

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1955**

5 (1.5.1955)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

unter Mitwirkung von Dr. med. Hans Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Prof. Dr. med. Hans Kraske, Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 5

STUTTGART, MAI 1955

10. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Die Entwicklung der Morbidität bei den Pflichtkrankenstellen und ihre Auswirkung auf eine leistungsgerechte Bezahlung der Kassenärzte, von Johannes Seifert . . . . .	97	von Dr. med. Gerber . . . . .	109
Die Tübinger Versorgungsanstalt antwortet Herrn Dr. Albers . . . . .	102	von Dr. med. Heddaeus . . . . .	109
Irisdiagnostik und Homöopathie, von Dr. med. W. Bloß . . . . .	103	Pressestelle . . . . .	110
Ein deutscher Arzt schreibt aus Korea . . . . .	104	Kurznachrichten . . . . .	110
Eingesandt		Buchbesprechungen . . . . .	111
von Dr. med. W. Lang . . . . .	106	Bekanntmachungen . . . . .	112
von Dr. med. A. Schmitt . . . . .	107	Nordwürttemberg . . . . .	113
		Südwürttemberg-Hohenzollern . . . . .	118
		Nordbaden . . . . .	118
		Südbaden . . . . .	118
		Abseits . . . . .	123
		Neue Arzneimittel . . . . .	124

## Die Entwicklung der Morbidität bei den Pflichtkrankenstellen und ihre Auswirkung auf eine leistungsgerechte Bezahlung der Kassenärzte

Von Johannes Seifert

Die gegenüber der Vorkriegszeit festzustellende wesentliche Steigerung der Morbidität (Erkrankungshäufigkeit je Mitglied) ist zu einem Problem geworden, mit dem sich nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung und die Ärzte befassen, sondern die zuständigen staatlichen Stellen, Sozialpolitiker, Gewerkschaften, Wirtschaftspolitiker sowie die privaten Krankenversicherungen. Das umfassende Interesse ergibt sich aus der Feststellung, daß die für die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Geldmittel nach Angaben der Krankenkassen häufig nicht ausreichen, dem Leistungsbedarf der Anspruchsberechtigten und den sich daraus ergebenden Verpflichtungen gegenüber den Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern usw. im Rahmen einer leistungsgerechten Bezahlung zu entsprechen.

Da die Ansichten über die Ursachen der Steigerung mannigfaltig und oft widersprechend sind, soll in dieser Arbeit der Versuch unternommen werden, die Ursachen aufzuzeigen. Das erscheint um so notwendiger, weil nicht selten angenommen wird, daß die Steigerung keine echte, sondern zu einem Teil eine künstlich erzeugte sei. Dafür werden zumeist die Anspruchsberechtigten der Krankenversicherung, aber auch die Kassenärzte verantwortlich gemacht. Diese Behauptung mag in dem einen oder anderen Fall zutreffen.

Die Gründe für die tatsächlich vorhandene echte Steigerung der Morbidität sind andere. Es soll versucht werden, den Beweis dafür anhand von Material zu erbringen, das nicht nur der Krankenversicherung entstammt, sondern wesentlich aus anderen Quellen kommt. Es darf dabei auch nicht übersehen werden, daß die Steigerung nicht etwa eine typisch deutsche Er-

scheinung ist, sondern eine internationale, insbesondere eine europäische.

Vor einigen Wochen kam eine kleine Schrift zum Versand mit dem Titel „Leben und Sterben in der Bundesrepublik Deutschland“. Als Herausgeber zeichnet der Bundesminister des Innern, Abteilung Gesundheitswesen. In dem Heft ist auf den Seiten 6 bis 15 außerordentlich instruktives Material zu finden, durch welches ein großer Teil der Begründungen für die gestiegene Morbidität sichtbar wird. Besonders wertvoll sind die Schaubilder. Da ein Nachdruck gestattet ist, sei nachstehend davon Gebrauch gemacht, um die weiteren Ausführungen verständlicher zu machen.

Die Altersschichtung, die sich nach dem Schaubild des Jahres 1910 ergibt, ist für die damalige Zeit als günstig zu bezeichnen, zumal in wirtschaftlicher, sozialer, kultureller, insbesondere hygienischer und medizinischer Hinsicht nicht jener Grad der Entwicklung erreicht war, wie er heute festzustellen ist. Eine breite Jugendbasis sicherte den regelmäßigen Nachwuchs an Arbeitskräften. Von Altersstufe zu Altersstufe zeigt sich eine gleichmäßige Abnahme. So entsteht eine bemerkenswert regelmäßige Pyramide, die gesicherte und befriedigende Verhältnisse widerzuspiegeln scheint. Und doch waren die Verhältnisse keineswegs befriedigend.

Von 100 000 Geborenen erreichten damals nur zwei Drittel, nämlich 67 000 das dreißigste Lebensjahr, während es heute neun Zehntel, nämlich 89 518 sind. Die Lebenserwartung des Neugeborenen betrug damals 44 Jahre, während sie heute 64 Jahre beträgt. Das bedeutet, daß mit dem günstig erscheinenden Altersaufbau des Jahres 1910 noch eine sehr ungünstige Absterbeordnung verbunden gewesen ist. Die Menschen

leben heute länger und arbeiten länger; erreichen allerdings damit auch jene höhere Altersstufe, die naturgemäß mit einer gewissen Anfälligkeit verbunden ist. Dabei ist bezüglich der Morbidität noch zu bedenken, daß die jüngeren Jahrgänge vorwiegend von akuten Krankheiten befallen werden, während die älteren Jahrgänge mit Gebrechen oder Leiden langfristige und häufige Behandlung erfordern.

Der Druck der Pyramide auf jene Altersschichten, die die Basis für ihren Aufbau bilden, ist wesentlich stärker als bei den vergleichbaren Schaubildern früherer Jahrzehnte. Es ist daher nicht verwunderlich, daß dieser Personenkreis, der übrigens auch das Gros der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bildet, für Erkrankungen anfälliger ist. Gesundheitliche Abnutzungserscheinungen treten zwangsläufig früher und öfter in Erscheinung.

Beide Faktoren lösen von selbst eine häufigere Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe aus. Festzustehen scheint also jetzt schon, daß sowohl positive Umstände (verlängerte Lebensdauer) als auch negative Einflüsse (z. B. stärkere Krankheitsanfälligkeit usw.) die zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe auslösen. Man kann ohne weiteres von einer zwangsläufigen Entwicklung sprechen, auf die ursächlich weder die Krankenversiche-

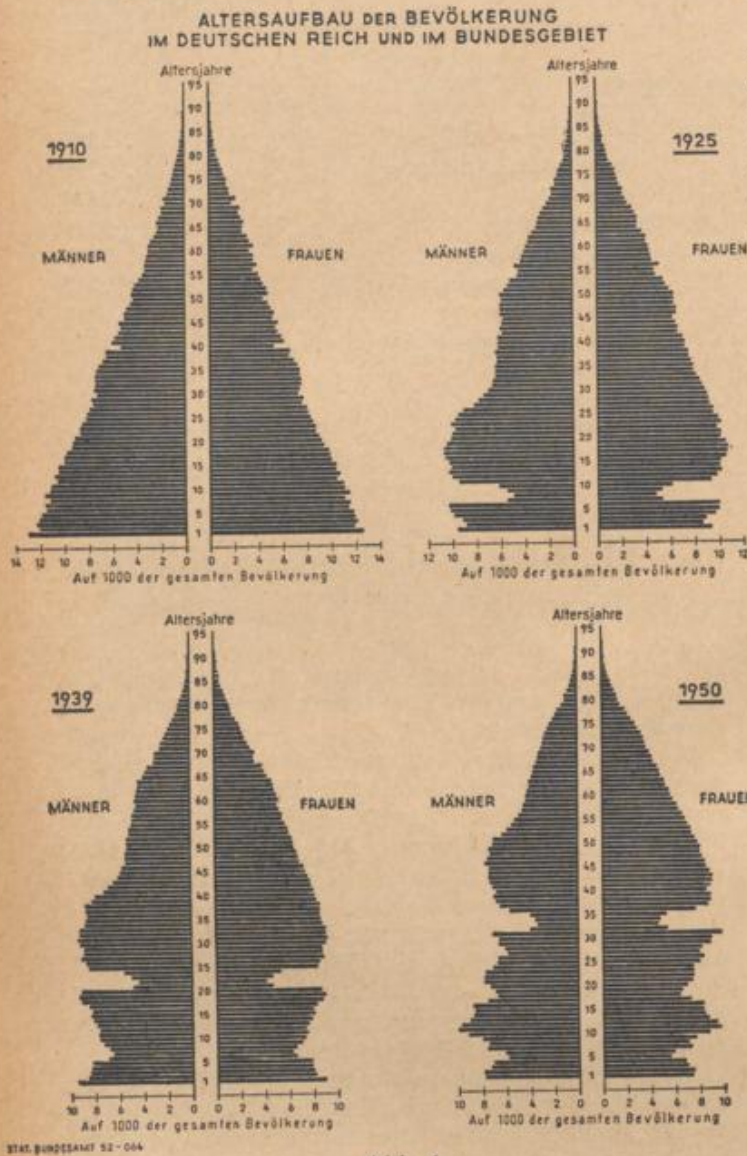


Abb. 1

Das Schaubild 1925 zeigt einmal die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer und macht zum anderen die Geburtenverluste durch den ersten Weltkrieg und die Inflation sowie die Kriegsverluste bei den 25- bis 45jährigen Männern deutlich.

Das Schaubild 1939 läßt eine Verbreiterung der Jugendbasis kenntlich werden, die aber bei weitem nicht ausreicht, die durch den ersten Weltkrieg entstandene Fehlentwicklung auszugleichen. Eine weitere Verlängerung der Lebensdauer ist festzustellen.

Die Alterspyramide 1950 zeigt die Zerrüttung durch zwei Weltkriege besonders eindrucksvoll. Die Jugendbasis ist schmaler geworden. Die Geburtenausfälle und Kriegsverluste sind überaus stark. Der Frauenüberschuß tritt deutlich hervor. Daneben wird eine weitere Verlängerung der Lebensdauer sichtbar.

**VORAUSSICHTLICHER ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG  
DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND IM JAHR 1972**

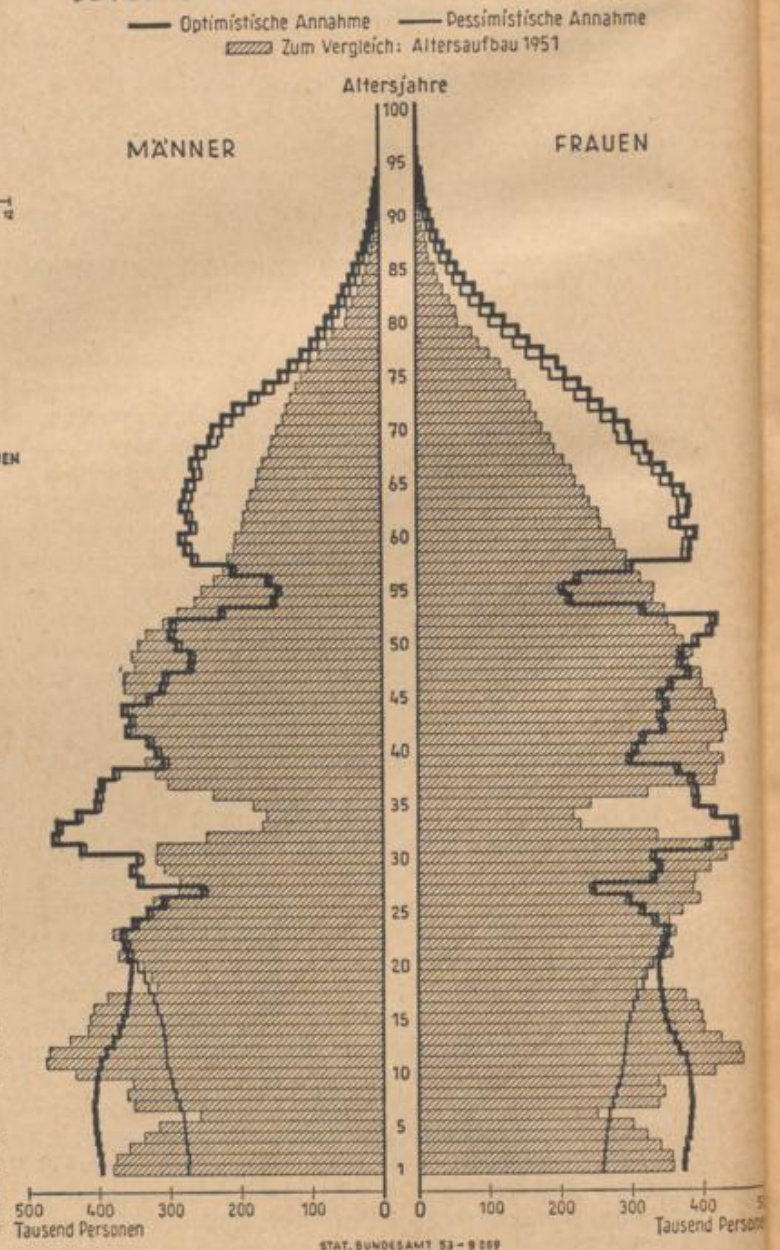


Abb. 2

rung, noch die Versicherten, noch die Kassenärzte einen entscheidenden Einfluß haben.

Diese Entwicklung dürfte keineswegs am Ende sein. Sie wird sich wahrscheinlich fortsetzen. Mit der wahrscheinlichen Entwicklung hat sich bereits das Statistische Bundesamt auseinandergesetzt; das zeigt sich u. a. aus Schaubild Abb. 2.

Die Pessimisten und Optimisten sind sich darüber einig, daß die Zahl der über 65 Jahre alten Personen anwachsen wird. Bis 1972 dürfte mit einer Steigerung dieser Zahl von 4,6 Millionen auf 6,5 Millionen zu rechnen sein. Bei günstigen Sterblichkeitsziffern wird sogar mit 7,5 Millionen Personen über 65 Jahren gerechnet. Heute beträgt dieser Anteil an der Bevölkerungszahl 9,3 v. H. Im Jahre 1972 soll er auf 13,5 v. H. steigen.

Der Verfasser erklärt am Schluß seiner Erläuterungen des Schaubildes: „Was das an Aufgaben für die ärztliche und wirtschaftliche Versorgung bedeutet, liegt auf der Hand.“ Dieser Hinweis ist richtig und beachtenswert. Was für die zukünftige Entwicklung gesagt ist, gilt gleichermaßen für die bisherige.

Der Pyramidencharakter der Schaubilder verschwindet mit zunehmender Lebensdauer. Die Veränderungen in ihrem oberen Teil werden ausgelöst durch die positiven Einflüsse im Rahmen des Fortschrittes in der Medizin, der Hygiene, dem Ausbau der Krankenversicherung, schlechthin im Rahmen der Gesamtentwicklung. Die höhere Lebenserwartung ist überwiegend dem Wirken der Ärzte zu verdanken. Ihr Einsatz bzw. ihre Inanspruchnahme vor dem Beginn und während des Alters beeinflussen die Lebensdauer wesentlich.

Uneinig sind sich die Optimisten und Pessimisten über die zukünftige Altersschichtung bei den Zugängen an Geburten. Die zu erwartenden Zugänge reichen jedoch weder nach der einen oder anderen Erwartung aus, die Lücken zu schließen, die in den vergangenen Jahrzehnten durch negative Einflüsse entstanden sind und heute noch entstehen.

Unter negativen Einflüssen sind hier zu verstehen die Auswirkungen des Krieges und in der Nachkriegszeit, die vielseitige physische und psychische Überforderung weiter Personengruppen (nicht nur bei den sogenannten Managern), die nachteiligen Auswirkungen des immer dichter werdenden Verkehrs, des Lärmes usw. Alle diese Faktoren bewirken eine häufigere Inanspruchnahme der Ärzte als vor dem Kriege.

Die nachstehenden Schaubilder über die wichtigsten Todesursachen veranschaulichen die Wirkungen der verschiedenen Einflüsse deutlich.

Auffällig ist der steile Anstieg bei den Herzkrankheiten und Gehirnblutungen, das Fallen bei Altersschwäche, Tuberkulose und Lungenentzündungen. Aus der Zunahme der Todesfälle wegen Herzkrankheiten und Gehirnblutungen muß gefolgert werden, daß die betreffenden Personen in den Jahren vor ihrem Tode häufiger als früher ärztlicher Behandlung bedurften, während die Entwicklung bei den Todesursachen mit fallender Tendenz als wesentlicher Erfolg eines verstärkten ärztlichen Einsatzes zu werten ist.

Besonders interessant ist die Gegenüberstellung der Todesursachen aus den Jahren 1938 und 1952. Die Einflüsse der Fortschritte in der Medizin, Hygiene sowie andere Faktoren und damit eine verstärkte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe haben die dort sichtbare günstige Entwicklung bewirkt.

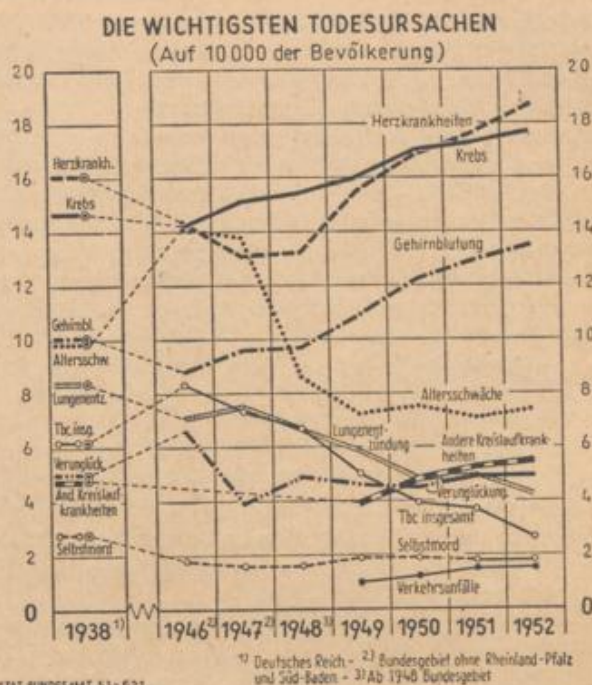


Abb. 3

**DIE WICHTIGSTEN TODESURSACHEN**  
IN DREI ALTERSGRUPPEN ZWISCHEN 1 UND 45 JAHREN  
(Sterbefälle auf 10 000 Lebende der jeweiligen Altersgruppe)

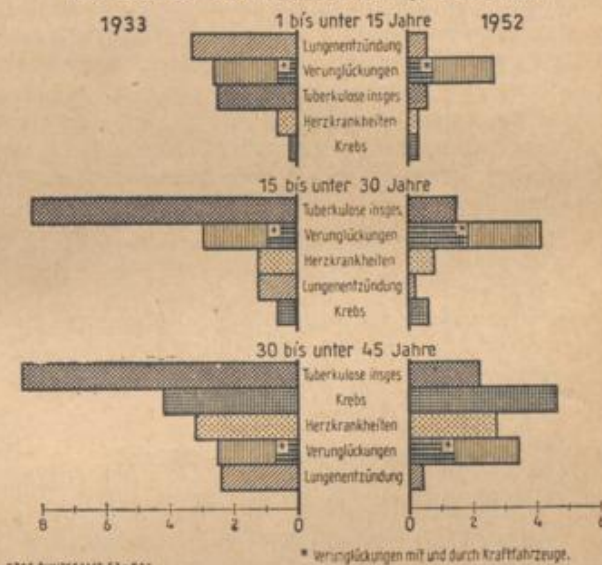


Abb. 4

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß die allgemeine Sterblichkeitsziffer in 1938 bei 116,6 lag, in 1952 bei 104,8.

Auch dieses Ergebnis wäre ohne einen vermehrten und moderneren Einsatz an ärztlicher Hilfe nicht denkbar. Dabei darf allerdings auch nicht vergessen werden, daß bei den Personen mit Krankheiten, deren Sterblichkeitsanteil sich verringert hat, häufig eine fortlaufende ärztliche Behandlung während der so gewonnenen Lebensjahre erforderlich ist, die ihrerseits die Morbidität zusätzlich erhöht.

Nicht unerwähnt darf der Rückgang der Säuglingssterblichkeit bleiben. Neben einer Reihe anderer Faktoren ist es der Einsatz der Ärzte, der diese glückliche

Erscheinung bewirkt hat. 1924 starben von 100 lebend geborenen Knaben innerhalb des ersten Lebensjahres 11,5; im Jahre 1952 nur 5,4. Bei den Mädchen standen sich Werte von 9,3 und 4,2 gegenüber.

Die bisherigen Ausführungen stützen sich auf Material des Bundesinnenministeriums. Bei der Auswertung eines aus anderer Quelle, nämlich des der gesetzlichen Rentenversicherung entstammenden Materials, kommt man zu gleichsinnigen Ergebnissen. In Auswirkung derselben faßte der Verband der Rentenversicherungsträger auf seiner ordentlichen Mitgliederversammlung am 18./19. November 1954 folgende Entschliebung:

„Die Wandlungen der Krankheiten zeigen deutlich, daß sie in neuen Erscheinungsformen die Gesundheits- und Arbeitskraft des deutschen Volkes ernstlich bedrohen. Mehr als jeder dritte Versicherte stirbt heute an Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten, und fast die Hälfte der Versicherten wird wegen solcher Krankheiten im Durchschnitt 10 Jahre vor der Vollendung des 65. Lebensjahres invalide oder berufsunfähig.

Die Träger der Rentenversicherung betrachten es daher als ihre Aufgabe, dieser Bedrohung der Volksgesundheit entgegenzuwirken und ...“

Deutlicher kann die Richtigkeit der bisherigen Ausführungen zur Steigerung der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung wohl kaum bekräftigt werden, zumal die Feststellung der Berufsunfähigkeit und der Invalidität im einzelnen Fall durch die für die Rentenversicherung tätigen Ärzte erfolgt, also unabhängig von den für die Krankenversicherung tätigen Kassenärzten. Fast alle von der Rentenversicherung vorzeitig invalidisierten Personen waren bei der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt. Man darf davon ausgehen, daß die zur Frühinvalidität führenden Krankheiten in der Regel schon mehrere Jahre vor dem Rentenbeginn bestanden, mithin kassenärztliche Behandlung erforderten. Darin liegt ein weiterer Hinweis auf die zwangsläufige Steigerung der Morbidität bei den Krankenkassen.

Wieviel Renten wegen erreichter Altersgrenze einerseits und wegen vorzeitiger Invalidität andererseits jeweils neu anfielen, zeigen die nachstehenden Tabellen:

#### Invalidenversicherung — Männer

Von 100 neu gewährten Renten entfielen auf:

	Vollendung des 65. Lebensjahres	vorzeitige Invalidität
1937	49,1	50,9
1950	31,7	68,3
1951	33,0	67,0
1952	35,1	64,9

#### Invalidenversicherung — Frauen

Von 100 neu gewährten Renten entfielen auf:

	Vollendung des 65. bzw. 55. Lebensjahres	vorzeitige Invalidität
1937	35,2	64,8
1950	14,2	85,8
1951	13,9	86,1
1952	15,4	84,6

Diese bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu verzeichnende Steigerung der Frühinvalidität beleuchtet zugleich eine wesentliche Ursache für die Steigerung der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Angestelltenversicherung ist eine Zunahme der vorzeitigen Berufsunfähigkeit noch deutlicher zu erkennen. Sie liegt sogar bei 85%.

Die bisherigen Ausführungen dürften bewiesen haben, daß es sich bei der Zunahme der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung um eine echte Zunahme als Auswirkung einer zwangsläufigen und auch auf anderen Gebieten zu verzeichnenden Entwicklung handelt. Diese Entwicklung läßt sich nicht allein dadurch verändern, daß Leistungen gedrosselt, ihre Inanspruchnahme erschwert und die Anspruchsberechtigten an den Kosten beteiligt werden. Die veränderten Verhältnisse müssen als gegeben hingenommen werden. Für sie können weder die gesetzliche Krankenversicherung noch die Kassenärzte bzw. die Versicherten verantwortlich gemacht werden. Die zuständigen Gremien werden sich damit abfinden müssen, daß im Vergleich zu früher mehr Mittel für die Gesunderhaltung der versicherten Bevölkerung erforderlich sind. Es ist daher auch müßig, anzunehmen, daß der Beitragssatz nicht mehr als 5,8% betragen dürfe, weil er vor dem Kriege oder 1930 so hoch war. Die Anforderungen an das Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung sind im echten Sinne höher. Daraus müssen die notwendigen Folgerungen gezogen werden.

Diese Arbeit soll nicht abgeschlossen werden, ohne die Beziehungen zwischen Morbidität und leistungsgerechter Bezahlung des Kassenarztes erörtert zu haben. Das ist um so mehr notwendig, weil darüber Meinungsverschiedenheiten entstanden sind.

Die Wandlung der Morbidität und ihr Einfluß auf die Bezahlung ärztlicher Leistungen aus einer Gesamtvergütung, die die Veränderungen des Leistungsumfanges bzw. die Ansprüche der Patienten im Rahmen einer zweckmäßigen und ausreichenden sowie den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechenden Behandlung außer acht läßt, wird am ehesten dadurch deutlich, wenn man die Vergütungsregelungen von 1930/31 und 1932 kurz streift und die Ergebnisse ihrer Auswirkungen aus einigen Jahren einander gegenüberstellt.

Bis zum Jahre 1930 wurden die einzelnen Leistungen der Kassenärzte von den meisten Pflichtkrankenkassen unter Berücksichtigung der Mindestsätze der Preugo von 1924 bezahlt. Gegen zu hohe Kosten für eine nicht notwendige und nicht zweckmäßige Behandlung waren die Krankenkassen dadurch geschützt, daß die Honorarvereinbarungen zumeist eine Begrenzung der Grundleistungen (Beratungen, Besuche und kleine Sonderleistungen) auf einen Betrag vorsahen, der das 6- bis 6½fache der Beratungsgebühr nach der Preugo 1924 je 1,— RM) ausmachte. Außerhalb dieser Begrenzung wurden die übrigen Leistungen wie Sach- und Röntgenleistungen, Sonderleistungen ab 10,— RM, Wegegebühren und die Kosten für die kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Kliniken bezahlt, und zwar in der Regel zu den Mindestsätzen der Preugo 1924 bzw. den Sätzen des Röntgentarifes.

Die Jahre 1931 und 1932 brachten den Kassenärzten die Umstellung auf eine pauschale Vergütung. 6 bis 7 Millionen Arbeitslose mit geringen Beitragseinnahmen und gestiegenen Ausgaben für die Krankenpflege hatten

es zuwege gebracht, den Etat vieler Krankenkassen ins Wanken zu bringen. Die Kassenärzte erklärten sich, von berufspolitischen Maximen veranlaßt, schließlich bereit, erheblichen Honorarnachlässen, der Pauschalierung ihrer Vergütung und der Koppelung der Abschläge auf die Kopfpauschalbeträge an die Grundlohnbewegung zuzustimmen.

Die Senkung des Arzthonorars je Mitglied und Jahr von 1930 zu 1932 betrug 20%. So wurden von den Ortskrankenkassen je Mitglied ausgegeben:

1930	RM 18,54
1932	RM 14,85

Insgesamt betrug die Honorarminderung 1932:

bei den Ortskrankenkassen 43 Millionen RM und bei allen Pflichtkrankenkassen 66 Millionen RM.

So stark diese Einkommensminderung auch spürbar sein mochte, mußte sie damals um so mehr hingenommen werden, weil andere Einkommensbezieher sich ebenfalls mit mehr oder minder geringeren Bezügen begnügen mußten. Was die Kassenärzte von anderen Berufsgruppen jedoch unterschied, war die Tatsache, daß sie das Risiko der Morbidität, also die Schwankungen in der Erkrankungshäufigkeit und damit das gesamte Risiko des Leistungsanfalles bei der ärztlichen Behandlung finanziell übernehmen mußten. Die Vergütungen richteten sich bis 1930 in der Regel nach der Zahl und Art der erbrachten Leistungen. Das hatte zur Folge, daß auch jeder Mehreinsatz des Arztes, z. B. im Winter oder in Auswirkung von Epidemien, entsprechend bezahlt wurde. Mit der Pauschalierung änderte sich das. Der Arzt mußte sich für einen erhöhten Einsatz, abgestellt auf den einzelnen Fall bzw. die einzelne Leistung, mit einem geringeren Honorar begnügen als in der Zeit eines minderen Einsatzes, da das Kopfpauschale, abgesehen von den Einflüssen durch die Grundlohnbewegung, starr war. Dabei ist zu berücksichtigen, daß mit der erhöhten Tätigkeit zwangsläufig höhere Unkosten verbunden sind, die zu einer weiteren Senkung des Realeinkommens führen.

Die Nachteile dieser Vergütungsregelung werden besonders deutlich, wenn die Honorarforderungen je Kranken dem Betrag gegenübergestellt werden, der für die Leistungen je Fall aus der Gesamtvergütung zur Verfügung steht. Die uns vorliegenden Berechnungen aus amtlichen statistischen Unterlagen ergeben, daß z. B. die Ortskrankenkassen im Jahre 1930, umgerechnet auf einen Versicherungsfall, etwa 8,— RM für ärztliche Behandlung ausgegeben haben.

Dieser Berechnung liegt eine Gesamtausgabe je Mitglied und Jahr für ärztliche Behandlung von 18,54 RM in 1930 und eine Morbidität von 2,32 aus 1933 zugrunde. Die Morbidität aus 1930 ist leider nicht zu ermitteln, da die Auszählung der Versicherungsfälle durch das damalige Statistische Reichsamt erstmals 1931 erfolgte. Doch weder die entsprechenden Zahlen aus 1931 noch die aus 1932 sind verwendbar, da sie nach einer Auskunft des damaligen Statistischen Reichsamtes nicht vollständig sind. Das träfe vor allem für das Jahr 1931 zu.

Im Interesse einer möglichst zutreffenden Untersuchung soll daher bei der Morbidität von den Werten des Jahres 1933 ausgegangen werden, wobei unterstellt werden kann, daß die Benutzung dieses Materials zu

Ergebnissen führt, die eher zu günstig für die Krankenversicherung ausfallen.

Die Entwicklung der Morbidität verlief allen ursprünglichen Mutmaßungen zuwider, was nachstehende Gegenüberstellung für die Ortskrankenkassen beweist:

1930	Morbidität 2,32 = 100
1934	Morbidität 2,56 = 110
1938	Morbidität 2,78 = 120
1951	Morbidität 3,80 = 164
1953	Morbidität 4,22 = 182

Die Grundlöhne wiesen bei der gleichen Kassenart folgende Entwicklung auf:

1930	Jahresgrundlohnsumme 1375,— RM = 100
1934	Jahresgrundlohnsumme 1093,— RM = 79
1938	Jahresgrundlohnsumme 1324,— RM = 96
1951	Jahresgrundlohnsumme 2292,— DM = 160
1953	Jahresgrundlohnsumme 2700,— DM = 196

Die Honorarentwicklung je Mitglied und Jahr verlief demgegenüber wie folgt:

1930	Kopfpauschale 18,54 RM = 100
1934	Kopfpauschale 14,68 RM = 79
1938	Kopfpauschale 16,76 RM = 90
1951	Kopfpauschale 24,43 DM = 132
1953*)	Kopfpauschale 33,12 DM = 179

\*) nach der Statistik 1953 der Ortskrankenkassen.

Die Vergütung je Behandlungsfall zeigte folgende Entwicklung:

1930	Vergütg. je Behandlungsfall 8,— RM = 100
1934	Vergütg. je Behandlungsfall 5,73 RM = 72
1938	Vergütg. je Behandlungsfall 6,03 RM = 75
1951	Vergütg. je Behandlungsfall 6,43 DM = 80
1953*)	Vergütg. je Behandlungsfall 7,84 DM = 98

\*) unter Berücksichtigung der Ausgaben in 1953 nach der Statistik der Ortskrankenkassen.

Die Tabellen lassen die divergente Entwicklung zwischen der Morbidität und dem Leistungsbedarf einerseits und den Arztkosten andererseits erkennen. Dabei ist außerdem zu beachten, daß der Lebenshaltungsindex sich heute bei etwa 180 bewegt, also 80 Prozent höher ist. Die Amtliche Gebührenordnung berücksichtigt demgegenüber jedoch nur eine Steigerung um gut 30 Prozent.

Unterstellt man, daß die im Jahre 1930 geleisteten Arztvergütungen angemessen waren, dann hätten die Ortskrankenkassen, die seinerzeit je Mitglied und Jahr für Arztkosten 18,54 RM gezahlt hatten, im Jahre 1953, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, zum Ausgleich der gestiegenen Morbidität etwa 45,— DM bezahlen müssen. Dieser Betrag würde ausreichen, die derzeitigen Leistungen der Kassenärzte, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, zu etwa 100% zu vergüten. Für die anderen Kassenarten gilt im Prinzip dasselbe, nur mit entsprechend niedrigeren bzw. höheren Beträgen.

Würde die amtliche Gebührenordnung die Steigerung der Lebenshaltungskosten voll berücksichtigen, dann würde allerdings der Betrag von 45,— DM bei weitem nicht ausreichen, die Leistungen der Kassenärzte voll zu vergüten.

Da die Allgemeine Krankenversicherung zur Zeit etwa 14 Millionen Mitglieder zählt, fehlen zu einer leistungsgerechten Bezahlung der von den Kassenärzten

heute erbrachten Leistungen, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, rund 160 Millionen DM. Dieser Betrag würde sich beträchtlich erhöhen, wenn die gestiegenen Lebenshaltungskosten in der Amtlichen Gebührenordnung voll berücksichtigt worden wären.

In der Krankenversicherung der Rentner war das Mißverhältnis zwischen Leistung und gerechter Vergütung noch größer. Die bisherige Vergütung reichte kaum zu einer 50%igen Bezahlung der ärztlichen Leistungen, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung. Die inzwischen zugestandene Erhöhung des Pauschales ab IV/54 läßt nunmehr eine Quotierung von etwa 70 % zu.

Da mitunter behauptet wird, daß je Fall heute nicht mehr dieselben Leistungen in Frage kommen wie z. B. 1930, sei hierzu in Verbindung mit der veränderten Morbidität einiges gesagt. Unzweifelhaft haben die Fortschritte in der Medizin eine intensivere ärztliche Behandlung ausgelöst, wie das auch im ersten Teil dieser Arbeit hinreichend nachgewiesen wurde. Im Rahmen dieser Entwicklung fallen heute z. B. weit mehr Röntgen- und Laborleistungen an als früher. Da nicht alle Kassenärzte, sondern nur ein Teil von ihnen oder Krankenhäuser und Institute über die notwendige, oft sehr kostspielige Apparatur verfügen, ergibt sich zwangsläufig

eine höhere Zahl von Überweisungsfällen, die in der Statistik als weitere Behandlungsfälle gezählt werden. Nun könnte eingewendet werden, daß sich dadurch die Honorarforderungen je Behandlungsfall im Durchschnitt senken müßten. Das ist nicht der Fall, da es sich einerseits tatsächlich um zusätzliche Leistungen handelt und zum anderen um solche, die in der Regel auch im Durchschnitt kostenmäßig höher liegen als die Honorarforderungen bei allen Behandlungsfällen im Durchschnitt. Es handelt sich also um eine ausgesprochen hochwertige und gebührenmäßig entsprechend hochdotierte Leistungsgruppe.

In diesem Zusammenhang wird auch angenommen, daß in Auswirkung einer modernen medikamentösen Behandlung die Zahl der notwendigen Leistungen im einzelnen Fall zurückgegangen sei. Das mag bei bestimmten Fällen durchaus zutreffen. Daß es trotzdem nicht zu der erwarteten Veränderung des Leistungsumfanges je Behandlungsfall im Durchschnitt gekommen ist, hängt damit zusammen, daß heute, wie schon mehrfach angedeutet, mehr Leistungen im Rahmen der Diagnostik, und zwar vielfach hochwertigere und teurere anfallen als vor Jahrzehnten.

Damit wäre wohl das Wichtigste zu dem gestellten Thema gesagt und hoffentlich erreicht, daß Zweifel und Unklarheiten weitgehend beseitigt worden sind.

## Die Tübinger Versorgungsanstalt antwortet Herrn Dr. Albers

auf den Aufsatz „Zur Ärzteversorgung“ in Heft 2/55, Seite 35

1. Herr Dr. Albers spricht von Ausdehnungsbestrebungen der Tübinger Versorgungsanstalt (TVA) und von einer unverständlichen Eile, in der die Tätigkeit dieser Anstalt auf das ganze Land Baden-Württemberg habe erstreckt werden sollen. Dazu ist zu bemerken, daß die TVA Ausdehnungsbestrebungen weder hatte noch hat. Die Initiative zur Erstreckung des Tübinger Versorgungsgesetzes ging allein vom bad.-württ. Innenministerium in seinem Streben nach Vereinheitlichung des Landesrechts aus.

2. Herr Dr. Albers hält es jetzt an der Zeit, auch „andere Kollektivversicherungen“ als die der TVA auf ihre Leistungsfähigkeit zu prüfen. Das hat die TVA längst getan. Bevor sie ihr besonderes System entwickelte, hat sie eingehende Vergleiche mit anderen möglichen Versorgungsverfahren angestellt und Durchrechnungen vorgenommen. Dabei waren die Vorteile des von ihr gewählten Systems offensichtlich.

Man darf auch nicht glauben, daß es im realen Versorgungs- und Versicherungswesen möglich sei, in dem Sinne „für wenig Geld mehr zu leisten“, wie es z. B. bei der Warenfabrikation (durch günstigen Einkauf der Rohstoffe, besonders rationelle Produktion, hohe Auflagen usw.) der Fall sein kann. Im Versicherungswesen kann an Geld nicht mehr verteilt werden, als einkommt. „Preiswert“ kann eine Versicherung und Versorgung nur dadurch sein, daß der Verwaltungsapparat billig arbeitet, daß das Vermögen möglichst gut angelegt wird, daß keine Verluste eintreten und daß der Gewinn niedrig gehalten oder auf Gewinn verzichtet wird.

Die TVA verzichtet ganz auf Gewinn, was bei einer eingeschalteten Privatversicherung nicht der Fall sein dürfte. Was die Verwaltungskosten der TVA anlangt,

die Herrn Dr. Albers interessieren, so ist es aus guten Gründen nicht üblich, darüber Außenstehenden Auskunft zu geben; das tut auch kein Unternehmen der Privatversicherung. Es kann aber Herrn Dr. Albers versichert werden, daß die Verwaltungskosten der TVA sehr niedrig liegen, besonders im Vergleich zu den Verwaltungskosten des privaten Versicherungsgewerbes. Wenn Herr Dr. Albers meint, allein für die Einziehung der Versorgungsabgaben (Beiträge) und die Überwachung einer gerechten Vermögensanlage könnte bis zu 1 % der Beiträge ausgegeben werden, so erscheint der TVA nach eigenen Erfahrungen ein solcher Satz zu hoch. Keinesfalls kann man bei der TVA sagen, daß sich „viele Personen an die Verwaltungsstühle klammerten“. Ihre Verwaltung besteht natürlich (nicht anders als bei privaten Versicherungen) ausschließlich aus „Verwaltungsfachleuten“.

Im übrigen scheint die Aufforderung des Herrn Dr. Albers, „alles zu prüfen und das Beste zu wählen“, mehr rhetorisch zu sein. Er selbst hat sich ja bereits dahin entschieden, daß eine Versicherungsgesellschaft, also ein auf Gewinnerzielung gerichtetes Erwerbsunternehmen, die ihm vorschwebende Versorgungseinrichtung durchführen soll (Nr. 7 seiner „Voraussetzungen“).

3. Auf die Vorschläge des Herrn Dr. Albers über die Gestaltung einer ärztlichen Versorgungseinrichtung kann im einzelnen nicht eingegangen werden. Teils decken sie sich mit der Regelung bei der TVA (Anlage des Vermögens zugunsten der Teilnehmer), teils ist ihre Erfüllung nicht vom Willen der Ärzteschaft abhängig (volle steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge), teils erscheinen sie versorgungstechnisch nicht durchführbar. Über einige Vorschläge ließe sich reden.

Im übrigen darf man nicht glauben, daß eine Kapitalleistung von 15 000 DM bei Invalidität, Tod oder Erreichung des 70sten Lebensjahres, wie sie Herrn Dr. Albers vorschwebt, in der Regel eine ausreichende Zukunftssicherung des Teilnehmers und seiner Hinterbliebenen darstellen würde. Abgesehen davon, daß es einer nicht immer vorhandenen Willenskraft bedarf, ein solches Kapital nicht vorzeitig zu verbrauchen, was dann wieder zu einer Verelendung des invaliden Arztes oder der Hinterbliebenen führen kann, ergibt ein Kapital von 15 000 DM bei Eintritt des Versorgungsfalles in jüngeren Jahren Renten, die als angemessene Versorgung nicht angesehen werden können, und selbst bei Siebzigjährigen Monatsbeträge, die das von Herrn Dr. Albers gestellte Verlangen, die Kassenpraxis aufzugeben, nicht zumutbar erscheinen lassen.

4. In seinem Vergleich der Sätze der Versorgungsabgabe von 7 % bei der TVA und bei der Bayerischen Ärzteversorgung kommt Herr Dr. Albers zu dem Ergebnis, daß die Abgabe der TVA das Doppelte bis (bei großen Praxisunkosten) zum nahezu Dreifachen der bayerischen Abgabe betrage. Es darf aber nicht übersehen werden, daß die 7 % in Bayern von dem Nettoertrag der gesamten ärztlichen Berufsausübung erhoben werden, die 7 % in Tübingen hingegen bei

Kassenärzten von dem Bruttoertrag nur der Kassen-einnahmen. Das bedeutet, daß bei den Kassenärzten, die etwa 90 % der Ärzte ausmachen, die Privateinnahmen unbelastet bleiben. 7 % des kassenärztlichen Bruttoumsatzes sind daher noch keineswegs 14 oder gar 20 % des ärztlichen Nettoeinkommens gleichzusetzen.

5. Herr Dr. Albers schlägt vor, für die Unterstützung schon vorhandener invalider Ärzte, Witwen und bedürftiger Waisen bis zu deren Wegfall besondere Fürsorgebeiträge zu erheben. In Tübingen wurde die Weiterführung der Fürsorge abgelehnt, weil sich gezeigt hat, daß der Einbau der Fürsorge in die TVA und damit die Gewährung eines Rechtsanspruchs auch an die für die Fürsorge vorgesehenen Personengruppen sich ohne zusätzliche finanzielle Belastung im Rahmen der 7 % - Abgabe durchführen läßt.

6. Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei noch darauf hingewiesen, daß sich der von Herrn Dr. Albers kritisierte Fall des Herrn Dr. Henrici nicht im Bereich der Tübinger Versorgungsanstalt abgespielt hat.

Versorgungsanstalt

für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten

Dr. jur. C. v. Braunmühl

## Irisdiagnostik und Homöopathie

*Einige notwendige Bemerkungen zur Kontroverse über die Irisdiagnostik in dieser Zeitschrift*

Von Dr. med. W. Bloss

2. Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg im Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte

De facto wird die „Irisdiagnostik von einer kleinen Zahl homöopathischer Ärzte und einer großen Zahl Heilkundiger im Zusammenhang mit der Verordnung homöopathischer Mittel verwendet. Ob sie dies zu Recht oder zu Unrecht tun, steht, sofern es sich um die klinische Realität des Phänomens „Iriszeichen“ handelt, nachfolgend nicht mehr zur Debatte. Hingegen muß noch einiges über das Verhältnis der Irisdiagnostik zur Homöopathie gesagt werden.

Da nämlich der Streit über die Irisdiagnostik auch auf die nichtmedizinische Presse (z. B. die Illustrierten) übergelassen hat und damit das Pro oder Contra auch in Patientenkreisen lebhaft diskutiert wird, erscheint es erforderlich, von seiten der wissenschaftlichen Homöopathie und ihrer Vertreter folgendes zu erklären:

1.

Unabhängig davon, ob die Irisdiagnostik zu bejahen oder zu verneinen sei, besitzt sie für die Homöopathie keinerlei Wert. Ärzte und Heilkundige, die homöopathische Mittel auf Grund einer Irisdiagnose verordnen, begehen einen (wissentlichen oder unwissentlichen) Akt geistiger Unwahrheit, weil dies dem Sinne und der Eigenart der klassischen Homöopathie, deren Grundsätze seit ihrer Begründung durch Samuel Hahnemann feststehen und die sich jeder Therapeut zu eigen machen kann, widerspricht.

2.

Zufolge der Regel (Simileregeln), nach der die Homöopathie ihre Arzneimittelwahl trifft, liegt beim homöo-

pathischen Verfahren im therapeutischen Einzelfall das Hauptgewicht nicht auf der anatomisch-pathologischen Diagnose, also auf einer Abstraktion im Sinne des kausal-analytischen Denkens des 19. Jahrhunderts.

3.

Die homöopathische Arzneimittelwahl erfolgt vielmehr jedesmal im Anschluß an einen urteilsfreien, die Gesamtperson des Kranken umfassenden Denk- und Erkenntnisakt, dessen Resultat der vergleichenden homöopathischen Arzneimittelfindung dient. Die dabei notwendige rein deskriptive Schau aller objektiven und subjektiven Symptome des Kranken ist ihrem gedanklichen Wesen nach (noetisch) vergleichbar mit dem Verfahren der sogenannten phänomenologischen Schule der Philosophie (z. B. Nicolai Hartmann). Diese erstrebt „das theorie- und standpunktfreie Aufweisen und Beschreiben der Phänomene in ihrer ursprünglichen schlichten Gegebenheit, so wie sie sich zeigen“. Die ontologische (das Seinsverständnis betreffende) Eigenart der Homöopathie wird durch diese Definition genau mit-erfaßt.

4.

Auf dieser Grundlage zielt die Homöopathie auf ein umfassendes, unmittelbares und vor allem unteilbares Bild des Kranken. Sinngemäß (s. oben 3.) wird dabei den subjektiven, einmaligen, d. h. personalen Merkmalen (Leitsymptomen) der Vorrang gegeben, insbesondere den angeborenen oder erworbenen psychischen oder somatischen Überempfindlichkeiten und Reaktionsweisen (Modalitäten) des Kranken. Die ho-



möopathische Bestandsaufnahme erstreckt sich also auf sehr viele, weit über eine lokalistische Betrachtungsweise hinausgehende Einzelheiten.

5.

An dieser Stelle setzt gedanklich die Ablehnung der Irisdiagnostik durch die Homöopathie ein. Die Iridologie ist eine diagnostische Methode, deren ganz vorwiegend morphologisch-lokalistische Betrachtungsweise außer Zweifel steht. Aus oben 3. + 4. erhellt aber, daß für die Homöopathie jede lokalistische Diagnose höchstens die Rolle eines in zweiter Linie liegenden Hilfsbegriffes haben kann, der im besten Falle auf eine Mittelgruppe, im eigentlichen Endstadium der homöopathischen Arzneimittelwahl aber nie auf das zu findende

Einzelmittel führt. Über dieses entscheiden allein die Leitsymptome und Modalitäten, also Kategorien (Grundformen des begrifflichen Erfassens), die dem funktionellen und nicht dem morphologischen Denken angehören. Leitsymptome und Modalitäten fügen sich zu einem vielseitigen und höchst lebendigen, mit zahlreichen personalen Einzelzügen farbig durchtönten (per-sonare) Menschenbild zusammen, das der homöopathische Arzt nur in direktem, oft langwierigem verbalen Kontakt mit dem Kranken gewinnen kann. Hierzu ist aber der Umweg über den Engpaß der Irisdiagnostik seiner Art nach nicht geeignet.

Anschrift des Verfassers:  
Bietigheim/Enz, Ulrichstraße 7.

## Ein deutscher Arzt schreibt aus Korea

Sehr geehrter Herr Kollege! Pusan, den 10. 2. 1955

Die Situation des Landes ähnelt in vielem der, in der wir uns selbst vor fast zehn Jahren befanden. Korea hat zwar keinen Krieg verloren, und die fremden Streitkräfte, die sich hier im Lande aufhalten, sind keine Besatzung, sondern auf beiden Seiten „Freunde“, die der jeweiligen Partei Hilfe brachten. Doch sind die Auswirkungen des Bürgerkrieges denen des verlorenen Krieges sehr ähnlich. Es gibt viel Armut, Elend und Not, daneben aber auch Korruption, Schwarzmarkt und viele dunkle Ehrenmänner, die es verstehen, aus der Not des Landes und des Volkes ihren eigenen Vorteil zu ziehen. — Für manchen mag der erste Eindruck, wenn man aus Europa oder aus Japan kommt, deprimierend und niederdrückend sein. Ich glaube aber, daß der, der die Fremde liebt und der nicht erwartete, hier mitteleuropäische Verhältnisse anzutreffen, dem wahren Gesicht Ostasiens viel näher ist, als z. B. in Tokio, wo doch recht vieles von der Zivilisation und dem Einfluß des Westens überwuchert ist. Die Reaktionen der Menschen sind in vielen Dingen doch recht anders als bei uns, man muß sich an vieles gewöhnen, und man muß den Versuch machen, sich in vieles hineinzudenken, was uns zunächst unverständlich erscheint, um auch vom Psychologischen her an seine Patienten heranzukommen. Wirklich erstaunlich ist der Eifer und die Freude fast des ganzen Volkes, vor allem aber der Jugend, zum Lernen. Auf den Straßen trifft man große Scharen von Schülern und Schülerinnen, die alle uniformiert und deshalb leicht kenntlich sind, man findet sie lesend und lernend in Cafés oder auch auf Spaziergängen vor der Stadt irgendwo sitzend. Die meisten der jungen Leute, die unter Tags arbeiten, besuchen abends noch irgendwelche Kurse oder Lehrgänge. Das oft recht schwere Leben wird von den meisten Menschen mit einer bewundernswerten Geduld ertragen, und auch in den ärmlichsten Häusern sieht man meistens noch fröhliche Gesichter. —

Die Landschaft ist außerordentlich reizvoll und vielgestaltig, und man kann hier wunderschöne Spaziergänge und Touren machen. — Das Klima ist im allgemeinen sehr gut — von März bis Anfang Juli und von September bis Dezember ist konstant freundliches Wetter mit Temperaturen, die etwa denen entsprechen, wie sie bei uns im Frühsommer herrschen. Im Juli und August ist es

allerdings sehr heiß, und die in diese Zeit fallende Regenperiode läßt dann für einige Wochen ein tropisches Treibhausklima entstehen. Der Winter ist durch sehr große und rasche Schwankungen gekennzeichnet. Wenn der Wind vom Süden bzw. Südosten kommt, herrscht mildes Wetter mit Temperaturen, bei denen man ohne Mantel spazieren gehen und mittags auch hemdärmelig in der Sonne sitzen kann. Dreht er sich aber und bläst vom Nordwesten, also aus der Mandchurei und Sibirien, so kann innerhalb von zwei Stunden das Thermometer um 20 und 25 Grad fallen. Diese Kälte — an sich gar nicht so schlimm, 10—15 Grad Celsius unter Null werden kaum einmal überschritten — wird natürlich viel schlimmer empfunden als bei uns, weil man sich einmal nicht daran gewöhnen kann und weil zweitens dann immer ein heftiger Wind geht, der überall durchdringt. Von Dezember bis Anfang März wechseln nun die Perioden von herrlich mildem Wetter und eisigem Sturm in einem fast regelmäßigen Rhythmus von 3—4 Tagen miteinander ab. —

Das Leben für Europäer ist in Korea sicher nicht einfach. Im koreanischen Stil zu leben ist schon aus hygienischen Gründen und im Hinblick auf die ungeheure Verbreitung der Tuberkulose und der parasitären Erkrankungen nicht unbedenklich. Auch ist das sehr scharfe und eigenartige koreanische Essen sicher vielen europäischen Mägen nicht zuträglich. Die wenigen Hotels aber, in denen man europäisch wohnen und essen kann, sind sehr teuer und 15—20 amerikanische Dollar sind wohl der Mindestsatz, den man pro Tag veranschlagen muß. — Die Währung des Landes selbst ist sehr wechselnd, im ganzen jedoch im Sinken. Der offizielle Kurs für den Won steht auf 1 : 180 (zum US-Dollar), der tatsächliche Gegenwert, der auch auf dem freien Markt gehandelt wird, beträgt jedoch 1/600.

Diese Dinge berühren uns im Rotkreuz-Hospital jedoch nur wenig. Die gesamte Versorgung (Unterkunft, Verpflegung, Kleidung, Wäsche usw.) wird vom Hospital übernommen, so daß sich der einzelne darum überhaupt nicht kümmern muß. Die finanzielle Seite ist recht günstig geregelt. In der Heimat wird das der Dienststellung entsprechende Gehalt ausgezahlt; außerdem erhält man bestimmte Auslandstagegelder, von denen 45 % für Unterkunft und Verpflegung einbehalten werden. Dieses

Geld wird in amerikanischen Besatzungsdollars ausbezahlt. Man kann damit in den amerikanischen und englischen PX-Läden relativ billig einkaufen. Zigaretten, Kaffee, alkoholische Getränke, Coca-Cola usw. sind viel billiger als in Deutschland (1 Stange Zigaretten = 200 Stück kostet z. B. 1 \$ = 4.20 DM), aber auch Kameras, Radios, elektrische Geräte und dgl. sind umgerechnet eher billiger als zu Hause. Einen Teil des Geldes kann man — zum freien Kurs, also 1 : 600 — in Landeswährung umwechseln und kann damit dann auch relativ günstig auf dem koreanischen Markt einkaufen.

Die Lebensbedingungen im Deutschen Rotkreuz-Hospital sind als sehr günstig zu bezeichnen. Die Verpflegung ist aus amerikanischen Lieferungen entnommen, mehr als reichlich und enthält vor allem viel Fleisch, Eier und Obst. Die Unterkünfte sind geräumig, für die Ärzte im allgemeinen Einzelzimmer, nur einige der jüngeren Assistenten sind zu zweit in einem Raum. Hier wird vom Hospital allerdings nur die notwendigste Grundausstattung — d. h. ein Bett, ein Tisch, ein Stuhl und ein offenes Schrankgestell — gestellt. Alles andere kann bzw. muß man sich nach eigenem Geschmack, aber auch auf eigene Kosten einrichten. Man kann dafür viel und wenig Geld ausgeben. Wer bequeme Sessel, einen Teppich, seidene Lampenschirme, teure Vorhänge will, kann einige hundert Dollar bezahlen, wer mit einer einfachen Ausstattung — Matten als Bodenbelag, Papierlampenschirme usw. — zufrieden ist, wird mit 30—40 \$ auskommen. — Das hier nicht verbrauchte Geld kann in Deutschland in DM auf ein Konto ausbezahlt oder am Ende der Tätigkeit in grüne Dollars umgetauscht werden. —

Zu gesellschaftlichem Verkehr sind genügend Möglichkeiten gegeben. In erster Linie sind es amerikanische Truppeneinheiten und deren Clubs, dann aber auch das schwedische Hospital, englische Einheiten, Schiffe fast aller Nationen und koreanische Freunde, zu denen man eingeladen wird. An kulturellen Veranstaltungen wird allerdings wenig geboten. Einige amerikanische Kinos und manchmal ein koreanischer Musikabend ist so ziemlich alles, was erreichbar ist.

Das Deutsche Rotkreuz-Hospital dient ausschließlich der Versorgung der koreanischen Zivilbevölkerung. Es hat eine chirurgische und eine interne Abteilung mit je etwas über 100 Betten, sowie eine gynäkologisch-geburtshilffliche Station mit etwa 40 Betten. Außerdem besteht eine eigene Röntgenabteilung, eine Zahnstation und ein großes Zentrallabor. Durch die Ambulanz gehen täglich insgesamt etwa 100—150 Patienten. Insgesamt sind 14 deutsche Ärzte hier tätig (5 interne Stellen, von denen zur Zeit allerdings eine nicht besetzt ist; 5 chirurgische, 2 gynäkologische und je 1 Röntgenologe und Zahnarzt). Daneben arbeiten etwa 20—25 meist jüngere koreanische Kollegen hier. Sie sind vorwiegend zu Ausbildungszwecken am Hospital und machen etwa den Dienst, den in Deutschland Medizinalpraktikanten und Volontärassistenten versehen. Sie sprechen durchweg gut englisch und zum großen Teil auch deutsch, so daß sie auch das Dolmetschen zwischen den deutschen Ärzten und den koreanischen Patienten übernehmen können. Eine große Apotheke stellt die Versorgung des Hospitals mit Medikamenten sicher. Nur in Notfällen wird auf amerikanische oder japanische Medikamente zurückgegriffen, normalerweise werden deutsche Arzneimittel verwandt. Der Nachschub für die Apotheke,

wie auch für das gesamte Gerät, die Wäsche usw. wird durch etwa alle vier Wochen eintreffende Versorgungsendungen sichergestellt.

Der gesamte Betrieb wird von deutschen Rot-Kreuz-Kräften geleitet, denen jeweils koreanische Hilfen zur Verfügung stehen. So sind auf den Stationen neben den deutschen Rot-Kreuz-Schwestern und Pflegern koreanische Helfer und Helferinnen, in der Wäscherei, der Kammer, dem Gerätehaus, den Handwerksstuben usw. neben dem deutschen Personal koreanische Hilfskräfte tätig.

Die Ausstattung des Hospitals ist sehr gut. Es stehen im allgemeinen die neuesten Geräte, Instrumente usw. zur Verfügung; eine ausreichende medizinische Bibliothek und mehrere Zeitschriften ermöglichen auch theoretisches Arbeiten.

Die Arbeit hier ist sehr interessant. Hauptproblem sind Tuberkulose, Lepra, parasitäre Erkrankungen, insbesondere Wurmkrankheiten, Ernährungsstörungen, insbesondere Eiweiß- und Vitaminmangelschäden. Auch akute Infektionskrankheiten, Ruhr, Typhus, Malaria usw. kommen in großer Zahl vor. Geschlechtskrankheiten sind weit verbreitet. Gutartige und bösartige Tumoren werden hier in fortgeschrittenem Stadium angetroffen, die man zu Hause kaum einmal sieht. Es gibt aber auch die uns gewohnten Krankheitsbilder — Arteriosklerosen, Hypertonien, Diabetes, Herzerkrankungen, Nephritiden, Nephrosen usw. Auf der chirurgischen Abteilung kommen auch sehr viele Patienten mit Unfällen, Frakturen, Verbrennungen usw. zur Behandlung. — Manches unterscheidet sich natürlich von dem in der Heimat Gewohnten. Man muß bei der Mehrzahl aller Patienten von vorneherein mit latenten Eiweiß- und Vitaminmangelschäden und praktisch bei allen mit Parasitenbefall rechnen. Man hat deshalb bei akuten Herzerscheinungen oder nervösen Ausfällen zuerst an Beri-Beri, bei Anämien zuerst an Hakenwurm, bei Durchfällen zuerst an Amöben, bei Ödemen zuerst an Eiweißmangelschäden und erst dann an die uns gewohnten Ursachen zu denken. Häufig kombinieren sich mehrere Krankheiten und auch der Carcinompatient hat dazu noch seine zwei oder drei verschiedenen Würmer, und der Tuberkulosepatient hat außerdem noch seine Vitaminmangelerscheinungen usw. In manchen Fällen erscheinen deshalb die klinischen Bilder anders, als wir das von zu Hause gewohnt sind, und oft wird ein wichtiger Befund zunächst durch ein anderes sich in den Vordergrund schiebendes Symptom überdeckt. Auch macht die Beurteilung mancher klinischer Erscheinungen durch die rassistischen Verschiedenheiten im Anfang oft einige Schwierigkeiten.

Die ärztliche Aufgabe hier ist sehr schön. Man kann doch sehr vielen Menschen Hilfe bringen. Bedauerlich ist freilich, daß das Deutsche Rot-Kreuz-Hospital bei weitem nicht in der Lage ist, allen Hilfe zu bringen, die sie suchen und auch nötig hätten. Es ist einfach unvermeidbar, daß ein großer Teil der Patienten abgewiesen wird, und wollte man dem ganzen Andrang gerecht werden, so müßte das Hospital räumlich und personell um ein Vielfaches erweitert werden. Die Patienten sind im allgemeinen sehr geduldig, freundlich und dankbar. Natürlich gibt es manchen Aberglauben, und viele Patienten haben, wenn sie zu uns kommen, schon eine Volksbehandlung mit Schropfköpfen, zerriebenen Kröten oder etwas Ähnlichem hinter sich. Das Vertrauen zum Arzt und insbesondere zum europäischen Arzt ist jedoch sehr

groß — in vielen Fällen zu groß, da auch in desolaten Fällen oft noch Hilfe erwartet und erhofft wird. Trotzdem wurden auch in den Fällen, in denen keine Heilung mehr erzielt werden kann oder in denen der Patient stirbt, dem Arzt nie irgendwelche Vorwürfe gemacht, und häufig kommen auch nach dem Tode eines Patienten noch die Angehörigen und bedanken sich. —

Die Zusammenarbeit mit den koreanischen Kollegen ist sehr gut, und es besteht auch ein freundliches Verhältnis zu den Ärzten anderer Nationen, die in Korea tätig sind. Untersuchungen, die im Hospital nicht gemacht werden können — z. B. pathologisch-histologische — werden von amerikanischen Untersuchungsstellen ausgeführt. Man kann auch besondere Fälle zu Spezialisten, z. B. zu einem koreanischen Thoraxchirurgen, der am

schwedischen Hospital arbeitet, überweisen. Im großen und ganzen ist man jedoch auf die Leistung aus den eigenen Reihen angewiesen, und die Chirurgen müssen z. B. auch Eingriffe aus dem Hals-Nasen-Ohren- oder Augengebiet, aus der Urologie oder Orthopädie ausführen, die Internisten auch die Kinderkrankheiten mit übernehmen usw. Alle drei bis vier Wochen finden in irgendeinem Hospital Arztetreffen statt, wobei jeweils zwei oder drei Vorträge über wissenschaftliche Themen gehalten werden. Der Brief ist nun schon länger geworden, als ich dachte, und doch gäbe es noch vieles zu erzählen über das Land und die Menschen, über die Tätigkeit und die Möglichkeiten zu wissenschaftlicher Arbeit.

Mit kollegialer Hochachtung!

Ihr ergebener Dr. X.

## Eingesandt

### Klinische Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris

Richtigstellung zur Kritik von Prof. Schreck

Von Dr. med. Walter Lang, Heidelberg

In Heft 3/55 dieser Zeitschrift wendet sich Herr Prof. Schreck in scharfen und siegessicheren Worten gegen meine Broschüre „Die anatomischen und physiologischen Grundlagen der Augendiagnostik“, indem er darauf hinweist, der von mir selbst „vielfach zitierte“ Anatom Rohen hätte mich widerlegt und die „völlige Unhaltbarkeit der aus der Luft gegriffenen Gedankenkonstruktionen von Lang“ nachgewiesen.

#### Ich stelle demgegenüber fest:

1. Die histologischen Arbeiten des Anatomen Rohen über das Irisstroma habe ich erst auf der viert- und drittletzten Seite meines Buches benötigt und zitiert, nachdem bereits der ganze neurologische Teil abgeschlossen war. Ich hätte ihn nicht früher zitieren können, da Herr Rohen neurologisch nichts veröffentlicht hat.

2. Der neurologische Teil wurde vor dem Druck von dem vorwiegend neurologisch arbeitenden Anatomen Kantner überprüft und in seinen Folgerungen „eher als zu vorsichtig und zu behutsam bezeichnet“ (Vorwort). Schon diese Überprüfung schließt so banale Irrtümer, wie z. B. die falsche Deutung der Vorderseitenstrangbahn, aus.

3. Der von E. Schreck (aus einer Arbeit von Rohen) zitierte Satz: „So ist z. B. der Vorderseitenstrang im jeweiligen Rückenmarkssegment gekreuzt. Demnach müßten auch die Organzeichen in der Iris gekreuzt abgebildet werden, was jedoch nach der üblichen Iristopographie nicht geschieht“, wird für alle Kollegen, die meine Arbeit nicht kennen, sehr überzeugend geklungen haben. **Aber diese Folgerung ist falsch!** Herr Rohen hat anscheinend meine Arbeit nur sehr flüchtig durchgesehen, denn auch seine „zahlreichen anderen Gründe“ (Schreck) widerlegen mich nicht. Für den aufmerksamen Leser war ein Irrtum ausgeschlossen!

Ich beschrieb den Vasokonstriktorreflex und mußte dabei auf zwei Auffassungen eingehen: Han-

sen und v. Staa nehmen einen „direkten spinalen Reflexbogen“ innerhalb der Segmente an: afferentes Neuron — Schaltzelle — sympathische Seitenhornzelle. Nach dem Neurochirurgen Foerster dagegen soll der Reflex über einen „hochgezogenen Leitungsbogen“ verlaufen: afferentes Neuron — Vorderseitenstrangzelle im Segment — Kreuzung zur Gegenseite — Vorderseitenstrangbahn — Zwischenhirn (**dort Rückkreuzung!!**) — absteigende Vasomotorenbahn — sympathische Seitenhornzelle des Segments. Beide Bogen sind also parallel geschaltet, d. h. sie beginnen und endigen an den gleichen Zellen eines Segments. In Abb. 6, Seite 18 meines Buches sind beide Leitungsbögen mit allen Neuronen und Synapsen als Schema gezeichnet; sowohl die Kreuzung des Vorderseitenstranges als auch die Rückkreuzung im Zwischenhirn sind daraus zweifelsfrei zu erkennen.

Hierzu schrieb ich auf Seite 50 noch „eine eigene Kritik“:

„Wie bereits zitiert, vertreten Hansen und v. Staa die Auffassung, daß den bei Visceralerkrankungen beobachteten vasokonstriktorischen Hautzonen ein segmentärer spinaler Reflexmechanismus zugrunde liegt“.

Ich habe den hochgezogenen Bogen über das Zwischenhirn gebracht, weil ich ihn nach dem Charakter der Zeichen und nach den anatomischen Beziehungen für wahrscheinlicher halte. Bei den meisten Folgerungen dieser Arbeit gelang es, mehrfache Beweise von verschiedenen Gesichtspunkten aus anzuführen; für den hochgezogenen Leitungsbogen sind sie nicht vorhanden! Sollte sich die Ansicht der genannten Autoren bestätigen, wäre auch der direkte Weg, der ‚Kurzschluß‘ innerhalb eines Segments, wahrscheinlich: afferentes Neuron — Schaltzelle — Seitenhornzelle. Theoretische Erwägungen haben in diesem Zusammenhang wenig Sinn, zumal das Ergebnis dieser Arbeit nicht davon berührt würde; eher das Gegenteil: es würde vieles einfacher werden. Der Beweis, welcher Bogen gilt, wäre in einer Nervenklarinik zu erbringen! Es gibt Patienten mit ‚zentralem Horner‘, also Halsmarkverletzte. Würde ihre Iris im Lichtbild festgehalten und nach späteren schweren Krankheiten die Aufnahme wiederholt,

ließe sich alles klären. Gilt der hochgezogene Bogen, dürfen keine Zeichen erscheinen, während sie über das Segment auftreten müßten."

Gibt es hier noch Zweifel? Hätte ich mich deutlicher ausdrücken können? Wenn ich die Rückkreuzung der Vorderseitenstrangbahn „vergessen“ hätte, wäre

meine Forderung nach einem klärenden Experiment — ob direkter oder hochgezogener Bogen — **gar nicht möglich gewesen.** — —

So kann ich jedenfalls den Vorwurf der „leeren Spekulationen“ und „der aus der Luft gegriffenen Gedankenkonstruktionen“ nicht annehmen.

## Die Wissenschaft der hohen Schulen und die der Hintertreppen

Von Dr. med. Adelbert Schmitt

Vor einiger Zeit war in diesen Blättern zu lesen, daß es „solche“ Ärzte gebe, die auch heute noch auf dem schmalen Geleise der Hochschulmedizin fahren. Das bedeutet doch, daß alle andern auf Normalspur fahren und D-Züge benutzen mit I. Klasse und Speisewagen. Das ist richtig beobachtet. Kurz ausgedrückt kann man sagen: Je größer der Scharlatan, um so vornehmer ist die Kutsche, in der er seine Klientel besucht. Die Tatsache ist gegeben und wurde erst wieder vor einigen Monaten in diesen Blättern von einem Kollegen festgestellt. Daran ist nicht zu rütteln. Die Frage steht nun nach ihrer moralischen Berechtigung. Zu Beginn unserer Zeitrechnung lebte im fernen Morgenland ein weltbekannter Philosoph, der diese energisch bestritt. Im folgenden soll untersucht werden, wie sich die Sache verhält, unter dem Gesichtswinkel unseres Zeitalters betrachtet.

Die heutige Medizin ist ein stolzer Bau. Bedeutende Männer, wie Virchow, Du Bois-Reymond, Helmholtz, Koch, Ehrlich, Behring, um nur einige der größten zu nennen, haben an seiner Errichtung gearbeitet. Die Namen der großen Physiker und Chemiker alle zu erwähnen, die seine Fundamente geschaffen, würde zu weit führen. Das größte aller Rätsel der Biologie, die innere Struktur der Eiweißkörper, ist zwar noch gänzlich unbekannt, die seiner Komponenten dagegen ist aufgeklärt. Die Forscherarbeit der physiologischen Chemiker verdient höchste Bewunderung. Erinnert sei nur an die Aufklärung über die Konstitution der sogenannten Scherenverbindungen, des Chlorophylls und des Hämoglobins. Auch die innere Beschaffenheit der Vitamine und Hormone, ja sogar der Cofermente ist zum großen Teil sichergestellt. — Eine Riesearbeit, über die ein Descartes, ein Leibnitz, wenn sie aus dem Grabe erstehen würden, nicht genug staunen könnten. Die Saat ist aufgegangen, welche sie einst gesät, und mit welcher Pracht!

Steigen wir weiter hinab zu den Elementen, um die Festigkeit der Fundamente des Gebäudes zu prüfen, so erscheint auch hier alles gesichert, kein Grund zur Besorgnis. Das aber war nicht immer so. Was der Naturwissenschaft noch zu Anfang dieses Jahrhunderts als absolut sicher erschienen war, nämlich der Begriff der Masse, erwies sich als trügerisch. Die berühmten Versuche Kaufmanns an beschleunigten Elektronen bewiesen, daß deren Masse von der Geschwindigkeit abhängt, und daß sie unbegrenzt wächst, wenn sich die Geschwindigkeit der Lichtgeschwindigkeit nähert. Einstein dehnte diese Massenzunahme der Körper mit der Geschwindigkeit auf sämtliche Massen aus und begründete damit seine vielumstrittene Relativitätstheorie. Heutzutage zweifelt niemand mehr an der Richtigkeit

seiner Schlußfolgerungen. In sämtlichen Lehrbüchern der Atomphysik erscheint die bekannte Formel:

$$m = \frac{m_0}{\sqrt{1 - \frac{v^2}{c^2}}}$$

Hier bedeutet  $m_0$  die Ruhemasse,  $m$  die bewegte Masse,  $v$  deren Geschwindigkeit und  $c$  die Lichtgeschwindigkeit. Bei Annäherung von  $v$  an die letztere nähert sich der Nenner der Null, und die bewegte Masse strebt einer unendlichen Größe zu.

Um die Jahrhundertwende wurde ein weiterer Fehler an den Grundmauern des stolzen Gebäudes entdeckt, der ihm gefährlich werden konnte. Durch die Untersuchungen von Arrhenius und Nernst ergab sich, daß Säuren und deren Salze in wässriger Lösung in positive und negative Ladungsträger der Elektrizität zerfallen. Erst nach langem Kampf der Geister entschied die Wissenschaft zugunsten dieser neuen Gedankengänge.

Ein weiteres Rätsel, das der Lösung harret, geben die Enzyme und Fermente der Wissenschaft auf. In diesen ist die Quelle alles Lebens zu suchen. Bei den enzymatischen Prozessen sind gekoppelte Reaktionen im Spiel. Letztere verlangen die Gegenwart von Atomen. Die Frage heißt: Woher stammt die Energie, um die Moleküle von Wasserstoff, Sauerstoff und Stickstoff in Atome zu spalten? Für die dem Sonnenlicht ausgesetzten Teile der Organismen reicht die vom sichtbaren Licht gelieferte Energie aus. Für die stickstoffspaltenden Bakterien der Darmflora oder der Wurzelknöllchen der Leguminosen muß nach anderen Energiequellen gesucht werden. Vielleicht ist der radioaktive Zerfall des sogenannten biologischen Kohlenstoffs  $^{14}\text{C}$  dafür verantwortlich zu machen.

Natürlich können auch andere in der Erdkruste vorhandene radioaktive Elemente als Energiespender in Frage kommen. Die Sonderstellung, die Kalium z. B. gegenüber den übrigen Alkalimetallen in der Therapie einnimmt, ist uns Ärzten wohlbekannt. Möglicherweise ist die schwache Radioaktivität dieses Elementes als Ursache dieser Wirkung anzusehen\*) Immerhin beträgt die Energiemenge, die zur Dissoziation der Stickstoffmoleküle erforderlich ist, ca. 170 Kcal. pro Mol, was etwa 7 Faraday-Elektronenvolt pro Mol entspricht.

\*) Anm. Wie dem Kalium ist auch dem Rubidium ein  $\beta$ -strahlendes Isotop beigemischt. Im Hinblick auf das hohe Atomgewicht des Rubidiums würde sich eine klinische Prüfung auf die Möglichkeit einer künftigen Bereicherung des Arzneimittelschatzes durch Rubidiumsätze lohnen. — Dem Alkalimetall Caesium dagegen ist kein Isotop beigemischt. Caesium ist nicht radioaktiv. Die in Mayer-Gottlieb „Experiment. Pharmakologie“ 9. Aufl. erwähnte Radioaktivität dieses Metalls beruht auf einem Irrtum.

Die zur Spaltung der Wasserstoff- und Sauerstoffmoleküle erforderliche Energiemenge ist niedriger. Zum Vergleich sei angeführt, daß bei den gewöhnlichen chemischen Reaktionen zu- oder abgeführte Energiemengen in den meisten Fällen in der Größenordnung von etwa 20—70 Kcal. pro Mol liegen. — Wie gesagt, der winzige Ausschnitt aus dem Spectrum der Sonne, der dem sichtbaren Licht entspricht und eine Spanne von 1 bis 10 Elektronenvolt umfaßt, genügt für die bestrahlten Objekte, um die daselbst befindlichen Fermente instand zu setzen, molekularen Wasserstoff, Sauerstoff und Stickstoff in ihre Atome zu zerlegen. Ionisation kommt dabei nicht in Frage; die Ionisationsspannungen der genannten Elemente liegen auch bedeutend höher, als den oben angegebenen Energiemengen entspricht.

Die eben gegebene Darstellung rechnet man unter die Grenzgebiete der Medizin. In Wirklichkeit sind es die Fundamente, auf denen der stolze Bau ruht.

Der Einbruch der Phantastik in das Gebäude, das von jeher der Tummelplatz für spekulative Gemüter war, scheint neuerdings von Ideen herzukommen, welche in die europäische Menschheit aus der neuen Welt über dem Ozean eingesickert sind. Man spricht von einer Krise der Medizin. Die exakten Wissenschaften sind begreiflicherweise davon verschont geblieben. Aber die Medizin ist eben keine exakte Wissenschaft. Altes, abgetragenes Gedankengut wanderte im vergangenen Jahrhundert über den großen Teich, und nun blüht die Geisterseherei da drüben in den Salons der Neuen Welt.

Die Séancen, welche früher besonders die europäische Damenwelt entzückten, feiern dort ihre Auferstehung. Nun macht sich nach dem großen Krieg der amerikanische Einfluß bei uns geltend. Gewissermaßen als Rückimportware erhalten wir von da drüben das zurück, was wir einst hinübergeliefert. Damit soll aber nicht etwa der Nordamerikaner als minderwertig gegenüber dem Europäer gebrandmarkt werden. Im Gegenteil, eine ganze Reihe bedeutender Männer sind aus den Vereinigten Staaten hervorgegangen. Besonders unser Fach, die Medizin, hat ihnen viel zu verdanken.

Würde man jedoch den östlich von uns lebenden Völkern mit solchem Wunder- und Zauberglauben aufwarten, so würde man auf Ablehnung stoßen. Die Gebildeten unter den Indern z. B. würden solche Bemühung mit einem mitleidigen Lächeln quittieren. In Philosophie ist Indien uns Abendländern um mehr als ein Jahrtausend voraus. Geht man noch weiter östlich, etwa nach Japan, so macht man ähnliche Beobachtungen. Als die guten Amerikaner nach der Atomkernexplosion über Hiroshima mehrere Millionen Exemplare der Bibel, offenbar zwecks Vervollständigung der Bekehrung daselbst, importieren, wußten die Japaner nichts damit anzufangen. Sie machten Zigarettenpapier daraus.

Die medizinische Literatur unserer Tage, die sich mit Wunder- und Zauberwesen befaßt, ist umfangreich. Unter solchen Ab- und Nebenwegen der Schulmedizin sind die Schriften von Hugo Schulz, der den Lehrstuhl für Pharmakologie in Greifswald innehatte, noch einigermaßen genießbar. Aus seinen „Vorlesungen über die anorganischen Arzneistoffe“ kann man viel Nützliches für die Praxis lernen. Die Elemente werden darin der Reihe nach aufgeführt und ihre Wirkung am

gesunden und kranken Organismus beschrieben. Wenn aber der Verfasser jedesmal nach solcher Ausführung den Refrain anstimmt: Die homöopathische Schule bedient sich dieses oder jenes Elements bei folgenden Erkrankungen und Erscheinungen, so fragt man sich: Wozu eine besondere Schule? Sind die Hochschullehrer anderwärts so borniert oder so eigensinnig, daß sie die Richtigkeit dieser durch Theorie und Praxis erworbenen Erkenntnisse nicht einsehen?

Die homöopathische Schule arbeitet nach Grundsätzen. Das erste ist das Arndt'sche „biologische Grundgesetz“. Vom zweiten, *similia similibus curentur*, rührt der Name Homöopathie her. Nun hat es mit den Grundsätzen in der Wissenschaft eine eigenartige Bewandnis. Aber auch sonst im Leben sind sie aus der Mode gekommen. Der Student pflegte seinem Lehrer das Stammbuch hinzuhalten, in das der Professor einen Wahlspruch hineinschrieb. Was unser Fach anbetrifft, so wird sich kaum ein Arzt finden, der mit stark wirkenden Mitteln, streng nach irgendwelchen Wahlsprüchen verfahren, einem Patienten zu Leibe ginge. Mit indifferenten Mitteln kann man ja so vorgehen. Aber man will doch seinen Patienten so schnell wie möglich wieder auf die Beine bringen. Und dazu helfen bekanntlich nur differente Mittel. Mit solchen fühlt sich der erfahrene Praktiker langsam, tastend vor. Von mancher Seite wird allerdings bei gewissen Erkrankungen mit gewissen Arzneimitteln ein „stoßweises“ Vorgehen empfohlen. Dem Verfasser dieses waren solche Verfahren von jeher unsympathisch.

Hugo Schulz wirkte zu einer Zeit in Greifswald, als Physiologie und Pharmakologie noch lange nicht auf der Höhe unserer Tage waren. Hätte er gewußt, daß die autonomen Nerven im Organismus aus zwei einander entgegenwirkenden Komponenten bestehen, die jeweils durch verschiedene Chemikalien beeinflusst werden können, so hätte er schwerlich das oben erwähnte biologische Grundgesetz von Arndt als Leitstern für seine weiteren Untersuchungen benutzt. Physiologie und Pharmakologie sind unabhängig von solchen Gesetzen zu ihrer heutigen Höhe emporgestiegen.

Bei der Unexaktheit unserer Wissenschaft sind, wie gesagt, irgendwelche Schemata, irgendwelche Wahlsprüche, die das therapeutische Handeln bestimmen sollen, nicht am Platze. Analog dem Wahlspruch der Juristen: *Fiat iustitia et pereat mundus*, müßte eigentlich ein Arzt, der nach festen Grundsätzen ordiniert, über sein Portal, zur Abschreckung, die Inschrift anbringen lassen: *Fiant pilulae et pereat mundus*. Zur jetzigen Zeit wäre allerdings eine solche Inschrift höchst unangebracht.

Ein weiteres Prinzip der homöopathischen Schule besteht in der Potenzierung der Arzneimittel. Je höher die Potenz, um so größer die Wirkung, hieß es einstens. Man dachte dabei an die potentielle Energie der Physik, im Gegensatz zur kinetischen. Stellten doch Potenzen gleichzeitig Hochzahlen in der Mathematik dar! Der Wort- und Begriffsteufel hatte da den Herren einen bösen Streich gespielt. Zwei Dinge wurden so in eine Reihe gestellt, die aber auch gar nichts miteinander zu tun haben. Der leitende Gedanke bei dieser Potenzenlehre war der, daß mit zunehmender Verdünnung eine feinere Verteilung der Arzneimittel erreicht würde. Bei Lösungen und Verreibungen löslicher Substanzen ist solche Betrachtungsweise natürlich ganz

unsinnig. Bei schwerlöslichen Mitteln könnte man höchstens daran denken, daß durch Verreiben mit Milchsücker die Korngröße herabgesetzt wird. Ob dies Verfahren aber dazu geeignet ist, erscheint zweifelhaft.

Einen neuen Auftrieb erhielt die homöopathische Schule durch die Entdeckung der Jonisation der Säuren, Basen und Salze in Wasser mit seiner hohen Dielektrizitäts-Konstante. Ein Jubel ging durch ihre Reihen. Wir haben es immer schon gesagt, hieß es, die Potenzierung der Arzneimittel ist keineswegs Chimäre. Je höher die Potenz, um so mehr Elektrizität befindet sich darin. Und welche Wunder hat man nicht schon von dieser Naturkraft gehört! Lange dauerte dieser Jubel nicht, dann kam eine kalte Dusche. Sie rührte von Hugo Schulz her, der in der Vorrede seines oben genannten Werkes eindringlich vor derartigen Spekulationen warnte. Seitdem ist es stille geworden von Potenzen und Hochpotenzen, niemand redet mehr davon. Auch empfindet man es peinlich, wenn andere davon reden. In Ordnung, im Hause des Gehenkten soll man nicht vom Strick reden.

Trotz alledem, in der Lehre von der Verdünnung steckt ein wahrer Kern, eine richtige Beobachtung, die wahrscheinlich die Ursache dieser Lehre war. Während die Arzneimittel aus der organischen Chemie im Organismus durch Verbrennung vernichtet und unschädlich gemacht werden können, ist dies bei den Elementen nicht so ohne weiteres möglich. Gibt man von diesen kleine und kleinste Dosen eine Zeitlang, so kann man unter Umständen sehr wohl Wirkung beobachten. Sie kumulieren, wie man sagt. Man darf das allerdings nicht verallgemeinern. Das Ausscheidungsvermögen für Metalle und Metalloide ist von Person zu Person verschieden. So sind nach Einspritzung von Penicillin-Präparaten wiederholt schwere Haut- und Schleimhautveränderungen, sogar Todesfälle gemeldet worden. Penicillin ist eine organische Schwefelverbindung. Schwefel ist giftig. Die Giftwirkung ist eine Funktion von Atomgewicht und Wertigkeit der Elemente.

Man muß sich fragen, welchen Eindruck bekommt das Publikum, die große Masse der Heilsuchenden, wenn man in ein- und derselben Apotheke von zwei verschiedenen Ärzten Medikamente erhält, die grundsätzliche Unterschiede aufweisen sollen. Zur Erhöhung des ärztlichen Ansehens trägt das bestimmt nicht bei. Zur Zeit des tausendjährigen Reiches haben schon die sogenannten Ärztführer alles getan, um den Ärztestand in den Augen der Bevölkerung herabzuwürdigen. Erinnerung sei nur an die „Gleichschaltung“, wie das schöne Wort hieß, mit den Heilpraktikern, die man uns zumutete.

Von den Ärztekammern ist dem Allgemeinpraktiker verboten, irgendwelche Ankündigungen von Röntgen-tätigkeit, Diathermie, Höhensonne u. dgl. an seinem Schild anzubringen. Ob mit Recht oder Unrecht, soll hier nicht erörtert werden. Man könnte z. B. dagegen einwenden, daß es für den Patienten eine Erleichterung wäre, wenn er weiß, daß sein Arzt u. U. mit Hilfe von Röntgendurchleuchtung eher die Ursache seines alten Leidens ergründen kann, daß er zu diesem Zweck nicht in das Wartezimmer eines Facharztes abgeschoben werden muß. Genau so steht es mit den therapeutischen Hilfsmitteln. Der Patient wird mehr Zutrauen zu einem Arzt haben, von dem ihm bekannt ist, daß er die hohen Kosten zur Anschaffung solcher Apparaturen

nicht gescheut hat, um seinen Klienten gesund zu machen. Was soll aber der Patient mit der Ankündigung „Homöopathie“ anfangen? Wem soll das nützen? In homöopathischen Vereinen und mit anderen Reklame-mitteln hat man dem Publikum beigebracht, daß die Anhänger dieser Art Wissenschaft ohne Anwendung von Giften Krankheiten heilen können. Man hat also zu einer bewußten Unwahrheit seine Zuflucht genommen. Unter Billigung der Kammern dürfen also Ärzte, die sich als Vertreter einer Pseudowissenschaft auf ihren Schildern ausweisen, eine Vorzugsstellung gegenüber ihren Kollegen einnehmen. Das ist ein Unrecht. In Wort und Schrift muß die Ärzteschaft darauf dringen, daß dieser Zustand geändert wird. Wenn wir in jeder Hinsicht einen reinen Tisch schaffen, wird auch unser Vertragspartner uns mit mehr Rücksicht als bisher behandeln. — Wer dennoch auf Normalspur im D-Zug I. Klasse mit Speisewagen fahren will, dem bleibt das unbenommen.

### Aus der Praxis



Vor kurzem sah ich bei einem pensionierten Lokomotivführer einen improvisierten Nachtstuhl. Da ich in meiner vieljährigen Praxis diese einfache, ich möchte sagen, geniale Methode noch nicht gesehen habe, will es mir erlaubt erscheinen, sie auch anderen bekannt zu geben. Die nebenstehende Zeichnung erläutert das Verfahren, das keinerlei Aufwand erfordert, betriebssicher und auch bequem ist.

Dr. Gerber

### Zur Versorgungsfrage

Dr. med. A. Heddaeus

Mannheim-Feudenheim, 4. 4. 55  
Nadlerstraße 13

Lieber Herr Kollege Fuchs!

Ihr kurzer Brief in Heft 1 des Südwestdeutschen Ärzteblattes veranlaßt mich zu der Mitteilung, daß ich zur Frage der Altersversorgung der Ärzte schon vor längerer Zeit durch einen aufklärenden Artikel in der Presse Stellung genommen und auf die skandalöse Art hingewiesen habe, wie man uns von oben behandelt hat.

Die Zuschrift an die Ärzte lautete:

„wenn Sie nicht mehr arbeiten können, wenden Sie sich an Ihre Gemeinden“,

also: Fürsorgeempfänger. Kann es eine zynischere Art geben, einen verdienten Stand, nach über 60jähriger verantwortungsvoller Arbeit für die Menschheit, abzuhalftern?

Zudem habe ich mich direkt an den Bundespräsidenten gewandt, aber erst nach nochmaliger Mahnung Antwort vom „Bundespräsidialamt“ bekommen, dahin

lautend, die Angelegenheit würde durch den „Lastenausgleich“ geregelt. Das war vor nunmehr fünf Jahren. Geschehen ist bis jetzt nichts, und es wird wohl auch nichts geschehen. Man wird warten wollen, bis wir Alten gestorben sind. Dann ist man diese Sorge los.

Die lakonische Gratulation der Ärztekammer zu Ihrem 90. Geburtstag in Heft 2 dieses Blattes lobt die Arbeitsfreudigkeit des 90jährigen, geht aber mit keiner Zeile darauf ein, wie man diesem unwürdigen Zwangszustand abhelfen könnte. Es wäre wahr-

lich an der Zeit, daß etwas Positives geschähe und daß man einen Modus fände, den pensionsfähigen alten Ärzten einen sorgenlosen Lebensabend zu schaffen, denn die in Aussicht stehende Reform der Sozialversicherung befaßt sich doch wohl nur mit einer zukünftigen Altersversorgung und denkt nicht an die Wiedergutmachung eines noch bestehenden schreienden Unrechts.

Mit kollegialer Hochachtung

Ihr Heddaeus

## PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

### Zur Neuordnung des Sozialrechts

(Mitteilung der Pressestelle an die Presse)

Veranlaßt durch die Denkschrift des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg zur Neuordnung des Sozialrechts (s. „Stuttgarter Nachrichten“ v. 5. 4. 1955 und „Stuttgarter Zeitung“ v. 5. 4. 1955) hat der Vorsitzende des Vorläufigen Kammerausschusses für die Landesärztekammer Baden-Württemberg, Herr Professor Dr. Neuffer, an den Herrn Ministerpräsidenten folgendes Schreiben gerichtet:

„Als Vorsitzender des Vorläufigen Kammerausschusses der Landesärztekammer Baden-Württemberg habe ich mit Besorgnis von der Veröffentlichung Kenntnis genommen, in der das Arbeitsministerium von Baden-Württemberg seine Gedanken zur Neuordnung des Sozialrechts bekanntgegeben hat.

Ich richte deshalb an die Staatsregierung von Baden-Württemberg die höfliche Anfrage, ob diese Gedanken die Zustimmung des Kabinetts gefunden haben, und bitte ergebenst um die Möglichkeit einer Aussprache über diesen Fragenkreis.“

## Kurznachrichten

### Kraftfahrzeugkosten eines Arztes

Fahrt zur Praxis verursacht Betriebsausgaben

Auf Grund der Rechtsprechung des Reichsfinanzhofs durften Ärzte die Kosten für die Fahrten zwischen Wohnung und Praxis mit einem Kraftwagen nur dann als Betriebsausgaben abziehen, wenn sie nach der Art ihrer Praxis den Wagen ohnehin überwiegend für Patientenbesuche benötigen. Im Urteil vom 10. Februar 1955 (IV 404/53 U) hat der Bundesfinanzhof diese einschränkende Auffassung aufgegeben. Es handelte sich um einen selbständigen Röntgenfacharzt, der 9,5 km von seiner Praxis entfernt wohnte. Das Urteil führt aus, daß bei Arbeitnehmern nach § 9 Ziff. 4 EStG in der bis zum 31. Dezember 1954 geltenden Fassung Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte nur insoweit als Werbungskosten anerkannt würden, als sie objektiv notwendig seien, wobei als notwendig in der Regel nur die Kosten für die öffentlichen Verkehrsmittel anerkannt werden könnten. Für die bei einem Arzt vorliegenden Betriebsausgaben fehle im § 4 Abs. 4 EStG 1950 eine entsprechende Einschränkung. Welche Aufwendungen ein Unternehmer für den Betrieb mache, entscheide er grundsätzlich nach seinem Ermessen. Nicht erforderlich sei, daß die Aufwendungen objektiv erforderlich oder zweckmäßig seien. Es sei daher nicht zulässig, für die Aufwendungen zu Fahrten zwischen Wohnung und Praxis, die begrifflich zu den Betriebsausgaben rechnet, eine abweichende und einschränkende Auslegung zu vertreten. Auch sei zu berücksichtigen, daß andere Berufsgruppen, die den Gewinn versteuerten, also Landwirte und Gewerbetreibende, fast unbeschränkt die Möglichkeit hätten, die Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Betrieb als Betriebsausgaben abzusetzen.

Nach alledem könne ein Arzt die Kraftfahrzeugkosten, die durch die Fahrten zwischen Wohnung und Praxis entstünden, grundsätzlich auch dann als Betriebsausgaben absetzen, wenn er das Kraftfahrzeug überwiegend für solche Fahrten angeschafft habe. Ob die Fahrkosten auch dann als Betriebsausgaben berücksichtigt werden können, wenn ein

Steuerpflichtiger aus persönlichen Gründen seinen Wohnsitz ungewöhnlich weit von der Praxis entfernt gewählt hat, läßt das Urteil offen. s—r.

### Schutzimpfung gegen Poliomyelitis

Nach langjähriger Vorarbeit ist nunmehr in den Behringwerken die Produktion des Schutzimpfstoffes gegen Poliomyelitis angelaufen, und für die Impfmonate März, April und Mai stehen voraussichtlich ausreichende Mengen des Schutzimpfstoffes zur Verfügung. Die Bekanntgabe dieser Tatsache weckt die Erinnerung daran, daß Professor Dr. Römer, der 1. Assistent Emil v. Behrings in Marburg, schon vor 40 Jahren auf Grund umfangreicher Versuche die Hoffnung ausgesprochen hatte, eine Vaccine gegen Poliomyelitis zu schaffen. Der frühe Tod Römers im 1. Weltkrieg setzte seinen aussichtsreichen Untersuchungen damals ein Ende. Jahrzehntelange internationale Forschung war erforderlich, um das von Römer angestrebte Ziel zu erreichen.

Bis jetzt sind mit dem deutschen Impfstoff 15 000 Impfungen durchgeführt worden, die den Nachweis einer guten Verträglichkeit und Unschädlichkeit erbracht haben.

Die Impfungen müssen rechtzeitig erfolgen, da die Immunität eine bestimmte Entwicklungszeit braucht. Erst in dem Augenblick zu impfen, wenn die Gefahr einer Infektion besteht, läßt die Entwicklung eines ausreichenden Impfschutzes nicht zu. Auch könnten im unmittelbaren Anschluß an die Impfung auftretende Poliomyelitisfälle fälschlich dem Impfstoff zur Last gelegt werden.

Die Entwicklung der Antikörpertiter läßt sich mit ausreichender Exaktheit verfolgen. Der effektive Schutz, der nicht mit den Antikörpertitern parallel zu gehen braucht, wird aber erst dadurch bewiesen, daß Geimpfte in großer Zahl eine kommende Epidemie ohne Schädigung überstehen.

Die hohen Morbiditäts-, Lähmungs- und Mortalitätsziffern in der Bundesrepublik, die in der gleichen Relation wie in den USA ansteigen, lassen es wünschenswert erscheinen, mit der gleichen Intensität wie in Amerika den Kampf gegen die Kinderlähmung aufzunehmen. Behring-Archiv

## Buchbesprechungen

**Deutscher Bäderkalender**, Teilausgabe 1954, herausgegeben vom Deutschen Bäderverband e. V. Bonn, Verlag Ludwig Flöttmann, Gütersloh.

Es gibt Jahrbücher, die zwar alljährlich neu erscheinen, aber nicht viel Neues bringen. Beim Bäderkalender ist das anders. Bis vor kurzem waren in zahlreichen deutschen Bädern noch viele Sanatorien beschlagnahmt, und der Kurbetrieb war nur mit Einschränkungen möglich. Nun sind die Verhältnisse weitgehend normalisiert, es besteht ein Bedürfnis bei den in der Praxis tätigen Ärzten nach einer Zusammenfassung der westdeutschen Badeorte, Seebäder und heilklimatischen Kurorte. Eine solche Zusammenstellung wird uns hier in die Hand gegeben. Ein Indikationsverzeichnis erleichtert die vom Krankheitsbild ausgehende Suche nach geeigneten Kurorten, und vor allem sind auch die Grundzüge der Balneotherapie bei ihren verschiedenen Indikationsgebieten einzeln von entsprechenden Sachkennern dargelegt. Ein sehr praktisches Taschenbuch.

Dr. Schröder

**Gustav Schmaltz: „Komplexe Psychologie und körperliches Symptom, dargestellt an einem Fall von psychogener Angina pectoris.“** Mit einem Geleitwort von C. G. Jung. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1955. Preis: brosch. DM 8,80, Gzln. DM 12,50.

Ein pektanginöser Erkrankungsfall mit „außerordentlich eindrucksvollen körperlichen Erscheinungen“ wird vom Internisten dem Psychotherapeuten überwiesen. Die hierfür maßgebenden Erwägungen, wie auch alle klinischen Daten, bis hin zum vergleichenden EKG vor und nach der Behandlung, kommen zur Darstellung. Die biographische Anamnese und der Gang der Therapie geben dem Nichtfachmann wertvollen Einblick in Hintergrund und Sinnhaftigkeit körperlicher Symptome. Die Frage nach dem Wesen psychotherapeutischer Heilung wird von Jungescher Sicht her eingehend behandelt und die Freudsche Schule in diesem Zusammenhang diskutiert. Der konkrete Einzelfall dient dem Verf. wesentlich dazu, das große Gebäude Jungescher Konzeption in Methodik und Symbolverständnis zu demonstrieren, was dem Buch, in Verbindung mit einer Fülle von Literaturhinweisen und einem gepflegten Sachregister den Rang einer Propädeutik verleiht. Dabei ist erwähnenswert, daß der Begriff der Übertragung fallengelassen ist. Der besondere Wert der Veröffentlichung liegt darin, daß hier die Jungesche Psychologie aus ihrer gemeinhin zugestandenen Domäne des kollektiven Unbewußten und der Individuation herausgenommen wird und ihre Methode Anwendung findet gerade auch für die Aufhellung des persönlichen Unbewußten, des Fokus psychosomatischer Erkrankungen. Durch diese Akzentverschiebung hat der Verf. die Fachliteratur wesentlich bereichert.

Dr. Helmut Wolfram Eschenbach

**H. Iskraut: „Neuraltherapie in der täglichen Praxis.“** Karl F. Haug Verlag Ulm/Donau 1954, Preis: kart. DM 9,60.

Es ist erfreulich und aner kennenswert, mit welchem Eifer der Verfasser sich an die Probleme herangearbeitet hat. Wenn man sich die Fülle der Publikationen über das vorliegende Gebiet — es sind über 1000 — vor Augen hält, so stellt die Abhandlung den erfolgreichen Versuch dar, die Neuraltherapie dem Praktiker näherzubringen. Nach einer Einführung in die Gedankenwelt der Neuraltherapie werden, auch an Hand von Beispielen, die anatomischen und physiologischen Grundlagen erörtert. Bei der Besprechung des Herdproblems werden besonders die Argumente freigelegt, die gegen die heutige Fokallehre sprechen. In einem wei-

teren Abschnitt wird die Neuraltherapie der sog. Herd-erkrankungen deutlich gemacht. Hinsichtlich des Secundärphänomens nach H u n e k e wird nachgewiesen, daß es nach gesicherten Regeln der Elektrophysiologie abläuft und daher keinen zauberhaften, unbekanntem Vorgang darstellt. Nach den heutigen Kenntnissen werden die Grenzen der Neuraltherapie umrissen, wobei auf Kontraindikationen und auf neue, noch wenig bekannte Möglichkeiten und Indikationen hingewiesen wird.

Dem Verfasser ist es gelungen, dem Praktiker diese neue, noch häufig verkannte, aber segensreiche Heilmethode zu erschließen, sie mit wissenschaftlichen Argumenten zu untermauern und damit den Boden zu ebnet, auf dem sich die Neuraltherapie fruchtbringend ausbreiten kann. Die Abhandlung bietet dem Arzt und dem Zahnarzt wertvollste Anregungen, und es ist ihr weite Verbreitung und Anwendung zu wünschen.

Prof. Dr. Dr. Adrion

**Schede: „Grundlagen der körperlichen Erziehung.“** 3. Auflage, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, 157 Seiten, 73 Abbildungen, Preis: kart. DM 12,80.

Gegenüber den früheren Auflagen ist die dritte durch ein Kapitel „Schule und körperliche Erziehung“ erweitert worden. Der Verfasser berichtet darin über die guten Erfolge, die er durch Änderung des Schulunterrichtes in der Leipziger höheren Waldschule vor dem Kriege erreichte. Durch eine geschickte Anordnung der Pausen und die Durchführung von täglichen Turnstunden, sowie möglichst viel Freiluftunterricht, war es nicht nur möglich, Haltungsschäden und Fußschwächen zu bessern, sondern auch die Zahl der Infektionskrankheiten zu verringern. Von pädagogischem Interesse ist es, daß durch den geschickten Wechsel von wissenschaftlichen Fächern und körperlicher Belastung auch eine bessere Leistungsfähigkeit der Schüler erreicht wurde.

Der erfahrene Orthopäde beschreibt in seinem Buch die Ursachen für die häufigen Haltungsschäden und Fußschwächen unserer Jugend und geht auf die modernen Beobachtungen über die Akzeleration ein. Er fordert einen Ausgleich gegen den Sitzzwang in der Schule und verlangt eine Erziehung zur Ganzheit.

Die Neuauflage des Buches erscheint in einer Zeit, in der die Deutsche Olympische Gesellschaft darauf hinweist, daß durch die mangelhafte körperliche Entwicklung unserer Jugend in den Schulen die Gefahr vorhanden ist, daß diese Menschen später im Berufsleben versagen müssen und damit das gesamte deutsche Arbeitspotential bedroht wird. Besonders schwerwiegend muß sich das Fehlen jeder körperlichen Ertüchtigung in den Berufsschulen später auswirken. Der körperliche Verfall unserer Jugend verlangt, daß mit allen Mitteln dagegen angegangen wird. Jeder Arzt, und vor allem jeder Schularzt, wird in dem Buch von Schede wertvolle Anregungen finden, wie unsere Jugend körperlich erzogen werden kann.

Prof. Dr. F. Heiss

**Mallwitz: „Arzt und Versehrtensport.“** Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, 112 Seiten, 16 Abb., Preis: kart. DM 13,—.

Das Buch bringt eine Zusammenstellung der Vorträge bekannter Autoren, die anlässlich der Lehrgänge für den Versehrtensport gehalten worden sind. Erfahrene Orthopäden, Sportärzte und Leibesezierer nehmen zum Versehrtensport Stellung. Mallwitz hat in den letzten beiden Weltkriegen selbst derartige Kurse ins Leben gerufen und durchgeführt und verfügt daher über eine große eigene Erfahrung. In einem Anhang werden die Erlasse und Entschließungen des Bundesministeriums und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrtensport angeführt. Bei der großen Bedeutung, die dem Versehrtensport heute zukommt, wird es sicher jeder Arzt begrüßen, wenn er eine gute Zusammenstellung mit kritischer Wertung über dieses Problem findet.

Prof. Dr. F. Heiss

**k-Strophanthin**  
**HAMELN**

PHARMAZEUTISCHE FABRIK HAMELN



# Bekanntmachungen

Neue Anschrift der Landesärztekammer:

**Landesärztekammer Baden-Württemberg**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Stuttgart-Degerloch, Felix-Dahn-Straße 41  
Telefon: 7 31 44.

## 4. Jahrestagung des deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung in Stuttgart vom 24. bis 27. Mai 1955

Tagesprogramme:

### Dienstag, den 24. Mai 1955

- 11 Uhr Vorstandssitzung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung  
Hotel Schwabenbräu, Friedrichstr. 35, I. Stock (beim Schloßplatz)
- 13 Uhr Mittagspause
- 15 Uhr Hauptversammlung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung  
(nur für Mitglieder)  
Hotel Schwabenbräu, Friedrichstr. 35, I. Stock (beim Schloßplatz)
- 20 Uhr Zwangloser Begrüßungsabend mit Damen  
Gaststätte Hindenburgbau gegenüber dem Hauptbahnhof  
Es besteht Gelegenheit zur Einnahme des Abendessens

### Mittwoch, den 25. Mai 1955

- 9—13 Uhr Wissenschaftliche Tagung  
Tagungsort:  
Gustav-Siegle-Haus, Stuttgart, Leonhardsplatz  
Begrüßung durch den Präsidenten des Deutschen Zentralausschusses,  
Prof. Dr. A. Dietrich, Stuttgart  
Eröffnung der wissenschaftlichen Sitzung  
Sitzungsleiter Prof. Dr. A. Dietrich  
Vorträge:  
1. Prof. Dr. Otto Warburg, Max-Planck-Institut für Zell-Physiologie, Berlin-Dahlem:  
„Die Entstehung der Krebszellen“  
2. Doz. Dr. H. Nothdurft-Heidelberg:  
„Experimentelle Sarkome durch reizlos einheilende Fremdkörper“  
3. Doz. Dr. G. Siebert-Mainz:  
„Probleme des Stoffwechsels in der Krebszelle“  
Aussprache zu 1—3  
vorgemerkt: Büchner-Freiburg,  
Butenandt-Tübingen,  
Druckrey-Freiburg,  
Lettré-Heidelberg

- 15—18 Uhr Nachmittagssitzung  
Sitzungsleiter: Prof. Dr. Denk-Wien  
Vorträge:  
4. Prof. Dr. H. Lettré-Heidelberg:  
„Die Bedeutung der Zellorganellen in normalen und atypischen Zellen“  
5. Frau Dr. R. Lettré-Heidelberg:  
„Beobachtungen über den Nucleolus“  
6. Dr. Wrba-Heidelberg:  
„Mit Isotopen markierte Tumorzellen in der Krebsforschung“

7. Prof. Dr. A. von Albertini-Zürich:  
„Elektronenmikroskopische Untersuchungen am atypischen Portioepithel“  
Aussprache zu 4—7  
ab 19.30 Uhr Geselliger Abend mit Damen  
im Hauptrestaurant des Höhenparks Killesberg (zu erreichen mit Linie 10, Endstation)  
20 Uhr Konzert des Kergl-Quartetts mit Hans Otte, Klavier  
Kaltes Büfett  
Tanz ab 22 Uhr

### Donnerstag, den 26. Mai 1955

- 8.30—13 Uhr Wissenschaftliche Tagung (Fortsetzung)  
Tagungsort:  
Gustav-Siegle-Haus, Stuttgart, Leonhardsplatz  
Sitzungsleiter: Prof. Dr. Schinz-Zürich  
Vorträge:  
8. Prof. Dr. B. Walthard-Bern:  
„Formenkreise und Zusammenhänge von Kropf und Krebs“  
9. Prof. Dr. Huber-Wien:  
„Die Struma maligna“  
10. Prof. Dr. Naegeli-Tübingen:  
„Kropf und Krebs mit Berücksichtigung der Prophylaxe“  
11. Prof. Dr. Desai-Lüttich:  
„Über experimentellen Schilddrüsenkrebs und über Beziehungen zwischen Kropf und Krebs anderer Organe“  
12. Prof. Dr. Breitter-Innsbruck:  
„Geschlecht, Schilddrüse, Karzinom“  
Aussprache zu 8—12  
15—18 Uhr Nachmittagssitzung  
Sitzungsleiter: Prof. Dr. Martius-Göttingen  
Vorträge:  
13. Doz. Dr. W. Horst-Hamburg:  
„Die Bedeutung der Radioisotopen in der Diagnostik von Struma und Schilddrüsenkrebs“  
14. Oberarzt Dr. K. Schärer-Zürich:  
„Isotopen und Röntgenstrahlenbehandlung der Struma maligna“  
Aussprache zu 13, 14  
vorgemerkt: Becker-Heidelberg, von Held-Stuttgart  
15. Prof. Dr. Meythaler-Nürnberg:  
„Die interne Behandlung von Krebskranken“  
16. Prof. Dr. Neuffer-Stuttgart:  
„Der praktische Arzt in der Krebsbekämpfung“  
Aussprache zu 15, 16  
vorgemerkt: von Braunbehrens-München  
Schlußwort:  
Prof. Dr. A. Dietrich-Stuttgart  
Abends Gelegenheit zu Theaterbesuch in Oper und Schauspiel  
Kartenbestellung im Tagungsbüro bis Mittwoch, den 25. Mai 1955

### Freitag, den 27. Mai 1955

- 9.30 Uhr Abfahrt mit Omnibus nach Tübingen, Besichtigung der Universität und einiger Institute

KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL •



**Neurischian** - spl. - Bimite - Bifocite

lokale Schmerzherd-Kleininjektion bei Ischias - Neuralgien - Lumbago  
Krewel-Werke, Eitorf b. Köln

11.30 Uhr Weiterfahrt nach dem Raichberg, dort Mittagessen  
Rückfahrt mit Gelegenheit zu einer Kaffeepause im „Motel“ in Tübingen  
Rückkehr gegen 18 Uhr  
Anmeldungen bis Donnerstag, den 26. Mai 1955, 12 Uhr, im Tagungsbüro

#### Fortbildungskurs für praktische Ärzte

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule in Gießen veranstaltet vom 12. bis 16. Juni 1955 einen Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Hauptthema „Frauenheilkunde und Geburtshilfe für den praktischen Arzt“.

Fachliche Gestaltung durch Prof. Dr. H. Roemer, Direktor der Frauenklinik Gießen. Anmeldung, Auskunft und Prospekte durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut, Gießen, Klinikstraße 32 g.

#### Ausbildungslehrgang für Sportärzte

Vom 13. 6. bis 25. 6. 1955 findet in diesem Jahr der Ausbildungslehrgang zur Anerkennung als Sportarzt des Deutschen Sportärztebundes in Freudenstadt statt. Anmeldung an die Kurverwaltung Freudenstadt.

#### Sportärztetagung

Die diesjährige Tagung des bad.-württ. Sportärzteverbandes findet am 18./19. 6. 1955 in Freudenstadt statt. Anmeldung an die Kurverwaltung Freudenstadt.

#### Fortbildungskurse für praktische Medizin

in Grado	vom 6.—18. 6. 1955
in Langeog	vom 12.—26. 6. 1955
in Meran	vom 5.—17. 9. 1955
in Langeog	vom 4.—18. 9. 1955

Prospekte: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13, Telefon 5 86 31.

Während dieser Kurse und über die ganze Sommerzeit können Arztkinder, wie jedes Jahr, im

Kinderheim SONNENSCHNITT

in Wyk auf Föhr untergebracht werden.

Pauschalpreis einschließlich aller Nebenausgaben

Vor- und Nachsaison pro Woche	DM 55.—
Hauptsaison (1. 7.—31. 8.)	DM 63.—

Anfragen direkt an das Kinderheim Sonnenschein, Frau Lene Petersen, Wyk auf Föhr.

#### Die Einziehung von Testseren

wird im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 19 vom 9. März 1955 veröffentlicht.

#### Warnung vor Josef Kirchner

wegen betrügerischen Versuchs der Krankenhausaufnahme (Mitteilung des Senators für das Gesundheitswesen in Bremen)

Der Heizer Josef Kirchner, geb. am 17. 8. 1910, ohne feste Wohnung, hat in der Zeit von Dezember 1950 bis Januar 1953 in 14 Fällen durch Vortäuschung von Krankheitszuständen Krankenhausaufnahme in verschiedenen Krankenhäusern der Bundesrepublik gefunden. Unter geschickter Ausnutzung der Gutgläubigkeit der Ärzte und bei anscheinend guter Kenntnis von der Symptomatik der von ihm vorgetäuschten Krankheitsbilder hat er es immer wieder verstanden, sich einer erschöpfenden diagnostischen Untersuchung zu entziehen. Sobald eine intensive Diagnostik bevorstand, wich er dieser im allgemeinen dadurch aus, daß er das Krankenhaus vorzeitig ohne irgendwelche Abmeldung verließ. Es ist wegen dieser Betrügereien gegen den Genannten bei der Oberstaatsanwaltschaft in Bremen ein Verfahren anhängig gewesen, das jedoch wegen Mangel an Beweisen eingestellt werden mußte.

#### Ferienaustausch / Frankreich

Ein französischer Arzt in St-Germain-en-Laye (Seine & Oise) möchte gern seinen 13jährigen Sohn im Austausch in eine katholische deutsche Arztfamilie geben, in oder um Stuttgart oder im Schwarzwald wohnend. Der junge Deutsche soll im August nach Frankreich kommen und die französische Familie dann ans Meer begleiten. Daraufhin sollen die beiden Jungens für den Monat September miteinander nach Deutschland reisen.

Angebote wollen Sie bitte richten an das Präsidium des Deutschen Ärztetages, Auslandsdienst, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

#### Verlegung der Landesgeschäftsstelle der Johanniter-Unfall-Hilfe

Die Landesleitung der Johanniter-Unfall-Hilfe in Baden-Württemberg teilt mit, daß sich ihre Landesgeschäftsstelle

ab 1. April 1955 in Heilbronn befindet.

Neue Anschrift:

Johanniter-Unfall-Hilfe  
Landesgeschäftsstelle  
Heilbronn a. N.  
Friedrich-Dürr-Straße 34 - Telefon 33 68

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER NORDWÜRTTEMBERG KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTTEMBERG

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

#### Ärztliche Fortbildungstage

Am Samstag, dem 21. Mai 1955, im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg. (Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 8 bis Haltestelle Hegelplatz. Fernruf 9 30 78.)  
Vormittags 9.00 Uhr

Prof. Dr. med. Gross-Stuttgart: Wundbehandlung und praktischer Arzt

Direktor Dr. med. Behrend-Stuttgart: Hirnverletzter und praktischer Arzt

Prof. Dr. med. K. H. Bauer-Heidelberg: Verkehrsunfälle und Unfallchirurgie

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr  
Herr J. F. Volrad Deneke-Bonn: Arzt und Laienpropaganda

Prof. Dr. med. Lentze-Köln: Fortschritte der Bakteriologie und Serologie für die Praxis



Das bekannte Therapeutikum mit den nachweisbaren Erfolgen bei:

Ulcus ventriculi, Gastritiden  
Ulcus duodeni

nunmehr durch  
Preisermäßigung  
noch wirtschaftlicher.

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

Originalpackung · Kurpackung · Klinikpackung

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

Am Samstag, dem 11. Juni 1955, im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg.

Vormittags 9.00 Uhr

Aktuelle Viertelstunde: Prof. Dr. med. Windorfer-Stuttgart: Das Neueste über Poliomyelitis  
Prof. Dr. med. Schubert-Tübingen: Gedankliche und praktische Brücken zwischen Schulmedizin und Naturheilkunde

Chefarzt Prof. Dr. med. Oberdisse-Wuppertal: Grundlagen der Behandlung mit Nebennierenrindenhormonen

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr

Chefarzt Privatdozent Dr. med. Moeschlin-Solothurn: Vergiftungen und praktischer Arzt  
Prof. Dr. med. Broglie-Neumünster: Über Schlaftherapie.

Am Samstag, dem 9. Juli 1955, im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg.

Vormittags 9.00 Uhr

Prof. Dr. med. Baß-Hannover: Die Bedeutung der Perkussion und Auskultation für den praktischen Arzt  
Direktor Dr. med. Leeser-Stuttgart: Die Stellung der Homöopathie in der Heilkunde  
Prof. Dr. med. Lendle-Göttingen: Theoretische Betrachtung der homöopathischen Lehre

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr

Prof. Dr. med. Vonkennel-Köln: Fragen der Allergie vom Standpunkt des praktischen Arztes  
Prof. Dr. med. Fleischhauer-Wien: Therapie der Anaemien.

Prof. Dr. Neuffer  
Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Professor Dr. Dennig  
Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Fortbildung

#### Ausschreibung von Kassenarztstellen (4/55)

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

Backnang	prakt. Arzt
Kreis Backnang	
Heilbronn	Facharzt für Orthopädie
Kreis Heilbronn	
Heilbronn-Böckingen	Facharzt für Kinderkrankheiten
Kreis Heilbronn	
Oberkessach	prakt. Arzt
Kreis Künzelsau	
Ludwigsburg	Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten
Kreis Ludwigsburg	

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

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

Vordrucke für die Bewerbungen können bei der Geschäfts-

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

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

Nach § 35 der Zulassungsordnung geht der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses eine mündliche Verhandlung voraus. Zu dieser werden die Beteiligten spätestens eine Woche vorher durch eingeschriebenen Brief geladen. Gleichzeitig mit der Bewerbung muß eine Gebühr von DM 10.— unter dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 4/55“ auf das Postscheckkonto Stuttgart Nr. 5006 der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg eingezahlt werden. Bei einer gleichzeitigen Bewerbung um mehrere Stellen ist diese Gebühr für jeden einzelnen Antrag zu entrichten.

Die Bewerbungen sind in doppelter Fertigung bis spätestens 10. Juni 1955 bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, einzureichen.

Stuttgart, den 10. Mai 1955

Der Zulassungsausschuß  
für die kassenärztliche Tätigkeit  
im Regierungsbezirk Nord-Württemberg

#### Bericht

über die 119. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 1. März 1955 (20.00 bis 23.30 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer zur Lage.
2. Es wurde der KV eine Anfrage vorgelegt, wie Audiogramme zu honorieren seien. — Vor einer Beschlußfassung sollen der Gebührenordnungsausschuß der Arbeitsgemeinschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wegen der Relation zu anderen Leistungen um Stellungnahme gebeten werden.
3. Ein Chirurg macht darauf aufmerksam, daß die Gebühr für Kropfoperationen (DM 36.—) in einem Mißverhältnis stehe zur Gebühr z. B. für eine Blinddarmoperation (DM 60.—). Der Vorstand hält dieses Verhältnis auch für nicht ganz zutreffend; im allgemeinen ergibt sich wohl innerhalb der chirurgischen Tätigkeit ein Ausgleich; für einen Sonderfall (Spezialisierung auf Kropfoperationen) eine Berichtigung der Gebührenordnung vorzunehmen, hält sich der Vorstand aber nicht für ermächtigt.
4. Der Landesverband der OKK hat hierher ein Schreiben gerichtet, in dem er sich mit der Frage der Rauchsücht bei Kassenärzten befaßt und auf das bei einer anderen Landesstelle in dieser Angelegenheit vereinbarte Verfahren als beispielhaft hinweist. — Der Vorstand hält eine solche, generell vorgehende Regelung jedoch nicht für nachahmenswert; es handelt sich bei uns nur um einige wenige Ärzte, deren Fall jeweils individuell angefaßt werden kann und soll.
5. Altersversorgung, alte Ärzte und kassenärztliche Tätigkeit.

## AKNE-MEDICE

Zur Therapie der Acne vulgaris

Liquidum und Puder in einer Packung

Literatur und Muster auf Wunsch

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

6. Anträge zur Beschäftigung eines Assistenten zur Ableistung des Landvierteljahres.
7. Fragen der Mitarbeit der Kreisärzteschaften in Zulassungsangelegenheiten.
8. Die bisher geleisteten Vorarbeiten des Planungsausschusses sollen dem neuen KV-Vorstand zur weiteren Erledigung übergeben werden.
9. Vertretungsfragen.
10. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

**Bericht****über die 19. Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 9. 3. 1955**

1. Die 19. Abgeordnetenversammlung ist die letzte der im August 1948 gewählten KV-Abgeordneten, da inzwischen eine Neuwahl der kassenärztlichen Vertreter stattgefunden hat.
2. Es wird der Bericht über die umfassende Bilanz- und Bücherrevision für das Jahr 1954 bekanntgegeben. Da Beanstandungen nicht festgestellt worden sind, wird Vorstand und Geschäftsführung einstimmig Entlastung erteilt.
3. Der 1. Vorsitzende dankt den KV-Abgeordneten für ihre eifrige Mitarbeit und schließt die Sitzung, nachdem einige KV-Abgeordnete ihrerseits dem Vorstand Dank und Anerkennung für die im Interesse der Kollegen geleistete Arbeit zum Ausdruck gebracht hatten. St.

**Bericht****über die 29. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 8. März 1955 (von 20.00 bis 0.45 Uhr)**

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage. — Sitzung des Präsidiums des Deutschen Ärztetags. Planung des Deutschen Ärztetags. Der Vorstand der AK Nord-Württemberg E. V. begrüßt die umfassende Zusammensetzung des Präsidiums des Deutschen Ärztetags. Er hält es für sehr wichtig, daß es eine Einrichtung gibt, die Vertreter aller ärztlichen Belange umschließt und damit eine gemeinsame Aussprache über alle Probleme des ärztlichen Standes ermöglicht.
2. Familienlastenausgleichskasse. Die Genehmigung zur Schaffung einer Eigeneinrichtung der Ärzteschaft sollte angestrebt werden. Mit Rücksicht auf die in Bildung begriffene Landesärztekammer kann jedoch auf Bezirksebene nach Meinung des Vorstandes nicht selbständig vorgegangen werden; vielmehr wird an den Vorläufigen Kammerausschuß Baden-Württemberg die Bitte gerichtet, die Angelegenheit weiter zu betreiben. Der Einzug der Beiträge und die Ausschüttung des Kindergeldes wird vorläufig noch zurückgestellt.
3. Zahlreiche Betriebskrankenkassen wollen nach wie vor ihren Werkarzt als Beratungsarzt einsetzen, obwohl dies nach diesseitiger Auffassung dem Sinne der Einrichtung widerspricht. — Beschluß: Die Aufsichtsbehörde soll mit der Angelegenheit befaßt werden.
4. Eine Kreisärzteschaft hat beantragt, alle Kollegen, die für die ärztliche Organisation ehrenamtlich tätig sind, gegen Unfall zu versichern. — Die Entscheidung soll der neuen Kammer überlassen werden.
5. Einem Facharzt für Röntgenologie mußte vom Facharztanerkennungsausschuß die Qualifikation als Facharzt wieder aberkannt werden, weil seine

Leistungen sich als ganz ungenügend erwiesen und Zweifel, die nachträglich hinsichtlich seiner Angaben über seine Ausbildung entstanden waren, nicht befriedigend geklärt werden konnten.

6. Blut zur Feststellung des Alkoholgehalts abzunehmen, können freipraktizierende Ärzte nur durch richterliche Entscheidung verpflichtet werden; ohne eine solche ist eine Blutabnahme in das freie Ermessen der Ärzte gestellt.
7. Im Kammerbereich leben 33 über 75 Jahre alte Kassenärzte; 17 davon sind sogar über 80 Jahre alt. — Wo die Praxis die Existenz nicht mehr trägt, besteht für diese Kollegen die Möglichkeit, die Fürsorgeeinrichtung der Kammer in Anspruch zu nehmen.
8. Ein Zusatz „Psychotherapie“ o. ä. auf dem Arztschild ist nach der Berufsordnung z. Z. noch nicht gestattet. Der Grund liegt darin, daß sich die verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen noch nicht einigen konnten, welcher Ausbildungsgang vorgeschrieben werden soll.
9. Ehrenratsangelegenheiten.
10. Verschiedenes.

Dr. H.

**Bericht****über die 30. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 22. März 1955 (von 20.00 Uhr bis 23.30 Uhr)**

1. Dr. Schwoerer berichtet zur Lage.
2. Aussprache über die Liquidation der Ä. K. E. V., Tagesordnung für die zu diesem Zweck einzuberufende letzte Delegiertenversammlung.
3. Familienlastenausgleichskasse: Der Vorstand beschließt, die KV. zu bitten, vorläufig schon das Kindergeld in den Fällen auszuzahlen, in denen zweifelsfrei Anspruch auf Zahlung des Kindergeldes besteht, ohne Rücksicht auf die noch zu beschließende Art der Umlageerhebung.
4. Dr. Carl: Bericht über die Sitzung des Ausschusses für das Fortbildungswesen am 12. Januar 1955. 300—350 Kollegen nehmen durchschnittlich an den Fortbildungstagen im Lindenmuseum teil, 350 Kollegen beteiligen sich an den klinischen Visiten. — Im nächsten Programm ist vor allem in Aussicht genommen, das Verhältnis Schulmedizin—Außen-seitermethoden kritisch zu beleuchten.
5. Dr. Carl: Bericht über die Sitzung des Facharztanerkennungsausschusses bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. — Eine einheitliche Urkunde in gefälliger Form ist jetzt ausgearbeitet worden. — Bei der Facharztanerkennung soll künftig bundeseinheitlich eine Gebühr von DM 30.— erhoben werden. — Änderungsvorschläge für den Ausbildungsgang verschiedener Facharztgruppen. — Zusatz „Homöopathie“ für prakt. Ärzte und Internisten. — Über den Ausbildungsgang, der die Voraussetzung für den Zusatz „Naturheilverfahren“ bilden soll, ist jetzt Einigung erzielt worden. Der Titel „Sportarzt“ ist abgelehnt worden. — Aussprache über die für Werkärzte notwendige Ausbildung.
6. Dr. Knospe: Ehrenratsangelegenheiten.
7. Dr. Knospe: Stand der Verhandlungen mit den Berufsgenossenschaften. Diese werden im Namen der Gesamtärzteschaft federführend von der KBV. geführt.

Dr. H.

**Ernährungsversuche  
mit Aletezucker**

Aus der Univ.-Kinderklinik Freiburg:

„... Als Ergebnis werden klinische Kurvenbilder vorgelegt, die, unter besonderer Berücksichtigung des Gewichtswachstums und seiner Änderungen, eine Überlegenheit des neuen Dextrin-Maltose-Gemisches in Bezug auf Resorbierbarkeit und Ansatzwert erkennen lassen. ...“

Dr. med. H. Greiser (Dissertation)

**Aletezucker, der körpernahe Nährzucker für den Säugling**

Produkte GmbH München

Alete - Pharmazeutische

## Bericht

über die 10. und letzte Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am Mittwoch, dem 30. März 1955

1. Dr. Knospe: Revisionsbericht.
2. Die Versammlung beschließt die Auflösung der AK Nord-Württemberg E. V. zum Ablauf des 31. März 1955. Zu Liquidatoren werden bestellt:
  1. der zweite Vorsitzende, Vizepräsident Dr. Schwoerer,
  2. der Rechnungsführer, Dr. Knospe,
  3. der Geschäftsführer, Stein.
 Die vorhandene Geschäftseinrichtung wird der Landesärztekammer Baden-Württemberg — Bezirksärztekammer Nord-Württemberg — für die Durchführung ihrer gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben überlassen. Das sonstige Vermögen nach dem Stande vom 30. Juni 1955 ist zugunsten der Gesamtheit der Mitglieder der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die im Regierungsbezirk Nord-Württemberg wohnen oder niedergelassen sind, zu verwenden.
3. Präsident Prof. Dr. Neuffer dankt allen Delegierten, dem Vorstand und den Ausschüssen für ihre Mitarbeit. Dr. H.

## Bericht

über die 1. (konstituierende) Delegiertenversammlung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg am Mittwoch, dem 30. März 1955

1. Die Versammlung beschließt, die Zahl der Vorstandsmitglieder auf 9 festzusetzen.
2. Zum 1. Vorsitzenden wird Prof. Dr. Neuffer gewählt, zum 2. Vorsitzenden Dr. Dobler, Schorndorf, zum Rechnungsführer, Dr. Knospe, Eßlingen.
3. Zu weiteren Vorstandsmitgliedern wurden gewählt:
  - Dr. Zimmerle, Göppingen
  - Dr. Röken, Stuttgart
  - Dr. Schad, Backnang
  - Dr. Landenberger, Eßlingen
  - Dr. Hämmerle, Kornwestheim
  - Dr. Doch, Stuttgart
4. In den Umlageausschuß wurden neben dem 1. Vorsitzenden gewählt:
  - Dr. Renckendorf, Ludwigsburg
  - Dr. Stoll, Bad Cannstatt
5. Dem Fürsorgeausschuß werden angehören:
  - Dr. Knospe, Eßlingen
  - Dr. Mühlhäuser, Geislingen
  - Dr. Doch, Stuttgart
  - Dr. Leder, Öhringen
  - Dr. Schwoerer, Waiblingen
6. Zum Vorsitzenden des Facharztanerkennungsausschusses wird Prof. Dr. Beckmann, Stuttgart, zum stellv. Vorsitzenden Prof. Dr. Reisner, Stuttgart, gewählt. — Der Vorstand wird ermächtigt, durch Zuwahl den Ausschuß zu vervollständigen.
7. Zum Vorsitzenden des Fortbildungsausschusses wird Prof. Dr. Dennig, Stuttgart, zum stellv. Vorsitzenden Prof. Dr. Reisner, Stuttgart, gewählt. Der Vorstand wird ermächtigt, durch Zuwahl den Ausschuß zu vervollständigen.
8. Für die Besetzung der neu zu bildenden Berufsgerichte werden Vorschläge gemacht.
9. Die Versammlung beschließt die Bildung von Untergliederungen im Bereich der unteren Verwaltungsbehörden = Kreisärzteschaften. Die Ärzteschaften mehrerer Kreise können auf Wunsch zu einer Kreisärzteschaft zusammengefaßt werden.

10. Für Bezirksärztekammer und Kreisärzteschaften sollen Satzung und Geschäftsordnung der Landesärztekammer sinngemäß gelten.
11. Die Anstellung von Hilfskräften im Rahmen des Haushaltsplanes wird dem Vorstand übertragen.
12. Als Rechtsbeistand der Kammer wird Landgerichtsrat Dopfer bestätigt. Dr. H.

## Bericht

über die 1. Sitzung des Vorstandes der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg am Donnerstag, dem 14. April 1955

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage. Tagung der KBV in Königswinter mit Aussprache über das Regelungsgesetz und die Reform der Sozialversicherung. — Chirurgenkongreß. — Dr. Dobler: Bericht über eine Sitzung der Gesellschaft für sozialen Fortschritt in Stuttgart.
2. Dr. Dobler: Ein Ehrenratsverfahren gegen einen Kollegen wurde zurückgestellt, weil sich die Notwendigkeit ergab, noch weitere Unterlagen zu beschaffen.
3. Beratung über den Entwurf der KBV für ein Abkommen mit den Berufsgenossenschaften. Dem Entwurf wird zugestimmt.
4. Zulassungsangelegenheiten.
5. Auf Grund einer Anfrage wird festgestellt, daß nach § 1 der Facharztordnung die Führung mehrerer Facharztbezeichnungen und die Verbindung einer fachärztlichen mit einer allgemeinärztlichen Bezeichnung unzulässig sind. Ein Arzt, der die Anerkennung als Facharzt besitzt, sich aber als praktischer Arzt niedergelassen hat, kann daher während der Dauer seiner Niederlassung als prakt. Arzt die Facharztbezeichnung nicht führen.
6. Für die Familienlastenausgleichskasse der Ärzteschaft wird ein Ausschuß gebildet (Dr. Hämmerle, Dr. Schwoerer, Dr. Lenz).
7. In den Ausschuß für die Versorgungseinrichtung der Kammerangestellten (vormalige Hartmannstiftung) wird als Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg Fräulein Dr. Doch, Stuttgart, delegiert, als Stellvertreterin Frau Dr. Wahl-Grund, Winnenden, gewählt.
8. Verschiedenes Dr. H.

## Die Röntgenreihenuntersuchungen

der Bevölkerung im Kreise Vaihingen/Enz beginnen nach einer Mitteilung des Regierungspräsidiums Nordwürttemberg im Juni 1955.

## Jahresbericht

über die Württ. Ärztliche Unterstützungskasse für das Kalenderjahr 1954

Der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse sind nach der Verfassung vom 18. Februar 1954 angeschlossen: die Dr. Laiblin-, Frisoni-, Cleß-, Deahna- und Krauß-Stiftung. Sie bilden verwaltungstechnisch und steuerrechtlich eine Einheit. Die Erträge der Stiftungen sind nachstehend inbegriffen.

	DM
I. Bestand am Schlusse des Kalenderjahrs 1953	
a) aus Stiftungsmitteln	4 271,03
b) aus Spenden der Ärzte	5 508,76
II. Einnahmen	
1. Zinsen aus Wertpapieren und Festanlagen	1 520,95
2. Mietzinse und Umlagen aus den Gebäuden Markelstr. 28 in Stuttgart-W und Gorch-Fock-Str. 23 in Stuttgart-Sillenbuch	22 268,—
3. Aus der Einlösung von Wertpapieren	330,—
4. Sonstige Einnahmen	12,87
5. Spenden der Ärzte	10 163,50
Summe I und II	44 075,11

Zur  
Anregung von Herz und Kreislauf  
genügen meist schon 5 Tropfen

**Ephector**

Literatur- und Musterabgabe:  
E. MERCK AG - Abteilung Stuttgart  
(14 a) Stuttgart W - Breitscheidstraße 121

III. Ausgaben	
1. Zinsvergütungen und Bankspesen	214,75
2. Verwaltungskosten	1 482,60
3. Verzinsung und Tilgung der Hypothekenschuld	5 037,48
4. Rückzahlung von Mieterdarlehen	4 040,—
5. Übernahme von Einrichtungsgegenständen der Mieter	2 800,—
6. Sonstiger Aufwand auf die Gebäude	2 227,11
7. Für den Ankauf von Wertpapieren	100,—
8. Unterstützungen	
a) aus Stiftungsmitteln	12 255,—
b) aus Spenden der Ärzte	8 985,—
Summe III	37 141,94

IV. Bestand am Schlusse des Kalenderjahrs 1954	
a) Stiftungsmittel	245,91
b) Spenden der Ärzte	6 687,26
Eingegangen sind bei der Jahresspendensammlung von 555 Gebern 10 163,50 DM.	
Zur Verteilung kamen	
a) aus Stiftungsmitteln	12 255
an 12 Arzttwitwen und 11 Arzttwaisen	
davon ordentliche Unterstützungen	10 625
außerordentliche Unterstützungen	500
Weihnachtsgaben	1 130
b) aus Spendemitteln	8 985
an 3 Ärzte, 18 Arzttwitwen und 4 Arzttwaisen	
davon ordentliche Unterstützungen	5 700
außerordentliche Unterstützungen	2 350
Weihnachtsgaben	635

Dem Verwaltungsrat gehören an:  
 Dr. med. Scherb - Stuttgart, als Geschäftsführer  
 Dr. med. Biersch - Stuttgart  
 Dr. med. Hermann Gündert - Stuttgart  
 Dr. med. Wilhelm Metzger - Stuttgart  
 Dr. med. Borck - Pfullingen.

Der Verwaltungsrat spricht allen Berufskollegen, von denen die Unterstützungskasse Spenden in Empfang nehmen durfte, den verbindlichsten Dank aus und verbindet damit die herzliche Bitte, das Hilfswerk der Unterstützungskasse auch im neuen Jahr tatkräftig zu unterstützen.

Gleichzeitig bitten wir, den Berufskollegen zur Kenntnis kommende Notfälle aus den Kreisen der württembergischen Ärzte und Arzthinterbliebenen dem Geschäftsführer mitzuteilen.

Stuttgart, im April 1955

Der Geschäftsführer  
 Dr. Scherb

Konto der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse  
 Nr. 313 bei der Württ. Landessparkasse in Stuttgart,  
 Nr. 5 320 bei dem Postscheckamt Stuttgart.

#### Württembergische Unterstützungskasse

Girokonto Nr. 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart,  
 Postscheckkonto Nr. 53 20 bei dem Postscheckamt Stuttgart.

Liste der im Monat April 1955 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Beckmann, Prof., Stuttgart, 40,—; Dürr, Schwäbisch Hall, 10,—; Reichert, Neresheim, 40,— (abgelehntes Honorar); Waldmann, Stuttgart-Bad Cannstatt, 20,—; Widenmann, Ellwangen, 10,—; Summe: 120,— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer  
 Dr. Scherb

#### 50jähriges Doktorjubiläum

Am 25. Mai 1955 feiert Dr. med. Eberhard Staiger sein 50jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, der im 75. Lebensjahr steht, studierte nach Absolvierung des Gymnasiums in Ulm an der Universität in Tübingen, wo er 1904 das Staatsexamen ablegte und 1905 promovierte. Nach mehrjähriger Tätigkeit an der Stadtarztstelle in Stuttgart und am Städt. Krankenhaus in Ulm ließ er sich 1908 in Ulm-Söflingen als praktischer Arzt nieder. Nach dem ersten Weltkrieg, an dem er als Stabsarzt teilnahm, war Dr. Staiger mehrere Jahre Vorsitzender des Ulmer Ärzte-Verbandes bzw. Vertreter der Ulmer Ärzteschaft beim Eßlinger Delegierten-Verband. Wegen eines schweren Hörleidens mußte Dr. St. schon vor vielen Jahren seine ausgedehnte Allgemeinpraxis aufgeben und beschäftigt sich seither mit philosophischen Studien.

#### 75. Geburtstag

Am 15. Mai 1955 wurde Obermedizinalrat i. R. Dr. med. Eduard Schefold in Ulm/Donau 75 Jahre alt. Er stammt als Sohn des Rechtsanwalts Dr. Karl Schefold aus einer alten Ulmer Familie. Nach dem Studium der Medizin u. a. in Tübingen und Kiel legte er 1904 das Staatsexamen ab und promovierte 1905 zum Doktor der Medizin. Er widmete sich dann der Ausbildung in der inneren Medizin bei v. Romberg. Von seinen Veröffentlichungen fand besonders „Zur Begutachtung innerer Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Unfallfolgen; 1911“ weite Beachtung. Seit 1905 aktiver Sanitätsoffizier schied er 1919 als Oberstabsarzt aus. Einer mehrjährigen vorwiegend röntgenologischen Tätigkeit in Ulm, während der Kollege Schefold auch als Vorstand der Ulmer Ärztevereinigung standespolitisch wirksam war, folgte die Berufung als Oberamtsarzt nach Mühlacker 1924. Das Physikat hatte er schon 1912 abgelegt. Nach Ablehnung der Berufung als Obermedizinalrat nach Stuttgart kehrte er 1935 als Amtsarzt in seine Vaterstadt Ulm zurück, wo unter seiner Leitung der Aufbau des Staatl. Gesundheitsamtes erfolgte. Besonders interessant war ihm die ärztliche Gutachtertätigkeit, zu der er häufig berufen wurde. Mit einer Unterbrechung, bedingt durch die Verhältnisse im Jahre 1945, leitete Kollege Schefold das Amt bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1951.

#### Geburtstage

Am 2. Juni 1955  
 Dr. Zahn, Erwin, Stuttgart, 75 Jahre  
 Am 9. Juni 1955  
 Dr. Kachel, Otto, Heilbronn, 70 Jahre  
 Am 14. Juni 1955  
 Dr. Hohmann, Adolf, Neuhausen/Filder, 70 Jahre  
 Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

#### Wir trauern um unsere Toten

Dr. Andrássy, Karl, Böblingen,  
 geb. 4. 1. 1894, gest. 29. 3. 1955  
 Dr. Ball, Ludwig, Schwaigern,  
 geb. 16. 5. 1870, gest. 30. 3. 1955  
 Dr. Schiler, Franz, Eßlingen,  
 geb. 7. 10. 1868, gest. 11. 4. 1955  
 Dr. Staelin, Sigrid, Stuttgart  
 geb. 10. 7. 1911, gest. 8. 4. 1955  
 Dr. Müller, Berthold, Bartenstein  
 geb. 28. 11. 1877, gest. 24. 4. 1955

Bei  
 Herzbeschwerden  
 auf nervöser  
 Grundlage  
 (Föhn-Wetterlage)

# Cor-Vasogen

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

CRATAEGUS · VALERIANA  
 MELISSA · ARNICA  
 OL. SINAPIS · MENTHOL  
 CAMPHER · CHLOROFORM  
 VASOGEN

20g O.P. DM. 1.30  
 30g O.P. DM. 1.50

**BEZIRKSÄRZTEKAMMER SÜDWÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN**  
**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN**

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

**Auflegung der Bilanz und des Prüfungsberichtes  
 der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern für das Jahr  
 1954**

Gemäß § 13, 3 der Satzung wird die Bilanz und der Prüfungsbericht über die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern für das Jahr 1954 in der Zeit vom 1. Juni bis 15. Juni 1955 in den Räumen der Bezirksärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern in Tübingen, Wilhelmstraße 106, Ärztehaus, zur Einsichtnahme durch die Kollegen aufgelegt.

**Württ. Ärztliche Unterstützungskasse**

Girokonto Nr. 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart, Postscheckkonto Nr. 53 20 bei dem Postscheckamt Stuttgart.

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat April 1955 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Südwürttemberg:

Klauer, Buchau, 20,— DM.  
 Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer  
 Dr. Scherb

**BEZIRKSÄRZTEKAMMER NORDBADEN**

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN**

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 4 28 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

**Ausschreibung einer Kassenarztstelle**

Der Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden bringt hiermit folgende Kassenarztstelle zwecks Besetzung zur Ausschreibung:

Facharzt für Nervenkrankheiten in Karlsruhe

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

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

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Schwerbeschädigte ihres Rentenbescheides und Vertriebene und Flüchtlinge ihres Ausweises (§ 15 BVFG) den Bewerbungsunterlagen beifügen. Das Ausstellungsdatum des polizeilichen Führungszeugnisses soll nicht vor dem 1. 4. 1955 liegen. Lebenslauf und Rauschgiftsuchterklärung sollen das Datum der Bewerbung tragen.

Für die Bearbeitung eines jeden Antrages hat der Bewerber eine Gebühr von 10.— DM (gemäß § 42, Abs. 2, ZO) zu entrichten. Die Gebühr ist auf das Postscheckkonto Karlsruhe

Nr. 22190 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Mannheim, Renzstr. 11, mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für .....“ einzuzahlen. Bewerbungen, für die innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrages noch keine Gebühr eingegangen ist, können nicht bearbeitet werden.

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

Der Zulassungsausschuß  
 für Ärzte  
 im Regierungsbezirk Nordbaden

**Einführungslehrgang in die Kassenpraxis**

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden hält am Samstag, dem 18. Juni 1955, einen ganztägigen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis ab. Die Veranstaltung beginnt vormittags um 9 Uhr und ist am Spätnachmittag zu Ende. Sie findet im großen Saal des „Schwarzen Schiffes“ in Heidelberg, Neuenheimer Landstraße 5, statt. Die Teilnahme an dem Lehrgang ist Pflicht für alle Ärzte, die im letzten Jahr an der RVO- oder Ersatzkassenpraxis zugelassen oder beteiligt worden sind, sofern sie nicht in den vergangenen 2 Jahren einen Einführungslehrgang besucht haben. Sie ist außerdem unerläßliche Voraussetzung für alle Ärzte, die eine Zulassung zur Kassenärztlichkeit anstreben.

Anmeldung zu diesem Lehrgang sind zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Mannheim, Renzstraße 11, Telefon Mannheim 4 18 56.

Das Programm wird den Teilnehmern von dort zugesandt.

**BEZIRKSÄRZTEKAMMER SÜDBADEN**  
**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN**

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

**Wichtige Bekanntmachung**

**Wahl zur Abgeordneten-Versammlung der Kassen-  
 ärztlichen Vereinigung Südbaden**

Das Arbeitsministerium Baden-Württemberg hat seine Zustimmung zur Vornahme der konstituierenden Wahl der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden auf Grund der vorläufigen Wahlordnung vom 23. 3. 1955 gegeben.

Die nach § 8 dieser Wahlordnung getrennt nach ordentlichen (§ 1 Ziff. 2 WO) und außerordentlichen (§ 1 Ziff. 2 WO) Mitgliedern aufgestellten Wählerlisten liegen vom

20. Mai bis 29. Mai bei der  
 Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden,  
 Freiburg, Karlstraße 34

und in den einzelnen Wahlkreisen an den unten angegebenen Auflegungsarten auf.

**bei meteorismus**

**EUCARBON**

Kreis	Kreiswahlleiter	Auflegungsort für die Wahllisten und Wahlordnung
Baden-Baden-Rastatt	Dr. Müller, Chr., Rastatt, Kanalstr. 5	Arztehaus Baden-Baden, Schützenstr. 8
Bühl	Dr. Troidner, Achern, Friedrichstr. 5	Staatliches Gesundheitsamt Bühl
Kehl	Dr. Wiederkehr, Kork	Städt. Krankenhaus Kehl
Lahr	Dr. Knierer, Lahr, Bahnhofplatz 3	Bezirks-Krankenhaus Lahr
Müllheim	Dr. Braster, Müllheim, Kraftgasse 1	Dr. Braster, Müllheim, Kraftgasse 1
Neustadt	Dr. Leicher, St. Märgen	Staatliches Gesundheitsamt Neustadt
Donaueschingen	Dr. Sumser, Hüfingen	Gesch.-Stelle d. ehem. BAK. Villingen, Donaueschingen, Werderstr. 9
Konstanz-Stadt und Konstanz-Land	Dr. Hartmann, Konstanz, Obere Laube 42	a) Kassenärztliche Vereinigung, Abr.-Stelle Konstanz, Zeppelinstr. 9 b) Städt. Krankenhaus Singen
Wolfach	Dr. Wütschner, Hornberg/Schwarzwaldbahn	Städt. Krankenhaus Hornberg
Offenburg	Dr. Schwank, Offenburg, Okenstr. 24	Kassenärztliche Vereinigung Abr.-Stelle Offenburg, Zellerstr. 11
Emmendingen	Dr. Richter, Waldkirch, Goethestr. 10	Staatliches Gesundheitsamt Emmendingen
Freiburg-Stadt	Dr. Baurhenn, Freiburg, Fichtestr. 53	Kassenärztliche Vereinigung Abr.-Stelle Freiburg, Karlstr. 34
Freiburg-Land	Dr. Loewe, Breisach	Kassenärztliche Vereinigung, Abr.-Stelle Freiburg, Karlstr. 34
Lörrach	Dr. Edelmann, Steinen/Baden	Gesch.-Stelle des bisherigen BAK. Lörrach, Steinen
Säckingen	Dr. Richter, Säckingen, Bahnhofplatz 1	Städt. Krankenhaus Säckingen
Waldshut	Dr. Steinberg, Jestetten	Krankenhaus Waldshut
Villingen	Dr. John, Villingen, Rietstr. 22	Staatliches Gesundheitsamt Villingen
Stockach	Dr. Wollheim, Steißlingen	Städt. Krankenhaus Stockach
Überlingen	Dr. Fark, Salem	Städt. Krankenhaus Überlingen

An diesen Auflegungsorten ist auch die Wahlordnung aufgelegt (§ 7 (3) WO). Auflegungsorte und Auflegungszeitraum werden allen wahlberechtigten Ärzten durch Rundschreiben bekanntgegeben (§ 8 Abs. 1 WO).

Einsprüche gegen die Wählerlisten können während der Auflegungsdauer beim Vorsitzenden des Landeswahlausschusses schriftlich erfolgen (§ 8 Abs. 2 WO).

Bis zum Ablauf des 14. Tages nach Ende der Auflegungsfrist können nach § 9 der Wahlordnung bei den Kreiswahlausschüssen Wahlvorschläge eingereicht werden. In den

Wahlvorschlägen, die zur Gültigkeit von mindestens fünf wahlberechtigten Ärzten unterschrieben sein müssen, sind die vorgeschlagenen mit Vor- und Zuname, Wohnort und Wohnung zu bezeichnen. Eine schriftliche Einverständniserklärung zur Annahme der Wahl ist beizufügen. Letzter Tag für die Abgabe der Wahlvorschläge ist der 12. Juni 1955.

Freiburg, den 29. April 1955, Karlstr. 34

Der Vorsitzende  
des Landeswahlausschusses  
Prof. Kraske

## Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden

### § 1

#### Wahlberechtigung und Wählbarkeit

1. Wahlberechtigt und wählbar für die Wahl der Vertreter der ordentlichen Mitglieder sind alle in Südbaden zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen und alle an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte, soweit sich Zulassung oder Beteiligung auf die Pflichtkrankenstellen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) bezieht.
2. Wahlberechtigt und wählbar für die Wahl der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder sind sämtliche zu den Pflichtkrankenstellen nicht zugelassenen, im Arztregister Südbaden eingetragenen und in Südbaden wohnhaften Ärzte.
3. Nicht wahlberechtigt und nicht wählbar sind Mitglieder, die — abgesehen von den Fällen der §§ 24 ff. der Zulassungsordnung für Ärzte vom 26. November 1953 (Ruhen der Zulassung) — vorübergehend die kassenärztliche Tätigkeit nicht ausüben dürfen.

### § 2

#### Einteilung der Wahlkreise

1. Wahlbezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden ist der Regierungsbezirk Südbaden.
2. Die Wahl erfolgt in Wahlkreisen. Der Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden hat folgende Wahlkreise:

Baden-Baden/Rastatt	Emmendingen
Bühl	Freiburg-Stadt
Kehl	Freiburg-Land
Lahr	Lörrach
Müllheim	Säckingen
Neustadt	Waldshut
Donaueschingen	Villingen
Konstanz-Stadt und Land	Stockach
Offenburg	Überlingen
Wolfach	

Wahlbereich für die außerordentlichen Mitglieder ist der Regierungsbezirk Südbaden.

### § 3

#### Zahl der zu wählenden Abgeordneten und Ersatzleute

Für jeden Wahlkreis werden gewählt:  
auf je 40 ordentliche Mitglieder 1 Abgeordneter und 2 Ersatzleute, auf über 20 restliche Mitglieder je 1 weiterer Ab-

# Asgocholan

Tropfen

das biologische Heilmittel  
mit Vitamin F  
zur Leber- Gallentherapie

RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABT. HEIDELBERG

RHEIN-CHEMIE ARZNEIMITTEL



geordneter und 2 Ersatzleute. Ohne Rücksicht auf die Mitgliederzahl sind für jeden Wahlkreis je 1 Abgeordneter und 2 Ersatzleute zu wählen. Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden wählen in einem getrennten, aber gleichzeitig stattfindenden Wahlgang 4 Abgeordnete und je 2 Ersatzleute.

## § 4

**Vorstand der Abrechnungsstellen**

Die im Bereich der bisher vorhandenen Abrechnungsstellen in Baden-Baden, Offenburg, Freiburg und Konstanz gewählten Abgeordneten bilden den Vorstand der Abrechnungsstelle als Verwaltungsstelle und wählen ihren Vorsitzenden.

## § 5

**Wahlausschüsse**

1. Für die Wahl der Abgeordneten wird ein Landeswahlausschuß und je ein Kreiswahlausschuß für einen Wahlkreis (§ 2) im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden gebildet.
2. Der Landeswahlausschuß besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzendem und 4 von ihm aus der Zahl der wahlberechtigten Ärzte zu ernennenden Beisitzern, von denen einer außerordentliches Mitglied sein muß. Wahlleiter ist der bisherige Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden bzw. sein Stellvertreter.
3. Jeder Kreiswahlausschuß besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzendem und 2 von ihm aus der Zahl der wahlberechtigten Ärzte zu ernennenden Beisitzern. Wahlleiter jedes Kreiswahlausschusses ist der bisherige Vorsitzende des Kreises bzw. dessen Stellvertreter, im Wahlkreis Baden-Baden/Rastatt der bisherige Vorsitzende des Kreises Rastatt bzw. dessen Stellvertreter. Ein Beisitzer jedes Kreiswahlausschusses soll ein außerordentliches Mitglied sein.

## § 6

**Aufgaben und Befugnisse der Wahlausschüsse**

1. Der Landeswahlausschuß
  - a) überprüft die Wählerlisten
  - b) stellt die wahlberechtigten und wählbaren Ärzte im Benehmen mit den Kreiswahlausschüssen fest
  - c) bestimmt die Zeit für die Vornahme der Wahl
  - d) entscheidet über Einsprüche gegen die Verweigerung der Wahlberechtigung und Wählbarkeit
  - e) entscheidet über Einsprüche gegen Wahlvorschläge innerhalb von 3 Tagen
  - f) nimmt Wahlvorschläge für die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder entgegen und gibt sie bekannt
  - g) stellt das gesamte Wahlergebnis fest und verkündet es
  - h) entscheidet über Einsprüche formaler Art gegen die Durchführung des Wahlverfahrens.
2. Jeder Kreiswahlausschuß
  - a) überprüft die Wählerliste
  - b) nimmt die Wahlvorschläge für die ordentlichen Mitglieder entgegen und leitet sie dem Landeswahlausschuß zu
  - c) leitet die Wahl, ermittelt das Wahlergebnis und gibt es an den Landeswahlausschuß weiter.

## § 7

1. Der Landeswahlausschuß und die Kreiswahlausschüsse sind bei Anwesenheit des Wahlleiters und mindestens 2 Beisitzern beschlußfähig. Die Ausschüsse fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
2. Die Bekanntmachungen erfolgen durch direkte Benachrichtigung der Mitglieder.

3. Die Wahlordnung ist an dem vom Kreiswahlausschuß zu bestimmenden Ort einzusehen.

## § 8

**Wählerlisten**

Der Landeswahlausschuß stellt Wählerlisten für die einzelnen Wahlkreise getrennt nach ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern auf. Die Listen sind 10 Tage lang zur Einsichtnahme bei der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden und bei den von den Kreiswahlausschüssen bezeichneten Stellen aufzulegen. Der Auflegungszeitraum, der vom Landeswahlausschuß bestimmt wird, ist durch Rundschreiben allen wahlberechtigten Ärzten bekanntzugeben.

Einsprüche gegen die Wählerlisten können während der Dauer der Auflegung beim Vorsitzenden des Landeswahlausschusses schriftlich erfolgen.

Der Vorsitzende des Kreiswahlausschusses schließt die Listen nach Ablauf der Auflegungsfrist mit einem Vermerk über die erfolgte Auflegung ab und übersendet sie dem Landeswahlausschuß. Nach Entscheidung des Landeswahlausschusses über die eingegangenen Einsprüche werden die Wählerlisten vom Landeswahlleiter mit einem Vermerk abgeschlossen. Die abgeschlossenen Wählerlisten werden den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse als Unterlage übersandt.

## § 9

Bis zum Ablauf des vierzehnten Tages nach Ende der Frist für die Auflegung der Wählerlisten können beim Kreiswahlausschuß Wahlvorschläge eingereicht werden. In den Wahlvorschlägen, die zur Gültigkeit von mindestens 5 wahlberechtigten Ärzten unterschrieben sein müssen, sind die Vorgesetzten mit Vor- und Zuname, Wohnort und Wohnung zu bezeichnen. Eine schriftliche Einverständniserklärung zur Annahme der Wahl ist beizufügen.

## § 10

**Anberaumung der Wahl**

1. Nach Fertigstellung der Wahlvorschläge gemäß § 9 gibt der Landeswahlausschuß für alle Wahlkreise den Wahltermin bekannt.
2. Die Bekanntmachung des Wahltermins und der Wahlvorschläge hat mindestens 2 Wochen vor der Wahl durch Rundschreiben an alle wahlberechtigten Ärzte zu erfolgen. Mit der Bekanntmachung sind die Stimmzettel zu versenden und die Zahl der im Wahlkreis wählbaren Abgeordneten und Stellvertreter bekanntzugeben.

## § 11

**Wahlvorgang**

1. Die Wahlberechtigten stimmen ab, indem sie jeweils einen Stimmzettel in einem vom Kreiswahlausschuß gelieferten, gestempelten und mit der Aufschrift „Kreisvertreter“ bzw. „Vertreter der außerordentlichen Mitglieder“ versehenen Umschlag legen, die Umschläge verschließen und dem Kreiswahlleiter übergeben, der sie in die Wahlurne legt, nachdem zuvor der Name des Abstimmenden in der Wählerliste (§ 8) mit einem Vermerk über seine Abstimmung versehen worden ist.
2. Die Wahlberechtigten können innerhalb der Frist, die zwischen der Bekanntmachung des Wahltermins und dem Ende des Wahltermins liegt, in der Weise abstimmen, daß sie ihre Stimmzettel in gestempelte Wahlumschläge (§ 11 [1]) legen und den Wahlumschlag verschlossen und ohne Kennzeichnung zusammen in einem zweiten Umschlag mit Absenderangabe dem Kreiswahlleiter gebührenfrei durch Post oder Boten übersenden.

**AM 49****Bei Asthma bronchiale  
klinisch bestätigt!**

RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

## § 12

**Verzeichnis des Eingangs der Stimmbriefe**

Der Kreiswahlleiter versieht die ihm zukommenden Stimmbriefe in der Reihenfolge ihres Eingangs fortlaufend mit Nummern, trägt diese Nummer unter Beifügung des Tages und der Stunde des Eingangs der Briefe in eine Liste (Stimmbriefliste) ein und verwahrt diese Briefe bis zum Ende des Wahltermins ungeöffnet unter Verschluss.

## § 13

**Einbringung des Stimmbriefinhaltes in die Wahlurne**

1. Am Wahltag werden die rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe (§ 12) im Anschluß an die persönliche Abstimmung geöffnet und die darin liegenden Wahlumschläge vom Kreiswahlleiter in die Wahlurnen (§ 11 [1]) gelegt, nachdem zuvor die Namen der Abstimmenden festgestellt, in der Wählerliste (§ 8) aufgefunden und mit einem Vermerk über ihre Abstimmung versehen worden sind.
2. Wenn über die Person oder das Wahlrecht des Stimmbriefabsenders Zweifel bestehen oder der Inhalt des Stimmbriefes den Anforderungen im § 11 [1] nicht entspricht, so entscheidet der Kreiswahlausschuß über die Gültigkeit der Abstimmung. Die Entscheidung des Kreiswahlausschusses und die Beanstandungen, die über sie getroffen worden sind, werden in der Stimmbriefliste (§ 12) vermerkt. Die nicht rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe und, im Falle des Abs. 2, die in den beanstandeten Stimmbriefen enthaltenen Wahlumschläge werden der Liste ungeöffnet beigelegt; den Wahlumschlägen sind die Begleitschreiben und die geöffneten Stimmbriefumschläge anzuhängen.

## § 14

**Wahl der außerordentlichen Mitglieder**

Für die Wahl der außerordentlichen Mitglieder gelten die §§ 10—13 entsprechend mit folgender Abweichung:

Die nach § 11 [1] vorgeschriebenen amtlichen Umschläge für die außerordentlichen Mitglieder werden gesondert ausbezahlt und das Ergebnis der Wahl dem Landeswahlausschuß mitgeteilt.

## § 15

**Feststellung des Wahlergebnisses**

1. Gewählt sind
  - a) als Abgeordnete diejenigen, die die meisten Stimmen erhalten haben,
  - b) als erste und zweite Ersatzleute diejenigen, die nach den als Abgeordnete Gewählten die meisten Stimmen erhalten haben, in der Reihenfolge der Stimmenzahl.
 Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.
2. Der Landeswahlausschuß verkündet das Ergebnis der Wahl der ordentlichen und außerordentlichen Abgeordneten und veröffentlicht dieses im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“.

## § 16

**Zusammentreten der Abgeordnetenversammlung**

1. Spätestens 1 Monat nach Feststellung des Wahlergebnisses beruft der Landeswahlleiter die neue Abgeordnetenversammlung ein.
2. Den Vorsitz bei der ersten Sitzung führt bis zur Wahl des ersten Vorsitzenden der älteste unter den gewählten Abgeordneten.

## § 17

**Vorstand**

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter, einem außerordentlichen Mitglied und 6 weiteren Mitgliedern. Im Vorstand muß jede Abrechnungsstelle vertreten sein.

## § 18

**Wahl des Vorstandes**

Die Wahl des gesamten Vorstandes erfolgt durch die Abgeordnetenversammlung.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden und sein Stellvertreter werden auf Grund von Wahlvorschlägen in geheimer Wahl mit absoluter Stimmenmehrheit getrennt gewählt. Erfolgt im ersten Wahlgang keine Entscheidung, so findet in geheimer Wahl darauf eine Stichwahl zwischen den beiden Ärzten statt, die die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

Das außerordentliche Mitglied des Vorstandes wird mit einfacher Stimmenmehrheit in geheimer Wahl gewählt.

Die 6 weiteren Mitglieder werden mit einfacher Stimmenmehrheit in geheimer Wahl gewählt.

Für das außerordentliche Mitglied und die 6 weiteren Mitglieder des Vorstandes ist in getrenntem Wahlgang je ein Ersatzmann zu wählen, wobei die Bestimmungen des § 17 sinngemäß anzuwenden sind.

## § 19

**Ersatzwahl**

Beim Ausscheiden des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters findet eine Ersatzwahl nach den Bestimmungen des § 18 statt.

## § 20

**Gültigkeit der Wahlordnung**

1. Diese Wahlordnung gilt für die konstituierende Wahl der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden.
2. Die endgültige Wahlordnung wird von der Abgeordnetenversammlung beschlossen.

## § 21

**Inkrafttreten der Wahlordnung**

Diese Wahlordnung tritt mit der Erklärung des Einverständnisses des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg in Kraft. Sie wird im Südwestdeutschen Ärzteblatt bekanntgegeben.

Freiburg, den 23. März 1955

Kassenärztliche Vereinigung  
Südbaden  
gez.: Kraske  
(Prof. Kraske)  
Vorsitzender

Einer Vornahme der konstituierenden Wahl der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden auf Grund dieser vorläufigen Wahlordnung gebe ich meine Zustimmung.

Stuttgart, den 1. April 1955

Arbeitsministerium  
Baden-Württemberg  
Im Auftrag  
gez.: Dr. Hildebrand  
(Dr. Hildebrand)

**Ausschreibung einer Kassenarztstelle**

Folgende Kassenarztstelle ist zu besetzen:

Ebersteinburg, Kreis Rastatt, für einen praktischen Arzt

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

# Asgoviscum

mit Rutinon, Viscum, Crataegus und Allium

**Das biologische Herz- und Kreislaufmittel**

bei Arteriosklerose, Altersherz und Apoplexiegefahr,  
Herzinsuffizienz nach Infektionskrankheiten.

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · PHARM. ABT. · HEIDELBERG

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. Juni 1955 bei dem Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden, Freiburg, Karlsru. 34, zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden im Original oder in begl. Abschrift beizufügen, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung ins Arztregister vorgelegt worden sind:

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung  
Landesstelle Südbaden

### Facharztausbildungsstätten in Südbaden (vorläufige Liste)

#### Urologie

Chirurgische Universitätsklinik Freiburg 3 Jahre  
— Röntgen- u. Radium-Abteilung —

#### Röntgenologie und Strahlenheilkunde

Med. Univ.-Klinik Freiburg 4 Jahre  
— Röntgen- u. Radium-Abteilung —  
Diakonissenkrankenhaus Freiburg 4 Jahre  
Städt. Krankenhaus Baden-Baden 4 Jahre  
Städt. Krankenhaus Offenburg 4 Jahre  
Städt. Krankenhaus Singen 4 Jahre  
Univ.-Frauenklinik Freiburg 1 Jahr  
Chir. Universitätsklinik Freiburg 4 Jahre

#### Orthopädie

Chirurgische Universitätsklinik Freiburg 3 Jahre  
— Orthopädische Abteilung —  
Vinzentiushaus Konstanz Konstanz 3 Jahre  
— Orthopädische Abteilung —

#### Neurochirurgie

Neurochirurgische Abteilung Freiburg 3 Jahre  
der Universitäts-Klinik

#### Nerven- und Geisteskrankheiten

Universitäts-Nervenlinik Freiburg 3 Jahre  
Neurophysiolog. Abt. d. Univ. Freiburg für Neurologie  
Freiburg (Prof. Dr. Jung)  
Psychiatr. Landeskrankenhaus Emmendingen 2 Jahre  
für Psychiatrie  
Psychiatr. Landeskrankenhaus Reichenau 2 Jahre  
für Psychiatrie

#### Kinderkrankheiten

Universitäts-Nervenlinik Freiburg 3 Jahre  
Heilstätte Friedenweiler Friedenweiler 1 Jahr  
Rotes Kreuz Bad Dürkheim 1 Jahr  
Städt. Krankenhaus Baden-Baden 3 Jahre

#### Haut- und Geschlechtskrankheiten

Universitäts-Hautklinik Freiburg 3 Jahre

#### Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik Freiburg 3 Jahre

#### Frauenkrankheiten

Universitäts-Frauenklinik Freiburg 4 Jahre  
Diakonissenkrankenhaus Freiburg 4 Jahre  
St. Josefs-Krankenhaus Freiburg 2 Jahre  
Loretokrankenhaus Freiburg 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Rastatt 3 Jahre  
St. Elisabeth-Krankenhaus Lörrach 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Konstanz 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Donau-  
eschingen 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Offenburg 2 Jahre  
(nur für Geburtshilfe)  
Städt. Krankenhaus Singen 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Villingen 3 Jahre  
Josefinenheim Baden-Baden 3 Jahre

#### Augenkrankheiten

Universitäts-Augenklinik Freiburg 3 Jahre  
Städt. Krankenhaus Offenburg 3 Jahre  
— Augenabteilung —  
Städt. Krankenhaus Lörrach 3 Jahre  
— Augenabteilung —

#### Lungenkrankheiten

Heilstätte Friedrichsheim 3 Jahre  
Heilstätte Luisenheim 3 Jahre  
Heilstätte Nordrach-Kolonie  
Heilstätte Jestetten 3 Jahre  
Heilstätte Ottersweier 1 Jahr  
Heilstätte Fürstabt-Gerbert-Haus St. Blasien 3 Jahre  
Sanatorium St. Blasien 3 Jahre  
Kurhaus Sanatorium Spitzmüller Nordrach 2 Jahre  
Heilstätte Wehrwald 1 Jahr  
für Thoraxchirurgie

#### Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Klinik Freiburg 4 Jahre  
Med. Universitäts-Poliklinik Freiburg 2 Jahre

# RUTIMYCIN

Streptomycin-Penicillin  
Dimethylaminophenazon-Rutinon

Ein Kombinations-Antibioticum, das allen Ansprüchen moderner  
Therapie in Klinik und Praxis entspricht.

RHEIN-CHEMIE · Pharm.-Abt. · HEIDELBERG



Diakonissenkrankenhaus	Freiburg	3 Jahre	Loretto-Krankenhaus	Freiburg	3 Jahre
St. Josefs-Krankenhaus	Freiburg	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Emmendingen	3 Jahre
Loretto-Krankenhaus	Freiburg	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Herbolzheim	2 Jahre
Städt. Krankenhaus	Konstanz	4 Jahre	Städt. Krankenhaus	Waldkirch	2 Jahre
Städt. Krankenhaus	Singen	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Baden-Baden	4 Jahre
Sanatorium Büdingen	Konstanz	1 Jahr	Städt. Krankenhaus	Achern	4 Jahre
Städt. Krankenhaus	Baden-Baden	4 Jahre	Städt. Krankenhaus	Bühl	2 Jahre
Staatl. Krankenhaus Landesbad	Baden-Baden	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Rastatt	4 Jahre
Sanatorium Quisisana	Baden-Baden	1 Jahr	Städt. Krankenhaus	Offenburg	5 Jahre
Sanatorium Bühlerhöhe	Bühlerhöhe	1 Jahr	Bezirkskrankenhaus	Lahr	5 Jahre
Städt. Krankenhaus	Offenburg	4 Jahre	Städt. Krankenhaus	Ettenheim	2 Jahre
Bezirkskrankenhaus	Lahr	4 Jahre	Diakonissenkrankenhaus	Kork	3 Jahre
Städt. Krankenhaus	Waldkirch	2 Jahre	Krankenhaus	Oberkirch	3 Jahre
Theresienkrankenhaus	Bad Krozingen	1 Jahr	Städt. Krankenhaus	Lörrach	3 Jahre
Krankenhaus Dr. Basler	Bad Krozingen	1 Jahr	St. Elisabethen-Krankenhaus	Lörrach	3 Jahre
Klinik Glotterbad	Glottertal	1 Jahr	Städt. Krankenhaus	Schopfheim	3 Jahre
St. Elisabeth-Krankenhaus	Lörrach	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Säckingen	3 Jahre
Städt. Krankenhaus	Säckingen	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Waldshut	3 Jahre
Städt. Krankenhaus	Kehl	2 Jahre	Städt. Krankenhaus	Villingen	4 Jahre
Diakonissenkrankenhaus	Kork Krs. Kehl	2 Jahre	Städt. Krankenhaus	Konstanz	5 Jahre
Städt. Krankenhaus	Waldshut	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	Singen	5 Jahre
Städt. Krankenhaus	Villingen	4 Jahre	Städt. Krankenhaus	Müllheim	2 Jahre
Städt. Krankenhaus	Rastatt	4 Jahre	Städt. Krankenhaus	Neustadt	2 Jahre
Städt. Krankenhaus	Achern	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	St. Blasien	2 Jahre
Städt. Krankenhaus	Oberkirch	2 Jahre	Grenzlandheilstätte	Wehrwald	1 Jahr
Städt. Krankenhaus	Donau- eschingen	3 Jahre	Städt. Krankenhaus	für Thoraxchirurgie	
			Städt. Krankenhaus	Donau- eschingen	2 Jahre
			Städt. Krankenhaus	Kehl	3 Jahre
			Städt. Krankenhaus	Radolfzell	2 Jahre
			Städt. Krankenhaus	Engen	2 Jahre
			Städt. Krankenhaus	Stockach	2 Jahre
			Städt. Krankenhaus	Überlingen	3 Jahre

## Chirurgie

Chir. Universitäts-Klinik	Freiburg	5 Jahre
Diakonissenkrankenhaus	Freiburg	3 Jahre
St. Josefs-Krankenhaus	Freiburg	3 Jahre

## Geburtstage

Der Freiburger Nervenarzt Dr. Arthur Muthmann konnte am 24. April seinen achtzigsten Geburtstag begehen. Muthmann, der aus Elberfeld stammt und nach seinen medizinischen Studien jahrelang Assistent bei Professor Wolf, dem Chef der Basler Psychiatrischen Klinik, und später leitender Arzt des Nervensanatoriums Bad Nassau an der Lahn war, kam im Jahre 1919 nach Freiburg. Sein Sanatorium, das bei dem Bombenangriff vom 27. November 1944 zerstört wurde, war mit allen Einrichtungen für psychiatrische Therapie vorzüglich ausgestattet. Dr. Muthmann, der aus den Arbeiten Sigmund Freuds reiche Anregungen geschöpft hatte, suchte bei seinen Patienten die Krankheitseinsicht zu wecken und die Gesundung darauf zu basieren, bei ihnen das Gefühl und das Verständnis für die hohen Lebenswerte des lebendigen Geistes zu wecken, zu vertiefen und für die Therapie zu verwenden. Als gründlicher Kenner der gesamten Weltliteratur hat er jedem Patienten, je nach Bildungsgrad und Auffassungsvermögen aus seiner umfangreichen Bibliothek aus allen Gebieten des Geistes das zu lesen gegeben, worin der Patient sein eigenes Schicksal erkennen konnte. Von seinen Veröffentlichungen sind neben Arbeiten aus seinem Fachgebiet besonders zu erwähnen: „Griechische Steinschriften als Ausdruck des lebendigen Geistes“ und „Leben und Tod. Drei Reden.“

Nach dem Krieg nahm Dr. Muthmann seine beratende Praxis wieder auf und hielt in engerem Kreise in seiner Behelfswohnung Vorträge aus geistesgeschichtlichen und medizinischen Gebieten. Sein Leben ist so bis in sein hohes Alter hinein dem praktischen Dienst an seinen Patienten und dem geistigen Wirken gewidmet.

Der 65. Geburtstag, den der Freiburger Arzt Dr. Willy Studer am 15. Mai feierte, gibt den badischen Ärzten erneut Anlaß, mit ihren besten Glückwünschen der ungewöhnlich großen kollegialen Hilfsbereitschaft zu gedenken, mit der sich Studer viele Jahre vor dem Kriege den berufsorganisatorischen Aufgaben gewidmet und nach dem Zusammenbruch beim Wiederaufbau von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung wertvollste Dienste geleistet hat.

Hierbei kam ihm neben einer weitreichenden Erfahrung in allen Berufsangelegenheiten ein freundschaftlich kollegiales Verständnis und ein ausgeprägter Sinn für die Aufgaben zuzustatten, die in der Zeit nach 1945 in besonders hohem Maße solche des Ausgleichs und des Neuanfangs waren. In dem Dank für alle wirksame Hilfe sind die besten Wünsche für Gesundheit und weiteres erfolgreiches ärztliches Wirken eingeschlossen.

Bezirksärztekammer  
Südbaden

## Abseits

## Vom Lachen

Wer nicht mehr lachen kann,  
Der ist ein armer Mann,  
Nimmt die Welt nicht richtig  
Und sich selbst zu wichtig!

Wer nicht mehr lachen will,  
Dem stehen die Uhren still,  
Und ist doch leicht zu sehen,  
Daß sie auch ohne ihn weitergehen.

Helmuth Richter

Neurotonicum  
Sedativum  
Spasmolyticum

## ROWAMYELIN

OP 20 Tabl. zu 0,5 g DM 1,90 o. U.  
OP 30 ccm liquid. DM 8.- o. U.

Greift zentral und peripher an,  
wirkt beruhigend und aufbauend  
auf das gesamte Nervensystem.

ROWA-WAGNER K.G. · Arzneimittelfabrik · KÖLN/RHEIN

## Neue Arzneimittel

### DORIDEN

- Zusammensetzung:**  
 $\alpha$ -Phenyl-aethyl-glutarsäureimid
- Eigenschaften:**  
 Barbitursäurefreies Schlafmittel, Wirkungseintritt nach 15 bis 40 Minuten, Wirkungsdauer 6 bis 7 Stunden bei physiologischer Schlafentiefe. Ohne Nachwirkungen.
- Indikationen:**  
 Einschlaf- und Durchschlafstörungen.
- Dosierung:**  
 1—2 Tabletten; bei Kindern bis zu 6 Jahren  $\frac{1}{2}$  Tablette, bei größeren 1 Tablette.
- Handelsformen:**  
 Tabletten zu 0,25 g, OP mit 10 und 20 Stück = DM 1,20 und DM 2,05, o. U., AP 250 und 1000 Stück.
- Hersteller:**  
 CIBA AKTIENGESELLSCHAFT, Wehr (Baden)

### ADELPHAN

- Zusammensetzung:**  
 pro Tablette 0,1 mg SERPASIL (blutdrucksenkendes Reinalkaloid aus der Rauwolfia-Pflanze) + 10 mg NEPRESOL (1,4-Dihydrazinophthalazin).
- Eigenschaften:**  
 Synergistische blutdrucksenkende Wirkung, wobei das SERPASIL als bewährtes Hochdruckmittel vorwiegend zentral angreift und NEPRESOL in erster Linie auf die Gefäßperipherie wirkt. Verträglichkeit gut, weil Nebenwirkungen der Phthalazinkörper durch Kombination mit SERPASIL praktisch nicht mehr in Erscheinung treten.
- Indikation:**  
 Hypertonie jeglicher Genese, insbesondere bei ungenügendem Ansprechen auf SERPASIL.
- Dosierung:**  
 Zunächst kleine Dosen 2—3 mal täglich eine Tablette, am besten nach dem Essen. Dann Steigerung auf 3 mal 2 Tabletten, später Reduzierung der Tagesdosis.
- Handelsformen:**  
 Tabletten, OP mit 30 Stück = DM 2,50.  
 AP mit 250 und 1000 Stück.
- Hersteller:**  
 CIBA AKTIENGESELLSCHAFT, Wehr (Baden)

### Paraxin

- gut verträgliches Chloramphenicol  
 Dragées, Kapseln, Tabletten  
 jetzt durch Kombination mit Vitamin-B-Komplex noch wertvoller
- Die antibakteriellen Eigenschaften der Antibiotica können sich auch auf die physiologische, apathogene Darmflora auswirken und gelegentlich Vitamin-B-Mangelerscheinungen

verursachen. Vor allem werden die Vitamine B<sub>1</sub>, die B<sub>2</sub>-Faktoren Lactoflavin und Nikotinsäureamid, sowie das Vitamin B<sub>6</sub> betroffen.

Mit den Vitaminen des B-Komplexes lassen sich diese Erscheinungen kausal ausschalten; die prophylaktische Verabreichung ist besonders zu empfehlen.

Paraxin enthält daher die folgenden wesentlichen B-Vitamine:

	pro Tablette bzw. Dragée	oder Kapsel
	à 0,05 g	à 0,25 g
Aneurin	1,5 mg	3,0 mg
Lactoflavin	1,5 mg	3,0 mg
Nicotinsäureamid	10,0 mg	20,0 mg
Panthothensaures Ca.	2,5 mg	5,0 mg
Vitamin B <sub>12</sub>	0,0005 mg	0,001 mg
B <sub>6</sub>	0,5 mg	1,0 mg

Preise unverändert!

**Hersteller:**  
 Böhringer & Söhne GmbH, Mannheim, Fabrik chemischer und pharmazeutischer Produkte.

### Dociton

- Zusammensetzung:**  
 1. Ampullen, reines kristallisiertes Vitamin B<sub>12</sub>,  
 2. Tabletten, reines kristallisiertes Vitamin B<sub>12</sub> + Folsäure.
- Indikationen:**  
 Perniciöse Anämie und andere makrocytäre Anämien, Neuritiden, Neuralgien, Migräne und migräneartige Beschwerden.
- Dosierung:**  
 Anämien: Täglich 1 Ampulle (15—30 Gamma) bis zur Normalisierung des Blutbildes. Als Erhaltungsdosis monatlich 1—2 mal 15 Gamma i. m. oder s. c.  
 Tabletten: 3—5 Tabl. täglich. Als Erhaltungsdosis 1—2 Tabl. täglich. Eine individuelle Dosierung ist hier besonders notwendig.  
 Neuralgien: Täglich 30 Gamma bis zum Wirkungseintritt.
- Handelsformen und Preise:**  
 Dociton-Ampullen (15 Gamma) OP mit 3×2 ccm DM 3,25.  
 Dociton forte-Ampullen (30 Gamma) OP 3×2 ccm DM 5,10.  
 Dociton-Tabletten  
 OP 20 Tabletten à 6 Gamma + 0,5 mg Folsäure DM 3,75.
- Hersteller:**  
 Rhein-Chemie GmbH, Pharm. Abt. Heidelberg.

*Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Venostasin“; Ciba A. G., Wehr/Baden, über „Plimasin“ und „Antistin-Privin“; Upha G. m. b. H., Hamburg 20, über „Theoscleran“; Heiner Mack Nachf., Illertissen/Bayern, über „Thyreo-Mack“; A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld, über „Lipostabil“; Auto-Staiger G. m. b. H., Stuttgart N; W. Spitzner, Arzneimittelfabr. G. m. b. H., Ettlingen/Baden, über „Pinimenthol“; Asta-Werke A. G., Chem. Fabrik, Brackwede/Westf., über „Avacun“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Ruticalzon“.*

*Des Arztes guter Rat ist heute wie ehedem*

# BAD EMS

bei



Katarrhen  
Asthma  
Herz- und  
Kreislauf-  
krankheiten

VÖLLIGE NEUGESTALTUNG ALLER KUR- UND BADEEINRICHTUNGEN • CO<sup>2</sup>-THERMALBÄDER  
 MODERNSTE INHALATIONEN • TRINKKUREN • PNEUMATISCHE KAMMERN • KLIMA-KAMMER  
 SAUNA • UNTERWASSER-MASSAGE • GANZJÄHRIG GEÖFFNET • PROSPEKTE DURCH STAATL. KURDIREKTION

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