

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1955

4 (1.4.1955)

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 4

STUTTGART, APRIL 1955

10. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Das geht uns alle an! Von Dr. med. A. Kreidler . . .	73	Eingesandt	
Ein verkrüppeltes Krüppelgesetz	75	von Dr. jur. Klink	83
Die Sozialleistungen in der Bundesrepublik, von Volrad Deneke	76	von Dr. med Gamber	84
Aus der Rechtsprechung des Kassenarzt-Senats beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, von Dr. jur. Buss	78	Pressestelle	84
Wenn Ärzte ihre Praxis tauschen	79	Kurznachrichten	84
Kündigungsschutz für Praxisräume, von Dr. jur. Cordes	80	Buchbesprechungen	86
Aktuelle Fragen aus dem Steuerrecht, von Dr. jur. Cordes	81	Bekanntmachungen	89
Samuel Hahnemann, von Dr. med. E. Unseld	81	Nordwürttemberg	91
		Südwestdeutschland-Hohenzollern	93
		Nordbaden	94
		Südbaden	95
		Abseits	96
		Neue Arzneimittel	96

Das geht uns alle an!

Von Dr. med. A. Kreidler

Es sind viele schwere Probleme, mit denen sich unsere Berufsverbände seit Ende des Krieges auseinanderzusetzen haben. Eines davon ist die **berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung und das Verhältnis der Unfallberufsgenossenschaften zu den niedergelassenen Ärzten**. Die älteren Ärzte haben die Zeit vor 1932, als der Vertrag mit den Berufsgenossenschaften noch nicht bestand, noch gut in Erinnerung. Damals war es jedem Praktiker und Facharzt freigestellt, diejenigen Betriebsunfälle in seine Behandlung zu nehmen, die keiner Krankenhaus- oder Spezialbehandlung bedurften. Es ist wohl kein Zweifel daran, daß der verantwortungsbewußte Arzt schon damals die Grenzen erkannt hat, die ihm bei der Behandlung der Kranken gezogen waren. Die Unfallberufsgenossenschaften ihrerseits drängten immer wieder auf reine Spezialbehandlung aller Unfallverletzten mit der Begründung, daß da und dort Fehler vorgekommen seien, die längere Arbeitsunfähigkeit mit prozentual höheren Dauerschäden bedingt hätten. Hierüber heute noch zu diskutieren, ist zwecklos. Dauerschäden oder gar Invalidität können nun einmal die Folge von Unfällen sein, sie pflegen aber auch einzutreten, wenn Krankenhaus- oder Facharztbehandlung stattgefunden hat, wenn der Fall entsprechend schwer war oder Komplikationen sich einstellen. Man hat von seiten der Unfallberufsgenossenschaften vor 1932 die praktizierenden Ärzte in einer Weise für die Unfallfolgen verantwortlich gemacht, wie dies niemals den Tatsachen entsprach. Gewiß mag dieser oder jener Bruch schlechter geheilt sein als zu erwarten war, aber ich frage mit Recht, kommt so etwas nicht auch bei stationärer Behandlung vor? Jeder von uns, die wir langjährig in der Allgemeinpraxis tätig gewesen sind, könnte über solche Fälle berichten.

Was geschah nun durch diesen Vertragsabschluß von 1932? Den praktizierenden Ärzten wurde das Recht versagt, weiterhin die Behandlung der Unfallverletzten nach ihrem Gutdünken durchzuführen. Den Berufsgenossenschaften andererseits wurde das Recht eingeräumt, nach ihrem Belieben durch Fachärzte die Behandlung kontrollieren oder durchführen zu lassen. **Was allen Ärzten mit der Approbation zugestanden war, wurde ihnen durch die Berufsgenossenschaften durch Vertrag verweigert**. Ich darf bei dieser Gelegenheit ausdrücklich betonen, daß jene Ärzte, die den Vertrag von 1932 unterschrieben haben, sich wohl ihrer großen Verantwortung nie bewußt waren. Wären sie sich ihrer Verantwortung und der Tragweite der daraus entstehenden Folgen bewußt gewesen, so hätten sie diesen Schandvertrag nie unterzeichnen dürfen. Wie haben sich nun die Dinge inzwischen entwickelt, und wo stehen wir heute?

Es gibt kaum ein Gebiet der ärztlichen Tätigkeit, in welchem das rein Ärztliche auf ein so tiefes Niveau herabgesunken ist wie gerade in der Behandlung der Unfallverletzten. War es noch vor einigen Jahren wenigstens so, daß die Mehrzahl der Verletzten mit kleineren Unfällen primär den Hausarzt aufsuchte, so haben wir heute den Zustand erreicht, wo auch die kleinen und kleinsten Unfälle direkt zum Unfallarzt wandern. Wodurch dies im Einzelfalle veranlaßt wird, ist auch schon eine Sache für sich. Der Durchgangsarzt oder Unfallarzt ist zu einem **Modebegriff** geworden, und die Verletzten werden glauben gemacht, daß nur der Unfallarzt ihre kleine Verletzung zu behandeln berechtigt und in der Lage sei. Die Verletzten kommen dann nachher mit dem Bericht des Durchgangsarztes, und wir dürfen den mehr oder weniger guten Verband

besichtigen und haben dann die Ehre, eine Krankmeldung für die Verletzten zu schreiben. Es soll Kollegen geben, die sich mit diesem Zustand abgefunden haben und zufrieden sind, wieder einen neuen Schein zu haben. Wie trostlos ist aber diese Einstellung! Hier möchte man sagen, daß 4 oder 5 DM für einen Schein noch viel zu viel ist. Wer sich als Arzt auf das Niveau eines Sanitätsgefreiten herabsetzen läßt, verdient auch keine bessere Bezahlung als ein solcher! Es ist ein völlig untragbarer Zustand, daß alle diese kleinen und kleinsten Unfälle unserer Behandlung teilweise oder ganz entzogen worden sind, denn sie machten einen ganzen Teil der ärztlichen Praxis aus.

Und wie sieht es mit der Kostenfrage der ganzen Angelegenheit eigentlich aus? Die Durchgangsärzte bekommen für ihre kleinen Berichte alleine schon so viel bezahlt wie wir als Pauschale für einen Schein. Wie viele Gelder werden völlig sinnlos für Röntgenaufnahmen, um nur ein Beispiel zu nennen, ausgegeben, die weder indiziert noch notwendig sind. Sie werden nur deshalb gemacht, weil sie von seiten der Berufsgenossenschaften bei jeder Einwirkung auf das Skelettsystem verlangt werden. Schließlich ist nicht jede einfache Distorsion ein Grund, Röntgenaufnahmen zu machen. Hier werden schließlich die sauer verdienten Groschen der Arbeiter geradezu zum Fenster hinausgeworfen, denn nur die Versicherten müssen aus ihrer Tasche diese unsinnigen Kosten bestreiten.

Wie steht es aber mit dem Recht der Kranken auf freie Arztwahl? Gewiß, zum Zwecke der Krank- und Gesundheitsmeldung braucht man ja immer noch den Hausarzt, er darf auch noch einige Verbände wechseln. Im übrigen werden die Kranken zwangsweise in die berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung befohlen. Es gibt sogar Betriebe, die den Ausfall von 3 Tagen an Krankengeld (Karenzzeit) bei Betriebsunfällen ihren Arbeitern dann nicht bezahlen, wenn sie nicht direkt zum Durchgangsarzt in Behandlung gehen.

Dieser Zwang, der auf die Kranken ausgeübt wird, verstößt in grösster Weise gegen die Grundrechte unserer heutigen Verfassung und ist im wahrsten Sinne un-demokratisch.

Daß die Unfallberufsgenossenschaften nicht einmal alle Fachabteilungen für Chirurgie für würdig befunden haben, ist doch auch eine gänzlich absurde Angelegenheit. Man hätte doch wenigstens hier erwarten dürfen, daß alle chirurgischen Krankenhäuser uneingeschränkt zur Unfallbehandlung zugelassen worden wären. Für die Kranken ergibt sich vielerorts, insbesondere draußen auf dem Lande und in Kleinstädten, daß sie weite Wege zum Unfallarzt machen müssen, was wieder mit Geld- und Zeitverlusten verbunden ist.

Wir alle, die wir seit längerer Zeit die ganze Entwicklung miterlebt haben, sind uns darüber im klaren, daß der heutige Zustand unbedingt ganz grundlegend geändert werden muß. Ich habe mit vielen Kollegen über die Mißstände gesprochen, und die Meinungen darüber sind bei den niedergelassenen Ärzten überall dieselben.

Alleine, wir sind uns auch im klaren, daß eine zahlenmäßig kleine Minderheit stark daran interessiert ist, daß die Dinge so bleiben. Es sind in erster Linie die Herren Durchgangsärzte selbst und die Krankenhäuser. Diese Stellen bzw. Fachärzte haben schon früher den Standpunkt vertreten, daß nur sie in der Lage seien, diese Unfälle fachgemäß zu behandeln. Schließlich bil-

den die schönen Einkünfte aus der Durchgangsarztstätigkeit eine recht erhebliche Einnahmequelle für die Krankenhausverwaltungen. Demgegenüber ist hier mit aller Klarheit festzustellen, daß es im heutigen Existenzkampf bei der starken Überbesetzung im ärztlichen Beruf nicht in erster Linie um die Belange jener Minderheit geht, sondern um die Interessen der breiten Masse der Ärzte. Wenn man 20 % mehr Ärzte zulassen will, so muß ihnen auch ein Tätigkeitsfeld erhalten bleiben.

Was die rein ärztliche Seite des Fragenkomplexes angeht, so kann heute festgestellt werden, daß sich die Verhältnisse in den letzten 20—30 Jahren doch geändert haben. Jeder nieder- und zugelassene Arzt verfügt heute über ein gutes Rüstzeug, denn seine Zulassung ist an eine mindestens 3jährige Assistentenzeit gebunden. Vor dem Kriege, also von 1933 bis 1940, waren es sogar 4 Assistentenjahre. Ich wage nun festzustellen, daß jeder dieser Ärzte in der kleinen Chirurgie so gut ausgebildet ist, daß er die Wundbehandlung lege artis durchführen kann, daß er einfachere Frakturen behandeln kann und nicht zuletzt, daß er in der Lage ist, Röntgenbilder und Befunde zu beurteilen. Entweder hat der Kollege selbst die Zulassung zur Röntgentätigkeit und ist damit berechtigt, die Aufnahmen selbst zu machen und zu beurteilen, oder aber er bekommt als Nicht-Röntgenarzt sowieso einen fachärztlichen Röntgenbefund. Damit sind die Voraussetzungen für eine sachgemäße Behandlung derjenigen Unfallverletzungen gegeben, die schlechthin zu dem Krankengut des niedergelassenen Arztes gehören.

Es ließe sich noch sehr vieles zu dem ganzen Fragenkomplex sagen, z. B. könnte die Frage erörtert werden, ob eine Einrichtung wie die Berufsgenossenschaft jemals das Recht hatte, dem Arzt das zu verbieten, wozu er auf Grund seiner Approbation berechtigt ist.

Der heutige Zustand ist — mit kurzen Worten gesagt — völlig untragbar und für die niedergelassenen Kollegen entwürdigend.

Daher stellen wir folgende klare und unzweideutige Forderungen:

1. Wiederherstellung eines demokratischen Rechtszustandes für alle Unfallverletzten. Es muß den Kranken selbst überlassen bleiben, welchen Arzt sie für ihre Behandlung wählen.
2. Die analoge zweite Forderung ist die uneingeschränkte Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte, die bisher nur die Handlanger der Unfallärzte sein durften, bei der Behandlung der Betriebsunfälle.
3. Die Honorierung der Behandlung hat wie bisher nach Einzelleistung zu erfolgen.

Nur auf dieser Basis können wir uns bereit erklären, einem neuen Vertrag mit den Unfallberufsgenossenschaften zuzustimmen. Wir haben die dringende Bitte an die Vertreter unserer derzeitigen Berufsorganisationen, daß sie niemals bereit sind, wieder einen Vertrag zu unterzeichnen, der den gegenwärtigen Zustand weiter sanktioniert oder aber nur eine Teillösung für uns bringt.

Trotz des großen Machtfaktors, den die Berufsgenossenschaften darstellen, ist festzustellen, daß sie nur die Sachwalter des Heeres der Unfallverletzten sind.

Zum Schluß darf ich noch andeuten, daß sich auch auf einem anderen Gebiete seit Kriegsende eine Entwick-

lung angebahnt hat, die uns mit Sorge erfüllt, ich meine den heutigen Betriebsarzt. Man wird sehr kritisch und sorgfältig über diesen Zustand wachen müssen, und es wäre zu begrüßen, wenn die Berufsorganisationen schon

jetzt sich mit den Dingen befassen würden, um nicht eines Tages auch hier vor gegebenen Tatsachen zu stehen.

Anschrift des Verfassers: Ludwigsburg, Myliusstr. 8

Zur eindrücklichen Kennzeichnung der Lage geben wir noch im folgenden einen Aushang der „Süddeutschen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft“ und eine Anweisung für Unfallverletzte wieder. Schriftleitung.

Süddeutsche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft
Stuttgart-O, Haubmannstraße 4 Sektion III Fernruf 24 07 55

Bei Arbeitsunfällen zu beachten!

(auch bei Unfällen auf dem Wege nach und von der Arbeitsstätte)

Bei schweren Unfallverletzungen sofortige Überführung möglichst von der Unfallstelle aus in eines der nachstehenden Krankenhäuser:

Kreiskrankenhaus

— Andere Krankenhäuser nicht zulässig! —

Bei allen übrigen Verletzungen hat der arbeitsunfähige Unfallverletzte, bevor der Kassenarzt in Anspruch genommen wird, den nachstehenden Facharzt (Durchgangsarzt) — einen der nachstehenden Fachärzte (Durchgangsärzte) — aufzusuchen, und zwar sogleich von der Arbeitsstelle aus und möglichst sofort nach dem Unfall.

Den Überweisungsschein erhält der Verletzte vom Betriebe.

Dr. X
Chefarzt der chirurg. Abteilung
des Kreiskrankenhauses

Dr. Y
Facharzt für Chirurgie

Nur wenn der Unfallverletzte sich bereits in Behandlung eines Kassenarztes für Chirurgie befindet, erübrigt sich eine Untersuchung durch den Durchgangsarzt. Der Durchgangsarzt bestimmt im Auftrage der Berufsgenossenschaft über die ärztliche Behandlung. Seinen Anordnungen ist Folge zu leisten. Hält er besondere Heilmaßnahmen nicht für geboten, so hat der Verletzte, wenn er krankenversichert ist, nach den Bestimmungen seiner Krankenkasse die Wahl unter den zugelassenen Kassenärzten. Die Ausstellung eines Krankenscheines ist dann erforderlich. Der Durchgangsarzt ist auch dann sofort aufzusuchen, wenn der Verletzte wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen erneut ärztlicher Behandlung bedarf. Bei Augen- oder Ohrverletzungen ist ein Augen- oder Ohrenfacharzt aufzusuchen.

Süddeutsche Eisen- u. Stahl-Berufsgenossenschaft

Sektion III

Gesetzliche Unfallversicherung

Stuttgart-O

Haubmannstraße 4 Postfach 45
Fernruf 24 07 55

Herrn

An Frau in

Fräulein

Mitglied der Allgemeinen Orts-, Innungs-, Betriebskrankenkasse zu

Sie wollen sich sogleich, spätestens morgen vormittag, unter Vorzeigung dieses Schreibens einem der nachbenannten Fachärzte (Durchgangsärzte)

Dr. X

Chefarzt der chirurg. Abteilung
des Kreiskrankenhauses

Dr. Y

Facharzt für Chirurgie

zur Untersuchung vorstellen.

Firmenstempel:

Falls die unfallverletzten Körperstellen schon geröntgt worden sein sollten, wollen Sie die Röntgenaufnahme mit zum Durchgangsarzt nehmen, wenn das ohne größeren Zeitverlust möglich ist.

Diese Aufforderung gilt natürlich nicht, wenn Sie inzwischen auf Veranlassung einer anderen Stelle (Krankenkasse, Arzt) einen Durchgangsarzt schon aufgesucht haben sollten oder bereits in Behandlung eines Facharztes stehen.

Vom Betrieb zu beachten: Hat der Unfall eine (völlige oder teilweise) Erwerbsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen zur Folge, ist die vorgeschriebene (gelbe) Unfallanzeige zu erstatten.

D 4 (Durchgangsarztverfahren): Schreiben der Berufsgenossenschaft (durch den Betrieb) an den Unfallverletzten.

Ein verkrüppeltes Krüppelgesetz

Bonn (ÄPI). — Anlässlich der letzten Fragestunde im Bundestag hat der Bundesinnenminister angekündigt, daß in Bälde mit der Vorlage eines Gesetzentwurfes über die Fürsorge für Körperbehinderte zu rechnen sei. Der „Aktionsausschuß für Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ hat sich auf seiner letzten Sitzung mit den Referentenentwürfen zu diesem Gesetz beschäftigt und u. a. dazu folgende Stellungnahme abgegeben:

„Seit geraumer Zeit wird im Bundesinnenministerium (BIM) über ein Krüppelfürsorgegesetz beraten. Die Entwürfe bauen sich zum Teil auf dem früheren preußischen Krüppelgesetz von 1920 auf. Damals, vor allem vor dem 1. Weltkrieg, hatte sich die Versorgung der Krüppel durch karitative Einrichtungen allein in keiner Weise als ausreichend erwiesen. Hinzu kam, daß es nur wenige orthopädisch ausgebildete Ärzte gab.

Durch Aufklärung in der Bevölkerung, durch den Ausbau der Sozialversicherung, durch die Zunahme orthopädischer Ärzte und deren Niederlassung auch außerhalb von Großstädten, durch die Einbeziehung der Orthopädie in die Pflichtfächer für das Staatsexamen und endlich durch die Gründung eigener Lehrstühle sind die heutigen Gegebenheiten völlig andere als in den Jahren 1910 bis 1920.

HDV für Ärzte

Infolgedessen muten die beiden letzten Entwürfe des BIM wirklichkeitsfremd an, sie passen sich den heutigen modernen Voraussetzungen und Auffassungen nicht an. Verwaltung und Erfassung der Menschen droht Selbst-

zweck zu werden. Die Behandlung durch den Arzt soll durch eine der HDV (Heeresdienstvorschrift) ähnliche Einrichtung behördlich gelenkt werden.

Wir verstehen, wenn man im letzten Entwurf aus psychologischen Gründen das Wort „Krüppel“ vermeidet und nur von Körperbehinderten spricht. Dann aber muß man die Begriffsbestimmung genau festlegen.

In das Gesetz sollen alle Personen einbezogen werden, die durch eine Fehlform oder Fehlfunktion des Stütz- und Bewegungssystems dauernd in ihrer Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sind oder in Zukunft sein werden. Das Wort „wesentlich“ ist eine Kautschukbezeichnung. In dem Wort „Krüppel“ war sinngemäß eine Abgrenzung enthalten. Wegen des dehnbaren Begriffes von „wesentlich“ wurde der Referent im BIM befragt, ob darunter auch die Senkfüßler oder Träger eines versteiften Fingers zu verstehen seien. Er bejaht diese Frage und gab damit zum Ausdruck, daß dieses Gesetz eine Ausweitung erfahren soll, die weder von den Antragstellern noch von den Betroffenen gutgeheißen wird. Ja, der Bürger dieses Staates kann sich mit Recht seine Einbeziehung in das Gesetz verbitten, wenn bei ihm eine eindeutige Verkrüppelung gar nicht vorliegt. Von dem seelischen Schock soll gar nicht gesprochen werden.

Umfassende Meldepflicht

In den Entwürfen wird des weiteren eine umfassende Meldepflicht verlangt. Bisher war es üblich, nur bei Seuchenerkrankungen eine Meldepflicht zu erzwingen. Aus diesem Grunde halten wir eine Meldepflicht für Krüp-

pel oder Körperbehinderte für unnötig und unzulässig. Wir wollen dagegen von einem Melderecht sprechen, d. h. jeder, dessen Leiden unter dieses Gesetz fallen, kann sich melden oder melden lassen. Von einer Verpflichtung kann und darf nur dann die Rede sein, wenn ein Erziehungsberechtigter seine Sorgfaltspflicht verletzt, indem er nichts unternimmt, was zur Entkrüppelung seines Pflegebefohlenen führt oder solche Maßnahmen abbricht und damit seine Pflegeperson der Gefahr der Verkrüppelung aussetzt. Der freie Wille des Erwachsenen darf nicht angetastet werden.

In dem Entwurf wird ein Landeskrüppelarzt, bzw. ein Landesarzt für Körperbehinderte für notwendig gehalten. Er soll ein hauptamtlicher, besonders dazu berufener Facharzt sein, der durch die Fülle seiner Aufgaben so ausgelastet ist, daß er nicht in der Lage sein wird — und das hoffen wir — noch eine zusätzliche Tätigkeit auszuüben. Dagegen hoffen wir nicht, daß die anderen Fürsorgezweige nach ähnlichen Bezeichnungen trachten, wie etwa Landeskreislaufarzt oder Bundeszuckerarzt.

Entartete Sprechstage

Besondere Aufmerksamkeit müssen wir den einzelnen Aufgaben dieses Landeskrüppelarztes schenken, besonders in bezug auf die Sprechstage und die ihm zugeordnete Überwachung. Diese Sprechstage — wir denken dabei an den Süden — gleichen vielenorts einer umherreisenden ambulanten Poliklinik, ja man kann beinahe von einer Entartung dieser Sprechstage reden. Es gibt glücklicherweise nicht viele echte Krüppelfälle, die besonderer fürsorglicher Maßnahmen bedürfen, denn die überwiegende Mehrzahl wird im Rahmen der Sozialversicherung und des Bundesversorgungsgesetzes betreut. Mangels Krankengut wird, wie schon anfangs angedeutet, eine Ausweitung vorgenommen, die gar nichts mehr mit Krüppelleiden zu tun hat und oft genug bei den mittels einer offenen Karte zum Krüppelsprechtag Vorgeladenen bässe Verwunderung oder auch Empörung hervorruft, nämlich bei Senkfüßlern, Haltungsfehlern und ähnlichen Leiden.

Die ärztlichen Untersuchungen selbst sollten bei der Großzahl vorhandener Orthopäden von diesen, wie es in einigen Ländern schon geschieht, vorgenommen werden, denn die echten Krüppelfälle bedürfen meist einer Behandlung, zum mindesten in den ersten Jahren.

Sollte es noch ländliche Gegenden geben, in denen die Verkehrsverhältnisse ungünstig sind, dann muß man der Frage nähere treten, ob nicht für den freipraktizierenden Facharzt, soweit es sich um ambulante Behandlung und um Ausnahmen handelt, eine Konsiliartätigkeit außerhalb seines Wohnortes möglich ist, die in ihrer Art den Bestimmungen nicht widerspricht. Ein Gesetz zur Regelung dieser Frage ist nicht nötig. Eine Behandlung, gleich welcher Art, ist aber niemals Aufgabe einer Fürsorgeeinrichtung.

Amtliche Bevormundung

Ebenso eindeutig bestreiten wir dem Landeskrüppelarzt das im Entwurf vorgesehene Recht, die Tätigkeit des freipraktizierenden Arztes zu überwachen (sowohl bei der Durchführung der Behandlung wie auch bei den erforderlichen Nachuntersuchungen). Wir sind für eine Zusammenarbeit, aber gegen jede Überwachung. Genau so entschieden lehnen wir den Passus im Gesetzentwurf ab, der den Ärzten vorschreibt, daß sie sich des vorgeschlagenen Heilplanes der ärztlichen Beratungsstelle zu bedienen oder einen eigenen vorzuschlagenden Heilplan im Benehmen mit der Beratungsstelle durchzuführen haben. Ist also ein Klinikleiter nicht gleichzeitig Landeskrüppelarzt oder dessen Hilfsarzt, so muß er erst bei diesem anfragen, ob er die von ihm für notwendig gehaltene Operation oder andere ärztliche Maßnahmen ausführen darf. Eine solche im Gesetz geplante Bevormundung macht jede Forschung und jeden Fortschritt unmöglich, sie verletzt zudem die ärztliche Standeswürde, dabei ist es ganz gleich, ob es sich um die Standeswürde eines Universitätsprofessors oder um die eines praktischen Arztes handelt.

Wir geben uns der Hoffnung hin, daß die Überwachung und die Bevormundung entfallen und daß einer Ausweitung der Kautschukbestimmung nicht Tür und Tor geöffnet werden. Der freipraktizierende Arzt ist der Hauptträger der Arbeit für die Volksgesundheit, deshalb gebührt ihm auch der Hauptplatz. Ohne seine Mitarbeit, ohne seine Kenntnis des Milieus, ohne sein Vertrauensverhältnis zum Kranken und Ratsuchenden wird kein Werk gelingen, das der Gesundheit des Volkes dienen soll. Das Dienen ist aber erst dann ein rechtes Dienen, wenn es die menschliche Würde und die persönliche Freiheit achtet."

Die Sozialleistungen in der Bundesrepublik

Die Ergebnisse einer Sondererhebung des Statistischen Bundesamtes

Von J. F. Volrad Deneke, Bonn

Das Statistische Bundesamt hat zum Jahreswechsel die wesentlichsten Ergebnisse des Ersten Teiles einer Sondererhebung über die Sozialleistungen in der Bundesrepublik veröffentlicht. Der gesamte Tatbestand „Krankheit“ ist zwar in dieser Sondererhebung ausgeklammert worden. Dennoch muß den hier erarbeiteten Daten auch seitens der Ärzteschaft besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn es handelt sich um statistisches Material, das künftig bei Beratungen über die Sozialreform immer wieder herangezogen und zitiert werden wird. Ferner gibt es eine Reihe von Daten dieser Untersuchung, die auch für die Gesundheitspolitik relevant sind.

Der bisher veröffentlichte Teil der Sonderstatistik beschäftigt sich mit laufenden Renten und Unterstützungen folgender Institutionen:

1. Unfallversicherung
2. Invalidenversicherung
3. Angestelltenversicherung
4. Knappschaftliche Rentenversicherung
5. Versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung
6. Kriegsoferversorgung
7. Unterhaltshilfe für Angehörige von Kriegsgefangenen
8. Lastenausgleich
9. Arbeitslosenfürsorgeunterstützung
10. Öffentliche Fürsorge

Die Erhebung wurde im Stichprobenverfahren durchgeführt, indem alle Renten- und Unterstützungsempfänger, deren Familienname mit L beginnt, erfaßt wurden. Die ermittelten Ergebnisse sind dann auf dieser Auswahl von 4,5 v. H. auf Gesamtzahlen „hochgerechnet“. Erhebungsmonat war der September 1953. Es wurden insgesamt 631 000 Meldungen bearbeitet.

21 v. H. der Bevölkerung beziehen Sozialrenten

Das vielleicht erschreckendste Ergebnis der Untersuchungen ist die Bestätigung des Ausmaßes der „Verrentung“ des Deutschen Volkes in der Bundesrepublik und Westberlin. Von 10,4 Millionen Renteneempfängern werden 13,9 Millionen Renten und laufende Unterstützungen bezogen. Neben den 10,4 Millionen direkt durch Sozialleistungen unterstützten Personen wurden im September 1953 weitere 1,51 Millionen, davon 0,91 Millionen Kinder und Jugendliche, durch Familienzuschläge der direkt Anspruchsberechtigten indirekt unterstützt. Auf die Bevölkerungszahl des Bundesgebietes und Westberlins nach dem Stande vom Ende des Jahres 1953 bezogen, ergeben diese direkt und indirekt durch Sozialleistungen laufend unterstützten 11,9 Millionen von 51,5 Millionen eine Rentnerdichte von rund 21 auf 100 Einwohner.

Von den 13,9 Millionen Rentenfällen entfielen 30,5 v. H. auf die Invalidenversicherung, 30,2 v. H. auf die Kriegsopferversorgung und 9,4 v. H. auf die Angestelltenversicherung. Die durchschnittlichen Nettobeträge der tatsächlich ausgezahlten Renten lagen je Rente bei monatlich 62,88 DM. Da jedoch 3,2 Millionen Personen mehr als eine Rente bezogen, lag der durchschnittliche Nettobetrag je Rentner höher, und zwar für Sozialleistungsempfänger

mit 1 Rente oder Unterstützung bei 73,82 DM,
mit 2 Renten oder Unterstützungen bei 102,08 DM,
mit 3 Renten oder Unterstützungen bei 157,28 DM.

Die Steigerung dieser Durchschnittsbeträge ist jedoch nicht nur darauf zurückzuführen, daß eben Renten kumuliert werden, sondern hängt in der Regel auch damit zusammen, daß die rechtliche Möglichkeit des Bezuges von mehrfachen Leistungen mit Voraussetzungen ver-

bunden ist, die an sich schon zu höheren Ansprüchen in jeder einzelnen Leistungsart berechtigen. Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen damit die vorausgegangenen Kieler Untersuchungen Mackenroths über Rentenkumulationen. Man darf dabei nicht vergessen, daß neben diesen Kumulationen auch die Fälle nicht allzu selten sein dürften, in denen rechtlich zustehende Renten nicht bezogen werden, weil sich insbesondere alte Leute und Witwen nicht immer über das klar sind, was sie beanspruchen könnten. Auch darauf ist von Mackenroth hingewiesen worden.

Selbstverständlich darf aus den mitgeteilten Zahlen nicht geschlossen werden, daß die 10,4 Millionen Renteneempfänger mit ihren Angehörigen aus den Renten und Unterstützungen allein ihren Lebensunterhalt zu bestreiten haben. In dieser Beziehung wird man sich erst ein etwas klareres Bild machen können, wenn auch der zweite Teil der Sondererhebung des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht wird. Bisher ist nur die Rentenkonzentration auf die Person nachgewiesen worden, nicht aber auf die Familie oder Haushaltung. Schon die Tatsache, daß die Nettorenten in rund 29 v. H. aller Fälle gekürzt werden und dadurch 14 v. H. des Bruttobetrages der Gesamtrentensumme eingespart wird, deutet auf diesen Tatbestand hin.

Für die Rentenverflechtung ist es charakteristisch, daß die Kürzungen zu 61,1 v. H. erfolgen wegen Zusammentreffens der gekürzten Rente mit anderen Sozialleistungen allein, in weiteren 12 v. H. wegen Zusammentreffens mit anderen Sozialleistungen und sonstigen Einkommen. Nur in 26,9 v. H. der Fälle wurde wegen Zusammentreffens mit sonstigen Einkommen gekürzt.

Altersstruktur der Renteneempfänger

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitspolitik und die ärztliche Standespolitik im Hinblick auf ihre Zusammenhänge mit der allgemeinen Sozialpolitik sind die Daten der statistischen Sondererhebung über die Altersstruktur der Renteneempfänger. Hier interessieren in erster Linie Unfallversicherung, Invalidenversicherung und Angestelltenversicherung. Die nachstehende Tabelle gibt die Altersstruktur der Sozialleistungsfälle bzw. Rentenfälle, nicht also der Rentner.

Sozialleistungsart	Von 100 Empfängern standen im Alter von ... bis unter ... Jahren					
	unter 16	16—40	40—50	50—60	60—65	65 und mehr
Unfallversicherung						
Verletztenteilrente	0,2	15,9	20,6	26,9	10,9	25,5
Verletztenvollrente	0,1	7,1	19,0	36,4	12,4	25,0
Witwen(r)rente	—	6,4	17,3	28,6	14,8	32,9
Waisenrente	75,9	24,1	—	—	—	—
Elternrente	—	—	3,8	23,8	11,4	61,0
Zusammen	5,5	14,7	18,5	25,5	10,8	25,0
Invalidenversicherung						
Invalidenrente	—	2,8	5,1	13,9	15,4	62,8
Witwen(r)rente	—	2,9	9,4	16,4	15,0	56,3
Waisenrente	78,4	21,5	—	—	—	0,1
Zusammen	17,5	4,9	5,0	11,4	11,9	47,3
Angestelltenversicherung						
Ruhegeld	—	3,3	4,7	13,3	15,2	63,5
Witwen(r)rente	—	11,6	24,9	24,2	12,0	27,3
Waisenrente	81,1	18,9	—	—	—	—
Zusammen	15,4	9,2	10,8	14,6	11,2	38,8

Danach waren also zum Zeitpunkt der Erhebung 37,2 der Invalidenrentner und 36,5 der Ruhegeldbezieher in der Angestelltenversicherung jünger als 65 Jahre. Da nach Statistiken der Sozialversicherungsträger innerhalb der jährlichen Neuzugänge an Invalidenrentnern sogar 60,2 v. H. der Männer und 83,0 v. H. der Frauen, innerhalb der Ruhegeldempfänger der Angestelltenversicherung 51 v. H. der Männer und 82,7 v. H. der Frauen unter 65 Jahre alt sind, muß damit gerechnet werden, daß sich das Ausmaß der Frühinvalidität in der Bundesrepublik weiter erhöht.

Sieht man einmal davon ab, daß es jedermanns Wunsch sein sollte, bis zum 65. Lebensjahre oder darüber hinaus arbeitsfähig und gesund zu sein, und sieht man ferner davon ab, daß ein Teil der Frühinvalidität vielleicht auch ein wenig auf den Wunsch zurückzuführen sein mag, daß man den Schrebergarten und das bloße Dasein hier und dort auch bei geringerem Einkommen dem immer härter werdenden Existenzkampf schon etwas früher als nach dem 65. Geburtstag vorziehen möchte, so bleibt hier doch ein volkswirtschaftliches, gesundheits- und sozialpolitisches Problem erster Ordnung zu lösen. Das Problem ist so groß, daß es nur von der Ge-

samtärzteschaft und allen ihren „Reserven“ gelöst werden kann. Seit dem Münchner Ärztetag hat die Ärzteschaft immer und immer wieder der Öffentlichkeit und insbesondere der politischen Öffentlichkeit in Bund und Ländern entsprechende Vorschläge unterbreitet. Vielleicht gelingt es der Überzeugungskraft bundesstatistischer Zahlen besser, die Gesundheits- und Sozialpolitiker in den Parlamenten nun endlich zu Initiativen zu ermuntern — zu Initiativen, die nicht nur die Diskussion bereichern.

Man darf hoffen, daß Erarbeitung und Veröffentlichung des zweiten Teiles der Sondererhebung des Statistischen Bundesamtes nicht allzulange auf sich warten lassen. Mit Probeerhebungen ist bereits begonnen worden. Die Gesamtveröffentlichung wird wertvolles Material für die künftige Sozialpolitik darstellen, Material, das allzulange schon entbehrt werden mußte. Man darf hoffen, daß dieses Material der sozialpolitischen Aktivität in Regierung, Parteien und Parlament neue Impulse verschaffen wird, damit die versprochene umfassende Sozialreform noch in der laufenden Legislaturperiode wenigstens anrollt.

Aus der Rechtsprechung des Kassenarzt-Senats beim Landessozialgericht Baden-Württemberg

Von Dr. jur. B u s s

Die ersten beiden Entscheidungen des Kassenarzt-Senats betrafen die Disziplinarbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden (KVNB). Der Senat vertrat hier folgende Auffassung:

Die KVNB ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes, die für ihren Bereich die Rechte und Pflichten der KVD übernommen hat. Gegenüber ihren Mitgliedern steht ihr nach § 8 der in ihren Grundzügen gültig gebliebenen Satzung der KVD vom 27. Januar 1941 (in Verb. mit der hierzu ergangenen Anordnung vom 20. Februar 1941) Disziplinargewalt zu. Es ist nicht zu beanstanden, daß sie diese durch Disziplinarausschüsse ausübt. Die Disziplinarausschüsse sind jedoch keine besonderen Gerichte, weil sie nicht durch Gesetz errichtet sind (Art. 101 Abs. 2 des Grundgesetzes), keinerlei rechtssatzmäßige Garantie für die Weisungsfreiheit und persönliche Unabhängigkeit auch nur eines ihrer Mitglieder besteht und das Verfahren den Anforderungen eines gerichtlichen Verfahrens nicht entspricht. Die Disziplinarausschüsse können die Sozialgerichte nicht um eidliche Vernehmung von Zeugen ersuchen. In ihrem Verfahren sind eidliche Vernehmungen nicht vorgesehen. Wenn sie auch nach § 115 RVO Rechtshilfe beanspruchen können, so fallen doch Ersuchen um eidliche Vernehmungen nicht darunter. Die Entscheidungen der Disziplinarausschüsse (des Berufungsausschusses) sind vor den Sozialgerichten mit Klage anfechtbar. Dabei handelt es sich um Angelegenheiten der Kassenärzte, so daß lediglich Kassenärzte als Beisitzer mitwirken. Soweit die Disziplinarausschüsse nach ihrem Ermessen entscheiden — beispielsweise bei der Entscheidung, ob eine Disziplinarstrafe (und wenn ja, welche) verhängt oder ob das Verfahren wegen Geringfügigkeit eingestellt werden soll —,

können die Sozialgerichte nur prüfen, ob das Ermessen überschritten oder mißbräuchlich ausgeübt worden ist. Voll nachprüfbar ist dagegen, ob eine Pflichtverletzung des beschuldigten Arztes vorgelegen hat. Zu den Pflichten eines Kassenarztes gehört ein ordnungsmäßiges Verhalten im Verkehr mit den Krankenkassen. Dies ist nicht schon dann der Fall, wenn dieser Verkehr von Beleidigungen im Sinne des Strafgesetzbuches frei bleibt. Übergriffe eines Arztes können jedoch entschuldigt sein, wenn das vorausgegangene Verhalten der Krankenkasse der Anlaß und ebenfalls zu tadeln war. Duldete ein Kassenarzt in einer ihn persönlich betreffenden Angelegenheit, die das Aufgabengebiet der KV und der Krankenkassen berührt und bereits das Interesse der Öffentlichkeit geweckt hat, seine Abbildung in einer illustrierten Zeitschrift, die hierüber berichten will, so verletzt er damit in der Regel noch nicht die ihm obliegenden kassenärztlichen Pflichten.

In Zulassungstreitigkeiten sind weitere Entscheidungen ergangen, in denen der Senat ausführte:

Richtiger Beklagter ist der Berufungsausschuß, der in § 31 Abs. 2 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 durch Landesrecht für beteiligungsfähig erklärt wurde. Dies gilt auch bei Anfechtung von Beschlüssen der inzwischen weggefallenen Beauftragten der Vertragsparteien. Auf die Klage eines abgelehnten Bewerbers ist der zugelassene (beteiligte) Bewerber beizuladen, nicht dagegen die übrigen abgelehnten Bewerber, die kein Rechtsmittel eingelegt haben. Den sog. Vertragsparteien — dies sind die KV und die Landesverbände der Krankenkassen —, die sämtlich Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind, kommt ebenfalls die Stellung von Beigeladenen zu. Die ehemaligen Beauf-

tragten der Vertragsparteien waren zur Gestattung und Versagung der Beteiligung von Ärzten an der kassenärztlichen Versorgung auf Grund der Erklärung der Vertragsparteien vom 20. Juli 1949 befugt. In dieser Erklärung, die die Billigung des Arbeitsministeriums gefunden hatte, hatten die Vertragsparteien festgestellt, daß (damals) bis auf weiteres ordnungsmäßige Zulassungen von den in der Zulassungsordnung 1937 vorgesehenen Zulassungsinstanzen nicht mehr ausgesprochen werden können, und vereinbart, in Fällen eines Notstandes vorübergehende, widerrufliche Beteiligungen von Ärzten zu gestatten. Diese Regelung, die bis zum Inkrafttreten der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 galt, fand ihre rechtliche Grundlage in § 2 der Satzung der KVD, wonach die KVD die „Teilnahme an der von ihr sicherzustellenden ärztlichen Versorgung“ (früher: die Zulassung von Ärzten zur ärztlichen Versorgung) sowie die Beziehungen ihrer Mitglieder untereinander und zu den Trägern der Reichsversicherung „regeln“ konnte. Diese Rechte waren auf die KV übergegangen. Sie konnte sie im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der Krankenkassen ausüben, da sie nicht unübertragbar waren und die gemeinsame Handhabung einem vor 1933 jahrzehntelang gültigen Rechtszustand entsprach, der nach 1945 in fast allen Ländern der Bundesrepublik wieder eingeführt wurde. Die nach 1945 noch gültig gebliebene Zulassungsordnung aus dem Jahre 1937 stand dem nicht entgegen. Ihr Vorrang setzte normale Verhältnisse voraus. Im Jahre 1949 war jedoch eine außergewöhnliche Lage entstanden. Die Militärregierung hatte die Schaffung einer neuen Zulassungsordnung im Lande Württemberg-Baden verhindert. Zulassungsinstanzen in der Besetzung nach der Zulas-

sungsordnung 1937 waren nicht vorhanden. Den Vertragsparteien blieb daher nichts anderes übrig als die in der Erklärung vom 20. Juli 1949 getroffene Lösung, die sich auf das unumgänglich Notwendige beschränkte. In dem Verfahren der Beauftragten war die Zulassungsordnung 1937 entsprechend anzuwenden. Die Auswahl unter den Bewerbern hatten die Beauftragten nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Sie konnten einem an Approbation wie Lebensjahren etwa 2—3 Jahre älteren Arzt den Vorzug vor einem anderen geben, der bisher einige Monate die Kassenpraxis kommissarisch verwaltet und in der Hoffnung auf spätere Beteiligung trotz Warnung erhebliche finanzielle Aufwendungen gemacht hatte.

Bedeutsam ist noch eine Entscheidung, die einen heimatvertriebenen Zahnarzt betrifft, der nach § 70 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes die Zuweisung eines Tätigkeitsbereiches in einer Stadt beantragt hatte, aber in eine Nachbargemeinde zugewiesen worden war. Dieser hatte in dem darauf anhängig gemachten Rechtsstreit eine einstweilige Verfügung bzw. Anordnung beantragt, daß dem Zulassungsausschuß die Besetzung einer in der Stadt inzwischen ausgeschriebenen Zahnarztstelle bis zur rechtskräftigen Erledigung seines Rechtsstreites untersagt werde. Der Senat hat den Antrag als unzulässig verworfen, weil im sozialgerichtlichen Verfahren einstweilige Verfügungen überhaupt nicht und einstweilige Anordnungen nur in ganz bestimmten Sonderfällen statthaft sind, eine ausdehnende Anwendung dieser Sonderbestimmungen dem Willen des Gesetzgebers aber nicht entspricht.

Anschrift des Verfassers: Stuttgart-W, Rötistr. 16.

Wenn Ärzte ihre Praxis tauschen

Vereinbarung eines Rückkehrverbots ist grundsätzlich nicht sittenwidrig

Zwei Ärzte, nennen wir sie A und B, hatten ihre Praxis getauscht. Bald nach vollzogenem Tausch fand A, daß die Sache nicht so vorteilhaft war, wie er sich vorgestellt hatte. Er wollte wieder zurück. Da B damit nicht einverstanden war, wollte er den Tauschvertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten. Außerdem erklärte er, sich in der Nähe seiner früheren Praxis niederlassen zu wollen.

Daraufhin verlangte B die gerichtliche Feststellung, daß der Tauschvertrag rechtsgültig sei, insbesondere nicht wegen Sittenwidrigkeit nichtig sei, ferner die Verurteilung des A, in die Umgebung seiner früheren Praxis nicht zurückzukehren. Ein Praxistausch sei ein nicht selten vorkommender, von der Standesauffassung der Ärzte gebilligter Vorgang, der keinen Verstoß gegen die guten Sitten enthalte. Von arglistiger Täuschung könne keine Rede sein. Wenn aber der Vertrag gültig sei, dürfe A mindestens für einen Zeitraum von 10—20 Jahren nicht eine Praxis am früheren Ort aufnehmen. Die Praxis eines Arztes bestehe im wesentlichen in der Summe der persönlichen Beziehungen zu dem Patientenkreis, die zu einem erheblichen Umfange auf den Nachfolger übergingen. Hieraus ergebe sich, daß derjenige, der im Wege des Tauschvertrags die persönlichen Beziehungen weggegeben habe, sich das Weggegebene nicht wieder aneignen dürfe.

A brachte dagegen vor, daß ein Rückkehrrecht in der Natur eines Praxistausches liege. B könne sich auf ein solches, selbst wenn es ausgesprochen worden sei, nicht berufen, weil Wettbewerbsverbote unter Ärzten sittenwidrig seien. Außerdem könne er an dem früheren Ort nicht so ohne weiteres die Zulassung zu den Krankenkassen erhalten.

Vor dem Landgericht und Oberlandesgericht drang A mit seiner Auffassung durch. Der Bundesgerichtshof war jedoch anderer Ansicht und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Landgericht zurück.

In den Urteilsgründen führt der erkennende Senat des BGH aus, daß ein Praxistausch durch die Gesetzgebung anerkannt worden sei. Entscheidend sei deshalb, ob ein solcher Tausch ein Rückkehrverbot in sich schließe. Da der Tauschvertrag hierüber keine Bestimmungen enthalte, müsse er im Hinblick auf den Vertragszweck unter Berücksichtigung der Grundsätze von Treu und Glauben und der Verkehrssitte ausgelegt werden. Die Lücke im Vertrag müsse so ausgefüllt werden, wie die Parteien den Punkt geregelt hätten, wenn sie ihn behandelt hätten.

Sicherlich wäre der Vertragszweck des Tausches durch die Rückkehr des einen Arztes weitgehend gefährdet. Mindestens würde sein Einkommen durch den Verlust der Privatpatienten geschmälert werden. Ein Verbot der

Rückkehr gehöre deshalb zu einer wesentlichen Verpflichtung aus dem Vertrag.

Das Reichsgericht habe zwar ein Wettbewerbsverbot unter Ärzten grundsätzlich ausgesprochen als der sittlichen Würde, der öffentlichrechtlichen Bedeutung des Arztberufs und dem Interesse der Allgemeinheit an einer guten Gesundheitspflege widerstrebend, doch hätten sich seitdem die wirtschaftlichen Verhältnisse weitgehend geändert, so daß auch hier ein milderer Maßstab anzulegen sei. Wenn der Arztberuf durch zahlreiche Organisationsvorschriften des Gesetzgebers auch nicht

zu einem Gewerbe geworden sei, so dürfe doch nicht verkannt werden, daß der Arzt in Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausübe, die durch Einschränkungen geschützt werde. Eine Rückkehrbeschränkung bei Praxistausch könne deshalb nicht gegen die guten Sitten verstoßen, vielmehr ersehe es gerade als ein Gebot der guten Sitten, sich so zu verhalten, daß der Tauschpartner in seinen Möglichkeiten nicht geschmälert werde. Infolgedessen müsse ein Rückkehrverbot auf die Dauer von zwei bis drei Jahren als ein Teil des Vertragsinhalts angesehen werden.

Kündigungsschutz für Praxisräume

in begrenztem Umfange bis 31. Dezember 1955 verlängert

Von Dr. jur. Cordes

Nach dem Geschäftsraummietengesetz (GRMG) vom 25. Juni 1952 unterliegen nach dem 30. November 1951 abgeschlossene Mietverträge über Geschäftsräume nicht mehr den Preisvorschriften. Dies gilt grundsätzlich auch für Mietverträge, die vor diesem Zeitpunkt abgeschlossen wurden. Jedoch war in den letzteren Fällen der Mieter vor übertriebenen Mietforderungen des Vermieters bis zum 31. Dezember 1954 dadurch geschützt, daß er diese ablehnen konnte, wenn er dafür einer angemessenen Mietpreiserhöhung seine Zustimmung gab.

Im übrigen konnte der Mieter

den Widerruf einer Kündigung verlangen,

wenn die Kündigung des Mietverhältnisses erhebliche wirtschaftliche Nachteile für ihn mit sich brachte (§ 8 Abs. 1 GRMG). Eine Berufung auf ihm entstehende erhebliche wirtschaftliche Nachteile war dem Mieter dann verwehrt, wenn er die Möglichkeit hatte, sich für die gemieteten Räume zu zumutbaren Bedingungen einen wirtschaftlich im wesentlichen gleichwertigen Ersatz zu verschaffen (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 GRMG).

Durch das „Gesetz zur Änderung des Geschäftsraummietengesetzes“ vom 26. Dezember 1954 sind die Voraussetzungen, unter denen in Zukunft der Mieter noch einen Kündigungswiderruf verlangen kann, erheblich verschärft worden, wie aus den nachfolgenden Ausführungen ersichtlich ist.

Soweit nach dem Änderungsgesetz der Widerruf einer Kündigung des Vermieters bei Miet- oder Pachtverhältnissen über Geschäftsräume noch verlangt werden kann, beschränkt sich dieser Widerruf auf Kündigungen, die für einen Zeitpunkt

bis zum 31. Dezember 1955

einschließlich erfolgen. Ab 1. Januar 1956 soll somit jeder Kündigungsschutz über Geschäftsräume endgültig fortfallen.

Eine weitere Verschärfung ist dadurch eingetreten, daß es jetzt nicht mehr genügt, daß die Kündigung für den Mieter erhebliche wirtschaftliche Nachteile bringt. Vielmehr wird für die Zulässigkeit des Verlangens auf

Kündigungswiderruf nunmehr gefordert, daß die Kündigung „für den Mieter eine erhebliche Gefährdung seiner derzeitigen wirtschaftlichen Lebensgrundlage“ zur Folge hat.

Während der Mieter sich bisher nicht darauf berufen konnte, daß die Kündigung für ihn erhebliche wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen würde, wenn er sich für die gemieteten Räume „zu zumutbaren Bedingungen einen wirtschaftlich im wesentlichen gleichwertigen Ersatz“ verschaffen konnte, ist diese Voraussetzung ersetzt worden durch die Worte „einen zumutbaren Ersatz“.

Nicht selten hat der Mieter durch Gewährung von Zuschüssen oder Darlehen oder in sonstiger Weise einen erheblichen Beitrag zur Schaffung oder Instandsetzung der gemieteten Räume erbracht. Der Mieter war dann von dem Nachweis befreit, daß die Kündigung erhebliche wirtschaftliche Nachteile für ihn mit sich bringen würde. In diesen Fällen soll der Kündigungsschutz zeitlich begrenzt weiter gelten.

Läuft die Zeit, für die ein vor dem 1. Dezember 1951 begründetes Mietverhältnis über Geschäftsräume eingegangen ist, nach dem 27. Juni 1952 ab, so gilt das Mietverhältnis als auf unbestimmte Zeit verlängert, sofern nicht der Vermieter oder der Mieter es unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist auf den Zeitpunkt des Ablaufs kündigt. Eine entgegenstehende Vereinbarung ist nach dem Änderungsgesetz unwirksam, wenn sie vor dem 1. Januar 1955 getroffen ist und wenn die Zeit, für die das Mietverhältnis eingegangen ist, vor dem 1. Januar 1956 abläuft.

Die Kündigungswiderrufsbestimmungen (§§ 8—22 des Geschäftsraummietengesetzes) finden auch Anwendung, wenn ein vor dem 1. Dezember 1951 begründetes Miet- oder Pachtverhältnis über Geschäftsräume vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes (27. Dezember 1954) für einen nach dem 31. Dezember 1954, aber vor dem 1. Januar 1956 liegenden Zeitpunkt gekündigt worden ist. Dies gilt auch, wenn der Mieter oder Pächter vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes rechtskräftig zur Räumung verurteilt worden ist.

Im übrigen bleibt es dabei, daß dann keine Geschäftsraummiete vorliegt, wenn das Mietverhältnis zwar Räume betrifft, die teils zu Wohnzwecken und teils zu Geschäftszwecken benutzt werden, bei denen aber mindestens die Hälfte der Fläche Wohnzwecken dient.

Aktuelle Fragen aus dem Steuerrecht

Von Dr. jur Cordes

Es lohnt sich wieder, an Betriebsausgaben zu sparen

Die außerordentlich hohe progressive Steuerbelastung bei der Einkommensteuer in den Jahren seit Beendigung des Krieges hatte, wie kaum anders zu erwarten war, zur Folge, daß sich die Steuerpflichtigen bei ihren Betriebsausgaben nicht nur keinerlei Beschränkungen auferlegten, sondern Anschaffungen für den Betrieb oder Beruf machten, die unter normalen Verhältnissen gar nicht in Frage gekommen wären. Nehmen wir als Beispiel die Anschaffung eines Kraftwagens. Wer wirtschaftlich denkt, wird sich mit einem „Volkswagen“ begnügen, wenn dieser für seine gewerblichen oder beruflichen Zwecke ausreicht, und die durch die Abschreibung zu erzielende Steuerersparnis nur 20–30 Prozent der Anschaffungs- und Unterhaltungskosten beträgt. Beträgt aber infolge der bislang gültigen einkommensteuerlichen Belastung die bei Betriebsausgaben zu erzielende Steuerersparnis nicht 20–30 Prozent, sondern 50–70 Prozent, so bedurfte es für viele Steuerpflichtige keiner langen Überlegung, ob nicht beispielsweise dem Volkswagen etwa ein „Kapitän“, ein „Mercedes“ oder ein anderer komfortabler Wagen vorzuziehen war.

Seit dem 1. Januar 1955 ist nun der Einkommensteuertarif bis über 20 v. H. gesenkt worden. Damit ist natürlich auch die Spitzenbelastung des Einkommens fühlbar niedriger geworden, wozu noch eine entsprechende Ersparnis an Notopfer Berlin und Kirchensteuer kommt. Anschaffungen von an sich nicht unbedingt erforderlichen Betriebsanlagegütern können von steuerlichen Erwägungen aus gesehen nur dann interessant sein, wenn sich eine ungewöhnliche Steuerersparnis ausrechnen läßt. Dies ist aber seit dem 1. Januar 1955 nicht mehr annähernd in dem Maße der Fall wie seither, so daß es sich heute schon vielfach wieder lohnt, vor der Anschaffung von Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens Überlegungen über die Notwendigkeit der Anschaffung sowie

Berechnungen über die tatsächlich zu erzielende Steuerersparnis anzustellen. Um die ungefähre Steuerersparnis, die in der Spitze des Einkommens bei Einsparung vermeidbarer Betriebsausgaben zu erzielen ist, feststellen zu können, muß man die Spitzenbelastung des jeweiligen Einkommens kennen, wozu nachstehende Tabelle dienen kann.

Spitzenbelastung des Einkommens durch die Einkommensteuer ohne Kirchensteuer und Notopfer Berlin

Jahreseinkommen	in Steuerklassen				
	I	II	III ^a	III ^b	III ^c
	etwa				
DM	%	%	%	%	%
6 000	22	20	19	17	14
8 000	25	24	23	22	19
10 000	26	25	24	23	22
12 000	29	28	27	26	24
14 000	30	29	29	28	26
16 000	31	30	30	29	28
18 000	32	32	31	30	30
20 000	34	33	33	32	31
22 000	35	35	33	34	32
24 000	36	34	35	35	34
30 000	39	39	38	37	37
40 000	44	43	44	42	41
50 000	42	42	42	42	42
60 000	43	44	43	43	43
70 000	45	45	45	45	45
80 000	46	47	46	46	46
90 000	47	47	47	47	46
100 000	48	48	48	48	48

In den Einkommenstufen über 100 000 DM steigt die Spitzenbelastung bis etwa 63 % bei einem Einkommen von etwa 615 000 DM.

Samuel Hahnemann

zur 200. Wiederkehr seines Geburtstages

von Dr. med. E. Unsel

In aller Welt wird am 10. April 1955 der 200. Geburtstag des Begründers der Homöopathie, Dr. Samuel Hahnemann, gefeiert werden. Es mag sich daher besonders geziemen, daß seines Lebens und Wirkens in seinem deutschen Vaterlande, namentlich aber von der deutschen Ärzteschaft gedacht werde, zu deren Ruhm er auf mannigfache Weise beigetragen hat und die, mag er auch zu seiner Zeit als Revolutionär aufgetreten sein, stolz sein darf, ihn zu den Ihrigen rechnen zu dürfen. Wie bei vielen, ihrer Zeit vorausseilenden und vorausweisenden Großen — man denke nur an Paracelsus —, bedurfte es auch bei Hahnemann der Jahrzehnte und Jahrhunderte, ehe er in seiner Bedeutung recht erkannt und gewürdigt wurde, und es hat auch bei ihm den Anschein, als würde er in Medizin und Naturwissenschaft von Epoche zu Epoche immer noch moderner, als habe sein überragen-

der Geist vieles von dem vorausgeahnt und empfunden, was in späterer Zeit einmal zum Besitz und Bestand ärztlichen Wissens und Könnens gehören würde.

Als Sohn eines Porzellanmalers wurde Hahnemann am 10. April 1755 in Meißen in Sachsen geboren. Sein Vater, der in dürftigen Verhältnissen lebte, wollte ihn durchaus nicht studieren lassen und hatte ihn zum Kaufmann bestimmt. Aber der höherstrebende Hahnemann entlief aus der Lehre und setzte es durch, daß er seine Schulbildung, der er mit Feuereifer oblag, fortsetzen durfte. Mit Hilfe seiner Lehrer, die das Talent des jungen Hahnemann erkannten, gelang es ihm 1771, in die berühmte Fürstenschule St. Afra in Meißen aufgenommen zu werden, in der einst auch Gellert und Lessing ihre Ausbildung genossen hatten. „Sapere aude!“, der Wahlspruch dieser Bildungsanstalt, war auch sein Wahl-

spruch fürs Leben. Im Frühjahr 1775 bezog Hahnemann die Universität Leipzig zum Studium der Medizin. Da er vom Vater dazu keine Unterstützung bekommen konnte, mußte er seinen Lebensunterhalt durch Übersetzungen und Privatunterricht verdienen. Schon früh wandte sich sein besonderes Interesse der Arzneiheilkunde zu. Aber Leipzig, die damals berühmteste deutsche Universität, besaß „keine Anstalt zur praktischen Arzneikunde“, so daß er sich nach Wien wandte, wo er unter dem Leibarzt der Kaiserin Maria Theresia, v. Quarin, am Spital der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt eine praktisch-klinische Ausbildung erfahren durfte. „Ihm verdanke ich, was Arzt an mir genannt werden kann“, sagt Hahnemann in seiner Selbstbiographie von seinem ihm freundschaftlich zugeneigten Lehrer. Dem Aufenthalt in Wien folgte eine Anstellung als Hausarzt und Aufseher einer ansehnlichen Bibliothek bei dem Gouverneur von Siebenbürgen in Hermannstadt. Abschlußexamen und Doktorprüfung legte er 1779 in Erlangen ab.

Mit 24 Jahren begann er dann die Ausübung der Heilkunde in eigener Praxis in Hettstedt im Mansfeldischen. Aber seines Bleibens an diesem Orte war nicht lange, sein äußerer Erfolg alles andere als glänzend. Und so sollte es auch während einer jahrelangen Wanderzeit bleiben, in der er durch zahlreiche Orte Mittel- und Norddeutschlands zog, gefolgt von einer immer größer werdenden Familie. Aber es ist nicht nur die Praxis, die er betreibt und womit er seinen und der Familie kärglichen Lebensunterhalt bestreitet, sondern es ist, zeitweilig fast ausschließlich, literarische und wissenschaftliche Tätigkeit, der er sich widmet, und die ihn befähigt, sich ein immer umfassenderes Wissen als Ergänzung seiner Beobachtungen am Krankenbett zu verschaffen. Die Fachgebiete, denen er sich widmet, sind eine Zeitlang vor allem Chemie und Pharmazie, in denen er es nach jahrelangem Eigenstudium und auf Grund von Übersetzungen ausländischer Spezialwerke, aber auch selbständig experimentierend, zu anerkannter Meisterschaft bringt. Er schreibt zahlreiche Abhandlungen in den chemischen Fachzeitschriften und gibt 1793—1799 ein großes vierbändiges Apothekerlexikon heraus, das als grundlegendes Werk wegen seiner Vortrefflichkeit bei den Apothekern bis in die neuere Zeit herein in Gebrauch war. Eigene Methoden über Steinkohlenfeuerung, Koksgewinnung, Feststellung von Weinverfälschungen, Herstellung eines mild wirkenden, löslichen Quecksilberpräparates, des Farbstoffs Casseler Gelb, sowie Verbesserungen bei der gerichtsmmedizinischen Ermittlung von Arsenvergiftungen sind weitere Zeugnisse seines von zeitgenössischen Fachvertretern rückhaltlos anerkannten Könnens. Trotz äußerlich denkbar ungünstiger Verhältnisse genießt er den Ruf eines Gelehrten, wird von verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften zum Mitglied gewählt, erhält Berufungen an die Universitäten Wilna und Mitau, aber: er lehnt sie ab, da er sich einer anderen Aufgabe verpflichtet fühlt, einer Reform des Arzneiwesens und der Prinzipien der Arzneiverordnung. Unzufrieden mit der Arzneikunst seiner Zeit, die er aus der Übersetzung einiger englischer Arzneimittellehren und einem Werk Albrecht v. Hallers wie kein anderer genau kennt, unzufrieden auch mit den Erfolgen, die er in den ersten Praxisjahren mit der überkommenen Methode erzielte, sieht er in der damals (und heute!) üblichen Vielmischerei der einzelnen Arzneistoffe einen Haupthinderungsgrund für die Beurteilung

derselben und damit für jeden Fortschritt in der ärztlichen Erfahrung. Aber er erkennt noch ein anderes; die Arzneibehandlung seiner Zeit, soweit sie sich überhaupt beurteilen läßt, ist in erster Linie eine beschwichtigende, palliative, die Krankheitserscheinungen unterdrückende, nicht aber heilende im idealen Sinne der Heilung. Ebenso sieht er auch im übertriebenen Gebrauch des Aderlassens, Abführens und Brechenerregens, wie es damals üblich war, eine mehr schädliche als heilsame Maßnahme. Aus der Erkenntnis der Abwegigkeit solchen Behandelns gibt er sogar die Krankenbehandlung für einige Zeit ganz auf. Und nun entdeckt er, angeregt durch eine Bemerkung des von ihm übersetzten schottischen Arztes Cullen, bei einem Selbstversuch mit Chinarrinde das schon von Hippokrates und Paracelsus angewandte, aber später wieder verlorengegangene Verfahren der Behandlung nach der Ähnlichkeit. Hahnemanns grundlegende Arbeit „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen“ erscheint im Jahr 1796 in Hufelands Journal, der damals führenden medizinischen Zeitschrift. Seine Forderung lautet, die Wirkung der Arzneien, die bisher nur aus Überlieferungen und theoretischen Krankheitsvorstellungen bekannt war, durch reine Beobachtung im Versuch am gesunden Menschen zu erforschen. Er will das Experimentelle an die Stelle vager Tradition setzen und ist also, auch wenn die Arzneimittelforschung später sich vorwiegend dem Tierexperiment zuwandte, mit Stoerck und anderen doch einer der Urväter der experimentellen Pharmakologie. Allerdings ist Hahnemanns Interesse nicht auf die ausgeschnittene Organwirkung gerichtet, sondern auf die Gesamtheit der Erscheinungen, zu der die Ganzheit des kranken Menschen in ihrem Erscheinungsbild in Beziehung gesetzt wird. Seine Homöopathie ist als Methode phänomenologisch betrachtend, nicht kausalanalytisch forschend wie die neuere Pharmakologie. An sich selbst und seinen Familienmitgliedern, später auch an seinen Schülern hat Hahnemann zahlreiche Arzneiprüfungen vorgenommen und deren Ergebnis in seiner „Reinen Arzneimittellehre“ (1811—1821) niedergelegt.

Aber noch eine andere grundlegende Erkenntnis wird ihm bei seinen Arzneiversuchen geschenkt. Er entdeckt, daß Arzneistoffe durch bestimmte Zubereitungsarten, z. B. das Verreiben von Stoffen in fester Form in einem bestimmten Zwischenmilieu (Milchzucker), unter Umständen trotz Verringerung der Menge des Wirkstoffs (Verdünnung) an Wirksamkeit zunehmen können, mächtiger werden, was Hahnemann mit dem Ausdruck Potenzieren belegt. Ja, manche indifferenten Stoffe, z. B. Metalle, gewinnen durch solche Aufbereitung überhaupt erst arzneilichen Rang. Hahnemann weiß schon, daß das Wesentliche dieses Vorgangs die Vergrößerung der wirkungsfähigen Oberfläche ist und entdeckt damit lange vor dem Engländer Graham das Prinzip der kolloidalen Zerteilung. Aufs Arzneiliche angewandt bedeutet das eine gewaltige Ausweitung der Wirkungsmöglichkeiten mit Hilfe der besonderen Zubereitungsart. Allerdings treibt Hahnemann seine Potenzierung so weit über die Grenzen der Vorstellungswelt des Stofflichen hinaus, daß schon zu seinen Lebzeiten viele seiner eigenen Schüler ihm nicht mehr folgen können, und es auch heute noch keine befriedigende Erklärung für seine Hochpotenzen gibt. Gleichwohl wird ihre Wirksamkeit immer wieder von homöopathischen Ärzten bestätigt.

Hahnemanns Hauptwerk, in dem er seine Lehre der Ähnlichkeitsbehandlung in festumrissener Form niederlegt, erscheint 1810 unter dem Titel „Organon der rationalen Heilkunde“. In den späteren (5) Auflagen nennt er es „Organon der Heilkunst“. 1812 habilitiert er sich an der Leipziger Universität und vertritt seine Lehre daselbst, bis er 1820 auf Drängen seiner Gegner, vor allem der Apothekerschaft, Stadt und Lehramt verlassen muß und sich nach Köthen wendet, wo ihm der Herzog von Anhalt Freiheit des Praktizierens und Lehrens gewährt. Hier entfaltet er eine fruchtbare Praxistätigkeit und erlebt die Ausbreitung der Homöopathie weit über die Grenzen Deutschlands hinaus. 1828—1830 erscheint sein Werk über die chronischen Krankheiten. 1835, als Achtzigjähriger, übersiedelt er nach Paris, nachdem er im gleichen Jahr in zweiter Ehe eine 35jährige Französin geheiratet hatte. Die Hauptstadt Frankreichs, in der er noch acht Jahre praktiziert, feiert ihn als berühmten Arzt und großen Menschen, und Kranke aus aller Welt suchen seine Behandlung auf. Am 2. Juli 1843 stirbt er in Paris im Alter von 88 Jahren. Seine Gebeine ruhen auf dem Friedhof Père Lachaise.

Das Bild Hahnemanns als eines Neuerers der Heilkunde wäre unvollständig gezeichnet, würde dabei nicht auch noch anderer Reformen Erwähnung getan, die er, freilich als einsamer und doch weithin vernehmbarer Rufer, gefordert und in seinem Bereiche auch durchgeführt hat. Sie betreffen vor allem die Gebiete der Diätetik, der Gesundheitspflege, der Seuchenhygiene und

der Irrenpflege. In seinen zahlreichen überlieferten Krankenbriefen nehmen hygienische und diätetische Vorschriften einen großen Raum ein, gesammelte Ratschläge finden sich in seinem „Freund der Gesundheit“ und „Handbuch der Mütter“. Über die Infektionskrankheiten hatte er, ganz abweichend von seinen Zeitgenossen, bereits Vorstellungen, die erst weit später in der bakteriologischen Ära aufkamen: er ist fest überzeugt, daß „feinste Lebewesen niederer Ordnung, die unsichtbar von Mensch zu Mensch übergehen“ die Veranlassung einer 1830 grassierenden Choleraepidemie sind und fordert in ausführlichen Denkschriften seuchenpolizeiliche Maßnahmen zur Eindämmung und Vorbeugung der Epidemien, Maßnahmen die uns durchaus modern anmuten. In der Irrenpflege wendet er sich mit dem ihm gewohnten Feuereifer gegen die damals übliche menschenunwürdige Behandlung und Peinigung der Geisteskranken und beschreibt eine von ihm durchgeführte neuartige Behandlungsweise, die zur völligen Wiederherstellung eines Wahnsinnigen geführt hatte. Und es liegt durchaus auf derselben Linie seiner tiefwurzelnden Humanität, daß er ein besonderes Traktat „Über die Lieblosigkeit gegen Selbstmörder“ zu schreiben sich gedrungen fühlt.

Hahnemanns Wunsch, auf seinem Grabstein sollte eingemeißelt werden: „Non inutilis vixi“ ist nicht erfüllt worden. Aber die Nachwelt kann ihm die Aussage dieses Satzes dankbar und vorbehaltlos bestätigen.

Anschrift d. Verfassers: Stuttgart, Robert-Bosch-Krankenhaus.

Eingesandt

Wie beurteile ich den Grad der Erwerbsminderung?

Ein Hinweis von Dr. jur. K. K l i n k, SGRat, Reutlingen

Immer wieder wird der Arzt, vor allem der Praktiker, heute für Zwecke einer Versicherung oder wegen einer Versorgungsangelegenheit um ein Attest, einen Befund- oder Krankheitsbericht angegangen. Dabei wird vom Patienten selbst oder auch von der Behörde oft nicht nur gewünscht, daß anamnestiche Angaben und Ausführungen zur Ursache einer Erkrankung bzw. eines Leidens gemacht werden, sondern auch, daß zu der Frage der durch den Krankheitszustand bedingten Erwerbsminderung Stellung genommen wird. Diesem Wunsch wird meist zwar auch entsprochen, die Erfahrung in der sozialgerichtlichen Praxis hat aber gezeigt, daß die Auffassungen gerade in diesem Punkt oft auseinandergehen. Die Vermutung, daß manchen Ärzten die Grundsätze, wie sie sich in der Rechtsprechung herausgebildet haben, oder die in dieser Hinsicht den Rechtsprechungsbehörden sonst dienenden Hilfsmittel nicht geläufig oder nicht bekannt sind, hat sich bestätigt. Das führt dann gelegentlich zu unnötigen Mißverständnissen.

Es trifft zwar zu, daß man über den Einfluß und die Folgen eines krankhaften Zustandes i. w. S. auf die Erwerbsfähigkeit geteilter Meinung sein kann. Um die verschiedenen subjektiven Äußerungen im Interesse einer Gleichbehandlung der Betroffenen und der Rechtssicherheit einander anzugleichen, sie also nach Möglichkeit zu objektivieren, bemüht sich — die Schwierigkeiten durchaus nicht verkennend — die Rechtsprechung stets. Und darum war es dem Gesetzgeber des Bundes-

versorgungsgesetzes sicherlich auch zu tun, als er in § 30 Abs. 1 u. a. festlegte, daß für erhebliche äußere Körperschäden Mindesthundredsätze festgesetzt werden können, was dann in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Bestimmung auch geschehen ist. Diese wurden wesentlich erweitert und vor allem auch bezüglich der inneren Krankheiten usw. ergänzt durch die von der ärztlichen Abteilung beim Bundesministerium für Arbeit herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter-tätigkeit im Versorgungswesen“ (Köllen-Verlag, Bonn). Diese Anhaltspunkte sollen also dazu dienen, nach Möglichkeit eine gleichmäßige Beurteilung der auf Krieg, Gefangenschaft usw. zurückgehenden gesundheitlichen Schädigungen im ganzen Bundesgebiet zu erreichen und zu sichern. Sie sind aber, wie gesagt, nur für die Kriegsopferversorgung bestimmt.

Auf dem Gebiet der Unfallversicherung halten sich die Versicherungsträger und die Rechtsprechungsbehörden (die Sozialgerichte) weitgehend an Liniger-Molineus „Der Unfallmann“ oder „Der Rentenmann“ (Verlag Joh. Ambrosius Barth, München).

Diese beiden Hilfsmittel, an Hand deren man sich leicht und rasch orientieren kann und die für einen ärztlichen Gutachter geradezu unentbehrlich sind, erleichtern jedem Arzt, der auch nur gelegentlich auf dem Gebiet der Unfallversicherung oder Kriegsopferversorgung tätig werden muß, die Arbeit wesentlich und leisten wertvolle Dienste.

**Erwiderung auf Mitteilung:
„Bezug von Milch, Mitteilung des Regierungspräsidiums Südwürttemberg-Hohenzollern“**

Südwestd. Arztebl. Heft 1, Januar 1955, S. 22.

Dieser Mitteilung ist im wesentlichen zuzustimmen. Soweit in den Ställen noch keine Tbc- und Bangfreiheit erreicht ist, ist der Gefahr durch die Pasteurisierung der Milch in den Sammelmolkereien zu begegnen. Solche, nicht Tbc- und Bang-freie Milch direkt vom Erzeuger zu beziehen, kann, wie das Regierungspräsidium ganz richtig zum Ausdruck bringt, ärztlich nicht ernsthaft begründet werden. Nun gibt es im ganzen Land aber bereits eine erhebliche Anzahl von Ställen, die absolut Tbc- (und Bang-)frei sind. Nach Angabe von Landwirtschaftsminister Leibfried waren schon im März 1954 in Südbaden 85 % Tbc-frei. In anderen Gegenden sind es etwa

40—60 %. Daß nun die Milch aus diesen vollkommen einwandfreien Ställen nicht getrennt erfaßt und als Frischmilch direkt, in den Sammelstellen tiefgekühlt, an den Verbraucher gelangt, ist ärztlich nach den heute vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen überhaupt nicht zu begreifen. Daß es dennoch weiterhin geschieht, kann von den dafür zuständigen Regierungsstellen nicht ernsthaft begründet werden. Es können dabei im wesentlichen nur wirtschaftliche Gründe angeführt werden. Die sind aber für den Arzt, dem die Volksgesundheit anvertraut ist, erst in zweiter Linie maßgebend.

Dr. med. Gamber

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Grippebilanz

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Die diesjährige Grippewelle hat allenthalben zu vermehrten Arbeitsausfällen und finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen geführt.

Auch am Kassenarzt ist diese Grippe nicht unbemerkt vorübergegangen und mancher Zeitgenosse beglückwünscht ihn zu dem guten „Geschäftsgang“. Zu den Gratulanten gehört merkwürdigerweise auch die bekannte „Frankfurter Allgemeine“, die in einem Artikel „Grippebilanz“ vom 22. März 1955 folgendes schreibt:

„Die Apotheker und die Ärzte können mit der diesjährigen ‚Wintersaison‘ zufrieden sein. Sie hat uns eine Grippe beschert, die ... Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen haben die Zeche bezahlt.“

Eine solche naive Feststellung kann der in den letzten Wochen bis an die äußerste Grenze seiner Leistungsfähigkeit beanspruchte Kassenarzt nur als blanke Ironie empfinden.

Daß eine solche Grippeepidemie die Krankenkassen in erheblichem Maße finanziell belastet, steht außer Frage. Das ist übrigens auch in der gesamten Tagespresse in den letzten Wochen häufig genug hervorgehoben worden. Erwähnt wird allerdings nicht immer dabei, daß die RVO-Kassen zur Abdeckung eines solchen Risikos ja laufend gesetzlich bestimmte Rücklagen machen.

Die Mehrleistung dieser Kassen besteht in den erhöhten Arztkosten und Krankengeldzahlungen. Sie betrifft aber in gar keiner Weise die ärztlichen Leistungen. Für die erhöhte Morbidität trägt hier der Arzt ganz alleine das Risiko! Die RVO-Kassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen quartalsweise einen Pauschalsatz für jeden Stammversicherten. Diese Zahlung steht lediglich in Relation zum Grundlohn, nicht aber zur Krankheitshäufigkeit. Im ersten Quartal ist diese Grundlohnsumme durch den jahreszeitlich bedingten Arbeitsausfall besonders niedrig. So ist also die Zahlung der RVO-Kassen an die Ärzte in Epidemiezeiten nicht größer als

sonst auch. Durch seine wesentlich verstärkte Inanspruchnahme erhält der Arzt zwar eine größere Zahl von Krankenscheinen, die er dann zur Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung einreicht. Da die von den RVO-Kassen gezahlte Gesamtvergütung jedoch nicht größer geworden ist als sonst, bedeutet das, daß der vielgeplagte Kassenarzt für seinen eingereichten Krankenschein weniger erhält als in normalen Zeiten. Kurz gesagt, er bekommt für ein Mehr an Arbeit weniger Geld.

So sieht das „Saisongeschäft“ des Kassenarztes aus!

Krebsberatung

Die Pressestelle entgegnet auf eine in einigen Zeitungen veröffentlichte Meldung über Krebsberatungsstellen:

„Die von Ihnen genannten vier Beratungsstellen befassen sich nur mit der Früherkennung des Unterleibskrebses bei Frauen. Wenn auch diese Form der Krebserkrankung eine der häufigsten ist, so ist doch die Früherkennung aller übrigen Arten eine ebenso dringende Aufgabe. Die Bekämpfung des Krebses, bei der die Früherkennung eine entscheidende Rolle spielt, ist allerdings ohne den Einsatz der gesamten Ärzteschaft nicht denkbar. Es ist vielleicht zu wenig bekannt, daß sowohl die Ausbildung, insbesondere aber die Fortbildung des Arztes heute den Krebs und seine Bekämpfung in den Mittelpunkt stellt. Sowohl die Krankenhäuser als auch die freipraktizierenden Ärzte sind sehr wohl in der Lage, den Krebs in seinen Frühererscheinungen zu erkennen.“

Unbeschadet der Tätigkeit der bestehenden Beratungsstellen ist damit bei der Häufigkeit der Erkrankung und der Vielfalt ihrer Erscheinungsformen jeder praktizierende Arzt zuständig. Aus der Zusammenarbeit des einzelnen Arztes mit den Fachkliniken und Beratungsstellen ergibt sich die Aussicht auf eine immer umfassender werdende Früherkennung dieser heimtückischen Erkrankung und damit auch eine bereits nachweisbare Verbesserung der Heilungsaussicht.“

Kurznachrichten

Gibt es ein Menstruationsgift?

Schon zu allen Zeiten gab die monatliche Blutung der geschlechtsreifen Frau Anlaß zu Vermutungen über ihre Ursache und Bedeutung. Verbreitet ist hier und da die Ansicht, wenn Frauen während ihrer Menstruationszeit Blumen berühren, so gingen diese ein. So will tatsächlich der Wiener Kinderarzt Dr. Schick im Jahre 1920 beobachtet haben, daß Rosen welkten, als er sie seiner menstruierenden Hausgehilfin zur Aufbewahrung übergab.

Mit der dabei auftauchenden Frage, ob es sich vielleicht um

ein Menstruationsgift handeln kann, hat sich nun kürzlich die Ärztin Dr. Anita Pfenzig in der Deutschen Hebammenzeitschrift befaßt und zu diesem Zweck die bisher hierzu vorliegenden Forschungsergebnisse kritisch geprüft. Sie kam jedoch zu dem Ergebnis, daß bis heute für die Existenz eines Giftstoffes im Menstruationsblut und in anderen Körperflüssigkeiten menstruierender Frauen kein sicherer Anhalt besteht. Auch Umfragen in Gärtnereien und Konservenfabriken über einen evtl. ungünstigen Einfluß weiblicher Angestellter während der Blutungszeit hatten ein negatives Ergebnis. Frau Dr. Pfenzig stellt daher fest, daß die Menstruation vielmehr ein Vorgang sei, der zum normalen Ablauf der weiblichen Körperfunktion gehört und der nichts Krankhaftes bedeutet.

Impfschäden sollten nicht überschätzt werden

Die abschreckenden Krankheitsbilder Pockennarbiger sind den meisten Menschen von heute nicht mehr bekannt. Sie er-messen nicht, welchen Segen die Impfungen gegen Pocken bisher gehabt haben, indem sie dieses Leiden fast in Vergessenheit geraten ließen. Es ist daher verständlich, daß manche Stimmen laut werden, die die Pockenimpfung als überflüssig und lästig ablehnen. Doch die Meldung vom neuen Auftreten der Pocken in Frankreich durch Einschleppung dürfte geeignet sein, das Problem ernster zu nehmen. So sollte man auch endlich von der Überschätzung der an sich sehr bedauerlichen Impfschäden abgehen. Wie eine Erhebung von Obermedizinalrat Dr. Sauer für das Land Nordrhein-Westfalen ergeben hat, kam es im Jahre 1952 bei 116 000 Erstimpfungen und bei 161 000 Wiederimpfungen zu 16 echten Impfschäden mit 3 Todesfällen. 1953 wurden 23 Anträge auf Entschädigung gestellt. Nur in 15 Fällen handelte es sich um echte Impfschäden. DMI

Die Menschen von heute sind strophanthinempfindlicher

Wie F. Lange in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift feststellt, verträgt der Durchschnitt aller Kranken heute kaum noch $\frac{1}{4}$ mg Strophanthin. Meist werden daher $\frac{1}{8}$ mg oder $\frac{1}{16}$ mg angewendet. Trotzdem würden auch bei diesen Dosen gekoppelte Extrasystolen beobachtet. Bei schwerer Herzinsuffizienz liege die therapeutische Dosis heute noch bei 0,3 bis 0,5 mg Strophanthin intravenös, wie dies vom Begründer der Strophanthintherapie, Eugen Fränkel, 1906 als Richtlinie angegeben wurde. DMI

Hypnose wirkt nicht bei jedem Menschen

In letzter Zeit ist mehrfach die Rede von erfolgreich verlaufenen ärztlichen Eingriffen, die in Hypnose durchgeführt wurden. Diese Methode weist jedoch mancherlei Nachteile, Gefahren und Unsicherheiten auf, die in manchen Presseberichten verschwiegen werden. Von psychiatrischer Seite wird festgestellt, daß zwar 90 % aller Menschen hypnotisierbar sind, jedoch nur 30 bis 35 % lassen sich in einen leichten oder mittleren Trancezustand bringen, und lediglich 25 % können in das Stadium voller Unempfindlichkeit versetzt werden. Außerdem ist die Zahl der Ärzte, die die Technik der Hypnose einwandfrei beherrschen, sehr klein. DMI

Chiropraktik in Forschung und Lehre

Ärztliche Arbeitsgemeinschaft gegründet

Die Chiropraktik hat sich immer mehr als ein sehr wirkungsvolles Behandlungsverfahren erwiesen und spielt angesichts der zunehmenden Zahl von Erkrankungen der Wirbelsäule eine große Rolle.

Im Gegensatz zu anderen Ländern kann bis heute in Deutschland die Chiropraktik von jedermann ausgeübt werden, ohne Nachweis von Kenntnissen. Es gibt eine Menge von Behandlern, Ärzten und Nichtärzten, die keineswegs ausreichend ausgebildet sind. Demgemäß häufen sich, wie Dr. Gutmann und Dr. Litzner in der Zeitschrift „Hippokrates“ feststellen, die Fälle fehlerhafter Behandlung mit Verschlimmerungen, Verletzungen oder gar Todesfällen. Dadurch wird die gesamte Chiropraktik in Mißkredit gebracht, und es besteht die Gefahr, daß ihr Wert verkannt wird.

Aus diesen Gründen wurde vor kurzem die Ärztliche Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC) ins Leben gerufen, die sich ganz besonders der Ausbildung und Schulung Interessierter Ärzte widmen will. Gleichzeitig soll die Grundlagenforschung nachhaltig gefördert werden. DMI

Wann ist Vorsicht bei Zahnextraktionen geboten?

Im allgemeinen ist es heute dank der sehr weit entwickelten zahnärztlichen Kunst und der modernen Anästhesie kein Problem mehr, sich einen Zahn ziehen zu lassen. Es ist jedoch immer ratsam, den Zahnarzt vor dem Eingriff über etwa bestehende Erkrankungen zu unterrichten, damit er entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergreift. Unter Umständen kann es auch notwendig werden, die Zahnextraktion zu verschieben. Eine derartige Vorsicht ist vor allem notwendig bei Gelbsucht, Neigung zu Blutungen, hereditären Erkrankungen, wie chronischem Gelenkrheumatismus, insbesondere mit Herzbeteiligung, bei Erkrankung der Prostata und der Adnexe, bei

zu hohem Blutdruck, Angina pectoris, Myokardschäden, vegetativen Dystonien und Diabetes. Wie im Deutschen Zahnärzteblatt festgestellt wird, sollen in Zeiten einer Kinderlähmungsepidemie möglichst bei Kindern und Jugendlichen keine Extraktionen erfolgen. Besondere Vorsicht ist bei Zahnextraktionen nach dem 4. Schwangerschaftsmonat und bei Patienten mit Neigung zu Krampfanfällen geboten. DMI

Behandlung des Alkoholismus

Als vor etlichen Jahren die Entwicklung der Antabuspräparate eine neue erfolgreiche Phase in der Behandlung des Alkoholismus einleitete, glaubten vielfach die Angehörigen von Alkoholikern, nunmehr die Entziehungskuren mit den neuen Mitteln zu Hause ohne ärztliche Anleitung durchführen zu können. Dieser Wunsch lag natürlich nahe, denn es ist bekanntlich nicht immer leicht, Alkoholiker zu bewegen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Man glaubte, die Kur sei ja recht einfach: Dem Alkoholiker wird heimlich das Mittel ins Bier-, Schnaps- oder Weinglas geschüttet, bis ihm das sonst so geschätzte Getränk einfach miserabel schmeckt und es dann vielleicht auch zu dem „heilsamen“ Erbrechen kommt. Die Erfahrungen in den vergangenen 5 Jahren haben jedoch eindeutig ergeben, daß eine solche Anwendung zu gefährlich ist und die Präparate niemals ohne Wissen und Mitarbeit des Alkoholikers und nicht ohne ärztliche Kontrolle verabfolgt werden dürfen. Bestehen außerdem Erkrankungen, wie z. B. entzündliche Erkrankungen, Herz- und Gefäßkrankheiten, Leber- und Nierenleiden, Stoffwechselstörungen, besonders Diabetes, Basedow und Blutkrankheiten, Lungen-erkrankungen, labiler Nervenzustand, Neurosen, Alkoholpsychosen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems, oder liegt bei Frauen eine Schwangerschaft vor, ist besondere Vorsicht geboten. DMI

Tamponhygiene ohne Gesundheitsgefahr

Bei richtiger Anwendung der Tamponhygiene sind bisher nach Mitteilung von Prof. Dr. L. Herold, Düsseldorf, in der „Ärztlichen Praxis“ keine organischen Schäden festgestellt worden. Zur Zeit der Einführung dieses heute durchaus zu empfehlenden Menstruationsschutzes hatte man in Deutschland teilweise befürchtet, es könne zur Keimverschleppung von außen her und zu Rückstauungen des Menstrualblutes in die Gebärmutter kommen. Diese Befürchtungen haben sich nicht bewährt. Falls über Druckgefühl geklagt wird, ist daran meist eine falsche Lagerung der Tampons schuld, die am besten 5 cm tief eingeführt werden. Ein häufigeres Wechseln der Tampons mehrmals am Tage ist selbstverständlich. DMI

Blinder Stenotypist schrieb 300 Silben in der Minute

Die Blinden sind längst nicht mehr, wie in früheren Jahren, die Almosenempfänger der Gesellschaft. Richtig ausgebildet und richtig eingesetzt, leisten sie an ihrem Arbeitsplatz das gleiche wie ihre sehenden Arbeitskameraden. Ja, es gibt viele Fälle, in denen sie diese übertreffen.

Zu dieser wertvollen Arbeitskraft gehören die blinden Stenotypisten. Weit über tausend sind in der Bundesrepublik bei Behörden und in der Wirtschaft tätig. Sie schreiben wie die Sehenden mit einer Durchschnittsgeschwindigkeit von 150 bis 180 Silben in der Minute. Spitzenleistungen bis zu 220 und 240 Silben in der Minute waren keine Seltenheit. Wir fragen uns immer wieder, wie solche Leistungen möglich sind.

Grundlage ist die Blindenschrift, die vor über 100 Jahren von dem Franzosen Louis Braille erfunden wurde. Sie beruht auf den 6 Punkten, die wie bei dem Würfel angeordnet sind. Sie sind erhaben und können von dem Blinden ertastet werden. Aus diesen 6 Punkten kann man 63 verschiedene Zeichen herstellen, so daß genügend Zeichen für das Alphabet und für stenografische Kürzungen vorhanden sind.

Der blinde Stenotypist schreibt das Stenogramm mittels einer Stenografermaschine auf einen Streifen, der äußerlich wie ein Morsestreifen aussieht. Von diesem Streifen überträgt er nachher unter Benutzung jeder normalen Schreibmaschine das Stenogramm in Maschinenschrift.

Er ist eine vollwertige Arbeitskraft. Jede Verwaltung einer größeren Stadt, jede Kreisverwaltung, jedes Finanzamt, jede Krankenkasse, überhaupt jede Behörde von entsprechender Größe sollte daher neben einem blinden Telefonisten mindestens einen blinden Stenotypisten beschäftigen. A. G.

Buchbesprechungen

Herbert Fritsche: **SAMUEL HAHNEMANN — Idee und Wirklichkeit der Homöopathie**. 2. erw. Aufl., 368 Seiten, Ernst Klett Verlag Stuttgart, Preis: Leinen DM 16,50.

Einem bisher noch reichlich unbekanntem Großen unter den Jüngern Askulaps — sein Geburtstag jährt sich heuer am 10. April zum 200. Mal — setzt Herbert Fritsche im vorliegenden Buch ein glänzendes weithin leuchtendes Denkmal. Mit großer biographischer Sachkunde, ausgezeichnete Darstellungskunst — wo es ihm notwendig erscheint, auch kompromißloser Schärfe — und nicht zuletzt überzeugter, glühender Begeisterung, die ihn manchmal fast überschäumen läßt, gestaltet er in meisterhafter Form Person und Idee des Begründers der Homöopathie. Als Standort wählt er bewußt den transwissenschaftlichen Bereich. Hier, im Phänomenologisch-Weltanschaulichen west das Urphänomen „Simile“, während es, wie Fritsche meint, im wissenschaftlich-forscherischen Raum verkümmern müsse. Deshalb widersetzt er sich leidenschaftlich allen Versuchen einer wissenschaftlichen Interpretation der Homöopathie, jedem Brückenschlag zur Naturwissenschaft. Hierin werden ihm viele homöopathische Ärzte nicht folgen. Allerdings werden es neue Ufer sein müssen, über die es zur beglückenden Verständigung kommen kann, nicht mehr diejenigen der vergangenen Wissenschaftsepoche, ebensowenig aber auch diejenigen eines überlebten Vitalismus. Möge dann zur allseitigen Zufriedenheit auch das unerfreuliche Sektendasein der Homöopathie, zu dem sich Fritsche gegenwärtig noch bekennt, sein Ende gefunden haben!

Dr. E. Unsel

Helmuth Dennig: **„Lehrbuch der inneren Medizin“**, in 2 Bänden, 3. verbesserte Auflage, mit 309, teils mehrfarbigen Abbildungen, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1954, Preis: pro Band DM 49,80.

Dieses Werk hat eine ganz ungewöhnlich schnelle Verbreitung bei Studenten und Ärzten gefunden. Dem Studenten ermöglicht es eine wirkliche Vertiefung in das im Kolleg Gehörte, dem praktischen Arzt dient es als vollständiges Nachschlagewerk über das gesamte Gebiet der inneren Medizin und als ständiger Ratgeber, für den Internisten ist es eine auf den neuesten Stand gebrachte übersichtliche und kompetente Zusammenfassung seines Fachgebietes. Kompetent ist dieses Buch mit Recht zu nennen, denn außer dem Herausgeber, der vor allem das Infektionskapitel bearbeitet hat, gehören zu den Verfassern unter anderen: Hansen, Henning, Schaltenbrand, der verstorbene Schellong, Schulten und Grosse-Brockhoff.

Diese dritte Auflage enthält einige durch die Entwicklung der Zwischenzeit nötig gewordene Änderungen und Zusätze. Im Infektionskapitel neu vor allem: erweiterte Tabelle der Spaltpilze, Tabelle der Viren mit Größenangaben, Besprechung der neuesten Antibiotica (etwa Magnamycin, Erythromycin, Tyrothricin, Neomycin u. a.). In der Sepsisbehandlung werden mehr Antibiotica als früher genannt, überhaupt sind bei den einzelnen Infektionskrankheiten zahlreiche neue Therapieansätze enthalten (u. a. bei Bang jetzt vor allem Aureomycin, ebenso bei Ornithose — entsprechend den Erfahrungen bei der Stuttgarter Epidemie 1954 —, bei Keuchhusten Chloramphenicol, Terramycin oder Aureomycin, bei Diphtherie zusätzlich Penicillin vor allem zur Bekämpfung der Sekundärinfektionen, Bacitracin bei Amöbenruhr; die Behandlung der Malaria mit Resochin, Plasmodin und Plasmochinabkömmlingen wie Primaquine wird an Hand der neuesten Erfahrungen besprochen). Einige seltene, jetzt auch in Mitteleuropa aufgetretene oder überhaupt neuentdeckte Krankheitsbilder werden beschrieben: Listeriose, Pseudo-gelbpest, Katzenkratzkrankheit. Gegen das Überhand-

nehmen der antibiotischen Therapie bei banalen Infekten mit der gelegentlichen Folge schwerer Pilzkrankungen nimmt Dennig noch nicht so scharf Stellung, wie er dies inzwischen getan hat. Über den Versuch der Gammaglobulinprophylaxe der Poliomyelitis in den USA wird berichtet. Sie hat Erfolge aufzuweisen, ist aber noch sehr teuer. Die neue Abbildung der Malariaerreger bedeutet eine Verbesserung. Der Toxoplasmosenabschnitt ist entsprechend den neuen Nachweismethoden erweitert worden. — Wir müssen es uns aus Raumgründen versagen, auf die Kapitel der anderen Autoren so ausführlich einzugehen wie auf das Infektionskapitel, das sich uns jedoch als Beispiel der geglückten Durcharbeitung dieser neuen Auflage besonders anbot. Das Tuberkulosekapitel ist insofern neu, als es die verschiedenen Abschnitte über Organtuberkulosen zusammenfaßt. Außerdem enthält es einige wesentlich bessere oder auch ganz neu eingefügte Röntgenbilder, auch die medikamentöse Tuberkulosetherapie ist überarbeitet worden. Neu auch die Hervorhebung des Tuberkuloms als Krankheitseinheit. Im Kapitel der Blutkrankheiten neu vor allem: HbE, ein absoluter Wert der Hämoglobinbeladung des Erythrocyten (statt Farbeindex) und Besprechung der Elektrophorese. Die Einteilung der Anämien zu Beginn des betreffenden Abschnittes ist eine wohlgeungene Neuerung. Neu ferner die Besprechung der erworbenen chron. hämolyt. Anämie, des großfokulären Lymphoblastoms, der Waldenstroemschen Erkrankung, der Myeloskloren und der hämophilieähnlichen Erkrankungen (wie Hemm-körperhämophilie, Owrensche Krankheit). Bei den endokrinen und Stoffwechselkrankheiten neu u. a. der erweiterte Therapieabschnitt bei der Thyreotoxikose unter Berücksichtigung des radioaktiven Jodes, die Hervorhebung der chronischen idiopathischen Tetanie, das Stress-Schema nach Thorn, einige neue gute Abbildungen, besonders eindrucksvoll das Farbbild des Addisonpatienten. — Grosse-Brockhoff hat im Kreislaufkapitel die Entwicklung der Kardiologie der letzten Jahre voll berücksichtigt (Herzkatheter, Angiokardiographie, Differenzierung der angeborenen Vitien entsprechend dieser neuen Methoden). Wesentlich umgearbeitet und verbessert wurde auch der Abschnitt über die erworbenen Herzklappenfehler. Moderne Therapie des rheumatischen Fiebers mit ACTH und Cortison. — In ebenso gründlicher Weise sind auch die anderen Kapitel durchgearbeitet worden, wobei wir auf die Einzelheiten hier nicht mehr eingehen können. —

Zusammengefaßt: ein hervorragendes Werk, das noch viele Auflagen vor sich hat und zu dessen großem Erfolg der Verfasser und seine Mitautoren herzlich zu beglückwünschen sind.

Prof. Dr. Scharpf

H. Kalk: **„Cirrhose und Narbenleber. Entstehung, Klinik und Therapie“**. (33. Heft der Beiträge zur praktischen Medizin, herausgegeben von K. Beckmann), 143 Seiten, mit 24 Abbildungen und 10 Tabellen, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, 1954, Preis: geheftet DM 21,—.

Die vorliegende Monographie trägt in einem ganz besonderen Maße den Stempel des Verfassers, berichtet er doch über ein Gebiet, auf dem er jahrzehntelang gearbeitet und Entscheidendes geleistet hat. Insbesondere sind es die Folgezustände der Hepatitis, die er durch Zusammenschau klinischer, laparoskopischer, biopsischer und autopsischer Befunde sowohl als Einzelbilder als auch in ihrem zeitlichen Ablauf herausgearbeitet hat. Dieser Problemstellung ist das Buch gewidmet, wobei der Titel gleich zum Ausdruck bringen soll, daß bindegewebige Umwandlungen der Leber nicht Cirrhosen sein müssen. Aber Kalk beschränkt sich nun nicht auf die Schilderung der Entstehung, Diagnose, Klinik und Prognose dieser Krankheitsbilder, sondern geht auch auf die Therapie ein, was besonders wichtig ist, da die Folgezustände der Hepatitis außerordentlich häufig sind und zahlreiche Mittel zur Verfügung stehen, andererseits aber über die Wirkung,

AKNE-MEDICE

Zur Therapie der Acne vulgaris

Liquidum und Puder in einer Packung

Literatur und Muster auf Wunsch

MEDICE Chem.-pharm. Fabrik G. m. b. H. Iserlohn/Westf.

den Nutzen und auch den möglichen Schaden dieser Medikamente recht wenig bekannt ist. Hier kann uns die große Erfahrung Kalks wirklich weiterhelfen.

Wir können hier nicht auf Einzelheiten eingehen, sondern wollen nur sagen, daß das Studium dieser flüssig geschriebenen, einprägsamen Monographie für jeden Arzt von größtem Nutzen, für den gastroenterologisch Interessierten jedoch u. E. unerlässlich ist.

Prof. Dr. Scharpff

Medizinalkalender 1955, 76. Jahrgang, herausgegeben von H. Braun, XX, 840 Seiten, vierteljährlich auswechselbares Tageskalendarium, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Preis: Ganzleinen DM 7,50.

Wieder eine neue Auflage des Medizinalkalenders, enthaltend — um nur das Wichtigste zu sagen — Rezepturmittel- und Spezialitätenverzeichnis, spezielle Kapitel über Sera, Impfstoffe, Vitamine, Hormone, Sulfonamide und Antibiotica sowie über Röntgenkontrastmittel; weiterhin: mittlere Einzelgaben der wichtigsten Arzneimittel, Dosierung bei Kindern, Deutsche Rezeptformeln, die wichtigsten STADA-Präparate und zahlreiche weitere nützliche Kapitel (auch die Gebührenordnungen, darin neu aufgenommen die Ersatzkassen-ADGO). Einige Kapitel der früheren Auflagen wurden gestrichen und damit das gewohnte handliche Format wiederhergestellt (vorübergehend war der Kalender etwas angeschwollen). Erfreulicherweise wurde das praktische Verzeichnis der Postgebühren wieder aufgenommen. Der Abschnitt von Koelsch über Berufskrankheiten, welcher der Kürzung zum Opfer fiel, war u. E. sehr wertvoll; wir schlagen vor, ihn in Zukunft wieder aufzunehmen. Weiter möchten wir sagen, daß das 60seitige ausführliche Kapitel über die Labormethoden ein Inhaltsverzeichnis (wie in den früheren Auflagen) erfordert. — Im ganzen — wie immer — ein höchst nützliches und preiswertes Buch für jeden Arzt.

Dr. J. Schröder

Hans Kohl: „Aminosäuren“. Ihre theoretische und praktische Bedeutung für die klinische Therapie, mit einem Vorwort von Max Bürger, VIII, 214 Seiten, Editio Cantor K.G., Aulendorf i. Würt., 1954, Preis: DM 14,80.

Die Therapie mit Aminosäuren ist in den letzten Jahren besonders durch die Methioninbehandlung bestimmter Lebererkrankungen bekannt geworden. An diesem Beispiel läßt sich gleich die Problematik der Materie aufzeigen. Während Methionin zunächst auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen für die Behandlung aller Lebererkrankungen empfohlen wurde, hat es sich im Verlauf von einigen Jahren als Ergebnis einiger kritischer klinischer Arbeiten herausgestellt, daß nur die Fettinfiltrationen der Leber nach Methioningaben zurückgehen; die klinisch heute wichtigeren Folgezustände der epidemischen und der hämatogenen Hepatitis werden im allgemeinen durch Methioningaben nicht beeinflußt. Es ist sogar zu vermuten, daß man mit hochdosierter Therapie in diesen Fällen schaden kann. Außer Methionin werden vor allem Cystin-Cystein, Glutathion, Glutaminsäure, Glykokoll und Aminobuttersäure besprochen. Auf über 1100 Publikationen wird im Text Bezug genommen, darunter auf zahlreiche eigene Arbeiten. — Man erkennt, wie sehr sich der Wissenschaft auch „kleiner“ Teilgebiete vermehrt hat, und man begrüßt deshalb eine solche knappe, klare Zusammenfassung, die dem wissenschaftlich Interessierten außerdem als umfassender Literaturhinweis nützlich ist.

Dr. J. Schröder

August Heisler: „Aus dem Leben eines Landarztes“. Verlag Dr. Roland Schmiel, Stuttgart, 1949, 56 Seiten. Preis: kart. DM 2,50.

Das kleine Buch enthält zwei Vorlesungen, die der Verf. 1948 an der Universität Tübingen hielt.

Zwei erfreuliche Lehrstunden für den werdenden Arzt, der im Begriff steht, das Erforschte sich zu eigen zu machen und

es lernen soll, wie Goethe sagt, „das Unerforschliche ruhig zu verehren“. Die Darstellung des Autors von seinem Hören auf die Natur in ihren Geheimnissen und ihren Erscheinungsformen, in der Beziehung zum gesunden und kranken Menschen, bedeutet hier die Verehrung des Unerforschlichen. Dem Landarzt sind diese Geheimnisse leichter zugänglich als dem zwischen den Mauern der Städte arbeitenden Kollegen. Die Vorträge enthalten viele kleine und große praktische Vorschläge für jeden jungen Arzt — im besonderen für den Landarzt — und ihr von Optimismus und seelischer Gesundheit getragener Ton kann manchem jungen Menschen, der noch an seiner Berufung zum Arzt zweifelt, den Weg weisen.

Die Broschüre ist ferner ein lehrreiches Werk für alle diejenigen, die an der Seite des Arztes arbeiten. Es gibt einen Hinweis darauf, wie das Einfühlen in den Kranken, das Hin- und Herhören, das Bejahen seines instinktiven und oft unverständlichen Verlangens in kritischen Situationen oft lebensentscheidend wirkt.

Dr. Schröder

G. Pfahler: „Der Mensch und sein Lebenswerkzeug“. 423 Seiten, Verlag Ernst Klett, Stuttgart, Preis: DM 26,—.

Der Sinn jeder Charakterologie ist, Erkenntnis über ein Dauerndes in der Persönlichkeit zu gewinnen, die Grundzüge zu erfassen, die kraft ihres eingeborenen Wesensgesetzes einem Menschen trotz aller Umwelteinflüsse einen bestimmten Lebensweg sichern.

Drei Wirkschichten müssen gegeneinander abgegrenzt werden: 1. die Schicht der ins Dasein mitgebrachten Funktionen oder des Lebenswerkzeuges, 2. die Schicht des durch Einverseelung Erworbenen und 3. die Schicht der selbstgeschaffenen Inhalte, die die Vergangenheit mit der Zukunft verknüpft und allein dem Menschen vorbehalten ist. Die zwei letzteren Schichten sind „mitwirkende“ und nur die erste Schicht ist die „grundwirkende“, das Erbgut oder die Werde-Voraussetzung. Die Erbart läßt sich nicht ändern und ist innerhalb der Grenzen ihrer Grundfunktionen fest begrenzt. Auch die Zahl der angeborenen Funktionen ist, praktisch gesehen, begrenzt und kann typisch für ganze Menschengruppen angesehen werden, während das „Mitwirkende“, der erworbene individuelle Besitz an empfangenem wie schöpferisch selbst gestaltetem Inhalt den Menschen zu einem unverwechselbar Einzigartigen werden läßt. Aus drei Grundfunktionen, der Weltzuwendung und des Wiedereinsatzes der Tiefenhalte, der Lebensenergie und der Gefühlsansprechbarkeit entwickelt Pfahler 12 Erb-Grundcharaktere und zeigt an Beispielen aus der Dichtung, des religiösen Lebens, der Menschenformung in der Begegnung von Lehrer und Schüler und an experimentellen Forschungsergebnissen die Auswirkungen dieser Lebenswerkzeuge. Sie zeigen aber auch einen sachlich kritischen Zugang zu den Problemen des Seele-Leibzusammenhangs. An Hand einer größeren Zahl von Lichtbildern läßt Pfahler den Leser teilnehmen an seinen Untersuchungen, die gewisse Gesetzmäßigkeiten bestimmter russischer Lebensstile zu bestimmten Erbcharakteren aufzeigen.

Hier Lebenswerkzeug oder Gefäß des Lebens, dort die Fülle und Flut der Inhalte, die im Lauf des Lebens in das Gefäß strömen. Die Kenntnis des Gefäßes schafft auch ein Wissen dessen, was für das Gefäß faßbar ist und somit auch ein Wissen der Grenzen und Gefahren, die jedem Lebenden durch sein Erbgut bereitet sind. Pfahler müssen wir danken, daß er uns solche Kenntnis vermittelt.

Dr. Gerber

Franz Hamburger: „Über den Umgang mit Kindern“. Wilh. Braumüller, Univ.-Verlagsbuchhandlung Wien, 1952, 142 Seiten, Preis: DM 4,80.

Es ist keineswegs immer von Vorteil, daß Psychologie und Psychotherapie heute so modern sind. Vieles rein Zeitbedingtes wird da leicht als zur Norm gehörig angesehen. Es

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



RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

ASGOVISCUM forte

mit *Rauwolfia serpentina*

stimmt vor allem nachdenklich, wenn sich die Entwicklung einer eigenen Kinderpsychiatrie abzeichnet, die vorwiegend in psychiatrischen Händen liegt (siehe Kongreß in Essen). Die somit behandelten Themen sind für den Praktiker dann häufig nicht allzu interessant, so wichtig sie wissenschaftlich auch sein mögen. Anders das Büchlein von Hamburger. An jeder Zeile merkt man, hier spricht jemand, der sich sein Leben lang mit kranken und gesunden Kindern beschäftigt hat, der scharf und kritisch beobachtete. Kein Wunder, daß er in manchem nicht mit der Schulmeinung der Psychologen übereinstimmt. Er spricht aus, daß Erziehung auch weh tut, und das scheint manchmal vergessen worden zu sein. Bei aller Liebe ist Strenge und Festigkeit ebenso notwendig. Nicht nur für Erzieher und Eltern, sondern auch für den praktisch tätigen Arzt, der es mit Kindern zu tun hat, ist die Lektüre zu empfehlen. Auch in der Kinderpraxis sind es vorwiegend funktionelle Erkrankungen, die zum Arzt führen, und man vermeidet Fehldiagnosen und Fehlbehandlung, wenn die Zusammenhänge richtig erkannt werden. Es scheint gerade heute angebracht, auf die rechte Norm zurückzugehen, denn nach den Zeiten der Härte und des Zwanges schlug das Pendel manchmal sehr zur anderen Seite aus. Man gerät nicht in Gefahr, nun nur zur Strenge zu raten, wenn man den Gedanken des Büchleins folgt, denn Hamburger betont stets, wie wichtig es ist, dem Kind seinen Lebensraum zu lassen und es ernst zu nehmen. Es freut zu hören, daß zum Leben des Kindes auch das Recht gehört, sich schmutzig zu machen und daß Reinlichkeit und Gesundheit nicht unbedingt gleichzusetzen sind. Und dann all die Schwierigkeiten, denen das Kind im Geschwisterkreis gegenübersteht, oder die Schule! Was vielleicht zu beanstanden wäre, ist die manchmal sehr abstrakte akademische Form, die im Interesse gerade dieses Themas sicher mit Vorteil mehr erzählerischer hätte sein dürfen, doch entschädigt der Inhalt reichlich für diesen eventuellen Mangel.

Dr. Stoßberg

Gerd K. Döring: „Die Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau mit Hilfe der Körpertemperatur“. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 19 Seiten, Preis: DM 1,90.

Das Büchlein, klar und übersichtlich geschrieben und durch einige Kurventafeln noch verständlicher gemacht, unterscheidet sich besonders durch seine Knappheit vorteilhaft von ähnlichen Schriften. Es wird deshalb seine hehre Aufgabe sicher erfüllen und viel Unglück auf sozialem, ethischem, medizinischem und juristischem Gebiet verhüten können. Deshalb sollte es nicht nur in die Hände eines jeden Ehepaares oder solcher, die eines werden wollen, zeitig genug gelangen, sondern jeder reife Mensch sollte sich die nötigen Kenntnisse daraus verschaffen.

Dr. Pfeilsticker

M. Bauer: „Zur Genese des Diabetes mellitus und des Bronchialasthmas“. Heft 49 der Sozialmedizinischen Schriftenreihe aus dem Gebiet des Bundesministeriums für Arbeit „Arbeit und Gesundheit“, 1953. 113 Seiten, 5 Abbildungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Preis: kart. DM 9,60.

Es ist sehr dankenswert, daß von angesehenen Wissenschaftlern und erfahrenen Begutachtern zu dem Thema Stellung genommen wird.

Bertram gibt in seinem Vortrag „Diabetes als Schädigungsfolge“ der Ansicht der Schulmedizin Ausdruck, während Sturm in seinem „Über die exogene Verursachung des Diabetes“ der Bedeutung des Zwischenhirns Rechnung trägt. Wer vermuten könnte, daß die beiden Standpunkte weit auseinanderliegen, irrt. Sie haben sich sehr genähert, denn

Sturm verlangt zur Anerkennung der Zwischenhirnschädigung nach körperlichem Trauma (Hirnschädigung) weitere Symptome, die auf eine stattgehabte Schädigung des Zwischenhirns hinweisen. Oberdisse macht zu diesen Vorträgen — es handelt sich durchweg um die Wiedergabe gehaltener Vorträge — noch einige Bemerkungen, die sich vor allem mit der Bedeutung der Schädigung der Hypophyse und des Zwischenhirns beschäftigen.

Kämmerer berichtet vor allem über die Genese des „Allergischen Asthmas“ unter Abtrennung von anderen asthmatischen Zuständen, während Sturm über „Bronchialasthma als Schädigungsfolge“ berichtet. Die zur Sensibilisierung führende Exposition muß, damit ein Versorgungsleiden Anerkennung finden kann, nachgewiesen werden (Kämmerer).

Sturm führt mehrere solcher Möglichkeiten an, die evtl. in Zusammenhang mit einem Hirntrauma stehen können.

Die Vorträge von Seiler, der vor allem den intermediären Zuckerstoffwechsel behandelt, von O. Fischer, der sich mit der Entstehung der Zuckerkrankheit beschäftigt, und von E. Schilling, der sich ganz speziell dem Diabetes mellitus als Versorgungsleiden zuwendet, runden das Ganze ab.

Alle diejenigen, welche Zuckerkrankheit oder Asthmatiker zu begutachten haben, werden von der Lektüre des Buches reichen Gewinn haben.

Prof. Dr. Scharpf

Prof. Dr. F. Heiss: „Nothilfe und Vorbeugung von Schäden beim Sport“. 112 Seiten, Wilhelm Limpert Verlag, Frankfurt/M., Preis: brosch. DM 4,80.

Der Verfasser hat aus seinen reichen Erfahrungen ein Buch zusammengestellt, das in gedrängter Form die erste Hilfe bei Sportunfällen und die Vorbeugung von Sportschäden behandelt. Mit praktischen Beispielen, guten Zeichnungen und Röntgenbildern wirkt es lebendig und ist keine der sonst üblichen Aufzählungen von Unfällen und ihrer ersten Hilfe. Wichtig die genaue Abgrenzung, wann Laienhilfe durch ärztliches Eingreifen abgelöst werden muß, wichtig die genaue Darstellung der Symptome der typischen Sportverletzungen und interessant die erprobte Therapie. Sehr wichtig die überzeugende Darstellung der Fehler in der Technik der Sporttreibenden, durch deren Vermeidung Schäden verhütet werden können.

Zusammengefaßt ein Büchlein, das jeder, der mit Sport zu tun hat, zur Hand haben sollte, das bei der großen Zahl der heute Sporttreibenden für jeden Arzt ein wichtiger Helfer in der Praxis sein kann.

Dr. Elisabeth Hartig

Rehder: „Die Sondenbehandlung chronischer Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre“. Ärzte-Verlag Köln, 1954, Preis: DM 5,20.

Der Verfasser gibt einen umfassenden Überblick über die Indikationen, Kontraindikationen und Aussichten der Sondenbehandlung bei den Geschwüren des Magens und Zwölffingerdarms. Vor allem wird auch die Technik der Sondenbehandlung ausführlich geschildert. Ist es doch bekannt, daß es bei dieser Behandlungsmethode zu Durchfällen, zu Reizungen des Jejunums durch die Sonde mit der Olive, zu Knotenbildungen des dünnen Schlauchs im Dünndarm, zu Verstopfungen der Sonde usw. kommen kann. Der Verfasser führt solche Kuren auch im Privathaushalt durch. Sicherlich wird diese Methode durchschnittlich nur Krankenanstalten vorbehalten bleiben. Auch hier hat sie aber nur eine festumschriebene begrenzte Indikation. Die Schrift aber, da aus einer großen Erfahrung geboren, ist sehr geeignet, sich vor Anlegung der Sonde über alles Notwendige zu orientieren.

Dr. Robbers



Bronchicum

Elixir • Tropfen • vegetabile

1,55

1,15

1,55



NATTERMANN

Bekanntmachungen

Gesetz über die Impfung gegen Diphtherie

vom 25. Januar 1954

Der Landtag hat am 21. Januar 1954 das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

Das durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland gewährleistete Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit wird durch die folgenden Bestimmungen eingeschränkt.

§ 2

(1) Gegen Diphtherie sollen alle Kinder nach Vollendung des ersten Lebensjahres geimpft werden. Die Impfung soll noch zweimal mit einem Zwischenraum von drei Jahren, jedoch nicht nach Vollendung des 12. Lebensjahres, wiederholt werden.

(2) Die Impfung darf nur von Ärzten vorgenommen werden.

§ 3

(1) Das Innenministerium kann anordnen, daß

1. in Kindergärten, Krippen, Kinderheimen und ähnlichen Einrichtungen nur solche Kinder aufgenommen werden oder sich aufhalten dürfen, die nach § 2 geimpft worden sind,
2. alle Kinder der Impfung gegen Diphtherie nach § 2 zu unterziehen sind, wenn es zur Verhinderung einer Epidemie erforderlich ist.

(2) Das Innenministerium kann diese Befugnisse auf die Regierungspräsidien übertragen.

§ 4

Einzelimpfungen können von Ärzten jederzeit vorgenommen werden.

§ 5

Die Gesundheitsämter halten öffentliche Impftermine nach näherer Bekanntmachung ab. Die Gemeinden sind verpflichtet, diese Impftermine unentgeltlich vorzubereiten und darauf hinzuwirken, daß alle für die Impfung in Betracht kommenden Kinder geimpft werden. Die Gemeinden haben insbesondere

- a) geeignete Räume bereitzustellen,
- b) einen Beauftragten zu den Impfterminen zu entsenden und eine geeignete Schreibkraft zu stellen,
- c) die Impftermine in ihrem Bereich bekanntzumachen und die Sorgeberechtigten aufzufordern, ihre Kinder zu den Impfterminen vorzustellen,
- d) die Listen der zur Erst- oder Wiederimpfung heranstehenden Kinder und die Impfscheine vorzubereiten.

§ 6

Über jede Impfung wird vom Arzt ein Impfschein ausgestellt.

§ 7

Ist eine Anordnung nach § 3 Abs. 1 Ziff. 2 getroffen worden, so sind die Sorgeberechtigten verpflichtet,

1. die unter ihrer Obhut stehenden Kinder innerhalb der von der zuständigen Behörde gesetzten Frist impfen zu lassen,
2. auf amtliches Anfordern den Nachweis zu führen, daß die Impfung der unter ihrer Obhut stehenden impfpflichtigen Kinder erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grund unterblieben ist.

§ 8

(1) Ist eine Anordnung nach § 3 Abs. 1 Ziff. 2 getroffen worden, so haben die Leiter von Schulen

1. bei der Aufnahme von impfpflichtigen Schülern durch Einfordern der vorgeschriebenen Bescheinigungen festzustellen, ob die Impfung erfolgt ist,
2. darauf hinzuwirken, daß Schüler, die während des Besuchs der Anstalt impfpflichtig werden, dieser Verpflichtung genügen,
3. falls eine angeordnete Impfung ohne gesetzlichen Grund unterblieben ist, auf ihre Nachholung hinzuwirken,
4. vier Wochen vor Schluß des Schuljahres dem Gesundheitsamt ein Verzeichnis derjenigen Schüler zu übergeben, für die der Nachweis einer angeordneten Impfung nicht erbracht ist.

(2) Ist eine Anordnung nach § 3 Abs. 1 Ziff. 1 getroffen worden, so finden die Vorschriften des Abs. 1 mit Ausnahme der Ziff. 4 entsprechende Anwendung.

§ 9

(1) Die Kosten des Impfstoffes für Einzelimpfungen (§ 4) trägt das Land nach Maßgabe der vom Innenministerium zu erlassenden Durchführungsvorschriften.

(2) Die Kosten für Impfungen an öffentlichen Impfterminen trägt unbeschadet des § 5 das Land.

§ 10

(1) Zuwiderhandlungen gegen die nach § 3 getroffenen Anordnungen und gegen § 2 Abs. 2, §§ 7 und 8 werden mit Geldstrafen bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark bestraft.

(2) Die Strafverfolgung tritt nur auf Antrag des Gesundheitsamts ein. Der Antrag kann zurückgenommen werden.

§ 11

Rechts- und Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Impfungen und die Zurückstellung von der Impfung erläßt das Innenministerium.

§ 12

Das württ.-bad. Gesetz Nr. 300 über die Impfung gegen Scharlach und Diphtherie vom 25. April 1946 (Reg. Bl. S. 166) in der Fassung des Gesetzes Nr. 387 vom 15. Mai 1950 (Reg. Bl. S. 49) wird aufgehoben.

Stuttgart, den 25. Januar 1954

Die Regierung des Landes Baden-Württemberg

Dr. Gebhard Müller Dr. Veit

Dr. Wolfgang Haußmann Ulrich Dr. Frank

Leibfried Hohlwegler Fiedler Farny

Dichtel Dr. Werber

Verordnung des Innenministeriums zur Durchführung des Gesetzes über die Impfung gegen Diphtherie

Vom 13. Oktober 1954

Auf Grund des § 3 Abs. 1 Ziff. 1 und des § 11 des Gesetzes über die Impfung gegen Diphtherie vom 25. Januar 1954 (Ges. Bl. S. 5) wird verordnet:

Zu § 3 des Gesetzes:

§ 1

In Kindergärten, Krippen, Kinderheimen und ähnlichen Einrichtungen dürfen Kinder, die das erste Lebensjahr voll-

bei flatulenz

EUCARBON

endet haben, nur aufgenommen werden oder sich aufhalten, wenn sie nachweislich

- a) nach § 2 des Gesetzes gegen Diphtherie geimpft oder
- b) aus gesundheitlichen Gründen von der Impfung gegen Diphtherie zurückgestellt worden sind.

Der Nachweis zu Buchst. a ist durch Vorlage des Impfscheins (§ 6 des Gesetzes), der Nachweis zu Buchst. b durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu führen, die sich auch über die erforderliche Dauer der Zurückstellung auszusprechen hat.

Zu §§ 4 und 5 des Gesetzes:

§ 2

(1) Kinder, die nicht ohne Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit geimpft werden können, sind von der Impfung zurückzustellen; tritt die Gefahr nach Beginn der Impfung ein, so darf diese nicht fortgesetzt werden. Eine Gefahr liegt insbesondere vor bei Kindern, die an erheblicher körperlicher Unterentwicklung, an einer akuten fieberhaften Krankheit oder deren Folgezuständen, an tuberkulösen Erkrankungen, an einer schweren Haut- oder allergischen oder neurologischen Erkrankung, an einer Herzkrankheit oder erheblicher Kreislaufablilität leiden, vor weniger als acht Wochen gegen Pocken geimpft worden sind oder bei der ersten Einspritzung von Diphtherieschutzimpfstoff eine das übliche Maß übersteigende Reaktion gezeigt haben. Ferner sind Kinder, die während der letzten drei Jahre einer aktiven Diphtherieschutzimpfung unterzogen worden sind, von der Impfung zurückzustellen.

(2) Kinder, die in einer Wohngemeinschaft mit Personen leben, die an einer ansteckenden Krankheit leiden, dürfen nicht zum öffentlichen Impftermin gebracht werden.

§ 3

Die Erstimpfung besteht aus zwei Einspritzungen, von denen die zweite frühestens vier und spätestens sechs Wochen nach der ersten vorzunehmen ist. Die Wiederholungsimpfungen, die jeweils drei Jahre nach der vorhergehenden Impfung durchzuführen sind, bestehen in je einer Einspritzung.

§ 4

(1) Zur Impfung dürfen nur staatlich geprüfte Impfstoffe verwendet werden.

(2) Als Richtlinie für die Dosierung gilt die den Packungen beiliegende Gebrauchsanweisung.

§ 5

Der Impfstoff ist an einem kühlen Ort, vor Frost, Hitze und Sonnenlicht geschützt, aufzubewahren. Die aus Flaschen oder Ampullen zu entnehmenden Impfstoffmengen sind so zu berechnen, daß der Inhalt dieser Gefäße innerhalb eines Impftermins möglichst vollständig aufgebraucht wird. Der impfende Arzt hat sich davon zu überzeugen, daß die Verfallszeit des Impfstoffes nicht überschritten ist. Angebrochene Ampullen samt Inhalt sind nach Abschluß jedes Impftermins zu vernichten.

§ 6

Bei der Entnahme von Impfstoff aus Flaschen ist folgendes zu beachten:

Vor jeder Entnahme ist die Flasche umzuschütteln. Der Stopfen darf nicht entfernt werden. Er ist nach Entfernung der Schutzhülle und gründlicher Desinfektion mit einer dicken Kanüle zu durchstechen, durch die der Impfstoff mittels einer Spritze angesogen wird. Durch den Stopfen kann eine zweite Kanüle in die Flasche eingeführt werden; das Einblasen von Luft in die Flasche ist jedoch unzulässig. Jede Dosis ist einzeln aufzuziehen. Es dürfen nur 1- bis 2-ccm-Spritzen verwendet werden.

§ 7

(1) Der Impfstoff ist streng subkutan am Oberarm, ungefähr am Ansatz des Schulterhaubenmuskels, einzuspritzen. Die erste Einspritzung soll in den linken, die zweite in den rechten Oberarm erfolgen.

(2) Die Impfung ist unter Beachtung aller ärztlich gebotenen Vorsichtsmaßnahmen vorzunehmen. Spritzen und Kanülen sind gründlich mechanisch zu reinigen und anschließend keimfrei zu machen. Für jedes Kind muß eine jedesmal frisch entkeimte Kanüle benutzt werden; sie darf nur mit einer sterilisierten Pinzette oder Kornzange, keinesfalls mit

der Hand auf die Spritze aufgesetzt werden. Auch die Öffnung der Spritze darf nicht mit den Fingern berührt werden.

(3) Die impfenden Ärzte und ihre Hilfspersonen haben vor Beginn der Impfungen die Hände gründlich zu waschen und zu desinfizieren.

(4) Die Impfstelle ist mit Zellstoff- oder Wattetupfern, die mit siebzigprozentigem Alkohol, neunundneunzigprozentigem Brennspiritus, mit Sepsotinktur oder einem anderen geeigneten, nicht allzu flüchtigen, die Haut desinfizierenden Mittel getränkt sind, abzureiben. Für jeden Impfling muß ein neuer Tupfer genommen werden.

§ 8

Treten nach Einzelimpfungen im Sinne des § 4 des Gesetzes außergewöhnliche Krankheitserscheinungen (insbesondere Fieber, örtliche Entzündung, Eiterung) auf, so hat der impfende Arzt dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu berichten.

§ 9

Die Aufforderung an die Sorgeberechtigten gemäß § 5 Buchst. c des Gesetzes hat durch Einzelladungen nach Muster (Anl. 1 a) zu erfolgen. Jeder Ladung ist ein Merkblatt (Anl. 1 b) anzuschließen.

§ 10

Die in öffentlichen Impfterminen durchgeführten Impfungen sind in den Listen der zur Erst- oder Wiederimpfung heranstehenden Kinder (§ 5 Buchst. d des Gesetzes) zu vermerken. Die Listen sind nach Muster (Anl. 2) anzulegen.

Zu § 6 des Gesetzes:

§ 11

(1) Der Impfschein ist nach Muster (Anl. 3 a oder b) auszustellen. Er ist nach der Impfung, bei Erstimpfungen also nach der zweiten Einspritzung, dem Sorgeberechtigten auszuhändigen. Kann bei Erstimpfungen die zweite Einspritzung nicht durchgeführt werden, so ist dies auf dem Impfschein zu vermerken.

(2) Für die erstmalige Ausstellung des Impfscheins durch das Gesundheitsamt werden keine Gebühren und Auslagen erhoben.

Zu § 9 Abs. 1 des Gesetzes:

§ 12

(1) Den Ärzten, die Einzelimpfungen im Sinne des § 14 des Gesetzes durchgeführt haben, erstatten die Gesundheitsämter gegen Aushändigung einer Impfliste die Kosten des Impfstoffes in Höhe des jeweiligen Apothekenverkaufspreises für eine Einzelimpfstoffdosis (Ampulle mit 0,5 ccm) je Impfling. Die Impfliste hat Name, Vorname und Alter des Impflings sowie das Datum der Impfung (bei Erstimpfungen Datum der ersten und zweiten Einspritzung) und die Angabe, ob es sich um eine Erst- oder Wiederholungsimpfung handelte, zu enthalten.

(2) Die nach dieser Verordnung vorgeschriebenen Formblätter werden von den Gesundheitsämtern kostenlos zur Verfügung gestellt.

§ 13

Diese Verordnung tritt einen Monat nach ihrer Verkündung in Kraft.

Stuttgart, den 13. Oktober 1954

Ulrich

Ausbildung von Sportärztinnen

In Ergänzung der Ankündigung des diesjährigen Sportärztelehrgangs, der vom 12. bis 25. Juni in Freudenstadt stattfindet, wird darauf hingewiesen, daß dieser Lehrgang auch die Ausbildung von Sportärztinnen durchführt.

Neben einer allgemeinen sportlichen Ausbildung sind es viele wissenschaftliche Referate, welche die Erkenntnisse der Sportmedizin übermitteln. Bei dem Mangel an Sportärztinnen, der immer noch besteht, wäre es wünschenswert, daß möglichst viele sportlich interessierte Ärztinnen diese Ausbildung mitmachen. Durch die immer größer werdende Zahl der sporttreibenden Frauen und Mädchen erschließt sich hier ein dankbares und zukunftsreiches Arbeitsgebiet.

Anmeldungen sind möglichst frühzeitig an die Kurverwaltung in Freudenstadt erbeten. Nähere Auskunft erteilt Frau Dr. Elisabeth Hartig, Stuttgart-Botnang, Brucknerstraße 38.

Vorstandswahlen der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayer. Landesärztekammer hielt am Samstag, dem 19. März 1955, im Deutschen Museum in München ihre 1. Vollversammlung nach den am 16. Januar 1955 stattgefundenen Wahlen der Abgeordneten zur Kammer ab. Zum Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer wurde bereits im ersten Wahlgang Dr. Hans Joachim Sewering, Lungenfacharzt in Dachau, gewählt. Dieser dankte für das ihm seitens der Abgeordneten der bayer. Ärzteschaft geschenkte Vertrauen und würdigte die langjährige Tätigkeit seines Vorgängers Senators Dr. Karl Weiler und seine Verdienste um den Wiederaufbau der Landesärztekammer.

Vizepräsident wurde Dr. Gustav S o n d e r m a n n, prakt. Arzt in Erlangen. Gewählt wurden ferner 22 Vorstandsmitglieder.

Nachruf

Mitten aus einer arbeitsreichen ärztlichen Tätigkeit durch Herzschlag herausgerissen wurde in den Morgenstunden des 17. März 1955 der in seiner alten Heimat Bessarabien weithin bekannte und verehrte Dr. Albert N e c k e r. Seinen plötz-

lichen Tod betrauern nicht nur die Patienten seines letzten Wirkungsbereiches in Stgt.-Zuffenhausen, sondern vor allen seine Landsleute und Kollegen aus der bessarabiendeutschen Volksgruppe, denen er auch in schwersten Zeiten stets Arzt, Freund und Kamerad war.

Dr. N e c k e r wurde am 12. Dezember 1892 in Wittenberg/Bessarabien geboren. Er studierte in Dorpat und Tübingen Medizin. Anschließend war er in seiner Heimat, zuerst in Eigenfeld, dann in Wittenberg und von 1932 bis zur Umsiedlung im Jahre 1940 in Tarutino als praktischer Arzt tätig. In dieser Zeit leitete Necker das Gesundheitsamt der bessarabiendeutschen Volksgruppe. Ihm verdankt die Volksgruppe unter anderem die damals so wichtige ärztliche Verbindung mit dem deutschen Mutterlande, woraus letzten Endes auch später die gute organisatorische Gesundheitsbetreuung der Umsiedler im neuen Ansiedlungsgebiet resultierte.

Die bessarabiendeutschen Kollegen nehmen an dieser Stelle Abschied von einem lebenswerten Menschen und einem vorbildlichen Arzt. Sie bewahren ihm ein treues Andenken.

Dr. K. Widmer

i. A. der bessarabiendeutschen Ärzteschaft

BEZIRKSÄRZTEKAMMER NORDWÜRTTEMBERG
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTTEMBERG

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

**Konstituierung der Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg**

Am 30. März 1955 fand die Konstituierung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg als Untergliederung der Landesärztekammer Baden-Württemberg Körperschaft des öffentlichen Rechts statt.

Es wurde folgender Vorstand gewählt:

Präsident:

Prof. Dr. med. N e u f f e r, Hans, prakt. Arzt, Stuttgart-Degerloch

Vizepräsident:

Dr. D o b l e r, Theodor, prakt. Arzt, Schorndorf

Rechnungsführer:

Dr. K n o s p e, Erich, prakt. Arzt, Eßlingen/N.

Weitere Vorstandsmitglieder:

Dr. Z i m m e r l e, Karl, angestellter Arzt, Göppingen
Dr. R ö c k e n, Werner, angestellter Arzt, Stuttgart
Dr. S c h a d, Hugo, Facharzt für innere Krankheiten, leitender Arzt am Kreiskrankenhaus Backnang
Dr. L ä n d e n b e r g e r, Fritz, Facharzt für Augenkrankheiten, Eßlingen/N.
Dr. H ä m m e r l e, Gerhard, prakt. Arzt, Kornwestheim
Dr. D o c h, Roswitha, Fachärztin für Kinderkrankheiten, Stuttgart.

Ausschreibung von Kassenarztstellen (3/55)

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

Eßlingen-Mettingen Kreis Eßlingen	prakt. Arzt
Brackenheim Kreis Heilbronn	prakt. Arzt
Widdern Kreis Heilbronn	prakt. Arzt
Ludwigsburg Kreis Ludwigsburg	Facharzt für Augenkrankheiten
Ludwigsburg-Nord Kreis Ludwigsburg	prakt. Arzt
Ludwigsburg-Eglosheim Kreis Ludwigsburg	prakt. Arzt
Stuttgart-Ost Schlachthofgegend	Facharzt für Augenkrankheiten
Stuttgart-West	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten
Stuttgart-Weil im Dorf Gewand Giebel I	prakt. Arzt
Stuttgart-Weil im Dorf Gewand Giebel II	prakt. Arzt

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

*Worauf man sich
verlassen kann:*

DEPURATIVUM

veg.  **NATTERMANN**

O.P. 1,55

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 3/55“ 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. Mai 1955 bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, einzureichen.

Stuttgart, den 10. April 1955

Der Zulassungsausschuß
für die kassenärztliche Tätigkeit
im Regierungsbezirk Nord-Württemberg

Ärztlicher Fortbildungstag

am Samstag, dem 23. April 1955, im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg
(Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 8 bis Haltestelle Hegelplatz. Fernruf 9 30 78)

Vormittags 9.00 Uhr

Aktuelle Viertelstunde: Prof. Dr. med. Dennig, Stuttgart
Grippe-Epidemie 1955

Dr. med. Klaus Munk, München: Neuere Ergebnisse der
Virus-Forschung

Prof. Dr. med. Groß, Stuttgart: 11 Jahre Arzt und Chirurg
in russischen Kriegsgefangenenlagern
(Auch Arztfrauen sind zu diesem Vortrag eingeladen)

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr

Dozent Dr. med. Nikolowski, Tübingen: Diagnose und
Therapie der Fertilitätsstörungen des Mannes in der
Praxis

Dozent Dr. med. Probst, Tübingen: Diagnose und Therapie
der Sterilität der Frau

Als weitere Fortbildungstage sind folgende Samstage vorgesehen: 21. Mai, 11. Juni und 9. Juli 1955

Professor Dr. Neuffer
Präsident der Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat März 1955 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Breig, Heilbronn, 50.—; Dürr, Schw. Hall, 10.—; Müller, Sulzdorf, 25.—; N. N., 30.—; Schöbel, Stuttgart (abgelehntes Honorar), 24.—; Veit, Göppingen (abgelehntes Honorar) 5.—; Summe: 144.— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Goldenes Doktorjubiläum

Am 13. Mai 1955 wird Dr. med. Friedrich Johannes Laible, prakt. Arzt in Möckmühl, Kreis Heilbronn, sein goldenes Doktorjubiläum feiern.

Als Sohn eines Pastors in Dresden am 13. März 1882 geboren, besuchte er das Wettiner Gymnasium bis 1901 und studierte dann Medizin in Halle, München und Dorpat und wiederum in Halle a. d. Saale, wo er im Frühjahr 1905 sein Staatsexamen bestand und am 13. Mai zum Doktor promovierte. Dann folgten Volontär- und Assistentenjahre in München und Halle und eine längere Tätigkeit als Schiffsarzt beim Norddeutschen Lloyd, die reiche Eindrücke brachten.

Seit 1908 ist Kollege Laible mit der Tochter eines Gymnasialprofessors aus Rothenburg o. T. verheiratet. Nachdem er lange Jahre eine Landpraxis in Elzach bei Freiburg i. Br. und eine weitere bei Schwäb. Hall geführt hatte, ließ er sich 1931 in seinem jetzigen Praxisort endgültig nieder. Neben seiner Praxis, in der ihn seit bald 2 Jahren ein Assistenzarzt unterstützt, ist er noch für das Rote Kreuz tätig. Kinder und Enkel erfreuen sein Alter. Wenn irgend möglich, kommt er zu jeder Ärzerversammlung, und so kennt wohl jeder Arzt unseres Kreises den hageren, weißhaarigen Kollegen, dem wir alle zu seinem Ehrentage von Herzen Glück wünschen. E. Sp.

Geburtstag

Am 15. Mai 1955

Ob. Med. Rat a. D. Eduard Schefold, Ulm a. D.,
75 Jahre

Wir gratulieren dem Jubilar herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Ob. Reg. Med. Rat Dr. Guthmann, Heinrich,
Bad Mergentheim,
geb. 7. 3. 1874, gest. 20. 2. 1955

Dr. Linsenmeier, Eugen, Heilbronn,
geb. 15. 3. 1890, gest. 26. 2. 1955

Dr. Grob, Walter, Backnang,
geb. 10. 2. 1877, gest. 6. 3. 1955

Dr. Haueisen, Hildegard, Eblingen,
geb. 27. 7. 1910, gest. 15. 3. 1955

Dr. Necker, Albert, Stgt.-Zuffenhausen,
geb. 12. 12. 1892, gest. 18. 3. 1955

Dr. Gärtner, Jakob, Heilbronn,
geb. 18. 9. 1912, gest. 21. 3. 1955

Dr. Boepple, Julius, Stgt.-Feuerbach,
geb. 5. 9. 1892, gest. 25. 3. 1955



Das bekannte Therapeutikum mit den nachweisbaren Erfolgen bei:

Ulcus ventriculi, Gastritiden
Ulcus duodeni

nummehr durch
Preismäßigung
noch wirtschaftlicher.

Kleinpackung mit 24 Tabl. DM 2,55 o. U.
(ausreichend für 8 Tage)

Originalpackung · Kurpackung · Klinikpackung

LITERATUR UND MUSTER DURCH: H. TROMMSDORFF, CHEMISCHE FABRIK, AACHEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER SÜDWÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDWÜRTTEMBERG-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 bestandenen Staatsexamen.

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

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte 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 beizufügen, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über 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 Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber 10 DM 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:

Reutlingen	prakt. Arzt (Ärztin erwünscht)
Haiterbach	prakt. Arzt
Schelklingen	prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. Mai 1955 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte
des Landes Württemberg-Hohenzollern

Bericht

über die letzte Sitzung der Landesärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 11. März 1955 und die erste Sitzung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern am 12. März 1955 in Saulgau

Nach Konstituierung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat die bisherige Landesärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 11. März 1955 ihre Schlußsitzung abgehalten. Ihr Präsident, Dr. Borck, Pfullingen, gab einen ausführlichen Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit der Kammer in der abgelaufenen Kammerperiode. Außerdem erstatteten der juristische Berater, der ärztliche und kaufmännische Geschäftsführer ihren Rechenschaftsbericht. Nach Rechnungslegung wurde dem Vorstand Entlastung erteilt und ein Übergangshaushalt 1955 genehmigt, der auf den späteren Haushalt der Landesärztekammer Baden-Württemberg für die Bezirksärztekammer zu verrechnen ist.

Auf der 1. Sitzung der neuen Bezirksärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern am 12. März 1955 hat sich diese konstituiert und die Wahlen vorgenommen.

Gewählt wurden:

zum Präsidenten: Dr. med. H. L. Borck, Pfullingen
zum stellvertr. Präsidenten: Dr. med. Degenhard, Eberhardzell

Die Zahl der Vorstandsmitglieder wurde durch Beschluß der Kammer auf insgesamt 5 erhöht und folgende 3 Herren wurden noch in den Vorstand gewählt:

Dr. med. Schmid, Ebingen (Facharzt f. Augenkrankheiten)
Dr. med. Eberspächer, Pfalzgrafenweiler (prakt. Arzt)
Dr. med. Hans Bauer, Tübingen

Folgende Ausschüsse wurden gewählt:

Umlageausschuß:

Dr. med. Hugo Grauer, Kirchentellinsfurt
Dr. med. Zenner, Tübingen *

Fortbildungsausschuß:

Dr. med. Borck, Pfullingen
Prof. Letterer, Tübingen
Dr. med. Bihl, Rottweil
Dr. med. habil. Robbers, Sigmaringen

Fürsorgeausschuß:

Dr. med. Borck, Pfullingen
Dr. med. Hugo Grauer, Kirchentellinsfurt
Dr. med. Kauffmann, Hechingen
Dr. med. Hans Bauer, Tübingen

Facharztanerkennungsausschuß:

Prof. Gottron, Tübingen
Dr. H. Grauer, Kirchentellinsfurt
Dr. Zenner, Tübingen
Dr. Feurer, Baiersbronn

Facharztvertreter:

Augen: Prof. Harms, Tübingen
Dr. Schmid, Ebingen
HNO: Prof. Schwarz, Tübingen
Dr. Hager, Schramberg

*Bei
Bronchitis
Pleuritis
Sport-
Verletzungen*

**Jod-Campher-
Chloroform-Vasogen**

O.P. 20g DM 125
O.P. 30g DM 145

PEARSON+CO. AG. UETERSEN / HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

Urologie:	Dr. Staehler, Tübingen Dr. Rossbach, Friedrichshafen
Neurologie:	Prof. Hirschmann, Tübingen Prof. Becker, Tuttlingen
Orthopädie:	Dr. Boos, Tübingen Dr. Heber, Reutlingen
Frauen:	Prof. Stübler, Reutlingen Dr. Probst, Tübingen
Kinder:	Dr. Grundler, Tübingen Dr. Gayler, Reutlingen
Lungen:	Prof. Brügger, Wangen Dr. Zechmall, Reutlingen
Innere:	Prof. Heni, Tübingen Dr. Graser, Tübingen
Chirurgie:	Prof. Dick, Tübingen Dr. Wolfg. Kübler, Reutlingen
Röntgenologie:	Prof. Bauer, Tübingen Dr. Reigber, Reutlingen
Haut:	Prof. Gottron, Tübingen Dr. Dürre, Reutlingen
Kieferchirurgie:	Prof. Rebel, Tübingen

Der Vorstand wurde ermächtigt, für evtl. weitere Fachgebiete Vertreter zu benennen.

Außerdem wurde der Vorstand ermächtigt, weitere Ausschüsse, falls sie nötig sein sollten, vorläufig einzusetzen,

über die er dann in der nächsten Kammersitzung berichtet und die Bestätigung der Vollversammlung einholt.

Es wurden weiterhin die Vorschläge für die Besetzung der Berufsgerichte besprochen. Die Vorschläge gehen über die Landesärztekammer an das Innenministerium.

Rechtsberater und Hilfskräfte wurden von der ehemaligen Landesärztekammer Württemberg-Hohenzollern übernommen.

Die bisherigen ärztlichen Kreisvereine wurden als Untergliederungen der Kammer bestätigt. Auf Satzungen für sie und die Bezirksärztekammer wird zunächst verzichtet.

Als Übergangshaushaltsplan für 1955 wurde der Voranschlag 1954 auf 1955 der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern bestätigt.

Dr. A. Langbein
Geschäftsführender Arzt

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

(Postscheckkonto Nr. 5 320 Stuttgart, Girokonto Nr. 313 bei der Württ. Landessparkasse)

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse in den Monaten Februar und März 1955 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württemberg-Hohenzollern:

Haushalter, Schweningen, 10.—; Koch, Schussenried, 20.—; Mezger, Calw, 20.—; Mucha, Aldingen (abgelehntes Honorar), 40.—; zus. 90.— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

BEZIRKSÄRZTEKAMMER NORDBADEN

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

Wahl der Bezirksärztekammer Nordbaden

Nach Bildung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat sich am 23. März 1955 in Karlsruhe die neue Bezirksärztekammer Nordbaden konstituiert.

Als ihr Präsident wurde der bisherige Präsident der Ärztekammer Nordbaden, Dr. Geiger, Karlsruhe, und als Vizepräsident Dr. Holdack, Heidelberg, gewählt. Weitere Mitglieder des Vorstandes sind:

Dr. Maag, Hardheim,
Dr. Mattern, Heidelberg,
Dr. Martin, Karlsruhe,
Dr. Fackert, Mannheim,
Dr. Maiwald, Neckarhausen.

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

prakt. Arzt in Ettlingen,
prakt. Arzt in Bruchsal,
prakt. Arzt in Rippberg/Kr. Buchen.

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

Eine gleichzeitige Bewerbung um 3 Kassenarztstellen in einer Ausschreibung des Zulassungsausschusses Nordbaden ist zulässig.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztsitze sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, spätestens jedoch bis zum 20. Mai 1955, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden, Karlsruhe, Douglasstr. 9, einzureichen. Den Bewerbungen sind die Urkunden bzw. beglaubigten Abschriften beizufügen, wie sie in § 12 der Zulassungsordnung vom 26. 11. 1953 aufgeführt sind, soweit sie nicht von früheren Bewerbungen noch bei der Geschäftsstelle vorliegen. Bei der Bewerbung ist anzugeben, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird.

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Schwerbeschädigte ihres Rentenbeschei-

des und Vertriebene und Flüchtlinge ihres Ausweises (§ 15 BVFG) den Bewerbungsunterlagen beifügen. Das Ausstellungsdatum des polizeilichen Führungszeugnisses soll nicht vor dem 1. 4. 1955 liegen, Lebenslauf und Rauschgiftsucherklärung sollen das Datum der Bewerbung tragen.

Für die Bearbeitung eines jeden Antrages hat der Bewerber eine Gebühr von 10.—DM (gemäß § 42, Abs. 2 ZO) und zwar für jede Kassenarztstelle zu entrichten. Die Gebühr ist gleichzeitig mit der Bewerbung auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 22190 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Mannheim, Renzstr. 11, mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für“ einzuzahlen.

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

Der Zulassungsausschuß
für Ärzte
im Regierungsbezirk Nordbaden

Bericht

über die Sitzung der Delegiertenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden am 5. März 1955 in Mannheim

1. Herr Dr. Rist, Karlsruhe, berichtet über den Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden. — Mit den Ortskrankenkassen wird demnächst verhandelt. Auch mit den Betriebskrankenkassen sollen Ausgleichsverhandlungen nach dem Münchener Abkommen geführt werden, sobald die Frage der Anerkennung der neuen amtlichen Gebührenordnung durch den Betriebskrankenkassenverband geklärt ist. — Mit den Innungskrankenkassen ist am 22. Januar 1955 eine Vereinbarung abgeschlossen worden, die für die hauptsächlichsten Kassen eine Erhöhung des Grundlohnanteiles für das 1. Halbjahr 1955 um 5% und ab 1. Juli 1955 um 10% bringen wird.

2. Es wird beschlossen, ab 1. Vierteljahr 1955 eine neue Kürzungs- und Begrenzungstabelle für die Augenärzte in den Honorarverteilungsmaßstab aufzunehmen. — Die Frage der Inhalationsbehandlung durch Kinderärzte und andere Fachgruppen soll durch eine Kommission geprüft werden. — Ein Antrag der Kinderärzte auf einen Jahresausgleich bei den

Sachleistungen wird abgelehnt; ebenso wird eine von Herrn Dr. Grieger, Mannheim, beantragte Änderung der Darstellung der Begrenzungswerte der einzelnen Fachgruppen abgelehnt.

3. Der Haushaltsplan der Landesstelle wird besprochen und einstimmig angenommen. Die durch den Haushaltsplan bedingte Erhöhung des Verwaltungskostenanteiles von 0,20 % auf 0,25 % des abgerechneten Honorars wird einstimmig genehmigt.

4. Die Berufungsinstanz des Disziplinarausschusses wird in „Berufungs- und Widerspruchsstelle der KV Landesstelle Nordbaden in Disziplinarsachen“ umbenannt.

5. Der Beschluß des Vorstandes der Ärztekammer Nordbaden und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden, gemäß § 32 a des Kindergeldgesetzes eine Eigeneinrichtung einer Kindergeldkasse für Nordbaden zu gründen, wird von der Delegiertenversammlung bestätigt.

6. Ein Antrag des Vorstandes auf Änderung der Bestimmungen für Sonderhonorar im Krankheitsfalle wird einer Kommission zur Überarbeitung zugewiesen.

7. Die Beschwerde eines Arztes wegen Beschäftigung eines Assistenten durch einen anderen Kollegen wird ebenfalls einer Kommission zur Ausarbeitung eines Vorschlages überwiesen.

8. Am Ende der Sitzung wird ein Schreiben des Arbeitskreises freier Berufe besprochen, das an alle Abgeordneten des Bundestages gesandt worden ist. In diesem Schreiben, das

von zwei nordbadischen Ärzten — Herrn Dr. Grieger, Mannheim, und Herrn Walter, Facharzt für Nervenkrankheiten, Mannheim — mitunterschieden ist, wendet sich der Arbeitskreis dagegen, daß die KV durch das Gesetz die Möglichkeit der Schaffung einer Altersversorgung für Kassenärzte erhalten soll. Im Anschluß an die sehr lebhaft diskutierte Diskussion, während der Herr Dr. Grieger die Sitzung verläßt, werden von den anwesenden Delegierten einstimmig folgende Resolutionen angenommen:

a) Resolution Dr. Rist:

„Die gewählten Delegierten der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden setzen sich geschlossen dafür ein, daß in der Novelle zum § 368 ff. RVO die Möglichkeit einer Altersversorgung der Kassenärzte geschaffen wird.“

b) Resolution Dr. Hoffmann:

„Die gewählten Delegierten der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden haben mit äußerstem Befremden von dem Schreiben des Arbeitskreises freier Berufe an sämtliche Delegierten des Bundestages Kenntnis genommen und stellen dazu fest, daß dieses Schreiben den Wünschen der nordbadischen Kassenärzte hinsichtlich einer Altersversorgung kraß entgegensteht.“

Es wurde beschlossen, diese beiden Resolutionen dem Geschäftsführenden Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu übermitteln.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER SÜDBADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

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

Wahl der Bezirksärztekammer Südbaden

Nach Bildung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat sich am 26. März 1955 in Freiburg die neue Bezirksärztekammer Südbaden konstituiert.

Als ihr Präsident wurde der bisherige Präsident der Landesärztekammer Baden, Prof. K r a s k e, Emmendingen, wiedergewählt. Zum Vizepräsidenten wurde Dr. H a l l e r, Nonnenweier, gewählt. Weitere Mitglieder des Vorstandes sind:

Dr. B a u m g a r t n e r, Konstanz,
Dr. K e s s l e r, Oberkirch,
Dr. C h r. M ü l l e r, Rastatt,
Dr. S c h a r e c k, Freiburg,
Dr. V i l l i n g e r, Freiburg.

Ausschreibung einer Kassenarztstelle

Folgende Kassenarztstelle ist zu besetzen:

U l m - L i c h t e n a u, Krs. Bühl für einen praktischen Arzt.

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

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. Mai 1955 bei dem Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden, Freiburg, Karlstr. 34, zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden im Original oder in begl. 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 Berufs 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 Angabe 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 10,— DM an die Landesärztekammer Baden, Postscheckkonto 626 96 beim Postscheckamt Karlsruhe mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Südbaden

Neuartiges lipo- u.
vasotropes Kausal-
therapeuticum

HALT-
der Arteriosklerose

Lipostabil

 **NATTERMANN** **4,30**

O. P. 36 Gelatinekapseln DM

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Südbaden hält am Sonntag, dem 15. Mai 1955, im Hörsaal der medizinischen Poliklinik Freiburg, Herderstraße 6, einen ganztägigen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis ab.

Die Teilnahme an diesem Lehrgang ist Pflicht für alle Ärzte, die zur Kassenpraxis zugelassen oder an der Ersatzkassenpraxis beteiligt wurden, sofern sie bisher noch an keinem Einführungslehrgang teilgenommen haben. Die Teilnahme ist außerdem unerlässliche Voraussetzung für alle Ärzte, die eine Kassenzulassung anstreben.

Geburtstage

In Neustadt im Schwarzwald beging dieser Tage das berühmte Hirnforscher-Ehepaar Cécile und Oskar Vogt in kurzer zeitlicher Aufeinanderfolge seinen Doppel-Geburtstag.

Am 27. März vollendete Frau Dr. C. Vogt ihr 80., am 6. April Professor Oskar Vogt sein 85. Lebensjahr.

Abseits

Sisyphus

(Gedicht lag der Abrechnung IV/54 bei)

Der Doktor sitzt in mitternächtger Stille
Bedachtsam legt er Schein auf Schein,
Die Abrechnung, das ist sein ernster Wille
Soll diesmal wirklich pünktlich fertig sein.

Noch hat er nicht die ersten hundert Blätter
Erledigt, als mit schrillum Ton
„Und ausgerechnet jetzt! Zum Donnerwetter!“
Ihn zur Entbindung ruft das Telephon.

Wenn er dann heimkommt, graut der Morgen,
Das Wartezimmer ist schon brechend voll.
Und er erwägt mit bangen Sorgen,
Wie das nun wieder werden soll:

Am Tag die Praxis — und die ist beträchtlich,
Man sieht's ja an der Scheine Zahl —
Dazu die Abrechnung noch nächtlich:
Das ist — bei Quote 68 — eine Quall!

Drum schmäht nicht den Geplagten und glaubt nicht, er habe
Gefaulenzt, kommt er nicht zurecht!
Denn Sisyphus, der Grieche, war ein Waisenknabe
Verglichen mit dem Kassenarzt — dem treuen Knecht!

Gegeben am Gehärbett, am Tage vor dem Abrechnungstermin

Dr. med. G. Harr
Aalen

Neue Arzneimittel

Rosimon (Wz.)

Zusammensetzung:

Phenethylamincitrat-Trimethylxanthin 0,09 g, Salicylamid-Acetylphenetidin 0,45 g, „Ravizol“ (Aminophenazon-Acid. phenylaethylbarbituric. in chem. Bindung) 0,09 g.

Indikationen:

Analgeticum „forte“ und Spasmolyticum mit antihistaminischem Begleiteffekt. Akute und chronische Schmerzzustände jeder Genese.

Dosierung:

Erwachsene: nach Bedarf bis 5 × tgl. 1—2 Tabletten.
Kinder über 12 Jahre: Nach Verordnung des Arztes
1/2—1 Tablette.
Prophylaxe: Etwa die Hälfte dieser Dosen.

Die Medizinische Fakultät der Freiburger Universität ehrte das Ehepaar an seiner Arbeitsstätte, dem Institut für Hirnforschung und allgemeine Biologie in Neustadt, durch eine kleine Feier und Überreichung des Ehrendoktordiploms an Professor Oskar Vogt.

Am 8. April 1955 vollendete in Freiburg/Br., Silberbachstr. 11, der Oberregierungs-Medizinalrat a. D. Dr. Heinrich Dietz sein 70. Lebensjahr.

Er war in den Jahren zwischen 1919 und 1930 als praktischer Arzt zunächst in Laudenbach bei Bad Mergentheim, dann in Mochenwangen im Kreis Ravensburg tätig. 1930 trat er als Regierungs-Medizinalrat zum Versorgungsamt in Karlsruhe, wo er bis 1945 arbeitete. Danach wirkte er bis zu seiner Ruhesetzung im Jahre 1950 als Oberregierungs-Medizinalrat beim Versorgungsamt in Freiburg.

Zur Zeit ist er noch als Sozialrichter am Sozialgericht in Freiburg ehrenamtlich tätig.

Handelsformen:

O. P. mit 15 Tabletten DM 1,60 o. U.
O. P. mit 50 Tabletten DM 4,65 o. U.

Literatur:

K. Kersting, Arztl. Praxis VI/35, 1954
K. Fenner, Med. Mschr. 8, 318, 1954

Hersteller:

RAVENSBERG GMBH, Chemische Fabrik, Konstanz.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Fenostatin“ und „Oviblon“; Upha G. m. b. H., Hamburg 20, über „Theocleran“; Heine, Mack Nachf., Illertissen/Bayern, über „Forapin“; »Atmos Fritzsche & Co. G. m. b. H., Viernheim/Hessen, über „Bellaserp“; Biolog. Heilmittel Heel G. m. b. H., Triberg/Schwarzwald, über „Vertigo-Heel“; Hädenau-Gesellsch. Rich. Morsch & Co., Berlin-Friedenau, über „Lichensa“; Vitorgan G. m. b. H., Stuttgart 1, über „Vitorgan-Präparate“; Bika, Chem.-Pharm. Fabrik, Stuttgart 13, über „Corguttin“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Ruticalzon“.

LINSER - VOHWINKEL

Moderne Therapie der Varicen, Hämorrhoiden und Varicocele

Bearb. von Prof. Dr. WILHELM SCHNEIDER

Dritte, neubearbeitete Auflage

Mit 30 Abbildungen. 1955. VIII, 139 S. Geh. DM 17.50. Ganzl. DM 19.50

I. Varicen: Ätiologie — Klinische Symptome — Komplikationen / Thrombose und Thrombophlebitis / Ruptur / Hautveränderungen auf varicöser Grundlage / Ekzema varicosum / Ulcus cruris — Ulcera auf der Grundlage arterieller Durchblutungsstörungen und deren Bedeutung im Rahmen des varicösen Symptomenkomplexes — Die Therapie der unkomplizierten Varicen (Varicenverödung) / Wirkung der Injektionsmittel / Die verschiedenen Verödungsmittel / Indikationen und Gegenindikationen / Injektionstechnik / Rezidive / Komplikationen — Die Therapie der komplizierten Varicen / Therapie der Stauungserytheme und Ödeme (Kompressionsbehandlung) / Ulcus cruris / Medikamentöse Behandlung / Venenruptur / Thrombose-Behandlung. II: Hämorrhoiden: Ätiologie — Klinische Symptome — Therapie. III. Varicocele: Ätiologie — Therapie.

FERDINAND ENKE VERLAG • STUTTGART

Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32.
Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenhülstr. 75-77. — Ausgabe April 1955.
Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.