Behandlung der Geschwulsterkrankungen.

20.—22. Oktober 1952

Tagung der Gemeinschaft „Arzt und Seelensorger“ in Stuttgart. Thema: Angst und Schuld in medizinisch-psychologischer und theologischer Sicht. Näheres durch das Sekretariat der Gemeinschaft, Stuttgart-W, Gustav-Siegle-Str. 43.

21. Oktober 1952 bis 13. Februar 1953

13. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus — Sozialministerium. Anmeldungen werden unter gleichzeitiger Vorlage von beglaubigten Abschriften der Approbationsurkunde und des Nachweises über den Erwerb der med. Doktorwürde bei einer deutschen Universität, eines eigenhändig geschriebenen Lebens-

laufes und eines Lichtbildes bis zum 20. September 1952 erbeten. Wünsche um Vermittlung eines möblierten Zimmers müssen gleichzeitig vorgebracht werden. Prospekte werden auf Anforderung zugesandt.

Beschluß des Deutschen Ärztetages in München im Oktober 1951 zur Frage der Untersuchungsstellen für klinische Pathologie und Mikrobiologie

In § 25 der Berufsordnung (Teil I) wird als Ziffer 2 f eingefügt:

„der Zusatz ‚Untersuchungsstelle für klinische Pathologie und Mikrobiologie‘ bei Ärzten, die eine entsprechende Einrichtung und Weiterbildung besitzen und ärztliche Behandlungstätigkeit weder ausüben noch ankündigen.“

Dann II. als Anhang zur Facharztordnung werden folgende Ausführungsbestimmungen zu § 25 der Berufsordnung aufgenommen:

1. „Die nach § 24 Ziffer 2 f verlangte besondere Weiterbildung für die Leitung einer Untersuchungsstelle für klinische Pathologie und Mikrobiologie setzt voraus:

a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung oder Tätigkeit in der klinischen Chemie oder physiologischen Chemie oder Pharmakologie.

b) 3½ Jahre Weiterbildung in pathologischer Anatomie und Histologie, 3½ Jahre Weiterbildung in Mikrobiologie und Serologie.

Die Weiterbildungszeiten zu b) dürfen im Verhältnis von 3 zu 4 Jahren zwischen den beiden Fächern verschoben werden.

Beschränkt sich die Tätigkeit der Untersuchungsstelle auf die klinische Pathologie u. Histologie, ist nur eine Weiterbildung in diesen Fächern, beschränkt sie sich auf Mikrobiologie und Serologie, ist nur eine Weiterbildung in Mikrobiologie und Serologie erforderlich. Die Beschränkung muß aus dem Arztschild ersichtlich sein.“

Peru sucht deutsche Fachleute für den Krankenhausneubau

Die peruanische Regierung beabsichtigt, eine Reihe von großen, modernen Krankenhäusern zu errichten und wünscht dabei die Mitarbeit deutscher Spezialisten, insbesondere von Ärzten. Folgende drei deutsche Fachleute werden gesucht:

1. Ein Arzt mit reichen Erfahrungen hinsichtlich der betrieblichen Einrichtung von Krankenhäusern und ihrer medizinischen und technischen Ausstattung und Projektierung von Bauvorhaben. Er soll bezüglich der Aufstellung der Bauprogramme und der Entwürfe mit den Architekten zusammenarbeiten.
2. Ein Arzt, der den Verwaltungsbetrieb der schon vorhandenen Krankenhäuser reorganisieren und sein System in den neu einzurichtenden Häusern einführen soll. Er muß schon ein Krankenhaus mit 150—200 Betten erfolgreich geleitet haben.
3. Ein Elektroingenieur für die besonderen elektrotechnischen Einrichtungen eines Krankenhauses.

Alle drei Persönlichkeiten müßten zudem bereit sein, das Landesinnere Perus zu bereisen. Sie sollten außerdem die spanische Sprache beherrschen.

Bewerber können sich an den Auslandsdienst des Präsidiums des Deutschen Ärztetages Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, wenden. Den Bewerbungen sind neben einem Lebenslauf Referenzen beizufügen.

Ärzte für die Weltgesundheitsorganisation

Im Rahmen ihres Programmes „Improvement of medical education all over the world“ sucht die Weltgesundheitsorganisation medizinische Lehrkräfte zur Besetzung folgender Stellen:

1. Universität von Malaya in Singapore:

a) Beauftragter für Kurse in angewandter Ernährungswissenschaft.

Vertragsdauer 1—2 Jahre. Bezahlung ca. 600 US Dollar monatlich. Die Bewerber müssen bereits früher unterrichtet und Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet ge-

leistet haben. Sie sollten auch möglichst mit den Verhältnissen in warmen Ländern vertraut sein.

- b) **Bbeauftragter für Hygiene bei Mutter und Kind.**
Vertragsdauer 1-2 Jahre. Bezahlung ca. 600 US Dollar monatlich. Die Bewerber sollen bereits früher unterrichtet und auf diesem Gebiet wissenschaftlich tätig gewesen sein. Die Kenntnis der Verhältnisse in warmen Ländern wird vorausgesetzt.
- c) **Bbeauftragter für medizinische Statistik:**
Vertragsdauer 1/2 Jahr. Bezahlung ca. 500 US Dollar monatlich. Die Bewerber sollen bereits in diesem Fach unterrichtet haben und darin tätig gewesen sein.
2. **Pakistan:**
a) 2 Professoren für Pathologie
b) 1 Professor für Anatomie
c) 1 Professor für Physiologie
Vertragszeit (a-c) 1-2 Jahre. Bezahlung ca. 600 US Dollar monatlich.
3. **Indien (Schule für Tropenmedizin in Kalkutta):**
a) **Professor für Pharmakologie:**
Bewerber sollen mindestens 5 Jahre an einer bekannten Universität gelehrt haben. Vertragsdauer 1/2 Jahr. Bezahlung ca. 600 US Dollar monatlich.
4. **Irak (Königl. Med. College in Bagdad):**
a) **Dozent für die Koordinierung der medizinischen Forschungen**
Vertragsdauer 1/2 Jahr. Bezahlung ca. 600 US Dollar monatlich.

Bewerbungen müssen in deutscher und englischer Sprache gehalten sein. Neben einem Lebenslauf sollen sie ein Verzeichnis etwaiger wissenschaftlicher Arbeiten sowie Referenzen enthalten.

Die Bewerbungen sind zu senden an:

PRÄSIDIUM DES DEUTSCHEN ARZTETAGES
Auslandsdienst
Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32

Von dort werden die Unterlagen den zuständigen Stellen der Weltgesundheitsorganisation zugeleitet.

Kampf dem Krebs

Der Deutsche Zentralaussschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung, Braunschweig, bittet um Veröffentlichung der nachstehenden Notiz:

„In einem Teil der Fachpresse und durch Rundschreiben wird von Herrn Dr. E. A. Mueller für eine ‚Arbeitsgemeinschaft Kampf dem Krebs‘, Sitz München, Implerstr. 23, geworben. Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, daß weder der Deutsche Zentralaussschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung noch die in ihm zusammengeschlossenen Arbeitsgemeinschaften der Länder irgend etwas mit der Arbeitsgemeinschaft ‚Kampf dem Krebs‘ des Herrn Dr. Mueller zu tun haben.“

Der Deutsche Zentralaussschuß ist vom Bundesministerium des Innern als Spitzenorganisation der von den Länderregierungen anerkannten Ländervereinigungen für Krebsbekämpfung und Krebsforschung anerkannt und damit beauftragt, allein die deutschen Interessen in der Union Internationale contre le cancer zu vertreten, der er bereits als ordentliches Mitglied angehört.“

Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg e. V.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen, die auf eine mehr als 25jährige Tätigkeit zurückblicken können, wollen ihren Mitgliedern nicht nur die mit der Rechnungsstellung und dem Rechnungseinzug verbundenen umständlichen und zeitraubenden Schreibarbeiten abnehmen, sie wollen die Ärzte auch vor den übertriebenen und den törichten Einwendungen vieler Patienten sowie vor dem Feilschen um Gebühreennachlaß schützen und ihnen finanzamtlich anerkannte Buchführungsunterlagen zur Verfügung stellen.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen sind keine Beitreibungsinstitute, sondern sind mit einem Buchhalter zu vergleichen, der an die Weisungen seines Auftraggebers gebunden ist. Sie erledigen die Rechnungsstellung und den Rechnungseinzug in der gleichen Weise wie der Arzt selbst; sie führen ferner den gesamten Schriftverkehr mit den Patienten bzw. ihren Privatkrankenstellen durch und gewähren Stundungen bzw. bei größeren Rechnungsbeträgen auch Teilzahlungen. Durch regelmäßige Überwachung und Anmahnung der Außenstände erzielen sie auch einen schnelleren und sichereren Geldeingang.

Für die Bearbeitung der Rechnungen wird von den Privatärztlichen Verrechnungsstellen eine Verwaltungsgebühr erhoben. Während alle anderen Verrechnungsstellen als Erhebungsquelle die Summe der eingereichten Rechnungsunterlagen benutzen, legt die Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg e. V. die Summe der tatsächlich eingegangenen Rechnungsbeträge zugrunde. Sie erhebt also eine Erfolgsgebühr und muß dementsprechend mit allen Bearbeitungskosten zunächst in Vorlage treten.

Durch die Einschaltung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen entstehen für die Patienten keine zusätzlichen Kosten, es sei denn, daß es sich um Mahngebühren handelt, die auf die Patienten abgewälzt werden.

Die Tatsache, daß der Bezahlung der Arztrechnungen nicht immer die genügende Beachtung geschenkt wird, daß der durch die Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse sowie die Währungsumstellung bedingte Geld- und Kapitalbedarf außerordentlich gestiegen ist und daß das Gestrüpp der Steuergesetzgebung immer dichter und für die Mehrzahl der Ärzte auch immer undurchdringlicher wird, hat die Privatärztlichen Verrechnungsstellen veranlaßt, ihren Mitgliedern auch auf diesen Gebieten Rat und Unterstützung zu gewähren.

Die Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg e. V. hat daher folgende Sonderabteilungen eingerichtet:

1. Die Rechtsabteilung übernimmt nicht nur die gerichtliche Einziehung der nicht gutwillig bezahlten Forderungen, sondern gibt auch Rechtsauskünfte über Praxisfragen usw.
2. Die Wirtschaftsabteilung stellt ihre Erfahrungen auf dem Bank-, Versicherungs- und Wirtschaftsgebiet zur Verfügung.
3. Die Buchführungs- und Steuerstelle fertigt eine ordnungsmäßige Buchführung an und erledigt alle Steuerangelegenheiten, z. B. die Abgabe der Steuererklärungen, den Verkehr mit den Finanzämtern, die Wahrung der Steuertermine usw.

Alle Arbeiten werden durch langjährig geschulte Fachkräfte ausgeführt, wodurch auch eine sorgfältige Erledigung aller Aufträge gesichert ist.

Anmeldungen nimmt die Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg e. V., Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, jederzeit entgegen.

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

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44 und 760 45

55. Deutscher Arztetage, Berlin, 13. und 14. September 1952

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. wird auf dem Deutschen Arztetage durch folgende Delegierte vertreten sein:
Prof. Dr. Neuffer, Hans, Stuttgart-Degerloch, Präsident der Ärztekammer
Dr. Mayer, Manfred, Stuttgart, Leiter der Ärztlichen Pressestelle

Dr. Knosp, Erich, Eßlingen/N., Vorstandsmitglied der Ärztekammer (Rechnungsführer)
Prof. Dr. Reissner, Alfred, Stuttgart, Vorsitzender der Ärzteschaft Groß-Stuttgart
Dr. Hämmerle, Gerhard, Kornwestheim, Vorstandsmitglied der Ärztekammer (Schriftführer)
Dr. Schwoerer, Paul, Waiblingen, Vizepräsident der Ärztekammer

Dr. Zimmerle, Karl, Stuttgart, Vorstandsmitglied der Ärztekammer und Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Württemberg.

Die Kassenärztliche Vereinigung, Landesstelle Württemberg, hat für die Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft folgende Delegierte gewählt:

Dr. Benz, Ottmar, Aalen, Vorstandsmitglied
 Dr. Weik, Wilhelm, Stuttgart-Münster, Vorstandsmitglied
 Dr. Röken, Werner, Stuttgart, Vorstandsmitglied
 Dr. Giebel, Hans, Stuttgart, Vorsitzender des Zulassungsausschusses.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) geben bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztsitze zu besetzen sind:

Stuttgart-Stadt	prakt. Arzt
Stuttgart-Möhringen	prakt. Arzt
Stuttgart-Degerloch	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fornsbach, Kr. Backnang	prakt. Arzt (nur für Spätheimkehrer)
Heilbronn/N.	prakt. Arzt
Heilbronn/N.	prakt. (hom.) Arzt
Cleebronn, Kr. Heilbr.	prakt. Arzt

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um 3 der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 1. September 1952 bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, einzureichen.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto 5006 Stuttgart der KV, Landesstelle Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr“ einzuzahlen ist. Bei Bewerbungen um mehrere Kassenarztsitze in einer Ausschreibung ist die Gebühr von DM 5.— nur einmal zu entrichten.

Facharztanerkennungen

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. hat auf Grund der vom Facharzteausschuß am 28. Januar 1952, 10. Juni 1952 und 21. Juli 1952 getroffenen Entscheidungen folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

Dr. med. Gertrud Ulrich, Ulm/Donau	Fachärztin für Innere Medizin
Dr. med. Kurt Aldinger, Stgt.-Bad Cannstatt	Facharzt für Chirurgie
Dr. med. Eberhard Bosler, Stuttgart	Facharzt für Innere Medizin
Dr. med. Hermann Mayer, Eßlingen/N.	Facharzt für Innere Medizin
Dr. med. Rolf Fleiner, Marbach/N.	Facharzt für Chirurgie
Dr. med. Erich Kupferschmid, Stuttgart	Facharzt für Chirurgie
Dr. med. Dietrich Lindel, Krcnheim/Teck	Facharzt für Chirurgie
Dr. med. Heinz Rinck, Neuhausen/F.	Facharzt für Chirurgie
Dr. med. Klaus Schleith, Stuttgart	Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Bericht

über die 8. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. am 15. Juli 1952 (19—24 Uhr)

1. Präsident Prof. Dr. Neuffer berichtet „zur Lage“.
 2. Ein Kollege, prakt. Arzt, hat seine Patienten durch Rundschreiben aufgefordert, sich zu Röntgen-Reihen-

untersuchungen bei ihm einzufinden. Der Kollege soll auf die Ärztekammer gebeten und darüber aufgeklärt werden, daß ein solches Vorgehen dem § 20 der Berufsordnung widerspricht und unter Umständen ein Ehrenratsverfahren zur Folge haben kann.

3. Der Vorstand genehmigt den vorgelegten Liquidationsvorschlag der alten Pressestelle.

4. Dr. Krahn berichtet über den Stand der Beratungen in der Frage „Südweststaat — Landesärztekammer“.

5. In einer Kreisärzteschaft ist der Vorstand zurückgetreten, weil Meinungsverschiedenheiten mit einem Teil der Ärzteschaft nicht mehr ausgeglichen werden konnten. Es werden dort nach den Bestimmungen der Wahlordnung Neuwahlen abgehalten werden.

6. Ein Kollege hat sich beschwert, daß auswärtige Kollegen in seinem Praxisbereich Kranke besuchen, ohne Wegegeld zu verrechnen (Verstoß gegen § 11, 4 der ärztlichen Berufsordnung). — Auf einer früheren Delegiertenversammlung waren Zweifel laut geworden, wie weit dieser Paragraph noch zeitgemäß und wirklich durchführbar sei. Eine Änderung der für das Bundesgebiet einheitlichen Berufsordnung nur für einen Kammerbereich erscheint aber nicht am Platze. Die Angelegenheit wird deshalb an die Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern weitergeleitet, um seinerzeit auf einem Deutschen Arztag zur Sprache gebracht zu werden.

7. Beschlussfassung über Anträge auf Einleitung von Ehrenratsverfahren u. a.

8. Auf Veranlassung des Innenministeriums finden an einzelnen Orten amtliche „Beratungstunden für Körperbehinderte“ statt. Sie werden zum Teil von auswärtigen Orthopäden abgehalten und beeinträchtigen manchmal die Praxis ortsansässiger Orthopäden. Eine Kreisärzteschaft hat Änderungsvorschläge unterbreitet. — Wünschenswert wäre, wenn für diese Beratungstätigkeit ein hauptamtlicher Arzt ohne eigene Praxis bestellt werden würde. — Wie vom Innenministerium verlautet, wird dort eine derartige Regelung erwogen.

9. Nach einem Erlaß des Kultministeriums Württemberg-Baden können jetzt Turnbefreiungszeugnisse nach akuten Krankheiten vom behandelnden Arzt bis zur Dauer eines halben Jahres ausgestellt werden. Darüber hinaus ist das Gesundheitsamt zuständig.

10. Dr. Dobler berichtet über die Frage des — sehr umstrittenen — „Heilpraktikergesetzes“.

Dr. Hämmerle

Aus der Tätigkeit des Disziplinausschusses

In seiner Sitzung vom 28. Mai 1952 hatte sich der Disziplinausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, mit den Pflichtwidrigkeiten von zwei Kassenärzten zu befassen:

1. Im ersten Fall war dem betreffenden Kassenarzt zur Last gelegt, daß er ohne Erlaubnis der Landesvertretung mit seiner zur Kassenpraxis nicht zugelassenen Ehefrau (Ärztin) zeitweilig eine Gemeinschaftspraxis betrieben hatte, was sich aus einer größeren Anzahl von Kassenrezepten mit der Unterschrift der Ehefrau ergab. Die Tätigkeit der Ehefrau ging über den Rahmen einer bloß gelegentlichen Aushilfe hinaus. Nach § 19 der Berufsordnung bedarf die Ausübung einer Gemeinschaftspraxis durch mehrere Ärzte der vorherigen Genehmigung durch die Ärztekammer, wie auch die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten in der Kassenpraxis zuvor genehmigt sein muß (§ 16 des kassenärztlichen Landesvertrags).

Wesentlich schwerwiegender war, daß derselbe Kassenarzt in mehreren Fällen unrichtige Krankheits- und Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen ausgestellt hatte, auf welche bei der Kasse zu Unrecht Krankengeld abgehoben und dieser damit ein Vermögensschaden zugefügt wurde. U. a. hatte der Arzt auf die bloßen Angaben des neunjährigen Neffen eines Patienten bescheinigt, daß dieser tags zuvor nicht gehfähig war und deshalb der Vorladung zum Vertrauensarzt nicht Folge leisten konnte. In Wahrheit hatte der Patient schon seit mehreren Tagen die Arbeit wieder aufgenommen. Für einen anderen Patienten hatte der Arzt ebenso leichtfertig

eine Auszahlungsliste für Kranken-, Haus- und Taschengeld zu einer Zeit ausgestellt, als der Patient längst wieder in Arbeit stand. Der Kassenarzt muß sich in der Regel durch eigene Untersuchung oder Beobachtung des Patienten von der Richtigkeit der bescheinigten Tatsachen überzeugen und darf sich nicht auf bloße Angaben dritter Personen verlassen (zu vgl. § 368 d der Reichsversicherungsordnung, wonach die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse auszustellen ist und § 8 der Berufsordnung, welche den Arzt zu größter Sorgfalt bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen verpflichtet). Verstöße gegen diese Pflichten können auch nicht mit Gutgläubigkeit und Vertrauensseligkeit entschuldigt werden.

Der Disziplinausschuß hat das Verhalten des Arztes mit einer Geldbuße von DM 200.— und mit einer Verwarnung geahndet.

2. Im zweiten Fall hatte ein Kassenarzt innerhalb eines Jahres auf Kosten der Krankenkassen größere Mengen Betäubungsmittel, wie Eukodal, Pervitin und Morphin-Atropin verordnet, diese Betäubungsmittel jedoch größtenteils für sich selbst zur Befriedigung seiner Rauschgiftsucht verwendet, so daß den Kassen ein Vermögensschaden von über DM 2000.— entstanden ist. Das Verhalten des Kassenarztes erfüllt nicht nur den äußeren Tatbestand des Betruges nach § 263 des Strafgesetzbuchs und eines Vergehens gegen § 10 des Opiumgesetzes vom 10. Dezember 1929 (Reichsgesetzblatt I S. 215), sondern es stellt auch einen schweren Verstoß gegen die kassenärztlichen Pflichten (Vertrauensbruch) dar. Zugunsten des Arztes sprach indessen, daß er sich freiwillig einer Entziehungskur unterworfen und während seiner Süchtigkeit seine Praxis äußerlich nicht wesentlich vernachlässigt hat.

Der Disziplinausschuß hat auf Ausschluß von der gesamten Kassentätigkeit für die Dauer von 9 Monaten erkannt.

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie

Am Dienstag, dem 9. September 1952, findet um 20 Uhr c. t. im Vortragssaal des Linden-Museums, Stuttgart N, Hegelplatz 1, ein Vortrag des bekannten Psychiaters und Psychotherapeuten Priv.-Doz. Dr. med. M. B o s s, Zürich, statt. Er wird sprechen über das Thema „Die wichtigsten Körperkrankheiten in daseinsanalytischer Sicht“.

Württ. ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die im Monat Juli 1952 eingegangenen Spenden.

Dürr, Schwäb. Hall, 10.—; Elsässer, Brackenheim, 10.—; Geiger, Horrheim, 25.—; Hart, Ulm a. D., 10.—; Haushalter, Schwenningen, 10.—; NN, 25.—; Schneider, Waiblingen, 10.—; Seeger, Bad Liebenzell, 30.—; Siegel, Leonberg, 20.—; Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) 8.50; zusammen: 158.50 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

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

Nachruf

Paul Beetz ist im April d. J. nach beinahe 40jähriger nervenärztlicher Tätigkeit in Stuttgart von uns gegangen.

Approbiert 1906, hat er seiner weiteren wissenschaftlichen Ausbildung noch 7 Jahre gewidmet, darunter 3 1/2 Jahre unter Prof. Gaupp in Tübingen. 1913 ließ er sich als Nervenarzt in Stuttgart nieder, mußte 1914—1918 seine Praxis mit dem Frontdienst vertauschen, und hat sich dabei, wie im zweiten Weltkrieg, wo er wieder eingezogen wurde, aufs beste bewährt. In seiner Praxis hat er sich durch treue Fürsorge die Liebe zahlreicher Patienten erworben. Von den Fachkollegen wurde er geschätzt wegen seiner unermüdlichen Pflichterfüllung an jeder Stelle, zu der er durch ihr Vertrauen berufen wurde. So hat er sich in der Stuttgarter nervenärztlichen Vereinigung und in der Ortsgruppe Stuttgart des deutschen psychotherapeutischen Instituts, die er zeitweise leitete, mit Fleiß und Geschick für deren Interessen eingesetzt, und die ganzen Jahre seiner Praxis besonders für die wirtschaftlichen Belange der Nervenärzte sich bemüht. Auch eine Nervenabteilung des Rotkreuzkrankenhauses Bad Cannstatt hat er längere Zeit geleitet.

Vielfach Kurse und Kongresse besuchend und trotz aller Kritik stets dem guten Neuen aufgeschlossen, erwarb er sich in Kollegenkreisen große Achtung und gute Freunde. Nie sich vordrängend, hat er da, wo er hingestellt wurde, seine ganze Persönlichkeit eingesetzt, ein Vorbild für uns, die lange Jahre mit ihm zusammenarbeiten durften, und für die jüngere Ärztesgeneration.

O. Kern

ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstraße 106, Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

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

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

9. eine Erklärung darüber, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

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

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

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Aulendorf	prakt. Arzt
Balingen	prakt. Arzt (Abkömmling vorhanden)
Biberach	prakt. Arzt (Abkömmling vorhanden)
Biberach	prakt. Arzt

Calmbach
Ehingen
Laupheim
Leutkirch
Mössingen
Urach
Schramberg

prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt
prakt. Arzt (Abkömmling vorhanden)
prakt. Arzt (bevorzugt wird ein Arzt, der die Berechtigung hat, die Bezeichnung prakt. hom. Arzt zu führen)

Ebingen
Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten.

Die Bewerbungen für o.a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. September 1952 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstr. 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte des Landes Württemberg-Hohenzollern

ARZTEKAMMER 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

Delegierte der Ärztekammer Nordbaden für den 55. Deutschen Ärztetag

In der Sitzung der Ärztekammer am 2. Juli 1952 wurden als Delegierte gewählt:

1. Herr Dr. A. Geiger, Karlsruhe
2. Herr Dr. Nettel, Mannheim
3. Herr Dr. Wysocki, Heidelberg
4. Herr Prof. Büchmann, Heidelberg
5. Herr Dr. Hollmack, Heidelberg.

Bericht

über die Sitzung der Delegiertenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Nordbaden am 25. Mai 1952 in Mannheim

Beginn der Sitzung: 14 Uhr Ende der Sitzung: 17.30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung beglückwünscht Herr Dr. Rist den Vorsitzenden des Disziplinarausschusses und Delegierten der KV-Landesstelle Nordbaden, Herrn Dr. Blümel, zu seinem 70. Geburtstag.

Herr Dr. Ernst, Karlsruhe, tritt als Vertreter des Marburger Bundes an die Stelle des ausgeschiedenen Herrn Dr. Werner, Mannheim.

Herr Dr. Rist berichtet über die Unterredung, die er mit der Abteilung Arbeit beim Präsidenten des Landesbezirks Baden bezüglich des Gesetzentwurfes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen hatte. Bei der Aussprache kommt ziemlich einhellig der Wunsch der Delegierten zum Ausdruck, eine Zentralisierung der Abrechnung auf jeden Fall abzulehnen, da die bezirkliche Gliederung in der KV erhalten bleiben soll. Es wird zum Beschluß erhoben, daß der Vorstand der KV-Landesstelle Nordbaden bei allen künftigen Erörterungen in dieser Frage den Standpunkt vertreten soll, daß eine selbständige KV im gebietlichen Rahmen der bisherigen Landesstelle KV-Nordbaden erhalten bleiben soll.

Die Delegiertenversammlung beschließt den Eintritt in die gemeinsame Pressestelle der Kammern und KVen Baden-Württembergs.

Herr Hermann berichtet über die inzwischen stattgefundenen Honorarverhandlungen:

Die zentrale Vereinbarung mit den Betriebskrankenkassen bringt für die Kassen in der Landesstelle Nordbaden der KV im Durchschnitt eine Erhöhung von insgesamt 16—17%, da im Bezirk Mannheim eine Reihe von Kassen bereits das in der Vereinbarung festgesetzte Limit von DM 38.50 nach der bisherigen Berechnungsart überschreiten.

Mit den Innungskrankenkassen wurden für die verschiedenen Kassen gestaffelte Zuschläge zwischen 25 und 35% auf die bisherige Gesamtvergütung vereinbart. Das Abkommen ist noch nicht unterzeichnet, weil über den Beginn der Honorarerhöhung noch verhandelt wird.

Ein Angebot der südwestdeutschen Knappschaft auf Erhöhung der bisherigen Pauschalvergütung um 20% wurde abgelehnt. Es wurde ein neuer Verhandlungstermin bestimmt.

Mit den Bezirksfürsorgeämtern ist ein Mustervertrag vereinbart worden, der Zahlung der Mindestsätze der Preugo ohne Abzüge vorsieht. Der Vertrag ist inzwischen unterzeichnet von nachstehenden Bezirksfürsorgeämtern:

Bruchsal
Buchen
Mosbach

Sinsheim
Tauberbischofsheim
Mannheim-Land.

Bei Streitigkeiten über die Höhe der Vertretergebühr soll ein örtlicher Ausschuß entscheiden, der sich aus dem Vorsitzenden der Ärzteschaft, einem niedergelassenen Arzt und einem Vertreter des Marburger Bundes zusammensetzt.

Die Frage der Pneuflungen wurde in Anwesenheit der Lungenfachärzte Dr. Gräf, Karlsruhe, und Dr. Kade, Pforzheim, eingehend besprochen. Die LVA hat die Leiter der Tuberkulose-Krankenhäuser und die leitenden Ärzte der Tbc-Abteilungen der Krankenhäuser im Landesbezirk Nordbaden aufgefordert, alle Patienten des Stadt- und Landkreises Karlsruhe in Zukunft zunächst nach Beendigung der stationären Behandlung an die zuständigen Abteilungen der LVA zu überweisen, falls der Patient weiterhin laufend einer Pneumothorax-Füllung bedarf. Gleichzeitig mit dieser Aufforderung hat die LVA angekündigt, daß in ihrer eigenen Betreuungsstelle ein Teil der bisher von anderen Stellen ausgeführten Pneumothorax-Füllungen durchgeführt werden soll. Die Kammer beschließt, daß eine Kommission (bestehend aus den Herren Dr. Rist, Karlsruhe, Dr. Hinsenkamp, Pforzheim, und Dr. Gräf, Karlsruhe) bei der LVA in dieser Frage vorstellig werden soll, die besonders die Interessen der Patienten in den Vordergrund stellen wird; diese Interessen bestehen in der freien Arztwahl des Patienten und in dem Anspruch, die Pneumothorax-Füllungen von dem Arzt erhalten zu können, der ihn auch sonst bei allen mit der Tuberkulose zusammenhängenden Beschwerden behandelt.

Ein Antrag der Ärzteschaft Heidelberg auf Erhöhung der Mitglieder des Erweiterten Vorstandes von 6 auf 9 wird nach längerer Diskussion abgelehnt.

Die Frage der Festsetzung der Kammerbeiträge für 1952 wird auf die nächste Sitzung vertagt. Für das erste Halbjahr 1952 sollen die Beiträge in alter Höhe erhoben werden. — Falls die Kammer eine Erhöhung für das Jahr 1952 beschließen sollte, wird die Differenz mit der Beitragsanforderung für das zweite Halbjahr 1952 verrechnet.

Herr Dr. Wysocki, Heidelberg, gibt sodann einen Bericht über die Tätigkeit des Facharzt-Ausschusses und empfiehlt, weitere Erörterungen zurückzustellen, bis die Tagung der Vorsitzenden der Facharzt-Ausschüsse des Bundesgebietes stattgefunden hat, die für Ende Juli in Köln geplant ist. Die Bildung einer Berufungsinstanz und die Aufstellung der für die Fachausbildung geeigneten Anstalten wird ebenfalls zurückgestellt; Herr Dr. Geiger und Herr Dr. Wysocki werden weitere Unterlagen sammeln und diese den Delegierten zukommen lassen.

Von der Ärzteschaft Pforzheim wird der Antrag gestellt, über die Kammer den Ärzteschaften zu empfehlen, die amtliche Gebühr für die Leichenschau in Höhe von DM 3,— abzulehnen und die Leistungen nach der Preugo zu liquidieren. Herr Dr. Geiger teilt mit, daß die Kammer in dieser Frage seit längerer Zeit mit der Inneren Verwaltung in Verbindung steht und das Innenministerium Stuttgart sich ebenfalls mit einer zentralen Regelung dieser Angelegenheit befaßt. Als wesentliche Neuerung sehen die Verträge die Beteiligung aller niedergelassenen Ärzte vor, soweit sie die Voraussetzung zur Kassenpraxis erfüllen. Mit den städtischen Wohlfahrtsämtern Mannheim, Heidelberg und Karlsruhe wird noch verhandelt.

Zur Durchführung des Abkommens mit den Betriebskrankenkassen beschließt die Delegiertenversammlung, daß ab 2. Quartal 1952 die Abrechnung nach Einzelleistungen getrennt für jede Kasse vorgenommen werden soll. Die Honorarkommission wird beauftragt, einen Vorschlag für einen Prüfungs- und Begrenzungsmaßstab auszuarbeiten. Bei der Prüfung soll die gesamte Tätigkeit eines Arztes bei allen Kassen Berücksichtigung finden.

Zu Delegierten des 55. Deutschen Ärztetages werden gewählt

Herr Dr. Rist, Karlsruhe
Frau Dr. Buresch, Mannheim.

Die Delegiertenversammlung bespricht die Richtlinien zur Schaffung einer Wahlordnung für die im Herbst 1952 geplante Neuwahl der KV-Organen.

Unter Punkt Verschiedenes wird noch die Frage der Gutachterkommission für Assistentenhaltung und eine Abänderung der Richtlinien über die Wirtschaftliche Verordnungsweise besprochen.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Facharzt für Magen-Darmkrankheiten in Karlsruhe.
Facharzt für Kinderkrankheiten in Karlsruhe-Weiherfeld.

Facharzt für Augenkrankheiten in Bruchsal.
prakt. Arzt in Karlsruhe-Binsenschlauch.
prakt. Arzt in Wössingen (Ldkr. Karlsruhe).
prakt. Arzt in Wiesental (Kr. Bruchsal).
prakt. homöopath. Arzt in Mannheim.
prakt. Arzt in Mannheim-Waldhof-Schönausiedlung.
prakt. Arzt in Neckarhausen.

prakt. Arzt in Lützelachsen (Bergstr.).
Facharzt für Lungenkrankheiten in Heidelberg.
prakt. Arzt in St. Leon b. Heidelberg.
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Mosbach (ab 1. Januar 1953).

prakt. Arzt in Neckargerach Kr. Mosbach.

Da es sich hierbei nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zu-

lassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nordbaden eingetragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

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

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

1. Geburtsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Heiratsurkunde,
4. Nachweis der Kinderzahl,
5. Lebenslauf mit Anführung und Nachweis der seit dem Staatsexamen ausgeübten ärztlichen Tätigkeit,
6. gegebenenfalls Facharztanerkennung,
7. Bescheinigung über die Eintragung im Arztregister Nordbaden,
8. polizeiliches Führungszeugnis (das Ausstellungsdatum darf nicht vor dem 1. Juli 1952 liegen),
9. Nachweis über bisher ausgeübte kassenärztliche Tätigkeit,
10. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist (mit Datum d. Bewerbung).

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

Für die Bearbeitung von Bewerbungen um eine bis drei gleichzeitig ausgeschriebene Kassenarztstellen wird eine Gebühr von insgesamt DM 5.— fällig.

Eine Bewerbungsgebühr von DM 5.— ist auch dann fällig, wenn eine Bewerbung für die ausgeschriebene Kassenarztstelle eines Ortes behandelt wird, um die sich der Arzt schon gelegentlich einer früheren Ausschreibung beworben hat.

Karlsruhe, den 9. August 1952

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Nordbaden

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Honorarerhöhung der Betriebs- und Innungskassen

In Durchführung der auf Bundesebene zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Köln, und den Spitzenverbänden der Betriebs- und Innungskassen im Frühjahr d. J. getroffenen zentralen Vereinbarungen hat die Kassenärztliche Vereinigung, Landesstelle Baden, mit dem Landesverband der Badischen Betriebs- und Innungskassen Verhandlungen gepflogen, die zu folgendem Ergebnis geführt haben:

1. Betriebskrankenkassen

Die Gesamtvergütung der Badischen Betriebskrankenkassen wird mit Wirkung vom 1. Januar 1952 um 25% erhöht, sofern nicht durch diese Erhöhung ein Jahreskopfpauschale von DM 38,50 bei einzelnen Kassen überschritten wird.

Die Erhöhung wird in der Weise durchgeführt, daß jede Betriebskrankenkasse die Gesamtvergütung zunächst wie bisher mit der für sie zuständigen Abrechnungsstelle abrechnet und Zahlung leistet. Der Zuschlag wird vom Landesverband der Badischen Betriebskrankenkassen jeweils in einer Summe an die in Betracht kommende Abrechnungsstelle bezahlt. Der Verband selbst erhält die dafür erforderlichen Beträge von den einzelnen Betriebskrankenkassen im Wege eines von ihm durchzuführenden Ausgleichsverfahrens.

Mit Wirkung vom 1. Juli 1952 werden die badischen Abrechnungsstellen die Gesamtvergütung der Betriebskrankenkassen nach Einzelleistungen unter Zugrundelegung der Mindestsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung zur Quote verteilen. Dabei wird jede Abrechnungsstelle für die Gesamtheit der in ihrem Bereich ansässigen Betriebskrankenkassen einschließlich ihres Anteils an der Gesamtvergütung der Postbetriebskrankenkasse für Südbaden in Rastatt eine besondere Auszahlungsquote für die Ärzte ermittelt. Dies bedeutet, daß die Gesamtvergütung der Betriebskrankenkassen ab 3. Vierteljahr 1952 nicht mehr zusammen mit der Gesamtvergütung der übrigen RVO-Kassen verteilt wird.

2. Innungskrankenkassen

Die kassenärztliche Gesamtvergütung der nachstehend genannten Innungskrankenkassen erfährt mit Wirkung vom 1. Oktober 1951 folgende Erhöhung:

Vereinigte Innungskrankenkasse Lörrach	50%
Vereinigte Innungskrankenkasse Freiburg	15%
Krankenkasse der Bäcker-Innung, Lahr	10%

Die verschiedenen gelagerten Verhältnisse haben es als zweckmäßig erscheinen lassen, für die Innungskrankenkassen nicht eine generelle Erhöhung der Gesamtvergütung zu vereinbaren, sondern die prozentualen Zuschläge zu differenzieren, weil auf diese Weise am besten eine Angleichung erreicht werden dürfte.

Für die am 1. Januar 1951 wieder errichtete Vereinigte In-

nungskrankenkasse Baden-Baden, welche bis zum 30. Juni 1952 das Metzger- und Bäckerhandwerk umfaßt, wurden für die Zeit bis einschließlich 2. Quartal 1952 neue Ausgangsbeträge für die Errechnung der Gesamtvergütung vereinbart. Sie betragen:

Grundbetrag	DM 13.—
Ausgangsabschlag	10 %
Ausgangskopfpauschale	DM 11,70
Ausgangsgrundlohnsumme	DM 370.—

Auf den Grundbetrag kommt gemäß der zentralen Vereinbarung vom 2. Oktober 1950 ein Zuschlag von 26,25 % (Überbrückungshilfe).

Da die Vereinigte Innungskrankenkasse Baden-Baden mit Beginn des 3. Quartals 1952 die Versicherten des Baugewerbes aufgenommen hat, ist vereinbart worden, daß die Ausgangsbeträge mit Wirkung von diesem Zeitpunkt neu festgesetzt werden. Die Verhandlungen hierüber können erst später geführt werden.

3. Süddeutsche Knappschaft

Mit der Süddeutschen Knappschaft ist gemeinsam mit den Landesstellen Nord-Baden, Nord-Württemberg und Württemberg-Hohenzollern eine ab 1. Oktober 1951 gültige Erhöhung des Festpauschales auf DM 30.— pro aktiven Versicherten abgesprochen worden.

Gleichzeitig wurde vereinbart, daß als Kopfpauschale für die Rentner der Süddeutschen Knappschaft DM 15.— jährlich pro Rente bezahlt wird, vorbehaltlich günstigerer bundesrechtlicher Regelung.

Dies bedeutet eine prozentuale Erhöhung der Gesamtvergütung der Süddeutschen Knappschaft um durchschnittlich 37,5 %.

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Gaienhofen	für einen praktischen Arzt,
Krs. Konstanz-Land	
Lahr	für einen Facharzt für Kinderkrankheiten,
Singen/Hohentwiel	für einen Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten.

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. September 1952) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstr. 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

Bericht

über die 8. Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer Baden am Samstag, den 12. Juli 1952

Dr. Kraske eröffnet die Versammlung um 10.15 Uhr. Die Beschlußfähigkeit wird bei 57 Anwesenden (62 Abgeordnete) festgestellt.

Bei der Totenehrung geht Dr. Kraske besonders auf Dr. Pitsch und Prof. Noeggerath ein. Er gibt dann einen Bericht über die die Ärzte besonders interessierenden Probleme in der Zeit seit der letzten Abgeordnetenversammlung.

Zur Wahl des Vizepräsidenten führt Dr. Kraske aus, daß das Innenministerium die seinerzeit beantragte Sat-

zungsänderung nicht befürwortet habe. Er schlägt deshalb noch einmal vor, Professor Janssen zu wählen, um eine enge Bindung der medizinischen Fakultät an die ärztliche Organisation zu erreichen. Der Vorstand habe sich mit seinem Vorschlag einverstanden erklärt.

Dr. Haller teilt der Versammlung mit, daß er auf seine Kandidatur verzichtet habe, da er für eine Spaltung der Ärzteschaft nicht verantwortlich sein wolle. Dr. Kraske habe ihm daraufhin vorgeschlagen, sich in die Arbeit eines geschäftsführenden Arztes bei der Landesärztekammer einzuführen zu lassen. Diesem Vorschlag habe der Vorstand zugestimmt, er habe aber noch nicht realisiert werden können, da die Abgeordnetenversammlung noch nicht unterrichtet worden sei.

Die Aufgaben eines geschäftsführenden Arztes werden erläutert, es wird jedoch auf Anfrage festgestellt, daß die Schaffung bzw. Besetzung einer derartigen Stelle an sich Sache des Vorstandes und nicht der Abgeordnetenversammlung ist.

Bei der anschließend durchgeführten, geheimen Wahl des Vizepräsidenten — an der Dr. Baumgartner und Dr. Fark als Beisitzer teilnehmen — werden von 57 Stimmen 51 für Professor Janssen und eine für Dr. Haller abgegeben. 5 Stimmentzettel sind leer.

Dr. Kraske erläutert anschließend die vom Vorstand der Landesärztekammer vorgelegte Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer. Nachdem der Entwurf verlesen und eine kurze Änderung beschlossen wurde, wird die Änderung der Geschäftsordnung in der anliegenden Form einstimmig genehmigt.

Dr. Kraske schlägt vor, die Punkte Bilanz und Voranschlag von der Tagesordnung abzusetzen, da die Herren des Finanzausschusses heute nicht anwesend sein konnten und die Unterlagen den Abgeordneten auch sehr spät zugegangen seien.

Es wird beschlossen, baldmöglichst eine erneute Abgeordnetenversammlung einzuberufen, in der diese beiden Punkte hauptsächlich behandelt werden sollen. Bei dieser Gelegenheit wird der Finanzausschuß einen Bericht vorlegen.

Einem Wunsch der Versammlung entsprechend gibt Dr. v. d. Loo jedoch noch einige Erläuterungen zu den vorgelegten Bilanzen und den Voranschlägen.

Dr. Kraske verliest dann die in der Vorstandssitzung am 1. Februar 1952 benannten Fachvertreter im erweiterten Facharztausschuß, die von der Abgeordnetenversammlung bestätigt werden:

Innere Medizin	Dr. Vanoli	Prof. Sarre
Chirurgie	Prof. Schneider	Prof. Rehn
Frauen	Dr. Berger	Prof. Wolf
Kinder	Dr. Winkler	Prof. Keller
Haut	Dr. Guttenberg	Prof. Stühmer
Lungen	Dr. Schaich	Prof. Wiese (solange kein besonderer Lehrstuhl besteht)
Augen	Dr. Roesen	Prof. Wegner
Nerven	Dr. Legewie	Prof. Ruffin
Orthopädie	Dr. Natterer	Dr. Mutschler (solange kein besonderer Lehrstuhl besteht)
Hals-Nasen-Ohren	Dr. Rahner	Prof. Zöllner
Röntgen	Dr. Weber	Prof. v. Braunbehrens
Urologie	Dr. Jahr	Dr. Buch (solange kein besonderer Lehrstuhl besteht)
Zahn-Mund-Kiefer	Prof. Faber	Prof. Rehm

Weiterhin wird Prof. v. Braunbehrens von der Versammlung als Mitglied des Röntgenausschusses bestätigt.

Der bereits in der vorigen Abgeordnetenversammlung eingebrachte Antrag auf Erhöhung der Aufwandsentschädigung ist vom Fürsorge- und Finanzausschuß beraten worden und wird von Dr. v. d. Loo nochmals begründet. Die von den Ausschüssen vorgeschlagene Erhöhung um 40 % ab 1. Juli 1952 wird von der Versammlung bei 6 Enthaltungen angenommen.

Dr. Kraske verliest dann einen Antrag, zur Deckung der im Jahre 1950 verauslahten Fürsorgeleistungen 1 % der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre 1949 zu er-

heben. Die sich ergebenden Unterschiedsbeträge aus den geleisteten Vorauszahlungen sollen den Ärzten zurückerstattet bzw. angefordert werden.

Es wird vorgeschlagen, jetzt auch schon einen einprozentigen Beitrag für das Jahr 1951, sowie eine Vorauszahlung für 1952 in Höhe des für 1951 festgesetzten Beitrages festzulegen.

In der anschließenden Abstimmung werden folgende Vorschläge bei 2 Enthaltungen angenommen:

Für 1950 wird ein Fürsorgebeitrag von 1% der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre 1949 erhoben.

Für 1951 werden 1% der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre 1950 erhoben.

Für 1952 wird eine Vorauszahlung in Höhe des für 1951 bezahlten Beitrages geleistet.

Die sich bei der endgültigen Abrechnung für 1950 ergebenden Unterschiedsbeträge werden den Ärzten mit der Abrechnung 2/52 zurückerstattet bzw. angefordert.

In der anschließenden Debatte über die Altersversorgung gibt Dr. Fark der Ansicht Ausdruck, daß die Landesärztekammer in dieser Angelegenheit sehr zurückhaltend gewesen sei. Er schlägt als schnellste Lösung den Anschluß an die Süd-Württembergische Versorgungseinrichtung vor. Dr. Baumgartner hält es für dringend erforderlich, die notwendigen Vorarbeiten sofort zu beginnen, damit man bei der ersten Möglichkeit sich Süd-Württemberg anschließen oder eine eigene Versorgungseinrichtung gründen könne. Viele alte Ärzte hätten ihre Kassenarztsitze schon für junge Ärzte freigemacht, wenn die Versorgung geregelt wäre. Dr. Karasek erläuterte nochmals kurz seinen Vorschlag. Die dort genannten, verhältnismäßig niedrigen Witwen- und Waisenrenten beruhen darauf, daß die Ärzte nicht mit zu hohen Beiträgen belastet werden sollten. Dr. Christian Müller führt aus, daß eine Versorgungseinrichtung nur für die Kassenärzte längst hätte geschaffen werden können. Da aber sämtliche Ärzte einbezogen werden sollten, hätten sich Schwierigkeiten ergeben. Dr. Edelmann stellt fest, daß Dr. Karasek zwar eine Satzung für eine Versorgungseinrichtung entworfen habe, zu einer Rechtsgrundlage sei es aber noch nicht gekommen. Außerdem könne das Land Baden sich der süd-württembergischen Einrichtung nicht ohne weiteres anschließen. Es könne nur veranlassen, daß die Stuttgarter Regierung möglichst bald ein Versorgungsgesetz für Baden-Württemberg erlasse. Man könne natürlich auch eine Versorgungseinrichtung auf freiwilliger Grundlage bilden, dann hätte sie jedoch keine Rechtsgrundlage und es bestände kein Rechtsanspruch auf die Leistungen.

Es wird der Wunsch geäußert, zu der für die Genehmigung der Bilanz und des Voranschlags vorgesehenen Abgeordnetenversammlung Dr. Bihl einzuladen mit der Bitte, ein Referat über die süd-württembergische Versorgung zu halten.

Dr. Kraske schließt die Diskussion. Er betont noch einmal die selbstverständliche Bereitschaft der Ärztekammer, alle Möglichkeiten für die baldige Schaffung einer Versorgungseinrichtung zu prüfen, daß es jedoch in erster Linie darauf ankommen müsse, eine Grundlage zu schaffen, auf der ein „Rechtsanspruch“ gewährleistet sei. Es sei ganz selbstverständlich, daß eine Versorgungseinrichtung geschaffen werden müsse. Ein Anschluß an Süd-Württemberg, so erwünscht er sei, werde allerdings kaum möglich sein. Durch das energische Vorantreiben eines Landesgesetzes sei eine Lösung am ehesten zu erreichen. Er sagt ferner zu, Dr. Bihl zur nächsten Abgeordnetenversammlung einzuladen.

Der zum Schluß eingebrachte Antrag Dr. Vorgrimler, Dr. Eschbacher, Dr. v. d. Loo, Dr. Pommerehne und Dr. Villinger, die Geschäftsordnung der Abgeordnetenversammlung in § 1 um folgenden Satz zu ergänzen:

„Zu den einzelnen Punkten der Tagesordnung sind den Abgeordneten gleichzeitig die zum Verständnis und zur Beurteilung notwendigen Unterlagen zu übermitteln“ wird von der Versammlung einstimmig angenommen.

Dr. Kraske dankt den Abgeordneten für ihre Teilnahme an der Sitzung und schließt die Versammlung um 14.20 Uhr.

Carl T. Noeggerath † am 4. 6. 1952

Stil, friedlich und unauffällig ist am 4. Juni 1952 — seinem 76. Geburtstag — Carl Noeggerath von uns gegangen. „Auffallen ist ein Beweis von schlechtem Geschmack.“ Diese

Grundregel stand als ungeschriebenes Gesetz über dem ganzen Leben dieses Mannes, der in mehreren Kontinenten zu Hause war, und die Ironie des Schicksals war es wohl, die gerade für das Gegenteil sorgte: wo immer er auftrat, fiel er auf. Allein schon durch seine Erscheinung: ein bis ins hohe Alter sportlich trainierter Körper, ein ebenmäßig geformter Kopf mit blitzenden Augen, die ach! so oft voll mühsam unterdrücktem Lachen standen und deren intensives Blau seine Wiege an der Wasserkante vermuten ließ.

New York, wo er am 4. Juni 1875 geboren wurde, verließ er zu Beginn seiner Schulzeit, um nun ständig in Deutschland zu bleiben. (Auch die Eltern kehrten später hierher zurück: der Vater, Arzt und Hochschullehrer wie später sein Sohn, stammte aus Bonn a. Rhein.)

Für die heute lebende Ärzte-Generation verkörperte Noeggerath einen der letzten „Klassiker“ aus jener Epoche der Medizin-Geschichte, in der eine atemraubende Entdeckung die andere jagte. Und kaum einen unter ihren Entdeckern hat es gegeben, den Noeggerath nicht persönlich kannte. Groß und bedeutend waren seine Lehrer: Paul Ehrlich, Wilhelm His (sowohl der Vater, wie später der Sohn), Pflueger, Fluegge und vor allem Heubner, der damalige Vertreter der Kinderheilkunde an der Charité.

Fast unübersehbar aber ist die Zahl der Gleichaltrigen, der Mitassistenten, engeren Mitarbeiter, wenn nicht gar Freunde, deren Namen später weltbekannt wurden.

Noeggeraths Assistentenjahre in Basel (von 1903—1905) haben wissenschaftlich wie menschlich zu den fruchtbarsten Jahren seines Lebens gehört. Hier stand er in engster Zusammenarbeit mit Männern wie Falta, Staehlin, Bloch, Bing, Iselin und anderen. Und doch gesteht er in seinen — bisher unveröffentlichten — Lebenserinnerungen (welche die Schreiberin dieser Zeilen benutzen durfte), wieviel er dort gerade in der ersten Zeit von Wärtern und Schwestern gelernt habe: welch wohlthuendes Geständnis aus der Feder eines großen Arztes!

Heute scheint es uns seltsam, daß in jener Zeit in einer Stadt wie Basel die Dermatologie nur ein Anhängsel der Inneren Klinik war; aber sie war es und Leiter dieser Abteilung wurde der junge Assistenzarzt Carl Noeggerath. Da er von Paul Ehrlich kam, zudem noch längere Zeit bei Fluegge gearbeitet hatte, brachte er ungewöhnlich glückliche Voraussetzungen mit, und so war er nicht nur Empfänger und Nutznießer, sondern es entstand ein lebendiger Wissensaustausch, der für alle Beteiligten gleichermaßen beglückend gewesen sein muß.

In jenen Jahren wurde der Grund zu dem gelegt, was später seine Schüler immer von neuem überraschte: die Fülle exakterster, ja geradezu minutiöser Spezialkenntnisse auf den verschiedensten Gebieten: normale wie pathologische Physiologie, Hygiene einschließlich der Bakteriologie, Dermatologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde . . . um nur die wichtigsten zu nennen. Noeggeraths junge Assistenten, besonders aber seine Famuli, haben sie oft schaudernd zu spüren bekommen, wenn sie, bei der Visite nach vorn gerufen, mit Fragen durch fast alle Gebiete der modernen Medizin gejagt wurden.

Ein anderes, was natürlich nur wir „älteren“ Schüler zu würdigen wußten, war sein „ärztlicher Blick“: die Art und Weise, wie er an einem kleinen Patienten alsbald das Wesentliche sah, und mit welcher Genauigkeit er zugleich jedes Detail erfaßte. Bei solchen Visiten war es gut, sich zu erinnern, daß er ja noch die Beurteilung einer Tuberkulose ohne Kochschen Bazillus, die Erkennung einer Lues ohne Spirochaeta pallida, einer Gonorrhoe lange vor Neisser's Gonokokken hatte lernen müssen und daß eben das Fehlen von uns heute selbstverständlichen Kenntnissen jenen „ärztlichen Blick“ gebildet und geschärft hat. Dies kann wohl in seiner ganzen Bedeutung nur der jüngere Arzt ermessen, der das Glück hatte, noch jahrelang bei einem „Altmeister“ lernen zu dürfen.

Noeggeraths ganze wissenschaftliche Leistung an dieser Stelle zu würdigen, verbietet der Raumangel. Einiges jedoch muß erwähnt werden. Bereits die Dissertation — „Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keime in frischen Tierwunden“ — zeigte eine durchaus selbständige Art des Arbeitens, das Durchdenken eines Problems. Die bakteriologische Ausbildung trug ihre Früchte und die Neigung des Forschers Noeggerath, theoretische Ergebnisse mit der Pra-

xis zu verbinden, wurde deutlich. Die Arbeit hat manches zur Umwandlung Listerscher Antisepsis in die moderne Asepsis beigetragen.

Die bereits vor mehr als 40 Jahren durchgeführten Versuche an xerosiskranken Ratten erbrachten den Beweis, daß es sich um eine Mangelkrankheit handelt. Und es wurde die bis dahin allgemeingültige Lehre erschüttert: daß die Ernährung mit ausreichenden Mengen von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten sowie Wasser und Mineralien (doch ohne Vitamin A-haltige Stoffe) für Entwicklung und Fortbestand ausreichend sei.

Verschiedene experimentelle Arbeiten über Vergleiche zwischen Frauen- und Tiermilch können hier nur erwähnt werden.

Medizingeschichtlich bedeutsam dürfte die Tatsache sein, daß Noeggerath es als erster unternahm, syphilitische Säuglinge mit Altsalvarsan zu behandeln, wobei er in ständiger Verbindung mit Paul Ehrlich stand. Es scheint auch, als habe Noeggerath als erster Arzt die Spirochaeta pallida im strömenden Blut gesehen!

Dennoch wandten sich seine wichtigsten Arbeiten immer wieder dem praktischen Gebiet zu: 1911 begründete er, auch experimentell-theoretisch, das „Stillverbot für tuberkulöse Mütter“, wenig später entwickelte er eine Methode zur Ernährung mit entfetteter Frauenmilch bei der Säuglingsdekomposition. Seine „Leibesübungen im Kindesalter“ sind für jeden Arzt heute noch lesenswert, desgleichen seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kindertuberkulosefürsorge. Mit großzügiger Unterstützung der Großherzogin Hilda von Baden begann er zu Beginn des ersten Weltkriegs eine systematische Kindertuberkulose-Fürsorge aufzubauen, die noch im zweiten Kriege von seiner Klinik aus weiter geleitet wurde, obgleich sie da als Abteilung des Staatlichen Gesundheitsamtes galt. An diesen Verhältnissen hat sich nichts geändert, getreu der Noeggerathschen Grundforderung: „Junge Ärzte müssen gerade in der Kindertuberkulose gründlichst ausgebildet werden. Das ist aber nur dann möglich, wenn sie zugleich klinisch, röntgenologisch und fürsorgerisch tätig sind und in diese sämtlichen Gebiete Einblick gewinnen.“

So war es immer wieder praktische Arbeit, der sein

höchstes ärztliches Interesse galt. Von seinen wissenschaftlichen Spezialarbeiten, die sich erstreckten von der Grippe bis zur Syphilis, von der Pyurie der Kinder bis zu Pockenimpfeschäden, auf Rachitisbekämpfung und Säuglingsgymnastik, trieb es ihn immer wieder in höchster Ungeduld in die Aufbauarbeit, in Vorbeugung, Fürsorge, Organisation. Was er auf diesem Gebiet während des zweiten Weltkrieges und in den ersten Jahren nach dem Zusammenbruch geleistet hat, ist unbeschreiblich. In seiner ebenso feinfühligem wie festen Hand liefen in jenen trostlosen Zeiten Fäden zusammen, die zu den caritativen Organisationen in aller Welt führten (ganz besonders zu den Quäkern, mit deren Vertrauensmann in Basel, MacMaster, ihn eine jahrzehntelange Freundschaft verband). Diesen Noeggerathschen Verbindungen verdanken viele Hunderte von badischen Kindern Leben und Gesundheit. Daß ein ähnlich großes Hilfswerk im ersten Weltkrieg von Noeggerath im deutsch besetzten Belgien für die belgischen Kinder aufgebaut wurde, wissen wohl nur wenige, aber gerade solche Züge sind wichtig, wenn wir Noeggeraths Bild abrunden wollen.

Während bei seiner schlichten, stillen Trauerfeier nur die nächsten Freunde an seiner Bahre standen, im vollen Bewußtsein ihres Verlustes, werden alle jene, auf die noch aus der Ferne seine Fürsorge ausstrahlte, erst allmählich begreifen, Wer er war, der uns jetzt für immer verließ. Für die aber, die durch lange Jahre hindurch seine Schüler, seine Freunde waren, ist es eine Verpflichtung, sein Andenken wachzuhalten.

Dr. G. Sch.

Nachruf

Am 28. Juli d. J. ist Herr Medizinalrat Dr. Buck im 68. Lebensjahr unerwartet verstorben.

Herr Medizinalrat Dr. Buck hat in langen Jahren seiner Tätigkeit als Amtsarzt in St. Blasien, Lahr, Offenburg und Lörrach sowie in der freien Praxis sich in weitestem Maße das Vertrauen seiner Patienten und Kollegen erworben. Sie werden dem verstorbenen Arzt und Kollegen stets ein dankbares Gedenken bewahren.

Bezirksärztekammer Lörrach.

ÄRZTLICHE PRESSESTELLE STUTTGART

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

Mitteilungen der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart an Presse und Rundfunk

Erweiterung der ärztlichen Schweigepflicht

Das Bundeskabinett verabschiedete kürzlich den Entwurf eines Strafrechtsbereinigungs-Gesetzes, der hinsichtlich des ärztlichen Zeugnisverweigerungsrechts eine bedeutsame Erweiterung vorsieht.

Nach der Regierungsvorlage sollen außer dem Arzt auch die Zahnärzte, Apotheker und Hebammen über das, was ihnen bei der Ausübung ihres Berufs anvertraut worden oder zugänglich geworden ist, das Zeugnis verweigern können (§ 53, 1. Abs. Punkt 3). Sie dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind (§ 53 Abs. 2). Die mit dem Zeugnisverweigerungsrecht verbundene Beschlagnahmebeschränkung ist in der Neufassung des § 97 StPO über den Schriftwechsel hinaus auch auf die persönlichen Aufzeichnungen des Arztes, Zahnarztes, Apothekers und der Hebamme ausgedehnt worden. Danach unterliegen der Beschlagnahme nach der Neufassung des § 97 Abs. 1 Punkt 3 nicht „sonstige Gegenstände einschließlich der ärztlichen Untersuchungsbefunde, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt“.

Ein Sprecher des Justizministeriums bestätigte ausdrücklich, daß es der Sinn dieses Gesetzentwurfes sei, die Beschlagnahmebeschränkung auch auf Krankenjournalen, Krankenblätter, Röntgenaufnahmen, Blutbilder usw. auszudehnen, so daß eine Beschlagnahme von ärztlichen Karteien künftig nicht mehr möglich wäre. Der Gesetzentwurf ist nunmehr dem Bundesrat zugegangen.

16. Juli 1952.

Schließung der Berliner Ambulatorien

Die Berliner Ärzteschaft teilt mit, daß das Verwaltungsgericht Berlin am 21. Juli 1952 entschieden hat, daß die von der Versicherungsanstalt Berlin (VAB) nach dem 1. Juli 1952 im Zusammenhang mit dem vertragslosen Zustand zwischen der VAB und den Ärzten eingerichteten Ambulatorien sofort wieder zu schließen sind. Nur die Behandlungsstelle in der Seestraße, die vor dem 1. Juli 1952 schon bestand, darf weiterhin in Tätigkeit bleiben.

23. Juli 1952.

Revision des Rechtsstatus der Ärztekammern gefordert

Die Ärzteschaft hatte in der letzten Zeit mehrfach Veranlassung, eine Revision der Rechtsstellung der Ärztekammern in den Ländern zu fordern, in denen 1949 durch einen Eingriff der damaligen amerikanischen Militärregierung die Ärztekammern in ihrer Form als Körperschaft öffentlichen Rechts aufgelöst wurden. Über 90% der Ärzte in den betroffenen Ländern schlossen sich daraufhin aus freiem Entschluß zu Ärztekammern E. V. zusammen. Damit brachte die Ärzteschaft klar zum Ausdruck, daß sie eine berufliche Selbstverwaltung im Rahmen der Ärztekammern für unbedingt notwendig hält, um die Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztstandes zu gewährleisten und zu fördern. Neben wesentlichen Aufgaben, wie ärztliche Fortbildung, Regelung des Facharztwesens, Altersversorgung usw. haben die Ärztekammern für die Wahrung der Berufsordnung zu sorgen und in Ergänzung hierzu berufsgerichtlich tätig zu

