

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954**

2 (1.2.1954)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

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

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

HEFT 2

STUTTGART, FEBRUAR 1954

9. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Karl Haedenkamp 65 Jahre . . . . .	23
Klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris, von Prof. Dr. Dr. Saller, München . . . . .	24
Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber, von Dr. jur. Haug, Stuttgart .	27
Der deutsche Kassenarzt im Wandel der Zeit, von Reg. Dir. O. Kissel, Stuttgart (II. Teil) . . . . .	29
Hippokratischer Eid und Altersversorgung, von Dr. med. A. Härle, Waldsee . .	31
Zur Frage der Versorgung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten . . .	32
Ein ernstes Problem der Volksgesundheit — Lebensmittelverfälschung . . . .	33
Pressestelle . . . . .	34
Kurznachrichten . . . . .	35
Buchbesprechungen . . . . .	36
Bekanntmachungen . . . . .	37
Nord-Württemberg . . . . .	39
Württemberg-Hohenzollern . . . . .	44
Abseits . . . . .	44
Neue Arzneimittel . . . . .	44

## Dr. Karl Haedenkamp 65 Jahre

Der geschäftsführende Vorsitzende des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Karl Haedenkamp, feiert am 26. Februar 1954 seinen 65. Geburtstag. In über 30 Jahre langer Tätigkeit für die deutsche Ärzteschaft hat sich Dr. Haedenkamp außerordentliche Verdienste nicht nur in der ärztlichen Standespolitik, sondern weit darüber hinaus auch in der Gesundheits- und Sozialpolitik des Deutschen Reiches und der Bundesrepublik erworben. Sein ganz besonderes Verdienst ist es, an der Herstellung eines jahrelangen Friedens zwischen Ärzten und Krankenkassen nach der äußerst bedrohlichen Situation des Jahres 1931 ausschlaggebend mitgewirkt zu haben. Die innere und organisatorische Zusammenfassung und Erneuerung der deutschen Ärzteschaft nach dem Zusammenbruch 1945 ist weitgehend seiner Initiative zu verdanken. Von hohem Idealismus getragen, übernahm er in den schweren Nachkriegsjahren unter vielen persönlichen Opfern diese Aufgabe.

Seinem Weitblick und seinem hervorragenden Verhandlungsgeschick, mit dem er auch schwierigste Situationen immer wieder taktvoll und elegant zu meistern verstand, gelang es, gesundheits-, sozial- und standespolitische Forderungen der Ärzteschaft wirkungsvoll zu vertreten und erfolgreich durchzusetzen.

Dr. Karl Haedenkamp ist nach Vorfahren und Geburt Westfale. Nach vierjähriger Landpraxis in Hessen trat er auf Wunsch der damaligen Jungärzte als Generalsekretär in den Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) ein und übernahm von 1923 bis 1939 die Schriftleitung der „Ärztlichen Mitteilungen“. Seine umfassende literarische Tätigkeit stand ganz im Zeichen des Kampfes gegen alle Sozialisierungsbestrebungen der Zeit zwischen den Kriegen. Von 1924 bis 1928 war er als deutschnationaler Abgeordneter Mitglied des Reichstages. Seine Arbeit in den Ausschüssen für Bevölkerungspolitik, für Kriegsbeschädigtenfragen und vor

allem für Sozialpolitik, als Sachverständiger der Reichsregierung in der Internationalen Arbeitskonferenz und als Vertreter der deutschen Ärzte in internationalen Vereinigungen der Geistesarbeiter und der europäischen Ärzteschaft krönte er durch die entscheidende Mitwirkung an der gesetzlichen Neuregelung des Kassenarztrechts 1931. Während der dreißiger Jahre hat Dr. Haedenkamp sich als Leiter der Auslandsabteilung der Reichsärztekammer um die Pflege der Beziehungen zur Ärzteschaft des Auslandes besondere Verdienste erworben. Sie wurden unter anderem durch die Verleihung eines hohen japanischen Ordens und des Ehrenzeichens Erster Klasse des Deutschen Roten Kreuzes anerkannt.

Nachdem Dr. Haedenkamp am ersten Weltkrieg als Marine-Sanitätsoffizier mit Auszeichnung teilgenommen hatte, machte er auch den zweiten Weltkrieg als Marineoberstabsarzt und dann als Geschwaderarzt mit. Sein Einsatz führte ihn bis zu den Flottenkriegsschauplätzen im Schwarzmeer und Mittelmeer.

Nach Beendigung des Krieges war Dr. Haedenkamp maßgeblich an der Gründung zunächst des Nordwestdeutschen Ärztekammerverbandes und danach der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

und der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kasernenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes beteiligt. Bis 1951 war er Hauptgeschäftsführer dieser beiden Organisationen.

Zur Zeit ist Dr. Haedenkamp geschäftsführender Vorsitzender des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, 2. Vorsitzender des Bundesverbandes der freien Berufe, 2. Vorsitzender der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung und Mitglied des Beirates des Bundesarbeitsministers für die Neuordnung der sozialen Leistungen. Unermüdlich und mit bewundernswerter Jugendfrische widmet er sich diesem vielseitigen Aufgabenkreis, immer beseelt von dem hohen Ziel, der deutschen Ärzteschaft zu dienen, ihre Freiheit und ihr Ansehen zu wahren.



Die deutsche Ärzteschaft und ganz besonders die Ärzte Baden-Württembergs verbinden mit aufrichtigen Glückwünschen an Dr. Haedenkamp zur

Vollendung des 65. Lebensjahres zugleich den Dank für seine aufopfernde Tätigkeit und seine hervorragenden Verdienste um die deutschen Ärzte und die Gesundheitserhaltung des deutschen Volkes.

## Klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris

Eine Kritik

Von Prof. Dr. Dr. K. Saller u. Dr. Dr. G. Ziegelmayer

Aus dem Anthropologischen Institut der Universität München  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. K. Saller)

Mit dem Titel „Klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris“ hat ein Heilpraktiker, Deck, zusammen mit einem Arzt, Vida, ein Buch veröffentlicht, zu dem ein Klinikleiter und Dozent, Volhard, ein Geleitwort geschrieben hat. Das Geleitwort schließt mit den Worten: „Es gibt leider noch immer sogenannte Wissenschaftler, die sich nicht überzeugen lassen wollen; diesen ist nicht zu helfen. Aber den wirklichen Wissenschaftlern, die den offenen Blick behalten haben auch für solche Probleme, zu denen es zunächst noch keinen Zugang zu geben scheint, möge dieses Buch zeigen, daß an der Irisdiagnostik ‚etwas daran ist‘, sehr viel mehr, als wir selbst zunächst glaubten ... Daß ‚etwas daran‘ ist, haben wir bewiesen, warum etwas daran ist, das müssen sie (d. i. die Anatomen, Physiologen und Ophthalmologen) uns zeigen.“

Es war bisher im wissenschaftlichen Schrifttum nicht üblich, einem Kritiker von vornherein die Wissenschaftlichkeit abzuspüren und bösen Willen zu unterscheiden, wenn er nicht zu dem Ergebnis kam wie diejenigen, die sich für „wirkliche Wissenschaftler“ hielten. Wir möchten trotzdem auf Grund jahrelanger Untersuchungen zum Thema nicht nur an klinischen Patienten, sondern auch an Gesunden, im Nachfolgenden zu dem im Titel genannten Buch kritisch Stellung nehmen, wobei wir nicht besonders zu betonen brauchen, daß wir keineswegs schlechten Willens, sondern um Objektivität bemüht sind.

Zunächst muß dem Deck-Vida-Volhard'schen Buch gegenüber als eine Selbstverständlichkeit wissenschaftlicher Arbeit hervorgehoben werden, daß jede wissenschaftliche Untersuchung den Weg zu ihren

# Rheuma ? Dolorgiet !

## PREISE:

DOLORGIET-flüssig Kl.-P., ca. 50 g, DM 1,15 o. U.

DOLORGIET-Salbe Kl.-P., ca. 25 g, DM 0,95 o. U.

**NEU!**DOLORGIET-Salbe »forte«  
mit 2% Nikotinsäure-Benzylester.

Kl.-P., ca. 25 g, DM 1,25 o. U.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

## EUSEDON

Neurosedativum



In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt  
auf  
ausgewogen-harmonischen Wirkungs-  
charakter u. hohen Verträglichkeitsindex

- 1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
- 2) Erquickender Schlaf (bei Nachtdosierung)

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln



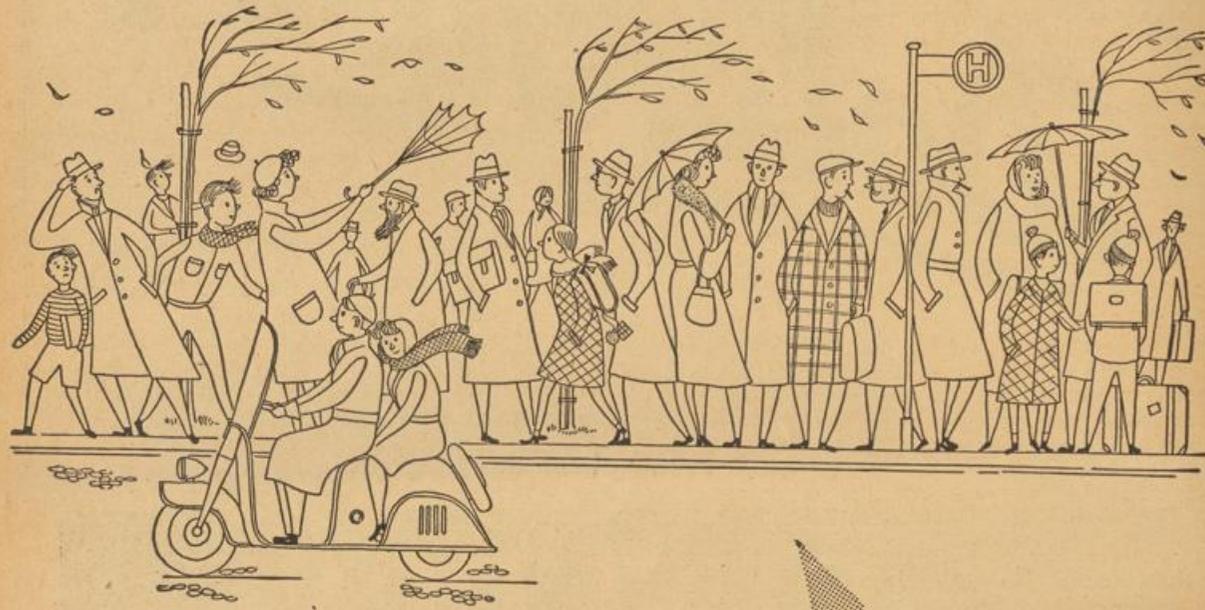
## Bronchicum - Nattermann-

Reich an seltenen und edlen Wirkstoffen. Hochkonzentriert.

- ELIXIR DM 1,55
- TROPFEN DM 1,15
- VEGETABILE DM 1,55



# Vor Erkältung retten



# TYROSOLVETTEN



106

Ergebnissen vollkommen und kritisch klarzulegen hat. Die Veröffentlichung von Deck, Vida und Volhard tut das nicht. Wer hat die Irisdiagnosen in dieser Untersuchung gestellt? Wahrscheinlich der Heilpraktiker Deck, den Volhard durch eine „langjährige ärztliche Tätigkeit in russischen Gefangenenerlagern“ dafür für qualifiziert zu halten scheint. Genauere Angaben werden jedoch nicht gemacht. Wie hat der Irisdiagnostiker seine Diagnosen gestellt? Hatte er für seine Irisdiagnosen die klinische Diagnose bereits vorliegen, und konnte er auf sie abstimmen oder nicht? Hat er überhaupt nur durch Untersuchung der Iris gearbeitet oder baut er seine „Irisdiagnose“ auch auf Befragung der Patienten auf? In den wiedergegebenen Bildern fällt auf, daß viele Iriszeichen für die Diagnose einfach vernachlässigt werden, soweit sie eine andere „Diagnose“ bedingen würden als die Zeichen, auf welche bei der gestellten Diagnose das Hauptgewicht gelegt wird. Der Eindruck liegt vielfach auch nahe, daß ein bestimmter Irissektor sehr viel gründlicher untersucht worden ist als andere Sektoren, dementsprechend auch abgebildet; doch wohl nicht deshalb, weil angesichts der klinischen Diagnose etwas in diesem Sektor gefunden werden mußte, um die Irisdiagnose zu begründen? Es steht fest und bleibt auch angesichts der unklaren diagnostischen Methode bei Deck, Vida und Volhard bestehen, daß sämtliche Irisdiagnostiker, bei Pastor Felke angefangen bis zu unseren Prüfungen in der Gegenwart, mit ihrer Diagnose restlos versagt haben, sobald sie allein mit der Iris des Kranken konfrontiert wurden und keine Möglichkeit hatten, aus anderen Quellen ihre „Irisdiagnose“ zu korrigieren und auf den Tatbestand abzustimmen. Die Schwierigkeiten einer Röntgendiagnose kann man in dieser Beziehung nicht, wie es Deck und Vida tun, zum Vergleich heranziehen. Tatsächlich ist doch eine sehr große Zahl von Diagnosen nach dem Röntgenbefund glatt zu stellen, wie es bei der Irisdiagnose eben keineswegs der Fall ist.

Der zweite Punkt, welcher der Veröffentlichung von Deck, Vida und Volhard den wissenschaftlichen Wert nicht zuerkennen läßt, den sie beansprucht, ist das völlige Fehlen eines normalen Vergleichsmaterials. Volhard richtet zwar an die Anatomen und Physiologen die Aufforderung, nun zu erklären, was an der Irisdiagnose „daran“ ist und was er mit Deck und Vida nachgewiesen zu haben glaubt. Nun, die Anatomen und speziell die Anthropologen haben sich seit Jahren und Jahrzehnten bereits mit derartigen Iriszeichen auf das eingehendste beschäftigt. In den Vaterschaftsuntersuchungen haben solche Iriszeichen sogar zuletzt gerichtlich eine große Bedeutung gewonnen. Auch unser Normmaterial stammt aus solchen Untersuchungen. All diese Untersuchungen durch die verschiedensten Autoren haben ergeben, daß die normale Iris des völlig gesunden Menschen eine Unzahl von „Zeichen“ aufweist, die keinesfalls als Krankheitszeichen anzusprechen sind, eben weil der Betreffende ja gesund ist. Wie soll man als „Krankheitszeichen“ ausdeuten, was in gesunden Tagen absolut regelmäßig, zum Teil auf Grund offensichtlich bestimmter Erbanlagen übertragen wird? Allerdings: Die Iris-

diagnostik hilft sich da mit einem Kniff, um nicht kapitulieren zu müssen. Auch Deck, Vida und Volhard tun das mit der Behauptung (Seite 15), „daß Krankheiten in der Iris Spuren hinterlassen, die für lange Zeit, ja für immer bestehen bleiben können. Würde der Irisdiagnostiker alle diese Zeichen auswerten, so würde er sich irren müssen“. Wo soll man hier objektiv eine Auswahl unter den vorhandenen Zeichen treffen? Deck und Vida müssen selbst zugeben (Seite 261), „daß wir nicht selten Iriszeichen sahen, denen kein klinischer Befund entsprach“ und „noch weniger aber ist zu verkennen, daß wir auch eindeutige klinische Befunde erhoben haben, denen keine Zeichen in der Iris entsprachen“. Tatsächlich ist die Lokalisation der Zeichen auf der Iris durch unabhängige Faktoren bestimmt, nicht von irgendwelchen Zusammenhängen mit inneren Organen. Das erkennt jeder „Irisdiagnostiker“, dem es nicht von vornherein auf den Nachweis des Dogmas ankommt, sondern der objektiv von den Befunden bei der Norm ausgeht. Für denjenigen, welcher die Norm nicht nur in bestimmten, besonders hergenommenen Sektoren der Iris, sondern in der ganzen Iris genau kennt, ist es auch keineswegs so „undenkbar“ wie für Deck und Vida, daß „wir aus der — bei dieser Annahme — ja unendlich großen Anzahl möglicher ‚Zufallskombinationen‘ gerade die herausgegriffen hätten, bei denen die Iriszeichen zufällig dort liegen, wo sie entsprechend dem klinischen Befund einerseits und dem Irisschema andererseits liegen ‚müßten‘“. In einer wirklich genau untersuchten Iris steckt viel mehr an Zeichen, als gewisse Irisdiagnostiker aus ihr herauslesen, und eben deshalb ist an der Irisdiagnose sehr viel weniger, als diese Irisdiagnostiker meinen bzw. überhaupt nichts „daran“.

Als dritter kritischer Einwand sind gegen Deck, Vida und Volhard die Tierexperimente anzuführen, die sie selbst gemacht haben. Bekanntlich soll die „Irisdiagnose“ durch ein Tierexperiment entdeckt worden sein. Deck und Vida schreiben über ihre eigenen Versuche: „Es lag nahe, den Versuch zu machen, bei Tieren Irisveränderungen durch gesetzte Organschädigungen zu erzeugen. Soll doch die erste irisdiagnostische Beobachtung an einer Eule, die sich das Bein gebrochen hatte, gemacht worden sein. Die Zuverlässigkeit dieser Beobachtung müssen wir auf Grund unserer zahlreichen Versuche an verschiedenen Tieren stark bezweifeln. Es ist uns nicht gelungen, durch Hervorrufen teilweise schwerer Zerstörungsprozesse im tierischen Körper Iriszeichen zu ‚erzeugen‘. Zu unseren Versuchen verwendeten wir Kaninchen, Meerschweinchen, Hühner, Schweine, Hunde, Katzen und einen Mäusebussard, bei denen wir mit und ohne Narkose tiefe Verbrennungen, Vergiftungen und Frakturen erzeugten. Wir haben in Abständen von Stunden und Tagen keine Veränderungen der Iriden der betroffenen Tiere feststellen können . . . Warum die Tiere keine Iriszeichen bekamen, kann natürlich nicht erklärt werden, solange nicht bekannt ist, warum beim Menschen Iriszeichen auftreten.“ Uns scheint hier die Anregung näherzuliegen, doch unter den notwendigen kritischen Kautelen und in Berücksichtigung der Norm erst einmal

zu überprüfen, ob beim Menschen „Iriszeichen“ in dem gewünschten Sinn tatsächlich auftreten. Wir müssen es auf Grund unserer eingehenden diesbezüglichen Untersuchungen leugnen und nehmen in diesem Sinn den Ausgang der Tierexperimente bei Deck-Vida als keineswegs überraschend und als Beweis dafür, daß an der Irisdiagnose eben das nicht „daran“ ist, was Deck und Vida von ihr erwarten.

Daß das Literaturverzeichnis in dem Buch von Deck, Vida und Volhard sehr oberflächlich ist und keineswegs wissenschaftlichen Anforderungen entspricht, soll nur nebenbei bemerkt werden. So hat z. B. der eine von uns, Saller, in dem zitierten Buch über die Irisdiagnose überhaupt nichts gesagt. Dagegen hat er sich in der „Volksmedizin“, Bd. 1 (1951) etwas ausführlicher über die Irisdiagnose geäußert, und zwar dort keineswegs kategorisch ablehnend, sondern die Probleme aufzeigend, die in der Irisdiagnose noch stecken und über die seinerzeit keine ausreichenden Untersuchungen vorlagen.

Wir haben die Ergebnisse unserer irisdiagnostischen Bemühungen inzwischen an anderer Stelle zusammengefaßt und veröffentlicht (1954). Angesichts der Angaben von Deck, Vida und Volhard sei dazu kurz folgendes wiedergegeben: Wir konnten bei cavernösen Tuberkulösen keine von den Prozentsätzen der Norm abweichenden besonderen Iriszeichen finden. Dagegen schreiben Deck und Vida: „Ein besonders wichtiges Gebiet für die Irisdiagnostik ist das der Lungenkrankheiten, ohne Rücksicht darauf, welche Art der Erkrankung vorliegt. Am leichtesten ist eine Tuberkulose zu erkennen (85,7%), weil zu den eigentlichen Iriszeichen auch noch typische Konstitutionsmerkmale hinzukommen (tuberkulöse Konstitution nach Maubach).“ Auch wir fanden gewisse Konstitutionsmerkmale in den Augen der Tuberkulösen, wenn wir auch nicht bis zur Annahme einer „tuberkulösen Konstitution“ gehen; die Differenzen hinsichtlich der Iriszeichen zwischen uns und Deck-Vida erklären wir jedoch daraus, daß wir die Norm sehr viel genauer untersucht bzw. überhaupt zum Vergleich herangezogen haben gegenüber dem Verfahren von Deck-Vida. Weiter meinen Deck-Vida: „Ein dankbares Beobachtungsgebiet bilden die gynäkologischen Erkrankungen.“ Wir haben 100 Frauen mit Gebärmuttercarcinomen untersucht und auch bei ihnen keine Abweichung in den „Iriszeichen“ von der Norm gefunden, wenn auch hinsichtlich gewisser konstitutioneller Allgemeinmerkmale die Verhältnisse am Auge der Carcinomkranken ähnlich lagen wie bei den Tuberkulösen. Schließlich konnten wir auch in den Augen von Diabeteskranken keine abnorme Häufung bestimmter Iriszeichen feststellen. Abschließend sei noch hervorgehoben, daß Deck-Vida ebenso wenig wie wir den „Kontraktionsringen“ die Bedeutung zusprechen können, welche die Irisdiagnostiker ihnen zusprechen. Diese Ringe sind keineswegs Krampfzeichen und finden sich ebenfalls in der Norm genau so wie bei Kranken, werden allerdings bei der „hämatogenen Konstitution“ der Irisdiagnostiker häufiger beobachtet als in der hellblauen „vegetativen“ Iris, einfach deshalb, weil sie sich hier auf dem dunklen Untergrund der Iris besser abheben.

Alles in allem muß gesagt werden, daß Deck, Vida und Volhard durch ihre Untersuchungen

keineswegs die Bedeutung der Irisdiagnose nachgewiesen haben, wie sie glauben. Sie haben eine Veröffentlichung getätigt, die weder nach Methodik noch nach wissenschaftlicher Genauigkeit oder Ergebnis den notwendigen kritischen Anforderungen standhalten kann und über das hinausgeht, was auch bisher schon zu diesem Thema, vornehmlich von Heilpraktikern, vorgelegt wurde. Der einzige Unterschied ihrer Veröffentlichung gegenüber früheren ist der, daß sie genauere klinische Befunde bringen, ohne damit jedoch nachweisen zu können, daß zwischen klinischen Befunden und Iriszeichen wirklich ein Zusammenhang besteht, ferner der, daß Volhard diese Veröffentlichung mit dem guten Namen seines Vaters deckt, was er besser nicht hätte tun sollen, ebenso wie die Ausfälligkeiten gegen „sogenannte“ Wissenschaftler, die von der Irisdiagnose nichts halten, wohl besser unterblieben wären. Es kommt auch bei der Durchsetzung der Irisdiagnose nicht auf sogenannte oder wirkliche Wissenschaftler an, die sie vertreten oder ablehnen, auch keineswegs auf die Reklame, die ein Verlag mit Untersuchungen über das irisdiagnostische Verfahren macht, sondern allein auf die Sache. Eine Sache, die gut ist, wird sich durchsetzen, mögen sich die sogenannten oder wirklichen Wissenschaftler darum so oder so annehmen, und sie wird auf die Dauer zugrunde gehen, wenn sie wissenschaftlich-sachlichen Ansprüchen nicht entspricht. Die Irisdiagnose wird sich zweifellos in einer ernst zu nehmenden Medizin in der Zukunft ebensowenig durchsetzen wie bisher, weil die von ihr gemachten Ansprüche ihren tatsächlichen Leistungen nicht entsprechen.

#### Literatur:

- Freerksen, E., 1939. Die Struktur der menschlichen Iris und ihre Vererbung. Ztschr. f. Anat. u. Entw.Gesch. 109, 207. Außerdem ein noch unveröffentlichtes Manuskript zur Irisdiagnose.
- Hansen, K. und v. Staa, H., 1938. Reflektorische und algistische Krankheitszeichen der inneren Organe. Thieme, Leipzig.
- Hesch, M., 1931. Über Pigmentierungsverhältnisse der menschlichen Iris nach Alter und Geschlecht; Beziehungen zwischen Alter, Augenfarbe und Ringbildung. Verh. d. Ges. f. Phys. Anthrop. 9.
- Klaatsch, H. H., 1953. Irisbild und Diabetes mellitus. Med. Diss. München.
- Kaufmann, F., 1935. Neurogene Heterochromie der Iris, ein Symptom innerer Krankheiten. Klin. Wo. 1, 39.
- Munz, E., 1951. Beitrag zur klinischen Nachprüfung der Irisdiagnose. Med. Diss., Greifswald.
- Saller, K., 1950. Allgemeine Konstitutionslehre. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.
- 1951. Volksmedizin Bd. 1, K. F. Haug, Saulgau.
- Saller, K. und Ziegelmayr, G., 1954. Was ist von der Irisdiagnose zu halten? Ärztliche Praxis 6, Nr. 3.
- Satke, O., 1931. Konstitutionelle Disposition zu Tuberkulose. Ztschr. f. Konstitutionslehre, 544.
- Vida, F. und Deck, J., 1954. Klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris. K. F. Haug, Ulm.
- Wagner, F., 1932. Augendiagnose beim Tier. Vet. med. Diss., München.
- Weninger, J., 1943. Irisstruktur und Vererbung. Ztschr. f. Morph. u. Anthropol. 34, 469.
- Ziegelmayr, G., 1951. Irisbild und Konstitution. Heilkunst 64, 353.
- 1952. Über die Beziehungen des Irisbildes zur Gesamtkonstitution. Naturw. Diss., München.
- 1954. Geschlechtsunterschiede in der Irisbeschaffenheit. Acta anatomica, im Druck.

## Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber

Von Dr. jur. Friedrich Haug, Stuttgart

Immer häufiger klagen Ärzte über die Mehrbelastung, die ihnen dadurch entsteht, daß sie bei Erkrankungen von Arbeitnehmern neben den für die Krankenkassen bestimmten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (vgl. § 368 d Abs. 1 RVO, § 13 der Vertragsordnung vom 5. April 1933 und § 37 des Kassenärztlichen Landesvertrages für Württemberg und Hohenzollern) noch besondere Krankheitsbescheinigungen für Behörden, Firmen und andere Arbeitgeber auszustellen haben. Um die Ausstellung derartiger Bescheinigungen werden sie mit der Begründung angegangen, daß die Arbeitgeber diese Atteste für ihre Zwecke benötigen. Mitunter wird dem Arzt ein Vordruck mit genauer Fragestellung zugeleitet oder sogar die Ausstellung eines Zeugnisses in mehrfacher Ausfertigung verlangt. Der Arzt, der heute mit schriftlichen Arbeiten aller Art ohnedies reichlich belastet ist, und dem die genannte Mehrarbeit kostbare Zeit wegnimmt, ist daran interessiert zu erfahren, ob und unter welchen Voraussetzungen er zur Abgabe solcher Zeugnisse und Bescheinigungen rechtlich verpflichtet ist.

Mitunter geschieht es, daß sich ein Arbeitgeber unmittelbar an den behandelnden Arzt mit dem Ansuchen um Auskunft über den Gesundheitszustand des Arbeitnehmers wendet. In diesem Falle ist eine Rechtspflicht des Arztes zur Beantwortung der Anfrage grundsätzlich nicht gegeben. Der behandelnde Arzt steht zu dem Arbeitgeber seines Patienten regelmäßig in keinen rechtlichen Beziehungen, auf Grund derer er zur Auskunft oder Ausstellung einer Bescheinigung für den Arbeitgeber verpflichtet ist. Dies gilt selbst dann, wenn der Arbeitnehmer Mitglied einer Betriebskrankenkasse ist, in deren Vorstand der Arbeitgeber nach dem Gesetz den Vorsitz führt (§ 338 Abs. 2 RVO). Auch hier hat der Arzt (Kassenarzt) nur die für die Betriebskrankenkasse bestimmte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. Er kann das Verlangen des Arbeitgebers nach Auskunft oder Ausstellung einer weiteren Bescheinigung über den Krankheitszustand des Arbeitnehmers ablehnen, ohne irgendwelche Weiterungen befürchten zu müssen. Entschließt sich der Arzt aber zur Auskunft an den Arbeitgeber — welche Aufgabe er sonach freiwillig übernimmt —, so darf er dies nur unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht tun. Nach § 300 des Strafgesetzbuches in der Fassung vom 25. August 1953 (Bundesgesetzblatt S. 1083) ist dem Arzt die unbefugte Offenbarung von fremden Geheimnissen untersagt, die ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut worden oder bekannt geworden sind. Unbefugt ist eine Offenbarung in der Regel dann, wenn sie ohne Einwilligung des Patienten geschieht. Der Arzt darf also die vom Arbeitgeber gewünschte Auskunft diesem nur erteilen, wenn der Patient hierzu seine Einwilligung gegeben und den Arzt damit von seiner Schweigepflicht entbunden hat. Die Einwilligung des Patienten beizubringen, ist gegebenenfalls Sache des Arbeitgebers, dem gegenüber der Arzt auch für seine Mühewaltung liquidieren kann.

Häufiger sind die Fälle, in denen die Patienten selbst den Arzt um die Ausstellung einer Krankheitsbescheinigung für den Arbeitgeber bitten. Dies geschieht regel-

mäßig z. B. bei Behördenbediensteten, denen durch Dienstanzweisung aufgegeben ist, der vorgesetzten Dienstbehörde im Falle einer länger dauernden Erkrankung ein ärztliches Zeugnis über Art und Dauer der Erkrankung vorzulegen. Die Behörden glauben, ein berechtigtes dienstliches Interesse daran zu haben, hierüber genaue Kenntnis zu erhalten. Dies wird einmal damit begründet, daß die Behörde im Falle einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit Maßnahmen gegen eine Gefährdung anderer Bediensteter und des Publikums ergreifen muß (hierbei sei an den vor einigen Jahren vorgekommenen Fall der Ansteckung einer ganzen Schulklasse durch den an offener Tuberkulose leidenden Schullektor erinnert). Ein anderer Grund wird darin gesehen, daß der Staat der ihm gesetzlich obliegenden Fürsorgepflicht für den Bediensteten nicht voll genügen und z. B. nicht einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit des Erkrankten entgegenwirken kann, wenn er von der Art der Erkrankung nichts erfährt. Schließlich ist die voraussichtliche Dauer einer Krankheit für die Frage der Bestellung eines Vertreters für den Erkrankten von Bedeutung. Solche Gründe können in ähnlicher Weise auch bei einem privaten Arbeitgeber gegeben sein. Dieser ist an der Mitteilung der Krankheitsbezeichnung außerdem aus Gründen der Arbeitseinteilung und der Zuweisung des Arbeitsplatzes interessiert.

Gegen den auf Arbeitgeberseite vertretenen Standpunkt haben einzelne Ärzte in jüngster Zeit unter Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht Stellung genommen. Dem Arbeitgeber wurde die Berechtigung, über den Krankheitszustand des Arbeitnehmers Aufschluß zu erhalten, abgesprochen und es als Aufgabe des behandelnden Arztes bezeichnet, dem Arbeitnehmer bei der Geheimhaltung seiner Krankheit gegenüber dem Arbeitgeber behilflich zu sein. Diese Auffassung ist nicht richtig. Es ist nicht Aufgabe des Arztes, sich in Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzumischen und dabei die Partei des letzteren zu ergreifen. In derartigen Streitigkeiten mag sich der Patient an Arbeitnehmerverbände (Gewerkschaften) oder an das Arbeitsgericht wenden. Hat ein Arzt z. B. dem Wunsche des Patienten entsprechend diesem eine Krankheitsbescheinigung ohne Angabe der Diagnose ausgestellt (weil der Patient nicht will, daß die Art der Krankheit dem Arbeitgeber bekannt wird), so darf der Arzt auf Rückfrage des Arbeitgebers diesem hernach nicht etwa eine unzutreffende Diagnose mitteilen, um den Arbeitnehmer vor tatsächlich oder vermeintlich drohenden Unannehmlichkeiten seitens des Arbeitgebers (Kündigung, Entlassung) zu bewahren. Er wird sich in einem solchen Falle vielmehr besser jeder Mitteilung an den Arbeitgeber enthalten und die geforderte Auskunft ablehnen.

Die Frage der ärztlichen Schweigepflicht spielt in diesem Zusammenhang meist keine entscheidende Rolle. Denn der behandelnde oder untersuchende Arzt ist regelmäßig in der Lage, die Krankheit und die Krankheitsdauer nur gegenüber dem Patienten zu bescheinigen und es diesem zu überlassen, das Attest seinem

Arbeitgeber oder Dienstherrn auszuhändigen. Falls gegen eine Kenntnisnahme der Diagnose durch den Patienten keine Bedenken bestehen, wird der Arzt gut daran tun, in dieser Weise zu verfahren und das gewünschte Zeugnis dem von ihm untersuchten bzw. bei ihm in Behandlung stehenden Patienten offen auszuhändigen. Von einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht kann in einem solchen Falle keine Rede sein. Wenn dagegen der Arzt — vielleicht auf Wunsch des Patienten — das Zeugnis unmittelbar an den Arbeitgeber oder die vorgesetzte Behörde seines Patienten sendet, muß er sich von diesem vorher bestätigen lassen, daß er von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist. Zu einer unmittelbaren Übersendung des Zeugnisses an den Arbeitgeber oder Dienstherrn wird sich der Arzt insbesondere dann entschließen, wenn er befürchten muß, daß die Kenntnis der Diagnose für den Gesundheitszustand oder für die seelische Stimmung des Patienten nachteilig sein kann (z. B. Patient leidet an einer unheilbaren Krebserkrankung). Hierbei wird es sich aber um Ausnahmefälle handeln.

Aus den oben angeführten Gründen wird man ein begründetes Interesse des (öffentlichen oder privaten) Arbeitgebers an der Mitteilung, um welche Erkrankung es sich bei dem Arbeitnehmer handelt und wie lange dessen Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich dauern wird, grundsätzlich bejahen müssen. Zu beachten ist, daß nur der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber gegenüber zur Beibringung des Zeugnisses verpflichtet ist. Der behandelnde Arzt steht, wie oben ausgeführt, in keinem Rechtsverhältnis zum Arbeitgeber seines Patienten. Die Dienstanweisung der Behörde bzw. das Verlangen des Arbeitgebers richtet sich nicht an ihn, sondern allein an den Bediensteten bzw. Arbeitnehmer.

Wenn nun der Patient dem Verlangen seines Arbeitgebers folgend den behandelnden Arzt um Ausstellung eines Zeugnisses über Art und Dauer der Erkrankung bittet, so wird der Arzt diesem Ansuchen in der Regel auch entsprechen. Eine rechtliche Verpflichtung hierzu kann sich für ihn aus dem zwischen ihm und dem Patienten geschlossenen Arztbehandlungsvertrag ergeben, der sich im allgemeinen als Dienstvertrag im Sinne der §§ 611 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches darstellt. Er umfaßt nicht nur die Heilbehandlung im eigentlichen Sinne, sondern alle damit in Zusammenhang stehenden Hilfs- und Nebentätigkeiten ärztlicher Art im üblichen hergebrachten Sinne. Hierzu muß man auch die Ausstellung der vom Patienten benötigten und gewünschten ärztlichen Bescheinigungen rechnen (wofür der Arzt vom Patienten üblicherweise auch eine entsprechende Vergütung beanspruchen kann).

Das vorstehend Gesagte gilt aber nur bei der Behandlung von sogenannten Selbstzahlern oder Privatpatienten, die mit dem Arzt einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag abgeschlossen haben. Wenn der Patient Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse ist und die ärztlichen Leistungen vom Kassenarzt auf Grund der Versichertenversicherung erhält, kann man eine rechtliche Verpflichtung des Kassenarztes zur Ausstellung einer vom Patienten gewünschten besonderen Bescheinigung nicht bejahen. Denn zu den kassenärztlichen Leistungen, auf welche der Versicherte als solcher Anspruch hat, gehört nur die ausreichende und zweckmäßige Krankenpflege im Sinne von § 182 der Reichsversicherungsordnung, die sich in der eigentlichen Heil-

behandlung erschöpft und bei welcher die Ausstellung einer Bescheinigung für den Arbeitgeber des Versicherten nicht vorgesehen ist. Auch für den Kassenarzt ist eine entsprechende Verpflichtung weder in der Reichsversicherungsordnung noch in der Vertragsordnung festgelegt. (Die Vorschriften in § 368 d Abs. 1 RVO und in § 13 der Vertragsordnung beziehen sich nur auf die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Krankenkasse. Diese Bescheinigung ist nach § 30 der Vertragsordnung ohne besondere Vergütung zu erteilen.) Gleichwohl wird der Kassenarzt — auch wenn er dazu rechtlich nicht verpflichtet ist — aus Gründen der Loyalität dem Patienten einen diesbezüglichen Wunsch nicht abschlagen und das gewünschte Zeugnis ausstellen. Insoweit wird aber der Arzt vom Patienten nicht als Kassenarzt, sondern in zulässiger Weise als Privatarzt in Anspruch genommen. Zwischen dem Arzt und dem Patienten kommt danach eine besondere privatrechtliche Vereinbarung zustande, auf Grund welcher der Arzt berechtigt ist, vom Patienten für seine zusätzliche Mühewaltung eine angemessene Vergütung zu verlangen (Ziff. 15 a der Preugo). Eine Verrechnung der fraglichen Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist ausgeschlossen. Ob der Patient die Kosten des ärztlichen Zeugnisses vom Arbeitgeber später ersetzt erhält, richtet sich nach den Bestimmungen seines Arbeitsvertrages.

Was den Inhalt der Zeugnisse anbetrifft, so schreibt die Berufsordnung in § 8 Abs. 1 vor, daß bei der Ausstellung vom Arzt mit der größten Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen nur die ärztliche Überzeugung auszusprechen ist. Es ist dem Arzt nicht gestattet, Gefälligkeitszeugnisse auszustellen. Der Zweck des Schriftstücks und sein Empfänger sind anzugeben. Ihr Gegenstück findet diese Bestimmung der Berufsordnung teilweise in § 278 des Strafgesetzbuchs. Nach dieser Vorschrift wird der Arzt bestraft, wenn er ein zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft bestimmtes Zeugnis wider besseres Wissen unrichtig ausgestellt hat. Bei Zeugnissen dieser Art ist also für den Arzt besondere Sorgfalt geboten. Unrichtig ist ein Zeugnis (nach allerdings bestrittener Auffassung) z. B. auch dann, wenn es den Befund nur teilweise angibt und verschweigt, daß die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit auch auf andere im Befund nicht erwähnte Ursachen (z. B. Schwangerschaft) zurückzuführen ist. Ein solches Zeugnis ist geeignet, beim Empfänger unrichtige Vorstellungen über den Grund der Arbeitsunfähigkeit hervorzurufen, es ist deshalb unwahr. Keine Unrichtigkeit im Sinne von § 278 StGB besteht allerdings dann, wenn sich der Arzt bei der Ausstellung des Zeugnisses auf die Angabe beschränkt, daß der Patient nicht arbeitsfähig, nicht verhandlungsfähig oder nicht reisefähig ist, wenn der vom Arzt ermittelte Krankheitszustand eine solche Feststellung rechtfertigt. Die Bescheinigung ist indessen unvollständig und als ärztliches Zeugnis nicht genügend. Denn zu einem richtigen ärztlichen Zeugnis gehört nach alter Überlieferung und nach der Verkehrsanschauung auch die Angabe der Diagnose. Zeugnisse, in denen der Arzt die Krankheitsangabe wegläßt, begegnen bei Behörden und anderen Arbeitgebern vielfach von vornherein dem Verdacht der Unrichtigkeit. Sie veranlassen diese Stellen, eine Nachprüfung durch einen anderen Arzt (Amtsarzt) vornehmen zu lassen. Solche Atteste schaden dem Arzt und seinem Ansehen und sollten da-

her auch dann nicht ausgestellt werden, wenn der Patient ausdrücklich die Weglassung der Krankheitsangabe wünscht. Der Arzt sollte in einem solchen Falle die Hergabe einer Bescheinigung eben ablehnen. Nur in den besonderen Ausnahmefällen, in denen mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Patienten vermieden werden soll, daß dieser die Art seiner Erkrankung erfährt, kann die Weglassung der Diagnose in einer ärztlichen Bescheinigung zulässig und geboten sein. Dabei bleibt es dem Arzt überlassen, einen geeigneten Weg zu finden, auf dem er dem Arbeitgeber eine Mitteilung über die Art der Krankheit (z. B. mündlich) zukommen lassen kann, ohne daß der Patient sie erfahren und Schaden erleiden kann.

Zusammenfassend ist danach zu sagen:

1. Auf unmittelbare Anfrage des Arbeitgebers nach dem Gesundheitszustand des Arbeitnehmers ist der Arzt zur Auskunft nicht verpflichtet. Will der Arzt die Anfrage dennoch beantworten, so darf er dies nur tun, wenn er von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist.

2. Dem Wunsche des Patienten auf Hergabe einer Krankheitsbescheinigung für den Arbeitgeber muß der Arzt regelmäßig dann entsprechen, wenn er sich hierzu durch einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag verpflichtet hat. Bei gesetzlichen Krankenkassen versicherte Personen haben auf Grund der Versicherteneigenschaft keinen Rechtsanspruch auf Erteilung einer Krankheitsbescheinigung für den Arbeitgeber. Stellt der Arzt (Kassenarzt) für sie eine solche Bescheinigung aus, so liegt insoweit eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient vor.
3. Die Frage der ärztlichen Schweigepflicht ist dann ohne Bedeutung, wenn der Arzt die Krankheitsbescheinigung dem Patienten selbst aushändigen kann.
4. Krankheitsbescheinigungen unter Weglassung der Diagnose sollten vom Arzt nur dann ausgestellt werden, wenn die Weglassung mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Patienten notwendig ist.

## Der deutsche Kassenarzt im Wandel der Zeit

— Das Recht der Zulassung zur Kassentätigkeit seit Bestehen der deutschen Sozialversicherung —

II. Teil (I. im Januarheft)

Von Regierungsdirektor Otto K i s s e l, Abteilungsleiter im Arbeitsministerium Baden-Württemberg

Wie jede Entwicklung, vollzog sich auch die des Zulassungsrechts zur Tätigkeit bei den Krankenkassen nicht gradlinig und stetig: so war es nur natürlich, daß das Kräftespiel der Partner — Ärzte und Krankenkassen — wie es auf dem Hintergrund der sozialen Situation in seinen wesentlichen Grundzügen im Januarheft dargestellt wurde, bald dem einen, bald dem anderen Teil ein gewisses Übergewicht verlieh.

Der ärztliche Beruf und im besonderen die kassenärztliche Tätigkeit ist in wesentlich höherem Maße als die der rein auf wirtschaftlichen Erwerb orientierten Berufsstände, die im Wettbewerb ein Regulativ zur Selbstbehauptung besitzen, von den Auswirkungen soziologischer Umschichtungsprozesse innerhalb der Bevölkerung betroffen. Die Ausweitung des Kreises der Sozialversicherten, die als Folge des ökonomischen und soziologischen Strukturwandels sich zwangsläufig angebahnt hat, brachte ganz von selbst in immer steigendem Maße die Ablösung des seine Existenz auf Privatpatienten gründenden Arztes durch den Kassenarzt, der damit — ohne Einbuße an seinem humanitären Ethos — weitgehend zu einem Exponenten der öffentlichen Gesundheitspflege wurde. Auch der Wandel staatlicher Bewußtseinsinhalte prägt daneben der Stellung des Arztes, wiederum im besonderen des Kassenarztes, seinen Stempel auf und bestimmt damit seine soziale Stellung ebenso wie die wirtschaftlichen Grundlagen seiner Existenz.

So war es nur natürlich, daß auch der Nationalsozialismus seine Grundsätze im Kassenarztwesen durchzusetzen bestrebt war und das auf gemeinsamer Selbstverwaltung aufgebaute, durch staatlich sanktionierte Vereinbarungen der Ärzte und Krankenkassen elastisch

geregelte Verhältnis durch behördliche Anordnungen in seinen Machtbereich zog. Das „Führerprinzip“ trat an die Stelle der Grundsätze des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen und eine immer stärkere Tendenz zur Zentralisierung setzte sich durch. Das Schwergewicht verlagerte sich von den zahlreichen, den Mittelpunkt ärztlicher Selbstverwaltung bildenden örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Zentralinstanz, der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. Die Schaffung eines „Reichsführers der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands“ barg in sich die Gefahr, daß ein sich als „Genossenschaft“ fühlender freier Berufsstand zum Objekt, ja Untertan einer bürokratisierten „Standesobrigkeit“ wurde, und in der Tat wurde diese naheliegende Gefahr damals nicht immer und überall klar erkannt.

Daß aus der bisherigen Partnerschaft mit den Krankenversicherungsträgern durch staatliche Förderung offiziell ein „Führungsverhältnis“ der Ärzteschaft wurde, tat im allgemeinen und im Einzelfall den Beziehungen zu den Kassen keinen Abbruch. Hier zeigte sich eben doch, daß die jahrelange fruchtbare Zusammenarbeit im Reichsausschuß ihre Früchte trug und sich sogar gegenüber überspitzten Forderungen der offiziellen Staatsdoktrin siegreich behauptete. Hinzu kam als wesentlich, daß der damalige Reichsärztesführer Dr. Wagner — wie Staatssekretär Sauerborn in einer gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik und Fragen des Gesundheitswesens bei den Beratungen über den Gesetzentwurf des neuen Kassenarztrechts im Februar des vorigen Jahres ausführte — trotz seiner betonten Bindung an Hitler sich von erfahrenen Fachkollegen, in der Mehrzahl noch Nichtparteigenossen,

beraten ließ, die ihn von Experimenten und persönlichen Eingriffen zurückhielten.

Die vom Reichsarbeitsminister ohne Mitwirkung des Reichsausschusses erlassene Zulassungsordnung vom 17. Mai 1934 trat an die Stelle der bewährten Zulassungsordnung vom 30. 12. 1931. Ihr besonderes Merkmal war, daß sie die Zulassung ganz in die Hände der Kassenärztlichen Vereinigung legte. Die Zulassungsausschüsse und der zentrale Reichszulassungsausschuß waren ausschließlich mit den von der Reichsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands berufenen Ärzten — ohne Mitwirkung der Krankenkassen — besetzt. Nicht mehr die Oberversicherungsämter, sondern die vom Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands bestimmten Verwaltungsstellen wurden mit der Führung der Arztregister betraut. Nur Ärzte arischer Abstammung und deutscher Reichsangehörigkeit konnten ins Arztregister eingetragen werden. Eine wesentliche Änderung bedeutete es auch, daß die Zulassungen nicht mehr für einen bestimmten Arztregisterbezirk oder für Teile davon, sondern für einen Ort oder einen Ortsteil ausgesprochen wurden. In der Fassung vom 8. September 1937 ist diese Zulassungsordnung dann bis 1945 in Geltung geblieben.

Besonders wurden von der Neuregelung die bisherigen Schiedsinstanzen betroffen, die als Schiedsämter bei den Oberversicherungsämtern und als Reichsschiedsamt beim Reichsversicherungsamt errichtet waren. § 368 c RVO hatte ihnen die Aufgabe zugewiesen, im Falle einer Nichteinigung der Vertragsparteien (Ärzte und Krankenkassen) den Inhalt der Gesamt- und Mantelverträge festzusetzen. Die Schiedsinstanzen hatten weiter — vorbehaltlich des ordentlichen Rechtsweges für vermögensrechtliche Ansprüche oder einer Schiedsgerichtsvereinbarung — die Streitentscheidung aus den Verträgen und über Beginn, Ende sowie Ruhen der Zulassung, sobald hier Zweifel auftraten. Die Verordnung über kassenärztliche Vergütung vom 19. Dezember 1933 setzte die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und die Spitzenverbände der Krankenkassen in den Stand, Gesamtverträge, die bis zum 15. Dezember 1933 nicht vorlagen, an Stelle und mit Wirkung für die Vertragsparteien abzuschließen. Die Zulassungsordnung vom 17. Mai 1934 fügte den Schlußstein dieser Entwicklung ein, indem sie die Entscheidung über Beginn, Ende und Ruhen einer Zulassung dem bei der Kassenärztlichen Vereinigung gebildeten und vom Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands besetzten Zulassungsausschuß übertrug. Gegen die Zulassungsentscheidungen war Berufung bei dem in gleicher Weise vom Reichsführer besetzten Reichszulassungsausschuß möglich. Das Reichsarbeitsministerium stellte für diesen einen juristisch qualifizierten Beisitzer. Allein dieser konnte gegen die Entscheidungen des Reichszulassungsausschusses Revision an das Reichsschiedsamt einlegen. Als bei Kriegsbeginn keine Neuzulassungen zur Kassentätigkeit mehr ausgesprochen werden konnten und der Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands die Disziplinargewalt allein ausübte, kam auch diese Zuständigkeit des Reichsschiedsamts in Fortfall.

Der Zuerkennung des Charakters als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands entsprach die Anerkennung der gleichen Rechtsposition für die Spitzenverbände der Kran-

kenkassen, die als Reichsverbände die Stellung öffentlich-rechtlicher Körperschaften durch die 12. Verordnung zur Neuordnung der Krankenversicherung vom 6. September 1937 erhielten. Während also die Zulassungsinstanzen ausschließlich von Ärzten besetzt waren, ist es bemerkenswert, daß auf dem Gebiete der Gesamt- und Mantelverträge auf die Mitwirkung der Reichsverbände der Krankenkassen als gleichberechtigter Partner wenigstens in wirtschaftlicher Hinsicht nicht verzichtet werden konnte und sollte. Die letzte Klammer wurde schließlich durch den vorläufigen Reichsvertrag über die kassenärztliche Versorgung vom 15. Dezember 1938 angesetzt. Alle gültigen Gesamt- und Mantelverträge wurden mit Ablauf des 31. Dezember 1938 Inhalt des Reichsvertrages. Damit hatten die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und die Reichsverbände der Krankenkassen die genannten Verträge formell und materiell einschließlich der Änderungsbefugnis in der Hand. Am Ende dieses einmal beschrittenen Weges wäre die — mit Vorzügen und Nachteilen behaftete — Vereinbarung eines Reichspauschale gestanden.

Der Ausbruch des Zweiten Weltkrieges gebot auch hier ein Halt. Ordentliche Zulassungen durften nach dem Erlaß des Reichsführers der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (Anordnung des Reichsinnenministers vom 9. September 1939) nicht mehr ausgesprochen werden; an ihre Stelle traten widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten. Eine andere, später sich oft höchst nachteilig auswirkende Regelung griff damals, aus den kriegsbedingten Schwierigkeiten vor allem in personeller Hinsicht erwachsend, Platz: die Honorierung nach Krankenscheinen. Die Krankenkassen zahlten nach wie vor die vornehmlich auf ihren Mitgliederbestand abgestellte Vergütung (Kopfpauschale), die von der Kassenärztlichen Vereinigung ebenfalls nach wie vor nach Maßgabe der geprüften Einzelleistungen an die Einzelärzte zu verteilen war. Da aber für die Berechnungen der Honorierung nach Einzelleistungen oft keine Möglichkeit bestand, trat das System der Honorierung nach der Zahl der Krankenscheine an deren Stelle. Kamen infolge der starken Beanspruchung während der Kriegszeit die Ärzte auch damit auf ihre Kosten, so stellten sich — während die Krankenkassen die vereinbarten Vergütungen unverändert weiter an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlten — mit der fortschreitenden Geldentwertung und dem quantitativen und qualitativen Anwachsen der ärztlichen Leistungen durch gesteigerte Morbidität und den medizinischen Fortschritt nach Kriegsende die unvermeidlichen Mängel dieses Systems ein. Der großen Zahl der ärztlichen Einzelleistungen stand ein sich daraus ergebender niedriger Punktwert gegenüber.

Hinzu kam noch, daß nach der Währungsreform die Durchschnittslöhne sich oft weit unter dem Lebenshaltungskostenindex bewegten. Von den zu niedrigen Löhnen zahlten die Mitglieder natürlich auch zu niedrige Krankenkassenbeiträge, und daraus ergab sich eine hinter den Lebenshaltungskosten zurückbleibende ärztliche Honorarvergütung. Erst in den letzten Jahren vollzog sich dann ein wenigstens annähernder Lohnausgleich gegenüber den Lebenshaltungskosten.

Als bei dem Zusammenbruch im Jahre 1945 das Fazit auch aus dem Dutzend Jahre der nationalsozialistischen

Durchdringung des Kassenarztwesens gezogen werden mußte, konnte man doch feststellen, daß das ärztliche Standesethos und der humanitäre Grundzug auch der kassenärztlichen Tätigkeit in der weit überwiegenden Zahl der Berufsangehörigen sich intakt erhalten hatten. Da das Reich als Zentralinstitution in Fortfall gekommen und die Bundesrepublik als neue Klammer staatlichen Lebens noch nicht existent war, zudem Besatzungsgrenzen das Gebiet der deutschen Länder zerschnitten, mußte zu einer länderweisen Regelung des Kassenarztrechts und im besonderen des Zulassungswesens gesritten werden, wollte man sich nicht mit der Kriegsregelung, der widerruflichen Beteiligung der ärztlichen Bewerber an der Kassenpraxis, begnügen. Bis in die Gegenwart ist ja übrigens der Begriff der „widerruflichen Beteiligung“ in das neue Zulassungsrecht eingegangen und hat auch neben der ordentlichen Zulassung im Einzelfall nach wie vor seine Berechtigung und Zweckmäßigkeit.

Muster und Grundlage für die länderweisen Regelungen der Zulassung nach 1945 blieb die Zulassungsordnung in der Fassung vom 8. September 1937 — wenn nicht in allen, so doch in den meisten Ländern —, da sie nicht ausdrücklich aufgehoben wurde. Außer Anwendung kamen lediglich die auf nationalsozialistisches „Gedankengut“ zurückgehenden Bestimmungen. In zwei Ausschüssen, je einem für die britische und die amerikanische Zone, wurde das Zulassungswesen neu geregelt und den Zeitverhältnissen angepaßt. Die Zulassungsinstanzen umfaßten jetzt auch wieder die Vertreter der Krankenkassen; diesen Anspruch hatte man ihnen erfüllt, nachdem vor mehr als einem Dutzend Jahren — bei der Einführung ihrer Zahlungen nach Kopfpauschale — die Kassen ihr Nicht-Interesse an der Auswahl der Bewerber bei der Verteilung der beschlossenen Kassenarztsitze bekundet hatten. Man hat also zur paritätischen Besetzung der Zulassungsinstanzen wieder zurückgefunden und damit zur „Partnerschaft“ aus der Zeit des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen. Staatssekretär Sauerborn äußerte sich als Helfer an der „Partner“-Lösung von 1931 über die oben skizzierte Zulassungsregelung nach Zonen: „Die Zulassungsordnungen für die britische und die amerikanische

Zone sind von beiden Parteien vereinbart worden, und es war nicht eine einzige Abstimmung nötig, um diese für beide Zonen einheitliche Regelung herzustellen.“

Diese neue Zulassungsregelung, die erste über Länderbezirke hinausgehende nach dem Unglücksjahr 1945, wurde unter dem 21. April 1948 vom Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in der britischen Zone nach Genehmigung durch die britische Militärregierung erlassen und trat mit dem 1. Juli 1948 in Kraft. Sie gilt noch heute für das Gebiet der gesamten britischen Zone. Für die amerikanische Zone war die Mitwirkung der Länder, d. h. ihre Genehmigung, bestimmt.

Selbst dort, wo die Länder durch Gesetz oder Verordnung vor dem Grundgesetz sich eigene Zulassungsordnungen geschaffen haben, finden wir die deutlichen Spuren der Zulassungsordnung vom 21. April 1948. Bayern schuf sich durch Landesgesetz vom 14. Juni 1949 eine Zulassungsordnung im gleichen Wortlaut wie die Regelung für die britische Zone mit Abweichungen lediglich in den Überleitungs- und Schlußbestimmungen. Das Land Hessen hat in seiner Zulassungsordnung vom 7. Februar 1950, die sich auf die Notverordnung vom 8. Dezember 1931 stützt, vielfach die behördliche Entscheidungsmacht gegenüber der sonst in den Zulassungsordnungen verankerten Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen in den Vordergrund gestellt, in die Eingriffe staatlicher Stellen nicht statthaben dürfen. Während die französische Zone sich vorerst materiell an die frühere Zulassungsordnung vom 8. September 1937 hielt, hat West-Berlin ein eigenes Vertragsrecht für den Bereich der eigenständigen Versicherungsanstalt Berlin und ein diesen Verhältnissen adäquates Zulassungsrecht geschaffen. In der sowjetischen Zone ist, entsprechend der Einheitsversicherung, auch das auf die Niederlassung abgestellte Zulassungsrecht wenig mit den auf Selbstverwaltung beruhenden „westlichen“ Regelungen vergleichbar — wie auch hier das gesamte übrige Kassenarztrecht sich Vergleichen entzieht.

Die Darstellung der Entwicklung des Kassenarztwesens und im besonderen des Zulassungsrechts im heutigen Bundesland Baden-Württemberg muß aus Raumgründen dem Märzheft vorbehalten bleiben.

## Hippokratischer Eid und Altersversorgung

Von Dr. med. A. Härtle, Waldsee

„Den Meister, der mich die ärztliche Kunst gelehrt hat, schwöre ich so zu ehren wie meinen Vater. Ich werde den Lebensunterhalt mit ihm teilen und ihm alles zukommen lassen, was er braucht.“

Diese in der Standesethik des griechischen Kulturkreises verpflichtende Altersversorgung der Altärzte wurde im Mittelalter zur Zunftordnung entwickelt, die durch Besteuerung, durch Stiftungen und durch Zulassungsbeschränkungen die Altersversorgung sicherte. Die kapitalistisch-liberalistische Wirtschaftsordnung, die nach der Liquidierung des Zunftwesens zunächst eine mächtige Entwicklung der Produktion anregte und einen durch Kriege kaum unterbrochenen internationalen Gütertausch ermöglichte, glaubte

konsequenterweise die Sorge für Alter und Invalidität dem Einzelindividuum überlassen zu können.

Daß diese Selbstvorsorge zumindest für die große Zahl der Arbeitnehmer nicht möglich war, mußte schon verhältnismäßig bald eingesehen werden. Eine Folge dieser Einsicht war die soziale Gesetzgebung. Bei den freien Berufen hat die Fiktion der selbstverantwortlichen Altersversorgungsmöglichkeit bis nach dem 1. Weltkrieg gedauert. Sie wurde durch den Währungsverfall gründlich zerstört.

Mark ist auch heute nicht gleich Mark, sofern man den Kaufwert der Mark zugrunde legt. Die Baukosten sind seit der Währungsreform 1948 fast um das Dreifache gestiegen, die Brotfrucht um das Doppelte, die Arbeitslöhne ebenfalls um das Doppelte; d. h. die Inlandskauf-

kraft der Mark hat sich in wenigen Jahren beträchtlich verschlechtert. Diese Währungsverschlechterung ist eine internationale Erscheinung und beschränkt sich nicht auf die Bundesrepublik.

Wenn es unter diesen Umständen heute noch Standesgenossen gibt, die glauben, sie könnten das Risiko der Altersversorgung für sich und für ihre Familie selbst tragen — beispielsweise durch Abschluß von Lebensversicherungen —, so muß man annehmen, sie haben sich durch die Verarmung der alten Kollegen, die sich ja auch gesichert glauben durften, nicht beeindrucken lassen und sind der Propaganda der privaten Versicherungsgesellschaften erlegen.

Daß wir auf einem Pulverfaß sitzen, das jeden Tag explodieren kann, wird offenbar in der Daseinsfreude übersehen. Politische und wirtschaftliche Katastrophen können die Existenz des einzelnen vernichten, aber einen lebenswichtigen Stand nicht auslöschen. Es wird nie eine 100%ige Sicherheit geben, aber darüber ist wohl kein Zweifel, daß wir Ärzte gemeinsam das Daseinsrisiko leichter tragen als der Einzelne. Bei der genossenschaftlichen Alters- und Invalidenversicherung, so wie es die Tübinger Versorgungsanstalt eingerichtet hat, wird der einzelne nie damit rechnen können, daß er alles herausbekommt, was er in die Versicherung hineinsteckt, aber er weiß sich selbst und seine Familie gegen die Not gesichert, soweit überhaupt vorgesorgt werden kann. So wenig wie der einzelne heute das Risiko eines Hausbrandes oder eines Haftpflichtschadens tragen kann, ebensowenig kann er für sich und seine Familie das Existenzrisiko tragen.

Glücklicherweise wird die Verpflichtung zur Versorgung der Altärzte von niemandem geleugnet. Es ist nur die Frage, wie das am besten geschieht und ob diese Versorgung der Altärzte mit der Vorsorge für das eigene Alter und die eigene Invalidität gekoppelt werden kann und gekoppelt werden muß. Die liberalistische

Wirtschaftsordnung ermöglicht dem einzelnen die freie Verfügbarkeit über seinen Besitz, und so sehen wir auch, daß beispielsweise in England konsequenterweise auch heute noch die ärztlichen Praxen verkauft werden, entweder durch einmalige Zahlungen oder durch rentenähnliche Zahlungsverpflichtungen an den abgehenden Arzt. Dieser Verpflichtung, für den Vorgänger zu sorgen, sind unsere Jungärzte enthoben, soweit sie nicht die Praxis des Vaters übernehmen. Die Entwicklung des Zulassungsrechts hat eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Zunftordnung des Mittelalters. Die zunftmäßige Regelung der Zulassung kann sich aber nicht darauf beschränken, den Jungärzten eine Existenz zu verschaffen; sie verpflichtet mindestens ebenso stark, die infolge Alter oder Krankheit abgehenden Altärzte vor Not zu schützen. Wenn die Praxisnachfolger von jeder finanziellen Verpflichtung gegenüber dem abtretenden Altarzt frei sind, dann muß konsequenterweise die Gesamtheit zumindest der Kassenärzte die Versorgung der Altärzte übernehmen. Diese Versorgung der Altärzte kann man nicht freiwilligen Fürsorgemaßnahmen überlassen, sie muß automatisch mit der Zulassung gekoppelt sein, so wie es in der Versorgungsanstalt von Südwürttemberg ist.

Daß die Ärzteschaft gemeinsam mit allen freien Berufen und auch mit den Angestellten anstreben muß, die Beiträge für die kollektive Altersversorgung steuerlich frei zu bekommen, ebenso wie die Pensionsrücklagen für die Beamten, ist eine Forderung der steuerlichen Gerechtigkeit und wird deshalb auch schließlich Erfolg haben.

Am Anfang des hippokratischen Eides, der uns Zeugnis gibt von einem hochentwickelten Arztstand, steht die Verpflichtung gegenüber denen, auf deren Schultern der Jungarzt steht. Die Form der Ausbildung und das Verhältnis zu den ärztlichen Vorfahren ist anders geworden — in der Standesethik hat sich nichts geändert.

## Zur Frage der Versorgung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten

(Siehe Dezemberheft 1953, S. 251)

### Entgegnung

Zu unserem Artikel „Zur Frage der Versorgung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten“ im Dezemberheft hat der Landesverband Baden-Württemberg des NKV gebeten, folgende Entgegnung zu veröffentlichen:

Es wurde festgestellt, Herr Maiwald stehe im Gegensatz zur Lindauer Erklärung des Bundesvorstandes des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte. Seine Worte vor dem Sozialpolitischen und Rechtsausschuß waren: „Es handelt sich vielmehr darum, daß die gesamte Ärzteschaft aus allen ärztlichen Standesgruppen vor Erlaß eines Gesetzes nach Prüfung aller Vorschläge sich frei für den ihr am besten erscheinenden Weg einer ärztlichen Versorgung entscheidet. Dazu aber läßt uns das Kammergesetz, das durch Schaffung von Fürsorgeeinrichtungen die dringendste Not abwendet, genügend Zeit.“

Die Erklärung des NKV auf dem Lindauer Ärztetag lautet: „Der Verband hält die Schaffung einer soliden Altersversorgung für eine unumgängliche Notwendigkeit. Diese Altersversorgung muß allerdings folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Die Belastung, insbesondere der jüngeren Ärzteschaft, muß in einem annehmbaren Verhältnis zu der später zu erwartenden Leistung stehen. Sie darf darüber hinaus nicht ein existenzbedrohliches Ausmaß erreichen.
2. Die Altersversorgung muß die gesamte Ärzteschaft umfassen.
3. Die Kontinuität dieser Altersversorgung muß garantiert sein.
4. Die niedergelassenen Nichtkassenärzte müssen bei der Vorbereitung einer solchen Altersversorgung von Anfang an beteiligt sein.
5. Eine neue Altersversorgung darf unter keinen Umständen in bisherige bestehende Rechte eingreifen.

Wir fragen, wo ist der Gegensatz zwischen der Forderung, die Dr. Maiwald vor dem Sozialpolitischen und Rechtsausschuß aufgestellt hat und der Erklärung des Bundesvorstandes?

Dr. Maiwald ist Mitglied des Bundesvorstandes und darüber hinaus der besondere Beauftragte des Verbandes für Versorgungsfragen.

Unseres Erachtens ist in dem geplanten Gesetz nicht eine einzige der von uns geforderten Voraussetzungen erfüllt.

Dr. Streitenberg

Zu obiger „Entgegnung“ haben wir zu bemerken, daß laut Stenogramm Herr Dr. Maiwald in der öffentlichen Informationssitzung des Rechts- und des Sozialpolitischen Ausschusses des Landtags am 23. November 1953 wörtlich sagte:

„Eine brauchbare Regelung kann aber angesichts der Not in den eigenen Reihen nur darin bestehen, daß man die wirkliche Not der alten Ärzte beseitigt, d. h. daß man nur die Bedürftigen versorgt.“

Dr. Grieger, ebenfalls nach dem Stenogramm:

„Eine solche Hilfskasse reicht aus, um wirkliche Nöte, bei denen geprüft werden muß, was billig ist, zu besei-

tigen... Denn die Belastung durch eine solche Hilfskasse wird nach unseren Schätzungen wahrscheinlich in der Größenordnung bleiben, daß sie 1½% unseres Bruttoumsatzes nicht übersteigt.“

Hieraus, wie aus der in der Entgegnung wiedergegebenen Äußerung geht hervor, daß zunächst die alten Ärzte nach Prüfung der Bedürftigkeit Fürsorgeempfänger bleiben sollen, bis einmal ein Versorgungsgesetz kommt.

Daß die Ärzteschaft auf die ersehnte Versorgung, wenn jetzt nicht erstreckt wird, noch sehr lange warten müssen, liegt auf der Hand — vielleicht solange, bis die jetzt jungen Ärzte ihrerseits auf die Fürsorgeeinrichtungen der Kammern angewiesen sein werden — „um wirkliche Nöte, bei denen geprüft werden muß, was billig ist, zu beseitigen.“ (S. o.) —

Schriftleitung

## Ein ernstes Problem der Volksgesundheit: Lebensmittelverfälschung

Riesenprofite durch gesundheitsschädigende Betrügermethoden — Chemische Untersuchungsämter ohne ausreichende Etats

Zu den wichtigsten Aufgaben eines modernen Gesundheitswesens gehört es, die Bevölkerung vor dem Ankauf verfälschter oder gar gesundheitsschädlicher Lebensmittel und in enger Zusammenarbeit mit allen hierfür in Betracht kommenden Stellen und Verbänden auch vor wirtschaftlichen Übervorteilungen zu schützen.

Wie steht es zur Zeit in der Bundesrepublik aber um eine solche notwendigerweise straffe Lebensmittelkontrolle und -hygiene? Es ist oft darauf hingewiesen worden, daß die diesbezüglichen Etats unserer Gesundheitsbehörden und chemischen Untersuchungsämter, die die eingesandten Lebensmittelproben im Laboratorium mit Waage und Reagenzglas zu untersuchen haben, viel zu klein sind. Nur 4,5 Pfennig gibt der Staat jährlich pro Kopf der Bevölkerung für die chemische Lebensmitteluntersuchung aus! Diese wertvolle Einrichtung steht trotzdem allen Hausfrauen und Kaufleuten, die sich vor unlauterer Konkurrenz schützen wollen, weitgehend kostenlos zur Verfügung, falls eine gekaufte Ware nicht in Ordnung zu sein scheint. Gerade die Hausfrau ist beim Einkauf nur selten in der Lage, die Qualität der gewünschten Lebensmittel, die äußerlich meist gut aussehen, exakt zu beurteilen.

So hat sich eine Situation entwickelt, die zu größten Besorgnissen Anlaß gibt. In welchem Umfang heute gewissenlose Lebensmittelverfälscher am Werk sind, das zeigt ein Interview, das der Leiter eines chemischen Untersuchungsamtes vor kurzem der „Gerichtszeitung“ gegeben hat:

Von 35 000 eingesandten Lebensmittelproben waren diesem Interview zufolge rund 4500 zu beanstanden, weil sie zum Zwecke der Täuschung verfälscht, nachgemacht, irreführend bezeichnet oder verdorben waren. Bei einer schlagartig durchgeführten Weinprüfung waren von 220 entnommenen Proben 180 zu beanstanden, weil die Weine zum Teil „mit Wasser getauft“, unzulässig mit Zucker versetzt oder mit bewußt irreführenden Etiketten versehen waren, so daß für billige Weine ein unverdient hoher Preis gefordert wurde.

Besonderen Kummer bereitet dem Untersuchungsamt auch die überall auf den Wochenmärkten verkaufte Landbutter. Diese darf bis zu 18 Prozent Wasser enthalten. Proben zeigten jedoch, daß fast durchweg 22—24 Prozent Wassergehalt die Regel waren, und der Wassergehalt sogar bis zu 36 Prozent anstieg. Teilweise fand man sogar „garantiert reine Landbutter“, die zu 65—70 Prozent aus Margarine bestand.

Die Untersuchungsämter wachen auch darüber, daß in Schokoladen guter Kakao und teure Kakaobutter verwendet wird und nicht, wie bereits mehrfache Proben zeigten, durch gemahlene Kakaoschalen oder billigere Pflanzenfette ersetzt werden.

Honigkuchen, der zu den Festtagen so gern gekauft wurde, muß die Hälfte des Zuckeranteils in Form von Honig

enthalten. An diese Bestimmung hielt sich ein norddeutscher Produzent absolut nicht. Er hätte für die ausgeworfene Honigkuchenmenge 50 000 kg Honig verarbeiten müssen. Seine Warenbücher wiesen aber nur 400 kg aus. Aus der Differenz zwischen diesen beiden Zahlen läßt sich ermesen, welchen Profit der Hersteller aus der Nichtbeachtung der Bestimmungen gezogen hat.

Ein anderer Fabrikant konnte allein dadurch 25 Zentner Zucker sparen, daß er seine Limonaden fast ausschließlich nur mit Sacharin süßte, auf den Flaschenetiketten aber erklärte, es sei nur Naturzucker verwendet worden.

Typische Fälle von Lebensmittelverfälschung deckten die Beamten in Wilhelmshaven auf. Dort waren Schlachter dazu übergegangen, Hackfleisch mit schwefeliger Säure zu behandeln. Dadurch erhielt das Mett eine leuchtend rote Farbe und hielt sich auch äußerlich länger frisch.

Ein krasser Fall ausgesprochenen Betruges ereignete sich in Oldenburg. Hier entdeckten die Lebensmittelkriminalisten, daß „Mettwurst“, die zu 3,60 bis 4.— DM je Pfund verkauft wurde, 70 bis 72 Prozent Talg enthielt, so daß man von einer Margarine mit Fleischaroma sprechen konnte. Talg kostete pro Pfund etwa 80 Pfennige!

Als kürzlich 30 Kinder, nachdem sie einen Rummelplatz besucht hatten, plötzlich erkrankten, konnten die Beamten nach schwierigen Ermittlungen feststellen, daß Bonbons die Krankheitsursache waren. Diesen sogenannten „Stundenlutschern“ war das gesundheitsschädliche Natriumfluorid beigemischt.

Folgt man mit diesen Ausführungen bisher der „Gerichtszeitung“, so möchten wir aber auch aus anderen Quellen noch weitere Beispiele bringen.

Über die hygienisch nicht einwandfreie Landbutter beklagte sich auch, wie der „Münchener Merkur“ berichtet, der Direktor der bayerischen Veterinäruntersuchungsanstalt Nürnberg, Dr. Beck. 80 Prozent von 300 Stichproben bei Landbutter hätten bakteriologische Beanstandungen ergeben. Davon seien etwa bei 10,5 Prozent Tuberkelbazillen festgestellt worden, so daß nur 20 Prozent der Stichproben hygienisch einwandfrei gewesen seien. Wie vorzüglich wirksame gesetzliche Maßnahmen gegen die Rindertuberkulose sind, geht aus dieser Feststellung erneut hervor.

In diesem Zusammenhang erscheint auch die Mitteilung von Prof. Dr. med. Caspar Tropp bemerkenswert, der feststellte, daß der Normalverbraucher in Westdeutschland täglich 2,7 g Chemikalien in der Nahrung zu sich nimmt.

Bei der Herstellung allein von Brot durch Tausende von Bäckern in den USA werden nach Mitteilung von L. Herber in der soeben erschienenen Broschüre „Lebensgefährliche Lebensmittel“ (H. G. Müller-Verlag, Krailling bei München) jährlich schätzungsweise 4½ Millionen kg chemischer Backhilfsmittel und weichmachender chemischer Stoffe verarbeitet. Mit ebenso großer Sorge ist die Verwendung von im Tier-

versuch giftigen Pflanzenspritz- und Schädlingsbekämpfungsmitteln, von bestimmten Sorten künstlichen Düngers und insbesondere die Verfütterung von Hormonen zu Mastzwecken zu betrachten. Wir wissen heute vielfach noch nicht, in welchem Umfang diese Stoffe auf die Dauer auf den menschlichen Organismus übergehen und wie sie im einzelnen wirken. Unsere Forschungsergebnisse sind hier noch lückenhaft, manche Tierversuche stellen aber eine nicht zu übersehende Warnung dar, wie ebenso besorgniserregende Zunahme chronischer Erkrankungen und zahlreicher Degenerationserscheinungen. Welche chemischen Verbindungen gehen die mit der Nahrung zugeführten Chemikalien im menschlichen Organismus ein? Dies ist die entscheidende Frage, die dringend weiterer umfassender Untersuchungen bedarf.

Besonders eingehend befaßte sich ein Sonderausschuß des US-Repräsentantenhauses mit der Fütterung fleischerzeugender Tiere mit chemischen Hormonen und mit der Frage: „Bleibt von den an die Tiere verfütterten chemischen Stoffen im Fleisch des Tieres so viel zurück, daß sie dem Verbraucher schaden?“ Trotz stärkster Anstrengung der Hersteller von synthetischen Hormonen, das Gegenteil zu beweisen, ist die Frage, ob beispielsweise „Stilböstrol“ nutzbringend oder schädlich ist, nach einem Bericht über die Verhandlungen des Senatsausschusses von L. Herber für einige der hervorragendsten Endokrinologen der USA kein Problem mehr. Nach ihrer Meinung bedeuten solche Hormone, insbesondere Stilböstrol, eine große Gefahr für die Volksgesundheit. Kleine, ja sogar kleinste Mengen, wenn sie längere Zeit hindurch eingenommen werden, sollen sich in ihrer Wirkung von der Einnahme großer Mengen unter ärztlicher Kontrolle unterscheiden. Wenn Patienten große Dosen ohne Schaden vertragen, sei dies für die Beurteilung der Dauerzufuhr von kleinen Mengen kein Maßstab. Hier käme es nicht zum Erbrechen, im Gegenteil, diese kleinen Mengen könnten tatsächlich unfruchtbar machen und Arbeitstiere schwächen. So lese man jedenfalls in der Literatur („Lebensgefährliche Lebensmittel“, S. 33).

Hormonisierte Brathendl waren ein spezieller Gegenstand der amerikanischen Erörterungen. Ein Experte prüfte 50 Hühner aus einem renommierten Versandgeschäft. Er fand in 26 der Hühner Kügelchen mit nicht absorbierten

Mengen von Diäthylstilböstrol, mit denen die Tiere anscheinend unfachmäßig behandelt worden waren. 8 Prozent der Hühner wiesen große Mengen des Hormons auf, das durch den Kochvorgang nicht zerstört wird. Im Hinblick darauf, daß Sexualhormone nicht nur in der Nahrung, sondern auch in der Kosmetik vielen Millionen Frauen zugeführt werden, erhebt sich also die Frage, ob hierdurch nicht hormonelle Störungen im menschlichen Organismus herbeigeführt werden können.

Als Dr. Carl G. Hartmann, ein führender Wissenschaftler auf dem Gebiet der endokrinologischen Forschung, vor dem Senatsausschuß gefragt wurde, ob diese östrogenen Chemikalien das Blutfibrin und das Fibrinogen, die Vorstufe des Fibrins, zerstören, antwortete er: „Ich bin nicht in der Lage zu sagen, ob das der Fall ist, aber ich weiß, daß Östrogene z. B. beim Hund tiefgehende Veränderungen des roten Knochenmarks, in dem die roten Blutzellen entstehen, hervorruft. Jeder Hund wird innerhalb von drei Monaten an Erstickung sterben, und zwar durch den Mangel an roten Blutkörperchen im Blutkreislauf. Desgleichen werden beim Huhn die das rote Blut bildenden Organe weitgehend angegriffen (Quelle wie oben).“

Im übrigen, so stellte Dr. Robert K. Enders, Präsident der Abteilung Zoologie des Swarthmore College, fest, sei die Verwendung von Stilböstrol zum Mästen von Geflügel ein volkswirtschaftlicher Betrug. Das Hühnerfutter würde unter dem Einfluß der Droge einseitig für die Fettbildung statt für die Fleischbildung ausgewertet, wie das der Verbraucher vermeint. Denn vom Geflügel erwarte man vor allem Protein, also Fleisch und kein Fett, das in der amerikanischen Nahrung ohnehin reichlich enthalten sei.

Dieser Überblick über Probleme und Tatsachen der Lebensmittelfälschung, der namentlich auf den zitierten Quellen beruht, erhebt natürlich keinen Anspruch auf vollständige Behandlung dieses großen Gebietes. Auch die wissenschaftlichen Erörterungen konnten nur skizzenhaft beleuchtet werden. Sie bedürfen an sich einer viel gründlicheren Behandlung, die hier jedoch aus Raumgründen nicht möglich ist. Es erscheint dringend geboten, die Aufmerksamkeit der medizinischen Forschung, der Lebensmittelchemie und der Öffentlichkeit mehr als bisher auf das Problem der Lebensmittelenaturierung zu lenken.

DMI-Kommentar

## PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 7 35 51, 7 35 52 und 7 35 53

### Zur Frage des Krebserregers

(Mitteilung der Pressestelle an die Stuttgarter Presse)

Die Frage eines Krebserregers wurde am Mittwoch, den 13. Januar 1954, anlässlich eines wissenschaftlichen Abends der Ärzteschaft Stuttgart eingehend diskutiert. Herr Dr. med. Freihöfer, Stuttgart, referierte über die von Dr. v. Brehmer u. a. vertretene Ansicht, daß im Blut bei bestimmten Untersuchungen sichtbare Gebilde für die Entstehung der verschiedenen Krebsformen verantwortlich zu machen wären und daß bei ihrem Nachweis in einer bestimmten Häufung Krebsgefahr für den Betroffenen bestünde. Namhafte Vertreter der medizinischen Forschung, unter ihnen Prof. Dr. Dietrich, Stuttgart, Prof. Dr. Letterer, Tübingen, Prof. Dr. Bader, Tübingen, sowie der Serologe Dr. Albers, Stuttgart, nahmen zu den bereits seit Jahren diskutierten Behauptungen Dr. v. Brehmers kritisch Stellung und konnten überzeugend dargetun, daß die Theorie nach wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkten erhebliche Mängel aufweist. Bei den im Blut gemachten Beobachtungen dürften Eiweißzerfallsprodukte eine Rolle spielen, die bei der Auflösung der roten Blutkörperchen frei werden. Diese Meinung von Prof. Dr. Dietrich wurde durch eine Reihe klinischer Untersuchungen bestätigt. Diese Zerfallsprodukte sind vor allem bei Krankheiten zu beobachten, die zu einem erhöhten Blutzerfall führen. Es ist bis heute nicht möglich, durch Blutuntersuchungen zuverlässige Rückschlüsse auf das Bestehen eines Krebses zu ziehen. Es hat sich an diesem Abend wieder-

um gezeigt, wie schwierig es ist, dem Krebsproblem näherzukommen und mit welcher Vorsicht man jede vermeintliche Neuentdeckung prüfen muß, bevor man sie der praktischen Nutzenanwendung zuführt.

### Ersatzkassen- und Privathonorar

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

In einer Stellungnahme der Deutschen Angestellten-Krankenkasse zur Frage der Begrenzung der freiwilligen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Dezember 1953 in mehreren Zeitungen veröffentlicht wurde, wird behauptet, daß die den Ärzten von den Ersatzkassen nach Einzelleistungen berechneten Honorare kaum unter den Honorareinkünften durch Privatpatienten liegen dürften. Die Ärzteschaft hat bekanntlich wiederholt erklärt, daß es ihr nicht zugemutet werden könne, nicht sozial schutzbedürftige Personen auf Krankenschein zu behandeln. Dies trifft auch auf die Mitglieder der Ersatzkassen zu. Das Ersatzkassenhonorar des Kassenarztes liegt zwar im Durchschnitt etwa um 30 bis 50 Prozent höher als das Honorar aus der sogenannten RVO-Kassentätigkeit (Ortskrankenkassen usw.). Es kann aber keine Rede davon sein, daß diese Honorare kaum unter den Honorareinkünften durch Privatpatienten liegen würden. Die ärztlichen Leistungen werden von den Ersatzkassen zwar einzeln vergütet, unterliegen jedoch gewissen vertraglich festgelegten Begrenzungen, wenn sie eine bestimmte Höhe im Durchschnitt überschreiten.

## Kurznachrichten

### Arzteschaft zur freiwilligen Weiterversicherung

Die Reichsversicherungsordnung zwingt einerseits die Versicherten zur Mitgliedschaft in den gesetzlichen Krankenkassen und gestattet andererseits, wenn die Voraussetzungen zur Zwangsmitgliedschaft nicht mehr gegeben sind, die freiwillige Weiterversicherung. Die Berechtigung zur freiwilligen Weiterversicherung ist nach den gesetzlichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung nach der Einkommenshöhe begrenzt und endet bei einem Jahreseinkommen von 7200 Mark.

Diese durch Gesetz gegebene Rechtslage ist merkwürdigerweise durch einen einfachen Brief des damaligen Reichsarbeitsministers an die Krankenkassen im Februar 1941 außer Kraft gesetzt worden. Infolgedessen besteht seither der Zustand, daß die gesetzliche, freiwillige Mitgliedschaft ungesetzlich gehandhabt wird.

Der Ausschuß für Sozialpolitik des Bundestages beschäftigt sich jetzt mit dem Entwurf eines Gesetzes über die Einkommensgrenze für das Erlöschen der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach soll die gesetzliche Begrenzung von 7200 Mark, wie sie bisher auf dem Papier noch besteht, auf 8400 Mark festgesetzt und für Verheiratete mit Kindern nach Familienstand weiter nach oben gestaffelt werden. Mit Erlaß dieses Gesetzes soll die gestörte Rechtsordnung wiederhergestellt werden.

Nach ärztlichen Erfahrungen, die von seiten der Krankenkassen durchaus bestätigt werden, pflegt der Personenkreis mit höherem Einkommen auch höhere Ansprüche an die Krankenversicherung zu stellen; die Hereinnahme dieses Personenkreises bedeutet also für die Krankenkasse ein erhöhtes Risiko. Obschon diese Sachlage durchaus bekannt ist, wird aber nach der Praxis der Krankenkassen von den freiwilligen Mitgliedern auch der höheren Einkommensstufen nur ein gesenkter bzw. gestoppter Beitrag erhoben. Es ist eine auch von den Krankenkassen nicht bestrittene Erfahrungstatsache, daß die Personenkreise mit gehobenem Einkommen bei dem jetzigen Beitragssystem das von ihnen eingebrachte Risiko nicht entfernt decken, daß vielmehr fast immer Beitragsteile der Pflichtversicherten für die Versorgung der freiwilligen Mitglieder mit herangezogen werden müssen.

Die Ärzteschaft ist von der im sozialpolitischen Ausschuß erörterten Regelung erheblich betroffen und hat deswegen in einer Denkschrift an die Abgeordneten des Bundestages zu der freiwilligen Weiterversicherung Stellung genommen.

Es ist bekannt, heißt es in der Denkschrift, daß die Honorierung der ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Mindestsätzen der amtlichen Gebührenordnung aufgebaut ist, die „nachweislich Unbemittelten“ in Rechnung gestellt werden sollen. Von „nachweislich Unbemittelten“ kann beim Überschreiten der jetzigen Versicherungspflichtgrenze von monatlich 500 DM zweifellos keine Rede sein. Darüber hinaus aber dürfte auch allgemein bekannt sein, daß die Honorare der Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung im Durchschnitt nicht einmal diese Armensätze erreichen. Hinsichtlich der freiwillig über die Pflichtgrenze hinaus versicherten Mitglieder der Krankenkassen ergibt sich also die unberechtigte und für die Ärzte nicht zumutbare Tatsache, daß gerade diese Versicherten die ärztliche Hilfe zu Sätzen in Anspruch nehmen, die ihrer Einkommenslage in keiner Weise entsprechen und die die Höhe der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung nicht einmal erreichen.

Nach dem Vorschlag der Ärzteschaft soll die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung keineswegs unmöglich gemacht werden, sie soll aber an Beitragssätze gebunden werden, die der Einkommenshöhe und den besonderen Ansprüchen dieses Personenkreises mit hö-

herem Einkommen entsprechen. Für die Befriedigung eines auch von der Ärzteschaft anerkannten Sicherungsbedarfs ist außerdem schon auf früheres Betreiben der Ärzteschaft bei der privaten Krankenversicherung dahin gewirkt worden, daß diese sich bereit erklärt hat, aus der gesetzlichen Krankenversicherung Ausscheidende einschließlich ihrer alten Leiden und mitgebrachten Risiken in vollen Versicherungsschutz zu übernehmen.

Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft

### 100. Geburtstag von Paul Ehrlich und Emil von Behring

Im März jähren sich zum hundertstenmal die Geburtstage von zwei bedeutenden deutschen Forschern, die beide mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurden — Paul Ehrlich und Emil von Behring. Paul Ehrlich, der in Frankfurt wirkte, hat 1909 das Salvarsan erfunden. Emil von Behring verdankt die Menschheit das Serum gegen Diphtherie und Tetanus und damit die Grundlagen der Serumbehandlung und Schutzimpfung.

Die hundertsten Geburtstage dieser beiden Forscher sind Anlaß zu großen Feiern, die vom 13. bis 16. März in Frankfurt/Main und in Marburg/Lahn stattfinden.

Bei der Gedächtnisfeier in der Paulskirche zu Frankfurt/Main wird der diesjährige Paul-Ehrlich-Preis an Professor Dr. Ernst Boris Chain verliehen.

Die Feiern schließen mit einer wissenschaftlichen Tagung in Höchst, an der mehrere hundert Wissenschaftler, Ärzte und Chemiker aus europäischen und überseeischen Ländern teilnehmen werden.

### Mitteilung des Bundesministers für gesamtdeutsche Fragen

Im „Neuen Deutschland“ vom 14. Oktober 1953 ist ein Aufsatz über die Schaffung einer Medizinischen Akademie in Berlin-Buch erschienen. Diese Akademie soll den Nachwuchsmangel in der Ärzteschaft vermindern helfen. Möglicherweise ist das die Ausbildungsstätte für „Volksärzte“.

### Zahlen zum Hausarzt-Problem

Von 39 977 niedergelassenen Ärzten sind nach einem Bericht der „Ärztlichen Mitteilungen“ 26 421 Allgemeinpraktiker, 13 556, also rund ein Drittel sind Fachärzte. In Hamburg entfielen im IV. Vierteljahr 1952 von 168 312 Behandlungsfällen bei den Angestellten-Krankenkassen 81 960 auf Fachärzte, das sind fast 50 Prozent der Fälle. Nur 11 000 dieser Fälle sind vom Allgemeinpraktiker an den Facharzt überwiesen worden. Diese Zahlen sind, wie die AM hierzu schreiben, besorgniserregend. Trotz des Rufes nach dem Hausarzt, der die Gesamtfamilie in ihrem Lebensumkreis kennt, dränge die Entwicklung offenbar von ihm fort. Das Ideal bleibe aber der Hausarzt, d. h. der umfassend ausgebildete Allgemeinpraktiker. Was nutze es, dieses Ideal herbeizusehnen und andererseits dem behandelnden Arzt Vertrauensärzte oder Beratungsstellen in immer größerer Zahl vorzuschalten und sie später als Gutachter oder Kontrollinstanz seine Tätigkeit beurteilen zu lassen. Eine entschlossene Umkehr von dieser Entwicklung sei nötig.

DMI

### Hormontherapie bei Rheuma noch in der Entwicklung

Wie die Weltgesundheitsorganisation mitteilt, wurde auf einer kürzlich abgehaltenen Tagung medizinischer Wissenschaftler erklärt, daß die neuen Hormonheilmittel (ACTH und Cortisone) zwar sehr wertvoll seien, sich aber immer noch im Stadium des Experimentes befänden und nur bei ausgewählten Fällen unter Kontrolle von Fachspezialisten in Krankenhäusern oder Kliniken angewandt werden sollten.

DMI



# Eu-Med

**Analgeticum**  
ohne hypnotische Nebenwirkung

**MED**  
Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate  
J. Carl Pflüger · Berlin-Nkln. (West)

## Buchbesprechungen

**Medizinal-Kalender 1954**, 75. Jahrgang, begründet von P. Börner, herausgegeben von H. Braun, XVI, 928 S., vierteljährlich auswechselbares Tageskalendarium, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Preis Ganzleinen DM 7.50.

Der neue Medizinal-Kalender, an den wir uns schon gewöhnt haben, in bekannter Handlichkeit und Reichhaltigkeit! Es finden sich einige neue Abschnitte (besonders gut der von Koelsch über Berufskrankheiten), der Umfang des Buches ist dadurch jedoch kaum vergrößert. — Das Indikationsverzeichnis, das „einem vielfachen Wunsche entsprechend“ ebenfalls neu aufgenommen wurde, ist u. E. überflüssig und muß bei einem Umfang von 16 Seiten ohnehin fragmentarisch bleiben; so folgen etwa hintereinander glandulär-zystische Hyperplasie, Glaukom, Gonorrhoe, Grippe, Hämophilie, jeweils mit der stichwortartigen Nennung einiger Arzneimittel verbunden. Im ganzen, wie immer, ein höchst nützliches und außergewöhnlich preiswertes Buch für jeden Arzt.

Dr. J. Schröder

Prof. Dr. E. W i e c h m a n n: „Die Zuckerkrankheit“. J. F. Lehmanns Verlag München, 1953, 320 S., geb. DM 26.50.

Das Buch erscheint als Niederschlag einer 30jährigen wissenschaftlichen und klinischen Beschäftigung des Autors mit den Problemen der Zuckerkrankheit jetzt in seiner ersten Auflage. Es enthält eine ausführliche Besprechung der Ursachen und der Pathogenese sowie der Erscheinungsformen des Diabetes mellitus und schildert erschöpfend Diagnose und Differentialdiagnose dieser Erkrankung. Einen wertvollen Teil stellt für den vornehmlich an der Zuckerkrankheit interessierten Arzt das große Literaturverzeichnis (1719 Stellen, nach Sachgebieten geordnet) dar. Aber ein Buch für den Gebrauch in der Praxis — der Autor schreibt im Vorwort: „Das Buch will in erster Linie praktischen Zwecken dienen“ — ist es auf keinen Fall. Diät und Insulinbehandlung sind im Verhältnis zu den übrigen Kapiteln zu kurz und unzureichend besprochen und geben dem Praktiker keine klare Anleitung für die Durchführung der Therapie. Die von dem Autor empfohlene diätetische Behandlung steht im Gegensatz zu derjenigen der meisten Diabetiker und geht an den so entscheidenden Erfahrungen der Hunger- und Kriegsjahre völlig vorbei. So wird beispielsweise für die Dauerdiät eine Eiweißbeschränkung empfohlen und das Fett als Hauptnahrungsmittel des Diabetikers bezeichnet. Auch wird die wegen der Schockgefahr so gefährliche und deshalb heute meist verlassene Einstellung auf Harnzuckerfreiheit gefordert.

Das Buch kann für den mit der Zuckerkrankheit vertrauten und an ihr wissenschaftlich interessierten Arzt eine Hilfe sein, als Lehrbuch für Studierende und Ärzte und insbesondere als Ratgeber für die Praxis kann es jedoch nicht empfohlen werden.

Dr. K. Schöffling

F. B i e d e r m a n n: „Grundsätzliches zur Chiropraktik vom ärztlichen Standpunkt aus.“ 38 S. Verlagsabteilung Haug & Cie., Saulgau/Württ., 1953, Preis kart. DM 2.80.

Nachdem die Schulmedizin diese therapeutische Methode zunächst ganz verwarf, um sie dann doch — in wesentlichen Teilen — anzuerkennen, lohnt sich eine Unterrichtung über dieses Gebiet. Der Verfasser schildert auf knappem Raum die Geschichte und das Wesen der Chiropraktik mit einer gewissen Begeisterung, jedoch vermittelnd und ohne Einseitigkeit. — Am Schluß findet sich ein Literaturverzeichnis, das u. a. alle neuen Arbeiten über die von der WS ausgehenden Irritationsmöglichkeiten und deren Behandlung enthält.

Dr. J. Schröder

Prof. Dr. H. N a c h t s h e i m: „Für und wider die Sterilisation aus eugenischer Indikation.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, IV, 64 Seiten, 4 Abb., kart. DM 5.70.

Die Broschüre schließt sich nach Inhalt und Richtung unmittelbar an das eugenische Schrifttum in Deutschland aus den Jahren 1928—1933 an. Die erbbiologischen Grundlagen und der mögliche eugenische Nutzen der Sterilisation werden eingehend besprochen. Ausführlich werden die Sterilisierungsgesetze in Schweden und Dänemark und ihre Durchführung geschildert, besonders die vorbildliche erbbiologische Bestandsaufnahme der Bevölkerung von Dänemark.

Nach den Mißgriffen und Verbrechen der sogenannten nationalsozialistischen Rassenpolitik ist leider und ganz zu

Unrecht auch die Eugenik in Mißkredit geraten. Arbeiten über Vererbung und Eugenik waren seit 1945 aus dem medizinischen Schrifttum so gut wie vollständig verschwunden. Um so erfreulicher ist es, daß mit N a c h t s h e i m ein Vererbungsforscher von Rang zu einer Frage der Eugenik seine Stimme wieder erhebt. N. fordert auch für Deutschland die gesetzliche Einführung der eugenischen Sterilisation auf freiwilliger Grundlage in der Form, wie es der Preussische Landesgesundheitsrat (und die Württ. Ärztekammer) im Jahr 1932 beantragt hatten; er hält die Aussichten hierfür politisch für günstig (wobei man ihm allerdings nur mit Reserve folgen kann). Er fordert insbesondere die eugenische Aufklärung der Bevölkerung und die energische Wiederaufnahme des fast vollkommen eingeschlafenen erbbiologischen Unterrichts an den Universitäten. (Auch in Tübingen ist der Lehrstuhl für Humangenetik noch immer verwaist.) Und hierin kann man ihm ohne jede Reserve und mit vollem Nachdruck beipflichten.

Dr. Bosler

Prof. Dr. Johannes J o c h i m s: „Praxis der antibiotischen Behandlung im Kindesalter.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 74 Seiten, geheftet DM 6.40, gebunden DM 8.—

Das Büchlein soll eine Anleitung zur praktischen Therapie vermitteln für die neuen Antibiotica, über deren Anwendung und Dosierung noch gewisse Unklarheiten herrschen. Sogar eine Preisliste ist am Schluß angeführt. Im ersten Teil sind die Behandlungsgrundsätze niedergelegt mit einer Tabelle über die Empfindlichkeit der wichtigsten Erreger nach der klinischen Erfahrung, was zur kurzen Orientierung besonders wertvoll ist. Es folgt eine allgemeine Charakteristik und Dosierung der einzelnen Antibiotica. Es wird darauf hingewiesen, daß zu Beginn der Behandlung höhere Dosen notwendig sind und daß der Effekt in 1—3 Tagen offensichtlich sein muß. Die Dosierung richtet sich im allgemeinen nach dem Körpergewicht. Sie soll nicht zu kurz, aber auch nicht zu lang sein! Überflüssige Behandlungen sollen vermieden werden. Im zweiten Teil werden alle Krankheiten der Reihe nach aufgeführt, die sich für eine antibiotische Behandlung eignen. Dabei ergab sich, daß die Resistenzbestimmungen nicht immer auf die klinische Wirkung übertragbar waren, da die Abwehrkraft des Körpers einen wichtigen Faktor darstellt zur Überwindung der Krankheit.

Die kurzgefaßte, aber sehr gründliche Darstellung mit allen sehr wertvollen Hinweisen erscheint unentbehrlich für jeden, nicht nur den Kinderarzt, der Antibiotica anwendet; sie kann nur wärmstens empfohlen werden und verdient einen großen Leserkreis.

Dr. Vera Gaupp

Kurt S c h n e i d e r: „Psychiatrie von heute.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1952, 32 Seiten, kart. DM 2.85.

Der Schrift liegt die Rektoratsrede des Verf. zugrunde. Psychiatrie ist die Wissenschaft vom seelisch Abnormen, als Spielart (abnorme Persönlichkeiten und abnorme Erlebnisreaktionen), als Krankheitsfolge und als „endogene Psychosen“. Sie umfaßt Somatologie und Psychopathologie. In der Verbindung leiblicher und psychischer Tatbestände wird sie letztlich zur Metaphysik. — Die endogenen Psychosen bleiben als „Krankheit“ ein Postulat, solange Krankheit als ein Zustand der Materie im Sinne eines empirischen Dualismus verstanden wird. Eine Lösung der sich daraus ergebenden Schwierigkeiten, denen die klinische Psychiatrie ausgesetzt ist, könnte ein Rückgriff auf aristotelisch-scholastische Vorstellungen bringen, daß Seele die Form des Leibes, die andere Teils substanz die Materie ist, beide zusammen das Ganze der substantiellen Einheit konstituieren. Bei solchem Ansatz bliebe Krankheit ein Zustand der Materie. In Rückwirkung der Materie auf die Seele entstünde sekundäres Irresein. In einer Verirrung der Seele aus sich heraus wäre primäres Irresein oder die endogene Psychose gegeben, wobei Rückwirkungen auf die Materie leicht zu verstehen wären, sofern man annimmt, daß das materielle Prinzip sein stoffliches Eigensein wahr und die informierende Seele nur das spezifische Lebendige gibt.

Die Schrift zeigt Grenzen auf, indem sie erkenntnistheoretisch-kritisch und klärend eingreift, wo es sich um Grundfragen handelt. Bei dem umfassenden Umblick des Verf. wird auch zu den aktuellen Lehren der Psychoanalyse, der Psychosomatik und der Daseinsanalyse Stellung genommen. Wer immer sich um psychiatrische Probleme bemüht, muß die Abhandlung im Original lesen. Er wird sie nachdenklich und bereichert aus der Hand legen.

Prof. Dr. R. Gaupp jr.

Benno Schilsky: „Homöopathiebibel für Ärzte.“ Karl F. Haug Verlag, Saulgau, 63 Seiten, kart. DM 2.80, mit Schreibpapier durchschossen DM 4.20.

Das Büchlein enthält übersichtlich angeordnet und gedruckt die wichtigsten Symptome von 36 homöopathischen Mitteln. Es macht dem Motto „In der Kürze liegt die Würze“ alle Ehre. Das Vorwort des Verfassers und die Wiedergabe eines Aufsatzes von Wassily: „Wie ich die Homöopathie lehre“ begründet die hier gehandhabte Methode, Kenntnisse der Homöopathie zu vermitteln, ohne an die dem Arzt sonst bekannten klinischen Begriffe anzuknüpfen. Das Büchlein kann besonders dem Anfänger empfohlen werden.

Dr. Ilse Reinhardt

P. Allweiß: „Streptomycin und Dihydrostreptomycin bei Tuberkulose.“ S. Hirzel Verlag, Stuttgart, 1953, 120 Seiten, kart. DM 16.—

Das Buch bringt eine gedrängte Übersicht der bereits über 3000 Arbeiten umfassenden internat. Str.-Literatur. Bezüglich der klinischen Wirksamkeit werden die sich noch vielfach widersprechenden Ansichten einander gegenübergestellt. Einigkeit herrscht über die Wirksamkeit des Mittels bei Meningitis tbk., Miliartbk., exsudativer Lungentbk. und den verschiedenen Formen der Schleimhauttbk. Klarheit herrscht andererseits darüber, daß das Mittel die tbk. Lungenkaverne nicht oder nur vorübergehend beeinflusst. Die Wirksamkeit auf die extrapulmonalen Tbk.-Formen ist noch strittig, eher negativ. Umstritten ist auch noch die Frage, ob und wann neben der parenteralen Darreichung auch die örtliche Applikation von Wert ist. Die optimale Dosierung beim Erwachsenen scheint sich auf 1 g p. d. einzuspielen. Fast allgemein

wird Str. als das wirksamste Chemotherapeuticum (vor PAS u. Conteben) betrachtet. Seine toxischen Nebenwirkungen lassen sich durch entsprechende Dosierung in Grenzen halten. Individuell und epidemiologisch bedeutsam ist die Gefahr der Resistenzbildung. Verf. schließt sich der geltenden Ansicht an, daß das Str. „die scharfe Waffe in der Krise“ darstellt und nicht auf Bagatel-Fälle verschwendet werden darf. Als wirksamste Kombination wird heute vorwiegend Streptomycin-PAS betrachtet. Die Möglichkeiten der Kollapstherapie sind durch das Mittel bedeutend erweitert worden. Dr. Ebers

Walter Toman: „Einführung in die moderne Psychologie.“ Humboldt-Verlag, Stuttgart, 268 Seiten mit 33 Abb., Hln. DM 9.80.

Diese Arbeit aus der Wiener Psychologen-Schule enthält bei knappem Umfang den Stoff der an Universitäten heute gelehrt diagnostischen und angewandten Psychologie in überraschender Fülle und Vollständigkeit. Wo einzelne Forschungszweige dem besonderen Anliegen des Autors entsprechen, wie etwa die jüngeren Ergebnisse der amerikanischen Fachwissenschaft, die Testverfahren und die Methodik rechnerischer Auswertung von psychodiagnostischen Erhebungen, dort gehen seine Ausführungen erheblich über die Forderungen hinaus, die an eine kompendiöse Übersicht zu stellen wären. Dem Begriff der „Modernen“ Psychologie trägt der Verf. durch Einbeziehung der tiefenpsychologischen Theoriensysteme, der klinischen und der Sozialpsychologie Rechnung. Dem dahin interessierten Arzt kann Tomans geschickte und von vorzüglicher Beherrschung des Gebiets zeugende „Einführung“ bestens empfohlen werden.

Dr. Gollner

## Bekanntmachungen

### Aufforderung

an alle Ärzte und Ärztinnen zur Meldung für die Wählerverzeichnisse bei der Kammerwahl

Die Verfassungsgebende Landesversammlung von Baden-Württemberg hat am 27. Oktober 1953 das Gesetz über die Öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten (Kammergesetz) beschlossen, das im Gesetzblatt für Baden-Württemberg am 14. November 1953 veröffentlicht ist. Nach diesem Gesetz sind die als öffentliche Berufsvertretung zu errichtenden Kammern durch Wahl der Mitglieder zu bilden (§ 9). Wahlberechtigt und wählbar sind alle Berufsangehörigen, die

1. Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind,
2. zur Ausübung ihres Berufs öffentlich ermächtigt sind,
3. im Lande ihren Wohnsitz haben oder ihren Beruf ausüben.

Gemäß § 12 des Kammergesetzes geht die Wählbarkeit durch Entmündigung, Stellung unter vorläufige Vormundschaft, Bestellung eines Pflegers wegen geistiger Gebrechen, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte oder Aberkennung durch berufsgerichtliche Entscheidung verloren.

Zur Vorbereitung der Kammerwahlen werden nunmehr die Wählerverzeichnisse aufgestellt. Alle ärztlichen Berufsangehörigen in Baden-Württemberg, die nicht Mitglieder der Ärztekammern

Nordbaden in Karlsruhe,  
Baden in Freiburg,

Nordwürttemberg in Stuttgart oder  
Württemberg-Hohenzollern in Tübingen  
sind, werden daher aufgefordert, sich umgehend schriftlich zu melden, und zwar

im Regierungsbezirk Nordbaden bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nordbaden, Karlsruhe, Douglasstraße 9;

im Regierungsbezirk Südbaden bei der Geschäftsstelle der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34;

im Regierungsbezirk Nordwürttemberg bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32;

im Regierungsbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Tübingen, Wilhelmstraße 106.

Die Meldung muß enthalten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Art und Ort der derzeitigen Tätigkeit und die gegenwärtige Anschrift.

Der Meldung sind beizufügen: a) eine beglaubigte Abschrift der ärztlichen Approbation, b) die Erklärung, daß ein Verlust des Wahlrechtes oder der Wählbarkeit aus einem der in § 12 des Kammergesetzes aufgeführten Gründe nicht eingetreten ist.

Stuttgart-Degerloch, den 30. Dezember 1953

Landesärztekammer Baden-Württemberg  
Vorläufiger Kammerausschuß  
Prof. Dr. Neuffer, Vorsitzender

# Rheumastift »M«

Capsaicin, Ol. Thereb., Ol. aether., Salbenstiftgrundlage

der hyperämisierende Salbenstift

Indik. Rheumatismus · Lumbago  
Neuralgie · Ischias



OP. DM 1.35

Robugen G.m.b.H. Eßlingen a. N.

## Kongreßkalender

4.—6. März 1954

2. Fortbildungskurs auf dem Gebiet der Rheumatologie in Schlangenbad/Ts. Auskunft und Anmeldung: Chefarzt Dr. Schoger, Schlangenbad/Ts, Römerbad.

12.—14. März 1954

2. Fortbildungskurs in Akupunktur, veranstaltet von Dr. Erich Stiefvater in Waldshut/Baden, im Bahnhofhotel Kraus. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, Ulm/Donau, Sattlergasse 10.

16.—20. März 1954

Kurs für Psychotherapie in Bad Neuenahr in Zusammenhang mit dem 6. Kurs für Naturheilverfahren. Anmeldungen an Dr. med. Graf Wittgenstein, Sanatorium Ebenhausen bei München.

20.—28. März 1954

6. Kurs für Naturheilverfahren in Bad Neuenahr, veranstaltet vom Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren. Anfragen wegen Unterkunft und Anmeldungen zum Kurs an die Kurverwaltung von Bad Neuenahr, Anfragen wegen des Kurses an den Leiter, Dr. med. Haferkamp, Mainz, Schulstr. 13.

20.—22. April 1954

Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH) in Bad Nauheim, Kerckhoff-Institut, mit dem Thema: „Kritische Betrachtung des Herdgeschehens.“ Meldungen zu Einzelvorträgen, Demonstrationen und Übernahme von Diskussionstischen sind zu richten an die Geschäftsführung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung, Frankfurt/Main, Gartenstr. 118.

6.—10. September 1954

3. Internationaler Poliomyelitis-Kongreß in Rom, organisiert von der „International Poliomyelitis Congress“. Der Vorstand des Kongresses beabsichtigt, an alle Personen, die sich tatsächlich für das Gebiet der Poliomyelitis interessieren, eine Einladung ergehen zu lassen.

*Wir bitten die Kollegen, die den Kongreß besuchen wollen, ihre Anschrift der Schriftleitung bis 1. August 1954 bekanntzugeben.*

**Das Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft  
der westdeutschen Ärztekammern  
weist auf folgende Veranstaltungen hin:**

Studienreise nach Frankreich—Spanien 12. April bis 5. Mai 1954.

Studienreise nach Griechenland mit dem Hippokrates-Verlag 14. April bis 4. Mai 1954.

Studienreise zum Thalasso-Therapie-Kongreß in Opatija—Rab—Split—Ragusa 9. Mai bis 25. Mai 1954.

Fortbildungskurs für praktische Medizin in Grado 30. Mai bis 13. Juni 1954.

Medizinisch-balneologische Colloquien in Langeoog 5. Juni bis 26. Juni 1954.

Studienreise nach Österreich und Jugoslawien 9. Juni bis 26. Juni 1954.

Studienreise nach den USA 19. Juni bis 23. Juli 1954.

Medizinisch-balneologische Colloquien in Langeoog 4. September bis 25. September 1954.

Studienreise nach New York und Washington zum Besuche der Internationalen Kongresse für Pathologie, Kardiologie und Ophthalmologie Anfang September 1954.

Fortbildungskurs für praktische Medizin in Meran 12. September bis 26. September 1954.

Studienreise zum Internationalen Tuberkulose-Kongreß in Madrid mit Rundreise: Nordafrika, Kanarische Inseln, Madeira und Portugal September/Oktober 1954.

Studienreise nach Indien November 1954.

Hierzu erschien ein Sammelprospekt mit näheren Einzelheiten. Ausführliche Prospekte erschienen bislang über die Studienreisen nach Griechenland, Frankreich—Spanien und Österreich—Jugoslawien.

Bestellungen dieser Prospekte und Anfragen sind zu richten an: Kongreßbüro, Bundesärzthehaus, Köln 1, Brabanter Straße 13.

## Studienfahrten deutscher Akademiker

Zum erstenmal nach dem Kriege findet vom 24. April bis zum 10. Mai 1954 auf einem eigens gecharterten, 1952 erbauten 3000-t-Schiff eine Fahrt zu den Griechischen Inseln, nach Kleinasien und Konstantinopel statt. Die Reise beginnt in Venedig und führt an der dalmatinischen Küste entlang mit Besuch von Split und der Bucht von Cattaro zunächst nach Pyrgos und von hier aus nach Olympia. Kreta wird angelaufen, es folgen Santorin und Rhodos. Danach geht es über Smyrna zu einem mehrtägigen Aufenthalt in Konstantinopel. Die Rückfahrt erfolgt über Delos zum Piräus mit Athen und durch den Kanal von Korinth nach Korfu sowie über Ragusa und Pola wieder nach Venedig.

Außerdem geht vom 20. März bis 6. April eine große Reise nach Algerien, die neben den römischen Altertümern (Tipasa, Cherchell, Djemila, Lambese, Timgad) die Oasen der Wüste Sahara (Biskra, Touggourt, Ghardaia, Laghouat, Bou-Saada) aufsucht.

Programme, Auskunft und Anmeldung beim Leiter der Fahrten:

Universitätsprofessor Dr. Artur Kutscher,  
München 33, Postfach 5.

**Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie  
für Staatsmedizin in Düsseldorf**

Der 16. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf beginnt im April und endet mit dem 31. Juli 1954.

Anmeldungen zur Teilnahme an diesem Lehrgang werden unter gleichzeitiger Vorlage der nachbezeichneten Unterlagen

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| a) Approbationsurkunde als Arzt,  | } in beglaubigter<br>Abschrift |
| b) Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer deutschen Universität   |                                |
| c) eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach Erlangung der Approbation darzulegen sind |                                |
| d) Paßbild aus letzter Zeit   |                                |

bis zum 15. März 1954 erbeten.

Nach diesem Zeitpunkt eingehende Anmeldungen können nur bei Vorliegen triftiger Gründe berücksichtigt werden.

Prospekte können bei dem Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Landeshaus, Bergerallee, angefordert werden.

## Die Einziehung von Seren und Impfstoffen

wird im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 3 vom 13. Januar 1954 bekanntgegeben.

# A-gen

ein neuartiges Antikonzipiens  
auf fermentchemischer Grundlage

RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

- g) Zahnextraktionen werden nach der zahn-  
ärztl. Gebührenordnung verrechnet.
- h) Die Ertragsstaffelkürzung wird abgeän-  
dert. Künftig wird gekürzt  
zwischen DM 4 001.— und 5 500.— um 10 %  
zwischen DM 5 501.— und 7 000.— um 20 %  
zwischen DM 7 001.— und 8 000.— um 35 %  
über DM 8 001.— um 50 %.
- i) Die Beschlüsse zu a, b, c—h treten mit Wirkung vom  
1. Oktober 1953 in Kraft.
3. Der Rechtsberater der KV referiert über Vorschläge  
zur Änderung der Satzung der KV und für  
eine Wahlordnung. In eingehender Beratung wird  
über die neue Satzung und eine Wahlordnung Beschluß  
gefaßt. — Auf je 50 ordentliche Mitglieder wird künftig  
ein Abgeordneter entfallen; mehr als 30 weiteren Mit-  
gliedern im Kreis steht ein weiterer Abgeordneter zu.  
Kleinere Kreisärzteschaften haben mindestens einen  
Abgeordneten. Die außerordentlichen Mitglieder wäh-  
len unter sich insgesamt 3 Abgeordnete.  
Die Satzungsänderung und Schaffung einer Wahlord-  
nung für unseren Bereich war notwendig geworden,  
weil das längst erwartete „Gesetz zur Regelung der  
Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“  
immer noch nicht verabschiedet und damit eine Rege-  
lung auf Bundesebene noch nicht möglich ist.
4. Dr. Rieger und Hauptgeschäftsführer Stein berichten  
über die Erweiterungs- und Umbauten im Ärztehaus  
sowie über die Revision der Buchführung 1952. Sie  
wurde in Ordnung befunden. — Die Versammlung be-  
auftragt drei Kollegen, der nächsten Abg.-Versammlung  
Namen für die drei Gebäude des Ärztehauses vor-  
zuschlagen.
5. Dieselben Referenten erläutern den Haushaltplan  
1954. Er wird genehmigt.
6. Kreisärzteschaften, die mit ihren Verwaltungszu-  
schüssen nicht auskommen und Erhöhung beantragen,  
sollen künftig eine Abrechnung über die Verwendung  
der bisherigen Zuschüsse beifügen.
7. Dr. Schwoerer berichtet über die neue Sozial-  
gerichtsbarkeit. Der Vorstand hat der Behörde  
kurzfristig Vorschläge hinsichtlich der ärztlichen Sozial-  
richter unterbreiten müssen. Die Versammlung billigt  
diese Vorschläge:  
Dr. Dobler, Schorndorf  
Dr. Giebel, Stuttgart für das Landessozialgericht  
Dr. Osterhage, Wiesensteig  
Dr. Rupp, Fellbach  
Dr. Ilse Reinhardt, Stuttgart  
Dr. Krippner, Bad Mergentheim  
Dr. Bertheau, Ludwigsburg  
Dr. Burger, Ulm/D.
8. Richtlinien für die Genehmigung von  
Vertretern und Assistenten in der Kassen-  
praxis werden beraten und in vorläufiger Formulierung  
beschlossen.
9. Zulassungsausschuß. Für den Fall, daß  
Dr. Giebel Mitglied des künftigen Sozialgerichts wird,  
wird an seiner Stelle vorsorglich Dr. Merkel dem Zu-  
lassungsausschuß zugewählt. Weitere Mitglieder:  
Dr. Benz, Dr. Anhegger.  
Dem Berufungsausschuß gehören an: Dr. Bis-  
singer, Dr. Diederich sowie ein nichtzugelassener Arzt,  
der vom Vorstand aus Vorschlägen der nichtzugelassenen  
Ärzte noch auszuwählen sein wird.  
Ersatzmänner für den Berufungsausschuß: Dr. Jerg,  
Dr. Jesse.  
Die ärztlichen Mitglieder der o. a. Ausschüsse bilden  
zugleich den Beteiligungs- bzw. Berufungsausschuß für  
die Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis.
10. Verschiedenes. Dr. H.

## Bericht

über die 18. außerordentliche Sitzung des Vorstandes der  
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 6. Januar 1954,  
15—20.05 Uhr

1. Das britische Generalkonsulat hat angefragt, ob hier  
Interesse bestünde für einige von britischen Gelehr-  
ten zu haltende Vorträge. — Der Vorstand würde es  
begrüßen, wenn einzelne solche Vorträge in dem Rahmen  
einer Fortbildungsveranstaltung einbezogen werden könnten.  
Als Themen werden vorgeschlagen: „Krankheit und Zivili-  
sation“ und „Friedliche Anwendung der Atomenergie“.
2. Der Präsident des hiesigen Landgerichts hat sich über  
die Ärztlichen Zeugnisse ausgelassen, die den Ge-  
richten zur Entschuldigung für das Fernbleiben Geladener  
vorgelegt werden. Diese Zeugnisse wirken offenbar nicht im-  
mer ganz überzeugend. Auf die Angabe der Diagnose wird  
vom Gericht besonders Wert gelegt. — Der Vorstand ist der  
Ansicht, daß Zeugnisse ganz allgemein mit großer Sorgfalt  
und gewissenhaft ausgestellt werden müssen. Die Diagnose  
kann bei Einwilligung des Patienten aufgeführt werden; ist  
dies in besonderen Fällen unerwünscht, so besteht die Mög-  
lichkeit, das Gesundheitsamt zu beteiligen und auf beson-  
derem Anschreiben die Diagnose dorthin mitzuteilen. Der  
Amtsarzt kann dann nach Kenntnisnahme und Zustimmung  
das Zeugnis mit dem amtlichen Stempel versehen und damit  
etwaige Zweifel oder Bedenken des behördlichen Empfängers  
ausschalten. — Dieser und andere Vorgänge geben Veranlas-  
sung, demnächst das Zeugniswesen in einem Rundschreiben  
eingehend zu erörtern, um so die Kollegen vor Beanstan-  
dungen nach Möglichkeit zu schützen.
3. Der ärztliche Geschäftsführer Dr. Krahn  
nimmt jetzt die Geschäfte der Landesärztekammer wahr. Er  
wird aus diesem Grunde ab 1. Januar 1954 ohne Gehalt  
beurlaubt, bis seine Anstellung ebendort vertraglich geregelt  
ist. — Bis zur Anstellung eines Nachfolgers erklären sich auf  
Bitten des Vorstandes Dr. Dobler und Dr. Knospe be-  
reit, einen Teil der Geschäfte zu führen. Einen anderen Teil  
übernimmt Dr. Carl.
4. Ehrenratsangelegenheiten.
5. Aussprache über den gegenwärtigen Stand der Alters-  
versorgung.

## Bericht

über die 94. Sitzung des Vorstandes der KV  
Landesstelle Württemberg am 12. Januar 1954  
(19—1 Uhr)

1. Nochmalige Beratung und endgültige Redaktion des  
Entwurfs einer Satzung für die KV, Be-  
zirk Nordwürttemberg. Der Entwurf wird in  
der jetzt gewonnenen Fassung an das Arbeitsministerium  
weitergeleitet mit der Bitte um Genehmigung.
2. Der Entwurf für eine Disziplinarordnung  
der KV wird eingehend beraten, teilweise abgeändert  
und dann genehmigt.
3. Der Entwurf für eine Wahlordnung der KV  
— im Grundsätzlichen von der Abgeordnetenversamm-  
lung genehmigt — wird ebenfalls nochmals genau durch-  
gesprochen und in zahlreichen organisatorischen Einzel-  
heiten überarbeitet.
4. Ansprache über den Stand der Vorarbeiten für die Al-  
tersversorgung. Dr. H.

## Bericht

über die 95. Sitzung des Vorstandes der KV  
Landesstelle Württemberg am 21. Januar 1954  
(19—0.15 Uhr)

1. Aussprache über die neue Zulassungsordnung  
und ihre Geschäftsordnung. Der Vorstand be-  
schließt, bei dem Zulassungsausschuß den Antrag zu

Bei Kopfschmerz infolge gestörter Vasomotorik

**ergo sanol**

kupiert

den Schmerz

- stellen, daß den Kreisärzteschaften die Teilnahme an den Verhandlungen wie bisher möglich bleiben soll.
- Eingehende Beratung der Richtlinien für die Genehmigung von Assistenten und Vertretern in der Kassenpraxis. Sie werden noch bekanntgegeben werden.
  - 16 Anträge auf Genehmigung eines Assistenten oder Vertreters werden beraten und entschieden. Zur Zeit haben etwa 4% der Kassenärzte eine solche Genehmigung. Dieser Prozentsatz erscheint tragbar.
  - Beratung über einen Antrag der Arbeitsgemeinschaft mediz.-diagnostischer Institute. Der Antrag wird genehmigt.
  - Mit der Firma Bosch schweben seit längerer Zeit Verhandlungen wegen der von dort gewünschten Honorierung gewisser Leistungen der werkärztlichen Station. — Eine Abrechnung von Röntgen-, EKG- und anderen diagnostischen Leistungen ist nach Auffassung des Vorstandes nicht möglich. Dagegen sollen elektrophysikalische Sachleistungen nur für Mitglieder der Betriebskrankenkasse nach vorheriger Verordnung durch den jeweiligen Kassenarzt versuchsweise auf Kosten des Gesamtpauschales abgegeben werden dürfen. Im Kopfpauschale der Betriebskrankenkasse wird dieses Zugeständnis entsprechend berücksichtigt werden müssen. — Diese Regelung ist befristet bis 30. September 1954, bei vierteljährlicher Kündigungsfrist.
  - Manche Kassenärzte liefern ihre Abrechnungsunterlagen ohne Begründung ein, sogar mehrere (!) Vierteljahre zu spät ab und erschweren damit das Abrechnungsgeschäft außerordentlich. Der Abgeordnetenversammlung werden Vorschläge unterbreitet werden, wie in solchen Fällen künftig verfahren werden soll.
  - Ärztliche Tätigkeit in den Müttererholungsheimen Bad Ditzgenbach, Huzenbach und Rothof kann nur in besonderen einzelnen Erkrankungsfällen mittels Krankenschein, also aus dem Gesamtpauschale, honoriert werden. Grundsätzliche Mitgabe eines Kranken- oder Überweisungsscheines ist nicht statthaft. Die Honorierung der Aufnahmeuntersuchungen und der üblichen ärztlichen Überwachung ist Sache der Anstaltsträger.
  - Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des KV-Ausschusses Baden-Württemberg in Tübingen am 16. Januar 1954, Prof. Dr. Neuffer über diejenige des Kammerrats Ausschusses Baden-Württemberg in Baden-Baden am 20. Januar 1954. Beide Ausschüsse befaßten sich vor allem mit der Altersversorgung; sie haben sich beide dafür ausgesprochen, daß jeder Landesteil eine eigene Versorgungsanstalt errichtet, die sich dann ihre eigene, auf ihre besonderen Verhältnisse zugeschnittene Satzung geben kann.
  - Verschiedenes.

Dr. H.

**Bericht**

über die 96. Sitzung des Vorstandes der KV  
Landesstelle Württemberg am 26. Januar 1954  
(19—23.30 Uhr)

- Dem Antrag eines Apothekers auf Beteiligung seines Laboratoriums an der kassenärztlichen Gesamtvergütung kann nicht zugestimmt werden. Wenn nicht besondere Gründe vorliegen, sind aus

dem Pauschale nur ärztliche Leistungen zu vergüten.

- Dr. Schwoerer beendet seinen Bericht über die Sitzung des KV-Ausschusses Baden-Württemberg in Tübingen am 16. Januar 1954. — Der Vorstand vertritt — wie schon früher — den Standpunkt, daß die gemäß den Richtlinien des Vertriebenenministeriums nach § 70 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes zugelassenen Ärzte auch nach der Zulassung nicht auf die Verhältniszahl anzurechnen sind, solange die Verhältniszahl nicht geändert ist. — Diese Stellungnahme soll dem Zulassungsausschuß übermittelt werden; dem KV-Ausschuß ist davon Kenntnis zu geben.
- Hauptgeschäftsführer Stein berichtet über eine Besprechung mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen am 18. Januar 1954. Die Senkung des Arzneikostendurchschnittes wird als dringliches Problem empfunden. — Zur Neugestaltung des Krankenscheines (Abrechnungsschema) wird eine kleine Kommission gebildet unter Beiziehung eines Vertreters der Zahnärzteschaft. — Der Wunsch, wieder Honorarverhandlungen einzuleiten, findet zunächst wenig Gegenliebe.
- Dr. Benz berichtet über eine Sitzung des Belegarztausschusses.
- Dr. Rieger: Bericht über die Sitzung des Röntgen-Ausschusses am 20. Januar 1954 im Ärztehaus. — Für neuzugelassene Ärzte soll ein Merkblatt über das Röntgenwesen herausgegeben werden, um die Ärzte vor Schaden zu bewahren. — Der Vorschlag, die Röntgenunkosten künftig nach 4 (statt bisher 3) Apparateziffern zu vergüten, wird aufgenommen (40—60—75—90%). — Der Röntgen-Ausschuß wird außerdem gebeten, nunmehr — wie schon früher angeregt — einen Unkosten-Organitarif auszuarbeiten. — Der Ausschuß schlägt vor, praktische Ärzte auch für zwei Teilgebiete der Röntgenologie zuzulassen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Der Vorstand schließt sich diesem Vorschlag an.
- Im Falle der Verhinderung von Dr. Teschendorf wird Dr. Schaaf gebeten, den Vorsitz im Röntgen-Berufungsausschuß zu führen; als weiteres Mitglied soll dann Dr. Kuch beigezogen werden.
- Beratung über die Verpflichtung eines neuen Rechtsberaters für die KV.
- Dr. Benz: Das Kopfpauschale bei der Bundesbahnbetriebskrankenkasse ist mit Wirkung ab 1. Juli 1953 um ca. 10% erhöht worden.
- Dem Vorstand liegt ein Fragebogen einer Krankenkasse vor, der bei Wochengeldbezug ausgefüllt werden soll. Er enthält Fragen, die zu sehr ins einzelne gehen und sachlich nicht gerechtfertigt scheinen. Den Landesverbänden soll diese unsere Auffassung mitgeteilt werden.
- Verschiedenes.

Dr. H.

**Professor Grahe zum Gedenken**

Am 16. Oktober 1953 starb der ehemalige Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Katharinenhospitals Stuttgart, Herr Prof. Dr. med. Karl Grahe, in seinem Haus der Gastlichkeit und Musikfreudigkeit am Kräherwald, wo er bis zuletzt Praxis ausübte.

Er hatte den glücklichsten Tod eines Arztes. Nach einem langen Tag der Arbeit an seinen Patienten nahm ihm der Wohlvertraute, mit dem er so oft gerungen, die Instrumente aus der Hand. So hatte er immer zu sterben gewünscht. Doch Welch steiniger Weg führte zu diesem letzten Glück! Der

**DAS FLÜSSIGE SCHLAFMITTEL**

# PRO DORM

**CHEM. FABRIK SCHÜRHOLOZ KÖLN-ZOLLSTOCK**

Individuelle Dosierbarkeit  
Kleinere, unangenehme Nebenwirkungen  
Mittlerer Dosis starke und nachhaltige  
Schlafwirkung

1 cm 11 Tropfen: 0,1 Diäthylbarbituride  
0,015 Phenylbarbituride  
0,01 Diäthylbarbituride  
0,02 Ammoniumbromid

Tropf-Flasche von 6 cm DM 1,35 n. U.  
" " 10 cm DM 1,95 n. U.

Tabletten

1 Tablette 0,25 Diäthylbarbituride  
0,015 Phenylbarbituride  
0,015 Diäthylbarbituride  
0,015 Ammoniumbromid

2 Stücken 10 Tabletten DM 0,70 n. U.

Amphollet zu 1,7 cm  
20%ige Lösung von Phenylbarbituride,  
Diäthylbarbituride, Diäthylbarbituride mit  
10% Natriumbromid

Schachtel zu 5 Amphollet DM 2,25 n. U.



# Expectal

## TROPFEN

Intensiv wirkendes Expectorans

sekretolytisch, sekretomotorisch

O. P. 25 g Expectal-Tropfen

und sedativ wirksam

DM 1,20

25 g Expectal-Tropfen:

0,05 g Mol. Verb. aus

Codein- und Dipropyl-

barbitursäure,

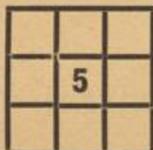
Kal. sulfoguaicol.

Extr. Thymi fluid.

Aromatika



TROPONWERKE  
KÖLN-MÜLHEIM



### Reklame- Preis Ausschreiben!

Die Zahlen 1-9 sind so in die obenstehenden Kästchen einzusetzen, daß jede Reihe, waagrecht und senkrecht und schräg zusammen 15 ergibt.

**DM 10000.-** in Werten verteilen wir ohne Ausspielung unter Aufsicht eines bestellten Notars gleichmäßig unter die richtigen Löser zur Werbung für unser Versandhaus.

Alle richtigen Löser erhalten also einen Preis, und außerdem erhalten diejenigen Einsender, die nicht richtig gelöst haben, garantiert einen Trostpreis von gutem Gebrauchswert.

— Das alles geht auf Kosten unserer Firmenreklame —

**BEDINGUNGEN:** Die Lösung ist sofort einzusenden und verpflichtet zu nichts. Der Versand der Preise erfolgt innerhalb von 14 Tagen ab Rheine/Westf. Senden Sie das ausgeschnittene Inserat mit den ausgefüllten Kästchen auf ein Blatt Papier aufgeklebt oder beigelegt in einem verschlossenen Briefumschlag (22 Pfennig Porto) ein und vermerken Sie dabei bitte Ihre deutliche Adresse, auch auf dem Briefumschlag. — Falls Eingangsbestätigung erwünscht wird, sind 10 Pfennig in Briefmarken für Unkosten beizufügen.

Mundus-Versand K.G. - Rheine/Westf. - Markt 4

## Unübertroffen gegen raue Hände



W 02425

## Blut-Regeneration

durch

**Aegrosan-**  
Ferro-Calcium-Saccharat

Anämie  
Kachexie  
Neurasthenie  
Rekonvaleszenz

Tropfendosierung  
daher äußerst sparsam

JOHANN G.W. OPFERMANN & SOHN, BERGISCH GLADBACH

Zur Asthma-Therapie  
das bewährte Kombinationspräparat mit optimaler Wirkung

# Bronchalen

Tabletten, Suppositorien, Inhalat, Ampullen



VORM. THYMODROSIN GES. ARZNEIMITTELFABRIK  
BAD GODESBERG/RH.

**AZOANGIN**  **NEO-AZOANGIN**

ANGINEN, DI. MASERN, SCHARLACH STOMATITIS, CYSTITIS ERPROBT BEWÄHRT GRIPPE INFLUENZA

DR. MED. HUBOLD & BARTSCH, HAMBURG 1 KEINE RESISTENZ PHARMACOLOR GMBH., SANDKRUG i Oldbg.

## STENOTAPE

die

**DIKTIERMASCHINE**  
und Wechselsprechanlage  
für den Röntgenologen und Arzt

**ERNST DROST** Diktier-Maschinen  
Stuttgart N, Königstraße 10 - Telefon 96915

## Mastopathie und Milchdrüsenkrebs

VON PROF. DR. GEORG E. KONJETZNY  
ehem. Direktor der Chirurg. Universitätsklinik Hamburg

Zweite, umgearbeitete und ergänzte Auflage von  
„Pathologie, Klinik und Behandlung der Masto-  
pathie“.

Mit 48 Abbildungen. 1954. VII, 140 Seiten. Geh.  
DM 22.—, Ganzl. DM 25.—.

FERDINAND ENKE · VERLAG · STUTT GART

## TACHALGAN

i. v. u. i. m.

Labopharma Berlin W. 35

Lumbago, Ischias, Gallenblasenentzündung

3 Ampullen 5 ccm . . . . .	1,90 DM
10 Tabletten . . . . .	0,70 DM
20 Tabletten . . . . .	1,15 DM

*Drei Jahrzehnte bewährt*

## Grundlagen der körperlichen Erziehung

VON PROFESSOR DR. FRANZ SCHEDE  
Chefarzt der Orthopädischen Klinik Sanderbusch, Oldenburg.

Dritte, umgearbeitete Auflage. Mit 73 Abbildg. 1954. VII, 157 Seiten. Kart. DM 12.80.

FERDINAND  
ENKE  
VERLAG  
STUTT GART

## Lehrbuch der Arbeitshygiene

Band I: Allgemeine Physiologie und Hygiene der Arbeit  
Von Ministerialrat Prof. Dr. Dr. med. Franz Koelsch, München

Dritte, neu bearbeitete Auflage  
1954, VII, 426 Seiten. Geh. DM 46.—, Ganzl. DM 49.—.

FERDINAND  
ENKE  
VERLAG  
STUTT GART

## Die Erkrankungen der Wirbelsäule

VON PROF. DR. KURT LINDEMANN Anastift Hannover  
DR. HANS KUHLENDAHL Neurochirurg an der Chir. Klinik der Med.  
Akademie, Düsseldorf

Mit 114 Abb. 1953. XII, 370 Seiten. Geheftet 46.— DM. Ganzleinen 49,20 DM

FERDINAND  
ENKE  
VERLAG  
STUTT GART



# Chinin- Veralgit

- Grippe u. Erkält.-Infekte (virotop)
  - kupierend, falls im Beginn genom.
  - verhütend, „vorher“ „ „
  - analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)
- Dragées

Tod eines geliebten Sohnes, die Beschlagnahme seines Hauses, Enttäuschungen aller Art untergruben seine Gesundheit ernstlich.

Am 26. April 1890 in Stadtoldendorf bei Braunschweig geboren, verlor er schon mit 10 Jahren seinen Vater, den Schuldirektor Karl Grahe. Der frühe Tod seines Vaters mag ihn mitbewogen haben, sich trotz großer musikalischer Fähigkeiten dem Medizinstudium zuzuwenden. Doch bewies er auch hier bald eine hervorragende Begabung. Über eine gründliche Ausbildung in Pathologie und Innerer Medizin kam er schließlich zu seinem eigentlichen Lehrer, Prof. O. Voss, Frankfurt a. M., und damit zur Otologie, zu der er sich als hochmusikalischer Geiger besonders hingezogen fühlte. Die Grahesche Drehschwachreizprüfung wurde entwickelt, der Lagetisch konstruiert und jene subtile chirurgische Technik erworben, die Grahe in Stuttgart berühmt machte. Schon 1928 zum a.o. Professor ernannt, bedurfte er aber fünf Jahre des Wartens und Kämpfens, bis sich eine eigene und endgültige Wirkungsstätte finden ließ. Trotz größter Liebe zu Universität und Lehrbetrieb wählte er Stuttgart vor Prag, da ihn dort ein ganz besonderer Auftrag erwartete: die Schaffung eines modernen Fachkrankenhauses ganz nach eigenen Plänen. Diese neue Hals-Nasen-Ohrenklinik, die 1937 der Öffentlichkeit übergeben wurde, stellte in bezug auf die klinisch-diagnostischen, operativen und physikalisch-therapeutischen Einrichtungen etwas Einmaliges dar. Ein Novum für ganz Europa, von Kommissionen vieler Länder besichtigt, war die Klimatisierung des gesamten Hauses zu Therapie-zwecken mit Feucht- und Trockenkammern, allergiefreien Räumen, Über- und Unterdruckkammern. Grahe verwirklichte hier einen neuen medizinischen Begriff, den der „Luftdiät“, und bewies, daß er nicht nur Fachgelehrter, sondern wie alle großen Kliniker der Ganzheitsmedizin verschrieben war.

Viel Ehrungen wurden diesem außergewöhnlichen Manne zuteil. Wozu sie alle aufzählen? Schwerer wiegt die Liebe und das treue Angedenken, das ihm seine vielen tausend Patienten, die Angehörigen, Freunde und Schüler über den Tod hinaus bewahren werden.

R. Gruner.

#### 50jährige Doktorjubiläen

Professor Dr. Alfred Mandler, Ulm, feiert am 3. März sein 50jähriges Doktorjubiläum. Der fast 75jährige Kollege ist seit 1906 in Ulm und begründete 1911 die chirurgisch-orthopädische Privatklinik Johanneum, die er bis vor wenigen Jahren persönlich leitete. In den mehr als vier Jahrzehnten ihres Bestehens erwarb sich die Mendlersche Klinik einen hervorragenden Ruf weit über die Grenzen Ulms hinaus. Professor Mandler genießt ein hohes Ansehen als Chirurg und Orthopäde voll reicher Erfahrung und schöpferischer Initiative. Diese fachlichen Qualitäten sind gepaart mit einer tief-menschlichen, urwüchsigen Art und mit einer reifen künstlerischen Begabung als Maler. Unsere herzlichsten Glückwünsche gelten dem Jubilar, dessen viele Kollegen und zahllose Patienten in Dankbarkeit gedenken.

Am 15. März 1954 feiert Dr. med. Fritz Hartmann in Kirchheim/Teck sein 50jähriges Arztjubiläum. Gebürtiger Stuttgarter, war Hartmann stets aufs engste mit seiner Vaterstadt verbunden und verbrachte dort auch seine Assistentenjahre, fünf viertel Jahre bei Burkhardt im Ludwigspital und zweieinhalb Jahre als Augenarzt bei Distler. Er sattelte dann um zur Gynäkologie und Geburtshilfe, die fortan sein berufliches Leben voll und erfolgreich ausfüllte. Nach vierjähriger Tätigkeit als Oberarzt der Landeshebammschule ließ sich Hartmann 1912 als Frauenarzt in Stuttgart nieder und übernahm 1914 als leitender Arzt das Entbindungshaus Mayer in der Schönleinstraße. Sein großes ärztliches Können und seine

besonnene und sichere Art erwarben ihm das Vertrauen weiterer Kreise in Stadt und Land. Nach Kriegsausbruch folgte dann eine zwölfjährige Tätigkeit als Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt in Stuttgart.

Der Verlust des einzigen Sohnes, der 1943 in Italien fiel, war ein harter Schlag für Dr. Hartmann und seine Gattin, und 1944 mußte er bei einem Bombenangriff noch das Opfer seiner Praxis bringen. Über die Schwere seines Schicksals hilft ihm nur die Musik hinweg, der er sich in den Tagen seines Alters mit großer Hingabe widmet. Seine vielen Freunde und Kollegen sprechen Dr. Hartmann ihre herzlichsten Glückwünsche zu seinem Jubiläum aus und wünschen ganz besonders, daß ihm seine immer noch jugendliche Frische des Geistes und Körpers recht lange erhalten bleiben möge.

#### Dr. med. Hans Hauser — 70 Jahre alt

Am 1. Februar 1954 feierte Herr Dr. med. Hans Hauser, Ulm, seinen 70. Geburtstag. — Nach Absolvierung des Reutlinger Gymnasiums widmete er sich dem medizinischen Studium an den Universitäten Tübingen, Kiel und München. Nach dem Staatsexamen war er zwei Jahre lang Assistenzarzt bei Geheimrat Dr. Doederlein und anschließend an der Frauenklinik der Universität Rostock. Dort wurde er 1913 Oberarzt, erster Lehrer an der Landeshebammanstalt und habilitierte sich für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe. Während des 1. Weltkrieges war Dr. Hauser bei Sanitätskompanien und Feldlazaretten eingesetzt. Seit 1919 ist er in Ulm niedergelassen und leitet die geburtshilflich-gynäkologische Station an der Diakonissenanstalt Bethesda.

Durch seine hervorragenden ärztlichen Fähigkeiten, vor allem auch auf operativem Gebiet, und durch seine frische, ungezwungene Art erfreut er sich reichen Vertrauens und großer Beliebtheit. Seinen Beruf übt Herr Dr. Hauser in ungebrochener ärztlicher Schaffenskraft mit aller Hingabe aus. Dem Jubilar gelten unsere herzlichsten Wünsche: Ad multos annos!

#### Geburtstage

- Am 7. März 1954  
Dr. Heinrich Guthmann, Bad Mergentheim, 80 Jahre
- Am 8. März 1954  
Dr. Johann Hartmann, Murrhardt, 75 Jahre
- Am 9. März 1954  
Prof. Dr. Carl Römer, Stuttgart, 70 Jahre
- Am 12. März 1954  
Dr. Rudolf Mayer-List, Stuttgart, 85 Jahre
- Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

#### Wir trauern um unsere Toten

- Dr. Helferich, Friedrich, Stuttgart  
geb. 31. 3. 1888, gest. 5. 1. 1954
- Dr. Fessler, Karl, Stuttgart-Untertürkheim  
geb. 17. 5. 1921, gest. 19. 1. 1954
- Ob.Med.Rat Dr. Notz, Ferdinand, Waiblingen  
geb. 21. 1. 1892, gest. 20. 1. 1954
- Dr. Meng, Hermann, Stuttgart  
geb. 28. 8. 1895, gest. 26. 1. 1954
- Dr. Hammer, Curt, Heilbronn  
geb. 4. 1. 1893, gest. 28. 1. 1954



# Lax 88

bei Obstipation mit Spasmen oder Darmatonie

DM -.85

25 DRAGEES

## ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

### Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

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

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

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

Außerdem ist ein kurzer Lebenslauf beizufügen, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über fünf Jahre auf dem Lande niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher

Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden. Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45, Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Spaichingen	prakt. Arzt
Wangen	prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes, also bis zum 5. März 1954, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

### Nachruf

Am 23. Januar 1954 verstarb an einem schweren Leiden die von uns allen sehr geschätzte Kollegin, Fräulein Dr. Gertrud Himmelreicher, im 64. Lebensjahr. Sie war in Friedrichstal bei Freudenstadt geboren, studierte an der Universität Tübingen, wo sie im August 1914 ihr Staatsexamen ablegte. Von 1914—1916 vertrat sie in der Gemeinde Besigheim die beiden zum Militärdienst eingezogenen Kollegen.

Vom 1. September 1916 bis August 1920 war sie Assistenzärztin in der Hals-Nasen-Ohrenklinik in Tübingen und am Städt. Krankenhaus in Chemnitz. Vom 1. September 1920 bis zu ihrem Tode führte sie eine Allgemeinpraxis in Tübingen und wurde von ihren Patienten sehr verehrt. Ihre allgemeine Schätzung kam dadurch zum Ausdruck, daß sie von 1946 bis zu ihrem Tode als Stadträtin dem Tübinger Stadtparlament angehörte, wo sie sich besonders für die Belange der sozial Bedürftigen einsetzte. Im ärztlichen Kreisverein, dem sie ein treues Mitglied war, war sie lange Jahre Kassenwart.

Schlicht wie sie im Leben war, so wünschte sie von hier zu scheiden und bestimmte, daß nach ihrem Tode ihre Einäscherung in aller Stille stattfinden solle.

Wir alle werden Gertrud Himmelreicher in gutem Gedächtnis behalten.

Ärztlicher Kreisverein Tübingen

## Abseits

Albert Schweitzer

Eine Säule über dem Trümmerfeld,  
Eine Insel in den Stromschnellen,  
Trost im Verfall,  
Reine Flamme der Menschlichkeit,  
Flamme, die leuchtet und wärmt —  
Wie klein sind die großen Männer  
Mit ihren klirrenden Taten,  
Er aber rührt das Herz an.

Helmuth Richter

## Neue Arzneimittel

„AURUBIN“

das erste perorale Kausal-Therapeutikum bei  
Polyarthritiden  
Arthrosen  
Psoriasis  
Lupus erythematodes.

Handelsformen: 1 O.P. enthält 100 Dragées (je 50 Dragées I und II).

Gebrauchsanweisung: Bei der Herstellerfirma verlangen.

Verbraucherpreis: DM 28.90 m. U.  
DM 27.75 o. U.

Herstellerfirma: TERRAPHARM-G.m.b.H. Heidelberg-Ziegelhausen.

### Uzaril-Campher-Dragees

Zusammensetzung: Uzaron 0,0175, Extr. Belladonnae 0,015, Camphora 0,04, Ac. phenylaethylbarbitur. 0,03, Corynin 0,0015.

Kombination von Uzaril mit dem kreislaufwirksamen Laurineenkampfer und dem sympathicolytisch wirkenden Alkaloid Corynin.

Indikationen: Vegetativ-dystone Störungen, bei denen Symptome von seiten des Kreislaufs, speziell des Herzens, im Vordergrund stehen: „nervöse Herzbeschwerden“, auf vegetativ-dystoner Grundlage (Basis) wie Herzklopfen, Herzschmerzen, Herzstiche, Irregularitäten der Herztätigkeit, „Herzbeklemmung“, Pseudo-angina pectoris, gastrocordialer Symptomenkomplex.

Dosierung: 2—4mal tgl. 1 Dragée.

Preis: 25 Dragées zu 0,35 g DM 1.90 o. U.

Hersteller: Uzara-Werk, Melsungen.

*Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Oeibion“; Ciba Akt. Ges., Wehr/Baden über „Privin—Antistin-Privin“; Uzara-Werk, Melsungen, über „Uzaril“; Dr. Gerhard Mann, West-Berlin, über „Salicutan“; C. F. Asche & Co. A. G., Hamburg, über „Mydalgan-Balsam“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Solpyron“.*

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. 75-77. — Ausgabe Februar 1954. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.