

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1953

3 (1.3.1953)

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 3

STUTT GART, MÄRZ 1953

8. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

In treuer Pflichterfüllung gestorben	41
Gedanken zur „Freiheit des ärztlichen Berufs“, von Prof. Dr. Kraske	42
Welche Voraussetzungen hat ein Unfallkrankenhaus zu erfüllen?, von Prof. Dr. Bürkle de la Camp	45
Die Behandlung der traumatischen Hüftgelenksluxation im Südosten der Pro- vinz Chorassan im Iran, von Dr. Jakober	46
Diskussion zur Frage Bandscheibenschaden, Dr. Auer und Dr. Reischauer	47
Zum Tode August Heislers	50
Vom Berufsgeheimnis des Arztes	50
Buchbesprechungen	50
Bekanntmachungen	50
Landesbezirk Nord-Württemberg	52
Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern	56
Landesbezirk Nord-Baden	57
Landesbezirk Süd-Baden	58
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	59
Abselts	60
Neue Arzneimittel	60

Am Samstag, den 28. März 1953, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 53

In treuer Pflichterfüllung gestorben

In der Nacht vom 8./9. Februar 1953 ist der praktische Arzt Sigmund Kloos, Dischingen, Kreis Heidenheim, während der Rückfahrt von einem Patientenbesuch in Schnee und Kälte erfroren. Er befand sich in der Nacht vom 8./9. Februar 1953 auf einem der durch die Grippe-Epidemie bedingten zahlreichen Hausbesuche und blieb auf der Rückfahrt mit seinem Wagen in einer Schneewehe stecken. Nachdem er, selbst an Grippe erkrankt, vergeblich versucht hatte, sich aus der Schneewehe freizuschaukeln, begab er sich bei dem fast 1 m hohen Schnee in Richtung Zöschingen, um dort Hilfe zu holen. Infolge völliger Erschöpfung muß er bereits nach 50 m zusammengebrochen sein und wurde einige Stunden später erfroren aufgefunden.

Unser Kollege starb in Ausübung seines ärztlichen Berufs, dem er seine letzten Kräfte gewidmet hatte. Wir bewahren ihm ein ehrendes Andenken.



Gedanken zur „Freiheit des ärztlichen Berufs“

Von Prof. Dr. med. Kraske, Emmendingen

Die Diskussion über den § 368 wurde nicht nur auf dem Bonner Ärztetag, sie wird auch noch heute, wie ein Blick in die Zeitungen beweist, mit beträchtlicher Leidenschaft geführt. Leidenschaft hat ihr Gutes, wo sie sich in temperamentvoller Begeisterung äußert, aber sie ist gefährlich, wenn sie zum Abgleiten ins Persönliche und Unsachliche verführt. Der begreifliche Wunsch, die Meinung einer möglichst großen Menge für die eigene Meinung zu gewinnen, verleitet zur organisierten Einhämmern von gefälligen Begriffen, zur Ausrichtung und Schulung, zur Flucht in die Schlagworte. Für eine Gemeinschaft, die sich über den einzuschlagenden Weg nach demokratischen Grundsätzen eines Mehrheitsbeschlusses entscheiden soll, sind aber Schulung und Schlagworte gefährlich. Ausrichtung verkrampt den Sinn. Schlagworte verbreiten geistigen Nebel. Um so gefährlicher, weil sie mittels der ihnen innewohnenden Scheinwahrheiten Massen zu ergreifen vermögen, während eine selbst erarbeitete Überzeugung Sache des Einzelnen bleibt.

Wer die Überzeugung der Schulung, das Individuum der Masse im Zusammenhang mit der Erörterung des § 368 gegenüberstellt, hat gewissenhaft zu prüfen, ob nicht auch das eine allzu bequeme Vereinfachung bedeutet. Eine solche Prüfung wird sich am besten mit den Schlagworten beschäftigen. Schlagworte sind Worte, die einen überzeugenden Klang haben, sich aber bei Prüfung ihres Gehaltes als unecht erweisen.

Vor kurzem meinte „Die Zeit“ aus Hamburg in zwei kurz aufeinander folgenden Artikeln, daß „die KV die für sie arbeitenden Ärzte zu hochbezahlten, pensionsberechtigten Funktionären gemacht und damit dem Einzelarzt wesensfremd gegenübergestellt habe“ und daß „der Berliner Vertrag einer der seltenen Siege des Individuums über die kalte Macht der Organisation sei“.

Das scheint wie ein Schulbeispiel für gelenkte Propaganda. Ganz unbeschadet der Tatsache, daß die KV neben ihrer großen Zahl nichtärztlicher Mitarbeiter, die der komplizierte Verwaltungsapparat nun einmal erfordert, auch hauptamtlich angestellte Ärzte beschäftigt. — Was soll das Wort vom wesensfremden Funktionär angesichts all der vielen Ärzte, die mitten im Beruf stehend Zeit und Kraft, Nächte und Feiertage in dem Wunsche opfern, ihrer kollegialen Gemeinschaft nützlich zu sein? Da wird das Wort zum Schlagwort!

Und nicht nur zu einem gedankenlosen!, denn wenn jemand in der Diskussion ins Persönliche abrutscht und mit Pathos die Leute, die anderer Ansicht sind, „ablehnt“ — so wird man das als temperamentvolle Entgleisung nicht allzu tragisch nehmen. Wer aber im Rahmen einer versucht sachlichen Analyse von Funktionärsinteressen im Gegensatz zu den wirklichen ärztlichen Belangen spricht, macht das Gespräch böseartig.

Mag so etwas im Kampf politischer Parteien unvermeidlich sein, innerhalb eines Berufsstandes sollte man Überzeugungen achten und ihnen nicht mit parteiamtlich ausgegebenen Schlagworten zu Leibe rücken. Solche Methoden sind uns noch zu gut in Erinnerung, als daß wir uns von ihnen viel Erfreuliches versprechen könnten.

Was die zweite Verlautbarung angeht, so ist der Berliner Vertrag gewiß ein erfreulicher Erfolg, der allerdings — was Herr Fredericia bei der Abfassung seines Artikels wohl noch nicht wußte — von der Berliner „Kampfleitung“ als solcher nicht anerkannt wird. So bleibt es auch fraglich, ob gerade im Berliner Kampf das Individuum, die ärztliche Einzelpersonlichkeit führend und erfolgreich gewesen ist, wie auch, ob dieses Ergebnis ausschließlich mittels der von den Ärzten angewendeten Methode erreicht werden konnte, ferner, ob es auf die Dauer für die Berliner Ärzte und in der weiteren Auswirkung für die Ärzte des Bundesgebietes von Nutzen sein wird und ob es der Stellung des Arztes heute und in Zukunft dient. Jedenfalls empfinden wir die „Funktionäre“ wie den „Sieg des Individuums“ in diesem Fall als zweckgebundenes Gerede — einer Zeitung wie „Die Zeit“ nicht ganz würdig. So etwas bringt uns nicht weiter. Schlagwortartige Pointierung persönlicher Abneigungen und Wünsche verflacht die Problematik.

In der verwirrenden Fülle von juristischen Formulierungen und soziologischen Parallelen ist es für den einzelnen Arzt schwer, sich ein Urteil zu bilden. Aber Entscheidungen sind immer schwer (nach den Erfahrungen der letzten zwanzig Jahre könnte man fast sagen: Entscheidungen sind strafbar). Wer gar zu gewiß weiß, wie es kommen wird, gerät in den Verdacht, seine Verantwortung allzu leicht zu nehmen.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt für die Ärzte ist die „Freiheit ihres Berufs“.

Nicht wie eine Zulassung praktiziert wird, nicht welche Vergütungsform gewählt wird, nicht auf welche Weise Krankenhäuser zur Krankenversorgung herangezogen werden, nicht einmal die jeweilige Höhe der Leistungsvergütung und wie darüber beschlossen werden soll, ist für die Freiheit des ärztlichen Berufes so wichtig wie die allgemeine Richtung, in der die deutsche Ärzteschaft zu gehen sich entschließt.

Es gibt nichts, worin sich die Menschen einiger wären als in dem Wunsch nach Freiheit. Aber was heißt Freiheit und welcher ungeheurer Mißbrauch wurde und wird mit dem Freiheitsbegriff getrieben. Im Namen der Freiheit köpften die Jakobiner. Mit Freiheitsbegriffen werden die Propagandanetze der Diktaturen geknüpft. Jedes soziale Unrecht wird mit Berufung auf die Freiheit gerechtfertigt. Aber Freiheit ist eben niemals Freisein von Spielregeln. Diese erfordern eine freiwillige Bindung an irgendeine Schiedsgerichtsbarkeit, in deren Wesen es liegt, daß sie irgend einmal verbindlich sein muß. Die Anerkennung schiedsrichterlicher Entscheidungen, selbst wenn sie als fehlerhaft empfunden oder sogar objektiv falsch waren, wie das z. B. bei Sportkämpfen vorkommt, gehört zu den primitiven sozialen Pflichten und zu den Grundlagen der Kultur (Huizinga: Homo ludens).

Wir wissen es doch nun: Nicht der verrät die Freiheit, der nach gewissenhafter Prüfung eine vielleicht fehlerhafte Entscheidung trifft, sondern der, welcher schlagwort-berauscht die Menge „weltanschaulich ausrichtet“.

Für den gebildeten Menschen gibt es Freiheit nur innerhalb einer bestimmten Ordnung. Verkehrsregeln mögen unbequem sein, aber kein Vernünftiger wird sie als Freiheitsbeschränkung empfinden. Innerhalb der Gemeinschaft ist eine Ordnung ohne Selbstbeschränkung undenkbar. Sozialismus ist Rücksichtnahme. Und so ist die Freiheit des sozialsten aller Berufe, des ärztlichen, von jeher eingeschränkt gewesen durch bestimmte Regeln, durch ärztliche Sittengesetze. In der Einhaltung dieser Sittengesetze aber liegt die eigentliche Quelle echten Berufsstolzes. Und dieser Berufsstolz ist ein Teil unserer Freiheit.

Ärztliche Freiheit ist die unabhängige, eigenverantwortliche ärztliche Entscheidung und nicht die ungebundene berufliche Existenz. Freiheit ist eine Haltung, Freiheit ist Selbstverantwortung. Nicht-betrügen ist mehr Freiheit als Nicht-erwischt-werden.

Solche Selbstverantwortung findet ihre beste äußere Form in der Selbstverwaltung. Selbstverwaltung strebt der Entwurf § 368 an, der die Ärzte durch Gesetz zu Trägern der ärztlichen Versorgung machen will. Damit bestimmt er Entwicklung und Richtung. Eine Verteilung der Verantwortung auf Leistungsträger und Kostenträger könnte die allen Ärzten am Herzen liegende säuberliche Trennung von Krankenbehandlung und Krankenverwaltung bedeuten.

Selbstverwaltung und Selbstverantwortung können und sollten in ihrer letzten Durchformung Berufsausübung ohne fremde, d. h. nicht-ärztliche Kontrolle bringen. Hier liegen noch Möglichkeiten einer größeren Berufsfreiheit und ihre weitere Ausgestaltung muß gesucht und gefunden werden in einer grundsätzlichen Änderung des Prüfungswesens und des Rezeptprüfverfahrens, in einer Beseitigung des vertrauensärztlichen Dienstes in seiner jetzigen Form, in einer rein ärztlichen Zulassungsregelung, in einer selbständigen Honorarverteilung und vielleicht auch in einer gründlichen Reform des Facharzt- und Krankenhausarztwesens mit allen seinen Auswirkungen. Das hieße für die Ärzte „Herr im eigenen Hause“ sein.

Die anderen sehen die Berufsfreiheit im gewerkschaftsartigen Zusammenschluß, in freien Vertragsformen mit der Möglichkeit eines vertragslosen Zustandes, in der Einschaltung ordentlicher Gerichte, und sie stellen einer derartigen Konzeption des freien Berufes die Gebundenheit in einer gemeinsamen Selbstverwaltung gegenüber.

Aber das, was sie vertreten, ist nicht „Herrschaft im eigenen Hause“, sondern ein **Arbeitnehmerstandpunkt**, welcher der beruflichen Auffassung und Selbsteinschätzung vieler deutscher Ärzte nicht gerecht wird.

Ist denn überhaupt ein Arbeitnehmer „frei“, weil er durch Streikdrohung oder Streik Forderungen durchsetzen kann? Das wäre ein trauriger Berufsstolz, der sich um solcher Freiheit willen mit der Rolle des Arbeitnehmers begnügt. Eine Rolle, die ohnehin eine Halbheit wäre, denn nur ein echter Streik der Ärzte mit bedingungsloser Arbeitsverweigerung könnte — vielleicht — den „Gegner“ in eine Zwangslage bringen. Einem echten Streik aber können Ärzte nicht machen, darum sollten sie nicht soviel davon reden. Grobe Mißstände kann man der Öffentlichkeit, wenn man sie zu Hilfe rufen will, auch auf andere Weise bekanntmachen.

Aber trotzdem wird gerade an dem Begriff der Ver-

tragsfreiheit die Antithese Beamtung/freier Beruf entwickelt. Aber ist denn die kassenärztliche Tätigkeit jemals wirklich freiberufliche Tätigkeit gewesen?

Frei mit den durch die Berufsordnung gegebenen Einschränkungen ist der ärztliche Beruf nur noch für den, der auf jede Bindung an die Kassen verzichtet und ausschließlich privatärztlich tätig ist. Er hat theoretisch auch heute noch ein hohes Maß von Ungebundenheit, praktisch wird er leider durch die wirtschaftlichen Verhältnisse eingeengt.

Die kassenärztliche Tätigkeit aber ist, genau gesehen, kein wirklich freier Beruf mehr, sicher nicht, seit das Einkommen aus Kassentätigkeit für die Existenz wichtiger wurde als das Einkommen aus freier ärztlicher Praxis. Seit mehr als drei Viertel der Bevölkerung von der Pflichtversicherung erfaßt sind, ist die kassenärztliche Tätigkeit durch das Zulassungswesen, durch pauschalierte Vergütung und Honorarverteilung, durch Bindung an Kassenscheine und Abrechnung längst eingeengt und eine anstellungsähnliche Tätigkeit geworden und im großen und ganzen wohl sogar bejaht wegen des bescheidenen Gehalts an Sicherheit, den jede kassenärztliche Tätigkeit bietet.

Das Risiko des freien Berufs läge im vertragslosen Zustand, wird gesagt. Wenn dies das ganze Risiko des freien Berufs wäre, ließe es sich leicht tragen. Aber das Risiko des freien Berufs liegt doch wohl wesentlich in der Unsicherheit der Existenz des heutigen deutschen Arztes, verschärft durch Überfüllung und den niedrigen Kurswert ärztlicher Arbeit schlechthin, aber auch demonstriert für viele durch den Irrtum bei der primären Entscheidung, die unter einem Aspekt getroffen wurde, der sich wie eine Fata Morgana beim Näherkommen verflüchtigte.

Dieses „Risiko des freien Berufs“, die Existenzunsicherheit, ist die wahre Ursache der allgemeinen Unzufriedenheit im ärztlichen Berufsstand. Erstrebt wird Sicherheit und immer bessere Sicherheit.

Das, was die anderen verwechseln, ist Berufsfreiheit und Vertragsfreiheit. Die Berufsfreiheit liegt in der selbstverantwortlichen Entscheidung im Rahmen einer Ordnung, die an den Mauern des eigenen Hauses endet. Vertragsfreiheit in der zuweilen skizzierten Form ist die romantische Vorstellung vom Leben in völliger Ungebundenheit. Wer solche Berufsfreiheit sucht, muß unter die Schmuggler an den Grenzen gehen oder sich zu den Hyänen des illegalen Handels gesellen. Man mag viel Sympathie für den Steppenwolf, den Einzelgänger in der Weite der großen Ebene haben, man wird doch nicht den Steppenwolf für das richtige Wappentier des ärztlichen Berufes halten.

Plato hat neben dem Mut, der Klugheit und dem Gerechtigkeitssinn die Sophrosyne, die Besonnenheit, als vierte Kardinaltugend des Menschen bezeichnet. Die Besonnenheit also neben der Tapferkeit.

Wenn das Gesetz eine gemeinsame Selbstverwaltung für die zukünftige Entwicklung des kassenärztlichen Berufslebens vorsieht, so mutet ein solcher Plan den Ärzten zweifellos ein gehöriges Maß von Mut zu.

Kein Vertrag kann alles regeln, immer bleibt ein Wagnis, ein Vakuum, das mit der Gesinnung der Partner gefüllt werden muß. Eine befriedigende Entwicklung kassenärztlicher Verhältnisse ist nur denkbar, wenn aus dem jahrzehntelangen Gegeneinander allmählich und endlich ein Miteinander wird, wenn der

Gegner von gestern der Partner von morgen wird. Mag dazu nach all den bitteren Erfahrungen, welche die Ärzte gemacht haben, ein gewisser Mut gehören, es ist doch ein ganz unverständlicher Mangel an Vertrauen in die Richtigkeit der eigenen Sache, in die Billigkeit der eigenen Forderung und in die Geschicklichkeit der eigenen Vertretung, wenn immer wieder befürchtet wird, die Ärzte könnten in paritätisch besetzten Gremien überfahren werden und ein vom Staat bestellter unparteiischer Vorsitzender müsse zwangsläufig ein Parteigänger der Kassenseite und Gegner der Ärzte sein.

Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wären von jeher mit der Hypothek der Unterbezahlung belastet, sagt Herr Bewer. Hat denn aber die bisherige „Gegner“schaft an diesem beklagenswerten Zustand so viel verbessert, daß man nicht einmal einen Versuch mit „Partner“schaft rechtfertigen könnte? Im übrigen hat wohl von jeher auf den Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen die Hypothek politischer Gegensätze schwerer gelastet als die der Unterbezahlung. Auch hier ist es Zeit, mit Vorurteilen gegen das Bügertum ebenso aufzuräumen wie mit bürgerlichen Vorurteilen.

Die schlechte wirtschaftliche Lage der Ärzte wird auch nicht allein durch die ungenügenden Leistungen des Versicherungsträgers bedingt. Es besteht neben der allgemeinen Verarmung zweifellos eine Wertminderung ärztlicher Leistung überhaupt. Und wenn an diesem Verfall des Ansehens auch die soziale Krankenversicherung hauptschuldig sein mag, so kann sie doch nichts für die rücksichtslose Ausbeutung der freien Berufe, der mittleren Einkommen, der ehemaligen bürgerlichen Schichten durch den Staat und seine Steuer.

Die Interessen der Ärzte und der Krankenkassen sind auch keineswegs immer gegensätzlich. Der Pharmazeutischen Industrie, den Apotheken, der hemmungslosen Heilmittelreklame, den Ansprüchen der Krankenhäuser und der Versicherten gegenüber sind beider Meinungen und Interessen sehr ähnlich. Hier liegen Ansätze für eine ersprießliche Politik. Es kann nicht Aufgabe des Menschen sein, den Aristoteles als „Zoon politicon“ bezeichnet hat, seine geistige Tätigkeit auf „Rot-Sehen“ zu beschränken und seine Entscheidungen im Zwischenhirn zu treffen.

Außer Mut zur Entwicklung ist für die Ärzte im gegenwärtigen Zeitpunkt auch Besonnenheit notwendig. So unbefriedigend die Verhältnisse in der sozialen Krankenversicherung sein mögen, so miserabel die Vergütungsfrage gelöst sein mag, und so zweifelhaft es ist, ob die gegenwärtige Organisation der KV die optimale Lösung darstellt, so wenig kann ein Zweifel darüber bestehen, daß Entwicklungen denkbar sind, aus denen heraus ein Rückblick auf die gegenwärtigen Verhältnisse wie ein Blick in eine freundlichere Vergangenheit erscheint.

Hermann Hartmann sah sich im Jahre 1900 einer Summe von Einzelverträgen gegenüber, die Anlaß zur rücksichtslosen Ausnutzung des einzelnen Kassenarztes boten. Er erstrebte und erreichte den Gruppenvertrag und übersah nicht den Initialfehler der Krankenversicherung, die rein verwaltungstechnisch und bürokratisch, ganz ohne ärztliche Beteiligung aufgebaut war.

Heute stehen wir einem Entwurf der Regierung gegenüber, der die Ärzte zu Mitträgern einer Krankenversicherung machen soll, deren Anwachsen sie durch alle die Jahre hindurch mit äußerstem Mißfallen beobachtet und als eine wachsende feindliche Bedrohung empfunden haben. Der Gesetzgeber hält das Hineinwachsen der Ärzte in die Krankenversicherung für einen Fortschritt. Die Meinung der Ärzte darüber ist, wie wir wissen, geteilt.

Man kann nicht sagen, daß die Ärzte heute nicht frei in ihrer Entscheidung wären. Der Arbeitsminister hat unzweideutig zu verstehen gegeben, daß er die Meinung der Ärzte nicht beeinflussen will. Er halte zwar seinen Entwurf mit gemeinsamer Selbstverwaltung zweier öffentlich-rechtlicher Körperschaften für einen Fortschritt, sei aber bereit, den Gesetzentwurf zurückzuziehen, wenn die Ärzte sich für das Arbeitnehmerverhältnis entscheiden sollten. Der Körperschaftscharakter der KV erübrige sich dann, ja stehe der Konzeption der Ärzte dann geradezu im Wege. Eine solche Perspektive öffnet den Blick in die Welt der Einzelverträge. Und dies nach 50 Jahren, angesichts einer Zahl von 70 000 Ärzten! Und im Namen Hermann Hartmanns!

Und noch etwas anderes sollte die Besonnenheit jedem einzelnen deutschen Arzt sagen. Die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung ist in letzter Linie gar nicht Angelegenheit der Krankenversicherung und der Ärzte, sondern des Staates. Und der Staat braucht einer ernsthaften Gefährdung der ärztlichen Versorgung nicht tatenlos zuzusehen. Trotz Grundgesetz hat er mancherlei Möglichkeiten, denn der ärztliche Beruf ist ja kein Gewerbe, sondern dient einer öffentlichen Aufgabe. Es ist also nicht einzusehen, warum der Staat im Falle einer die Allgemeinheit bedrohenden Unruhe zwischen Versicherung und Ärzteschaft dieselbe Zurückhaltung üben sollte wie bei Lohnstreitigkeiten der Gewerkschaft — ganz abgesehen davon, daß Ärzte nicht um „Löhne“ streiten und um Honorare nicht „streiken“ können.

Es wurde schon von anderer Seite darauf hingewiesen, wie irreführend die Gegenüberstellung Vertragsfreiheit/Zwangsschlichtung ist; daß es sich letzten Endes um die Alternative handeln werde: behördlicher Eingriff ohne Anhörung der Beteiligten oder Schlichtungs- und Schiedsverfahren unter verantwortlicher Mitarbeit der Parteien.

Und noch etwas kann der Staat. Er kann dem Streben der Krankenhäuser nach stärkerer Einschaltung in die kassenärztliche Versorgung nachgeben, er kann der an sich schon sehr lebendigen Ambulatoriums-Idee zum Durchbruch verhelfen und er kann dann die Organisation der Krankenversicherung und der kassenärztlichen Tätigkeit in den Zustand wirklicher Unfreiheit überführen. Denn darüber darf man sich nicht täuschen: ärztliche Tätigkeit im Ambulatorium ist weisungsgebunden. Sie mag im einzelnen dem Arzt mit reichlich gebotenen Hilfsmitteln eine leidlich befriedigende und selbständige Arbeit ermöglichen, aber ein Druck auf den Knopf; und Krankheitsbeurteilung und Gesundheitsbeurteilung erfolgen auf Befehl.

Solche Überlegungen und Hinweise dürfen nicht als Mangel an Mut ausgelegt werden. Sie entstammen dem Eindruck, die Ärzte vergäßen zuweilen, daß sie nicht allein auf der Welt sind, sie entstammen dem Miß-

trauen gegen alle, die so bestimmt wissen, was richtig ist, sie entstammen der Überzeugung, daß keine „Schulung“ der Ärzteschaft die verantwortliche Einzelentscheidung erleichtern kann und sie entstammen dem Wissen, daß jede Entwicklung zwangsläufig ist, wenn der Geist feststeht, der sie auslöst. Freiheit winkt nicht am Ende einer krampfhaften Bemühung, das Unmögliche möglich zu machen, sondern in der Erkennung und Ordnung der unser Leben bestimmenden Notwendigkeiten und Möglichkeiten.

Das letzte Wort möge Fichte haben:

„Ich habe über alles reiflich nachgedacht. Ich hatte also Gründe, nicht zu zweifeln. Daraus folgt, daß ich nicht ohne Besonnenheit rede und nicht lüge, aber es folgt nicht, daß ich nicht irre. Das weiß ich nicht. Ich weiß nur, daß ich nicht irren wollte. Wenn ich aber auch irrte, so schadet das meinen Lesern nicht, denn ich wollte nicht, daß sie auf mein Wort meine Behauptung annehmen, sondern daß sie mit mir nachdenken sollten.“

Welche Voraussetzungen hat ein Unfallkrankenhaus zu erfüllen?

Von Prof. Dr. med. Bürkle de la Camp, Bochum

Die Schriftleitung „Südwestdeutsches Ärzteblatt“ hat mich aufgefordert, diese Frage zu beantworten. Es ist gar nicht leicht, auf kurz gedrängtem Raum das Wichtigste aufzuzeichnen.

Ein Unfallkrankenhaus muß in der Lage sein, alle Arten von Unfällen zu behandeln. Zur Erfüllung dieser Forderung müssen hohe Anforderungen an das Krankenhaus und an das ärztliche und Hilfspersonal gestellt werden.

Zur ambulanten Behandlung kommen in ein Unfallkrankenhaus Frischverletzte und Nachbehandlungspatienten. Das Ambulatorium muß daher eine zweckmäßige Anordnung der Räume besitzen, die zur zeitsparenden und reibungslosen Abwicklung des Behandlungsganges notwendig sind. Für den Frischverletzten sollen Anmelde- und Warteraum, Untersuchungsräume, Röntgenabteilung, Operationsräume (möglichst getrennt für aseptische und septische Behandlung) und Gipszimmer möglichst nahe und folgerichtig ineinander übergehend beisammenliegen. Zur Nachbehandlung sind Übungssäle, Übungswerkstatt, Massageräume, Bestrahlungsabteilung (Heißluft, Wärmelampen, Höhensonne usw., Elektrotherapie), Bäder, Gehschule, möglichst auch Sportplatz, Schreit- oder Schwimmbad, auch Sauna notwendig; sie sollten so angeordnet sein, daß bei geringstem Verbrauch an Arbeitskräften nicht nur eine fließend aufeinanderfolgende Behandlung mit den verschiedensten Behandlungsarten, sondern auch eine ausreichende Überwachung aller Patienten gegeben ist.

Die stationäre Behandlung schwerer Unfälle und ihrer Folgen stellt noch weitergehende Anforderungen an das Krankenhaus. Je nach Aufnahmefähigkeit des Hauses sind ein oder mehrere aseptische Operationsäle und ein davon abgetrennter septischer Operationsraum erforderlich mit einer auch bei Katastrophen ausreichend schnell arbeitenden neuzeitlichen Sterilisationsanlage. Der Gipsraum muß geräumig und mit gutem verstellbarem Operationstisch ausgestattet sein, der

jede Art von Extensions- und Einrichtungsbehandlung zuläßt. Fahrbares Röntgengerät, das auch Aufnahmen der Wirbelsäule und Durchleuchtungen (Kryptoskop) ausführen läßt, ist unbedingt erforderlich.

Für fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen durch Kieferchirurgen, Internisten, Neurologen, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Augenarzt, Hautarzt und Gynäkologen sind nicht nur Räumlichkeiten, sondern auch die erforderlichen Hilfsmittel bereitzustellen.

Auf den Krankenstationen, die eine „Wachstation“ für die schweren Verletzungen und für Beobachtungsfälle enthalten müssen, sind fahrbare Betten angezeigt, die alle Arten der Lagerung der Kranken mit Verletzungen der Gliedmaßen oder des Rumpfes und seiner Höhlen zulassen. Kranke, die mit mehrfachen Verletzungen in Extensions- oder Gipsverbänden behandelt werden, verlangen sehr sorgfältige und oft recht schwierige Lagerungen. Sauerstoffbeatmungsvorrichtung ist nicht nur für Lungen- und Herzverletzte, sondern auch für andere Schwerverletzte ein unbedingtes Erfordernis.

Die Nachbehandlung stationär befindlicher Unfallverletzter wird wohl immer in der gleichen heilgymnastischen und Bäderabteilung stattfinden, in der auch die ambulanten Patienten behandelt werden.

Ein Unfallkrankenhaus verlangt gut ausgebildetes und vor allem zahlenmäßig reichliches Ärzte- und Pflegepersonal.

Die Behandlung frischer Unfallverletzungen ist eine chirurgische Aufgabe. Der leitende Arzt muß ein vorzüglicher Allgemeinchirurg sein und eine besondere unfallchirurgische Ausbildung besitzen. Auch von den für den Tages- und Nachtdienst verantwortlichen Oberärzten und älteren Assistenzärzten muß diese Ausbildung gefordert werden. „Fachärzte für Unfallchirurgie“, die man in Österreich seit 1951 kennt und die dort eine Ausbildung von $2\frac{1}{2}$ Jahren Allgemeinchirurgie, 3 Jahren Unfallchirurgie und $\frac{1}{2}$ Jahr Orthopädie haben müssen, kennt man in Deutschland nicht.

Diureticum

#Haury

Aus Bulbus scillae, Urea pura, Saponin.

30 Dragees 1.95 DM 300 Dragees 14.55 DM o. U.

Muster und Literatur durch Heinz Haury · Chem. Fabrik · München 23

Was aber ist nun „Unfallchirurgie“?

Ich habe den Eindruck, daß man darunter im allgemeinen nur die chirurgische Behandlung von Wunden und Gliedmaßenverletzungen versteht. Das ist aber nicht richtig. Die Unfallchirurgie umfaßt sämtliche Verletzungen, also auch die des Rumpfes und somit die der großen Körperhöhlen, der Bauch-, Brust- und Schädelhöhle. Der Chirurg am Unfallkrankenhaus muß demnach die geschlossenen und offenen Verletzungen der Bauchhöhle, der Brust- und der Schädelhöhle beurteilen und behandeln können, er muß mit der Chirurgie des Darms und der Bauchorgane ebenso vertraut sein wie mit der der Lunge und des Herzens, des Hirns, des Rückenmarks und schließlich der Schädelnebenhöhlen — er muß also die gesamte kleine, mittlere und große Chirurgie beherrschen und auch diejenigen Operationen sachgemäß ausführen können, die aus den Gebieten der Urologie und Neurochirurgie in den Bereich der Unfallverletzungen gehören. Der Unfallchirurg hat also auf allen Gebieten der Chirurgie sattelfest und auf den Grenzgebieten recht erfahren zu sein, wenn er das gesamte Gebiet der Unfallchirurgie beherrschen und verantwortlich beurteilen will.

Da er ja nicht nur die frischen Verletzungen versorgen, sondern auch die Unfallfolgen soweit wie möglich beseitigen muß, sind Kenntnisse aller konservativen und operativen orthopädischen Behandlungsverfahren und der Bäderheilkunde unerlässlich. Er muß ja auch darüber wachen, daß das Personal der heilgymnasti-

schen und Bäderabteilung die Nachbehandlung nach seinen Anweisungen und richtig durchführt. Dazu ist es notwendig, daß Oberärzte und Assistenzärzte auch in Orthopädie gut beschlagen sind oder daß ein orthopädisch ausgebildeter Arzt die Nachbehandlungsabteilung überwacht.

Da Frakturen im Streck- oder Gipsverband, Schädel-, Thorax- und Bauchverletzungen, Beckenbrüche mit Verletzungen der Harnwege, Wirbelfrakturen mit Lähmungen — um nur einige zu nennen — eine sehr sorgsame und zeitraubende Pflege benötigen, ist gut ausgebildetes Hilfspersonal in ausreichendem Maße erforderlich.

Nach diesen eben geschilderten Gesichtspunkten sind die chirurgischen Kliniken der Krankenanstalten der Bergbau-Berufsgenossenschaft: „Bergmannsheil“ in Bochum, „Bergmannsheil“ in Gelsenkirchen-Buer, „Bergmannstrost“ in Halle/Saale und „Bergmannsseggen“ in Hindenburg (Oberschles.), von denen nur noch die beiden erstgenannten jetzt noch zur Bergbau-Berufsgenossenschaft gehören, ausgerüstet und besetzt worden. Auch die unfallchirurgischen Abteilungen der Vertrauenskrankenhäuser der Bergbau-Berufsgenossenschaft sind nach diesen Gesichtspunkten hinsichtlich Einrichtung und Personal ausgewählt und ausgestattet. Und soweit mir bekannt ist, sind diese hier dargelegten Ansichten auch für andere berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhäuser und -abteilungen bisher immer maßgebend gewesen. Die Unfallchirurgie ist in Deutschland keine selbständige Disziplin, sondern ein Bestandteil der Chirurgie.

Die Behandlung der traumatischen Hüftgelenksluxation im Südosten der Provinz Chorassan, im Iran Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin

Von Dr. med. Otto Jakob er

In einem der ältesten Kulturländer der Alten Welt, im Bereich des heutigen Iran, stoßen in einer Weise Gegensätze der Zivilisationsentwicklung aufeinander, die sich am besten mit einem Bilde erklären lassen, das hier täglich zu sehen ist: Auf dem Felde der Holzpflug, mit dem der Bauer wie vor tausend Jahren den trockenen Boden pflügt, und daneben der modernste Wagen der amerikanischen Autoindustrie, der tausend auf dem Boden jahrtausendealter Karawanenstraßen Staub aufwirbelt. Ebenso finden sich auf dem Gebiete der Heilkunde die größten Gegensätze im ganzen Lande.

Die hier arbeitenden europäischen Ärzte, und es arbeiten hier seit drei Jahren systematisch deutsche und österreichische Ärzte im Rahmen der Gesundheitsorganisationen von Krone und Staat, stoßen immer wieder auf solche Gegensätze, die der Gesundheitspropaganda durch alte Glaubensgrundsätze, Quacksalbereien, Dämonenglauben und uralte Heilmethoden oft große Hindernisse in den Weg legen. Vielfach haben aber auch solche überlieferten Heilmethoden ihren guten Sinn, und gerade die Tätigkeit der „Knochenbruchmänner“ hat viele Erfolge zu verbuchen. Die Stellung eines solchen Knochenbruchmannes war, bevor ausgebildete Ärzte in diese Gebiete kamen, für die ganze Bevölke-

rung von größter Wichtigkeit, denn eine Fraktur oder Luxation bei Ackerbauern und Nomaden hat ohne Hilfe eine ausgesprochen verheerende Wirkung. Ich habe mich während meiner dreijährigen Arbeitszeit hier im Lande sehr eingehend mit der altüberlieferten Form der Fraktur- und Luxationsbehandlung befaßt, und war immer wieder überrascht über die Erfolge, die mit primitivsten Mitteln erreicht wurden.

Ich möchte in diesem Rahmen jetzt über eine Behandlungsart der traumatischen Hüftgelenksluxation berichten, die insofern ein Kuriosum darstellt, als ich auf meiner Inspektionsreise durch den ganzen Iran niemals etwas Ähnliches gehört habe, sondern nur im Südosten der Stadt Birdjant darauf gestoßen bin. Diese Behandlungsart wurde auf einem Dorfe in der Nähe der Dreiländerecke Iran, Afghanistan, Pakistan durchgeführt. Trat ein Fall von traumatischer Hüftgelenksluxation auf, und zwar ohne Unterschied, ob es sich um eine Luxatio posterior oder anterior handelte, so wurde vom alten Knochenbruchmann wie folgt verfahren. Einer der hiesigen Schafböcke, die im Verhältnis zu den europäischen Schafarten einen viel schlankeren Leib haben, und die entsprechend der außerordentlich wasserarmen Gegend darauf eingerichtet sind, ihren Wasserhaushalt durch einmalige Aufnahme großer Wassermengen auf

längere Zeit hinaus decken zu können, wurde eingefangen, und einen ganzen Tag wasserlos mit ganz trockenen und dabei abführenden und diuretisch wirkenden Pflanzen ernährt. Nach 24 Stunden wurde der Kranke im Reitsitz auf dieses Schaf gesetzt, und die Beine des Kranken unterhalb des Schafbauchs von unten, von den Füßen beginnend, bis möglichst weit nach oben mit starken Binden und Stricken ganz fest aneinandergewickelt. Dies ist bei dem schlanken Körperbau der Böcke bis über die Kniegelenke hinauf möglich, besonders wenn durch die oben erwähnte Form der Fütterung ein hoher Grad der Exsiccation erreicht wurde. War der Patient so festgebunden, dann wurde dem Bock jede Menge Wasser zum Trinken vorgesetzt, und das völlig ausgetrocknete Tier, das die Gefahren des Durstes in diesem Lande instinktmäßig kennt, hat möglichst schnell und ausgiebig seinen Wasserhaushalt wieder versorgt. Dadurch kam es zu einem kontinuierlichen Anschwellen des Tierleibs, zu einer langsamen und gleichmäßigen Extension des luxierten Oberschenkels des festgebundenen Patienten, und damit zu einer Verstärkung der Adduktion und Innenrotation im Sinne der lege artis durchgeführten Einrichtung. Der Femurkopf wurde während dieser Behandlung vom Knochenbruchmann

mit der flachen Hand umfaßt und in dem Moment des Einschnappens in die Pfanne des Hüftgelenks fest von außen hineingedrückt, um ein Ausschnappen in der gegenüberliegenden Richtung zu verhindern. Rasch wurden dann von einer Hilfsperson die Stricke und Binden gelöst, und beide Hüftgelenke mit starken Binden, die mit Baumwachs getränkt wurden, in Zirkulartouren um den Leib festgewickelt und in sechswöchiger Bettruhe stillgelegt. Die Anästhesie während des Einrichtens bestand im Rauchen der ortsüblichen Opiumpfeife, die in diesem Falle wirklich angebracht war.

Ich habe selbst hier einen solchen Fall gesehen und dabei feststellen müssen, daß er vollständig und einwandfrei geheilt wurde, ohne jede Beeinträchtigung des vorher luxierten Hüftgelenks.

Diese Art einer Behandlung zeigt uns ein erstaunliches Maß von Verstehen der physiologischen Bewegungsmechanismen im Hüftgelenk und der durch Trauma entstandenen pathologischen Veränderungen, die durch mündliche Überlieferung aus alten Zeiten überkommen ist, aber nun den modernen Formen der Unfallbehandlung zu weichen hat.

Anschr. d. Verf.: Birdjant, Prov. Chorassan, Iran, Hospital

Diskussion zur Frage „Bandscheibenschaden“

(Siehe „Eingesandt“ Heft 1/53: „Was man früher nicht wußte“ von Dr. A. Kreidler)

Dr. med. Auer, Facharzt für Orthopädie, Stuttgart-Untertürkheim:

Es ist zu begrüßen, daß ein Praktiker hier ein Thema anschnidet, das zur Zeit besonders aktuell ist, nämlich den „Bandscheibenvorfall“.

Ein gewisses Mißtrauen ist ja gegen jede neue Behandlungsmethode gerechtfertigt. Neue Heilmittel und Behandlungsmethoden — es sei nur an die Bindegewebsmassage, Kurzwellen- und Ultraschallbehandlung erinnert — werden meistens viel zu häufig angewandt, wobei sich dann im Laufe der Zeit bestimmte und oft nur sehr wenige Indikationen ergeben.

Wie sieht es nun mit der Nucleus pulposus Hernie und überhaupt mit den Erkrankungen der Wirbelsäule aus?

Zweifellos ist es das Verdienst von Herrn Prof. Zuckschwerdt, vormals Göppingen, daß er auf dem Umwege über die Tätigkeit der Chiropraktiker hier neue Behandlungsmethoden durchgeführt und aufgezeigt hat, die eigentlich uralt sind, aber nun wieder zum Allgemeingut der Schulmedizin gehören dürften.

Bei den vielseitigen Schmerzzuständen im Bereich der Wirbelsäule hat man doch, wenn wir ganz ehrlich sind, bisher vielfach mit den allerverschiedensten Diagnosen, wie „Myalgie“, „Rheumatismus“, „Hexenschuß“ u. a., sich zufrieden gegeben und oft wochen- und monatelang symptomatisch und auch erfolglos behandelt. Selten hat man der eigentlichen Ursache, nämlich einer Erkrankung der Wirbelsäule, mit genügender Genauigkeit nachgeforscht.

Die Dinge liegen hier aber doch nicht ganz so einfach, wie Herr Kollege Kreidler vom Standpunkt des praktischen Arztes aus gesehen die Sache beurteilt. Für Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Wirbelsäule ist eine wissenschaftliche mit absoluter Exakt-

heit fundierte Diagnose unumgänglich notwendig. Hierfür müssen sehr viele Voraussetzungen erfüllt werden: Grundbedingung ist ein einwandfreies Röntgenbild der in Frage kommenden Wirbelsäulenabschnitte in zwei Ebenen, mitunter auch noch in Schrägaufnahme. Das übliche Betrachten der Röntgenbilder am Bildschirm reicht nicht immer aus. Vielmehr muß der Diagnostiker oft mit Lineal, Millimetermaß und Lupe arbeiten. Weiterhin muß eine äußerst genaue neurologische Untersuchung — insbesondere auch eine Prüfung der Motilität und Sensibilität — gefordert werden. Bei Frauen müssen gynäkologische Erkrankungen ausgeschlossen bzw. berücksichtigt werden. Es ist selbstverständlich, daß oft statische Beschwerden des Fußes, des Beines und der Hüfte Rückenbeschwerden verursachen können. Berufliche Überlastung oder bestimmte Arbeitshaltungen müssen anamnestisch erforscht werden.

Es kann nicht Sinn dieser Erwiderung sein, alle diese Punkte im einzelnen aufzuführen. Es ist aber notwendig, auf viele der sich ergebenden Schwierigkeiten hinzuweisen. Wer diese Untersuchungsmethoden nicht beherrscht oder nicht gewillt ist, sie von fachlich Kundigen an seinen Patienten vorher durchführen zu lassen, und wer in der Pathologie der Wirbelsäulenerkrankungen nicht sattelfest ist, sollte von vornherein die Hände von diesen Dingen lassen. Was vielfach von der Schulmedizin z. B. an den Heilpraktikern kritisiert wird, nämlich Einseitigkeit und mangelnde Kenntnis der Anatomie und Pathologie, wäre ja dann dem behandelnden Arzt mit noch viel größerer Berechtigung vorzuwerfen.

Es sind zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten über die Wirbelsäule, speziell über die Nucleus pulposus Hernie, und viele Vorträge aus berufenem Munde gehalten worden, so daß man wirklich eine wissen-

schaftliche Fundierung des Krankheitsbildes der NP-Hernie zur Verfügung hat. Ich weiß, mit welcher unendlicher Sorgfalt z. B. an der Göppinger Klinik an die Diagnosestellung der NP-Hernie herangegangen wird. Das Resultat der zahlreichen dort durchgeführten Operationen beweist die Richtigkeit des Weges über die exakte Diagnostik. Bei der Operation festgestellte Fehldiagnosen ergaben in ganz vereinzelt Fällen Tumoren des Rückenmarks. Das beweist, wie wichtig die Operation war. Eine Behandlung der „Myalgie“ hätte die Aufdeckung des ersten Prozesses verhindert, mindestens aber stark verzögert.

Nur wenn wir mit allergrößter Gewissenhaftigkeit vorgehen, können wir es uns erlauben, auch in der freien Praxis an die erfolgversprechende Behandlung der Wirbelsäule heranzugehen. Man stelle sich z. B. vor, was passieren würde, wenn man eine nicht erkannte Spondylitis tuberculosa einer Dehnungs- und Torsionsbehandlung unterziehen würde! Aber auch vielen anderen Kranken könnte man größten Schaden zufügen. Die „Einrenkung“ der Wirbelsäule bei eindeutiger NP-Hernie oder bei Wirbelverschiebungen ist aber berechtigt, wenn sie sachgemäß und schonend durchgeführt wird. Dies beweist das oft schlagartige Verschwinden der Beschwerden, und zwar nicht nur psychisch, sondern effektiv. Dies beweist aber auch die Tatsache, daß an der Göppinger Klinik, wo anfänglich etwa 3 bis 5 Prozent der NP-Hernien operiert wurden, später eine weit größere Anzahl nur noch mit Repositionen in vollkommen ausreichender Weise behandelt werden konnten, wobei die Zahl der operierten Bandscheibenvorfälle auf nur 1 bis 2 Prozent zurückgingen. Wenn man dort in wenigen Jahren ein Krankengut von etwa 6000 Fällen in exakter, wissenschaftlicher Untersuchungsarbeit gesichtet und zum größten Teil erfolgreich behandelt hat, so ist es mir nicht ganz erklärlich, wenn Herr Kollege Kreidler bisher in seiner Praxis nur eine einzige NP-Hernie in Behandlung bekommen hat.

Die angeführten „Eisenbart-Methoden“ werden im übrigen nicht nur an namhaften Krankenhäusern, sondern auch an Universitätskliniken mit Erfolg durchgeführt. Man braucht also wirklich keinen Abscheu zu bekommen, sofern man nicht wahllos und ohne genaue Diagnostik diese Methoden anwendet. Es ist mir auch unverständlich, wie Herr Koll. Kreidler von mercantilen Gesichtspunkten sprechen kann. Bekanntlich sind nicht nur unsere RVO-, sondern auch unsere Ersatzkassenabrechnungen praktisch pauschaliert. Wenn man für diese relativ geringfügigen Pauschalbeträge sich der Mühe unterzieht, einen Patienten so gründlich, wie eingangs besprochen, zu untersuchen, und ihn zu behandeln, so ist genau das Gegenteil der Fall. Wenn man allerdings nur ein Einreibemittel rezeptieren würde und sich nicht die Mühe machte, den Patienten von unten bis oben zu untersuchen, so könnte man diese Art der Behandlung — wieder im Hinblick auf die Pauschalierung — viel eher als mercantil bezeichnen. Wir alle wollen doch letzten Endes nur eines, nämlich das, was auch Herr Koll. Kreidler will: dem Patienten helfen. Ich stimme dem Kollegen vollkommen zu: Man soll dem Patienten nicht eine schwerwiegende Diagnose anhängen, wenn sie nicht einwandfrei diagnostisch untermauert ist. Und auch dann muß es dem Feingefühl des Arztes überlassen bleiben, in welcher Weise er dies mit seinem Patienten bespricht.

Summa summarum: Die NP-Hernie ist doch viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, aber Hände weg von der Wirbelsäulenbehandlung, wer Differentialdiagnostik und Pathologie nicht einwandfrei gelernt hat und beherrscht! Sie würde sonst in eine schulmedizinische Scharlatanerie ausarten.

*

Prof. Dr. med. F. Reischauer, Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Essen:

Die Bemerkungen des Kollegen zu der „Modediagnose“ Bandscheibenschaden sind angesichts großer psychologischer und therapeutischer Verirrungen sehr verständlich. Dieser Notschrei hat in vielem recht, nur in dem einen nicht, daß die pathogenetische Beziehung der meisten Lumbalgien, Schulterschmerzen und spinalen Neuralgien auf die Wirbelscheiben unberechtigt sei. Über 90 Prozent aller Ischialgien haben diese Ursache, was heute durch ein unumstößliches Tatsachengewicht belegt ist.

Schon der Umstand, daß 95 Prozent aller Spinalneuralgien aus den Etagen C 5 bis C 7, L 5 und S 1 kommen, ist anders als mechanisch unerklärbar. Diese Etagen sind die Scheitel der Lordose infolge Aufrichtung des Menschen zum zweibeinigen Gang, bestimmen dadurch die Zermürbung der hinteren Faserringsmitte in der klemmenden hinteren Wirbelkörperzwinge. Die klassische Symptomverkoppelung, erst Hexenschuß, dann Ischias (nicht umgekehrt) beruht nicht darauf, daß ein Fokus einerseits einen Rückenmuskelrheumatismus, andererseits eine Neuritis des Hüftnerven steuert, sondern darauf, daß die Massenvorwölbung des Zwischenwirbels, die regelmäßig in der hinteren Mitte (Lumbago) beginnt, durch sekundäre seitliche Ausweitung des Schadens um 10 Millimeter lateral die Richtung der Offensive ändert.

Der Verschleiß eines Lebens ist an diesen Brennpunkten mechanischer Übernutzung so groß, daß wir uns nicht über das Aufkommen, sondern über das Ausbleiben eines Gewebeverfalles wundern dürfen (Tribut für das Geschenk des aufrechten Ganges). Einmal bekommen wir alle unser lahmes Kreuz und werden wieder klein, die Individualunterschiede liegen im Zeitpunkt des Versagens. Die Klinik lehrt: ob die schmerz-erzeugende Massenbewegung des dorsalen Bandscheibenufers der Lieblingsetagen mit milden Symptomen erst nach 60, mit akuterer zwischen 30 und 50 oder mit stürmischen Erscheinungen schon zwischen 15 und 30 Jahren sich meldet, hängt fast ausschließlich davon ab, ob wir von Müttern eine Wirbelscheibe für 5,—, für 3,50 oder für 2,50 Mk mitbekommen haben. Dies ist eine Qualitätsfrage am Organ wie am Werkstoff. Bei hoher Qualität kaum Symptome bis ins hohe Alter, dann auch nicht bei Schwerstarbeitern. Dagegen waren unter 1000 operativ bestätigten Lendenscheibenvorfällen bei jenen 15 Prozent, die den ersten Hexen- oder Nervenschuß schon vor dem 20. Lebensjahr bekamen, die Frauen sogar überwiegend. Es fehlt daher die Parallele zum Leistungsanspruch und es fehlt das typische klinische Bandscheibensymptom als Unfallfolge.

Das Pferd kennt allerdings keinen Bandscheibenvorfall (Vierbeiner), die Tiermedizin kennt aber Bandscheibenvorfälle mit Rückenmarkssymptomen bei jenen Arten mit der gleichen anlagebedingten Gewebs-

minderwertigkeit, die auch beim Menschen steuert (Dysplasie), nämlich beim Schwein (Dystrophie) und vor allem beim Dackel, denn dieser ist bekanntlich Chondrodystrophiker, deshalb aber auch der Hofnarr unter den Tieren.

Bandscheibensymptome sind aber Resultante zweier Faktoren, der Größe des mechanischen Ärgers der Schmerzrezeptoren einerseits und der Größe der Ärgbarkeit (Hyperergie) der nervalen Organe andererseits. Das Problem ist zwar ein mechanisches, aber bei weitem kein rein mechanisches. Diese Hyperergie sensibilisiert sich mit der Dauer des mechanischen Ärgers. Die Sensibilisierung ist aber durch viele in früherer Zeit benutzte und neuere Mittel medikamentöser und physikalischer Behandlung in allen leichteren Fällen so hervorragend zu drosseln, daß selbst ohne Änderung der anatomischen Situation die neurale Antwort unterdrückt wird. Weit an der Spitze liegt die Desensibilisierung mit Novocain (Impletol) am richtigen Ort in massiver Dosis. Zur Beseitigung mechanisch gesteuerter Symptome bedarf es daher nicht unbedingt mechanischer Behandlung. Die Auffassung: Erfolg konservativer Behandlung bei Lumbago—Ischias = Rheumatismus, Mißerfolg = Bandscheibenvorfall (Wurzelkompression) ist deshalb unhaltbar und Ursache eines historischen Irrtums. Dazu sind die Krankheitsketten bei operativ bestätigten und geheilten Prolapsen einerseits und bei spontan oder konservativ rückläufigen Symptomen andererseits zu identisch. Der Operation unterliegen nur so massive Kompressionen, daß sie jeder konservativen Behandlung trotzen. Hier ist der Eingriff ein soziales Geschenk. Die Regelbehandlung ist mit konservativen Mitteln dankbar. 90 Prozent aller Hexenschüsse heilen in zehn Tagen trotz Behandlung, wenn der Arzt die Initiative nicht hemmt. Auch bei Ischialgien ist das Liegen ausgesprochen symptomvermehrend und erfolgsverriegelnd in der Behandlung:

Ich komme damit zu dem, worin der Kollege vollkommen recht hat: Die frühere Deutung als Rheumatismus war sicher falsch, aber psychologisch hervorragend. Die heutige Deutung als Wirbelscheibensymptom ist meist richtig, aber psychologisch eine Katastrophe, und speziell die Erfindung der Röntgenstrahlen kann auf diesem Gebiet nur bedauert werden. Die Leistungsfurcht, die unseren Eltern fremd blieb, kommt nicht vom Kranken, sondern aus der neuen Erkenntnis vom Arzt. Nicht die noch so grobe Verbrauchserkrankung der Wirbelscheibe ist symptomzeugend, sondern die Verschiebung kranken Gewebes in Fehllage unter Last wie beim Einklemmungszustand des zerschlissenen Knie-meniscus, der nach Ausbügung auch seine freien Intervalle kennt. Die Rückbügung des verlagerten Faserrings in die symptomarme Ausgangslage bedarf nicht fremdtätiger chiropraktischer Manöver. Sie wird durch eigentätige wagende Bewegungsinitiative nach medikamentöser oder physikalischer Lockerung der

kontrakten Muskulatur (wie beim Meniscus) natürlicher, schonender und idealer besorgt, wenn der Arzt die Bewegungs- und Belastungsinitiative nicht hemmt. Letzteres war früher nicht der Fall, deshalb die guten Erfolge in früherer Zeit, und die heutigen des Kollegen!

Bandscheibensymptome sind nicht Anfang vom Ende der Ruine Wirbelsäule, nicht Zustände, sondern Episoden, gebunden an die Phase unzureichenden Atü-Drucks des Organs im noch hydraulischen Stadium. Letzteres wird um so früher überwunden, je mutiger der Wagen gefahren wird, je weniger der Arzt Aktivität durch Bescheinigung für leichte Arbeit, Zug, Fixation, Redressement oder gar die Kapitulation des Stützkorsetts zerstört und dem Kranken auch das geistige Stützkorsett umlegt, und ein prognostisch und therapeutisch gutartiges Leiden zur Sensation mit allen psychologischen Folgen macht. Je ungehemmter die Initiative des Kranken bleibt, um so früher erreicht er über das Stadium unzureichenden Atü-Drucks des „Auto-reifens Bandscheibe“ und das Stadium, in welchem die Cord-Schicht (Anulus fibrosus) durch den Verschleiß Beulen (Prolapse) bekommt, den wieder symptomlosen Endzustand des „Platten“, in welchem die röntgenologisch verfolgbare fibröse Verödung, spondylotische Verklammerung und Einsturz des Zwischenwirbelscheibenraumes die restabilisierende Reparatur gebracht hat. Der Elastizitätsverlust einer von 23 Wirbelscheiben ist belanglos und reicht noch zu olympischen Ehren.

Dann aber wird von den Sklaven röntgenologischer Betrachtungsweise aus dem Röntgenbefund der Spondylose, einem Wunder der Zweckmäßigkeit, eine Krankheit gemacht und dadurch täglich gegen das nil nocere verstoßen. Der Feldmarschallstab des zusammengerollten Röntgenbildes in der Hand des Kranken (schon bei jedem Hexenschuß) ist daher immer erster Angriffspunkt der therapeutischen Gegenoffensive. Wohl die anatomischen Veränderungen sind progressiv, nicht aber die klinischen Symptome, die an das noch hydraulische Stadium einiger Jahre ohne oder fast ohne Röntgenbild meist gebunden sind.

Der Kollege hat daher vollkommen recht, wenn er den heutigen therapeutischen Weg als das Behandeln eines Organes und nicht das eines Menschen bezeichnet, und wenn er empfindet, daß nun die unglückliche Patenterklärung mit dem Fokus durch den Drehpunkt Wirbelscheibe ersetzt wird! Wir haben daher in unserem jüngsten Referat, dem wir den Untertitel „Psychologie der Wirbelscheibe“ gegeben und in dem wir in therapeutischer Richtung den gleichen Notschrei ausgestoßen haben (Fortbildungskongreß Ärztetag Berlin 1952, Deutsches medizinisches Journal 1953 H. 3/4 und 5/6), mit dem Satz geschlossen: Ein wenig Ganzheit und ein bißchen Leib und Seele einmal nicht auf philosophierender Zunge, sondern ganz einfach in der Praxis unseres ärztlichen Alltags.



(früher Digitoxin Merck)

zur Behandlung der Herzinsuffizienz

20 Tabletten DM 1.65; 50 Tabletten DM 3.75 o.U.

E. MERCK • CHEMISCHE FABRIK • DARMSTADT

Zum Tode August Heislers

Am 12. September 1951, am Tage der Vollendung seines 70. Lebensjahres, hatte sich noch ein großer Kreis von Freunden und einstigen Patienten zu Glückwunsch und Danksagung bei August Heisler eingefunden. Am 13. September 1952, auf dem 55. Deutschen Ärztetag im Titania-Palast in Berlin, war er zusammen mit Albert Schweitzer und Albert Dietrich mit der Paracelsusmedaille beliehen worden. Am 30. September 1952 konnte Prof. Neuffer in Günsbach im Elsaß unserem Heisler und Albert Schweitzer die Auszeichnung persönlich überreichen. Rührend soll die Freude der beiden Alten gewesen sein, als sie sich gegenseitig im Schmucke der Medaille sahen. Nun hat der Tod den schon seit Jahren Herzleidenden von uns genommen. Am 9. Februar 1953 ist August Heisler in Königsfeld sanft entschlafen.

In Mannheim geboren, in Königsfeld nahe der bad-württ. Grenze seit mehr als 30 Jahren als Landarzt tätig, ist Heisler uns Ärzten im südwestdeutschen Raum besonders nahegestanden. Groß ist der Kreis der Kollegen, die ihre Patienten, Erwachsene oder Kinder, in

sein Sanatorium Luisenruhe oder in die Kinderweide schickten. Sie taten damit für ihre Kranken das Beste und zogen dabei nicht zuletzt selbst immer Gewinn aus kollegialem Gedankenaustausch. Rohapfeldiät und Kaffeekohle trugen den Namen Heislers weit über die Grenzen Baden-Württembergs hinaus ebenso wie seine in verschiedenen Schriften erschienenen begeisterten und begeisternden Bekenntnisse zur Tätigkeit des Landarztes und damit des Hausarztes.

Es ist nicht von ungefähr, daß Heisler eine seiner Vorlesungen vor Tübinger Studenten mit dem Goethewort schloß:

„Denn der Mensch, der zu schwankender Zeit auch schwankend gesinnt ist,
der vermehrt das Ubel und verbreitet es weiter und weiter;
aber wer fest auf dem Sinn beharrt, der bildet die Welt sich!“

In schwankender Zeit hatte August Heisler das seltene Glück, in einem von freudiger Arbeit erfüllten Leben sich seine Welt zu bilden!

Vom Berufsgeheimnis des Arztes

Im Rahmen der Diskussion um die Grundrechte des Menschen haben sich Ärzte, Juristen und Theologen in der Katholischen Akademie in Hohenheim näherhin mit dem Problem des Berufsgeheimnisses ihrer Stände, insbesondere des ärztlichen, beschäftigt. Es wurde klar herausgestellt, daß das Verhältnis des Arztes zum Kranken ein ursprüngliches ist, dem sonstige öffentliche Interessen nachzuordnen sind. Das Berufsgeheimnis hat

Bezug auf Gott, auf den Kranken und auf die Öffentlichkeit, wobei der letztere Bezug in jedem Fall den beiden ersten untergeordnet ist. Daraus ergibt sich die ernste Notwendigkeit einer gründlichen Reform mannigfaltiger bestehender gesetzlicher Bestimmungen über die Pflicht zur Offenbarung ärztlichen Geheimnisses auf dem Gebiet der Meldepflicht, der Sozialversicherung, der Strafgerichtsbarkeit u. a. m.

Buchbesprechung

Paul Siebert: „Vermögenssteuererklärung des Arztes“. Ärzte-Verlag, Köln, Melchiorstr. 14, 24 Seiten, brosch. DM 1.90.

Diese kleine Schrift des bekannten Steuerfachmannes der Ärzte erscheint gerade zur rechten Zeit. Obwohl die Vermögenssteuererklärung, die bis Ende dieses Monats fällig ist, falls für ihre Abgabe von dem steuerpflichtigen Arzt keine Verlängerung beantragt wird, post festum für einen Veranlagungszeitraum ab 21. Juni 1948 erfolgt, so sind die auf Grund dieser Erklärung ermittelten steuerpflichtigen Vermögenswerte doch immerhin entscheidend nicht nur für die rückliegende Zeit, sondern auch für die künftigen Vorauszahlungen.

Die Schrift von Paul Siebert geht die einzelnen Abschnitte der Vermögensteuer durch und weist den Arzt gerade auf die Punkte hin, die für ihn bei der Ausfüllung dieser Erklärung von Bedeutung sind. Ganz besonders berücksichtigt Paul Siebert dabei das Betriebsvermögen der ärztlichen Praxis und alle mit dem „sonstigen Vermögen“ zusammenhängenden Fragen. Der Verfasser hat genau wie bei seinem bekannten „Steuerratgeber für Ärzte“ darauf verzichtet, lediglich Behördentexte zu bringen, sondern geht auf alle wesentlichen Punkte in einer auch für den Laien verständlichen Diktion ein. Wir sind sicher, daß diese kleine Schrift von Paul Siebert jedem Angehörigen der Heilberufe wertvollste Dienste leisten wird. Der Bezug des kleinen Werkes kann jedem vermögenssteuerpflichtigen Arzt nur empfohlen werden.

Bu.

Bekanntmachungen

Kurs- und Kongreßkalender

7. bis 9. April 1953:

Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung e. V. in Bad Nauheim, Kerckhoff-Institut. Rahmenthemen: Grundsätzliches zur Herdtherapie; Therapie der Herde und der Herdkrankheiten; Behandlung der Herdkrankheiten, sowie Einzelvorträge. Unkostenbeitrag: Mitglieder DM 10.—, Nichtmitglieder DM 15.—, Ass. und Stud. die

Hälfte. Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an die Geschäftsstelle der DAH, Frankfurt a. M., Gartenstr. 118.

17. bis 19. April 1953:

6. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumafolgen in Bad Homburg v. d. H. Rahmenthemen: Diagnose und Therapie der Neurosen bei Hirnverletzten. Bedeutung der Neurosen für die sozialpflegerische Arbeit; Pathologie des Schläfehirnlappens; Röntgenologie des Schädelhirntraumas; Der Hirnver-

letzte in der Lebensbewältigung, Referate und Erfahrungsberichte der Hirnverletztenheime und Fachinstitute. Gegenwärtiger Stand der Sonderfürsorge, Anfragen und Anmeldungen werden erbeten an das Landeskrankenhaus für Hirn-, Rückenmark- und Nervenverletzte in Alzey/Rheinhesen.

2. und 3. Mai 1953:

Tagung der Südwestdeutschen Orthopädischen Vereinigung in Baden-Baden, Kurhaus. Bei der Tagung sollen besonders die Methoden der ambulanten Behandlung auf dem Gebiet der Orthopädie Berücksichtigung finden. Anfragen und Anmeldungen werden erbeten an den Vorsitzenden: Dr. med. Hermann Bauer, Baden-Baden, Lange Str. 47.

Bekanntmachungen des Reise- und Kongreßbüros der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

In der Zeit vom 1. Juni bis 13. Juni wird in Grado, einer der Küste vorgelagerten Insel der Adria zwischen Venedig und Triest, ein allgemeiner 14tägiger Fortbildungskurs für praktische Medizin unter Leitung von Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg und Mitwirkung von Prof. Slawich, Triest, Prof. Pais, Bologna, und weiterer Herren durchgeführt. Die Themen werden in Kürze bekanntgegeben.

Der Teilnehmerpreis von und bis München beträgt bei Gesellschaftsreise in den drei Hotelgruppen

DM 453.—
DM 362.—
DM 325.—

Bei Teilnahme mit eigenem Wagen ist der Preis wie folgt:

DM 365.—
DM 322.—
DM 285.—

Im Preise enthalten sind: volle Verpflegung, Bedienungsgeld, Kurtaxe, Verwaltungsgebühr für den Fortbildungskurs.

In Vorbereitung:

14tägiger Fortbildungskurs in Meran, Anfang Oktober; 3wöchentliche Studienreise nach Ägypten, Oktober.

Prospekte und nähere Auskünfte durch Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13, Telefon 5 86 31.

Staatsärztliche Lehrgänge

Der Landesgesundheitsrat von Rheinland-Pfalz bietet den Ärzten durch staatsärztliche Lehrgänge Gelegenheit sich auf den Beruf als Amtsarzt vorzubereiten. Gleichzeitig wird auch die Ausbildung für Stadtärzte, Fürsorgeärzte und sonstige Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt.

Die Lehrgänge werden beim Hygienischen Institut (Professor Dr. Kliewe) der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz entsprechend dem nachstehenden Plan abgehalten.

Allgemeines

Organisation des Gesundheitsdienstes,
Organisation des Ärzteswesens (Ärzte, Zahnärzte, Apothekerschaft),
Allgemeines Landesrecht und Fragen des Arztrechtes.

Medizinische Vorlesungen

Klinik der inneren Krankheiten,
Klinik der chirurgischen und orthopädischen Krankheiten,
Klinik der Gynäkologie,
Klinik der Lungentuberkulose,
Klinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Klinik der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
Klinik der Augenkrankheiten,
Klinik der Nerven- und Geisteskrankheiten,

Röntgendiagnostik und Strahlenheilkunde,
Ausgewählte Kapitel über Vitamine einschl. Avitaminose,
Lehre von der Ernährung einschl. Lebensmittelgesetze,
Anthropologie einschl. Bevölkerungspolitik.

Sozialhygiene

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge einschl. Kinderkrankheiten,
Schwangerenfürsorge einschl. geburtshilfliche Diagnostik, Schulgesundheitspflege einschl. Schulzahnpflege und Hygiene der Schulgebäude,
Lungenfürsorge,
Geschlechtskrankenfürsorge einschl. Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,
Fürsorge für Krebskranke, Zuckerkranke, Lupuskranken, Kriegsbeschädigte,
Fürsorge für Rheumatiker,
Gefängnis hygiene,
Krüppelfürsorge,
Bekämpfung der Suchten (Alkoholismus, Morphinismus),
Pflege der Leibesübungen (Turnen, Leichtathletik, Radfahren einschl. Physiologie).

Staatsmedizin

Gerichtliche Medizin,
Hygiene einschl. Bäderkunde,
Medizinalgesetzgebung (Bekämpfung der gemeingefährlichen und ansteckenden Krankheiten, Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in Schulen usw.),
Arzneimittelwesen einschl. Giftkunde und Schädlingsbekämpfung,
Opiumgesetz,
Heilpraktiker, ärztliches Hilfspersonal,
Hebammenwesen,
Leichenwesen,
Gewerbehygiene einschl. Berufskrankheiten,
Grundzüge der Veterinärmedizin (Milchkunde, Infektionskrankheiten in ihrer Bedeutung für die Humanmedizin),
Schutzimpfungen (Pocken, Diphtherie, Scharlach usw.),
Krankenhauswesen (Hygiene usw.),
Rettungswesen, Krankentransport, Rotes Kreuz,
Medizinalstatistik,
Sozialversicherung einschl. Gutachtertätigkeit.

Kurse

Gerichtsmedizinischer Kursus einschl. Sektionen,
Gerichtspsychiatrischer Kursus einschl. gerichtsarztl. Gutachten,
Hygienisch-bakteriologischer Kursus,
Pathologisch-anatomischer Demonstrationskursus,
Besichtigungen.

Teilnahmebedingungen

- Der Teilnehmer muß die Qualifikation zur Bekleidung eines öffentlichen Amtes besitzen.
- Bei der Anmeldung sind in beglaubigter Abschrift vorzulegen:
 - die Approbation als Arzt,
 - der Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer deutschen Universität.
- Die Teilnehmergebühr von DM 200.— ist auf Konto 29035 der ärztlichen Prüfungskasse Mainz bei der Rhein-Main-Bank, Mainz, einzuzahlen.

Die Meldung zur Teilnahme an einem Lehrgang kann jederzeit erfolgen. Die Bekanntgabe des Lehrgangbeginns erfolgt rechtzeitig.

Staatsärztliche Prüfung

Lehrgangsteilnehmer, die die Absicht haben, die staatsärztliche Prüfung abzulegen, müssen hierzu einen Antrag auf Zulassung stellen und diesem in beglaubigter Abschrift nachstehende Unterlagen beifügen:

- Nachweis einer mindestens dreijährigen Beschäftigung in ärztlicher Praxis nach Erlangung der Approbation,
- Nachweis über einen mit Erfolg abgeschlossenen staatsärztlichen Lehrgang oder, daß sie an einem solchen teilnehmen,

3. Nachweis über die Teilnahme an einem pathologisch-anatomischen, einem hygienisch-bakteriologischen und einem gerichtlich-medizinischen Kursus jeweils von mindestens zweimonatiger Dauer an einem deutschen Universitätsinstitut,
4. Nachweis einer mindestens dreimonatigen Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik oder öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt,
5. Nachweis einer wenigstens fünf Monate langen erfolgreichen Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst,
6. Eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach Erlangung der Approbation darzulegen sind.

Die nach 3. geforderten drei Kurse werden auch im Rahmen des staatsärztlichen Lehrgangs abgeleistet. Die Nachweise werden durch die Zeugnisse der Fachlehrer, der Leiter der Kurse und des Leiters des Lehrgangs erbracht.

Zu 1. bis 5. können ausnahmsweise auch Nachweise einer auf anderem Wege erlangten Ausbildung als vorschriftsmäßig erachtet oder die ärztliche Tätigkeit bei der früheren Wehrmacht und in Kriegsgefangenschaft angerechnet werden.

Die Erfüllung der Bedingungen zu 1. bis 6. ist Voraussetzung zur Prüfungszulassung.

Ausnahmsweise und nur unter ganz besonderen Umständen kann eine Zulassung zur Prüfung erfolgen, wenn noch nicht alle Bedingungen erfüllt sind, dies aber nach der Prüfung geschieht. In diesen Fällen wird das Prüfungszeugnis erst ausgehändigt, wenn alle Bedingungen erfüllt sind.

Die Prüfung erfolgt unmittelbar anschließend an den staatsärztlichen Lehrgang.

Die Prüfungsgebühr beträgt DM 100.— und ist auf Kto. 29035 der ärztlichen Prüfungskasse Mainz bei der Rhein-Main-Bank in Mainz unaufgefordert nach Erhalt der Prüfungszulassung einzuzahlen.

Meldungen zum Lehrgang und zur Prüfung sind zu richten an: „Landesgesundheitsrat von Rheinland-Pfalz, Mainz, Schillerplatz 9, Wichernhaus.“

Keine Urschriften, sondern nur beglaubigte Abschriften vorlegen!

Arzt und Kraftfahrzeug

Anlässlich der vom 19. März bis 29. März 1953 stattfindenden Automobil-Ausstellung in Frankfurt/Main weist die WINORA, Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte e. G. m. b. H., Hamburg 1, An der Alster 49 (Arztehaus), darauf hin, daß sie den Kollegen mit sachverständigem Rat

und Auskunft über alle Fragen der Anschaffung, Haltung, Pflege und Versicherung von Kraftfahrzeugen zur Verfügung steht.

Fast jede Automobil-Ausstellung bringt neue Kraftfahrzeug-Typen, Konstruktions- und Preis-Änderungen, Neuheiten an Autozubehör u. dgl., deren zutreffende Beurteilung dem nicht ständig mit der Materie Beschäftigten kaum möglich ist.

Bitte machen Sie sich die Branchenkenntnisse und Erfahrungen der in der WINORA tätigen Fachkräfte nutzbar zur Vermeidung von Fehlkäufen und der daraus evtl. entstehenden Verluste. Hüten Sie sich vor übereilten Kaufabschlüssen und wenden Sie sich vor der Unterzeichnung des Bestellscheines an die Hauptgeschäftsstelle der WINORA, die Ihnen über die Betriebskosten der einzelnen Wagentypen, über die Inzahlunggabe und Bewertung von Altwagen usw. eine absolut objektive Auskunft erteilt.

Kollegen, die eine Finanzierungshilfe zur Wagenanschaffung benötigen, erhalten bereitwilligst unverbindliche Vorschläge über die Gewährung eines in 12—18 Monatsraten zu tilgenden Darlehens, sobald sie sich unter Angabe des Wagenfabrikates und der aus eigenen Mitteln verfügbaren Anzahlung an die obengenannte Adresse der WINORA wenden.

Die Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte E.V.

— Sitz Hamburg 13, Oderfelderstr. 21, Fernsprecher 47 46 28 — teilt mit:

1. Ab 1. Januar 1953 sind die Gebühren für Grenzdokumente erheblich gesenkt worden. Die neuen Gebührensätze sind in den KVDA-Mitteilungen Nr. 1/53 veröffentlicht worden, die auf Anforderung bei der Hauptgeschäftsstelle Hamburg 13, Oderfelderstr. 21, kostenlos zugesandt werden. Triptiks und Carnets werden in Hamburg und Lübeck von der KVDA direkt ausgegeben.

2. In nächster Zeit kann bei der Hauptgeschäftsstelle der den alten Mitgliedern bekannte weiße KVDA-Wimpel mit aufgestickter Plakette wieder bezogen werden.

3. Desgleichen sind in Kürze bei der Hauptgeschäftsstelle Abziehbilder der KVDA-Plakette erhältlich. Sie sind für das Rückfenster des Wagens vorgesehen, um ein Erkennen der Mitglieder untereinander im Straßenverkehr zu erleichtern.

4. Ab 1. März 1953 erscheinen die KVDA-Mitteilungen monatlich jeweils in der ersten Monatswoche. Es ist bekannt geworden, daß der Postversand nicht überall reibungslos verläuft. Wir bitten, unsere Mitglieder und die Mitglieder der angeschlossenen Wirtschafts-Genossenschaften bei Nichterhalt der KVDA-Mitteilungen diese beim zuständigen Postamt zu reklamieren und bei Doppelbelieferung die Annahme eines Exemplars ausdrücklich zu verweigern.

5. Interessenten für die KVDA können ein Exemplar der KVDA-Mitteilungen kostenlos bei der Hauptgeschäftsstelle anfordern.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE) Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 735 51, 735 52 und 735 53

Grippe-Epidemie und kassenärztliches Honorar

Infolge der Grippeepidemie und der seinerzeit beunruhigenden Zahl der Erkrankungen an Typhus ist der kassenärztliche Dienst gerade in den letzten Wochen in übermäßiger Weise in Anspruch genommen worden. Die Bedürfnisse an ärztlicher Versorgung in dieser Zeit stellten die höchsten Ansprüche an Leistungsfähigkeit und Pflichtgefühl der Ärzteschaft. Presse und Öffentlichkeit konnten in Anbetracht des Umfangs und der Bedeutung der ärztlichen Hilfe während der außergewöhnlichen Grippeepidemie an der Erörterung des ärztlichen Honorars für diese Dienste nicht vorbeigehen. Es wurde zum Teil für selbstverständlich gehalten, daß Leistung und Gegenleistung wie auch sonst üblich sich entsprechen würden.

Bei dem derzeit für die RVO-Krankenkassen gültigen Pauschalsystem ist diese Gleichung leider nicht ohne weiteres zutreffend. Aus diesem Grunde fanden auch bereits Ver-

handlungen mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen statt, um für eine einigermaßen angemessene Bezahlung der Kassenärzte im 1. Vierteljahr 1953 einen Zuschlag zu erzielen. Wenn auch von den Vertretern der Kassenseite mit Besorgnis auf die Belastung ihrer Kassen durch unvermeidbare Ausgaben infolge der Epidemien hingewiesen wurde, fand die Forderung der Kassenärzte doch ein erfreuliches Verständnis. Auch das Arbeitsministerium hat für die berechnete Forderung der Kassenärzte Verständnis gezeigt.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Aalen	prakt. Arzt (erwünscht Homöopathie)
Wört Krs. Aalen	prakt. Arzt

Kirchheim/Teck	prakt. Arzt I
Kirchheim/Teck	prakt. Arzt II
Frickenhausen	prakt. Arzt
Krs. Nürtingen	
Ulm	Internist
Ulm	prakt. Arzt (erwünscht Homöopathie)
Ehrenstein Krs. Ulm	prakt. Arzt
Langenau Krs. Ulm	prakt. Arzt

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

Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 1. April 1953 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto Nr. 5006 Stuttgart der KV. Landesstelle Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 3/53“ einzuzahlen ist. Bei Bewerbungen um mehrere Kassenarztsitze in einer Ausschreibung ist die Gebühr von DM 5.— nur einmal zu entrichten.

Einführungslehrgänge in die Kassenpraxis

Am 13. und 14. Dezember 1952 und am 7. und 8. März 1953 fanden im Haus der Ärzte in Stuttgart-Degerloch die letzten beiden Lehrgänge mit je etwa 80 bis 90 Teilnehmern statt. Das Programm sah folgende Vorträge vor:

- Prof. Dr. Neuffer: Der Arzt und seine Berufsordnung.
Oberreg. Rat Kissel, Arb. Min. Baden-Württemberg: Die deutsche Sozialversicherung.
Hauptgeschäftsführer Stein: Das Kassenarztrecht.
Dr. Giebel, Vorsitzender des Zulassungsausschusses: Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit. Die Arzneiverordnung in der Kassenpraxis.
Verwaltungsrat Klöpfer, Landesverband der Ortskrankenkassen: Der Arzt im Verkehr mit den Pflichtkrankenstellen.
Abrechnungsleiter Jeuter: Das Honorarabrechnungswesen.
Dr. Speidel, Präfarzt: Die Gebührenordnungen und die Frage der Wirtschaftlichkeit im kassenärztlichen Dienst.
Landesgeschäftsführer Schottmüller, Barmer Ersatzkasse: Die vertraglichen Beziehungen mit den Ersatzkassen.
Reg. Med. Dir. Dr. Berner, LVA: Kassenarzt und vertrauensärztlicher Dienst.
Dr. Benz, Vorstandsmitglied: Der Bundesversorgungstarif und die Verträge mit den Bezirksfürsorgeverbänden, der Polizei, der Debeka usw.
Dr. r. er. pol. Theiss, Privatärztliche Verrechnungsstelle: Steuer- und Versicherungsfragen des Kassenarztes.

Die Einführungslehrgänge sollten in erster Linie die Möglichkeit geben, die für die Zulassung oder Beteiligung an der Kassenpraxis vorgeschriebene Voraussetzung zu erfüllen. Daß sie darüber hinaus einem praktischen Bedürfnis ent-

sprechen, bewies die gespannte Aufmerksamkeit für die Vorträge und die lebhaftige Beteiligung an der Aussprache, die im Anschluß an die einzelnen Vorträge stattfand.

Es ist beabsichtigt, den nächsten Einführungslehrgang in der zweiten Aprilhälfte zu veranstalten. Für ihn ist der Teilnehmerkreis bereits bestimmt. Weitere Lehrgänge, die rechtzeitig bekanntgegeben werden, sollen anschließend folgen.

Es besteht Veranlassung, ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß die Teilnahme an einem Einführungslehrgang zwingend vorgeschrieben ist. Daß darüber hinaus die Einführungslehrgänge zweckmäßig und notwendig sind, haben die Erfahrungen gelehrt und ist auch von Lehrgangsteilnehmern dankbar anerkannt worden.

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, 28. März 1953

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

- 9.00 Uhr Die aktuelle Viertelstunde:
Direktor Dr. Nipperdey-Stuttgart: Erfahrungen bei der Stuttgarter Typhus-Epidemie.
10.00 Uhr Professor Dr. Ludolf Fischer-Tübingen: Die Bedeutung der Tropenmedizin für den in der Heimat tätigen Arzt.
11.00 Uhr Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Baader-Hamm/Westf. Neues aus dem Gebiet der Berufskrankheiten.
15.00 Uhr Professor Dr. med. Schwarz-Tübingen: Problematik der chronischen Mandelentzündung.
16.00 Uhr Professor Dr. med. Spang-Stuttgart: Beurteilung und Behandlung der Rhythmusstörungen des Herzens für den praktischen Arzt.

Professor Dr. med. Neuffer Präsident der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. Professor Dr. med. Dennig Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Fortbildung

Aus der Tätigkeit des Disziplinausschusses

In einer Sitzung vom 28. Januar 1953 hat der Disziplinausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg in vier Fällen gegen Ärzte verhandelt, denen Verstöße gegen ihre kassenärztliche Pflichten zur Last gelegt waren.

1. Ausschluß aus der Kassenpraxis für 18 Monate. Der erste Fall betraf eine betäubungsmittelsüchtige Ärztin aus einer ländlichen Gemeinde. Sie hat auf Kosten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Morphium verordnet, das sie größtenteils für sich selbst zur Befriedigung ihrer Sucht verbrauchte. Hierdurch ist der Kasse ein Vermögensschaden von nicht ganz DM 1000.— entstanden, der bisher noch nicht ersetzt wurde. Ihr Verhalten erklärte die Ärztin damit, daß sie aus Anlaß von Erkrankungen und unter Einfluß von ungünstigen Verhältnissen in ihrer Landpraxis der Sucht immer mehr verfallen sei. Die Betäubungsmittel habe sie sich deshalb auf Kassenkosten verschafft, um nicht in den Apotheken als süchtig aufzufallen.

Der Disziplinausschuß hielt diese Entschuldigung nicht für stichhaltig. Entgegen der Auffassung der Staatsanwaltschaft hielt der Disziplinausschuß die Verantwortlichkeit

„und droht...?“ **Mulgatum phos.**

mit element. Phosphor, rezeptpflichtig O.P. DM 1,95

A.  **NATTERMANN & CIE · KÖLN-BRAUNSFELD**

der Ärztin für gegeben. Ihr Verhalten erfüllt den äußeren Tatbestand eines Betruges und eines Vergehens gegen das Opiumgesetz vom 10. Dezember 1929.

Der Disziplinausschuß hat auf Ausschluß aus der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit für die Dauer von 18 Monaten erkannt.

2. Geldstrafe in Höhe von DM 2000.—. Der Kassenarzt Dr. B. reichte Anfang Juli 1952 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse 95 Anträge auf Erteilung gebührenfreier Krankenscheine für das III. Quartal 1952 ein mit dem Antrag, die neuangestellten Scheine unmittelbar an ihn zu senden. Dieses Vorgehen gab Anlaß, die einzelnen Fälle einer Nachprüfung zu unterziehen. Dabei stellte sich heraus, daß der beschuldigte Arzt auf allen Anträgen den 1. Juli 1952 als ersten Behandlungstag im neuen Quartal angegeben hatte, ferner, daß er auch über den letzten Behandlungstag im abgelaufenen Quartal jeweils unrichtige Angaben gemacht hatte und daß er in einigen Fällen in seiner Abrechnung bei der kassenärztlichen Vereinigung Leistungen als ausgeführt angegeben hatte, die er in Wirklichkeit nicht bewirkt hatte. Der beschuldigte Arzt ist darauf ausgegangen, sich die Verlängerungsscheine zu beschaffen, um eine Weiterbehandlung der Patienten vornehmen zu können (Sammeln von Krankenscheinen). In diesem Vorgehen des Kassenarztes ist einer der Gründe zu erblicken, die zur Entwertung des Krankenscheines und dazu geführt haben, daß die Honorierung der Leistungen vielfach nicht in angemessener Weise erfolgt (Scheininfektion).

Lediglich mit Rücksicht darauf, daß es sich bei dem Beschuldigten um einen Flüchtling handelte, der sich unter großen Schwierigkeiten eine Arztpraxis aufgebaut hatte, wurde von einem Ausschluß aus der kassenärztlichen Tätigkeit abgesehen und auf eine Geldstrafe in Höhe von DM 2000.— und eine Verwarnung erkannt.

3. a) Kassenausschluß für 3 Monate, Geldstrafe in Höhe von DM 1000.—; b) Geldstrafe in Höhe von DM 1000.— für Nichtkassenarzt. Ein weiterer Fall betraf die Zusammenarbeit zwischen einem Kassenarzt und einem nicht zugelassenen Arzt, deren Praxisorte etwa 15 km voneinander entfernt liegen. Beide wirkten längere Zeit hindurch in der Weise zusammen, daß der nicht zugelassene Arzt in seinem Praxisort Kassenpatienten behandelte, während der Kassenarzt diese Behandlung dadurch ermöglichte, daß er die Rezepte, Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Berichte an den Vertrauensarzt u. a. mit seiner Unterschrift versah und die Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung vornahm. Diese Zusammenarbeit führte praktisch dahin, daß der nicht zugelassene Arzt laufend Kassenpatienten behandeln konnte. Der Kassenarzt hat durch die Unterzeichnung der Urkunden den Anschein erweckt, als ob deren Inhalt von ihm herrühre und die Befunde auf seinen Wahrnehmungen beruhen, während die betreffenden Bescheinigungen in Wirklichkeit von einem Nichtkassenarzt stammten. Derartige Verstöße setzen den Arzt der Gefahr einer Bestrafung nach § 278 des Strafgesetzbuches wegen Ausstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse aus. Durch die Abrechnung der von ihm nicht erbrachten Leistungen hat er von der kassenärztlichen Vereinigung Honorare erhalten, auf die er keinen Rechtsanspruch hatte. Hierin hat der Disziplinausschuß den Tatbestand eines Betruges erblickt. Beide Beschuldigte haben sowohl die Krankenkasse als auch die kassenärztliche Vereinigung getäuscht.

Gegen den Nichtkassenarzt wurde auf eine Geldstrafe in Höhe von DM 1000.— erkannt. Das Verschulden des Kassenarztes wurde für schwerwiegender angesehen und gegen ihn neben einer Geldstrafe in gleicher Höhe der Ausschluß aus der kassenärztlichen Tätigkeit für die Dauer von 3 Monaten verhängt.

4. Dauernder Ausschluß aus der gesamten Kassenpraxis. Weit aus der schwersten Verfehlung waren in dem Verhalten des praktischen Arztes und Geburtshelfers, Dr. med. Sch. in Sch. zu erblicken. Er war beschuldigt, daß er in zahlreichen Fällen bei Aufstellung seiner Abrechnungen für die kassenärztliche Vereinigung Württemberg Leistungen eingetragen und verrechnet hatte, die er nicht oder nicht in der angegebenen Weise ausgeführt hat, wobei er in der Absicht handelte, für sich ungerechtfertigt hohe Auszahlungen bei der Honorarverteilung zu erlangen. Auf Grund der Abrechnungsunterlagen konnte zunächst festgestellt werden, daß der beschuldigte Arzt vielfach Leistungen abgerech-

net hat, die, wenn sie in der von ihm angegebenen Weise bewirkt worden wären, seine gleichzeitige Anwesenheit an verschiedenen Orten vorausgesetzt hätten. Dies war vor allem bei den von ihm abgerechneten Nachtbesuchen und Geburten der Fall, für die in den Abrechnungen genaue Zeitangaben gemacht werden müssen. Ferner wurde nachgewiesen, daß der Beschuldigte viele seiner Leistungen (vor allem Geburten) doppelt — in einem Falle sogar dreifach — abgerechnet hat. Der beschuldigte Arzt war schon seit längerer Zeit dadurch aufgefallen, daß er an seinem Kassenarztsitz die meisten Geburten abgerechnet hatte und daß die Mehrzahl dieser Geburten (93%) angeblich pathologisch waren. Hinzu kam, daß der Beschuldigte mit einer ortsansässigen Hebamme in einer Weise zusammengearbeitet hatte, die nur als aufdringlich und standesunwürdig bezeichnet werden kann. Der Beschuldigte erschien vielfach gemeinsam mit der Hebamme in der Wohnung der Wöchnerin, ohne daß seine Anwesenheit und sein Beistand gewünscht worden waren, in einzelnen Fällen sogar, obwohl die Wöchnerin bereits nach einem anderen Arzt gerufen hatte. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hebamme war aber auch in anderer Hinsicht auffällig. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß der beschuldigte Arzt bei einer großen Anzahl von Geburten ärztliche Leistungen (große Sachleistungen) abgerechnet hatte, obwohl nach den Eintragungen im Hebammenbuch eine ärztliche Mitwirkung weder erforderlich war, noch überhaupt stattgefunden hatte. So gab der Beschuldigte in seinen Geburtenabrechnungen als Befunde immer wieder Regelwidrigkeiten, wie Steißlage, Mastitis, Dammriß, vorzeitiger Blasensprung u. a. an, obwohl nach den ausdrücklichen Vermerken im Hebammenbuch derartige Regelwidrigkeiten nicht vorlagen. In dieser Weise sind vom Beschuldigten bei fast jeder Geburt krankhafte Zustände angegeben und die entsprechenden Leistungen verrechnet worden, obwohl solche Zustände in den meisten Fällen sicher nicht oder nicht in dem angegebenen Ausmaß vorgelegen haben.

Der Disziplinausschuß war bei diesem Sachverhalt davon überzeugt, daß der Beschuldigte in allen Fällen vorsätzlich und in Bereicherungsabsicht gehandelt hat. Sein Verhalten erfüllte den Tatbestand eines fortgesetzten Betruges und mußte mit dem dauernden Ausschluß aus der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit geahndet werden.

Bericht

über die 12. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nordwürttemberg E. V. am 27. Januar 1953

1. Prof. Dr. Neuffer: Zu r Lage: Die freien Berufe werden in der bad.-württ. Verfassung erwähnt werden als förderungswürdig. — Die Entwürfe des Kammer- und Versorgungserstreckungsgesetzes sind dem Kabinett zugegangen. — Hauptthemen des Arztetages 1953: Fortbildung und Reform der Sozialversicherung, Termin: 19. und 20. September.

2. Vorberatung des Haushaltsplans 1953.

3. Festlegung des Termins (25. Februar) und der Tagesordnung der nächsten Delegiertenversammlung.

4. Dr. Dobler und Dr. Schwoerer werden gebeten, die Ärzteschaft Nordwürttembergs in den Selbstverwaltungsorganen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zu vertreten.

5. Dr. Schwoerer: Bericht über die Sitzung des Ehrentats am 10. Dezember 1952. Es wurden mehrere Fälle verhandelt (§ 218 StrGB.).

6. Dr. Schwoerer: Bericht über die Gründungsversammlung der Kraftfahrervereinigung Deutscher Ärzte, Landesgruppe Baden-Württemberg.

7. Eine Kommission der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat Richtlinien für die Bezahlung von Vertretern prakt. Ärzte und Fachärzte herausgegeben. Tagessätze: DM 15.— bis 18.— bzw. 20.— bis 24.—, zuzüglich freier Station. Die Richtlinien sollen im Südwestdeutschen Ärzteblatt bekanntgegeben werden.

8. Dr. Krahn berichtet über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitswesen in Frankfurt/Main am 26. November 1952 und über die Sitzung der

Bad.-Württ. sozialhygienischen Gesellschaft in Karlsruhe am 12. Dezember 1952.

9. Der Facharztanerkennungsausschuß hat eine vorläufige Liste jener Fachabteilungen ausgearbeitet, die zur Heranbildung von Fachärzten berechtigt sind. — Die Liste soll zur Stellungnahme und Ergänzung noch den Kreisärzteschaften zugestellt werden.

10. In Abweichung von den Vorschlägen des Facharztanerkennungsausschusses hält der Vorstand aus berufspolitischen Gründen für zweckmäßig, daß die Qualifikation zur Führung des Zusatzes „prakt. hom. Arzt“ wie bisher vom Zentralverein hom. Ärzte auf Grund eines Kolloquiums beurteilt und danach vom Facharztanerkennungsausschuß festgestellt wird.

11. Für die Erteilung des „Facharztes für Anästhesie“ soll die örtliche Ärztekammer zuständig sein. Die Ärztekammer Nordrhein, die auf diesem Gebiet über besondere Erfahrungen verfügt, soll jedoch jeweils um Stellungnahme gebeten werden.

12. Im Gegensatz zu einer Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern stellt der Vorstand fest, daß die Bezeichnungen „prakt. hom. Arzt“ und „Naturheilverfahren“ nur einzeln, nicht zusammen angewandt werden dürfen.

13. Dr. Krahn: Bericht über die Sitzung des Fortbildungsausschusses am 14. Januar 1953 und die für 1953 geplanten Fortbildungsveranstaltungen.

14. Dr. Krahn: Ehrenratsangelegenheiten.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 5. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 25. Februar 1953 in Stuttgart-Degerloch, Haus der Ärzte

1. Präsident Prof. Dr. Neuffer zur Lage: Im Sozialpolitischen Ausschuss des Bundestages fand eine Aussprache statt über den Entwurf des Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. — Im Landtag wurde heute das „Kammergesetz“ für Baden-Württemberg in Erster Lesung angenommen. — Unser badisch-württembergisches Ärzte-Versorgungsgesetz begegnet noch Widerständen; dies ist eigentlich kaum verständlich angesichts des wahrhaft sozialen Wunsches der Ärzteschaft, die ganze Last der Versorgung auf die eigenen Schultern zu nehmen.

2. Dr. Knospe: Finanz-Prüfungsbericht für 1951. — Entlastung des Rechnungsführers und der Geschäftsführung.

3. Als Rechnungsführer der Kammer berichtet Dr. Knospe über eine kürzlich von einem Wirtschaftsprüfer unvermutet vorgenommene Kassenrevision. Beanstandungen haben sich dabei nicht ergeben, Kasse und Belege wurden in Ordnung befunden.

4. Dr. Knospe begründet eingehend den Haushaltsplan 1953. Dr. Häussler beantragt im Namen des Kreises Eblingen, den ganzen Plan abzulehnen wegen der darin vorgesehenen Erhöhung der Mitgliedsbeiträge. Es entwickelt sich eine lebhafte Aussprache. Dr. Krahn gibt einen Überblick über die Aufgaben der Kammer: Eine Menge Kleinarbeit bleibt unbemerkt von der Öffentlichkeit, wie z. B. der umfangreiche Schriftverkehr zur Überwachung der Berufsordnung im Interesse der Gesamt-Kollegenschaft. — Die Umstellung von der Körperschaft öffentl. Rechts zum E. V. (Wahlen, neue Satzung, neue Geschäftsordnung, neue Ehrenratsordnung, neue Schlichtungsordnung usw.), später die Vorarbeiten zum Kammergesetz brachten eine starke Inanspruchnahme. — Die meisten

Ehrenangelegenheiten werden durch Aussprache und Bearbeitung in Ausschüssen und Vorstand bereinigt; was im Ehrenrat verhandelt wird, ist nur ein Bruchteil der Fälle. Die Tätigkeit der Kammer wirkt sich hier besonders segensreich aus. — Die Bücherei wird jetzt rege benutzt; sie wurde durch Betteln bei den Verlagen zusammengebracht. Das ist auf die Dauer ein unwürdiger Zustand. — Außerst zahlreich sind die zu prüfenden Anträge auf Facharztanerkennung. — Ein Verzeichnis der Anstalten, die zur Heranbildung von Fachärzten berechtigt sind, wurde aufgestellt — eine vorbildliche Leistung unserer Kammer. — Das Ärzteverzeichnis wurde ausgearbeitet und muß auf dem laufenden gehalten werden. — Approbationen, Facharztanerkennungen, Dr.-Diplome müssen überprüft werden; manche Unregelmäßigkeit, die sich 1945 und später eingeschlichen hatte, konnte und mußte in Ordnung gebracht werden.

Prof. Dr. Dennig weist auf den Aufschwung hin, den das Fortbildungswesen bei uns nimmt; dabei werden alle Leistungen auf diesem Gebiet dem Arzt kostenlos zur Verfügung gestellt.

Dr. Mayer erörtert die Tätigkeit der Pressestelle, die steigenden Einfluß auf die Meinungsbildung der Öffentlichkeit gewinnt. Die Arbeit wächst von Monat zu Monat, weil der Kontakt mit der Presse immer inniger wird.

Die Delegiertenversammlung gewinnt den Eindruck, daß die Arbeit der Kammer fruchtbar und wertvoll ist, und daß die hier investierten Gelder dazu dienen, die Stellung der Ärzteschaft zunehmend zu festigen und ihren Einfluß zu vermehren. Dasselbe gilt für die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und das Präsidium des Deutschen Ärztetages, die, wie Prof. Dr. Neuffer zu Beginn der Versammlung erwähnte, sich eine anerkannte und geachtete Stellung geschaffen haben und trotz aller Schwierigkeiten schon wieder zahlreiche internationale Beziehungen anbahnen konnten. Eine Intensivierung der Aufgaben der Kammer kann unter diesen Umständen nur erwünscht sein. Unter diesem zwingenden Eindruck entschließt sich die Versammlung, der Erhöhung der Beiträge zuzustimmen und den Haushaltsplan anzunehmen (66 gegen 2, bei 2 Enthaltungen).

5. Dr. Knospe berichtet über die Fürsorge. DM 127 000.— wurden 1952 an Unterstützungen verteilt; dazu kamen Winterbeihilfen (DM 30 000.—) und Weihnachtzulagen (DM 46 000.—). Der Beitragseinzug wird in der bisherigen Weise weitergenehmigt: DM 2000.— beitragsfrei, vom 3. Tausend 0,5%, vom 4. Tausend 0,75%, darüber 1,25%. — Für jedes 3. und weitere Kind werden DM 50.— erlassen.

6. Da mit einer Erstreckung des süd-württemberg. Kammergesetzes in absehbarer Zeit gerechnet werden kann und sodann Neuwahlen erforderlich werden, stimmt die Versammlung einem Antrag des Vorstandes zu, wonach die Wahlperiode von 2 auf 3 Jahre verlängert wird. Dadurch wird verhütet, daß zweimal kurz hintereinander gewählt werden muß.

7. Verschiedenes.

Dr. H.

Nervenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg

Bei der Mitgliederversammlung der Nervenärztlichen Vereinigung Nord-Württembergs am 21. 2. 1953 wurde folgender Vorstand gewählt:

Vorsitzender: Dr. Kraus, Stuttgart-Bad Cannstatt
Schriftführerin: Dr. Härtel, Stuttgart
Kassierer: Dr. Speer, Stuttgart.

Gleichzeitig wurde beschlossen, die Vereinigung dem Berufsverband Deutscher Neurologen und Psychiater anzugliedern.

Eupaco

E. MERCK • CHEMISCHE FABRIK • DARMSTADT

löst Spasmen,
wirkt analgetisch und sedativ

Tabletten — Ampullen — Suppositorien

Großes Verdienstkreuz für Prof. Dr. Dietrich

Der Bundespräsident hat auf Vorschlag der Landesregierung von Baden-Württemberg dem ord. Professor Dr. Albert Dietrich in Stuttgart das Große Verdienstkreuz verliehen. Prof. Dr. Dietrich ist der älteste unter den lebenden deutschen Pathologen.

50. Doktorjubiläum von Prof. Dr. Scholz, Stuttgart

Am 14. März 1953 begeht der Lungenfacharzt Prof. Dr. Harry Scholz sein 50. Doktorjubiläum.

Der 1879 in Bialystok geborene Jubilar promovierte nach seinem Studium in Leipzig, Berlin und Königsberg 1903 in Königsberg. Bis zu seiner Niederlassung dort im Jahr 1908 war er Assistent bei Geh. Rat Lichtheim an der Inn. Klinik der Universität Königsberg. Am Krieg 1914/1918 nahm er als Stabsarzt und Sanitätskompaniechef teil. 1919 erfolgte die Ernennung zum a. o. Professor, bis 1921 war er am Versorgungslazarett tätig. Von 1921 bis 1945 leitete Prof. Scholz die Tbc-Abteilung des Städt. Krankenhauses Königsberg, 1928 kam die Tätigkeit als Oberbahnarzt hinzu. Neben- und ehrenamtlich wirkte er beim Roten Kreuz, beim Oberversorgungsamte, bei den Versorgungsgerichten, bei den Heilfürsorgeausschüssen der LVA Königsberg und bei der Tbc-Heilfürsorge. Lange Jahre arbeitete er im Vorstand des Ärztevereins Königsberg und als Schriftführer im Verein für wissenschaftliche Heilkunde mit.

Die Kriegsgeschehnisse zwangen Prof. Scholz zur Flucht zunächst nach Danzig und nach kurzer Tätigkeit am dortigen Städt. Krankenhaus nach Oxboel (Dänemark), wo er von 1945 bis 1947 zivilinterniert war. Von dort kam er nach Hechingen, arbeitete ein Jahr am Heimkehrer-Krankenhaus und ließ sich dann 1948 in Stuttgart als Lungenfacharzt nieder, gleichzeitig war er als Gutachter bzw. Obergutachter tätig.

Unsere besten Wünsche für die Zukunft begleiten den Jubilar!

Dr. Wenzl Müller, Regglisweiler, zum goldenen Doktorjubiläum

Herr Dr. med. Wenzl Müller, Regglisweiler Krs. Ulm, kann am 16. März 1953 sein 50jähriges Doktorjubiläum feiern. Herr Dr. Müller ist am 26. Dezember 1876 in Reichenberg/Sudetenland geboren und promovierte im Jahre 1903 an der Karls-Universität in Prag. Von 1905 bis 1939 war er als Amtsarzt in Prag und Karlsbad tätig. Seine Pensionierung erfolgte 1939. Die Kriegsgeschehnisse zwangen Dr. Müller noch im hohen Alter, seine Heimat zu verlassen.

Wir entbieten dem Jubilar unsere herzlichsten Glückwünsche.

50jähriges Doktorjubiläum von Dr. Hermann Krebs, Stuttgart

In den letzten Tagen des Monats März 1953 begeht Dr. med. Hermann Krebs in Stuttgart die 50. Wiederkehr seiner Approbation und feiert das 50jährige Doktorjubiläum.

Er wurde im Juli 1878 in Kirchberg a. d. Jagst geboren, besuchte das humanistische Gymnasium in Schwäb. Hall und Stuttgart, wo er 1896 die Reifeprüfung ablegte und vor dem Studium den militärischen Dienst mit der Waffe ableistete.

Aus einer Arztfamilie stammend, studierte er von 1897 an Medizin in Erlangen und Tübingen, machte das Staatsexamen in Erlangen, wo er auch promovierte, und ging am 1. April 1903 zum Militär. Von 1908 bis 1911 Tätigkeit am Karl Olga-Krankenhaus in Stuttgart an der chirurgischen Abteilung unter Prof. Dr. v. Hofmeister.

Den 1. Weltkrieg machte er von Anfang bis zum Ende mit, zuerst als Chirurg und Stabsarzt in einer Sanitätskompanie der 27. I.D., von 1916 bis Kriegsschluß als Chefarzt eines Feldlazarets.

Am 1. Januar 1919 übernahm er die chirurg. Abteilung des ehemaligen Garnisonlazarets Stuttgart.

Am 1. 4. 1920 aus dem Heeresdienst entlassen, ließ er sich 1922 als prakt. Arzt in Stuttgart nieder.

Durch Fliegerangriff verlor er 1944 Haus und Praxis und versah, heimatlos geworden, für einige Jahre eine Landpraxis, bis ihm die Rückkehr nach Stuttgart wieder möglich war, wo er heute noch tätig ist.

Wir wünschen dem Jubilar alles Gute und Gesundheit für weiteres segensreiches Wirken!

Geburtstage

Am 23. März 1953

Dr. Martin Seidenspinner, Bad Mergentheim, 85 Jahre,

am 29. März 1953

Viktoria Schummer, Arzlin, Eblingen, 70 Jahre,

am 16. April 1953

Dr. Heinrich Schmidt, Stuttgart, 70 Jahre.

am 17. April 1953

Dr. Adolf Hart, Ulm, 80 Jahre,

am 19. April 1953

Dr. Heinrich Mantel, Stuttgart, 80 Jahre,

Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Arzt Kloos, Sigmund, Dischingen
geb. 3. 10. 1903, gest. 9. 2. 1953
Dr. Kurz, Ferdinand, Eblingen a. N.
geb. 18. 10. 1880, gest. 3. 2. 1953
Dr. Robertson, David, Olnhäusen/J.
geb. 21. 2. 1873, gest. 31. 12. 1952
Dr. Stärr, Karl, Stuttgart-Stammheim
geb. 9. 5. 1892, gest. 9. 2. 1953

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

Württembergische Ärzte, vergeßt die Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse nicht!

Anschrift: STUTTGART O, REITZENSTEINSTRASSE 38

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

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 rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem einen kurzen Lebenslauf, 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 DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45, Abs. 3 und 4).

Es wird folgende Stelle ausgeschrieben:

Riedlingen / Kr. Saulgau prakt. Arzt.

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitz sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. April 1953 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte
des Landes Württemberg-Hohenzollern

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 428 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

Bericht über die Delegiertensitzung der Ärztekammer Nordbaden am 21. Februar 1953 in Karlsruhe

Beginn 14 Uhr - Ende 19 Uhr

Nach einem Rückblick über die Entwicklung der Ärztekammer Nordbaden seit 1945 gibt Herr Dr. Geiger bekannt, daß nach Mitteilung des Innenministeriums Stuttgart die Ärztekammer Nordbaden e. V. mit der Führung der Geschäfte der Ärztekammer Nordbaden, Körperschaft des öffentlichen Rechts beauftragt ist.

Herr Dr. Geiger berichtet weiter über die Frage des Landesärztekammergesetzes und des Versorgungsgesetzes. Das Ärztekammergesetz ist vom Kabinett verabschiedet und soll der verfassunggebenden Landesversammlung zugeleitet werden, dagegen ist das Versorgungsgesetz auf Grund eines Einspruchs des Wirtschaftsministeriums vorläufig zurückgestellt worden.

In einem einstündigen Referat berichtet Herr Dr. Bihl, Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, über die allgemeine und gesetzliche Grundlage des Versorgungsgesetzes für Württemberg-Hohenzollern sowie über die bisherigen praktischen Erfahrungen; es schließt sich eine eingehende Diskussion an.

Die Kommissionen der Ärztekammer Nordbaden e. V. werden nun als Kommissionen der Ärztekammer Nordbaden, Körperschaft des öffentlichen Rechts bestätigt.

Der Umlage-Ausschuß, dem nachfolgend angeführte Herren angehören, wird neu gebildet:

Dr. Preller, Pforzheim
Dr. Nettel, Mannheim
Dr. Schwank, Karlsruhe
Dr. Holldack, Heidelberg

Vertreter: Dr. Maag, Hardheim
Dr. Reich, Tauberbischofsheim
Dr. Wysocki, Heidelberg
Dr. Barniske, Mannheim.

Nun bestätigt die Delegiertenversammlung die vorgeschlagenen Mitglieder für die 1. Instanz des Facharzt-Ausschusses der Ärztekammer Nordbaden. Die Namensliste wird am Ende dieses Berichts veröffentlicht. Bezüglich der Facharztordnung soll nach den bisherigen Beschlüssen der Ärztekammer e. V. verfahren werden.

Die vom erweiterten Vorstand der Ärztekammer Nordbaden aufgestellte Liste der Krankenanstalten, die für Fachausbildung in Frage kommen, wird vorgelegt und besprochen; ein endgültiger Beschluß wird nicht gefaßt, da noch einzelne Ärzteschaften zu den Vorschlägen Stellung nehmen wollen.

Die Frage der Altrentner-Versorgung wird besprochen und der Beschluß gefaßt, die laufenden Renten ab sofort zu zahlen; bei einem etwaigen Fehlbetrag im Jahr 1953 soll die Differenz aus dem Notopfer vorgelegt werden. Einzelfragen werden dem Fürsorge- und Versorgungsausschuß bzw. dem Umlage-Ausschuß zugewiesen.

Die Tagesordnung kann nicht zu Ende geführt werden. Die nächste Sitzung wird auf den 18. März 1953 festgesetzt.

Vor der Delegiertensitzung hat am gleichen Tag von 10 Uhr bis 13 Uhr c. t. eine Sitzung des erweiterten Vorstandes stattgefunden. In dieser Sitzung wurden neben anderen Angelegenheiten besondere Punkte der Tagesordnung der Delegiertensitzung vorbesprochen.

Facharzt-Ausschuß der Ärztekammer Nordbaden, Sitz Heidelberg

1. Instanz

Vorsitzender: Dr. K. Wysocki, Heidelberg
Vertreter der Med. Fakultät Vertreter d. niedergel. Ärzte:
Heidelberg:

Augenkrankheiten:
Dr. Müller, Univ.-Augenklinik
Vertreter: Dr. Pfisterer, Heidelberg
Dr. Jaeger, Univ.-Augenklinik

Inspiritol

c. Antibioticum Tyrothricin
(Tyrosolvin-Byk)

Die modernen bakteriostat. Heilmittel bei allen Erkrankungen von Mund, Hals, Nase, Luftwegen

LYSSIA-WERKE WIESBADEN

Vertreter der Med. Fakultät Heidelberg:	Vertreter d. niedergel. Ärzte:	Vertreter der Med. Fakultät Heidelberg:	Vertreter d. niedergel. Ärzte:
Chirurgie: Prof. K. H. Bauer, Chirurg. Univ.- Klinik Vertreter: Dr. Schwaiger, Chirurg. Univ.- Klinik	Dr. Wisniowski, Heidelberg	Ohrenkrankheiten: Dr. Schwab, Ha-Na-Ohrenklinik der Universität Vertreter: Dr. Carl Cordes, Ha-Na-Ohren- klinik der Universität	Dr. Bucher, Heidelberg
Frauenkrankheiten und Geburtshilfe: Prof. Wimböfer, Univ.-Frauen- klinik	Dr. Spannagel, Heidelberg	Orthopädie: Dr. Hopf, Orth. Klinik der Uni- versität	Prof. Dittmar, Heidelberg
Haut- und Geschlechts- krankheiten: Dr. Zierz, Univ.-Hautklinik Vertreter: Dr. Greither, Univ.-Hautklinik	Dr. Wysocki, Heidelberg	Röntgenologie u. Strah- lenheilkunde: Dr. Werner, Czerny-Krankenhaus Vertreter: Dr. A. Beck, Czerny-Krankenhaus	Dr. L. Kohler, Heidelberg
Innere Medizin: Dr. Hollmack, Med. Poliklinik Vertreter: Prof. Wedler, Ludolf-Krehl-Klinik	Dr. Thorspecken, Heidelberg	Urologie: Prof. K. H. Bauer, Chirurg. Univ.- Klinik	Dr. Kühner, Heidelberg
Kinderkrankheiten: Prof. Bamberger, Univ.-Kinder- klinik	Dr. Sandels, Heidelberg	Zahn- Mund- Kiefer- krankheiten: Dr. Köhler, Univ.-Kieferklinik Vertreter: Dr. Kirsch, Univ.-Kieferklinik	Dr. Mühe, Heidelberg
Lungenkrankheiten: Dr. Gaubatz, Tbc-Krankenhaus Rohrbach	Dr. Wolff, Heidelberg		
Nerven- und Geistes- krankheiten: Prof. Bay, Nervenabtlg. d. Ludolf- Krehl-Klinik Prof. Rauch, Psychiatr. Klinik d. Universität Vertreter: Dr. K. Beck, Nervenabtlg. der Ludolf-Krehl-Klinik Dr. H. H. Meyer, Psychiatr. Kli- nik der Universität	Dr. Richardt, Heidelberg		

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Aus gegebener Veranlassung weisen wir darauf hin, daß Hausgehilfinnen, die in irgendeiner Weise für die Praxis tätig sind, bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege versichert sein müssen; für diese Hausgehilfinnen entfällt dann der Beitrag für den Gemeinde-Unfallversicherungs-Verband Karlsruhe.

Wir empfehlen, bei etwa erfolgter Veranlagung mitzutellen, daß die Hausgehilfin bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 36, Holstenwall 8, versichert ist.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

- Schweighausen, Kreis Lahr
für einen praktischen Arzt
- Königsfeld/Schwarzwald
für einen praktischen Arzt
- St. Georgen/Schwarzwald
für einen praktischen Arzt.

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens bis zum 10. April 1953) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

Außer der für den Eintrag ins Arztregister erforderlichen Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit, des polizeilichen Führungszeugnisses und des Entnazifizierungsbescheides sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kasssenpraxis zugelassen war, aus der sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

Bei Bewerbungen um mehrere Arztsitze ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich; die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer Baden
Kassenärztliche Vereinigung

Verdiente Ehrung

Dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden, Herrn Dr. med. Hans Kraske, Chefarzt des Städtischen Krankenhauses in Emmendingen, wurde am 10. Februar 1953 durch die Landesregierung Baden-Württemberg der Titel Professor verliehen.

Ehrungen für Herrn Prof. Dr. Rudolf Schilling, Freiburg

Die im Mai 1952 wieder gegründete Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde hat Herrn Prof. Dr. Rudolf Schilling, Freiburg i. Br., zum Ehrenmitglied ernannt.

Der Vorstand der ASSOCIATION FRANCAISE POUR L'ETUDE DE LA PHONATION ET DU LANGAGE, PARIS, hat Herrn Prof. Dr. Rudolf Schilling vor kurzem zum Ehrenmitglied des COMITE DIRECTEUR gewählt.

60jähriges Doktor-Jubiläum

Am 6. März 1953 begeht der verdiente Psychiater Adolf Gross, der seit seiner Zuruhesetzung in Freiburg i. Br. (Oberriederstr. 25) lebt, das seltene Fest des 60jährigen Doktor-Jubiläums.

A. Gross, der am 29. September 1868 in Bruchsal geboren wurde, schloß das Studium der Medizin im Februar 1892 mit dem glänzend bestandenen Staatsexamen ab und promovierte am 6. März 1893 in Heidelberg. Seine Neigungen waren schon früh scharf umrissen und diese Neigungen gehörten der damals noch ein Neuland darstellenden Psychiatrie. Zwischen 1894 und 1898 erwarb sich Gross als Assistenzarzt der Psychiatrischen Klinik Heidelberg unter Kraepelin eine überaus gediegene Fachausbildung, um dann als Oberarzt der damals hochberühmten preußisch-sächsischen Heilanstalt Alt-Scherbitz unter Geheimrat Paetz seine eigentliche Bestimmung zu entdecken — die Bestimmung zum praktischen Psychiater im allerbesten Wortsinne. Seine hervorragende Tüchtigkeit setzte sich rasch durch. 1906 wurde er zum künftigen Direktor der neuerrichtenden oberelsässischen Heilanstalt Rufach ernannt. Er hatte das seltene, heutzutage legendär erscheinende Glück, das bauliche Werden und die innere Organisation dieser modernsten psychiatrischen Krankenanstalt des ehemaligen Reichslandes von allem Anfang an maßgeblich beeinflussen zu können, und er hatte die Freude, den Aufschwung der fertigen Anstalt bis in den ersten Weltkrieg hinein verantwortlich steuern zu dürfen. Der Ausgang des Krieges, an dem Gross von 1915—1918 als Oberstabsarzt der Landwehr und Führer einer Sanitätskompanie aktiv teilnahm, vertrieb ihn aus Rufach und zwang ihn in mancher Hinsicht zu einem Neubeginn. Zwischen 1920 und 1923 wurde er als stellvertretender Direktor der badischen Heilanstalten Emmendingen und Reichenau verwendet. 1923 folgte er dem gleich ihm aus der Paetz-schen Schule stammenden Geheimrat Haardt nach dessen Pensionierung in das Amt des Direktors der Heilanstalt Emmendingen nach. Als dritter Emmendinger Direktor bemühte sich Gross außerordentlich aktiv um die Anpassung des ihm anvertrauten Großkrankenhauses an die Fortschritte

der psychiatrischen Krankenpflege. Die Anstalt Emmendingen verdankt seinem Direktorat eine Fülle baulicher und innerbetrieblicher Verbesserungen. Das fachliche Können von Gross eroberte sehr bald ein derart hohes Ansehen, daß ihm die damalige badische Regierung nach dem altersbedingten Ausscheiden des ersten Direktors der Heilanstalt Wiesloch (Geheimrat Fischer) dessen Nachfolge und damit die Leitung der größten badischen Landesheilanstalt anbot. Gross glaubte sich dieser neuen und wohl auch lockenden Aufgabe nicht entziehen zu sollen und wechselte 1927 von Emmendingen nach Wiesloch. Dort widmete er sich die letzten sechs Jahre seines beruflichen Wirkens auf eine äußerst fruchtbare Weise der Fortentwicklung der klinischen Geisteskrankenbehandlung und -pflege. Im Jahre 1933 trat er, von der damaligen Staatsführung aus unsachlichen Gründen gedrängt, zwar in etwa termingerecht, nach Meinung seiner Mitarbeiter aber stark verfrüht, in den Ruhestand.

Adolf Gross gehört einer Psychiater-Generation an, die uns Jüngere (und auch schon beinahe wieder Alte) ihrer Lebensleistung und ihrem Persönlichkeitsformat nach klassisch anmutet. Gewiß war Adolf Gross kein Wissenschaftler im engeren Sinne (obzwar wir ihm zahlreiche Veröffentlichungen auf klinisch-psychiatrischem, praktisch-psychiatrischem, forensisch-psychiatrischem und experimentell-psychologischem Gebiet verdanken). Er war Organisator aus Berufung und Leidenschaft, Planer im Rahmen psychiatrischer Großkrankenanstalten, Pfadfinder und Wegweiser. Daneben war er ein sehr kluger, feinfühler Seelenarzt, der von seinen Kranken behutsam geliebt wurde. Die Vereinigung von alledem scheint uns ein sehr Bedeutendes zu sein.

Am 6. März 1953 nun feiert Adolf Gross sein 60jähriges Doktor-Jubiläum. Wir verneigen uns respektvoll vor dem 84jährigen und wünschen ihm einen friedvollen Lebensausklang.

Overhamm (Emmendingen)

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Mitteilungen an Presse und Rundfunk

Arzteschaft begrüßt die Errichtung einer Landesärztekammer

Die Ärzteschaft von Baden-Württemberg bejaht den Gesetzentwurf, der die Errichtung einer Landesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts vorsieht, in allen seinen Einzelheiten. Er entspricht den seit langem von der Ärzteschaft auf Grund der gegebenen Notwendigkeiten erhobenen Forderungen.

Aus besonderer Veranlassung wird darauf hingewiesen, daß sich der Verband der angestellten Ärzte, in dem über 90% aller im Angestelltenverhältnis tätigen Ärzte organisiert sind, ebenfalls für die Errichtung einer Landesärztekammer in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form nachdrücklich ausspricht.

27. 2. 1953.

Warnung vor angeblichem Krebsheilmittel

In der illustrierten Zeitschrift „Revue“ erschien ein Sensationsbericht über das angebliche Krebsheilmittel „Carcin“, der geeignet ist, ein völlig falsches Bild vom Wert dieses Mittels zu vermitteln. Es wird davor gewarnt, sich auf irgendeine heilende Wirkung dieses Mittels bei Krebs zu verlassen. Sämtliche der medizinischen Forschung und Praxis bekannten Fälle, wo bei Kranken, die nachgewiesenermaßen an Krebs erkrankt waren, Carcin angewandt wurde, ergaben die völlige Untauglichkeit dieses Mittels.

Anläßlich einer Ärztagung am 11. Februar 1953 in Stuttgart nahmen der Vorsitzende des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung, Prof. Dr. Dietrich, Stuttgart, und Prof. Dr. med. Dr. phil. F. Lönne, Düsseldorf, Stellung zu den irreführenden Sensationsberichten

OKIZYM

magenwirksam
O. P. mit 40 Tabletten DM 2.80

OKIPAN

magen-darmwirksam
O. P. mit 40 Tabletten DM 2.80

PANCRAZYM N

darmwirksam
O. P. mit 40 Tabletten DM 2.45

ROHM & HAAS GMBH · DARMSTADT



zur Enzymtherapie bei Verdauungsstörungen

mit hochaktiven Enzymkonzentraten — Proteasen, Amylasen, Lipasen — Überlegene Wirksamkeit, erfolgssichere und wirtschaftliche Therapie.



der Zeitschrift „Revue“. Prof. Dr. Lönne konnte umfassendes Material über die Ergebnisse einer Umfrage bezüglich der Krebsbehandlung mit Carcin vorlegen. Bereits 1930 hatte er selbst sowohl wie 112 Ärzte Erfahrungen mit Carcin bei Krebsbehandlung gesammelt. Das Ergebnis war so, daß sämtliche männlichen und weiblichen Kranken, bei denen die Diagnose Krebs eindeutig feststand und die ausschließlich mit Carcin behandelt wurden, von dem Mittel völlig unbeeinflusst blieben. Irgendeine Heilwirkung war nicht zu erkennen. Prof. Dr. Lönne wies auf die Wichtigkeit der seelischen Behandlung Krebskranker hin, bei denen der Glaube an die Heilbarkeit ihres Leidens ein ungeheuer wichtiger Faktor ist, der den Gesamtzustand subjektiv erheblich verbessern kann. Diese Mobilisierung aller seelischen Kräfte mag bei Anwendung von angeblichen Wundermitteln eine Heilwirkung auf die eigentliche Erkrankung vortäuschen. Ein Mittel oder ein Verfahren darf jedoch nur als wirksam bei der Krebsbehandlung gelten, wenn es sich 1. bei der Krankheit mit absoluter Sicherheit um eine Krebserkrankung handelt, was histologisch oder röntgenologisch bestätigt sein muß, und wenn 2. Heilungen tatsächlich erfolgt sind; diese Heilungen setzen aber voraus, daß bei mehrjähriger Nachbeobachtung der Kranken keinerlei Anzeichen von Krebs wieder auftreten. Das angebliche Wundermittel „Carcin“ erfüllt diese Bedingungen nicht. Die in der Bilderreihe der Zeitschrift „Revue“ dargestellten angeblich an Krebs erkrankten und durch Carcin geheilten Patienten konnten in 6 Fällen als kranke Kinder identifiziert werden, die nicht an Krebs, sondern an Knochentuberkulose litten und durch Heliotherapie geheilt wurden. Die Bilder dieser Kinder sind offenbar Arbeiten des bekannten Schweizer Professors Dr. R o l l i e r entnommen. Auf diese Tatsache hat Dr. med. W. S c h l e i s s i n g in einem Artikel der „Ärztlichen Praxis“ unter der Überschrift „Männer, die die Verantwortung besiegen“ hingewiesen. Dr. Schleissing erklärte, daß hier eine gröbliche Irreführung der Öffentlichkeit und auch ein Verstoß gegen die der Presse durch das Gesetz auferlegte Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Berichterstattung vorliege. Es ist bedauerlich und verwerflich, daß Gesunde und Kranke, lediglich um der Sensation willen, auf ein angebliches Heilmittel, bei einer so ernsten Erkrankung, wie sie der Krebs darstellt, hingewiesen werden, über das die Akten mit dem Vermerk „untauglich zur Krebsbehandlung“ längst geschlossen sind. Eine Warnung vor dem Carcin des Dr. Pawlotzky erschien bereits im Jahre 1927 in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ und, wie uns die Schweizer Ärzteschaft mitteilte, auch damals in der „Neuen Zürcher Zeitung“. Es ist absurd zu glauben, daß ein Mittel, das schon so lange propagiert wird, nicht längst in den Arzneischatz der Ärzteschaft der ganzen Welt aufgenommen worden wäre, wenn es irgendeine entsprechende Wirkung zeigen würde. Diese Feststellung gilt nicht nur für Carcin, sondern sie gilt auch für alle anderen angeblichen Wundermittel und Heilverfahren, die gegenwärtig gerade bezüglich der Krebsbehandlung in unverantwortlicher Weise in der Öffentlichkeit propagiert werden. Abschließend muß noch festgestellt werden, daß die gegen den verstorbenen Schweizer Professor Dr. B ü r g i erhobenen Anschuldigungen, er habe die Wirksamkeit des Carcins unterschlagen, von seinen Söhnen in einer Erklärung im „Berner Tageblatt“ vom 21. Januar 1953 zurückgewiesen und als gemeine Verleumdung ihres verstorbenen Vaters bezeichnet wurden. Die Angaben über die Heilung von 1000 Krebskranken mit dem Präparat Carcin seien frei erfunden. Dieses sogenannte Heilmittel sei nur in ganz vereinzelten Fällen geprüft worden und habe dann auch restlos versagt. Die unglaublichen Anschuldigungen gegen den verstorbenen Forscher von Ruf und Ansehen, Prof. Bürgi, wurde von der deutschen Ärzteschaft mit größtem Befremden aufgenommen. Es muß erwartet werden, daß die Zeitschrift „Revue“ ihre unwarhen Behauptungen richtigstellt.

13. 2. 1953.

Abseits

Begehrte Krankenscheine

Die Krankenscheine sind mein ganzes Glück,
Ich ordne sie mit wahrer Sammlerwut,
Ich zähle sie voll Inbrunst Stück für Stück,
Und jede Hundertschaft tut meinem Herzen gut.
Ich möchte sie am liebsten doppelt zählen,
Das Häuflein recht geschwollen machen;
Mich schmerzen alle Scheine, die mir fehlen.
Ein neuer Schein bringt mich zum Lachen.
Sie geh'n mir selbst im Traume nach,
Ich suche tastend in den Falten
Nach Scheinen, die man mir versprach,
Die die Patienten schlicht zurückbehalten.
Wie schön zum Vierteljahresende
Ist doch das Scheinchenspiel!!
Die Scheine gleiten durch die Hände;
Wer viele hat, verdient auch viel.
Einordnen — bündeln — zählen,
Die Endzahl erst bringt Hochgenuß;
Man muß sich viele Tage quälen,
Das Ubel daran ist: man muß!

Kassenarzt Knoppke

Neue Arzneimittel

VENOSTASIN-SALBE

Vitamin B₁-haltiger Roßkastanienextrakt in gut resorbierbarer indifferenten Salbengrundlage zur örtlich perkutanen Anwendung bei Muskel- und Gelenkrheumatismus, Pernionen, Akrocyanosis, Erythrocyanosis crurum puellarum, Erythralgie, oberflächlicher Thrombophlebitis, Ulcus cruris, hämorrhagischer Diathese. Tube mit 20 g DM 1.45, Tube mit 50 g DM 2.50.
D o s . : Erkrankte Stellen 2—3mal täglich mit VENOSTASIN-Salbe leicht einreiben. Siehe auch Gebrauchsanweisung.

Hersteller: Klinge, München 9.

Die Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung der Migräne bietet in weitgehendem Maße das Präparat

ERGOSANOL

welches in der Hauptsache auf einer Ergotamin-Coffein-Basis aufgebaut ist. Diese Verbindung ist imstande, die dilatatorische, schmerzhafteste Phase der Migräne durch Gefäßregularisierung zu beseitigen. Die übrigen wirksamen Stoffe wie Aneurin, Fel Tauri und Aminophenazon wirken durch Dehydratation und Spasmolyse auf die Begleitphasen des Anfalls ein.

In klinischen Versuchsreihen hat sich auch eine gute prophylaktische Wirksamkeit des Präparates herausgestellt mit dem Erfolg der Herabsetzung der Anfallsbereitschaft und der Verlängerung der freien Intervalle.

Für die Prophylaxe und den Migräneanfall ohne gastrale Störungen ist die D r a g e e f o r m voll ausreichend. Bei ausgeprägten Magenbegleiterscheinungen hat sich die S u p p o s i t o r i e n f o r m des Präparates bestens bewährt.

Hersteller: Dr. Schwarz KG, Monheim b. Düsseldorf.



BAD KISSINGEN

MAGEN · DARM · LEBER · GALLE · STOFFWECHSEL · HERZ · RHUMA

BRUNNENSCHRIFT:
BÄDERVERWALTUNG
PROSPEKT:
KURVEREIN

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Eoke, Verlag, Stuttgart-W. Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W. Rotebühlstr. 75-77. — Ausgabe März 1953. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.