

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1953

12 (1.12.1953)

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 12

STUTT GART, DEZEMBER 1953

8. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Zur Frage der Versorgung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten	251
Stellungnahme des Ärztekammer-Ausschusses Baden-Württemberg zum Versorgungsgesetz	252
Zur Frage: Kapitalversicherung oder Tübinger System? von Dr. Schertlin	254
Naturheilverfahren und Homöopathie bei Herz- und Kreislauferkrankungen, von Prof. Dr. Dr. K. Saller	255
Arzt und Heilpraktiker	261
Information zur Vermeidung von Unfällen bei Undichtheiten des Gasrohrnetzes	263
Eingesandt — Aus der Kritik heraus erwächst der Fortschritt	263
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	265
Kurznachrichten	267
Buchbesprechungen	267
Bekanntmachungen	268
Landesbezirk Nord-Württemberg	271
Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern	272
Landesbezirk Nord-Baden	273
Landesbezirk Süd-Baden	274
Abseits	274

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

fand am Montag, den 23. November 1953, im Plenarsaal des Landtags Baden-Württemberg eine Unterrichtung des sozialpolitischen und des Rechtsausschusses durch die an der Versorgung im positiven oder negativen Sinne interessierten Kreise statt.

Das Referat von Prof. Dr. Neuffer bringen wir anschließend. Man hatte durchaus den Eindruck, daß der Wunsch nach einer berufsständischen Versorgung von den Abgeordneten im großen und ganzen verstanden und gebilligt wurde. Dr. Bihl berichtete über die bisher in 2 Jahren gemachten Erfahrungen mit dem „Tübinger System“ und gab auf die Fragen, die teilweise fast den Charakter eines Kreuzverhörs hatten, erschöpfend und schlagfertig Auskunft.

Für die Ärztekammer Baden legte in bewegten und zu Herzen gehenden Worten Dr. van de Loo ganz besonders die sozialen Notwendigkeiten einer Versorgung ähnlich dem „Tübinger System“ dar. Auch der Vorsitzende des Landesverbandes des Marburger Bundes war für eine gesetzliche Regelung der Versorgung.

Die Vertreter der anderen Heilberufe begründeten ebenfalls eingehend ihren dringenden Wunsch nach einer Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung. Als ärztliche Gegner sprachen Dr. Grieger und Dr. Maivald; letzterer als Vertreter der niedergelassenen Nichtkassenärzte Baden-Württembergs (nach seiner Angabe sind das ungefähr 1000). Beide Herren lehnen eine Zwangsversorgung ab und halten eine Hilfskasse, bei der 1½ % des Bruttoeinkommens als Abzug genügen würden, für ausreichend. Dies steht allerdings im Gegensatz zu der Entschließung des Bundesverbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte auf dem Ärzttag in Lindau, die die Notwendigkeit einer Versorgung bejahte.

Am Nachmittag sprach der Vertreter des Bundesaufsichtsamts, der auf die Möglichkeit der technischen Durchschnittsprämie hinwies und seiner Besorgnis Ausdruck gab, daß der Staat durch das geplante Versorgungswerk finanziell belastet werden könnte. Der Sprecher der privaten Versicherungsgesellschaften machte

verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Gesetz geltend.

Als Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) gab dann Dr. Häussler folgende Erklärung ab:

Der Gesamtvorstand des Landesverbandes Baden-Württemberg des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), in dem sämtliche Landesteile paritätisch vertreten sind, hat in seiner Sitzung vom 22. November 1953 in Stuttgart zum Entwurf eines Gesetzes über die Versorgungsanstalt der Heilberufe wie folgt Stellung genommen:

1. Der Verband bejaht den Gedanken einer kollegialen Fürsorge für sämtliche in Not befindlichen Ärzte und ihre Hinterbliebenen, wie er in den jetzt gesetzlich fundierten Wohlfahrtseinrichtungen der Ärztekammer seinen Ausdruck findet. Er schlägt deshalb vor, daß durch diese Einrichtung die tatsächliche Not gelindert wird. Der Verband weist dabei darauf hin, daß dadurch auch bisher schon die Ärzteschaft freiwillig eine Notlage gebessert hat, welche nicht durch ihre Schuld entstanden ist und für welche der Staat bisher wie auch bei allen anderen freien Berufen nicht ausreichend helfend eingetreten ist.
2. Die einzige Lösung für die Behebung der Notlage der berufsunfähigen und alten Ärzte und ihrer Hinterbliebenen kann aber der Verband in diesen Wohlfahrtseinrichtungen derzeit nicht erkennen. Er hält dafür eine zusätzliche gesetzliche Regelung für notwendig.
3. Der Verband sieht in dem Entwurf eines Gesetzes über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten (Beilage 576 vom 25. März 1953 Verfassunggebende Landesversammlung) eine

Grundlage für eine gesetzliche Regelung unter folgenden Voraussetzungen:

- a) Die Ärzteversorgung darf nur eine Mindestversorgung sein. Die Belastung durch die Pflichtbeiträge muß so begrenzt werden, daß die Eigeninitiative nicht unterdrückt wird.
- b) Aus dem Gesetz soll die Bestimmung des § 7, Abs. 2, Ziff. 3 entfernt werden (Erlöschen der Teilnahme an der Versicherungseinrichtung bei Verlust der Wählbarkeit und des Wahlrecht zur Kammer durch ein berufsgewerkschaftliches Verfahren).
- c) In das Gesetz sollen Bestimmungen aufgenommen werden, welche die Grundrechte der Freizügigkeit und des Berufswechsels ohne Verlust gegenüber der Versorgungseinrichtung gewährleisten.
- d) In dem Gesetz sollen Übergangsbestimmungen für diejenigen Ärzte getroffen werden, die schon ausreichend versichert sind oder in anderer Weise eine ausreichende Vorsorge für Invalidität und Alter getroffen haben.
- e) Vor der Erstreckung dieses Gesetzes sollte die Ärzteschaft in einer Urabstimmung dazu Stellung genommen und zugestimmt haben. Dabei soll das Alter der Abstimmenden erkennbar sein.

4. Der Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbundes ist bereit, zusammen mit den anderen großen ärztlichen Organisationen als Grundlage dieser Urabstimmung einen Entwurf auszuarbeiten, die die aufzubringenden Beiträge und die zu erwartenden Leistungen ebenso erkennen läßt wie die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen.

Stellungnahme des Ärztekammer-Ausschusses Baden-Württ. zum Versorgungsgesetz

(gegeben vor dem sozialpolitischen Ausschuß und Rechtsausschuß des bad.-württ. Landtags am 21. November 1953)

Von Prof. Dr. Neuffer

Sehr verehrte Abgeordnete,
meine Damen und Herren!

Im Namen des Ärztekammerausschusses Baden-Württemberg, der aus den gewählten Vertretern der Ärztekammern Nordbaden, Baden, Südwürttemberg und Nordwürttemberg besteht, und den ich als Vorsitzender vor Ihnen zu vertreten die Ehre habe, danke ich Ihnen für die Gelegenheit, vor dem Ausschuß für Sozialpolitik und vor dem Rechtsausschuß des bad.-württ. Landtags zu der Frage der Erstreckung des Gesetzes der Versorgungsanstalt von Württemberg-Hohenzollern auf die übrigen Landesteile in kurzem Stellung zu nehmen:

Der Kammerausschuß hat schon in einer Eingabe vom 22. Oktober 1952 an das Innenministerium des Landes Baden-Württemberg um die Erstreckung dieses Gesetzes

gebeten. Die vorläufige Regierung des Landes Baden-Württemberg hat der damaligen Verfassunggebenden Landesversammlung den Gesetzentwurf befürwortend vorgelegt.

Über diesen Gesetzentwurf ist in den letzten Monaten sowohl mündlich als auch schriftlich eine sehr lebhafte Debatte entbrannt. Zu dieser Schicksalsfrage der Ärzteschaft haben sich nicht nur die Ärzte selbst in der verschiedensten Weise geäußert, sondern es haben auch das Bundeswirtschaftsministerium, die Lebensversicherungsgesellschaften und jetzt auch noch vor kurzem der Arbeitskreis der freien Berufe, der nicht mit der Arbeitsgemeinschaft der freien Berufe verwechselt werden darf, lebhaftes Interesse bekundet. Verrat an dem freien Beruf, Diktatur der Funktionäre, Dilletantismus von

Kurpfuschern und ähnliche Schlagworte sind, wenn auch nicht wörtlich, so doch dem Sinn nach gefallen. Ich selbst werde grundsätzlich keine Schlagworte gebrauchen, sondern nur sachlich feststellen, daß der Gedanke einer Ärzteversorgung nicht neu ist.

Schon seit 100 Jahren hat die Ärzteschaft gegenüber den in Not geratenen Kollegen Fürsorgemaßnahmen eingeleitet. Nach den einschneidenden Vermögensveränderungen infolge des 1. Weltkrieges ist der Gedanke einer Altersversorgung nicht zur Ruhe gekommen. Im Jahre 1921 ist hier in Württemberg die Friedrich-Langbein-Kasse und im Jahre 1923 in Bayern die Bayerische Ärzteversorgung gegründet worden. Durch das württembergische Kammergesetz vom Jahre 1925 ist die Versorgungskasse übernommen und die Teilnahme für alle Ärzte zur Pflicht gemacht worden. Auch die Bayerische Ärzteversorgung hatte von Anfang an die gesetzliche Beitrittsverpflichtung. Der Stuttgarter Ärztetag im Jahre 1948 bestellte eine Kommission zur Bearbeitung der Versorgungsfrage und der Ärztetag in Hannover im Jahre 1949 bestätigte die Arbeit dieser Versorgungskommission und faßte den Beschluß, baldigst bei der Deutschen Bundesregierung die Ausarbeitung eines Versorgungsgesetzes zu beantragen, das alle berufstätigen Ärzte und deren Hinterbliebene vor wirtschaftlicher Not bei Invalidität und im Todesfall schützt, und falls ein Bundesgesetz nicht erreichbar sei, die Länderregierungen zu bitten, ihrerseits ein Ärzteversorgungsgesetz zu schaffen.

Daß eine Pflichtversorgung nicht mit der Freiheit des ärztlichen Berufes kollidiert, geht aus dem Bericht des Vorsitzenden des Französischen Ärztesyndikats, Dr. CIBRIE, hervor, den er im Bulletin des Weltärztebundes am 5. April 1953 veröffentlicht hat. Er schreibt wörtlich:

„Eine weitere wichtige Frage, mit der sich unsere Ärzte in besonderem Maße befassen, ist die Angelegenheit der Altersversorgung. Sie ist durch uns allein eingerichtet worden, und zwar im Rahmen eines Gesetzes, das jeden Arzt zur Beitragsleistung verpflichtet.“

Dabei ist zu beachten, daß gerade in Frankreich die ärztliche Freiheit besonders hochgehalten wird. Das gilt auch für das Verhältnis der französischen Ärzte zur sozialen Krankenversicherung und der Schweigepflicht, die in einer Form geregelt sind, wie in keinem anderen Lande Europas.

Die Ärzteschaft hat eben nicht nur den Kranken gegenüber ethische Verpflichtungen, sondern auch gegenüber den Berufskollegen. Es wird von den Ärzten, ihren Frauen und Kindern als selbstverständlich erwartet, daß die Ärztekammern in Notlagen einspringen und Unterstützungen bezahlen. Das haben seither die Ärztekammern auch als eine Ehrensache angesehen und dieses Nobile officium seit Jahren erfüllt. Als Beispiel kann ich Ihnen mitteilen, daß im Bereich der Ärztekammer Nordwürttemberg im Jahr 1952 DM 203 283,70 an Fürsorgeleistungen bezahlt worden sind. In diesem Jahr werden die ausgezahlten Unterstützungen DM 250 000.— überschreiten. Die Mitglieder der Ärztekammer Nordwürttemberg bezahlen dazu einen gestaffelten Beitrag von 0,5—1,25 % ihres Bruttoeinkommens an einen Fürsorgefonds. Das soll auch dort, wo es nicht anders möglich ist, weiter geschehen. Wir halten es aber für rich-

tig, daß die Ärzte nicht nur auf die Wohltätigkeit angewiesen sind, sondern durch regelmäßige Beiträge zu einer Altersversorgung einen gesetzlichen Anspruch auf eine Altersrente bekommen.

Dabei ist die Feststellung zu beachten, daß die Leistungen aus dem Versorgungsgesetz nur Mindestleistungen sein sollen, um die Betroffenen vor unmittelbarer Not zu schützen. Jeder Arzt soll selbstverständlich auch weiterhin nach freiem Ermessen für seine und seiner Familie Zukunft sorgen, sei es durch Abschluß einer Lebensversicherung, Bau eines Hauses oder auf sonstige Weise, je nachdem es seine persönlichen Mittel erlauben.

Niemand will die Versorgung den Ärzten aufzwingen. Wir haben deshalb im Frühjahr 1950 im Bereich der Ärztekammer Nordwürttemberg eine Befragung durchgeführt, bei der nur rund 10 % der Angefragten sich gegen eine Versorgung nach dem Muster der Bayerischen Ärzteversorgung ausgesprochen haben, die dem Tübinger Versorgungsgesetz sehr ähnlich ist. In vielen Ärzteversammlungen der verschiedenen Kammerbereiche der ehemaligen Länder Baden-Württembergs ist diese Frage gründlich diskutiert worden. Es sind sehr viele positive Entschlüsse gefaßt worden. Erst in letzter Zeit sind auch negative Stimmen laut geworden. Bei dem ausgeprägten Individualismus, den die Ärzte pflegen, ist das auch selbstverständlich.

Zur Diskussion stand: Individualverfahren oder Umlageverfahren. Ich selbst habe seit dem Jahre 1946 in vielen Sitzungen die Argumente für beide Verfahren gehört und muß zugeben, daß ich von keiner Seite ganz überzeugt worden bin, daß ihr Verfahren das allein Richtige sei! Im Tübinger System sind nun beide Verfahren kombiniert: Die Umlage durch das sogenannte Verteilungsverfahren und die Kapitaldeckung durch den Ausgleichsstock. Die Prämien betragen einen bestimmten Prozentsatz des Durchschnitts-Bruttoeinkommens, die Rente wird nach Punkten festgestellt.

Eine Illusion muß man allerdings von vornherein bei allen Verfahren zerstören: Als ob aus dem Nichts etwas käme und es durch einen besonderen Trick möglich wäre, mit wenigen Einzahlungen eine hohe Auszahlung zu erreichen! Eine solche Regelung würde natürlich allen gefallen. Der Kopf, der dies erfände, würde sicher von allen Bundesländern zum Finanzminister berufen, wenn er nicht vorher von der Bundesregierung als Bundesfinanzminister engagiert würde! Wer später etwas haben will, muß auch vorher etwas leisten. Das Problem, um das es geht, ist aber dies, wie man die Lasten gerecht und geschickt verteilt, ohne dabei die sozialen Gesichtspunkte außer acht zu lassen.

Der Kammerausschuß Baden-Württemberg hält die Lösung, wie sie im Tübinger Versorgungsgesetz gefunden worden ist, dem Grundsatz nach für richtig. Er hat deshalb in einer Sitzung am Samstag, den 21. November 1953, die frühere Entscheidung bestätigt und folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Ärztekammerausschuß Baden-Württemberg wünscht nach wie vor die Erstreckung des Gesetzes des früheren Landes Württemberg-Hohenzollern über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten, auch auf die Regierungsbezirke Nordwürttemberg, Nordbaden und Südbaden.“

Er beantragt aber, daß

1. in § 5 Ziff. 1 nach dem Wort "... gewählt" der Satz: „Der Vorsitzende soll zum Richteramt befähigt sein“ eingefügt werden soll,
2. in § 7 des Gesetzes, Ziff. 2 der Absatz 3 wegfällt. (Es handelt sich um die Bestimmung, daß die Teilnahme erlischt, wenn dem Teilnehmer das Wahlrecht und die Wählbarkeit zur Kammer ehrenrechtlich aberkannt sind),
3. in § 9 Ziff. 2 nicht nur 5 sondern 10 % der Beiträge alljährlich für Leistungen verwendet werden können, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Die Satzung soll den Verhältnissen in den einzelnen Landesteilen angepaßt werden.“

Daß die Satzung den Verhältnissen der einzelnen Landesteile angepaßt werden muß, hat der Kammerausschuß nach Prüfung der besonderen Bedingungen in den einzelnen Regierungsbezirken schon lange festgestellt und dies auch öffentlich ausgesprochen. Es liegen dazu auch schon Gutachten von Sachverständigen vor, andere sind noch in der Ausarbeitung. Wir sind deshalb noch zu keiner endgültigen Stellungnahme über alle Einzelbestimmungen der Satzung gekommen. Welche Schlüsse daraus in einzelnen zu ziehen sind, wird durch gemeinsame Besprechungen der verschiedenen ärztlichen Organisationen zusammen mit der sogenannten ärztlichen Opposition abzustimmen sein. Ich bin der festen Überzeugung, daß es möglich sein wird, zu einer Einigung zu kommen. Der Kammerausschuß hat sich schon in einer Sitzung vom 24. Juni 1953 in Freudenstadt dafür ausgesprochen, daß eine schriftliche Abstimmung unter

den Ärzten des Landes Baden-Württemberg durchgeführt werden soll, um festzustellen, welche Mehrheit für die Erstreckung des Versorgungsgesetzes ist. Wenn der Ausschuß für Sozialpolitik und der Rechtsausschuß des Landtags auf diese Urabstimmung ebenso Wert legen, so wird nach meiner Überzeugung das Ergebnis in ca. 2 Monaten vorgelegt werden können.

Im Gesetz über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten, für dessen Verabschiedung die Ärzteschaft Baden-Württemberg Ihnen, meine sehr verehrten Herren Abgeordneten, aufrichtigen Dank schuldet, ist ja in § 3 Abs. 4 ein Gesetz über die Altersversorgung vorgesehen. Die Ärzteschaft wünscht für die beabsichtigte Altersversorgung nicht einen Pfennig Unterstützung aus staatlichen Geldern, sondern will diese Versorgungsleistungen ganz aus eigenen Mitteln aufbringen. Sie braucht zur Durchführung dieser Aufgabe aber die Hilfe des Staates dafür, daß der kontinuierliche Zugang zum Versorgungswerk gesetzlich gesichert ist.

Jeder Arzt soll sich nicht nur zu einer ethischen und wissenschaftlich hochstehenden Berufsauffassung verpflichtet fühlen, sondern außerdem dazu beitragen, daß sowohl er selbst und seine Familie als auch seine Kollegen und deren Angehörige bei Berufsunfähigkeit oder Alter vor der schlimmsten Not geschützt sind. Eine solche Regelung würde die Ärzteschaft mit größerer Beruhigung weiter ihrer verantwortungsvollen Arbeit an den Kranken nachgehen lassen und auch für den ärztlichen Nachwuchs dadurch bessere Bedingungen schaffen, daß die älteren Ärzte sich leichter entschließen, ihren Platz für jüngere frei zu machen.

Zur Frage: Kapitalversicherung oder Tübinger System?

von Dr. Schertlin, Ravensburg

Zu dem in Nr. V/32 der Äztl. Praxis erscheinenden Artikel „Neue Möglichkeiten der Altersversorgung“ möchte ich als alter Arzt auf Grund ausgiebiger eigener Erfahrungen mit Lebensversicherungen verschiedener Art folgendes bemerken*):

Aus der in letzter Zeit recht lebhaft gewordenen Diskussion über den Wert oder Unwert berufsständischer Alters- bzw. Invaliditätsversicherungen mit Umlageverfahren, wie sie das „Tübinger System“ mit seiner Versorgungsanstalt eingeführt hat, muß man entnehmen, daß die Gegner dieses Systems ein unbegrenztes Vertrauen in die Sicherheit von mit den großen Lebensversicherungsgesellschaften abgeschlossenen Kapital- und Rentenversicherungen haben, im Gegensatz zu dem „unsicheren“ Umlageverfahren. Wie es damit in Wirklichkeit bestellt ist, mögen die Erfahrungen der letzten 30 Jahre, die offenbar schon wieder weitgehend in Vergessenheit geraten sind oder bewußt mit Schweigen übergangen werden, erläutern.

Es sei mir daher gestattet, in tunlichster Kürze darzulegen, wie es mir mit meinen Lebensversicherungen ergangen ist. Meinen ersten Lebensversicherungsvertrag

*) Dieser Aufsatz wurde vom Verfasser vor einiger Zeit der „Ärztlichen Praxis“ angeboten und nicht angenommen.

schloß ich i. J. 1909 oder 1910 mit der „Allianz“ ab. Er lautete auf ein Kapital von M 3000.—, zahlbar bei Todesfall oder nach Vollendung des 50. Lebensjahres (ich bin Jahrgang 1885). Die Jahresprämie betrug rund M 200.—, von der in der „guten Zeit“ vor dem 1. Weltkrieg eine Dividende in wechselnder Höhe in Abzug kam. Es kam der Krieg und als Folge die Inflation, an deren Ende alle Versicherungen im Eimer waren. Nach Beendigung der Inflation, soviel ich mich erinnere i. J. 1925, wurde meine Versicherung in der Weise erneuert, daß bei gleicher Prämienzahlung von M 200.— der Fälligkeitstermin der gleichen Kapitalversicherung auf 1. April 1948 festgesetzt wurde. Da zu dieser Zeit nach dem Kontrollratsgesetz Versicherungen nur bis höchstens zur Hälfte ausgezahlt werden durften, erhielt ich kurz vor der Währungsreform die erste Hälfte, d. h. M 1500.— mit einem „Kriegsabzug“ von 10% ausbezahlt. Die 2. Hälfte erhielt ich „aus besonderem Entgegenkommen“ auf 1/10 abgewertet mit ebenfalls 10% Abzug im Laufe des August 1948: es waren das im Ganzen nach weiterem Abzug einer kleinen Sportel M 122.80.

Auf Grund der Kriegs- und Nachkriegserfahrungen des 1. Weltkriegs wurde in Württemberg die Württ. Ärztliche Unterstützungskasse, später Friedrich-Lang-

bein-Kasse genannt, gegründet, die im großen ganzen zu allgemeiner Zufriedenheit funktionierte, obwohl dazu höhere Beiträge erhoben wurden als von der Tübinger Versorgungsanstalt. Die Satzungen und Leistungen dieser Kasse sind mir im einzelnen nicht mehr in Erinnerung; sie wurden meines Wissens vor einigen Jahren in den „Ärztlichen Mitteilungen“ oder dem „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht. Diese Kasse wurde im Jahr 1933 von der Reichsärztleitung aufgehoben, die ganze Versicherung den großen Lebensversicherungsgesellschaften bzw. der „Allianz“ übergeben und von dieser in eine Kapitalversicherung umgewandelt, die mit Vollendung des 65. Lebensjahres fällig wurde. Sie wurde mir im Jahr 1950 ebenfalls auf 1/10 abgewertet ausbezahlt.

Eine weitere Versicherung, diesmal eine Rentenversicherung, schloß ich Mitte der Dreißiger Jahre mit der Hannoverschen Lebensversicherung ab. Sie lautete auf eine lebenslängliche Monatsrente von M 250.—, zahlbar ebenfalls nach Vollendung des 65. Lebensjahrs. Die Monatsprämie betrug M 182.—. Sie wurde laufend bis September 1950 von mir bezahlt. Dann war meine Rente fällig, die nach entsprechender Abwertung zunächst etliche M 60.— betrug und in der Folgezeit auf M 100.— aufgewertet wurde.

Meine letzte Versicherung schloß ich i. J. 1937 mit dem Gerling-Konzern ab, lautend auf M 10 000.—, fällig mit Vollendung des 65. Lebensjahrs, mit der Zusatzklausel, daß diese Versicherung auf Wunsch des Versicherten bei einem $\frac{1}{4}$ Jahr vor Fälligwerden gestellten Antrag in eine Rentenversicherung von M 70.— lebenslänglicher Monatsrente umgewandelt werden könne. Die Jahresprämie betrug ca. M 760.—. Als ich vor Fälligwerden termingerecht den Antrag auf Umwandlung in eine Monatsrente stellte, erhielt ich die Mitteilung, diese Klausel sei natürlich durch die Währungsreform hinfällig geworden. Da es sich von Anfang an um eine Kapitalversicherung gehandelt habe, könne sie nur auf Grund der geltenden gesetzlichen Bestimmungen für eine solche ausbezahlt werden. Sie wurde ebenfalls entsprechend abgewertet, und ich erhielt im

Frühjahr 1951, da ich noch einige Jahresprämien in DM bezahlt hatte, die Summe von rund DM 2700.— ausbezahlt. — **Kommentar zur Sicherheit der Lebensversicherungen somit überflüssig.** Wenn nun gesagt wird: „Ja, das waren eben die besonderen Verhältnisse der beiden verlorenen Kriege“, so ist darauf zu erwidern: wer garantiert denn den jungen Kollegen, daß sie ihr ganzes Leben bis zur Erreichung einer Altersgrenze ohne Inflation oder Abwertung durchkommen? Wenn sie das glauben, so kann ich nur sagen: „Gott segne ihren Optimismus“. Nebenbei noch: Die Angestelltenversicherung wurde bekanntlich, ebenso wie die Sozialversicherung, von den Beamtenpensionen ganz zu schweigen, auf 1 : 1 umgestellt. Zu der Ungerechtigkeit, die darin liegt, daß nicht wenigstens die privaten Rentenversicherungen ebenfalls auf 1 : 1 aufgewertet wurden, obwohl der dafür aufzuwendende Betrag für die Lebensversicherungsgesellschaften durchaus tragbar wäre, haben sich die letzteren meines Wissens bisher kaum geäußert, und man hat nicht gehört, daß sie sich um die Beseitigung dieser Ungerechtigkeit besonders bemüht hätten. Auch auf das neue Verfahren mit der Durchschnittsprämie haben sich die Versicherungsgesellschaften erst besonnen, als sie befürchten mußten, daß ihnen die freien Berufe als Versicherungsnehmer auf Grund ihrer schlechten Erfahrungen allmählich zu entgleiten drohen. Ich bin zwar kein Versicherungsfachmann, aber mir scheint trotz der weitgehenden Anpassung an ein Umlageverfahren, wie sie in der Gruppenversicherung auf der Grundlage der technischen Durchschnittsprämie liegt, das „Tübinger System“ mit seiner Punkteberechnung viel elastischer zu sein, als das Durchschnittsprämienverfahren, das, ganz gleich, ob es als Kapital- oder als Rentenversicherung abgeschlossen ist, in jedem Fall auf eine von vornherein festgelegte Summe lautet, gleichgültig, ob diese Summe bei Fälligwerden noch den gleichen Geldwert besitzt oder nicht. Im übrigen hat ja die Versorgungsanstalt Tübingen angekündigt, daß sie sich in den nächsten Nummern des „Südwestdeutschen Ärzteblattes“ eingehend mit Versorgungsfragen und mit den mathematischen Grundlagen des Tübinger Systems befassen werde.

Naturheilverfahren und Homöopathie bei Herz- und Kreislaufkrankungen

Von Prof. Dr. Dr. K. Saller

Direktor des Anthropologischen Instituts der Universität München

Über das Verhältnis der Homöopathie zur Universität ist kürzlich folgendes gesagt worden¹⁾: „Auf der Universität bleibt der Medizinstudent nach wie vor gegen homöopathische Ausstrahlungen abgeschirmt. Wenn vom Katheder das überlegene Schweigen hie und da gebrochen wird, so wohl kaum im Sinne einer Ermunterung für den jungen Mediziner, sich mit der homöopathischen Arzneimittellehre und ihrer Anwendung zu befassen. Da hat sich nichts geändert.“ Es sei hier zu

dieser Bemerkung, die wohl ein etwas veraltetes Bild der Universität und des Universitätslehrers vor sich hat, nicht weiter darauf eingegangen, daß gewisse Zentren der Homöopathie (und auch des Naturheilverfahrens) keineswegs derartig strahlende Wirkungen hervorbringen, weder auf den Medizinstudenten, noch auf andere, wie sie in edler Bescheidenheit selbst zu meinen scheinen. Aber der folgende Vortrag über „Naturheilverfahren und Homöopathie bei Herz- und Kreislaufkrankungen“, der von mir durch die „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ angefordert wurde, möge angesichts solcher Bemerkungen als Beweis dafür ge-

¹⁾ Leeser, O., 1953. Zur Stellung der Homöopathie in der Medizin. Hippokrates 24, 385.

nommen werden, daß wir vom Katheder der Universitäten doch nicht nur um ein überlegenes Schweigen bemüht sind und ein derartiges Verschweigen gern anderen überlassen, die es offenbar nötig haben, sondern daß wir nach ernster Erkenntnis streben. Wir können es nicht als unsere Aufgabe betrachten, den jungen oder den älteren Mediziner zum homöopathischen oder einem anderen Heilverfahren zu ermuntern oder ihn davor abzuschrecken. Unsere Aufgabe ist vielmehr, ein sachliches Bild des Tatbestandes zu geben, sine ira et studio, das es jedem Betrachter selbst erlaubt, möglichst objektiv seine eigenen Schlüsse zu ziehen. Die gute Medizin wirkt nicht durch die Reklame, sondern durch sich selbst. Eine solche Wirkung aber recht zu erkennen, ist vielfach sehr schwierig, und so mag es sich erklären, daß die Universitätslehrer vielfach später zu einer Heilmethode endgültig Stellung nehmen, als die Gläubigen dieser Methode es von vornherein kritiklos verlangen. Damit soll keineswegs geleugnet werden, daß die wissenschaftliche Überprüfung einer Methode oft sehr viel mehr Zeit erfordert und eine größere Geduldsprobe ist als ihre Erfindung.

Der speziellen Frage nach der Wirkung von Naturheilverfahren und Homöopathie in der Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen sind zunächst einige allgemeinere Bemerkungen vorzuschicken, um dann das Besondere verständlicher zu machen. Sie betreffen sowohl die theoretischen Grundlagen als auch die praktischen Auswirkungen der beiden Verfahren.

Von der Theorie her ist wichtig, daß das sogenannte Naturheilverfahren mehr in der Ganzheit des Organismus denkt als in einzelnen Organen und Organsystemen. Naturheilverfahren ist das, was der gesamte „Natur“ des betreffenden erkrankten Organismus als Heilmaßnahme entspricht. Gerade für Herz und Kreislauf ist eine solche Auffassung besonders klarzumachen. Sie besagt hier folgendes: In der Behandlung von Herz- und Kreislaufstörungen kommt es nicht allein auf Herz und Kreislauf an, sondern ebenso auf den Organismus und seine einzelnen Organe, die von ihnen versorgt werden. Manches kranke Herz kann entlastet werden durch Anregung dessen, was die Naturheilkunde das „periphere Herz“ nennt, d. h. durch die Mitarbeit der kleinen Gefäße und ihre Übung; mancher kranke Gesamtkreislauf mit zentralem und peripherem Herzen kann entlastet und ins Gleichgewicht gebracht werden durch eine Behandlung des Gesamtorganismus, der von diesem Kreislauf versorgt wird. Als ein besonders geläufiges Beispiel sei auf die Verhältnisse bei der Fettsucht verwiesen. Auch das Fettgewebe wird durchblutet. So bedeutet der Fettansatz bei den betreffenden Kranken eine Verlängerung der Strombahn und die Anforderung an das Herz, diese verlängerte Strombahn zu durchbluten, also die Notwendigkeit einer erhöhten Leistung. Eine symptomatische Therapie ist es, hier die Herzkraft mit einem der bekannten Glykoside zu stützen. Das Naturheilverfahren dagegen führt in solchen Fällen, unter Umständen ohne jedes Herzmittel, eine Reduzierung des Fettbestandes im Organismus durch eine Fastenkur durch und bringt dadurch die Kreislauf-funktionen für den betreffenden Organismus dauerhafter ins Gleichgewicht, als es die Glykosidtherapie vermöchte. Schließlich kann man von einer Ganzheitsbehandlung im Naturheilverfahren auch noch insofern sprechen, als dabei der Mensch auch in den Wechsel-

beziehungen zu seiner ganzen Umwelt berücksichtigt und eingestellt wird. Das gilt heute in der Kreislaufbehandlung vor allem für psychische Faktoren, die zahlreiche Erkrankungen bedingen und unterhalten und daher in ein tragbares Gleichgewicht gebracht werden müssen. Auch diese Dinge sind für die Vollständigkeit einer Kreislaufbehandlung wichtig.

Das besondere Kennzeichen der Homöopathie ist es, darüber hinaus nicht nur in der Ganzheit des Organismus zu denken, sondern auch die Vielgestaltigkeit der menschlichen Ganzheiten in ihrer Erkrankung zu berücksichtigen. Wenn das Naturheilverfahren eine allgemeine Konstitutionstherapie bietet, dann bedeutet die Homöopathie ein differenzierendes Konstitutionsbehandlungsverfahren. Auch dafür ein Beispiel, das allgemein bekannt ist, aber in seiner therapeutischen Auswirkung noch kaum geklärt wurde: Die Bluthochdruck-erkrankung bedeutet für die Frau etwas anderes als für den Mann, und für die Frau ist nach dem Klimakterium ein höherer Blutdruck gewissermaßen physiologisch dem Mann gegenüber; die Frau wird trotzdem durchschnittlich älter als der Mann. Bei ein und demselben Geschlecht weiter bedeutet für den Pykniker der Bluthochdruck etwas anderes als für den Astheniker oder für den Athleten; die Astheniker neigen durchschnittlich mehr zu hypotonischen Zuständen und ihre Hypertonie ist dementsprechend ernster zu werten. In dieser Hinsicht auf vielfach noch viel weitergehende Feinheiten in der konstitutionellen Differenzierung einzelner Kreislaufsymptome zu achten, ist die besondere Eigentümlichkeit der homöopathischen Lehre. Dabei kann dahingestellt bleiben, daß die fein ausgearbeitete Symptomatik für die homöopathischen Mittel oft durchaus nicht einer ebensolchen Wirkungsfeinheit und Wirkungsicherheit der Medikamente entspricht, wie kritische Nachprüfungen zeigen. Tatsache ist, daß die Homöopathie einstweilen, und zwar seit langer Zeit, der einzige Zweig der Medizin ist, der in ausgedehnterem Maße auf diese Weise die konstitutionellen Zusammenhänge und unterschiedliche Ausprägung der verschiedenen Erkrankungen bei den verschiedenen Konstitutionen berücksichtigt. Dies ist, nebenbei bemerkt, auch der Grund dafür, warum ich mich persönlich als Anthropologe und zum Ziel einer anthropologischen Medizin auch mit der Homöopathie befasse²⁾.

Von der Praxis her ist eine Grenzsetzung zwischen der üblichen Medizin, Naturheilverfahren und Homöopathie wichtig. Gerade für den Praktiker kommt es ja nicht darauf an, dieses oder jenes Prinzip dogmatisch zu Tode zu reiten; sondern es kommt darauf an, dem Patienten ohne Rücksicht auf Heildogmen bestmöglich zu helfen. Dazu ist aus einer vergleichenden Erfahrung an rund 6800 Patienten mit rund 20 000 Verordnungen³⁾ zu sagen, daß die Hauptdomäne der Homöopathie nicht die Klinik darstellt, sondern die leichteren Fälle der alltäglichen Sprechstundenpraxis, während bei den schwereren Klinikkranken häufiger andere Maßnahmen der Schulmedizin und des Naturheilverfahrens zur Anwendung kommen müssen. Dabei kommt den „schulmedizinischen“ Mitteln in der Behandlung bestimmter

²⁾ Saller, K., 1950. Homöopathische Konstitutionstherapie. 2. Aufl. K. F. Haug, Saulgau.

³⁾ Saller, K., 1953. Die Grenzsetzung zwischen Schulmedizin, Homöopathie und Naturheilverfahren in der Praxis. Heilkunst 66, 132.

Erkrankungen bei exakter Anzeigenstellung ein großer Sicherheitsfaktor zu. Speziell für die Erkrankungen von Herz und Kreislauf ist zu sagen, daß kein Arzt, der überhaupt Herzranke behandelt, für seine Schwerkranken Strophantin und Digitalis wird entbehren können. Fast noch sicherer wirkt das Naturheilverfahren in seiner allgemeinen konstitutionellen Betrachtungsweise bei ebenso exakter Anzeigenstellung. Die differentialdiagnostische Betrachtungsweise dagegen, wie sie in den homöopathischen Mitteln sich ausdrückt, hat heute noch nicht denselben Grad der Sicherheit in ihrer Anwendung erreicht wie die beiden anderen Methoden. Das gilt speziell auch für die Behandlung von Herz- und Kreislaufstörungen. Es ist wichtig, diese grundsätzlichen Wirkungsunterschiede von vornherein festzuhalten. Ihre Kenntnis verhindert manche Enttäuschung für denjenigen, der neu etwa an die Homöopathie herangeht. Sie läßt zugleich aber auch verstehen, warum Kliniker vielfach abfällig über die Homöopathie urteilen, während Praktiker oft fanatisch für sie eintreten: Das Behandlungsgut beider und dementsprechend auch ihre Erfahrungen lassen sich nicht miteinander vergleichen. Für bestimmte Methoden des Naturheilverfahrens allerdings gilt, daß sie dank ihrer sicheren und tiefgehenden Wirkungen auch in der Klinik häufiger angewandt werden sollten als bisher.

Nach solchen allgemeinen Voraussetzungen zur Behandlung der Krankheiten der Herz- und Kreislaufstörungen mit Naturheilkunde und Homöopathie im Einzelnen. Manches von dem, was hierzu zu sagen ist, ist schon einem größeren Kreis von Ärzten geläufig, nicht nur den homöopathischen und Naturheilkärzten, weil gewisse homöopathische Mittel und Naturheilmittel in den letzten Jahren in einen weiteren Kreis von Ärzten eindringen und, wie die salzlose Kost bei Nieren- und Kreislaufkrankungen, sogar ausgesprochen „klinische Methoden“ wurden. Hier möge das Bekannte als Brücke genommen werden zum Verständnis auch des noch Unbekannten in Naturheilverfahren und Homöopathie. Meine eigenen Erfahrungen hierzu beziehen sich auf insgesamt rund 1200 kreislaufkranke Personen, für welche die einschlägigen Krankenhausbeobachtungen eine kritische Auswertung fanden.

Unter den naturheilerischen Maßnahmen, die heute in der Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen eine zu geringe Rolle spielen, sind die verschiedenen diätetischen Maßnahmen, der Aderlaß und alle Arten von Bädern zu erwähnen, schließlich auch eine allgemeine seelische Beeinflussung.

Unter den diätetischen Maßnahmen stehen an erster Stelle die entlastenden Kostformen. Als Hauptbelastung des Kreislaufs, teils im Sinne einer Wasserbildung in den Geweben, teils als Gefäßtonicum im Zusammenspiel mit der Inkretion der Nebenniere, hat sich das Kochsalz erwiesen, und im NaCl das Natriumion. So ist eine kochsalzfreie Ernährung ein wesentliches Therapeuticum für alle Kreislaufkrankungen; bekanntlich ist sie durch Volhard für die Erkrankung der Nierengefäße, Nephritis, auch schulfähig gemacht worden, von hier aus im weiten Kreis für verschiedene Bluthochdruckformen. Für eine solche kochsalzfreie oder auch nur kochsalzarme Ernährung bestehen verschiedene Möglichkeiten. Noch die geringste Kochsalzeinschränkung bedeuten die Milchtag, die von dem russischen Arzt Karell besonders einge-

führt wurden. Man kann sie intensivieren durch die Verwendung kochsalzfreier Milch, wie sie durch verschiedene Firmen in den Handel gebracht wird. Ein Nachteil der Milchtag ist, daß sie gerade von Herzkranken von seiten des Magens gelegentlich nicht gut vertragen werden. Besser verträglich sind Obst- und Obstsaft-, auch Rohkost- und Gemüsesafttage, wobei jedoch kochsalzreiche Gemüse gemieden werden müssen, so etwa die Sellerie; das Sellarialz, das manche Patienten als „natürliche“ Ausflucht aus kochsalzfreien Tagen suchen, ist eine fromme Täuschung und für streng kochsalzfreie Tage zu verbieten. Besonders bekannt geworden ist letzthin die Kempersche Reisdiaät, deren wirksamer Faktor ihre Kochsalzarmut darstellt. Weitgehend vergessen sind merkwürdigerweise die Kartoffeltage, die seinerzeit Jagié-Eppinger in die Behandlung der Kreislaufkranken eingeführt haben. Kartoffel in jeder Form, nur ohne Kochsalz. Ihre besondere Wirksamkeit scheint nicht nur in ihrer Kochsalzarmut, sondern in ihrem gleichzeitigen Kaliumreichtum zu liegen, der die Diurese fördert, ähnlich wie manche Rohkost und Obst- und Gemüsesäfte; bekanntlich gibt es auch eine Reihe von Kaliumpräparaten zur Unterstützung der Diurese bei ödematösen Kranken. Ein Kunstgriff der Diätküche für die Herzkranken ist es, nun nicht stur eine Reihe von Obst- oder Rohkost- oder Saft- oder Reis- oder Kartoffeltagen zu geben, sondern in den verschiedenen Kostarten zu wechseln, bei den leichteren Fällen auch nur den einen oder anderen strengen Tag zwischen die Normalkost einzuschalten, sondern zu kombinieren, etwa Kartoffel-Kompott-Tage oder Reis-Kompott-Tage und dergleichen. So wird für den Kranken die ganze Kost anregender gestaltet, ohne daß das Prinzip der Kochsalzfreiheit darunter leidet. Von den im Handel befindlichen Ersatzsalzen hält das Naturheilverfahren nicht viel; bestenfalls verteuern sie die Kost und bei einer guten Küche sind sie in der Kreislaufbehandlung weitgehend unnötig. Die strengste Diätform für die Kreislaufkranken ist schließlich das Fasten, als das schon erwähnte Saftfasten oder als das noch schärfere Teefasten und gerade bei Herzerkrankungen oft als Kaffeefasten. Das Fasten wirkt nicht nur durch seine radikale Salzarmut und eine fast völlige Entlastung der Verdauungsorgane, als Kaffeefasten auch diuretisch durch das Coffein. Darüber hinaus hat sich auch erwiesen, daß das Fasten zu denjenigen Maßnahmen gehört, die den Organismus am stärksten ansäuern⁴⁾. Es ist bekannt, daß sich die Wirkung entwässernder Quecksilberpräparate, wie Salyrgan und dergleichen, durch vorherige Ansäuerung steigern läßt; in der Klinik werden dazu gern Gelamontabletten verwendet. Es ist ein Kunstgriff, der nicht selten weiterhilft, vor der Anwendung solcher Quecksilberdiuretika den Patienten 1—2 Tage fasten zu lassen, unter gleichzeitiger Verabreichung von Gelamontabletten, und dann erst das Quecksilberdiuretikum zu verabreichen. Es gelingt damit noch manchmal, hartnäckige Ödeme zu lösen. Denselben Effekt kann übrigens auch ein längeres Fasten ohne Quecksilberdiuretika haben; man darf die Fastenmethode nicht nach ein paar Tagen aufgeben, wenn man nicht gleich einen Effekt sieht. Es kann bis zu zwei Wochen dauern, bis der gewünschte Er-

⁴⁾ Saller, K., 1940. Stoffwechseluntersuchungen an Fastenpatienten, Hippokrates 11, 1149.

folg eintritt. Dazu kommt als Vorteil des Fastens, daß es den Körper derartig umstimmt, daß vorher wirkungslos gewordene Herzmittel, wie Digitalis und Strophanthin, darnach wieder angreifen und so die Behandlung weiterzuführen gestatten. Was die Menge der Flüssigkeit betrifft, die man beim Tee- oder Saftfasten dem Kranken gestattet, so kann man damit entgegen einer vielverbreiteten Meinung freizügig sein. Die bekannte Weisung an den Patienten, nur 1—1½ l Flüssigkeit täglich zu sich zu nehmen, gilt nicht für das Fasten, und man kann dem Patienten hier von vornherein jede beliebige Flüssigkeitsmenge freistellen; er wird gerade für diese Freizügigkeit dankbar sein, wenn ihm sonst wie mit dem Fasten so eingreifende Einschränkungen auferlegt werden. Tatsächlich kommt es nicht auf die Flüssigkeitsmenge an, die der Patient aufnimmt, sondern auf die Salzmenge, die er dazu verzehrt und die die Flüssigkeit dann im Körper zurückhält. Nachdem der Patient im Fasten weiter kein Salz zu sich nimmt (man leitet eine Fastenkur bei Herzkranken auch zweckmäßigerweise nicht mit Glaubersalz ein, sondern mit Bittersalz, das kein Na enthält), läßt sein Durst sowieso schnell nach, und es gehört zu den seltensten Fällen, daß ein Faster mehr als 1000 ccm Flüssigkeit zu sich nimmt, wenn ihm die Aufnahme der Flüssigkeit vollkommen freigestellt wird. Daß bei Nierenerkrankungen der Volhard'sche Wasserversuch vielfach geradezu als Anregung für eine Diurese gegeben wird, ist bekannt. Andererseits ist bei einem solchen Verfahren auch eine Chloranämie als Folge des Salzzuzugs kaum zu befürchten; der Körper reduziert, wenn das Fasten sich auswirkt, die NaCl-Ausscheidung im Harn auf ein Minimum, so daß er mit den körpereigenen Beständen ohne Schwierigkeit auskommt.

Zum Schluß sei für die diätetischen Maßnahmen in der Kreislaufentlastung auch noch daran erinnert, daß in manchen Fällen nicht Kochsalzbeschränkung, sondern im Gegenteil Kochsalzzufuhr nützt. Das sind vor allem Nebennierenunterfunktionen mit Adynamismen, Blutunterdruck und ähnlichen Symptomen; beim Addison selbst kann ja durch Kochsalzzulagen manches an Nebennierenhormon eingespart werden. Gelegentlich kommen vor allem fanatische Vegetariarier mit solchen Symptomen zur Sprechstunde.

Nächst den angeführten diätetischen Maßnahmen hat der Aderlaß eine sehr stark entlastende Wirkung. Er hat in der Klinik beim Lungenödem seine absolute Anzeige; ihn hier zu unterlassen, wird bekanntlich geradezu als Kunstfehler betrachtet. Überraschenderweise kommt er, außer in diesen extremen Fällen, kaum zur Anwendung, während man doch logischerweise den Versuch machen sollte, es durch seine häufigere Anwendung von vornherein nicht zum Extrem eines Lungenödems kommen zu lassen. Auch bei somatischen Ödemen kann ein Aderlaß zum entscheidenden Anstoß für eine Ausschwemmung werden. Vorsicht ist für eine solche Maßnahme allerdings dann geboten, wenn der Patient anämisch ist, auch wenn er schon mehrere Aderlässe durchgemacht hat, und absolut verboten ist ein größerer Aderlaß (200 ccm) bei Angina pectoris, bei der auch kleinere Aderlässe (20—25 ccm) nur mit Vorsicht angewandt werden dürfen. Mit einer so genau umrissenen Anzeigenstellung sieht man vom Aderlaß jedoch auch in der Behandlung schwer Herzkranker ohne Lungenödem oft Gutes.

Schließlich sind unter den naturheilerischen Maßnahmen noch verschiedene Arten von Hautreizen, vor allem Bäder, zu erwähnen. Ihre Domäne sind nicht so sehr die schwer Herz- und Kreislaufkranken, für die in erster Linie die diätetischen Maßnahmen, Strophanthin und Digitalis und eventuell ein Aderlaß in Betracht kommen, als vielmehr die Kranken, die bereits wieder ins Gleichgewicht zu kommen beginnen und bei denen dieses Gleichgewicht gefestigt und immer tragfähiger gemacht werden muß. Die Behandlung der Herzkranken mit Kohlensäurebädern in verschiedenen Herzbädern oder auch in Heilanstalten ist bekannt, ebenso daß man zu solchen Bädern keine dekompensierten Kranken oder Kranke an der Grenze der Dekompensation schicken soll. Das Kohlensäurebad wird als „Turnstunde des Herzens“ bezeichnet, wobei die Turnstunde den Zweck hat, die Leistungskräfte zu üben und zu stärken. Wo nicht genügend Reserven von vornherein im Herzen vorhanden sind, wird das Herz in einer derart kräftigen Turnstunde versagen und damit der Zustand verschlimmert anstatt gebessert. Kohlensäureteilbäder können die Badewirkung modifizieren (als Kohlensäure-Arm-, Fuß-, Sitz-, Halbbad). Das Naturheilverfahren nun kennt und gebraucht eine Reihe weiterer Anwendungen, die zum Teil milder, zum Teil stärker sind als die Kohlensäurebäder und ihre Modifikationen und die es daher gestatten, den Patienten von den frühesten Stufen seiner Kompensation her ganz systematisch zu immer stärkerer Leistungsfähigkeit zu üben. Gerade die Anwendung dieser Maßnahmen im Einzelfall erfordert allerdings eine große Erfahrung und ein ausgeprägtes Fingerspitzengefühl; man kann in der Anwendung solcher Bäder durch ein einziges zu starkes Bad unter Umständen den Erfolg der ganzen vorhergehenden Behandlung ruinieren. Sinn aller Bäder ist im übrigen, von der Peripherie her einmal das Herz durch Einwirkung auf das „periphere Herz“ zu entlasten und zweitens eine kompensatorische Mehrdurchblutung und Kräftigung des Herzens zu erreichen. Sie wird erzielt, indem sich die Herzgefäße parallel zu den Gefäßen der Peripherie erweitern und das Herz aus Anlaß der Mehrarbeit, welche das Bad von ihm verlangt, besser durchbluten. Als mildeste Anwendung ist in diesem Zusammenhang die Trockenbürstung der Haut (mit einer in ihrer Stärke variierbaren Massagebürste) zu erwähnen. Sie kann sich auf enger begrenzte oder ausgedehntere Hautbezirke erstrecken und dadurch in ihrer Wirkungsstärke weiter modifiziert werden. Eine Kaltwaschung nach der Trockenbürstung, dazu noch eine Einreibung mit Fichtennadelfranzbranntwein, sind weitere Schritte zur Intensivierung dieser Maßnahme. Nach Bürstung und Waschung kommen in der Stärke der Einwirkung verschiedene Wickel, Armwickel, Beinwickel, Leibwickel; Brustwickel gibt man bei Herzkranken nicht gern, weil sie sich davon nicht selten beengt fühlen. Besonders verwiesen sei auf den verstärkten Reiz eines Senfmehlwickels, der nicht nur rein übend gedacht ist, sondern durch seinen Senfmehlzusatz unter Umständen auch eine stockende Diurese des Patienten wieder in Gang bringen kann. Dann kommen die Bäder. Man kann sie als Knipp'sche Bäder in Form kurzer kalter Tauchbäder (15 Sek. lang) geben, aber auch als Wechselbäder und mit besonderem Vorteil als ansteigende Bäder (körperwarm beginnend, im Verlauf von 15—20

Min. mit der Badetemperatur ansteigen auf 43—45 ° oder mehr, je nach Verträglichkeit); durch ein kaltes Tauchbad oder einen kalten Guß nach dem ansteigenden Bad kann die Wirkung noch verstärkt werden, wird freilich auch die Anstrengung für das Herz größer. Allgemein bekannt sind die ansteigenden Hauffe'schen Arm-bäder. Sie werden gerade von Herzkranken, vornehmlich den Angina pectoris-Kranken, nicht immer als angenehm empfunden, weil sich die Kranken durch die Haltung beim Armbad am Herzen beeengt fühlen. In solchen Fällen tut ein ansteigendes Fußbad ähnliche Dienste. Noch stärker wirken ansteigende Sitz- und ansteigende Halbbäder. Zur Kennzeichnung der Verträglichkeit solcher ansteigenden Bäder sei angeführt, daß ein ansteigendes Vollbad (sog. Überwärmungsbad) bei geschickter Leitung selbst noch von Patienten vertragen werden kann, die an der Grenze einer Dekompensation stehen, im Gegensatz zum chemischen Fieber. Freilich werden solche Überwärmungsbäder nicht als Kreislaufbäder, sondern zu anderen Anzeigen gegeben. Schließlich sei auch noch auf die *Atemgymnastik* als entlastende Maßnahme besonders bei Hochdruckkranken verwiesen. Die Kunst des Arztes und sein Einfühlungsvermögen in den jeweiligen Zustand des Kranken bestimmen im einzelnen, wo in der Skala der damit gegebenen Behandlungsmöglichkeiten die Spezialmaßnahme für den betreffenden Patienten eingesetzt werden muß.

Zur Behandlung der psychischen Zusammenhänge, in denen Herz- und Kreislaufkrankungen bekanntlich in sehr ausgesprochener Weise stehen, sei nur kurz darauf verwiesen, daß bei dem einen Kranken Klinikaufnahme und damit völliger Milieuwechsel zweckmäßig, bei dem anderen dagegen un-tunlich sein kann. Es kommt hier vielfach auf Imponderabilien an und die Sachlage ist auch in jedem Fall wieder anders, so daß sich nur dieser allgemeine Hinweis und nicht spezielle Anweisungen geben lassen.

Darnach zur homöopathischen Behandlung, die auf der Grundlage der angeführten naturheilerischen und anderen Methoden eingesetzt wird, um den Patienten vollends und auch für die Feinheiten seiner Beschwerden in Ordnung zu bringen. Dazu sei nochmal darauf verwiesen, daß die homöopathischen Mittel im allgemeinen — von noch zu erwähnenden Ausnahmen abgesehen — nicht in der Lage sind, dekompensierte Kranke zu kompensieren und überhaupt die schwerer Kranken wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Aber eben deshalb sind sie oft die wichtigste Hilfe für die tägliche Sprechstunde. Im Nachfolgenden seien die wichtigsten homöopathischen Mittel zur Herz- und Kreislaufbehandlung nicht in der Ordnung nach Krankheitskategorien wiedergegeben, sondern gleich die Mittel mit ihren hauptsächlichsten Leitsymptomen. Es ist die Eigentümlichkeit der Homöopathie, ihre Mittel in den meisten Fällen nicht nach Krankheitsdiagnosen, sondern nach eben diesen Leitsymptomen einzusetzen. Solche Leitsymptome sind teilweise sehr alt und waren schon im Brauch, als die Krankheiten noch nicht im heutigen Sinne der Klinik diagnostiziert wurden. Dem modernen Kliniker ergibt sich der spezielle Krankheitszusammenhang der Leitsymptome unter den heute herrschenden Vorstellungen vielfach von selber. In der beigefügten Tabelle ist für die Mittel zugleich eine Erfolgsbeurteilung gegeben,

wie sie an dem oben näher gekennzeichneten Krankengut gewonnen werden konnte.

Mittel	n	Erfolgs- Beurteilung			Leitsymptome
		po- si- tiv	frag- lich	ne- gativ	
Crataegus \emptyset	258	126	58	74	Herzschwäche leichteren Grades, Kreislaufschwäche mit Hypertonie oder Hypotonie
Digitalis D 2	128	78	14	36	Frühinsuffizienz (Atemnot, Seufzeratmung)
Oleander \emptyset	101	49	17	35	Leichtere Herzinsuffizienz mit Irregularitäten
Laurocerasus \emptyset	68	22	20	26	Rechtsinsuffizienz mit Zyanose
Scilla \emptyset	62	27	9	26	Leichte Herzschwäche bes. bei hydropischer Insuffizienz
Adonis \emptyset	55	26	10	19	Leichte Herzschwäche, auch nervöser Art, bei pyknischen Typen
Convallaria \emptyset	27	11	5	11	Leichte Herzschwäche, spez. auch nervöser Art
Lycopus virg. \emptyset	22	10	2	10	Tachycardie bei Hyperthyreose
Apocynum cann. \emptyset	13	5	4	4	Herzschwäche m. Obstipation
Veratrum album D 3	162	123	21	18	Akute Kreislaufkollapszustände m. kaltem Schweiß, Kreislauf labilität
Cactus grand. \emptyset -D 2	124	64	12	48	Beklemmungen u. Packungsgefühl am Herzen
Glonoin D 4	99	41	17	41	Angina pectoris-Beschwerden in d. linken Arm ausstrahlend, Hypertonie, pochender Kopfschmerz
Baryta jodat. D 3	71	19	24	28	Sklerose, spez. d. Hirngefäße
Viscum alb. \emptyset	66	33	8	25	Hypertonie m. Schwindel, schlimmer b. Vorwärtsbeugen
Arnica D 3	51	22	16	13	Gefäßbrüchigkeit, Sklerose, Apoplexie, Brennen a. Herzen, Wundschmerzen
Conium D 3-D 4	41	21	10	10	Altersschwindel, Husten und schlecht herauszubringender Schleim
Spigelia D 3	86	43	14	30	Stechende Herzschmerzen, linksseitiger Kopfschmerz
Aconit. D 4	72	37	12	33	Hochfieberhafte Zustände, Herzangst, subjektives Gefühl des Herzklopfens
Gelsemium D 3-D 4	53	28	7	18	Stirn- und Schläfenkopfschmerz, postdiphth. Lähmungen
Kalmia D 2	29	11	8	10	Endocarditis, nach links ausstrahlende Herzschmerzen

Als vorwiegende Herz-, aber auch Kreislaufmittel kommen unter den homöopathischen Mitteln Crataegus \emptyset , Digitalis D 2, Oleander \emptyset , Laurocerasus \emptyset , Scilla \emptyset , Adonis \emptyset , Convallaria \emptyset , Lycopus virg. \emptyset und Apocynum cann. \emptyset zur Anwendung, wobei die Reihenfolge dieser Aufzählung zugleich der Häufigkeit entspricht, in der die Mittel von uns angewandt wurden. Am häufigsten kam Crataegus \emptyset zur Anwendung, ein Mittel bei Herz- und Kreislaufschwäche leichteren Grades, auch bei Aufbraucherscheinungen mit Hypertonie oder Hypotonie. Man kann Crataegus etwa das homöopathische Sympatol für die Daueranwendung nennen und ist von seinen Erfolgen doch immerhin ebenso oft befriedigt, als diese Erfolge fehlen oder zweifelhaft sind. Eine recht bewährte homöopathische Medikation bei den leichteren Kreislaufkranken ist die Digitalis, nicht in der hohen Dosierung, in der sie bei den klinischen Fällen angewandt wird, sondern in

der D 2 (speziell nach Stiegele). Wir gaben das Medikament immer wieder gern bei den sogenannten Frühinsuffizienzen, die sich in Atemnot bei Anstrengung, auch in Seufzeratmung äußern, und sahen dabei in der überwiegenden Zahl der Fälle eine günstige Wirkung. Nicht recht eindeutig läßt sich die Indikation für die übrigen Herzmittel differenzieren. Es ist immer mehr oder weniger ein Lotteriespiel, wenn man eines dieser Mittel einsetzt und dann eine Wirkung erwartet; es ist ebenso aber oft geradezu frappant, wie eines dieser Mittel dann wirkt, wenn es wirklich wirkt. So gaben wir *Oleander* vorwiegend mit der Anzeigenstellung leichter Herzinsuffizienzen mit Irregularitäten. Auf die Irregularität als solche scheint der Einfluß von *Oleander* recht günstig, und es kann vor allem nach *Digitalis* und *Strophanthin* weitergegeben werden, ohne zu kumulieren. *Laurocerasus* wird vorwiegend bei Rechtsinsuffizienzen mit Cyanose gegeben, unter Umständen in Verbindung mit *Strophanthin*. Es zeigt mehr Versager als Erfolge, was auch damit in Zusammenhang steht, daß die Rechtsinsuffizienz- Herzen ja im allgemeinen schwerer insuffizient sind als die Linksinsuffizienzen. Manchmal hat man aber doch auch von *Laurocerasus* einen recht günstigen Eindruck. *Scilla* wird vor allem bei hydropischer Insuffizienz gegeben, wobei diese Insuffizienz seitens des Herzens jedoch nicht so stark sein soll, daß sie *Digitalis* und *Strophanthin* eventuell in Kombination mit Quecksilberpräparaten erfordert. Wir sahen auch von *Scilla* mehr negative als positive Befunde, zum Teil deshalb, weil wir *Scilla* auch noch in manchen Fällen probiert haben, bei denen die *Digitalis*-Gruppe und die Quecksilberpräparate sowie das Fasten versagten. Wo *Scilla* wirkte, wirkte es zur Ausschwemmung von Ödemen vielfach recht günstig und brachte auch in der ambulanten Behandlung zu Insuffizienz neigende Patienten immer wieder ins Gleichgewicht. Besonders sei dazu auf ein Kombinationspräparat mit *Scilla*, das *Nephrisan* verwiesen. *Adonis vernalis* und *Convallaria majalis* werden vor allem bei leichteren Herzschwächen, speziell auch nervöser Art, verordnet, wobei *Adonis vernalis* gern bei pyknischen Typen gegeben wird. Die Erfolge waren für *Adonis vernalis* im ganzen etwas besser als für *Convallaria majalis*. *Lycopus virginicus* kommt vor allem bei den Tachykardien der leichteren Hyperthyreosen in Anwendung, soweit wir in der Behandlung der Hyperthyreosen ohne Anwendung von Methylthiourazol auszukommen glauben. Der Erfolg ist ebenso oft günstig wie negativ. Schließlich ist auch noch auf *Apocynum cannabinum* zu verweisen, ein Präparat, für das wir mehr Versager als Erfolge sahen. Aber gerade für dieses Präparat ist der Erfolg oft überraschend, wenn es sich um eine obstipierte Kreislaufinsuffizienz handelt: Wir haben in den Erfolgsfällen die Obstipation damit glatt beheben und zugleich auch den Kreislauf stützen können. Voraussetzung ist freilich auch, daß der Patient das Präparat in genügend großer Dosis nimmt (3mal täglich 10—20 Tropfen oder mehr), es schmeckt sehr schlecht. Ein Ersatz kann in Zäpfchen gegeben werden.

Ein homöopathisches Mittel, das immer wieder zur allgemeinen Kreislaufbehandlung gegeben wird und dessen Wirkung ausnehmend zuverlässig erscheint, ist *Veratrum album* (D 3). Es wird gegeben bei den akuten Kreislaufkollapszuständen mit kal-

tem Schweiß, auch bei allgemeiner Kreislaufabilität, wie sie nicht nur bei Kreislaufkranken, sondern auch in anderen Zusammenhängen immer wieder auftreten. Die Versagerzahlen betragen nur 10—20%. Wenn man *Crataegus* als das homöopathische Sympatol zur Dauerbehandlung Kreislaufkranker bezeichnet, dann kann man *Veratrum album* das homöopathische Sympatol für die akuten Kreislaufzwischenfälle nennen.

In einer weiteren Gruppe sind die Mittel zusammengestellt, die sich mit sklerotischen und spastischen Zuständen am Kreislauf befassen. Es handelt sich dabei um *Cactus grandifl.*, *Glonoin* (das homöopathische Nitroglycerin), *Baryta jodat.*, *Viscum album*, *Arnica* und *Conium*. *Cactus grandiflorus* (D 2) wird gern bei anginoiden Herzbeschwerden mit Beklemmungen und Packungsgefühl am Herzen gegeben, wobei die Schmerzen in die linke Schulter und in den linken Arm hinein ausstrahlen. Die Erfolge dafür sind in unserer Beobachtungsreihe ebenso zahlreich positiv wie zweifelhaft oder negativ. *Glonoinum* (D 4) wird ebenfalls bei anginoiden Herzbeschwerden gegeben, jedoch nicht nur bei diesen, sondern auch bei spastischen Zuständen in der Peripherie, bei Hypertonie und bei pochendem Kopfschmerz speziell der Hypertoniker. In dieser Anzeigenstellung ist es ebenso oft wirksam wie es versagt, bei einem recht erheblichen Prozentsatz fraglicher Fälle. Ausdrücklich bemerkt muß werden, daß wir bei schweren Angina pectoris-Anfällen mit der homöopathischen Dosierung von *Glonoin* nicht durchkommen. Wir müssen in schweren Fällen zu einer höheren Nitroglycerindosis, etwa zu *Nitrolingual* oder zu den anderen gefäßerweiternden Maßnahmen wie *Deriphyllin*, *Euphyllin* und dergleichen, greifen. Die homöopathische *Glonoin*-dosierung hat ihren Bereich mehr in der Dauerbehandlung ebenso wie *Cactus grandiflorus*. Ein Mittel, das viel öfters mit Versagern als mit Erfolgen gegeben wird, ist *Baryta jodat.* (D 3). Trotzdem ist dieses Mittel den Praktikern unbedingt zu empfehlen. Es hat seine Anzeigenstellung nämlich für Zustände, die man sonst im allgemeinen laufen läßt, weil man doch nichts dagegen machen kann, wie Arteriosklerose, speziell eine Sklerose der Hirngefäße. Auch nach den klinischen Untersuchungen ist *Baryta jodat.* kreislaufwirksam und wird wie Jod für Sklerosen gegeben. Man ist gerade bei *Baryta jodat.* immer wieder überrascht, wie gut es doch in Sklerosefällen wirkt, denen man sonst eigentlich keine großen Besserungen mehr vorauszusagen geneigt ist. *Viscum album* (D 2) kommt beim Hochdruck zur Anwendung, für den vor allem ein Schwindel beim Vorwärtsbeugen des Kopfes, das heißt bei starkem Blutandrang zum Kopf ein Symptom ist. Es ist ebenso oft wirksam wie in seinem Erfolg zweifelhaft oder unwirksam. *Arnica* (D 3) wird als Gefäßmittel gegeben, speziell bei Gefäßbrüchigkeit, bei Sklerose und bei der Apoplexie, die sich aus beiden herleitet, hierbei mehr oder weniger reflexautomatisch. Auch Wundschmerzen und ein Brennschmerz am Herzen, wie er gelegentlich eine Angina pectoris auszeichnet, kommt für *Arnica* zur Anzeige. Es liegt in der Natur der behandelten Krankheiten, daß *Arnica* in seiner Wirkung oft versagt. Oft hat man jedoch einen günstigen Eindruck. *Conium* (D 3) schließlich wird bei dem Altersschwindel gegeben, der mit einer allgemeinen Sklerose einhergeht, aber nicht mit einer Hypertonie verbunden zu sein braucht; der

Schwindel tritt nicht nur beim Vorwärtsbeugen ein, sondern bei jeder Kopfbewegung. Auch der Husten alter Leute, bei dem sie ihren Schleim durch eine Auswurfchwäche schwer herausbringen, ist für Conium eine Anzeige. Es wirkt oft günstig und ist ebenso oft in seiner Wirkung fraglich oder ein Versager.

Um eine Gruppe von Mitteln, bei denen nervöse Faktoren eine beträchtliche Rolle spielen und die darum in unserer Zeit besonders häufig zur Anwendung kommen, handelt es sich bei Spigelia, Aconit, Gelsemium und auch Kalmia. Spigelia (D 3) wird vor allem gegeben bei den stehenden Herzschmerzen, für welche die Diagnose Angina pectoris vasomotorica zu lauten pflegt und für die ein objektiver EKG-Befund nicht ermittelt werden kann, auch bei linksseitigen Kopfschmerzen und Schmerzen, die vom Herzen in den linken Arm ausstrahlen. In dieser Anzeigenstellung macht das Mittel einen recht brauchbaren Eindruck. Aconit (D 4) hat seine Hauptanzeige beim Stirn- und Schläfenkopfschmerz, in der Kreislaufbehandlung bei postdiphtherischen Nervenstörungen, wie sie sich auch am Herzen äußern können. Auch für dieses Mittel ist schwer abzugrenzen, wieweit seine Erfolge wirklich ihm selbst zuzuschreiben sind, wieweit dem Faktor Zeit, der in der Behandlung postdiphtherischer Störungen eine erhebliche Rolle spielt. Immerhin waren unsere Eindrücke überwiegend günstig. Kalmia (D 2) wird in der Homöopathie ebenso wie Spigelia in erster Linie zur Behandlung der Endocarditis empfohlen; dazu ist

zu sagen, daß wir bei den akuten und schweren Endocarditiden von beiden Mitteln nichts wesentliches sahen. In keinem Fall kann die Wirkung von Spigelia oder Kalmia hier heran an diejenige von Pyramidon bzw. Salicylpräparaten bei der Endocarditis rheumatica, oder an diejenige der Antibiotica und Chemotherapeutica bei Endocarditis lenta. In der Nachbehandlung derartiger Endocarditiden und für die subjektiven Beschwerden, die nach solchen Erkrankungen von den Patienten häufig noch geklagt werden, scheinen jedoch Spigelia und Kalmia mindestens nicht ungünstig zu wirken.

Damit ist ein kurzer Überblick über einiges Wesentliche zur Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankheiten des Naturheilverfahrens und der Homöopathie gegeben. Überblickt man die gegebene Darstellung, so kann das nochmal gesagt werden, was einleitend gesagt wurde: Die klinischen Kreislaufkrankungen sind und werden die Domäne von Strophanthin, Digitalis, des Saftfastens bzw. ähnlicher diätetischer Maßnahmen und der Aderlässe bleiben. Die leichteren Kreislaufkrankungen, unter Umständen auch die suggestiven Kreislaufbeschwerden, sind die Domäne der einfacheren Bäderanwendungen und speziell der Homöopathie. In dem Maß, wie die verschiedenen Heilwege diesen ihren Wirkungsbereich und ihren Wirkungsgrenzen entsprechend eingesetzt werden, werden sie sich in ihrer Anwendung für die tägliche Praxis des Arztes wirksam ergänzen. Auf jeden Fall aber kann dem Praktiker angesichts der gezeigten Befunde eine intensivere Beschäftigung auch mit den Naturheilverfahren und den homöopathischen Mitteln in kritischer Betrachtungsweise durchaus angeraten werden. Er wird mit ihrer Anwendung manche Erfolge erzielen und seine Patienten werden es ihm danken.

Arzt und Heilpraktiker

Gesehnes und Gehörtes vom Deutschen Heilpraktiker-Kongreß in Bad Cannstatt am 12./13. September 1953.

Der äußere Eindruck des Kongresses ist zunächst derselbe wie bei den in den letzten Jahren sich drängenden medizinischen Kongressen: Viele, sehr viele Kraftwagen, viele Menschen, die sich freundschaftlichst begrüßen, auf die Schultern klopfen, meist fröhlicher Stimmung sind und sich, soweit das feststellbar ist, kaum von fachlichen Dingen unterhalten. Es fällt auf, daß wenig geraucht wird. Die Tische sind mit Sträußen aus Heilpflanzen geschmückt. Nicht alltägliche Kleidung (wie z. B. Schillerkragen) und Haartrachten sind häufiger als unter Ärzten, außerdem erkennt man eine gewisse Beschwingtheit, einen Fanatismus, der gegen die manchmal etwas langweilige Ruhe und Sachlichkeit auf ärztlichen Kongressen absticht. Dem Durchschnitt der Anwesenden sieht man es an — ohne daß das eine Überheblichkeit bedeuten soll —, daß er sich weniger in jahrelangen Bemühungen mit tiefgründigen, mitunter auch wenig Erfolg versprechenden wissenschaftlichen Problemen herumschlägt, sondern daß er sich ebenso einfach in den persönlichen und Gedankenkreis der „Berufskollegen“ hineinfügt, wie sich seine dogmenähnliche Konzeption von der Zusammensetzung der Materie und ihrer Reaktion auf die kosmische Umgebung darstellt. Den Bedenken und Einwendungen des wissen-

schaftlich Geschulten steht das meist bedingungslose Ja oder Nein des Unverbildeten gegenüber.

Die Begrüßungen sind herzlich. Namentlich Behördenvertreter, die ihrer Lebensgangart nach in einem erheblichen Gegensatz zu der gedanklichen und praktischen Arbeit der Heilpraktiker zu stehen pflegen, werden besonders freundlich und mit lebhaftem Beifall begrüßt. Man ringt in diesem Kreise um öffentliche Anerkennung, die der approbierte Arzt — mag seine soziale Stellung im Augenblick auch noch so unbefriedigend sein — schon seit Jahrhunderten, vielleicht seit Jahrtausenden besitzt. Um diese Stufe der Anerkennung zu erklimmen, beruft man sich betont auf Männer, die Marksteine der ärztlichen Entwicklung bedeuten, wie Hippokrates, Paracelsus, Hahnemann, und fügt dabei die Namen der Vorkämpfer für naturgemäße Heilweise wie Kneipp, Rapp, Schlegel mit ein. Dem Laien, der solche Ausführungen mit anhört, scheint damit ein Gegensatz zwischen Arzt und Heilpraktiker überbrückt zu sein, zumal wenn er Sätze mit Begeisterung verkünden hört wie: „Ein zweites paracelsisches Zeitalter ist angebrochen!“

Für die Ärzteschaft ist es interessant, schlaglichtartig auf diese Dinge hinzuweisen, zumal unter denen, die

den Heilpraktikern lebhaften Beifall zollten, auch approbierte Ärzte waren. In diesem „miteinander“ sieht der Laie die ersehnte „Synthese“ zwischen Arzt und Heilpraktiker und die Abwehr gegen alle „überheblichen“ Versuche des studierten Arztes, den Heilpraktiker als einen blutigen Laien von sich abzuschütteln. Ist es erlaubt, aus dem, was dieser Kongreß zu bieten hatte, derartige Folgerungen für die breite Öffentlichkeit zu ziehen? Oder handeln Ärzte — um ein konkretes Beispiel anzuführen — richtig, die sich mit Akupunktur befassen und hierfür einen wissenschaftlichen Interessentenverband gründen, wenn sie die Heilpraktiker, in deren Reihen die Anregung zu dieser Behandlungsmethode besonders gefördert wurde, von vorneherein aus ihrem Verbands ausschließen?

Die Beantwortung solcher Fragen geht aus dem Inhalt der gebotenen Vorträge hervor, auch wenn es in diesen an Seitenhieben auf die wissenschaftliche, die „Schulmedizin“, nicht gefehlt hat. Wenn ein Arzt zu einem Referat, namentlich zu einem Hauptreferat auf einem medizinischen Kongreß aufgefordert wird, so erwarten die Zuhörer, daß der betreffende Vortragende auf Grund der Kenntnis bisheriger Veröffentlichungen seine eigenen Forschungsergebnisse so vorträgt, daß sie wissenschaftlich möglichst unangreifbar sind, oder daß er in der Lage ist, die von seinen Zuhörern geäußerten Zweifel sachlich zu entkräften: Der Referent stellt sich vor der breiten Öffentlichkeit wenigstens eines nationalen Forums, das heißt der Kollegen, die dieselbe Sprache sprechen und die gleichen Begriffe aus ihrem Ausbildungsgang mitbringen, zu einer Kritik. Das ist auf dem Heilpraktikerkongreß zweifellos nicht der Fall gewesen. Was vorgetragen wurde, war Dogma. Daher konnten Sätze des einen Hauptredners (Angerer-München) wie „Beseitigung einer Krankheit unter Schädigung anderer Organe ist vom Übel“, „allopathische Heilungen gibt es nicht“, „Harmonie der Droge (als des naturgegebenen Heilmittels) spaltet sich in Heilkraft und Gift“, „das Auge ist das feinste Asthesiometer für krankhafte Veränderungen“, „Körper und Psyche schwingen in einem besonderen Rhythmus zum Kosmos“ (kosmisch-magnetisches Kraftfeld), „bei kundigem Blick in das Auge ist die Wahl der Therapie einfach“ (ob kalte Dusche oder Überwärmungsbad), „das Auge diktiert das Rezept bzw. zeigt den Erfolg der Droge“ völlig un widersprochen und mit lautem Beifall aufgenommen werden. Dasselbe gilt für einen zweiten Hauptredner Reinhardt Hemm über Krebsbehandlung: „Der Mensch selbst ist der Krebs an der Natur: Wald, Boden und Flüsse sind zerstört bzw. vergiftet, der maßlose Egoist Mensch kennt kein Hinneigen mehr zu den großen Gesetzen der Natur“, „bei Krebsen der inneren Organe gibt es nach Regeln der Schulmedizin (5 Jahre Freibleiben von Recidiven) nur 4% Heilung“, „die operative Behandlung des Brustkrebses führt zu 22%, die Behandlung ohne Operation zu 21% Heilung“. Es gäbe keinen medizinischen Kongreß, auf dem derartige Angaben bzw. Sentenzen keine scharfen Debatten auslösen würden, der Heilpraktikerkongreß zollte einhelligen Beifall!

Es war also nicht schwierig, die grundsätzlichen Unterschiede zu erkennen, und als einer der Redner voll Begeisterung von seinen Beobachtungen meinte, so etwas gehöre beschrieben und veröffentlicht, da war er

sich kaum bewußt, daß er gerade mit dieser Forderung den Schleier von dem gerissen hat, was im Auge des Publikums dem Heilpraktiker den Nimbus gegenüber dem studierten Arzt gibt, nämlich von dem Geheimnisvollen, jener Kraft, die sicher auch den guten vom weniger guten Arzt scheidet, die aber bei allen Ärzten in einem bestimmten Schatz von Wissen, Können und Erfahrung verankert sein muß, während sie beim Heilpraktiker oft voraussetzungslos sein darf.

Man wird bei aller kritischen Zurückhaltung aber auch als Arzt den Spiegel nicht ganz zu Hause lassen dürfen und einmal das Gesicht des eigenen Berufsstandes betrachten müssen.

Es ist längst bekannt, daß eine Reihe von Behandlungsmethoden einem Erfahrungsschatz entsprungen ist, der von kurierenden Pfarrern, Lehrern und Schälern stammt, und der heute in die anerkannten Behandlungsgrundsätze der Ärzte aufgenommen worden ist. Sollte es mit diagnostischen Methoden auch so gehen? Soll das Verlangen, das in Cannstatt vorgebracht worden ist, daß ein weites Gebiet vorbeugender Medizin, die heute als Monopol der Amtsärzte gilt, in Form der Reihenirisdagnostik zur Früherkennung drohender schwerer Erkrankungen führen soll, in die Tat umgesetzt werden? Was hat es überhaupt mit der Irisdiagnose auf sich? Sie wurde von Laien ausgebaut, gelegentlich von Außenseitern der zünftigen Medizin benützt und ihr Wert auch angeblich objektiv geprüft. Man ließ den Irisdiagnostiker in Kliniksälen seine Diagnose stellen und verglich diese Diagnose mit der des Klinik-Direktors bzw. seiner Assistenten und kam zu dem Ergebnis, daß ein hundertprozentiges Fehlurteil vorliege. Wesentlich exakter wurde die Prüfung mit der Methode der Fotografie, namentlich der Farbfotografie des vergrößerten Irisbildes. Es ist vielleicht bekannt, daß derartige Versuche schon während des Krieges in Stuttgart von Dr. Hoffmann gemacht wurden. Heute gibt es ein von Oberarzt Dr. Vida und Deck mit einem Vorwort von Doz. Dr. E. Volhard herausgegebenes Werk über die klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris, das in ausgezeichneten Reproduktionen Irisbilder wiedergibt und damit eine Möglichkeit zur objektiven Kritik gibt. Es besteht kein Zweifel, daß diese Veröffentlichung zu Nachprüfungen führen wird, auf deren Ergebnis man gespannt sein darf. Die Heilpraktiker sehen jedenfalls in der Förderung ihrer bisherigen hauptsächlich diagnostischen Methode den Anbruch des zweiten paracelsischen Zeitalters. Ein Normalanatom hat die Frage nach der Beziehung gewisser Organe zu Irisabschnitten, etwa in Form bestimmter nervöser, anatomisch festlegbarer Verbindungen, mir gegenüber nicht befriedigend beantworten können, glaubte aber, daß man bestimmte Bauformen der Iris mit den Konstitutionstypen, etwa nach der Kretschmer'schen Einteilung, in Verbindung bringen könne. Die Heilpraktiker verteidigen mit einem gewissen Fanatismus und viele sicher auch mit Idealismus ihre Anschauung und handhaben die Methode so, daß der Laie sie bedenkenlos und ohne Kritik annimmt.

In den anderen, im ganzen sehr anfechtbaren Thesen mag auch mitunter ein Korn Wahrheit stecken, an der wir aus einer mangelnden Gefühlsbetonung gewissen, sicher wichtigen, Dingen unserer Berufsarbeit gegenüber einfach vorübergehen. So ist die Boden- und Wasserverunreinigung ein Problem, dessen Bedeutung von

der offiziellen Hygiene gesehen wurde, und an dessen Verbesserung mit allerdings bescheidenen Mitteln laufend gearbeitet wird, aber es fehlen die flammenden und bis zu einem gewissen Grade die Öffentlichkeit begeisternden Proteste, wie sie aus den Kreisen der Naturheilkundigen kommen, die sich durch diese Übelstände in ihrer Substanz angegriffen fühlen und sich daher mit heiligem Zorn gegen sie zur Wehr setzen. Der Durchschnittsbürger begnügt sich indessen mit der These des offiziellen Hygienikers, daß durch die Chlorung des Trinkwassers in dasselbe eingedrungene Krankheitskeime restlos abgetötet werden und daß man dann an das Zitat aus Wagners Siegfried erinnernd, den Sudel beruhigt saufen kann! Mit solchen Beispielen wird man an die Lösung der gestellten Fragen herangreifen.

Was sich auf einem Kongreß, wie dem der Heilpraktiker in Bad Cannstatt, getroffen hat, hat den Wunsch, frischen Wind zu entfachen auf Gebieten, auf denen die mit einem unangenehmen Beigeschmack als „Schulmedizin“ bezeichnete gelernte Arztkunst angeblich versagt. Die Zusammensetzung der Besucher ist völlig heterogen: Unter sich würden sich bestimmt verschiedene Richtungen heftigst bekämpfen, im Endgedanken, etwas

Neues in die Heilkunst einzuführen, sind sie sich aber einig. Unter diesen Männern und Frauen mag es viele System- und Dogmengläubige geben, mit denen man nichts anzufangen weiß, aber es sind auch Teilnehmer da, die von dem Streben nach einem Aufwärts im Erkennen und einem Näherrücken zur studierten Heilkunde durchdrungen sind. Bei letzteren findet man bekanntlich nicht so selten die Tatsache, daß sie darauf drängen, daß ihre Kinder Medizin studieren. Hat man in der Schulmedizin trotz aller Errungenschaften, die gerade in den letzten Jahrzehnten auf dem Gebiete der Therapie erzielt worden sind, ein Recht, den ernstlich Strebenden unter den Heilpraktikern Prügel in den Weg zu werfen oder ihre Methoden unbesehen zu verneinen? Ich glaube nein, aber man wird sie sinnvoll und zum Wohle der Kranken in den Gesamtbau unseres Berufes einbauen müssen; dort wird sich zeigen, wer und was sich bewährt. Solchen Kräften darf die Anerkennung nicht aus einer Überheblichkeit des Akademikers versagt werden, ihr Einbau in die Gesamtmedizin bringt aber keine Synthese, wie der medizinische Laie sich das vorstellt, sondern biologisch ausgedrückte eine Resorption.

Information

zur Vermeidung von Unfällen bei Undichtheiten des Gasrohrnetzes

Die Technischen Werke der Stadt Stuttgart geben bekannt:

In keinem Gas- und Wasserrohrnetz lassen sich Undichtheiten infolge von Brüchen und Anfrassungen ganz vermeiden, da diese durch unkontrollierbare Einflüsse, wie z. B. chemisch wirksame Bodenbestandteile, Bodenbewegungen bei Frost- und Tauwetter, starke Regenfälle und Setzungen des Bodens bei aufgefülltem Gelände hervorgerufen werden. Solche Undichtheiten können jederzeit auftreten, auch wenn die betreffenden Leitungen bis dahin völlig in Ordnung waren. Derartige Schäden machen sich in der Regel durch Gasgeruch sofort bemerkbar und können, falls unverzüglich Meldung an den Bereitschaftsdienst der Technischen Werke in Stuttgart, Sickstr. 9, (Telefon 4 34 44) bzw. an die zuständige Betriebsstelle der Technischen Werke oder das nächste Polizeirevier erfolgt, behoben werden, ohne daß weiterer Schaden eintritt.

Plötzlich auftretende Leitungsbrüche können eine Zeitlang unbemerkt bleiben, und zwar so lange, bis an dieser Stelle die normale Überprüfung vorgenommen wird oder bis sich das Gas bemerkbar gemacht hat. Hierbei besteht nun die große Gefahr, daß sich das Gas durch lose Erdschichten, durch Fundamentmauern oder ent-

lang an Hausanschlußleitungen in Kellerräume und weiter in Wohnräume, insbesondere von Erdgeschoßwohnungen hindurcharbeitet. Beim Durchdringen von Erdschichten kann das Gas dazu seinen typischen, ihm absichtlich beigegebenen Geruch verlieren, so daß in den vergifteten Räumen überhaupt nichts wahrnehmbar ist. Man muß daher sowohl bei Gasgeruch als auch bei Auftreten lediglich von Unwohlsein, Benommenheit, Lähmungen und Ohnmachten, abgesehen von sofortiger Durchlüftung der Räume und Entfernung der erkrankten Personen, unverzüglich den Bereitschaftsdienst bzw. die nächste Betriebsstelle der Technischen Werke oder das nächste Polizeirevier verständigen. Zur Vermeidung von Explosionen ist auch streng darauf zu achten, daß in gefährdeten Räumen nicht mit offenem Feuer hantiert und kein elektrischer Schalter betätigt wird. Von großer Bedeutung ist auch noch, daß **jeder Arzt, welcher zu Kranken wegen Unwohlseins, Benommenheit, Lähmungen, Ohnmachten usw. gerufen wird und die Ursache der Erkrankung nicht sofort einwandfrei erklären kann, die Möglichkeit einer Gasvergiftung in Erwägung zieht und für sofortige Benachrichtigung der obenerwähnten Stellen Sorge trägt und die sonstigen erforderlichen Maßnahmen ergreift.**

Eingesandt

Aus der Kritik heraus erwächst der Fortschritt

Unter der Überschrift: „Berufsverbände nichtwissenschaftlicher Zielsetzung zur Vertretung ihrer speziellen Fachinteressen“ erschien in Heft 9 an dieser Stelle ein Artikel, der die vorhandene Sachlage nicht trifft und uns — trotz Ablehnung polemischer Diskussionen — zu einer aufklärenden Erwiderung veranlaßt, um unsere sachliche und bisher nicht öffentliche Arbeit im Sinne der freiberuflich praktizierenden Ärzteschaft darzulegen.

Der Kollege, dessen „Eingesandt“ in der finalen Feststellung gipfelt: „Berufsverbände nichtwissenschaftlicher Zielsetzung gefährden unsere Einheit“, befindet sich im Irrtum. Jedenfalls befindet er sich im Irrtum, wenn er das Ziel des „Berufsverbandes frei tätiger Allgemein-Ärzte e. V.“ darin zu sehen versucht, unsere Absicht könnte es sein, aus dem Honorarkuchen der KV sich selbst für die eigene Berufsgruppe ein anteilig größeres Stück zuteilen zu lassen oder etwa

darin, oppositionell gegen oder außerhalb der Kasenärztlichen Vereinigungen oder der Ärztekammern zu agieren. Wir werden bezichtigt: des Mißtrauens gegenüber den gewählten Vertretern in Kammern und KV, welchen es wahrlich nicht um Macht zu tun sei und deren Bemühen wir durch unsere Gründung erschweren. —

Demgegenüber ist der „Berufsverband frei tätiger Allgemein-Ärzte e. V.“ überzeugt, daß es geradezu ein Versäumnis wäre, wenn wir unseren keineswegs neuen Ideen der speziellen Vertretung des freien Arztums nicht durch unsere Arbeitsgemeinschaft als eingetragener Verein (e. V.) und durch möglichst sachliches Arbeiten und hierauf begründete feste Forderungen tatkräftiger zum Durchbruch verhelfen würden!

Unter dem Vorwurf „Zersplitterung oder Eignigkeit“ hat zuvor bereits an gleicher Stelle, Heft 8, ein anderer Kritiker unseres Strebens geglaubt, uns nebenbei unterstellen zu können, wir möchten „als eingetragener Verein auf eigene Faust Geschäfte machen wollen“ und man möge doch „auf egoistische Auswüchse verzichten und Disziplin wahren“.

Wir vom Berufsverband wünschen nur, unsere Kritiker möchten uns noch besser kennenlernen! Erschreckend groß sind die Gefahren für die frei tätige Ärzteschaft als Berufsstand und hierbei vor allem der Ausverkauf jenes Krankengutes, was noch vor nicht einem Lebensalter die unbestrittene Domäne der frei tätigen praktischen Ärzte war! Es gilt viel Aufklärungsarbeit zu leisten, die bisher — nach dem Stande der heutigen Entwicklung — nicht in dem erforderlichen Umfang geleistet werden konnte. Es gilt aufzustehen dagegen, wenn immer wieder versucht wird, uns praktischen Ärzten immer neue diagnostische und therapeutische Aufgabengebiete wegzunehmen und diese ganz- oder teilsozialisierten Arztgruppen zu übertragen, welche sich hierdurch teilweise ihren eigenen späteren Weg in die freie Praxis zwangsläufig verbauen müssen.

Genügen den frei tätigen Kollegen die bisherigen Entwicklungen noch nicht, um ihnen endlich die Augen zu öffnen, wo wir heute stehen? Wie steht es denn heute in der Unfallversicherung mit der praktischen Handhabung des D-Arztverfahrens, mit den sich ausbreitenden Tendenzen in der Ausweitung der Fürsorgebestrebungen durch drohende Übernahme von Behandlungen, mit der über die Gesetzgebung zu erwartenden Sicherungen entwicklungsfähiger und bedrückender Privilegien der Krankenhausträger in der selbständigen ambulanten Krankenbetreuung, mit der zunehmenden Zuführung des Krankenguts aus der Industrie an hauptamtlich angestellte Werksärzte, mit den praktisch einem Verbot gleichkommenden Röntgenbestimmungen in ihrer Auswirkung auf praktische Ärzte, mit der Umwandlung von ärztlichen Sachleistungen in kleine Heilmittel und verhängnisvolle und gegenüber den Kranken nicht zu verantwortende Abzweigung an nichtärztliche „Therapeuten“.

Schon soll jede Handreichung in der Erleichterung unserer eigenen gedrängten Arbeit durch eine Hilfsperson — und sei es die Arztfrau — in der freien Praxis dann nicht mehr in Rechnung gesetzt werden können, wenn der Arzt sie nicht nur überwacht, sondern nicht mehr selbst persönlich ausgeführt hat! —

Es gäbe hierüber und über die Konsequenzen sehr viel zu sagen, und es gibt wichtiges Material zusammenzutragen und zu sichten, sowie verstärkt darüber zu wachen, um Versäumnisfehlern vorzubeugen, so daß unsere Arbeit, die wir uns aufgebürdet haben, wahrlich notwendig erscheint!

Seien wir doch nicht allzu autoritätsgläubig! Auch Professoren und ärztliche Standesführer irren mitunter, wie es ja uns auch unterlaufen kann. Arbeitsgemeinschaften, welche sich nur sachlichen Arbeiten unterziehen, können doch nur nützlich sein, wenn sie auch zunächst als unbequem erscheinen mögen!

Wer den Lindauer Ärztetag besucht hat, konnte sich des bestimmten Eindrucks wohl kaum erwehren, daß in der eindrucksvollen Betonung der ärztlichen Wünsche an die Regierung und in der Interessenvertretung der Ärzte durch manche Vorarbeit von berufsständischen Verbänden Wesentliches und Entscheidendes in nützlicher Weise mitgeholfen hat. —

Es gibt in jeder Standespolitik Fehlentwicklungen, die nicht unbedingt Ausdruck des bösen Willens oder schlechter Absicht sind. Wer selbst tief in ihr steht, sieht solche Möglichkeiten nicht immer in dem nötigen Abstand und wird viel-

leicht sich kritisch einmal von anderer und mehr unabhängiger Seite darauf hinweisen lassen, sofern er guten Willens ist. Das autoritäre Denken, das zu leicht sich einschleicht, ist eine Gefahr, welche die richtigen Entwicklungen zu gefährden vermag, auch manchmal innerhalb unserer gesetzlichen Standesvertretungen. —

Zur besseren praktischen Verwirklichung der erstrebten Wünsche erscheint uns eine Beschränkung unserer Aufgaben auf ein klares Ziel zweckmäßig, wenn wir nicht nur immer bei platonischen Erörterungen verbleiben wollen, während die Entwicklung über uns hinweggeht. So beschränkt sich der Verband mit seinen ordentlichen Mitgliedern auf niedergelassene praktische Ärzte, zur allgemeinen und eventuell auch persönlichen Wahrung ihres bedrohten Berufsstandes. Da in mancher Hinsicht die Interessen der Fachärzte divergieren, diese außerdem Fachverbände bereits gegründet hatten, als wir uns erst konstituierten, kann es nur unser Bestreben sein, in den gemeinsam berührenden Fragen, vor allem in bezug auf unsere gemeinsame freiberufliche Tätigkeit, mit diesen in nutzbringender Fühlung zu bleiben.

Es mag dies neu erscheinen und manche Kollegen, gerade aus der Allgemein-Praxis, mögen den Kopf schütteln, welche im freiberuflichen Existenzkampf ganz allgemein den Fachkollegen als bedrohlichsten Konkurrenten zu sehen gewohnt waren. Hierzu muß hervorgehoben werden, daß in seinem Spezialfach, in der freiberuflichen Tätigkeit, fast immer der Facharzt gegenüber dem nächsten anderen Fachkollegen die größere Konkurrenz darstellt. Ähnlich ergeht es dem praktischen Arzt in der Regel gegenüber dem niedergelassenen Kollegen der Allgemein-Praxis um die Ecke. Trotzdem schließen sich seit jeher — zum Teil aus den gemeinsamen Interessen der Lehre und Forschung heraus — die einzelnen Fachärzte in ihren jeweiligen Fachgruppen zusammen. So kam es auch bei Zusammenschlüssen von praktischen Ärzten, daß anlässlich von Zusammenkünften leider oft viel Wesentliches und Gemeinsames, was vor allem in der freiberuflichen Tätigkeit begründet liegt, übersehen wurde und Trennendes mit nicht immer vorteilhaften Affektäußerungen gegenüber den Fachärzten irreführend und leichtfertig herausgestellt wurde. —

Demgegenüber sei doch einmal klar ausgesprochen: Unsere eigentlichen Existenzbedroher generell sind die dem freien Arztum entfremdeten Interessenverbände! Seit langem verstehen es diese sehr geschickt — zur Erhebung von Ansprüchen und Anmeldung von Forderungen, zur Ausweitung ihrer Einflußsphären und zur Sicherung von Privilegien, sowie zur Schaffung von ärztlichen Reservaten in der Betreuung eines ausgesuchten Krankengutes — unter zweifelhaften sozialen Motivierungen und dem Mäntelchen der Wissenschaft, der optimalen diagnostischen Ausbeute oder therapeutisch-statistischer Erfolgsziffern, sich als Sprecher in entscheidenden Gremien beamteter oder angestellter ärztlicher Persönlichkeiten zu bedienen, obwohl gerade diese hierbei nicht berufen sein können, die eigentlichen Standesinteressen des freien Arztums zu vertreten, zumal sie für die täglichen Leistungen der frei tätigen Ärzteschaft keine objektiven praktischen Erfahrungen zu übermitteln bemüht sind. Solche zum Teil hochqualifizierte Fachkollegen, haben an Hand ihrer Laufbahn, die nie eine freiberufliche Tätigkeit einschloß, gar keine Witterung für die bedrohlichen Gefahren des freiberuflichen ärztlichen Standes, selbst oft bei bestem Willen nicht! Nur ein Bruchteil von ihnen kann für diese Dinge interessiert oder hellhörig gemacht werden. Dies hat sich bei Unterredungen mit unbefangenen und dem freien Arztum gegenüber aufgeschlossenen Kollegen aus der teilsozialisierten und beamteten Ärzteschaft schon oft gezeigt. —

So ist der Berufsverband frei tätiger Allgemein-Ärzte e. V. der Überzeugung, eine Zusammenarbeit und ein Zusammengehen der freiberuflichen Arztgruppen für gemeinschaftliche höhere Ziele ist geeignet, das freie Arztum in Deutschland — in gegenseitiger Unterstützung mit unseren Standesvertretungen als Bundesgenossen — vielleicht noch zu retten. Dies kann er zweifellos nicht allein, und es ist keine Frage, daß wir — im gegenseitigen Aufeinander-angewiesen-Sein — im Dienste der uns auferlegten Aufgaben auf sachlicher Basis immer bereit sein werden, gelegentliche unvermeidbare Interessensüberschneidungen oder Kontroversen mit einzelnen Facharztgruppen in vertrauensvoller Abgrenzung der verschiedenen Zu-

ständigkeiten zu überbrücken. Unter Voranstellung des freien Arztiums kann die Rückwirkung in der gemeinsamen Verfolgung der übergeordneten Ziele auf unseren Berufsstand der freiberuflich tätigen Ärzte nicht hoch genug eingeschätzt werden! —

Wir sind davon überzeugt, daß die laufende wachsame Verfolgung aller berufsständischen und sozialpolitischen Bestrebungen innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft im Blickwinkel des frei tätigen Arztiums und insbesondere auch des als Einzelwesen schwächsten praktischen Arztes fortan eine ständige Vertretung erforderlich macht. Diese Selbstverteidigungsaufgabe stellt eine dauernde Notwendigkeit dar, die in Deutschland leider dringlich und keineswegs eine vorübergehende zeitgebundene Zweckmäßigkeit mehr sein kann.

Wenn wir darüber hinaus dem bedrängten Kollegen mit Rat und Tat zur Seite stehen wollen, wo ihn als niedergelassenen Arzt der Schuh drückt, so freuen wir uns, wenn es uns möglich ist, ihm ebenso in sachlicher Weise persönlich helfen zu können, wie er sich vertrauensvoll an unsere Geschäftsstelle wandte. Gerade diese nicht immer erfreuliche Kleinarbeit, die oft recht beschwerlich und zeitraubend sein kann und Rückfragen erforderlich macht, bringt uns den Nöten und den Bedrängnissen der betroffenen Kollegen immer von neuem näher. So wird es hoffentlich möglich sein, „unter laufender Pulskontrolle“ dem existenzkranken frei tätigen Arzt in seiner beruflichen Einengung, seiner ständigen Bedrohung und seiner wirtschaftlichen Aushöhlung durch Interessengruppen bei jeder sich bietenden Gelegenheit in seinen beruflichen Sorgen wirksam behilflich zu sein.

In dieser Hinsicht könnten aufmerksame Beobachter vielleicht mit der Zeit noch einmal entdecken, daß wir nicht nur wirtschaftliche, sondern vielmehr auch andere praktische Vorstöße zur Erringung ideeller und kultureller Ziele zwecks Erhaltung unseres freiberuflichen Arztestandes mit weitsichtigen Dispositionen zu unternehmen bereit sind. Wenn die Verbündeten hierbei unsere gesetzlichen Ständesvertretungen sind, so soll uns dies in jedem Falle nur recht sein. Eigentlich glauben wir, dies annehmen zu dürfen. —

Die Ziele, die wir hegen, sind demnach keineswegs so dunkel oder abwegig, wie der Nichtkundige es glaubt. Wenn wir uns nicht mit offenem Visier in die berufsständische Arbeit begeben wollten, hätten wir wohl kaum schon im ersten Mitteilungsblatt unsere Ziele und Absichten einschließlich der Satzungen im Wortlaut in klarer und offener Fassung zur Darstellung gebracht. Mit das Wesentliche unseres Berufes als niedergelassene Ärzte ist die freiberufliche Tätigkeit, die ständig vor Fehlentwicklungen geschützt werden muß. Gerade auch hierin wünschen wir, es möchten unsere gesetzlichen Ständesvertretungen diese unserer berufsständischen Not dienende Arbeit als besondere Stütze betrachten. Unsere Satzungen, die in einer Demokratie uns alle nötigen Rechte der Wahrnehmung unserer berechtigten Interessen statutenmäßig offenhalten, wurden geschaffen, zur Erringung von praktischen und ideellen Zielen, die ausschließlich zum Wohle unseres Berufsstandes als frei tätige praktische Ärzte zum Tragen kommen sollen.

Dr. med. Karl E. Schmid

Prakt. Arzt

Zell. i. W.

Hierzu Dr. Gerber, Stuttgart, der Verfasser des „Eingesandt“ in Heft 9/53:

Eigentlich hätte sich Kollege Schmid viele Worte ersparen können. Alle die aufgeführten Gefahren für den praktischen Arzt und seine Nöte kennt doch jeder von uns genau. Am meisten Einblick aber haben die von uns gewählten Ständesvertretungen, in deren Vorstand die praktischen Ärzte immer die Mehrheit haben (z. B. in der Ärztekammer Nord-Württemberg: 11 Vorstandsmitglieder, davon 7 prakt. Ärzte; in der KV Nord-Württemberg: 7 Vorstandsmitglieder, davon 4 prakt. Ärzte). Sie erfahren täglich am eigenen Leib, wo uns der Schuh drückt. Sie haben aber auch infolge ihrer meist langjährigen Erfahrungen in der Ständespolitik Einblick in die Möglichkeiten der Abhilfe.

Vertrauen auf die selbstgewählte Ständesführung ist noch längst keine Autoritätsgläubigkeit.

Wichtig wäre mir gewesen zu wissen, wie Dr. Schmid den § 5 seiner eigenen Satzung, den ich besonders hervorgehoben habe, auslegt. Gerade darüber schweigt er aber. § 5 lautet:

„Die Beantwortung von Anfragen und die Führung von Verhandlungen mit Behörden, Kostenträgern, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Abrechnungsstellen usw. sollen von den einzelnen Mitgliedern im Einvernehmen mit dem Büro des Berufsverbandes frei tätiger Allgemein-Ärzte vorgenommen werden. Bei der Behandlung grundsätzlicher Fragen, die über den Einzelfall hinausgehen, sollen die Mitglieder des Berufsverbandes frei tätiger Allgemein-Ärzte sich der Vertretung durch das ständige Büro bedienen.“

Das ist der Pferdefuß! Wer nach diesem Paragraphen handelt, der sabotiert die Arbeit von Ärztekammern, KVen und Hartmannbund!

Wenn Herr Kollege Schmid schon den Lindauer Ärztetag erwähnt und die Arbeit der berufsständischen Vertretungen rühmt, so sollte er auch sagen, daß es die im Präsidium des Deutschen Ärztetages vereinigten Organisationen und keine Vertreter von Sonderinteressen einzelner Arztekategorien waren, die die Arbeit getan haben.

Gerade auf dem Lindauer Ärztetag wurde immer wieder der Ruf nach Einigkeit laut, und ich nehme an, daß der Kollege dort auch das Referat von Bihl gehört hat: Es gibt 39 Berufsverbände nichtwissenschaftlicher Zielsetzung, von denen nur 8 im Präsidium des Deutschen Ärztetages zusammengefaßt sind. Dabei war die Liste nicht einmal vollständig.

Bei jeder Delegiertenwahl zu Kammer und KV macht man die Erfahrung, daß Allgemeinpraktiker den Fach- oder Krankenhausarzt wählen, den sie als Konsiliarus eben kennen, statt den in Ständesfragen bewanderten Kollegen aus ihren eigenen Reihen. Warum? Invidia collegialis? Ich möchte keine Analyse treiben, nehme aber an, daß Kollege Schmid bei der wichtigen Wahl der Kammerdelegierten Baden-Württemberg unter invidia nicht zu leiden haben wird. Ich glaube sicher, daß er gern im Vorstand als Sachkenner fruchtbarste Arbeit leisten wird.

Gerber

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Ärzte und Zahnärzte für die Erstreckung des Versorgungsgesetzes

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Der Ausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg, der mit 12 gewählten Vertretern die offizielle Vertretung der Kassenärzte des Landes Baden-Württemberg verkörpert, hat am 18. November 1953 auf seiner Sitzung in Baden-Baden folgende Entschliebung einstimmig gefaßt:

„Der Ausschuß bejaht die Erstreckung des Gesetzes über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten und wünscht eine Rentenversorgung auf der Grundlage des Tübinger Systems unter Anpassung der Satzung an die Verhältnisse der einzelnen Landes-teile.“

Am 15. November 1953 hat in Tübingen eine Landesversammlung der Zahnärzte von Süd-Württemberg-Hohenzollern stattgefunden, bei welcher das Problem einer berufsständischen Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung besonders eingehend erörtert wurde. An dieser Versammlung haben etwa 450 Zahnärzte teilgenommen.

Gegen 1 Stimme und bei 3 Enthaltungen wurde folgende Entschliebung gefaßt:

„Die Landesversammlung der Zahnärzte in Tübingen am 15. November 1953 steht einhellig hinter der Einrichtung der Versorgungsanstalt nach dem Tübinger System und würde die Erstreckung des Versorgungsgesetzes auf das ganze Land Baden-Württemberg zugunsten der Zahnärzte der übrigen drei Regierungsbezirke begrüßen.“

Zum Fall Oesterle

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Sehr geehrte Redaktion!

In der illustrierten Zeitschrift „Revue“ vom 7. November 1953 fand sich eine aufsehenerregende Darstellung der Einweisung eines Geisteskranken in eine psychiatrische Klinik, die unter der Bezeichnung „Fall Oesterle“ allgemeines Interesse erweckt hat. Der Bericht der „Revue“ beruhte sowohl in der Art und Aufmachung als auch dem Inhalt nach auf völlig falschen Voraussetzungen und enthielt eine Reihe unwahrer Behauptungen. Da derartige Artikel geeignet sind, unberechtigtes Mißtrauen gegen die Arbeit der Psychiater und der Gesundheitsbehörden zu erzeugen und da der besagte Artikel zudem eine Diffamierung verschiedener Ärzte darstellt, erlauben wir uns, Ihnen eine Stellungnahme der in erster Linie von den Vorwürfen betroffenen Herren Prof. Dr. Rauch und Dr. Schupp, beide Universitäts-Nervenklub Heidelberg, zu Ihrer gefl. Kenntnis und Verwendung zu übersenden.

Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft
Dr. Mayer

Stellungnahme von Prof. Rauch und Dr. Schupp zu den Angriffen in der „Revue“ vom 7. November 1953

Dr. med. Ernst Schupp, Hilfsassistentarzt der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik Heidelberg, begegnete Oesterle erstmals im August 1951 während eines Urlaubs in Zell a. H. (Schwarzwald). Oesterle traf einige Tage später als Dr. Schupp in derselben Pension ein und nahm zu den Mahlzeiten am Tisch des Dr. Schupp und dessen Braut Platz. Bereits beim ersten gemeinsamen Abendessen erzählte Oesterle in aller Ausführlichkeit von seinem schweren Autounfall im Jahre 1949 und den fortwährenden Auseinandersetzungen mit der Gothaer Feuerversicherung wegen der sehr hohen Schadenersatzsumme. Anlässlich der Klagen des Oesterle über seine schwere gesundheitliche Schädigung gab ihm Schupp einige ärztliche Ratschläge und erzählte in diesem Zusammenhang, daß er in der Heidelberger Klinik nervenärztlich tätig sei. Diese Bemerkung bewog Oesterle sogleich dazu, Untersuchungsbefunde und Unfallgutachten seiner behandelnden Ärzte zu zeigen und im weiteren Verlaufe des Abends in quälender Weitschweifigkeit seine recht turbulente Lebensgeschichte zu berichten. Von seinen fortwährenden Erzählungen offenbar etwas überanstrengt, klagte er schließlich über stärkere Kopfschmerzen und bat um ein schmerzlinderndes Medikament. Die Braut Dr. Schupps bot ihm zwei „Gelonidia antineuralgica“ an, die er sofort einnahm. Eine Überempfindlichkeit gegen die üblichen Kopfschmerztabletten muß ihm wohl bekannt gewesen sein, denn er forderte augenblicklich dazu auf, sein Gesicht genau zu beobachten. Tatsächlich entwickelte sich dann nach etwa 10—15 Minuten eine Überempfindlichkeitsreaktion in Form eines umschriebenen Ödems im Bereich der Lippen, welches den Abend über anhielt. Als Oesterle auch am folgenden Tage noch über Kopfbeschwerden klagte, riet ihm Dr. Schupp, einen Arzt in Zell aufzusuchen. Zwei Tage darauf war Oesterle in aller Frühe abgereist.

An dem Tage, an dem Dr. Schupp seine Arbeit in der Klinik wieder aufnehmen sollte, erschien Oesterle in Heidelberg, um in der Privatwohnung von Dr. Schupp und in verschiedenen Kliniken Erkundigungen einzuholen. Schließlich suchte er den Oberarzt der Psychiatrischen Klinik, Herrn Priv.-Doz. Dr. Meyer, auf und behauptete ihm gegenüber,

daß er in Dr. Schupp beim ersten Zusammentreffen in Zell einen jener zwei Agenten namens „Sirich“ wiedererkannt habe, die ihn vor längerer Zeit (am 8. Dezember 1950) unter dem Pseudonym von Pressevertretern im Auftrage der Gothaer Feuerversicherung hätten aushorchen wollen. Die Versicherung Dr. Meyers, daß seine Annahme sicherlich auf einer Verwechslung beruhe, vermochte Oesterle keineswegs zu überzeugen. Er hinterließ einen Brief an Dr. Schupp, in dem er diesen aufforderte, die „Wahrheit“ einzugestehen, daß er besagter Agent der Gothaer Feuerversicherung sei, alles andere werde er dann mit der Versicherung selbst ausmachen.

In der Folgezeit richtete sich Oesterle immer wieder mit allen möglichen Schreiben an Dr. Schupp selbst und an den Oberarzt der Klinik. Trotz überzeugender Zusicherungen von mehreren Seiten, daß Dr. Schupp vor jenem zufälligen Zusammentreffen in Zell Oesterle nie gesehen und daß er weder privat noch dienstlich jemals Beziehungen zur Gothaer Feuerversicherung gehabt habe, beharrte Oesterle starr auf seinen Behauptungen.

Während der folgenden Monate erschien Oesterle noch zweimal in der Psychiatrischen Klinik, wobei seine Affektlage eine äußerst gespannte und seine Haltung eine drohende war. Einmal ließ er Dr. Schupp durch ein geschicktes Arrangement vor dessen Privatwohnung von seiner „Haushalterin“ abpassen, die Dr. Schupp offensichtlich als den Agenten „Sirich“ identifizieren sollte. Darüber hinaus setzte Oesterle seine schriftlichen Anschuldigungen fort und behauptete nun noch weiter, daß Dr. Schupp ihn mit jenen zwei Kopfschmerztabletten im Auftrage der Gothaer Feuerversicherung habe vergiften wollen, damit die Versicherung die Schadenersatzsumme nicht mehr an ihn auszuzahlen brauche. Oesterle sandte zusammenfassend Berichte, in denen er Dr. Schupp bei voller Namensnennung als „Helfer der Gothaer Feuerversicherungs-Bank auf Gangstertum“ bezeichnete, an alle möglichen Adressen und auch Behörden. An Dr. Schupp selbst schickte er aus Illustrierten herausgerissene Blätter, auf denen Mordscenen abgebildet waren und an deren Rand er Bemerkungen schrieb wie „... Das paßt zu Dr. Schupp!“ Auf einer Briefkarte empfahl er Dr. Schupp, sich doch unbedingt den Film „Weißes Gift“ anzusehen.

Erst diese zugespitzten Anschuldigungen und deren Publikation gaben die Veranlassung, daß sich Herr Oberarzt Prof. Dr. Rauch, der an der Klinik die gerichtlichen Gutachten zu machen pflegt und außerdem der Psychiater des hiesigen Gesundheitsamtes ist, an das damals für Oesterle zuständige Gesundheitsamt in Backnang/Württ. wandte. Herr Prof. Rauch war durch Dr. Schupp in allen Einzelheiten über die Ereignisse orientiert und konnte sich auf Grund der schriftlichen Unterlagen, die auch noch groteske Anschuldigungen gegen andere Personen enthielten, welche Oesterle hätten vergiften und erkränken wollen, ein zureichendes Urteil über den krankhaft-wahnhaften Ursprung der Behauptungen des Oesterle bilden. Das Schreiben an das Gesundheitsamt, dem alle schriftlichen Unterlagen beigefügt wurden, enthielt einen sachlichen Bericht über die Vorgänge und die Bitte, die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen zu treffen, da es sich bei Oesterle zweifellos um eine psychische Erkrankung handelte.

Am 29. September 1952 übersandte Oesterle Herrn Oberarzt Dr. Meyer eine Klageschrift zur Kenntnisnahme, in der u. a. gegen Dr. Schupp bei der Staatsanwaltschaft Konstanz am 10. Juli 1952 Strafantrag wegen Mordversuchs gestellt worden war.

DAS FLÜSSIGE SCHLAFMITTEL

PRO DORM

CHEM. FABRIK SCHÜRHOLZ KÖLN-ZOLLSTOCK

Individuelle Dosisberechnung
Minimale ungesunde Nebenwirkungen
Mit geringer Basis starke und nachhaltige
Schlafwirkung

1 cm 12 Tropfen, 0,3 Quantitätberechnung
0,25 Phenylbarbiturid
0,05 Diälylbarbiturid
0,075 Ammoniumbromid

Tropf-Flasche mit 6 cm DM 1,20 n. U.
= 10 cm DM 1,65 n. U.

Tabletten
1 Tablette 0,05 Quantitätberechnung
0,25 Diälylbarbiturid
0,015 Phenylbarbiturid
0,075 Ammoniumbromid

1 Böhren 10 Tabletten DM 0,70 n. U.

Ampullen (je 2,5 cm
20 Tropfen Lösung von Phenylbarbiturid,
Diälylbarbiturid, Quantitätberechnung mit
1,4% Natriumbromid)

Schachtel je 3 Ampullen DM 2,25 n. U.



Am 13. Oktober 1952 teilte das Gesundheitsamt Überlingen, an welches die Unterlagen über Oesterle zuständigkeitshalber weitergeleitet worden waren, mit, daß Oesterle amtsärztlich untersucht und in weitere Kontrolle genommen worden sei.

Erst als Oesterle im November 1952 eine Flugschrift mit seinen Anschuldigungen und Angriffen gegen die Berufsehre Dr. Schupps drucken ließ und in aller Öffentlichkeit verbreitete, machte Dr. Schupp den zuständigen Amtsarzt erneut auf Oesterle aufmerksam.

Über die Einweisung Oesterles in die Anstalt Reichenau wurde die Klinik am 19. Januar 1953 in Kenntnis gesetzt. Die späteren Begebenheiten, wie Oesterles Berufung und die Nichtanerkennung der fürsorglichen Aufnahme in die Anstalt durch das Verwaltungsgericht in Freiburg, erfuhren Prof. Rauch und Dr. Schupp erst anlässlich des Besuches zweier Reporter, die sich übrigens als solche der Zeitschrift „Der Spiegel“ vorstellten. Sowohl Prof. Rauch als auch Dr. Schupp haben den Reportern in sachlicher Form über die Ereignisse Auskunft erteilt.

Kurznachrichten

Versuchsreihe über Augen-Diagnostik

Im Heilbronner Krankenhaus wird künftig Material gesammelt, mit dessen Hilfe man die umstrittene Augen-Diagnostik wissenschaftlich klären will. Der Chefarzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses, Dr. Kibler, hat der Stadt Heilbronn 5000 Dollar von der New Yorker Max-Kade-Stiftung vermittelt. Mit Hilfe dieses Geldes und mit anderen Mitteln werden die Augen von Patienten, die an einer der 200 bekanntesten Krankheiten leiden, fotografiert. Ferner sollen Iris-Aufnahmen von Klein- und Schulkindern gemacht werden. Es ist vorgesehen, eine Schulklasse neun Jahre lang auf diese Weise systematisch zu beobachten.

Erreger der Kinderlähmung zum erstenmal fotografiert

Die fotografische Aufnahme des Erregers der Kinderlähmung mit Hilfe eines Elektronenmikroskops ist jetzt zum erstenmal gelungen. Die auf der gegenwärtig stattfindenden Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Elektronenmikroskopie vorgelegten Aufnahmen zeigen das Virus in 200 000- bis 300 000facher Vergrößerung als einen runden Ball. Das Virus ist etwa ein Vierzigtausendstel Millimeter groß. Die Bilder wurden von einem hochkonzentrierten Viruspräparat gemacht, mit dem Versuche zur Gewinnung eines Serums gegen

Kinderlähmung unternommen werden. Ein amerikanischer Wissenschaftler erklärte in diesem Zusammenhang, daß auf Grund der bisherigen Ergebnisse die Gewinnung eines solchen Serums möglich erscheine.

Medikamente gegen Alkoholismus?

Mit der Neufassung des Straßenverkehrsrechtes hat die Frage des akuten wie auch des chronischen Alkoholmißbrauches eine besondere Bedeutung gewonnen. Von Mund zu Mund wird erzählt und ein Teil der Presse hat es aufgegriffen, daß man akute Alkoholwirkung — d. h. einen handfesten Rausch — durch den Genuß von Traubenzucker beseitigen könne. Auch der chronische Alkoholismus, heißt es, soll nicht mehr durch langwierige Entziehungskuren, sondern kurzerhand durch Medikamente beseitigt werden können.

Daß der Traubenzucker gegen einen Rausch nicht hilft, ist bereits von ärztlicher Seite betont worden. Die zur sogenannten Heilung des chronischen Alkoholismus auf dem Markt befindlichen Mittel sind bestimmt nicht harmlos und in ihrer Wirksamkeit noch durchaus unklar. Um eine Klärung des Problems herbeizuführen, ist die Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft auf Anregung der deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gebeten worden, das Problem der medikamentösen Behandlung des chronischen Alkoholismus einer wissenschaftlichen Prüfung zu unterziehen.

Buchbesprechungen

Sven Moeschlin, Zürich: „Klinik und Therapie der Vergiftung.“ Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 430 Seiten, 53 Abb., DM 45.—

Moeschlin will mit seinem ausgezeichneten Buch eine Lücke ausfüllen, indem er ein vom Kliniker verfaßtes, modernes Vergiftungsbuch vorlegt. Dies ist ihm sehr gut gelungen. Die wichtigsten und häufigsten Vergiftungen z. B. durch Kohlenoxyd, Schlafmittel, Blei, Thallium, Quecksilber usw. sind sehr ausführlich behandelt, aber auch die selteneren Vergiftungen fehlen nicht. Die Anordnung ist sehr übersichtlich, sowohl in der Gliederung des ganzen Stoffes, wie auch bei der Besprechung der einzelnen Vergiftungen. Klinik und Therapie sind in der Besprechung dem Zweck des Buches entsprechend bevorzugt, dabei ist die Beschreibung des klinischen Bildes oft durch kurze Krankengeschichten noch belebt. In der Therapie sind die wesentlichen modernen Erkenntnisse berücksichtigt. Meist ist auch die pathologische Anatomie wenigstens kurz gestreift. Überall hat der Verfasser seine eigenen Erfahrungen aus seiner Tätigkeit an der Züricher Medizinischen Universitätsklinik zugrunde gelegt und die umfangreiche Literatur mit verarbeitet. Literaturangaben sind jedem einzelnen Abschnitt angefügt. So ist das vom Verlag sehr gut ausgestattete Buch ein außerordentlich wertvolles Nachschlagewerk für den Kliniker und für den Praktiker.

Dr. Hangleiter

„Behringwerk-Mitteilungen“ Heft 24, Elwert-Verlag, Marburg, DM 3.—

Am 10. Dezember 1951 wurde in Marburg/Lahn im Rahmen einer Erinnerungsfeier an die Verleihung des ersten medizinischen Nobelpreises an Emil von Behring im Jahre 1901 der von der Philipps-Universität Marburg zusammen mit der Behringwerke A. G. Marburg/Lahn im Dezember 1941 gestiftete Emil-von-Behring-Preis zum drittenmal verliehen. Nach Geheimrat Prof. Dr. Uhlenhuth, Freiburg i. Br., und Prof. Dr. Richard Kuhn, Heidelberg, ist der aus einer Medaille mit dem Bildnis Emil von Behrings, einer Urkunde und einem Geldbetrag bestehende Preis im Jahre 1951 dem durch seine bahnbrechende Entdeckung der Entgiftung des Diphtherie- und Tetanustoxins durch Zusatz von Formol verdienten Forscher der Veterinärmedizin Prof. Dr. Gaston Ramon, Paris, zuerkannt worden. Das Heft bringt die Texte der Ansprachen und der von Prof. Dr. Hans Schmidt, Marburg, gehaltenen Festrede über „Die Entdeckung der Antitoxine durch Emil von Behring“, die Behring-Preis-Vorlesung von Prof. G. Ramon neben teils farbigen Abbildungen des Nobelpreises von Emil von Behring, der Behringpreis-Urkunde für Prof. Ramon und der Satzung für den Emil-von-Behring-Preis. Besonders verdienstvoll ist der Abdruck der bis jetzt nur in schwedischer Sprache veröffentlichten Nobelpreisvorlesung, die Behring am 12. Dezember 1901 in Stockholm gehalten hat, in deutscher Übersetzung. Nicht nur der medizinisch-geschichtlich Interessierte, sondern jeder Arzt wird mit Gewinn und Anregung den Inhalt des Heftes verarbeiten.

Dr. Mayer

CORDISANOL-Diätvorschrift für salzfreie Kost

von Prof. Dr. W. Heupke, Frankfurt/Main

(kostenlos erhältlich von Dr. Schwarz KG, Monheim bei Düsseldorf)

liches Hilfsmittel begrüßen. Auf den einzeln herauslösbaren Diätblättern erhält der Patient ohne Hinweis auf irgendwelche Methoden der Behandlung oder Medikation in völlig neutraler Form alle notwendige Aufklärung. Die ebenfalls von Prof. Dr. Heupke verfaßten Diätvorschriften für Gallenranke, die die Firma Dr. Schwarz KG. vor über einem Jahr herausbrachte, haben inzwischen viel Zustimmung u. Verbreitung gefunden. Der CORDISANOL-Diätvorschrift dürfte der gleiche Beifall zuteil werden.

Für den Herzkranken und Hypertoniker wird die Einhaltung einer salzfreien Kost vielfach zur Lebensnotwendigkeit. So einfach diese Regel dem Fachmann erscheint, so wenig verständnisvoll zeigt sich häufig der einfache Patient. Man muß deshalb die jetzt von der Firma Dr. Schwarz KG., Monheim, herausgegebenen CORDISANOL-Diätvorschriften als nütz-

Gruber, Georg B.: „Einführung in Geschichte und Geist der Medizin.“ 4., neu bearb. Aufl. 1952, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 343 Seiten, 1 Abb., kart. DM 14.40.

Diese 1934 erstmals erschienene Einführung in die Medizin liegt nun in 4., neu bearbeiteter Auflage vor. An und für sich ist sie für den jungen Studenten geschrieben. Es wäre aber erwünscht, wenn sie jeder Medizinstudent zu Anfang eines neuen Semesters zur Hand nehmen würde. Die Grundlagen für das Studium unserer vorwiegend naturwissenschaftlich orientierten Heilkunde werden eingehend, aber doch in strafbarer Zusammenfassung dargelegt, es werden aber auch die für das ärztliche Handeln wichtigen psychologischen Kenntnisse vermittelt. Die Darstellung der vorklinischen und klinischen Fächer ist trefflich unterbaut mit Hinweisen auf die geschichtliche Entwicklung des Faches. So entsteht ein kurzes Weltbild des Arztes mit hoher ethischer Haltung, wie man es sich wünschen möchte, in das sich auch mancher ältere Arzt, dem das Leben eigene Erfahrungen und Anschauungen geschenkt hat, gern vertiefen wird. Prof. Dr. Stübler

J. H. Schultz: „Übungsheft für das autogene Training.“ 6. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1952, 28 Seiten, kart. DM 3.—.

Kurzgefaßter Leitfaden für den Arzt, der seine Patienten zum autogenen Training führen will. Wie Verf. im Vorwort selbst hervorhebt, vermag die kleine Schrift aber nicht die umfassende Darstellung zu ersetzen. Sie soll lediglich dazu dienen, ihm das notwendigste Handwerkszeug zu vermitteln, und dem Kranken, die Anweisungen des Arztes zu behalten, erleichtern. Prof. Dr. R. Gaupp jr.

G. Ewald: „Die Grenzen der Psychotherapie.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1952, 36 Seiten, kart. DM 3.30.

Aus seiner geistigen Sphäre und vom Standpunkt des Psychiaters alter Schule betrachtet Verf. kritisch-abwägend, an manchen Stellen abwehrend, aber letztlich doch in positiver Einstellung Psychoanalyse und Psychotherapie. Wenn er im Vorwort ausspricht, daß er mit seiner Schrift, die aus

Vorträgen erwuchs, sich wahrscheinlich manche Gegnerschaft zuziehen werde, so hat die sofort eingesetzte Reaktion psychotherapeutischer Kreise diese Vermutung bestätigt. Mit leidenschaftlicher Kritik wird freilich mehr zerschlagen als gewonnen. Nachgerade ist, und darin muß man als Psychiater ihm beipflichten, die „Psychotherapie“ auf dem besten Weg, eine Sekte zu werden, der Toleranz fremd ist. Wer erkenntnistheoretisch geschult ist, muß in einer Reserve bleiben gerade dann, wenn es ihm mit der Wissenschaft zu tun ist, bleibt sich bewußt, daß unserer Einsicht in den Menschen Grenzen gesetzt sind, die zu überschreiten nur in metaphysischer Spekulation möglich ist. Was die Kritik des Verf. hervorruft, sind in weitem Umfang Erfahrungen aus der Praxis. Daß diese Kritik nicht unberechtigt ist und heute noch Gültigkeit hat, läßt sich nicht abstreiten, auch wenn die Entwicklung psychotherapeutischer Lehren inzwischen weitergegangen ist. Der Streit geht nicht um die Psychotherapie als solche, sondern um die Dogmatisierung von Lehrsätzen und Meinungen. Und hier steht die Psychotherapie in der Tat zur Diskussion.

Prof. Dr. R. Gaupp jr.

Dr. med. habil. Carl Kruchen: „Röntgenärztlicher Beitrag zur Frage des Herdgeschehens.“ Allgemeines zum Herdgeschehen, Röntgendiagnose, Strahlentherapie und Strahlenbiologie, Ärzte-Verlag, Köln, 92 Seiten, Gz. DM 6.80.

Die Herderkrankungen gehören zu einem Gebiet des Krankheitsgeschehens, das sich in fast alle Fachgebiete der Heilkunde erstreckt. Es erfordert somit die Mitarbeit vieler Ärzte, und zwar sowohl hinsichtlich der weiteren Erforschung dieses noch nicht ganz geklärten Problems als auch hinsichtlich der zweckdienlichen Behandlung der immer häufiger festgestellten Herderkrankungen. Ein röntgenärztlicher Beitrag fehlte hier bisher. Dieser Beitrag, der von röntgenärztlicher Seite gegeben werden kann, ist größer, als man erwarten sollte. Er betrifft nicht nur die Röntgenuntersuchung verdächtiger Herderkrankungen, vor allem an den Zähnen, sondern auch das Gebiet der Strahlentherapie und Strahlenbiologie.

Bekanntmachungen

Vorläufiges Programm des Fortbildungskurses DAVOS 1954 24. Januar bis 7. Februar 1954

Themen:

- Gesamtgebiet der Tuberkulose einschließlich der chirurgischen Tuberkulosebehandlung, der urologischen Tuberkulose, der Tuberkulose der Augen und der HNO-Organen, spezielle Berücksichtigung der Heilstättenbehandlung im Hochgebirge.
- Klinik und Therapie der Herz- und Kreislauferkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der Kurbehandlung im Hochgebirge.
- Klimabiologie.
- Behandlung von Sportverletzungen und Sportschäden.
- Aktuelle therapeutische Themen aus dem Gesamtgebiet der Medizin.

Referenten: Leiter der Davoser Sanatorien, Schweizer Universitätslehrer, Referenten aus dem Bundes- u. Saargebiet. Klinische Visiten, Demonstrationen und Colloquien, sowie Besichtigungen von Heilstätten, Kureinrichtungen und des Forschungsinstitutes Davos finden nach spezieller Bekanntgabe während der Sitzungen statt.

Teilnahme an lungenchirurgischen Eingriffen in kleinen Gruppen nach spezieller Einteilung während der Sitzungen. Prospekte durch das Kongreßbüro, Bundesärztehaus Köln, Brabanterstr. 13.

Kongreßkalender

1.—5. Februar 1954

10. Fortbildungskurs in Karlsruhe über praktische Elektrokardiographie. Gesamthema: Funktionselektrokardiographie. Anmeldungen an das Sekretariat von Chefarzt Doz. Dr. Dr. Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe.



Altbekannte magen- und darmwirksame Bestandteile sind optimal kombiniert mit Succus Liquiritiae praep. zur diätlosen ambulanten Behandlung von

Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden

Keine Nebenerscheinungen.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

Erster Besuch beim neuen Bundesinnenminister

Nach Übernahme des Bundesinnenministeriums durch den neuen Innenminister Dr. Schröder stattete der Präsident des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, in Begleitung des Geschäftsführenden Vorsitzenden des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Dr. Karl Haedenkamp, und des Geschäftsführenden Arztes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Dr. Josef Stockhausen, am 6. November 1953 diesem seinen ersten offiziellen Besuch ab.

In einer fast eineinhalbstündigen Unterredung, an der auch der zuständige Staatssekretär des Bundesinnenministeriums, Bleek, teilnahm, hatten Prof. Neuffer und die ihn begleitenden Ärzte Gelegenheit, den Bundesminister des Innern eingehend über die berufliche und soziale Situation der deutschen Ärzteschaft zu unterrichten und ihm als dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister die wesentlichsten Wünsche der Ärzteschaft unter Bezugnahme auf die Beschlüsse des 56. Deutschen Ärztetages in Lindau vorzutragen.

Bundesinnenminister Dr. Schröder, der einige Tage zuvor in einer Rundfunkansprache im Hessischen Rundfunk auf die große Bedeutung, die er gerade den Fragen der Volksgesundheit beilege, hingewiesen hatte, versicherte, daß er den Problemen des ärztlichen Berufsstandes innerhalb des gesamten Gesundheitswesens größte Bedeutung beimesse und sie im Rahmen der durch das Grundgesetz gegebenen Möglichkeiten einer befriedigenden Lösung zuzuführen hoffe.

Gefährlichkeit der Behandlung des Keuchhustens durch kohlenensäurehaltige Luft in Gärkellern

Das Innenministerium hält den Aufenthalt in Gärkellern von Brauereien für keuchhustenkranke Kinder zwecks Beeinflussung oder gar Heilung dieser Krankheit aus folgenden Gründen für sehr bedenklich und gefährlich:

1. Die in den Gärkellern vorhandene Kohlensäure ist gesundheitsschädigend.
2. Durch den Aufenthalt in den kühlen Gärkellern tritt bei den Kindern, wenn sie nicht entsprechend angezogen sind, eine Unterkühlung mit der Gefahr einer weiteren zusätzlichen Schädigung, wie Lungenentzündung usw. auf.
3. Durch das Abwarten der „Heilwirkung“ nach dem Gärkellerbesuch können andere wichtige und wirksame Heilmaßnahmen versäumt werden, was sich gerade beim Keuchhusten äußerst ungünstig auswirkt.
4. Eine günstige Einwirkung von gasförmigen Stoffen in Brauereigärkellern auf die Keuchhustenerkrankung ist u. W. wissenschaftlich nicht nachgewiesen.
5. Soweit die Inhaber von Brauereigärkellern das Betreten ihrer Keller durch Kranke nur gegen Entgelt gestatten, kann darin unter Umständen ein Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz erblickt werden.
6. Wie dem Innenministerium bekannt geworden ist, werden die kleinen keuchhustenkranken Kinder von den Angehörigen oder Brauereiangestellten oft über den Gärbottich zwecks besserer Einatmung der „heilkräftigen Luft“ gehalten. Auf das Gefährliche dieses Unterfangens im Hinblick auf einen Unfall oder die konzentrierte Einatmung von Kohlensäure sowie auf die Möglichkeit etwaiger Regreßansprüche braucht nicht besonders eingegangen zu werden.

Das Innenministerium hat die Regierungspräsidien ersucht, das Erforderliche zu veranlassen.

Der Ärztekammerausschuß Baden-Württemberg erhält von dem vorstehenden Schreiben Kenntnis.

Innenministerium
Im Auftrag
gez.: Dr. Unger

Einziehung von Impfstoffen und Seren

Eine Bekanntmachung des Innenministeriums Baden-Württemberg über die Einziehung von Impfstoffen und Seren vom 6. November 1953 X 7871/24 wurde im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg Nr. 93 vom 28. November 1953 veröffentlicht.

Wutschutzbehandlungsstellen in Baden-Württemberg:

Bürgerhospital, Innere Abteilung, Stuttgart, Wolframstr. 61;
Ludolf Krehl-Klinik der Universität Heidelberg;
Chirurgische und Medizinische Universitätsklinik Freiburg/Br.;
Chirurgische Universitätsklinik Tübingen/N.

Innenministerium
Im Auftrag
gez.: Dr. Unger

Betr. Nelsontest

(Ergänzende Syphilisreaktion zur Entscheidung schwieriger, diagnostisch unklarer Fälle)

Prof. Dr. Stühmer, Universitäts-Hautklinik Freiburg i. B., schreibt uns:

Im Laboratorium der Hautklinik (Serodiagnostische Abteilung) haben wir den Treponemen-Immobilisierungstest nach Nelson („Nelsontest“) unter die Untersuchungsmethoden bei Syphilis aufgenommen.

Mit den bisherigen Komplementbindungs- und Flockungsreaktionen werden im Syphilitikerblut zwar sehr charakteristische, aber nicht als Spirochaeten-Antikörper anzusprechende Reaktionssubstanzen nachgewiesen. Beim Nelsontest handelt es sich dagegen um eine spezifische Antigen-Antikörper-Reaktion gegenüber *Treponema pallidum*. Das Verfahren beruht auf der Tatsache, daß in einem Nährmedium aufgeschwemmte Treponemen durch spezifische Antikörper, die sich im Serum (Liquor) des Syphilitikerblutes finden, immobilisiert werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, daß es sich bei dieser neuen diagnostischen Methode nicht um eine einfache Ergänzung oder Verbesserung der üblichen Seroreaktionen auf Syphilis handelt, sondern um ein neues Prinzip, welches gestattet, in besonders schwierigen, diagnostisch unklaren Fällen den Nachweis einer vorliegenden Syphilis zu erbringen. Gegenstand dieser Untersuchungsmethode werden, soweit das bisher bekannt ist, also folgende Gebiete sein:

1. Hartnäckig positive Seroreaktionen als Zufallsbefund (z. B. bei Blutspendern).
2. Unspezifische Seroreaktionen der üblichen Methoden als solche zu erkennen, z. B. bei Endocarditis lenta, atypischer Pneumonie, Malaria, infektiöser Mononucleose u. a.
3. Die Sicherung der Diagnose Syphilis bei fraglichen Fällen von latenter, erscheinungsfreier Syphilis, Spätsyphilis mit negativen Seroreaktionen, ganz besonders auch Gefäß-Syphilis, Gummen, Lues cerebros spinalis und Paralyse.

Der Nelsontest kommt also nicht in Betracht für die Diagnose einer frischen Syphilis, da hier die üblichen Seroreaktionen frühzeitiger positiv werden und diagnostisch vollständig ausreichen. — Auch für die laufende Überwachung des Behandlungserfolges wird der Nelsontest im allgemeinen nicht notwendig sein.

AM 49

RHEIN-CHEMIE - PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

BEI ASTHMA - BRONCHIALE

Anfallsfreiheit, ruhiger Schlaf, Wegfall der sekundären Herz- und Kreislaufbelastung, Appetit- und Gewichtszunahme, Rückkehr des Selbstvertrauens - sind die aus der Praxis bestätigten Erfolge der Therapie mit AM 49

RHEIN-CHEMIE ARZNEIMITTEL

Die Kosten für den Nelsontest betragen bei:
 Selbstzahlern 40.— DM
 Selbstzahlern mit Privatkassen (nach Adgo) 26.— DM
 Kassenpatienten (nach Preugo) 20.40 DM
 (Hier ist die Genehmigung der Kasse vorher einzuholen.)

Wichtig: Der Patient darf eine Woche vor der Blutentnahme für den Nelsontest kein Penicillin und mehrere Wochen zuvor kein Salvarsan oder Wismut erhalten haben!

Bei der Blutentnahme ist auf strengste Sterilität zu achten. Desinfektion der Haut mit Äther; Abnahme und Versand des Blutes am besten in Venülen.

Auf dem Einsendeschein bitten wir deutlich zu vermerken: „Nelsontest“.

Bei Anfragen stehe ich jederzeit zu weiteren Auskünften zur Verfügung.

Anschrift: Freiburg i. Br., Hauptstr. 7. Telefon 63 05.

Wichtig!

Nach einer grundsätzlichen Entscheidung des Oberversicherungsamtes Hannover vom 31. März 1953 unterliegen Ärzte während ihrer Tätigkeit als Praxisvertreter der Versicherungspflicht und der Rentenversicherung der Angestellten.

(Oberversicherungsamt Hannover, Spruchkammer III/4 Ang. 33/52).

Der Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung teilt mit:

Die Tagung der sog. Internationalen Freien Akademie für Krebsforschung in Bad Kreuznach steht in keiner Beziehung zu maßgeblichen wissenschaftlichen Instituten und zu solchen mit Krebsforschung beauftragten Stellen, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft betreut werden, auch nicht zu den Organisationen, Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften für Krebsbekämpfung des Bundesgebietes, die im Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung zusammengeschlossen sind. Der Deutsche Zentralausschuß gehört zugleich der Internationalen Vereinigung gegen den Krebs (Union Internationale contre le Cancer), deren nächster internationaler Kongreß im nächsten Sommer auch unter Anteilnahme angesehener deutscher Fachvertreter in Sao Paulo (Brasilien) stattfindet.

Wenn in einer Pressemitteilung der Eindruck erweckt wird, als seien bis jetzt für eine Früherfassung und Bekämpfung der Krebskrankheiten noch keine über nationale Grenzen reichenden Bestrebungen vorhanden, so ist das irreführend. Krebsforschung und Krebsbekämpfung ist eine übernationale Aufgabe, der in allen Kulturländern rege Aufmerksamkeit geschenkt wird; sie darf aber nicht von einer einzelnen kleinen Sondergruppe für sich beansprucht werden.

Warnung!

Von dem Regierungspräsidium Nordwürttemberg wird uns mitgeteilt, daß Herr Fritz Schmidt, geboren am 18. Juli 1896 in Duisburg, aus dem Altersheim Neuenheerse entflohen ist. Es ist anzunehmen, daß Herr Schmidt versucht, an seinem neuen Aufenthaltsort, der unbekannt ist, auf unrechtmäßige Weise in den Besitz von Betäubungsmitteln zu gelangen. Da es möglich ist, daß Herr Schmidt unter falschem Namen auftritt, ist auf eine eingezogene Hautnarbe über dem Stirnbein oberhalb des Haaransatzes hinzuweisen. Bei Wiederauftreten erscheint es angezeigt, polizeiliche Ermittlungen zur Person des Herrn Schmidt durchführen zu lassen und seine Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt zwecks Beobachtung auf seinen Geisteszustand und zur Verhütung weiteren Betäubungsmittelmißbrauches zu veranlassen.

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und der ärztlichen Buchführungs- und Steuerstellen e. V.

Diejenigen Ärzte, denen die für ihren Praxisbereich in Frage kommende Privatverrechnungsstelle nicht bekannt ist, bitten wir, sich an folgende Adresse zu wenden: „Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und der ärztlichen Buchführungs- und Steuerstellen e. V., Büdingen/Oberhessen, Gymnasiumstraße 20.“

Sprechtage der Orthopädischen Versorgungsstellen in Baden-Württemberg im Dezember 1953

Ort	Stelle	Tag	Sprechzeit
<i>Orthopädische Versorgungsstelle Stuttgart:</i>			
Freudenstadt	im Staatl. Gesundheitsamt am Markt (Landratsamt) 2. Eingang	15. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
Heilbronn	AOK, Allee 72, Erdgeschoß, Zimmer 33	10. 12. 53	8.00—13.00 Uhr
Kirchheim/Teck	AOK, Marktplatz 6, 1. Stock, Untersuchungszimmer	17. 12. 53	8.30—11.30 Uhr
Nürtingen	AOK, Neuffener Str., Erdgesch. Untersuchungszimmer	17. 12. 53	14.00—16.00 Uhr
Reutlingen	AOK, Tübinger Straße	14. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
Rottweil	Versorgungsamt, Körnerstraße 54	16. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
Schw. Gmünd	VdK, Hospitalstraße 11, Erdgeschoß	9. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Schw. Hall	AOK, Schulstraße 16, I. Stock, Untersuchungszimmer	1. 12. 53	8.30—12.30 Uhr
Tübingen	Arbeitsamt, Walter-Simon-Straße 1, Zimmer 10	21. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
<i>Orthopädische Versorgungsstelle Karlsruhe:</i>			
Bruchsal	Staatl. Gesundheitsamt Schönbornstraße 9	14. 12. 53	9.00—13.00 Uhr
Heidelberg	Versorgungszentrale Untersuchungszentrale Landhausstraße 31	2. 12. 53 16. 12. 53 23. 12. 53	9.00—13.00 Uhr
Mannheim	Allgemeine Ortskrankenkasse, Renzstraße 11 VdK	3. 12. 53 17. 12. 53	9.00—13.00 Uhr
Mosbach	Gasthaus zum Odenwald Hauptstraße 65	9. 12. 53	10.00—13.00 Uhr
Pforzheim	Städt. Sozialamt Pforzheim-Brötzingen	7. 12. 53	9.00—13.00 Uhr
Sinsheim	Gasthaus zum Krokodil	15. 12. 53	9.00—12.00 Uhr
Tauberbischofsheim	Staatl. Gesundheitsamt	10. 12. 53	9.00—12.00 Uhr
Weinheim	Dürre-Schule	22. 12. 53	10.00—12.30 Uhr
<i>Orthopädische Versorgungsstelle Ulm/Donau:</i>			
Mergentheim	Gasthof Theurer	2. 12. 53	10.00—13.00 Uhr
Crailsheim	Kreiskrankenhaus	3. 12. 53	10.00—12.00 Uhr
Ellwangen	Gasthof zum wilden Mann	3. 12. 53	16.00—17.00 Uhr
Ulm	Dienststelle	8. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
Heidenheim	Ortskrankenkasse	9. 12. 53	8.30—12.00 Uhr
Tuttlingen	Gasthaus Rosengarten	10. 12. 53	9.30—12.30 Uhr
Sigmaringen	Landeshaus	11. 12. 53	9.00—12.00 Uhr
Göppingen	Gasthof Bebenhäuser Hof	14. 12. 53	8.30—12.00 Uhr
Ravensburg	Gasthof zum Landhaus	16. 12. 53	9.00—12.00 Uhr
Saulgau	Feuerwehrhaus	17. 12. 53	9.00—12.00 Uhr
Riedlingen	Rathaus	17. 12. 53	15.00—16.00 Uhr
Aalen	Gasthaus zur Eisenbahn	21. 12. 53	9.00—13.00 Uhr
Ulm	Dienststelle	22. 12. 53	8.00—12.00 Uhr
<i>Orthopädische Versorgungsstelle Freiburg:</i>			
Neustadt/Schw.	Staatl. Gesundheitsamt	1. 12. 53	10.00—13.00 Uhr
Singen/a. H.	Gasthaus „Zum Sternen“	2. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Konstanz	Gasthaus „Zur Oberen Sonne“	3. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Donau- eschingen/Bad.	Gasthaus „Zum Hirschen“ Herdstraße 5	4. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Waldshut/Rhein	Gasthaus „Zum Rebstock“	9. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Lörrach/Baden	Gasthaus „Zur Traube“	10. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Lahr/Baden	Gasthaus „Zum Grünen Baum“	14. 12. 53	10.00—13.00 Uhr
Hausach/Baden	Gasthaus „Zum Hirsch“	15. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Offenburg/Baden	Gasthaus „Zum Schwanen“	16. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Rastatt/Baden	Gasthaus „Zum Schiff“	17. 12. 53	8.30—13.00 Uhr
Bühl/Baden	Gasthaus „Zum Deutschen Kaiser“	18. 12. 53	8.30—13.00 Uhr

Rheumastift »M« der hyperämiserende Salbenstift
 Indik. Rheumatismus · Lumbago
 Neuralgie · Ischias
 OP. DM 1.35
 Robugen G. m. b. H. Eßlingen a. N.

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



OP. DM 1.35

Robugen G. m. b. H. Eßlingen a. N.

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

Ausschreiben von Kassenarztsitzen (12/53)

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

Stuttgart-Stadt	Facharzt für Kinderkrankheiten
Stuttgart-Stadt	Facharzt für HNO
Stuttgart-Bad Cannstatt	prakt. Arzt
Stuttgart-Feuerbach	prakt. Arzt
Stuttgart-Zuffenhausen-Rot	prakt. Arzt
Stuttgart-Untertürkheim	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Gaildorf, Kreis Backnang	Facharzt für Augenkrankheiten
Gründelhardt, Kreis Crailsheim	prakt. Arzt
Schwäb. Gmünd	prakt. Arzt
Eislingen, Kreis Göppingen	prakt. Arzt
Uhingen, Kreis Göppingen	prakt. Arzt
Wäschenbeuren, Krs. Göppingen	prakt. Arzt
Heilbronn-Böckingen	prakt. Arzt
Weissach, Kreis Leonberg	prakt. Arzt
Kirchheim/T., Krs. Nürtingen	Facharzt für Lungenkrankheiten
Ulm	Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern nur um vorläufige 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. Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um drei der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben.

Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, zu erhalten. Die Bewerbungen müssen mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 4. 1. 1954 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg eingegangen sein.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto Stuttgart Nr. 5006 der KV Landesstelle Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 12/53“ bis 4. 1. 1954 einzuzahlen ist. Bei Bewerbungen um mehrere Kassenarztsitze in einer Ausschreibung ist die Gebühr von DM 5.— nur einmal zu entrichten.

Bericht über die 89. und 90. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 27. Oktober 1953 — 7.30 bis 12 Uhr —

In seiner 89. Sitzung wurde der Vorstand tätig als Berufungsinstanz in Disziplinarangelegenheiten.

Im unmittelbaren Anschluß trat der Vorstand zu seiner 90. Sitzung zusammen.

1. Dr. Knospe berichtet über die Sitzung des Disziplinarausschusses am 21. Oktober 1953.
2. Einige organisatorische Schwierigkeiten auf dem Gebiete des Versorgungswesens sollen in mündlicher Aussprache mit Vertretern des Versorgungsamtes bereinigt werden.

3. Fünf Kollegen haben trotz wiederholten Aufforderungen ihre Berufsnachweise immer noch nicht vorgelegt und hierfür auch keine Erklärung gegeben. Der Vorstand beschließt, in diesen Fällen nunmehr eine disziplinäre Überprüfung einzuleiten.
4. An den Honorarverhandlungen mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen am 10. November 1953 wird sich der ganze Vorstand beteiligen.
5. Verschiedenes (Beschwerden, Praxisverlegungen, Termin der nächsten Abgeordnetenversammlung).

Dr. Hämmerle

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der im Monat Oktober 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nord-Württemberg:

Dürr, Schwäb. Hall, 10; John, Göppingen, 20; Joos, Stgt.-Feuerbach, 20; Neuffer, Prof., Stgt.-Degerloch, 100; De Pay, Vaihingen/Enz, 10; Schröder, Stgt.-Bad Cannstatt, 5; Stützel, Bad Mergentheim, 20 (abgelehntes Honorar); Walenta, Weikersheim 10.

Zusammen: 195.— DM.
Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstraße 38, Postscheckkonto Stuttgart 5320; Girokonto 313 bei der Württ. Landesparkasse Stuttgart.

50. Doktorjubiläum von Dr. Karl Groschopf, Geislingen

Am 24. Dezember begeht der prakt. Arzt Dr. Karl Groschopf in Geislingen sein 50. Doktorjubiläum.

Der am 1. Dezember 1879 in Eßlingen geborene Jubilar wuchs in Geislingen auf, promovierte nach seinem medizinischen Studium in Tübingen und Berlin 1903 zum Dr. med. Als Assistenzarzt war er am Diakonissenhaus Schwäb. Hall und an der Charité Berlin tätig. Nachdem er auch als Schiffsarzt Dienst auf der Südamerika-Linie gemacht hatte, ließ er sich 1908 in Trossingen nieder. Den Weltkrieg erlebte er als Stabsarzt in Frankreich und Belgien.

Seit 1918 übt Dr. Karl Groschopf ärztliche Praxis in Geislingen und Umgebung aus und versah daneben auch lange Jahre das Amt als Bahn- und Postarzt.

Unsere besten Wünsche gelten dem hochgeschätzten Kollegen zu seinem Jubiläum.

Geburtstage

- Am 5. Januar 1954:
Dr. Carl Boss, Eßlingen, 75 Jahre
- Am 7. Januar 1954:
Dr. Rudolf von Uhle, Ellwangen/J., 80 Jahre
- Am 12. Januar 1954:
Dr. Otto Elsässer, Brackenheim, 75 Jahre
- Am 14. Januar 1954:
Dr. David Bantlin, Eßlingen, 75 Jahre

Wir trauern um unsere Toten

- Dr. Salzmänn, Mathilde, Stuttgart-N
geb. 20. 8. 1881, gest. 8. 11. 1953
- Dr. Kux, Franz, Eßlingen a. N.
geb. 26. 9. 1893, gest. 17. 11. 1953

Bei Eckhaltungen

Ephetonin-Hustensaft

E. MERCK AG · DARMSTADT

O.P. mit ca. 170 g DM 2.15 o.U., mit Dionin (0,032%) DM 2.35 o.U.

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinrich Sieber, Frauenarzt in Leutkirch, hat am 23. November 1953 seinen 75. Geburtstag gefeiert. Vor kurzem hat ihm die Universität Tübingen zu seinem Goldenen Doktor-Jubiläum seine Promotion erneuert.

Herr Dr. Sieber hatte früher eine Frauenklinik in Heilbronn und später bis 1944 eine in Stuttgart, wo ihm dann der Bombenkrieg seine Existenz nahm, so daß er nach Leutkirch übersiedelt ist. Herr Kollege Sieber ist eine im Kreise seiner Kollegen, die ihn kennen, hochgeschätzte und beliebte Persönlichkeit. Die Ärzteschaft des Landes spricht ihm nun, wenn auch etwas verspätet, zu den beiden Jubiläen ihre herzlichsten Glückwünsche aus. L.

Verdienstkreuz für einen Arzt

Unserem hochverehrten Kollegen, dem Stadtarzt im Ruhestand Dr. med. Karl Ehrle in Isny, ist vor kurzem das Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik im Ratsaal der Stadt Isny feierlich überreicht worden. Der Landrat würdigte in herzlichen Worten die Verdienste von Herrn Dr. Ehrle, die er sich als Arzt und Mensch und Angehöriger einer alten Isnyer Familie erworben hat. 56 Jahre lang hat Kollege Ehrle seine ärztl. Tätigkeit zum Wohle der Bevölkerung ausgeübt. Auch die Ärzteschaft des Landes spricht ihm zu dieser verdienten Ehrung ihre herzlichen Glückwünsche aus. L.

Nachruf

Am 19. November 1953 ist nach schwerem Leiden Kollege Dr. Paul Hartwich, Metzingen, verschieden. Nach langjähriger Tätigkeit im Osten hatte er sich nach dem Umsturz in Metzingen niedergelassen. Dort hat er sich allgemeiner Hochachtung und Wertschätzung als Arzt und Mensch erfreut. Wir Kollegen bedauern tief sein frühes Hinscheiden. Wir werden ihm stets ein dankbares Andenken bewahren.

Ärztlicher Kreisverein Reutlingen

Nachruf

für Herrn Dr. med. Josef Weiß, prakt. Arzt in Oberndorf a. N.

Am 24. November 1953 starb Herr Dr. med. Weiß mit 59 Jahren an einer sclerose bedingten Aortenruptur. Am 27. November 1953 wurde er unter großer Beteiligung der Ärzte des Kreises Rottweil in seiner Heimat Gosheim bestattet. Fast 15 Jahre war er in Oberndorf. Er hat viele Widerstände im Leben überwinden müssen, bis er sein Ziel erreicht hat, Arzt zu sein, und er wäre nicht Arzt geworden, wenn ihn nicht die innere Berufung dahin gedrängt hätte. Sein Lebensweg ist v o r s ä t z l i c h e s Tun gewesen. Dieses Festhalten an Gesetzen, die er sich selbst gegeben hatte, formte auch später seine Persönlichkeit. Zufall, Laune oder Glück waren für ihn nicht entscheidend. Erkenntnis, Wille und Vorsatz waren seine bestimmenden Faktoren.

So wurde er zum geachteten Arzt in Oberndorf, der mit unerhörter Einsatzfreudigkeit im Kriege in der Heimat rastlos für seine Kranken lebte. Tag und Nacht und nur für die Kranken, denen er bei dem Arztmangel während des Krieges das Letzte gab, obwohl er selbst ja noch vom ersten Krieg her schwer beschädigt war. Da er selbst innerlich unabhängig war und weder Leichtsinns, noch Leidenschaft für sich duldete,

gehörte er zu den Menschen, zu denen die Mitwelt Vertrauen faßt. Die christliche Grundhaltung, die, über alle Zweifel erhaben, sein persönliches und familiäres Leben bestimmte, machte aus ihm einen gerechten und sozial denkenden Mann, der, aufgeschlossen für die geistigen und materiellen Nöte, Helfer und Berater sowohl im ärztlichen als auch später im politischen Raum und ein warmer und tatkräftiger Verfechter wahrer Menschlichkeit und christlich sozialer Gesinnung wurde. Diese Hilfsbereitschaft, ja mehr noch dieser Helferwille hatte zur Folge, daß er sich gerne in den Dienst der Allgemeinheit stellte.

So wirkte er auch auf uns Ärzte. Er war kein Asket. Er freute sich mit Freunden und schätzte eine schöne Geselligkeit und frohe Stunden ebenso wie den Ernst der Arbeit. Sein Frohsinn war edel, sein Ernst überzeugend. Durch seine vorbildliche Kollegialität, die für ihn eine abgewogene Mischung von Rücksicht und eigenem Persönlichkeitswert war, wuchs er auch in unserem Ärztekreis über den Durchschnitt hinaus. Als wir Ärzte im Kreis Rottweil nach dem Krieg darangehen mußten, die Verhältnisse wieder auf der Basis des Vertrauens demokratisch zu ordnen, war es in Oberndorf Dr. Weiß gewesen, auf den die Wahl einhellig fiel und seine uneigennützigte Mitarbeit hat ihm das Vertrauen stets erhalten. Er war im ärztlichen Kreisausschuß als objektiver und sachkundiger Berater zum Wohl der Ärzteschaft unseres Kreises durch sein klares und bis zur Sturheit unbestechliches Urteil hochangesehen und ihm wurde auch die Leitung aller Wahlen, die im ärztlichen Kreisverein seit Kriegsende durchgeführt wurden, übertragen.

Mir als dem Vorsitzenden ist er in beispielhafter Verbundenheit zur Seite gestanden, so daß aus einer ursprünglich rein beruflich-sachlichen Zusammenarbeit ganz langsam und unmerklich eine Freundschaft geworden ist, die nun keine weiteren Früchte mehr tragen kann. Die Atmosphäre des Vertrauens und achtungsvollen kollegialen Zusammenlebens, die im ärztlichen Kreisverein Rottweil uns Ärzte verbindet, hat er entscheidend mitgeschaffen. Dafür sei ihm unser aller Dank gesagt.

Was er unermüdet seinen Kranken und in seiner politischen Tätigkeit in Oberndorf getan hat, wird dort in dankbarer Erinnerung zu halten sein. Er war mehr als nur ein Arzt, der seine Pflicht erfüllte. Er war ein Mann, der sich selbst linientreu gelebt hat und als Beispiel dafür in unseren Herzen weiterleben soll, als Beispiel, wie man als Arzt Christ sein, als Christ sozial sein, als sozial fühlender Mann der Allgemeinheit dienen kann und ein Leben erfüllt, das über den Tod hinaus zur Anerkennung zwingt.

Tübingen, den 30. November 1953

Dr. Bihl, Rottweil

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der in den Monaten August, September und Oktober 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württemberg-Hohenzollern:

Härle, Waldsee, 20; Haushalter, Schweningen, 10; Langbein, Fr., Pfullingen, 20; N. N. 30; Zusammen: 80.— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstraße 38, Postscheckkonto Stuttgart 5320; Girokonto 313 bei der Württ. Landesbanksparkasse Stuttgart.

NEU!

PECTAMED

Hustentropfen für Kinder und Erwachsene

O.P. mit 15 ccm . . . DM 1.15 o.U.

E. Merck AG · Darmstadt

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

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

Heimgekehrte Ärzte

Mit besonderer Freude geben wir davon Kenntnis, daß die beiden Kollegen Dr. Franz Arnold, Heidelberg, Bahnhofstraße 17, und Dr. Berthold Pfisterer, Heidelberg, Pleikartsförster Hof, aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückgekehrt sind.

Bericht**über die Delegiertenversammlung der KV-Landesstelle Nordbaden vom 21. November 1953 in Karlsruhe**

Herr Dr. Rist begrüßt den für den ausscheidenden Herrn Dr. Blümel, Karlsruhe, als Delegierten eingetretenen Herrn Dr. Hans Weiß, Karlsruhe, und dankt Herrn Dr. Blümel in warmen Worten für seine jahrzehntelange Mitarbeit in den ärztlichen Organisationen.

Herr Dr. Rist berichtet über die zu erwartende Zulassungsordnung. Die Delegiertenversammlung wählt die bisher im Gremium der Beauftragten der Vertragsparteien tätigen Vertreter der Kassenärzte als Mitglieder des neu zu bildenden Zulassungsausschusses. Der Vertreter der Nichtkassenärzte soll vom Marburger Bund und dem Verband der niedergelassenen Nichtkassenärzte vorgeschlagen werden. Zu Stellvertretern im Zulassungsausschuß I. Instanz werden gewählt:

Frau Dr. med. Buresch, Mannheim
Herr Dr. med. Hans Weiß, Karlsruhe.

Für den zu bildenden Berufungsausschuß benennt die Delegiertenversammlung als juristischen Vorsitzenden Herrn Oberregierungsrat a. D. Dr. Häussner. Als ärztliche Mitglieder werden die Herren Dres.

Preller, Pforzheim,
Schäfer, Mannheim,
Schneemilch, Bruchsal,

als Stellvertreter die Herren Dres.

E. Haass, Mannheim,
Graf, Heidelberg

gewählt.

Herr Dr. Rist berichtet dann noch über die Auswirkung des Bundesvertriebenengesetzes auf die Zulassung. Die Quote für Flüchtlingsärzte ist noch nicht ganz erfüllt, so daß bei den nächsten Zulassungen noch Vorrang für einige Flüchtlinge besteht.

Herr Dr. Hans Weiß, Karlsruhe, wird als Vorsitzender des Disziplinarausschusses I. Instanz gewählt, als Stellvertreter Herr Dr. van Briel, Karlsruhe. Die Umbesetzung war durch das Ausscheiden des Herrn Dr. Blümel, Karlsruhe, bedingt.

Im Landessenat wurde durch den Tod von Herrn Dr. Senner, Pforzheim, und durch das Ausscheiden seines Stellvertreters, Herrn Dr. Sievers, Pforzheim, eine Umbesetzung notwendig. Die Delegiertenversammlung wählte Herrn Dr. Treusch, Pforzheim, als ordentliches Mitglied und Herrn Dr. Lühl, Pforzheim, als Stellvertreter für den Landessenat nach § 18 des Ersatzkassenvertrages.

Die Delegiertenversammlung beschloß ferner eine Änderung der §§ 14 und 18 der Anordnung des Leiters der KVD zu § 8 der Satzung der KVD vom 20. September 1941. Sinn dieser Änderung ist, daß ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung im Disziplinarverfahren die Anklage vertritt, und zum andern, daß Ärzte, gegen die eine Disziplinarstrafe ausgesprochen wird, zu den Kosten des Verfahrens herangezogen werden können.

Herr Direktor Hermann berichtet über eine Besprechung mit der Bad.-Württ. Krankenhausgesellschaft wegen der Nebenkostentarife der Krankenhäuser und über den Stand der Verhandlungen mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen.

Ein Antrag der Kreisärzteschaften Buchen, Mosbach, Sinsheim, Tauberbischofsheim — auf Abänderung des bisherigen Honorarverteilungsmaßstabes — wird nach eingehender Besprechung zurückgezogen.

Die Delegiertenversammlung beschließt, daß bei unentschuldigter verspäteter Einreichung der Rechnungsunterlagen Ordnungsstrafen auferlegt werden können.

Bericht**über die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordbaden am 25. November 1953 in Karlsruhe**

Beginn: 14 Uhr

Ende 19.30 Uhr

Herr Dr. Geiger eröffnet die Sitzung mit einem Bericht über die Besprechungen mit dem Regierungspräsidium Nordbaden bezüglich Durchführung des Gesetzes über die Röntgenreihenuntersuchungen. Durch die Zusammenarbeit von Ärzten und den beauftragten staatlichen Stellen soll die reibungslose Durchführung des Gesetzes gewährleistet und verhindert werden, daß sich Gegensätze zwischen den Ärzten in freier Praxis und den staatlichen Stellen ergeben. Es wird eine Kommission gebildet, von der die Vorarbeiten für eine gemeinsame Propaganda geleistet werden sollen. Für diese Kommission wurden die Herren Dr. Geiger, Karlsruhe, Dr. Graf, Karlsruhe, und Dr. Kappes, Karlsruhe, bestimmt.

Die Bilanz für das Jahr 1952 wird genehmigt und dem Vorstand sowie der Geschäftsführung Entlastung erteilt.

Sodann berichtet Dr. Geiger über das Landesärztekammergesetz und seine Auswirkungen. Die Delegiertenversammlung beschließt die Bildung einer Kommission zur Erstellung eines Entwurfes der Wahlordnung.

Nun berichtet Dr. Holldack, Heidelberg, über die Sitzung des Zwölfer-Ausschusses, der zur Frage des Versorgungsgesetzes Stellung genommen und Abänderungswünsche für das Gesetz formuliert hat, die Herr Prof. Dr. Neuffer in der Informationssitzung des Landtages am 23. November 1953 vor dem sozialpolitischen und Rechtsausschuß des Landtages mitgeteilt hat. Herr Dr. Irion berichtet über die Informationssitzung des sozialpolitischen und Rechtsausschusses am

**Zur
Trocken-
Behandlung: Aktiv-Puder**

23. November 1953 in Stuttgart, bei der Vertreter der Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, der Versicherungsgesellschaften und des Versicherungsaufsichtsamtes zu Wort kamen. Auch die Vertreter der ärztlichen Oppositionen sind gehört worden. Aus den Ausführungen ist zu entnehmen, daß der überwiegende Teil der Heilberufe das Versorgungsgesetz bejaht, jedoch Wünsche bezüglich der Gestaltung der Satzungen bestehen.

Der Vorsitzende des Rechtsausschusses hat ausgeführt, daß die Arbeit der Ausschüsse wesentlich gefördert würde, wenn eine aus einer Urabstimmung stammende positive Einstellung zum Versorgungsgesetz vorliegen würde. Die Ausführungen der beiden Vorredner wurden durch Herrn Hermann und Herrn Dr. Wysocki ergänzt.

Sodann bestimmt die Kammer eine Kommission, die den Entwurf einer Satzung entsprechend den Verhältnissen in Nordbaden ausarbeiten soll. Ein Antrag der Herren Dr. Maiwald, Mannheim, und Dr. Grieger, Mannheim, auf Übernahme der Kosten, die aus der Versendung einer Stellungnahme

zum Versorgungsgesetz an alle Ärzte des Südweststaates entstanden sind, wird einstimmig abgelehnt.

Nun nimmt die Delegiertenversammlung Stellung zu einem Schreiben des Regierungspräsidiums Nordbaden zur Verleihung des Professor-Titels. Sie hält den früheren Beschluß aufrecht, daß es Sache des Kultministeriums bleiben soll, diesen Titel für besondere wissenschaftliche Verdienste zu verleihen.

Aus gegebener Veranlassung beschäftigt sich die Kammer mit dem Verhältnis Ärzte: Hebammen. Die Ärzte erwarten, daß die Hebammen keine Empfehlung für einen bestimmten Arzt geben, andererseits soll auch der Arzt bei der Wahl der Hebamme sich jeder Beeinflussung enthalten.

Herr Dr. Wysocki, Heidelberg, gibt sodann Bericht über zwei Sitzungen des Facharzt-Ausschusses. Es wurden 23 Facharztanerkennungen ausgesprochen, 2 Genehmigungen zur Führung des Zusatzes „prakt. homöopath. Arzt“ erteilt, 3 Anträge zurückgestellt und ein Antrag auf Führung des Zusatzes „Inhalatorium“ auf dem Arztschild abgelehnt.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Todtmoos, Kreis Säckingen für einen praktischen Arzt
Ettenheim, Kreis Lahr für einen Facharzt für Augenkrankheiten

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Januar 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, dem polizeilichen Führungszeugnis und dem Entnazifizierungsbescheid sind erforderlich:

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

Landesärztekammer Baden
Kassenärztliche Vereinigung

Abseits

Die Nottaufe

Der „Jeheimrat“ Professor Dr. Bernhard Krönig, weiland Ordinarius für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Freiburger Universität, war nicht nur ein hervorragender Kliniker, sondern auch ein glänzender Lehrer. Die Indikationen und Vorbedingungen zur Zange, mußten allen, denen er sie einhämmerte, unvergessen bleiben.

Auch bei der Schilderung der Querlage gab er uns einen kleinen mnemotechnischen Tip. Als er das Kind bis zu den Knien entwickelt hatte, sagte er: Meine Herren, Sie wissen bei einer Querlage nie, ob Sie das Glück haben, das Kind lebend zu Tage zu fördern, also machen Sie jetzt die Nottaufe und ... wenn es ein kleiner Jude ist, fügte er schmunzelnd hinzu!

So gewappnet fuhr ich kurz nach dem ersten Weltkrieg zu einer Querlage hoch in den Schwarzwald hinauf. Schon die Anfahrt zu dem einsam gelegenen Hof war eine beachtliche Leistung, denn ich fuhr ein kleines „Opele“ (Baujahr 1912). Als ich ankam, fand ich den Hof in völliger Dunkelheit vor — das elektrische Licht war ausgegangen.

Also ging es bei Kerzenlicht an die Arbeit: Querbett, hinter mir der zukünftige Kindsvater mit einer Kerze in der hochgehobenen Hand. Ich wendete, erwischte den richtigen Fuß und hatte das Kind bald bis zu den Knien heraus. Nun aber

schnell getauft. Ich taufe dich im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes auf ... Halt, ich wußte ja den Namen des ungeborenen Täuflings noch nicht und wollte gerade den Vater danach fragen, als es hinter mir rumpelte und das Licht ausging: der Vater lag in einer erlösenden Ohnmacht hinter mir auf dem Boden. Statt zu taufen, spritzte ich diesem das Weihwasser ins Gesicht und hatte ihn gleich wieder soweit, daß er mir Rede und Antwort stehen konnte. Das Licht brannte auch wieder. Ich taufte also schnell weiter auf den Namen Gottlieb, wie der Vater gemurmelt hatte. Ja ... aber ich wußte ja nicht, ob es ein Bub oder Mädchen werden würde! Nochmals gefragt, dann weiter: auf den Namen Gottlieb oder Adelheid.

Jetzt war es aber höchste Zeit von der geistlichen „Kurfuscherei“ wieder auf Geburtshilfe umzuschalten und in kurzer Zeit hatte ich eine niedliche kleine Adelheid in meinen Armen.

Dr. Hummel

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Venostasin“; Apoth. Müller G. m. b. H., Bielefeld, über „Aescosulf“; Dr. Gerh. Marx, Berlin-Charlottenburg; J. R. Geigy A. G., Basel, Pharma-Herstellung u. Vertrieb in Deutschland; Dr. Karl Thomae G. m. b. H., Biberach a. d. Riß, über „Irgapyrin Injektionstechnik“; Paulaner-Salvator-Thomasbräu A. G., München; C. F. Asche & Co. A. G., Hamburg, über „Endrine für die Nase“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Sölpyron“; Dr. med. Hubold & Bartsch, Sandkrug/Oldenburg, über „Azo-Präparate“.

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

