

auf die Promontoriumwunde aufzunähen, leicht durch Netztransplantation in Angriff nehmen. Wenn das den gewünschten Erfolg hat, so würde damit der schwache Punkt der Operation aus der Welt geschafft sein, nämlich die Entstehung eines neuen Knochenvorsprungs am Beckeneingang. Da bei anderen Knochen-

operationen die Kallusbildung dadurch eingeschränkt wird, dürfte auch in unserem Falle das Ziel einer bleibenden Beckenerweiterung erreichbar sein. Die Promontoriumresektion, im Prinzip richtig erdacht, ist also noch verbesserungsfähig und braucht nicht vorzeitig ganz aufgegeben zu werden.

PRAKTISCHE ERGEBNISSE.

FORTSCHRITTE IN DEN UROLOGISCHEN UNTERSUCHUNGSMETHODEN*).

Von

Dr. ARTHUR LEWIN, Berlin.

Die großen Fortschritte in den urologischen Untersuchungsmethoden sind auf NITZE, den Erfinder und Begründer der Cystoskopie, CASPER, der den Ureterenkatheterismus und die funktionellen Methoden in die urologische Diagnostik einführte, und RÖNTGEN, von dessen großer Entdeckung besonders die Urologie den größten Vorteil zu verzeichnen hat, zurückzuführen. Und doch dürfen wir nicht vergessen, daß auch die klinische Urologie ohne die moderne Untersuchungsdiagnostik uns klassische Werke geliefert hat, wie sie in GUYONS „Krankheiten der Harnwege“ und JAMES ISRAELS „Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten“ vor uns liegen.

Es ist deswegen auch heute dem Arzt, der an die Analyse eines urologischen Falles herangeht, dringend zu raten, erst die klinische Untersuchungsmethode vollständig zu erschöpfen, bevor er zu den komplizierteren diagnostischen Methoden greift. Eine genaue Voruntersuchung, die Anamnese, die allgemeine Körperuntersuchung, insbesondere auch die Berücksichtigung des *Gefäß- und Nervensystems* darf nie vergessen werden. Sehen wir doch oft genug Patienten, bei denen scheinbar die Erscheinungen einer Prostatahypertrophie vorliegen, und bei denen sich bei genauer Untersuchung ein zentrales Leiden aufdecken läßt als Ursache beispielsweise einer plötzlichen Harnverhaltung. Auch ist immer wieder darauf aufmerksam zu machen, wie häufig die ersten Erscheinungen einer schweren urologischen Erkrankung unter dem Bilde von Magen-Darmstörungen auftreten mit Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Müdigkeit und starkem Durstgefühl. Als Ursache finden wir dann in keineswegs seltenen Fällen eine seit Jahren bestehende Prostatahypertrophie mit großen Harnretentionen und schweren Nierenschädigungen. Auch die *Nachbarorgane* sollten stets mituntersucht werden, insbesondere gilt das auch von dem *gynäkologischen Status*; sehen wir doch häufig, wie Lageveränderungen, Tumoren, entzündliche Prozesse, die von den Genitalien ausgehen, die Blase direkt beeinflussen. Auch die wichtige und viel zu wenig geübte Palpation der Ureteren von der Vagina aus muß von dem Praktiker als eine häufig zur Diagnose führende Untersuchungsmethode geübt werden; die Verdickung des Ureters bei Tuberkulose, Steine des unteren Ureterabschnitts können auf diesem Wege erkannt werden.

Die *spezielle Untersuchung* des Patienten hat nach den klinischen Regeln zu erfolgen. Schon die Untersuchung des *Harnes*, chemisch und mikroskopisch auch hinsichtlich seiner Menge und des spezifischen Gewichts, ergibt häufig genug die Diagnose. Es muß immer wieder als Leitsatz für den Arzt betont werden, daß bei dysurischen Beschwerden der aseptische und Eiterkörperchen enthaltende Harn stets den Verdacht auf eine tuberkulöse Erkrankung der Harnwege hinlenken muß. Die *Inspektion* ebenso wie die *Palpation* geben häufig einen Fingerzeig für die Diagnose. Ist auch die Abtastung der Niere unter physiologischen Verhältnissen meist nur bei mageren Patienten mit schwachen Bauchdecken möglich, so können wir doch bei Auftreibungen, Vergrößerungen, abnormer Beweglichkeit häufig genug den unteren und gelegentlich auch einmal den oberen Pol betasten. Wichtig

ist auch zu beobachten, ob die in der Nierengegend sichtbare Geschwulst sich zeitweise vergrößert und verkleinert, ob der Harn eitrig wird, wenn die Geschwulst zusammenfällt. Besonderer Wert ist für den Praktiker auf die *Untersuchung per rectum* zu legen. *Prostata* und *Samenblasen* stellen ein großes Erkrankungsgebiet dar; Verdickung des Ureters bei Tuberkulose und anderen entzündlichen Erkrankungen des Harnleiters, ebenso Steine sind oft genug durch die *Palpation per rectum* nachweisbar. Auch die Untersuchung der Cowperschen *Drüsen* möchte ich in diesem Zusammenhang erwähnen. Sie sind normalerweise nicht fühlbar, sind sie aber erkrankt — und dies pflegt bei gonorrhöischen Prozessen nicht selten zu sein — so können wir sie uns fühlbar machen, wenn man bei der Rektaluntersuchung vom unteren Rand der Prostata ausgehend, sich die Raphe perinei entgegenedrückt.

So kann der Praktiker durch eine einfache Untersuchungsmethodik, die er von seiner klinischen Ausbildung her beherrschen muß, in einer großen Reihe von urologischen Fällen zu einer sicheren Diagnose gelangen. In dem weiteren diagnostischen Gange muß nunmehr eine Röntgenuntersuchung erfolgen, und zwar soll unbedingt systematisch das ganze Harnsystem einer solchen Untersuchung unterzogen werden, d. h. die Nieren, Ureteren, Blase, Prostata. Mit unseren verbesserten Röntgenapparaten gelingt es vielfach, die Nieren sichtbar zu machen, und insbesondere ist diese Untersuchungsmethode für die Feststellung von Steinen unentbehrlich geworden. Können wir doch in etwa 90% der Fälle bei Vorhandensein von Steinen diese auf die Platte bringen; fast immer gelingt es bei Oxalat- und Phosphatsteinen, seltener sind Uratsteine und am schwersten Xantin- und Cystinsteine darstellbar. Fehlerquellen können durch verkalkte Drüsen, verkalkte Gefäßwände, Kalkablagerungen in den Ovarien oder dem myomatösen Uterus vorkommen, die, wie wir später sehen werden, durch verfeinerte radiographische Methoden festzustellen sind.

Nunmehr treten erst die Untersuchungen mit *Beleuchtungsinstrumenten* in ihre Rechte.

Die *Urethroskopie der vorderen Harnröhre* nach NITZE-OBERLÄNDER hat ihren unbestreitbaren Wert für Fremdkörper, Tumoren; sie gibt uns für viele gonorrhöische Erkrankungen ein Übersichtsbild über den Grad der anatomischen Veränderungen, sie hat uns auch in der Erkenntnis der syphilitischen Erkrankungen gefördert, nachdem durch die Urethroskopie in der Sekundärperiode der Syphilis makulöse Veränderungen auf der Harnröhrenschleimhaut nachgewiesen worden und in diesen die *Spirochäte pallida* gefunden wurde (FRIEDLÄNDER).

Die *Urethroskopia posterior* hat uns durch das von GOLDSCHMIDT konstruierte Urethroskop die Möglichkeit gegeben, eine klare Übersicht über das Gebiet der hinteren Harnröhre zu erlangen; die entzündlichen Erkrankungen, die polypösen Wucherungen, gelegentlich auch Tuberkelknötchen und ulceröse Prozesse sind deutlich zu erkennen, die Veränderungen am Sphincter internus, gewisse Formen der Prostatahypertrophie können mit großer Deutlichkeit nachgewiesen werden, auch die Ductus ejaculatorii und pathologische Veränderungen an denselben sind gelegentlich sichtbar.

Die *Cystoskopie* hat schon zu NITZES Zeiten mit einem verhältnismäßig mangelhaften technischen und optischen Apparat klare und deutliche Bilder ergeben. Die entzündlichen Erkrankungen der Blase, die Tuberkulose, die Fremdkörper, die Prostatahypertrophie hat bereits NITZE in seinem „Lehrbuch der Cystoskopie“ vortrefflich zur Darstellung

*) Nach einem Vortrag, gehalten im ärztlichen Fortbildungskurs in Bad Brückenau 7.-9. September 1924.

gebracht. Die Verbesserungen beziehen sich einmal auf technische Dinge. Das moderne Irrigationscystoskop erlaubt uns in sehr einfacher Weise, Spülung und Beleuchtung der Blase ohne Wechsel des Instrumentes vorzunehmen, und die Bestrebungen von RINGLEB und von ROHR in der Verbesserung der optischen Systeme gestatten uns heute mit größter Klarheit, das Bild der normalen und pathologisch veränderten Blase zu übersehen. Wie weit die neuerdings von RINGLEB angegebene Cystoskopie mit Farbfiltern uns diagnostisch für die Verfeinerung und Verbesserung der Blasenbilder fördern wird, läßt sich noch nicht sagen.

Die entzündlichen Erkrankungen der Blase, ihre außerordentlich verschiedenen und wechselvollen Formen, besonders aber die ungemein charakteristischen Veränderungen bei der *Tuberkulose*, die miliaren Tuberkel, die gewöhnlich an der Uretermündung sitzen und vielfach dem Gefäßverlauf folgen, das tuberkulöse Geschwür und der meist an einer Seite um den Ureter herum lokalisierte Symptomenkomplex und die Gesundheit der anderen Blasenpartien setzen uns in den Stand, schon cystoskopisch die sichere Diagnose: „Tuberkulose“ zu stellen und auch die erkrankte Nierenseite, von der descendierend der Prozeß in die Blase übergreift, mit Sicherheit zu diagnostizieren. Auch die *Steine* können wir durch das Cystoskop häufig klinisch rubrizieren. Wir können sehen, ob wir die leicht zertrümmerbaren oder die nur durch Sectio alta zu entfernenden Oxalatsteine vor uns haben. Die *Tumoren* geben vielfach hinsichtlich ihrer Gutartigkeit oder Bösartigkeit einwandfreie Bilder; die feinen Papillome mit ihren zarten Verästelungen grenzen diese gutartigen Gebilde mit großer Sicherheit von den malignen ab, die von vornherein einen infiltrierenden Charakter haben und mit Vorliebe an der hinteren Wand sitzen. Auch die *syphilitischen Erkrankungen der Blase*, deren Existenz nicht mehr geleugnet werden kann, sind für unser Auge als Plaques oder Papeln, als Gummata oder Ulcerationen sichtbar. Die angeborenen *Blasendivertikel*, die keineswegs selten sind, können cystoskopisch deutlich erkannt werden, wenn auch die Feststellung ihrer Ausdehnung und Tiefe weitere verfeinerte Untersuchungsmethoden nötig macht. Auch für die Diagnose der *Prostatahypertrophie*, ob der Mittel- oder die Seitenlappen mehr beteiligt sind, liefert uns die Cystoskopie einwandfreie Bilder. Die *Hypertrophie der Blase* (Balkenblase), die Veränderungen der *Gestalt der Harnblase*, besonders am Vertex und an der Hinterwand bei Lageveränderungen, Geschwülsten des Uterus oder durch Erkrankung des Genitalapparats hervorgerufen, sind deutlich erkennbar. Die Beobachtungen der *Harnleiter* liefert uns in dem cystischen Prolaps des Harnleiters, der sich im Augenblick des austretenden Harnstrahles kugelförmig vorwölbt, sehr charakteristische Bilder; die für Tuberkulose so charakteristische kraterförmige Erweiterung des Ureterostiums habe ich bereits oben erwähnt.

Aber auch für die *Erkenntnis der Nierenpathologie* liefert uns die einfache Cystoskopie viel; die Veränderungen der Harnleitermündungen bei Pyelitis, das Herauspritzen von Blut oder Eiter aus einem Harnleiter, das Fehlen der Uretermündung auf einer Seite lenken unsere Aufmerksamkeit darauf hin, daß nicht die Blase, sondern die höher gelegenen Abschnitte Sitz der Erkrankung sind.

Haben wir nun durch die Veränderungen am Ureter, durch das Herauspritzen des Eiter- oder bluthaltigen Harnes auf einer Seite die erkrankte Seite erkannt, so ist es für unser therapeutisches Vorgehen von Wichtigkeit, festzustellen, wie weit die als krank erkannte Niere noch funktionsfähig ist, ob die andere Seite völlig gesund ist und einen normalen Funktionswert hat. Für diese grobe Orientierung hat sich am besten bewährt die von VOELCKEL und JOSEPH angegebene *Chromocystoskopie*.

Scheidet die gesunde Niere Indigokarmin 6–8 Minuten nach der Injektion kräftig aus, so spricht dies für die Funktionsfähigkeit der Niere. Es stellt für uns diese leicht ausführbare Untersuchungsmethode die einfachste Form dar, um uns in anschaulicher Weise über das funktionelle Verhalten der Niere zu unterrichten. Wir werden also bei einer großen Gruppe von Nierenerkrankungen (Tuberkulose, Pyonephrose

usw.) durch diese Untersuchungsmethode lediglich auf Grund des cystoskopischen Befundes unser therapeutisches Vorgehen feststellen können; für eine große Gruppe anderer Erkrankungen der Niere sind feinere Untersuchungsmethoden erforderlich.

Für die Frage, wie weit vermögen die Nieren bei einer nachgewiesenen Erkrankung den Anforderungen des Stoffwechsels in der Ausscheidung harnfähiger Stoffe zu genügen, stehen uns verschiedene Untersuchungsmethoden zur Verfügung: a) Die Kontrolle des spezifischen Gewichtes und der Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harns, b) der Verdünnungsversuch, c) die Farbstoffprobe, als deren wichtigste und bei uns in Deutschland zumeist geübte ich die Indigoprobe bereits erwähnt habe, während sich die Phenolsulfophthaleinprobe bei uns wenig eingebürgert hat.

Die in der inneren Medizin zur klinischen Unterscheidung der einzelnen Nephritisformen empfohlenen Jodkali- und Milchzuckerausscheidungsproben werden in der urologischen Diagnostik wenig verwendet. Die Frage, die durch den Ausfall dieser Proben beantwortet werden soll, ob die Funktionsstörung der Niere ihren Grund in einer Erkrankung der Epithelien oder der Glomeruli hat, ist für die Diagnostik der chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane von geringer Bedeutung.

d) Die Kryoskopie des Blutes und Bestimmung des Reststickstoffes im Blute.

Die von AMBARD angegebene „Konstante“, die auf dem physiologischen Gesetz beruht, daß die Harnstoffausscheidung im Harn immer dem Quadrate des Harnstoffgehaltes des Blutes proportional ist, wird bei uns nur von wenigen Klinikern angewendet; ist doch ihr Wert noch sehr umstritten.

Die Bestimmung der Gesamtleistung der Niere läßt uns die für die chirurgische Behandlung von Nierenleiden wichtigste Frage, ob nach Wegfall der einen Niere die andere imstande ist, allein den Anforderungen des Stoffwechsels zu genügen, nicht beantworten. Dies wird nur ermöglicht durch die Prüfung der Einzelleistungen jeder der beiden Nieren.

Wir haben oben gesagt, daß die Chromocystoskopie als die beste erste Orientierungsprobe der Leistungsfähigkeit der beiden Nieren gelten kann; zu ihrer Ergänzung, wenn die Ergebnisse nicht einwandfrei sind, muß in manchen Fällen eine chemische und physikalische Untersuchung der getrennt aufgefangenen Nierensekrete vorgenommen werden, wenn eine Nierenoperation in Frage kommt. Eine zuverlässige Trennung der Nierensekrete ist nur möglich durch den *Ureterkatheterismus*, der sich trotz aller gegen ihn erhobenen Einwände als sicherste Methode der Harnseparation bewährt hat — die intravesikalen Harnseparatoren sind wohl kaum noch in Gebrauch.

Unter normalen Bedingungen scheiden beide Nieren während derselben Zeit gleiche Mengen eines chemisch und physikalisch und daher auch in seiner Konzentration ungefähr gleichen Harns aus. Die genaue mikroskopische Untersuchung der getrennt aufgefangenen Harnmengen, die Bestimmung der molekulären Konzentration (Kryoskopie), die besonders wertvolle Prüfung der Indigoausscheidung in den getrennten Harnen und die Phloridzinsonprobe, bei der die Funktionsfähigkeit des Nierenparenchyms aus der Zuckermenge berechnet wird, die die Niere unter dem Einfluß des Phloridzins aus dem Blute abspaltet und in den Harn ausscheidet (renaler Phloridzin-Diabetes), geben uns Aufklärung über den Grad der Veränderungen und die Leistungsfähigkeit jeder der beiden Nieren.

Die Funktionsprüfung ist für alle infektiösen Erkrankungen der Niere, für Pyonephrose, aber auch für Hydrophrose diagnostisch sehr wertvoll, auch Steine beeinflussen die Funktion der Niere je nach ihrer Größe, dagegen kommt die mangelhafte Leistung bei den Lageveränderungen und der angeborenen Dystopie erst zum Ausdruck, wenn das Nierengewebe durch hydronephrotischen Druck zugrunde gegangen ist; auch die am häufigsten vorkommenden Tumoren, die Hypernephrome, beeinflussen die Funktion der Niere

erst, wenn sie weit vorgeschritten sind und einen Teil der Nierensubstanz zerstört haben. Es bleibt also noch immer eine Reihe wichtiger Fragen offen, die durch die bisher erörterten Untersuchungsmethoden noch nicht geklärt sind.

Hier bedeutet nun die Verfeinerung der Röntgendiagnostik in Form der von VOELCKER und von V. LICHTENBERG geschaffenen *Pyelographie* einen hochbedeutsamen Fortschritt für die Diagnostik. Auch das *Pneumoperitoneum* sowie die von P. ROSENSTEIN und CARELLI in die Diagnostik eingeführte Pneumoradiographie des Nierenlagers und der Blase dürfen bei strenger Indikation gelegentlich zur Anwendung kommen.

Die *Pyelographie*, d. h. die röntgenographische Darstellung des Nierenbeckens nach Anfüllung mit schattengebender Substanz, ist, nachdem das nicht unschädliche Kollargol verlassen und die Kontrastfüllung mit Bromnatrium 25 proz. (BRAASCH und WELD), Jodkalilösung (RUBRIUS) Jodlithium (JOSEPH) vorgenommen wird, bei richtiger Anwendung und genauer Beobachtung der Technik eine ungefährliche Methode von größter diagnostischer Wichtigkeit geworden. Ich bevorzuge für die Füllung das Bromnatrium. Die *Pyelographie* hat uns mit größter Deutlichkeit die Form- und Kelchverteilung am normalen Nierenbecken kennen gelehrt, sie hat uns die Senkung und Drehung der Nieren, die Verschlechterung ihres Abflusses, die Stauung im Nierenbecken und in den Kelchen, die beginnende Hydro-nephrose mit Sicherheit festzustellen erlaubt, sie hat uns über die Ausdehnung pyonephrotischer Prozesse, für die Lage von Steinen im Harnleiter und im Nierenbecken, für die Verschiebung der Nieren durch einen wachsenden Tumor und durch die eigentümliche Verbiegung des Ureters, in welchen man einen schattengebenden Wismutkatheter einführt, Aufschlüsse gegeben, wie sie durch keine andere Untersuchungsmethode möglich ist.

Auch der *Harnleiter* ist in bezug auf seine Längenausdehnung oder Verkürzung, seinen Verlauf, seine pathologische Verdickung und Einschnürung, seine Bestimmung zu Steinen und deren Abgrenzung von Beckenflecken deutlich darstellbar.

Ebenso hat die *Cystographie* die Feststellung der Divertikelausdehnung und der Blasensteine erleichtert und die Darstellung der Prostatahypertrophie wesentlich gefördert.

Nicht unerwähnt sollen die röntgenologischen Darstellungen der *Blase* und des *Nierenbeckens* in mehreren *Projektions-*

richtungen nach SGALITZER sein, die ebenfalls wertvolle Aufschlüsse geben.

Endlich sei die pneumoperitoneale Röntgendiagnostik (GÖTZE) erwähnt, die eine Durchleuchtung und systematische Absuchung der gesamten Bauchhöhle gestattet und über die Beziehungen der Nieren zu den Nachbarorganen in diagnostisch komplizierten Fällen befriedigenden Aufschluß geben kann.

Die von ROSENSTEIN und CARELLI angegebene Methode der Pneumoradiographie dürfte namentlich in Verbindung mit der Sauerstofffüllung des Nierenbeckens mit dem Pneumoperitoneum in Wettbewerb treten; jedenfalls sind die diagnostischen Ergebnisse dieser etwas komplizierteren und nur bei strenger Indikation anwendbaren Untersuchungsmethoden sehr wichtig für die Differentialdiagnose intra- und retroperitonealer Tumoren und deren Beziehung zur Niere.

Wie weit in der Darstellung der Blase durch Füllung des prävesicalen Raumes mit 400–800 ccm Sauerstoff und gleichzeitiger Kontrastfüllung des Blaseninnern mit Sauerstoff oder Bromnatrium ein diagnostischer Fortschritt erreicht werden wird, ist noch nicht abzusehen. Jedenfalls gelingt es mit dieser Methode, eine gute Darstellung von Blasentumoren, Sitz, Größe, Ausdehnung und das Übergreifen derselben auf die Umgebung festzustellen. Auch die wichtigen Ergebnisse der *Cystoradiographie* und *Pyelorskopie*, die besonders von der Wiener Schule (BLUM, EISLER, HRYNTSCHAK, HITZENBERGER, BACHRACH) ausgearbeitet wurden, für die Physiologie und Pathologie der Blase und des Nierenbeckens, müssen hier erwähnt werden.

So sehen wir die urologische Diagnostik zu einem festen Gebäude ausgebaut. Betonen möchte ich aber nochmals, daß gerade für den praktischen Arzt die einfachsten Untersuchungsmethoden in vielen Fällen zu einer sicheren Diagnose führen können, daß aber manche Symptomenbilder und vor allen Dingen die Pyurie und die Hämaturie, frühzeitig den komplizierten diagnostischen Apparat des Facharztes nötig machen; insbesondere soll immer wieder der Praktiker daran erinnert werden, daß ein eitriger, aseptischer Harn den Verdacht auf Tuberkulose hinlenken muß und daß jede Hämaturie eine exakte diagnostische Feststellung erfordert, woher die Blutung stammt und welche Bedeutung sie hat.

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN.

DIE KRISIS DES DEUTSCHEN ÄRZTESTANDES.

Von

Dr. med. ERNST MAYER, Berlin-Südende.

Als die Notverordnung vom 30. Oktober 1923 die deutsche Ärzteschaft überraschte, hatte ein jeder das Gefühl, von etwas Unerhörtem betroffen worden zu sein. Die Lage war damals zwar ohnedies eine bedrückende. Die Ärzte erhielten von sämtlichen Kassenkategorien entwertete Beträge, die Konsultationsentschädigung belief sich zum Teil auf weniger als einen Goldpfennig. Die Ärzteschaft war aber der Ansicht, daß es sich hier um ein allgemeines Schicksal handele, das, wenn es sie selbst auch am härtesten traf und Ärzte in großer Zahl zum ersten Male in unserer Gesellschaftsordnung in wirkliche Not gerieten, doch bald vorübergehen würde. Damalige Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden unter Kompromißbereitschaft der verhandelnden Ärzte geführt. Man vergewaltigte sich die ebenfalls als vorübergehend angesehene Notlage der Krankenkassen und hätte gewiß auch für eine von verantwortlichem Geiste getragene Notverordnung Verständnis gehabt. Aber was die Ärzteschaft erschrecken mußte, war die Erkenntnis, daß der schon früher und bereits vor dem Kriege ungewiß empfundene Argwohn, der Staat lasse ein Verständnis seiner Pflichten gegenüber dem ärztlichen Berufe vermissen, nunmehr durch unverschleierte Tatsachen sich als Wahrheit erwies. Das Gewissen des deutschen Arztes empörte sich gegen die entrechtende Gesinnung, die Unver-

nunft und Ungeistigkeit, die aus der Notverordnung sprachen. Aber zugleich erschrak er über die Isoliertheit seines Erlebens, das allein um die Allgemeinheit des Zieles wußte, für die nunmehr die Ärzteschaft in den Kampf trat; denn dem Volke kam die weittragende Bedeutung dieses Kampfes kaum zum Bewußtsein. Mit Beschämung mußte man feststellen, daß sogar nicht unerhebliche, regional begrenzte Teile der Ärzteschaft dem Kampfe fernblieben. Der nunmehr verlorene Kampf, der vielversprechend begann, wurde schließlich abgebrochen, weil die Ärzteschaft die Orientierung verlor und die Leitung den Widerstand einzelner kleinnütziger aber einflußreicher Organisationsleiter nicht wirksam zu bekämpfen vermochte. Es darf als bekannt vorausgesetzt werden, daß die sich anschließenden Verhandlungen in einem Reichsausschuß in Enttäuschung ausmündeten. Die Hoffnung, daß der Ärztekampf, der für das Volk von einschneidender Bedeutung war, für immer eine erträgliche Regelung der in Frage kommenden Verhältnisse hervorbringen müsse, hatte getrogen. Die als Schiedsrichter amtierende Regierung stimmte denjenigen Vorschlägen der Krankenkassen zu, die auch für die Zukunft Kämpfe ähnlicher Art als Möglichkeit, ja als Wahrscheinlichkeit festlegten.

Wie aber ein verlorener Krieg zum Bürgerkrieg, so kann der gescheiterte Versuch eines Berufsstandes, den Weg ins Freie zu finden, zur Selbstzerfleischung führen. Denn seine Gegner haben es nunmehr in der Hand, die Konstellation auszunutzen und Arzt gegen Arzt auszuspielen. Welche Hoffnung läßt eine solche Lage noch zu?