

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

10 (1.10.1954)

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 10

STUTT GART, OKTOBER 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Einzel Leistungsvergütung einer Stuttgarter Betriebskrankenkasse	205	Kurznachrichten	218
Zur Versorgungsfrage	205—207	Buchbesprechungen	219
Was nun? von Dr. med. E. Knospe	205	Bekanntmachungen	224
Berufspolitiker und Arztberuf, von Dr. med. K. Merzweiler	206	Nord-Württemberg	224
Schwierige Urteilsfindung, von Dr. med. Th. Dobler	208	Württemberg-Hohenzollern	227
Der endemische Kropf in Nordwürttemberg und seine Prophylaxe, von Dr. med. G. Martius	213	Nordbaden	227
Aktuelle Steuerfragen zur ärztlichen Praxis, von Dr. jur. Cordes	217	Südbaden	228
		Abseits	228
		Neue Arzneimittel	228

Zur Versorgungsfrage

Was nun?

Das ist die bange Frage, die mündlich und schriftlich beinahe täglich alte und invalide Ärzte, Arztlwitwen, aber auch jüngere Ärzte an die Ärztekammer richten, wobei einschränkend bemerkt werden muß, daß es sich bei den jüngeren Kollegen in der Hauptsache um Arztsöhne handelt oder um Ärzte, die in ihrem engeren Kreis in Not befindliche Ärzte kennen und daher für die Notwendigkeit einer ausreichenden Ärzteversorgung eher Verständnis aufbringen.

Was nun? Diese Frage bewegt aber auch den Fürsorgeausschuß; denn die Unterstützungssätze, die zur Zeit den in Not geratenen alten und invaliden Ärzten wie den Arztlwitwen gezahlt werden, sind mehr als unzureichend.

Es wird unbedingt erforderlich sein, bald nach Wegen zu suchen, um die Unterstützungssätze zu erhöhen, wenn auch eine Erhöhung der Abgaben für den Fürsorgefonds damit wohl unmittelbar verbunden ist, bis es vielleicht doch noch gelingt, eine leistungsfähige Ärzteversorgung aufzubauen.

Was nun? Mit dieser Frage müssen sich schließlich alle die auseinandersetzen, die sich nach wie vor um eine Ärzteversorgung bemühen. Der Bihlsche Plan, nach dem die Versorgungsanstalt Württemberg/Hohenzollern aufgebaut ist, ist schweren Angriffen ausgesetzt worden. In Nr. 18 der „Ärztlichen Mitteilungen“ vom September 1954 hat Herr Dr. Bihl zu diesen Angriffen ausführlich Stellung genommen und sich bemüht, sie weitgehend zu entkräften.

Trotzdem werden nach wie vor Gegner des Bihlschen Planes aufstehen, entweder weil sie grundsätzlich Geg-

ner einer pflichtmäßigen Altersversorgung sind, oder weil sie sich trotz allen guten Willens und Glaubens nicht von der Richtigkeit der Bihlschen Gedanken überzeugen lassen können.

Es ist aber zu bedauern, daß bisher noch kein einziger Gegner der Bihlschen Versorgungsvorschläge; der zur Ablehnung des Erstreckungsgesetzes aufgerufen hat, nun etwa bessere und brauchbarere Vorschläge gemacht hätte.

Die platonische Beteuerung, auch wir sind für eine Altersversorgung, ohne an Stelle des Bihlschen Planes etwas Besseres vorzuschlagen, ist wohl nicht ausreichend, um der Not der alten, berufs unfähigen Kollegen abzuhelfen.

Einzel Leistungsvergütung einer Stuttgarter Betriebskrankenkasse

Zwischen der Betriebskrankenkasse der Fa. Breuninger, Stuttgart, und der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg wurde am 15. September 1954 ein neues Honorarabkommen unterzeichnet, das die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach den Mindestsätzen der amtlichen Gebührenordnung vom 11. Dezember 1952 mit einem Zuschlag von 10 % gewährleistet.

Ein ausführlicher Bericht hierüber erfolgt demnächst in den „Ärztlichen Mitteilungen“.

Daß die Pläne, eine Altersversorgung in eigener Regie aufzubauen, auf Widerstand außerhalb des Arztestandes stoßen würden, war von vornherein zu erwarten. Der Arzt jedoch, der die Bihlsche Form der Altersversorgung ablehnt, aber im gleichen Atemzuge behauptet, auch er sei für eine Altersversorgung, soll nun endlich einmal mit seinen eigenen Gedanken herauskommen, sonst ist man leicht geneigt, die Bereitschaft für eine Altersversorgung anzuzweifeln.

Um die Bestrebungen für eine ausreichende Altersversorgung nicht im Sande verlaufen zu lassen, seien daher alle, die den Gedanken einer pflichtmäßigen Altersversorgung bejahen, gebeten, mit ihren Gedanken ans Licht der Öffentlichkeit zu kommen. Nachdem die Verhandlungen im Landtag zunächst ausgesetzt sind, sollte die Zwischenzeit genützt werden, um eine Einigung all derer herbeizuführen, die eine Altersversorgung bejahen, mögen sie Anhänger oder Gegner der südwürttembergischen Ärzteversorgung sein.

Dr. Knospe

PS. Unmittelbar, nachdem ich meinen kurzen Aufsatz zur Veröffentlichung dem „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ zugesandt hatte, erreichte mich ein Brief, der in seiner Eindringlichkeit den Kollegen nicht vorenthalten werden sollte:

„Ihre Mitteilung über die Versorgungsfrage hat meine Frau und mich stark schockiert. Ich hatte trotz der starken Widerstände von den verschiedenen Seiten doch immer noch Hoffnung, daß das Gesetz jetzt nach den

Parlamentsferien angenommen werden würde. Es wird doch hoffentlich zu einer baldmöglichen Abstimmung und damit Entscheidung kommen. Denn das Schlimmste wäre eine noch weitere Verschleppung ad calendae graecas. Wie denkt sich nun die Kammer die weitere Behandlung bei Ablehnung?

Wir Ärzte dürfen wohl zur Kammer das Vertrauen haben, daß sie für den Fall der Ablehnung sich über das weitere Vorgehen klar ist und bereits einen anderen Plan fertig hat, der mit größter Schnelligkeit verwirklicht werden muß. Wie lange sollen vor allem die alten Ärzte jetzt 9 Jahre nach dem Kriege noch warten, bis die Angst und Sorge vor ihrer und ihrer Frauen vielleicht schon nächster Zukunft von ihnen genommen wird?

Sollte denn das bei uns nicht möglich sein? Kann die wirklich sehr alte und bewährte bayerische Versorgung nicht als Beispiel dienen?

Wenn ein neuer Versorgungsplan, wie zu erwarten, wieder auf Widerstände stößt, und wieder längere Zeit zur Verwirklichung dauert, dann sollte die Kammer endlich die moralische und rechtliche Verpflichtung fühlen und verwirklichen, so schnell wie möglich wenigstens eine Versorgung für die Ärzte von 60 ab zu schaffen.

Erschütternd und eine ernste Mahnung ist wieder der Tod des 84jährigen Kollegen Hall aus Donaueschingen, dessen Nachruf Sie wohl gelesen haben. Die Unterstützung oder die allgemeine Fürsorge ist ja das einzige, was uns wenigstens vor dem völligen Verhungern und Verkommen schützen kann.“

Berufspolitiker und Arztberuf*

von Dr. med. Karl Merzweiler, Freiburg i. Br.

Zum Thema „Urabstimmung der Ärzte in Baden-Württemberg“ hat Herr Dr. K. Bihl unter dem Titel „Der berufspolitische Auftrag“ die Diskussion mit einer kritischen Würdigung der Wahlergebnisse eröffnet, und schließt mit dem Hinweis, daß nunmehr dem Landtag Wort und Tat zukomme, daß also jetzt der „Auftrag an die Berufspolitiker“ erteilt sei: der Landtag werde, da er selbst auf der Mehrheitsbildung beruhe, und durch sie lebe und wirke, nun die Erstreckung beschließen können; denn die Ärzte gaben ihre Zustimmung dazu, daß ein Gesetz, dessen Rückgängigmachung nicht vorgesehen ist, viele ihrer berufspolitischen Interessenfragen einschneidend festlegen kann. Die Grundsätze der Demokratie und der parlamentarischen Regeln verlangten diese Schlußfolgerung aus der Urabstimmung.

Ob diese Folgerung zwingend ist, kann gefragt werden, da regional doch recht unterschiedliche Auslegungen der Grundsätze der Demokratie und der Praktizierung der parlamentarischen Regeln zu beobachten sind — wie auch die Praktizierung des ärztlichen Standesethos in den verschiedenen Kulturen sehr differierende Gesichter zeigt. Anders wäre ja auch hier nicht zu befürchten, daß die Interessenpolitik der Versicherun-

gen nach ebendenselben Grundsätzen obsiegen könnte, z. B. durch Überredung zu einer anderen Meinung.

Können die Landtagspolitiker und deren Mehrheitsbeschlüsse auf eine vergleichbare Ebene mit den Ärzten und deren Urabstimmung gebracht werden? Im Landtag sind es nicht Berufe und Altersklassen, sondern Parteien, die unter sich etwas aushandeln. Tragen die Landtagsabgeordneten die Folgen eines von einer Mehrheit beschlossenen Gesetzes beruflich selber, oder die Gesamtheit der Wähler?

Die Ärzte tragen die Folgerungen des Gesetzes selber, im Guten wie im Schlechten und bleiben gebunden, wenn das Gesetz verabschiedet ist, und andere Abgeordnete den Landtag bilden. Es kann daher nicht ohne weiteres eine Parallele zwischen der Urabstimmung der Ärzte und einer Landtagswahl und ihren Konsequenzen gezogen werden, sondern höchstens formale Analogien. Von einem „Volkswillen“ der Ärzte zu sprechen, ist daher keine klärende Vereinfachung des Vorgangs, da die Gefahr des Abgleitens in ein politisches Bild besteht, in welchem die Unvereinbarkeit der Positionen im voraus festliegt, und das auf die Majorisierung des „Gegners“ abgestimmt sein könnte, was auch bei Vorhandensein einer qualifizierten Mehrheit nicht gegenstandslos würde. Daß ein solcher Vergleich auf die Gegebenheiten und persönlichen Verhältnisse innerhalb

* eingesandt am 21. Juli 1954.

des Ärztestandes nicht zutrifft, dürfte wohl unschwer zu erkennen sein.

Hiermit sollte lediglich darauf hingewiesen sein, daß die Urabstimmung nur sehr entfernt und formal an politische Wahlen erinnern darf, und zusätzliche andere Maßstäbe der Kritik verlangt. Daß trotz der Gegenstimmen der jüngeren Kollegen eine Mehrheit für die Versorgung zustande gekommen ist, muß nach politischen Maßstäben behauptet werden. Daß aber die „Jugend“ weniger fortschrittlich gesinnt sein könnte als das Alter, und Vorspann für Versicherungssysteme sein sollte, die sich für die ärztliche Alters- usw. Versorgung nicht bewährt hätten, darf daraus bei Betrachtung der prozentualen Wahlergebnisse sine ira et studio auf keinen Fall abgeleitet werden.

Es wäre daher recht zweckmäßig, daß nunmehr das vorhandene Zahlenresultat der Urabstimmung auch nach echten Motiven ausgewertet würde. Denn es ist nicht zu verstehen, warum einerseits die im Landesteil Südwürttemberg-Hohenzollern seit drei Jahren gesetzlich regulierten Versorgungsabgaben einstimmig noch heute bejaht werden (Von 800 Ärzten sowie der Gesamtheit der Zahn- und Tierärzte!), da sie den Segen einer notfreien Zukunft seit diesen Jahren spürbar machen, und warum andererseits ein Drittel der Ärzte, die sich in den anderen drei Landesteilen eine Meinung gebildet hatten, zum selben Glück kraft Gesetzes gezwungen werden sollen, weil sie es nicht erkennen können.

Die Versicherungsmathematiker haben anscheinend ihren Berechnungen nicht jene allgemeinverständliche Ausdrucksweise verliehen, die alle hätte überzeugen können, oder die Prämissen der Berechnungen sind nicht erkennbar gewesen. Vielleicht könnte alles durch eine Veröffentlichung der Bilanz der dreijährigen Erfahrungen in Südwürttemberg-Hohenzollern an Hand der konkreten Fälle verständlicher werden, wenn sie in Verbindung mit der Wirtschaftsstruktur jener Landesteile erläutert würde. Z. B. wie kommt es, daß die Nichtkassenärzte in Südwürttemberg-Hohenzollern mit der Abstimmung zufrieden sind, wie sieht die Anpassung der Satzung an die Besonderheit jener Landesteile praktisch aus?

Es ist nicht notwendig, an dieser Stelle alle Methoden aufzuzählen, deren es noch bedarf, um die wenigen statistischen Prozentzahlen der Urabstimmung, die der ersten Publikation beigegeben sind, einer echten statistischen Kritik zugänglich zu machen. Wenn — um die kürzeste Formel zu nennen — die „Alten“ mit 80 %, die „Jungen“ aber nur mit 45 % für die Erstreckung des Gesetzes sind, so ist das zunächst ein berufsständischer Auftrag für die Ärzte selber, die innere Rechtfertigung hierfür zu finden. Die Symptome der äußeren Frontabgrenzung, z. B. Kapitalversicherung gegen Umlagesysteme usw., welche ihrerseits eigene Geltungsbereiche haben, sind nicht berufsgebunden, denn sie würden bei jeder Berufsart, z. B. Einzelhändler, genau so in die Meinungsergänzung und -auslegung eingeschaltet werden können.

Zur berufseigenen Auslegung der Zahlenergebnisse der Urabstimmung könnte z. B. gefragt werden, ob nicht den jüngeren Arzt, mit der modernen naturwissenschaftlichen und politischen Ausbildung und Vorbildung, ein anderes Weltbild bewegt, als den älteren Arzt. Der Ruf nach Sicherheit und Versorgung ist vielleicht primär gar nicht materiell statistisch zu begründen, sondern eine

zeitgebundene und notwendige Erscheinungsform des Strebens, die individuelle Berufs- und Berufungsfreiheit des Arztseins teilweise zu retten.

Denn dieselben Spielregeln, nach denen die Erstreckung des Gesetzes erlaubt, oder sogar geboten sein kann, können auch dazu führen, daß kraft eines Mehrheitsbeschlusses z. B. im Bundestag die Praktizierung von Doktrinen sanktioniert wird, die glauben, das Geheimnis des Arztseins durch Dienstweisungen für körperliche und seelische Behandlungsbedingungen und Vorbedingungen ersetzen zu können, um so die Behandlung kranker Menschen wirtschaftlich und gesundheitspolitisch einer leichteren Kontrolle zu unterwerfen. Z. B. kann nicht bestritten werden, daß z. Z. ein Überschub von staatlich approbierten Ärzten und im Medizinernachwuchs in Erscheinung tritt und zu ökonomischen Betrachtungen führt.

Der Schluß, daß vorwiegend materielle Spekulationen das Motiv seien, ist voreilig. Denn es hieße, die Intelligenz der Jugend unterschätzen. Könnte nicht vielmehr gerade die den Arzt bis heute auszeichnende universale innere Freiheit seiner Denkformen jene Jugend besonders anziehen, die sich weder von der Technik, noch von einem doktrinären Programm angesprochen fühlt? Auch daran muß gedacht werden, wenn man schon von dem Geist spricht, „der heute dort (d. h. beim ärztlichen Nachwuchs) zu dominieren scheint“. Es ist deshalb auch keineswegs vorauszusagen, ob die heute „Jungen“ dann (1979) mit aller Wahrscheinlichkeit zu Befürwortern einer Versorgung geworden sein werden.

Mit diesem Hinweis soll die Notwendigkeit unterstrichen werden, die Hintergründe des Zahlenbildes der Urabstimmung einmal sorgfältig nach allen Richtungen durchzuprüfen, um nicht am Kern der berufspolitischen Aufgaben unbemerkt vorbeizugleiten, nicht auf ein falsches Geleis zu geraten, das zum Gegenteil des erhofften Zieles führt.

Im übrigen bedürfen die von Herrn Dr. Bihl genannten Prozentzahlen einer näheren Erläuterung, die aus seinem Diskussionsbeitrag nicht hervorgeht. Es ist nämlich nicht ohne weiteres gestattet, die Stimmen der erwählten Vertreter der Südwürttemberg-Hohenzollerischen Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte den direkten Stimmen der übrigen Landesteile gleichzusetzen, indem man ihnen das Gewicht der Gesamtzahl aller ihrer Wähler gibt. Das mag politisch bei anderen Gelegenheiten erlaubt sein, sofern eine verfassungsrechtliche Grundlage dafür besteht, darf aber keinesfalls so auch statistisch ausgewertet werden. Es ist aus den angegebenen Zahlen nicht ersichtlich, ob die Vertreter der Südwürttemberg-Hohenzollerischen Kollegen von ihren Wählern auch unmittelbar zur Beantwortung der Wahlfragestellung „Altersversorgung der Ärzte“ gewählt waren oder zu gerade dieser Antwort autorisiert waren: Wenn mein politischer Wahlkreisabgeordneter, den ich vielleicht vor einiger Zeit gewählt habe, im Bundestag für die EVG stimmt, so bedeutet das ja durchaus nicht, daß auch ich Anhänger der EVG sein muß. Das Ja der Südwürttemberg-Hohenzollerischen Ärztevertreter mag vielleicht als Abstimmungsergebnis gültig sein, man darf aber deshalb noch nicht aus ihm auf die Ansicht der Südwürttemberg-Hohenzollerischen Ärzte zur Altersversorgung schließen und von „imponierender Einmütigkeit“ sprechen, ohne die Zahlen der Urabstimmung dazuzusetzen.

Schwierige Urteilsfindung

Aus der Arbeit des Ehrenrats

Tatbestand:

Dr. X., prakt. Arzt in Z., hatte am 24. September 1951 einer ledigen Volksschullehrerin, die sich im 6. Monat einer Schwangerschaft befand, nach eingehender internistischer Untersuchung folgendes ärztliches Zeugnis zur Vorlage bei der Schulbehörde ausgestellt:

„Fräulein E. S. ist wegen grippalen Infekts bei neurovegetativer Reizkonstitution arbeitsunfähig. Im Anschluß an die Erkrankung bzw. Genesung ist ein Erholungsurlaub von ca. 3 Wochen angezeigt.“

Am 17. Oktober 1951 und 3. November 1951 stellte Dr. X. auf Bitte der Patientin, die inzwischen nach St. verzogen war, ohne daß er sie nochmals untersuchte, folgende Zeugnisse aus:

„Fräulein E. S. bedarf zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit einen Genesungsurlaub von ca. 14 Tagen.“

„Fräulein E. S. bedarf zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eines Erholungsurlaubs von ca. vier Wochen. Es wird empfohlen, denselben in mittlerer Höhenlage — etwa Schwarzwald — zu verbringen.“

In einem Begleitschreiben an die Lehrerin fügte Dr. X. hinzu, daß sie zur Nachuntersuchung erscheinen müsse, falls sie weiteren Urlaub benötige.

Am 18. November 1951 kam die Patientin nieder.

Gerichtsverfahren:

Am 11. Dezember 1951 hat das Kultministerium Württemberg-Baden Anzeige an die Staatsanwaltschaft gegen Dr. X. erstattet, da sich der dringende Verdacht ergibt, daß Dr. X. über den „Gesundheitszustand von Fräulein E. S. wider besseres Wissen unrichtige Zeugnisse ausgestellt hat, § 278 StGB.“

Am 18. April 1952 wurde Dr. X. in einer Gerichtsverhandlung vor dem Amtsgericht freigesprochen, obgleich ein als Gutachter gehörter Amtsarzt sich dahin geäußert hatte, „daß die Zeugnisse des Angeklagten Dr. X. unrichtig seien, da der Arzt verpflichtet sei, alle Krankheiten in derartigen Zeugnissen aufzuführen, weil es nicht in das Ermessen des einzelnen Arztes gestellt werden könne, daß er nur das bezeuge, was er im Interesse seines Patienten für angebracht halte. Das Berufsethos des Arztes verbiete es ihm, Gefälligkeitszeugnisse auszustellen.“

Nach Ansicht des Gerichtes hatte der durch die Untersuchung erhobene Tatbestand nicht ausgereicht, „um mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, daß die im Zeugnis vom 24. September 1951 festgestellten Krankheiten nicht vorlagen und das Zeugnis somit unrichtig war“.

In der Urteilsbegründung heißt es weiter: „Es mag dahingestellt bleiben, ob die Angeklagte der Schulbehörde gegenüber durch das Verschweigen der Schwangerschaft eine Anstands- und Treupflicht als Lehrerin verletzt hat und ob der Angeklagte durch das Weglassen der Schwangerschaft als Arzt gegen sein Berufsethos verstoßen hat. Strafrechtlich jedenfalls fehlte es am objektiven Tatbestand des § 278 StGB, da insoweit kein sachlich unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen vorlag. Dies auch deshalb, weil nach Ansicht des Gerichtes zur Aufstellung

eines objektiv unrichtigen Zeugnisses weiter gehört, daß es zum Gebrauch bei einer Behörde bestimmt ist, die dadurch zu einer Maßnahme veranlaßt werden soll, die sie sonst nicht getroffen hätte.“

„Bezüglich der Weglassung der Schwangerschaft im Zeugnis vom 24. September 1951 fehlte es bei dem Angeklagten auch am subjektiven Tatbestand des § 278 StGB. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Schwangerschaft ein Krankheitszustand i. S. d. § 278 StGB. ist, oder ob der Angeklagte die Schwangerschaft in seinem Zeugnis weggelassen hat auf Grund seiner ärztlichen Schweigepflicht auf Grund des § 13 der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme konnte dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden, daß er das Zeugnis vom 24. September 1951 unter Weglassung der Schwangerschaft wider besseres Wissen ausgestellt hatte und sich bei Ausstellung des Zeugnisses bewußt war, unrecht zu tun und gegen ein Strafgesetz zu verstoßen.“

„Das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit gehört aber zum Vorsatz. Deshalb mußte der Angeklagte aus Mangel an Beweisen in objektiver und subjektiver Beziehung von einem fortgesetzten Vergehen gemäß § 278 StGB. freigesprochen werden.“

Das vom angeklagten Arzt eingeholte Rechtsgutachten eines bekannten Strafrechtlers der Universität Tübingen war in seiner Zusammenfassung zum gleichen Schluß gekommen, daß sowohl die objektiven wie die subjektiven Voraussetzungen des § 278 fehlten, da kein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand ausgestellt worden sei. Bei der durch Untersuchung getroffenen Feststellung des krankhaften Befundes sei in dem Verschweigen der Schwangerschaft kein Vergehen gegen § 278 StGB. zu erblicken. Es sei im 2. und 3. Zeugnis auch nicht behauptet worden, daß eine Nachuntersuchung stattgefunden habe, sondern ohne Angabe über den Gesundheitszustand lediglich festgestellt, daß ein weiterer Erholungsurlaub nötig sei.

Die Staatsanwaltschaft legte gegen den Freispruch Revision ein, die am 29. Oktober 1952 in 2. Instanz von der Strafkammer des Landgerichts E. verworfen wurde.

Gegen dieses Urteil legte die Staatsanwaltschaft erneut Revision beim Oberlandesgericht St. ein, dessen Strafsenat durch Urteil vom 30. Januar 1953 das Urteil der Strafkammer samt den zugrunde liegenden Feststellungen aufhob und die Rechtssache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht U. verwies.

Diese Strafkammer stellte in einer Verhandlung am 2. Juni 1953 mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren „wegen Geringfügigkeit“ nach § 153 Abs. 2 und 3 StPO. ein.

Inzwischen hatte sich auch die Tagespresse mit dem Verfahren beschäftigt:

„Vier Instanzen und doch keine Klärung. — Ein Prozeß um die ärztliche Schweigepflicht gegenüber einer Behörde —:

Ein Arzt stellt bei einer Patientin längerdauernde Arbeitsunfähigkeit fest. Die nervösen Störungen sind,

wenigstens zum Teil, durch eine uneheliche Schwangerschaft bedingt. Frage: Muß der Arzt in dem — zur Vorlage bei einer Behörde bestimmten — Attest, außer dem eigentlichen Befund, auch die Schwangerschaft erwähnen? Muß er es — und darf er es überhaupt?

In nicht weniger als vier Instanzen ist diese Frage von den Gerichten mit gewohnter Gründlichkeit behandelt worden.

Die Kleine Strafkammer in U. zog sich elegant aus der Affäre, indem sie, im Einvernehmen mit dem Staatsanwalt, in vierter Instanz das Verfahren wegen Geringfügigkeit einstellte. Die Grundfrage des Prozesses, ob der Arzt nun verpflichtet gewesen wäre, außer dem objektiven Krankheitsbefund auch die Krankheitsursache zu nennen, ließ die Strafkammer dabei völlig offen; sie erklärte nur, eine „gewisse Schuld“ habe darin bestanden, daß das Attest auch im objektiven Befund „zu allgemein“ gehalten sei. Diese Schuld, fügte das Gericht hinzu, sei aber nur gering, zudem habe der Beschuldigte aus anständigen Motiven gehandelt, so daß es gerechtfertigt erscheine, das Verfahren einzustellen.

Die Kosten aller vier Rechtszüge trägt die Staatskasse . . .“

Der Senatspräsident des die Angelegenheit verhandelnden Strafsenats beim Oberlandesgericht hat sich seinerseits am 13. Juli 1953 an die Ärztekammer in einem Schreiben gewandt, indem er u. a. ausführte: „Verlangt der Patient vom Arzt die Einhaltung der Schweigepflicht in einem solchen Umfange, daß eine angemessene Zeugniserteilung nicht möglich ist, so muß der Arzt eben den Patienten, der ja ein Interesse an der Zeugniserlangung hat, entsprechend belehren.“

Wie ich die Ärzte kenne, legen sie in ihrer überwältigenden Mehrheit gar keinen Wert darauf, im Dienste ihrer Patienten andere zu täuschen, und sind froh, sich gegenüber zu weitgehendem Ansinnen mit dem Hinweis auf die ihnen entstehenden Schwierigkeiten mit den Strafverfolgungsbehörden erwehren zu können. Die Ärzte wünschen nur, durch die geringe Zahl derjenigen Ärzte, die mit ihren Patienten des Erwerbes wegen durch dick und dünn gehen — jeder Berufsstand, also, um jedes Mißverständnis zu vermeiden, auch der meine, hat ein paar ethisch oder intellektuell schwächer ausgestattete Elemente — oder die ohne solche Absichten aus einer gewissen Charakterschwäche, manchmal fälschlicherweise Freundlichkeit genannt, zu dem Ansinnen nicht nein sagen können, nicht in ihrem Beruf geschädigt oder überflügelt zu werden.“

Der Senatspräsident ist der Ansicht, daß die Ärztekammer sich ein eigenes Urteil darüber zu bilden habe, ob Herr Dr. X. ein gegen die Berufsordnung verstoßendes Gefälligkeitszeugnis erteilt habe oder nicht.

Demnach mußte sich auch der Gesamtvorstand der Ärztekammer mit der Angelegenheit beschäftigen. Er hat am 6. Oktober 1953 nach eingehender Beratung beschlossen, wegen der grundsätzlichen Bedeutung ein Ehrenratsverfahren gegen Dr. X. zur Klärung der strittigen Fragen durchzuführen.

In der dem Beklagten am 17. November 1953 zugestellten Anklageschrift des Ehrenrats wird Dr. X. beschuldigt,

„er habe im Herbst 1951 gegen seine ärztliche Berufspflicht verstoßen und durch sein Verhalten das Ansehen des Vereins geschädigt,

indem er aus Gefälligkeit der damals noch unverehelichten Lehrerin E. S., die im 6./7. Monat schwanger war, zur Vorlage bei der vorgesetzten Schulbehörde an 3 verschiedenen Tagen je ein Attest ausstellte, in welchem er unter bewußter Verschweigung der bestehenden Schwangerschaft die Arbeitsunfähigkeit der Patientin bescheinigte.

Die letzten beiden Bescheinigungen wurden vom Beschuldigten ohne vorherige Untersuchung der Patientin auf deren schriftliche Anforderung ausgestellt.

Der Beschuldigte hat damit gegen die §§ 1 und 8 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte verstoßen.

Durch das vorliegende Ehrenratsverfahren soll u. a. auch die von den Gerichten nicht endgültig entschiedene Frage geklärt werden, ob der Arzt — evtl. unter Berufung auf die ärztliche Schweigepflicht — bei der Ausstellung von Gesundheitszeugnissen für Behörden und Versicherungen (§ 278 StGB) unter Verschweigung sonstiger wesentlicher Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit des Patienten beeinflussen, Teilbefunde bescheinigen darf mit der Feststellung, daß hierdurch Arbeitsunfähigkeit bedingt sei.“

In der Verhandlung vor dem Ehrenrat der Ärztekammer erklärte der Betroffene wie sein Verteidiger, daß der in dem Gerichtsurteil festgestellte Tatbestand im wesentlichen richtig sei.

Dr. X. äußerte sich zur Ausstellung des 2. und 3. Zeugnisses wie folgt: „Bei Ausstellung des 2. und 3. Zeugnisses hatte ich den Wortlaut des von mir zuerst ausgestellten Zeugnisses nicht mehr im Gedächtnis, ich hatte ihn auch nicht mehr vorliegen. Dagegen war mir der Befund, der zur Ausstellung des 1. Zeugnisses geführt hatte, noch im Gedächtnis und ich ging davon aus, daß ich diesen Befund im 1. Zeugnis niedergelegt hatte. Ich nahm an, daß der festgestellte grippale Infekt wohl abgeklungen sei, dagegen ging ich davon aus, daß der von mir erhobene Befund einer vegetativen Neurose bestimmt noch fortbestehe.“

Nach eingehender Beratung wurde vom Vorsitzenden des Ehrenrats folgendes Urteil gegen Dr. X. verkündet:

„Gegen Herrn Dr. X. wird auf die Maßnahme der Verwarnung erkannt.“

Aus der Urteilsbegründung ist folgendes bemerkenswert:

„Der Ehrenrat sah sich, besonders angesichts der erheblich abweichenden Auffassungen, wie sie in den Urteilen des Oberlandesgerichts und der Strafkammer E., schließlich auch in der Urteilsbegründung des Oberlandesgerichts zum Ausdruck kommen, vor die Aufgabe gestellt, die Frage, welche Anforderungen an ein ärztliches Zeugnis zu stellen sind, damit es richtig ist, grundsätzlich zu prüfen. Dies führte zu folgendem Ergebnis:

1. Erster unabdingbarer Grundsatz muß es sein, daß der Arzt in keinem Punkte irgend etwas positiv Unwahres in einem ärztlichen Zeugnis bekundet, und zwar nicht nur insoweit, als sich das Zeugnis auf den Gesundheitszustand eines Menschen bezieht, sondern ganz allgemein auch in bezug auf irgendwelche anderen Angaben. Auch die Rücksicht auf die Schweigepflicht kann nicht dazu führen, den Arzt von dieser Wahrheitspflicht zu entbinden. Gerät der Arzt bei Be-

achtung dieses Grundsatzes in Gegensatz zu seiner Schweigepflicht, so hat er das Ausstellen eines Zeugnisses überhaupt abzulehnen. Dieser Grundsatz muß unbedingt und mit aller Schärfe gehandhabt werden. Er liegt im wohlverstandenen Interesse des Patienten und auch der Ärzte. Ein ärztliches Zeugnis würde seinen Wert überhaupt verlieren, und die schon in der Literatur geäußerten Bedenken, ob ein ärztliches Zeugnis eine zuverlässige Grundlage sei, würden gerechtfertigt, wenn dieser Grundsatz nicht streng durchgeführt würde. Auch der Patient kann nur ein Interesse daran haben, daß ein ärztliches Zeugnis geachtet wird, weil sein Inhalt wahr ist.

2. Erheblich schwieriger ist die Frage zu beurteilen, ob der Arzt seine Wahrheitspflicht dadurch verletzt, daß er es unterläßt, einen ihm bekannten Tatbestand in das von ihm erforderte Zeugnis aufzunehmen.

Bereits aus dem eben festgestellten Grundsatz, daß ein Arzt niemals etwas positiv Unwahreres bekunden darf, ergibt sich, daß er in solchen Fällen, in denen nach bestimmten Krankheitszuständen, auch in der Vergangenheit, oder körperlichen Befunden, gefragt wird, wie z. B. bei Zeugnissen für Versicherungsgesellschaften, es nicht unterlassen darf, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Ein Verschweigen eines bekannten Tatbestandes auf eine positive Frage würde dem Bekunden einer positiven Unwahrheit gleichkommen. Bei einer sehr großen Anzahl von Zeugnissen, wie sie in der Praxis erfordert werden, werden jedoch bestimmte Fragen nicht gestellt. Wie auch sonst kann ein Unterlassen auch hier nur dann zu einer zu beanstandenden „Unrichtigkeit“ führen, wenn man eine Rechts- oder Standespflicht zum Handeln, also zur Aufnahme dieses Tatbestandes in das ärztliche Zeugnis, feststellen kann. Ein allgemeiner Satz, der es erlauben würde, jeden Einzelfall mit Sicherheit zu entscheiden, kann bei der Vielfalt der hier in Betracht kommenden Verhältnisse nicht aufgestellt werden. Vielmehr hat der Arzt in jedem Falle, und ganz besonders in Grenzfällen, die zu Bedenken Anlaß geben können, eine sorgfältige Prüfung unter Abwägung der ihm bekannten Verhältnisse anzustellen. Hierbei hat der Arzt zu beachten, einerseits seine Pflicht, dem Patienten zu helfen und die Verschwiegenheit zu wahren, andererseits das Interesse des Empfängers des Zeugnisses. Dieses letztere Interesse ist naturgemäß neben der Erwartung, nichts positiv Unwahreres aus dem Zeugnis zu entnehmen, häufig auch darauf gerichtet, Genaueres über Art und Ursache eines Krankheitszustandes und über sonstige Dinge zu erfahren, die zu dem Zustand des Patienten in Beziehung stehen.

Es kann nun sicherlich nicht angenommen werden, daß der Arzt im Regelfalle verpflichtet ist, alles, was er bei der Untersuchung des Patienten wahrnimmt, im Zeugnis zu offenbaren. Hieran besteht in der großen Mehrzahl der Fälle überhaupt kein Interesse, oder mindestens kein schutzwürdiges Interesse. Niemand wird z. B. bezweifeln, daß ein Arbeitgeber, mag er auch eine Behörde sein, kein Interesse hat, in einem ärztlichen Zeugnis, das wahrheitsgemäß die Fraktur eines Beines und damit Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, auch noch zu erfahren, daß der Patient vielleicht außerdem an einer Grippe leidet, oder an einem Magenleiden, oder daß der Patient diese oder jene Krankheit einmal durchgemacht hat. Schon hieraus ergibt sich, daß der Arzt in

zahlreichen Fällen berechtigt ist, über Wahrnehmungen zu schweigen, ohne die Richtigkeit seines Zeugnisses in Frage zu stellen, einfach deshalb, weil der Empfänger nach dem Zweck des Zeugnisses kein Interesse an einer vollständigen Mitteilung aller Wahrnehmungen hat.

Schwieriger wird die Entscheidung in solchen Fällen, in denen eine Offenbarung von Dingen, die in Beziehung zu der Art und Dauer der Krankheit stehen, erkennbar im Interesse des Empfängers des Zeugnisses liegt, und andererseits den Interessen des Patienten und damit der dem Arzt auferlegten Schweigepflicht zuwiderläuft.

Der einfachste Weg für den Arzt wäre der, in jedem Konfliktfall die Ausstellung eines Zeugnisses abzulehnen. Eine solche Lösung wäre zwar bequem, würde aber wiederum der ersten Pflicht des Arztes, zu heilen und zu helfen, nicht gerecht werden. Sicher ist es gerade in solchen Konfliktfällen für die Heilung des Patienten sehr häufig, wenn nicht fast immer, erforderlich, daß er ein ärztliches Zeugnis erhält, beispielsweise um sein Ausbleiben von der Arbeit zu rechtfertigen, oder eine Kur zu erlangen. Der Arzt kann sich also nicht einfach weigern, in solchen Fällen ein Zeugnis auszustellen. Er muß sich deshalb der sicherlich verantwortungsvollen und schwierigen Aufgabe unterziehen, die beiderseitigen Interessen gegeneinander abzuwägen.

Ausgangspunkt kann für den Arzt nur der für ihn erkennbare Zweck sein, zu dem das Zeugnis dienen soll. Der Arzt ist hienach verpflichtet, seine Wahrnehmungen so weit in das Zeugnis aufzunehmen, als sie unerläßlich sind, um den Zweck des Zeugnisses zu erfüllen. Andererseits ist der Arzt berechtigt, all das in Erfüllung seiner Pflicht zur Verschwiegenheit wegzulassen, was nicht notwendig ist, um diesem Zweck zu genügen. An sich ist es gerade bei einem Zeugnis, das den Zweck hat, die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, nicht erforderlich, überhaupt die Krankheit zu erwähnen. Ein solches Zeugnis kann sich durchaus darauf beschränken, eben nur die Schlußfolgerung aus dem Untersuchungsbefund, nämlich die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Andererseits ist es für den Zweck des Zeugnisses häufig wünschenswert und auch vom Standpunkt des Patienten tragbar, wenigstens das wesentliche Krankheitsbild in das Zeugnis aufzunehmen. Es handelt sich hier um eine allgemeine Übung. Wollte man das Krankheitsbild überhaupt weglassen, so könnte dies gerade belastend in bezug auf den Patienten wirken, weil man denken könnte, er habe etwas zu verbergen.

Nach dem seither Ausgeführten ist der Arzt also grundsätzlich berechtigt, in derartigen Zeugnissen, die die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen sollen, ein wesentliches Krankheitsbild zu bescheinigen, das der objektiven Wahrheit entsprechend die Arbeitsunfähigkeit bedingt. Das ist erforderlich, aber auch ausreichend, um dem Zweck des Zeugnisses zu genügen.

Dagegen würde es einer gerechten Abwägung der Interessen nicht entsprechen, nun vom Arzt zu verlangen, daß er darüber hinaus auch weitere Wahrnehmungen, sei es des körperlichen oder seelischen Befundes beim Patienten selbst, sei es sonstiger Umstände, die in Beziehung zu dem Gesundheitszustand stehen, in das Zeugnis aufnimmt. Auch die private Sphäre des Patienten ist schutzwürdig. Man kann grundsätzlich sagen, daß diese private Sphäre geachtet

werden muß, soweit nicht zwingende Gründe bestehen, solche privaten Dinge zu offenbaren. Im Regelfall ist also auch der Arzt berechtigt, in einem solchen Zeugnis alles wegzulassen, was nicht erforderlich ist, um die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit zu begründen — immer vorausgesetzt, daß überhaupt eine Begründung gegeben wird —. Ganz deutlich muß hierbei jedoch hervorgehoben werden, daß die im Zeugnis angegebenen Gründe wahr sein müssen, und auch insofern wahr sein müssen, daß sie für sich allein genügen, um die bescheinigte Schlußfolgerung, so insbesondere die Arbeitsunfähigkeit, zu begründen.

Das Gesagte soll an Beispielen weiter erläutert werden: Es wäre dem Arzt nicht gestattet, wegen einer harmlosen Erkältung, die keine Arbeitsunfähigkeit herbeiführt, eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, die durch ganz andere Ursachen, beispielsweise durch eine Geschlechtskrankheit, hervorgerufen wird. In einem solchen Fall gibt es nur die Möglichkeit, wahrheitsgemäß die Geschlechtskrankheit als Ursache der Arbeitsunfähigkeit zu nennen, oder von einer Begründung der Arbeitsunfähigkeit überhaupt abzusehen. Wäre der Patient mit keiner dieser beiden Möglichkeiten einverstanden, so bliebe dem Arzt nichts übrig, als pflichtgemäß das Ausstellen eines Zeugnisses abzulehnen.

Andererseits ergeben die folgenden Beispiele, daß die Annahme einer Pflicht zu umfassender Offenbarung zu unangemessenen Ergebnissen führen und die private Sphäre des Patienten ohne Grund Dritten preisgeben würde:

Stellt der Arzt zu Recht wegen einer Lungenentzündung Arbeitsunfähigkeit fest, so wäre es nicht angemessen, von ihm zu verlangen, eine etwa gleichzeitig festgestellte Gonorrhoe in das Zeugnis gegen den Willen des Patienten aufzunehmen, auch wenn man etwa annehmen könnte, daß der Arbeitgeber selbst aus sachlichen Erwägungen ein Interesse an der Offenbarung einer solchen Krankheit hätte. Der Zweck der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist erfüllt und eine für sich allein ausreichende Ursache der Arbeitsunfähigkeit ist angegeben.

Ebenso wäre es unangemessen, von dem Arzt Ausführungen zu verlangen, eine chronische Magenerkrankung sei auf Verhältnisse der Umwelt, beispielsweise eine zerrüttete Ehe, schlechte Wohnverhältnisse, oder weitere leicht denkbare Umstände zurückzuführen.

Was schließlich den Fall der Schwangerschaft anlangt, so muß beachtet werden, daß die Schwangerschaft an sich keine Störung der Gesundheit bedeutet, sondern eine physiologische Erscheinung. Liegt neben der Schwangerschaft eine die Arbeitsunfähigkeit bedingende krankhafte Erscheinung vor, so wird man auch hier gleichermaßen den Arzt nicht für verpflichtet halten können, neben der eigentlichen Krankheit auch die Schwangerschaft zu erwähnen, selbst dann nicht, wenn der Verlauf und die Dauer der Krankheit durch die Schwangerschaft beeinflußt wird. Gewiß sind hier die Grenzen nicht leicht zu finden. Läge der Fall so, daß die Schwangerschaft selbst nicht normal verläuft und demgemäß selbst eine Störung der Gesundheit hervorruft, ohne daß weitere Krankheitsbilder auftreten, so kann der Arzt, wenn er schon eine Begründung in seinem Zeugnis über die Ursache der Arbeitsunfähigkeit gibt, gezwungen sein, die Schwangerschaft zu nennen, weil

es eine andere Begründung in Wahrheit nicht gibt. Es wäre unrichtig und pflichtwidrig, in einem Zeugnis die tatsächlich vorhandene Arbeitsunfähigkeit nun mit irgendeiner in Wahrheit gar nicht bestehenden anderen Krankheit zu begründen, obwohl die ausschließliche Ursache in einer nicht normal verlaufenden Schwangerschaft liegt.

Wollte man über diese dargelegten Grundsätze hinaus eine Offenbarungspflicht des Arztes annehmen, so würde das neben der nicht angemessenen Preisgabe der privaten Sphäre des Patienten außerdem auch einen im Interesse der Volksgesundheit höchst unerwünschten Riß in dem notwendigen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zur Folge haben. Ein solches Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient kann nur bestehen bleiben, wenn der Patient weiß, daß der Arzt auch bei Ausstellung von Zeugnissen die ihm anvertrauten Dinge nicht preisgibt, soweit dies nicht ganz unerlässlich ist. Auch den berechtigten Interessen der Empfänger ist mit vorstehenden Grundsätzen Genüge getan. Der Empfänger erreicht, daß er ein wahrheitsgemäßes Zeugnis erhält, das ihn über das unterrichtet, was er für seine Zwecke unbedingt nötig hat. Auch der Empfänger eines Zeugnisses muß sein Interesse mit dem des Patienten abwägen und kann nicht erwarten, daß er nur deshalb, weil beispielsweise Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, oder auch eine Erholungskur begründet werden soll, in noch weiterem Umfang über die private Sphäre des Patienten unterrichtet wird, als dies der Zweck des Zeugnisses unbedingt erforderlich macht. Wenn für den Empfänger in besonderen Fällen ein Interesse daran besteht, ein umfassenderes Bild über den körperlichen oder seelischen Zustand des Patienten zu erhalten, oder gar über noch weitere Umstände, die für den Gesundheitszustand des Patienten von Bedeutung sind, so muß ein Zeugnis unter besonderer Angabe des weiteren Zweckes, und insbesondere unter Angabe, über welche Dinge das Zeugnis sich aussprechen soll, verlangt werden, wie dies z. B. bei Zeugnissen und Gutachten, die bei Gericht zum Beweis von vielerlei Verhältnissen benötigt werden, der Fall sein wird. Ähnliches auch für den Regelfall für die Richtigkeit eines Zeugnisses zu verlangen, geht zu weit. Der Empfänger der üblichen kurzen Zeugnisse, beispielsweise über Arbeitsunfähigkeit, kann auch nicht erwarten, daß ein solches Zeugnis in jeder Richtung vollständig ist, und etwa den Schluß ziehen, daß weitere Ursachen der angegebenen Krankheit oder sonstige die Krankheit beeinflussende Umstände nicht vorhanden seien, wenn sie nicht im Zeugnis erwähnt sind. Er muß vielmehr damit rechnen, daß ein derartiges Zeugnis gerade kein in jeder Hinsicht vollständiges Bild über alle für die Gesundheit des Patienten wesentlichen körperlichen und seelischen Umstände oder sonstige Dinge gibt, die mit der bezeugten Krankheit in Beziehung stehen. Etwas Derartiges kann nur von einem umfassenden Gutachten erwartet werden, das sich eine solche Vollständigkeit beilegt.

Prüft man den hier vorliegenden Tatbestand nach den eben erörterten Grundsätzen, so ergibt sich:

Das Zeugnis I ist nach seinem genauen Wortlaut nicht glücklich abgefaßt, wie auch Dr. X. anerkennt. Der Ausdruck „bei“ läßt nicht genügend erkennen, daß die nervösen Störungen gerade das wesentliche Krank-

heitsbild der Patientin waren. Immerhin wird man insoweit nicht geradezu von einer Unrichtigkeit sprechen können. Es muß berücksichtigt werden, daß der Arzt in der täglichen Praxis bei Ausstellung eines solchen Zeugnisses nicht die nötige Zeit und Ruhe hat, um nun jeweils die absolut treffende Ausdrucksweise zu finden. Man kann hier nicht die Anforderungen an die Präzision des Ausdruckes stellen, wie sie etwa bei einer wissenschaftlichen Veröffentlichung oder einem umfangreichen Gutachten angebracht ist. Es ist auch nicht ersichtlich, daß etwa die Wahl der Worte: „bei neurovegetativer Reizkonstitution“ den Zweck einer Irreführung gehabt hätte.

Der Ehrenrat kam auf Grund des eigenen Eindruckes von der Zeugin, ebenso wie die Strafkammer des Landgerichts E. und das Zeugnis von Dr. M. vom 29. Januar 1952, zu der Überzeugung, daß tatsächlich ein Krankheitsbild auf nervöser Grundlage bei der Patientin bestand, als sie Dr. X. untersuchte. Es ist also kein Grund denkbar, warum Dr. X. dies nicht etwa noch deutlicher hätte im Zeugnis zum Ausdruck bringen können. Wenn er die unpräzise Ausdrucksweise wählte, so ist dies nach den gesamten Umständen auch subjektiv nicht absehbar geschehen.

Dr. X. war nicht verpflichtet, die von ihm wahrgenommene Schwangerschaft ebenfalls in das Zeugnis aufzunehmen. Dies ergibt sich aus den oben aufgestellten Grundsätzen. Eine Frage in bezug auf die Schwangerschaft war nicht an Dr. X. gestellt. Er hatte auch nicht ein allgemeines vollständiges Gutachten über den körperlichen Zustand der Patientin abzugeben. War die Patientin tatsächlich an einem grippalen Infekt erkrankt, wies sie außerdem ein nervöses Krankheitsbild auf, wie anzunehmen ist, und waren diese Krankheitserscheinungen so stark, daß sie für sich allein eine Arbeitsunfähigkeit hervorriefen, wie ebenfalls nicht widerlegt werden kann, so war die von Dr. X. gegebene Begründung der Arbeitsunfähigkeit richtig und ausreichend, da es nicht unerlässlich war, eine weitere Begründung für die Arbeitsunfähigkeit zu geben.

Mit Recht ist deshalb nach Auffassung des Ehrenrates Dr. X. von dem Urteil der Strafkammer des Landgerichts E. freigesprochen worden.

Soweit das Oberlandesgericht gegen diese Erkenntnis der Strafkammer in E. Bedenken erhebt, konnte ihm der Ehrenrat nicht folgen. Der Senat vermißt insbesondere die Berücksichtigung des Gesichtspunktes, daß die ausgestellten Gesundheitszeugnisse den Eindruck entstehen ließen, als sei der festgestellte grippale Infekt in Verbindung mit der neurovegetativen Reizkonstitution die alleinige erkennbare Ursache der langen Erholungsbedürftigkeit, während in Wahrheit auch nach Wissen des Dr. X. sehr wesentlich die Schwangerschaft die Konfliktslage und damit das nervöse Krankheitsbild habe entstehen lassen.

Diese Ausführungen scheinen zu übersehen, daß der Arzt ja nichts darüber bescheinigt hat, auf welchen Ursachen nun die festgestellten Krankheiten beruhten. Es war von ihm auch nicht gefordert worden, ein Zeugnis über diese Ursachen abzugeben. Der Empfänger des Zeugnisses konnte über die Ursache des grippalen Infektes und des nervösen Krankheitsbildes aus dem Zeugnis nichts entnehmen. Er konnte sich über diese Ursachen alles oder nichts denken. Der Inhalt des Zeugnisses konnte insoweit auch keinen falschen Eindruck

hervorrufen. Die Auffassung des Senats scheint — nach Meinung des Ehrenrats — zu Unrecht zu unterstellen, der Empfänger habe davon ausgehen können, daß das Zeugnis über weitere Umstände Auskunft gibt, die nicht unerlässlich sind, um die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Wollte der Empfänger über diese Ursachen Näheres erfahren, so hätte er ein Zeugnis anfordern müssen, das sich hierüber aussprach.

In dem Zeugnis wird auch nicht zum Ausdruck gebracht, daß die bezeugten Krankheitsbilder die alleinige Ursache der Arbeitsunfähigkeit und Erholungsbedürftigkeit seien. Man muß auch von dem Empfänger von Zeugnissen verlangen, daß er die Zeugnisse aufmerksam liest und sich über Ursachen der Erkrankungen keine Vorstellungen macht, die nicht durch den positiven Wortlaut des Zeugnisses gestützt sind. Er darf also nicht annehmen, daß weitere Krankheiten oder sonstige Umstände und Ursachen der bescheinigten Krankheit nicht vorhanden sind, wenn über sie nichts gesagt ist.

Zudem waren nach den oben getroffenen tatsächlichen Feststellungen des Ehrenrats, die den Feststellungen der Strafkammer im wesentlichen entsprechen, die von Dr. X. bezeugten Krankheitserscheinungen für sich allein schwerwiegend genug, um die Arbeitsunfähigkeit und Erholungsbedürftigkeit zu begründen.

Es lag hiernach keine zwingende Veranlassung vor, die Schwangerschaft als fernerliegendes Glied der Kausalkette zu erwähnen.

Gleichwohl war Dr. X. ein wesentlicher Vorwurf nicht zu ersparen. Das Zeugnis III enthält neben der Bescheinigung, daß ein Erholungsurlaub von weiteren vier Wochen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sei, folgenden Satz:

„Es wird empfohlen, denselben in mittlerer Höhenlage — etwa Schwarzwald — zu verbringen.“

Diese Empfehlung einer Maßnahme der Therapie war an sich für den Empfänger gleichgültig, da es ja nicht in Frage kam, daß er irgendwie auf die Therapie einwirkte oder sie unterstützte. Dieser Rat war auch nicht erforderlich, um den sonstigen Inhalt des Zeugnisses zu begründen. Dr. X. wußte, daß die Patientin schon bei der ersten Untersuchung den größeren Teil der Schwangerschaft hinter sich hatte und in naher Zeit ihrer Entbindung entgegenseh. Hätte er sich dies vergegenwärtigt, so war es klar, daß ein Erholungsurlaub im Schwarzwald überhaupt nicht in Betracht kam. Objektiv war diese Empfehlung nicht durchführbar. Sie enthielt eine Irreführung, da der Empfänger aus ihr entnehmen mußte, daß es für die Patientin nach Wissen des Arztes richtig und auch möglich sei, den Erholungsurlaub im Schwarzwald zu verbringen.

Eine solche Irreführung erfüllt zwar nicht den Tatbestand des § 278 StGB., weil es sich bei dieser Empfehlung nicht um ein Zeugnis über den Gesundheitszustand handelt. Es ist aber Standespflicht für den Arzt, irreführende Ausführungen jeglicher Art in einem ärztlichen Zeugnis unbedingt zu vermeiden „und nach bestem Wissen nur seine ärztliche Überzeugung auszusprechen“ (§ 8 der Berufsordnung).

Die Verteidigung des Dr. X., er habe sich nicht vergegenwärtigt, daß die Geburt bevorstand, und sich den Zeitpunkt der Entbindung überhaupt nicht ausgerechnet und vorgestellt, kann ihn nicht entscheidend entlasten. Er hatte tatsächlich die Schwangerschaft festgestellt und hätte unbedingt erkennen müssen, daß in Anbetracht

der sehr weit fortgeschrittenen Schwangerschaft seine Empfehlung nicht am Platze war und irreführend wirken mußte. Bei Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses müssen aber an die Sorgfaltspflicht hohe Anforderungen gestellt werden; § 8 der Berufsordnung spricht von „größter Sorgfalt“. Dazu kommt noch folgendes:

Dr. X. hat es, wie sich aus den Ausführungen ergibt, zwar unterlassen können, die Schwangerschaft zu erwähnen, ohne damit das Zeugnis unrichtig werden zu lassen. Er wußte aber andererseits gerade aus dem ihm von der Patientin geschilderten Konflikt, daß die Schwangerschaft auf Wunsch der Patientin nicht erwähnt werden sollte und in Beziehung zu den nervösen Krankheitserscheinungen stand. Dieser Tatbestand legte ihm die Verpflichtung auf, mit „größter Sorgfalt“ alles zu vermeiden, was geeignet war, den Tatbestand

der Schwangerschaft zu unterdrücken. Bei einer Empfehlung, zur Erholung den Schwarzwald aufzusuchen, mußte er sich darüber im klaren sein, daß der Empfänger des Zeugnisses annehmen konnte, Umstände, die eine solche Erholung ausschlossen, wie eine Schwangerschaft, seien nicht vorhanden.

Es war hienach festzustellen, daß Dr. X. bei der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses nicht mit der größten Sorgfalt verfahren ist, und daß er es an der von ihm erforderten gewissenhaften Ausübung seines Berufes fehlen ließ. Hienach hat er gegen §§ 8 und 1 der BO. verstoßen. Es mußte gegen ihn auf eine Maßnahme erkannt werden. Der Ehrenrat hat die Maßnahme der Verwarnung für geboten und ausreichend erachtet.

Das Urteil hat Rechtsgültigkeit.

Dr. Dobler, Schorndorf

Der endemische Kropf in Württemberg und seine Prophylaxe

Von Dr. med. Gerhard Martius, Tübingen

Die Diskussion über Probleme der Schilddrüsenpathologie und insbesondere des Kropfes ist in den letzten Jahren wieder lebhafter geworden. Experimentelle Untersuchungen mit radioaktivem, sog. markiertem Jod, die klinische Anwendung thyreostatischer Stoffe wie auch die Erkennung der Karies als Fluormangelkrankheit, die uns vor ähnliche Fragen der Prophylaxe stellt, haben hier befruchtend gewirkt. Dennoch wird derjenige, der die Literatur verfolgt, eine auffällige Diskrepanz nicht übersehen können, und zwar besonders bei dem Vergleich der schweizerischen und deutschen Veröffentlichungen. Während erstere bereits über die Erfolge einer fast dreißigjährigen systematischen Kropfprophylaxe berichten, stehen in den deutschen Arbeiten noch immer die Frage, ob eine Kropfprophylaxe eingeführt werden soll, und der Hinweis auf die möglichen Gefahren einer solchen Prophylaxe im Vordergrund. Diese Tatsache wie die in den letzten 3½ Jahren in der Tübinger Frauenklinik mit dem Neugeborenenkropf gesammelten Erfahrungen geben Veranlassung, erneut zu diesen Fragen Stellung zu nehmen. Dabei möchte ich mich vor allem an den praktischen Arzt wenden, dem in besonderem Maße die Aufgabe der Krankheitsprophylaxe zufällt.

1. Die Häufigkeit der Kröpfe:

Die Schilddrüsenuntersuchung bei Neugeborenen gibt einen guten Einblick in die Häufigkeit des Kropfes in einem bestimmten Gebiet, da die Struma congenita die Grundlage für die Entstehung des Erwachsenenkropfes darstellt. Aus diesem Grunde wurde seit der Einrichtung der Neugeborenenstation bei allen Kindern bei der Untersuchung nach der Geburt und bei der Entlassung auch der Schilddrüsenbefund notiert. Die Ergebnisse der Untersuchung an 2658 Neugeborenen wurden vom Verfasser (1) an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht. Tab. 1 zeigt, daß sich bei 21,33% von allen Kindern Schilddrüsenvergrößerungen im Sinne einer angeborenen Struma fanden. Bei Ausschluß aller Kinder, deren Mütter ihren Wohnsitz außerhalb von Württemberg

haben, erhöht sich die Frequenz auf 28,99%. Zum Vergleich sind in der Tab. 1 die Befunde von 100 Neuge-

Tab. 1: Schilddrüsenbefunde bei 2658 Neugeborenen (Gruppierung der Befunde in Anlehnung an einen Vorschlag von We spi [2])

	Tübingen	Göttingen
Nicht fühlbar	73,18 %	91,00 %
Eben fühlbar	5,49 %	7,00 %
Summe der normalen Befunde	78,67 %	98,00 %
Fühlbar	6,51 %	2,00 %
Deutlich fühlbar	6,28 %	
Sichtbar	8,54 %	
Summe der pathol. Befunde	21,33 %	2,00 %

borenen der Göttinger Frauenklinik, also einer kropfarmen Gegend angegeben.

In der gleichen Zeit fanden sich bei 2138 Müttern der Tübinger Klinik 36,16% Schilddrüsenvergrößerungen im Sinne eines echten Kropfes. Alle Schwangerschaftsvergrößerungen der Schilddrüse, die sich auch in kropfarmen Gegenden finden lassen, wurden dabei zu den „normalen Schilddrüsen“ gezählt. Besonders auffällig war, daß bereits 2,76% der Mütter strumektomiert waren, wobei zu bedenken ist, daß es sich bei den Patientinnen der Wochenstation vorwiegend um jüngere Frauen handelt. 20,34% der strumektomierten Frauen hatten bereits eine Rezidivstruma.

Auf Grund dieser Zahlen besteht kein Zweifel, daß es gerechtfertigt ist, Württemberg als endemisches Kropfgebiet zu bezeichnen. Untersuchungen über die geographische Verteilung der Strumen haben ergeben, daß es in diesem Bezirk keine wirklich kropffreien Gebiete gibt. (Tab. 2.)

Tab. 2: Häufigkeit der Neugeborenenstrumen in einzelnen Kreisen (bezogen auf die Gesamtzahl der aus diesen Kreisen stammenden Neugeborenen)

Balingen	37,5 %	Horb	56,3 %
Böblingen	38,2 %	Nürtingen	50,0 %
Calw	23,3 %	Reutlingen	29,2 %
Hechingen	24,8 %	Tübingen	29,4 %

2. Die Bedeutung des Kropfes für den Träger:

Bereits die Struma congenita kann zu schweren gesundheitlichen Schädigungen führen, und zwar sowohl unter der Geburt wie auch zu Beginn der Neugeborenenzeit (Tab. 3). Durch Kompression der Halsgefäße bei starker Flexion des Kopfes, durch häufigeres Auftreten von Deflexionslagen und durch Tentoriumrisse infolge der öfter notwendigen entbindenden Operationen wird das Kind unter der Geburt vermehrt gefährdet. Nach der Geburt stehen Asphyxien durch Tracheakompressionen, Trinkschwierigkeiten durch Schluckstörungen, Lungenatelektasen mit der Gefahr der Pneumonieentstehung sowie Adaptationsstörungen des Kropfherzens im Vordergrund. Aschoff (3) berichtet 1927, daß in Endemiegebieten 4% aller Kinder an einer Struma sterben. Wenn wir in den letzten Jahren nur noch selten derartige, schwere kindliche Schädigungen durch einen angeborenen Kropf gesehen haben, so liegt das wohl daran, daß die großen angeborenen Strumen infolge der Verbesserung der Schwangerenhygiene fast ganz verschwunden sind. Es sei hier nur an die weitere Verbreitung von Seefisch-Geschäften und an den dadurch bedingten größeren Konsum von Fisch auch durch die inländische Bevölkerung erinnert. Dennoch behält die Struma congenita uneingeschränkt ihre Bedeutung, und zwar als Grundlage des Erwachsenenropfes.

Die große Zahl der möglichen gesundheitlichen Schädigungen, die im späteren Leben infolge eines Kropfes oder mit ihm gemeinsam auftreten können, zeigt ebenfalls die Tab. 3. Auch hier stehen die mechanischen Einflüsse im Vordergrund. Atemstörungen (Kropfasthma), Stridor, chronische Bronchitis und Lun-

Tabelle 3: Gesundheitliche Störungen durch den Kropf und die mit ihm verwandten Zustände

I. Struma congenita

a) Intrauterine Störungen:	
Kompression der Halsgefäße	Asphyxien
Deflexion des Kopfes	Deflexionshaltungen
b) Häufung geburtshilflicher Operationen:	
Folge der unter a) genannten Störungen	Hirnblutungen
c) Postpartale Störungen:	
Tracheakompression	Asphyxien
	Atelektasen
	Pneumonien
Oesophaguskompression	Trinkschwierigkeiten
Kropfherz	Adaptationsstörungen
d) Grundlage für die Entwicklung des Erwachsenenropfes.	

II. Der Kropf im späteren Leben

a) Tracheastörungen:	
Verdrängung und Stenosierung	Atemnot
	Stridor
	chronische Bronchitis
	Emphysem
	Pneumonie
	Erstickung
Tracheomalazie	
b) Herzstörungen:	
Abflußstauung der Jugularvenen	Kropfherz
Überlastung des kleinen Kreislaufes	
c) Störungen des Nervus recurrens:	
	Stimmbandlähmung

d) Karzinomentstehung:	Struma maligna
e) Kropfoperation:	0,4—1% Mortalität
	Recurrenslähmung
	Tetanie

III. Myxödem und Kretinismus

Körperliche und geistige Unterentwicklung:

Schilddrüsenzweig
Taubstummheit
Geistesschwäche
Idiotie

genemphysen sind in endemischen Kropfgebieten bekannte Erscheinungen. Durch Abflußstauung aus den Kopfvenen und durch Überlastung des kleinen Kreislaufes kann es zum mechanischen Kropfherz kommen. Ebenso ist erwiesen, daß in strumös veränderten Schilddrüsen häufiger Karzinome auftreten als in normalen, die Struma maligna in Kropfgebieten also häufiger vorkommt (Zaunbauer (4)). 90% aller Schilddrüsenkarzinome entstehen aus einem Knotenkropf. All diese Komplikationen zwingen nicht selten aus vitaler Indikation zur Kropfoperation.

Auch der Kretinismus findet sich in Gegenden, in denen der Kropf endemisch auftritt, gehäuft, da die Schilddrüse als innersekretorische Drüse den gesamten Stoffwechsel und damit sowohl die körperliche wie die geistige Entwicklung beeinflusst. Morel hat daher auch den Kropf als das erste Stadium auf dem Wege zum Kretinismus bezeichnet. Von den leichteren Störungen einer geringen Beeinträchtigung der Intelligenz bis zum vollen Bild des Kretinismus mit Kleinwuchs, Hörstörungen und Geistesschwäche gibt es alle Übergänge, womit der Kropf für die betroffenen Länder auch zu einem sozialen Problem wird (Bauer (5)). Neuere Zahlen über das Vorkommen dieser Erscheinungen in der hiesigen Gegend liegen leider nicht vor. In einem Kreistagsbeschuß von Schwaben und Neuburg, also aus zwei benachbarten bayerischen Kreisen, aus dem Jahre 1937 heißt es jedoch, daß Schwaben die meisten Anstalten für Kretins und Taubstumme besitze (Fischler (6)).

Ich möchte glauben, daß diese wenigen Zahlen die dringende Notwendigkeit und keineswegs neue Forderung (Dennig (7), Naegeli (28)), sich auch in Württemberg mit den Problemen des Kropfes zu beschäftigen und so schnell wie möglich mit einer Prophylaxe zu beginnen, sehr deutlich zeigen.

3. Ätiologie und Pathogenese des Kropfes:

Von den zahlreichen, im Laufe der Jahre aufgestellten Kropftheorien, wie die Vererbungstheorie, die Infektionstheorie, die Kontakttheorie, die hydrotellurische Theorie oder die Bodenaufschluß- und Radioaktivitätstheorie, hat die Jodmangeltheorie am meisten Anerkennung gefunden. Einige Angaben mögen ihre Bedeutung zeigen.

Nach Wespi (8) beträgt die tägliche Jodaufnahme in kropfarmen Gebieten 100—200 γ im Vergleich zu 20—50 γ in kropffreien Gegenden. Entsprechende Ergebnisse zeigten Untersuchungen von v. Fellenberg (9) über den Jodgehalt der Nahrungsmittel und von McClelland (10) über den Jodgehalt des Wassers. Die Zunahme des Kropfes mit der Entfernung vom Meer findet neben dem geringen Jodgehalt der Nahrung im Inland ihre Erklärung auch im Jodgehalt der Luft; Erfurth (11) berichtet von einem Häufigerwerden der Kröpfe in Thüringen infolge einer Zunahme der jodarmen Ostwinde auf Kosten der jodreicheren Westwinde. Schließ-

lich hat das sog. Naturexperiment im Kanton Waadt sehr zur Anerkennung des Jodmangels als Kropfursache beigetragen: Bircher war bei Untersuchungen über die Häufigkeit des Rekrutenkropfes eine scharfe Grenze zwischen kropffreien und kropfarmen Gebieten aufgefallen, die, wie später erkannt wurde, der politischen Grenze zwischen dem Kanton Waadt und dem Kanton Fribourg entsprach. Dieser „politische Unterschied in der Kropfhäufigkeit“ fand schließlich seine Erklärung darin, daß der kropfarme Kanton Waadt eine eigene Saline mit einem von Natur aus jodhaltigen Salz besaß und so auf Grund des auch heute noch in der Schweiz bestehenden kantonalen Salzmonopols unerkannt die Bevölkerung mit einem „Jodsalt“ belieferte. Im eigenen Material fanden wir ein umgekehrt proportionales Verhältnis der Kropfhäufigkeit zur Siedlungsgröße, was sich damit erklären läßt, daß die vorwiegend bäuerliche Bevölkerung der kleinen Ortschaften sich mehr mit selbsterzeugten, also im Land gewachsenen und daher jodärmeren Nahrungsmitteln und seltener mit Fisch ernährt als die Menschen in größeren Dörfern und in den Städten. Dementsprechend konnte Haubold (12) eine höhere Kropffrequenz bei den Bauern im Vergleich zu den Handwerkerfamilien der gleichen Ortschaft finden.

Neben dem Jodmangel hat Richard (13) auf die Bedeutung des Vitamin-A-Mangels als Kropfnoxe hingewiesen. Mit ihm lassen sich einige der noch offenen Probleme, wie das Auftreten von Kröpfen in Notzeiten und in einzelnen Gegenden dicht am Meer, erklären. Hierzulande ist jedoch bei gesunder Ernährung eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Vitamin A gewährleistet, so daß es vom rein praktischen Gesichtspunkt aus erlaubt erscheint, sich auf die Frage nach der Möglichkeit einer ausreichenden, aber ungefährlichen zusätzlichen Jodzufuhr zu beschränken. Zunächst aber ein Wort zur Pathogenese des Kropfes.

In Abb. 1 wurde versucht, unter Zugrundelegung der „funktionellen Jodmangeltheorie“ von Wespi (14) die Entstehung sowohl des Erwachsenen- als auch des fetalen Kropfes nebeneinander darzustellen. Beiden liegt der gleiche Entstehungsmechanismus zugrunde, denen nur die Ursache, der Jodmangel, gemeinsam ist. Die Vorgänge im mütterlichen und fetalen Organismus sind nur insofern voneinander abhängig, als bei großen mütterlichen Kröpfen häufiger angeborene Strumen entstehen als bei gleicher Exposition bei kleinen mütterlichen Kröpfen, wie wir nachweisen konnten. Wahrscheinlich beruht dies auf einer stärkeren Filterwirkung der großen mütterlichen Kröpfe für das Jod, so daß das Jodangebot an die Frucht geringer wird (Verf. [1]). Dafür spricht auch, daß strumektomierte Frauen wieder seltener Kinder mit Kröpfen zur Welt bringen.

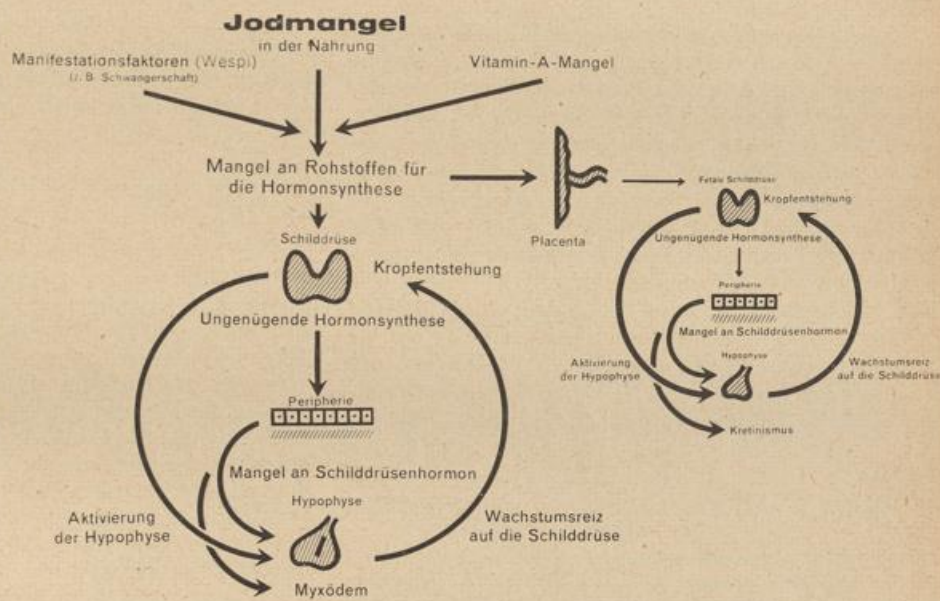
4. Die Prophylaxe des Kropfes:

Die Vorschläge für eine zusätzliche prophylaktische Jodzufuhr an die Bevölkerung in Endemiegebieten sind sehr unterschiedlich. Von ihnen haben die Jodierung der Luft in Schulen, die Jodanreicherung des Trinkwassers und die Jodanreicherung der Milch durch Verfütterung an das Vieh keine größere Bedeutung erreicht. Die in Süddeutschland nicht selten geübte sog. Schulprophylaxe mit Jodtabletten hat z. T. sehr schöne Erfolge gezeigt, doch beschränkt sich diese Art

der Prophylaxe nur auf eine kleine Gruppe von Menschen in einem bestimmten Lebensalter; außerdem haftet ihr wie jeder Prophylaxe mit Tabletten der Nachteil an, daß sie nur ungenügend und daher auch oft unregelmäßig und nur schwer kontrollierbar durchgeführt wird. Die Gefahren sowohl der Über- wie auch der Unterdosierung ergeben sich daraus ohne weiteres.

Demgegenüber gewährleistet die sogenannte Jodsalz- oder Vollsalzprophylaxe, d. h. die Anreicherung des Speisesalzes mit einer anorganischen Jodverbindung in bestimmter Dosierung, eine gleichmäßige Jodverabfolgung an große Bevölkerungskreise unter Einschuß aller Altersklassen. Außerdem ermöglicht sie mit großer Sicherheit eine Begrenzung der Jodzufuhr, da dem Salzverbrauch eine natürliche Grenze gesetzt ist. Das Jod wird in Form von Jodkali dem Kochsalz zugesetzt, und zwar in einer Menge von 5 mg pro kg Salz. Die Dosierung ist so gewählt, daß bei ei-

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Kropfentstehung



nem ausschließlichen Vollsalzgebrauch im Haushalt wie in der Lebensmittelindustrie mit einem täglichen Salzkonsum von 15–20 g etwa 60 % Jod zusätzlich aufgenommen werden.

5. Die Jodsalzschädigungen:

Obwohl die angegebene Jodmenge nicht ausreichend ist, das Joddefizit in der Nahrung in Kropfendemiegebieten auszugleichen, hat es besonders in Deutschland, aber auch anfangs in der Schweiz an Kritik nicht gefehlt. Vor allem wurde immer wieder auf die Gefahr von Jodschäden in Form des Jodbasedow hingewiesen (Zimmermann (15), Herzfeld und Frieder (16), Gorlitzer von Mundy (17), Mühe (18), May (19), u. a.). Ohne Zweifel ist dies ein Dosierungsproblem. Die folgenden Zahlen mögen jedoch zeigen, daß zwischen den Joddosen der Vollsalzprophylaxe und den vielfach zu therapeutischen Zwecken verwendeten Mengen oder sogar den toxischen Dosen eine erhebliche Differenz besteht.

Oben wurde gesagt, daß bei ausschließlicher Verwendung von Jodsatz für die Nahrung etwa 60% Jod zusätzlich aufgenommen werden. Das bestehende Joddefizit von 100 bis 150% wird damit also nicht einmal zur Hälfte ausgeglichen. Das heißt aber, daß bei einem Aufenthaltswechsel von Tübingen z. B. nach Hamburg die Jodaufnahme stärker gesteigert würde als durch den Übergang von gewöhnlichem Speisesalz auf Vollsatz. Weiterhin hat Bauer (6) errechnet, daß 3 Dutzend Heringe oder 1 kg Stockfisch mehr Jod enthalten, als dem Organismus in einem Jahr mit dem Vollsatz zugeführt wird. Wird das Jodsatz, wie es für unser Gebiet zunächst nicht anders zu erreichen sein wird, allein von der Hausfrau zum Kochen benutzt und nicht, wie es in der Schweiz fast überall der Fall ist, auch von der Lebensmittelindustrie, also zur Konserven-, Brot- und Wurstherstellung, so beträgt die täglich zusätzlich aufgenommene Jodmenge kaum mehr als 40%. Diese Menge entspricht etwa der von der Bevölkerung im Jodbad Bad Hall täglich allein mit dem Trinkwasser aufgenommenen Quantität. Bei der präoperativen Basedowbehandlung, wie sie Plummer angegeben hat, wird dem Patienten mit 50 mg am Tag etwa die tausendfache Dosis verabfolgt, während die Vollsatzprophylaxe nur etwa 18 mg im Jahr anbietet. Ein Tropfen der nicht selten zur Schnupfenbehandlung verwandten Jodtinktur entspricht der monatlichen Jodaufnahme mit dem Vollsatz.

Von den Gegnern der Jodsatzprophylaxe wird diesen Zahlen entgegengehalten, daß in Kropfendemiegebieten eine viel stärkere Jodempfindlichkeit bestehe als in kropfarmen Gebieten. Dieser Tatsache wurde jedoch bei der Herstellung des Vollsatzes insofern Rechnung getragen, als die Dosierung so gewählt wurde, daß etwa nur ein Drittel des Joddefizits ersetzt wird. Andererseits ist aber die stärkere Jodempfindlichkeit wie der Kropf ohne Zweifel eine Folge des in diesen Gegenden bestehenden Jodmangels. Hierfür spricht, daß die Kropfhäufigkeit und das Auftreten von Hyperthyreosen häufig parallel geht (McClendon (10)). Es gelang sogar, durch eine Jodprophylaxe mit den Kröpfen auch die Neigung zu Hyperthyreosen herabzumindern, so daß zu erwarten ist, daß mit der Zeit durch die Vollsatzprophylaxe auch die stärkere Jodempfindlichkeit der Bevölkerung in Kropfgebieten zurückgehen wird.

Das Problem des sogenannten Jodbasedow nach Vollsatzgebrauch sei hier nur noch kurz gestreift, da erst vor kurzem Wespí (20) in einer Entgegnung auf die Arbeit von May (19) ausführlich zu diesem Thema Stellung genommen hat. Allein eine deutliche Zunahme der Hyperthyreosen über die spontane Morbidität hinaus rechtfertigt hier die Annahme eines kausalen Zusammenhanges, während die anamnestische Angabe des Jodsatzgebrauches dazu nicht ausreichend ist. Denn, je höher in einem Land der Vollsatzkonsum ansteigt, um so häufiger wird man auch in der Anamnese von Basedowkranken diese Angabe finden. Während in den bisherigen Veröffentlichungen über den Jodbasedow keine Angaben zu finden sind, daß die beobachteten Fälle in ihrer Häufigkeit von der spontanen Morbidität des Basedow abweichen, steht es außer Zweifel, daß es bis heute, nach fast dreißigjähriger Kropfprophylaxe in der Schweiz, zu keiner Zunahme des Basedow gekommen ist. Würde die Jodsatzprophylaxe auch nur eine geringe Zunahme der Hyperthyreosen bewirken, so müßte es heute, nachdem fast 4 Millionen Menschen in der Schweiz das Jodsatz so lange und z. T. in höherer Dosierung nehmen, dort von Basedowikern wimmeln.

6. Die derzeitige Jodsatzprophylaxe in Württemberg:

Die erschreckend hohe Zahl der angeborenen und mütterlichen Schilddrüsenvergrößerungen veranlaßten uns, den Versuch zu machen, durch Befragung der Patienten einen Einblick in den Jodsatzverbrauch der Bevölkerung zu gewinnen. Tab. 4 zeigt die ersten Ergebnisse: von 492 Patienten der Wochenstation haben 2 Jodsatz genommen, und zwar eine Patientin früher

Tabelle 4: Jodsatzgebrauch von 492 Patienten der Wochenstation

Gesamtzahl der Befragten	492
Jodsatzgebrauch vor der Schwangerschaft	1
Jodsatzgebrauch in der Schwangerschaft	1
Angeborene kindliche Kröpfe	177 = 35,98%

vor der Schwangerschaft nach einer Strumektomie; inzwischen bestand bei ihr wieder ein Rezidiv; das Kind wurde mit einer sichtbaren Struma geboren. Die andere Patientin hatte „zeitweise“ in der Schwangerschaft Jodsatz verwendet; ihr Kind hatte keinen Kropf. Im ganzen sind uns in den letzten Jahren bei etwa 5000 Geburten 9 Frauen bekannt geworden, die eine Kropfprophylaxe in der Schwangerschaft betrieben haben; bei keinem der Kinder fand sich eine angeborene Struma.

7. Die Ergebnisse der Jodsatzprophylaxe:

Auf Grund der in Tab. 4 genannten Zahlen ist es unmöglich, am eigenen Material die Wirkung der Jodsatzprophylaxe zu zeigen. Aus der Schweiz liegen jedoch zahlreiche Veröffentlichungen vor, die diese Wirkung sehr eindrucksvoll zeigen. Wespí und Schaub (21) haben ausgedehnte Untersuchungen über die Dienstbefreiung der Rekruten gemacht, wobei sich ein deutlicher Rückgang der Zurückstellungen wegen Kropf, geistiger Beschränktheit und wegen Taubstummheit seit der Einführung des Jodsatzes ergab; wegen Kropf wurden z. B. 1923 noch 39,2% zurückgestellt im Vergleich zu 0,7% 1947. Über einen Rückgang der Taubstummheit in der Bevölkerung um 60% berichtet ebenfalls Wespí (8). Richard (22) sah in St. Gallen eine Verminderung der Neugeborenenstrumen von 100% (1920/22) auf 0% (1949/50) sowie der Kröpfe bei Schulkindern von 76% auf 3,3%. In Bern betrug das Schilddrüsenengewicht 1924 in 80% der Kinder über 3 g im Gegensatz zu 31% 1950 (Walthard (23)). Lunde (24) konnte in Wien bei einem Jodsatzgebrauch von 43% der Bevölkerung einen deutlichen Rückgang der Strumaoperationen feststellen. Aus Süddeutschland sind zwei „entgegengesetzte Experimente“ bekannt geworden: in einer bayrischen Gemeinde war die Frequenz der Schulköpfe 1928 unter dem Einfluß des Vollsatzes bereits auf 6% abgesunken; nach Einstellung der Prophylaxe stieg sie 1933 wieder auf 52% (Unterrichter (25)). Dementsprechend betrug nach Madlener (26) in Kempten 1924 die Kropffreiheit 47,6%, 1932 nach einem 88 prozentigen Vollsatzgebrauch 94,7%, um 1935 bei einem Rückgang der Prophylaxe infolge starker Gegenpropaganda auf 28% wieder steil anzusteigen. Schließlich sei darauf hingewiesen, daß man mit der Kropfprophylaxe im Hinblick auf die Struma maligna (S. 214) auch eine sehr intensive und erfolgreiche Karzinomprophylaxe betreibt.

8. Schlußbemerkung:

Die Untersuchungen haben gezeigt, daß in den endemischen Kropfgebieten Württembergs bisher nicht einmal der Anfang einer Kropfprophylaxe gemacht worden ist. Wie kaum in einem anderen Land hält sich hier die Angst vor dem Jodismus und dem Jodbasedow. Immer wieder werden die verschiedensten organischen und funktionellen Störungen, und zwar besonders Herzbeschwerden und Hautausschläge, aber auch klimakterische Störungen und selbst Schwangerschaftsbeschwerden mit dem Vollsatz ursächlich in Zusammenhang gebracht. Aus diesem Grunde wurde auch oben so ausführlich auf diese Fragen eingegangen.

Die Prophylaxe ist in besonderem Maße eine Aufgabe des praktischen Arztes (H. Martius (27)). Er sollte es sich daher auch zur Pflicht machen, den Kropf und alle mit ihm zusammenhängenden gesundheitlichen Störungen in dem von ihm betreuten Bevölkerungskreis auf ein Minimum zu reduzieren, indem er immer wieder in der täglichen Sprechstunde auf die Jodsatzprophylaxe hinweist. Vom organisatorischen Standpunkt aus stehen einem solchen sofortigen Beginn keinerlei Schwierigkeiten entgegen. Die Salinen Württembergs Friedrichshall-Jagstfeld und Rottweil stellen seit langer Zeit ein mit 5 mg Jodkali/kg angereichertes Speisesalz her, das zur äußerlichen Kenntlichmachung in blauweißen Packungen abgegeben wird. Der Mehrpreis beträgt nur 5 Pfennige pro kg. Es kann ohne weiteres als jodiertes Speisesalz bei jedem Kaufmann bezogen werden.

In Kürze wird in den Polikliniken der Chirurgischen Universitätsklinik und der Frauenklinik ein „Kropf-

merkblatt“ an die Patienten ausgegeben werden, das die Bevölkerung auf die Gefahren des Kropfes und die Möglichkeiten der Prophylaxe aufmerksam macht. Wir hoffen bei dieser Aufklärungsarbeit auf die volle Unterstützung der praktischen Ärzte, da es nur mit ihrer Hilfe möglich sein wird, in absehbarer Zeit zu einer weiten Verbreitung der für Württemberg notwendigen Prophylaxe zu kommen. Die Bewältigung der Arbeit bedarf der Anstrengung aller.

Schrifttum

- (1) Martius, G., Arch. Gyn. 1953, 587. (2) Wespi, H. J., Schw. med. Wschr. 1940, 925. (3) Aschoff, L., Bericht über die internat. Kropfkonferenz Bern 1927. (4) Zaunbauer, W., Wien. med. Wschr. 1952, 993. (5) Bauer, J., Med. Klin. 1952, 530. (6) Fischler, F., Münch. med. Wschr. 1937, 261. (7) Dennig, H., Südwestdtsch. Ärzteblatt 1949, H. 6. (8) Wespi, H. J., Wien. klin. Wschr. 1950, H. 2/3. (9) Fellenberg, v., Erg. Physiol. 25, zit. nach D. Jahn, Münch. med. Wschr. 1931, 744. (10) McClendon, J. F., Münch. med. Wschr. 1935, 901. (11) Erfurth, W., Dtsch. Gesundheitsw. 1951, 1291. (12) Haubold, H., Med. Klin. 1950, 353. (13) Richard, M., Schw. med. Wschr. 1951, 869. (14) Wespi, H. J., Schw. med. Wschr. 1946, 801. (15) Zimmermann, H., Münch. med. Wschr. 1931, 52. (16) Herzfeld, E., u. A. Frieder, Münch. med. Wschr. 1932, 2075. (17) Gorlitzer von Mundy, V., Med. Klin. 1952, 911. (18) Mühe, Dtsch. Arch. klin. Med. 1935, H. 4. (19) May, R., Münch. med. Wschr. 1953, 1172. (20) Wespi, H. J., Münch. med. Wschr. 1953, 1402. (21) Wespi, H. J., u. F. Schaub, Vierteljahresschrift für Schweiz. Sanitäts-offiziere 1950, 56. (22) Richard, M., Wien. med. Wschr. 1952, 531. (23) Walthard, B., Schw. med. Wschr. 1952, 423. (24) Lunde, G., Ges. d. Ärzte in Wien 1927. (25) Unterrichter, L. v., Dtsch. Z. f. Chir. 1934, H. 1. (26) Madlener, M., Münch. med. Wschr. 1936, 1410. (27) Martius, H., Ärztfortbildungskurs Hamburg 1954. (28) Naegeli, Th., Die Mediz. 1952, H. 15.

Aktuelle Steuerfragen zur ärztlichen Praxis

(Nach neuesten Entscheidungen)

Von Dr. jur. Cordes, Vechta

Die Praxisräume im neuerbauten Einfamilienhaus

Zu der immer noch strittigen Frage, wann ein Erbauer eines Einfamilienhauses mit Praxisräumen die Sonderabschreibung nach § 7 b Einkommensteuergesetz (EStG) in Anspruch nehmen kann, hat das Finanzgericht Münster in einem rechtskräftigen Urteil vom 8. 4. 1954 I 1267/53 Stellung genommen. Es hat sich dem bekannten nicht rechtskräftig gewordenen Urteil des Finanzgerichts Düsseldorf vom 28. Oktober 1953 nicht angeschlossen und zur Begründung im wesentlichen ausgeführt:

Schon nach dem Sprachgebrauch „wohnt“ man nur in den Räumen, in denen man sich regelmäßig aufhält, d. h. in der Wohnung; im Keller, in der Waschküche und auf dem Dachboden wohnt man nicht. Dort stellt man Sachen ab, lagert Vorräte, wäscht man von Zeit zu Zeit, Gewiß dienen diese Räume in der Regel privaten Zwecken, aber nicht Wohnzwecken.

Unter „Wohnfläche eines Gebäudes“ kann hiernach nicht etwa wesentlich anderes verstanden werden als unter „Wohnzwecken dienende Gebäudeteile“. Diese Auffassung verstößt nicht gegen den Sinn und Zweck des Gesetzes. § 7 b EStG hat eine positive und eine negative Seite. Gewiß will der Gesetzgeber den Wohnungsbau fördern; die Förderung gewerblicher oder freiberuflicher Betriebe auf Kosten der Allgemeinheit will er nicht.

Nach der Verkehrsauffassung wird ein Einfamilienhaus zu mehr als 20 v. H. freiberuflich genutzt, wenn eine Zahnarztpraxis $\frac{1}{3}$ der Räume einnimmt, die im Normalfall Wohnräume sind, und wenn sie die tatsächlich bewohn-

ten Räume im wesentlichen in das durch niedrigere Geschosshöhe und schräge Wände beeinträchtigte Obergeschoß verdrängt. Würde ein fremder Zahnarzt Inhaber einer solchen Praxis sein, so müßte er sicher eine Miete zahlen, die wesentlich höher wäre als 20% des Mietwerts der eigenen Wohnung des Hauseigentümers. Es ist nicht einzusehen, warum ein Bau, der die Erzielung solcher Einnahmen bezweckt, steuerlich begünstigt werden soll. Der Fall kann nicht anders behandelt werden, wenn, wie hier, der Bauherr eine eigene Zahnarztpraxis in seinem Einfamilienhaus betreibt.

Schließlich wäre es selbst bei einer weiteren Auslegung des Begriffs „Wohnzwecke“ im vorliegenden Falle sachlich unrichtig, die Räume, die weder Praxisräume sind, noch Wohnfläche darstellen (Keller, Dachboden, Waschküche), der letzteren hinzuzurechnen, weil sie ja auch von der Praxis benutzt werden. Z. B. werden im Keller in der Regel auch die Kohlen für die Praxisräume gelagert, die Praxiswäsche wird in der Waschküche gewaschen und im Trockenraum getrocknet. Auch aus diesem Grunde ist es gerechtfertigt, die fraglichen Nebenräume bei der Berechnung des Wohnzwecken dienenden Gebäudeteils wegzulassen.

Wenn auf Zusendung von Honorarrechnungen verzichtet wird ...

Bei der Behandlung von Freunden und Bekannten wird häufig von der Zusendung einer Honorarrechnung abgesehen und damit auf ein Honorar verzichtet. Ein findiges Finanzamt hatte diese Verzichte als nichtabziehbare Spenden (!)

angesehen und dem Gewinn des Arztes als nicht umsatzsteuerpflichtige Betriebseinnahmen hinzugerechnet.

Das Finanzgericht Stuttgart ist dieser Auffassung im Urteil vom 21. Dezember 1953 III 437/ — 441/52 u. a. mit folgender einleuchtenden Begründung entgegengetreten:

Es ist ein Unterschied, ob jemand die Bezahlung seiner Leistung nicht verlangt und so Einnahmen und damit Gewinne nicht verwirklicht oder ob jemand tatsächlich Zuwendungen macht, d. h. Ausgaben hat, und dadurch seine Einkünfte mindert. Wenn im letzteren Fall das EStG (§ 12) bestimmte Zuwendungen unter dem Gesichtspunkt einer Verwendung des Einkommens für nicht abziehbar erklärt, muß diese Vorschrift beachtet werden, falls die Voraussetzungen erfüllt sind. Ebenso gilt aber auch der Grundsatz, daß nichtverwirklichte Gewinne nicht zu besteuern sind. So liegt der Sachverhalt hier. In den geschilderten Fällen hat der Beschwerdeführer Honorare weder tatsächlich noch bürgerlich-rechtlich oder wirtschaftlich (etwa nach der Verkehrsauffassung betrachtet) eingenommen.

Aufwendungen für den Bau einer mit einem Einfamilienhaus baulich verbundenen Garage für Praxiszwecke

Wenn ein Steuerpflichtiger wegen seines Berufes auf die Benutzung eines Personenkraftwagens angewiesen ist, wird man bei ihm nach der Verkehrsauffassung eine Garage als zum Hause gehörig betrachten müssen, zumal wenn die Garage mit dem Haus fest verbunden ist. Ist dies der Fall, so sind die Aufwendungen für den Bau der Garage im Jahre 1950 weitere Herstellungskosten des Hauses. Sie sind also ebenso zu behandeln wie die in 1950 weiter entstandenen Aufwendungen für die Fertigstellung des Wohnungsteiles. Es hat sich in der Verwaltung die zutreffende Auffassung durchgesetzt, daß auch die weiteren Herstellungskosten, die nach Fertigstellung des Hauses zum Beziehen entstanden sind, zu den Herstellungskosten zu rechnen sind. Werden also in den Jahren nach dem Fertigstellen des Hauses zum Beziehen noch weitere Bauarbeiten ausgeführt, so sind die erhöhten Absetzungen von diesen Jahren ab von den um die weiteren

Herstellungskosten erhöhten Gesamtherstellungskosten zu bemessen. Es werden also auf die neu anfallenden Herstellungskosten die schon laufenden bisherigen Absetzungen für Abnutzungs-Sätze angewandt (Rechtskräftiges Urteil des Finanzgerichtes Karlsruhe vom 22. Januar 1954 II 224/53).

Außergewöhnliche Belastung — wenn mehrere Kinder studieren

Ein bemerkenswertes Urteil zur Frage der außergewöhnlichen Belastung hat das Finanzgericht Düsseldorf am 17. November 1953 II 201/53 E gefällt. Das Gericht hat einem Steuerpflichtigen mit einem Jahreseinkommen von über 30 000.— DM, der die Kosten des Hochschulstudiums mehrerer Kinder zu bestreiten hatte, über die in den Verwaltungsrichtlinien festgesetzten Höchstbeträge hinaus eine weitere Steuerermäßigung zugebilligt. Aus den Entscheidungsgründen:

Die steuerliche Leistungsfähigkeit findet ihren Niederschlag vor allem in dem Einkommen. Von dieser Auffassung geht der Gesetzgeber aus, wenn er einen bestimmten Vomhundertsatz dieses Einkommens als den vom Steuerpflichtigen selbst zu tragenden Anteil der Mehrbelastung ansetzt. Nun ist es aber augenfällig, daß dieser Vomhundertsatz in der Übersicht des § 51 Abs. 3 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) nicht nur nicht mit dem zunehmenden Einkommen in etwa gleichem Ausmaß weiter ansteigt, sondern daß er sogar von einer gewissen Höhe an wieder kleiner wird und bei hohem Einkommen sogar bis auf 1% zurückgeht. Diese Staffelung ist offensichtlich auf die Steigerung des Steuersatzes zurückzuführen. Hieraus ergibt sich nicht nur, daß das Gesetz die steuerliche Leistungsfähigkeit in Rechnung stellt, sondern es folgt darüber hinaus vor allem, daß mit wachsendem Einkommen der vom Steuerpflichtigen (Stpfl.) selbst zu tragende Teil seiner Belastung gerade nicht im gleichen Verhältnis wie das Einkommen größer werden soll. Im übrigen stellen nach dem Urteil Unterhaltszahlungen und Krankheitskosten, wenn die übrigen Voraussetzungen vorliegen, auch dann eine außergewöhnliche Belastung dar, wenn erhebliches Vermögen vorhanden ist. Sie finden ihre Begrenzung nur durch die zumutbare Mehrbelastung.

Kurznachrichten

Sofortiger Abtransport Verletzter nicht immer zweckmäßig

Ein sofortiger Abtransport Unfallverletzter zum Durchgangsarzt ins Krankenhaus ist nicht in allen Fällen zweckmäßig. Entscheidend ist vielmehr die Transportfähigkeit des Verletzten. Selbst an der Front galt während des Krieges die grundsätzliche Anordnung, im Schock nicht zu transportieren. Als z. B. bei Rückzügen diese Regel nicht eingehalten werden konnte, waren die Verluste dementsprechend.

Mit diesen Feststellungen wendet sich jetzt Dr. med. K. Groeschel, Biberach a. d. RiB, in einer Veröffentlichung in der Zeitschrift „Der Landarzt“ gegen den besonders bei nicht-ärztlichen Stellen wie Polizei, Rotkreuz-Helfern und Berufsgenossenschaften üblich gewordenen Reflex „Unfall-Krankenhaus“.

Auch Prof. Killian stellte auf einer DRK-Tagung in Tübingen kürzlich die Forderung auf: Vor den Transport gehört die Behandlung des Schocks und des Kreislaufs. Da eine derartige Behandlung häufig nur von dem nächsten praktischen Arzt durchgeführt werden kann, verlangt Dr. Groeschel eine Verbesserung der Ausbildung und der Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Schock- und Kreislaufbehandlung sowie der Wiederbelebung. Die Mittel zur Schockbehandlung an der Unfallstelle müßten den Ärzten zur Verfügung stehen. So gehöre z. B. die Plasmakonzentrate in den Wagen jedes Arztes sowie in den Krankentransportwagen. Die Anordnung der Berufsgenossenschaften „Sofort zum Durchgangsarzt ohne Aufsuchen des Hausarztes“ sollte beseitigt und eine zweckmäßigere Regelung getroffen werden. DMI

Ist eine Geschlechtsumwandlung möglich?

In Tageszeitungen und Zeitschriften ist in der letzten Zeit mehrfach über „gelungene, vollständige Geschlechtsumwandlungen“ von Männern in Frauen und von Frauen in Männer berichtet worden. Diese Mitteilungen haben in der Öffentlichkeit naturgemäß großes Aufsehen hervorgerufen. Der Deutsche Medizinische Informationsdienst hat daher Herrn Dr. S. Borelli von der Hautklinik der Universität München um eine wissenschaftliche Stellungnahme zu diesem Problem gebeten:

Unter einem echten Zwittertum versteht man bei strenger Auslegung des Begriffes ein Individuum, das selbst befruchtet und von anderen befruchtet werden kann. Theoretisch könnte sogar eine Selbstbefruchtung möglich sein. Dieser Zustand ist zwar bei niederen Tieren, bei den Cestopoden und den Gastropoden beschrieben, beim Menschen jedoch nie beobachtet worden.

Die Durcharbeitung deutscher bzw. ausländischer Fachliteratur der letzten 100 bzw. 50 Jahre erbrachte Veröffentlichungen über insgesamt 72 anzuerkennende Fälle von „echten“ Hermaphroditen (Zwittermenschen), bei denen aber das Vorkommen von beiderlei Geschlechtsdrüsen und -organen keineswegs besagt, daß Hoden und Eierstock tatsächlich funktionstüchtig waren. Nur in 5 Fällen konnte das Funktionieren von Eierstöcken, von Regelblutungen und das Vorhandensein von Samenzellen im Samensekret nachgewiesen werden. Es handelt sich hierbei um Patienten der Ärzte Dr. Friedrich und Dr. Schulz (1868), Dr. Stojalowski und Dr. Debski (1933), Dr. Urechia und Dr. Teposu (1933), Dr. de Moura und Dr. Basso (1945) sowie Dr. Pirner und Dr. Borelli (1953).

Die ärztlich-wissenschaftliche Erfahrung besagt des Weiteren (und dies geht insbesondere aus der Fachliteratur hervor), daß selbst nach operativer Entfernung des einen Ge-

schlechtsdrüsenanteils bei echten Zwittern der Versuch, die belassenen, meist nicht voll entwickelten oder verkümmerten Sexualdrüsen durch therapeutische Maßnahmen (z. B. Hormone) zur Ausreifung zu bringen und damit eine normale körperliche und Geschlechtsentwicklung ausschließlich zum Mann oder zur Frau nachträglich zu erzielen, unbefriedigend bleibt. Ebenso negativ fallen meist auch die therapeutischen Versuche bei Scheinzwittern aus (Pseudohermaphroditen). In der Fachliteratur sind rund 2000 solcher Scheinzwitter beschrieben worden.

Operative Eingriffe können wohl eine gewisse Hilfe darstellen. So lassen sich Gebärmutter, Eileiter und Scheide beseitigen, die Brüste korrigieren, Penis- (Glieder-) Aufrichtung, in begrenztem Maße Penisplastik und Entfernung eventueller Mißbildungen im Bereich der Harnröhre durchführen. Nahezu unmöglich ist es aber, hochgradig weiblich ausgeprägte Geschlechtsorgane zu männlichen umzugestalten. Praktisch kann man durch eine Operation niemals normal ausgeprägte oder gar normal funktionierende Genitalien erreichen, höchstens einen Notbehelf.

Bei normalen Männern und Frauen erreicht man durch Verabfolgen auch höchster Dosen gegengeschlechtlicher Hormone nur geringgradige Vermännlichung oder Verweiblichung; vielleicht, daß Frauen Regelstörungen bekommen, daß vereinzelt Gesichtshaare zu wachsen beginnen und die Kopfbehaarung möglicherweise dünner wird. Männer bemerken eine Potenz Einschränkung und eine Entwicklung der Brustdrüsen. Der Einfluß auf das seelisch-geistige Verhalten ist gering. Niemals kommt es jedoch zu einer wahren Geschlechtsveränderung.

Um so verwunderlicher und irreführender erscheint es, wenn in der Presse — wie gesagt — über „gelungene, vollständige Geschlechtsumwandlungen“ berichtet wird. Wenn ein ärztlicher Erfolg schon bei echten Zwittern nicht möglich und bei Scheinzwittern kaum möglich ist, wie sollen dann die

Behandlungserfolge bei eindeutig als Mann und Frau entwickelten Individuen aussehen, die als Transvestiten eine körperliche Geschlechtsumwandlung wünschen, d. h. also bei Menschen, die sich aus besonderen Gründen Kleider des anderen Geschlechts anlegen?

Es kann aus einem körperlich voll entwickelten Manne oder einer ebenso „echten“ Frau durch künstliche Veränderungen und therapeutische Eingriffe nur ein Torso oder ein künstlicher Scheinzwitter entstanden sein. DMI

Das Herz im Orgasmus

Mit der Frage, welchen Beanspruchungen der menschliche Organismus während des Sexualaktes unterworfen ist, hat sich kürzlich die Medizinische Universitäts-Poliklinik in Jena befaßt. Denn gelegentliche Beobachtungen von Schlaganfällen, akutem Herz- und Kreislaufversagen, ja sogar plötzlichen Todesfällen während der Kohabitation zwingen den Arzt, diese Belastung in Rechnung zu stellen und für den Patienten Folgerungen daraus zu ziehen.

Die Untersuchungen haben, wie die „Medizinische Klinik“ berichtet, ergeben, daß der Blutdruck während des Sexualaktes bei der Frau oft bis zu 200 mm Hg und beim Manne auf 250 mm Hg ansteigt, der Puls zählt etwa 100 bzw. 140 Schläge in der Minute und das Herzschlagvolumen erhöht sich auf 130 bzw. 170%. Um einen Vergleich heranzuziehen: Die Steigerung des Blutdruckes erreicht bei der Frau während der Preßwehen unter der Geburt nicht die Höhe wie während des Sexualaktes. Nun kommt noch hinzu, daß das Milieu der Klinik, in dem die Untersuchungen durchgeführt wurden, dämpfend wirkte. Es ist also unter „normalen“ Umständen wohl mit noch höheren Werten zu rechnen, wenn gleich die individuellen Unterschiede nicht unbedeutend sind. Auf jeden Fall wird sich heute der Arzt veranlaßt sehen, bei Gefährdeten den Kreislauf durch Verordnung blutdruck- und frequenzsenkender Mittel medikamentös zu schonen. DMI

Buchbesprechungen

D. Brück, W. Ackermann, Chr. Scharfbillig: „Was gibt es Neues in der Medizin?“. Ein Spiegelbild der medizinischen Presse 1952/53, 4. Jahrgang, Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei Hannover. 1396 Seiten. Preis: Leinen DM 19.—.

Der Schlüterverlag hat uns in diesem Jahr wieder mit einem neuen Band (Nr. 4) seines nun schon weithin bekannten Referatenwerkes beschenkt. In 18 Kapiteln werden Auszüge aus Arbeiten der ganzen Medizin gebracht. Die Referate sind gänzlich objektiv gehalten. Ihre Qualität läßt erkennen, daß ausgezeichnete Berichterstatte am Werke waren.

Unter Kapitel II—XVI sind alle Fachgebiete aufgeteilt, Kapitel I bringt allgemein-medizinische Probleme, Kapitel XVII Humoralmedizin (i. e. Balneologie, Ableitung, Umstimmung, Homöopathie) und Kapitel XVIII „Über Arzneimittel“; das Zeitschriftenverzeichnis enthält Namen von medizinischen Blättern, auch des deutschsprachigen Auslandes.

Es ist also ein Handbuch ebenso für den Praktiker wie für den wissenschaftlich arbeitenden Arzt; ersterer freut sich über ausführliche und exakte Therapiehinweise, letzterer über die Möglichkeit, schnell die Arbeit herauszufinden, die er für die Behandlung seines Themas braucht. Dr. A. Schröder

Prof. Dr. F. Bertram: „ABC für Zuckerkrankes“, 5. veränderte Auflage, 1953. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart. 71 Seiten, 5 Abb. und 10 Tabellen, Preis: kart. DM 3.60.

Wie schwer ist es doch manchmal für den Arzt, daß er einem Zuckerkranken Aufklärung, Verständnis und Richt-

schnur für seine Krankheit beibringt. Selbst die Schulung im Krankenhaus hat nur in wenigen Fällen vollen Erfolg. Dieses „ABC“ verspricht, eine wirksame Hilfe in diesem Bemühen zu sein. Der Kranke, der dieses Büchlein gelesen hat, weiß um sein Leiden und die notwendige Behandlung Bescheid. Die neuesten Erkenntnisse werden in klarer, einfacher Schau dargestellt. Die Ernährungsbehandlung vermeidet jedes doch immer verwirrende Zahlen- und Maßschema. Der Lesestoff hebt die Lebensfreude und die Bereitwilligkeit des Kranken und fördert das Vertrauen zum Arzt und zu seiner gesundheitlichen Führung. Dieser aber fährt nicht schlecht, wenn er seinen Zuckerkranken das „ABC“ verordnet, und ich möchte sogar den Kassen empfehlen, daß sie für solche Verordnungen durch Ab- oder Leihgaben sich bereifinden.

Dr. W. Gerber

„Krankenernährung heute“. 18 Diätfachleute aus Wissenschaft und Praxis berichten über die neuesten Forschungen und Erfahrungen in der Krankenernährung. 1951. Umschau Verlag, Frankfurt/M. 138 Seiten, Preis: DM 6.80.

Es handelt sich hier um eine kleine Broschüre, die den Arzt darüber unterrichten soll, wie eine Anzahl Krankheiten unter modernen Gesichtspunkten diätetisch behandelt werden.

Wenn auch im Vorwort zum Ausdruck gebracht wird, daß es sich um Niederschläge von Vorträgen handelt, die alle an der Ernährung interessierten Kreise angehen, so muß doch gesagt werden, daß die Darstellung so ärztlich ist, daß der Laie sie im allgemeinen nicht verstehen dürfte. Der Arzt wird vieles daraus lernen. Diese kurze Darstellung über „Diabetes als Regulationskrankheit“ (Bartelheimer) und „Die Diätbehandlung der Zuckerkrankheit“ (Bertram) geben in kon-

Asgocholan Tropfen

das biologische Heilmittel
mit Vitamin F
zur Leber-Gallentherapie

RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABT. HEIDELBERG

RHEIN-CHEMIE ARZNEIMITTEL

zentrierter Weise das wieder, was heute die moderne Auffassung der Medizin ist. Ausgezeichnet ist die „Diät bei Lebererkrankungen“ (Kipping, Berlin), ebenso über „Probleme der Fettsucht und der Magersucht“ (Bernhardt, Berlin), auch Obst-säfteuren sind eingehend besprochen, ebenso die Holly-woodkur, die Waerland-Kost, die Evers-Diät (Hardt, Bamberg), über „Die Gestaltung von Krankenhausküchen“ (Keutgen, Frankfurt) und „Die Organisation der Küchenbetriebe in großen Krankenanstalten“ (Gettler, Düsseldorf) kommt ein kurzer Bericht.

Am Schluß sind noch eine Reihe allgemeiner Ernährungsfragen behandelt, so z. B. auch die „Konservierung von Lebensmitteln“ (Mehlitz, Berlin), die Wichtiges zu sagen wissen. Sehr hübsch ist auch der Artikel über die Milch (Lichtenberger, Frankfurt/M.). Kurz — es kann der Arzt eine ganze Menge daraus lernen, teilweise auch der Laie, so daß dieses Heft wärmstens empfohlen werden kann. Dr. Scharpff

W. Weitzel, W. Heupke: „**Deutsches Obst und Gemüse in der Ernährung und Heilkunde**“. Hippokrates-Verlag Marquardt u. Cie., Stuttgart, 1950, 152 S., Preis: DM 9,50.

Heupke hat das Buch des inzwischen verstorbenen Verfassers unter kritischer Berücksichtigung neuer Untersuchungsergebnisse in sehr brauchbarer Weise umgearbeitet. Neben interessanten geschichtlichen Erörterungen über die Herkunft unserer Gemüse- und Obstarten wird ihre Zusammensetzung und daraus abgeleitet ihre Bedeutung für den gesunden und kranken Menschen besprochen. Wir können auch hier wieder feststellen, daß wir bei der Zusammenstellung einer gesunden Ernährungsform nicht mehr auf Glauben oder Aberglauben angewiesen sind, sondern daß uns hierüber wissenschaftlich geklärte Tatsachen zur Verfügung stehen. Es ist nur immer wieder erstaunlich, daß von diesen Tatsachen nicht nur der Durchschnittsmensch, sondern sogar Krankenhäuser und Erholungsheime bedauerlich wenig Gebrauch machen.

Dr. Ilse Reinhardt

Prof. Dr. Fritz Bühler: „**Taschenbuch der Diagnose**“, 2. Auflage, 1953, Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 443 Seiten. Preis: DM 19,60.

Das sehr handliche Büchlein stellt eine Differentialdiagnostik innerer Erkrankungen und der wesentlichen Nervenkrankheiten dar. Auf 400 Seiten findet sich das Wichtigste in übersichtlicher Anordnung zusammengetragen. Das Schlagwörterverzeichnis ist sehr umfangreich, über das Symptom findet man sich schnell zum gewünschten differentialdiagnostischen Abschnitt.

Einige sehr gute Röntgen- und EKG-Abbildungen sind eingefügt, die sich für den Studenten eignen mögen, im übrigen aber den Rahmen des Büchleins überschreiten, das ja nicht Einführung in spezielle diagnostische Verfahren, sondern in der Hauptsache eine Differentialdiagnostik für den Praktiker ist.

Dr. A. Schröder

G. Banzer: „**Klinisches Rezept-Taschenbuch für praktische Ärzte**“, 68. neu bearbeitete Auflage VI. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1953. 569 S., Preis: DM 19,—, Flexibl. Gln.

Handlich aufgemacht ist dieses bewährte Taschenbuch, dessen Auflagezahl schon seine Beliebtheit beweist, ein treuer, informatorischer Ratgeber für den in der Allgemeinpraxis tätigen Arzt.

Im 1. Teil mit den Rezeptformeln findet man in kurzen und doch erschöpfenden Hinweisen, die aus dem Erfahrungsschatz der ganzen Medizin, sowohl der Klinik als auch der Praxis, gesammelt sind, das Wichtigste für die Erkennung und Behandlung heute bekannter Krankheitsbilder übersichtlich zusammengestellt. Bewährte Methoden, Rezepte und Spezialpräparate sind in objektiver Auswahl nebeneinandergestellt.

Den Weg durch die Vielzahl der Spezialitäten mit den verschiedenen OP-Größen zeigt der 2. Teil, der aber leider die für den praktischen Arzt sehr wichtigen Preisangaben nicht enthält.

Die folgenden knappen Abschnitte erläutern die wichtigsten in der Praxis vorkommenden chemisch-mikroskopischen Untersuchungsverfahren, geben Anleitungen zur therapeutischen Technik, berichten über Funktionsprüfungen und helfen dem Gedächtnis für die im Laufe der Zeit doch recht zahlreich gewordenen Zahlen in der Medizin.

Im Abschnitt „Pfleger und Desinfektion der Instrumente“ können wohl bald die klaren, Praktiker und Wissenschaftler

gleichermaßen befriedigenden Richtlinien aufgenommen werden, wie sie im Auftrag des Wissenschaftlichen Beirats des Präsidiums des Deutschen Ärztetages von Prof. Eyer, Hygienisches Institut Bonn, ausgearbeitet worden sind.

Die neue Auflage ist den heutigen Erkenntnissen in der Medizin angepaßt und wird sicher wieder vielen Ärzten gute Dienste tun.

Dr. Fritz Neuffer

Min. Rat Doz. Dr. W. Hagen: „**Vorbeugende Gesundheitsfürsorge**“, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1953. 131 Seiten, Preis: kart. DM 7,20.

Der Verfasser geht von dem Gedanken aus, daß die durch den Krieg geschaffene gesundheitliche Notlage, die darniederliegende Gesundheitsfürsorge in Deutschland, dringend eines Wiederaufbaus und einer neuen gesetzlichen Grundlage in Übereinstimmung mit dem Bonner Grundgesetz bedarf. Auf Grund eines sorgfältigen Studiums der Verhältnisse in anderen Ländern, besonders in den Niederlanden, Dänemark, Schweden, England, Frankreich und USA, wird die große Verschiedenheit der Entwicklung und des Aufbaus in den einzelnen Ländern dargestellt.

In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit zwar nach dem Kriege erfreulich abgenommen, aber besonders wegen der Frühsterblichkeit und Frühgeburtensterblichkeit noch ungefähr doppelt so hoch wie in anderen Ländern. Die Abortseuche ist brennend, das Kleinkind, Schulkind und der Jugendliche bedürfen dringend einer straffen vorbeugenden Fürsorge. Die gesetzliche Grundlage dafür bietet bisher das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934. Es ist jedoch für die Gesundheitsfürsorge ein Rahmengesetz, dem insbesondere die notwendigen Mittel zur restlosen Durchführung fehlen.

Der Verfasser will das dringend notwendige neue Gesundheitsfürsorgegesetz in der vorliegenden Schrift nicht entwerfen, sondern nur die dazu nötigen Unterlagen bieten. Mit einem Aufwand von ca. 200 Millionen DM könnte die vorbeugende Gesundheitsfürsorge mit dem Gesundheitsamt als Zentrale und unter Mitwirkung der Ärzte und der Wohlfahrtsverbände erfolgreich durchgeführt werden. — Jedem, der sich mit der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge irgendwie beschäftigt, ist das Studium des kleinen Buches mit seinen 131 Seiten dringend zu empfehlen und unentbehrlich.

Dr. Lempp

Prof. Dr. J. Bückner: „**Anatomie und Physiologie**“, Lehrbuch für ärztliches Hilfspersonal. Verbesserte Auflage, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1952. 152 Seiten, 90 z. T. farbige Abb., Preis: Ganzl. DM 16,50.

Nach einem kurzen allgemeinen Teil, in dem die einzelnen Gewebearten besprochen werden, hat der Verfasser im speziellen Teil die Anatomie und Physiologie der einzelnen Organsysteme abgehandelt. Die Schilderung ist außerordentlich klar und leicht verständlich. Sie ist, soweit das im Rahmen des vorliegenden Buches notwendig und möglich ist, umfassend und vollständig. So ist nicht nur dem Lernenden ein gutes Buch zum Lernen und Nachschlagen, sondern auch dem Lehrer ein gutes Buch zum Lehren in die Hand gegeben. Die Abbildungen sind sehr eindrucksvoll und übersichtlich.

Alles in allem ist das Buch bestens geeignet als Unterrichtsbuch für das ärztliche Hilfspersonal, es hat sich in 7 Auflagen inzwischen auch hervorragend bewährt.

Dr. Hangleiter

„**Diagnose der Herderkrankungen**“ mit besonderer Berücksichtigung der Testverfahren, Vorträge der Nauheimer Tagung 1952. Carl-Hanser-Verlag, München, 1953. 260 Seiten, 20 Abb., 6 Tabellen und 1 Falttafel, Preis: kart. DM 14,80, Hln. DM 16,50.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung der auf der Nauheimer Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung gehaltenen Vorträge. Das Problem der Herderkennung wird von den verschiedensten Richtungen beleuchtet: der Pathologe, der Bakteriologe, der Kliniker, der Praktiker und der Zahnarzt — vertreten durch die besten Kenner dieses Gebiets — tragen das ihre dazu bei. Es ist eine ungeheure Fülle von Erkenntnissen zusammengetragen, die allgemeine Herddiagnostik, die verschiedenen Testmöglichkeiten auf Veränderungen der allgemeinen Reaktionen und zur Bestimmung des lokalen Herdes werden referiert und in der Diskussion eingehend besprochen und kritisch beleuchtet. Für jeden, der an dem Problem der Herd-

erkrankungen interessiert ist, sei er Kliniker oder Praktiker, stellt dieser Sammelband ein wichtiges Werk zum Nachschlagen und zur Orientierung über den Stand der neueren Forschungs- und Behandlungsergebnisse dar.

Dr. Hangleiter

Schultz-Trautmann, Fritz: „**Infektionskrankheiten**“, Theodor-Steinkopff-Verlag, Dresden und Leipzig, VIII, 3. Aufl., 1952. 300 Seiten, 24 Abb., Preis: geb. DM 13,50, kart. DM 12,—.

Es ist sehr erfreulich, daß das ausgezeichnete Büchlein über Infektionskrankheiten des 1945 verstorbenen Werner Schultz wieder erschienen ist. Trautmann hat den ursprünglichen Aufbau des Buches gelassen, hat es aber vollständig modernisiert. Seit der letzten Auflage war durch die neuen Erkenntnisse der dazwischenliegenden 7 Jahre (man bedenke nur die seither eingeführten antibiotischen Mittel) selbstverständlich sehr viel zu ändern. Die neue Auflage ist völlig auf der Höhe der Zeit. In Kürze wird alles Wissenswerte gesagt, so daß man das Werk nur empfehlen kann.

Prof. Dr. Dennig

Prof. Dr. W. Schönfeld: „**Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**“, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1953. 480 Seiten, 217 Abb., Preis: Ganzl. DM 36,—.

Das Lehrbuch von Schönfeld überrascht immer wieder durch seine klare Anordnung und Übersicht sowie durch die besonders deutliche und eingehende Beschreibung des Krankheitsbildes und die klare Schilderung der verschiedenen Behandlungsformen. Das Buch dient nicht nur dem Studierenden, sich in das große Gebiet der Dermatologie und Venerologie einzuarbeiten, sondern dürfte vor allem auch für den Praktiker ein wertvolles Hilfsmittel in der Erkennung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten sein. Hervorheben möchte ich in dieser Hinsicht vor allem auch die ausgezeichneten Schwarz-Weiß-Aufnahmen, die gegenüber der letzten Auflage erneut vermehrt wurden, und den Farbtafelanhang mit seinen instruktiven Farbbildungen sowie die im Abschnitt „Grundzüge der Behandlung“ aufgeführten zahlreichen Rezepte. Auch diese Auflage bringt wieder neue Erkenntnisse und Behandlungsformen, besonders auf dem Gebiet der Antibiotica und der Behandlung mit INH.

Diese besonderen Merkmale des Buches machen den „Schönfeld“ zu einem der beliebtesten Lehrbücher der Haut- und Geschlechtskrankheiten, das sich auch außerhalb Deutschlands immer größerer Wertschätzung erfreut.

Dr. Wezel

E. Schliephake: „**Rheumatismus**“, Klinik und Therapie. Ein Leitfadens für den Praktiker. Verlag von Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt, 1952, 144 S., Preis: kart. DM 14,—, geb. DM 16,—.

Ein Abriss über das gesamte Gebiet des Rheumatismus, verfaßt von einem sehr erfahrenen Kenner dieser Materie, von dem schon eine große Zahl experimenteller und theoretischer Arbeiten über den Rheumatismus erschienen sind, so das bekannte Buch über die Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Kurzwellen.

Besonders hervorzuheben ist, daß die in den letzten Jahren entdeckten Zusammenhänge zwischen Endokrinium und rheumatischen Gelenkaffektionen (Bedeutung von ACTH und Cortison) voll berücksichtigt sind. Auch die neueren Vorstellungen über den Vorgang der Aspirinwirkung werden dargelegt; man stellt sich die Wirkung nicht mehr lokal, sondern im Umweg über eine zentralausgelöste Hormonausschüttung (über Hypophyse-Nebennierenrinde) vor. — Trotz dieser zum Teil speziellen Ausführungen ist das Buch doch das geworden, was der Verfasser beabsichtigt hat: ein Leitfadens für den Praktiker.

Dr. A. Schröder

Dr. med. Helmuth Stolze: „**Das obere Kreuz**“, Lehmann-Verlag, München, 151 S., 8 Abb., Preis: Leinen DM 14,—.

An Hand einer reichlichen und gut ausgewählten Kasuistik unternimmt der Verfasser erstmals den dankenswerten Versuch, ein in der ärztlichen Sprechstunde immer wiederkehrendes wichtiges Krankheitsgebiet, das jedoch bisher vernachlässigt wurde, in klarer und plastischer Form für jeden Arzt verständlich zu machen.

Daß die Wirbelsäule selbst ein maßgeblicher Krankheitsfaktor sein kann, außerdem aber auch, via vegetativum, ein „Umschlagplatz“ für endogene und exogene inadäquate Reize ist, wurde erst in jüngerer Zeit im Zusammenhang mit dem Begriff der Osterchondrose ärztlich bekannt. Die Bedeutung des Übergangsegmentes (W. Scheidt) und dessen Zusammenhang mit dem „allgegenwärtigen Leitwerk“, wie auch die organischen Auswirkungen von Fehlschaltungen an dieser Stelle (z. B. auf das Herz) wurden vom Verfasser weitgehend berücksichtigt. Durch seine interessante psychotherapeutische Betrachtungsweise, bei der sich Stolze erfreulicherweise jeder Schulrichtung enthält, will er den somatischen Aspekt keineswegs verdrängen, sondern durch den Einschluß aller pathogenetischen Faktoren den Weg zu einem besseren Gesamtverständnis für die Dinge aufzeigen.

Da der Verfasser sein Buch nur als „Entwurf“ bezeichnet und eine Ergänzung für wünschenswert und notwendig erachtet, sei hier gesagt, daß wir aus eigener Erfahrung zu der Ansicht gekommen sind, durch eine kombinierte (parallel laufende) Therapie die besten und raschesten Erfolge erzielen zu können und glauben daher in einer sinngemäß-vernünftigen und individuellen Psychotherapie, die den Menschen in seiner Gesamtheit entspannen soll, verbunden mit einer gezielten Chiropraktik (keine Glissonschielen!), die Methode der Wahl zu sehen.

Dr. J. Keck Dr. F. Biedermann

Prof. Dr. P. Sunder-Plassmann: „**Sympathikus-Chirurgie**“, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1953. 162 Seiten, 146 Abb., Preis: Ganzl. DM 54,—.

Die Sympathikuschirurgie ist kein Allheilmittel. Um sie zielgerecht anzuwenden, um uns und unsere Kranken vor Mißerfolgen und Enttäuschungen zu bewahren, müssen wir über Anwendung, Wirkung und Gefahren dieser Waffe Bescheid wissen. Seit vielen Jahren arbeitet der Verf. an diesem Problem. Die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen werden, unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, sehr eindrucksvoll kommentiert. Das Studium dieses anregend geschriebenen Buches erweitert nicht nur unsere häufig sehr lückenhaften biologischen und histologischen Kenntnisse, sondern gibt in den klinischen Kapiteln auch wichtige Hinweise zur Klärung und Behandlung mancher seltener Krankheitsbilder.

Da die operative Technik relativ kurz gefaßt ist, handelt es sich dabei nicht um ein „chirurgisches“ Lehrbuch, sondern geht jeden an, der sich über dieses Spezialgebiet orientieren will.

Prof. Dr. Reichle

H. Streicher und St. Sandkühler: „**Klinische Zytologie**“, Grundriß der allgemeinen Zytologie und Zytodiagnostik, VIII, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1953. 196 S., 58 zum großen Teil mehrfarbige Abbildungen, Preis: Ganzleinen DM 49,80.

Die klinische Zytologie stellt die Untersuchung der einzelnen Zelle, nicht des Gewebsverbandes, in den Vordergrund, sie beschäftigt sich mit der Untersuchung von Zellen aus Pleurapunktaten, aus Urinsedimenten, aus Magensaft, Vaginalsekret usw., auch von Zellen aus Lymphknoten- und Organpunktionen. Die einzelne Zelle wird auf ihre Größe, Form, Begrenzung, Kern/Plasmarelation, auf Kernzahl, Kern-

Neuartiges lipo- u. vasotropes Kausaltherapeuticum

HALT-
der Arteriosklerose

Lipostabil

NATTERMANN 4,30
O. P. 36 Gelatinekapselform DM

größe, Kernstruktur usw. geprüft. So stellt die klinische Zytologie in gewissem Sinne eine Übertragung der Methoden der Hämatologie auf die anderen Gewebe des Körpers dar und soll nach dem Wunsche ihrer Vertreter — wie die Hämatologie — im Rahmen der Klinik betrieben werden. — Der Wert dieser diagnostischen Methode, so meinen wir, steht und fällt mit der Selbstbeschränkung ihrer Anhänger. Wenn diese — wie der Verfasser — jede Rivalität zwischen histologischer und zytologischer Untersuchung ablehnen und prinzipiell beide Untersuchungen anstreben, dann wird diese klinische Zytologie dem Kranken nützen und die Klinik bereichern.

Das Buch, im wesentlichen Lehrbuch und Anweisung, nur selten Erfolgsbericht, ist didaktisch und inhaltlich hervorragend, vorzüglich in der Ausstattung. Es wird in allen großen Kliniken Eingang finden, auch im Auslande verlangt werden und noch manche Auflage erleben. Dr. J. Schröder

Schmidt-Voigt: „Kreislaufstörungen in der ärztlichen Praxis“, Symptomatik, Diagnostik, Therapie. Verlag Editio-Cantor, Aulendorf, 92 Seiten. Preis: DM 4,20.

Aus der Praxis für die Praxis schreibend, weist Schmidt-Voigt einleitend mit Recht darauf hin, daß die Verknennung von Kreislaufstörungen und deren Verwechslung mit Affektionen des Herzens sehr häufig zu lang dauernder Fehlbehandlung mit Strophanthin und Digitalis führt. 15 % aller Patienten in der Sprechstunde (10 auf 1 Herzkranken) sind kreislaufgestört, nur etwa 20 % werden richtig diagnostiziert und behandelt. Da die Störungen vorwiegend bei aufrechter Körperhaltung auftreten, werden sie als orthostatisch bezeichnet. Wichtig für die Diagnose ist die Bestimmung des Blutdrucks (es wird ein abgekürzter Schellongscher Versuch empfohlen) und Ekg. im Liegen und Stehen. Die Behandlung besteht in Fokalsanierung, Entzug von Giften wie Nikotin und Schlafmitteln, Sorgen für ausreichenden Nachtschlaf, Trockenbürstung, Überwärmungsbäder. Als Medikament wird Coramin, vor allem aber Peripherin Homburg empfohlen. Das kleine Büchlein lehrt manchen therapeutischen Irrweg vermeiden und ist dem Praktiker warm zu empfehlen.

Dr. A. Schröder

Prof. Dr. A. Mayer: „Fehler in der Geburtshilfe“. J. F. Lehmann's Verlag, München, 1954. 68 Seiten, Preis: kart. DM 3,80.

In diesem kleinen Heft steht mehr drin als in manchem dicken Wälzer. Denn wo findet man „Bekanntnisse“ in dieser ungeschminkten Offenheit? Schwer ist es für den Besprechenden, auf eingehende Betrachtungen verzichten zu müssen. Darum zusammenfassend: Ein echter August Mayer, klar und wahr! Im einzelnen mit Auswahl: die völlige Verdammung der Uterussonde (S. 14) wird nicht jeder anerkennen. Ich möchte sie nicht missen. Das Erkennen einer Tubenschwangerschaft (S. 20) scheint mir allzu leicht genommen. Von einem Kardinalfehler, nämlich dem Unterlassen des Rasierens vor geburtshilflichen Eingriffen, ist nirgends die Rede; fehlt auch meist in anderen diesbezüglichen Werken. Und dann das unlösbar scheinende Problem der Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Indikation! Grundsätzliche Ablehnung „auch bei einem unerwünschten Ausgang“ (S. 26). Eiskalt steht der Satz da, aber es gibt Erlebnisse, die mit glühenden Kohlen auf der Seele lasten — weil man abgelehnt hat! Wer hilft einem da? Der Jurist sicherlich nicht. „Operativer Eingriff aus Mangel an Zeit“ (S. 50). Wer könnte dies einem gehetzten Landarzt übelnehmen — bei den Kasenhonoraren — selbstverständlich kunstgerecht ausgeführt? „Im Gegensatz zum praktischen Arzt haben es die Kliniken leicht ...“ (S. 41). Ja, wenn einer eine hat! Aber wo bleiben die operierenden Fachärzte mit aller ihrer Kunst ohne Ope-

rationsmöglichkeit? Wie der ganze Arztstand ist auch diese segensreiche und im besten Sinne kollegiale Einrichtung freier Abteilungen für Fachärzte in den letzten 50 Jahren tief abgesunken und scheint sich dem Nullpunkt zu nähern. Mayers gehaltvolles Büchlein sei ein Brevier des praktischen Arztes. Möchte ihm aus der gleichen Feder ein Vademecum für den Juristen folgen! Der hat's noch nötiger. Sehr erwünscht wäre auch eine vergleichende Studie über die heute geltenden Anschauungen und Handlungen eines katholischen Universitätslehrers in der Geburtshilfe mit den Forderungen der Pastoralmedizin (s. Albert Niedermeyer, Handbuch der speziellen Pastoralmedizin, und Compendium vom selben Verfasser). Wie läßt sich z. B. ärztliches Handeln auf S. 48 und 53 mit der Forderung der Pastoralmedizin in Einklang bringen? Dr. Pfeilsticker

Prof. Dr. Fritz Schörcher: „Kosmetische Chirurgie“. Verlag I. F. Lehmann, München, 1953. 105 Seiten, 89 Abbildungen, 9 Tafeln, Preis: DM 11,50.

In dem flüssig und lebendig geschriebenen Büchlein berichtet ein Fachmann aus seinem reichen Erfahrungsschatz. Aus dem umfassenden Arbeitsgebiet der kosmetischen Chirurgie wurden vom Verfasser einige der wichtigeren Aufgabenbereiche ausgewählt, um dem Leser ohne viel Zeitaufwand eine Orientierung zu ermöglichen.

Das Krampfaderleiden wurde wegen seiner sozialen Bedeutung ausführlich behandelt. Besondere Erwähnung verdient der Hinweis, daß sehr häufig nach fokalen Herden gefahndet wird und dabei oft die leicht und erfolgreich zu beseitigenden phlegmonösen Eiterherde bei Thrombophlebitiden des Vena-saphena-magna- oder parva-Gebietes übersehen werden.

Die Krampfader, die sich ausschließlich an der Rückseite der Wade finden, sind als Vena-saphena-parva-Typ erstmals beschrieben.

Bemerkenswert sind auch Vorschläge zur Behandlung des Krampfadergeschwürs, zur Embolieprophylaxe und zur Behandlung der angeborenen geschwulstartigen Elephantiasis.

Dr. Dr. E. Schmid

Prof. Dr. Franz S ch e d e: „Orthopädische Konstruktionen“. Aus der Reihe Arbeit und Gesundheit, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1953, 98 Seiten, 141 Abb., Preis: kart. DM 8.—

Das im Verlag Thieme, Stuttgart, erschienene Büchlein bringt auf 96 Seiten, mit tadellosen Abbildungen und instruktiven Zeichnungen versehen, orthopädische Apparatkonstruktionen des Verfassers aus den einzelnen Etappen seiner Tätigkeit. Es ist eine Zusammenfassung aller von Schede bearbeiteten Apparat-Konstruktionen, angefangen mit Lehrmodellen bis zu den komplizierten Konstruktionen zur Korrektur und Abstützung der Wirbelsäule und den Prothesenkonstruktionen.

Da die großen Lehrbücher der orthopädischen Technik von S c h a n z und G o c h t keine Nachfolger mehr fanden, ist es vor allen Dingen für die jüngere Orthopäden-Generation wertvoll, daß nun auch Schede, ebenso wie Hohmann, ihre vielfältigen konstruktiven Ideen für die Apparatbehandlung in Buchform übersichtlich niedergelegt haben.

Das Buch wird daher in diesen Kreisen lebhaftem Interesse begegnen.

Dr. Marquardt

Dr. med. Rudolf Tischner: „Das Werden der Homöopathie“. Hippokrates-Verlag Marquardt u. Cie., Stuttgart, 1950, 212 S., Preis: DM 13,50.

Nach dem durch Fliegerangriff verursachten Verlust des Manuskripts der schon früher geschriebenen „Geschichte der Homöopathie“ hat der Verfasser die Geschichte der Homöopathie vom Altertum bis zur neuesten Zeit in verkürzter, sehr interessanter und lesbarer Form neu herausgegeben. Die



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

Kenntnis der Geschichte eines Gebietes pflegt den Gesichtskreis zu erweitern. Darum hat es auch für Nichthomöopathen Wert zu lesen, wie eine ärztliche Idee und Behandlungsmethode schon in der antiken Medizin, später von einem genialen Arzt Samuel Hahnemann geklärt, verwirklicht und verbreitet wird. Die Problemstellung in der Homöopathie, die Situation in der sogenannten Schulmedizin im vorigen und in diesem Jahrhundert wird anschaulich geschildert. Danach folgt die interessante Darlegung der Auseinandersetzungen der homöopathischen Ärzte, insbesondere ihres Begründers Samuel Hahnemann mit dieser Schulmedizin, der Grundlage ihrer Ausbildung. Der Überblick über die heutige Lage der Homöopathen und der Homöopathie wird abgeschlossen mit dem Hinweis auf ein Wort des alten Hufeland: „Keine Homöopathie, aber wohl eine homöopathische Methode in der rationalen Therapie.“

Dr. Ilse Reinhardt

Prof. Dr. H. Lampert: „Umstrittene Heilverfahren“, Hippokrates-Verlag Marquardt u. Cie., Stuttgart, 124 S., Preis: engl. brosch. DM 8,75.

Manche Heilverfahren, die doch einen oft recht ansehnlichen Anhängerkreis haben, sind dem von der Hochschule kommenden und auch dem schon länger in der Praxis stehenden Arzt weitgehend unbekannt. Lampert hat sich die dankenswerte Aufgabe gestellt, solche Heilverfahren kritisch zu überprüfen. Im vorliegenden Buch berichtet er über Wesen, Entwicklung, Wert und Unwert der homöopathischen, biochemischen Heilweise, über Baunscheidtismus, Chiropraktik, Säuretherapie, Ameisentherapie, Spagyrik und Sepdelenopathie. Er unterscheidet streng zwischen Heilverfahren und Heilbehandlung und berücksichtigt bei der Beurteilung des Heilmittelleffektes die Spontanheilung wie auch den suggestiven Einfluß des Heilbehandlers. Die Schwierigkeit einer Aussage über Wert und Unwert eines Heilverfahrens macht es verständlich, daß auch die Beurteilung des Verfassers trotz seiner kritischen Einstellung nicht allgemeine Zustimmung finden wird. Zu jedem Abschnitt sind entsprechende Literaturangaben beigefügt, die aber die neueren Erscheinungen teilweise vermissen lassen. Im Abschnitt Chiropraktik geht die Literatur bis 1948, obwohl in den letzten Jahren doch wesentliche Erkenntnisse gesammelt worden sind. Recht verdienstvoll ist, daß Lampert mit seiner Arbeit dem Praktiker eine sachliche und übersichtliche Belehrung solcher umstrittener Heilverfahren ermöglicht.

Dr. Gerber

Prof. Dr. Hesse: „Die Rausch- und Genußgifte“, 2. verb. Aufl., 1953, Ferd.-Enke-Verlag, Stuttgart, 139 Seiten, Preis: geh. DM 16,40, GzL DM 18,60.

So wenig Raum äußerlich das Büchlein einnimmt, ist man doch überrascht über die Reichhaltigkeit und Fülle seines Inhaltes. Hesse bespricht, in drei Abschnitten getrennt,

1. die Rauschgifte
2. die seltenen Suchten und den Schlafmittelmißbrauch u.
3. die Genußgifte.

Am Schluß ist ein großes 164 Namen enthaltendes Literatur- und Autorenverzeichnis beigefügt.

In der vollzähligen Aufzählung der Rauschgifte findet man Namen, die sicher den meisten Kollegen unbekannt sind; ein Beispiel: das Kakteenrauschgift „Meskalin“.

Besonders ist das Kapitel „Alkohol“ zu erwähnen, das mit bewundernswerter Genauigkeit behandelt ist. Aus toxikologischen Betrachtungen heraus ist die Ablehnung des Alkohols eine Selbstverständlichkeit.

Prof. Hesse anerkennt aber die Schwere des Problems, weil es sich nicht nur um eine medizinische, sondern eine weltanschauliche Frage handelt. Die Sehnsucht des Menschen nach einer Ablenkung durch Genußgifte ist in seinem tiefsten Wesen verankert; daher wird auch einer zwangsmäßigen Abstinenz der größte Widerstand entgegengesetzt und auf der

ganzen Erde ist man um die Herstellung alkoholischer Getränke bemüht. „Unbestreitbar führt eine erzwungene Alkoholknappeit zum Rückgang der Schäden.“ Es ist eine Tatsache, daß wir in Deutschland ungefähr 150 000 Alkoholiker haben, an denen Alkoholschäden an Herz, Leber und Niere sowie im zentralen Nervensystem demonstrierbar sind.

Besonders eingehend hat der Verfasser das Morphin und seine Mischpräparate behandelt, ebenso den Morphinismus und die rechtlichen Folgen. Erschöpfend beurteilt sind auch das „Dolantin“, „Cliradon“ und „Polamidon“.

Prof. Hesse schildert ausführlich die Schäden des Nikotinmißbrauchs. Wenn auch die Amerikaner einen Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Koronarsklerose bestreiten, ist die überwiegende Anzahl der deutschen Ärzte der Ansicht, daß Tabakmißbrauch schwere Gefäßschäden auslösen kann.

Das Buch von Hesse ist mit umfassender Literaturkenntnis und großer Wissenschaftlichkeit geschrieben. Die täglichen einschlägigen Medikamente der Praxis, aber auch Rauschgifte in fernen Ländern sind nach dem neuesten Stand des Wissens bearbeitet. Es ist deswegen für jeden Praktiker, vor allem für Internisten, besonders interessant; es sollte in keiner Bibliothek eines Krankenhauses oder einer Klinik als Nachschlagewerk fehlen.

Dr. Freudemann

Prof. Dr. med. Otto Gessner: „Die Gift- und Arzneipflanzen von Mitteleuropa“ (Pharmakologie, Toxikologie, Therapie). Zweite völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage, Carl Winter, Universitätsverlag, 804 S., 128 Farbtafeln. Preis: geb. DM 32.—.

Seit der ersten Auflage dieses jetzt völlig neubearbeiteten Buches sind 22 Jahre in die Welt gegangen, der zweite Weltkrieg und die Nachkriegszeit verhinderten ein früheres Erscheinen, so zwingend es die neueren Forschungen verlangt hatten, zumal sich Gessner als einziger Pharmakologe bis jetzt mit diesem großen Aufgabengebiet befaßte. Das in der ersten Auflage gewählte Einteilungsprinzip wurde auch in der neuen Auflage zweckmäßig beibehalten, lediglich die Giftpilze wurden als letztes Kapitel in einem Sonderabschnitt zusammengefaßt, was aber nicht zuletzt von den Ärzten zwecks schneller Orientierung besonders dankbar begrüßt werden dürfte. Aber nicht nur der Arzt, auch jeder chemische Toxikologe, der Apotheker und Botaniker werden sich freuen, die Gift- und Arzneipflanzen unter Berücksichtigung der Pharmakologie, Toxikologie und der therapeutischen Anwendung auf Grund ihrer Hauptwirkstoffe, dem augenblicklichen Stand der modernsten Erkenntnisse entsprechend, hier vollendet zusammengefaßt zu finden. Die wichtigsten Hauptwirkstoffe der Pflanzen wie Alkaloide, Glykoside, Gerbstoffe, aetherische Öle, Bitterstoffe, Schleimstoffe, Gummistoffe, Pektine, Vitamine usw. bilden das Gerippe für die erwünschte Einteilung des Stoffes. Wer sucht, wird hier alles finden, was er zu wünschen hofft. 128 prachtvoll ausgeführte Farbtafeln (der Kenner wird sich hier häufig und dankbar an den verstorbenen Botaniker Prof. Dr. Klein in Karlsruhe erinnern) vermitteln naturgetreue Abbildungen der wichtigsten Gift-, Arzneipflanzen und Pilze. Vor allem kommt aber auch der kritische Toxikologe voll auf seine Rechnung. Wer sich mit den Inhaltsstoffen dieser wichtigen Pflanzengruppen befassen oder darüber orientieren will, wird das Buch begeistert zur Hand nehmen. Es wäre unangebracht, kleine Ergänzungen anzuführen wie z. B. bei der Kamille. Das Literaturverzeichnis ist als einzigartig und fast erschöpfend anzusprechen. Eigentlich wird überhaupt kein Naturwissenschaftler, Mediziner, Apotheker oder Chemiker dieses prachtvolle Werk in seiner Bibliothek missen können, so daß die Bedeutung dieser neuen Bearbeitung damit am besten gekennzeichnet sein dürfte.

Prof. H. Kaiser

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



Mulgatum

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

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

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

23.—24. Oktober 1954

1. Bonner Röntgenologischer Wochenendkurs der Medizinischen Fakultät und der Deutschen Röntgen-Gesellschaft im Hörsaal der Universitäts-Nervenklinik, Kaiser-Karl-Ring 20, mit dem Thema „Die Röntgenuntersuchung des Herzens und der großen Gefäße“. Näheres durch das Sekretariat des Röntgen-Instituts Prof. Dr. Janker, Bonn, Baumschul-Allee 12—14.

29.—31. Oktober 1954

10. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie e. V. in Essen unter dem Rahmenthema „Menschenführung“. Näheres durch die Geschäftsstelle der Studiengesellschaft für prakt. Psychologie e. V. Nürnberg, Tristanstraße 5.

Der Landesverband Baden-Württemberg des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

veranstaltet eine Arbeitstagung am 16. und 17. Oktober 1954 in Herrenalb (Kurhaus) im Schwarzwald mit folgendem Programm:

Hauptthema „Die Persönlichkeit in der modernen Gesellschaft“. — Es sprechen:

Samstag, den 16. Oktober 1954, 17 Uhr

Rechtsanwalt Dr. Brandt, Geschäftsführer des Bundesverbandes der freien Berufe, Düsseldorf, Thema: Die Selbstbehauptung der freien Berufe.

Dr. med. Häußler, Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Thema: Arzt und Staat (Aussprache).

21 Uhr: Geselliges Beisammensein mit Damen im Kur-saal (Tanz).

Sonntag, den 17. Oktober 1954, 11 Uhr

Wilhelm Simpfendorfer, Kultusminister von Baden-Württemberg, Thema: Die Persönlichkeit in der modernen Gesellschaft.

Prof. Dr. Neuffer, Präsident des Deutschen Ärztetages und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Thema: Die Persönlichkeit in der modernen Krankenbehandlung (Aussprache).

Erhöhung der Gebühren für Untersuchungen auf Alkoholbeeinflussung

Auf Vorstellung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat das Innenministerium die Gebühren der Ärzte für Untersuchung und Begutachtung auf Alkoholbeeinflussung erhöht. Die neuen Gebührensätze ergeben sich aus dem nachstehenden Erlaß des Innenministeriums, abgedruckt im Gemeinsamen Amtsblatt für Baden-Württemberg vom 9. April 1954 Nr. 9 (S. 154) und vom 8. Juli 1954 Nr. 16 (S. 329); sie gelten ab 1. April 1954:

Erlaß des Innenministeriums
über die Gebühren der Ärzte für Blut-
entnahmen

Vom 17. März 1954 Nr. X 5610/50

I. Das Innenministerium ist damit einverstanden, daß den Ärzten — mit Ausnahme der Ärzte der Gesundheitsämter —

für die auf Ersuchen einer staatlichen Polizeidienststelle in den Fällen der §§ 81 a und c StPO vorgenommene Untersuchung einer Person auf Alkoholbeeinflussung, den Befundbericht auf dem vorgeschriebenen Formblatt und das dort abzugebende Gutachten sowie die Blutentnahme bis auf weiteres folgende Gebühren (in Anlehnung an die Mindestsätze der Preugo) gezahlt werden:

1. Bei Vornahme der genannten Verrichtungen in den Praxisräumen des Arztes

- | | |
|---|----------|
| a) bei Tage während der Sprechstunden | 10.50 DM |
| b) an Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen | 12.— DM |
| c) außerhalb der Sprechstunden | 12.— DM |
| d) bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) | 12.— DM. |

2. Bei Vornahme der Verrichtungen außerhalb der Praxisräume des Arztes

- | | |
|---------------------------------|----------|
| a) bei Tage | 15.— DM |
| b) bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) | 18.— DM. |

3. Muß der Arzt bei den Verrichtungen länger als eine halbe Stunde verweilen, so stehen ihm außer den Gebühren nach Ziff. 1 und 2 zu

für jede weitere angefangene halbe Stunde

- | | |
|---------------------------------|----------|
| a) bei Tag | 2.25 DM |
| b) bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) | 4.50 DM. |

II. Außer der Gebühr nach vorstehendem Abschnitt I stehen dem Arzt für jeden mit einem privateigenen Kraftfahrzeug zurückgelegten km eine Entschädigung von —.50 DM, bei Fahrten zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr) eine Entschädigung von —.90 DM zu. Daneben wird eine besondere Entschädigung für Zeitversäumnis nicht gezahlt.

Besucht der Arzt mehrere außerhalb seines Wohnorts befindliche Kranke im Zusammenhang mit einer Fahrt zu einer Blutentnahme, so sind die gesamten Fahrtkosten in angemessener Weise auf sämtliche Zahlungspflichtige zu verteilen.

III. Entgegenstehende Bestimmungen sind im Bereich der staatlichen Innenverwaltung nicht mehr anzuwenden. Den Gemeinden mit eigener Polizei wird empfohlen, entsprechend zu verfahren.

An die Regierungspräsidien,
die Landratsämter,
die Bürgermeisterämter,
das Landeskriminalamt,
die übrigen Polizeidienststellen.

In Vertretung
gez.: Dr. Fetzer

Ermittlungsverfahren wegen Vergehen gegen das Opiumgesetz

Mitteilung des Oberstaatsanwaltes Dortmund, Kaiserstr. 34
Geschäftsnummer 9 Js 1582/54:

Ich führe ein Ermittlungsverfahren gegen die am 17. Juli 1921 in Berlin geborene Edith Reinke geb. Peplinski wegen Verdachts des Vergehens gegen das Opiumgesetz.

Ich bitte um entsprechende Warnung an Ihre Mitglieder und Anregung, sogleich nach hier Nachricht beim Auftreten der Beschuldigten zu geben. Da die Beschuldigte bisher nicht nur in Westfalen in Erscheinung getreten ist, bitte ich um entsprechende Unterrichtung der anderen Ärztekammern der Bundesrepublik.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTEMBERG

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen (5/54)

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

Eßlingen-Pliensau-Vorstadt	prakt. Arzt
Altbach	prakt. Arzt
Kreis Eßlingen	

Plochingen

Kreis Eßlingen

Facharzt für Kinderkrankheiten (Ärztin erwünscht)
Um diese ausgeschriebenen Kassenarztstellen kann sich jeder in ein Arztregister des Landes Baden-Württemberg eintragende Arzt bewerben.

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 5/54“ 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. November 1954 bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, einzureichen.

Stuttgart, den 10. Oktober 1954

Der Zulassungsausschuss
für die kassenärztliche Tätigkeit
im Regierungsbezirk Nord-Württemberg

Bericht

über die 24. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 25. August 1954 (18—23 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer zur Lage.
2. Dr. Knosp referiert über die Frage der Meldestellen (für Krankenbesuche). Wollte man sie grundsätzlich abschaffen, würden voraussichtlich mehr Besuchsfahrten notwendig werden.

Auffassung des Vorstandes: An Orten ohne Arztsitz können Meldestellen zweckmäßig sein. Eine kollegiale Absprache der beteiligten Ärzte, die in den Ort hineinfahren, ist dabei wünschenswert. — Wo ein Arzt sitzt, sind Meldestellen nicht am Platze. — Meldestellen dürfen nicht zu Behandlungsstellen werden.

3. In § 11 Abs. 4 der Berufsordnung wird gefordert, daß bei Krankenbesuchen an fremden Arztsitzen dem Patienten Wegegeld angerechnet werden. Die Kreisärzteschaft Göppingen hatte Änderung dieses Paragraphen — da nicht mehr zeitgemäß — beantragt. — Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern äußerte sich hierzu salomonisch: man möge gemäß den örtlichen Notwendigkeiten verfahren.

Der Delegiertenversammlung, die sich schon früher mit dieser Frage befaßt hat, soll nunmehr vorgeschlagen werden, die o. a. Vorschrift für den Kammerbereich außer Kraft zu setzen. Geschieht dies, dann können die Kollegen künftig so verfahren, wie sie es in jedem Einzelfall für richtig halten — d. h. Wegegeld berechnen oder auch nicht.

4. Die Ärztekammer Nordrhein hat der Arbeitsgemeinschaft mitgeteilt, daß mancherorts krankgeschriebene Versicherte von Vertrauensärzten der Arbeitgeber nachuntersucht würden. — In unserem Bereich sind nur wenig Vorgänge dieser Art bekannt geworden. Ansätzen soll begegnet werden!

5. Einige Betriebskrankenkassen möchten nach wie vor ihren Werkarzt als Beratungsarzt eingesetzt wissen. Der Vorstand hält demgegenüber an seinen Vorschlägen fest. Die Beratungsärzte, die das Vertrauen der Ärztekammer haben müssen, sollen in engster Fühlung mit der Praxis stehen; sie sollen im Regelfall vom Betrieb unabhängig sein, schon um Gewissenskonflikte zu vermeiden. — Der Werkarzt als solcher kann ja dessenungeachtet ohne weiteres zu den Beratungen der Organe der Sozialversicherungsträger beigezogen werden.

6. Dr. Zimmerle referiert über die umfangreichen Verhandlungen, die notwendig waren, und den weiten Weg, der zurückgelegt werden mußte, bis die Besoldung der angestellten Ärzte in Göppingen neu geregelt werden konnte.

7. Dr. Knosp: Ehrenratsangelegenheiten.

8. Dr. Knosp: Versorgungsfragen; Überblick über die demnächst stattfindenden Sitzungen verschiedener Ausschüsse und Kommissionen.

Dr. H.

Bericht

über die 109. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 31. August 1954 (19—23.30 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer zur Lage.
2. Dr. Benz: Bericht über die Sitzung des Zwölferausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg am 25. August 1954 (Kündigung der Rentner-Krankenversicherung; Verhandlungen mit den Betriebs- und mit den Innungskrankenkassen; Vertretung der Angelegenheiten der KV-Landesstellen beim Landesversorgungsamt; Verhandlungen mit der Süddeutschen Knappschaft usw.).
3. Dr. Benz: Bericht über die Sitzung des Zulassungsausschusses am 21. August 1954.
4. Dr. Benz hält es für richtig, daß Ärzte, deren Bewerbung um Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis voraussichtlich abgelehnt werden muß, vorher nach Möglichkeit Gelegenheit erhalten, ihren Standpunkt persönlich vorzutragen.

Der Vorstand stimmt dieser Auffassung durchaus zu.

5. Der Vertrag mit der Betriebskrankenkasse Breuninger Stuttgart ist von einer Kommission nochmals überarbeitet worden. Der Vorstand billigt die jetzt vorliegende Fassung.

6. Bei der Beratung von Anträgen auf Krankengeld entwickelt sich eine grundsätzliche Aussprache über die Frage, wie bei Schwangerschaften verfahren werden soll. Der Vorstand beschließt am Ende einhellig, daß Kassenärztinnen im Falle einer Schwangerschaft für 56 Tage Krankengeld gewährt werden soll.

7. Beratung über die vertragliche Regelung der Beteiligung von Dienstgruppenärzten an der kassenärztlichen Versorgung.

8. Konsiliarärzte können nicht die ihnen überwiesenen Kranken an andere Fachärzte mit Überweisungsschein weiterüberweisen.

9. Verschiedenes.

Dr. H.

Mitteilung des Städt. Gesundheitsamtes Stuttgart

An alle Ärzte in Stuttgart:

Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin!

Entsprechend den Empfehlungen, die seit Jahren in der Literatur zu diesem Thema erschienen sind und nach denen, die die Kinderärzte aufgestellt haben, wird das städt. Gesundheitsamt Stuttgart in diesem Herbst erstmalig mit der kombi-

Für die kranke Leber:

Essentiale

303

NATTERMANN

O. P. 230 g = DM 6.25

A. NATTERMANN & CIE. - KÖLN

nieren Diphtherie-Keuchhusten-Schutzimpfung für die Erstimpflinge (d. h. die Kinder, die ein Jahr alt sind) beginnen. Es ist den Eltern freigestellt, ob sie die im Diphtheriegesetz vorgesehene Diphtherie-Impfung für ihr Kind wünschen oder die kombinierte Diphtherie-Keuchhusten-Schutzimpfung.

EINLADUNG
zur Erstimpfung gegen Diphtherie

Die Diphtherie ist eine bei uns immer wieder auftretende schwere Infektionskrankheit, von der alljährlich zahlreiche Menschen befallen werden. Sie fordert auch Todesopfer. Besonders gefährdet sind die Kinder.

Zur Bekämpfung dieser Krankheit führt das Gesundheitsamt entsprechend dem Gesetz über die Impfung gegen Diphtherie vom 25. Januar 1954 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg Nr. 2) unentgeltliche Schutzimpfungen durch.

Da auch der Keuchhusten bei den Kleinstkindern meist in schwerer Form, oft mit tödlichem Ausgang auftritt, bietet das Gesundheitsamt die Möglichkeit, bei diesen Kindern eine kombinierte Diphtherie-Keuchhusten-Schutzimpfung vorzunehmen. Folgende Schutzimpfungen führt daher das Gesundheitsamt durch:

1. gegen Diphtherie zweimal innerhalb von vier Wochen je eine Impfung oder
2. gegen Diphtherie und Keuchhusten zweimal innerhalb von vier Wochen je eine Impfung

Wiederholungsimpfungen zum Schutz gegen Diphtherie, zu denen besondere Einladung ergehen wird, finden nach Ablauf von je drei Jahren noch zweimal statt.

Sie werden gebeten, Ihr Kind zur Vermeidung schwerer Erkrankungen zu dem nebenstehend genannten öffentlichen Impftermin zu bringen. Die Schutzimpfung kann auch durch den Hausarzt vorgenommen werden.

Dr. Maria Schiller

Medizinaldirektor

Diphtherie-Impfstoffes maßgebend. — Die Impfung muß in jedem Fall nach 4 Wochen mit der gleichen Menge wiederholt werden.

Handelt es sich um eine Wiederholungsimpfung, so genügt eine Injektion.

Es ist daran gedacht, bei den Kindern, die älter als 3 Jahre sind, statt des kombinierten Diphtherie-Keuchhusten-Impfstoffes eventuell später Diphtherie-Tetanus-Impfstoff zu benutzen, da die Gefahr des Keuchhustens in diesem Alter für gewöhnlich nicht mehr groß ist, wogegen die Gefahr des Tetanus von diesem Alter ab wächst.

Da die näheren Ausführungsbestimmungen zum Diphtheriegesetz noch nicht erschienen sind, andererseits aber die ganze Frage drängt, bitte ich Sie, bis auf weiteres mit der Ausstellung einer Impfliste so zu verfahren, wie es bei der Pockenschutzimpfung üblich ist. Sie werden sicher begreifen, daß nur dann das Gesundheitsamt — etwa im Falle einer Epidemie — einen Überblick über die Zahl der geimpften Kinder hätte, wenn diese Meldungen pünktlich erfolgen.

Ich darf noch darauf hinweisen, daß nach dem neuen Gesetz über die Impfung gegen Diphtherie vom 25. Januar 1954 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg Nr. 2) die Impfung auf freiwilliger Grundlage erfolgt.

Mit kollegialem Gruß Frau Dr. Schiller, Medizinaldirektor

Einkommensteuererklärung für 1953

Betriebsausgabenpauschale

Der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung am 1. Oktober 1954 dem Entwurf einer Verordnung des Bundesfinanzministers über die Gewährung eines Pauschbetrages für Betriebsausgaben bei überwiegender Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit zugestimmt. Nach dieser Verordnung können für die Steuerjahre 1953 und 1954 je 5 v. H. der Berufseinnahmen — höchstens jedoch 1200.— DM — zur Abgeltung von nicht oder nur unvollkommen nachweisbarem Berufsaufwand als Betriebsausgaben neben den einzeln nachgewiesenen Betriebsausgaben am steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden.

Unter Bezugnahme auf unseren Hinweis in Heft 8/1954, Seite 173, dieses Blattes empfehlen wir denjenigen Kollegen, die ihre Steuererklärung bereits abgegeben haben, ohne daß die Anwendung der damals erwarteten Verordnung beantragt wurde, nunmehr umgehend die Berücksichtigung des Be-

triebskostenpauschales bei der Veranlagung zur Einkommensteuer zu beantragen.

Stuttgart-Degerloch, den 5. Oktober 1954

Arztekammer Nord-Württemberg E. V.
und Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg

Auszeichnung

Sanitätsrat Dr. E. D o r n, Chefarzt der Volksheilstätte Charlottenhöhe, der Arbeitsheilstätten Schömberg im Schwarzwald und Tuberkulosefürsorgearzt des Kreises Calw, wurde für seine Verdienste im Kampf gegen die Tuberkulose am 8. September 1954 von dem Herrn Bundespräsidenten mit dem Bundesverdienstkreuz des Bundesverdienstordens ausgezeichnet.

50jähriges Doktorjubiläum

Am 24. Oktober 1954 feiert Frauenarzt Dr. Walter Pfeilsticker in Stuttgart sein 50jähriges Doktorjubiläum. Geboren am 18. Juli 1880 in Balingen, legte Kollege Pfeilsticker 1904 sein Staatsexamen in Tübingen ab, ließ sich nach Fachausbildung an der Landeshebammschule in Stuttgart und Volontärarztstätigkeit in Wien 1908 als Frauenarzt in Stuttgart nieder. 1925 eröffnete er in der Neckarstraße 27 eine Privatklinik, dort verlor er 1944 durch Totalfliegenschaden Praxis, Klinik und Wohnung, erfüllte in beiden Weltkriegen seine Militärpflicht als Marinesanitätsoffizier, zuletzt als Oberstabsarzt d. R. Nach dem 2. Weltkrieg nahm er seine Praxis wieder auf. In seiner operativen Tätigkeit bevorzugte er weitmöglichst die vaginalen Operationen. Neben seiner ausgedehnten und erfolgreichen Berufstätigkeit widmete er sich mit großem Interesse der Familienforschung.

Unsere herzlichsten Wünsche dem Jubilar zum heutigen Tag und für noch viele schöne und erfolgreiche Jahre bei bester Gesundheit.

Wir gratulieren zum 80. Geburtstag

Am 18. September d. J. feierte Herr Dr. Galler in Ludwigsburg seinen 80. Geburtstag. Der Jubilar ist in Ulm geboren, studierte zunächst Pharmazie und anschließend Medizin in Straßburg und Freiburg. Im Jahre 1912 erhielt er seine Approbation und Promotion. Nachdem er an verschiedenen Kliniken in Freiburg und Straßburg tätig war, ließ er sich als prakt. Arzt in Siraßburg nieder. Von dort wurde er jedoch mit seiner Familie 1919 ausgewiesen und nahm dann seine ärztliche Tätigkeit in Ludwigsburg auf.

Während des zweiten Weltkrieges gehörte Dr. Galler mit den wenigen älteren Ärzten, die zur Betreuung der Zivilbevölkerung in Ludwigsburg zur Verfügung standen. Er hatte dabei eine immense Arbeitslast zu bewältigen. Der Jubilar übt noch heute seine ärztliche Tätigkeit aus. Wir wünschen Herrn Dr. Galler noch viele Jahre in geistiger und körperlicher Rüstigkeit und Frische.

Am 20. September konnte unser Kollege Dr. med. Hans Meyner, praktischer Arzt in Nellingen, Kreis Ulm, bei guter Gesundheit seinen 80. Geburtstag feiern. Dr. Meyner, der erst vor kurzem seine treue Lebensgefährtin verloren hat, ist schon seit mehr als fünf Jahrzehnten in dem Alldorf Nellingen als Landarzt tätig. Vor 53 Jahren kam er in diese Gemeinde und sieht sich noch heute trotz seines hohen Alters gezwungen, seine landärztliche Tätigkeit auszuüben, da bislang noch keine Regelung seiner Altersversorgung gefunden werden konnte.

Unsere herzlichsten Wünsche gelten dem Jubilar zu seinem hohen Fest und für seine entsagungsvolle Arbeit.

Geburtstage

- Am 26. Oktober 1954
Dr. Hermann R i e t h, Aalen, 85 Jahre
- Am 27. Oktober 1954
Dr. Erich B e l z, Stuttgart-S, 70 Jahre
- Am 20. November 1954
Dr. Theodor K o p p, Gschwend, 75 Jahre
- Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

- Dr. med. K i e f e r, Hans, Herrenberg,
geb. 24. 10. 1896, gest. 17. 9. 1954
- Dr. med. K ö s t l i n, Richard, Bernstadt
geb. 27. 1. 1917, gest. 30. 9. 1954

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN**

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister von Württemberg-Hohenzollern eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandem Staatsexamen.

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

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

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

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

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Lande niedergelassen gewesen, ob in

Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlüßfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45, Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Freudenstadt	Facharzt f. Kinderkrankheiten
Friedrichshafen	Facharzt f. Lungenkrankheiten
Rottweil	Facharzt f. Augenkrankheiten
Rottweil	Facharzt f. Kinderkrankheiten
Schwenningen	Facharzt f. Nervenkrankheiten
Schwenningen	Facharzt f. Orthopädie
Aulendorf	prakt. Arzt (bevorzugt wird ein Arzt mit prakt. homöopathischer Heilweise).

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

Der Zulassungsausschuß für Ärzte des Landes Württemberg-Hohenzollern

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

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

Rögele, Ochsenhausen, 20.— DM; Schmidt, Ofterdingen, 10.— DM; Gesamtbetrag 30.—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 4 28 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

Wir trauern um unsere Toten

Dr. med. B a u m a n n, Morand, prakt. Arzt, Heidelberg
geb. 26. 7. 1879, gest. 7. 6. 1954

Dr. med. T r a u m a n n, Erich, prakt. Arzt, Heidelberg
geb. 7. 11. 1895, gest. 25. 6. 1954

Dr. med. G ü b e l, Wolfgang, prakt. Arzt, Dertingen
geb. 19. 12. 1911, gest. 30. 6. 1954

Dr. med. B ö r s i g, Bernhard, prakt. Arzt, Neckar-
gemünd
geb. 11. 10. 1914, gest. 14. 8. 1954

Dr. med. R i e d e l, Anton, prakt. Arzt, Heidelberg
geb. 4. 4. 1891, gest. 18. 8. 1954

Dr. med. R ö s s l e r, Theodor, Facharzt f. Magen-
Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Pforzheim
geb. 16. 4. 1889, gest. 4. 8. 1954

Prof. Dr. med. D u k e n, Johann, Facharzt f. Kinder-
krankheiten, Heidelberg
geb. 12. 1. 1889, gest. 20. 8. 1954

Dr. med. B r e n n e r, Martin, Facharzt f. Frauen-
krankheiten u. Geburtshilfe, Heidelberg
geb. 30. 6. 1875, gest. 11. 9. 1954

Dr. med. R ö t t i n g e r, Michael, prakt. Arzt, Mann-
heim
geb. 28. 10. 1882, gest. 18. 9. 1954

ferro sanol

optimal resorbierbar

1 30
DM

30 Dragées

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Donauschingen	für einen praktischen Arzt
Hilzingen	für einen praktischen Arzt
Krs. Konstanz	
Singen/Htwtl.-Südost	für einen praktischen Arzt
Singen/Htwtl.	für einen Facharzt für Augenkrankheiten

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

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. November 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 Schwerkriegsbeschädigter, 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, Postscheckkonto 626 96, Postscheckamt Karlsruhe, mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Südbaden

Abseits

Karrengaul.

Alter Gaul in den Sielen,
Abgejagter Gesell,
Schlägt dir die Peitsche Schwielen
In dein struppiges Fell?
Langsam, geh nur im Schritte,
Hier, nimm den Zucker zum Stall,
Laß dich streicheln, und bitte,
Komme mir nicht zu Fall.
Ja, da stellst du die Ohren,
Schnupperst mit weichem Maul.
Brav so, kein Wort verloren,
Morgen machen wir faul!

Helmuth Richter

Neue Arzneimittel

„Hyphibion“

Zusammensetzung: Totalextrakt der gesamten Hypophysen von Schlachttieren (Vorder-, Mittel- und Hinterlappen).

Indikation: Hypophysär-diencephale Regulationsstörungen, Verlängerung der Wirkdauer von Hypophysen-Implantaten, präpuberale Entwicklungshemmungen, zur Tonisierung in der Rekonvaleszenz und bei kachektischen Zuständen.

Dosierung: Je 5—10 Tropfen auf einem Teelöffel morgens nüchtern beim Aufstehen und abends unmittelbar vor dem Zubettgehen. Auf der Zunge zerfließen lassen oder gut verspeicheln und nichts nachtrinken.

Handelsform: Klein-Packung mit 10 ccm DM 3.35; Orig.-Packung mit 20 ccm DM 6.15; Groß-Packung mit 300 ccm.

Hersteller: Chemisch-Pharmazeutische Fabrik Adolf Klinge GmbH, München 23, Leopoldstraße 24.

„Dairin“ (Wz)

1 Tabl. zu 0,3 g enthält 0,1 g Azorhodanid H (C₁₂H₁₂N₄HSCN). Die im DAIRIN vorhandenen Abkömmlinge des körpereigenen Abwehrstoffes Rhodan in Form organ. gebundener Rhodanwasserstoffsäure zu einer kristallinen Verbindung wirken tuberkulozid.

Tuberkulosen jeder Art, besonders auch zur Behandlung chemotherapieresistenter Tuberkulosen. Keine Nebenerscheinungen.

Tabletten zu 0,3 g	50 Stück	DM 13.40
Tabletten zu 0,3 g	100 Stück	DM 22.20
Pulver	5 g	DM 9.40.

Hersteller: Chem.-pharm. Fabriken Dr. med. Hubold & Bartsch, Hamburg 1, Pharmacolor GmbH., Sandkrug/Oldbg.

„Monapax“ (Wz.)

gegen Keuchhusten, Reiz- und Krampfhusten enthält u. a. Drosera, Hedera, Ipecac., China, Hyoscyam. Dieses neue Präparat sehr regelmäßig verabfolgt, beseitigt Krämpfe, Erstickungsanfälle, Erbrechen u. a. m. schon in wenigen Tagen. **Vorzüge:** Frei von Codein, Opiaten und Antibiotica, daher keine gastrointestinalen Störungen, keine Vernichtung oder physiol. Darmflora, ausgezeichnet verträglich. O. P. 20 ccm DM 1.89.

Hersteller: Apotheker Müller G.m.b.H., Bielefeld.

„Rosimon“ (Wz.)

Analgeticum-„forte“ und Spasmolyticum mit antihistaminischem Begleiteffekt

Zusammensetzung: Phenethylamincitrat-Trimethylxanthin 0,09 g; Salicylamid-Acetylphenetidin 0,45 g; Ravizol 0,09g.

Indikationen: Akute und chronische Schmerzzustände jeder Ätiologie, Pathogenese und Stärke.

Dosierung: Erwachsene nehmen bei Bedarf 5 × tägl. 1—2 Tabl. (in leichten Fällen 3 × 1 Tabl.); Kinder (über 12 Jahre) nach Verordnung des Arztes 1/2—1 Tablette.

Zur Vorbeugung dient im allg. die Hälfte obiger Dosen.

Packungen: O. P. mit 15 Tabletten; O. P. mit 50 Tabletten.

Neueste Literatur: K. Kersting: Ärztl. Praxis VI/35 (1954); K. Fenner: Medizinische Monatsschr. 8, 318 f. (1954). Sonderdrucke sind verfügbar.

Hersteller: RAVENSBERG GMBH, Chemische Fabrik, Konstanz/Bodensee.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G.m.b.H., München 23, über „Arctuan“; Ciba Akt.-Ges., Wehr/Baden, über „Antistin-Pravin“; Uzoa-Werk, Melsungen, über „Uzoa-Präparate“; Aktienges. f. med. Produkte über „Bollacorn“; Underberg G.m.b.H., Rheinsberg, über „Underberg“; Almos Fritzsche & Co. G.m.b.H., Viernheim, über „Bellaserp“; Helopharm KG., Berlin N 20, über „Hidacid“; C. F. Asche & Co. A.G., Hamburg, über „Mydalgan-Balsam“; Bauer & Cie, Düsseldorf, über „Rutilazon“.

E-S-W-1957, 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, Hasenbergstraße 3. Druck: Ernst Kleit, Stuttgart-W, Rotbühlstr. 75-77. — Ausgabe Oktober 1954. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.