

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952

3 (1.3.1952)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen
in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

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

HEFT 3

STUTTGART, MÄRZ 1952

7. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Pasler:	Über die Verwendung von Haftgläsern	41
Dr. Herfurth:	Über sinnvolle Soleanwendung bei Kindern	43
Oberstaatsanwalt Dr. Kohlhaas:	Die Pflicht zur ärztlichen Fortbildung vom Strafrecht aus gesehen	44
Dr. Strotkötter:	Zum Regelbetrag	45
Prof. Dr. Zuckschwerdt:	Operationen ferngesehen	47
Dr. jur. Cordes:	Kinder als Angestellte in der Praxis des Vaters	48
Eingesandt	. . . . .	48
Buchbesprechungen	. . . . .	49
Bekanntmachungen	. . . . .	52
	Ärztekammer Nord-Württemberg E.V.	53
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	57
	Ärztekammer Nordbaden e.V.	57
	Landesärztekammer Baden	58
	Ärztliche Pressestelle Stuttgart	58
Neue Arzneimittel	. . . . .	59
Geschäftliche Mitteilungen	. . . . .	59
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 5. bis 8. Woche 1952	. . . . .	60

Am Samstag, den 5. April 1952 findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 53

(Aus der Augenabteilung des Städt. Krankenhauses Bremerhaven-Lehe,
Leiter: Dr. Zobel)

Über die Verwendung von Haftgläsern¹⁾

Von Dr. med. Hans Pasler, Assistenzarzt

In den folgenden Ausführungen soll Stellung zu der Frage genommen werden, wann es zweckmäßig erscheint, an Stelle von Brillengläsern Haftschalen zu gebrauchen. Ferner soll ein kurzer Überblick gegeben werden, wie sich dieses Problem in der jüngeren Zeit weiter entwickelt hat, und schließlich soll das Interesse für dieses schwierige Gebiet der Optik geweckt werden, so weit es für den Arzt Interesse verdient.

In letzter Zeit ist wiederholt in Zeitungen und illustrierten Blättern der Versuch gemacht worden, dieses Problem in sehr farbenfrohen Worten und Bildern darzustellen, ohne daß genügend Objektivität gewahrt ist. Diesen Mangel an Sachlichkeit richtigzustellen, soll ferner Aufgabe dieser Darlegungen sein.

Der Wunsch, das Sehvermögen sowie optische Augenfehler mittels Glasschalen, die dem Augapfel unmittelbar aufliegen bzw. die unter den Lidern getragen wer-

den, zu bessern, ist relativ alt. Die ersten Versuche gehen auf den englischen Astronom Herschel (1827) zurück. Wirkliche Erfolge jedoch hatte erst der deutsche Ophthalmologe A. E. Fick, der 1887 sein „Haftglas“ zur Behandlung optischer Augenfehler, hauptsächlich zur Korrektur des irregulären Astigmatismus, einführte. 1928 waren es L. Heine und H. Hartinger, die die Zahl der bis dahin noch nicht mathematisch konstruierten Formen vermehrten und verbesserten, so daß ihre Anwendung in größerem Umfange möglich wurde. — In den letzten Jahren wurden neue Modifikationen und Herstellungsverfahren entwickelt. — Wenn von anderer Seite geäußert wird, die Entwicklung des Haftglases sei vorerst zu einem gewissen Abschluß gekommen, so möge die Feststellung der Tatsache genügen, daß man dabei ist, die oben genannten Verfahren zu verbessern und neue Wege zur Herstellung „individueller“ Haftschalen (Modell-

¹⁾ Aus dem „Bremer Ärzteblatt“ Heft 4/1951.

Haftschalen) zu gehen trachtet. Dabei wird der Kunststoff-Haftschale die Zukunft gehören, da sie die Möglichkeit einer Veränderung gestattet (nach auftretenden Mängeln im Sitz usw.), während eine Korrektur nach Fertigstellung einer Glashaftschale nicht durchführbar ist. Nach Modell angefertigte Haftschalen werden der individuell verschiedenen Form des Patienten-Augapfels (fast jeder ist anders) mehr entgegenkommen, als die bestausgewählten und bestsitzendsten aus dem Probierversatz, obzwar z. B. der ABC-Satz von Zeiß 27 Stück mit verschiedenen Korneal- und Skleral-Radien beinhaltet. In Deutschland sind am gebräuchlichsten die Haftgläser der Fa. Zeiß, die aus Glas sind und deren optischer Teil von Fall zu Fall entsprechend zugeschleift wird und die aus Kunststoff hergestellten Kontakt-schalen der Fa. Müller-Welt, Stuttgart.

Der Effekt der Haftgläser ist in erster Linie vom guten Sitz abhängig. Es gehört viel Geschick dazu, einem Patienten, dem der Vorgang noch neu ist, ohne ihn zu alterieren, das Glas gutschitzend einzusetzen.

Da das Einsetzen unter Umständen nicht ganz ungefährlich ist, wäre es unbedingt erforderlich, daß die Auswahl durch Ophthalmologen ausgeführt wird. Eine in aller Ruhe vorgenommene Ermittlung des für den Patienten passendsten Haftglases unter Ausnutzung einer temporären Anästhesie des Augapfels, ist für das Schicksal hinsichtlich des Sitzes und damit für den Gebrauch schlechthin entscheidend.

Der Sitz soll so vollkommen sein, daß ohne Dezentrierung das Haftglas den Augenbewegungen nach allen Seiten folgen kann. Ein ungenauer Sitz verursacht dem Patienten Schmerzen und er wird allgemein dadurch stark beunruhigt.

Das Haftglas besteht aus dem optischen Teil, der zur Korrektur des Brechungsfehlers dient. Dieser wird von dem ringförmigen haptischen Teil umgeben, der für den Sitz verantwortlich ist. Der optische Teil entspricht in seinem Ausmaß ungefähr der Größe der Hornhaut und ist der Größe der Patientenhornhaut angepaßt. Der ringförmige haptische Teil liegt der Sclera auf. Es ist dabei wichtig, daß er sich der Form des Bulbus gut anpaßt, da es sonst zu Kompressionen der Gefäße und damit zur Unterbrechung des Flüssigkeitsstoffwechsels der Hornhaut kommt, was wiederum Nebelsehen zur Folge hat.

Das Wirkungsprinzip der Haftschalen beruht auf der Tatsache, daß die Brechkraft der Hornhaut ausgeschaltet und durch die Brechkraft des Haftglases und die zwischen Hautoberfläche und Haftglasrückwand gelegene Flüssigkeit, die vor dem Einsetzen in die Höhlung des Haftglases geträufelt wird, übernommen wird.

Diese Flüssigkeit, die aus einer für das Auge reizlosen Lösung besteht, erhöht die Wirkung erheblich, da die Durchsichtigkeit des Systems (Brechungsindex von Glas und Lösung ist fast identisch) durch Luftansammlung nicht gestört wird. Luftblasen, die sich oft beim Einsetzen einschleichen, geben ein unscharfes Bild und ein erneutes Einsetzen wird dadurch erforderlich.

Theoretisch müßte mittels des Haftglases jeder Augenfehler korrigiert werden können. Daß dies nicht der Fall ist, liegt größtenteils daran, daß die Verträglichkeit individuell sehr verschieden ist und daß oft der Brille, der Bequemlichkeit wegen, der Vorzug gegeben wird, hauptsächlich dann, wenn der Augenfehler keine größeren Ausmaße hat. Am eklatantesten ist der

Erfolg des Gebrauchs von Haftgläsern beim irregulären Astigmatismus, vorausgesetzt, daß die Hornhaut gut durchsichtig ist. Hier werden alle Abweichungen der sphärischen Form der Hornhautoberfläche von der Flüssigkeit im kapillaren Spalt abgefangen und eine gleichmäßige Strahlenbrechung erreicht. Beim irregulären Narbenastigmatismus und beim Keratokonus werden die mißgestalteten Oberflächenverhältnisse gleichfalls beseitigt und dadurch einer geregelten Brechung zugeführt. Beim Keratokonus bewirkt die Haftschale darüber hinaus einen leichten Druck, in einem gewissen orthostatistischen Sinne einen Rückgang. Nicht korrigierbar ist ein sogenannter Linsenastigmatismus, der ganz selten ist, da Haftgläser sphärisch geschliffen sind. Dazu wäre ein zylindrisch geschliffenes Glas notwendig.

Neben dem Astigmatismus und Keratokonus lassen höhere Grade von Myopie und Hyperopie (ab $-2,0$ und $+4,0$ Dptr.) sowie einseitige Aphakie die Anwendung von Haftgläsern gerechtfertigt erscheinen. Bei der einseitigen Aphakie ist die Brille dadurch zum Mißerfolg verurteilt (wenn nicht zufällig das andere Auge primär stark übersichtig gewesen ist), daß einmal die verschiedene Bildgröße (Aniseikonie) sich unangenehm bemerkbar macht und zum anderen die prismatische Wirkung des dicken Brillenglases sich in störendem Sinne auswirkt, vor allem bei Blickwendungen. Bei Verwendung von höheren Konkavgläsern kommt es durch prismatische Wirkungen der Randteile leicht zu falschen Raumvorstellungen und zu veränderter Konvergenzinnervation. Diese Nachteile werden vom Haftglas fast ganz beseitigt, die prismatische Störung ganz und die Aniseikonie wird von 25% (Brille) auf 5% (Haftglas) herabgesetzt.

Der größte Prozentsatz der Patienten, die eine Verordnung von Haftschalen anstreben, setzt sich aus Personen zusammen, die Haftgläser aus kosmetischen Gründen wünschen. Ist der Augenfehler gering, dann wird man diesen Patienten vom Tragen der Haftschalen abraten, es sei denn, sie zeigen beim Einsetzen der Probierschalen eine gute Verträglichkeit. Prädestiniert sind Patienten, die einen gröberen Augenfehler haben, und denen eine Brille bei der Berufsausübung hinderlich ist, wie dies vor allem bei Sportlern, Artisten, Tänzern, Schauspielern usw. der Fall ist. Diese Menschen sind oft mit großem Eifer bemüht, das Einsetzen zu erlernen und sind sehr dankbar, wenn ihnen auf diese Weise der volle Berufseinsatz ermöglicht wird.

Die Tragezeit schwankt sehr. Es gibt Patienten, die von Anfang an die Haftschalen mehrere Stunden tragen können. Andere wieder müssen sich erst nach und nach daran gewöhnen. Viele können beschwerdefrei die Gläser den ganzen Tag tragen, andere wieder sind nur für weit kürzere Zeit dazu in der Lage. Mehr als zehn Stunden ununterbrochen sollten Haftgläser jedoch nicht getragen werden, da es sonst zur Schädigung der Hornhaut kommen könnte (Erosionen, Trübung des Epithels usw.).

Die Anpassung erfolgt in der Weise, daß die Innenkrümmung der Haftglasoptik mit der Hornhautkrümmung übereinstimmt. Die Wölbung der Haptik wird empirisch anprobiert. Eine Anfärbung der Flüssigkeit mit Fluoreszin läßt mit der Spaltlampe (Handspaltlampe) genaue Kontrollen auf eventuelle Druckstellen zu. Wird eine Stauung durch Druck auf Bindehautgefäße sichtbar, dann ist ein besser sitzendes Glas ausfindig zu

machen. Die Fluoreszin-Lösung gestattet ferner eine Prüfung der Dicke des kapillaren Spaltes.

Die Brechkraft der Haftschaloptik ergibt sich aus der nun gewonnenen und der nun erforderlichen Brillenkorrektur, und zwar unter Berücksichtigung der Tatsache, daß der Abstand Brillenglas—Hornhautoberfläche nun gleich null geworden ist. Neben rechnerischen Überlegungen spielt hierbei die subjektiv durch Vorsetzen von Probier-Brillengläsern gewonnene Zusatzkorrektur, die in fast jedem Falle verschieden sein wird und die in das betreffende Glas eingeschliffen wird, eine Rolle.

Außer der Korrektur von Refraktionsanomalien ergeben sich zahlreiche andere Indikationen für den Gebrauch von Haftgläsern. So besteht die Möglichkeit, bei Entropium mit Trichiasis mit Hilfe des Haftglases das Reiben der Wimpern und so das Fortschreiten des Pannus zu verhindern. Ferner läßt sich durch Anbringen einer Glasleiste auf dem Haftglas eine Ptosis des Oberlides bessern. Bei Aniridie und Albinismus besteht ferner die Möglichkeit, durch gefärbte Gläser die dauernde Blendung aufzuheben.

Wenn nun die Frage zu beantworten wäre, wem man Haftschaloptik verordnen soll, und wem nicht, so sei noch gesagt, daß neben den wirtschaftlichen Verhältnissen (ein Glas kostet 40.— bis 50.— DM, Krankenkassen bezahlen nur in ganz seltenen Ausnahmefällen!) die Intelligenz der Patienten dabei eine Rolle spielt. Es gehört zumindest ein gewisser Teil dazu, um den Erfolg sicherzustellen. Das größte Kontingent stellen die Myopen; mit einer Myopie von minus 2,0 dptr. und mehr. Aus dioptrischen Gründen können hochgradig Myope mit

Haftgläsern besser sehen, als entsprechende Brillenträger, da das Netzhautbild bei ihnen mit der Haftglaskorrektur größer wird. Staroperierte können gut für die Ferne auskorrigiert werden, benötigen aber für die Nähe zusätzlich eine Lesebrille. — Einen weiteren größeren Prozentsatz stellen die Stabsichtigen und die hochgradig Hyperopen. Einfache Presbyopie ist für Haftgläserkorrektur nicht geeignet.

Vielfach wurden in letzter Zeit Haftschaloptik von Augeninstituten, vornehmlich in größeren Städten, Patienten verabfolgt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß nur unter ärztlicher Kontrolle ein schadenloses Tragen garantiert ist. Man ist im Ausland (Amerika), wo der Gebrauch ein weit größeres Ausmaß hat, dazu übergegangen, nur gut geschulte Ärzte diese Handlung vornehmen zu lassen, eine Tatsache, die sich auch bei uns durchsetzen sollte.

Bei sachgemäßem Gebrauch werden Schäden kaum beobachtet. Es ist wichtig, daß Gläser, die Beschwerden machen, sofort entfernt werden, gewöhnlich können sie nach einer Ruhepause von 1 bis 2 Stunden weiter getragen werden. Bei längerem Gebrauch bekommen die Patienten eine solche Routine, daß das Einsetzen keine Zeit in Anspruch nimmt und daß die sonst verwendeten Hilfsmittel (Gummisauger) wegfallen.

Dieser kurze Überblick über den heutigen Stand des Haftglasproblems war für den Nichtophthalmologen gedacht. Er sollte die Indikationen und Gegenindikationen, die Möglichkeiten und Grenzen aufweisen.

Anschrift des Verf.: Bremerhaven-Lehe,
Heinrichstr. 35

Über sinnvolle Soleanwendung bei Kindern

Von Dr. med. H. Herfurth, leitendem Arzt des Kindersolbades Bethesda des Württ. Landesfürsorgeverbandes,
Bad Friedrichshall-Jagstfeld

Im Interesse einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Solbädern bei Kindern und einer sinnvollen Anwendung der für diese Zwecke zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel erscheint es angezeigt, die Zusammenarbeit zwischen den Entsendestellen — speziell den die Auswahl der ins Solbad zu verschickenden Kinder treffenden Ärzten — und den mit der Durchführung der Kur betrauten Badeärzten enger als bisher zu gestalten. Zur Förderung des dazu notwendigen gegenseitigen Erfahrungsaustausches mögen einige Hinweise dienen, die vom Standpunkt des Badearztes gesehen bei der Auswahl der Kinder mehr als bisher Berücksichtigung finden sollten.

Die schon 1922 von Fleischmann ausgesprochene Feststellung: „Die Mannigfaltigkeit der Indikationen steht in umgekehrtem Verhältnis zu unseren physiologischen Kenntnissen über die Wirkung der Sole“ besteht leider auch heute noch zu Recht und dürfte die Indikationsunsicherheit auf diesem Gebiet zur Genüge erklären. Andererseits sollte sie aber nicht zur Resignation führen und einem allzu unkritischen Vorgehen bei der Solbad-Indikationsstellung Vorschub leisten, denn die unausbleibliche Folge wäre die Diskreditierung eines naturgegebenen und seit Jahrhunderten gebräuchlichen Heilfaktors, dessen Wirksamkeit unabhängig von der auch heute noch unbefriedigenden theoretischen Funda-

mentierung nicht mehr ernsthaft angezweifelt werden kann.

Der Zweck dieses Aufsatzes verbietet ein näheres Eingehen auf die bisher gesicherten physiologischen Kenntnisse über die Wirkung der Sole auf den menschlichen Organismus. Soviel sei jedoch zum besseren Verständnis der gleich zu besprechenden kurzen Indikationsübersicht ausgeführt: Es gibt keine Resorption fester Substanzen durch die intakte Haut, also keine Solewirkung im chemischen Sinne, wie man früher angenommen hatte. Sondern wir wissen heute, daß sich die Haut des Patienten im Verlaufe einer Solbadkur nach und nach mit einem immer dichter werdenden Mantel aus Salzen überzieht. Die Salzpartikel halten sich lange Zeit in der oberen Hautschicht in Kristallform und gelangen offenbar in jene Schicht, in der die sensiblen Nervenfasern endigen und üben dadurch einen nervösen Reiz aus. Frankenhäuser und Lehmann haben Salzreste noch wochenlang nach Abschluß der Solbadkur auf der Haut nachweisen können: Die anfängliche Enttäuschung über die offenbar „nur“ physikalische Wirksamkeit der Sole dürfte im Licht der heute so modernen Segment-Therapie mit ihrer erstaunlichen Beeinflussungsmöglichkeit schwerster Erkrankungen der inneren Organe durch bloße Hautreize — man denke nur an das hochinter-

essante Sekundenphänomen — bald einer ganz anderen Beurteilung Platz machen.

Eine weitere, heute noch kaum nutzbar gemachte physikalische Wirkung ist die sogenannte kinetotherapeutische Eigenschaft der Sole, auf die schon Leyden und Goldscheider aufmerksam gemacht haben. Wer einmal Gelegenheit hatte, die erstaunliche Wirkung der Sole in Verbindung mit Unterwasserbehandlung bei der Mobilisation extrem versteifter Gelenke bei primär und sekundär chronischen Gelenkerkrankungen sowie bei der Reparation von schweren Muskellähmungen nach Poliomyelitis, Encephalitis, Diphtherie usw. zu studieren, der vermißt immer wieder aufs schmerzlichste das Vorhandensein entsprechender hydrotherapeutischer Anlagen (Schwimmbassin, Unterwassermassagegeräte) bei fast allen bekannten Solbädern.

Wenn auch unser Wissen von der physiologischen Wirksamkeit der Sole noch in den allerersten Anfängen steht, so berechtigen jedoch die bisherigen Erfahrungen, ihre Anwendung bei ganz bestimmten Indikationen zu empfehlen, bei anderen Zuständen als erfahrungsgemäß nutzlos zu unterlassen und auch ausgesprochene Gegenindikationen aufzustellen. Die Soleverabfolgung geschieht heute nicht mehr wie früher, mehr oder weniger schematisch, sondern wird im Hinblick auf die jeweilige Indikationsstellung unter Berücksichtigung der gesamten Körperverfassung abgestuft. Voraussetzung für eine erfolgversprechende Solbadkur ist — wie aus dem oben Ausgeführten verständlich sein dürfte — eine entsprechend lange durchgeführte Kur. Als Mindestdauer muß die Zeit von 6 Wochen gefordert werden, denn die Zeit für die Eingewöhnung und Umstellung des Kindes auf die neue Umgebung sowie für die eingehende Eingangs- und Abgangsuntersuchung ist ja noch von der eigentlichen Kurzeit in Abrechnung zu bringen. Kuren von 4 Wochen Dauer, wie sie leider aus falschen finanziellen oder schulischen Erwägungen heute immer noch durchgeführt werden, sind sinnlos und müssen das Solebaden früher oder später in Mißkredit bringen. Lieber weniger Kinder mit entsprechender Indikation und dann

für mindestens 6 Wochen als möglichst viele Kinder für kurze Zeit muß bei wirtschaftlicher und sinnvoller Anwendung der Sole gefordert werden.

Die nachfolgende Indikationsübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll lediglich als Hinweis und Richtschnur dienen und erfüllt ihren Zweck, wenn sie offensichtliche Fehlindikationen zum Nutzen der wirklich Solbad-Bedürftigen mehr als bisher verhindern hilft.

1. **Bewährte Indikationen:** Körperliche Entwicklungshemmung. Statische Entwicklungshemmung infolge vorausgegangener cerebraler oder geburtstraumatischer Prozesse (Morbus Little). Vegetative Dystonie. Infektanfälligkeit. Lymphatische Diathese. Rachitisfolgen. Anämie. Folgezustände nach Halslymphdrüsen-, Knochen- und Bauchdrüsen-Tbc. Chronisch fistelnde Osteomyelitiden.

2. **Eingeschränkte Indikationen**, die aber eines Versuches wert sind: Gewisse Formen der exsudativen Diathese (z. B. die Neurodermitis). Spastische Bronchitiden. Bronchitis asthmatica. Chronisch eitrige Otitiden (nicht diphtherischer Genese!).

3. **Speziell klinische Indikationen**, die gewisse hydrotherapeutische Anlagen und Geräte voraussetzen: Gelenkversteifungen bei primär und sekundär chronischen Gelenkerkrankungen. Muskellähmungen der verschiedensten Ätiologie (post-poliomyelitisch, post-encephalitisch, post-diphtherisch).

4. **Ausgesprochene Kontra-Indikationen:** Jede Form der aktiven Tuberkulose. Jede Form der aktiven rheumatischen Infektion (Endocarditiden!) mit noch erhöhter Blutsenkung. Akute und chronische Nephritiden.

5. **Nutzlos** ist die Soleanwendung erfahrungsgemäß bei allen folgenden Zuständen: Endokriner Riesen- und Zwergwuchs. Endokrine Fett- und Magersucht. Konstitutionelle Anomalien wie z. B. Dysostosen und andere multiple Mißbildungen des Skelettsystems. Debilität ohne Little-Symptome. Rein soziale Indikationen, die auf bloßen Milieuwechsel abzielen.

Die Pflicht zur ärztlichen Fortbildung, vom Strafrecht aus gesehen

Von Oberstaatsanwalt Dr. Kohlhaas am Bundesgerichtshof Karlsruhe

„Für den approbierten Arzt besteht eine Ausbildungs- und Fortbildungspflicht, derzufolge er sich über die Grundlagen und die Fortschritte der Heilkunde nach bestem Können unterrichten muß und sich neuen Lehren und Erfahrungen nicht aus Bequemlichkeit, Eigensinn oder Hochmut verschließen darf.“

„Die Lehre von der ärztlichen Wissenschaft und die Erfahrungen am Krankenbett weiten und wandeln sich.“

Die beiden hier zitierten Sätze stammen nicht aus einem medizinischen Lehrbuch, sondern sie sind vom Reichsgericht in Band 67 S. 12 ff. sowie Band 64 S. 269 ff. der Strafrechtssammlung niedergelegt worden und haben zum Gegenstand die Fälle, daß Patienten ein Schaden dadurch zugefügt wurde, daß der sie behandelnde Arzt nicht mit der Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft Schritt gehalten hatte. Wenn hier von der Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft die Rede ist,

so sind damit zwar nicht gemeint die vielfach auftretenden kurzlebigen Entdeckungen irgendeiner Fachrichtung, die nicht unbedingt einen Fortschritt zu bedeuten brauchen, jedoch hat die Rechtsprechung gerade den verschiedenen Auffassungen der verschiedenen „Richtungen“ Rechnung getragen, worauf noch einzugehen sein wird.

Es ist aber nicht zu bestreiten, daß auf manchen Gebieten wirklich dauernde Fortschritte gemacht worden sind. So ist sogar einem ärztlichen Laien die Wandlung auf dem Gebiet der antiseptischen Wundbehandlung oder der Narkose im Laufe der Jahre offensichtlich geworden, und der Verfasser wird kaum Widerspruch finden, wenn er behauptet, daß es Gebiete gibt, innerhalb deren es allseits Kopfschütteln erregen würde, wollte ein Arzt die dort gewonnenen Erkenntnisse nicht werten, obwohl sie neueren Datums sind.

Es ist in einer Zeit, da die Ärzte aufs äußerste an Zeit und Körperkraft ausgenutzt werden, fast vermessen, von ihnen verlangen zu wollen, sich in ihrer kargen Freizeit auch noch auszubilden, aber Einzelfälle, die dem Verfasser — gottlob nur selten — aus dem gesamten Bundesgebiet zugänglich werden, zeigen eben doch, in welcher großen Gefahr ein Arzt sich begibt, der nicht auf dem laufenden bleibt und, im Falle eines Unglücks von den Angehörigen des Getöteten oder Verstümmelten verfolgt, niemanden aus dem Kreis der Sachverständigen aus allen Fachrichtungen mehr findet, der ihm bestätigen kann, daß ein „fahrlässiges Verhalten“ nicht vorliege. Wenn daher im Folgenden nur die Rechtsprechung — mag sie nun den Ärzten genehm sein oder nicht — ohne eigene Stellungnahme wiedergegeben wird, so ist der Grund ausschließlich der, die Ärzteschaft auf die Gefahr aufmerksam zu machen, die ein Ausruhen auf den durch die Examina erworbenen Lorbeeren nach sich ziehen kann. Die Konsequenzen hieraus zu ziehen, muß den Ärztekammern einerseits durch Veranstaltung von Lehrgängen, den Ärzten durch Besuch derselben und den Steuerbehörden bei Abzug von Kosten, die durch den Besuch von Therapiekongressen, Fachwochen usw. entstehen, überlassen bleiben.

Ausgangspunkt der vorliegenden Betrachtung ist ein Fall, der aus hier nicht interessierenden, rein persönlichen Gründen zu keiner Verurteilung führen konnte, nämlich der, daß ein Arzt einen operativen Eingriff ambulant in der Sprechstunde vornahm, den er nach Ansicht der Sachverständigen nicht einmal mehr in der Wohnung der Patientin, sondern nur in einem Krankenhaus hätte vornehmen dürfen. Darüber, daß vor Jahrzehnten, als der Arzt seine Approbation erlangte und als es viel weniger Kreiskrankenhäuser gab als jetzt, ein solcher Fall mit allen dieser Behandlung innewohnenden Gefahren überwiegend zu Hause abgemacht werden konnte bzw. mußte, entschuldigte nach Ansicht der Strafkammer das Verhalten des Arztes nicht, da sich inzwischen die Behandlungsmöglichkeiten eben gewandelt hatten.

Es ist nicht erforderlich, auf diese Ausführungen näher einzugehen, da es, wie schon erwähnt, in concreto zu keiner Verurteilung kam, wohl aber läßt sich grundsätzlich feststellen, daß der Arzt verpflichtet ist, mit den neuen Erkenntnissen mitzugehen und von allen ihm gebotenen Möglichkeiten für eine bessere Versorgung der Patienten Gebrauch zu machen, unbeachtet dessen, was vor zwei oder mehr Jahrzehnten üblich gewesen sein mag. Es besteht vor allem für jeden, an welchen die Fragen der Übernahme einer Heilbehandlung herantreten, die Pflicht, zu prüfen, ob seine Fähigkeiten und Kenntnisse gerade im gegebenen Fall zur Feststellung und erfolgreichen Behandlung der Krankheit genügen. Ein Arzt, der eine Behandlung übernimmt, der er nach

seiner Leistungsfähigkeit nicht gewachsen ist, kann sich gerade hierdurch der fahrlässigen Herbeiführung einer Körperverletzung oder gar Tötung schuldig machen.

Hier ist jedoch eine Klarstellung notwendig. Selbstverständlich kann einem Arzte, der gerade der einzige am Ort ist oder bei dessen Gerufenwerden höchste Eile not tut, nicht etwa zur Last gelegt werden, wenn er mit ihm bekannten unzulänglichen Kräften an seine Aufgabe herangeht. Im Gegenteil! Würde er nicht handeln, so würde zum Nachteil des Patienten etwas anderes eintreten, nämlich das Nichtstun. Es soll also mit der oben wiedergegebenen Rechtsprechung nur gesagt werden, daß während der Behandlung stets sorglich darauf geachtet werden muß, ob Wissen und Können ausreichen. Bequemlichkeit, Hochmut oder Eigensinn dürfen nicht zur Unterlassung der Heranziehung weiterer Hilfsmittel führen.

Hier ist eine zweite Klarstellung notwendig. Es gibt, wie sogar Laien bekannt ist, verschiedene Schulen und Richtungen, die über bestimmte Heilmittel und Eingriffe verschieden denken. Die Rechtsprechung vermeidet es peinlich, in diesen Meinungsstreitigkeiten Partei zu ergreifen. Ist ein Arzt davon überzeugt, daß ein als besonders wirksam bekanntes Heilmittel andere Schäden für den Patienten herbeiführen werde, oder glaubt er aus wohlerwogenen Gründen nicht an die Wirksamkeit eines der sonst überwiegend anerkannten Heilmittel und führt dessen Erfolge auf andere Umstände als die hier angemessenen zurück, so steht ihm die Ablehnung der Anwendung dieser Heilmittel oder Methoden frei. Eine Rechtspflicht, gegen seine Überzeugung zu handeln, darf dem Arzt (Sondergesetze ausgenommen!) nicht auferlegt werden. Er muß aber auch eine wirkliche Überzeugung haben und diese begründet vertreten können. Mit vagen Hinweisen, die nur eigenem unzulänglichem Wissen entspringen, ja dies förmlich dartun, wird der Arzt nicht durchzudringen vermögen, wenn ein Schaden eingetreten ist.

Wenn es auch nicht ausdrücklich in den hier angeschnittenen Entscheidungen gefordert wird, so scheint es doch noch von Bedeutung zu sein, darauf hinzuweisen, daß es sich für einen Arzt, der von der überwiegend anerkannten Norm abweichen will, empfiehlt, den Patienten oder seine sorgeberechtigten Angehörigen über seine Absichten aufzuklären.

Der Rahmen dieser Darstellung würde überschritten werden, sollte auch nur annähernd ein Überblick über die Rechtsprechung gegeben werden, zu der übrigens der Bundesgerichtshof noch nichts Bedeutsames beizusteuern Gelegenheit hatte. Es wird dabei vom Verfasser nicht verkannt (und soll an anderer Stelle evtl. behandelt werden), daß die Gerichte teilweise recht scharfe Sorgfaltsanforderungen stellen!

Zum Regelbetrag

Von Dr. med. P. Strotkötter, Mannheim

Erstmals für das Jahr 1951 werden die Ortskrankenkassen entsprechend dem Mannheim-Stuttgarter Vertrag vom 6. April 1951 (cf. Südwestdeutsches Ärzteblatt, Heft 8, August 1951) wieder Statistiken über die Verordnungsweise der einzelnen Ärzte erstellen. In den Bemerkungen zu dieser Vereinbarung wird

unter Zugrundelegung der bisherigen Regelbetragsquoten von einer Toleranzgrenze bis zu 20 Prozent gesprochen, die den überschreitenden Ärzten über die seitherigen Sätze des Regelbetrages bei in Frage kommenden Regressen seitens der Kassen zuzubilligen sei.

Die Vertreter der KV. glaubten demgegenüber zwar, daß keine festen Zahlen bei den Prüfungen ins Auge gefaßt werden sollten; es besteht aber dennoch die Möglichkeit, daß von Kassenseite an diese 20 Prozent erinnert werden wird, wenn der Regreßfall vorliegen sollte.

Es darf heute unterstellt werden, daß von den Organisationen der KV., und zwar sowohl seitens der Ärztlichen Rezeptprüfstellen, als auch seitens der Beschwerdeinstanzen für Arzneiverordnungen (bei den Landesstellen der KV. eingerichtet für Ärzte, die gegen die Rezeptprüfstellen Beschwerden einzureichen wünschen wegen Regreßforderungen) alles geschieht, um den Arzneiverbrauch in wirtschaftlich zu rechtfertigenden Grenzen zu halten. Jedoch die Arzneikostendurchschnitte der einzelnen Arztgruppen steigen trotzdem langsam aber deutlich höher, so daß damit gerechnet werden muß, daß die vorgesehene Toleranzgrenze von 20 Prozent bald — leider — nicht mehr genügen wird.

In erster Linie ist naturgemäß hierfür das Ansteigen der Arzneipreise verantwortlich zu machen.

So ergibt sich die Frage, ob die Großindustrie und vor allem auch die große Zahl kleinerer Betriebe nicht veranlaßt werden könnte, ihre Preise für Arzneien zu senken. Einige Prozente nur würden sich hier, auf den Massenverbrauch umgerechnet, schon spürbar auswirken. In zahlreichen Fällen, vor allem solchen, in denen für Forschung keine allzu beträchtlichen Beträge aufgewendet werden mußten, sollte dies möglich sein.

Ein mich als den Leiter einer Beschwerde-Instanz für Arzneiverordnungen besonders kraß dünkender Fall von Preisüberhöhung seitens einer bedeutenden Großfirma scheint sehr bemerkenswert, ja geradezu beispielhaft, in diesem Belange; es handelt sich um „Sympathisan“. Die Entscheidung, seine Nichtkassenüblichkeit betreffend, seitens der Beschwerdeinstanz sei nachfolgend in etwas gekürzter Form wiedergegeben, sozusagen als Mahnung zur Vorsicht für die ordnenden Kassenärzte:

„Als Indikationsgebiet gibt die Herstellerfirma an: Athritiden, Neuritiden und Neuralgien, Migräne, Myalgien und posttraumatische Gelenkaffektionen.

Veröffentlichungen über das Mittel, die der Beschwerdeinstanz vorlagen, waren von Henck (Fortschr. d. Med. 1951/5—6), Hawelka u. Koch (Ärztl. Praxis 1951/15), Cloetta (Med. Klin. 1951/13), Kron (Ärztliche Praxis III, 26/1951), Nissen (Praxis, Bern 1950/51), Kellner, Thun, Vortrag Pyrmont, 7. und 8. Oktober 1950), Engi (Münch. Med. Wschr. 19/20 und 21/22, 1950), Jespersen, Kopenhagen (1950/44), Scheidegger (Praxis, Bern 1949/52), Schettler (Med. Monatsschrift, September 1951) und Gehlen, ebendort (September 1951).

In diesen Arbeiten wird über eindrucksvolle Erfolge berichtet. Nahezu völlig fehlen jedoch Angaben pharmakologischen Charakters. Einzig Nissen verzeichnet die Unschädlichkeit des Mittels beim Tierversuch. Bemerkenswert sind sodann noch die Versuche Schettlers, der zwar auch über gute klinische Erfolge berichten kann, immerhin aber doch vermerkt:

„Die Wirkung des Sympathisan auf das Serumeiweißbild ist wohl keine spezifische. Konnten doch Swartz, Swelin und Hengtson, Löwgren, Körner u. a. mit Salazopyrin, Goldpräparaten, Adenosintriphosphorsäure, Pyramidon eine Veränderung des Serumeiweißspektrums erzielen.“

Wir stehen also vor einer beträchtlichen Anzahl von Berichten, die von guten Erfolgen künden, ohne daß aber bislang der Versuch gemacht wurde (mit Ausnahme Schettlers und Gehlens), über die Pharmakologie des Mittels etwas zu ergründen. Auch die Versuche Schettlers und Gehlens wirken nicht klärend, ja, es wird angedeutet, daß durch das preiswertere Pyramidon und andere Mittel ähnliche Wirkungen

unter gewissen Voraussetzungen erzielt werden können. An der Zusammensetzung des Sympathisan die Erfolge zu erklären, ist schwer. Man gewinnt aus der Literatur den Eindruck, daß sich die Kliniker überhaupt nicht um diese Frage Gedanken machen. Die Meinung Nissens, wonach durch die Zusammensetzung des Sympathisans nicht restlos „die zum Teil recht verblüffenden Erfolge bei Erkrankungsfällen von Rheuma und seinen Grenzgebieten in einer oft überraschend kurzen Zeit ebenso wenig wie die immer wieder von Patienten beschriebene Schmerzlinderung“ erklärt werden könne, macht uns auch nicht klüger, zumal, wie Nissen angibt, die klinisch-experimentellen Untersuchungen über den Wirkungsmechanismus noch nicht abgeschlossen seien.

Woraus besteht nun Sympathisan?

Die Herstellerfirma gibt an aus: Ameisensäure, Auro-Natr. chlorid 0,0015 Milligramm, Natr. salicyl., Apis, Berberis, Chalicum autumnale Gnaphal., Ledum, Polygonum, Ranunculus Sabina und Thuja in homöopathischen Verdünnungen in erster und vierter Dezimale, ferner Sol. isotonica composita in Spirit. dilut. ad 3 ccm.

Aus dieser Zusammensetzung ergibt sich, zumal im Hinblick auf die homöopathische Dosierung (auch Auro-Natr. chlorid ist homöopathisch dosiert), für uns keine Erklärung für die berichteten Erfolge; es sei denn, daß wir uns mit den Ausführungen Nissens abfinden (vgl. Praxis, Bern 1950/51). „Die Problematik rheumatischer Erkrankungen im Hinblick auf neuartige therapeutische Möglichkeiten“, der in seinen Ausführungen über Sympathisan einleitend schreibt:

„Allen rheumatischen Erkrankungen gemeinsam ist der Schmerz. Jeder dauernde Schmerz, und sei er noch gering, wird aber, wenn er sich über einen langen Zeitraum erstreckt, wie es eben bei den Rheumaerkrankungen meistens der Fall ist, zwangsläufig negative seelische Gefühle hervorrufen. Mißerfolge und eine depressive Grundeinstellung zu den einfachen Forderungen des täglichen Lebens treten auf.

Die moderne Denkrichtung der Leib-Seele-Einheit bei Menschen muß deshalb auch für den großen Krankheitskomplex der rheumatischen Leiden Gültigkeit haben.“

So kann natürlich die Anwendung jeglichen Mittels vertreten werden.

Allen solchen Zweifeln kann aber von Sympathisan verordnenden Ärzten begegnet werden mit Hinweis auf die der Literatur vermerkten Erfolge. Vor allem kann jeder homöopathische Arzt betonen, daß er homöopathisch ordiniert dürfe. Dem muß nun entgegengehalten werden, daß die wissenschaftlichen Untersuchungen noch nicht zum Abschluß gekommen sind und daß deshalb noch Reserve geboten erscheint. So weit das Klinische.

Was aber vor allem Sympathisan noch nicht kassenüblich macht, ist sein Preis.

Erfassen wir die Ingredienzien einer Packung mit 20 Ampullen, die in der für den betroffenen Arzt zuständigen Apotheke 67 DM gekostet haben (der fragliche Regreß stammt vom 10. Juli 1951), quantitativ, so ergeben sich folgende approximative Mengen:

Ameisensäure	0,03 (3 hundertstel Gramm)
Auro-Natr. chlorid	0,00003 (3 hunderttausendstel Gramm)

Von den übrigen in homöopathischen Verdünnungen restryierten Bestandteilen wird angenommen, daß je 2 Tropfen von jeder der angegebenen Dilutionen in einer Ampulle, 20 Ampullen also 40 Tropfen resp. 2 Gramm enthalten sind, das wären von den betreffenden Mitteln insgesamt 4 tausendstel Gramm von der Dil. III, 4 zehntausendstel Gramm von Dil. IV.

Außerdem wäre noch die angegebene Sol. isotonica composita und der Spiritus dilutus zu berechnen. An Kochsalz ergäben sich für 20 Ampullen 0,12 Gramm, an Spiritus 20 Gramm.

Realiter ist es hoch gerechnet, wenn wir für alle diese Ingredienzien einen Gesamtwert von 50 Pfennigen einstellen, trotzdem es sich bei den Homoeopathis nur um Bruchteile von Pfennigen handelt. Wertet man hierzu noch Arbeitslöhne usw. für Herstellung, Abfüllung, Verpackung, so sollte insgesamt für eine Packung mit 20 Ampullen ein Herstellerpreis von allerhöchstens 2 DM resultieren. Wie es zu einem Verkaufspreis von 67 DM kommen konnte, ist unerfindlich, auch wenn man berücksichtigt, daß in diesem hohen Preis ein Posten von 20—25 DM als Verdienst für den Apotheker eingegriffen ist.

Nicht klar ist die Angabe der Herstellerfirma; 'Sol. isot. compos.' Es ist möglich, daß unter diesem 'compos.' sich noch ein Bestandteil verbirgt, der in obiger Aufrechnung fehlt. Vielleicht ist der Gehalt an Ameisensäure höher und, um Schmerzen bei der Injektion zu verhüten, wurde noch ein Novocainpräparat beigegeben. (Vielleicht kann ein höherer Gehalt an Ameisensäure auch die Erfolge erklären, vielleicht auch das Novocain; man denke an Impletol. Doch das sind Mutmaßungen.) Bestimmt aber wird durch derartige Zusätze obige Preiskalkulation kaum nennenswert beeinflusst."

So weit die Entscheidungsbegründung der Beschwerdeinstanz.

Es kann den Krankenkassen unmöglich zugemutet werden, derartige preisüberhöhte Mittel zu bezahlen, zumal dann nicht, wenn, wie bei Sympathisan, die experimentellen Untersuchungen offenbar noch nicht abgeschlossen sind.

Es entsteht die Frage, liegt hier ein besonders krasser Einzelfall vor, der hier veröffentlicht wurde? Ich habe da meine Zweifel. Zum mindesten besteht Anlaß für die zuständigen Stellen, zu denen ich beispielsweise auch unsere Rezeptprüfstellen rechnen möchte, dieser Frage nachzugehen. Der deutsche Apotheker ist bei seiner Preisgestaltung an eine amtliche Taxe gebunden. Es darf ein Appell an die Herstellerfirmen von Arzneyspezialitäten gerichtet werden, besonders im Hinblick auf die Schwierigkeiten, die sich für den Kassenarzt in Bälde wohl aus dem Regelbetrag ergeben könnten, dann aber auch im Interesse der Krankenkassen, bei ihren Preisfestsetzungen mit äußerster Sorgfalt zu verfahren, schon deshalb, um behördlichen Anordnungen vorzubeugen, wie sie für den Apotheker schon seit Jahrzehnten bestehen.

Operationen ferngesehen

Ergänzung zu den Ausführungen von Herrn Dr. Schröder, Südwestd. Ärzteblatt Nr 1/1952, Seite 8

Von Prof. Dr. med. Z u k s c h w e r d t, Göppingen

Da ich auf der 68. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen am 5. und 6. Dezember 1951 ein Referat zu halten hatte, wurde auch ich Zeuge der ersten Fernsehsendungen von Operationen in Hamburg. Ich sah die von Lezius ausgeführte Pneumonektomie und Lobektomie, nicht die Appendektomie für die Pressevorführung. Ich kann Herrn Schröder darin nur zustimmen, daß die erste Voraussetzung zum Verständnis der Fernsehvorführung die Kenntnis des Operationsvorganges ist. Wenn man nicht lesen kann, gewinnt man diese Fertigkeit bekanntermaßen auch nicht durch Aufsetzen einer Brille. Ist aber diese Voraussetzung gegeben, so ist der Gewinn der Fernsehübertragung außerordentlich. Man sieht nämlich tatsächlich mehr und schärfer als bei direktem Zuschauen bei einer Operation, durch Verwendung des Teleobjektivs, durch die Wahl des bestmöglichen Blickpunktes, durch die fehlende Ablenkung der Aufmerksamkeit, da allein das Operationsfeld dargestellt ist und der übrige „Betrieb“ wegfällt. Man sah auch keineswegs außer der eigentlichen Operation nur „einmal den Kopf des Patienten und einen Teil der Lachgasapparatur“. Vielmehr wurde wiederholt das Narkoseprotokoll vorgeführt, und man hatte einen ausgezeichneten Überblick über den Zustand des Patienten, den Narkoseverlauf, die intraoperative Schockbehandlung. Der Vergleich zwischen Fernsehen und Film fällt bei Herrn Schröder völlig zugunsten des Filmes aus. Er erwähnt aber einige wichtige Gesichtspunkte nicht. Jeder Film ist bei der Vorführung längst fertig und hat ein „happy end“, sonst würde er nicht gezeigt. Was nicht gefiel, wurde herausgeschnitten. Beim Fernsehen ist dagegen das Erlebnis unmittelbar. Man wußte zu Anfang noch keineswegs, wie die Sache ausgeht. Beide von Lezius glänzend durchgeführten Operationen waren technisch sehr schwierig. Im ersten Fall bei der Pneumonektomie mußten der Herzbeutel eröffnet, die Lungengefäße intraperikardial unterbunden werden. Es war außerordent-

lich spannend, unmittelbar zu erleben, wie der Operateur zu diesem Entschluß gedrängt wurde. Noch schwieriger war die zweite Operation, eine Lobektomie. Lezius hatte große Mühe, die Arteria pulmonalis in dem stark narbig veränderten Lappenhilus aufzufinden. Er glaubte, sie mehrmals gefunden zu haben, und jedesmal erwies es sich als Irrtum. Jede Sekunde konnte eine erhebliche Blutung eintreten. Die Spannung war geradezu knisternd im Raum zu spüren. Im Film wären einige der vergeblichen Bemühungen herausgeschnitten worden. Der Ablauf des Eingriffs wäre dann vielleicht eleganter gewesen, so war er viel lebenswahrer, und auch die Leistung des Operateurs war viel überzeugender. Ich habe zahlreiche Lungenoperationen im Film gesehen, aber nie die außerordentliche Spannung gefühlt wie bei der Fernsehvorführung. Der gleichen Meinung waren auch die Chirurgen, die ich sprach. Television ist ehrlicher als der Film, da bei Zwischenfällen keine Retuschierungsmöglichkeit besteht. Der Chirurg ist durch die notwendigen Lichtmengen erheblich belästigt. Lezius hatte beim Abendessen die Folgen noch nicht ganz überwunden. Er hatte auch fast 5 Stunden voroperiert. Die Tätigkeit der Assistenten ist behindert, da die Hände das Operationsfeld nicht zudecken dürfen. Der Operateur hat aber den Vorteil, die Zuschauer aus dem Operationssaal verbannt zu haben als Störer der Aseptik und der Bewegungsfähigkeit im Operationssaal. Fernsehen hat, wie z. B. der internationale Chirurgenkongreß in Paris bewies, eine große Zukunft in der Demonstration der Operationstechnik für Fachgenossen und wird den Film in dieser Beziehung in den Hintergrund drängen. Ob dies auch für den chirurgischen Unterricht zutrifft, muß die Erfahrung zeigen. Daß Laien der Fernsehübertragung von Operationen nicht folgen können, ist nur ein Gewinn. Sonst bestünde die Gefahr, daß die Television den Illustrierten folgt, die uns schon genügend Kummer machen.

Kinder als Angestellte in der Praxis des Vaters

Die steuerlichen Vorteile

Von Dr. jur. Cordes, Vechta

Angesichts der überaus hohen steuerlichen Belastung muß jeder Steuerpflichtige darauf achten, daß er alle gesetzlich zulässigen Möglichkeiten zur Steuerersparnis ausnutzt. Die Beschäftigung von Familienangehörigen, insbesondere der Kinder in der Praxis, kann zu erheblichen Einsparungen bei der Einkommensteuer führen.

Solange der Gewinn aus der Praxis nur einer Hand zufließt, unterliegt dieser z. B. für den 12 000.— DM übersteigenden Betrag in Steuerklasse I bereits einer Einkommensteuer von 45 %, d. h. für je 100.— DM Mehreinkommen sind 45.— DM Einkommensteuer zu zahlen. Ein Betriebsinhaber mit einem steuerpflichtigen Einkommen von 15 000.— DM hat in Steuerklasse II 4650.— DM Einkommensteuer zu zahlen. Wenn er einen Sohn mit 350.— DM und eine Tochter mit 150.— DM Monatsgehalt im Angestelltenverhältnis in seiner Praxis beschäftigt, sind einschließlich der Lohnsteuer für die Kinder nur noch insgesamt 2459.— DM zu zahlen, so daß sich eine Steuerersparnis an Einkommensteuer von 2191.— DM ergibt.

Wird die Ehefrau des Praxisinhabers in der Praxis gegen Entgelt beschäftigt, so fällt dies bei der Einkommensteuer nicht ins Gewicht, da Eheleute bei der Einkommensteuer zusammen veranlagt werden, solange beide nicht dauernd getrennt leben. Ehegatten leben dauernd getrennt, wenn sich die Trennung auf das eheliche Leben, den Haushalt und die Wirtschaftsführung erstreckt und ein Ehegatte die Absicht hat, diese Trennung für längere Zeit aufrechtzuerhalten. Diese Voraussetzung muß im Veranlagungszeitraum mindestens vier Monate bestanden haben.

Eine Zusammenveranlagung findet nicht statt mit Einkünften der Ehefrau aus nichtselbständiger Arbeit, die sie in einem dem Ehemann fremden Betrieb bezogen hat. Jedoch wird in diesem Falle

die Ehefrau ab 1. Januar 1952 in jedem Falle lohnsteuermäßig in Steuerklasse I geführt.

Wenn vom Praxisinhaber an seine Ehefrau für ihre Mitarbeit in der Praxis eine Vergütung gezahlt wird, so kann diese nicht als Betriebsausgabe verbucht werden. Geschieht dies trotzdem, so ist die gezahlte Vergütung dem Einkommen des Ehemannes hinzuzurechnen und vom Gesamtbetrag die Einkommensteuer zu errechnen. Natürlich entfallen für das etwa der Ehefrau gezahlte Arbeitsentgelt die Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge.

Es entspricht der steuerlichen Rechtsprechung, daß in den Fällen, in denen erwachsene und entsprechend ausgebildete Söhne oder Töchter in der Praxis des Vaters in erheblichem Umfang tätig sind, davon ausgegangen werden kann, daß diese Dienste nach dem Willen der Beteiligten nicht nach § 1617 BGB unentgeltlich geleistet werden sollen. Es entspricht auch der Verkehrsauffassung, daß erwachsene Kinder, die in einem Betrieb ihres Vaters in einer ihre ganze Kraft in Anspruch nehmenden Weise mitarbeiten, dies nicht unentgeltlich tun. Die den Kindern mit Rücksicht auf die Dienstleistungen zugebilligten Beträge können unter solchen Umständen als Arbeitslohn anerkannt werden, soweit sie sich in angemessenen Grenzen halten und die Arbeitskraft der Kinder tatsächlich benötigt wird. Die Kinder müssen auch eine Steuerkarte besitzen, und es müssen die entsprechenden Beiträge zu den Sozialversicherungen geleistet werden. Bei angemessener Tätigkeit erwachsener Kinder im Geschäft der Eltern und bei entsprechender Entlohnung muß demnach ein Arbeitsvertrag unterstellt und damit die Lohnaufwendung als echte Betriebsausgabe betrachtet werden. Dabei ist die Gewährung von Wohnung und Verpflegung ebenso als Betriebsausgabe anzusehen wie die Zahlung des Barlohnes.

EINGESANDT

Betr.: Regierungsrat Kloesel: „Das verhängnisvolle Attest“ (Heft 1/52 dieses Blattes)

Indem das Ansinnen eines Patienten an den Hausarzt, ihm ein „unrichtiges Zeugnis — wider besseres Wissen“ auszustellen, zu den unangenehmen Erinnerungen des Arztes zu gehören pflegt, weil eine gewisse diplomatische Geschicklichkeit erforderlich ist, das Ansinnen zurückzuweisen samt den bereits mitgebrachten „Zeichen der Erkenntlichkeit“ — ohne, wie oft genug, den Patienten mit seiner Familie aus der Kundschaft zu verlieren... so glaubten wir Ärzte über den § 278 StGB. genügend im Bilde zu sein. — Denkstel!

Wir sind dankbar für die Veröffentlichung von Regierungsrat Kloesel und finden die Bezeichnung „verhängnisvolles Attest“ trefflich gewählt. — Ihr entnehmen wir, daß ein Formfehler in der Abfassung genügt — die Unterlassung des ausdrücklichen Vermerks, in-

wieweit das Zeugnis auf Untersuchung, resp. Angabe einer dritten Person beruht — bereits das Zeugnis zu einem „unrichtigen — wider besseres Wissen“ zu stempeln. Wir mögen bezweifeln, daß dem Gesetzgeber bei Abfassung des § 278 StGB. auch die Nachlässigkeit in der Formulierung vorgeschwebt hat. — Dem Arzt wäre nichts passiert, wenn er formuliert hätte: „Es erscheint Frau X. und gibt an...“ oder „Nach Angabe von Frau X. ...“ — jedenfalls ist es derart jetzt geltendes Recht. Was jedem Bürgermeister geläufig ist, braucht einem praktischen Arzt noch nicht geläufig zu sein.

Ausnahmslos gehören wir Ärzte alle eingesperrt — und so ist jetzt die erste Frage, wie lassen sich angesichts dieser überraschenden Kunde weitere Verurteilungen vermeiden? Eine praktische Lösung wäre z. B. die Herausgabe eines Formblattes durch die Ärztekammern „Zeugnis zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft“, das vor der Unter-

schrift den vorgedruckten Satz enthält: „Ich versichere, vorstehende Angaben auf Grund persönlicher Untersuchung gemacht zu haben (§ 278 StGB).“ — Damit würden die Ärzte auf die geltende Rechtsprechung hingewiesen.

Denn für uns Ärzte trifft es ja nicht zu, daß wir eine Überzeugung oder eine Diagnose stets auf Grund eines Befundes oder einer Untersuchung treffen. Zwar ist es unablässig das Bestreben der ärztlichen Wissenschaft, Gesundheitsstörungen zu objektivieren, aber einmal besitzt der Landarzt das Laboratorium einer Klinik nicht und andererseits ist bis jetzt das Gestänge der wissenschaftlichen Methoden noch viel zu grob, als daß nicht ein erheblicher Prozentsatz zwischendurchfallen würde. So genügt für einen Arzt nicht Wissenschaft, sondern es muß dazutreten: „Kennerschaft“. Eine unterschwellig verlaufende Krankheit, eine Krankheit mit langsamem Beginn zeitigt eben gerade keinen „Befund“. Ein subakuter Basedow, desgleichen eine subakute Cholecystitis — der eine merkt, der andere nicht.

Bei dissimulierenden Personen, etwa vor einer Anstellung, kann ein „Befund“ fehlen, erst durch glücklichen Zufall, Denunziation, Erkundigungen, werden wir aufmerksam. Ob ein Mann gerade im Trinkerstadium ist, erfahren wir eher durch Erkundigungen als durch den Befund. Bei Psychosen, bei neurotischen Kindern, im beliebten Nervenzusammenbruch kann der Befund völlig belanglos sein und erst durch die Aussagen Dritter, Lehrer, Eltern, glaubwürdiger Nachbarn bekommen wir einen Befund, für den der Name Befund zutrifft.

Damit will lediglich gesagt sein: Um die Jahrhundertende war es ein Wunschtraum, die Medizin könnte in rasch folgenden Entdeckungen sämtliche Krankheitsgeschehen objektivieren nach Art einer Schlosserei oder Autoreparaturwerkstätte.

Bis jetzt hat sich für den Arzt dieser Wunsch nicht erfüllt, ja, er glaubt die Grenzen zu kennen, von wo aber grundsätzlich unerfüllbar bleiben wird.

Für den Arzt sind die Aussagen des Patienten wie Dritter grundsätzlich wichtig als Teil seines „Befundes“, ja können den aus der Untersuchung gewonnenen um ein Wesentliches übertreffen. Dieser ständigen Übung des Arztes, auf vertrauenswürdige Personen zu hören, ist der Kollege „verhängnisvoll“ erlegen, nur deswegen, weil er die andersartige juristische Denkweise nicht in Berücksichtigung zog.

Mit „Gefälligkeitszeugnis“ hat das Verhalten des verurteilten Arztes nichts zu tun. Darunter versteht man die Angabe eines unrichtigen Tatbestandes. Der ver-

urteilte Kollege aber hat sich sorgfältig erkundigt und eine „Verstärkung“ hat offenbar tatsächlich vorgelegen.

Dr. Magenau, Crailsheim

Eichpflicht von Personenwaagen im Gesundheitsdienst!

Mit Erstaunen las ich im Heft 2 unseres Arzteblattes den Erlaß des Wirtschaftsministeriums — Landesgewerbeamt vom 20. Dezember 1951, wonach von den Ärzten wieder einmal verlangt wird, sie sollen ihre Personenwaagen nacheichen lassen. Die Verordnung, die im Dritten Reich einst herauskam und die von dem damaligen Reichsärztführer Dr. Wagner wahrscheinlich auf Veranlassung der Waagenfabrikanten veranlaßt wurde, weil die Waagenfabrikanten dadurch eine Ankurbelung ihrer Tätigkeit erwarten durften (ich bin überzeugt, daß es dabei ohne Bestechungsgelder nicht abging), hat seinerzeit bei vielen Ärzten böses Blut gemacht, weil keiner den Sinn derselben begreifen konnte, ist auch heute noch vollständig unnötig und überflüssig. Wir Ärzte verkaufen doch nichts mit Hilfe unserer Waagen, und ob ein Patient einige Gramm mehr oder weniger wiegt, ist ganz belanglos. Ja selbst auf ein halbes Pfund kommt es bei Erwachsenen nicht an. Wozu also diese Schererei. Oder haben die Eichämter nicht genügend zu tun? Dann sollen sie ihr Personal vermindern. Es ist höchste Zeit, daß diese überflüssigen Bestimmungen, die wir dem 1000jährigen Reich verdanken, aufgehoben werden, und ich fordere die Ärztekammer auf, dafür zu sorgen, daß das bald geschieht und daß die Kollegen von diesem unnötigen Zopf endgültig erlöst werden.

Dr. K. Finckh, Liebersbronn

Bemerkung der Schriftleitung: Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. schreibt uns dazu:

„Die Ärztekammer ist mit Schreiben vom 8. Juni 1949 und vom 28. Februar 1950 bei der Eichdirektion vorstellig geworden mit dem Ziel, Befreiung von der Eichpflicht für die Personenwaagen der Ärzte zu erreichen, weil diese Eichpflicht sinnlos ist.“

Die Eichdirektion hat mit Schreiben vom 28. Juni 1949 und vom 11. August 1951 darauf hingewiesen, daß die Bestimmungen des Maß- und Gewichtsgesetzes vom 13. Dezember 1935 verbindlich sind, so daß die Eichdirektion bei allem Verständnis für die von der Ärztekammer gegebenen Hinweise die Ärzte nicht von der Eichpflicht entbinden kann.“

Buchbesprechungen

Dr. Julius Mezger: „**Kompendium der homöopathischen Therapie**“. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1950, 150 S., DM 8.75.

Die Psychologie des heutigen Arztes, besonders die des Jungen, neigt mehr der kompendiösen Darstellung eines Wissenschaftsstoffes zu als dickleibigen Werken therapeutischer Art, auch aus heute wohlbegreiflichen menschlichen Erwägungen. Immer muß er sich aber bewußt bleiben, daß nur auf der breiten Unterlage eines Lehrbuches ein fundiertes therapeutisches Wissen sich erarbeiten läßt. Mit Recht betont das auch Mezger in der Einleitung zu seinem Leitfadens. Für diesen buchtechnischen Begriff ist der Inhalt recht umfangreich, die Stoffbehandlung in 17 Kapiteln übersichtlich angeordnet. Begrüßenswert ist besonders eine gestraffte Ein-

leitung über die unerläßlichen technischen Belange der Homöotherapie. Ein nach Organkrankheiten und funktionellen Störungen angelegtes Sachregister rundet die praktische Brauchbarkeit des Buches ab. Prof. Dr. Stiegele.

Paul Diepgen: „**Geschichte der Medizin**“. II. Band. I. Hälfte mit 22 Abb., 271 S., 1951, Walter de Gruyter & Co, Berlin, GzL. DM 24.—

Dem 1949 erschienenen I. Band von Diepgens Geschichte der Medizin folgt nun die 1. Hälfte des II. Bandes, worin die Medizin der Aufklärungszeit bis zu Virchows Zellulärpathologie behandelt ist (ca. 1740—1858). Die Entwicklung der Heilkunde wird auch in diesem Band in anregendster Weise im Zusammenhang mit der allgemeinen Kulturgeschichte und politischen Entwicklung dargestellt, wobei natürlich die Grundlagen, wie sie Philosophie und Naturwissenschaften

bieten, besondere Berücksichtigung finden. Entsprechend den immer ausgedehnter werdenden Einzelforschungen sind unsere heutigen Fachgebiete gesondert dargestellt. Man sieht daran, wie die Heilkunde im Lauf der Jahrhunderte einer gewissen Zersplitterung entgegengeht. Wenn auch ausführliche Literaturangaben, die in eine lehrbuchmäßige Darstellung der Geschichte der Medizin auch nicht gehören, fehlen, so wird doch an Hand des umfangreichen Schrifttumsverzeichnis jeder, der sich für eine Periode besonders interessiert, weiterfinden. Hoffentlich erscheint auch der zweite Teil des Bandes bald.

Prof. Dr. Stübler.

R. Trumpp: „Aktive Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten“. Hippokrates-Verlag Marquardt & Co, Stuttgart, 1950, 148 S., DM 11.50.

Es ist sehr dankenswert, daß Trumpp sich der Mühe unterzogen hat, die Bedeutung aktiver Bewegungstherapie für innere Krankheiten herauszustellen. Oft zu wenig bekannt, oft nicht geeignet angewandt, ist ihre Wirkung unterschätzt. Den Hauptwert legt T. auf eine richtige Atmung, die bevorzugt abgehandelt wird. Er hebt die Wichtigkeit der Flankenatmung hervor, welche für ein Herz mit geringer Leistung, z. B. bei einem Astheniker, eine große Unterstützung bedeutet. Nach einigen Worten über den funktionellen Reiz wird die normale Atmung eingehend besprochen. Es folgt die Bewegungsbehandlung der Korrektur von Körperverbildungen. Bei der Behandlung der Herzmuskelschwäche wird neben einer einschleichenden passiven die aktive Gymnastik besprochen und noch mit größerem Gewicht auf die Atmungstherapie hingewiesen. Beim Hochdruck, bei der paroxysmalen Tachykardie und beim Asthma bronchiale wird der Einfluß einer geeigneten Atmung dargestellt. Aber auch Rheuma, Asthenie und Fettsucht sind gebührend berücksichtigt.

Dr. Walter Scharpf.

Jean Henley: „Einführung in die Praxis der modernen Inhalationsnarkose“. Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1950, 117 S., DM 6.80.

Nach einem Überblick über die Fortschritte auf dem Gebiet der Narkose macht das Buch mit den verschiedenen Narkosemethoden, den zur Verfügung stehenden Narkosemitteln und deren jeweiligen Indikation vertraut. Dem folgen praktische Anwendungen zur Durchführung der modernen Inhalationsnarkosen. Die Verfasserin beschreibt systematisch den Gang der Narkose von der praeoperativen Visite bis zur postoperativen Schmerzbekämpfung und charakterisiert die Zwischenfälle und deren Bekämpfung an Hand pharmakologischer, pathophysiologischer und technischer Vorgänge, soweit sie für das Verständnis und für die praktische Durchführung der Narkose erforderlich sind. Das Buch enthält viele praktische Feinheiten, deren Kenntnis von hohem Wert sind, weil sie einer umsichtigen Sorge für den Narkotisierten und einer reichen Erfahrung entspringen.

Prof. Dr. Hermann Krauss

Dr. Karl Theo Dussik: „Zentralnervensystem und Sauerstoffmangelbelastung.“ Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie Band II. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 157 Seiten, DM 18.—.

Der Arbeit liegen interessante klinische Beobachtungen cerebraler Störungen zugrunde, die während des Krieges an Fliegern gemacht und in den letzten Jahren durch Laboratoriumsversuche wissenschaftlich begründet wurden.

An Hand eines Falles werden im 1. Teil die Beziehungen zwischen Regulationsstörungen des Kohlehydratstoffwechsels und Sauerstoffmangel besprochen; es wird angeregt, die SMB-Probe in die Klinik zur Prüfung zentraler Regulationsstörungen einzuführen. Der 2. Teil bringt auf Grund von SMB-Proben neue Auffassungen über die Pathophysiologie und Ätiologie des Turmschädels.

Im letzten Teil wird die Behandlung angiospastischer Kopfschmerzen mit der intermittierenden SMB beschrieben. Die Erfolge sind so eindrucksvoll, daß Versuche nachahmungswert erscheinen.

Die kritischen wissenschaftlichen Erörterungen können in knapper Form nicht referiert werden.

Dr. Gertrud Scharpf

Prof. Dr. Gustav Riehl und Dr. Oswald Köpf: „Die Hauttuberkulose und ihre Therapie.“ Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1950, 202 Seiten und 29 Abbildungen, kart. DM 18.—.

Seitdem sich die Therapie der Hauttuberkulose durch die Einführung neuartiger Behandlungsmethoden von Grund auf geändert hat, fehlte uns eine zeitgemäße systematische Darstellung dieser Zusammenhänge. Das vorliegende Werk vermag diesem Mangel in vorbildlicher Weise abzuhelfen, indem es einen klaren, gut durchgearbeiteten Überblick über Klinik, Therapie und soziale Bedeutung der Hauttuberkulose gewährt. Die modernen Behandlungsverfahren werden besonders ausführlich besprochen, nicht nur, um den Praktiker, an den sich das Buch in erster Linie wendet, mit den theoretischen Grundlagen und der praktischen Handhabung vertraut zu machen, sondern vor allem auch, um ihm die Gefahren zu zeigen, mit denen er bei unzweckmäßigem Vorgehen rechnen muß. Im Interesse der Vollständigkeit hätte man auch auf die lokalen Maßnahmen näher eingehen sollen, die bei einzelnen klinischen Erscheinungsbildern oft zusätzlich in Frage kommen, z. B. wenn es beim Scrophuloderm oder beim Erythema Bazin zu erweichenden Knotenbildungen kommt, oder wenn die Abszesse bereits perforiert sind. Vielleicht lassen sich diese Gesichtspunkte bei einer etwaigen Neuauflage noch berücksichtigen, damit dem Praktiker ein Buch in die Hand gegeben ist, das ihm in allen vorkommenden Fällen von Hauttuberkulose als zuverlässiger Ratgeber zu dienen vermag.

Dr. Werner Schmidt

Walter Kuhlemeyer: „Das schwerhörige Kind als medizinisches, psychologisch-pädagogisches und soziales Problem“. 2. Auflage, bearbeitet von P. Tornuß. Verlagsbuchhandlung Carl Marhold, Halle a. S. 1949. 116 Seiten, 3 Abbildungen, kartoniert. Preis: DM 3.90.

Das 1933 erstmalig erschienene Buch ist wieder in etwas ergänzter Form aufgelegt. Es soll einen Baustein darstellen zum inneren und äußeren Ausbau der Schwerhörigenbildung. Wesen und Ursachen der Schwerhörigkeit werden ausführlich dargelegt nach ärztlich-wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkten. Mit warmem Verständnis ist Verf. den Auswirkungen dieses Leidens auf das Seelenleben des schwerhörigen Kindes nachgegangen. Auf die Kombination der Schwerhörigkeit mit anderen Leiden, besonders der Taubstummheit und dem Schwachsinn, wird hingewiesen. Die Schwerhörigenschule ist nach Methode und Technik sehr eingehend behandelt mit vielen wertvollen praktischen Hinweisen. Die Absehmethode nach Brauchmann und Reinfelder wird diskutiert. Von besonderer Wichtigkeit ist die Schwerhörigenwohlfahrt und -fürsorge und das Fortbildungswesen, um den Kindern, die leiden und verzichten lernen müssen, den Weg ins Leben und in die Berufsarbeit zu ermöglichen und zu erleichtern. Das Buch ist an die Eltern schwerhöriger Kinder, an heilpädagogische Institute und soziale Organisationen gerichtet und dürfte auch ein wertvoller Ratgeber für die Ärzte sein, die sich mit schwerhörigen Kindern beschäftigen.

Dr. Vera Gaupp

Lust-Pfaundler: „Krankheiten des Kindesalters“. 6., neu bearbeitete Auflage von Prof. Dr. Josef Husler. Verlag Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 633 S., DM 22.80.

Die Neuauflage des bekannten und weit verbreiteten Buches war durch die zahlreichen neuen klinischen und therapeutischen Erkenntnisse, die in den letzten Jahren bekannt wurden, notwendig geworden. Das Buch hat dadurch wesentlich an Umfang zugenommen und wurde damit auch teurer. — Die Übernahme dieser Aufgabe durch den Pfaundler-Schüler Husler gab von vornherein die Gewähr, daß die Grundzüge des didaktisch wertvollen Buches beibehalten wurden. Im 1. Abschnitt konnte der physiologische Anteil beinahe unverändert übernommen werden; der klinische Teil hat durch die Besprechung neuer Krankheitsbilder eine wertvolle Erweiterung erfahren. So wird die connatale Hämolysekrankheit und ihre Beziehung zum Rhesusfaktor eingehend besprochen; außerdem ist an dem wichtigen Krankheiten, wie der interstitiellen Pneumonie der Frühgeborenen, der Toxoplasmose, der Embryopathia rubeola, den Virus-pneumonien, der Serumhepatitis und den Leptospirosen der ihnen

gebührende Raum gewidmet. Dabei wird auch die moderne Therapie mit Antibiotica und mit den cytotostatischen Stoffen wie Urethan, Aminopterin und Stickstoff-Lost kritisch dargestellt. — Im zweiten, dem diagnostisch-therapeutischen Abschnitt, sind mit erfreulicher Klarheit Indikationen und Anwendungsformen der Hydro- und Strahlentherapie, der Freiluftliegekuren und der Abhärtung erwähnt, ein wichtiges Gebiet, das in manchen Büchern nicht die notwendige Berücksichtigung findet. — Der letzte Teil bringt eine umfassende und praktisch vollkommene Übersicht über die heute dem Arzt zur Verfügung stehenden Arzneimittel sowie ihrer Dosierung. Der Leser findet hier alles, was er für die Behandlung kranker Kinder benötigt, und wird auch mit der wirtschaftlichen Arzneiverordnungsweise vertraut gemacht. — Das Buch wird auch in der neuen Bearbeitung jedem, der es in der Sprechstunde mit Kindern zu tun hat, ein wertvoller Ratgeber sein. Man darf sagen, daß dem Autor die Aufgabe, die er sich im Vorwort gestellt hat: „das bewährte, von beiden hervorragenden Klinikern Lust und Pfandler inaugurierte Werk auf die Höhe der Zeit zu bringen“, vollauf gelungen ist.

Dr. Grundler (Tübingen)

Dipl.-Volkswirt F. W. Schimanski: „Begründung für ein Gesetz über die Gewährung von Blindengeld an Friedensblinde“. Verlag Kehr, Freiburg/Br., 16 Seiten, brosch. DM —.60.

In dieser Broschüre tritt der Vorsitzende des badischen Blindenvereins und der Verfasser F. W. Schimanski dafür ein, daß auch dem Friedensblinden ein sogenanntes Pflegegeld von seiten des Staates gewährt werden soll. Er verweist auf die Gesetze anderer europäischer Länder und erwähnt die am 28. September 1949 in Bayern und am 19. Juli 1950 in Hessen erlassenen Gesetze, die ein Pflegegeld auch für die Zivilblinden vorsehen. Der Verfasser setzt sich dafür ein, daß auch die übrigen Länder unserer Bundesrepublik sich dem Vorbild von Bayern und Hessen anschließen und damit das schwere Schicksal der Zivilblinden wesentlich erleichtern würden.

Dr. Carl

Schriftenreihe für Ganzheitsmedizin. Bd. I/1 — Zabel: „Sinn und Wesen einer Ganzheitsmedizin“. 84 S., kart. DM 1.60, Bd. I/2 — Jars-Schröder: „Beiträge aus der Hormon- und Vitaminforschung“. 80 Seiten (mit Kunstdrucktafeln), kart. DM 1.60. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart.

In Gemeinschaftsarbeit des Arztverlags, Köln, mit dem Hippokrates-Verlag wird von Prof. Zabel eine Schriftenreihe für Ganzheitsmedizin herausgegeben, der im wesentlichen die Vorträge und Diskussionsergebnisse der Berchtesgadener Kurse für Ganzheitsmedizin zugrunde liegen. Die ungewöhnlich preiswerten Büchlein sind für den Praktiker bestimmt, dem sie die Gedanken und Ergebnisse ihrer Ganzheitsschau nahebringen wollen. Jedes Kursthema wird sowohl in den Gedankengängen der Schule behandelt, als auch vom Gesichtswinkel der Grenzverfahren aus erörtert. So erhält der Praktiker überhaupt erst die Möglichkeit, sich in das Gebiet der oft zu Unrecht vernachlässigten Grenzverfahren einzuarbeiten, und mit den Anschauungen der Homöopathie, der Hydrotherapie und humoral wirksamen Verfahren der alten Ärzte und der Psychotherapie bekannt zu werden; und sein eigenes Urteil über die Wirksamkeit und die Grenzen der verschiedenen Behandlungsmethoden zu bilden.

Im 1. Bändchen legt Zabel seine Anschauungen über Sinn und Wesen einer Ganzheitsmedizin grundsätzlich und überzeugend dar und entwickelt anschließend seine Vorschläge über Reform des ärztlichen Schrifttums für den Praktiker.

In Band 2 berichtet Jores, Hamburg, über den heutigen Stand der Endokrinologie, Schröder, Aachen, über die neuesten Erkenntnisse auf dem Forschungsgebiet der Vitaminglehre und die für die Praxis sich daraus ergebenden Folgerungen. Beide Vorträge sind wichtige Grundlagen zum Verständnis der Wandlung in unserer modernen Diätetik und geben dem Praktiker wichtigste Hinweise, nicht nur für die Behandlung schon bestehender Schäden, sondern auch für eine vorbeugende und gesunderhaltende Ernährung.

Dr. Dobler

H. Fischer und R. Fröhlicher, Zürich: „Fortschritte in der Behandlung schwerer und schwerster Hochspannungsunfälle“. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1951, DM 10.80.

Nach Ansicht der Verfasser, die sich auf tierexperimentelle Versuche einerseits und eingehende Verfolgung und Kontrolle sehr schwerer Hochspannungsunfälle andererseits stützt, ist die sofortige Bicarbonattherapie durchaus positiv zu werten. (Im Rahmen der Ersten Hilfe ist sie bei der Deutschen, Schweizerischen und Österreichischen Bundesbahn eingeführt. Ref.)

Das aus der vorzugsweise betroffenen Körpermuskulatur massenhaft austretende saure Myoglobin schädigt das Nierenepithel besonders des tubulären Anteils schwer, führt zur Niereninsuffizienz und, infolge mangelhafter Ausscheidung auch der übrigen toxischen Verbrennungsprodukte, zur Urämie. Diese Funktionsbeeinträchtigung der Niere gilt es also in nützlicher Frist zu überwinden. Das wird erreicht durch Alkalisierung des Urins (sofortige Verabreichung von Bikarbonat) bis zur Aufhellung des durch Myoglobin dunkel gefärbten Harns, durch Plasmainfusionen, Infusion oder Rektaltropfenlauf von isotonischer Glukose oder Kochsalzlösung, Aderlaß bis 600 ccm. Bei trotzdem fortdauernder Anurie Einschaltung einer künstlichen Niere in Form der Peritonealdialyse, verhältnismäßig frühe Amputation schwerstgeschädigter Gliedmaßen. Selbstverständlich ist nötig: sofortige Ruhigstellung der Extremitäten (Transport im Liegen), Krankenhausbehandlung, dort Versorgung der Wunden nach den neuesten Methoden (Penicillin- u. Streptomyzinschirm), Verabreichung von Analeptica, neuerdings auch Cortison.

Das Büchlein gibt an Hand von 23 sehr guten Abbildungen eine ausführliche Kasuistik, die eine eindrucksvolle Mahnung darstellt, auch bei schwersten Zerstörungen und scheinbar aussichtslosen Fällen die Hände nicht in den Schoß zu legen.

Dr. Schröder

Hans Malten: „Die Insulinbehandlung in der Praxis.“ Verlag Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 100 Seiten, Preis DM 3.60.

Die in klarer Sprache und bereits in der 2. Auflage erschienene Schrift stellt die Erfahrungen der ambulanten Insulinbehandlung des Verfassers, der sich auf eine 20jährige Praxis und eine langjährige Beobachtung seiner Zuckerpatienten stützt, als therapeutische Anleitung für den praktischen Arzt zur Verfügung.

Die Schrift ist frei von theoretischen Problemstellungen. Der Verfasser ist bemüht, seine wertvollen, jedoch viel zu wenig verbreiteten methodischen Bestrebungen („Einfacher schrittweiser Aufbau, optimale und dabei freizügige Anpassung an alle Lebensverhältnisse des Zuckerkranken bei sicherer Gewähr gegen bedrohliche Zwischenfälle“) in kurzer und gut verständlicher Form bekanntzugeben. Zahlreiche, auch heute noch verbreitete Irrtümer (z. B. fettreiche und k.h.-arme Diät, urinzuckerfreie Einstellung bei Bettruhe usw.) werden beseitigt.

Die Schrift ist jedem praktischen Arzt wärmstens zu empfehlen.

Dr. Junkersdorf

A. Dinand: „Taschenbuch der Heilpflanzen.“ I. F. Schreiber Verlag, Eßlingen/München, 128 Seiten, kart. DM 5.75, Ln. DM 6.90.

Das zur Besprechung vorliegende kleine Taschenbuch behandelt über 100 Heilpflanzen, die nicht nur in der Homöopathie und Volksheilkunde, sondern auch zum Teil in der Allopathie angewendet werden. Die Mehrzahl der geschilderten Heilkräuter sind Wildpflanzen unserer Heimat, eine kleinere Anzahl sind „Ausländer“, die bei uns angebaut bzw. als Droge eingeführt werden. Stark wirkende, giftige Arzneipflanzen, deren Untersuchung und Verarbeitung den Apotheken vorbehalten bleiben muß, sind — dem Charakter des kleinen „Hausbuches“ entsprechend — nicht aufgenommen.

Im allgemeinen Teil werden ausführliche Angaben gemacht über das Sammeln der Arzneipflanzen und die verschiedenartigen Anwendungsformen derselben (als Pulverdroge, Teeaufguß, Tinktur, Salbe usw.). Zur Erhaltung der vielfach bedrohten heimatischen Natur ist es zu begrüßen, daß der Heilpflanzensammler allgemein auf das Naturschutzgesetz

hingewiesen wird. Für etwa künftige Neuauflagen wird vorgeschlagen, daß entsprechende Vermerke auch im „Sammelkalender“ und unter der „Sammelzeit“ bei einzelnen gesetzlich geschützten Pflanzen gemacht werden.

Im speziellen Teil werden Aussehen, Standort, Blüte- und Sammelzeit der aufgeführten Heilpflanzen kurz beschrieben. Zur Erläuterung dienen gute, mehrfarbige Abbildungen. Am ausführlichsten sind für jede einzelne Pflanze die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten und Indikationsgebiete an-

gegeben, die zum Teil bekannt, zum Teil jedoch nur regional in der Volksheilkunde geläufig sind.

Soweit das betr. Heilkraut in der Homöopathie Verwendung findet, ist dies vermerkt.

Der Arzt, welcher sich über die vielseitige Verwendung von Arzneipflanzen in der Volks- und Naturheilkunde zu informieren sucht, dürfte manche Anregung aus der Lektüre dieses „Taschenbuches“ gewinnen.

Dr. Dorn

Bekanntmachungen

Ältere Jahrgänge von ärztl. Zeitschriften gesucht

Für das Archiv der Arbeitsgemeinschaften der Westdeutschen Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen werden dringend folgende Jahrgänge der Ärztlichen Mitteilungen und des Ärztlichen Vereinsblattes gesucht:

Ärztliche Mitteilungen

- 1.— 5. Jahrg. (1900—1904) Straßburger AM
11.—28. Jahrg. (1910—1927)

Ärztl. Vereinsblatt

- 1.— 6. Jahrg. (1871—1876)
22.—24. Jahrg. (1893—1895)
42.—56. Jahrg. (1913—1927)

Die Herren Kollegen, die im Besitze dieser Jahrgänge sind und sie entbehren können, werden gebeten, sie dem Archiv der Arbeitsgemeinschaften AK und KV, Köln, Brabanter Str. 13, evtl. mit Preisangabe anzubieten.

Tagungs- und Kongreßkalender

15. April bis 25. Juli 1952:

12. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus — Sozialministerium. Anmeldungen werden unter gleichzeitiger Vorlage von beglaubigten Abschriften der Approbationsurkunde, des Nachweises über den Erwerb der med. Doktorwürde bei einer deutschen Universität und des Entnazifizierungsbescheides bis zum 20. März 1952 erbeten. Wünsche um Vermittlung eines möblierten Zimmers müssen gleichzeitig eingereicht werden. — Es besteht Möglichkeit zur Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung.

18. bis 20. April 1952:

5. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumafragen in Mainz, in zeitlichem Zusammenhang mit dem in Wiesbaden stattfindenden Internistenkongreß. Die Tagung soll einen Niederschlag des heutigen Standes der Forschung zur Beurteilung der Zusammenhänge insbesondere in der Begutachtung darstellen. Anmeldungen und Anfragen an das Landeskrankenhaus für Hirn-, Rückenmark- und Nervenverletzte, Alzey (Rheinhesen) oder an die Geschäftsstelle in Bad Pyrmont, Schloßplatz 1 (Sanatorium Dr. Wolff).

21. April bis 16. August 1952:

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst in München, veranstaltet vom Bayer. Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung, München, Brienner Str. 55. Teilnahme am Lehrgang wird als Voraussetzung für die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gefordert. Voraussetzungen für Teilnahme: Med. Doktorwürde an einer deutschen Universität, ärztliche Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach Approbation, Tätigkeit von mindestens 3 Monaten an einer Anstalt für Geisteskranken oder an einem Gesundheitsamt. Bewerbungen sind bis spätestens 25. März 1952 einzureichen. Approbationsurkunde, Doktordiplom, Nachweis über bisherige ärztliche Tätigkeit, Staatsangehörig-

keitsausweis, Spruchkammerbescheid sind beizufügen. Lehrgangsgebühr DM 150.—, Unterkunft kann nicht gestellt werden.

28. bis 30. April 1952:

34. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft in Wiesbaden. Vorgesehene Hauptthemen: 1. Tag: Diagnostik; 2. Tag: Therapie; 3. Tag: Physik und Technik. Anmeldungen zu Vorträgen sind an den Vorsitzenden der Deutschen Röntgengesellschaft, Obermedizinalrat Dr. Hammer, Nürnberg, Städt. Krankenanstalten, Flurstr. 17 zu richten. Nur wichtige und bisher nicht veröffentlichte Arbeiten (Originalarbeiten) kommen in Betracht.

16./17. Mai 1952:

XIX. Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft Südwestdeutscher Tuberkuloseärzte in Bad Wildbad.

Berichtigung

Auf Wunsch von Dr. Volz, dem Verfasser des Artikels „Rückschau auf die Therapiewoche 1951“ in Nr. 10/51, berichtigen wir, daß Dr. Volz nicht Dr. med. ist. Zu dieser unrichtigen Titulierung kam es, weil Dr. Volz die in unserem Schreiben vom 7. September ausgesprochene Voraussetzung, daß der Verfasser des Berichtes ein Arzt sein soll, übersehen bzw. vergessen hatte, so daß wir bei Erhalt seines Berichtes annehmen mußten, es handle sich bei dem Verfasser um einen Arzt.

Schriftleitung

Meldepflicht für Hochfrequenzgeräte

Die in Heft 12/1951 auf S. 255/256 unter obiger Überschrift veröffentlichten Aufstellungen über Hochfrequenzgeräte sind wie folgt zu ergänzen:

1. Hochfrequenzgeräte nach der endgültigen Regelung

Hersteller	Typenbezeichnung	Prüf-Nr.
17. Electricitätsgesellschaft Sanitas mbH., Berlin	Undala 11/400	B 503/51
18. Electricitätsgesellschaft Sanitas mbH., Berlin	Undala 11/400 a	B 504/51
19. C. Erbe, Tübingen	Erbotherm 11	B 008/51
20. Dr. Goedecke & Kleemann, Weilburg (Lahn)	Cyclotherm U 3	B 009/51

2. Hochfrequenzgeräte nach der Übergangsregelung

Hersteller	Typenbezeichnung
14. Ostdeutsche Werk-Gemeinschaft GmbH, Kiel-Hassee	Gesatherm 2 T 50
15. Ostdeutsche Werk-Gemeinschaft GmbH, Kiel-Hassee	Gesatherm 2 QQE

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)
 Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Stuttgart-Stadt	Facharzt für innere Krankheiten
Stuttgart-Stadt	prakt. Arzt
Stuttgart-Obertürkheim	prakt. Arzt (erwünscht Homöop.)
Stuttgart-Zuffenhausen	prakt. Arzt
Aalen	Facharzt für Orthopädie
Göppingen-Bodenfeld	prakt. Arzt
Ulm	Facharzt für Lungenkrankheiten
Schorndorf	Facharzt für Lungenkrankheiten
Kreis Waiblingen	

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

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

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

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, 5. April 1952

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

9.00 Uhr

Eine Viertelstunde Aktuelles

Professor Dr. Dennig, Stuttgart:
über Toxoplasmose

9.30—10.30 Uhr

Dr. Scharpf, Bad Mergentheim

Wie vermeidet der Arzt häufige Fehler der Praxis?
Referat vom Standpunkt der inneren Medizin. Anschließend Diskussion

11.00—12.00 Uhr

Professor Dr. Heupke, Frankfurt/Main:
Diätfragen des praktischen Arztes

15.00—16.00 Uhr

Dozent Dr. Schultz-Brauns, Stuttgart:

Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie des plötzlichen Todes, im besonderen des plötzlichen Herztodes

16.00—17.00 Uhr

Professor Dr. Reichle, Stuttgart:

Wie vermeidet der Arzt häufige Fehler der Praxis?
Referat vom Standpunkt der Chirurgie. Anschließend Diskussion

Weitere Fortbildungstage werden am 3. Mai, 7. Juni und 5. Juli des Jahres stattfinden.

Die Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen.

Professor Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V.

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Wissenschaftlicher Abend der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart

im Hörsaal des Katharinenhospitals Bau VI,
Tel. 9 92 21 App. 1302,

am **Freitag, 28. März 1952** (ausnahmsweise pünktl. 20 Uhr s. t.)
Prof. Dr. Schlossberger, Ordinarius für Hygiene und Bakteriologie in Frankfurt/M. und Prof. Dr. Gsell, Chefarzt des Kantonspitals St. Gallen/Schweiz.

„Mikrobiologie und Klinik der Leptospiroseerkrankungen beim Menschen.“

Im April findet kein Vortragsabend statt.

Deutscher Ärztinnenbund

Landesgruppe Nord-Württemberg-Baden

Die Mitgliederversammlung der Landesgruppe Nord-Württemberg-Baden fand am 27. Februar 1952 bei Frau Neef-Feldhaus, Stuttgart, Eberhardstr. 12 statt.

In einem sehr interessanten Referat berichtete Frau Neef-Feldhaus über einige differentialdiagnostisch schwierige Krankheitsbilder und demonstrierte sehr schöne Röntgenaufnahmen.

Danach fand die Wahl des örtlichen Vorstandes statt.

Gewählt wurden:

Fräulein Doch	} Vorsitzende stellvertr. Vorsitzende
Frau Fichter	
Frau Heidemann	} Schriftführerinnen
Frau Sukic-Hartmann	
Frau Marquardt	
Frau Hepp	} Rechnungsführerin
Frau Neef-Feldhaus	

Der Vorstand wurde um die zwei letztgenannten Mitglieder erweitert, um die Vorbereitungen für die Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes, die am 20. und 21. September in Stuttgart stattfindet, zu treffen. Alle anwesenden Kolleginnen haben ihre Mitarbeit für diese Tagung zugesagt, deren Rahmenthema lautet: Ärztliche Aufgaben in der Arbeit an der Jugend.

Die nächste Zusammenkunft der örtlichen Vereinigung ist entsprechend dem Beschluß der Mitgliederversammlung: am Donnerstag, dem 3. April, 19.30 Uhr, in den Praxisräumen von Frau Neef-Feldhaus, Eberhardstr. 12. Es ist ein kurzes Referat über „Antibiotica in der Kinderheilkunde“ vorgesehen.

Wir hoffen, viele Kolleginnen, auch von auswärts, begrüßen zu können.

I. A. des Vorstandes
Dr. Roswitha Doch

Gutachtengebühren für das Oberversicherungsamt

Für die Vergütung von Gutachten, Berichten und Auskünften an das Oberversicherungsamt (Sozialversicherungsgericht!) gilt nach wie vor nur die Verordnung betreffend Gebühren der Ärzte, Zahnärzte und Hebammen für amtliche Verrichtungen vom 18. August 1924 (nicht Preugo oder Adgo).

Zur Anwendung kommen im wesentlichen nachfolgende Positionen der Gebührenordnung vom 18. August 1924:

„I. A.

6. a) Für eine kurze schriftliche Auskunft ohne weitere gutachtliche Ausführung DM 2.50
- b) für die Untersuchung einer Person auf ihre Körperbeschaffenheit im allgemeinen oder zur Feststellung eines äußeren Gebrechens, einer Verletzung oder einer inneren Krankheit einschließlich Geisteskrankheit samt Befundbericht ohne weitere gutachtliche Ausführung DM 7.50 bis DM 14.50

7. Für ein ausführliches, wissenschaftlich begründetes, nicht bereits bei der Vernehmung zur Niederschrift gegebenes Gutachten DM 10.— bis DM 30.—
- Ausnahmsweise darf der Höchstsatz bis zum Sechsfachen des Betrags überschritten werden, wenn die Leistung einen so außerordentlichen Aufwand von Mühe und Zeit erfordert hat, daß sie durch den Höchstsatz nicht ausgeglichen wäre, oder wenn das Gericht ausdrücklich ein Obergutachten eingefordert hat. Erscheint auch diese Gebühr im einzelnen Fall nicht als ausreichend, so kann das Justizministerium eine höhere Gebühr festsetzen.
8. Sind zu dem verlangten Gutachten besondere Untersuchungen der zu begutachtenden Person nötig geworden, für jede Untersuchung DM 2.50 bis DM 5.—
- wozu bei notwendigen Gängen noch Gebühren nach Nr. 11 a und b, 12 und 13 treten können.
9. Für Durchsicht umfangreicher Akten bei Vorbereitung von Gutachten, auch wenn es aus nicht bei dem Arzt liegenden Gründen nachher nicht zur Begutachtung kommt DM 1.50 bis DM 6.—
- Ausnahmsweise darf der Höchstsatz bis zum Sechsfachen des Betrages überschritten werden, wenn die Leistung einen so außerordentlichen Aufwand von Mühe und Zeit erfordert hat, daß sie auch durch den Höchstsatz nicht ausgeglichen wäre.
10. Für die Reinschrift von Berichten und Gutachten können die Auslagen angesetzt werden, ... (20 Pf. für die Seite, die mindestens 32 Zeilen von durchschnittlich 15 Silben enthalten muß).
11. Für das Anwohnen bei gerichtlichen Verhandlungen und Vernehmungen und für sonstige nicht besonders in der Gebührenordnung aufgeführte Verrichtungen, wenn der Arzt als Sachverständiger an seinem Wohnort in Anspruch genommen wird:
- a) als Entschädigung für Versäumnis der Zeit zwischen Abgang und möglicher Rückkehr zu der Wohnung (Versäumnisgebühr)
- für jede angefangene Stunde DM 2.—
bis zum Höchstbetrag von DM 12.—
für den vollen Tag bis zu 24 Stunden,
- b) Ersatz der Auslagen für notwendige Straßenbahnfahrten oder, wenn ausnahmsweise die Benützung anderer Beförderungsmittel nötig war, Ersatz der hierfür erforderlichen Aufwendungen."

Auf Grund einer Vereinbarung mit dem Obergesundheitsamt (vgl. Südwestdeutsches Arzteblatt 1951, Heft 3, S. 58) sind für das Gutachten gemäß Pos. 7 in erster Instanz DM 10.— bis DM 20.— und in zweiter Instanz (sogenanntes Obergutachten) DM 20.— bis DM 30.— zu berechnen.

Ferner kann für Auskünfte, welche zwar über das Ausmaß einer kurzen schriftlichen Auskunft ohne weitere gutachtliche Ausführungen (Pos. 6 a) hinausgehen, indessen noch nicht ein Gutachten im Sinne der Pos. 7 darstellen, über den Betrag von DM 2.50 hinaus bis zu DM 8.— in Rechnung gesetzt werden. Der Höchstbetrag von DM 8.— soll aber nur für Abgabe einer besonders ausführlichen Stellungnahme in Ansatz gebracht werden.

Bei Unstimmigkeiten mit dem Obergesundheitsamt in Fragen der Honorierung empfehlen wir Benachrichtigung der Ärztekammer.

Facharztanerkennungen

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. hat auf Grund der vom Facharztausschuß am 5. Dezember 1951 und 28. Januar 1952 getroffenen Entscheidungen folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

- Dr. med. Hans Beißwenger, Korntal
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Herbert Engst, Stuttgart
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Richard Scheurle, Aalen
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Alfred Schöll, Kirchheim/Teck
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Dieter Unsel, Ulm/Donau
Facharzt für Innere Medizin
- Dr. med. Walter v. Brunn, Stuttgart-Ost
Facharzt für Lungenkrankheiten
- Dr. med. Werner Koch, Gundelsheim/Neckar
Facharzt für Lungenkrankheiten
- Med. Rat. Dr. med. Gerhard Mauch, Hohenasperg
Facharzt für Lungenkrankheiten
- Dr. med. Eugen Michel, Göppingen
Facharzt für Lungenkrankheiten
- Dr. med. Editha Bilfinger, Stuttgart
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Elisabeth Haecker, Neuhausen/F.
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Elisabeth Mack, Stuttgart
Fachärztin für Kinderkrankheiten
- Dr. med. Hermann Benz, Neckarsulm
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Gerhard Heusel, Stuttgart
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Wolfgang Schaal, Ulm/Donau
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Otto Wenzl, Ludwigsburg
Facharzt für Chirurgie
- Dr. med. Ernst Albrecht, Eßlingen/N.
Facharzt für Orthopädie
- Dr. med. Hanns Jungmayr, Göppingen
Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Dr. med. Herbert Westhäuser, Stuttgart
Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Dr. med. Herbert Illig, Stgt.-Bad Cannstatt
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Dr. med. Hans Strauß, Ludwigsburg
Facharzt für Röntgenologie und Strahlentherapie

Bericht über die 5. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 29. Januar 1952 (19 bis 23.30 Uhr)

1. Dr. Knospe: Ein Kollege mit gesichertem Einkommen hat um Erlaß des Fürsorgebeitrages gebeten, da er seine Mutter unterstützen müsse. — Der Vorstand ist der Anschauung, daß die Erfüllung einer selbstverständlichen Sohnespflicht nicht von den von allen anderen Kollegen gleichmäßig getragenen Pflichten dem Arztstand gegenüber entbinden könne, um so weniger als eine Vielzahl von Kollegen Familienangehörige unterstützen muß, ohne deshalb vom Fürsorgebeitrag zurückzutreten.

2. Dr. Möbius: Gegen einen Kollegen, der Kassenarzt und zugleich Werkarzt eines großen Betriebes ist, ist vom zweiten Arzt des Ortes ein Ehrenratsverfahren beantragt worden. Begründung: Unärztliche Werbemethoden. — Nach Prüfung der vorgelegten Rundschreiben des Kollegen und des Betriebs sieht der Vorstand zwar davon ab, dem Antrag seinerseits beizutreten. Er steht jedoch unter dem Eindruck, daß es leicht zu einer schweren Belastung des kollegialen Zusammenlebens kommen kann, wenn an einem Ort mit nur 2 oder 3 Kassenärzten einer von diesen nebenamtlich am einzigen Großbetrieb des Ortes als Werkarzt tätig ist.

3. Präsident Dr. Neuffer: Bericht zur Lage. — Die neue „Ärztliche Pressestelle Stuttgart“ hat die Arbeit aufgenommen. — Die Bilanzprüfung bei der aufgelösten früheren „Presse- u. Informationsstelle“ hat eine sparsame und exakte Wirtschaftsführung ergeben. — Der Entwurf eines „Bundesgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ wird voraussichtlich in der vom Ministerium vorgesehenen Form nicht verwirklicht werden. Die Ärzteschaft hatte diesen Entwurf wegen der darin enthaltenen Strafbestimmungen sowie der den Gesundheitsbehörden zugedachten Behandlungsgenehmigung und -kontrolle abgelehnt. — Hinsichtlich des Schicksals der ärztlichen Berufsorganisationen im entstehenden Südwest-Staat ist sich der Vorstand einig, daß die bisherigen Kammern erhalten bleiben sollten; daneben erscheint es wünschenswert eine Art Dachorganisation zu schaffen, die der Landesregierung gegenüber als Sprecherin der Ärzteschaft aller südwestdeutschen Landesteile auftreten könnte. Es soll jedoch zunächst abgewartet werden, welchen Weg die anderen Kammern einzuschlagen wünschen.

4. Bericht über eine Besprechung mit den leitenden amerikanischen Ärzten im American Hospital. — Die Zusammenarbeit soll in Zukunft mehr gepflegt werden; es ist dies auch der ausdrückliche Wunsch der amerikanischen Dienststellen.

5. Dr. Neuffer: Nach einer gemeinsamen Sitzung aller ärztlichen Organisationen am 20. Januar 1952 ist die einheitliche Stellungnahme der gesamten Ärzteschaft hinsichtlich des Gesetzentwurfes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen gesichert.

6. Ausführliche Besprechung des Haushaltsplans 1952. Der Entwurf ist von der Geschäftsstelle aufgestellt und vom Finanzausschuß vorberaten worden. Einzelne Positionen wurden abgeändert; im übrigen wird der Vorstand den Plan der Delegiertenversammlung zur Annahme empfehlen.

7. Dr. Knospe schlägt vor, bei den Fürsorgebeiträgen den Freibetrag von DM 1000.— auf DM 1500.— zu erhöhen. — Zustimmung. Dr. Hämmerle

Bericht über die 58. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 5. Februar 1952, 19 bis 23.30 Uhr

1. Prof. Dr. Neuffer: Bericht zur Lage.

2. Dr. Schwoerer: Bericht über Gebührenverhandlungen mit dem Oberversicherungsamt Stuttgart. Es hat sich herausgestellt, daß dort für die Honorierung der Gutachten irrtümlicherweise die Preugo statt der — günstigeren — alten gerichtsärztlichen Gebührenordnung für Württemberg zugrunde gelegt wurde. Das Oberversicherungsamt hat Abhilfe zugesagt.

3. Dr. Knospe: Bericht über die Sitzung des Disziplinausschusses vom 20. Dezember 1951.

Der Vorstand beschließt, daß künftig die Entscheidungen des Disziplinausschusses im Südwestdeutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden sollen. Die Kollegen haben ein Recht zu erfahren, mit was für Verfehlungen sich der Ausschuß befaßt und mit welchen Maßnahmen er ihnen begegnet. Mit der Veröffentlichung ist eine Unterrichtung der Kollegen, nicht eine Strafverschärfung beabsichtigt. Aus diesem Grunde werden die Namen und Orte nicht genannt werden. Nur Ausschluß aus der Kassenpraxis wird zur Information der Kollegen mit Namensnennung bekanntgegeben werden.

4. Soll bei Betäubungsmittelentziehungskuren den betreffenden Kollegen Krankentagegeld gewährt werden? Der Vorstand ist der Ansicht, daß diese Frage von Fall zu Fall entschieden werden muß.

5. Dr. Knospe: Die Kleine Kommission hat sich wieder eingehend mit einigen Fällen überhöhten Honorars befaßt und Gelegenheit genommen, mit den betreffenden Kollegen persönlich zu sprechen. — Eine Reform des Weggeldwesens wird vorbereitet. Eine Gruppeneinteilung mit festen Sätzen pro Behandlungsfall scheint sich als empfehlenswerte Regelung abzuzeichnen; Begrenzung bei 500 Fällen. — Zunächst wird sich noch die Honorarkommission mit diesem Vorschlag befassen müssen.

6. Herr Stein berichtet über die vermögensrechtliche Trennung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern und über den derzeitigen Stand des Honorarabkommens mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen.

7. Als Berufungsausschuß entscheidet der Vorstand über 3 Anträge auf Zulassung zur Ersatzkassenpraxis. Hierbei sind Vertreter der betreffenden Kreisärzteschaft als Gäste zugegen.

8. Anstellung eines 2. Prüf arztes, vorläufig probeweise, wird beschlossen.

9. Die Abrechnungsblätter zu den Krankenscheinen können später nach Wunsch weiterbenutzt werden, auch wenn die Krankenscheine in Zukunft das richtige Abrechnungsschema enthalten.

10. Eine größere Zahl von Ärzten schreibt bei den Ersatzkassen nicht nur die Gebührenziffern der Ersatzkassen-Adgo an, sondern auch die Gebührenbeträge und die Summen. Auf eine Anregung, zur Beschleunigung und zur Entlastung der Abrechnungsstelle diese Arbeiten von allen abrechnenden Kassenärzten ausführen zu lassen, beschließt der Vorstand, vorläufig an dem bestehenden Abrechnungsverfahren für Ersatzkassen nichts zu ändern.

11. Bericht über Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der freien Berufe in Stuttgart am 25. Januar 1952.

12. Ein Kollege hat eine Anstellung bei der Besatzungsmacht angenommen. Seinem Antrag, seine Praxis von einem Vertreter weiterführen zu lassen, kann nicht entsprochen werden.

13. Verschiedenes (Darlehensantrag; Einspruch gegen Entscheidung der Rö-Kommission; Anträge auf Gewährung von Krankengeld in Sonderfällen u. ä.).

Dr. Hämmerle

Bericht über die 2. Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 20. Februar 1952

1. Präsident Prof. Dr. Neuffer begrüßt die Versammlung und spricht zur Lage: Das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen soll in nächster Zukunft vom Kabinett verabschiedet werden und dann vor den Bundesrat und den Bundestag gelangen. — Das Facharztordnungsgesetz hat der Bundestag wieder zurückgezogen. — Ein Zahnärztegesetz ist beschlossen worden. Danach gibt es künftig nur noch Zahnärzte. Die Dentisten werden bei Erfüllung bestimmter Bedingungen in den Zahnärztestand überführt. — Gegen die im Entwurf des Geschlechtskrankheitengesetzes enthaltenen unwürdigen Strafbestimmungen wurde mit Erfolg seitens der Ärzteschaft Stellung genommen, ebenso gegen die vorgesehene Aufhebung des Mieterschutzes mit ihren schlimmen Folgen hinsichtlich der Praxismieten. — Das Problem der ärztlichen Schweigepflicht steht zur Zeit im Vordergrund des Interesses. — Verhandlungen über Erhöhung der Preugo sind im Gange; an der neuen allgemeinen Gebührenordnung wird gearbeitet. — Ein Blutspendengesetz ist in Vorbereitung.

2. Der Prüfungsbericht für das Rechnungsjahr 1950 wird entgegengenommen. Rechnungsführer und Geschäftsführung werden entlastet. — Bilanz und Prüfungsbericht für 1951 müssen geschäftsordnungsmäßig erst noch vom Finanzausschuß genehmigt und dann 2 Wochen lang auf der Geschäftsstelle zur allgemeinen Einsichtnahme aufgelegt werden; die Zeit der Auflegung wird im Südwestdeutschen Ärzteblatt bekanntgegeben werden.

3. Der Haushaltplan 1952, eingehend vorberaten und schriftlich erläutert, wird nach verhältnismäßig kurzer Debatte genehmigt. Das Korsett der Einnahmen, so wird geltend gemacht, sei den Ausgaben sehr eng auf den Leib geschnitten. Die Mehrheit zieht es trotzdem vor, daß notfalls später ein Nachtragsetat vorgelegt, jetzt aber der Mitgliedsbeitrag nicht höher als mit DM 90.— für zugelassene Ärzte einschließlich Chefärzte, wie vorgesehen, angesetzt wird. — Ärzte über 75 Jahre bleiben künftig beitragsfrei. — Anträge auf Ermäßigung oder Erlaß des Beitrages sollen von den Kreis-

ärzteschaften vorgeprüft werden. Im einzelnen wurden folgende Beitragssätze festgesetzt:

Niedergelassene Ärzte einschl. Chefärzte	DM 90.—
Niedergelassene Ärzte (Anwärter auf RVO-Praxis)	DM 40.—
2. Ärzte bei Gemeinschaftspraxen	DM 40.—
Oberärzte und Assistenzärzte (TOA II)	DM 40.—
Oberärzte und Assistenzärzte (TOA III)	DM 20.—
Beamtete Ärzte (Nichtmitglieder des Vereins der beamteten Ärzte)	DM 30.—
Volontärärzte und Ärzte ohne ärztl. Tätigkeit	DM 6.—
Arztinnen, die mit Ärzten verheiratet sind, aber keine eigene Praxis ausüben	DM 3.—

4. Zum neuen Vorsitzenden des Großen Ehrenrates wird als Nachfolger des verstorbenen Landgerichtspräsidenten Hermann Herr Oberlandesgerichtsrat Dr. Helmut Müller, Stuttgart, vorgeschlagen. Er stellt sich der Versammlung vor und wird sodann in geheimer Abstimmung mit großer Mehrheit gewählt.

5. Dr. Knospe berichtet über das Fürsorgewesen. Die Rentenaufwertung hat zu einer fühlbaren Entlastung des Fürsorgefonds geführt; dabei sind die Eingänge entsprechend der Honorarentwicklung angestiegen. — So ist es jetzt möglich, die Freigrenze für die Beitragsleistung auf DM 1500.— vierteljährlich heraufzusetzen. Dadurch wird die Erhöhung des Kammerbeitrags ausgeglichen. Weitere DM 250.— bleiben beitragsfrei für jedes Kind. — Nicht niedergelassene Ärzte zahlen in den Fürsorgefonds gestaffelt DM 3.— bis DM 8.—. Die beamteten Ärzte, denen aus dem Fonds ebenfalls Unterstützungen zufließen, werden gebeten, einen Fürsorgebeitrag in Höhe von 10 % ihres Pauschalbeitrags zu leisten.

6. Dr. Knospe: Die Risikoversicherung läuft am 30. September 1952 ab. Ein Gesetz über die Ärzteversicherung kann erst von dem Landtag beschlossen werden, der nach der verfassunggebenden Versammlung gewählt werden wird; also frühestens 1953. — Die Versammlung beauftragt den Fürsorge- und Versorgungsausschuß, die Fortführung der Risikoversicherung für weitere 2 Jahre (mit Kündigungsmöglichkeit) vorzubereiten. Der Vorstand wird ermächtigt, zu gegebener Zeit den Verlängerungsvertrag abzuschließen.

7. Aus der Praxis der Ehrenratsverfahren haben sich einige Anregungen zur Änderung der Ehrenratsordnung ergeben. Die von Dr. Krahn und Rechtsanwalt Dr. Hoerlin vorgeschlagenen Änderungen werden beschlossen.

8. Dr. Krahn: Der 54. Deutsche Ärztetag in München hat einige Änderungen der ärztlichen Berufsordnung und der Facharztordnung beschlossen. Im Sinne eines bundeseinheitlichen Arztrechtes werden diese Änderungen für alle Mitglieder der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V. verbindlich beschlossen. Die Neufassung wird jedem Mitglied zugestellt werden.

9. Präsident Prof. Dr. Neuffer wird ermächtigt, mit den Präsidenten der Ärztekammern und ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen der verschiedenen Gliedstaaten des Südweststaates eine Aussprache über die Frage der Anpassung der ärztlichen Organisationen an den Aufbau des neuen Staates herbeizuführen. Die Aussprache ist von einem anderen Kammerpräsidenten angeregt worden.

10. Verschiedenes: Zeichnungsberechtigung für eine Angestellte. — Bei Besuchen in fremden Praxisorten soll entsprechend § 11 der Berufsordnung Wegegeld berechnet werden. — Ein in den ärztlichen Mitteilungen veröffentlichter Artikel über Tariffrecht soll von der Pressestelle sämtlichen medizinischen Zeitschriften zur Verfügung gestellt werden, um diesen die Möglichkeit zur tarifrechtlichen Beurteilung der ärztlichen Stellen zu geben, für die Anzeigen veröffentlicht werden sollen.

Dr. Hämmerle

Fritz Glatzel †

Fritz Glatzel, der frühere langjährige ärztliche Leiter der Privatheilanstalt Christophsbad, ist an einem paralytischen Ileus am 27. Dezember 1951 gestorben. Er war hier im Lande eine weithin bekannte Persönlichkeit, obgleich er von Hause aus kein Schwabe war. Er stammte aus Posen, trat aber schon 1896 als Assistenzarzt in die Heilanstalt Christophsbad in Göppingen ein. Durch Verheiratung mit Frau Helene geb. Landerer, der Tochter des verstorbenen Ökonomierats Landerer, des langjährigen wirtschaftlichen Leiters der Heilanstalt,

blieb er mit der Heilanstalt ärztlich und persönlich verbunden, war viele Jahre lang Abteilungsarzt, bis er im Jahre 1924 die ärztliche Leitung übernahm. Ein geistig lebendiger Mann, hat er die Wandlungen der praktischen Psychiatrie in den letzten 30 Jahren mit Eifer und Aufmerksamkeit verfolgt und ihnen Rechnung getragen. Die engere Verbindung der Psychiatrie mit der inneren Medizin lag ihm am Herzen. Er hatte einen feinen Humor, war vielseitig beschlagen, ein gewissenhafter und sorgfältiger Arzt von lauterem Charakter und großer Bescheidenheit. Den Kranken der Anstalt (späteren Klinik) widmete er seine ganze Kraft und Sorgfalt. Am 31. Dezember 1942 war er in den Ruhestand getreten und hatte die Leitung der Klinik deren jetzigem Chef Dr. Paul Krauss übergeben, nachdem keiner seiner Söhne die Psychiatrie als Lebensberuf ergriffen hatte. Wer ihm im Berufe nähere treten durfte, erkannte in ihm einen lebenswürdigen und gütigen Mann und einen verantwortungsbewußten Arzt. Zum 75jährigen Jubiläum der Heilanstalt Christophsbad hatte er eine Broschüre geschrieben, in der diese alte und berühmte Anstalt des genaueren geschildert wurde. Er war ein Mann von weiter Bildung, der sich um philosophische Fragen bis zu seinem Tode bemühte.

Prof. Dr. R. Gaupp, sen.

Zur Erinnerung an Obermedizinalrat Dr. Kohlhaas

Am 11. Januar 1952 ist Obermedizinalrat a. D. Dr. Kohlhaas gestorben. Das hohe Lebensalter, das der Verstorbene erreicht hat, begründet, daß er Generationen schwäbischer Ärzte bekannt gewesen ist. Die Tatsache, daß Kohlhaas ein vorzüglicher Arzt und Mensch gewesen ist, führt zu seinem Gedenken eine große Trauergemeinde zusammen.

Kohlhaas war geborener Stuttgarter, aber er gehörte zu den Schwaben, die der Drang nach allgemein menschlicher und beruflicher Ausbildung weit über die Grenzen des engsten Vaterlandes hinausgeführt hat. Er hat seine Ausbildung neben der heimischen Universität und dem Stuttgarter Katharinenhospital in München, Berlin und am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg genossen; er hat als Schiffsarzt einen Blick in die große Welt getan, bevor er sich in Stetten/R. und später in Stuttgart niedergelassen hat. Seine Fähigkeiten führten 1904 zu seiner Berufung in das württembergische Medizinalkollegium, dem er bis zu dessen Auflösung angehört hat. Außerdem war Kohlhaas Chefarzt der Inneren Abteilung des Ludwigspitals bis zum Jahre 1934 und übte als beliebter Arzt eine internistische Praxis aus. Er ist auf diesem Gebiet auch eigene Wege gegangen und war schon lange vor der heutigen Verallgemeinerung der Lungenkollapstherapie ein Vorkämpfer für die Einführung des künstlichen Pneumothorax in die Behandlung der Lungentuberkulose. Im ersten Krieg war er noch als Chefarzt eines Feldlazaretts an der Front.

Trotz der schweren Zeit, in die Kohlhaas während der Hauptschaffenszeit seines Lebens gestellt war, hat sich bei ihm dank seiner hervorragenden Eigenschaften, von denen neben der Gründlichkeit seines Wissens seine Gesinnungstreue, seine Wahrheitsliebe, seine einem warmen ärztlichen Herzen entspringende stete Hilfsbereitschaft und sein die Schwächen der Zeit und der Mitmenschen überwindender Humor besonders hervorgehoben werden müssen, ein glückliches Leben bis in die letzten Stunden vor dem Tode erfüllt. Mit Kohlhaas ist ein wirklich noch „königlicher“ Obermedizinalrat aus unserem Kreise geschieden.

K.

Wir trauern um unsere Toten

- Med. Rat Dr. Gerlach, August, Schwäb. Gmünd
geb. 2. 10. 1874 — gest. 8. 2. 1952
- Dr. Hartmann, Alfred, Weil im Schönbuch
geb. 1. 10. 1894 — gest. 15. 2. 1952
- Dr. Jung, Fritz, Bad Ditzgenbach
geb. 24. 9. 1891 — gest. 5. 2. 1952
- Reg. Med. Rat a. D. Dr. Köhler, Ernst, Stuttgart-Vaihingen
geb. 14. 5. 1874 — gest. 15. 2. 1952
- Dr. Riha, Heinrich, Heidenheim/Br.
geb. 24. 8. 1874 — gest. 1. 2. 1952

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Bericht über die gemeinsame Sitzung der bisherigen und der neugewählten Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 9. und 10. Februar 1952 in Tübingen

Präsident Dr. Borck und die Geschäftsführung berichten über die Tätigkeit der Kammer in der abgelaufenen Kammerperiode. Es werden insbesondere erwähnt der Erlass der Zulassungsordnung vom 12. Juli 1949, die Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung vom 5. September 1949, der Beginn der ärztlichen Unterstützungseinrichtung am 1. Oktober 1949, der Erlass des Kammergesetzes vom 8. März 1950 und das Gesetz über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten vom 2. August 1951, des weiteren vorgesehene Verfahrensänderungen beim Facharztanerkennungsausschuß, Fragen der ärztlichen Fortbildung, die wegen ihrer Wichtigkeit auch auf dem nächsten Ärztetag behandelt werden sollen, die Einrichtung von Kommissionen, die die Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischen Gründen durchzuführen haben.

Der der Sitzung beiwohnende Präsident des Deutschen Ärztetages, Herr Prof. Dr. Neuffer, beglückwünschte die Kammer zu ihren Erfolgen.

Bilanz und Erfolgsrechnung für das Jahr 1951 werden genehmigt, ebenso der Voranschlag 1952.

Die Neuwahlen ergeben:

Präsident der Ärztekammer: Dr. med. Borck, Pfullingen
 Stellv. Präsident: Dr. Mißmahl, Riedlingen
 Beisitzer: Dr. Dopfer, Sigmaringen

Umlageausschuß:

Außer dem Kammerpräsidenten,
 Dr. Grauer, Kirchentellinsfurt
 Dr. Zenner, Tübingen

Fürsorgeausschuß:

Dr. Kordhanke, Ehingen
 Dr. Grauer, Kirchentellinsfurt
 Dr. Kauffmann, Hechingen
 Dr. Borck, Pfullingen
 Dr. Hans Bauer, Tübingen

Facharztanerkennungsausschuß:

1. Instanz: Prof. Dr. Kretschmer, Vorsitzender
 Prof. Dr. Bickenbach, Tübingen
 Prof. Dr. Gottron, Tübingen
 Dr. Grauer, Kirchentellinsfurt

Dr. Gärtner, Ebingen
 Dr. Zenner, Tübingen

2. Instanz: Vorstand der Ärztekammer

Ärztl. Vertreter des Ehrengerichts:

1. Dr. Gärtner, Ebingen
 2. Dr. Beck, sen., Nagold
 3. Dr. Grundler, Tübingen

Stellvertreter:

1. Prof. Dr. Bickenbach, Tübingen
 2. Dr. Boesmann, Tuttlingen
 3. Dr. Walcher, Mochenwangen.

Neuwahlen zu den ärztlichen Ehrenräten sind in Bälde durchzuführen.

Die vom Deutschen Ärztetag beschlossene Berufs- und Facharztordnung wird mit geringfügigen Änderungen beschlossen und soll als Bestandteil der Satzung dem Innenministerium zur Genehmigung vorgelegt werden.

Verschiedenes:

In der Krankentransportfrage durch Ärzte wird folgende Entschließung gefaßt:

„Krankentransporte durch Ärzte in die Krankenhäuser usw. sind nur in besonders begründeten Fällen statthaft. Für Zwecke des Krankentransportes sind im allgemeinen die Sanitätskraftwagen, gegebenenfalls auch private Transportunternehmer, zuständig. Von dieser Regelung soll nur in dringenden Notfällen abgewichen werden.“

gez.: Dr. A. Langbein
 Geschäftsführender Arzt

Nachruf

Am 2. März 1852 verschied in Reutlingen unerwartet rasch Dr. med. Max Goerlich. Mit ihm ist ein Arzt dahingegangen, der in weiten Kreisen der Stadt hochgeschätzt und beliebt war. Neben seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hatte er sich in den letzten Jahren mehr und mehr auf sein Lieblingsgebiet, die Röntgenologie zurückgezogen und auf dem Gebiet der Röntgendiagnose und -therapie mit großem Erfolg gearbeitet. Im ärztlichen Standesleben hat er sich gleichfalls sehr verdient gemacht; längere Zeit war er in der Standesorganisation führend tätig.

Wir werden sein Andenken stets in Ehren halten.

Arzteverein Reutlingen

ARZTEKAMMER NORDBADEN e.V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN
 Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 Telefon 4 28 24 Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Röntgenstr. 5

Facharztanerkennungen

Der Facharzt-Ausschuß der Ärztekammer Nordbaden e. V. hat in seinen Sitzungen im Januar und Februar folgende Facharztanerkennungen ausgesprochen:

Sitzung am 10. Januar 1952:

Dr. med. Horst Müller, Heidelberg
 Facharzt für Augenkrankheiten
 Dr. med. Walther Asal, Pforzheim
 Facharzt für Chirurgie
 Dr. med. Oskar Fuchs, Bruchsal
 Facharzt für Chirurgie
 Dr. med. Hans Köhle, Heidelberg
 Facharzt für Chirurgie
 Dr. med. H. Essig, Heidelberg
 Facharzt für Innere Medizin
 Dr. med. Helmut Hanfmann, Karlsruhe
 Facharzt für Innere Medizin
 Dr. med. Eberhard Hintze, Heidelberg
 Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Otto Kohler, Mannheim

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Oswald Zehe, Mannheim

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Toni Hein, Heidelberg

Fachärztin für Kinderkrankheiten

Dr. med. I. Jaerisch, Heidelberg

Fachärztin für Kinderkrankheiten

Dr. med. Hans Sieberth, Mannheim

Facharzt für Kinderkrankheiten

Dr. med. Wilh. Wagner, Heidelberg

Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde

Sitzung am 18. Februar 1952:

Dr. med. Gerhard Hoffmann, Heidelberg

Facharzt für Chirurgie

Dr. med. Gustav Kühner, Heidelberg

Facharzt für Chirurgie

Dr. med. Richard Funk, Heidelberg

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Ekkehard Gill, Heidelberg
 Facharzt für Innere Medizin
 Dr. med. Günter Stolze, Mannheim
 Facharzt für Innere Medizin
 Dr. med. Charlotte Frank, Weinheim
 Fachärztin für Kinderkrankheiten

Dr. med. Kurt Schreiner, Heidelberg
 Facharzt für Kinderkrankheiten
 Dr. med. Ida Amend, Mannheim
 Fachärztin für Nervenkrankheiten
 Dr. med. Werner Stehberger, Heidelberg
 Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

50jähriges Arztjubiläum

Am 28. Februar 1952 konnte Professor Dr. Gerhard Hosemann, der weithin bekannt und allgemein geschätzte Chirurg und Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Freiburger Diakonissenhauses sein goldenes Arztjubiläum feiern. Am 4. April 1952 begeht er sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Das Staats- und Doktorexamen legte er am 19. April 1879 in Malchow bei Berlin geborene Pfarrerssohn in Kiel ab und begann dort seine vielseitige klinische Laufbahn bei dem Pathologen Prof. Heller. 1904/05 arbeitete er bei Prof. Fischer als Hygieniker und Bakteriologe und erhielt anschließend dort bei Prof. Quinke eine zweijährige internistische Ausbildung. Der Chirurgie widmete er sich dann in Rostock bei Prof. Müller bis zum Ausbruch des ersten Weltkrieges, in dem er als Stabsarzt an der Westfront wirkte. Noch während des Krieges wurde er am 28. Februar 1916 zum außerordentlichen Professor ernannt, nachdem er sich durch eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten bekannt gemacht hatte. In diesen Arbeiten zeigte sich bereits die für seine ganze spätere Tätigkeit so kennzeichnende, von großem Verantwortungsbewußtsein getragene, kritische Einstellung zu den ärztlichen Problemen. Es erschienen Veröffentlichungen über die Echinokokkenkrankheit, die Chirurgie der parasitären Erkrankungen, die Basedowschilddrüse, über Tromboseoperationen, Operationen im Felde, Intravenöse Kampferinfusion, die Nachwirkung der Lumbalanaesthetie, Verlängerter Chloroäthylrausch, über den Solästhinrausch, den er auch noch heute mit bestem Erfolg anwendet, über die Chirurgie der Gallenwege und des Thorax (Plastik, Strangdurchtrennung). Dann spielte die Bauchchirurgie eine wichtige Rolle in seinen Arbeiten — wie auch später in seiner Praxis (Retropéritoneales Lipom, Ileus, eitrige Perforationsperitonitis, Appendix) und wieder das Gebiet der Anaesthetie, in der er der vorbehaltlosen Anwendung des Adrenalin in der Lokalanästhetie entgegentrat.

Seit 1. September 1918 ist Prof. Hosemann in Freiburg als Nachfolger des Chirurgen Prof. Hotz, wo er durch sein großes

Können die chirurgische Abteilung des Freiburger Diakonissenhauses in Südbaden zu großem Ansehen brachte und gleichzeitig mit großem pädagogischem Geschick dort die Ausbildung des jungen Pflegepersonals an der Krankenpflegeschule leitete.

Denen, die unter ihm arbeiteten und noch arbeiten, ist er ein unermüdlicher gründlicher Lehrmeister mit strengen Anforderungen und seinen Patienten von nah und fern ist er als sehr gütiger rechter Arzt voller Humor und von seltener persönlicher Aufopferung bekannt.

Obwohl ihm das Arzttum ohne Schematismus und ein gesunder Konservatismus sehr viel bedeutet, leuchtet unentwegt ein reges förderndes Interesse an den wissenschaftlichen Fortschritten der Medizin in seiner Arbeit durch, was seine Hörer bis in den zweiten Weltkrieg hinein in einem erlesenen kleinen Kolleg im Diakonissenhaus zu spüren bekamen.

Wir gratulieren dem im 73. Lebensjahr stehenden, noch rastlos tätigen Chirurgen herzlich.

M.
 Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Nachruf

An den Folgen eines Unfalles verschied am 24. Februar 1952 Herr Dr. Otto Gaigl, prakt. Arzt in Waldkirch.

Kollege Gaigl, der im 68. Lebensjahr stand, hat seine Ausbildung zum Teil in Freiburg erhalten, wo er auch im Jahre 1908 das Staatsexamen abgelegt hat. Nach seiner Approbation war er zunächst in der Hauptsache in Dresden und Konstanz tätig. Er ließ sich im Jahre 1919 als prakt. Arzt in Waldkirch nieder. Neben seiner Arbeit in der freien Praxis, widmete er sich einer vornehmlich chirurgischen Tätigkeit am Krankenhaus in Waldkirch.

Der Verstorbene erfreute sich bei der Bevölkerung und bei seinen Kollegen eines guten Ansehens. Besonders geschätzt wurde sein aufrichtiges und menschlich angenehmes Wesen.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

ÄRZTLICHE PRESSESTELLE STUTTGART

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

Mitteilungen der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart an Presse und Rundfunk

Stellungnahme gegen die Gleichsetzung der ärztlichen Praxisräume mit Geschäftsräumen im Rahmen der sogenannten „kleinen Mietreform“

Der Bundesrat hat am Freitag „die kleine Mietreform“ der Bundesregierung (Verordnung Nr. 71/51), die eine Lockerung der Preisvorschriften für Wohnraummieten und die Aufhebung der Preisvorschriften für Geschäftsraummieten vorsieht, vorläufig als „rechtsunwirksam“ bezeichnet. Für den Fall, daß die Bundesregierung es bei dem bestehenden Zustand beläßt, verweist die Ärzteschaft auf ein Schreiben, das das „Präsidium des Deutschen Ärztetages“ den zuständigen Bundesministerien in dieser Angelegenheit überreicht hat. Die Ärzteschaft weist darin nach, daß es unmöglich ist, den ärztlichen Beruf als ein Gewerbe zu behandeln, das der Konkurrenz der freien Marktwirtschaft unterliegt. Abgesehen davon, daß der ärztliche Beruf im Interesse der Kranken nicht in der Form eines gewerblichen Wettbewerbes betrieben werden kann, richten sich die Einnahmen der Ärzte im wesent-

lichen nach der Pauschalvergütung der Sozialversicherung und den Mindestsätzen der ärztlichen Gebührenordnung vom Jahre 1924. Es ist hinreichend bekannt, daß diese Sätze bei weitem nicht mehr den erheblich angestiegenen Lebenshaltungskosten und Praxisunkosten entsprechen. Da außerdem, ebenfalls durch Gesetz die Zulassung eines Arztes nur für einen bestimmten Ort oder Stadtteil gilt, muß bei Durchführung dieser Verordnung befürchtet werden, daß eine große Anzahl von Ärzten Gefahr läuft, ihre Existenz zu verlieren, weil sie die Forderungen der Vermieter nicht erfüllen kann. Es kann so der Fall eintreten, daß bestimmte Orte oder Ortsteile ohne praktizierende Ärzte sind, und die Bevölkerung ohne die notwendige ärztliche Versorgung ist. Vom Präsidium des Deutschen Ärztetages wurde deshalb gefordert, daß die Kündigung beruflich genutzter Räume auszuschließen ist, wenn die beruflichen Einnahmen des Mieters im öffentlichen und sozialen Interesse preisgebunden sind.

19. Januar 1952

Stellungnahme zum Verhalten von Bundestag und Bundesrat bezüglich des Gesetzentwurfes zur Anpassung der Facharztordnung für die deutschen Ärzte an die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Praxis

Der Bundestag hat am Donnerstag (24. Januar 1952) das Gesetz zur Anpassung der Facharztordnung für die deutschen Ärzte an die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Praxis wieder zu Fall gebracht, das er am 6. Dezember mit den Stimmen der Regierungspartei, der Bayernpartei und des Zentrums gegen die Stimmen der SPD angenommen hatte. Er folgte damit einer Empfehlung des Vermittlungsausschusses zwischen Bundestag und Bundesrat, der vom Bundesrat wegen dieses Gesetzes angerufen worden war. Die Bedenken des Bundesrates waren verfassungsrechtlicher Natur; man könne, so wurde darüber argumentiert, nicht einen Ausschuß, der rechtlich nichts anderes als eine Gruppe von Privatpersonen sei, zur Setzung von Rechtsnormen ermächtigen. Das jetzt zu Fall gebrachte Gesetz sah vor, daß von Vertretern der Ärztekammern und der ihnen entsprechenden ärztlichen Landesorganisationen eine neue Facharztordnung ausgearbeitet werden sollte, die nach Genehmigung durch den Bundesinnenminister in Kraft getreten wäre. Es ist hierzu zu sagen, daß es sich bei den Vertretern der Ärztekammern nicht um irgendwelche Privatpersonen handelt, sondern um gewählte Vertreter der Bundesorganisationen der Ärzteschaft, die nur in einem kleinen Teil der Bundesrepublik nicht den Charakter öffentlich-rechtlicher Körperschaften besitzen. Außerdem sollte dieses Gremium nicht ein für alle Bundesbürger verbindliches Gesetz erlassen, sondern lediglich Vorschriften ausarbeiten, die nur für solche Personen gelten, die bereits Ärzte sind.

Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß die Ausarbeitung einer der modernen Wissenschaft angelegenen Facharztordnung und die durch sie festgelegte Regelung des Facharztwesens nur von der Ärzteschaft selbst erfolgen kann. Dies würde der bisherigen Handhabung entsprechen.

29. Januar 1952

Wahrung der ärztlichen Selbstverwaltungsrechte bezüglich der Facharztordnung

Die Delegierten der Ärztekammer Nord-Württemberg haben der vom 54. Deutschen Ärztetag geänderten Facharztordnung, zugestimmt. Diese geänderte Fassung der Facharztordnung, die einen Bestandteil der ärztlichen Berufsforderung darstellt, ist nunmehr für alle Ärzte in Nord-Württemberg verbindlich, die sich um die Anerkennung als Facharzt bewerben. Damit wird deutlich ausgedrückt, daß die Ärzteschaft nicht gewillt ist, Eingriffe in ihre Landesrechte zu dulden. Der Beschluß der Delegiertenversammlung ist notwendig geworden, weil der Bundestag das von ihm bereits verabschiedete Gesetz über die Facharztordnung, das einem Ausschuß von Ärzten diese Aufgabe übertragen wollte, nach Einspruch des Bundesrates wieder verworfen hat.

27. Februar 1952

Ärztliche Fortbildung als Hauptthema des 55. Deutschen Ärztetages

Die ärztliche Fortbildung wird eines der beiden Hauptthemen des im September 1952 in Berlin stattfindenden 55. Deutschen Ärztetages sein. Am 16. Februar 1952 befaßte

sich ein besonderer Ausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in einer vorbereitenden Besprechung in Stuttgart mit den einschlägigen Fragen. Der Präsident des Deutschen Ärztetages, Herr Prof. Dr. Neuffer Stuttgart, nahm an diesen Besprechungen teil.

Es ergibt sich für jeden Arzt die Notwendigkeit, sich die neuesten Kenntnisse der medizinischen Wissenschaft, insbesondere in Diagnostik und Therapie der Krankheiten, anzueignen. Er befindet sich deshalb in einer fortwährenden Weiterbildung. Da es dem einzelnen Arzt jedoch schon aus äußeren Gründen unmöglich ist, alle oder auch nur die wichtigsten wissenschaftlichen Kongresse zu besuchen bzw. die umfangreiche wissenschaftliche Literatur zur Verfügung zu haben, ist es Aufgabe der ärztlichen Landesorganisation, möglichst günstige Voraussetzungen für eine auf breiter Basis erfolgende Fortbildung zu schaffen und diese in einer jedem Arzt zugänglichen Form durchzuführen.

18. Februar 1952

Stellungnahme zur Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze und der freiwilligen Weiterversicherung in der Krankenversicherung

Der am Freitag von der Bundesregierung verabschiedete Gesetzentwurf über die Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze von DM 4500.— auf DM 6000.— Jahreseinkommen sieht außerdem vor, die Höchstgrenze, bis zu der freiwillig Weiterversicherte in der Versicherung bleiben können, von DM 7200.— auf DM 8400.—, bei der Knappschaftsversicherung auf DM 9600.— Jahreseinkommen hinaufzusetzen. Die Ärzteschaft weist in diesem Zusammenhang in aller Eindringlichkeit darauf hin, daß sie die gegenwärtige Form der freiwilligen Weiterversicherung für absolut unzweckmäßig und dringend reformbedürftig hält. Einer weiteren Ausdehnung des Personenkreises der freiwillig Weiterversicherten müßte mit aller Entschiedenheit entgegengetreten werden. Die Sozialversicherung ist für denjenigen Personenkreis bestimmt, der ihrer bedarf. Ihre Inanspruchnahme durch sozial Gesicherte ist unberechtigt und führt zu einer Einschränkung der Leistungen, die die wirklich Bedürftigen zu beanspruchen haben. Der sozial Bessergestellte hat die Möglichkeit, durch die private Krankenversicherung ausreichenden Schutz in Krankheitsfällen zu erhalten.

23. Februar 1952

Kein Arztstreik, aber ärztliche Selbsthilfe

Wegen der hinter den steigenden Unkosten zurückgebliebenen Honorarsätze einiger Betriebskrankenkassen haben die Kassenärzte Hamburgs kürzlich eine Erhöhung des Honorars gefordert. Da die betreffenden Betriebskrankenkassen diese Forderung ablehnten, wurden die Mitglieder dieser Betriebskrankenkassen nicht mehr gegen Kassenschein behandelt. Die Ärzte stellten den Patienten Quittungen gegen Entrichtung eines angemessenen Honorars aus und empfahlen ihnen, sich den Betrag bei ihrer Kasse wieder rückerstatten zu lassen. Durch dieses Vorgehen der Ärzte wurde die Behandlung der Patienten in keiner Weise beeinträchtigt, aber erreicht, daß sich die Kassen nach kurzer Zeit zu Verhandlungen bereit erklärten, wobei eine für die Ärzte annehmbare Einigung erzielt werden konnte.

27. Februar 1952

Neue Arzneimittel

RHEUMASAN und RHEUMASAN „flüssig“

Zusammensetzung: Salicyl-Salben-Seifen-Präparat bzw. Salicyl-Seifen-Präparat mit schwefelhaltigen Ölen, enthaltend neuerdings zusätzlich zur Steigerung der Hyperämie β -pyridin-carbonsäureester.

Indikationen: Muskel- und Gelenkrheumatismus, Neuralgien, Neuritiden, Sehnscheidenentzündungen, Ischias, Interkostalneuralgien, Lumbago, Distorsionen, Luxationen, Sehnenzerrungen; auch indiziert bei Herzsensationen, Pleuritis und Bronchitis.

Handelsformen und Preis: Tuben mit 20 und 50 g DM —.90 und DM 2.15 o. U. Flasche mit 60 g DM 1.90 o. U.

Hersteller: Dr. Rudolf Reiss Chemische Werke, Berlin-West.

Geschäftliche Mitteilungen

In diesem Jahr feiert die Firma **Dr. Rudolf Reiss Chemische Werke Berlin-West** ihr 50jähriges Bestehen. Anfangs beschränkte sich die Produktion auf die Präparate RHEUMASAN und LENICET-SALBE, als 2. Etappe kamen hinzu LENICET-PUDER, PERU-LENICET-SALBE, LENIRENIN, BUCCOSPERIN und ROBURAL. Insbesondere widmete sich dann das Unternehmen der Fabrikation von Suppositorien wie BELLADONNA-, DIGITALIS- und LENIRENIN-ZÄPFCHEN, sowie der Produktion von SOLVORENIN-SCHNUPFENSALBE, NEURIT, CORMED, NOVOTUSSIN und ADIPOSETTEN und seit 3 Jahren des Neuraltherapeutikums CAUSAT. Auf dem alten Gelände in West-Berlin entstand ein größerer, zweckmäßiger und moderner Fabrikkomplex mit wissenschaftlichen Laboratorien und Versuchsstationen, in denen alle neu-

zeitlichen und rationellen Herstellungsmethoden jetzt nutzbar gemacht werden.

Im April 1952 begehen die Nordmark-Werke GmbH, Hamburg den Tag ihres 25jährigen Bestehens. Die Werke stellten als erste Firma auf dem Kontinent Leberextrakt-Präparate

(HEPATRAT) zur Behandlung der perniziösen Anämie her. Andere Organ-Präparate, darunter das bekannte ENZYNORM folgten. 1936 begannen die Nordmark-Werke GmbH, sich der Herstellung von Sulfonamiden und Aminosäuren zuzuwenden (EUBASINUM, RESULFON und ARISTAMID). 1943 siedelte die Firma von Hamburg nach UETERSEN/Holstein in ein neuerrichtetes Werk über.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

5. Woche 1952 — 8. Woche 1952

(27. Januar 1952 — 23. Februar 1952)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Müllbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genitaktare	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibtyphus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Leber- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Wetliche Krankheit	Qu. Fieber	Enteritis		
Nord- Württemberg	5.	N T			9	28	75 10	9 2	56				31	14	1	1	1			5						1							
	6.	N T			9	21	73 6	15 6	61	1	1		49	27	1	1		1	1						3								
	7.	N T			10	25	76 8	14 1	74	2			43	18	1	1		1	1		1				1								
	8.	N T			18	15	59 12	20 4	124	1			33	24					1	1					1								
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	5.	N T			2	6	20 3	5	21				5	8	1		9	2							14								
	6.	N T			3	15	13 6	4 3	21				4	2	3	2	3	1	1						12								
	7.	N T			3	7	18 6	15 1	2				7	2											14								
	8.	N T			2	6	20 5	10 14					1	1	1										40								
Nord-Baden	5.	N T			4	21	27 9	6 5	2				47	9			3		4	1					1								
	6.	N T			3	24	63 3	15 1	26				31	9	2	3			2						1								
	7.	N T			4	11	51 8	18 1	29	1			46	15	2												1						
	8.	N T			2	24	56 8	19 21	1				36	10	2										7								
Land Baden	5.	N T			6	23	23 5	11 1	18				14	12			2		1		2				1								
	6.	N T			9	13	11 2	11 5					8	14	1		4								22								
	7.	N T			6	10	24 5	2 1	15		1		11	10	8				1						43								
	8.	N T			3	18	22 1	9 1	2	2	2		5	5			1			6		1			19							1	

Württembergische Ärzte, vergeßt die Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse nicht!

Anschrift: STUTTGART O, REITZENSTEINSTRASSE 38

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

PERALAX
CHEMISCHE FABRIK · JADE · HAMBURG

FÜR ATONISCHE UND
SPASTISCHE OBSTIPATION.
MILD, UNBEDENKLICH AUCH
BEI SCHWANGERSCHAFT, DARMENTZÜNDUNG,
HAEMORRHOIDALEIDEN.
ZWECKMÄSSIGE TASCHEPACKUNG 50 DRAG. DM 1.50



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