

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1951

12 (1.12.1951)

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 12

STUTT GART, DEZEMBER 1951

6. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|---|--|-----|
| Obermed.Rat Dr. Wildermuth: | Die gesetzlichen Grundlagen für die Aufnahme Geisteskranker in württ. Heilanstalten | 243 |
| Oberstaatsanwalt Dr. Kohlhaas: | ... und was sagt der Jurist dazu? | 246 |
| Dr. Kraus: | Gedanken eines Praktikers über die gesetzlichen Grundlagen für die Aufnahme Geisteskranker in württ. Heilanstalten | 248 |
| Dr. Ehrenberg: | Moderne Therapie mit Blutegeln | 249 |
| Über die Anwendungsbreite von Conteben, PAS und Streptomycin (Verlautbarung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose) | | 251 |
| Dr. Spuler: | Brillenverordnung durch Optiker, prakt. Arzt oder Augenarzt? | 251 |
| Buchbesprechungen | | 252 |
| Bekanntmachungen | | 255 |
| Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. | | 257 |
| Ärztekammer Nord-Baden e. V. | | 263 |
| Landesärztekammer Baden | | 263 |
| Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 43. bis 46. Woche 1951 | | 264 |

Die gesetzlichen Grundlagen für die Aufnahme Geisteskranker in württ. Heilanstalten

Von Obermedizinalrat Dr. Hans Wildermuth, Direktor der Württ. Heil- und Pflegeanstalt Winnental, Winnenden

Nach dem derzeit geltenden Recht können in eine Heilanstalt aufgenommen werden:

1. nicht volljährige Jugendliche mit Zustimmung des Erziehungsberechtigten,
2. entmündigte Erwachsene mit Zustimmung des Vormundes,
3. durch Richterspruch Eingewiesene, wobei hauptsächlich der § 42 b StGB und die §§ 81 und 126 a StPO in Frage kommen¹,
4. freiwillige Aufnahmen.

Damit sind sämtliche Möglichkeiten einer gesetzlichen Aufnahme erschöpft; die solchermaßen Aufgenommenen machen etwa 10—15 % der Anstaltsinsassen aus.

Ein gemeingefährlicher Geisteskranker kann heute nur folgendermaßen in eine Anstalt verbracht werden: Die Mißhandelten, Bedrohten oder Geschädigten müssen bei der Staatsanwaltschaft Strafanzeige erstatten. Daraufhin wird der Kranke vorgeführt, evtl. nach Festnahme, und bei offensichtlicher Geisteskrankheit auf Grund eines gerichtsärztlichen Gutachtens nach § 126 a StPO vorläufig in eine Anstalt eingewiesen, bis die dauernde Einweisung nach § 42 b StGB durch Urteil ausgesprochen ist. Dieser Weg ist der einzig korrekte, aber bei der oft

drängenden Gefahr langwierig, so daß bis zur Durchführung noch allerhand passieren kann.

Die raschere Einweisung auf dem Verwaltungsweg über den Kreis oder das Bürgermeisteramt ist ungesetzlich und wird nicht mehr geübt. Außerdem haben die Angehörigen verständlicherweise sehr oft Hemmungen, ihr krankes Familienmitglied der Staatsanwaltschaft anzuzeigen, kennen überdies meist überhaupt nicht diese Möglichkeit. Die — oft dringend notwendige — schnelle Abhilfe ist auf diesem Wege nicht zu erreichen. Weiterhin ist in Rechnung zu stellen, daß die Gerichte den Begriff „Gemeingefährlich“ sehr eng fassen. Gemeingefährlich ist nur derjenige, bei dem die Wahrscheinlichkeit (und durchaus nicht nur die Möglichkeit) der Begehung eines Verbrechens besteht: wer Private und Behörden mit Stößen sinnloser Schriftstücke bombardiert, auf Straßen und Plätzen wirre Reden hält, die Nachtruhe stört, droht, wer seinen Körper und seine Umgebung in ekelregender Weise verschmutzen und verkommen läßt, ist gemeinlästig, aber durchaus nicht gemeingefährlich. Somit fallen nach Ansicht des Richters viele Kranke nicht unter den Begriff der Gemeingefährlichkeit, die der juristische Laie ohne weiteres ihr zurechnen würde. Von solchen Kranken kann ein ganz

erhebliches Maß von Unfug angestellt werden, ohne daß der Richter sich in der Lage sieht, einzugreifen. Aber nicht nur die Anstalten, sondern auch die einweisenden Ärzte sind in einer schiefen Lage. Wie z. B. (der Fall ist vorgekommen) soll sich ein Arzt verhalten, zu dem eine Frau kommt und klagt, ihr Mann bedrohe und beschimpfe sie und ihre erwachsene Tochter dauernd. Bei der Untersuchung zeigt der Mann keine geistige Störung, aber das beweist nichts. Weigert sich der Arzt nun, ein Einweisungszeugnis auszustellen und der Mann macht nachher doch seine Drohungen wahr, so wird sich der betreffende Arzt einer Flut von Vorwürfen ausgesetzt sehen, schafft er den angeblich Kranken mit Gewalt in eine Anstalt, so zieht er sich ein Verfahren wegen Freiheitsberaubung zu.

Wenn ein Kranker, der sich in einer Anstalt befindet, auf seine Entlassung drängt, kann der Arzt dessen Entlassung für untunlich für den Kranken selbst oder dessen Umgebung für schädlich oder gefährlich halten unter folgenden Voraussetzungen:

1. wenn der Kranke gemeingefährlich ist,
2. wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist,
3. wenn der Kranke außerhalb der Anstalt keine Unterkunft hat, in der er die für seinen Zustand notwendige Fürsorge und Pflege findet.

In diesen Fällen behilft man sich dadurch, daß man die Entmündigung des Kranken beantragt und der Vormund dann seine Zustimmung zur weiteren Anstaltsbehandlung gibt. Dieses Verfahren hat den Nachteil, daß es monatelang dauert, zudem steht in vielen Fällen durchaus nicht fest, ob der Richter wirklich die Voraussetzungen für eine Entmündigung findet: Bei einem Eifersuchtskranken, der seine Frau schwer bedrohte, aber sonst ein ruhiger, verständiger und über den Durchschnitt begabter Handwerker war, hat das Gericht die Entmündigung abgelehnt. Der Kranke mußte entlassen werden und hat (gegen sein Versprechen) alsbald seine Frau aufgesucht und schwer bedroht. Zudem erscheint es fraglich, ob das Recht des Vormundes, den Aufenthaltsort seines Mündels zu bestimmen, wirklich auch das Recht in sich schließt, ihn in einer Anstalt einsperren zu lassen. Eine juristische Äußerung zu diesem Punkt wäre wertvoll.

Bis jetzt war die Rede hauptsächlich von gemeingefährlichen Kranken, und in allen Aufsätzen, die zu der Frage der Anstaltsbehandlung Geisteskranker Stellung nehmen, ist fast ausschließlich von Gemeingefährlichen die Rede. Sicher wäre es nicht schwierig, hier eine allen Verständigen gerecht werdende Regelung zu finden.

Viel wichtiger aber ist die große Zahl der Geisteskranken, die nicht wegen Gemeingefährlichkeit, sondern zu ihrer Behandlung in die Heilanstalten verbracht werden. Für diese Aufzunehmenden gibt es heute keine Rechtsmittel, selbst die Zustimmung des Kranken wäre wertlos, da die Mehrzahl der Kranken bei der Aufnahme geschäftsunfähig ist. Wir sind nun wieder auf den Standpunkt des frühen Mittelalters gekommen, wo man die Geisteskranken eben laufen ließ und Gemeingefährliche (und damals auch Gemeinlästige) irgendwo und irgendwie einsperrte.

Nun soll auch bei diesen Kranken ein Richterspruch innerhalb 24 Stunden feststellen, ob Anstaltsbehandlung notwendig ist. Woher soll nun ein Richter, sei das

Verfahren wie es wolle, das wissen? Sicher wird bei der Mehrzahl der Aufnahmen die Tatsache der Geisteskrankheit offensichtlich sein, aber es bleibt doch eine gar nicht so kleine Anzahl von Fällen übrig, bei denen selbst erfahrene Psychiater nicht ohne weiteres einig werden, ob überhaupt eine Geisteskrankheit vorliegt und, ob eine Anstaltsbehandlung notwendig und nützlich ist.

Solche Fälle zu schildern hieße, ein Lehrbuch der Psychiatrie schreiben, die Tatsache aber steht fest. Es bleibt hier nichts übrig, als den Kranken aufzunehmen und zu beobachten. Und man erlebt dann häufig, daß der anfangs ganz Ruhige und Besonnene nach Stunden, Tagen oder oft erst nach Wochen mit massiven Wahnideen herausrückt, oder in schwere Erregungszustände verfällt, während andererseits sich mancher „akute Erregungszustand“ nach 24 Stunden als Rausch entpuppt. Es darf auch nicht übersehen werden, daß viele Kranke in der Anstalt ganz ruhig und geordnet sich verhalten, in der Familie aber schwierig sind, wobei der Unverstand der Angehörigen meist die Schuld trägt.

Und wie soll sich nun ein Richter bei solchen Fällen verhalten? Wie soll das Gesetz abgefaßt sein, das ihm die Handhabe gibt, hier zu entscheiden? Man könnte sich nur denken, daß der Richter sein Placet zu allen Aufnahmen gibt, zuerst zur Beobachtung und dann nach einer festzusetzenden Frist ein Gutachten der Heilanstalt anfordert, auf Grund dessen die richterliche Entscheidung über die Anstaltsbehandlung des Kranken gefällt wird.

Rechtlich noch schwieriger als die Aufnahme wird sich die Frage nach der Entlassung stellen. Wann soll ein Kranker entlassen werden? Nun — selbstverständlich, wenn er nicht mehr heilanstaltsbedürftig ist. Sicher — und so geschieht sind sogar die Psychiater —, aber wann ist das der Fall? Dagegen, daß man bei frischen Fällen nach abgeschlossener glücklicher Behandlung etwa 4 Wochen zuwartet, ob nicht ein Rückfall eintritt, wird wohl niemand etwas einzuwenden haben. Klar ist weiter, daß, wenn die Angehörigen einen Kranken aus der Anstalt holen wollen, heute jeder Arzt diesen freigeben wird (außer gerichtlich Eingewiesenen), auch dann, wenn der Kranke dadurch geschädigt wird oder gemeingefährlich erscheint. Man wird in solchen Fällen von den Angehörigen einen Revers unterschreiben lassen, durch den wenigstens beglaubigt wird, daß die Angehörigen auf das Schädliche und Gefährliche ihres Vorhabens hingewiesen wurden.

Es gibt nun aber Kranke, bei denen sich zwischen lange Zeiten schwerer seelischer Störung immer wieder Tage oder Wochen schieben, in denen sie ganz oder weitgehend von allen Abnormitäten frei sind; da man aber weiß, daß nach kurzer Zeit wieder ein Rückfall kommt, so wäre eine Entlassung sinnlos. An und für sich aber sind diese Kranke in ihren guten Zeiten nicht heilanstaltsbedürftig.

Wie soll es weiter mit Kranken gehalten werden, die keine Heimath haben, oder deren Angehörige sich weigern, Kranke aufzunehmen, oft mit gutem Grund, weil bei der heutigen Wohnungsnot oft kein Raum für ein weiteres Familienmitglied vorhanden ist?

In manchen Fällen ist eine Verlegung in ein Jugend- oder Altersheim möglich. Manche können in eine Lan-

desfürsorgeanstalt verlegt werden. Aber das sind nicht allzu viele und diese Verlegungen brauchen mit der Hin- und Herschreiberei viel Zeit, in der der Kranke in der Anstalt verbleiben muß, obwohl er nicht mehr heilungsbedürftig ist.

Der gesetzliche Weg wäre der, daß der zu Entlassende der Ortsfürsorgebehörde überstellt würde, soll diese sehen, was sie mit ihm anfängt. Daß dieses Verfahren praktisch undurchführbar ist, leuchtet ein.

Außerdem gibt es viele Fälle, wo über die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit einer Entlassung sich auch die Gelehrten nicht einig sind. Und hier soll nun der Richter entscheiden? Auf Grund welcher Unterlagen? Welche Voraussetzungen für eine Entlassung könnte ein Gesetz enthalten, außer ganz selbstverständlichen?

Es ist weiter zu bedenken, daß die Einschlebung eines Gerichtsverfahrens in die Anstaltsbehandlung das Vertrauen in die Anstalten durchaus nicht heben, sondern vermindern würde. Nach Ansicht der meisten Angehörigen und der Kranken selber würden die Anstaltsaufnahmen dadurch den Charakter einer Strafmaßnahme bekommen. Man muß bedenken, daß den meisten Leuten der Unterschied zwischen Zivil- und Strafrecht nicht klarzumachen ist. Und nun soll die Öffentlichkeit ein solch subtiles Rechtsverfahren verstehen und einsehen? Mit Recht werden auch die Angehörigen fürchten, daß durch die Einschaltung des Gerichts die Tatsache einer Geisteskrankheit in ihrer Familie noch weiteren Personen bekannt wird.

Eine mittlere Anstalt hat heute im Tagesdurchschnitt 2—3 Aufnahmen und ebenso viele Entlassungen. Da der Richter sich die Kranken ansehen und mit ihnen sprechen muß, da er seine Feststellungen und seinen Beschluß schriftlich niederzulegen hat, wäre er mindestens halbtätig beschäftigt. Es würde sich also die Anstellung eines besonderen „Hausrichters“ für jede größere Anstalt als notwendig erweisen. Dazu käme eine Schreibhilfe, ein Dienstzimmer mit Fernsprecher, Aktenschranke, kurz, es ergäbe sich eine ins Ungeheure gesteigerte Zunahme des Schriftverkehrs, eine maßlose und sehr teure Belastung der zuständigen Gerichte und Anstalten und letzten Endes des Steuerzahlers.

Die Aufgabe, die dem Richter bei der ihm zugeordneten Mitwirkung bei Aufnahmen und Entlassungen Geisteskranker zugeordnet wird, ist überhaupt keine richterliche, sondern eine kontrollierende, woraus sich die Tatsache erklärt, daß sich keinerlei vernünftige Formulierung für diese Tätigkeit finden läßt. Gewiß ist eine Kontrolle der Anstalten notwendig und sie wird auch durchgeführt wie bei anderen Behörden auch, von der vorgesetzten Dienststelle, d. h. dem zuständigen Ministerium; durch einen Facharzt und einen juristisch vorgebildeten Beamten, die beide, jeder von seinem Gebiet, die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen mitbringen.

Zum Schluß sei dem Psychiater noch eine persönliche Bemerkung gestattet. Man freut sich des Vertrauens, das der Richter offenbar in weiten Kreisen der Bevölkerung genießt. Ist es aber deshalb erlaubt, die Anstaltsärzte von vornherein als jeden Verbrechens verdächtige und deshalb als ganz besonders zu beaufsichtigende Subjekte zu betrachten? Gruhle hat schon darauf hingewiesen, daß auch die Anstaltsärzte so gut wie die Richter vereidigte staatliche Beamte sind. Kommen bei anderen Dienststellen keine Verbrechen von

Beamten vor? Und wer dünkte daran, nun in jedes Amt Richter als kontrollierende Instanzen zu setzen?

Die Mitwirkung der Richter bei Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken ist somit als nicht zweckentsprechend und praktisch undurchführbar abzulehnen. Vorerst hat sicher die Ulmer Zeitung recht, wenn sie schreibt, daß mehr wie die Geisteskranken ihre Helfer des gesetzlichen Schutzes bedürfen (Nr. 139 vom 2. Juni 1951, Seite 7). Im übrigen wird über diese Frage geredet und geschrieben, geschehen wird solange nichts, bis ein Geisteskranker eine Bluttat begeht, dann wird die Woge nach der anderen Seite umschlagen und sich ein ungeheures Geschrei erheben, daß jeder „Verdächtige“ so rasch als möglich in eine Anstalt zu bringen sei.

¹ StGB — § 42 b (Heil- oder Pflegeanstalt)

Hat jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1, § 58 Abs. 1) oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Abs. 2, § 58 Abs. 2) begangen, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Dies gilt nicht bei Übertretungen.

Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit tritt die Unterbringung neben die Strafe.

StPO — § 81

(1) Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Beschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Beschuldigte in eine öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt gebracht und dort beobachtet wird. Im vorbereitenden Verfahren entscheidet das Gericht, das für die Anordnung der Hauptverhandlung zuständig wäre.

(2) Dem Beschuldigten, der keinen Verteidiger hat, ist ein solcher zu bestellen.

(3) Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Sie hat aufschiebende Wirkung.

(4) Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten.

StPO — § 126 a

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen hat und daß seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl seine einstweilige Unterbringung anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Die Tatsachen, die diese Annahme rechtfertigen, sind aktenkundig zu machen.

(2) Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 116, 124 bis 126 entsprechend. Hat der Unterzubringende einen gesetzlichen Vertreter, so ist der Beschluß auch diesem bekanntzumachen. Die Freilassung gegen Sicherheitsleistung ist unzulässig.

(3) Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn der in ihm angegebene Grund der Unterbringung weggefallen ist oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nicht anordnet. Durch Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht verzögert werden.

Bonner Grundgesetz Art. 2 Abs. 2 Satz 2 und 3

Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Bonner Grundgesetz Art. 104

(1) Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich mißhandelt werden.

(2) Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung

ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in eigenem Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.

(3) Jeder wegen des Verdachts einer strafbaren Handlung vorläufig Festgenommene ist spätestens am Tage nach der Festnahme dem Richter vorzuführen, der ihm die Gründe

der Festnahme mitzuteilen, ihn zu vernehmen und ihm Gelegenheit zu Einwendungen zu geben hat. Der Richter hat unverzüglich entweder einen mit Gründen versehenen schriftlichen Haftbefehl zu erlassen oder die Freilassung anzuordnen.

(4) Von jeder richterlichen Entscheidung über die Anordnung oder Fortdauer einer Freiheitsentziehung ist unverzüglich ein Angehöriger des Festgehaltenen oder eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen.

... und was sagt der Jurist dazu?

Auf Veranlassung der Schriftleitung hat sich der frühere Rechtsberater der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. Dr. Kohlhaas, Oberstaatsanwalt beim Bundesgerichtshof in Karlsruhe, zu obigem Aufsatz folgendermaßen geäußert:

Der Aufsatz von Wildermuth hat einen — bewußt oder unbewußt — derart düsteren Hintergrund, daß es erforderlich erscheint, von juristischer Seite einige helle Lichter auf das Gemälde zu setzen, wenn nicht wirklich den Ärzten, die mit Geisteskranken zu tun haben, jeder Mut genommen werden soll. So sind einige Punkte in W.s Aufsatz zu beanstanden, und gerade diese vermitteln den oben erwähnten nicht zu billigenden Hintergrund.

1. Im vorletzten Absatz gibt W. einer Klage über das Mißtrauen Ausdruck, das den beamteten Anstaltsärzten entgegengebracht werde, und stellt den letzteren die Richter gegenüber, die ein erheblich größeres Vertrauen genießen. Es mag nun ein schlechter Trost sein, aber immerhin ist „geteiltes Leid halbes Leid“, wenn darauf verwiesen wird, daß jenes Mißtrauen als natürliche Reaktion auf die autoritäre Richtung der knapp zurückliegenden Jahre durch alle Zweige der Verwaltung geht und beim Richter nicht früher haltmacht als beim beamteten Arzt. Jeder Richter hat im Instanzenzug seine Aufsicht, und man erwägt, wie in der Tagespresse offen erörtert wird, im Bundestag allen Ernstes sogar, dem Bundesgerichtshof, wenn er in besonderen Fällen in erster und (in diesem Falle wie das Reichsgericht früher auch) in letzter Instanz tätig wird, noch ein Rechtsmittelgericht aufzustocken. Ich werde noch darauf zurückkommen, daß ich W.s These, die Mitwirkung des Richters bei Aufnahme und Entlassung Geisteskranker sei unzweckmäßig, voll teile, glaube aber doch, jeden Mißklang „Richter kontra Arzt“ sofort korrigieren zu müssen. Das Mißtrauen von Parlament, Presse und allen über den „Rechtsstaat“ bis zu den letzten Konsequenzen wachenden berufenen oder ungerufenen Hütern trifft nicht nur die Anstaltsärzte allein.

2. W. bringt wohl durchaus zutreffend und von mir nicht nachprüfbar, daß die, hier nicht interessierenden, mit Zustimmung des Erziehungsberechtigten oder Vormunds oder freiwillig Untergebrachten zusammen mit den durch Richterspruch Eingewiesenen nur 15% ausmachen, und somit also 85% anderer Fälle gegeben seien, in denen der Arzt quasi hilflos sei.

Es erscheint hier aber notwendig, eben jenen vielleicht nur 7—10% durch Richterspruch Eingewiesenen besonderen Raum zu widmen; denn gerade diese Fälle sind die eigentlich gefährlichen, und W. gibt hier eine nicht ganz unanfechtbare Darstellung. Er meint, die Einweisung über § 42 b Strafgesetzbuch und §§ 81 und 126 a

Strafprozeßordnung dauere sehr lang, und es könne in der Zwischenzeit noch allerlei passieren. Ferner meint er, die Gerichte würden den Begriff der Gemeingefährlichkeit zu eng fassen. Die Beispiele, die er nun bringt (der Mann, der sich verschmutzt, törichte Briefe an Behörden schreibt oder wirre Reden hält), sind allerdings keine geeigneten Beispiele, um eine Einweisung auf Grund des Strafgesetzbuchs zu rechtfertigen, und ich glaube, daß die Anstaltsärzte durch die noch aufzuzeigende Unsicherheit auf dem gewöhnlichen Einweisungsweg einerseits in Not geraten und andererseits durch eine recht „großzügige“ Strafgerichtspraxis aus jener nicht lange zurückliegenden Zeit ein wenig verwöhnt (ich bitte dies Wort nicht als persönliche Spitze aufzufassen, sondern als einen Querschnitt durch ein großes Gebiet), jene Paragraphen der Strafgesetze gern als ein Allerweltsmittel angewandt wissen wollen. Hier machen die Gerichte in der Tat nicht mit, und ich kann es den Lesern, wenn dieser Aufsatz einen Sinn haben soll, nicht ersparen, gerade über diesen zahlenmäßig geringen Prozentsatz, der aber allein wirklich ernststen Schaden anrichten kann, etwas ausführlicher zu werden. Auf die übrigen 85% werde ich noch zu sprechen kommen.

Die erwähnte Zwangseinweisung der §§ 42 b StGB und 81, 126 StPO ist, wie schon erwähnt, kein Allerweltsmittel, sondern eine sehr ernste Sache, die den kriminellen Geisteskranken fassen soll. Dieser ist nicht schuldfähig, aber trotz seiner Schuldunfähigkeit kann er den objektiven Tatbestand einer strafbaren Handlung erfüllen. Bestraft kann er nicht werden, aber er kann in eine Heil- oder Pflegeanstalt eingewiesen werden, wenn die Wahrscheinlichkeit besteht, daß er durch neue Straftaten eine Gefahr bilden wird, und andere Maßnahmen weniger einschneidender Art nicht zur Verfügung stehen. Hier setzt W.s Kritik ein. Ich kann ihm nicht beistimmen, wenn er die Fälle der oben erwähnten Redner und Briefschreiber und Verschmutzer als gemeingefährlich betrachtet und meint, der juristische Laie verstehe die gegenteilige Auffassung nicht. Der Strafrichter ist nicht dazu da, den Verwaltungsstellen die Irrenfürsorge abzunehmen. Gemeingefährlich ist nur der, der eine erhebliche Gefährdung des Gemeinwohls darstellt. Dazu gehört die Wahrscheinlichkeit der Begehung von kriminellen Delikten. Es ist also ein Dieb, von dem weitere Diebstähle zu erwarten sind, gemeingefährlich, obschon er nur wenige Leute zu bestehlen beabsichtigt, und ein Mensch, der droht, eine bestimmte Person zu töten, ist gemeingefährlich, auch wenn er nur einen bestimmten Menschen im Auge hat und sonst friedlich ist. Anders ist es bei den Delikten, an denen die Öffentlichkeit kein Interesse hat. Der Redner auf dem Platz wird so lange ganz uninteressant sein, als er durch sein Gerede keinen Schaden anrichtet; anders wird

es, wenn er konkrete falsche Anschuldigungen oder Verleumdungen gegen bestimmte Personen erhebt. Der Querulant, der über mich oder an mich beleidigende Briefe schreibt, ist nicht gemeingefährlich. Er wird es erst, wenn er durch Verbreiten seiner Nachrichten in größerem Kreise den Glauben an die Sauberkeit der Justiz erschüttert, welche nicht gegen den angeblich unlauteren Beamten einschreitet. Man könnte hier nun einhaken und sagen, daß damit ja nur der Mensch gefaßt werde, der schon etwas getan habe. Es müsse also quasi schon einer im Blute liegen, ehe der Strafrichter eingreife. Das ist nicht ganz richtig. Schon die Bedrohung mit einem Verbrechen erfüllt den Tatbestand des Strafgesetzes. Der Mann, der seine Tochter oder Geliebte mit Erstechen bedroht, hat bereits eine Tat begangen, die zur Einweisung führen kann, wenn eine künftige Gefahr als wahrscheinlich angenommen wird. Auch der harmlose Irre, der (wahrer Fall!) sich einbildet, die Tochter eines Rechtsanwalts habe sich in ihn verliebt, und täglich in der Wohnung erscheint und dort eindringt, ohne etwas zu tun, hat einen Hausfriedensbruch begangen und wird tatsächlich eingewiesen, weil er durch dies abrupte Auftreten im Hause einer Familie eine Gemeingefahr darstellt, da hier eine Familie schon nicht mehr wagt, die Tür zu öffnen.

Darf ich hier, wo W. über die Richter klagt, auch einmal sagen, daß die Psychiater als Sachverständige die Voraussetzungen der Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung (möglich ist alles und reicht deshalb zur Einweisung nicht aus!) oft nur sehr zögernd bejahen. Soll aber der Richter psychiatrischer sein als der Psychiater?

Nun meint W., das Verfahren dauere zu lange, und es könne noch inzwischen allerhand passieren. Ferner meint er, ein Eingreifen der Staatsanwaltschaft finde nur statt, wenn die Mißhandelten usw. Strafanzeige erstatten, und er erwähnt dabei den Fall, daß er einer Frau, die ihm von der Totschlagsdrohung des Mannes erzähle, nicht helfen könne.

Wenn W. natürlich bei der Untersuchung als Arzt schon keinen krankhaften Befund feststellt, dann kann der Richter wirklich schwer den Mann als geisteskrank festnehmen lassen. Stellen sich die Drohungen als ernst gemeint heraus, so kann der Mann auch als „normal“ verhaftet werden. Wissen wir aber, ob die Frau in concreto nicht lügt? Es ist überdies ein Irrtum, anzunehmen, die Staatsanwaltschaft greife nur auf ausdrückliche Strafanzeige ein. Erfahren muß sie allerdings irgendwie etwas. Polizei und Staatsanwaltschaft können (oder besser sollen) ihre Augen nicht überall haben. Das Privatleben ist ihnen Gott sei Dank entzogen. Wenn aber die Polizei von Straßenpassanten hört, daß ein Herausgeber auf der Straße steht, oder von Nachbarn, daß der A. seiner Frau mit dem Messer durch den Hof nachrennt, dann greift sie von Amts wegen ohne Strafanzeige der Bedrohten ein. Und warum macht denn der Arzt, der von einer (wie von W. erwähnten) lebensgefährlichen Bedrohung erfährt, keine Mitteilung an die Staatsanwaltschaft? Schweigepflicht hört doch für ihn nach seinem Ermessen da auf, wo er in Erfüllung einer Rechtspflicht ein höherwertiges Rechtsgut schützen will. Er muß zwar nicht, aber er kann sein gewonnenes Wissen offenbaren.

Liegt nun ein Fall einer objektiv strafbaren Handlung vor und versagt der Gutachter bei Bejahung einer

wahrscheinlichen künftigen Gefahr nicht, so besteht kein Zweifel, daß, wie bei einem Haftbefehl gegenüber Zurechnungsfähigen, der vorläufige Unterbringungsbeehl vom Richter erlassen wird und es dann später zur Gerichtsverhandlung kommt. Wieso soll dieser Weg langwierig sein? Es gibt auch Prozesse gegen Zurechnungsfähige, die zwei Jahre dauern, wo der Angeklagte aber in Untersuchungshaft sitzt, bis er alle Rechtsmittel erschöpft hat. Eine Gefahr besteht ebensowenig, solange der Geisteskranke in Unterbringung ist, mag sie nun vorläufig oder endgültig sein. Es ist mir im übrigen kein Fall bekannt, wo der Richter eine Unterbringung abgelehnt hat und dann etwas Ernstliches passiert ist. Eine gewisse Zurückhaltung bei der Einweisung seitens der Gerichte hat sich durchaus bewährt. Mancher Geistesgestörte konnte durch räumliche Trennung von dem Menschen, den er als einzigen haßte, ganz ungefährlich werden. Auch sonst haben einzelne Maßnahmen (Fürsorgeheime, Überwachung durch Verwandte usw.) in harmloseren Fällen (Exhibitionisten) ebenfalls genützt.

Ich habe diesem Thema trotz der wenigen Prozente mehr Zeit und Raum — und immer noch nicht genug — gewidmet, aber es erschien mir wichtig, weil hier ja die Gefährlichen, bei denen es auf Stunden und Tage ankommt, gemeint sind. Eingehende Ausführungen über die Rechtsprechung der Strafgerichte, besonders die mir genau bekannte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs würden den Rahmen einer für alle Ärzte gedachten Darstellung sprengen und gehören mehr in ein Fachblatt der Psychiater.

3. Was ist nun mit den andern 85 %? Sie werden eingeliefert zu ihrer Behandlung. Entmündigt sind sie noch nicht, so daß also eine rechtswirksame Zustimmung nicht beschafft werden kann. Wenn W. meint, wir seien im Zustand des Mittelalters angekommen, so kann er nur die Zeit nach 1949 meinen; denn erst durch das Grundgesetz, das in seinen demokratischen Formulierungen so rasch voraneilte, daß die andern Vorschriften nicht nachkamen, ist die bisher in Württemberg herrschende Verordnungspraxis und in Baden das weithin bekannte Irrenfürsorgegesetz ernstlich in Frage gestellt worden. Zwei Klippen haben sich durch das Grundgesetz ergeben, deren erste nur für Württemberg akut ist, da ja in Baden ein Gesetz vorliegt. Es heißt nämlich in Art. 2 des Grundgesetzes, daß in die Freiheit der Person nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden könne. Der Gedanke des Gesetzgebers ist hier klar. Es ist in vergangenen Jahren zu viel mit Verordnungen gearbeitet worden, so daß das Mißtrauen nicht einmal unberechtigt ist. Da nun aber die Gesetzgeber sehr langsam arbeiten, hat sich eine von den Gerichten geduldete Praxis gebildet, mit den alten Verordnungen solange weiterzuarbeiten, bis die geplanten Gesetze endlich entstehen. Dies ist an einem ebenfalls aus Art. 2 des Grundgesetzes entstandenen Problem entwickelt worden. Hier kann in die körperliche Unversehrtheit ebenfalls nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden. Tatsächlich hat Württ.-Baden zunächst folgerichtig den Polizeibeamten den praktisch undurchführbaren Erlaß zugehen lassen, sie dürften gegen Rechtsbrecher nur im Fall des Notstands oder der Notwehr mit der Waffe vorgehen. Die Wirkung war, daß flüchtende Verbrecher, denen gegenüber ja keine Notwehr des Polizeibeamten gegeben war, nicht mehr gefaßt werden konnten. So ging Württemberg-Baden wieder auf die alten Waffen-

gebrauchsverordnungen zurück, und das Oberlandesgericht Stuttgart hat in einer von mir in der Neuen Juristischen Wochenschrift besprochenen, sehr beachteten Entscheidung ausgeführt: „Solange kein ‚Gesetz‘ im Sinne des Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes ergangen ist, muß trotz Fehlens einer dahin gehenden Überleitungsvorschrift das unmittelbar aus den Aufgaben der Polizei abgeleitete Gewohnheitsrecht, das bisher gegolten und in den polizeilichen Dienstanweisungen seinen Niederschlag gefunden hat, im Hinblick auf die Bedeutung, die dem ungesetzten Recht auch nach rechtsstaatlicher Auffassung neben dem gesetzten Recht grundsätzlich zukommt, vernünftigerweise noch als genügende Rechtsgrundlage betrachtet werden.“ (NJW 1951 S. 854.)

Überträgt man diese Gedanken des OLG sinngemäß auf den Fall der Irrenfürsorge, so bestehen keine Bedenken, die württembergischen altbewährten längst Gewohnheitsrecht gewordenen Verordnungen ebenso wie das badische Irrenfürsorgegesetz weiter anzuwenden, bis der Gesetzgeber eine vernünftige Anpassung an das Grundgesetz vorgenommen hat.

Die andere, auf den ersten Blick scheinbar schwierige Frage, liegt in Art. 104 des Grundgesetzes. Hieraus leitet man ab, daß nur der Richter binnen 24 Stunden über eine Freiheitsentziehung entscheiden könne. Berücksichtigt man, wieviel Menschen in vergangener Zeit einfach auf Grund eines polizeilichen Schutzhaftbefehls abgeholt worden und verschwunden sind, so wird man den Sinn dieser Bestimmung ebenfalls billigen müssen. Ich beziehe aber diesen Richterspruch binnen 24 Stunden, der in Abs. 3 steht, nur auf sog. strafbare Handlungen, wogegen die anderweitige Regelung im Fürsorge- und Gesundheitswesen mit den bisherigen Formen der Einweisung durch den Bezirksarzt usw. durch Art. 104 Grundgesetz nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein kann. Daß eine gewohnheitsrechtliche Verordnung während einer Übergangszeit dem noch nicht erlassenen Gesetz an Wirkung gleich sein kann, bitte ich den oben zitierten Urteil zu entnehmen.

4. Zusammenfassend ist also W. insoweit zuzustimmen, daß wir wieder einmal, mittelbar als Nachwehen der vergangenen Jahre, in einem Zustand der Unklarheit leben, der für die Ärzte sicher nicht erfreulich ist. Dennoch ist — wenigstens als Provisorium — durchzukom-

men. Für die Gefährlichen reicht der oben unter 2. erwähnte Rechtszustand nebst der Praxis der Strafgerichte aus, wenn die Ärzte ihrerseits auch darauf hinwirken, daß kriminelle Taten und Gefährdungen auch wirklich der Staatsanwaltschaft bekannt werden. Für die harmloseren Fälle kann die bisherige Praxis, wie sie bis zum Grundgesetz galt, beibehalten werden mit einer gebotenen Behutsamkeit, daß man nämlich einen sich durchaus sträubenden Patienten, der keinen Schaden anrichten kann, lieber einmal laufen läßt. Im übrigen sollte aber seitens der Anstaltsärzte über das Innenministerium eine grundsätzliche Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs über die Weitergeltung der bisherigen Bestimmungen angestrebt werden, wie das in Baden bereits geschehen ist, ohne daß mir das Ergebnis bekannt wäre. Ferner muß der Gesetzgeber, id est der Landtag und der Bundestag, von der Ärzteschaft dauernd auf die Unhaltbarkeit dieser jetzigen Zustände hingewiesen werden.

Ich stimme dem Schlußabsatz W.s zu, daß der Richter bei der Aufnahme und Entlassung nicht krimineller und nicht gemeingefährlicher Geisteskranker nichts zu suchen haben sollte. Und der resignierte Schlußsatz, es geschehe nichts, bis einmal etwas passiere? Begehen denn nur Geisteskranke Bluttaten? Können nicht angesehen normale Bürger plötzlich viel unvermuteter Verbrechen begehen, die man viel weniger erwartet als bei dem Irren, der sich meist vorher schon irgendwie bemerkbar macht. Wird gegen einen Untersuchungsrichter nicht auch Geschrei erhoben, der einen Delinquenten mangels Fluchtgefahr entläßt, worauf dieser dann etwas anderes Schweres anstellt? Wir stehen alle in der Kritik der gegenseitigen Kontrolle. Die Anstaltsärzte nicht mehr und nicht minder als jeder Chirurg, der einen Kunstfehler begeht, und jeder Architekt, dem eine Mauer als Fehlkonstruktion einstürzt, und jeder Staatsanwalt, der den falschen Mann verhaftet. Vielleicht ist es auch gut so, daß wir unsere Schritte immer etwas genauer prüfen müssen, als stur nach Vorschrift und freiem Ermessen loszubauren. Der Arzt, der genau prüft, wird nicht wegen Freiheitsberaubung verurteilt werden; denn hierzu gehört, daß er widerrechtlich handelt und sich dieser Widerrechtlichkeit auch bewußt ist.

Gedanken eines Praktikers über die gesetzlichen Grundlagen für die Aufnahme Geisteskranker in württ. Heilanstalten

Von Dr. med. W. Kraus, Nervenarzt, Bad Cannstatt

In der Öffentlichkeit wird in diesen Tagen der Fall eines Hirnverletzten diskutiert, der auf einer Reise erregt wurde, Bewußtseinsstörungen bekam, danach in ein Krankenhaus verbracht und von dort — wie man hört — nach Verabreichung einer Injektion in eine Heilanstalt verlegt wurde. In einer großen Stuttgarter Tageszeitung wird die Frage ventilert, ob ein Arzt die Grundrechte des Menschen verletze, wenn er einen nicht gemeingefährlichen Kranken, der unter momentanen seelischen Störungen leide, ohne dessen Einwilligung durch eine Spritze das Bewußtsein „raube“, um dann, ohne Hinzuziehung eines Amtsarztes, eine ihm gutdünkende Handlung ungestört vornehmen zu können, gegen

die sich der Kranke bei wachem Geist gewehrt hätte. Da gegen die betr. Ärzte wegen Körperverletzung und Freiheitsberaubung Anzeige erstattet worden sei — so führt die Zeitung weiter aus —, hätten die Richter nun zu entscheiden, ob man einen bedauernswerten Hirnverletzten wie einen gemeingefährlichen Geisteskranken behandeln dürfe.

Ich möchte auf Einzelheiten dieses Falles nicht eingehen, da mir die Unterlagen zu seiner Beurteilung fehlen. Als Ausgangspunkt für einige Betrachtungen erscheint er mir aber doch geeignet. Wird ein Arzt zu einem akut geistesgestörten Kranken gerufen, etwa zu einer katatonen Erregung oder einem organischen Ver-

wirrhheitszustand, sieht er zunächst nur ein Zustandsbild. Da er den Längsschnitt des Krankheitsverlaufes meist so wenig kennt wie die prämorbid Persönlichkeit, kann er manchmal nur ganz allgemein die Diagnose „akute Geistesstörung“ stellen und muß auf eine differenziertere psychiatrische Diagnose verzichten. Er dürfte auch nur selten in der Lage sein, zu der mehr juristischen Frage der Gemeingefährlichkeit Stellung zu nehmen. Als Arzt hat er zunächst die Pflicht, dem in seiner Geistesstörung unruhigen oder gar erregten, auf alle Fälle bedauernswerten Menschen so rasch als möglich zu helfen, und dies kann er im allgemeinen nur durch eine rasche Überführung des Kranken in eine psychiatrische Fachabteilung. Ob mit oder ohne Betäubungsspritze, ist eine Frage sekundärer Bedeutung. Im Interesse des Kranken sollte der Transport so schonend als möglich durchgeführt werden, weshalb man auf die Verabreichung eines beruhigenden Medikamentes nur ungern verzichtet. Daß bei einem akuten Krankheitsgeschehen keine Zeit bleibt, etwa vor der Einweisung noch eine Entmündigung einzuleiten, ist selbstverständlich. Aus demselben Grund läßt sich wohl auch praktisch kaum die Zuziehung eines Amtsarztes ermöglichen, auch verbietet Zeitmangel selbst bei dem Verdacht auf Vorliegen von Gemeingefährlichkeit, das Eingreifen der Polizei oder Staatsanwaltschaft abzuwarten. Ich behaupte, daß nach meiner Erfahrung es im allgemeinen auch weder dem Wunsche unserer Kranken noch dem ihrer Angehörigen entspricht, daß der Akt der Einweisung in eine psychiatrische Klinik als Polizeiaktion vor sich geht oder auch nur von der Zustimmung des Amtsarztes abhängig gemacht wird. Ich meine auch, daß die Erfahrungen etwa im Zusammenhang mit dem Sterilisationsgesetz des Dritten Reiches vor einer erneuten Inangangsetzung allzu bürokratischer Mechanismen warnen sollten. Wir Ärzte müssen die Bevölkerung durch unsere Haltung davon überzeugen, daß wir unsere Kranken nicht nach Gutdünken, sondern nach bestem ärztlichem Wissen und Ge-

wissen, d. h. wenn wir es im Interesse des Patienten für geboten halten, in die psychiatrischen Krankenhäuser einweisen. Gelingt uns dies nicht, dann kann auch der Einbau weiterer gesetzlicher Sicherungen das da und dort aus vergangenen Epochen noch vorhandene Mißtrauen nicht beseitigen. Wünschenswert wäre es, wenn uns auch die Presse bei der Beseitigung allenthalben noch vorhandener Vorurteile unterstützen würde, z. B. sollte die Öffentlichkeit erfahren, daß es die gefürchtete alte Irrenbewahranstalt heute ja gar nicht mehr gibt. In unseren Heilanstalten werden die Kranken durchweg nach neuzeitlichen Gesichtspunkten behandelt, und eine moderne psychiatrische Klinik unterscheidet sich im Grunde kaum mehr von einer anderen Fachklinik.

Wir praktizierenden Ärzte begrüßen es, wenn — wie aus einem kürzlich gefaßten Beschluß des Bundestages zu entnehmen ist — die Unterbringung geisteskranker Personen bald eine neue gesetzliche Regelung erfahren soll. Gegenwärtig besteht jedenfalls noch eine bedauerliche Lücke in der Gesetzgebung. Ein gewisser Trost sind die Ausführungen von Herrn Oberstaatsanwalt Kohlhaas, daß nämlich die bisherige Regelung im Fürsorge- und Gesundheitswesen als Gewohnheitsrecht wohl weiter bestehe und durch Art. 104 GrG nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein könne. Demnach kann man also offenbar noch gemäß den Statuten der Staatsirrenanstalten vom Jahre 1899 (veröffentlicht im RegBl. für das Königreich Württemberg), verfahren. Nun hat sich aber doch im Laufe des letzten halben Jahrhunderts manches gewandelt, insbesondere glücklicherweise in den Heilanstalten selbst. Es ist deshalb im Interesse unserer Kranken zu fordern, daß baldmöglichst eine klare, unseren jetzigen praktischen Bedürfnissen Rechnung tragende gesetzliche Regelung erfolgt. Wir hoffen, daß durch sie auch eine rasche, ohne große Formalitäten vor sich gehende Einweisung akuter Geistesstörungen ermöglicht wird.

Moderne Therapie mit Blutegeln¹

Von Dr. med. Frieda Ehrenberg, Bonn

Über die einstige und heute erneute Anwendung der Blutegel als wesentliche therapeutische Maßnahme in der Medizin ist von Bernhard Aschner, Heinz Bottenberg und anderen Autoren eingehend berichtet worden. Um eine erfolgreiche Behandlung mit Blutegeln zu beginnen, ist es notwendig, einige technische Einzelheiten zu beachten.

Der Praktiker wird sich vor allem fragen, wieviel Blutegel angesetzt werden sollen, und in welchen Zeitabständen. Selbstverständlich ist hierbei in erster Linie die Konstitution des Patienten bestimmend. Im allgemeinen hat es sich als richtig erwiesen, je nach Schwere des Falles, zwei bis sechs, nur selten mehr als zehn Blutegel auf einmal anzusetzen, letzteres nur in ganz besonders gelagerten Fällen. Man muß in Betracht ziehen, daß ein

Egel das Vier- bis Sechsfache seines Gewichts saugt und mit Nachblutung sich etwa 50 Gramm Blutabnahme ergibt. Es ist daher nicht angebracht, z. B. nach einer Operation, die mit größerem Blutverlust verbunden war, bei einer danach auftretenden Phlebitis mehr als zwei bis vier Tiere auf einmal zu setzen, um einer Herzschwäche vorzubeugen. Wenn nötig, kann man am dritten Tage von neuem Blutegel setzen. Aus Vorsicht kann man vorher 5 ccm Heparat geben. Die Länge der Nachblutung richtet sich nach dem Kräftezustand des Patienten. Man soll diesen gerade besonders wichtigen Vorgang nicht zu früh abbrechen, denn in der länger anhaltenden Nachblutung und dem kontinuierlichen Lymphabsickern liegt ohne Zweifel ein hoher therapeutischer Wert. Im allgemeinen läßt man die Bißstellen acht, manchmal sogar elf Stunden nachbluten. Eine Ausnahme bildet die Angina pectoris. Hierbei muß die Blutung nach ein bis zwei Stunden zum Stehen gebracht werden. Dies geschieht

¹ (Aus Heft 9/10 der „Berliner Medizinischen Zeitschrift“ vom 15. Februar 1950.)

leicht durch Aufstreuen von Perfibrin-Pulver und Druckverband. Bottenberg empfiehlt neben Eisenchloridwatte Alaunpulver und als unbedingt sicher den Lapis-Stift. Der Blutegelbiß als solcher schmerzt nicht mehr als eine spitze Nadel, die senkrecht leicht gegen die Haut gedrückt wird. Es ist gut, die Egel möglichst nahe an den kranken Prozeß heranzubringen. Neuerdings werden öfter „desinfizierte Blutegel“ angeboten. Jeder dürfte aber doch wohl wissen, daß man ein lebendes Tier überhaupt nicht desinfizieren kann. Der Blutegel verfügt, wie Georg Schweizer festgestellt hat, über eine arttägige Bakterienflora; er beherbergt den nach ihm benannten *Bacillus hirudinis*.

Der Biologe Dr. Karl Zick, Leiter der Blutegelzucht- und Forschungsstelle, Marburg/Lahn, schreibt hierzu: „Es ist festgestellt, daß der *Bacillus hirudinis* nicht nur Staphylokokken im Wachstum hemmt und unterdrückt, sondern auch Meningokokken, Typhus-, Milzbrand-, Cholera-, Tetanuserreger und andere. Interessant ist dabei, daß die antibiotische Wirkung der dem Egel unmittelbar entnommenen Bazillen, wie mit Hilfe des internationalen Testes festgestellt wurde, durch mehrmalige Passage der Kulturen pathogener Erreger erheblich gesteigert werden kann. Die Wirkung ist durchaus unspezifisch, d. h. nicht nur gegen den Erreger gerichtet, durch den sie hervorgerufen wurde. Es konnten auch bereits zwei Stämme des *Bacillus hirudinis* unterschieden werden: ein Stamm, dessen Wirkungsmaximum bei 18–20 ° Celsius liegt, und einer, bei dem das Maximum bei Bluttemperatur (37 ° Celsius) liegt. — Der Blutegel desinfiziert sich also selbst!“

Bei der Anwendung der Blutegel in der Medizin kommt besonders ihre ableitende, auflösende, entgiftende und schmerzlindernde Wirkung zur Beobachtung. Ein Versuch mit Blutegeln ist bei jeder Art von Entzündung angebracht. Die am meisten bekannte Indikation ist die Phlebitis, aber auch auf Hämorrhoiden, Angina, Achseldrüsen- und andere Abszesse, Furunkel (speziell die gefährlichen des Gesichts) und Panaritien wirken diese Blutentziehungen bessernd und abkürzend ein. — Erhebliche Linderung der quälenden Schmerzen von Myalgien erreicht man durch Ansetzen von Blutegeln an die befallenen Stellen. Man wiederholt dies in längeren Abständen. Große Erleichterung gibt diese Therapie auch bei Gicht und akutem Gelenkrheuma, bei letzterem ist die Besserung oft erstaunlich schnell.

Die ableitende Wirkung der Blutegelapplikation tritt bei starker Hypertonie besonders in Erscheinung. Schwindelanfälle und Unsicherheit beim Gehen verschwinden sehr bald. Die oft gedrückte Stimmung und Reizbarkeit macht einer gewissen Euphorie Platz. Allerdings muß die Behandlung wiederholt werden, mindestens zwei- bis viermal im Jahr. Nach Eintritt eines apoplektischen Insultes kann man durch Anwendung von Blutegeln Lähmungen, besonders die entstellenden des Gesichts, oft ziemlich rasch beheben. So erlebte Verf. einmal bei einer Patientin, deren linkes Augenlid seit sechs Wochen infolge von Apoplexie geschlossen war, daß nach zweimaliger Anwendung von zwei Blutegeln an der betreffenden Schläfe der Zustand des Augenlides in zwei Wochen wieder normal war.

Bei Gallen- und Lebererkrankungen sowie Appendicitis ist die Blutegel-Therapie imstande, weitgehend die Beschwerden zu lindern und den Zustand des Patienten auf diese konservative Weise zu bessern, bis sein Allgemeinzustand die etwa notwendige Operation zuläßt.

Bei Erysipel sah Verf. nach Blutegelanwendung (sechs bis acht Tiere in diesem Fall) sehr schnelle Entfieberung und Besserung.

Bei allen Formen von Kopfschmerzen, inkl. Migräne, bei deren Hartnäckigkeit manchmal jedes andere Mittel versagt, bilden Blutegel die gegebene Therapie. Verfasser konnte einen Fall von Meningitis behandeln, der durch wiederholtes Ansetzen von je zwei Blutegeln hinter den Ohren (etwa viermal innerhalb einer Woche) bei langer Nachblutung vollständig geheilt wurde. Es handelte sich um einen eindeutigen Fall, der von namhafter internistischer Seite aufgegeben war.

Besonders augenfällige Wirkung erreicht man mit Blutegelanwendung bei den zahllosen Formen klimakterischer Beschwerden, insbesondere bei den oft bestehenden Depressionen. Es ist geradezu erstaunlich, wie nach diesen Blutentziehungen das ganze Weltbild der Patientinnen wieder ein positives wird.

Da Verf. sich seit über zwanzig Jahren besonders eingehend mit der Heilung von *Ulcera cruris* befaßt, wurden auch hierbei häufig Blutegel angewandt, mit bestem Erfolg. Die eitrig belegten, stark schmerzenden Wunden reinigten sich schnell, die Entzündung der Umgebung klang ab, der oft rasende Wundschmerz hörte manchmal innerhalb einer halben Stunde auf. Nach einem Tage verlor die Wunde ihr torpides Aussehen, war rot, angefrischt und erschien manchmal konzentrisch enger. So konnte man ambulant die Wunde dann beinahe schmerzlos in der üblichen Weise weiter behandeln.

Ein von den meisten Praktikern wohl wenig beachtetes Anwendungsfeld für Blutegel ist die Amenorrhoe. Man setzt einige Blutegel an die Headschen Zonen am Oberschenkel, wodurch die stockende Menstruation wieder regelmäßig wird.

Merkwürdigerweise sah Verf. bei Neuritiden, die mit Blutegeln behandelt wurden, keine Besserung.

Gewisse Voraussetzungen verbieten eine Blutegelanwendung. Es ist selbstverständlich, daß man bei sogenannten „Blutern“ keine Blutegel gebrauchen darf. Ebenso dürfen sie auf keinen Fall angewandt werden, wenn der Patient irgendwelche Hg-Präparate eingenommen hat. Sonst gut verträgliche Dosen wirken sofort absolut toxisch, sogar schon nach Anwendung von einem Tier. Verf. hält es auch nicht für gut, Blutegel bei Graviden am Bauch und an den Oberschenkeln zu setzen, wegen der möglicherweise entstehenden Abortgefahr.

Das Bestechende der Blutegeltherapie ist, daß sie ohne weiteres in jedem Privathaushalt angewandt werden kann. Wenn man bedenkt, welche schnelle und nachhaltige Wirkung man in diesem alten therapeutischen Rüstzeug zur Verfügung hat, welche Ersparnisse an Medikamenten, Arztkosten und Krankheitstagen man dadurch erzielen kann, so muß man dieses uralte, heute wieder recht moderne Mittel wärmstens empfehlen.

Bezugsquelle für Blutegel: Blutegelzucht- und -Forschungsstelle, Dr. Karl Zick, Marburg (Lahn), Schließfach 6, Südpost.

Über die Anwendungsbreite von Conteben, PAS und Streptomycin

(Verlautbarung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 24. Juli 1951)

A. Allgemeine Erfahrungen mit den drei Heilmitteln

Über die Behandlung der Tuberkulose mit tuberkulostatischen Mitteln liegen ausgiebige Erfahrungen vor. Trotzdem kann kein Zweifel bestehen, daß wir uns auch heute noch im allerersten Stadium unserer Erfahrungen befinden. Einige Tatsachen stehen endgültig fest:

1. Die tuberkulostatischen Mittel, Conteben, PAS und Streptomycin, können in der Behandlung der Tuberkulose bei richtiger Anwendung eine die Heilung fördernde Wirkung haben. Über Grad und Dauer dieser Wirkung, wie über den Grad der Wirksamkeit der einzelnen Mittel gehen die Meinungen auch heute noch weit auseinander.

2. Alle diese Mittel haben in vivo auf die Tuberkelbakterien nur eine bakterio-statische Wirkung. Sie setzen die Vitalität der Erreger nur herab, ohne diese ganz zu vernichten. Die Vernichtung des in seiner Vitalität beeinträchtigten Erregers bleibt den natürlichen Abwehrkräften des Organismus überlassen. Es kommt deshalb weiter darauf an, neben der Gabe der tuberkulostatischen Mittel diese natürlichen Abwehrkräfte zu mobilisieren.

Dies kann nur geschehen nach den Grundsätzen der hygienisch-diätetischen Behandlung in der Heilstätte. Die Heilstättenbehandlung stellt weiterhin die Grundbehandlung der Tuberkulose dar. Der Einbau von Kollapsverfahren in den Behandlungsplan bedarf auch bei Anwendung tuberkulostatischer Mittel sorgfältiger Abwägung, und der entscheidende Zeitpunkt für ihre Anwendung darf nicht versäumt werden.

3. Die tuberkulostatischen Mittel haben unter Umständen ernste toxische Nebenwirkungen. Ihnen ist durch entsprechende Überwachung durch den behandelnden Arzt, der die möglichen Nebenwirkungen kennt und die zu ihrer Früherkennung notwendigen Untersuchungsmethoden beherrscht, zu begegnen.

4. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Tatsache, daß die Tuberkelbazillen im Laufe der Anwendung tuberkulostatischer Mittel resistent werden, und zwar offenbar um so mehr, je wirksamer die Mittel uns heute erscheinen. So wird die Resistenz gegen Streptomycin schon nach wenigen Wochen, gegen PAS nach einigen Monaten, gegen Conteben seltener beobachtet. Die Kombination von Streptomycin und PAS scheint das Entstehen der Resistenz zu verzögern. Sind auch die letzten Konsequenzen dieser auftretenden Resistenz heute noch nicht ganz absehbar, so ist doch jetzt schon ganz sicher, daß die wahl- und kritiklose Anwendung der Mittel — ohne jeden Nutzen für den Kranken — nur dazu führt, daß allzu oft resistente Bakterienstämme mit ihren Gefahren für die Allgemeinheit herangezüchtet werden.^{*)} Dies gilt ganz besonders für das Streptomycin mit seiner hohen Wirksamkeit, aber der früh auftretenden Resistenz. Seine Anwendung ist eine äußerst verantwortliche ärztliche Aufgabe, der nur der in der Klinik der Tuberkulose erfahrene und mit der Anwendung tuberkulostatischer Mittel vertraute Arzt gerecht werden kann. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Behandlung mit Streptomycin nur vertretbar und angezeigt bei allen

^{*)} Siehe darüber „Vorläufiges Merkblatt über die Resistenz von Tuberkelbakterien gegenüber Streptomycin, PAS und Conteben“; zu beziehen von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstraße 41.

unmittelbar lebensbedrohlichen und bei allen für den weiteren Verlauf entscheidenden Stadien der Krankheit. Als solche können gelten:

- a) alle Stadien akuter und subakuter Generalisation, insbesondere Meningitis und Miliartuberkulose;
- b) alle eindeutigen ersten Frühstadien und entscheidende akute Schübe der Lungentuberkulose oder anderer Organtuberkulosen;
- c) alle noch heilbaren Tuberkuloseerkrankungen, bei denen operative Maßnahmen notwendig werden (Operationsschutz).

Bei den Fällen der Gruppen b) und c) sollte die Streptomycinbehandlung nicht über den Termin der vermutlichen Resistenzentstehung hinaus (etwa nach Verabreichung von 30 bis 40 g) fortgeführt werden, da ein unmittelbar lebensbedrohlicher Zustand ja nicht vorliegt und die Behandlung mit anderen tuberkulostatischen Mitteln weitergeführt werden kann. Dann kann bei etwaigen späteren entscheidenden Schüben und etwa notwendigen operativen Maßnahmen auf das Streptomycin zurückgegriffen werden.

B. Über die Indikationen und Grenzen der Anwendung der drei Heilmittel

Aus den bisherigen Erfahrungen ergibt sich also:

I. Die Behandlung der Tuberkulose mit tuberkulostatischen Mitteln wird in der Regel in den Rahmen einer klinischen oder Heilstättenbehandlung eingefügt werden. Eine ambulante Behandlung nur mit tuberkulostatischen Mitteln gilt bei dem heutigen Stand unserer Erfahrungen als unzureichend.

II. Außerhalb der Klinik oder Heilstätte gilt eine ambulante Behandlung mit tuberkulostatischen Mitteln als vertretbar und berechtigt:

1. vor der stationären Behandlung: bei unmittelbar lebensbedrohlichen Generalisationsstadien, wie bei Meningitis und Miliartuberkulose, bis zur Möglichkeit stationärer Behandlung (Streptomycin, evtl. in Verbindung mit PAS oder Conteben), wenn alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen eingeleitet sind;

bei allen entscheidenden Frühstadien und akuten Schüben der Lungentuberkulose und anderer Organtuberkulosen (PAS oder Conteben, kein Streptomycin) bis zur Möglichkeit der stationären Behandlung. Wie bisher ist eine stationäre Aufnahme dieser dringlichen Behandlungsfälle durch Gesundheitsämter, Lungenfachärzte und Ärzte zu beantragen und sollte von den Kostenträgern angestrebt werden.

2. nach der stationären Behandlung: nach Maßgabe der während der stationären Behandlung gemachten Beobachtungen kann die Behandlung mit tuberkulostatischen Mitteln (PAS und Conteben, nicht Streptomycin) ambulant fortgesetzt werden. Dabei ist fortlaufende Überwachung der Resistenz in allen Fällen notwendig, in denen Bakterien ausgeschieden werden.

III. Die Gesamtbehandlungszeit mit PAS sollte im allgemeinen sechs Monate nicht überschreiten.

IV. Die ambulante Behandlung von Kindern unter sechs Jahren mit Conteben wird zur Zeit noch als zu komplikationsreich abgelehnt.

Brillenverordnung durch Optiker, praktischen Arzt oder Augenarzt?

Von Dr. med. Rudolf Spuler jr., Augenarzt

Ein praktischer Arzt, der weit weg von einem Facharztzentrum wohnt, hat bekanntlich ganz andere allgemein-medizinische Aufgaben wie ein praktischer Arzt im Stadtgebiet. Er muß in groben Zügen die Hals-Nasen-

Ohren-, die Augenheilkunde, die Hautkrankheiten usw. kennen. Trotzdem kommt es aber zu selten vor, daß ein praktischer Arzt in einer solchen Klinik auch nur kurze Zeit gearbeitet hat.

Bei der viel zu theoretischen Ausbildung, z. B. in den Augenkliniken, kann sich der zukünftige Arzt nicht im entferntesten das Wissen aneignen, das später von ihm als Landarzt verlangt wird.

Der Verfasser erinnert sich noch, wie einer seiner Lehrer, der den Studenten immer wieder über die seltensten Anomalien am Augenhintergrund dozierte und dann für gewöhnliche Dinge nicht mehr Zeit fand, sagte, daß das Brillenverordnen viel zu kompliziert wäre, als daß es in die Vorlesung einer Augenklinik hineinpassen würde.

Wenn heute immer weniger praktische Ärzte Brillen verordnen, so kommt es andererseits immer häufiger vor, daß sie es sich sehr bequem machen und einfach Rezepte ausschreiben, die etwa besagen: „AOK Gernersheim, Müller, Max usw. bedarf einer Lesebrille.“ Mit diesem Rezept geht nun der Patient zum Optiker, nicht etwa immer zum Diplom-Optiker oder Optikermeister, sondern natürlich auch zum Uhrmacher-Optiker, der auf der Gewerbeschule neben seinem Uhrmacherfach gleichzeitig die „Augenoptik“ mehr oder minder als Nebenfach mit erschlagen hat. Dort wird der Patient nicht etwa ordnungsgemäß untersucht, d. h. jedes Auge für sich auf das Fernsehen geprüft und evtl. auskorrigiert, um dann die entsprechende Lese- oder Arbeitsbrille unter Berücksichtigung dieser Fernkorrektur verordnet zu bekommen, sondern er erhält eine Lesebrille mit seinem Alter ungefähre entsprechenden Gläsern, die einfach probiert werden.

Der Optiker, der für dieses Refraktionieren nichts von den Kassen bekommt, hat dann nur Interesse daran, ein möglichst teures Gestell dem Patienten zu verkaufen.

Es wäre daher die Forderung zu stellen, daß die Ärzte, die ihre Patienten zwecks Brillenanpassung zum Optiker verweisen, den Krankenschein nicht vergütet bekommen; denn schließlich wäre es ja dasselbe, wenn ein Arzt ein Rezept ausschreibt, auf dem steht: „Bedarf Herztropfen“, und es dem Apotheker überläßt, die richtigen herauszugeben.

Die Verordnung einer Brille ist eine ärztliche Leistung, und die Kassen wünschen mit Recht, daß ein Arzt diese Verordnung vornimmt, weil sehr oft schwerste Krankheitssymptome gelegentlich einer Brillenverordnung festgestellt werden.

Wenn nun der praktische Arzt sich etwas mit der Brillenlehre befaßt, so wird er zweifelsohne die Altersbrillen richtig verordnen können. Wenn er irgendwelche

Schwierigkeiten bemerkt, so muß er so viel Verantwortungsbewußtsein haben, derartige Fälle einem Facharzt zu überweisen, sofern er nicht überhaupt alle Brillenbestimmungen diesem überläßt.

Es ist natürlich besser, wenn der praktische Arzt die Brillenverordnung vornimmt und nicht der Optiker oder Uhrmacher-Optiker, so daß sich diese immer mehr als anerkannte Brillenverordner aufspielen und behaupten, das Aufsuchen eines Augenarztes sei nicht notwendig.

Viele Optiker zwar bekennen offen, daß es ihnen lieber ist, wenn sie nur ärztliche oder augenärztliche Rezepte auszuführen haben. Wenn nun aber ein Privatpatient zum Optiker kommt und eine Brille oder eine Änderung seiner Brille verlangt und der Optiker verweist ihn, genau wie in der knappen Zeit, zum Augenarzt, so wird dieser Patient unter Umständen zu einem anderen Optiker gehen, der das Refraktionieren selbst vornimmt, um sich den Kunden zu erhalten.

Was würde aber die Optikerschaft dazu sagen, wenn die Augenärzte als Ausgleich dafür, daß die Optiker ohne Rezepte Brillen abgeben und refraktionieren, ihren Patienten z. B. Brillengestelle verkaufen würden?

Der Optiker trifft es nun nicht wesentlich — wie dem Verfasser viele bestätigten —, daß die Krankenkassen verhältnismäßig wenig für das Kassenbrillenmodell vergüten. Er verlangt seine Aufzahlung für das immer wieder gewünschte bessere Gestell. Es ist leider den wenigsten ärztlichen Ständevertretungen und Ortskrankenkassen bekannt, daß die „armen“ Rentner und Arbeiter, denen nicht zugemutet werden kann, ihren Arzt gebührend zu bezahlen, sich oft die teuersten Luxusbrillen leisten.

Zum Schluß sei nochmals betont, daß schon aus Prestigegründen gefordert werden muß, daß Brillen grundsätzlich von Ärzten zu bestimmen sind und der praktische Arzt nicht etwa dadurch die Arbeit des Augenarztes herabwürdigt, daß er sogenannte Brillennotwendigkeits-Bescheinigungen in Rezeptform dem Optiker zustellt. Er stellt sich dadurch doch letzten Endes selbst ein Armutszugnis aus, wenn er derartig unärztliche Rezepte fertigt.

Das Verordnen von Brillen, das unter Umständen sehr schwierig sein kann, soll doch eigentlich vom Facharzt oder geübten praktischen Arzt vorgenommen werden und nicht vom Optiker.

Die Ärzte sollten auch in dieser Hinsicht mehr Zusammengehörigkeitsgefühl und Standesbewußtsein haben!

Buchbesprechungen

Prof. Dr. Wilhelm Heupke: „Diätetik“. Die Ernährung des Kranken. Verlag Theodor Steinkopff, Dresden, 1950, 230 Seiten, geb. DM 10.80, brosch. DM 9.50.

Der Autor hat sich in der letzten Auflage seines seit 1936 bestens eingeführten Buches bemüht, den wechselvollen Ernährungsverhältnissen Rechnung zu tragen, indem er entsprechende neue praktische Beispiele für die Ernährung des Gesunden und Kranken mitteilt. Die Handhabung des Buches in der Praxis wird wesentlich erleichtert durch neue sehr übersichtliche und instruktive Tabellen. Die Gliederung des reichen Inhaltes hat gegenüber den früheren Auflagen keine grundsätzliche Änderung erfahren. Die vorliegende 5. Neuauflage des Werkes ist für Ärzte, Diätassistentinnen und Studenten gleich wichtig. Für die Neubearbeitung des für die Praxis so wertvollen Buches muß man dem Autor und Verleger sehr dankbar sein.

Dr. Helmut Speth

„Deutscher Ärztekalendar 1952“, Verlag Urban & Schwarzenberg, DM 7.50.

Der Inhalt dieses von vielen Ärzten besonders geschätzten Taschenbuches ist in der Ausgabe für das Jahr 1952 etwas günstiger angeordnet, im einzelnen ergänzt und vervollkommen. Das trifft u. a. auf die jetzt sehr übersichtlich angeordneten Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht zu. Dem alphabetischen Arzneimittel-Verzeichnis ist diesmal ein Indikationsverzeichnis vorangesetzt. Das Arzneimittel-Verzeichnis selbst ist zeitgemäß ergänzt. Die Rententabelle wurde erweitert. Neu eingeführt ist der allerdings sehr kurz gefaßte Abschnitt über die wichtigsten Bestimmungen der Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmitteln. Den Ausführungen über diese wichtige Verordnung gebührt ein breiterer Raum. Das Kalendarium nimmt $\frac{1}{3}$ des Buches in Anspruch, auswechselbare Quartalshefte würden die Handlichkeit des Ärztekalendar erhöhen.

Dr. Möbius

Fudalla: „Die fokale Erkrankung des Körpers“. Hippokrates-Verlag Stuttgart, 184 Seiten, DM 8.50.

Während man heute in Amerika, wo in den letzten 20 Jahren alle fokalen Erkrankungen aufs intensivste saniert wurden, nur mehr wenig an die allgemeine Wirkung der Herde glaubt, wird in Deutschland die Lehre von der Fokalinfektion immer moderner. Dabei fehlt ja immer noch der Nachweis mit großen Zahlen, daß dieselbe Krankheit schneller und besser durch Fokalsanierung geheilt wird als ohne eine solche, etwa bei *Ulcus ventriculi*, Arteriosklerose, Tuberkulose, Bronchialasthma. Schießen die Anhänger des Dogmas, das bei so gut wie allen Krankheiten der Herdinfektion eine überragende Bedeutung zuschreibt, nicht weit über das Ziel hinaus? So erscheinen uns manche von Fudalla erwähnten Beispiele wenig Beweiskraft zu haben. Andererseits kann doch in vielen Fällen, z. B. bei Polyarthritiden rheumatica oder Nephritis, wohl kaum mehr an dem Einfluß von Fokalinfektionen gezweifelt werden. Und hier ist es sehr wertvoll, daß Fudalla in klarer und gründlicher Weise darstellt, wie man sich die Vorgänge bei der Herdinfektion denkt, wie die Diagnose gestellt wird und was bei der Sanierung (namentlich nicht unvollständig sanieren!) zu tun ist. Prof. Dr. Dennig

Adolf Mayer: „Exkursionsflora von Südwürttemberg und Hohenzollern“. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H., Stuttgart, 1950, 597 Seiten, geb. DM 9.50.

Mit großer Freude wurde die neue Bearbeitung der „Exkursionsflora von Südwürttemberg und Hohenzollern“ durch Apotheker Adolf Mayer in Tübingen bei allen Apothekern, Ärzten und Naturwissenschaftlern begrüßt. Erfreulicherweise wurden die Grenzen seiner Tübinger Flora gegenüber früher etwas weiter gesteckt. Eigentlich erübrigt es sich, über diese Exkursionsflora ein besonderes Wort zu schreiben, denn Apotheker Mayer hat schon früher damit seinen Namen für alle Zeiten verewigt. Sehr zu begrüßen ist, daß in dieser Flora die in der Allopathie und Homöopathie gebräuchlichen Pflanzen besonders namhaft gemacht sind. Leider mußte aus Papiermangel von der Aufnahme von photographischen Bildern abgesehen werden; es wäre aber sehr zu begrüßen, wenn das in einer späteren Auflage wieder möglich wäre.

Die Flora von Adolf Mayer wird sich im neuen Gewand zu den alten Freunden viele neue werben. Dem Verlag ist für Druck und Ausstattung ebenfalls besonderer Dank zu sagen. Der hochbetagte Tübinger Botaniker hat damit seinem jüngsten Schwiegersohn, der sein Leben im zweiten Weltkrieg lassen mußte, das denkbar schönste Denkmal gesetzt.

Prof. Dr. Kaiser

Dr. Alexander Rost: „Allergie und Praxis“. Springer-Verlag Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1950, 191 Seiten, 15.60 DM.

Der Begriff der Allergie ist in diesem ausgezeichneten Buch sehr weit umrissen und umfaßt nicht nur die als solche allgemein bezeichneten Überempfindlichkeitsreaktionen (hier „Idiosynkrasie“ genannt), sondern auch das allergische Geschehen im Verlaufe von Infektionen („Infektionsallergie“). Beide haben die Antigen-Antikörper-Reaktion (A. A. R.) gemeinsam. Der Unterschied besteht in der normalen Zunahme des Antigens durch Vermehrung der Bakterien im Körper bei der letzteren und im plötzlichen Angebot des Antigens von außen bei der „Idiosynkrasie“. (Diese Bezeichnung ist etwas störend, da sie von anderen Autoren in anderem Sinne gebraucht wird.) Eine allergische, also krankhafte, Reaktion tritt bei diesen Vorgängen dann ein, wenn sich vasomotorisch-aktive „H-Substanzen“ (Histamin, Acetylcholin usw.) in wirksamer Menge ansammeln. Dies hängt aber nicht nur von dem Ausmaß der A. A. R. ab, sondern auch von der Geschwindigkeit des Abbaues dieser Substanzen, welcher vom vegetativen Nervensystem beeinflusst wird. Histamin tritt aber auch ohne den Ablauf einer A. A. R. beim Dermographismus auf. Völlig ungeklärt ist noch die Entstehung der „Parallergie“ (polyvalente Überempfindlichkeit). Im speziellen Teil werden die diagnostischen Methoden und die Therapie ausführlich behandelt. Wenn auch noch viel im Fluß ist, so gibt das Buch doch sehr viele interessante Anregungen. Die neuen Anschauungen von Ricker und Speranski werden eingehend gewürdigt. Die Allergene werden zunächst in die drei großen Gruppen der Kontaktallergene, der Nahrungsmittelallergene und des Aeroplanktons eingeteilt. Zur Allergie sind besonders die Leptomenen disponiert. Der Einfluß

psychischer Faktoren gerade bei dieser konstitutionell labilen Gruppe sollte meines Erachtens weitere Berücksichtigung finden. Der Nachweis einer Allergie gegen das körpereigene Kochsalz lediglich durch Leukoteste wird wohl wenig Anklang finden. Wenn trockenes Kochsalz in Mengen von fünf Gramm in den Magen kommt, wird schon ohne das Vorliegen einer Allergie eine vegetative Reaktion zu erwarten sein. Einer Nachprüfung auf breiterer Basis wert erscheint jedoch der Einfluß der Ausschaltung einer latenten Nahrungsmittelallergie, die durch den Leukotest ermittelt werden kann, auf den Verlauf der Lungentuberkulose.

Dr. Hoschek

Max Kibler: „Segment — Therapie bei Gelenkerkrankungen und inneren Krankheiten“. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 128 Seiten, DM 9.50.

Dem Verfasser geht es in diesem Buch „nicht so sehr um Theorien als in der Hauptsache um die Erfahrungen aus einer großen Praxis“. Nach einer kurzen Definition der hyperalgetischen Zonen (HAZ) schildert der Verfasser die verschiedenen Möglichkeiten der Einwirkung auf die HAZ. Es werden verschiedene medikamentöse Methoden (Einspritzungen von Novocain, Natr. bicarbon, Luft usw.) und physikalische Maßnahmen (Kälte, Wärme, Kurzwellen, Ultraschall, Massage usw.) erörtert, wobei dem Verfasser das „gewußt wo“ wesentlich erscheint, nicht das „gewußt was“. Der Behandlung einzelner Krankheiten ist ein großes Kapitel gewidmet, aus dem jeder Arzt Anregungen für seine Praxis und für theoretische Erwägungen schöpfen kann.

Dr. Hangleiter

„Medizinalkalender 1952“ begründet von Dr. Paul Börner. 73. Jahrgang. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, DM 7.50.

Wer sich an die vorhergehenden Jahrgänge des Medizinalkalenders gewöhnt hat, wird mit Freude und wirklichem Bedürfnis nach dem neuen greifen. Es ist alles, wirklich alles in ihm enthalten, was der Arzt — Krankenhausarzt, Praktiker und Spezialist — an Daten und Tatsachen, an Namen und Vorschriften wissen muß (und ohne dieses Hilfsmittel gar nicht im Kopf haben kann): Rezepturmittelverzeichnis, Spezialitätenverzeichnis (220 S.), Betäubungsmittelvorschriften, mittlere, Einzel- und Maximalgaben aller wichtigen Arzneimittel, Dosierung bei Kindern, die „wichtigsten“ medizinischen Laboratoriumsmethoden (tatsächlich sind fast alle beschrieben), die Vergiftungen — Symptome und Behandlung —, die Behandlung akuter lebensbedrohender Erkrankungen. Es ist hier nicht der Platz, den ganzen Inhalt des Medizinalkalenders aufzuzählen; es sei nur noch erwähnt, daß, verglichen mit dem letzten Jahrgang, einige neue Kapitel hinzugekommen sind, u. a. „Arzt und Steuer“ und „die moderne Narkose“.

Dies alles auf Dünndruckpapier in Taschenformat — wirklich handlich und leicht — wird zu einem erstaunlich niedrigen Preis angeboten.

Dr. Schröder

A. Ravelli: „Grundlagen zur Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose im Kindes- und Erwachsenenalter.“ Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1950, 90 Seiten mit 56 Abbildungen, kart. DM 10.—

Die aus dem Röntgeninstitut der chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck stammende Arbeit will durch Zusammenstellung röntgenologisch skizzierter Grundtypen der Lungentuberkulose nach einer pathogenetischen Betrachtungsweise einen einfachen Weg durch das verwirrende Ablaufbild der Lungentuberkulose zeigen. Dabei wird von einer röntgenologischen Differentialdiagnose abgesehen, da das Bild ja nur — wenn auch den wichtigsten Teil — der klinischen Ergebnisse darstelle. Es wird jeweils kurz die Untersuchungstechnik, das normale und pathologische Thoraxbild, der Röntgenbefund abgehandelt. Dann werden die Begriffe und Erscheinungsformen erläutert, worauf die Bilder der Lungentuberkulose dargestellt werden; hierbei folgt der Verf. der Einteilung von Wilhelm Neumann. Der Text wird durch schematische Skizzen, entsprechend den Thoraxstempeln mit eingezeichneten Schatten ergänzt. Dabei wird die Weiterentwicklung des Röntgenbefunds im klinischen Ablauf besprochen. Ein kurzes Kapitel über die tuberkulöse Erkrankung der Pleura bildet den Abschluß des Büchleins, dem ein Verzeichnis des Schrifttums und ein Sachregister angefügt

sind. Die Literatur in den Hand- und Lehrbüchern ist vorwiegend aus den letzten Jahren; die Zeitschriftenauslese ist meist älter. Es sind mit einigen Ausnahmen nur deutschsprachige Autoren genannt.

Prof. Dr. Scholz

Prof. Dr. F. A. Wahl: „Hygiene und Körperschulung der Frau“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950, 166 Seiten, 21 Tafeln. Preis DM 16.80.

Ein schönes und wertvolles Buch, von großem Ernst und viel Idealismus getragen, das der glücklichen Kombination von Sport- und Frauenarzt seine Entstehung verdankt. Sein Inhalt geht weit über den Rahmen des Titels hinaus. Neben allgemeiner Physiologie der Frau und zweckentsprechender Anatomie geht es auf viele Möglichkeiten des Sports und der Gymnastik ein und streift auch die Geschichte der Gymnastik im allgemeinen. Auch die Leibesübung, Kleidung und Lebensweise während der Menstruation, Schwangerschaft und im Wochenbett wird eingehend behandelt. Ausgezeichnete Tafeln für die Darstellung der gymnastischen Übungen steigern den Wert des Buches, wie auch die ganze Ausstattung dem Verlag zur Ehre gereicht.

Dr. Pfeilsticker

Prof. Dr. Korkhaus: „Jugendzahnpflege“. Vorträge von der Tagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde am 2. und 3. April 1949 in Halle. München 1950, Carl Hanser Verlag. Preis kart. DM 12.—.

Die Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Halle hat sich in dankenswerter Weise um das ärztlich und sozial gleich wichtige Gebiet der Jugendzahnpflege angenommen. Wissenschaftler und Schulzahnärzte haben zu den wesentlichen Problemen der Jugendzahnpflege Stellung genommen. Sowohl die Behandlung der Milchzähne als auch kieferorthopädische Fragen wurden erörtert. Für den in der Jugendzahnpflege interessierten Arzt ist die vorliegende Zusammenstellung eine Bereicherung.

Dr. Dr. Rheinwald

Prof. Dr. Axhausen: „Leitfaden der zahnärztlichen Chirurgie“. Einführung in die klinische Zahnheilkunde für Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde in 16 Vorlesungen. München 1950, Carl Hanser Verlag. Preis kart. DM 18.—.

Das Buch ist aus dem Unterricht entstanden und dementsprechend in Vorlesungen aufgegliedert. Da es sich sowohl an die Studenten der allgemeinen Medizin wie auch an den werdenden und fertigen Zahnarzt wendet, mußte Axhausen sich bei dem gegebenen Umfang auf eine Auswahl der ihm besonders wichtig erscheinenden Kapitel aus der allgemeinen und speziellen zahnärztlichen Chirurgie beschränken. Darstellung und Ausstattung sind mustergültig. In der zahnärztlichen Chirurgie-Literatur füllt der Leitfaden eine Lücke aus.

Dr. Dr. Rheinwald

Rupprecht Matthaei: „Vom Leben des Leibes.“ Erstes Buch: „Die Sicherung des Lebens.“ Verlag Butzon & Bercker, Kevelaer, 152 Seiten, Halbleinen DM 4.80.

Im vorliegenden ersten Band einer „Einführung in die Physiologie durch Beobachtung und Versuch am eigenen Körper“ berichtet R. Matthaei in besonders ansprechender Form über die Zusammenhänge der physiologisch bedeutsamsten Funktionen der Innenorgane.

Neuartig ist für den Wissenschaftler wie für den Arzt die Art und Weise, wie der Verfasser lehrt, die Sprache der menschlichen Leibeserscheinungen zu verstehen: Er will, wie es im Vorwort heißt, „als echter Lehrer“ die Mittel weitergeben, durch die die Schüler (Leser) sich selbst überzeugen können. Der Leser soll am Erlebnis des Hungers, des Atmens, des Gähnens und Sprechens usw. . . . beispielhaft entdecken, was sich „von innen“ entdecken läßt. Es werden nicht mühevoll zu entwirrende physikalische Registrierungen und Experimente vermittelt. Auf die ganze Gestalt des Menschen wird vielmehr hingewiesen. Das Mosaik der Einzelergebnisse wird gedeutet. In genialer Übersicht kündigt sich einfach und transparent etwas zwar in modernen Lehrbüchern Analysiertes, jedoch nie unter dem Blickwinkel der verständlichen Zusammenordnung Gezeigtes. Der für den modernen durch

Theorien verwirrten Arzt so notwendige „Zugang zum Leben durch Erleben“ steht plötzlich offen. Der Geist Goethes, den Matthaei immer wieder in überraschendem Citando aufleuchten und klären läßt, erscheint für den Arzt und Wissenschaftler in bisher nie zugänglichem Zusammenhang. Wir dürfen dankbar sein, daß ein so souveräner Kenner wie Matthaei dazu beigetragen hat, klare Wege zum Verstehen der Physiologie zu finden, die es dem im Wust der Zeitschriften fast erstickenden praktischen Arzt unserer Zeit ermöglichen, ohne Schwierigkeiten die Grundlagen der Wissenschaft zu erkennen.

In der Ganzheitsbetrachtung fördert der Verfasser mit einer „Individualphysiologie“ den Gedanken, nicht Krankheiten, sondern Kranke zu erkennen und zu behandeln. Man darf mit Spannung die beiden nächsten Bücher erwarten.

Dr. Junkersdorf

Prof. Dr. Walter Seitz: „Taschenbuch der inneren Medizin.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1950, 319 Seiten, Preis Lw. DM 15.—.

In dem kleinen Buch ist auf kleinstem Raum der gesamte Stoff der inneren Medizin mit den neuesten Erkenntnissen und Erfahrungen besprochen. Die übersichtliche Einteilung der großen Kapitel und die Gliederung der einzelnen Krankheiten in Ursachen, Erscheinungsbild, Diagnose und Differentialdiagnose, Therapie und Prognose erleichtern das Nachschlagen. Trotzdem hat man nirgends den Eindruck eines starren Schemas. Der Text, vielfach im Telegrammstil geschrieben, liest sich leicht und flüssig. Die schwierige Aufgabe, mit wenigen Worten viel zu sagen und insbesondere das Wesentliche zu sagen, ist dem Verfasser ausgezeichnet gelungen. Als Nachschlagewerk zur schnellen Orientierung für die Praxis und als Repetitorium für den Studierenden ist das Buch wärmstens zu empfehlen.

Dr. Hangleiter

Dietlen, Hans: „Friedrich Moritz.“ Ein großer Kliniker. Verlag Balduin Pick, Köln, 152 Seiten, geb. DM 10.50.

Als einstiger Assistent von Moritz war Dietlen besonders befähigt, diese Biographie zu schreiben. Die langjährige Zusammenarbeit ermöglichte auch ein tieferes Eindringen in die dem Fernstehenden verschlossene Eigenart des Forschers, Klinikers und Arztes Moritz, so daß man oft glaubt, eine psychologische Studie vor sich zu haben. Rein äußerlich gesehen verlief der Lebensweg von Moritz in den für einen deutschen Hochschullehrer üblichen Bahnen. Der 1861 in Mainz Geborene wurde Assistent bei v. Ziemssen in München und erhielt bereits mit 30 Jahren als planmäßiger Ordinarius die Leitung der medizinischen Poliklinik in München. Nach 10jähriger äußerst erfolgreicher Arbeit übernahm Moritz 1901 die Leitung der Greifswalder medizinischen Klinik, um von da 1905 nach Gießen, 1907 nach Straßburg berufen zu werden. Die eigentliche Universitätslaufbahn wurde unterbrochen, als Moritz 1911 an die medizinische Akademie Köln als Direktor der Lindenburg ging, um deren Ausbau er sich eifrig bemühte und damit auch bei der Erweiterung Kölns zur Universität die Errichtung der medizinischen Fakultät betreute. Nach der 1929 erfolgten Emeritierung lebte Moritz bis zu seinem Tode (1938) weiter in Köln. Eine stark naturwissenschaftlich betonte Begabung (Moritz schwankte noch nach seinem Examen, ob er nicht zur Chemie übergehen soll), verbunden mit einer großen Freude an der Technik wiesen den Weg in der wissenschaftlichen Arbeit. Physiologisch-chemische Untersuchungen und vor allem die Erfindung der mit selbst konstruierten Apparaten ausgeführten röntgenologischen Herzgrößenbestimmung (Orthodiagraphie) begründeten den wissenschaftlichen Ruf. Aber auch auf vielen andern Gebieten war Moritz literarisch tätig, wober das Verzeichnis seiner Arbeiten Auskunft gibt. Trotzdem Moritz in der großen Zeit der naturwissenschaftlichen Medizin aufwuchs, war und blieb er stets der Arzt, der sagen konnte: „Ein unbeseeltes Arztum ist seiner feinsten Fähigkeiten und Möglichkeiten entkleidet.“ Das anregend geschriebene Buch ist eine genußreiche Lektüre.

Prof. Dr. Stübler

Dr. med. Otto Lade: „ABC für junge Mütter.“ Kurverlag Wiesbaden, 228 Seiten, DM 5.80.

Dieses Buch sollte wirklich im Besitz jeder Mutter, Kinder- und Kindergärtnerin sein. Es gibt über alle Fragen, die mit der Aufzucht und Pflege von Säuglingen und Klein-

Kindern zusammenhängen, eine gute, für jeden verständliche Auskunft. Durch die kurze Besprechung der am häufigsten auftretenden Krankheiten unserer Kinder werden den Müttern nicht nur unnötige Sorgen und kopfloses Handeln erspart, sondern die einfachen Sofortmaßnahmen erklärt, bevor der Arzt zur Stelle sein kann. Vieles, was durch Aberglauben oder Bequemlichkeit der Erwachsenen den Kleinen schadet, wird hier ausgemerzt, aufgeklärt und richtiggestellt.

Wir haben ein kleines ideales Lehrbuch vor uns, das vielleicht dem Arzt zunächst durch die alphabetische Anordnung der Stichworte etwas zerstückt erscheint, das aber gerade dadurch jedem Laien ein schnelles Informieren ermöglicht. Alle, die irgendwie für Kinder Verantwortung tragen, werden dem Verfasser für diese Zusammenstellung dankbar sein.

Dr. Grundler

Nicola Markoff: „Klinik und Therapie der massiven Magen-Darm-Blutung.“ Medizinischer Verlag, Hans Huber, Bern, kart. 135 Seiten, fr. 14.20, Zürich 1950.

In der vorzüglichen Schrift wird im ersten Teil die Ursache massiver Magen-Darm-Blutungen besprochen. Wenn auch die häufigste ein Ulcus ist, so muß immer auch an ein Carcinom, eine Gastritis oder an eine der selteneren Krankheiten wie Varizen des Oesophagus, Erkrankungen im Pfortadergebiet, Blutkrankheiten oder auch an Ursachen, die außerhalb des Magens liegen, gedacht werden. Es wird die Differentialdiagnose erörtert und dann im 2. Teil die Behandlung eingehend dargelegt. Es wird bei der Ulcus-Blutung der kalorienreichen, breiigen Kost der Vorzug vor anderen Ernäh-

rungsprinzipien gegeben, dabei natürlich Bluttransfusion usw. als notwendig bezeichnet. In erster Linie wird der Hausarzt, aber auch der Kliniker gleichen Gewinn beim Lesen der Arbeit haben.

Dr. Walther Scharpf

Professor Dr. Wiesner: „Allgemeine Krankheitslehre.“ Eine Einführung in die allgemeine Pathologie für Krankenschwestern. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1950, 87 Seiten, kartoniert DM 5.—.

Wenn Krankenschwestern sich die erste Grundlage auf dem Gebiete der allgemeinen Krankheitslehre erworben haben, kann ihnen die Schrift von W. warm empfohlen werden. Sie führt in einer durchaus geeigneten Form in die Vorgänge der allgemeinen Pathologie und pathologischen Physiologie ein. (Von älteren Schwestern und von Schwesternschülerinnen, die sich über die feineren Vorgänge und häufigen Vorstellungen beim Krankheitsgeschehen genau orientieren wollen, wird diese Broschüre sicher freudig aufgenommen werden.) Und auch der Lehrer, welcher die Schwestern unterrichtet, wird es angenehm empfinden, wenn er diese Schrift zur Hand nehmen kann. Einige kleine Wünsche für eine Neuauflage möchte ich erwähnen: Unter den Erregern sollten die Rickettsien nicht vergessen sein. Auch ein Hinweis darauf, daß es noch viele durch verschiedenste Arten von Erregern hervorgerufene Tropenkrankheiten gibt, würde das Bild der Infektionskrankheiten abrunden, und im Anhang, der die Fremdwörter erklärt, dürften vielleicht noch etwas mehr medizinische Fachausdrücke erklärt werden.

Dr. Walther Scharpf

Bekanntmachungen

Zum Streikbeschuß des Münchner Ärztetages

Der Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat sich am 10. November 1951 mit folgendem in der Öffentlichkeit fälschlich als „Streikbeschuß“ bezeichneten Beschuß des 54. Deutschen Ärztetages beschäftigt:

„Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den ärztlichen Standesorganisationen die Durchführung einer Urabstimmung über einen 24stündigen Proteststreik gegen die unsoziale Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft.

Bei einem Zustandekommen des Streikes wird durch einen Notdienst — ähnlich dem Sonntagsdienst — die ärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Mit diesem Schritt will die sich in dieser Frage einige Ärzteschaft eindeutig dokumentieren, daß die Erhaltung ihrer Existenz im Interesse der gesamten Volksgesundheit durch eine unaufschiebbare und umfassende Reform des Sozialversicherungswesens garantiert werden muß.“

Der Gesamtvorstand erblickt in diesem Beschuß ein besorgniserregendes Anzeichen für die verzweifelte Lage, in die die Ärzteschaft gebracht worden ist. Er wird die Entscheidung darüber, ob eine Urabstimmung durchgeführt werden soll, dem Präsidium des Deutschen Ärztetages überlassen, das sich aus den Vorständen der ärztlichen Berufsorganisationen und aus Vertretern der medizinischen Fakultäten und kleinerer Ärztegruppen zusammensetzt. Der Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern erwartet von den Regierungen und Parlamenten und von den Vertragspartnern der Ärzte, daß sie alles tun werden, um dem Berufe den Verzicht auf die Urabstimmung zu ermöglichen. Wie aus dem Wortlaute des Beschlusses hervorgeht, ist nicht an Arbeitsniederlegung gedacht, sondern nur daran, an einem Wochentage den sogenannten Sonntagsdienst durchzuführen, bei dem die zur Versorgung der Kranken erforderliche Zahl von Ärzten so zur Verfügung steht, daß Nachteile für die Kranken ebensowenig entstehen können, wie an Sonn- und Feiertagen. Einen Streik als Mittel zur Durchsetzung beruflicher Forderungen und jedes andere Droh- und Druckmittel, das den Kranken schaden könnte, lehnen die Ärztekammern nach wie vor mit aller Entschiedenheit ab.

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat Januar 1952 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Stadt. Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestr. 18, folgende Vorträge statt, zu denen ich freundlichst einlade:

Freitag, 11. Januar 1952, 20 Uhr

Prof. Dr. Thomsen, Homburg:

„Die Ursachen und die Bekämpfung der Haltungsschwächen und der Haltungsfehler“

Freitag, 18. Januar 1952, 20 Uhr

Prof. Dr. Mellinshoff, Kirchheim-Teck:

„Die 17-Ketosteroidausscheidung und ihre praktische Bedeutung“

Freitag, 25. Januar 1952, 20 Uhr

Dr. Fährdrich, Baden-Baden:

„Diagnostik und Therapie des primär und sekundär chronischen Gelenkrheumatismus“

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

Meldepflicht für Hochfrequenzgeräte

Laut Mitteilung der zuständigen Oberpostdirektionen sind alle H.F.-Geräte, die im Betrieb sind bzw. in Betrieb genommen werden, unverzüglich der Oberpostdirektion zu melden, da nach dem 31. März 1952 Geräte, die nicht der endgültigen Regelung entsprechen, nicht mehr genehmigt werden. In der Anmeldung ist zu vermerken

- Name des Antragstellers, Beruf, Wohnort, Straße
- Geräteart, Herstellerfirma, Typenbezeichnung und Nummer sowie Verwendungszweck
- Hochfrequenzleistung in Watt oder Kilowatt,
- Frequenz in kHz oder MHz
- Art der Hochfrequenzzeugung (z. B. Funkenstrecken- oder Röhren-Generator)
- Bezeichnung des Grundstücks nach Ort, Straße und Hausnummer, auf dem das H.F.-Gerät betrieben wird.

Die nachfolgende Übersicht soll veranschaulichen, wie lange die einzelnen H.F.-Geräte unter Bezug auf die technischen Bedingungen nach erfolgter Anmeldung (bei der OPD) betrieben werden dürfen.

| H.F.-Geräte | dürfen zeitlich betrieben werden | Bemerkungen |
|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1. die der endgültigen Regelung entsprechen | ohne Beschränkung | a) Diese Geräte sind durch eine vom FTZ oder der SVPF vorgenommene Prüfung begutachtet. |
| 2. die der Übergangsregelung entsprechen | bis zum 31. 3. 1960, falls keine Funkdienste gestört werden. | Diese Geräte müssen bis zum 31. 3. 1960 auf die endgültige Regelung umgestellt sein. Sonst: wie Bemerkung a) |
| 3. die weder der endgültigen noch der Übergangsregelung entsprechen | bis 31. 3. 1960, falls keine Funkdienste gestört werden. | Für 3. und 4. treffen die Angaben der Spalte 3 nur zu, wenn die Geräte bis zum 31. 3. 1952 bei der zuständigen Oberpostdirektion angemeldet wurden. |
| 4. Funkenstreckengeräte | bis 31. 3. 1953, falls keine Funkdienste gestört werden. Bis zum 31. 3. 1960, wenn die Funkenstreckengeräte in einem Faradayschen Käfig eingebaut und nachweisbar dadurch geschützt sind, daß die Entstörung der endgültigen Regelung gleichkommt. | |

Im Anschluß wird eine Aufstellung der Geräte gegeben, die bereits

1. der endgültigen Regelung oder
2. der Übergangsregelung entsprechen:

1. Hochfrequenzgeräte nach der endgültigen Regelung

| Hersteller | Typenbezeichnung | Prüf-Nr. |
|--|----------------------|----------|
| 1. Siemens-Reiniger-Werke AG., Erlangen | Ultratherm 11 | B 001/50 |
| 2. Wilhelm Harting, Minden i. W. | Piezotherm I | B 002/50 |
| 3. Elektrowerk der Scillo GmbH., Hamburg-Rissen | Scillotherm-Junior 3 | B 003/50 |
| 4. Atlas-Werke, Bremen | Somatherm IV | B 004/50 |
| 5. Körting-Radio-Werke, Niedermfels | Megatherm M 7 | B 005/50 |
| 6. Hüttinger, Freiburg i. B. | Promulta 400 | B 007/50 |
| 7. Sanitas, Berlin N 65 | Undala 11 | B 500/50 |
| 8. Dr. Goedicke & Kleemann, Weilburg (Lahn) | Cyclotherm-K 2 | B 001/51 |
| 9. C. Lorenz, Berlin | Celotherm 11 | B 501/51 |
| 10. Ostdeutsche Werkgemeinschaft GmbH., Kiel-Hassee | Gesatherm I | B 002/51 |
| 11. Ostdeutsche Werkgemeinschaft GmbH., Kiel-Hassee | Gesatherm III | B 003/51 |
| 12. Stahn, Elektro-Physikalische Werkstätten, Berlin-Tempelhof | Thermette II/S | B 502/51 |
| 13. Siemens-Reiniger-Werke AG., Erlangen | Isotherm G 11 | B 004/51 |
| 14. Siemens-Reiniger-Werke AG., Erlangen | Ultratherm G 11 | B 005/51 |
| 15. Burbach u. Sohn, Vallendar (Rhein) | Famatherm 11 | B 007/51 |
| 16. Blaupunkt-Werke GmbH., Darmstadt | T S 5105 | B 006/51 |

2. Hochfrequenzgeräte nach der Übergangsregelung

| Hersteller | Typenbezeichnung |
|---|----------------------|
| 1. Fabrikation Elektrotechn. Erzeugnisse GmbH., Karlsruhe i. B. | Elmotherm 400 |
| 2. Siemens-Reiniger-Werke AG., Erlangen | Ultratherm 7 |
| 3. Blaupunkt-Werke GmbH., Darmstadt | T S 5005 |
| 4. C. Lorenz AG., Zuffenhausen | Celotherm-Junior |
| 5. Elektrowerk der Scillo GmbH., Hamburg-Rissen | Scillotherm-Junior 1 |
| 6. Elektrowerk der Scillo GmbH., Hamburg-Rissen | Scillotherm-Junior 2 |
| 7. Fabrikation Elektrotechn. Erzeugnisse GmbH., Karlsruhe i. B. | Elmotherm 104/IV |
| 8. C. Erbe, Tübingen | Erbotherm 7 |
| 9. F. Hoffmann Röntgenwerk, Erlangen | Thermodyn |
| 10. Piezo-Werke, Stockdorf b. München | Evotherm |
| 11. Westerwald-Werkstätten, Hachenburg (Westerwald) | Ultramed K 2 |
| 12. Ostdeutsche Werkgemeinschaft GmbH., Kiel-Hassee | Gesatherm II |
| 13. Wilhelm Harting, Minden (Westf.) | Piezotherm II |

Schutzimpfungen im Internationalen Reiseverkehr *

Der Bundesminister des Innern macht darauf aufmerksam, daß die im Internationalen Reiseverkehr erforderlichen Schutzimpfungen nicht immer rechtzeitig und in der zweckmäßigen Reihenfolge vorgenommen werden und daß die darüber ausgefertigten Impfbescheinigungen oft unvollständig sind. Die Folgen sind Verzögerungen der Reise und sonstige Nachteile für die Reisenden.

Die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (U.N.) hat einen Vordruck für Internationale Impfbescheinigungen bei Pocken-, Gelbfieber-, Fleckfieber-, Cholera- und andere Impfungen in englischer und französischer Sprache (International Certificate of Inoculation and Vaccination) herausgegeben. Aus dem Vordruck sind im allgemeinen auch die bei der Ausführung der Schutzimpfung zu beachtenden internationalen Abreden zu ersehen.

Dem Bundesminister des Innern sind als wiederholt beobachtete Mängel genannt worden:

1. Pockenschutzimpfung

Wenn bei ein und derselben Person außer der Pockenschutzimpfung noch die Gelbfieberimpfung erforderlich ist, wird vielfach von den Amtsärzten die Pockenschutzimpfung vorweg ausgeführt. Daraus ergeben sich oft Schwierigkeiten, weil nach der Empfehlung einer Sachverständigenkommission des internationalen Gesundheitsbüros in Paris und der Weltgesundheitsorganisation zur Vermeidung der Möglichkeit des Vorkommens von postvaccinaler Encephalitis zuerst Gelbfieber-Vaccine gegeben und Pockenlymphe erst anschließend, nicht vor dem 15. Tage danach, verimpft werden soll.

* Aus einem Erlaß des Innenministeriums Württemberg-Hohenzollern vom 23. Oktober 1951.

Es fehlen häufig die Angaben über den Ursprung und die Seriennummer des verwendeten Pockenimpfstoffes, und der Impferfolg ist entweder überhaupt nicht oder durch andere als die international festgelegten Ausdrücke „Reaction of immunity/Réaction d'immunité“, „Accelerated Reaction (vaccinoid)/Réaction accélérée (vaccinoïde)“ oder „Typical primary vaccinia/Réaction vaccinale typique“ gekennzeichnet.

2. Gelbfieberimpfung

Die Gelbfieberimpfung mit anschließender Ausfertigung einer internationalen Impfbescheinigung muß mit international anerkanntem Impfstoff und mindestens zehn Tage vor Erreichen des gelbfiebergefährdeten Gebietes ausgeführt werden. Zur Ausführung von Schutzimpfungen gegen Gelbfieber sind folgende deutsche Institute und Personen zugelassen:

- Robert-Koch-Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten, Berlin,
- Hygienisches Institut der Universität Bonn,
- Hauptgesundheitsamt Bremen,
- Der Direktor des Hygienischen Instituts der Medizinischen Akademie Düsseldorf,
- Hygienisches Institut der Universität Frankfurt a. M.,
- Tropeninstitut Hamburg,
- Tropengenesungsheim Tübingen.

3. Daten in internationalen Impfbescheinigungen:

Wegen der in den einzelnen Ländern voneinander abweichenden üblichen Schreibweise von Daten ergeben sich oft Irrtümer bei der Errechnung der Zeitdauer des Impf-

schutzes, wenn das Datum nur in Ziffern geschrieben ist. Die Weltgesundheitsorganisation hat daher empfohlen, Daten in internationalen Impfbescheinigungen, wenn sie in Ziffern festgehalten werden, in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr zu schreiben, und zwar Tag und Jahreszahl in arabischen Ziffern, den Monat in römischen Ziffern, z. B. 10. VIII. 1951.

Die Staatlichen Gesundheitsämter werden ersucht, die im internationalen Reiseverkehr erforderlichen Schutzimpfungen rechtzeitig und in der zweckmäßigen Reihenfolge vorzunehmen und die Impfbescheinigungen sorgfältig auszustellen.

Literarische Mikrofilme

Die Amerikahäuser nehmen Bestellungen auf Herstellung von Mikrofilmen von medizinischer Literatur (Zeitschriften und Bücher), die in Deutschland nicht erhältlich ist, entgegen. Falls am Wohnort des Auftraggebers kein Amerikahaus vorhanden ist, kann die Bestellung direkt bei Fräulein G. Kramer, Central Distribution Section, Information Centers Branch, HICOG, Frankfurt a. M., Rheingau-Allee 2, aufgegeben werden.

Die Mikrofilme werden kostenlos hergestellt.

Prof. Dr. Alexander 70 Jahre alt

Der bekannte Tuberkulosearzt Prof. Dr. Alexander, früher Chefarzt der Heilstätte Agra bei Lugano, jetzt Leiter der Landesschirmbildstelle in Hannover, vollendete am 30. November 1951 sein 70. Lebensjahr.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Stuttgart - Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Achtung!

Geschäftsstellen der Ärztekammern und KV während der Feiertage geschlossen!

Zum Ausgleich von außerordentlichen Überstunden aller Angestellten des Ärztehauses und gleichzeitig zur Einsparung von Kohlen sind die Geschäftsstellen der Kammer und der KV in der Zeit

vom 23. Dezember 1951 bis 6. Januar 1952 einschließlich geschlossen. Lediglich am 27. und 28. Dezember 1951 und am 2., 3. und 4. Januar 1952 wird ein kleiner Notdienst für dringende, unaufschiebbare Fälle eingerichtet sein.

Facharztanerkennungen

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. hat auf Grund der vom Facharztausschuß in der Sitzung vom 24. September 1951 und in der Sitzung vom 12. November 1951 getroffenen Entscheidungen folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

- Dr. med. Meta S a n d e l, Stuttgart
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Hans H i l d e n b r a n d, Stuttgart
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Jörg S e y b o l d, Stuttgart
Facharzt für Röntgenologie und Strahlentherapie

- Dr. med. Herbert A n g e r, Bad Mergentheim
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Alfred S c h l i e r e r, Stuttgart
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Alfred S c h n e i d e r, Bad Cannstatt
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Johanna K u b a s c h e k, Eßlingen
Fachärztin für Lungenkrankheiten
- Dr. med. Walter W a g n e r, Fellbach
Facharzt für Lungenkrankheiten
- Dr. med. Brigitte S c h u m a n n, Tübingen
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Eleonore S t e r k e l, Stuttgart
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Ernst F r a s s, Künzelsau
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Kurt F r i t z, Weinsberg
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Heinrich W a l c h e r, Ellwangen/J.
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Günther W a l t e r, Böblingen
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Walter S c h n e i d e r h a n, Heidenheim
Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
- Dr. med. Kurt W u r s t e r, Stuttgart
Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

DAS LEBERTRAN-KALKPRÄPARAT MIT STANDARD VITAMINGEHALT (A und D)

Mulgatum

Mangelhafte Dentition ●
Rachitis ●
Wachstumsstörungen ●
OP. 200 ccm DM 1.90 o.U.



A. NATTERMANN & Cie · FABRIKEN PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE · KÖLN-BRAUNSFELD · KÖLN-EHRENFELD

Verordnung von Brillen

(unter Bezug auf die Veröffentlichung Seite 211 des Südwestdeutschen Arzteblattes 1951)

Die Verordnung von Brillen ist grundsätzlich eine ärztliche Angelegenheit. Praktische Ärzte sollen nur dann Brillen verordnen, wenn sie in der Lage sind, eine genaue Brillenbestimmung vorzunehmen und ein vollständiges Brillenrezept abzugeben. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, so soll der Patient vom praktischen Arzt zunächst dem Augenarzt überwiesen werden.

Ein Ski-Kurs für Sportärzte

findet vom 9. Februar bis 15. Februar 1952 auf dem Berghaus Sudelfeld bei Bayrischzell statt. Tagespensionspreis DM 5.—, Kursgebühr DM 20.—. Anmeldungen bis spätestens 1. Januar 1952 an Doz. Dr. Rohleder, Stuttgart-Zuffenhausen, Rütlistr. 31.

Prof. Dr. Heiss, Stuttgart

Bericht über die 53. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 30. Oktober 1951, 19 Uhr bis 0.15 Uhr

1. Dr. Neuffer: Ehrendes Gedenken an den verstorbenen Kollegen Dr. Landauer. Sein Tod, gerade im gegenwärtigen Augenblick, ist ein schwerer Verlust für die gesamte Ärzteschaft.

2. Dr. Neuffer: Zur Lage. Die öffentliche Stellungnahme des Hartmannbundes gegen die KV verschlechtert die berufspolitische Lage. Je einiger wir nach außen auftreten, desto besser unsere Aussichten. Unter den obwaltenden Umständen können die Beiträge für den Hartmannbund nicht mehr durch die KV eingezogen werden (Beschluss). Auch die Pressestelle bedarf einer Umbildung. Die notwendigen Schritte hierfür werden beschlossen.

3. Dr. Benz: Bericht über eine Kundgebung der südwürt. Kassenärzte in Tübingen.

4. Dr. Schwoerer: a) Bericht über die letzte Sitzung der Arbeitsgemeinschaft freier Berufe.

b) Bericht über Sitzung der LVA, Abteilung Krankenversicherung.

5. Dr. Benz: Aus der Arbeit der KV-Arbeitsgemeinschaft. — Die Bundesbahn-Betriebskrankenkasse hat jetzt einer sechzehnprozentigen Erhöhung des Pauschales zugestimmt. — Die Krankenhausgesellschaften zeigen das Bestreben, die Ambulanzen wieder gleichberechtigt in die Behandlung einzuschalten.

6. Dr. Benz: Aus der Arbeit der Kleinen Kommission: Bei der Überprüfung ungewöhnlicher Abrechnungen hat sich herausgestellt, daß ein Kollege auch nach Wiederherstellung einer zerstörten Brücke das Wegegeld für den früher notwendig gewordenen Umweg berechnet hat. Der Kollege wird zu einer persönlichen Rücksprache gebeten werden. — Die Frage des Arzneimittelregelbetrages ist noch nicht spruchreif. Auf jeden Fall kann nur einer Regelung zugestimmt werden, die die gesamte Arbeitsweise eines Kollegen, sowie seinen Jahresdurchschnitt berücksichtigt. Die erforderlichen Unterlagen müßten die Krankenkassen errechnen.

Über Richtzahlen für das Ausmaß der Röntgentätigkeit wurde beraten; auch hier gewinnt der Vorstand den Eindruck, daß noch weitere Vorarbeiten geleistet werden müssen. Wie das dritte Quartal 1951 abgerechnet wird, kann erst endgültig entschieden werden, wenn die Ergebnisse der einzelnen Abrechnungen überblickt werden können.

7. Dr. Knosp: Das Wohlfahrtsamt Eßlingen plant, eine „ärztliche Beratungsstelle“ für Fürsorgeunterstützungsempfänger einzurichten. — Die Ärzteschaft verfolgt diese Bestrebungen mit Mißtrauen und hat sich dem Wohlfahrtsamt gegenüber entsprechend geäußert. — Erfahrungen, z. B. mit manchen Werksärzten, zeigen, wie leicht zur Beratung auch eine Behandlung hinzutritt. Ein Bedarf liegt andererseits auch für eine Beratungsstelle nicht vor; der betreffende Personenkreis ist bei den niedergelassenen Ärzten gut beraten!

8. Zur Vorberatung finanzieller Angelegenheiten wird ein Finanzausschuß gebildet. Mitglieder: Dr. Rieger, Dr. Jerg, Dr. Jesse.

9. Im Ersatzkassenvertrag ist die Bildung eines Bezirksssenats und eines Landessenats vorgesehen. Es wird beschlossen, den Disziplinausschuß als Bezirksssenat einzusetzen. In den Landessenat werden gebeten: als Mitglieder: Dr. Mosebach, Dr. Balz, Dr. Budde, Dr. Jetter, als Stellvertreter: Dr. Feldmann, Dr. Schindera, Dr. Leibinger, Dr. Minholz.

10. Disziplinarangelegenheiten; Beratung eines Wegegeld-Sonderfalls.

11. Dr. Röken: Von Kassenseite nehmen jetzt an den vorläufigen Zulassungsberatungen vier (statt bisher drei) Beauftragte teil. Es muß deshalb auch von seiten der KV ein vierter Beauftragter eingesetzt werden. — Als vorläufiger Vertreter soll Dr. Steng gebeten werden.

12. Dr. Benz: Wenn wir uns an einem von Süd-Württemberg schon abgeschlossenen Vertrag mit den Landkreisen beteiligen, dann fällt ab 20. Oktober 1951 der zwanzigprozentige Abzug bei den Fürsorgearztgebühren weg. — Gewisse Bedenken werden gegen eine in dem Vertrag enthaltene Klausel geäußert: Röntgen- und elektrophysikalische Leistungen können unter Umständen kreiseigenen Instituten (Krankenhäusern) vorbehalten werden. — Der Vorstand gelangt jedoch zu der Ansicht, daß eine Unterzeichnung des Vertrags sich trotzdem empfiehlt. Der Vorsitzende wird hierzu ermächtigt. Dr. Hämmerle

Bericht über die 54. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 13. November 1951, 19 Uhr bis 23 Uhr

1. Dr. Schwoerer berichtet über Verhandlungen hinsichtlich der Honorierung konsiliarärztlicher Tätigkeit der Stuttgarter Krankenhausärzte. — Der Vorstand gelangt zu der Ansicht, daß der Begriff „Konsiliararzt“ noch nicht eindeutig genug umrissen ist.

2. Ein dem Arzteverlag gewährtes verzinliches Darlehen von 3000 DM wird noch für ein weiteres Jahr zur Verfügung gestellt.

3. Eine Rundfrage ergab, daß 19 Kreisärzteschaften gegen KV-Neuwahlen im gegenwärtigen Augenblick sind. Von einem Kreis steht die Antwort noch aus.

4. Dr. Möbius: Beteiligungen an der Ersatzkassenpraxis.

5. Dr. Neuffer erörtert die berufspolitische Lage.

6. Ein Kollege hat gegen die Entscheidung des Röntgenausschusses Berufung eingelegt. Beschluss: Einer befristeten Weiterbenützung des bisherigen Geräts wird zugestimmt.

7. Ein Antrag auf Zulassung eines nicht ärztlich geleiteten Laboratoriums wird abgelehnt.

8. Dr. Benz: a) Bericht über die gemeinsame Sitzung der Ärztekammer und KV Niedersachsen in Bad Nenndorf.

b) Aus der Arbeit der KV-Arbeitsgemeinschaft.

9. Die Vorbereitungen für neue Verhandlungen mit den RVO-Kassen in Württemberg sind abgeschlossen. — Der Vorstand legt Wert darauf, daß ein Termin beschleunigt festgelegt wird und der hierfür gebildete KV-Ausschuß (Dr. Schwoerer, Dr. Benz, Dr. Weik, Dr. Bissinger, Dr. Röken) in voller Besetzung an den Verhandlungen teilnimmt.

10. Stein: Bericht über die Bundestagung der freien Berufe am 4. November 1951 in Köln. — Man gewinnt einen positiven Eindruck von der geleisteten Arbeit. Der Verband, der jetzt etwa 110 000 Angehörige umfaßt, entfaltet vor allem bei den Bundesorganen (z. B. Finanzministerium) eine rege Tätigkeit und bemüht sich, der Stimme der freien Berufe Gehör zu verschaffen.

11. Bis jetzt konnten zirka 500 Kollegen Darlehen zur Praxiseröffnung oder zum Erwerb eines Kraftwagens vermittelt werden.

12. Der Vorstand hält es für sehr wichtig, daß die Innere Abteilung des Rot-Kreuz-Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt als solche erhalten bleibt.

13. In einem Fall, wo der Wohnort einer Kollegin ausnahmsweise nicht zugleich der Praxisort (Arztstz) ist, haben sich immer wieder Zweifel wegen einer gerechten Berechnung der Wegegelder ergeben. Eine kleine Kommission wird jetzt die Verhältnisse an Ort und Stelle prüfen und in persönlicher Aussprache die Angelegenheit bereinigen.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 7. Aussprache-Veranstaltung am 14. November 1951 in der Waldgaststätte Glemstal bei Stuttgart

Teilnehmer: Vorstand der AK und der KV, Kreisärzteschaftsvorsitzende Nord-Württembergs, Kreisärzteschaft Böblingen und Leonberg.

Der eigentlichen Aussprache ging eine Besichtigung der Daimler-Benz-Werke voraus. Sie war vom Kreisärzteschaftsvorsitzenden Böblingen vermittelt worden. — Die Werksleitung ließ es sich in dankenswerter Weise angelegen sein, den Kollegen einen gründlichen Einblick in die gewaltigen, seit 1948 wieder aufgebauten Anlagen zu verschaffen. In Verbindung mit einem hochinteressanten Vortrag Obering. Helds gewannen die Ärzte ein eindrucksvolles Bild auch von der Entwicklung und dem inneren Aufbau des Werkes, und vor allem von den unausgesetzten Bestrebungen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Arbeitshygiene zu studieren und zu vervollkommen und den Menschen, als den wertvollen Kern des Betriebes, zu schützen und zu fördern. Die Frage des Werkarztes hat hier eine beispielhafte Lösung gefunden: Er ist Betriebshygieniker und wird von der Werkleitung in breitem Maße als Berater beigezogen. — Er kümmert sich um das Ganze und um den Einzelnen in seinem Verhältnis zur Arbeitsstätte und hinsichtlich der Arbeitsbedingungen. Jede ärztliche Behandlung wird den praktischen Ärzten überlassen; diese wieder bleiben mit dem Werkarzt in Verbindung, wo ein Genesender im Betrieb noch ärztlich gesteuert werden muß. So hat sich eine ausgezeichnete kollegiale Zusammenarbeit herausgebildet.

Die Aussprache am Nachmittag wurde eröffnet durch ein Referat Dr. Neuffer's über die berufspolitische Lage. — Das zweite Referat hielt Dr. Bissinger über das Thema: „Werkarzt und Kassenarzt“. Er konnte dabei auf das am Vormittag anschaulich nahegebrachte Beispiel abheben. Prof. Dr. Reisner und Dr. Benz lieferten sich — pointiert, dabei humorvoll und immer sachlich — ein Duell über die Probleme der „Röntgenologie in der Kassenpraxis“. Dr. Knope sprach über die „Fortbildung des Kassenarztes“ und brachte hierzu neue Gedanken und Vorschläge: Fortbildungsgelegenheit gibt es zwar übergenug, aber man sieht dort immer dieselben Gesichter. Kammer und KV haben demgegenüber die Pflicht, eine praktisch wertvolle und dabei erholende und wirtschaftlich tragbare Fortbildung für jeden niedergelassenen Arzt zu ermöglichen.

Als Diskussionsgrundlage wurden einwöchige Kurse für etwa je 100 Ärzte vorgeschlagen; an einem unserer schönen Badeorte durchgeführt und nicht zu sehr mit Stoff überfüllt, könnten sie zugleich der Entspannung dienen. Die AK sollte die Kosten für die Lehrkräfte, die KV diejenigen für die teilnehmenden Ärzte zu einem guten Teil übernehmen.

Alle Referate fanden reges Interesse und führten jeweils zu lebhafter Aussprache. Die Teilnehmer aus den Kreisen erfuhren Wesentliches über aktuelle standespolitische und organisatorische Fragen, Vorstände und Geschäftsführung andererseits konnten eine Fülle von Anregungen mit nach Hause nehmen. Die Veranstaltung wurde wohl allgemein als wohlgeleitete empfunden. In etwa hat zu dieser Empfindung auch das verständnisvoll ausgesuchte Tagungslokal — landschaftlich schön und abgeschieden gelegen — beigetragen. Auch hierfür gebührt der Kreisärzteschaft Böblingen der Dank der Teilnehmer.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 3. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 20. November 1951 (19—0.05 Uhr).

1. Präsident Dr. Neuffer: Ehrendes Gedenken an Dr. Landauer. — Bericht über den 54. Deutschen Ärztetag in München. — Bericht über die Sitzung des Gesamtvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern am 10. November 1951 in Köln. — Ein Plan für die Organisation des Presseausschusses soll aufgestellt werden. — Die Unterrichtung durch die „Ärztlichen Mitteilungen“ soll noch aktueller und gründlicher werden. — Bericht über Teilnahme an der Generalversammlung des Saarländischen Ärztesyndikats. — Bericht über Sitzung des Presseausschusses der württ. Ärzteschaft am 3. November. — Der

Presseausschuß hat seine Auflösung beschlossen. — Die Errichtung einer neuen „Ärztl. Pressestelle“ wird vom Vorstand beschlossen. Das Organisationsstatut wird sofort beraten. Präsident Dr. Neuffer wird gebeten, die Ärztekammer Nord-Württemberg in dem Presseausschuß zu vertreten. Er kann sich dabei seinerseits durch Dr. Schröder vertreten lassen. — Als journalistischer Vertreter soll ein Berufsjournalist, als ärztlicher Hauptsachbearbeiter Dr. Manfred Mayer gewonnen werden. Das Büro soll auf dem Ärztehaus sein, so daß im Bedarfsfall jeweils rasch mit den entsprechenden Referenten Verbindung aufgenommen werden kann.

2. Dr. Schwoerer berichtet über die bis jetzt vorliegenden Ergebnisse der jüngsten Honorarverhandlungen mit den einzelnen Ortskrankenkassen Nord-Württembergs.

3. Dr. Schwoerer referiert über die schwedische Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung; sie ist dort vermutlich leichter zu erreichen als bei uns; so ist z. B. die soziale Indikation anerkannt. — Der Vorstand ist demgegenüber der Ansicht, daß es nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein kann und darf, Probleme, die die Soziologen angehen, durch Vernichtung von Leben zu „lösen“.

4. Dr. Knope: Am 31. Oktober hat der Fürsorge- und Versorgungsausschuß getagt; er schlägt vor, DM 50 000.— für Weihnachtsunterstützungen und Winterhilfe zur Verfügung zu stellen. Der Vorstand stimmt zu.

Vom Oktober 1950 bis September 1951 wurden an die Risikoversicherung DM 141 000.— Beiträge bezahlt; an Versicherungen ausbezahlt wurden in derselben Zeit DM 108 000.—. Die Gewinnbeteiligung wird erst aktuell, wenn die ganzen vorgesehenen zwei Jahre zu überblicken sind.

5. Zahlreiche Anträge auf Zusätze auf dem Arztsschild werden beraten und teils genehmigt, teils abgelehnt, unter Berücksichtigung der nachgewiesenen Ausbildung und der Empfehlungen des Facharztausschusses.

6. Gegenwärtiger Stand der Krebsbekämpfung: Auf 1 Million Einwohner wird eine Beratungsstelle angestrebt. Demgemäß wurden 2 Beratungsstellen in Stuttgart (Staatl. und Städt. Frauenklinik) und 1 in Tübingen (Universitäts-Frauenklinik) eingerichtet. — Ein Krebsfortbildungstag wurde abgehalten; ferner ist geplant, eine Broschüre und ein Aufklärungsblatt herauszugeben.

7. Ehrenratsangelegenheiten.

8. Der 1. Vorsitzende des Großen Ehrenrats ist verstorben. Die Frage der Nachfolge wird besprochen.

Dr. Hämmerle

Bericht über die Mitgliederversammlung der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart am Mittwoch, den 28. November 1951 (20.15—0.30 Uhr)

Außer den Stuttgarter Ärzten waren die Vorsitzenden der Kreisärzteschaften, des Marburger Bundes und des Hartmannbundes von Nordwürttemberg und die Vorstandsmitglieder von Kammer, KV und Hartmannbund Nordwürttemberg geladen. Auf Beschluß der Versammlung waren sie abstimmungsberechtigt. Anzahl der Anwesenden: ca. 250.

Tagesordnung: Das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Präsident Dr. Neuffer sprach einleitend über die bisherigen Entwürfe des Gesetzes. Es sei nötig, die Altersversorgung der Kassenärzte im Gesetz zu verankern. Außerdem seien dringend Schiedsämter notwendig, um Differenzen zwischen Kassen und KV zu entscheiden. Eine gesetzliche Regelung in der vorliegenden Form hielt er für annehmbar.

Dr. Bihl, Vorsitzender der KV Südwestwürttemberg, hielt das erste Referat. Er gab einen allgemeinen Überblick über den gesamten Gesetzesentwurf. Das Gegenreferat hielt Dr. Häussler, Altbach.

Es ist bedauerlich, daß wir aus Raummangel nicht auf die interessanten Ausführungen der beiden Redner eingehen können und insbesondere auf die gegensätzlichen Standpunkte, die in den beiden Referaten zum Ausdruck kamen. Doch spiegelt sich die verschiedenartige Auffassung der beiden Referenten wider in den zahlreichen anregenden Diskussionsbemerkungen, die sich an die Referate anschlossen.

Sie lassen sich zusammenfassen in folgende 4 Punkte:

1. Die Mehrheit war der Ansicht, daß den Abrechnungen zwischen Kassen und Ärzteschaft die Einzelleistungsabrechnung zugrunde zu legen sei. Pauschalabrechnung wurde fast allgemein, teilweise als unwürdig, abgelehnt. Es wurde empfohlen, im Gesetzentwurf alle Abrechnungsmöglichkeiten gleichwertig nebeneinander aufzuzählen, falls es nicht gelänge, Einzelleistungsabrechnung allein durchzusetzen. Es wurden Bedenken erhoben, daß bei Abrechnung nach Einzelleistungen, deren Aufstellung bei vielen Ärzten auf Widerstand stößt, die Kassen auf Kontrolle bestehen werden, während bei Pauschalabrechnung eine Kontrolle durch die Kassen weniger zu erwarten ist.

2. Die Frage der **Schiedsämtler** löste eine lange Diskussion aus. Schwere Bedenken wurden erhoben gegen die Auswahl der Unparteiischen. Es müsse dafür gesorgt werden, daß eine mit beiden Partnern nicht verbundene Organisation eingebaut würde, am besten das Bundesgericht, vielleicht in dem Sinne, daß der Arbeitsminister den Unparteiischen aus dem Bundesgericht bestimmt. Hier wurde eine Änderung im Gesetzentwurf für dringend notwendig erachtet. Allerdings wurde dagegen geäußert, daß die Bundesrichter keine besonderen Kenntnisse in Fragen des Versicherungsrechts und Kassenarztrechts besäßen und daß mit reinen Formal-Juristen nicht immer gerade gute Erfahrungen gemacht worden seien.

3. Die überwiegende Mehrheit der Anwesenden stellte sich auf den Standpunkt, daß die **Zulassungsausschüsse** nicht von beiden Partnern gleichmäßig zu besetzen seien, sondern die Besetzung der Ausschüsse sei alleinige Angelegenheit der Ärzteschaft. Höchstens bei der Auswahl der Niederlassungsorte sei eine Mitwirkung der Kassen denkbar, aber nicht bei der Auswahl der Bewerber. Die bisherige Gepflogenheit der gemeinsamen Bearbeitung der Zulassung wurde von verschiedenen Seiten als gut bezeichnet. Die Teilung der Verantwortung sei nicht von Schaden, besonders wenn es sich um beiderseitige Interessen handle.

4. Es wurde beanstandet, daß im **Neuaufbau der KV** eine Vertreterversammlung und ein Vorstand vorgesehen ist, daß aber ein Organ der Vollversammlung nicht erwähnt wird. In den neu aufzustellenden Statuten müßte sorgfältig darauf geachtet werden, daß die Kassenärzte in bezirklichen Vollversammlungen Stellung zu den einzelnen Fragen nehmen können.

Im Schlußwort wies Dr. Bihl darauf hin, daß viele Wünsche geäußert worden seien, daß aber, wer die Verantwortung trüge, nur die realisierbaren Wünsche berücksichtigen könne.

Trotz der langen Sitzungsdauer war bis zum Schluß die Anwesenheit der Mitglieder sehr zahlreich. Es konnte nur ein Teil der Probleme durchgesprochen werden. Eine Aussprache über die vorgesehene Altersversorgung, über die freie Arztwahl des Versicherten, über die Beziehungen zu den Krankenhausambulanzen, zu den Krankenhausärzten usw. muß einer späteren Versammlung vorbehalten bleiben.

Prof. Dr. Reinsner

Urteil des Großen Ehrenrats der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.

In dem Ehrenratsverfahren gegen den praktischen Arzt Dr. med. Alexius Schönberger, Stuttgart-Bad Cannstatt, Martin-Luther-Straße 6, hat der Große Ehrenrat in der Sitzung vom 19. September 1951, an welcher teilgenommen haben:

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Rechtsanwalt Dr. Schott | Vorsitzender |
| Senatspräsident Schleh | stellvertr. Vorsitzender |
| Prof. Dr. med. Dennig | Beisitzer |
| Dr. med. Benz | Beisitzer |
| Dr. med. Mayer | Beisitzer |

auf die Berufung des Betroffenen für Recht erkannt:

„Gegen den Betroffenen wird auf die Strafe des Verweises erkannt. Der Betroffene hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen. Der entscheidende Teil dieser Entscheidung wird durch Veröffentlichung im Südwestdeutschen Ärzteblatt auf Kosten des Betroffenen den Mitgliedern der Ärztekammer bekanntgegeben.“

Bei der allgemeinen Bedeutung, die diesem Urteil des Großen Ehrenrats zukommt, wird die Begründung nachstehend veröffentlicht:

Begründung

In Übereinstimmung mit der angefochtenen Entscheidung wurde folgendes festgestellt:

Der Betroffene ist ärztlich approbiert seit 1933 und übt seine ärztliche Praxis in Cannstatt aus. Zu den gesetzlichen Krankenkassen ist er nicht zugelassen. Der Betroffene betreibt ein Institut unter der Bezeichnung „Institut für elektro-physikalische Therapie und Ultraschall-Behandlung“. Für dieses Institut und für seine Praxis warb er durch zahlreiche Zeitungsanzeigen. Die Anzeigen hatten folgenden Wortlaut:

„Institut für elektro-physik.“

Therapie und Ultraschall-Behandlung

Stuttgart-Fellbach, Schubertstraße 1 (frühere Scharnhorststraße). Beh. Arzt Dr. med. A. Schönberger, Behandlung im Rahmen der klinisch anerkannten Indikationen, vor allem: Sämtl. entzündl. Erkrankungen, Muskel-Nerven-Entzündungen, Neuralgien (insbes. Ischias u. Amputationsneur.), rheumat. Erkrankungen, Gelenkentz. (Arthrosen def., chron. Arthritis), Bechterew, Sportschäden, Vorsteherdrüsenentzünd., Magen-Darm-, Bein-Geschwüre, Bettlägerungen, all. Bronchialasthma, Bronchiektasie (Lungen-erweiterung), Schilddrüsenerkr. (Thyreotoxikosen), Kropf, Ekzeme, tbc. und unspez. Fisteln und Geschwüre, Zahnfleischschwund u. -granulome, multiple Sklerose, Lähmungen, Schwerhörigkeit. — Voranmeldung erbeten.“

Späterhin veröffentlichte er weitere Anzeigen. Der Wortlaut war meist:

„Erfolg mit Ultraschall

nachweisbar bei klinisch anerkannten Indikationen, vor allem:

Alle entzündl. Erkrankung., Muskel-, Nervenentzünd. Neuralgien, Rheuma, Gelenkentz. (Arthritis, Arthrosen def.), Bechterew, Magen-, Darmgeschwüre, Bettlägerungen, Zahnfleischschwund und Granulome, multiple Sklerose, Lähmungen, Schwerhörigkeit, Bronchialasthma, Lungen-erweiterung, Ekzeme, Beingeschwüre, spez. u. unspez. Fisteln u. Geschwüre.

Besondere Erfolge bei:

Ischias, Prostatitis, Kropf, Migräne, Haarausfall (Glatze). Teilw. Behandlung, nach neuesten, erweiterten Verfahren. Behandlung ausschließlich durch den Arzt. Einzelheiten unverbindlich auf Anfrage unter Nennung der Erkrankung.

Institut für elektro-physik. Therapie,
Ultraschall-Behandlung u. Inhalation
Stuttgart-Bad Cannstatt
Telefon 5 23 07 Martin-Luther-Straße 6.“

Letztere Anzeigen wiesen neben dem Text eine Zeichnung auf, die einen Askulap-Stab, einen Blitz und näher nicht definierbare Teile darstellten. In Stuttgart und Cannstatt Zeitungen wurden unter der Überschrift

„Verblüffende Heilerfolge mit Ultraschall“

gleichlautende Artikel, in denen hinsichtlich der Geräte „Vibrator“ und „Atomator“ von überraschenden Heilungen bei schweren und schwersten Krankheiten die Rede war, veröffentlicht. Ferner wurde von fast hundertprozentigen Heilungen bei Rheuma und Ischias und spinaler Kinderlähmung gesprochen, endlich auch von Fachärzten aufgegebenen Krebskranken, bei denen der Krebs zwar nicht beseitigt werde, das Geschwür aber scheinbar seine krebsartige Wirkung verliere. Es wird weiter mitgeteilt, daß der Leiter des elektro-physikalischen Instituts in Bad Cannstatt die zweite Apparatur, die auf der Welt in Betrieb genommen wurde, aufgestellt habe. Diesem Artikel ist die Wiedergabe einer Photographie des Atomators beigefügt, auf der eine männliche Person im Arztmantel sichtbar ist. In einer andern Zeitungsnotiz wird weiter darauf hingewiesen, daß Dr. Schönberger in Bad Cannstatt als zweites therapeutisches Institut in Deutschland die Geräte „Atomator“ und „Vibrator“ in Benützung habe. Schließlich erschien eine mit „Münchener med. Gerätebau Dr. Nickel“ unterzeichnete Anzeige, betreffend die Geräte Vibrator und Atomator, in der hervorgehoben wird, daß sie auch im „Institut für elektro-physikalische Therapie und Ultraschallbehandlung, Stuttgart-Bad Cannstatt, Martin-Luther-Straße 6“, benützt werden. Diese Artikel und Notizen über Vibrator und Atomator erschienen nicht unter dem Namen des Betroffenen. Die fraglichen Zeitungsartikel wurden im April und Mai 1950 veröffentlicht. Der Vertreter des Betroffenen gab zu, daß die männliche, mit einem Arztmantel

bekleidete Person auf der photographischen Wiedergabe des Atomators der Betroffene sei. Die angefochtene Entscheidung nimmt zugunsten des Betroffenen an, daß ihm nicht widerlegt werden könne, daß er diese Veröffentlichungen nicht veranlaßt habe, jedoch wird ihm zum Vorwurf gemacht, daß er nicht verhindert habe, daß er im Zusammenhang mit der Anpreisung abgebildet worden sei. Er hätte verhindern können und sollen, daß die Abbildung in der gedachten Weise veröffentlicht werde.

Mit Schreiben der Ärztekammer Nord-Württemberg vom 27. Mai 1949 war der Betroffene darauf hingewiesen, daß Anzeigen nur vor oder nach einer über zwei Wochen dauernden Abwesenheit oder nach längerer Krankheit zulässig sind (§ 24 der Berufsordnung), daß solche Anzeigen außer der Wohnungsangabe nur die für das Schild des Arztes gestatteten Aufschriften enthalten dürfen, daß das Schild des Arztes lediglich die Wohnung anzeigen und nur den Namen des Arztes, seinen Titel, die Bezeichnung als Arzt oder Facharzt enthalten dürfe. Am 3. August 1950 gab der Betroffene, nachdem der Justitiar der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., Herr Dr. K., mit dem Vertreter des Betroffenen über den Fall verhandelt hatte, die folgende Erklärung gegenüber der Ärztekammer ab:

„Erklärung

Ich verpflichte mich, in Zukunft jede Reklame hinsichtlich des von mir betriebenen Instituts für Elektrophysikalische Therapie und Ultraschallbehandlung, sei es in Form von Zeitungsanzeigen, sei es durch Veröffentlichungen im redaktionellen Teil von Zeitungen (ausgenommen Fachzeitungen) zu unterlassen und dafür zu sorgen, daß auch von dritter Seite, insbesondere von Firmen, die die in Frage kommenden medizinischen Geräte herstellen, keine solchen Veröffentlichungen, die sich auf mein Institut beziehen, veranlaßt werden.

(gez.) Dr. med. A. Schönberger“.

Nach Abgabe dieser Erklärung sah der Vorstand der Ärztekammer von dem in Aussicht genommenen Ehrenratsverfahren ab. Der Justitiar Dr. K. schrieb dem Verteidiger am 28. Juli 1950 folgendes:

„In der gestrigen Ärztekammersitzung wurde das Einverständnis mit der mir zugegangenen Erklärung erteilt. Ich bitte Sie nunmehr, die Erklärung umgehend unterzeichnen und an die Ärztekammer Nord-Württemberg, Jahnstraße 32, übersenden zu lassen, so daß sie dort bis spätestens 3. August eingetroffen sein wird. Damit kann die Angelegenheit als erledigt angesehen werden, da der Vorstand der Ärztekammer seinen Antrag auf Einleitung eines Ehrengerichtsverfahrens zurückziehen wird.

Ich nehme an, daß sich Ihr Mandant aber darüber klar ist, daß nach einem nochmaligen Zuwiderhandeln gegen diese Erklärung er nicht nur mit dem Ausschluss aus dem Verein — was wegen der künftigen Bundesstruktur der Ärztekammer doch recht unangenehm werden kann — rechnen muß, sondern daß auch die Erklärung zusammen mit einer evtl. neuen regelwidrigen Reklame im Ärzteblatt veröffentlicht werden kann.

Ich freue mich, daß es unseren beiderseitigen Bemühungen gelungen ist, die Angelegenheit so zu erledigen.“

Am 3. August 1950 teilte der Verteidiger des Betroffenen der Ärztekammer mit, der Betroffene werde demnächst in den in Betracht kommenden Zeitungen eine einmalige Anzeige aufgeben, in der lediglich zum Ausdruck gebracht werde, daß in seinem Institut nunmehr eine Klima-Kammer vorhanden sei. Darauf machte die Ärztekammer darauf aufmerksam, „daß eine derartige Anzeige nur in ärztlichen Zeitschriften oder in Rundschreiben erfolgen darf, die Herr Dr. Schönberger an Ärzte versendet. Eine Veröffentlichung in Tageszeitungen ist nicht statthaft.“

Trotzdem veröffentlichte der Betroffene in den „Stuttgarter Nachrichten“, der „Stuttgarter Zeitung“ und dem „Staatsanzeiger“ im Oktober 1950 Anzeigen folgenden Wortlauts:

„Institut für physikalische und Klima-Therapie (Klima-Kammer) und Ultraschall-Behandlung
Dr. med. Schönberger, Stuttgart-Bad Cannstatt,
Martin-Luther-Straße 6, Telefon 5 23 07
vom 27. bis 30. Oktober 1950
wegen Umbauarbeiten geschlossen.“

Daraufhin beantragte die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. die Einleitung des Ehrenratsverfahrens mit folgender Begründung: „Dr. Schönberger hat durch standesunwürdige wiederholte Reklame in verschiedenen Tageszeitungen gegen die ärztliche Berufsordnung verstoßen. Er ist deshalb mehrmals von der Ärztekammer vermahnt worden. Auch wurde vom Staatlichen Gesundheitsamt in Waiblingen gegen ihn wegen irreführender Werbung Strafantrag bei der Amsanwaltschaft Waiblingen auf Grund der Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens vom 29. September 1941 (RGBl. Teil I S. 587) gestellt. Aus dem gleichen Grund ist Dr. Schönberger vom Städtischen Gesundheitsamt in Stuttgart Strafantrag angedroht worden. Von der Durchführung eines Ehrenratsverfahrens gegen Dr. Schönberger wurde bisher nur abgesehen, weil er sich durch eine am 3. August 1950 überreichte schriftliche Erklärung verpflichtet hatte, in Zukunft jede Reklame hinsichtlich des von ihm betriebenen Instituts zu unterlassen. Bei Entgegennahme dieser Erklärung ist Dr. Schönberger zum Ausdruck gebracht worden, daß er nach einem nochmaligen Zuwiderhandeln nicht nur mit dem Ausschluss aus dem Verein, sondern auch mit einer Veröffentlichung im Ärzteblatt rechnen müsse. Diese Zuwiderhandlung hat sich Dr. Schönberger nunmehr zuschulden kommen lassen.“

In den Stuttgarter Tageszeitungen (Stuttgarter Nachrichten und Stuttgarter Zeitung vom 20. Oktober 1950 sowie Staatsanzeiger für Württemberg-Baden vom 25. Oktober 1950) ist von ihm erneut in unzulässiger Weise Reklame für sein Institut gemacht worden, indem er auf die in seinem Institut betriebene „Physikalische- und Klima-Therapie (Klima-Kammer) und Ultraschallbehandlung“ hingewiesen hat. Besonders erschwerend fällt dabei ins Gewicht, daß seinem Anwalt auf eine vorherige Anfrage von seiten der Ärztekammer am 25. September 1950 mitgeteilt worden war, eine derartige Veröffentlichung in Tageszeitungen sei nicht statthaft.“

In dem Antrag ist noch dem Betroffenen zur Last gelegt, daß er sich eines Betrugs zu Lasten einer Frau Sch. und einer Frau D. wegen einer übermäßig hohen Honorarforderung schuldig gemacht habe. Diese zwei letzten Anschuldigungen wurden später fallengelassen, und der Ehrenrat hat in seiner Entscheidung diese Anschuldigungen auch nicht als erwiesen angesehen.

In der Hauptverhandlung wurde noch festgestellt, daß der Betroffene am Haustor seiner Praxis ein Schild führt mit dem Wortlaut:

„Institut für elektro-physikalische Therapie und Ultraschall-Behandlung.“

Auf diesem Schild ist der Name des Betroffenen und ein Arzttitel nicht genannt. Es handelt sich um ein elektrisch beleuchtetes Transparent. Am Hauseingang hat der Betroffene ein Schild mit seinem Namen angebracht. In dem Antrag auf Eröffnung des Ehrenratsverfahrens wurde dieser Punkt nicht erwähnt. In der mündlichen Verhandlung wurde die Anklage auch auf diesen Punkt ausgedehnt.

Der Ehrenrat hat nach mündlicher Verhandlung die Entscheidung verkündet:

Dr. Schönberger wird aus der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. ausgeschlossen. Die Kosten des Verfahrens trägt der Betroffene. Die Entscheidung wird nach Rechtskraft im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht.

Diese Entscheidung wurde dem Betroffenen am 17. Mai 1951 zugestellt. — Sein Vertreter, Rechtsanwalt Dr. D. hat gegen diese Entscheidung am 14. Juni 1951 Berufung eingelegt und die Berufung auch begründet. Somit ist die Berufung und Begründung rechtzeitig eingegangen. — In der Entscheidung des Ehrenrats ist ausgeführt, daß der Betroffene sich grober Verstöße gegen § 20 der Berufsordnung, der jede Werbung und Anpreisung als standesunwürdig untersagt, habe zuschulden kommen lassen, daß aber der Antrag auf Eröffnung des Ehrenratsverfahrens von der Ärztekammer zurückgezogen worden sei, nachdem der Betroffene eine verpflichtende Erklärung abgegeben hatte, und daß sich der Antrag lediglich auf die im Oktober 1950 erschienenen Anzeigen erstreckt habe. Die Entscheidung des Ehrenrats sieht in der Veröffentlichung des Betroffenen über die dreitägige Schließung seines Instituts eine mehrfache Verletzung der Berufsordnung, insofern diese Anzeige einen werbenden Charakter trage, da sie die Klima-Therapie und Ultraschallbehandlung anführe (§ 20 BO). Außerdem sei verstoßen gegen § 24 der Berufsordnung, wonach Anzeigen nur bei einer über zwei Wochen dauernden Abwesenheit gestattet seien. Auch wird

als Verstoß gegen die Berufsordnung das Anbringen des Schildes angesehen, das in seiner Beschriftung überhaupt nicht mehr als Arztschild zu bezeichnen sei, sondern in allem Wesentlichen den Schildern gleiche, die bei gewerblichen Unternehmungen üblich seien. Keine der Bezeichnungen, die § 25 BO als zulässig auführt, treffen auch nur annähernd zu. Der am ehesten noch vergleichbare Zusatz des § 25 Ziff. 2 e der BO „Medizinisch-diagnostisches Institut“ dürfe nur geführt werden, wenn eine entsprechende Ausbildung nachgewiesen ist und ärztliche Behandlungstätigkeit weder ausgeübt noch angekündigt wird. Bei aller Würdigung des Fortschritts würden doch unhaltbare Zustände eintreten, wenn es etwa jedem Arzt gestattet sein sollte, neue Behandlungsmethoden, Apparate u. dgl. auf seinem Schild anzuzeigen. Der Schritt vom Arzt zum Gewerbebetrieb wäre damit bald getan und die Grundlage für die Standesethik untergraben. Die Entscheidung ist weiter gestützt auf die Grundsätze des § 14 Abs. 1 Ziff. 2 und 4 der Satzung, ferner wird dem Betroffenen vorgeworfen, daß er sein Versprechen, keine verbotene Reklame zu machen, gebrochen habe. Es müsse von den Mitgliedern der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., eines Vereins von Akademikern unbedingt verlangt werden, daß sie ihr gegebenes Wort halten, um so mehr, wenn es sich um eine schriftliche und besonders bedeutsame Verpflichtung handelt. Als besonders schwerwiegend wird dies Verhalten des Betroffenen deshalb angesehen, weil ihm ausdrücklich mitgeteilt worden war, daß eine Anzeige in Tageszeitungen über seine Klima-Kammer nicht statthaft sei. Die Einwendung des Betroffenen, daß diese Ankündigung der Klima-Kammer deshalb zulässig geworden sei, weil diese mit einer Anzeige über die vorübergehende Schließung verbunden gewesen sei, weist die Entscheidung zurück mit der Begründung, daß nicht anzunehmen sei, daß der Betroffene sich über die Auswirkung seiner Anzeige im unklaren gewesen sei. Der Einwand des Betroffenen, daß die Berufsordnung erst am 2. Dezember 1950 für verbindlich erklärt worden sei und also keine Anwendung auf die im Oktober begangene Tat finden könne, wird damit zurückgewiesen, daß diese Berufsordnung auch schon früher als ständige Richtlinie für die Ärzte angesehen worden sei und daß die Berufsordnung gewissermaßen eine Ausführungsbestimmung des § 14 der Satzung sei, die niemals außer Kraft getreten sei. Bei der Strafzumessung ging der Ehrenrat davon aus, daß angesichts der wiederholten Verstöße des Betroffenen ein weiteres Verbleiben als Mitglied der Ärztekammer Nord-Württemberg nicht möglich erscheine. Es wurde darauf hingewiesen, daß der Betroffene schon eindringlich verwarnet worden sei, daß ihm der Ausschluß angekündigt worden sei, daß das Ansehen des Arztstandes beim Publikum herabgesetzt worden sei und daß ein weiteres Verbleiben bei der Ärzteschaft Empörung und Entrüstung hervorrufen würde.

Zu der Verhandlung vor dem Großen Ehrenrat ist der Betroffene und sein Verteidiger geladen worden. In der mündlichen Verhandlung wurde Gelegenheit gegeben, zu den einzelnen Fragen sich zu äußern, und diese Gelegenheit wurde auch ausgenutzt. Die Ausführungen des Betroffenen bzw. seines Vertreters gehen kurz dahin, daß dem Betroffenen es ferngelegen habe, mit den Anzeigen im Oktober 1950 über die kurzfristige Schließung der Anstalt eine Werbung zu verbinden. Gerade weil er kurz vorher gewarnt worden sei, habe er nicht daran gedacht, durch diese Annonce zu werben, so daß ein Verstoß gegen § 20 nicht in Frage komme. Auch ein Verstoß gegen § 24 liege nicht vor; es sei die Bestimmung des § 24 nicht wörtlich zu nehmen. Ein Arzt, der ein solches Institut betreibe, sei seinen Patienten gegenüber geradezu verpflichtet, bei kurzfristiger Schließung die Patienten aufmerksam zu machen. Das Anbringen des Schildes könne gar nicht Gegenstand des Verfahrens sein, da hierüber nichts in dem Antrag auf Eröffnung des Ehrenratsverfahrens enthalten sei. Im übrigen sei die Bestimmung des § 25 über Aufschrift und Schild, veraltet, sie sei aus alten Arzteordnungen übernommen worden, und es könne infolgedessen hieraus ein Vorwurf gegen den Betroffenen nicht erhoben werden. Die Verteidigung wendet sich auch dagegen, daß nach der Entscheidung des Ehrenrats der Betroffene seinen Beruf weithin als Gewerbe behandelt habe. Es gehe nicht an, dem Betroffenen auf Grund dieser drei harmlosen veröffentlichten Notizen über die kurzfristige Schließung des Betriebs, die Berufslehre abzusprechen. Der Betroffene verwahrt sich auch dagegen, sein Wort gebrochen zu haben; denn er habe nicht vorsätzlich gegen die von seinem Verteidiger abgegebene

Erklärung vom August 1950 verstoßen. Schließlich wendet sich die Verteidigung gegen das Strafmaß. Der Ehrenrat habe nur eine Entscheidung darüber zu fällen, welche Maßnahmen wegen der im Oktober 1950 unzulässigen Anzeigen zu treffen wären. Schließlich macht der Betroffene geltend, daß er nur deshalb zur Errichtung des Instituts veranlaßt worden sei, weil er nach seiner Entlassung aus zweijähriger Internierungshaft nicht wieder zur Krankenkasse zugelassen worden sei und deshalb genötigt gewesen sei, mit Hilfe von Freunden ein Institut zu gründen, um leben zu können. Die verhängten Maßnahmen seien viel zu hart; der Zweck des Verfahrens sei nur, für begangene Verstöße eine Sühne zu verhängen und die Ärzteschaft von unlauteren Elementen freizuhalten.

Der Große Ehrenrat ist nach Anhörung dieses Verteidigungsvorbringens und nach Überprüfung der gesamten Verhältnisse zu folgendem Ergebnis gekommen:

Der Betroffene war in eindringlichster Weise darauf hingewiesen worden, daß er keine Reklame für sein Institut beim Publikum machen dürfe. Durch die feierliche Erklärung vom 3. August 1950 veranlaßt er die Ärztekammer, von der beabsichtigten Verfolgung seiner groben Verstöße Abstand zu nehmen. Es wurde ihm durch Schreiben des Justitiar Dr. K. vom 28. Juli 1950 nochmals besonders eindringlich erklärt, daß sein nochmaliges Zuwiderhandeln den Ausschluß aus der Ärztekammer zur Folge haben würde. Auf seine Anfrage vom 3. August 1950, ob er die Klima-Kammer anzeigen dürfe, wurde dies von der Ärztekammer am 25. September 1950 verneint, und zwar mit Recht; denn eine solche Reklame verstößt nach den jahrzehntelangen anerkannten Grundsätzen gegen die Standespflichten. Er hat auch nicht erwidert, daß er sich für befugt halte, die Klima-Kammer dem Publikum anzuzeigen, vielmehr verfiel er auf den Weg, daß er die Errichtung der Klima-Kammer nicht ausdrücklich anzeigte, sondern daß er auf diese Behandlungsweise dadurch hinwies, daß er in den Inseraten vom 27. bis 30. Oktober 1950 durch die Mitteilung der dreitägigen Schließung auch das Bestehen der Klima-Kammer dem Publikum anzeigte. Der Große Ehrenrat konnte dem Betroffenen nicht glauben, daß er bei dieser Annonce nicht an die Wirkung der Werbung gedacht habe. Der Betroffene wußte genau, daß er diese Heilmethode auf Grund der Berufssitte, besonders aber auch nach der Aufklärung durch die Ärztekammer, nicht direkt anpreisen dürfe, also machte er die Anpreisung auf indirekte Weise. Dadurch hat er in grober Weise gegen § 14 der Satzung sich vergangen. Er glaubte, auf diesem schlaun sein sollenden Weg um seine Verpflichtung herumzukommen. Dadurch hat er, wie gesagt, gegen die ihm als Mensch und Arzt obliegenden Pflichten verstoßen. Es kann auch dahingestellt bleiben, ob die Anbringung und Belassung des Schildes überhaupt der Gegenstand des Ehrenratsverfahrens werden konnte, da dieser Verstoß in dem Antrag auf Eröffnung des Ehrenratsverfahrens nicht enthalten war, weil es vielleicht nicht ganz ausgeschlossen ist, daß ihm die Tragweite der Anbringung dieses Schildes nicht bewußt war. Diese Frage hat also weder bei der Verurteilung selbst noch bei Bemessung des Strafmaßes eine Rolle gespielt. Dabei muß aber der Betroffene ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß ein weiteres Verbleiben seines unzulässigen Schildes unstatthaft ist und ein erneutes Verfahren nach sich ziehen kann, falls der Betroffene das Schild beläßt. Die Entscheidung befaßt sich also nur mit den Verstößen vom 27. bis 30. Oktober: Ankündigung der dreitägigen Schließung mit Erwähnung der Klima-Kammer. Dieses Verhalten wurde deshalb als besonders schwer angesehen, weil der Betroffene ausdrücklich darauf hingewiesen worden war, daß er die Klima-Kammer nicht anpreisen dürfe. Bei der Bemessung der Strafe durfte und mußte selbstverständlich die Gesamtpersönlichkeit, wie sie sich darstellte, betrachtet werden, und hierbei mußten die verschiedenen früheren groben Verstöße des Betroffenen berücksichtigt werden. Es mußte insbesondere berücksichtigt werden, daß der Betroffene trotz der Warnung der Ärztekammer, trotz seines Versprechens, auf Umwegen eben wieder eine Werbung vornahm, die nun einmal unzulässig ist. Dieses Verhalten läßt den Betroffenen als einen Berufsgenossen erscheinen, der sich um seines Vorteils wegen um die Standespflicht nicht kümmert und die ihm als Vereinsmitglied auferlegten Pflichten nicht erfüllt und nicht erfüllen will. Deshalb wurde vom Großen Ehrenrat der Ausschluß des Betroffenen ernsthaft erwogen, jedoch konnte sich der Große Ehrenrat zu dieser Maßnahme deshalb nicht entschließen, weil doch möglicherweise dieser Ausschluß eine existenz-

gefährdende Wirkung mit Rücksicht auf die künftige Neuordnung der Ärztekammer haben könnte. Es wurde berücksichtigt, daß der Betroffene immerhin das Bestreben hat, in der jetzigen Körperschaft zu bleiben, und es wurde für möglich gehalten, daß er nunmehr von allen direkten oder indirekten Versuchen, die Standessitten zu mißachten, abläßt.

Wäre es möglich gewesen, dem Betroffenen eine schärfere Strafe als die Strafe des Verweises aufzuerlegen, z. B. eine Geldstrafe, so wäre mit Bestimmtheit hierauf erkannt worden. Der Betroffene mag dies als letztes Warnungszeichen betrachten. Wenn er auch nur in Kleinigkeiten wieder verstößt, so muß er den Ausschuß gewärtigen.

Die Ehrenratsordnung sieht vor, daß die Art und Form der Bekanntgabe dieser Strafe an die Mitglieder der Kammer dem Ehrenrat überlassen bleibt. Der Große Ehrenrat hält für erforderlich, durch Mitteilung in dem Blatt der Ärztekammer, die Mitglieder davon zu verständigen, daß das Verhalten des Betroffenen verfolgt wurde, und es mag diese Veröffentlichung auch ein Warnzeichen für solche Berufsgenossen sein, welche etwa beabsichtigen sollten, ähnliche standeswidrige Methoden anzuwenden.

gez.: Dr. Schott
zugl. f. d. abwesenden Prof. Dr. Dennig
gez.: Dr. Benz

gez.: Schleh
gez.: Dr. Mayer

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

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 Frauenkrankheiten in Karlsruhe
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Karlsruhe
Facharzt für Röntgenologie in Karlsruhe-Durlach
prakt. Arzt in Karlsruhe-Stadt
prakt. Arzt in Karlsruhe-Altstadt
prakt. Arzt in Schöllbrunn Kreis Karlsruhe
prakt. Arzt in Mannheim-Lindenhof
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in Pforzheim
2 prakt. Ärzte in Pforzheim
Facharzt für Augenkrankheiten in Buchen
prakt. Arzt in Tauberbischofsheim

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

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

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

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

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

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

Karlsruhe, den 4. Dezember 1951

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Nordbaden

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN
Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 4620

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

| | |
|----------------------------|-------------|
| Lörrach | prakt. Arzt |
| Meersburg Kreis Überlingen | prakt. Arzt |
| Titisee Kreis Neustadt | prakt. Arzt |

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens bis zum 10. Januar 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 war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

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

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

70. Geburtstag

Am Weihnachtstag wird Herr Dr. med. Alfred Hummel, prakt. Arzt, Lenzkirch im Schwarzwald sein 70. Lebensjahr vollenden.

Herr Dr. Hummel, der selbst aus dem Schwarzwald stammt, erfreut sich nicht nur großer Beliebtheit bei seinen Patienten, sondern genießt über die Grenzen seines Tätigkeitsbereichs

hinaus großes Ansehen, besonders bei seinen Kollegen. Er hat sich im Jahre 1909 zur Ausübung einer eigenen Praxis niedergelassen und ist seit Jahrzehnten nicht nur als prakt. Arzt, sondern auch als Krankenhausarzt in Lenzkirch tätig.

Wir gratulieren Herrn Kollegen Hummel zu seinem Geburtstag herzlich.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

43. Woche 1951 — 46. Woche 1951

(21. Oktober — 17. November 1951)

| Landesbezirke | Woche | N = Norerkrankungen T = Todesfälle | Milchbrand | Pocken | Diphtherie | Scharlach | Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf | Tuberkulose anderer Organe | Keuchhusten | Übertragbare Genickstarre | Übertragbare Kinderlähmung | Tripper | Syphilis | Unterleibstypus | Paratyphus | Übertragbare Ruhr | Bakterielle Lebonn- mittvergiftung | Bangsche Krankheit | Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis) | Krätze | Übertragbare Gehirnentzündung | Tollwut | Malaria | Grippe | Masern | Kindbettfieber nach Geburt | Kindbettfieber nach Pöhlgeburt | Trachom | Weilsche Krankheit | Qu. Fieber | Leptospirose | |
|--|------------|---------------------------------------|------------|--------|------------|-----------|----------------------------------|-------------------------------|-------------|------------------------------|-------------------------------|---------|----------|-----------------|------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------|----------------------------------|---------|---------|--------|--------|-------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------------|------------|--------------|-------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nord-Württemberg |
| | 44. N T | | | | 24 | 68 | 55 | 15 | 63 | | | 51 | 31 | 6 | 1 | | | | 1 | | | | | 8 | 4 | | | | | | 1 | |
| | 45. N T | | | | 20 | 69 | 76 | 9 | 85 | 1 | 1 | 44 | 17 | 1 | 1 | | 5 | | | | | | | 7 | 32 | | | | | | | |
| | 46. N T | | | | 12 | 85 | 84 | 9 | 64 | | 1 | 44 | 25 | 2 | 1 | | | | 1 | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau | 43. N T | | | | 5 | 25 | 11 | 4 | 27 | 1 | | 7 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| | 44. N T | | | | 8 | 25 | 6 | 8 | 19 | | 1 | 10 | 6 | | 1 | | 5 | 1 | | | | | | | 23 | | | | | | | |
| | 45. N T | | | | 7 | 31 | 13 | 2 | 38 | | 3 | 8 | 8 | | | | 1 | | | | | | | | 56 | | | | | | | |
| | 46. N T | | | | 4 | 29 | 20 | 8 | 7 | | 2 | 14 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | |
| Nord-Baden | 43. N T | | | | 8 | 63 | 39 | 13 | 11 | | 2 | 62 | 21 | | 2 | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 67 | | | | | | | |
| | 44. N T | | | | 4 | 54 | 35 | 10 | 3 | 1 | 2 | 36 | 8 | 1 | | 1 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| | 45. N T | | | | 2 | 43 | 53 | 5 | 7 | 1 | | 45 | 15 | | | 1 | | | | | | 1 | | | 8 | | | | | | | |
| | 46. N T | | | | 8 | 41 | 37 | 7 | 14 | | 3 | 40 | 14 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| Land Baden | 43. N T | | | | 7 | 43 | 22 | 8 | 25 | 1 | | 13 | 5 | 1 | | 1 | | | 3 | | 1 | | | | 12 | | | | | | | |
| | 44. N T | | | | 5 | 29 | 15 | 5 | 33 | | | 12 | 7 | | 1 | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | |
| | 45. N T | | | | 7 | 44 | 32 | 7 | 34 | | 1 | 9 | 14 | 3 | | 1 | 2 | 1 | | | | | | | 14 | | | | | | | |
| | 46. N T | | | | 6 | 38 | 24 | 2 | 11 | 1 | 4 | 16 | 11 | 3 | | 1 | | | | | | | | | 49 | | | | | | | |

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

Württembergische Ärzte, vergeßt die Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse nicht!

Anschrift: STUTTGART O, REITZENSTEINSTRASSE 38

Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim über „Invelan“; Dr. Hubold & Bach, Hamburg über „Azoangin“; Knoll A.-G., Ludwigshafen/Rh. über „Veriazol“ und das Merkblatt „Keine Angst vor Krebs“ beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergstr. 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstr. 77. — Ausgabe Dezember 1951. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

