

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

9 (1.9.1954)

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 9

STUTTGART, SEPTEMBER 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Die tatsächliche Honorierung der kassenärztlichen Tätigkeit, von Dr. med. M. Mayer	181	Kurznachrichten	193
Der Verschwiegenheitsanspruch des Kranken (Schluß), von Dr. med. B. Kern	182	Bekanntmachungen	194
Zum Thema „Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber“, von Dr. med. Groeschel	187	Nord-Württemberg	200
Zum Regelbetrag, von Dr. med. P. Strotkötter	188	Württemberg-Hohenzollern	202
Eingesandt	192	Nordbaden	202
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	192	Südbaden	204
		Abseits	204
		Neue Arzneimittel	204

Die tatsächliche Honorierung der kassenärztlichen Tätigkeit*

von Dr. med. Manfred Mayer

Leiter der Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft

Die Höhe des kassenärztlichen Einkommens war in der letzten Zeit mehrfach Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen wurden hierbei wiederholt Zahlenangaben gemacht, die ein falsches Bild von der Höhe des kassenärztlichen Realeinkommens vermitteln. So sprach vor kurzem der Geschäftsführer des Verbandes der Betriebs-Krankenkassen, Dr. Alexander, von einem durchschnittlichen Bruttoverdienst der Kassenärzte Nordrhein-Westfalens von 22 000.— DM jährlich. Im Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart für 1953 wird angegeben, daß das Pauschalhonorar dieser Krankenkasse auf den einzelnen Arzt umgerechnet 15 303.— DM pro Jahr betrage. Bei dieser letzten Berechnung wurde außer acht gelassen, daß der Pauschalbetrag, den die Pflichtkrankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung überweisen, zunächst dazu dienen muß, die Kosten für die ambulante Untersuchung und Behandlung der Versicherten in den Krankenhäusern zu decken. Nach Abzug dieser Beträge, die nicht in die Tasche der Kassenärzte, sondern in die Tasche der Krankenhausverwaltungen fließen, verbleibt ein Pauschalbetrag, der zur Verteilung an die Kassenärzte zur Verfügung steht. Es erscheint uns absolut notwendig, an Hand von exaktem Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg die tatsächlichen Einkommensverhältnisse der Kassenärzte nüchtern und sachlich darzulegen, da nur so verstanden werden kann, warum die Ärzteschaft mit allem Nachdruck auf einer Änderung des derzeitigen Zustandes besteht.

*) Vorgetragen bei der Pressekonferenz am 7. 8. 1954 in Stuttgart.

Um die Lage des Kassenarztes verständlich zu machen, darf ich mich eines kleinen Beispiels bedienen:

Ein Angestellter, der eine verantwortliche Tätigkeit in einem Betrieb ausübt, soll ein Bruttogehalt von 1000.— DM bekommen. Bei seinem Eintritt in die Firma hat er einige tausend Mark zu investieren. Er bekommt jedoch als Brutto-Entschädigung niemals den vollen Betrag, sondern nur soviel, als dem Betrieb zu seiner Bezahlung verbleibt, und zwar in der Regel etwa 60—70%, also 600—700 DM. Er hat außerdem die Betriebsunkosten, die seine Tätigkeit verursacht, zu bezahlen; dies beträgt in der Regel 40—50% des ihm ausbezahlten Betrages. Es verbleiben ihm also für seine Lebenshaltung noch 300—350 DM, die noch versteuert werden müssen. Mit dieser Regelung ist der Angestellte nicht zufrieden, er hält dieses Einkommen nicht für angemessen. Seinem Einspruch wird jedoch stets damit begegnet, daß er doch ein Monatsgehalt von 1000.— DM habe und damit zufrieden sein könne.

Es soll damit keineswegs gesagt werden, daß der Kassenarzt sich als Angestellter der Krankenkassen betrachtet, und es soll dabei auch nicht übersehen werden, daß die Situation des freiberuflich Tätigen sich sehr wesentlich von der des Angestellten oder Beamten unterscheidet. Dem Bruttogehalt dieses Beispiels würde das Honorar entsprechen, das der Kassenärztin Nord-Württemberg im Jahre 1953 im Durchschnitt hätte erwarten müssen, wenn seine Leistungen nach den Mindestsätzen der amtlichen Gebührenordnung vom 11. Dezember 1952

vergütet worden wären. Er hätte dann den Betrag von 26000 DM jährlich erhalten müssen. An Stelle dieses ihm zustehenden Betrages wurden im Durchschnitt an den Kassennarzt in Nord-Württemberg als Honorar der Tätigkeit für die Pflichtkrankenkassen (Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen) 1953 nur 14300.— DM ausbezahlt. Damit erhielt der einzelne Kassennarzt 1953 im Durchschnitt nur 56,53% seiner nach diesen Mindestsätzen berechneten Honorarforderungen. Für diese 14300.— DM im Jahr hat der einzelne Kassennarzt in Nord-Württemberg 1953 im Durchschnitt 11020 Behandlungen an 2142 Patienten der Pflichtkrankenkassen vorgenommen. Das bedeutet, daß er für die einzelne Behandlung im Durchschnitt 1,29 DM erhielt. Wenn man die Praxisunkosten, die im allgemeinen auch von den Finanzämtern in Höhe von durchschnittlich 50% anerkannt sind, in diesem Zusammenhang in großzügiger Schätzung nur mit 40% ansetzt und damit den entsprechenden Betrag von 52 Pfennigen an dem Honorar für die einzelne Behandlung abzieht, so verbleibt eine tatsächliche Bruttovergütung pro einzelner Behandlung von 77 Pfennigen. Es muß betont werden, daß in dem hier gewählten Begriff „Behandlung“ enthalten sind: sämtliche Handlungen des Arztes am Patienten, d. h. die Beratungen, Untersuchungen, Hausbesuche, Nachtbesuche, kleinere und größere Eingriffe, Injektionen, Bestrahlungen, Geburtshilfe usw.

Es ist dabei bemerkenswert, daß der Kassennarzt im Durchschnitt jährlich fünfmal den Kassennarzt in Anspruch genommen hat.

Wenn die Ärzteschaft in der letzten Zeit immer wieder ihre Stimme erhoben hat, weil sie die Honorierung

ihrer Leistungen durch die Pflichtkrankenkassen nicht für angemessen hält, so soll damit in erster Linie gesagt werden, daß die einzelne ärztliche Leistung keine ihrem Wert entsprechende Honorierung erfährt. Ich glaube, dies mit den soeben gemachten Angaben genügend deutlich gemacht zu haben. Bei der Beurteilung des Gesamteinkommens des Arztes muß außerdem immer wieder darauf hingewiesen werden, daß das eigentliche reale Bruttoeinkommen erst nach Abzug der Praxisunkosten von 40—50% ermittelt werden kann. Diese Praxisunkosten sind ja schließlich Voraussetzung dafür, daß ein Patient überhaupt das Sprechzimmer des Arztes betreten und daß der Arzt überhaupt eine ärztliche Tätigkeit ausüben kann. Es kann deshalb, wenn man die Angemessenheit der ärztlichen Honorare prüft, nur das reale Bruttoeinkommen nach Abzug der Praxisunkosten herangezogen werden, das ja dann auch noch versteuert werden muß. Ich habe hier ausschließlich von der Honorargestaltung der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gesprochen, weil der Kampf der Ärzteschaft vor allen Dingen einer angemessenen Honorierung durch diese Krankenkassen gilt. Was wir verlangen, ist eine bessere Bewertung der einzelnen ärztlichen Leistungen dahingehend, daß die Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung voll zur Auszahlung gelangen können. Die Berechtigung dieser Forderungen wurde von Kassenseite unter Angabe der eingangs kritisierten angeblichen Einkommenshöhe immer wieder bestritten. Es war der Zweck meiner Ausführungen, diese Angaben richtigzustellen, und Sie mit den tatsächlichen Einkommensverhältnissen der Kassennärzte vertraut zu machen.

Der Verschwiegenheitsanspruch des Kranken (Schluß) Über Sinn und Sinnentstellung der Schweigepflicht des Arztes

Von Dr. med. B. Kern

Einige Bemerkungen zum Standpunkt der Bundespost

Der Leser der in der letzten Nummer veröffentlichten Erklärungen der Post wird verstehen, warum so viele Reaktionen von Postpatienten, doch auch bisweilen ihrer Ärzte, wie die Notwehr eines tief gekränkten Sittlichkeits- und Rechtsgefühles erscheinen. In der Tat sind wohl diese Erklärungen der Post durch ihre überdurchschnittliche Häufung von fragwürdigen Ansichten besonders geeignet, den Fragenkomplex endlich einmal einer sachverständigen Klärung zu erschließen. Noch bevor dies geschehen kann, seien indessen hier zehn Punkte kritisch beleuchtet, die für das Verschwiegenheitsproblem gegenüber dem Dienstherrn grundsätzlich wichtig sind.

a) Das Problem der Amtsverschwiegenheit. Wie die Bundespost berufen sich auch manche Krankenkassen oder sonstige Behörden auf den Grundsatz, ihnen gegenüber könne eine Preisgabe medizinischer Geheimnisse keine „Offenbarung“, mithin auch

keine unbefugte Offenbarung sein, weil alle ihre Beamten dienstlich zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet seien. Das ist nur beschränkt richtig. Zwar verpflichtet der § 8 des Beamtengesetzes im Absatz 1 alle Beamten zur Verschwiegenheit über alle amtlich bekanntgewordenen Angelegenheiten gegen jedermann; doch kann nach Absatz 3 jeder Beamte durch jeden seiner Dienstvorgesetzten von der Verschwiegenheit entbunden werden. Es steht mithin im freien Ermessen der Beamtenhierarchie, ob oder wann oder wie weit oder durch wen oder an wen ein medizinisches Privatgeheimnis eines Kranken auch an die nichtbeamtete Öffentlichkeit vertragen wird oder nicht, so daß von einem vertrauenswürdigen Rechtsschutz eines Geheimnisses keine Rede mehr sein kann, sobald es erst einmal aus der ärztlichen Geheimsphäre in den „Umlauf“ der nichtmedizinischen Behördenbürokratie gelangt ist. (Dasselbe gilt übrigens für Krankenkassenbedienstete und ihre Amtsverschwiegenheit: kein Kranker, dessen Diagnose der Kasse unter dem Siegel der Amtsverschwiegenheit anvertraut worden ist, kann sich sicher davor fühlen, daß nicht ein

Kassenbeamter durch seinen Vorgesetzten zur Preisgabe des Geheimnisses an die Öffentlichkeit befugt wird.) Darum ist es auch zu beanstanden, wenn zahlreiche Behörden, auch z. B. Polizei und Bundesbahn, medizinische Angelegenheiten der Bediensteten zu deren nichtmedizinischen Personalakten nehmen: ein Verschwiegenheitsschutz hierfür besteht dann nur so lange, wie das Ermessen des Personalamts-Personals es für richtig hält.

b) Das Problem der „Offenbarung“ und des Mitwisserkreises. Selbst wenn aber die Amtsverschwiegenheit nichtärztlicher Beamter einem Geheimnis einen rechtswirksamen Schutz verleihen könnte, wäre es irrtümlich, im Sinne der Bundespost anzunehmen, es läge keine „Offenbarung“ vor, wenn das Geheimnis ohne Wissen und Willen des Kranken einer beliebig großen Anzahl von verschwiegenheitsverpflichteten Personen mitgeteilt würde. Viele Krankheiten sind ja, namentlich im Vorurteil nichtmedizinischer Laien, geeignet, ein ungünstig erscheinendes Licht auf den Patienten zu werfen, ihn somit an Ehre, Ansehen, Familie, Beruf usw. zu beeinträchtigen oder zu schädigen; nach Darlegung des Reichsgerichts dient die ärztliche Schweigepflicht bzw. der Verschwiegenheitsanspruch des Kranken gerade dazu, solche Kenntnisse von denjenigen Kreisen fernzuhalten, aus denen rechtserheblich nachteilige Wirkungen auf den Kranken und seine Familie ausgehen können. Dazu gehören vor allem auch Dienstvorgesetzte und Berufskollegen, die nach jener Auffassung der Bundespost unbeschränkte Einblicksrechte in alle medizinischen Privatangelegenheiten der Postangehörigen beanspruchen dürfen. Eine unserer Postpatientinnen mit einer „anstößigen“ Krankheit brach in Tränen aus: „Wenn ich meinem Dienstvorgesetzten die Diagnose nicht preisgebe, entläßt er mich wegen dieser Weigerung, wie er mir angedroht hat; erfährt er aber die Diagnose, so entläßt er mich erst recht unter dem nächstbesten Vorwand!“ Ein anderer unserer Patienten, der an Syphilis erkrankt war, wollte das Leiden um jeden Preis verschwiegen wissen, weil der Beamte, der die Diagnose sonst erfahren hätte, ein naher Hausfreund war, dessen Einweihung katastrophale Folgen für den Patienten und seine (noch kenntnislose) Familie gehabt hätte. Schon die Mitteilung an einen Beamten ist also in solchen Fällen — erkennbar an ihren Folgen — jene „Offenbarung“, die der geltende Rechtsstatus gerade um dieser Folgen willen als unbefugt und strafbar verbietet. Noch viel mehr ist dies der Fall, wenn sie nicht nur gegenüber einzelnen bestimmten Beamten getätigt wird, die der Patient kennt und vielleicht noch zum Kreis der Mitwisser zulassen würde, sondern wenn diese noch beliebig viele sonstige Mitwisser und diese dann wieder beliebige weitere unter dem Siegel der Verschwiegenheit am „Geheimnis“ teilnehmen lassen, ohne daß der Patient wissen oder beeinflussen kann, an wen alles sein Geheimnis gelangt oder nicht. Am deutlichsten wird dies, wenn im Sinne der Bundespost, des Personalamtes vom Beispiel 3 und anderer Stellen die „Befugnis“ zum Erfahren fremder medizinischer Geheimnisse auch auf amtsverschwiegene Personen außenstehender Behörden ausgedehnt wird. Viel diskutiert wurde z. B. jener Fall, wo eine Krankenkasse eine streng geheim gehaltene uneheliche Schwangerschaft auf offener Postkarte mitgeteilt und dies mit dem Standpunkt der

Post gerechtfertigt hatte, alle die Briefkastenleerer, Bahnpostschaffner, Briefsortierer, Zustellboten usw., denen diese Karte durch die Hände ging, seien ja zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet. Angenommen, der zustellende Postbote löste wegen dieser Schwangerschaft sein Verlöbniß mit der betroffenen Patientin, nannte dabei aber „amtsverschwiegen“ nicht dieses „Postgeheimnis“ als seinen wahren Grund, sondern einen anderen Vorwand: dann hätte hier offensichtlich dennoch eine „unbefugte Offenbarung eines fremden Geheimnisses“ im Sinne des Reichsgerichtes vorgelegen; ebenso offensichtlich wäre sie aber nicht mit dem Wortlaut irgendwelcher bisheriger Bestimmungen (Strafen für den Arzt, Beamtengesetz, Postdienstordnung usw.), sondern allein durch Anerkennung des Verschwiegenheitsanspruchs des Kranken zu verhindern gewesen.

c) Das Rechtsprinzip der Offenbarungsbeschränkung durch den Offenbarenden wird also durch die Bundespost als Dienstherr verletzt. Wenn der Gesetzgeber dem Kranken einen Verschwiegenheitsanspruch mit beliebigem Offenbarungsrecht anerkennt, so gesteht er ihm damit implizite auch das Recht zu, nach freiem Ermessen zu beschränken, wer am Geheimnis teilnehmen darf und wer nicht, außer er gäbe eine Generallerlaubnis zum beliebigen Weitergeben (wie z. B. gewöhnlich beim Verfechten von Ansprüchen wegen Gesundheitsstörungen). Dieses Rechtsprinzip der Auswahl der Mitwisser spiegelt sich auch im Grundsatz der freien Arztwahl, auf den mit Recht so großer Wert gelegt wird. Mit manchen Leiden wird ein Kranker gerade nicht zu einem befreundeten oder verwandten Arzt gehen, ein erkrankter Assistenzarzt gerade nicht zu seinem Chefarzt, weil eben hierdurch jene Folgen eintreten könnten, die das Gesetz ja durch die gesetzlich gebotene Verschwiegenheit verhindern möchte. Aus dem Verschwiegenheitsanspruch folgt also unmittelbar das Prinzip der freien Auswahl des Arztes und der sonstigen Mitwisser. Es wäre aber ein Widerspruch innerhalb der Rechtsordnung, wenn diese Wahl der am Geheimnis teilnehmenden oder davon auszuschließenden Personen dem Kranken nur hinsichtlich der ersten, von ihm selbst bestimmten Personen zustünde, das Geheimnis dann aber ohne Wissen des Kranken unter beliebig vielen amtsverschwiegenen Postbediensteten kursieren und durch jeden von ihnen evtl. legaliter urbi et orbi offenbart werden dürfte.

d) Das Problem der Gebührenerhebung. Die Bundespost erzwingt die Geheimnispreisgabe vielfach mit der Drohung erheblicher Unkosten: entweder müsse der Patient eine amtsärztliche Zwangsuntersuchung bezahlen, bei der sein Geheimnis dann entschleierte würde (Verfügung vom 26. Oktober 1950), oder er müsse so viele Privatärzte auf eigene Kosten aufsuchen, bis einer von ihnen zur Preisgabe der medizinischen Geheimnisse an den Dienstvorgesetzten bereit sei. Beide Drohungen mit Unkosten sind widerrechtlich. Amts- oder vertrauensärztliche Untersuchungen, die von der Dienststelle gewünscht werden, gehen nach Beamtengesetz (§ 17) auf Kosten der Dienststelle. Und selbstverständlich hat jeder Postbedienstete in der Wahl, auch im Wechsel seines Arztes freie Selbstbestimmung, ohne daß die Postkrankeneinrichtungen sich ihrer vorgeschriebenen Honorierungspflicht auch mehreren Ärzten gegenüber entziehen dürften. Selbst wenn

sehr viele Ärzte nacheinander auf Verlangen der Dienststelle aufgesucht werden müßten, bis sich einer zur Hergabe eines unberechtigten Diagnosenzeugnisses für die Dienststelle herbeiläßt, müßten diese Bemühungen der Ärzte von der Bundespost übernommen werden. Da viele Postbedienstete aber die Widerrechtlichkeit dieser Drohungen entweder nicht durchschauen oder aus der Ohnmacht ihrer materiellen Abhängigkeit nicht entkräften können, hat dieses Druckmittel allzu oft Erfolg, wie wir von unseren Kranken wissen.

e) **Das Problem der Drohung mit dienstlichen Nachteilen.** Dasselbe gilt für die Drohung mit Entlassung aus dem Dienst oder anderweitigen Nachteilen: selbst wenn die Patienten wissen, daß diese Drohung zwecks Preisgabe ihrer medizinischen Privatgeheimnisse widerrechtlich ist, sind sie doch mit ihrer und ihrer Familie Existenz oft genug so vom Wohlwollen ihrer Vorgesetzten abhängig, daß sie willfährig darauf eingehen müssen. Nach geltenden Sitten- und Rechtsnormen werden „Nötigungen“, „Aussagen-erpressungen“ u. dgl. besonders streng beurteilt, wenn sie als „Verleitung von Untergebenen durch Amtsvorgesetzte“ unter „Ausnutzung der Amtsstellung“, „durch Mißbrauch des Ansehens oder der Gewalt“ begangen worden sind. Wieweit jene Verletzung des Rechtsguts der Verschwiegenheit hierher gehört, sei an anderer Stelle untersucht.

f) **Das Problem disziplinar erzwungener amtsärztlicher Offenbarungen.** Auch ein Amtsarzt ist ein Arzt, auch für ihn gilt also § 300 StGB. Die Bundespost vertritt aber den Standpunkt, daß der Amtsarzt als disziplinar der Post unterstellter Beamter von seiner Dienststelle dienstlich dazu genötigt werden könne, auch dann die Geheimnisse eines Postbediensteten auszulaudern, wenn dieser selbst ausdrücklich die Verschwiegenheit verlange. Aus eigenmächtiger Sonderregelung „befugt“ also die Post ihre Ärzte zu einer Redefreiheit, zu der sie der Gesetzgeber nirgends befugt hat, die er somit unter Strafe stellt. Es wäre zu prüfen, was mit dem Amtsarzt geschähe, gegen den ein Postbediensteter Strafantrag wegen Verletzung des § 300 gestellt hat, wenn er lediglich mit „Postbefugnis“, doch gesetzlich unbefugt, Patientengeheimnisse offenbart hat. Die gleiche Beurteilung erführe dann auch der nichtmedizinische Dienstvorgesetzte, der den Amtsarzt „durch Drohung, durch Mißbrauch des Ansehens oder der Gewalt“ zur Straftat angestiftet hat (§ 48 StGB).

g) **Das Problem der gekauften Schweigepflichtverletzung.** Die Post beansprucht die Preisgabe aller Patientengeheimnisse nicht nur von Amtsärzten, die ihr disziplinar unterstellt sind, sondern auch von anderen Ärzten, die z. B. zur Begutachtung der Dienstfähigkeit beauftragt werden. Hier habe die Post als Auftraggeber und Kostenträger der Untersuchung den Anspruch, außer der dienstlich nötigen Dienstfähigkeits-Begutachtung auch noch alle Befunde, Diagnosen und sonstigen Geheimnisse des Patienten ausgehändigt zu erhalten, die dem dafür bezahlten Arzt in Ausübung seines Berufs zugänglich geworden sind. Der Arzt solle also mit seinem sachverständigen Urteil zugleich seine gesetzliche Schweigepflicht „verkaufen“. Sofern der Arzt dabei nach § 300 StGB strafbar würde, träfe nach § 48 StGB die gleiche Strafe auch den Beamten, der ihn hierzu durch Geld angestiftet hat.

h) **Das Problem eigenmächtiger Ex-lex-Stellung.** Wie es möglich sein kann, daß eine Behörde wie die Bundespost manche Bestimmungen des Beamtengesetzes, des Strafgesetzes, des Menschenrechts usw. für ihren innerdienstlichen Betrieb eigenmächtig außer Kraft setzt, können wir hier nur den zuständigen Stellen zur Prüfung ans Herz legen. Wie Beispiel 3 zeigte, haben auch andere Behörden schon gleichartige Ex-lex-Territorien bezogen, doch auf Einspruch hin nach rechtssachverständiger Prüfung wieder aufgeben müssen.

i) **Das Problem des „Briefträger-Tricks“.** Die Bundespost stellt sich wie mancher ältere Autor auf den Standpunkt: wenn der Arzt die Diagnosenbescheinigung nicht selbst an die Dienststelle schickt, sondern dem Patienten zur Weiterleitung an die Dienststelle in die Hand drückt, wenn also der Patient gleichsam als „Briefträger“ zwischen Arzt und Dienststelle fungiert, so sei alles in bester Rechtsordnung, und die Frage der Schweigepflicht ist dann ohne Bedeutung (Haug), weil nun der Patient selbst sein Geheimnis offenbart und nicht mehr der Arzt. Doch was ist „sein“ Geheimnis? Tabespatienten brauchen z. B. vielfach nichts von der syphilitischen Genese ihres Leidens zu wissen, so daß viele Ärzte sie auf „Nervenleiden“ oder „Rückenmarksentzündung“ behandeln, um ihnen einen nutzlosen, gesundheitsschädlichen seelischen Schock und zerrüttenden Familienkonflikt zu ersparen. Überbringt nun der Kranke eine Bescheinigung des Arztes über „Tabes dorsalis“ in Unkenntnis dieser Vokabel seinem Vorgesetzten, der den Sachverhalt mit seinem medizinischen Lexikon entschlüsselt: Was ist das vom Arzt offenbart, vom Patienten übergeben worden: ein Geheimnis des Patienten oder ein Geheimwissen des Arztes? Wer hat hier etwas offenbart: der Arzt oder der Kranke? Hat der Patient den Arzt „befugt“, mehr und anderes auf den Zettel zu schreiben, als er ihm selbst mitgeteilt hat? Hätte der Patient seinen Vorgesetzten gerade über diese Tatsache informieren wollen, wenn er selbst sie gekannt hätte? Auch wenn der Kranke seinen Arzt von der Schweigepflicht scheinbar generell entbindet, geschieht dies doch gewöhnlich mit dem unausgesprochenen Vorbehalt des Kranken, er entbinde nur hinsichtlich derjenigen Tatsachen, die er selbst kennt. Ja, es fragt sich, ob nicht jede Entbindung auch juristisch stets nur auf den vom Patienten gewußten Sachverhalt beschränkt bleiben muß und hinsichtlich unbekannter Dinge im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses ipso facto rechtsunwirksam und nichtig sein muß. Wenn also ein Patient, erschreckt durch die Folgen der Offenbarung einer ihm unbekanntem Tatsache, einschränkend erklärt, auf solche Dinge habe sich seine scheinbar generelle Entbindung natürlich nicht beziehen können: war dann die Offenbarung des Arztes nach § 300 StGB „befugt“? Lag da nicht ein widerrechtlicher Verstoß gegen Treu und Glauben vor? Und wenn der Vorgesetzte in laienhaftem Ekelgefühl den Patienten unter nächstbestem Vorwand entläßt, der Kranke aber den wahren Grund erfährt: kann er dann den Arzt schadensersatzpflichtig machen für eine so ungewollt nachteilige Erfüllung des Behandlungsvertrages? Und noch Strafantrag nach § 300 stellen? Selbst wenn man die Erpressung einer Geheimnispreisgabe gegen den Willen des Kranken unter Ausnutzung seiner dienstlichen Abhängigkeit im Sinne der Bundesposthand-

habung für eine rechtmäßige „Entbindung“ von ärztlicher Schweigepflicht oder die Umgehung des § 300 durch den „Briefträger-Trick“ für vereinbar mit dem gesetzlich verankerten Verschwiegenheitsanspruch des Kranken ansähe, so bliebe die Schwierigkeit, daß die vom Arzt verlangten medizinischen Fachausdrücke ganz in der Regel mehr ätiologische, prognostische und sonstige medizinische Tatsachen einschließen, als der Patient selbst erfährt, ja bisweilen so kraß divergieren wie bei Tabes, Karzinom und ähnlichen Diagnosen. Das fatale sittlich-rechtliche Zwielicht, in dem der „Briefträger-Trick“ steht, hat man auch schon durch eine formaljuristische Überspitzung „legitimieren“ wollen: der Arzt offenbare mit diesem Trick ja doch in der Regel nicht eine Kenntnis des Kranken, sondern sein eigenes, selbstgewonnenes Wissen, über das er als Urheber und zunächst einziger Geheimnisinhaber frei verfügen könne; die Art der Wissensübermittlung könne an diesem Verfügungs- und Offenbarungsrecht nichts ändern, ebensowenig wie die Frage, ob der Patient an dem vom Arzt an den Arbeitgeber offenbarten Geheimnis durch Kenntnis teilnehme oder nicht; wo der Patient seine eigene Diagnose nicht erfahren soll, bleibe es dabei „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 kann“ (Dr. jur. Haug). Hiermit wird aber der „Briefträger-Trick“ nur als Selbstwiderspruch ad absurdum geführt und als das enthüllt, was § 300 gerade verbieten möchte: eine Offenbarung des Arztwissens über den Kranken, ohne daß dieser selbst den Vorgang und seine Folgen aus Verständnis der Situation billigen konnte. Mit Recht haben sich Ärzte und andere Rechtswahrer daher seit je und neuerdings immer energischer gegen den Briefträger-Trick gewendet, und mit Recht hat das Bundesinnenministerium ihn jetzt durch den Erlaß verhindert, daß Diagnosenpreisgaben an die Beamtenvorgesetzten ganz allgemein, daher auch auf dem Weg dieses Tricks, zu unterbleiben haben.

k) Das Problem der Gründe für die Wißbegier. Warum eigentlich auch die Dienstvorgesetzten der Postbediensteten über die Diagnosen ihrer Untergebenen informiert zu sein verlangen, nicht bloß die Postkrankeneinrichtungen, hat auch jenes lange Gutachten der Oberpostdirektion so wenig aufklären können, wie der übrige Schriftwechsel der Postdienststellen. Die beiden mitgeteilten „Gründe“: der Postbedienstete beziehe doch seine ganze materielle Existenz von der Post, müsse sich daher auch ausfragen lassen, und der Postvertrauensarzt sei doch auch nur disziplinar und materiell abhängiger Beauftragter, müsse also seinem Auftraggeber gegenüber auf seine gesetzliche Schweigepflicht verzichten — diese beiden Gesichtspunkte könnten doch höchstens dem Versuch dienen, die Wißbegier als rechtmäßig erscheinen zu lassen, nicht aber sie als inhaltlich sinnvoll oder nötig zu begründen. Die Frage also, warum auch hier die Dienststellen sich in so unabsehbare Konflikte mit so unabsehbar vielen Sitten- und Rechtsnormen begeben, bleibt weiterhin offen.

Wie hat der Arzt sich zu verhalten?

Grundlage ist das Prinzip, daß der Patient seine Geheimnisse unbeschränkt an jedermann offenbaren, da-

her auch über einen Verzicht auf seinen Verschwiegenheitsanspruch frei entscheiden kann. Will er beispielsweise zum Erlangen von Fürsorge, Heilbehandlung oder sonstigen Vorteilen seine Diagnose für den Dienstherrn oder sonst jemanden bescheinigt haben, so darf, ja soll der Arzt diesem Wunsch unbedenklich nachkommen. Dabei bedeutet aber die Geheimnismitteilung auf Wunsch des Kranken an einen bestimmten Mitwisser noch keine allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht hierüber; hat der Arzt z. B. die Krankheit auf Wunsch des Patienten einem Dienstherrn mitgeteilt, so darf er sie einem anderen Dienstherrn dieses Kranken oder sonstigen Dritten nur auf erneuten Wunsch des Kranken preisgeben.

Erfahrungsgemäß sind die Fälle solcher vom Kranken gewünschten Diagnosenpreisgaben aber selten. Die Regel der hier diskutierten Problematik bilden Fälle, wo der Dienstherr die Diagnose des Kranken zu erfahren wünscht, ohne sich um dessen Willen zu kümmern. Wie sich der Arzt hier zu verhalten habe, ist im Prinzip sehr leicht zu beantworten, doch ist die Antwort nicht immer so leicht zu realisieren.

Im Prinzip hat der Arzt in seinen Bescheinigungen auf Wunsch der Dienststelle oder sonstigen Arbeitgeber nur die Tatsache der Dienstunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit, und Datum ihres Beginnes) zu bescheinigen. Zwar kann er zu solchen Bescheinigungen nicht gezwungen werden, wie Dr. Haug mit Recht ausgeführt hat, kann daher auch eine Gebühr dafür verlangen. Gewöhnlich brauchen aber die Kranken ein Attest für den Dienstherrn, der einen berechtigten Anspruch hat, zu wissen, ob die Krankheit echt oder fingiert ist und seit wann sie besteht. Daher hat sich eingebürgert, daß der Arzt solche Atteste auf den üblichen gelben Krankmeldungsf formularen für den Arbeitgeber kostenlos ausstellt, zumal sie ja nur den Namen und das Anfangsdatum der Dienstunfähigkeit enthalten. Die Diagnosenrubrik bleibt unausgefüllt, und um zu klären, daß diese Bescheinigung nur „für die Dienststelle“ bestimmt ist, mag dieser Vermerk noch darüber geschrieben werden. Braucht der Patient für seine Krankenkasse (für Krankengeld usw.) eine weitere Bescheinigung, so ist sie auf den gleichen gelben Formularen herauszuschreiben, diesmal mit Diagnosenbezeichnung.

Ob die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit bescheinigt werden sollte, ist strittig. Erfahrungsgemäß kann eine Arbeitsunfähigkeit schon von 2—3 Wochen zur Entlassung des Kranken und zur Neueinstellung einer Ersatzkraft führen, wenn diese Dauer dem Dienstherrn schon anfangs bekannt ist. Da hierin jene „Schädigung“ des Kranken liegt, die durch den Schweigepflichtparagrafen gerade verhindert werden soll (s. o.), haben wir uns angewöhnt, Angaben über die voraussichtliche Krankheitsdauer nur in seltenen Sonderfällen und auch dann nur möglichst unbestimmt abzugeben.

Falls nun der Dienstherr noch eine Bescheinigung über die Diagnose wünscht, hat der Arzt zunächst in jedem Fall dieses Ansinnen höflich, doch bestimmt mit dem Hinweis auf die geltenden Gesetze abzulehnen. Wir sind hier in Übereinstimmung mit einer alten, guten, bewährten Ärzetradition, die nach wie vor weit verbreitet ist (vgl. Mayer, a.a.O.). Wenn auch unter den Dienstherrn die illegitime Diagnosenneugier stär-

ker verbreitet ist als früher, so kann man doch noch nicht von einer maßgebenden Tradition sprechen (vgl. Haug, a.a.O.), und selbst wenn diese Unsitte herrschend werden sollte, müßte sie wieder gebrochen werden. Die Besorgnisse von Nichtmedizinern, der Arzt müsse zur Hebung seines Ansehens die Diagnosenneugier der Dienstherren in der Regel befriedigen (Haug), haben sich zum Glück auch weiterhin aus der ärztlichen Empirie als unwesentlich erwiesen: die meisten Dienstherren geben sich mit diagnosenlosen Bescheinigungen ohne weiteres zufrieden, und die übrigen lassen sich mit einer Aufklärung über die Rechtslage ebenfalls ganz überwiegend befriedigen.

Es bleibt nur jene kleine Gruppe von Ausnahmen, wo die Diagnosenpreisgabe mit großem Nachdruck erpreßt wird. Wie hat sich der Arzt da zu verhalten? Auf keinen Fall darf er die illegitimen Forderungen einfach erfüllen. Die jetzigen schon so erfreulichen Erfolge in der Wiederanbahnung korrekter Rechtsbräuche konnten ja nur erzielt werden durch unverdrossene Kleinarbeit der Ärzte an der Erziehung der Mitwelt zur Diskretion und Respektierung der Patientenrechte, wie dieser Bericht illustriert, und auch künftige Fortschritte können nur hierdurch fundiert werden. Aber ebenso wenig dürfen auch grundsätzliche Prinzipienstreite und Erziehungsarbeiten zum Schaden der Patienten durchgeführt werden. Der Dienstherr soll dann zwar seine „Diagnosen“-Bescheinigungen haben, doch solcher Art, daß zugleich der Verschwiegenheitsanspruch des Kranken voll gewahrt bleibt. Dies geschieht entweder nach einem neuen juristischen Vorschlag (Dr. jur. Haug) durch möglichst unverständliche, „wissenschaftliche“ Vokabeln, die den Personaldienststellen trotz ihren stets griffbereiten medizinischen Wörterbüchern die verlangte Aufklärung de facto versagen und „das Geheimnis gewahrt“ halten; oder nach altbewährter, juristisch ebenso korrekter Handhabung der Ärzte (vgl. Mayer) durch unbestimmte Gruppenbezeichnungen wie „Infekt“, „Innere Krankheit“, „Kreislaufstörungen“ oder den allgemeinsten Sammelbegriff für alle abnormen Zustände und Vorgänge schlechthin „Dysthesie“ (Mißbeschaffenheit) als alten hippokratischen, neuerdings wieder aktuell gewordenen Grundbegriff der Krankheitslehre. Erfahrungsgemäß haben sich noch alle Dienstherren, selbst der Post, mit solchen Allgemeinbezeichnungen, auch „Dysthesie“, hinsichtlich aller vorzubringenden Wissenswünsche befriedigt abgefunden, ohne je Rückfragen zu stellen.

Juristisch ist die Verwendung von Attesten mit solchen unbestimmten Allgemein-„Diagnosen“ oder ganz ohne Diagnosen durchaus korrekt. Zweifel an dieser Korrektheit sind nach Haugs Darlegungen bisher nur in zweierlei Hinsicht diskutiert worden:

a) Es wurde gefragt, ob sich der Arzt mit unbestimmten Allgemein Diagnosen nicht eventuell nach § 278 StGB strafbar machen könne. Doch nach Haug bestimmt dieser Paragraph eine Strafbarkeit nur für wissentlich falsche ärztliche Bescheinigungen, selbst dann aber nur für den Gebrauch von Behörden und Versicherungen, doch nicht für Arbeitgeber oder sonstige Dienstherren, wovon es hier allein geht. Auch wenn der Dienstherr eine Behörde oder eine Versicherung sein sollte, kommt der § 278 nicht in Betracht. Strafbar ist z. B. eine wissentlich falsche Bescheinigung, daß ein Angeklagter vernehmungsunfähig krank oder

ein Lebensversicherungskandidat völlig gesund sei; wird dagegen der Putzfrau, die im Gerichts- oder Versicherungsgebäude die Treppen reinigt, ein unrichtiges Attest für ihren Arbeitgeber ausgehändigt, so bleibt das Strafgesetz unberührt (nicht jedoch der Inhalt der ärztlichen Berufsordnung). Außerdem ist eine unbestimmte oder unvollständige Diagnosenangabe noch keine unrichtige. Eine Bestimmtheit oder Vollständigkeit der Diagnosenangabe kann schon deshalb nicht verlangt werden, weil die Medizin heute noch nicht angeben kann, wann eine Angabe eine „Diagnose“ oder gar eine „vollständige“ ist. Das gilt auch für so gewohnte Alltags-„Diagnosen“ wie z. B. „Pneumonie“ oder „Angina pectoris“. Denn „Pneumonie“ ist keine Diagnose, sondern ein Befund, der durch Phosphatmehl, Tumor, Infekt, Embolie, Trauma, Aspiration usw. verursacht sein kann und dann jeweils „eine ganz andere Krankheit“ darstellt. „Angina pectoris“ ist weder eine Diagnose noch ein Befund, sondern ein Gefühl. „Pneumokokkenpneumonie“ wäre zwar eine „Diagnose“, wenn man hierfür nur ätiogene Krankheitsbegriffe zuläßt (was aber zum Teil noch unbekannt, zum Teil noch umstritten ist), doch ist sie nicht vollständig, solange nicht Pneumokokkentyp und Lappenlokalisation genannt werden; wer aber wollte entscheiden, ob sie mit diesen Detailangaben vollständig wäre? Auch die Befragung der Verkehrssitte führt immer nur wieder auf unbestimmte Allgemein Diagnosen, ja selbst auf so inhaltlos-ratlose Verlegenheitsphrasen wie z. B. „Kreislaufstörungen“ hinaus, niemals auf „Vollständigkeit“. Hier braucht sich also der Arzt in seiner bewährten Tradition nicht irremachen zu lassen durch juristische Überlegungen, die der medizinischen Sachverständigkeit ermangeln.

b) Es wurde gefragt, ob nicht etwa Zeugnisse ohne Diagnosenpreisgabe „ungenügend“ seien, d. h. nicht mehr den Charakter von Zeugnissen haben (Haug), somit überall dort zurückzuweisen und durch ein Attest mit Diagnose zu ersetzen seien, wo ein „ärztliches Zeugnis“ verlangt wird. Mit Recht hat Mayer dem entgegengehalten, daß diese „formaljuristische“ Hypothese seit alters durch die Verkehrssitte und den ärztlichen Sittenkodex widerlegt worden ist. Und zur Bekräftigung dessen hat ja 1953 der Erlaß des Innenministeriums für „ärztliche Zeugnisse“ eine Diagnosenangabe rundweg verboten; zunächst freilich nur im Geltungsbereich des Beamtengesetzes mit Rechtskraft, doch auf Grund eines Rechtsprinzips, das ganz allgemein gegenüber allen Empfängern ärztlicher Zeugnisse gilt.

Selbstverständlich ist die nutz- und sinnlose Schreibübung solcher nichtssagenden Allgemein-„Diagnosen“ für den hinschreibenden Arzt wie für den abschreibenden Dienstherrn mit seiner inhaltlosen Diagnosenkartei gleich unbefriedigend, ja Widerwillen erregend. Aber erstens gibt die heutige Rechtsmangelsituation dem Arzt noch keine andere Handhabe, um vom Kranken unge-rechtfertigte Konflikte zwischen Existenzsorgen und Verschwiegenheitsanspruch bei dem derzeitigen Druck mancher Dienstherren abzuwenden. Und zweitens ist ein allseitiger Widerwille gegen die Sinn- und Rechtlosigkeit dieser Situation wohl der wirksamste Faktor, endlich zu grundsätzlicher Besinnung und Neugestaltung auf diesem so wichtigen Gebiet hinzulenken.

Anschrift des Verfassers: Stuttgart, Reinsburgstr. 35a.

Zum Thema „Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber“

(siehe Aufsatz von Dr. jur. Haug und die Bemerkungen von Dr. med. M. Mayer hierzu — Südwestd. Ärzteblatt 54 S. 27 und 75)

Von Dr. med. Groeschel, Biberach

Die Frage der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber wurde von Dr. jur. Haug in vielleicht formaljuristisch nicht anfechtbarer Weise dargestellt. Sein Ausweg, die Krankheitsbezeichnung auf derartigen Attesten nur gegenüber dem Patienten zu bescheinigen und diesem zu überlassen, ob er es seinem Arbeitgeber vorlegt, geht völlig daran vorbei, daß der Arbeitnehmer in einer Zwangslage steht, der er nicht ausweichen kann. Dr. Mayer weist mit Recht auf diesen Punkt besonders hin.

Dr. Haug mag recht haben, wenn er sagt, daß es nicht Aufgabe des Arztes sei, sich in Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzumischen und Partei zu ergreifen. Er scheint dabei zu übersehen, daß es für den Arzt nur ein Gesetz gibt: „Salus aegroti suprema lex“. Nicht die Partei des Arbeitnehmers ergreift er, sondern immer die des Kranken. Die Ärzteschaft hat, daran kann kein Zweifel sein, durch Nachlässigkeit und weiche Kompromißbereitschaft auf dem Gebiet der ärztlichen Schweigepflicht schon viel zu viel Terrain verloren. Sie muß jetzt von ihrer Standesführung klare, eindeutige Richtlinien verlangen und diese einheitlich durchführen. Die Verantwortung kann und darf unter keinen Umständen auf den Patienten selbst abgewälzt werden. Die Angabe von Allgemeinbezeichnungen oder lateinischen Bezeichnungen ist ebenfalls eine unwürdige halbe Maßnahme. Der Arbeitgeber, sei es privat oder eine Behörde, ist doch in erster Linie an der Tatsache der Erkrankung, des Eintritts und der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit interessiert. Die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) ist eine Angelegenheit von Arzt zu Arzt. In Fällen, in denen bei Ansteckungsgefahr ein höheres Interesse der Allgemeinheit besteht, ist der Weg über den Amtsarzt oder Vertrauensarzt der betreffenden Behörde (Bahn, Post oder Werksarzt des Betriebes) jederzeit möglich. In allen anderen Fällen darf Arbeitgebern, also Nicht-Ärzten gegenüber, die Krankheitsbezeichnung nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, im Ausnahmefall also, wenn es im Interesse des Patienten selbst liegt, mitgeteilt werden, so z. B. zur Begründung eines Arbeitsplatzwechsels, wenn kein Werksarzt vorhanden ist. Es darf also auf keinen Fall das Verschweigen der Krankheitsbezeichnung die Ausnahme sein, wie es heute gedankenlos üblich geworden ist. Dadurch wird dann gerade der Fall, in dem es darauf ankommt, den Personalstellen der Betriebe verdächtig. Wenn z. B. bei einer Postbehörde (und die Post ist bei Anforderung von Krankheitsbezeichnungen besonders „kommissig“) alle Grippefälle und leichten Erkrankungen genau von den Ärzten angegeben werden, dann kann die Postangestellte mit einer Fehlgeburt z. B. nicht mehr vor der Neugier der Personalstelle, auf der ein Kollege oder eine Kollegin sitzt, geschützt werden.

Auf Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht hat aber jeder Kranke ein Grundrecht, das nicht umgangen werden kann. Es lohnte sich für einen Juristen, der Frage nachzugehen, ob eine erzwungene grundsätzliche Verzichtserklärung auf ein solches Grundrecht, wie es die

ärztliche Schweigepflicht darstellt, durch eine bei Dienst- eintritt vollzogene Unterschrift nicht dem Grundgesetz widerspricht. Wer sich um eine Arbeitsstelle im Betrieb und bei Behörden bewirbt, steht unter wirtschaftlichem Druck und kann sich daher dem Zwang zur Preisgabe seines Rechtes auf Wahrung des Krankengeheimnisses nicht entziehen. Es ist daher auch abzulehnen, wenn ein Innenministerium, das bisher bei Erkrankung von Beamten auf die Angabe der Krankheitsbezeichnung ausdrücklich verzichtet, jetzt erwägt, ob nicht in das neue Landesbeamtengesetz eine Bestimmung aufzunehmen sei, durch die der Beamte verpflichtet wird, den ihn behandelnden Privatarzt von der Schweigepflicht der Beschäftigungsbehörde gegenüber insoweit zu entbinden, als der Privatarzt dem erkrankten Beamten selbst über dessen Krankheit Auskunft erteilt. Damit wäre das Recht des erkrankten Beamten auf Wahrung seines Krankengeheimnisses, wie man besser sagen würde als ärztliche Schweigepflicht, von vornherein verspielt.

Wie soll, so möchte ich die verantwortlichen Kollegen in der ärztlichen Standesorganisation fragen, die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht auf dem Gebiet der sozialen wie privaten Krankenkassen, die wir doch als einen Dambruch empfinden, einigermaßen im Interesse der Kranken repariert werden, wenn nicht auf dem Gebiet der Krankheitsbescheinigung für Behörden und Betriebe endlich eine klare, kompromißlose Haltung gefunden wird? Wie soll ein etwaiger künftiger Soldat (oder Polizist) in seinem individuellen Grundrecht auf Wahrung seines Krankengeheimnisses wirksam davor geschützt werden, daß nicht der UvD. und die Schreibstube über seine intimsten Dinge informiert sind, wenn schon der Arbeitnehmer oder Beamte als Patient hier von uns Ärzten im Stich gelassen wird. Es sei dies hier so scharf gesagt, um den bequemem und halbten Ausweichungen, von welcher Seite sie auch kommen mögen, die Basis zu nehmen. Die Verantwortung dafür, daß die ärztliche Schweigepflicht oder das Krankengeheimnis gewahrt wird, liegt nicht bei den Juristen, sie kann auch nicht bei den Arbeitgebern oder Behörden liegen, noch weniger dem einzelnen Patienten aufgebürdet werden, sie liegt einzig und allein beim Arzt und seinem Gewissen. Wir Ärzte haben unsererseits auch allen Grund, hier das Grundrecht des Kranken kompromißlos zu vertreten, da das Kranken- oder Arztgeheimnis letztlich Voraussetzung unserer ärztlichen Arbeit ist. Auch Umwege über Einschaltung des hilflosen Patienten selbst oder der Betriebskrankenkasse, der Berufsgenossenschaften, oder die Forderung von Betrieben, daß die für die Kasse bestimmten Krankmeldungen (mit Diagnose) zuerst dem Betrieb vorgelegt werden, sind hierbei als Verletzung des Grundrechtes zu berücksichtigen.

Ebensowenig ist es erforderlich, auf Transportbescheinigungen für das Rote Kreuz die Krankheitsbezeichnung, die im Vordruck gefordert wird, auszufüllen. Die Verwaltungsstelle des Roten Kreuzes interessiert die Diagnose nicht. Die Krankenkasse ihrerseits kann die

Notwendigkeit des Transportes ja durch Einsicht in die ihr vorliegende Krankenhauseinweisung prüfen. Etwa notwendige besondere Verhaltensregeln für das Transportpersonal werden mündlich gegeben.

Der Arztetag in Berlin hat zur ärztlichen Schweigepflicht eindeutig Stellung genommen. Die Ärzte draußen erwarten nun von ihrer Organisation klare Richtlinien. Man gebe ein einheitliches Formblatt heraus für derartige Bescheinigungen über Dienstunfähigkeit, möglichst mit kurzer prägnanter Begründung der Pflicht zur Wahrung des Geheimnisses des Kranken (der ärztlichen Schweigepflicht). Diese Formulare sind von den Firmen und Behörden zu be-

schaffen und, auch dies wäre eindeutig festzulegen, von diesen zu honorieren. Die Ärzte ihrerseits sind verpflichtet, nur diese einheitlichen, gebührenpflichtigen Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden auszustellen.

Eine Bagatellisierung der Frage ist gefährlich. Das Recht des Individuums steht nicht nur hier auf abschüssigem Boden — die Bürokratie (des Staates, der Behörden und Betriebe wie der sozialen und privaten Versicherungen) ist bestrebt, die Grundrechte des Kranken wie des Arztes immer mehr einzuschränken, wie man sieht, sogar sub forma jurisprudentiae. Wir Ärzte dürfen daher das Wohl des Kranken nicht anderen überlassen, sondern müssen es schon selbst verteidigen.

Zum Regelbetrag

II.

von Dr. med. P. Strotkötter, Mannheim.

Seine Existenz verdankt der Regelbetrag, wie wir wissen, dem zwingenden Bedürfnis einer Senkung der Krankenkassenkosten für Arzneien. Andererseits soll der Patient auch das haben, was er notwendig zu seiner Gesundheit braucht. Diese Notwendigkeit ist natürlich ein relativer Begriff.

Daraus ergibt sich, daß einerseits der Arzt die Gegebenheiten der Wirtschaftlichkeit bei seinen Ordinationen beachtet, andererseits bedeutet es für den Patienten, daß unwirtschaftliche Wunschtendenzen dem Arzt gegenüber zu unterdrücken sind, und zwar dann, wenn er ein teures Mittel wünscht, ein preiswertes aber zum gleichen Ziele führt. Beschwert er sich dann, wenn der Arzt ihm seinen Wunsch ablehnt, bei seiner Kasse, so hat logischerweise diese den im Interesse der Kasse ablehnenden Arzt in seiner korrekten Haltung zu decken.

Trotz besten Willens der Ärzteschaft, immer im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu ordinieren, gibt die Unzahl neuer Medikamente manchen Anlaß zu Überschreitungen und daraus resultieren dann Regresse zugunsten der Krankenkassen.

Diese Regresse zu vermeiden, ist der Anlaß für diese Zeilen. Der Verfasser hat in 6jähriger Tätigkeit als Vorsitzender einer Beschwerdeinstanz für Arzneiverordnungen einige Erfahrungen gesammelt für deren Niederschrift.

Ein Teil der sich wegen Regressen beschwerenden Kollegen regt an, eine Liste derjenigen Mittel herauszugeben, die verschrieben werden dürfen, also eine sogenannte „positive“ Liste. Aber die Regsamkeit der pharmazeutischen Industrie ist so stark, daß die Anzahl der Mittel, die bis heute vorliegen, bereits das hundertste Tausend erheblich überschritten hat, während vor dem Weltkrieg nicht einmal das achte Tausend erreicht war. Schon allein im Hinblick auf dieses überwältigende Anwachsen ist an die Herausgabe einer „positiven“ Liste praktisch nicht zu denken.

Ein weiterer Teil der Ärzte bringt eine „negative“ Liste in Vorschlag, also ein Verzeichnis der Mittel, die nicht verschrieben werden sollen. Aber auch da ist es nicht möglich, eine Auswahl zu treffen, die auf Vollständigkeit hinzielt. Außerdem kommen immer neue Spezialitäten auf den Markt, die — sei es wegen über-

höhten Verkaufspreises, sei es wegen Mangels an ausreichender klinischer Erprobung, sei es wegen laienhafter Anpreisungen in der Tagespresse oder im Radio, sei es wegen Gehaltes an Alkohol oder Zuckersäften oder Südweinen oder sei es wegen Gehaltes an sonstigen Bestandteilen — einer eines Arztes würdigen pharmakologischen Stellungnahme nicht standhalten. Es ist also unmöglich, eine „negative“ Liste immer laufend zu ergänzen. Auch müßte bei solchem Beginnen an die Schwierigkeiten gedacht werden, die seitens unzufriedener Firmen gemacht werden könnten, deren Präparate auf eine solche „negative“ Liste gesetzt worden sind. Derartige Schwierigkeiten würden sich ergeben entweder in Form von Schriftwechsel mit den Prüfstellen oder in Form von Pressepolemiken, oder schließlich in Form von Klagen bei den zuständigen Gerichten. Umgekehrt würde auch bei einer „positiven“ Liste ein Streben der Industrie, ihre Präparate auf die Liste zu bekommen, wahrnehmbar werden.

So bleibt die Ärzteschaft weiterhin auf das bisherige Procedere der Prüfungsinstanzen angewiesen, solange noch nicht ein Arzneimittelgesetz vorliegt, das den so stark in die Augen springenden Notwendigkeiten regelnd Rechnung tragen sollte. Seine Bearbeitung zieht sich immer wieder in die Länge.

Der einzelne Arzt ist deshalb weitgehend bei dem Ordinieren von Arzneien betreffend deren Kassenüblichkeit auf sein eigenes kritisches Urteil angewiesen. Je mehr Fähigkeiten er zur Kritik von Universität und klinischer Ausbildung mitbringt, desto besser für ihn. Die Kassen verlangen die Qualifikation für wirtschaftliche Verordnungsweise, von ihm. Die kassenärztlichen Vereinigungen wirken wegweisend durch Herausgabe von informierender Literatur und durch Abhalten von Kursen vor der Zulassung. Durch die jedem Arzt, der zugelassen wird, zugeleitete Literatur soll dieser gewarnt werden vor Außerachtlassungen.

Sehr häufig findet sich in den Beschwerdebegründungen der Ärzte die Bemerkung, daß keine Verwarnung ausgesprochen sei. Dazu nur: Verwarnungen erfolgen — wenigstens hier in Nordbaden — wenn eine eindrucksvolle Überschreitung des Regelbetrages bei der Gesamt Rezeptur eines Kollegen vorliegt. Die Prüfstellen

haben nichts damit zu tun; sie greifen durch Regresse nur ein, wenn die wirtschaftliche Verordnungsweise jeweils durch Einzelverordnungen außer acht gelassen wurde. Welche Unsumme von Arbeit würde sich ergeben, wenn die Gesamtrezeptur aller Ärzte mit dem Ziele etwelcher Einzelverordnungen durchgesehen werden müßte! Nein, der einzelne Arzt muß wirtschaftlich verordnen können; das ist eine Voraussetzung für seine Zulassung. Ist er in diesem Punkte etwa unsicher, so wäre das bei obigem von den Ärzten gedachten Verwarnungssystem ja nicht weiter schlimm; er könnte frisch und fröhlich ordinieren, immer weiter, bis ihn schließlich ein „Verwarnungskomitee“ erwischt. Dann wäre es mit der Herrlichkeit — zumindest mit dem zur Verwarnung zustehenden Mittel — vorbei, aber es kann dann weiter ordinert werden — bis zur nächsten Verwarnung. Nein, ein gewisses Maß von Selbstverantwortung muß bei jedem Arzt — auch in vorliegendem Punkte — doch vorhanden sein.

In zwangloser Folge soll hier nun über Erfahrungen berichtet werden, die im Verlauf des Prüfwesens gemacht werden konnten, und über die Ansichten und Auffassungen, die sich bei mir im Laufe der letzten Jahre entwickelt haben. Auf meine erste Äußerung „Zum Regelbetrag“ (cf. Märzheft 1952) (1) weise ich hin. Während dort die Frage überhöhter Arzneipreise an einem Beispiel illustriert wurde, veranlassen mich heute zur Erörterung Fragen des Charakters eines Präparates und Fragen der Verordnung einer Vielzahl von Arzneimitteln für den gleichen Patienten und schließlich Fragen der Verordnung von allopathischen Mitteln gleichzeitig mit homöopathischen und umgekehrt.

1. Tonica

Verhängte Regresse wegen Verordnungen von Tonicis waren bislang am häufigsten Anlaß für eine Anzahl von Kollegen zu Beschwerden. Dies ist eigentlich verwunderlich, denn in dem jedem Arzt zugeleiteten Heftchen „Wirtschaftliche Verordnungsweise“ ist davor entsprechend gewarnt. Es heißt dort:

„Tonica sind teuer und nur mit größter Zurückhaltung zu verordnen. Im allgemeinen kann ohne Zweifel auf sie verzichtet werden.“

Trotzdem erfolgen immer wieder recht zahlreiche diesbezügliche Verordnungen, sei es, daß kiloweise Traubenzucker verordnet wird — nicht etwa nur für Leberpatienten —, sei es, es finden sich Mischungen in Tabletten oder in flüssiger Form von Tonicis bestehend aus Traubenzucker, C-Vitamin, Cola mit Kalziumsalzen. Statt Traubenzucker findet sich auch Malaga oder Sherry oder Alkohol mit Zuckersirup. Natürlich schmeckt solche Mischung gut, sei es als Bonbons, sei es als Likör, und es nimmt nicht wunder, wenn in einzelnen Fällen nicht nur jeweils die Großmutter, sondern außerdem noch andere Familienmitglieder solch tonischer Kräftigung für bedürftig erachtet wurden. So kam es vor, daß Regresse zu Beträgen über DM 100.—, über DM 500.— und über DM 1500.— wegen Mengen zwischen 80 und 500 Packungen ausgesprochen werden mußten.

Wie steht es mit einer pharmakologischen Wertung der in diesen „Tonicis“ enthaltenen Ingredienzen? Aus meiner Korrespondenz mit Prof. Eichholz, Heidelberg (Pharmakologisches Institut), der mir sein Urteil über ein derartiges Präparat mitteilte, entnahm ich beispiels-

weise, daß dessen Gehalt an Coffein (nucis colae) außerordentlich gering sei, an C-Vitamin weit innerhalb der Mengen liege, die schon normalerweise mit der Nahrung aufgenommen werden. Bezüglich des Kalziumgehaltes äußerte er starke Zweifel, ob er überhaupt zur Resorption komme und bemerkte dazu, daß in der Praxis der österreichischen Arzneimittelpflichtprüfung überhaupt alle Kalziumtabletten zur Placebo-Therapie gerechnet würden.

Sodann ist sehr bemerkenswert, daß die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die sich in ihrer Gesamtsitzung in München am 10. April 1954 (2) mit der Beratung der Neuauflage des Büchleins „Arzneiverordnungen“ (3) beschäftigte, zu der Entschließung kam, daß zwar gewisse phytotherapeutische Präparate durchaus noch anzuerkennen seien, jedoch müsse sie „die zahlreichen Misch- und Komplexpräparate der Phytotherapie, sowie der Homöopathie ablehnen“.

Solche noch anzuerkennende Präparate wurden auch von sich beschwerenden Kollegen verordnet; ihren Beschwerden konnte aber nicht stattgegeben werden, weil es sich da eben nicht um „Arzneimittel“, die zu bezahlen die Kassen verpflichtet wären, sondern um „Kräftigungsmittel“, die für Rekonvaleszenten oder auch Schwerkranken verordnet wurden, handelte, die zu bezahlen die Kassen nicht verpflichtet sind. Die überwältigende Mehrheit der Ärzteschaft sieht dies ein; aber es ist eine kleine Minderheit, die gegenstrebig verharren möchte und die diese Tonica in großen Mengen verordnet hat.

Zu obigen Misch- und Komplexpräparaten gehören gewisse Mischungen, die uns hier auch interessieren, die alle den Charakter eines Tonicums haben, denen aber, offenbar zur Wahrung des Charakters eines „Arzneimittels“, eine Reihe von homöopathischen „Herzmitteln“, wie Crataegus, Cactus grandifolius, Camphora, beigegeben sind. Diese Mischungen sind nicht kassenüblich und ihre Verordnung (ebenfalls wiederholt auch in großen Mengen getätigt) führte zu Regressen. Da sie likörartig oder süß schmecken, sind diese Mischungen vielfach zu Lieblingen der Patienten geworden, und der Arzt soll sie immer wieder verschreiben (und würde damit auch zu einem Liebling der Patienten). Man kann homöopathischen Ärzten nicht verwehren, Homöopathica für Kassenpatienten zu verschreiben, denn sie wurden zu den Kassen zugelassen und dies auch auf Wunsch oder Vorschlag der Kassen. Aber bei obigen Mischungen handelt es sich doch nicht um homöopathische Tropfen in bestimmten Verdünnungen, sondern in erster Linie doch um Tonica, und die beigegebenen „Herzmittel“ sind wahllos ganz unexakt dosiert und rein mengenmäßig völlig unzureichend.

2. Vielzahl

Zudem: Wozu überhaupt diese Kombinationen von 4–5 Mitteln? Im allgemeinen entscheidet sich ein Arzt bei einem Herzpatienten für Strophanthin und sonst nichts, oder für Digitalis und sonst nichts, oder für Scilla und sonst nichts, oder für Oleander und sonst nichts oder auch, sei er Homöopath oder Allopath — in ganz leichten Fällen — für das Crataegutt der Firma Dr. Willmar Schwabe, welches letzteres Präparat im Tierversuch erprobt und pharmakologisch geprüft und standardisiert worden ist. Es ist sozusagen die Urtinktur der entsprechenden Crataegus-Verdünnungen, mit der also

eine exakte Dosierung möglich ist. Aber der exakt dosierende Arzt wird sich bei seinen Herzmedikationen doch nicht verleiten lassen, eine Vielzahl von Mitteln zu verordnen. Schon ein Präparat, wie das „Miroton“, das 4 Heilpflanzen (Glykoside) (Adonis, Convallaria, Oleander und Scilla) enthält, bietet zu viel des Guten und geht vielleicht von der Erwägung aus, hilft das eine nicht, dann das andere. Oder man erwartet eine Potenzierung statt einer Addition in der Wirkung, eine Potenzierung, die, wie alle Potenzierungen, recht unwahrscheinlich erscheint, und für die ein pharmakologischer Nachweis nicht vorliegt. Immerhin stellt Miroton eine Mischung von Urtinkturen, respektive allopathischen Percolaten dar, die standardisiert ist und eine genaue Dosierung gewährleistet. Ganz anders bei den vorerwähnten Mischungen homöopathischer Art, bei denen diese Voraussetzungen wegfallen. Im übrigen überrascht, wie schon gesagt, die Vielzahl der Mittel. In einer Mischung finden sich beispielsweise neben dem Zucker, dem Alkohol und den aromatischen Stoffen, die dem Ganzen einen likörartigen Geschmack verleihen, eine Fülle homöopathischer Verdünnungen: Crataegus, Aeskulus, Coffein, Camphora, Arnica, Gentiana, Aurantis, Cinnamonum. Wozu diese Vielzahl? Sie wird nur deutbar, wenn man annimmt, daß hier nur nach Symptomen behandelt wird. Empfohlen wird das Gemisch gegen kardiovaskuläre Dysregulationen, niedrigen Blutdruck, Blutarmut und Magen-Darm-Verstimmungen. Wir haben also eine sehr weitgespannte Indikationsbreite, fast möchte man sagen, wir haben es mit einem „Mädchen für Alles“ zu tun, wie man in solchen Fällen zu sagen pflegt. Hahnemann hielt sich strenge nur immer an ein Mittel, das Simile! Der Vertrieb des Mittels verspricht ein gutes Geschäft. Verkaufspreis pro 300 g DM 4,30, von einem anderen ähnlichen Mittel für 200 g DM 3,15 bei einem Herstellerpreis von schätzungsweise 60 Pfennigen. Dieses Mittel von pharmakologischen Erwägungen zu beleuchten, geht nicht; die einzelnen Bestandteile sind derartig geringmengenig (geringmengenig ist eigentlich zu viel gesagt, geringatomig wäre zutreffend), daß man eher und zutreffender statt von einem „Mädchen für Alles“ von einem „Mädchen für Nichts“ sprechen könnte, zumal wenn man bedenkt, daß von den einzelnen Ingredienzen insgesamt etwa in der vierten Verdünnung nur Bruchteile von 10 000stel Gramm in der Mischung enthalten sind. So begreift man, daß einzig der Alkoholgehalt der homöopathischen Verdünnungen bei einem Patienten beifallerzeugend wirkt.

Heubner stellte in einem Vortrag (Fortbildungskursus in Regensburg Oktober 1953) (4) und auch schon früher, 1930, „Arznei als Wert“ (5) J. Springer 1931, bei den Arzneimitteln sehr zutreffend dreierlei Werte auf: den Geldwert, den Illusionswert und den Heilwert. Beim Geldwert einer Packung wäre bezüglich seiner Beurteilung auf Kassenüblichkeit wohl noch zu unterscheiden zwischen Herstellungswert und dem Verkaufspreis in den Apotheken. Es ergaben sich mir da gelegentlich Differenzen zwischen DM 2.— (Herstellerpreis) und DM 68.— (Verkaufspreis) bei einem Mittel; bei einem anderen zwischen DM 2.— und DM 28.—. Der Illusionswert ist bei den hier zur Erörterung stehenden Mitteln recht hoch, je nach Umfang der Kritikfähigkeit des Behandelnden, je nach Liebe des Patienten zu seinem Likörchen. Er ist bei recht vielen Arzneipräparaten aus verschiedenen Gründen oft sogar sehr hoch; der

Heilwert aber ist in den mir vorliegenden Fällen gleich Null.

Nicht vergessen soll werden die Erwähnung eines sich gelegentlich findenden Gehaltes an Eisen, der aber einmal einen so teuren Preis nicht rechtfertigt und dann auch insofern zuweilen ohne Bedeutung ist, als er das Eisen oft in Ferri-Verbindungen enthält, also in durchaus unwirksamer Form.

3. Homöopathische und allopathische Mittel nebeneinander

Eine andere Form von Vielzahlverschreibungen ist die folgende, ebenfalls nicht zu billigende:

Es kommt vor, daß ein homöopathischer Arzt neben 2—3 Sorten homöopathischer Tropfen in der Mehrzahl seiner Fälle noch ein allopathisches Mittel, z. B. Bellergeral, verordnet. Er lag mit seinen Arzneikosten durchschnittlich bei DM 15.— (Gruppendurchschnitt DM 6.—). Seitens der Prüfungsinstanz wurde ihm bedeutet, daß der Eindruck vorläge, seine Klientel bestehe überwiegend aus neurovegetativstigmatisierten Patienten, also weitgehend chronisch Leidenden. Und gerade hier läge doch nach Auffassung homöopathischer Ärzte deren Domäne. Gerade hier bestehe also für ihn die ideale Möglichkeit, die Wirkung der homöopathischen Mittel zu erproben. Warum also die Kombination mit Bellergeral? Es ergaben sich bei ihm im Laufe eines halben Jahres Regresse in Höhe von DM 2500.— trotz Warnungen, die schon ein halbes Jahr vorher an ihn ergangen waren. Er hat nachträglich geäußert, daß er diese Beträge gezahlt, dafür aber jetzt eine gutlaufende Praxis habe (die er ohne Zusatz von Bellergeral in dem Umfang vielleicht nicht erwartet hatte). Dies ein Grund mehr für eine Existenzberechtigung der Prüfungsinstanzen.

Aber andererseits findet man auch unter der Rezeptur von Allopathen zuweilen homöopathische Samenkörner. So, wenn da für eine weibliche Patientin auf einer Bromverordnung ein Fläschchen „Pulsatilla“ kombiniert mit einem weiteren Homöopathicum auftaucht. Vermutlich handelte es sich da um den in dem Buche Biers „Homöopathie und harmonische Ordnung der Heilkunde“ (6) erwähnten Typ eines „Pulsatillaweibchens“, worüber im obigen Werk zu lesen ist:

„Pulsatilla: ausgesprochenes Frauenmittel. Das ‚Pulsatillaweibchen‘ hat rotes Haar, blaue Augen, bleiches Gesicht, es ist sanft, freundlich und nachgiebig, weint sehr leicht und neigt zu stillem Gram und Ergebenheit.“

Und deshalb muß es von unserem tüchtigen Allopathen natürlich Pulsatilla-Tröpfchen verordnet bekommen. Es gibt doch gute Doktors auch unter den Allopathen.

Neben anderem fiel für männliche Patienten bei Allopathen die Verordnung von Sulfur (D. 6) auf. Dieser Typ des Sulfurmenschen ist nach Bier „ärgerlich, unruhig, aufbrausend, dabei leicht melancholisch, er ist wasserscheu, schmutzig, die Haut ist (kein Wunder!) trocken, spröde und rissig, er neigt zu Ausschlägen“. Wegen derer wird diese homöopathische Indikation wahrscheinlich von allopathischen Hautärzten als gegeben angesehen. Vielleicht verordnen sie aber auch mehrfach den Sulfur bei den Sulfurmenschen, weil diese „ärgerlich und aufbrausend“ sind (vielleicht deswegen ärgerlich, weil ihr Ekzem nur langsam heilen will). Doch das kann ein Prüfarzt nicht entscheiden.

Das oben über die Typen von der Art des Pulsatilla-Weibchens und des Schwefelmenschen Gesagte spukt in jüngster Zeit auch in den Köpfen unserer vielgeschäftigen Industrie. Sie teilt die leidende Menschheit auch in Typen ein, die „natürlich“ Arznei benötigen. Diese Typen sind keineswegs neu; aber neu sind homöopathische Spezialitäten, die hier Wunder wirken sollen. Leider figurieren solche Wunder auch bereits in den Hirnen einiger Ärzte. So berichtet Hartung im „Hippokrates“ (8) über Erfahrungen mit einem aus Carex-Arten (das ist alles, was über den Inhalt bekanntgegeben wird) hergestellten homöopathischen Mittel, das typenmäßig (Sympaticotoniker, Vagotoniker und Mischformen) und „nach sorgfältiger Testung“ anzuwenden sei. Die Karlsruher Medizinische Klinik lehnte eine Prüfung ab. Seitdem drängen Hersteller und Inspirator, welcher letzterer auch einige Arbeiten über Geopathie im „Hippokrates“ veröffentlicht hat, trotzdem auf Erklärung der Kassenüblichkeit. Das Pharmakologische Institut in Tübingen hat jetzt das Wort. Ich habe den Eindruck, auch nach Lektüre der Arbeit Hartungs und auch nach gelegentlichem Gebrauch in eigener Praxis, daß es sich um Mittel handelt mit großem Illusionswert; Heilwert gleich Null. Nun, ich will damit einem Urteil des Tübinger Pharmakologen nicht vorgreifen. Es mag zudem auch Ärzte geben, die den Begriff des „Heilwertes“ unterteilt wissen wollen in einen erforschten und einen unerforschten. Sie verlassen dann aber das wissenschaftliche Plateau und betreten ein weites Feld ohne Grenzen, auf das ich ihnen nicht zu folgen vermag.

Hier wandeln auch eine Anzahl von Ärzten in Baden-Württemberg, die mit Astrologen Konsilien zu halten pflegen. Und auch eine eigene, recht traurige Erinnerung berechtigt mich, starke Bedenken zu hegen, wenn ein ganzer Tag der Karlsruher Therapiewoche allein der Niehans'schen Frischzellenbehandlung gewidmet ist. Es handelt sich hierbei um 2 lungenkranke Männer. Der eine wurde vor etwa 4 Jahren im Mannheimer Krankenhaus (Prof. Oberdahlhoff) mit bestem Erfolg lobektomiert. Der andere kam, nachdem ihm von mir klipp und klar gesagt worden war, daß er ohne Operation sterben müsse, zu einem Werkarzt, den ich dann auch in vorstehendem Sinne orientierte. Er behandelte mit Frischzellen, und der Patient war ein halbes Jahr später tot. Überraschenderweise sind die Frischzellen jetzt als „Siccacell“ im Handel und die Frage der Kassenüblichkeit wird u. a. somit akut. Qui vivra, verra! (cf. Weisbecker, „Frischzellen-Therapie“, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1954, S. 990.)

Man fragt sich, wie all diese durch Ratio nicht faßbaren Beobachtungen bei Ärzten zustande kommen. Die Gutgläubigkeit soll hier nicht angezweifelt werden. Aber doch schon Hahnemann war ein Romantiker. Seine Homöopathie geht zurück auf einen Affekt. Er war ein Sucher und hoffte immer auf Gottes Hilfe: „Gut! dachte ich (Hahnemann an Hufeland, vor 150 Jahren!), wenn es einen sicheren und zuverlässigeren Heilweg geben muß, so wahr Gott das weiseste und gütigste Wesen ist, so

laß mich ihn suchen“ (9). Ich werde den Gedanken nicht los, daß Hahnemann, der vor 150 Jahren in der Medizin nur primitive Zustände vorfand, heute vielleicht gar nicht Homöopath geworden wäre. Irgendein anderes medizinisches Forschungsgebiet hätte diesen Sucher absorbiert. Hahn (7) spricht im Zusammenhang auch mit der Homöopathie und mit Niehans sowie diversen Naturheilern von „romantischen Richtungen“: „Wie niemand den Satz als beleidigend empfinden wird, daß jeder Mensch etwas neurotisch sei, so darf dabei auch die Vermutung eines Steckenbleibens in früheren Entwicklungsstadien als Ursache mancher irrationaler Heilbotschaften Verständnis erhoffen“. (Auch als Vortrag gehalten in Mannheim an einem Klinischen Abend in den städtischen Krankenanstalten.)

In seinem sehr bemerkenswerten Vortrag über „Arzneimittelwesen und Krankenversicherung“ (4) — ich empfehle dessen Drucklegung und Versand an die gesamte für uns zuständige Ärzteschaft! — erinnert Heubner auch an die alte Regel: „Neue Arzneimittel soll der Kassenarzt nur dann verordnen, wenn er sich nach pflichtmäßigem Ermessen davon überzeugt hat, daß ihre angepriesene Wirkung durch gründliche wissenschaftliche und praktische Untersuchungen gewährleistet ist.“ (cf. Best. d. RAM vom 24. 8. 35.) Bei Untersuchungen, die der Vortragende in Berlin hatte vornehmen lassen, fanden sich 36% aller Verordnungen, die diesen Voraussetzungen nicht entsprachen. Das war im Jahre 1947. Heute ist wohl auch in Berlin diesbezüglich ein Wandel eingetreten. Soweit ich Einblick in die nordbadischen Verordnungen gewonnen habe, ist der Prozentsatz hier nicht so hoch; immerhin ist es keineswegs überflüssig, auch in Nordbaden einmal wieder an obige alte Regel zu erinnern.

Zum Schluß sei auf eine Stelle aus einem Brief von Prof. Eichholz, Heidelberg, Pharmakologisches Institut, verwiesen, in dem er mir über ein Tonicum das folgende schrieb:

„Ich kenne die Kollegen, die das Mittel nicht entbehren möchten, nicht; ich kenne daher auch ihre Fähigkeiten nicht, ob sie in der Lage sind, die Wirkungen eines Medikamentes zu beurteilen, was ja außerordentlich schwer ist. Ich kenne aber die Folgen der Reklame, sowie die Wünsche der Patienten, die bei solchen Einsprüchen der Kollegen möglicherweise ins Spiel kommen und die natürlich für die Beurteilung des Mittels keine Rolle spielen können.“

Schrifttum

- (1) Strotkötter, „Zum Regelbetrag“, Südwestdeutsches Ärzteblatt, Märzheft 1952. (2) Homann, Ärztliche Mitteilungen, Heft 11, 1. Juni 1954, S. 39. (3) Strotkötter, Südwestdeutsches Ärzteblatt 1952. (4) Heubner, Regensburger Jahrbuch für ärztliche Fortbildung Bd. III, 1953. (5) Heubner, „Arznei als Wert“ (Springer 1931). (6) Bier, „Homöopathie und harmonische Ordnung der Heilkunde“. (7) Hahn, „Kritisches zur Ernährungstherapie“, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1954, S. 943, 944. (8) Hartung, „Über ein dynamisches Heilmittel“, Hippokrates (Heft 12, 1951/52). (9) Heubner, „Affekt und Logik in der Homöopathie“ (J. Springer 1925). (10) Weisbecker, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1954, S. 990.

SPORTSCHADEN UND SPORTVERLETZUNGEN

Von Prof. Dr. med. Burghard Breitner
Vorstand der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck

Zweite, umgearbeitete Auflage

Mit 34 Abbildungen. 1953. VIII, 181 Seiten. Geheftet DM 24.—. Ganzleinen DM 27.—

FERDINAND ENKE VERLAG STUTTGART

Eingesandt

Zur Versorgungsfrage habe ich mich bereits im Dezemberheft 1953 dieses Blattes geäußert und meine persönlichen Erfahrungen mit den Lebensversicherungsgesellschaften bekanntgegeben. Es ist daher nicht meine Absicht, auf den Artikel von Dr. med. Grieger und H. Walter-Mannheim in Heft 8/1954 im einzelnen einzugehen. Nur einen einzigen Satz möchte ich herausgreifen, der mich gleichzeitig erstaunt und belustigt hat. Er lautet: „Eine Propaganda für eine schlechte Sache wirkt nicht.“ Man sollte doch eigentlich annehmen, daß ein Arzt, auch wenn er wie der Verfasser zu den „Jüngeren“ gehört, soviel von Psychologie versteht, daß ihm ein solcher Satz nicht unterlaufen dürfte. Hat er die Propaganda des Dritten Reiches schon wieder ver-

gessen? Will er etwa behaupten, daß diese unwirksam oder die von ihr vertretene Sache immer gut gewesen sei? Unsere ganzen derzeitigen Erfahrungen erweisen doch im Gegenteil, daß eine geschickt aufgezoogene Propaganda auch für eine schlechte Sache in unserem Massenzeitalter oft nur allzu wirksam ist und daß der Katzenjammer immer erst nach kürzerer oder längerer Zeit hinterherkommt. Dies gilt für alle Bevölkerungsschichten, und der alte Spruch, daß man immer erst durch eigenen Schaden klug wird, trifft nach wie vor zu. Daher auch der Unterschied des Abstimmungsergebnisses der Kollegen von über und unter 45 Jahren.

Dr. Schertlin

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 7 35 51—55

Pressekonferenz

über die kassenärztliche Honorierung

Die Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft veranstaltete am Samstag, den 7. August 1954, in Stuttgart eine Pressekonferenz. Den aktuellen Anlaß bot die von einer Stuttgarter Betriebskrankenkasse (Firma Breuninger) beabsichtigte Neuregelung der Honorierung, nach der die kassenärztlichen Leistungen in Zukunft nach den Sätzen der Ersatzkassen-Adgo einzeln vergütet werden sollen. Diese beabsichtigte Regelung geht auf die Initiative der Betriebskrankenkasse der Firma Breuninger selbst zurück. In einer Urabstimmung haben sich über 90% der Versicherten für diese Regelung ausgesprochen und sich damit auch mit der dadurch notwendigen geringgradigen Beitragserhöhung einverstanden erklärt. Der Prokurist der Fa. Breuninger, Stuttgart, Herr Gilbert, erklärte im Rahmen der Pressekonferenz, die beabsichtigte Neuregelung, die er als Versuch bezeichnete, würde erstmalig einen neuen Weg in der Honorierung der kassenärztlichen Leistungen durch eine RVO-Krankenkasse darstellen. Professor Dr. Neuffer brachte als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg zum Ausdruck, daß sich die Ärzteschaft über die Wertung der ärztlichen Tätigkeit, die in der beabsichtigten Neuregelung bemerkbar wäre, besonders freue; sei durch dieses Beispiel doch erwiesen, daß es durchaus möglich wäre, zu einer besseren Honorargestaltung zu kommen, wenn der Wille hierzu vorhanden sei. Es wäre zu hoffen, daß sich diesem Beispiel auch andere Kassen anschließen würden.

Im Rahmen dieser Pressekonferenz wurde außerdem Gelegenheit genommen, die gerade in der letzten Zeit wiederholt aufgestellten Behauptungen von Seiten der Krankenkassen über die Höhe des kassenärztlichen Honorars in aller Deutlichkeit richtigzustellen. Es wurde auf den Fehler aufmerksam gemacht, der bei diesen Ermittlungen dadurch unterläuft, daß die Krankenkassen den von ihnen an die Kassenärztliche Vereinigung überwiesenen Pauschalbetrag durch die Zahl der Kassenärzte ihres Bereichs dividieren und diesen errechneten Betrag der Öffentlichkeit als Durchschnittseinkommen des Kassenarztes aus seiner RVO-Kassentätigkeit mitteilen. Dem wurden die tatsächlichen Einkommensverhältnisse der Kassenärzte Nord-Württembergs im Jahre 1953 gegenübergestellt (s. Seite 181).

In der Diskussion zeigten sich die Vertreter der Presse sehr aufgeschlossen für die ganze Problematik; das Gespräch diente im wesentlichen der weiteren Erklärung der oben angeführten Angaben.

Zu den Vorwürfen der AOK Bühl

(Mitteilung der Pressestelle an die südbadische Presse und den Südwestfunk)

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Bühl behauptete kürzlich u. a., daß die in ihrem Bereich tätigen Ärzte zuviel Medikamente verordnen und daß die Honorarforderungen in keinem Verhältnis zu ihrer Leistungsmöglichkeit stehen würden. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden, Abrechnungsstelle Baden-Baden, hat daraufhin eine eingehende Prüfung dieser Behauptungen vorgenommen. Danach ist festzustellen, daß der Anteil des Arzthonorars an den Beitragseinnahmen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bühl 1953 im Durchschnitt nur 19,5 % betrug, während er früher 24—25 % ausmachte. Es ergibt sich hieraus deutlich, daß die Honorierung der ärztlichen Leistung in einem schlechteren Verhältnis zu den Gesamteinnahmen der Krankenkasse steht, als dies früher der Fall war. Die Ärzteschaft fordert mit Recht, daß die alte Relation bezüglich des Arzthonorars wiederhergestellt wird. Es ist selbstverständlich, daß die Anwendung moderner und besonders wirksamer Arzneimittel höhere Kosten verursacht als früher. Dies kommt letztlich den Kranken zugute. Es ist jedoch nicht richtig, die dadurch bedingten Mehrkosten zuungunsten des Arzthonorars zu bestreiten und dazuhin noch der Ärzteschaft Vorwürfe zu machen, wenn sie diese Mittel verordnet. Es besteht kein Anlaß anzunehmen, daß die Ärzte in Bühl eine andere Verordnungsweise haben als die übrigen Ärzte des Bundesgebiets. Es ist aber nicht angängig, den Versicherten immer wieder zu sagen, daß ihnen jedes notwendige Arzneimittel verordnet werden kann, und der Ärzteschaft andererseits die Schuld an den gestiegenen Arzneikosten zuzuschreiben. Derartige Beschuldigungen müssen mit allem Nachdruck zurückgewiesen werden. Es obliegt der Verantwortung des einzelnen Arztes, was er im Interesse des Kranken für notwendig hält und welche Maßnahmen er zu seiner Gesundheit trifft.

Die Ausgaben für Arzneikosten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bühl betragen in den einzelnen Vierteljahre des Jahres 1953 zwischen 13,4 und 19,7 %. Dies dürfte unseres Wissens auch den Verhältnissen bei anderen Krankenkassen des Bundesgebietes entsprechen. Da der Anteil des Arzthonorars im Verhältnis zu früher geringer ist und dazuhin die bedeutend erhöhten Kosten der ambulanten Sach- und Röntgenleistungen aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung getragen werden, erhebt sich die Frage, wodurch die von der Ortskrankenkasse Bühl mitgeteilten Mehraufwendungen von über einer Million DM bedingt waren. Eine Antwort auf diese Frage ist aus der Veröffentlichung der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bühl nicht klar ersichtlich.

Kurznachrichten

Wo der Patient zur Nummer wird ...

Unter der Überschrift „Geheimakten auf dem Müll“ bringt „Die Welt“ am Samstag, den 10. Juli, eine dpa-Meldung mit folgendem Wortlaut: „Die am Donnerstag auf einem Schutt-abladeplatz in Winsen (Kreis Harburg) von einem Eisenbahner gefundenen rund 100 als „Geheim“ gekennzeichneten Akten des Staatlichen Gesundheitsamtes in Winsen stammen, wie die Harburger Kriminalpolizei mitteilt, aus den Jahren 1946 bis 1949 und enthalten unter anderem Namenslisten aller Personen des Kreises Harburg, die während dieser Zeit tuberkulose- oder geschlechtskrank waren. Die Polizei versucht jetzt festzustellen, wie diese Akten unverrichtet auf den Schuttbladeplatz gelangen konnten.“

Die Deutsche Ärzteschaft führt seit Jahren einen immer schwieriger werdenden Kampf um die Wahrung des Patienten-geheimnisses. Alle Bedenken der Ärzteschaft gegen die zunehmende Neigung der Behörden, Pflichtmeldungen und bis ins einzelne gehende Auskünfte über Patienten zu fordern, versucht man mit dem Hinweis zu entkräften, daß auch die Amtsärzte, Gesundheitsämter und Krankenkassen die Schweigepflicht zu beachten haben. Die Ärzte aber fragen im Interesse ihrer Patienten besorgt: Ist der Fall Winsen symptomatisch? Wo der Patient zur Nummer wird — sei es in Amtsstellen, Beratungsstellen oder an Krankenkassenschaltern — hört die Achtung vor der Persönlichkeit des Kranken auf, und das zur ärztlichen Beratung und Behandlung notwendige Vertrauensverhältnis wird zerstört.

Die umstrittene Blutalkoholprobe

Zu der viel erörterten Frage geben wir den von Dr. med. et Dipl.-Chem. F. Porthelme vom Hygienischen Institut des Ruhrgebiets in Gelsenkirchen verfaßten Aufsatz zur Kenntnis.

Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, daß, von interessierter Stelle gelenkt, in mehr oder minder auffälliger Form von Zeit zu Zeit jene bekannten Meldungen und Notizen zum Thema „Umstrittene Blutalkoholprobe“ auftauchen. Uns liegt ein vervielfältigtes Schreiben — F. 20/53 vom 2. 6. 1953 — „überreicht durch Vermittlung der Bundesverkehrs-wacht e. V. Bonn, vom Deutschen Brauerbund Bonn“ vor, das geradezu charakteristisch für eine derartige Verfahrensweise ist. Es wird darin Sturm gelaufen gegen eine Automatik des Grenzwertes 1,5 ‰ bzw. einer vom Landesinnenminister in Düsseldorf an die Polizei herausgegebenen Weisung, „schon“ bei 0,9 ‰ Alkohol den Führerschein zu entziehen. Es heißt dort u. a.: „Die Ansicht, daß die Blutprobe der Weisheit letzter Schluß sei, wird z. Zt. fast nur noch in Deutschland und Schweden vertreten“ (!).

Es ist manchmal erstaunlich, wieviel Verkehrssachverständige und gebildete Laien sich gerade auf diesem anfänglich scheinbar einfachen, in Wirklichkeit aber sehr komplizierten Gebiet der Alkoholphysiologie und -psychologie „sachverständig“ fühlen. Das Institut bemüht sich im Rahmen seiner Untersuchungs- und Forschungsarbeit auf dem Gebiete der Verkehrshygiene seit vielen Jahren um eine Unterrichtung und Aufklärung aller interessierten Stellen. Verschiedene Anfragen geben uns heute Veranlassung — wie es z. T. in den letzten Institutsjahresberichten geschehen ist —, kurz die wesentlichen Punkte zur Frage der objektiven Beurteilung von alkoholbeeinflussten Verkehrsteilnehmern aufzuzeichnen:

1. Auch wir lehnen eine automatische Behandlung einer so großzügig festgesetzten konventionellen Grenze von 1,5 ‰ ab, da sie geradezu zu einem Freibrief für solche Kraftfahrer wurde, die sehr deutlich oder sogar erheblich von Alkohol beeinflusst waren, deren Blutalkoholspiegel jedoch diesen Grenzwert noch nicht erreichte.

2. Alkoholbedingter „geistiger Mangel“ setzt wesentlich früher ein. Bei einem Blutalkoholspiegel von 0,5 ‰ (rasch 2 Flaschen Bier auf nüchternen Magen getrunken) versagt annähernd jeder zweite Kraftfahrer. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Arbeit von Bjerber, K. und Goldberg, L.: Effect of alcohol ingestion on driving ability ... 1950 hingewiesen, wonach schon 0,4 ‰ bis 0,5 ‰ Alkohol im Blut die Fahrfähigkeit um 25–30 ‰ verschlechtert.
3. Alkohol hebt die Selbstkritik auf, ohne daß der Betreffende es merkt. Ein sehr trügerisches Gefühl erhöhten Wohlbefindens gaukelt erhöhte Leistungsfähigkeit vor, trotz objektiv deutlich nachweisbarer Fehlleistungen. Dieses ist für die außerordentlich verantwortungsvolle und schwierige Arbeit des Kraftfahrers von besonderer Bedeutung.
4. Blutalkoholwerte über 1,0 ‰ hinterlassen — unabhängig von Konstitution und Gewöhnung — bei jedem Menschen deutlich nachweisbare psychomotorische Leistungsausfälle:
 - a) Sorglosigkeit, Kritiklosigkeit, Überschätzung der eigenen Leistung, Unterschätzung von Wagnis und Gefahr, Enthemmung.
 - b) Mangelnde Aufmerksamkeit, mangelndes Wahrnehmungsvermögen, Herabsetzung der Sehschärfe um 1/3, Herabsetzung der Adaptionsfähigkeit (Dunkelsehen auf Blendungsreiz hin), Gesichtsfeldeinschränkung besonders für rot und grün, Störungen des Koordinationsvermögens (gleichzeitig lenken, schalten, beobachten, Rückspiegel, Winker betätigen u. ä.) und mangelhaftes Reaktionsvermögen.
5. Wir haben des öfteren Gelegenheit genommen, darauf hinzuweisen, daß die zu einem bestimmten Blutalkoholwert notwendigen Alkoholmengen wesentlich größer sind, als man im allgemeinen vermutet. So konnten wir bei 38 Versuchspersonen, die innerhalb recht kurzer Zeit nüchtern 300 ccm einer höherprozentigen Brantweinsorte bzw. 6 Flaschen Exportbier tranken, einen Blutalkoholspiegel von 1,5 ‰ auch als Spitzenwert niemals ermitteln. Wenn — wie meist — über längere Zeit hinweg und dazu auf vollen Magen getrunken wird, sind die hierzu notwendigen Alkoholmengen noch bedeutend (1 1/2 bis 2mal) größer.
6. Viel Verwirrung schaffen die Angaben der Beschuldigten über ihren Alkoholgenuß, die zu über 50 ‰ infolge des durch den Alkohol getrüben Erinnerungsvermögens und einleuchtender Schutzbehauptung nebelhaft sind. Weitere 35 ‰ machen darüber hinaus recht ungenaue Angaben.
7. Es ist oft außerordentlich schwer, sowohl für den Arzt als auch für den Polizeibeamten, nach einem Unfall oder auch nach einer Beanstandung zu entscheiden, ob und in welchem Ausmaß Alkoholbeeinflussung vorliegt. Kurzfristige Willensanspannung kann beim Vorgeführten eine geringe Beeinflussung oder Nüchternheit vortäuschen. Andererseits führt schon der Unfall bzw. die Beanstandung sowie die polizeiliche Vorführung und die Blutentnahme oft zu einer zeitweiligen scheinbaren Ernüchterung.
8. Der Anteil der durch Alkohol beeinflussten Verkehrsunfälle ist weiterhin im ständigen Steigen begriffen; er ist wesentlich höher, als die allgemeine Statistik, in der nur die sicher ermittelten Fälle eingehen, aussagt.
9. Schreck und Angst können keinen Blutalkoholwert — wie es kürzlich eine Pressenotiz besagt — vortäuschen. Schreckreaktionen können als „stress“ jedoch zu einer

Wirtschaftliche B₁₂-Therapie:

Ein Injektionsglas Cytobion „forte“ enthält in 5 ccm 150 γ Vitamin B₁₂ (1 ccm – 30 γ) und kostet DM 3.10 o. U.

Cytobion

Literatur- und Musterabgabe

E. MERCK AG • Abteilung Stuttgart • STUTTGART W, Breitscheidstraße 121

erhöhten Adrenalinausschüttung und somit zu einer schnelleren Ernüchterung bzw. Aufmöbelung oder „Zusammennehmen“ führen.

10. Die Blutalkoholprobe wird naturgemäß auch in Zukunft der laufenden Kritik der Öffentlichkeit ausgesetzt sein. Um so mehr ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den

beteiligten Stellen und ihren „Sachverständigen“ auf diesem nicht einfachen und medizinisch-chemischen Grenzgebiet besonders erstrebenswert.

(Mitteilungsblatt der Eisenbahn-Zentralstelle gegen die Alkoholgefahren, April 1954)

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

- 7.—10. Oktober 1954
13. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg. Nähere Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus/Zimmer 5 a.
30. Oktober bis 6. November 1954
Ärztl. Fortbildungskurs für Ganzheitsmedizin in der Weserbergland-Klinik Höxter/Weser. Themen: Neuraltherapie, Konstitutionstherapie, Physikalische Therapie (Ultraschallbehandlung usw.). Auskunft und Programm: Sekretariat Prof. Dr. Lampert, Höxter/Weser, Weserbergland-Klinik.
- 12.—14. November 1954
5. Wissenschaftliche Arztetagung in Nürnberg auf der Burg-Kaiserstallung mit folgenden Hauptthemen: Frühdiagnose des Krebses in der Praxis; Kombinierte Er-

krankungen in der Praxis, Herz- und Gefäßtherapie für die Allgemeinpraxis; Über Geomedizin und über die Bedeutung geographischer Faktoren für die Medizin. Nähere Auskünfte und Anmeldungen: Univ. Prof. Dr. med. F. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet folgende Fortbildungskurse:

- 3.—6. November 1954
Fortbildungskurs für Fachärzte der Augenheilkunde.
- 7.—11. November 1954
Fortbildungskurs für Fachärzte der Neurologie und Psychiatrie.
28. November bis 2. Dezember 1954
Fortbildungskurs für praktische Ärzte. Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut, Gießen, Klinikstraße 32 g.

Bekanntmachung des Innenministeriums über die Ableistung des Krankenpflagedienstes, der Famulatur und der Medizinalassistentenzeit

Vom 20. Juli 1954 Nr. X 4118/5

Der Krankenpflagedienst und die Famulatur der Studierenden der Medizin sowie die Medizinalassistentenzeit können in den im beigefügten Verzeichnis aufgeführten Krankenanstalten abgeleistet werden. §§ 5, 6 und 64 der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334).

In Vertretung

Dr. Fetzer

GABl. S. 350

Anlage

Lfd. Nr.	Ort und Straße	Name der Anstalt	Art der Fachabteilung	Zahl der Plätze für		
				Kr.Pfl.	Famull.	Med.Ass.
Regierungsbezirk Nordwürttemberg						
1	Kreis Aalen Aalen, Am Kälbesrain und Alte Heidenheimer Str. 25	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Röntg., Gyn., Kdr.	2	5	3
2	Ellwangen (Jagst), Dalkinger Str. 8—12	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Tbc.	2	4	2
3	Kreis Backnang Backnang, Hügelstr. 11	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., HNO, Allgem.	2	2	2
4	Gaildorf, Kochstr. 19	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	1
5	Wilhelmshelm, Gemeinde Oppenweiler	Lungenheilstätte	Tbc.	—	2	1
6	Kreis Böblingen Böblingen, Waldburgstr. 1	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	2
7	Böblingen	Tuberkulosekrankenhaus Schönbusch	Tbc.	—	1	1
8	Herrenberg, Tübinger Str. 50	Kreiskrankenhaus	Chir.	1	1	1
9	Sindelfingen, Woboldstr. 24, Calwer Str. 36	Städt. Krankenhaus und Wöchnerinnenheim	Chir., Geb.-Gyn.	2	1	1
10	Kreis Eßlingen Eßlingen-Oberesslingen, Stauffenbergstr. 75/77	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Röntg.	5	8	7
11	Eßlingen-Serach, Schloßlesweg 48	Städt. Krankenhaus	Tbc.	—	1	—
12	Eßlingen-Oberesslingen, Hirschlandstr. 88/90	Städt. Kinderkrankenhaus	Kdr.	1	1	—
13	Eßlingen-Kennenburg, Kennenburger Str. 67	Städt. Frauenklinik	Geb.-Gyn.	2	2	1
14	Kreis Göppingen Göppingen, Eberhardstr. 20	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., Psych.	2	5	5
15	Göppingen, Faurndauer Str.	Christophsbad Göppingen	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	—	2	2
16	Geislingen an der Steige, Eybstr. 16	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	2	3	2
17	Kreis Heidenheim Heidenheim, Felsenstr. 36	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., Röntg., Allgem.	5	5	5
18	Glengen an der Brenz, Hirschstr. 1	Städt. Krankenhaus	Allgem.	—	1	—
19	Stadt- und Landkreis Heilbronn Heilbronn, Jägerhausstr. 26 Heilbronn-Sonthelm	Städt. Krankenanstalten Städt. Krankenanstalten	Inn., Chir., Geb.-Gyn.	6 1	13 2	7 1

Lfd. Nr.	Ort und Straße	Name der Anstalt	Art der Fachabteilung	Zahl der Plätze für		
				Kr.Pfl.	Famul.	Med.Ass.
20	Bad Friedrichshall-Jagstfeld	Kinderheilstätte Jagstfeld	Kdr.	—	3	2
21	Bad Wimpfen, Am Alezberg	Städt. Krankenhaus	Inn.	1	1	1
22	Brackenheim, Wendelstr. 11	Kreiskrankenhaus	Allgem.	2	2	1
23	Gundelsheim, Schloß Horneck	Heilstätte Gundelsheim	Tbc.	—	2	2
24	Lauffen am Neckar	Städt. Krankenhaus	Allgem.	1	1	1
25	Möckmühl, Roigheimer Str. 23	Privatklinik Dr. Brendle	Kdr.	1	—	—
26	Weinsberg-Weißenhof	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	2	2	2
27	Kreis Künzelsau Künzelsau, Alte Gasse 12	Kreiskrankenhaus	Chir., Gyn., Inn.	—	2	1
28	Kreis Leonberg Leonberg, Bahnhofstr. 53, Rutesheimer Str.	Kreiskrankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn., Tbc.	4	5	3
29	Gerlingen-Schillerhöhe	Sanatorium Schillerhöhe	Tbc.	—	2	2
30	Kreis Ludwigsburg Ludwigsburg, Posilipostr. und Königsallee	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., Kdr., Tbc., RÖ., Haut, HNO., Aug.	13	15	14
31	Ludwigsburg, Hospitalstr. 1a	A. H. Werner'sche Anstalten	Chir., Orth.	2	2	2
32	Bietighelm, Kärntnerstr. 5	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir., Gyn.	2	2	—
33	Marbach am Neckar, Im Bannmüller 8	Kreiskrankenhaus	Chir.	2	2	2
34	Kreis Mergentheim Bad Mergentheim, Wachbacher Str. 52	Kreiskrankenhaus	Chir.	2	2	2
35	Bad Mergentheim, Umlandstr. 7	Caritas-Krankenhaus	Inn., Chir., Orth., Tbc.	3	3	7
36	Bad Mergentheim, Wachbacher Str. 60	Krankenhaus St. Rochus Stift.	Inn.	1	1	1
37	Bad Mergentheim, Denni-Hoffmann-Str.	Sanatorium Dr. Ketterer	Inn.	—	—	1
38	Bad Mergentheim, Theodor-Klotzbücher-Str. 12	Sanatorium Kuranstalt am Frauenberg	Inn.	—	1	1
39	Kreis Nürtingen Nürtingen, Stuttgarter Str. 2	Kreiskrankenhaus	Chir., Geb., Inn.	2	1	1
40	Kirchheim unter Teck, Stuttgarter Str. 56	Kreiskrankenhaus	Chir., Geb., Inn., RÖ.	4	4	3
41	Kreis Öhringen Öhringen, Krankenhausstr.	Kreiskrankenhaus	Inn., Chir.	2	2	2
42	Kreis Schwäbisch Gmünd Schwäbisch Gmünd, Uferstr. 16	Kreiskrankenhaus St. Ludwig	Inn. u. Allgem.	—	1	1
43	Schwäbisch Gmünd, Weißensteiner-Str. 33	Krankenhaus, Margaritenheim	Geb.-Gyn. Chir., Gyn., Kdr.	2	2	1
44	Kreis Schwäbisch Hall Schwäbisch Hall	Ev. Diakonissenanstalt	Chir., Inn., Tbc., Geb.- Gyn., Kdr., RÖ., Aug., HNO., Urol., Kiefer- chir., Haut.	3	6	6
45	Stadtkreis Stuttgart Stuttgart-N, Kriegsbergstr. 60 und Stuttgart-S, Hauptstätterstr. 142	Städt. Katharinenhospital mit Hans-Sachs-Krankenhaus	Inn., Chir., HNO., Aug., Zahn-Kiefer, RÖ.	10	11	5
46	Stuttgart-S, Furtbachstr. 5	Furtbachkrankenhaus	Chir.	3	4	2
47	Stuttgart-W, Bismarckstr. 3	Städt. Frauenklinik	Geb.-Gyn.	4	6	3
48	Stuttgart-Feuerbach, Stuttgarter Str. 151	Krankenhaus Feuerbach	Chir.	3	4	2
49	Stuttgart-Bad Cannstatt, Nürnberger Str. 145	Städt. Krankenhaus Stuttgart-Bad Cannstatt	Chir. u. Neurochir.	2	2	2
50	Stuttgart-W, Bebelstr. 22	Hautklinik Moltke-Kaserne	Haut.	3	4	4
51	Stuttgart-S, Leonberger Str. 220	Rudolf-Sophien-Stift	Inn.	4	8	5
52	Stuttgart-Berg, Teckstr. 56	Klinik Berg	Inn.	—	—	—
53	Stuttgart-Bad Cannstatt, Waiblinger Str. 27	Kolpinghaus	Inn.	1	1	1
54	Stuttgart-N, Birkenwaldstr. 10	Städt. Kinderkrankenhäuser und Kinderheime	Inn., Inf., Tbc.	5	5	7
55	Stuttgart-W, Hölderlinstr. 50	Paulinen-Hospital	Inn.	3	3	2
56	Stuttgart-W, Rosenbergstr. 38	Wilhelm-Hospital	Chir.	1	2	2
57	Stuttgart-S, Böheimstr. 37	Marien-Hospital	Chir., Inn., Geb.-Gyn., HNO.	6	8	11
58	Stuttgart-O, Metzstr. 62	Karl-Olga-Krankenhaus	Chir., Inn., HNO.	11	11	6
59	Stuttgart-N, Hahnemannstr. 1	Robert-Bosch-Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn., Urol.	6	6	6
60	Stuttgart-W, Bismarckstr. 8	Olghellanstalt	Chir., Kdr., HNO.	2	5	4
61	Stuttgart-Bad Cannstatt, Badstr. 33	Krankenhaus vom Roten Kreuz	Inn., Chir.	2	4	2
62	Stuttgart-O, Gerokstr. 31	Charlottenhaus e. V.	Geb.-Gyn.	1	1	1
63	Stuttgart-O, Alexanderstr. 5	Chir.-Orthopäd. Klinik und Unfall- krankenhaus Dr. Baumann	Chir., Orth.	2	2	1
64	Stuttgart-Bad Cannstatt	St. Anna-Frauenklinik	Geb.-Gyn.	—	1	1
65	Stuttgart-S, Hohenheimer Str. 21—26	Bethesda-Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	—	3	3
66	Stuttgart-N, Wolftramstr. 61	Bürgerhospital	Inn., Psych.	4	2	2
67	Stuttgart-W, Dillmannstr. 19	Carl-Unger-Klinik	Inn.	1	1	1
68	Stuttgart-Bad Cannstatt, Waiblinger Str. 101	Frauenklinik Dr. E. Mertz	Geb.-Gyn.	—	—	1
69	Stuttgart-W, Hölderlinstr. 1 B	Hölderlin-Klinik	Geb.-Gyn., Chir.	1	—	1
70	Stuttgart-Berg, Obere Str. 2	Landeshebammschule	Geb.-Gyn.	4	6	2
71	Stuttgart-Berg, Teckstr. 56	Versorgungskrankenhaus	Chir.	2	1	—
72	Stadt- und Landkreis Ulm Ulm, Steinhövelstr. 9	Städt. Krankenanstalten	Chir., Inn., RÖ., Geb.- Gyn., Haut., Kdr., Urol., Tbc.	17	13	8
73	Ulm, Prittwitzstr.	Klinik Elisabethenhaus	Chir., Gyn.	—	1	—
74	Ulm, Parkstr. 11	Johanneum	Chir., Orth.	3	2	1
75	Ulm, Zollernring 26	Krankenhaus Bethesda	Geb.-Gyn., Chir., Inn., Kdr., HNO.	—	1	—
76	Kreis Vaihingen Vaihingen an der Enz, Hellbronner Str.	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	1
77	Maulbronn, Knittlinger Steige	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	1
78	Mühlacker, Erlenbachstr.	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	1
79	Kreis Waiblingen Waiblingen, Winnender Str. 41	Kreiskrankenhaus	Inn., Chir.	2	4	2
80	Waiblingen, beim Bahnhof	Kinderkrankenhaus und Kinderheim	Kdr.	—	1	1
81	Schorndorf, Schlichtener Str. 101	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., Inf.	2	6	2
82	Welzheim, Schorndorfer Str.	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	1
83	Winnenden, Schloßstr. 50	Psych. Landeskrankenhaus Winnental	Psych.	3	2	2

Lfd. Nr.	Ort und Straße	Name der Anstalt	Art der Fachabteilung	Zahl der Plätze für		
				Kr.Pfl.	Famul.	Med.Ass.
Regierungsbezirk Nordbaden						
83	Kreis Bruchsal Bruchsal, Gutleutstr.	Krankenhaus Bruchsal, Fürst Stirum-Stiftung	Chir., Geb., Inn., Inf.	2	3	3
84	Kreis Buchen Waldleiningen, Gemeinde Mörschenhardt	Schloß-Sanatorium Waldleiningen — Privatklinik Dr. Straube	Inn.	—	1	—
85	Stadt- und Landkreis Heidelberg Heidelberg, Plöck 45 Heidelberg, Landhausstr. 25	Diakonissen-Krankenhaus	Chir.	1	1	1
86		St. Josefs-Krankenhaus	Inn., Chir., Gyn., HNO.	2	2	2
87	Heidelberg	Speyerershof	Inn.	—	2	2
88	Heidelberg, Kohlhof	Heilstätte Königstuhl	Inn.	—	6	4
89	Heidelberg-Rohrbach, Amalienstr. 5	Tuberkulose-Krankenhaus	Tbc.	—	—	—
90	Eberbach, Scheuerberg 25	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn., Otol.	3	3	1
91	Rockenau	Sanatorium Eberbach	Tbc.	—	—	1
92	Wiesloch	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	5	4	3
93	Stadt- und Landkreis Karlsruhe Karlsruhe, Diakonissenstr. 28, Sofienstr. 57	Ev. Diakonissenanstalt	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	4	5	3
94	Karlsruhe, Südensstr. 32	Neues St. Vincentius-Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	2	5	5
95	Karlsruhe, Kriegsstr. 49	Altes St. Vincentius-Krankenhaus	Orth., Aug., HNO.	—	1	1
96	Karlsruhe, Moltkestr. 14	Städt. Krankenanstalten	Aug., Chir., Geb.-Gyn., HNO., Haut., Kdr., Inn., Urol., Rö.	15	20	20
97	Karlsruhe, Kaiserallee 10	Landesfrauenklinik	Geb.-Gyn.	4	4	2
98	Stadt- und Landkreis Mannheim Mannheim, Theodor-Kutzer-Ufer und Grenadierstr.	Städt. Krankenanstalten Mannheim	Inn., Chir., Geb.-Gyn., Haut., Kdr., HNO., Aug., Rö., Path.	60	25	25
99	Mannheim, Gutenbergstr. 9	Theresien-Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn., HNO., Rö.	4	4	4
100	Mannheim, Ulmenweg 25	Diakonissen-Krankenhaus	HNO., Rö.	2	2	1
101	Mannheim A 2, 5—7	St. Hedwig-Klinik	Chir., Inn., Urol., Geb.-Gyn., Chir.	—	2	2
102	Mannheim, Meerfeldstr.	Heinrich-Lanz-Krankenhaus	Inn., Chir.	2	2	2
103	Mannheim, Bassermannstr. 47/53	Tuberkulose-Heim	Tbc.	1	2	1
104	Schriesheim, Talstr.	Sanatorium Stammberg	Tbc.	—	—	1
105	Schwetzingen, Hildastr. 4	Städt. Krankenhaus	Chir.-Gyn., Geb., Inn.	4	3	2
106	Weinheim, Grundelbachstr. 12	Städt. Krankenhaus	Chir., Gyn.	2	2	1
107	Kreis Mosbach Mosbach, Renzstr. 10	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	3	3	2
108	Mosbach, Neckarburgener Landstr. 4	Johannes-Anstalten der Inneren Mission	Tbc. Kdr., HNO., Aug., Inn., Allgem. Kdr.	—	2	1
109	Stadtkreis Pforzheim Pforzheim, Kanzlerstr. 4—6	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn.	6	14	7
110	Pforzheim, Scheffelstr. 1	Krankenhaus Siloah	Chir., Geb.-Gyn., Inn.	3	3	3
111	Kreis Sinsheim Bad Rappenau, Vulpiusstr.	Prof. Vulpius-Freiluftklinik	Orth.	4	2	2
112	Kreis Tauberbischofsheim Wertheim, Neue Steige 22 und Bahnhofstr. 1	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir.	2	1	2
Regierungsbezirk Südbaden						
113	Stadtkreis Baden-Baden Baden-Baden, Gernsbacher Str. 47	Staatl. Krankenhaus Landesbad	Inn.	3	3	3
114	Baden-Baden, Leopoldstr.	Sanatorium Hohenblick	Inn.	—	—	1
115	Baden-Baden, Bismarckstr. 19/21	Sanatorium Quisisana	Inn.	1	1	1
116	Kreis Bühl Bühl, Hermannstr. 8	Städt. Krankenhaus	Chir., Geb., Inn.	1	1	1
117	Kreis Donaueschingen Donaueschingen, Krankenhausstr. 31	Städt. Max-Egon-Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	1	2	1
118	Kreis Emmendingen Emmendingen, Merinstr. 1	Städt. Krankenhaus	Allgem.	2	2	2
118a	Emmendingen	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	4	3	3
119	Herbolzheim, Bismarckstr.	Städt. Krankenhaus	Chir., Urol.	—	1	1
120	Waldkirch	St. Nikolai-Spital	Chir., Inn., Rö.	2	2	1
121	Stadt- und Landkreis Freiburg Freiburg i. Br., Johannerstr. 1	Josefshaus	Chir., Geb., Inn., HNO., Aug.	2	2	2
122	Freiburg i. Br., Hauptstr. 8 und Marienstr. 8	Diakonissen-Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn.	3	3	2
123	Freiburg i. Br., Mercyrstr. 8—12	Loretto-Krankenhaus	Chir., Inn., Gyn., HNO.	2	4	2
124	Buchenbach	Sanatorium Wiesneck	Inn., Psych.	1	—	1
125	Kreis Kehl Kork, Landstr.	Ev. Diakonissen-Krankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn.	2	2	2
125a	Kehl	Städt. Krankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn.	2	2	1
126	Kreis Konstanz Konstanz, Mainaustr. 33	Städt. Krankenanstalten	Chir., Inn., Geb.-Gyn., Kdr.	7	9	7
127	Engen, Herrenstr. 19	Krankenhaus	Chir., Inn.	2	2	1
128	Radolfzell, Hausherrenstr. 12	Krankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., HNO., Aug.	1	2	1
129	Reichenau Singen (Hohentwiel), Virchowstr. 10	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	4	2	2
130	Singen (Hohentwiel), Virchowstr. 10	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Gyn., Rö.	3	5	4
131	Kreis Lahr Lahr, Bottenbrunnenstr. 1—3	Bezirkskrankenhaus	Inn., Chir., Gyn., HNO.	8	4	4

Lfd. Nr.	Ort und Straße	Name der Anstalt	Art der Fachabteilung	Zahl der Plätze für		
				Kr.Pfl.	Famul.	Med.Ass.
132	Ettenheim	Städt. Krankenhaus	Allgem.	2	1	1
133	Kreis Lörrach Lörrach, Spitalstr. 25	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., HNO., Aug., Geb.	—	2	1
134	Lörrach, Feldbergstr. 15	St. Elisabeth-Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., HNO.	2	3	3
135	Schopfheim, Schwarzwaldstr. 40	Städt. Krankenhaus	Chir., Geb.	3	3	2
136	Zell im Wiesental	Städt. Krankenhaus	Allgem. (Chir.)	2	2	1
137	Kreis Müllheim Bad Krozingen, Schlatterstr. 44	Theresienkrankenhaus und Theresienbad	Inn.	—	—	1
138	Kreis Neustadt Neustadt, Friedhofstr. 9	Städt. Krankenhaus	Chir.	—	1	1
139	St. Blasien, Friedrichstr.	Städt. Krankenhaus	Chir., Geb.	—	1	—
140	St. Blasien	Sanatorium	Tbc.	—	2	2
141	Friedenweiler	Kinderheilstätte Schloß Friedenweiler	Chir., Orth., Inn.	—	2	2
142	Kreis Offenburg Offenburg, Ebertplatz 8-12	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir.	2	6	6
143	Kreis Rastatt Rastatt, Engelstr. 37-39	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir., Gyn.	2	5	2
144	Gernsbach, Cas.-Katz-Str. 22	Städt. Krankenhaus	Allgem.	1	1	1
145	Kreis Säckingen Säckingen, Obere Flüh	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn.	—	2	2
146	Todtmoos	Heilstätte Wehrwald	Tbc., Tbc.-Chir.	2	3	3
147	Kreis Stockach Stetten am kalten Markt	Heilstätte Heuberg	Tbc.	—	2	1
148	Kreis Überlingen Überlingen, St. Ulrichstr.	Städt. Krankenhaus	Allgem.	2	2	1
149	Markdorf, Spitalstr. 11	Städt. St. Josef-Krankenhaus	Allgem.	2	2	1
150	Kreis Villingen Villingen, Herdstr. 7	Städt. Krankenhaus	Inn., Chir., Geb.-Gyn., Kdr.	3	3	3
151	Bad Dürrheim, Lutsenstr. 58	Kinderheilstätte des Bad. Roten Kreuzes	Kdr.	1	1	1
152	Königsfeld im Schwarzwald	Kindersanatorium Schw. Frieda- Klimsch-Stiftung	Kdr.	—	1	1
153	St. Georgen, Schönblickstr.	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Rb.	—	—	1
154	Kreis Waldshut Waldshut, Kaiserstr. 93	Krankenhaus	Chir., Inn.	2	2	2
155	Stühlingen, Spitalstr.	Städt. Krankenhaus Loretto	Allgem.	—	1	—

Regierungsbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern

156	Kreis Balingen Balingen, Tübinger Str. 56	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	—	3	2
157	Ebingen, Sonnenstr. 50	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Aug., Gyn., Haut., HNO., Kdr.	1	3	2
158	Kreis Biberach Biberach an der Riß, Riedlinger Str. 84	Kreiskrankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn.	4	3	2
159	Biberach, Jordanbad	Sanatorium	—	1	1	1
160	Laupheim, Brennerstr. 13	Kreiskrankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn.	3	3	2
161	Ochsenhausen, Laubacher Weg	Kreiskrankenhaus	Chir.	1	1	1
162	Schussenried	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	3	3	2
163	Kreis Calw Calw, Eduard-Conz-Straße	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	3	3
164	Hirsau	Sanatorium Dr. Römer	Inn., Psych.	—	—	1
165	Nagold, Wörthstr.	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	2
166	Neuenbürg, Marxzeller Str.	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	2	2	2
167	Schömburg	Volksheilstätte Charlottenhöhe	Tbc.	—	1	1
168	Schömburg	Neue Heilanstalt Waldsanatorium Dr. Schröder	Tbc.	—	1	1
169	Schömburg	Sanatorium Schömburg Dr. Walder	Tbc.	—	—	1
170	Wildbad im Schwarzwald, Paulinenstr. 39	Versorgungskuranstalt	—	—	1	1
171	Kreis Ehingen Munderkingen, Schillerstr. 12	Städt. Krankenhaus	Allgem., Chir., Urol.	1	1	1
172	Untermarchtal	Schwesternkrankenhaus Maria Hilf	Inn.	—	—	1
173	Kreis Freudenstadt Freudenstadt, Herrenfelder Str. 14	Kreiskrankenhaus	Chir., Gyn., Inn., HNO., Aug.	4	4	4
174	Alpirsbach, Freudenstädter Str.	Sanatorium Grezenbühl und Sanatorium Heilenberg	Tbc.	—	1	—

20 Dragées DM 1.80 o. U.

Neu!
wirtschaftlich

20 Dragées DM 1.80 o. U.

Modernes Antihypertonicum

Rauserpol

 Dragées

Gesamtalkaloide der Rauwolfia serpentina

1 Dragée ist auf 2 mg
Gesamtalkaloide standardisiert



Chem.-Pharm. Fabrik Stuttgart 13

Lfd. Nr.	Ort und Straße	Name der Anstalt	Art der Fachabteilung	Zahl der Plätze für		
				Kr.Pfl.	Famul.	Med.Ass.
175	Alpirsbach-Krähenbad	Sanatorium Dr. Würz	Tbc.	1	1	—
176	Freudenstadt-Kniebis, Haus 75/77	Kindersanatorium Kniebis	Kdr.	—	1	—
177	Reinerzau, Talstr. 9	Kurhaus Reinerzau	Tbc.	—	1	—
178	Kreis Horb Horb am Neckar, Burgstallstr.	Hospital z. Hl. Geist	Chir., Allgem.	2	2	1
179	Dornhan	Städt. Krankenhaus	Allgem.	1	1	—
180	Sulz am Neckar, Freudenstädter Str.	Kreiskrankenhaus	Allgem.	—	1	1
181	Kreis Münsingen Münsingen, Unter der Bleiche	Kreiskrankenhaus	Allgem.	2	2	1
182	Zwiefalten, Hauptstr. 40	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	4	2	2
183	Kreis Ravensburg Ravensburg, Bachstr. 57	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., HNO., Gyn.	—	2	—
184	Ravensburg	St. Elisabethen-Krankenhaus	Chir., Inn.	2	2	2
185	Waldsee, Seeweg 38	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	1
186	Weissenau, Kirchstr. 14	Psych. Landeskrankenhaus	Psych.	6	3	3
187	Kreis Reutlingen Reutlingen, Stelzenbergstr. 25	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn.	5	6	4
188	Urach, Blumenstr. 7	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	2	1
189	Kreis Rottweil Rottweil, Krankenhausstr. 4	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	5	5	3
190	Rottweil, Schwenninger Str. 15	Heilstätte Rottenmünster	Psych.	2	2	2
191	Oberndorf am Neckar, König-Wilhelm-Str.	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.	2	2	1
192	Schramberg, Gut Berneck	Städt. Krankenhaus (Junghaus-Krankenhaus)	Inn.	—	1	1
193	Schramberg, Selterweg 10—12	Städt. Krankenhaus	Chir., Gyn.	1	1	1
194	Schwenningen am Neckar, Mauthestr. 13	Städt. Krankenhaus	Chir., Inn., Geb.-Gyn., HNO., Aug.	6	3	2
195	Kreis Saulgau Saulgau	Kreiskrankenhaus	Allgem.	2	2	1
196	Buchau, Schloß	Kinderheilstätte Caritasstift	Kdr.	—	1	—
197	Riedlingen, Zwiefalter Str. 50	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	2
198	Kreis Sigmaringen Sigmaringen, Leopoldstr. 4	Fürst-Carl-Landes-Krankenhaus	Chir., Gyn., Inn., Psych.	4	5	5
199	Kreis Tettngang Friedrichshafen, Aidlinger Str. 38	Städt. Karl-Olga-Krankenhaus	Chir., Geb.-Gyn., Inn., Inf.	2	4	3
200	Tettngang, Lindauer Str.	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	1
201	Kreis Tübingen Tübingen, Paul-Lechler-Str.	Paul-Lechler-Krankenhaus	Inn.	—	—	1
202	Rottenburg, Königstr. 57	Städt. Krankenhaus	Inn.	2	2	1
203	Kreis Tuttlingen Tuttlingen, Schöbleweg 3	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn., HNO., Gyn.	4	4	4
204	Tuttlingen, Hermannstr. 15	Augenklinik und Augenheilstätte Dr. Cremer	Aug.	—	1	1
205	Spaichingen, Krankenhausstr.	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	1	1	1
206	Trossingen, Wagnerstr. 1	Kreiskrankenhaus	Chir., Inn.	1	1	1
207	Kreis Wangen Wangen im Allgäu, Am Engelberg 29	Kreiskrankenhaus	Chir.	1	1	1
208	Wangen im Allgäu, Praußbergstr. 4	Kinderheilstätte	Tbc.	2	3	2
209	Isny, Wilhelmstr.	Städt. Krankenhaus mit Heilstätte Wilhelmsstift	Chir., Gyn., Tbc.	1	2	2
210	Leutkirch, Ottmannshoter Str.	Kreiskrankenhaus	Allgem.	1	1	1
211	Überruh, Gemeinde Großholzleute	Lunzenheilstätte	Tbc.	—	2	1

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Bek. des BStMdl. vom 14. 7. 1954 Nr. III 2 b — 5009 b 33 über den Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Vom Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 3. November 1954 bis 28. Februar 1955 in München bei genügender Beteiligung ein Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgehalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang wird als Voraussetzung für die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamts vom 21. 12. 1951 Nr. P 1110/46 — 6/51, Be-

treff: Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BSTanz. Nr. 1/1952 —) gefordert. Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, haben ihr Gesuch bis spätestens 1. Oktober 1954 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Lehrgang sind:
1. Medizinische Doktorwürde an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen deutschen Reichsgebietes,

Dankbare Patienten durch

BAD EMS

bei *Katarren
Asthma
Herz- und
Kreislauf-
krankheiten*

VÖLLIGE NEUGESTALTUNG ALLER KUR- u. BADEEINRICHTUNGEN • CO₂-THERMALBÄDER
MODERNSTE INHALATIONEN • TRINKKUREN • PNEUMATISCHE KAMMERN • KLIMA-
KAMMER • SAUNA • UNTERWASSER-MASSAGE • GANZZÄHRIG GEÖFFNET
PROSPEKTE DURCH STAATL. KURDIREKTION

2. ärztliche Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Approbation als Arzt,
3. Tätigkeit von mindestens je 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geistesranke und an einem Gesundheitsamt.

Den Bewerbungen sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Approbation als Arzt in Urschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gelten § 92 des Bundesvertriebenengesetzes bzw. die Bestimmungen der Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern über die Anerkennung ausländischer Approbationen vom 22. Dezember 1947 (BStAnz. 1948 Nr. 1),
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gelten die Bestimmungen gemäß Entschl. des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus über Vollzug des Flüchtlingsgesetzes; hier: Anerkennung ausländischer akademischer Grade vom 19. Oktober 1948 (BStAnz. 1948 Nr. 44),
3. Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit oder Flüchtlingsausweis in amtlich beglaubigter Abschrift.
5. Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 150.—; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Bayer. Staatshauptkasse München, Postscheckkonto Nr. 1628 Amt München, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das etwaige Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch an den Bayerischen Staat auf Anstellung.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. Dezember 1951 Nr. P 1110/46 — 5/51 Betreff: Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BStAnz. Nr. 1/1952).

I. A. (gez.) Platz, Ministeriaidirektor

Die Einziehung vom Impfstoffen und Seren

wird im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg Nr. 64, Seite 2, vom 18. August 1954 bekanntgegeben.

Strahlenschutzmessungen an Röntgenapparaten von Krankenhäusern

(Mitteilung des Röntgeninstitutes der Technischen Hochschule Stuttgart)

Während bei Veränderungen und Neuaufstellungen von Röntgenapparaten in Gesundheitsämtern vom Regierungspräsidium eine Wiederholung der Strahlenschutzmessungen veranlaßt wird, ist dies bei den Krankenhäusern meist nicht der Fall. Wie die Erfahrung gezeigt hat, können dem Benutzer unwesentlich erscheinende Abänderungen, z. B. Ersatz einer luftgekühlten Röhrenhaube durch eine ölgekühlte, die Strahlungsverhältnisse in der Umgebung wesentlich beeinflussen. Die laufende Überprüfung des Personals mit Hilfe von Filmplaketten, eine an sich sehr zu empfehlende Methode, gibt nur die Gewähr dafür, daß an der betreffenden Stelle des Körpers, an der die Plakette getragen wird, keine unzulässig hohe Dosis auftritt. Es liegen hier Fälle vor, wo röntgenologisch berufstätige Personen, die Filmplaketten tragen, an einer anderen Stelle ihres Körpers beträchtlich höheren Dosen ausgesetzt waren.

Es würde daher zweckmäßig sein, wenn das Regierungspräsidium die Gesundheitsämter anweisen würde, die Krankenhäuser ihres Bezirkes auf folgendes hinzuweisen:

1. Bei Veränderungen an der Röntgenanlage, z. B. Ersatz einer luftgekühlten Haube durch eine ölgekühlte, Austausch eines Durchleuchtungsstatives usw., sollte eine erneute Strahlenschutzmessung durchgeführt werden.
2. Die Bestimmung der Personendosis mit Filmplaketten und die Bestimmung der Ortsdosis mit dem Zählrohr sind zwei Verfahren, die sich ergänzen und nicht gegenseitig ersetzen können. Die Filmplakette gibt nur Auskunft über die Dosis an einer bestimmten Stelle des Körpers, andererseits kann sie aber bei Radiumarbeiten, z. B. am Handgelenk getragen, weitgehendere Aufschlüsse geben als die Zählrohrmethode. Der Umstand, daß in einem Röntgenbetrieb das Personal mit Filmplaketten ausgerüstet ist, macht eine Zählrohrmessung keineswegs entbehrlich.
3. Außer bei Veränderungen der Anlage sollten erneute Strahlenschutzmessungen mit Zählrohrgerät vorgenommen werden, wenn seit der letzten Messung mehr als vier Jahre überschritten sind.

(gez.) Prof. Dr. R. Glocker

Einladung

zur Herbstfahrt des Gaues Baden-Württemberg der Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte am 16./17. Oktober 1954 ins Hohenlohesche Land.

Motto: Auf Götzens Spuren.

Programm:

- Samstag, den 16. 10. 1954 Treffen der Teilnehmer im Waldhotel Friedrichsruhe bei Öhringen zum Wochenende.
ab 19.30 Uhr Nachessen, anschließend gemütliches Zusammensein mit Tanz.
- Sonntag, den 17. 10. 1954 9.30 Uhr Fahrt nach Möckmühl zur Götzenburg. Besichtigung derselben und Frühschoppen. Weiterfahrt nach Jagsthausen ins Schloß der Götzen von Berlichingen, dort Mittagessen, anschließend Fahrt nach Kloster Schöntal, der Begräbnisstätte der Götzen von Berlichingen, Kaffeetafel im Café des Fürsten Hohenlohe-Langenburg im Schloßgarten.

Besondere Einladung ergeht noch an die Mitglieder. Um Anmeldung bis spätestens 4. Oktober wird gebeten.

Th. Staehle
Vorsitzender

Betäubungsmittelmisbrauch

Dem Kriegsbeschädigten Ulrich Bessler, geb. 20. Juli 1921, wohnhaft Stuttgart-Bad Cannstatt, dürfen lt. Verfügung der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums keinerlei Betäubungsmittel verschrieben werden. Er versucht aber, auf einen falschen Namen und auf Rechnung der AOK Stuttgart Rezepte zu erswindeln mit dem Versprechen, einen Krankenschein nachzubringen. Er hat auch schon Rezeptformulare entwendet.

Der Täter wird wie folgt beschrieben:

33 Jahre alt, 180 cm. groß, rotbraunes, dünnes Haar, hohe Stirne, blaue Augen.

Besondere Kennzeichen:

Beinamputiert, hinkender Gang, Brillenträger.

Wir bitten um Beachtung.



Rasches und subjektives Wohlbefinden
bei guter Heilungstendenz.
Ein Fortschritt in der Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden
Klinisch erprobt.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTTEMBERG**

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 7 35 51 — 55

Ausschreibung von Kassenarztstellen (4/54)

Der Zulassungsausschuß für die kassenärztliche Tätigkeit im Regierungsbezirk Nord-Württemberg gibt bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztstellen zu besetzen sind:

Plattenhardt	prakt. Arzt
Kreis Eßlingen	
Oberesslingen	Facharzt für Innere Krankheiten
Kreis Eßlingen	
Schwäb. Gmünd	Facharzt für Kinderkrankheiten
Kreis Schwäb. Gmünd	
Heidenheim	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Kreis Heidenheim	
Stuttgart-Stadt I	prakt. Arzt
Stuttgart-Feuerbach	Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde
Stuttgart-Zuffenhausen-Rot	prakt. Arzt
Stuttgart-Stadt II	prakt. Arzt

Um diese ausgeschriebenen Kassenarztstellen kann sich jeder in ein Arztregister des Landes Baden-Württemberg eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als drei dieser ausgeschriebenen Kassenarztstellen ist unzulässig.

Voraussetzung für die Zulassung eines Arztes ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit nach Maßgabe des § 16 Abs. 1 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg Seite 199).

Vordrucke für die Bewerbungen können bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, angefordert werden. Urkunden oder beglaubigte Abschriften sind nach § 12 der Zulassungsordnung beizufügen, soweit sie nicht von früheren Bewerbungen bei der Geschäftsstelle noch vorliegen. Bei der Bewerbung ist anzugeben, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird, ebenso ist die Nummer der ausgeschriebenen Stelle neben der Ortsbezeichnung zu vermerken.

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Vertriebene und Flüchtlinge ihren Ausweis (§ 15 des BVFG) in beglaubigter Abschrift und Schwerbeschädigte einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

Nach § 35 der Zulassungsordnung geht der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses eine mündliche Verhandlung voraus. Zu dieser werden die Beteiligten spätestens eine Woche vorher durch eingeschriebenen Brief geladen. Gleichzeitig mit der Bewerbung muß eine Gebühr von DM 10,— unter dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 4/54“ auf das Postscheckkonto Stuttgart Nr. 5006 der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, eingezahlt werden. Bei einer gleichzeitigen Bewerbung um mehrere Stellen ist diese Gebühr für jeden einzelnen Antrag zu entrichten.

Die Bewerbungen sind in doppelter Fertigung bis spätestens 10. Oktober 1954 bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, einzureichen.

Stuttgart, den 10. September 1954

Der Zulassungsausschuß
für die kassenärztliche Tätigkeit
im Regierungsbezirk Nord-Württemberg

Lehrgang für Arztfrauen und Sprechstundenhelferinnen

Es ist beabsichtigt, im Laufe des Monats Oktober oder November wieder einen Lehrgang für Arztfrauen und Sprechstundenhelferinnen zu veranstalten, um die Frauen und Helferinnen der Ärzte mit den wichtigsten Bestimmungen des

kassenärztlichen Dienstes vertraut zu machen. Um einen Überblick über die Zahl der etwaigen Teilnehmerinnen zu erhalten, bitten wir um Meldung bis zum 1. Oktober 1953. Die schon vorliegenden Anmeldungen wurden bereits berücksichtigt.

Kassenärztliche Vereinigung
Nord-Württemberg

Bericht**über die 107. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 20. Juli 1954 (19—23.45 Uhr)**

1. Mit Rücksicht auf die finanzielle Lage der meisten noch nicht zugelassenen Ärzte soll bei der Bewerbung um die Ersatzkassen auch in Zukunft keine Gebühr erhoben werden. Die Geschäftskosten trägt die KV.
2. Mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen schweben schon seit längerer Zeit Verhandlungen über eine Vereinbarung betr. die wirtschaftliche Verordnungsweise. Ein von der Geschäftsstelle ausgearbeiteter Entwurf wird vom Vorstand gebilligt.
3. Die Gebühren für Zulassungsanträge zur RVO-Kassentätigkeit sind ohne Zutun der KV in der neuen Zulassungsordnung empfindlich erhöht worden. Der Vorstand bedauert dies. Voraussichtlich wird die zu erwartende Geschäftsordnung die Möglichkeit enthalten, in Härtefällen die Gebühr zu ermäßigen oder zu stunden.
4. Auch Chefärzte — sofern sie nach 1945 an der Kassentätigkeit beteiligt worden sind — haben die Verpflichtung, an einem Einführungslehrgang teilzunehmen. Dasselbe gilt für Vertreter. Längerdauernde Vertretungen können künftig nur genehmigt werden, wenn der Vertreter an einem Lehrgang teilgenommen hat.
5. Aerosolinhalationen: Die KV kann hierfür keine neuen Preugo-Positionen schaffen.
6. Ein Entwurf für einen Krankenschein mit aufgedrucktem Abrechnungsschema findet die endgültige Zustimmung des Vorstandes. Er soll nunmehr den Krankenkassen unterbreitet werden mit der Bitte, ihn zu übernehmen. — Besprechungen mit Vertretern der Zahnärzteschaft und der Krankenkassen waren der Ausarbeitung des Entwurfs vorausgegangen.
7. Dr. Röken berichtet über eine Aussprache zwischen dem EK-Bewerbungsausschuß und dem EK-Berufungsausschuß.
8. Anträge auf Errichtung weiterer Kassenarztsitze.
9. Wer hat das Recht, bei dem Zulassungsausschuß die Errichtung einer neuen Kassenarztstelle zu beantragen? Nach einem Rechtsgutachten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat der einzelne Arzt diese Möglichkeit nicht; er muß vielmehr einen solchen Antrag seiner ärztlichen Organisation vorlegen; diese kann ihn aufnehmen und weiterleiten.
10. Anträge auf Genehmigung von Vertretern und Assistenten.
11. Innerhalb des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie wurde ein Ausschuß für Fragen der manuellen Wirbelsäulenbehandlung gebildet.
12. Nach einer Mitteilung der KBV Köln ist die Frischzellenbehandlung noch nicht kassenüblich.

Dr. H.

nervo sanol

beruhigt

Erregte

und Schlaflose

200 ccm **175** DM

teelöffelweise!

Bericht

über die 23. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 29. Juli 1954 (19.15—24 Uhr)

1. Präsident Prof. Dr. Neuffer zur Lage.
2. Die Ergebnisse der Kammerwahlen werden bekanntgegeben. — Wahlbeteiligung 63% (ohne Groß-Stuttgart 75%). Höchste Beteiligung Ohringen: 90%, niedrigste Beteiligung Stuttgart: 54%. — Die 59 Delegierten werden als Wahlmänner die Aufgabe haben, 19 Vertreter Nordwürttembergs sowie deren Stellvertreter für die Landesärztekammer zu wählen. Die Sitzung wird voraussichtlich am 6. Oktober 1954 stattfinden.
3. Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des Gutachterausschusses für Heilpraktikerfragen am 6. Juli 1954.
4. Dr. Dobler berichtet über eine größere Anzahl von Ehrenratsverfahren.
5. Dr. Knospe: Der Gruppen-Risikoversicherungsvertrag wird bis zum 30. September 1956 verlängert. Austritt und Neueintritt ist möglich.
6. Dr. Knospe hatte die Auffassung vertreten, die Gruppenversicherung der württembergischen Ärzte setze sich aus zwei voneinander unabhängigen Versicherungen (mit der Allianz und mit der Deutschen Ärzteversicherung) zusammen, weil zwei getrennte Gewinnverbände bestehen, folglich müsse auch jede Versicherung die bei ihr angefallenen Renten nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen aufwerten. Das bedeutet, daß der höhere Aufwertungssatz zweimal zur Auswirkung kommt. — Diese Auffassung hat jetzt in einem auf Veranlassung der Kammer geführten Musterprozeß in der 3. Instanz und damit endgültig gesiegt. — Als erste Auswirkung sind etwa DM 100 000. — Nachzahlung an Renten für Hinterbliebene fällig. — An Kosten waren für das Verfahren etwa DM 100.— angefallen.
7. Der Vorstand wählt in den Ausschuß für die Neubearbeitung der Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern Herrn Prof. Dr. Neuffer.
8. Zulassungsangelegenheiten.
9. Verschiedenes.

Dr. H.

Bericht

über die 108. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 12. August 1954 (19—24 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer zur Lage.
2. Beratung eines Entwurfs für eine KV-Wahlordnung. Der Vorstand wünscht, daß der Entwurf nochmals überarbeitet wird. Es erscheint zweckmäßig, die Wahlordnung der KV möglichst derjenigen der Kammer anzugleichen, um dadurch einheitliche und übersichtliche Verhältnisse zu schaffen.
3. Zahlreiche Anträge auf Genehmigung von Assistenten oder Vertretern werden beraten und entschieden.
4. Anträge auf Errichtung neuer Kassenarztstellen werden beraten und zum größeren Teil aufgenommen, teilweise auch abgelehnt.
5. Eine Kommission hat einen neuen Schlüssel für die Ersatzkassenbeteiligungen ausgearbeitet. Die Zahl der in Nord-Württemberg noch freien EK-Stellen wurde dabei auf die einzelnen Kreise aufgeteilt.

6. Hinsichtlich der Röntgentätigkeit bei Ersatzkassen unterscheidet sich die Auffassung des Vorstandes in einigen Sonderfällen von derjenigen des Landesausschusses des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen.
7. Mit der Betriebskrankenkasse Breuninger kommt voraussichtlich demnächst ein Vertrag auf neuer Grundlage zustande. Mit seiner Vorberatung werden Dr. Benz, Dr. Hämmerle und Dr. Knospe beauftragt.
8. Dr. Schwoerer berichtet über Honorarverhandlungen mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen für die neu errichteten Krankenkassen. Vom Verhandlungspartner wurde vorgeschlagen, als Ausgangsbasis der Berechnung, die Verhältnisse schon länger bestehender Betriebskrankenkassen ähnlicher Betriebe zugrunde zu legen. — Der Vorstand hält es für richtiger und näherliegend, von den tatsächlichen Leistungen auszugehen, die für die einzelnen neuen Betriebskrankenkassen inzwischen erbracht worden sind. — Den weiteren Vorschlägen des Landesverbandes wird entgegen-gesehen.
9. Die vorliegenden Entwürfe für eine Geschäftsordnung des Zulassungs- und des Berufungsausschusses werden gebilligt.
10. Dr. Brenz berichtet über die Sitzung des Zulassungsausschusses am 28. Juli 1954.
11. Wirtschaftliche Arzneverordnung. Nach langjährigen Verhandlungen mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen wurde jetzt ein neuer Vertragsentwurf fertiggestellt, der die Billigung des Vorstandes findet.
12. Erledigung eines Darlehensantrages.

Dr. H.

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat Juli 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Beck, Stuttgart-Degerloch, 10; Beck, Heilbronn, 35; Breuninger, Adolf, Stuttgart, 10; Daiber, Oppelsbohm, 10; Dürr, Schw. Hall, (2x10) 20; Einsele, Nürtingen, 25; Faber, Alfdorf 20; Finkel, Stuttgart-Münster, 20; Fischer, Werner, Stuttgart, 50; Freihofer, Stuttgart, 20; Grögler, Göppingen, 20; Haag, Geislingen a. d. St., 5; Hammer, Schw. Hall, 10; Hauser, Gundelsheim, 10; Hermann, Gisela, Schw. Hall, 20; Kalteis, Brucken-Teck, 20; Klett, Mergelstetten, 10; Koos, Heilbronn-Böckingen, 15; Krause, Fritz und Hedwig, Gemmrigheim, 5; Kühner, Schrozberg, 20; Landenberger, Eblingen a. N., 10; von Langsdorff, Mühlacker, 10; Müller, Marbach a. N., 20; Palm, Ulm a. D., 10; Pregizer, Künzelsau, 10; Rösch, Schw. Gmünd, 10; Schaut, Geislingen a. d. St., 20; Schnabel, Vaihingen a. d. Enz, 20; Schröder, Stuttgart-Bad Cannstatt, 5; Schüz, Emma, Stuttgart-Bad Cannstatt, 100; Seeger, Süßen, 10; Simons, Enzberg, 20; Ulmer, Marbach a. N., 5; Umbach, Markgröningen, 50; Voss, Ohringen, 10; Wagner, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Waldenmaier, Adolzfurt, 15; Wilhelm, Göppingen, 10; Windisch, Schw. Hall, 20; Winkler, Zaberfeld, 20 DM; Gesamtbetrag 740 DM.

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat August 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Dussler, Niederstotzingen, 10; Ehrhart, Schw. Gmünd, 10; Fetzer, Geislingen a. d. St., 10; Hampel, Aalen, 10; Hart, Ulm a. d. D., 25; Hartmann, Murrhardt, 10; Hofer, Heilbronn, 5; Junginger, Vaihingen-Enz, 20; Lenz, Uthingen, 20; Maier,

Neuartiges lipo- u. vasotropes Kausaltherapeutikum

HALT-
der Arteriosklerose

Lipostabil



NATTERMANN

O. P. 36 Gelatine kapseln DM 4,30

Göppingen, 20; Roll, Rommelshausen, 10; Scheurle, Schw. Gmünd, 25; Strasser, Göppingen, 10; Teichert, Geislingen a. d. St., 20; Zieher, Oberkessach, 50; Gesamtbetrag **255 DM**.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

Geburtstage

Am 2. Oktober 1954

Dr. Robert Neher, Schwab. Gmünd, 70 Jahre.

Am 8. Oktober 1954

Prof. Dr. Harry Scholz, Stuttgart-Birkach, 75 Jahre.

Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Dr. Haas, Ernst, Böblingen

geb. 4. 4. 1874, gest. 23. 8. 1954

Dr. Solleder, Hildegard, Göppingen

geb. 10. 7. 1908, gest. 23. 8. 1954

Dr. Zielen, Stefan, Waiblingen

geb. 5. 8. 1885, gest. 30. 8. 1954

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

Mitteilung der Schriftleitung

Auf Seite 175 der August-Nummer, links oben, hat sich ein störender Druckfehler eingeschlichen. Es steht dort folgendes: „Auf der Bezirksliste und gleichzeitig als Kreisvertreter sind für Herrn Dr. Borck: Herr Dr. Kohler, Schwenningen, und Dr. Bihl, Rottweil, gewählt worden.“

Es soll aber heißen:

„Auf der Bezirksliste und gleichzeitig als Kreisvertreter sind die Herren Dr. Borck, Pfullingen, und Dr. Bihl, Rottweil, gewählt worden.“

„Arztschilder“

Es besteht Veranlassung, auf den § 25 der Satzung über die Berufspflichten der deutschen Ärzte hinzuweisen. Danach darf der Arzt auf seinem Schild nur seinen Namen, seine ärztlichen und akademischen Titel, die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung, die Angabe der Sprechstunden und die Fernsprechnummer führen. Außerdem sind, falls zutreffend, folgende Zusätze gestattet: „Geburtshilfe“, „Zu-

gelassen zu allen Krankenkassen“, „Zugelassen zur Ersatzkassenpraxis“, „Prakt. homöopathischer Arzt“, „Naturheilverfahren“, „Tropenkrankheiten“, „Badearzt“ oder „Kurarzt“, „Med. diagnostisches Institut“, „Untersuchungsstelle für klin. Pathologie und Mikrobiologie“, „Behandlung von Stimm- und Sprachstörungen“.

Andere Zusätze sind untersagt, also z. B. „Röntgen“, „Diathermie“, „Ultraschall“ und ähnliche.

Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat August 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Südwürttemberg:

Dorner, Aulendorf, 15; Ferstl, Wangen i. All., 20; Kathan, Tuttlingen, 10; Rall, Schwenningen, 20; Würthle, Altshausen, 30; Gesamtbetrag **95 DM**.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 42824 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Der Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden bringt hiermit in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztstellen zwecks Besetzung zur Ausschreibung:

prakt. Arzt in Heidelberg-Neuenheim
prakt. Arzt in Pforzheim

Voraussetzung für die Zulassung eines Arztes ist die Erfüllung der Bestimmungen der §§ 11 und 16 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 (Gesetzblatt Baden-Württemberg Nr. 32/1953 vom 16. Dezember 1953).

Eine gleichzeitige Bewerbung um 2 Kassenarztstellen in einer Ausschreibung des Zulassungsausschusses Nordbaden ist zulässig.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztsitze sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, spätestens jedoch bis zum 20. Oktober 1954, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden, Karlsruhe, Douglasstraße 9, einzureichen. Den Bewerbungen sind die Urkunden bzw. beglaubigten Abschriften beizufügen, wie sie in § 12 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 aufgeführt sind, soweit sie nicht von früheren Bewerbungen noch bei der Geschäftsstelle

Für die kranke Leber:

Essentiale

303

NATTERMANN

O. P. 230 g = DM 6.25

A. NATTERMANN & CO. KÖLN

vorliegen. Bei der Bewerbung ist anzugeben, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird.

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Schwerbeschädigte ihres Rentenbescheides und Vertriebene und Flüchtlinge ihres Ausweises (§ 15 BVFG) den Bewerbungsunterlagen beifügen. Das Ausstellungsdatum des polizeilichen Führungszeugnisses soll nicht vor dem 1. Juli 1954 liegen. Lebenslauf und Rauschgiftsuchterklärung sollen das Datum der Bewerbung tragen.

Für die Bearbeitung eines jeden Antrages hat der Bewerber eine Gebühr von DM 10.— (gemäß § 42, Abs. 2 ZO), und zwar für jede Kassenarztstelle, zu entrichten. Die Gebühr ist auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 221 90 der Kassenärztlichen Vereinigung, Mannheim, Renzstr. 11, mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für“ einzuzahlen.

Nach § 36 der Zulassungsordnung geht der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses eine mündliche Verhandlung voraus, zu der die Beteiligten spätestens eine Woche vor der Zulassungssitzung durch eingeschriebenen Brief geladen werden.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte
im Regierungsbezirk Nordbaden

Bericht

über die Sitzung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordbaden am 3. Juli 1954 in Karlsruhe

- Herr Dr. Wysocki, Heidelberg, berichtet über die beiden letzten Sitzungen des Facharzt-Ausschusses der Ärztekammer Nordbaden, I. Instanz. Es wurden 12 Anerkennungen ausgesprochen, 6 Anträge vorläufig zurückgestellt und 10 Anfragen beantwortet.
- Herr Dr. Graeff, Mannheim, gibt einen Bericht über die Tätigkeit der II. Instanz des Facharzt-Ausschusses. In 5 Berufungsfällen wurden die Anerkennungen ausgesprochen, nachdem die Antragsteller die auferlegten Bedingungen erfüllt hatten.
- Sodann unterrichtet Herr Dr. Geiger, Karlsruhe, die Delegierten über die Wahlvorbereitungen, die ordnungsgemäß und rechtzeitig getroffen worden sind. Nach eingehender Diskussion über die von den Jungärzten des Heidelberger Bezirks versandten, besonderen Stimmentzettel beschließt die Delegiertenversammlung, eine juristische Klärung herbeizuführen, da es sich um eine reine Rechtsfrage handelt. Der Bezirkswahlausschuß wird beauftragt, die hierzu erforderlichen Schritte zu unternehmen.
- Herr Direktor Hermann erläutert anhand der jedem Delegierten übergebenen Unterlagen die Bilanz für das Rechnungsjahr 1953; die Bilanz wird einstimmig angenommen, dem Vorstand und der Geschäftsführung Entlastung erteilt.
- Anschließend wird der Haushaltsplan 1954 besprochen und nach Diskussion über einen Antrag der Bez.-Stelle Heidelberg und über einen Antrag des Marburger Bundes einstimmig angenommen.
- Die Beiträge für das Jahr 1954 werden neu festgesetzt und von den Delegierten mit einer Stimmenthaltung genehmigt.
- Ferner beschließt die Kammer eine Neufassung der Finanzvereinbarung mit dem Marburger Bund, die die Selbständigkeit und Tariffähigkeit des Marburger Bundes gewährleistet.
- Auf Grund der vorgelegten Unterlagen und des Vorschlages des Umlage-Ausschusses wird die Höhe der Umlage für den Versorgungsfond der Ärztekammer Nordbaden für das Jahr 1954 neu festgesetzt.
- Es wird eine Kommission zur Prüfung der Frage des Rechtsstatus der Gruppenversicherung für badische

Ärzte gebildet. Nach dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofes, in dem die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts für die Ärztekammer auch für die rückliegende Zeit festgestellt worden ist, muß die Frage der Gruppenversicherung nochmals überprüft werden; die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung erfolgte im Jahre 1949 auf Grund der Auslegung einer Direktive der Militärregierung durch die Innere Verwaltung beim Präsidenten des Landesbezirks Baden. Die Ärztekammer mußte sich als eingetragener Verein neu konstituieren und war nicht mehr gruppenversicherungsfähig.

- Am Ende der Sitzung werden noch verschiedene Standes- und eine Personalfrage der Kammer behandelt und entsprechende Beschlüsse gefaßt.

Bericht

über die Sitzung der KV Delegiertenversammlung am 24. Juli 1954 in Mannheim — Beginn 9 Uhr —

Der Vorsitzende, Herr Dr. Rist, eröffnet die Sitzung mit einem Hinweis auf die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1954 über §§ 368 ff. und gibt einen Überblick über die Gesetzentwürfe zu diesen Paragraphen. Ferner äußert er Bedenken über den Beschluß des Ärztetages, Verträge mit Kassen, die nicht zu den RVO-Kassen gehören, durch die Gesamtärzteschaft abzuschließen. Herr Dr. Grieger, Mannheim, verlangt in Verbindung mit den §§ 368 ff. die Mitverantwortung der Patienten. Herr Dr. Preller, Pforzheim, betont in dieser Diskussion, daß nach seiner Ansicht ein Schiedsamt besser sei als eine ordentliches Gericht bzw. Sozialgericht.

Über die Kammerwahl 1954 findet eine Aussprache statt, in der besonders das Ergebnis in Heidelberg diskutiert wird. Herr Dr. Graeff, Mannheim, Herr Dr. Graf, Heidelberg, und Herr Dr. Rist, Karlsruhe, sehen bei diesem Ausfall der Wahl gewisse Schwierigkeiten für die Kassenärzte im Heidelberger Bezirk. Herr Dr. Grieger, Mannheim, bemerkt hierzu, daß die angestellten Ärzte lediglich von der Wahlordnung Gebrauch gemacht hätten.

Herr Direktor Hermann berichtet sodann über die Klage der KV Landesstelle wegen der Berechnung der Grundlohsumme III/48, in der auch das Bundesgericht gegen die KV entschieden hat. Es schließt sich ein Bericht von Herrn Dr. Rist über die Verhandlungen mit den Ortskrankenkassen an, die über die Anerkennung der neuen amtlichen Gebührenordnung als Grundlage für die Honorarforderungen geführt worden sind. Diese Verhandlungen sind bisher ergebnislos verlaufen, weil die Kassenverbände bestimmte Forderungen auf Mitwirkung bei der Prüfung und Honorarverteilung gestellt haben. Weiterhin berichtet Herr Direktor Hermann über die Auswirkungen des internen Landesausgleichs und Herr Dr. Rist über die Auswirkungen der Honorarerhöhungen bei den Ersatzkassen. In der Frage der RO-Unkosten wird die von der Honorarkommission vorgeschlagene neue Staffelung einstimmig angenommen. Ferner beschließt die Delegiertenversammlung, den Ha-Na-Ohrenärzten den Begrenzungsbetrag für kleine Sachleistungen zur Vergütung der Inhalationen ihrer eigenen Patienten um DM 0,30 zu erhöhen.

Die Anträge von Herrn Dr. Grieger, Mannheim, und Herrn Dr. Clauss, Heidelberg, wegen Änderung der Prüfungsstaffeln für die verschiedenen Arztgruppen und Erhöhung der Gruppendurchschnitte für Augen- und Nervenärzte werden diskutiert; der Antrag von Herrn Dr. Brdiczka, Buchen, die Angelegenheit nochmals an die Honorarkommission zu überweisen, wird angenommen. Zum Schluß berichtet Herr Dr. Rist über eine beabsichtigte neue Vereinbarung zur Kontrolle der wirtschaftlichen Verordnungsweise bei den Ortskrankenkassen. Die Sitzung endet um 17 Uhr.

NEU

Das Ziel einer Arzt und Patienten gleichermaßen
befriedigenden Therapie des Hochdrucks —
optimale Blutdrucksenkung,
Beseitigung der Hypertensionsbeschwerden durch



RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABT. HEIDELBERG

ASGOVISCUM forte

mit Rauwolfia serpentina

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstr. 34 · Telefon 46 20

Ausschreibung einer Kassenarztstelle

Folgende Kassenarztstelle ist zu besetzen:

Waldkirch, für einen Facharzt für Augenkrankheiten Krs. Emmendingen.

Um die ausgeschriebene Kassenarztstelle kann sich jeder in ein Arztregister des Landes Baden-Württemberg eingetragene Arzt bewerben.

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. Oktober 1954 bei dem Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden, Freiburg, Karlstr. 34, zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden im Original oder in beglaubigter Abschrift beizufügen, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung ins Arztregister vorgelegt worden sind:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Nachweis der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland,
3. Bescheinigung über die seit Erteilung der Befugnis ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. die Urkunde, durch die der Arzt als Facharzt anerkannt ist, wenn er sich um die Zulassung als Facharzt bewirbt,
5. die Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister,
6. ein polizeiliches Führungszeugnis,
7. eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

Können die oben bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

Außerdem ist der Nachweis über die Ableistung des Landvierteljahres und ein kurzgefaßter Lebenslauf mit Angaben über Staatsangehörigkeit, Familienstand, Konfession beizufügen sowie anzugeben, ob der Bewerber Schwerebeschädigter, Flüchtling, Spätheimkehrer ist oder eine andere Eigenschaft besitzt, die ihm nach den Auswahlbestimmungen einen Vorrang unter den Bewerbern gibt.

Bewerber, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses regelmäßige Einnahmen beziehen, haben diese bei der Bewerbung anzugeben.

Bei der Antragstellung hat der Bewerber eine Gebühr von DM 10,— an die Landesärztekammer Baden, Postcheckkonto 626 96, Postscheckamt Karlsruhe, mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Südbaden

Nachruf!

Erschüttert steht die Kollegenschaft der Bezirksärztekammer Villingen an der Bahre des am 16. Juli 1954 verstorbenen Seniors des Kreises Donaueschingen. Vor fast 60 Jahren kam Dr. med. Julius Hall nach bestandenen Staatsexamen und Assistenzzeit nach Donaueschingen, um seine Tätigkeit als praktischer Arzt aufzunehmen. Während beider Weltkriege war er kriegsdienstverpflichtet. Zweimal traf ihn die Geldentwertung besonders hart, da sich seine Altersversorgung und Versicherungen völlig entwerteten, so daß er gezwungen war, bis in seine letzten Lebensstage zu arbeiten, um sein Leben überhaupt fristen zu können.

Jahrzehntelang war der Verstorbene in der ärztlichen Standesorganisation in führender Stellung tätig. Nach dem Zusammenbruch stellte er sich sofort wieder mit seinem Rat zur Verfügung und gehörte dem Vorstand der Bezirksärztekammer Villingen seither an. Anlässlich seines 80. Geburtstages vor 3 Jahren ehrte ihn der Vorstand der Landesärztekammer Südbaden durch Ernennung zum Ehrenbeirat.

Seine größte Sorge war ihm die fehlende Altersversorgung. Als ihm vor einigen Wochen das Resultat der Abstimmung über die ärztliche Altersversorgung mitgeteilt wurde, hat dies derartig niederschmetternd auf ihn gewirkt, daß seine bewundernswerte Energie merklich nachließ. Der Tod des 84jährigen und der des vor wenigen Wochen verstorbenen 44jährigen Kollegen unseres Kammerbereiches wirken wie eine stumme Anklage gegen die, die bisher eine ärztliche Altersversorgung versäumt, vernachlässigt oder sabotiert haben. Soll es auf die Dauer so weitergehen, daß der Arzt nach jahrzehntelanger Arbeit an der Gesundheit der Menschheit in den Seelen und als Unterstützungsempfänger stirbt? Möge der Staat, der über die Volksgesundheit zu wachen hat, und die Standesorganisation Mittel und Wege finden, um diesem würdelosen Zustand ein Ende zu bereiten.

Unvergessen bleibt die Arbeit des Verewigten im Stadt- und Landkreis Donaueschingen. Tausenden von kleinen Erdenbürgern verhalf er in diese Welt, war doch die Geburtshilfe sein Lieblingsgebiet, besonders in seinen jüngeren Jahren. Sein ausgesprochen menschliches Verständnis und sein trockener Humor machten ihn bei seinen Patienten wie in seinem Kollegenkreis gleich beliebt und geachtet. Sein unerschütterliches Pflichtbewußtsein und seine ausgesprochene Herzengüte machten ihn zum wahren Jünger Aeskulaps, und zum jederzeit einsatzwilligen Helfer der Menschheit. Als leuchtendes und mahnendes Vorbild wird Dr. Julius Hall in uns weiterleben.

Bezirksärztekammer Villingen

Abseits



Doppelbilder. In der Augenheilkunde ist's aber auch grad' wie mit die Weiber: Wenn man meint, man kennt sich nach jahrelanger Erfahrung aus, steht man plötzlich vor einem Rätsel.

Neue Arzneimittel

„ELPIMED“ (Wz)

Hersteller (Kurzanschrift): Uzara-Werk, Melsungen.

Zusammensetzung (Bestandteile): Elpimed-Biologisch standardisierter eiweiß- und triglyceridfreier, unschädlicher Wirkstoffkomplex aus dem Blut vorbehandelter Spender nach Dr. med. F. Lutz und Prof. Dr. med. A. Pischinger.

Indikationen: Neuartige biologische Therapie zur Resistenzsteigerung durch Aktivierung des Mesenchyms.

Anwendung, Dosierung: Bei akuten Fällen täglich 1 ccm subkutan. Bei chronischen Fällen jeden 2. Tag 1 ccm subkutan, bis zu 10 Injektionen.

Kleinste Handelspackung (die handelsüblich ist): 5 Ampullen zu 1 ccm DM 7,20 o. U.

Literatur: Pischinger, A., Therapie-Woche, August 1953, Karlsruhe. Sonderdrucke vorhanden.

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, Rotenbühlstr. 75-77. — Ausgabe September 1954. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.