

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

4 (1.4.1950)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 4

STUTT GART, APRIL 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dozent Dr. Jantz:	Therapeutische Fortschritte in der Psychiatrie (II. Teil) . . .	67
Prof. Dr. Dennig:	Q-Fieber	72
Dr. Bayer:	Ein Vorschlag zur Lösung des Kassenarztproblems . . .	74
Dr. Schimmelpfennig:	Zur Rechtsstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg	76
Fingesandt		78
Buchbesprechungen		78
Bekanntmachungen		79
	Ärztékammer Nord-Württemberg E. V.	80
	Ärztékammer Württemberg-Hohenzollern	82
	Landesärztékammer Baden	83
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 9.—12. Woche 1950		88

Am Samstag, den 6. Mai 1950, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 80

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Univ. Freiburg i. Br., Prof. Dr. K. Beringer †)

Therapeutische Fortschritte in der Psychiatrie dargestellt für den praktischen Arzt

Von Dozent Dr. med. Hubert Jantz

II. Teil

II. Therapiekreise

Nachdem wir in groben Zügen auf psychiatrische Krankheitsbilder und deren Stellung innerhalb ätiologischer und therapeutischer Überlegungen, soweit sie den praktischen Arzt interessieren, eingegangen sind, wollen wir im einzelnen jene Therapiekreise beschreiben, die heute für die Behandlung in der Psychiatrie maßgeblich sind. Einleitend hoben wir bereits auf das Fehlen spezifischer therapeutischer Möglichkeiten bei allen endogenen Psychosen ab. Es ist deshalb — solange eine solche fehlt — berechtigt und notwendig, symptomatische Behandlung zu treiben, die zweifellos um so wirksamer sein wird, je näher sie dem psychopathologischen und pathophysiologischen Krankheitsgeschehen steht.

A. Arbeitstherapie

Es war eine einschneidende Tat, als Simon in Gütersloh die sog. Arbeitstherapie einführte. Ihm ging es darum, dem Kranken zunächst unabhängig von der ärztlichen Diagnose die körperliche Arbeit wieder zu eröffnen. Dabei wurde keineswegs vor schweren Erregungszuständen haltgemacht. Vielmehr wurden auch sie durch intensive ärztliche und pflegerische Bemühung immer wieder in einfache Arbeitshandgriffe eingeführt mit dem Erfolg, daß endlich ein schreiender und tobender Schizophrener statt weiter in Erregtheit zu verharren, bei der Arbeit blieb, sich beruhigte und ohne Scopolaminspritze oder Dauerbad gehalten werden konnte. Solche Beobachtungen gestatteten den Kreis der arbeits-therapeutisch angehbaren Kranken sowohl, als auch den

Kreis der Vorlagearbeit immer mehr zu erweitern. Heute gehört — trotz allen anfänglichen kritischen Stimmen — die Arbeitstherapie zum Fundament jeder psychiatrischen Station. Sie erzielt immer wieder ein rasches Abklingen von Erregungszuständen, eine Auflockerung depressiver Verstimmung, eine Stützung Labiler und eine Änderung des Gesichtes der Station, so daß ihr Abstand zu einer gewöhnlichen Krankenabteilung meist nur noch durch veraltete Gebäude bedingt ist. Eindrucksvoll wird der Wandel deutlich an Hand beispielsweise der Aufrechnung über ausgegebene Hypnotica vor und nach Einführung der Arbeitstherapie.

B. Insulinschock

Seit 1936 stützt sich die klinische Therapie vor allem der Schizophrenie und der endogenen Depression auf die von Sakel angegebene Insulintherapie (Erzeugung hypoglykämischer Zustände). Sie wurde zum Teil abgelöst, zum Teil ergänzt durch die Konvulsionstherapie, zunächst durch Cardiazol (v. Meduna), dann Azoman (Mayer-Gross), später durch elektrischen Strom (Cerletti). In jüngster Zeit ist noch der Anoixolkrampf (i. v. gegebene Pyramidonlösung nach Riebeling) hinzugekommen. Da es sich bei allen diesen Methoden vorzüglich um innerhalb einer stationären Aufnahme durchführbare Behandlung handelt, kann hier auf eingehende Darlegung der Technik verzichtet werden. Was den praktischen Arzt an ihnen interessiert, sind zwei Fragen: 1. Wie greifen sie in das Krankheitsgeschehen ein? 2. Welche Erfolge können erwartet werden?

Die erste Frage muß weitgehend unbeantwortet bleiben. Trotz intensiver Forschung von verschiedenster Seite ist es bis heute nicht gelungen, die Wirkungsweise der hypoglykämischen Zustände sowohl als auch der experimentellen Krämpfe auf das psychotische Geschehen aufzuklären. Zwar liegen eine fast unübersehbare Zahl von Einzelergebnissen vor, die sich auf Veränderung des Kohlehydrat-Eiweiß-Fett-Mineralstoffwechsels beziehen. Aber eine letztlich befriedigende Interpretation der Stoffwechselbefunde in bezug auf die Erfolgerscheinungen bei Psychosen, wird noch vermißt. Es ist noch nicht einmal eine Einigung über den Ort der Einwirkung der aktiven Therapiemaßnahmen erzielt. Von der Leber über die quergestreifte Muskulatur bis zum hormonalen Gefüge und zu zentralnervösen Ausgleichregulationen wurden alle entscheidenden Funktionssysteme des Körpers in Betracht gezogen. Auch psychische Faktoren sind in ihrer Bedeutung herausgestellt worden.

Dagegen ist die zweite Frage nach dem Erfolg der Schock- und Krampftherapie gerade durch Ergebnisse der letzten Jahre weitgehend geklärt. Wir stützen uns bezüglich der Insulintherapie vor allem auf ausländische Mitteilungen; denn bei uns sind die Erfahrungen seit Jahren infolge der Bezugsschwierigkeiten für Insulin sowohl als auch für Zucker sehr reduziert. Um so wertvoller sind uns frühere deutsche Feststellungen, die bereits vor 1939 gemacht wurden (Ruffin) und ähnliche Ergebnisse hatten, wie die auf große Vergleichszahlen gestützten neuen Untersuchungen. Danach ergibt sich, daß jene Verläufe der Schizophrenie, die in 30 % der Fälle Spontanremission zeigen, unter Insulinbehandlung in 50 % der Fälle (Müller-Münsingen) zum Abklingen kommen. Besonders geeignet für die Schockbehandlung sind vor allem akut bis subakut verlaufende halluzina-

torisch-paranoide Formen. Es sei jedoch nicht verschwiegen, daß andere Untersucher (Gaupp jun., Bleuler) bei katamnestischen Erhebungen keine wesentliche Änderung der Schubhäufigkeit bei Anwendung der Insulintherapie nachweisen konnten. Trotzdem behält die Insulintherapie, wie auch Gaupp betont, vorerst ihre Brauchbarkeit, weil der einzelne Krankheitsschub abgekürzt und vor allem die initialen Erregungszustände sehr günstig beeinflußt werden können. Im ganzen zeigt sich jedoch heute mit aller Deutlichkeit, daß jene ersten optimistischen Berichte der Jahre 1936—1938 über die Erfolgsaussichten der Schockbehandlung einer Korrektur bedürfen.

C. Konvulsionstherapie

Ähnlich verhält es sich auch mit der Konvulsionstherapie. Ursprünglich für die Behandlung der Schizophrenie unter der, wie sich später zeigte, falschen Voraussetzung eines ausschließenden Verhältnisses zwischen Schizophrenie und Epilepsie erdacht, fand sie später vor allem in der Behandlung endogener Depressionen ihr Anwendungsgebiet. Hier kürzt sie den Krankheitsschub merklich ab, kann jedoch das Auftreten späterer neuer Schübe nicht verhindern. In den letzten Jahren wurde sie in Deutschland vor allem auch zur Behandlung schizophrener Schübe ausgiebig herangezogen, wobei sich jedoch weniger Günstiges als bei der Insulinbehandlung ergab. Daneben spielt sie zur Sozialisierung von Endzuständen in Anstalten eine wesentliche Rolle, wenn auch gegen eine solche Anwendung gewichtige Bedenken erhoben werden. Endlich ist ihr Anwendungsgebiet zur Behandlung der Neurose da und dort ausgeweitet worden. Aus prinzipiellen und praktischen Überlegungen bleiben solche Bestrebungen jedoch nicht ohne erheblichen Widerspruch. Hierher gehört auch die mancherorts begonnene ambulante Durchführung der Krampfbehandlung in der Sprechstunde. Solchen Bemühungen muß unter Hinweis auf erhebliche Komplikationen, die der Krampftherapie eigen sind, die Zustimmung versagt werden. Günstigere Erfahrungen werden von der Krampftherapie in der Wohnung des Patienten berichtet. Voraussetzung ist jedoch ein in der Technik gut geschulter Therapeut und verständige Angehörige. Auch bei stationärer Durchführung spielen die Komplikationen bei der Krampfbehandlung eine ungleich größere Rolle als beim Insulinschock. Sie beziehen sich vor allem auf Wirbel- und Extremitätenfrakturen, auf Luxationen sowie auf Nachkrämpfe. In jüngster Zeit wurde deshalb in Amerika und England durch Vorbehandlung mit Tubocurarin, dem Endplatten lähmenden Substrat des Pfeilgiftes, versucht, die Krampfbehandlung sine convulsione durchzuführen. Bei breiterer Anwendung zeigte sich jedoch, daß damit neue Gefahren heraufbeschworen werden (Atemlähmung), die gegenüber denjenigen der gewöhnlichen Krampfbehandlung deutlich ins Gewicht fallen. Die Ara der Curarevorbehandlung bei Konvulsionstherapie klingt also bereits wieder ab, noch ehe sie bei uns über das Stadium des Einzelversuches hinausgekommen ist. Was theoretisch jedoch wichtig ist, ist die Beobachtung, daß auch die „krampflose Elektrobildung“ therapeutisch wirksam war. Jene Überlegungen, die das Gewicht des Therapieerfolges der Krampfbehandlung auf den Muskelkrampf gelegt haben, müssen daher einer Revision unterzogen werden.

Soll man die aktive Therapie im Sinne des Insulinshocks und der Konvulsionstherapie nach ihrer Leistung charakterisieren, so ist etwa zu sagen, daß es sich in beiden Fällen um symptomatische Behandlung handelt, denen eine Bedeutung so lange zukommen wird, als Aetiologie und spezifische Therapie der Schizophrenie und endogenen Depression nicht bekannt sind. Sie kürzen bei geeigneten Krankheitsformen den einzelnen Krankheitsschub ab und wirken vielfach für kürzere oder längere Zeit sozialisierend. Eine Heilung können sie jedoch nicht zustande bringen.

D. Leukotomie

Seit wenigen Jahren macht auf dem Gebiet der Behandlung endogener Psychosen die von Moniz angegebene Leukotomie viel von sich reden. Unter dem Schlagwort der Psychochirurgie hörten wir nach dem Kriege zunächst Verwunderliches über Anwendungsbreite und Erfolge der operativen beiderseitigen Durchtrennung fronto-thalamischer Bahnen. Vor allem in Amerika und England wurden in zahlreichen Fällen Schizophrenien, endogene Depressionen, aber auch Zwangsnerven und schwere Psychopathien dieser Operation unterzogen (Freeman, Watts, Mayer-Gross u. a.). In Deutschland ist eine deutliche Reserve gegen die Methode zu verspüren. Es werden ethische und religiöse Bedenken angemeldet, ohne daß die Verfasser über eigene Erfahrungen mit der Methode verfügen. Sie führten bis zu ministeriellen Verboten der Operation für einzelne Länder. Gleichzeitig sprechen sich andernorts theologische Fakultäten, die gutachtlich gehört werden, für die Operationserlaubnis aus. In Zeitungsartikeln liest man phantastische Berichte über die Möglichkeit, durch Operation charakterlich gewandelt zu werden usw. Was ergibt sich bei sachlicher Betrachtung der internationalen medizinischen Literatur und an Hand des zahlenmäßig bei uns noch kleinen Erfahrungsgutes?

Durch einen verhältnismäßig kleinen und wenig gefährlichen hirnchirurgischen Eingriff werden je nach der Methode, die im übrigen in rascher Folge sich fortgesetzt wandelt, im Marklager beider Stirnhirnlappen doppelläufige Verbindungsbahnen der Hirnrinde mit dem Thalamus durchtrennt. Es wird damit also zunächst eine doppelseitige Stirnhirnverletzung gesetzt. Die Folgen solcher Verletzungen sind uns nicht unbekannt (Kriegserfahrung). Sie erstrecken sich auf Änderung des Antriebs, der Initiative, des Interesses, des planenden Denkens. Darüber hinaus kennen wir emotionale Störungen, die sich bald in Reizbarkeit, bald in Stumpfheit äußern. Es ist nun von hohem Interesse, zu hören, wie die geschilderte operative Maßnahme sich bei Psychosen geltend macht. Im allgemeinen verschwinden bei Schizophrenen die psychotischen Phänomene nicht. Sie bleiben bestehen. Jedoch verlieren sie in der Erlebniswelt des Kranken an beherrschender Bedeutung. Der Kranke erlebt Sinnestrug oder wahnhaftige Gedanken zwar noch, aber ist von ihnen nicht mehr gestört und beeindruckt. Sie verlaufen, bildlich gesprochen, in seinem peripheren seelischen Gesichtsfeld. Der Kranke steht nicht mehr unter ihrer Macht wie früher, er beruhigt sich, er kann sich in größerer Selbstverfügung als vor der Operation wieder der Umwelt zuwenden. Allein die fortlaufende Erfahrung zeigte, daß die erfolgreichen Behandlungen in der Minderzahl bleiben, was im übrigen auch damit zusammenhängt, daß für die Leukotomie nur schwerste

Verläufe, die bereits allen anderen Behandlungsmethoden mit negativem Erfolg unterzogen worden sind, ausgewählt werden dürfen. Die Richtlinien hierfür sind für den Facharzt bereits festgelegt und interessieren hier nicht. Die zweite Anwendung findet die Leukotomie auf Grund ausländischer Erfahrungen bei hartnäckigen Depressionen des höheren Lebensalters. Hier scheinen die erfreulichen Ausgänge zahlreicher zu sein. Der Nachdruck liegt aber auf dem Alter des Patienten. Verhältnismäßig spät ergab sich nämlich als zusätzliche Folge der Leukotomie, daß auch die Gesamtpersönlichkeit — wenn auch manchmal kaum feststellbar — eine Einengung und Minderung der Kritik, der Überschau, des tätigen Denkens erleidet. Solche Defekte wirken sich aber in jüngeren Jahren ungleich einschneidender aus als im höheren Lebensalter. Im übrigen sind die Einwirkungen auf den Depressionszustand ähnlicher Art wie schon oben beschrieben. Die depressiven Inhalte bleiben, ihr Vorhandensein stört jedoch nicht mehr und gewinnt im Rückschlag keine Einwirkung auf die Aktivität und Aufgeschlossenheit der Gesamtpersönlichkeit. Damit sind die Voraussetzungen zum weiteren schrittweisen Abbau der Depression gegeben. — Die dritte Anwendung findet die Leukotomie zur Behandlung schwerer bisher durch nichts angehabter Zwangsnerven, sofern die Patienten das 50. Lebensjahr überschritten haben. Hierbei sind die Erfolge besonders eindrucksvoll. Zerquälte, zu jeder Arbeit untaugliche, in ewigen Zwängen Verhaftete, lösen sich in überraschend kurzer Zeit, schließen sich auf und können ihrer erlernten Arbeit wieder nachgehen. Da es sich meistens um intelligente, zur Introspektion fähige Menschen handelt, sind ihre Schilderungen besonders bedeutsam. Sie bestätigen im übrigen das hierüber bereits Gesagte. Der Inhalt der Zwangsnervose bleibt meist erhalten, aber die alles beherrschende Ausstrahlung auf die Gesamtpersönlichkeit hört auf. Der Zwangsneurotiker beginnt über seine Zwänge selbst zu lächeln und läßt sie unbewegt neben sich herlaufen. Endlich hat die Leukotomie eine Bedeutung auf dem Gebiet neurochirurgischer Schmerzbekämpfung erlangt. Dabei handelt es sich insbesondere um die Beseitigung thalamischer Schmerzzustände. Ein Eingehen hierauf würde jedoch den Rahmen dieser Betrachtung über psychiatrische Therapiefortschritte sprengen.

Dieses Kapitel abschließend sei einengend betont, daß trotz manchem Erfolg, der zweifellos durch die Leukotomie zu erzielen ist, der Entschluß zum Eingriff alle guten Eigenschaften des gewissenhaften Arztes erfordert. Handelt es sich doch um einen irreparablen Schaden, der gesetzt wird und dessen heilende Wirkung nicht mit Sicherheit vorausgesehen werden kann. Nur in Zusammenarbeit mit allen Pflegebefohlenen können daher solche Entschlüsse reifen. Dabei darf nicht der Hinweis fehlen, daß nach jüngsten Beobachtungen auch der zunächst erfolgreich leukotomierte Schizophrene oder Depressive der Rezidivgefahr unterliegt. Es handelt sich also auch bei der Leukotomie um eine symptomatische Therapiemaßnahme mit all ihren einschränkenden Anwendungsmöglichkeiten. Dabei sei die weitere Komplikation nur eben erwähnt: Es tritt gelegentlich beim Leukotomierten eine traumatische Epilepsie auf.

Nicht grundlos wurde auf die Leukotomie in dieser Breite eingegangen. Die Absicht ist durchsichtig. Es

geht um folgendes: Man kann wissenschaftliche und ärztliche Erkenntnisse nicht aus Tageszeitungen und aus zweiter Hand übernehmen. Nur Gründlichkeit und Verantwortung, gepaart mit eigener Beobachtung ersparen Irrtum und Irrweg. Zum anderen zeigt uns das Beispiel der Leukotomie, in welcher gefährliche Randbezirke menschlicher Existenz ärztlicher Helferwille im gegenwärtigen Zeitabschnitt der Medizin, hier der Psychiatrie, führt: Der Mangel in der Kenntnis ätiologischer Zusammenhänge führt zu mehr oder weniger gewaltsamer Bekämpfung des Symptoms. Der Besinnliche wird sich fragen, ob solche therapeutische Aktivität erlaubt ist, oder ob die Reifung des Problems nicht besser abzuwarten wäre. Allein, es geht nicht an, solche Fragen aus dem Blickwinkel vorgefaßter Meinung, vom Schreibtisch aus entscheiden zu wollen. Die erste Stimme gehört hier dem Mann der Praxis, im vorliegenden Fall dem Anstaltspsychiater. Er hat sich in täglicher Kleinarbeit mit dem schizophrenen Endzustand, mit der extremen Zwangsneurose auseinanderzusetzen. Nur er kennt die Auswirkungen der Krankheit bis in alle Verwandtenkreise und ihm muß die wesentliche Entschlußarbeit vorbehalten bleiben. Den Forschungsinstituten wird jedoch in der gedanklichen Auseinandersetzung mit der Leukotomie nur Ansporn erwachsen zu noch eifrigerer Anstrengung in der Grundlagenforschung endogener Psychosen, damit symptomatische Behandlungen, gleich welcher Art, sich dereinst von selbst unnötig machen.

E. Die Therapie des epileptischen Anfalles

Beim Mangel jeder gesicherten Kenntnis über die Entstehung der genuinen Epilepsie ist es durchaus notwendig, dem wesentlichen Symptom dieser Krankheit die therapeutische Aufmerksamkeit zuzuwenden, dem Anfall. Ihn zu behandeln ist, darauf muß immer wieder hingewiesen werden, mit gutem Erfolg möglich. — Voraussetzung hierfür sind jedoch zwei Forderungen: Nichtermüdender Helferwille des Arztes und vertrauensereifüllte Zuneigung des Patienten. Trifft beides zusammen, gelingt es, Anfälle genuiner Herkunft zum Verschwinden zu bringen. Allerdings muß sich der Arzt freimachen von der beinahe reflexmäßigen Überlegung: Genuine Epilepsie, also Luminal! Die Grundregel für die Anfallbekämpfung lautet vielmehr: Variationen innerhalb geeigneter krampflösender Mittel. Dies ist heute um so leichter, als uns die chemische Industrie eine Reihe bewährter Pharmaca herstellt, die mit verschiedensten zentralnervösen Angriffspunkten eine taugliche therapeutische Spielbreite im Rahmen des Erforderlichen zuläßt. Man mache es sich zur Regel, jeden genuinen Epileptiker jeweils nach 6 Monaten auf ein neues Mittel einzustellen. Um solches durchführen zu können, ist aber bei der häufig veränderten Psyche des genuinen Epileptikers großes Vertrauen des Kranken zu seinem Hausarzt notwendig. Die zweite Regel lautet, daß jede Überdosierung vermieden werden muß. Zuzeiten der Neueinstellung darf daher durchaus ein Anfall in Kauf genommen werden. Um jedoch jederzeit gesicherte Orientierung zu haben, haben Patient oder ein zuverlässiger Angehöriger einen exakten Anfallskalender zu führen, der gleich wie bei der Behandlung des Diabetikers jeweils in der Sprechstunde kontrolliert und durchgesprochen wird. Und nun die Pharmaca: Zunächst das Luminal. Es ist zweifellos ein

geeignetes Antikonvulsionsmittel. Allein seine dämpfende Wirkung bleibt nicht ohne Auswirkung auf die Gesamtpersönlichkeit: Müdigkeit und Schläfrigkeit sind häufige Klagen der luminalisierten Kranken. Es bewährt sich daher, Luminal jeweils erst in den Abendstunden zu geben. Als Tagesmittel ist Prominal besser geeignet. Die Kombination beider Pharmaca ist daher zunächst die Methode der Wahl. Ihre jeweilige Dosierung richtet sich nach der Häufigkeit und Schwere der Anfälle. Als Richtzahlen bei einer mittelhäufigen Anfallsneigung gelten etwa folgende Dosen: Morgens und mittags 0,2 Prominal, abends 0,1 Luminal. Nach Ablauf der Regelzeit werden diese Präparate ausgetauscht gegen Luvarsyl-Lubrokral je 1 Tablette, wobei letzteres die Nachtphase zu übernehmen hat. In der Folge bewährt sich die Umstellung auf Hydantoinpräparate. Zentropil, Comital, Citrulamon sind derartige deutsche Präparate. Beim petit mal wirkt das amerikanische Mittel Tridion weitgehend spezifisch. Doch ist die Anwendung wegen Schädigung des blutbildenden Apparates gefährlich (Agranulocytose!). Ungefährlich sind die entwässernden Borpräparate (Glyboral), deren Wirkung aber weniger durchschlagend ist und die mehr in Verbindung mit anderen Mitteln gegeben werden. Aber auch mit unseren Mitteln sind weitere Kombinationen möglich. Hier ist vor allem das sogenannte Mischpulver gegen Anfälle zu nennen: (Rp.*) Der Vorteil eigener Rezeptur muß dabei besonders betont werden. Ist es doch möglich, in diesem Pulver die für den jeweiligen Fall geeignete besondere Verordnung unterzubringen, indem man Luminal, Prominal, Hydantoin, Brom oder Bor mit anregenden Mitteln wie Coffein und Sympatol kombiniert. So spricht dieser Epileptiker besser auf einen größeren Coffein-, jener auf einen stärkeren Luminalzusatz, ein anderer auf Sympatol und dergl. an. Gelegentlich bewährt sich auch die zusätzliche Verordnung eines Weckamins in den Morgenstunden, um die dämpfende Wirkung der Krampfgegenmittel zu coupiere. Der ausgezeichneten Erfolge wegen muß hier auch das Prominalnatrium in Tropfen angeführt werden, wiewohl dieses Präparat zur Zeit noch nicht wieder erhältlich ist. Es gelingt hiermit auch in verzweifelten Fällen, deutliche Hilfe zu bringen. Endlich sei an die Möglichkeit, von der gefäßregulierenden Seite her therapeutisch zu wirken, erinnert. Dies vor allem bei betont vasomotorisch bedingten Anfällen. Neben Sympatol, das am besten dem Mischpulver beigegeben wird, erzielt man auch durch beiderseitige Stellatumblockade bemerkenswerte Erfolge, wie eine Untersuchungsreihe an der Nervenambulanz Freiburg gezeigt hat.

F. Therapie durch Fieber

Die sog. Fiebertherapie als unspezifische Reiztherapie und als Mittel zu Umstimmung der vegetativen Regulation ist seit Jahrzehnten auch in den Therapieschatz des Psychiaters eingereicht. Allein, es scheint sich in jüngster Zeit ein Richtungswechsel anzubahnen. Die Behandlungserfolge beispielsweise der Malariaimpfung bei prog. Paralyse sind, wie bereits früher erwähnt, keineswegs befriedigend. Dabei mögen für die hohe Mortalität der Malariatherapie auch zeitbedingte Resi-

* Acid. phenyläthylbarb. 4,2; Aminophenazoni 3,0; Coffeini 1,0; Sach. lact.; Natr. bicarb. aa 12,5 m. f. pulv. div. in part. aequ. Nr. LX. S. 2 Pulver pro die.

stanzminderungen eine Rolle spielen. Es wäre jedoch verfrüht, die Malariatherapie dieser Sachlage wegen fallen zu lassen. Denn sie ist auch heute noch die wirksamste Methode zur Ausheilung der prog. Paralyse. Im Laufe der letzten Jahre mehren sich im Zusammenhang mit der Vertiefung der Kenntnisse über vegetative Funktionen und über Zwischenhirnleistungen Berichte über breiteren Gebrauch der Fiebertherapie als vorbereitende und unterstützende Maßnahme zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Ausgangspunkt war die Fiebertherapie bei Schizophrenie. In der Ausweitung erfolgte ihre Anwendung auch bei endogener Depression und schweren Neurosen. Die Erfolge waren unterschiedlich. Außerdem wurde sie zunächst von der Insulin- und Elektrokrampfbehandlung verdrängt. Zur Zeit findet sie in Form der Pyrifekur wieder breitere Anwendung. Dabei zeigt sich, daß bei einer anschließenden Schockbehandlung die Dosierung von Strommenge bzw. Insulingabe geringer gehalten werden kann. Die Erklärung hierfür wird in einer vegetativen Umstimmung gesehen. Ähnliches dürfte auch bei Fällen von psycho-vegetativen Dysregulationen, die auf Fieberbehandlung ansprechen, der Fall sein.

G. Therapie durch Antibiotica

Gemessen an dem breiten Anwendungsbereich der Antibiotica in anderen medizinischen Fachgebieten ist der Gebrauch dieser dort entscheidenden Therapie in der Psychiatrie vorerst noch relativ klein. Selbstverständlich werden die Antibiotica jeweils zur Bekämpfung der Grundkrankheit bei symptomatischen Infektionspsychosen mit gutem Erfolg herangezogen. Die optimistische Einstellung, darüber hinaus etwa auch gegen die quartären Formen der Syphilis eine entscheidende Waffe zu besitzen, kann vorerst noch nicht geteilt werden. Zwar wurden günstige Berichte über die Penicillinbehandlung bei prog. Paralyse und Tabes dorsalis bekanntgegeben. Ihnen stehen aber eine Mehrzahl negativer Beurteilungen gegenüber. Im Hinblick auf die Malariabehandlung und ihre Gefährlichkeit wäre jedoch ein weiterer Ausbau der antibiotischen Behandlungsmöglichkeit quartärer Syphilis dringend erwünscht. Wir haben guten Grund zur Hoffnung, durch weitere Forschung ein Antibiotikum zu erhalten, das auch die quartäre Syphilis zur Abheilung bringt. Von der mancherorts empfohlenen Penicillinbehandlung endogener Psychosen ist man inzwischen wieder abgekommen.

H. Therapie durch Hormone

Die Hormonbehandlung hat im Bereich psychiatrischer Krankheitsbilder — das ist unverkennbar — im Laufe der letzten Jahre an Bedeutung verloren. Hierher gehört vor allem die Therapie endogener Depressionen mit Sexualhormonen. Bei Anlegung eines kritischen Maßstabes kann von einer entscheidenden Einflußnahme durch solche Anwendung nicht gesprochen werden. Im Stadium der Überprüfung befindet sich noch die theoretisch gut fundierte Thyroxinbehandlung der Schizophrenie, die seinerzeit von G j e s s i n g, L i n g j ä r d e und anderen inauguriert wurde. Davon abgesehen ergibt sich aber, daß bei neurasthenischen Zuständen sowohl als auch bei bestimmten glandulären Störungen, die mit psychischen Ausfällen einhergehen, hormonale Stützung Brauchbares leistet. Hierher gehört

z. B. die möglichst frühzeitig einsetzende Thyroxinbehandlung bei Kretinismus, die Cortinbehandlung bei vegetativen Dystonien und die Progynon- bzw. Androsteronbehandlung klimakterischer Beschwerden. Jedoch erfordert jede Hormonbehandlung neben zweckentsprechender Dosierung eine besondere Geduld des Therapeuten, der vielfach neuentstehenden Situationen mit Verständnis begegnen muß.

I. Psychotherapie

Die Psychotherapie steht derzeit vor allem im amerikanischen psychiatrischen Schrifttum an erster Stelle. In ganz besonders umfassender Art greift sie dort in beinahe alle Belange des öffentlichen und privaten Lebens ein. Als deutliches Zeichen ihrer Tiefenwirkung darf gelten, daß sie dabei auch zur Behandlung endogener Psychosen, also beispielsweise der Schizophrenie, herangezogen wird. Als Hinweis ihrer Breitenwirkung ist das Bestreben einer zeitlichen Raffung der Behandlung, die auf verschiedenste noch zu besprechende Weise erreicht wird, anzuführen. Für unsere Lage ist aber noch nicht abzusehen, ob wir gleichfalls einer solch ausgedehnten psychotherapeutischen Renaissance zustreben oder ob sich jene Klärung und Grenzziehung, die bei uns bereits erreicht schien, von dauerhaftem Bestand erweist. Für die deutsche Psychotherapie gilt heute, daß sie sich in erfreulicher Weise von starren Schulschemen und Dogmen frei gemacht hat und in individuell angepaßter Art geeignete Krankheitszustände der Behandlung unterzieht (K r e t s c h m e r). Außerdem wird in überzeugender Art vor allem die Hypnose ihrer Mystik entkleidet und auf naturwissenschaftliche Basis gestellt (K r e t s c h m e r). Um dem auf Gegenseitigkeit beruhenden Zeitmangel von Arzt und Patient zu steuern, wird auch in Deutschland, dem amerikanischen Beispiel folgend, immer mehr von der sog. Kurzbehandlung auf pharmakologischer Grundlage (Narkoanalyse) Gebrauch gemacht. Es ergab sich nämlich, daß eine Reihe von intravenösen Narkosemitteln (Evipan, Narkonumal, Eunarcon, Pentothal) durch Wegnahme bzw. Ausschaltung von psychischen Hemmungen sowohl in der Einschlaf- als auch Aufwachphase in ungewöhnlicher Art die Tiefenkenntnis der Person erweitern und damit die Exploration rasch fördern kann. Die auf solche Weise zur ärztlichen Kenntnis gekommenen Inhalte werden später durchgesprochen, in ihrer Bedeutung gesichtet und dabei psychotherapeutisch verwandt. Es sollen bei diesem Vorgehen Kurzbehandlungen von wenigen Wochen bereits zum Erfolg führen. Auch für diagnostische Zwecke ist diese Methode brauchbar. Gelingt es doch etwa, Grenzsituationen bei stuporösen Zuständen durch Bereitstellung des Inhaltes zu analysieren und zu klassifizieren. Hierauf hat schon v. S t o c k e r t 1941 in Deutschland hingewiesen, bevor die breite Anwendung in Amerika durchgeführt wurde. Insoweit das Anwendungsgebiet der Narkohypnose beschränkt bleibt, kann ihr die Berechtigung und Zustimmung nicht versagt werden. Umstritten und bedenklich ist jedoch die gelegentlich auch bereits in Deutschland versuchte Verwendung der Narkoanalyse für die Exploration von Gutachtenpatienten zu gerichtspsychiatrischen Zwecken. Damit wird die Narkoanalyse zur Plauderdroge. Ganz abgesehen davon, daß in der Narkoanalyse gemachte Angaben nicht immer richtig sind und falsche Selbstbezeichnungen bereits beobachtet wurden, stehen

solcher Verwendung schwerwiegende sachliche und prinzipielle Bedenken entgegen. Zunächst ist der ärztliche Gutachter nicht der verlängerte Arm des Staatsanwaltes, um mit anderen Mitteln das Verhör fortzusetzen. Zum anderen kann sich kein Arzt bereit finden, einen Patienten willenlos, d. h. geschäftsunfähig bzw. zurechnungsunfähig zu machen, um anschließend aus ihm Geständnisse herauszulocken. Aussagen, die ein zu Begutachtender im Zustand der Narkoanalyse macht, sind also ohne jede Brauchbarkeit und haben vor Gericht soviel Gewicht, als ob sie nicht vorhanden wären. In diesem Zusammenhang sei nicht versäumt, die Kollegen auf das schwierige Gebiet der Begutachtung und Zeugniserstattung bei psychisch Kranken hinzuweisen. Es kann nicht genug zur Vorsicht gemahnt werden. Urteile über Testierfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit wird man ohne besondere gerichtspsychiatrische Erfahrung am besten nicht abgeben, sich jedoch als Zeuge bei späterer Fachbegutachtung zur Verfügung stellen. Damit kann man sich selbst manchen Ärger ersparen und das Verfahren vor unnötigen Umwegen bewahren. Auch sei auf die Gefahr aufmerksam gemacht, die dem Kollegen, der sich in der Welt der Paragraphen nicht sicher fühlt, bei Verhandlungen droht. Die Verteidigung insbesondere hat eine besondere Neigung, den ärztlichen Gutachter zu Aussagen zu veranlassen, die nicht seines Amtes sind. Vor allem sind alle Bemühungen um den Beweis einer Tat nicht Sache des Arztes.

K. Therapie des chronischen Alkoholismus

In den Randbezirk dieses Abschnittes ist noch eine sehr nützliche Anwendung bedingter Reflexe aufzunehmen. Veranlaßt durch eine beängstigende Zunahme des Alkoholismus und der nicht immer befriedigenden Erfolge von Entziehungskuren wurde in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern folgende Entwöhnung vorgeschlagen und zum Teil mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht: Der zu entziehende Alkoholiker muß wiederholt jeweils für drei Tage fasten. Als einzige

Kalorienzufuhr erhält er — Alkohol und zwar in genau der Form, die seiner Gewohnheit entspricht. Also der Kirschwassertrinker darf Kirschwasser, der Portweinsliebhaber Portwein zu sich nehmen. Aber mit jedem Glas des alkoholischen Getränkes verbindet sich zehn Minuten vorher eine Apomorphinspritze. Über den Mechanismus des bedingten Reflexes ergibt sich im Erfolgsfall bereits am zweiten oder dritten Tag, daß nun auch das Glas Kirschwasser oder Portwein allein und ohne Apomorphin eine heftige Nausea mit Erbrechen erzeugt. Daran schließt sich ein Widerwille gegen das Getränk. Der Süchtige ist im positiven Falle wenigstens für dieses Mal und für diese Sorte Alkohol von der Sucht befreit. Im Bedarfs- und Rückfall, sonst nach sechs Monaten, wird die Prozedur wiederholt. Wesentlich ist jedoch, daß der Patient von sich aus und ernstlich seine Sucht ablegen will. Weil auch in Deutschland der Alkoholismus neu im Entstehen begriffen ist, erscheint dieser therapeutische Hinweis angebracht. Da jedoch eigene Erfahrungen erst seit einem Jahr vorhanden sind, kann über die Leistung der Methode nichts mitgeteilt werden. Den Hinweis auf die Methode selbst verdanken wir Müller (Münsingen bei Bern), der sie seit längerer Zeit verwendet. Die von dänischen Forschern (Hald, Jakobsen, Larsen, Asmussen und Jorgensen) inaugurierte Methode der Erzeugung von Widerwillen gegen Alkohol durch Eingabe von Tetraethylthiuramdisulphid gewinnt gleichfalls Bedeutung. Nach Einnahme des Mittels, das als Antabus in den Handel gekommen ist, treten bei Alkoholgenuß nach initialen kardiovaskulären Symptomen Nauseaerscheinungen erheblicher Art auf. Verwandt werden Gaben von 1,0 Antabus pro Tag. Nach Asmussen, Hald und Larsen soll die Wirkung des Mittels auf die Bildung von Acetaldehyd, das beim Zusammentreffen von Alkohol und Antabus entsteht, beruhen. Die Durchführung dieser Behandlung ist deshalb erschwert, weil der Patient laufend Tabletten einnehmen muß.

Fortsetzung folgt

Q-Fieber

Von Prof. Dr. med. H. Dennig

Chefarzt der Inneren Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses Stuttgart

Das Q-Fieber breitet sich in den letzten Jahren so stark in unserer Gegend aus, daß sich jeder Arzt nun mit dieser neuen Krankheit beschäftigen muß.

Der Name Q-Fieber stammt von Derrick, der es erstmals 1937 bei Schlachthausarbeitern in Australien beobachtete (gemeinhin wird angenommen, das Q sei eine Abkürzung von Queensland, in Wirklichkeit nannte Derrick die Krankheit Query-Fieber = Fragezeichenfieber).

Von 1941 ab wurde die Krankheit bei den deutschen Truppen auf dem Balkan („Balkangrippe“) und in Italien, von 1944 ab auch bei den amerikanischen Truppen dort festgestellt, von 1947 ab in der Schweiz; 1948 wurde eine Schlachthausepidemie in Straßburg beobachtet. Von 1947 ab häufen sich Epidemien in Süddeutschland. November 1947 bis April 1948 erkrankte in Dörfern um Tübingen etwa die Hälfte der Bevölkerung (Heni und Germer¹), November 1948 bis Mai 1949 traten in Stetten

¹ D. M. W. 1949 : 472

im Remstal über 100 Fälle auf (Freygang²), April 1949 eine Schlachthausepidemie von 28 Erkrankten, darunter 24 Metzger, in Eßlingen (H. Mayer³). Weiterhin grassiert seit 1949 eine Schlachthausepidemie in Stuttgart mit bisher etwa 100 Kranken, von denen wir 8 in unserem Krankenhaus aufgenommen haben. Einzelfälle sind in Böblingen, Leonberg, Plochingen, Ulm beobachtet worden. Eine Besonderheit stellt eine Krankenhaus-epidemie in Frankfurt/Main dar, bei der 40 Personen offenbar von einem Rickettsienträger infiziert wurden (Simrock⁴).

Der Erreger ist die Rickettsia Burneti. Ihre Übertragung ist noch nicht recht geklärt. Der wichtigste Wirt ist das Rind, das selbst leicht an Q-Fieber erkrankt und dann Rickettsienträger wird. Vielleicht scheidet es die Rickettsien mit dem Kot aus; zum Teil geschieht die

² D. M. W. 1949 : 1457

³ D. M. W. 1949 : 1476

⁴ Ref. Kli. Wo. 1949 : 799

Übertragung durch Zecken, die auf Rindern leben, Rickettsien beherbergen und mit ihrem Kot ausscheiden. Diese Rickettsien werden mit dem zerstäubten Rinder- oder Zeckenkot vom Menschen eingeatmet. Übertragungen durch Kuhmilch scheinen möglich zu sein. Dagegen kommt Ansteckung von Mensch zu Mensch, wenn überhaupt, nur ausnahmsweise vor. Ganz im Vordergrund steht jedenfalls in irgendeiner Weise die Übertragung vom Rind. Deshalb sehen wir die Epidemien gewöhnlich auf dem Land; in den Städten nur in Zusammenhang mit Schlachthöfen (Metzgerkrankheit). Die Anfälligkeit der Menschen gegenüber der Rickettsie muß groß sein. Mindestens die Hälfte der exponierten Menschen erkrankt. So sahen wir zwei Schlachthausinfektionen, bei denen die Betroffenen nur das Gelände betreten hatten, ohne daß sie direkt mit dem Vieh zu tun hatten; der eine war Versicherungsagent, der andere ein Hundebesitzer, der sich dort Hundefutter abholte. Wenn in Laboratorien mit der Rickettsie gearbeitet wird, kommt es gewöhnlich zur Erkrankung des Laboratoriumspersonals, auch hier wird Übertragung durch Einatmen angenommen.

Klinik: Die Inkubationszeit liegt zwischen 2 und 4 Wochen. Im Vordergrund steht das Fieber, das schnell — nicht selten mit Schüttelfrost — ansteigt und sich meist zwischen 39 und 40° etwa 10 Tage hält, um dann lytisch abzufallen. In den ersten Tagen dominieren heftige Kopfschmerzen, gelegentlich kommen Gliederschmerzen, Magendruck, etwas Durchfall oder Verstopfung dazu. In etwa der Hälfte der Fälle treten Bronchopneumonien auf, meist über mehrere Lungenteile zerstreut; bei der Perkussion und Auskultation können sie dem Untersucher entgehen, bei der Röntgenuntersuchung sind sie aber deutlich sichtbar. Die Kranken verspüren dann einen Reizhusten, öfters Stechen beim Atmen, ziemlich häufig haben sie schleimigen Auswurf mit Blutbeimengung. Selten entwickelt sich eine Pleuritis oder Meningitis. Der Kreislauf wird in den einfachen Fällen wenig betroffen, der Puls ist meist relativ langsam. Das Krankheitsgefühl ist stark. Ziemlich häufig zeigt sich ein Herpes facialis, manchmal auch ein Milztumor. Im Blut findet man meist eine leichte Leukopenie (um 5 000), die Blutsenkung ist in den ersten Tagen normal und wird dann mäßig beschleunigt. Im Harn kann die Diazoproben positiv ausfallen. Bei mittelschwerem Verlauf dauert die Krankheit 10—14 Tage und heilt ohne Komplikationen aus. Auf dem Balkan haben wir bei den kräftigen Soldaten unter vielen Hunderten von Fällen selten bedrohliche und ganz selten tödliche Fälle erlebt. Jetzt sehen wir besonders bei älteren Leuten des öfteren recht schwere Fälle. Die Letalität dürfte jedoch immer noch unter 5% liegen. Im übrigen kommen, wie serologische Untersuchungen zeigen, zweifellos viele leichte Fälle vor, die nur kurz einige Tage Fieber und Kopfweh haben und gar nicht in ärztliche Behandlung gelangen.

Die Diagnose ist sehr schwierig, wenn nicht eine große und geklärte Epidemie vorliegt. Sobald eine fieberhafte Krankheit bei Viehhaltern oder bei Schlachthofpersonal vorkommt, ist an Q-Fieber zu denken. Differentialdiagnostisch kommen in Frage:

1. Der Typhus abdominalis: Die Ähnlichkeit kann sehr groß sein, da beim Q-Fieber hohes Fieber, Leukopenie, gelegentlich Milztumor auftreten. Der meist plötzliche Beginn und ein Herpes sprechen gegen

Typhus. Im übrigen ist die Klärung durch bakteriologische und serologische Untersuchungen im Lauf der Zeit immer möglich.

2. Die echte Grippe (Virusgrippe) kann ähnlich aussehen. Sie unterscheidet sich vom Q-Fieber durch die katarrhalischen Erscheinungen der oberen Luftwege (Schnupfen, Pharyngitis, Tracheitis, Bronchitis). Diese fehlen gewöhnlich beim Q-Fieber, das allenfalls mit einer leichten Pharyngitis und Konjunktivitis einhergehen kann. Die Bronchopneumonien der echten Grippe können im Röntgenbild denen des Q-Fiebers völlig gleichen, sind aber im Verlauf viel bösartiger. Die Bronchopneumonien des Q-Fiebers führen kaum je zu Lungenabszeß oder Pleuraempyem im Gegensatz zu denen der Grippe. In Epidemiezeiten ist die Virusgrippe durch den Hirst-Test serologisch zu klären.

3. Die croupöse Pneumonie kann dem Q-Fieber ähnlich sein: plötzliches hohes Fieber und Schüttelfrost, sanguinolenter Auswurf, Atemschmerz. Meistens zeigt das Q-Fieber im Röntgenbild mehrere auseinanderliegende Herde, während die croupöse Pneumonie für gewöhnlich, mindestens zunächst, nur einen Lappen betrifft. Wir haben aber manche Fälle gesehen, in denen auch das Q-Fieber nur einen Lappen betraf und im Röntgenbild von einer croupösen Pneumonie nicht zu unterscheiden war.

4. Die sogenannte Virus-pneumonie (primäre atypische Pneumonie der Amerikaner) ist klinisch kaum vom Q-Fieber zu unterscheiden. Einen gewissen Anhaltspunkt gibt wohl immer noch die Kälteagglutination, die im allgemeinen bei der Virus-pneumonie positiv, beim Q-Fieber negativ ausfällt.

Bei den Schwierigkeiten, das Q-Fieber klinisch festzustellen, sind wir froh darüber, daß wir heute die Möglichkeit haben, die Diagnose serologisch zu sichern. Der Komplementbindungsversuch fällt beim Q-Fieber nach 2—3 Wochen positiv aus. Werte über 1 : 16 sind beweisend. Die Krankheit ist zwar dann meistens schon abgelaufen, aber es ist auch hinterher noch wertvoll, die Diagnose zu sichern, zumal auch Ansprüche an die Berufsgenossenschaft in Betracht kommen. Die Untersuchung kann im Landesuntersuchungsamt Stuttgart (Dr. Liebermeister) ausgeführt werden (Einschicken von 5—10 ccm Venenblut etwa am 20. Krankheitstag). Die Züchtung des Erregers ist umständlicher.

Die Behandlung ist im allgemeinen symptomatisch durchzuführen. Kopfschmerzen können durch antineuralgische Mittel vermindert werden. Sulfonamide haben sich uns schon auf dem Balkan als wirkungslos erwiesen. Ebenso ist von Penicillin keinerlei Erfolg zu erwarten. Dagegen hat sich neuerdings gezeigt, daß das Aureomycin⁵ die Rickettsienkrankheiten günstig beeinflusst. So sind auch beim Q-Fieber in Amerika und in Deutschland ausgezeichnete Erfolge mitgeteilt worden⁶. Wir selbst haben in zwei sehr schweren Fällen eine dramatische Entfieberung und Besserung des Allgemeinbefindens erlebt. Beim ersten Kranken war die Entfieberung endgültig, beim zweiten Kranken sank das Fieber

⁵ Aureomycin ist ein Antibioticum, das ähnlich wie das Penicillin aus Pilzkulturen (dem Streptomyces aureofaciens) gewonnen wird. Es ist in ganz beschränktem Ausmaß in den Apotheken zu erhalten. Der Preis für eine Packung von 4 g beträgt zur Zeit etwa DM 70.—

⁶ Ross und Mitarbeiter: J. Am. Med. Assoc. 138 (1948) : 1213
Hauss und Simrock: Kli. Wo. 1949 : 766.

von 40° auf $37,5^\circ$, hielt sich dann aber nach Weglassen des Aureomycins noch weitere 10 Tage bei Werten um 38° . Man gibt vom Aureomycin per os täglich $4 \times 0,125$

bis $4 \times 1,0$. Leider ist das Mittel zur Zeit noch schwer zu beschaffen und sehr teuer, daher kommt es nur für besonders schwere Fälle in Betracht.

Ein Vorschlag zur Lösung des Kassenarztproblems

Von Dr. med. Kurt Bayer, Baden-Baden

Über die im Verhältnis zu der heutigen Preisgestaltung ungenügende Bezahlung der Kassenärzte ist schon so viel geschrieben worden, daß es sich erübrigt, auf Einzelheiten einzugehen. Es ist allgemein bekannt, daß der Kassenarzt sich heute in ermüdenden Hausbesuchen, stundenlangen Sprechstunden aufreibt, oft ohne die geringste Aussicht, sich in absehbarer Zeit den so dringend benötigten Wagen zu beschaffen, sich einen Urlaub zu gönnen und sich von der ständig lastenden Sorge zu befreien: wie bringe ich meine Familie im nächsten Monat durch. Vielen ist dies längst nichts Neues mehr, aber noch erkennt die öffentliche Meinung nicht, welche Folgen die Ruinierung des Ärztestandes im Laufe der Jahre nach sich ziehen wird, daß die Gesundheit des Einzelnen und damit auch die Gesundheit des ganzen Volkes darunter leiden muß. Denn wie kann ein Arzt den Klagen seiner Patienten zu allen Zeiten ein williges Ohr leihen, wie kann er die Mühsal eines beständigen Bereitschaftsdienstes, der an keine Tages- und Nachtzeit gebunden ist, auf sich nehmen, wenn er durch die Sorge um seine Existenz ständig belastet ist.

Die ernsthaften Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, auf dem Verhandlungswege mit den Versicherungsträgern eine bessere Bezahlung der Kassenärzte zu erreichen, haben gewisse Erfolge eingebracht. Sie allein sind aber nicht imstande, das Problem zu lösen und die Lage des einzelnen Kassenarztes grundlegend zu bessern. Die Kassenvorstände stehen auf dem Standpunkt, daß weitere Belastungen untragbar sind, und dies ist ja auch verständlich, nachdem auch den Kassen durch die Währungsreform alle Reserven entzogen worden sind. Die Ärzte andererseits, die heute fast ausschließlich auf Kasseneinnahmen angewiesen sind, können bei den geringen Sätzen und den im Vergleich hierzu stark überhöhten Betriebsunkosten kaum existieren.

Um die finanzielle Lage der Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen zu bessern, war man dazu übergegangen, die Pflichtversicherungsgrenze für die Kassen zu erhöhen. Man hat weiterhin die Ersatzkassen und Innungskrankenkassen aufgehoben, um der AOK und den Betriebskrankenkassen durch die vermehrten Mitgliederzahlen größere Beiträge zufließen zu lassen. In der französischen Zone ist man noch einen Schritt weitergegangen. Man hob auch die Betriebskrankenkassen auf und führte auch deren Mitglieder in die AOK ein. Wie zu erwarten, konnte das die Lage der AOK nur vorübergehend bessern; denn aus den erhöhten Einnahmen entstanden ja auch höhere Verpflichtungen. Kein Betrieb kann dadurch rentabler werden, daß man ihn in der gleichen Art und Weise weiterführt, ihn aber um das vier- oder fünffache vergrößert. So war das Ganze eine verfehlte Spekulation, die wieder rückgängig gemacht werden mußte. Seit dem 1. Oktober 1949 sind die Ersatzkassen und Innungskrankenkassen wieder in ihre alten Rechte eingesetzt worden, und ab 1. Januar 1950 werden in der französischen Zone auch

die Betriebskrankenkassen wieder in ihrer früheren Form aufleben. Ja, sogar die Pflichtversicherungsgrenze wurde wieder annähernd auf den früheren Stand zurückgebracht.

Die zahlreichen Vorschläge zu einer Reform des gesamten Krankenkassen- und Kassenarztsystems haben bis heute zu keinem Ergebnis geführt. Man hat auf der einen Seite den Vorschlag gemacht, die Kranken an den Arztkosten zu beteiligen, wie das die Privatkrankenkassen schon immer gemacht haben und wie dies bei der Assurance sociale der Franzosen heute geschieht. Man verspricht sich dabei die Ausschaltung der sogenannten Bagatellfälle, welche die Kasse und den Arzt in gleicher Weise belasten, ohne zur Gesundung des Patienten wesentlich beizutragen. Man übersieht dabei aber, daß es gerade die Bagatellfälle sind, die zur frühen Erfassung beginnender Krankheiten führen und schwere Komplikationen verhindern, sofern sie vom Arzt nur gewissenhaft geprüft und behandelt werden. Man übersieht auch gerade in Ärztekreisen, daß es die Bagatellfälle sind, welche dem Arzt ein gewisses Einkommen aus den Kassen garantieren. Ganz abgesehen davon ist aber der Patient in den seltensten Fällen in der Lage, einen Bagatellfall von einer wirklichen Krankheit abzugrenzen, und in manchen Fällen kann der Arzt selbst das nur im Laufe einer Behandlung.

Ein anderer Vorschlag geht dahin, Sparkonten anzulegen, die von dem Sparkonteninhaber nur in Krankheitsfällen zur Bestreitung der Behandlungskosten angegriffen werden können. Gegen diesen letzten Vorschlag besteht aber ein großes Bedenken: der wirklich Bedürftige, der von Krankheiten Verfolgte, der dessen Familie den Arzt häufig in Anspruch nehmen muß, erhält keinen ausreichenden Schutz, weil sein Sparkonto für die großen Unkosten nicht ausreicht, während ein anderer, der mit seiner Familie von Krankheiten verschont bleibt, oder der sich Krankheiten gegenüber gleichgültig zeigt, Rücklagen macht, die ihn dem wirklich Unterstützungsbedürftigen gegenüber zu Unrecht in Vorteil bringen. Aus diesem Grunde müssen dann für den in Not Geratenen Ausnahmen und Zugeständnisse gemacht werden, die der Willkür Tür und Tor öffnen und außerdem das ganze System so kompliziert gestalten, daß es auf die Dauer sich gar nicht durchführen läßt.

Bis zu welchen Extravaganzen sich einzelne Reformvorschläge verstiegen haben, zeigt der Vorschlag eines Arztes, der in allem Ernst empfiehlt, an die Kassenmitglieder Karten auszugeben, etwa ähnlich den Lebensmittelkarten, von denen der behandelnde Arzt die ihm zustehenden Marken abtrennt, um sie der Kasse zur Verrechnung einzureichen. Jeder atmet heute erleichtert auf, daß das leidige Kartensystem endgültig abgeschafft wird, und nun schlägt ein Arzt in der Verzweiflung — anders kann man das kaum nennen — ein solches Karten- und Markensystem für die ärztliche Behandlung vor!

Auf der Suche nach einer Lösung des Kassenarztproblems hat man Erkundigungen aus der Ostzone eingezogen. Aber das dort von den Russen eingeführte System stellt ein Kontrollsystem schlimmster Art dar, durch das jedes freie ärztliche Handeln unterbunden wird und das dem Patienten wie dem Arzt den letzten Rest freier Willensbestimmung raubt, ein Kontrollsystem, in dem jede Handlung durch eine darüberstehende Stelle kritisiert und bespitzelt wird, wie das nur in einem totalitären Staate überhaupt möglich ist. Jeder demokratisch fühlende und selbständig denkende Mensch, sei es Patient oder Arzt, wird ein solches System grundsätzlich ablehnen.

In England hat man unter dem Druck der Verhältnisse eine, wie es scheint, vorbildliche allgemeine Krankenversicherung eingeführt, welche jedem Bürger in der großzügigsten Weise freie ärztliche Behandlung sichert und nach den Nachrichten, die man über die Einkünfte der englischen Ärzte erhalten hat, den letzteren eine sichere Existenz garantiert. Dieses System ist aber derart kostspielig und erfordert von seiten des Staates heute schon so ungeheure Zuschüsse, daß es in ähnlicher Form für unsere deutschen Verhältnisse völlig undurchführbar ist. Wir leben eben heute unter den Auswirkungen der Währungsreform. Die Kassen sind geleert, Reserven nirgends mehr vorhanden, und so kann selbst eine noch so ausgeklügelte Reform des Krankenversicherungswesens zu nichts helfen; denn wo nichts ist, ist nichts zu holen. So wird also alles bei uns beim alten bleiben, Kassenvorstände und Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung werden weiter miteinander um Pfennige feilschen, ohne daß das Problem dadurch zu einer Lösung gebracht würde. Die soziale Krankenversicherung selbst, so, wie sie sich heute bei uns entwickelt, wird aber eine soziale Einrichtung bleiben, die sich nur einem gegenüber asozial verhält, nämlich dem Arzt, dem sie die Sorgen der anderen aufbürdet, ohne ihm selbst die Sorge um seine Existenz und um die Existenz seiner Familie abzunehmen, und die gleichgültig bleibt, wenn er im Alter unter der Last der Arbeit zusammenbricht ohne Versicherungsschutz, ohne Altersversorgung, zum Schluß nur in der Hoffnung, durch einen raschen Tod erlöst zu werden.

Bei all diesen schon so oft angestellten Betrachtungen wurde immer ein Punkt außer acht gelassen und an diesem Punkt sind alle, die sich mit dem Problem auseinandersetzen, immer wieder achtlos vorübergegangen; daran nämlich, daß an diesem sozialen Dienst, der nur bei einer aufopfernden, von Idealismus getragenen Lebensauffassung des Arztes überhaupt durchführbar ist, noch ein Dritter verdient. Die Kassen stöhnen, weil sie nicht wissen, wie sie ihre Bilanz positiv halten sollen und die erforderlichen Rücklagen nicht machen können, die Mitglieder und Arbeitnehmer stöhnen über die hohen Beiträge, und die Ärzte können ihre Praxisausgaben aus den Kasseneinnahmen kaum mehr bestreiten, **nur einer zieht aus alledem immer noch einen Gewinn: der Staat.** Man hat schon lange in der richtigen Erkenntnis der sozialen Aufgaben des Arztes die Umsatzsteuer für Kasseneinnahmen aufgehoben. Die Umstände zwingen heute dazu, soll das Krankenkassenwesen überhaupt lebensfähig bleiben, einen Teil des Kassenarzteinkommens einkommensteuerfrei zu machen. Über die Höhe einer solchen Freigrenze kann man verschiedener Ansicht sein. Sie würde aber schon für ein

monatliches Kasseneinkommen von etwa 500 DM die Lage der Ärzte mit einem Schläge bessern, ohne daß dadurch die Kassen getroffen würden.

Aufgabe der Steuerbehörde wird es dann aber sein, dafür zu sorgen, daß das soziale Krankenkassenwesen auch in den Grenzen gehalten wird, die seinen eigentlichen Zwecken entsprechen. Die schablonenhafte Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze ist den privaten Krankenversicherungen und damit auch den Ärzten zum Verhängnis geworden. Wenn beispielsweise ein kinderloses Ehepaar zusammen im Monat annähernd 1000 DM verdient und beide als Mitglieder der AOK, dem Arzt einen Schein präsentieren, welcher den Wert von 4.80 DM pro Vierteljahr hat, so erhält der Arzt für eine vierteljährliche Behandlung 9.60 DM im gleichen Zeitraum, in dem das betreffende Ehepaar 3000 DM verdient. Daß dies auch von vielen Patienten als ein Unrecht empfunden wird, geht daraus hervor, daß viele Pflichtmitglieder der AOK, ihre alte Privatversicherung daneben aufrechterhalten haben. Dies ist aber an sich auch wieder unsinnig; denn wer sieht den Grund ein, daß gleichzeitig die Beträge für zwei Versicherungen bezahlt werden, von denen eine auf alle Fälle überflüssig ist. Ein anderer Fall betrifft die freiwillig Weiterversicherten. Ein geschäftlich routinierter Kaufmann oder Handwerker, der es durch glückliche Nebengeschäfte zu einem neuen Laden, einer neuen Werkstatt, einem Auto, einem Grundstück oder einer ertragreichen Obstplantage und Bienenzucht gebracht hat, kommt auf Grund dessen, daß er früher einmal im Arbeitnehmerverhältnis stand, mit einem Schein als freiwilliges Mitglied der AOK, zum Arzt. Über solche Fälle ist der Arzt mit Recht empört; denn sie führen zu einer gewissenlosen Ausbeutung und damit zum Ruin des Kassenarztes. Sie haben mit Sozialfürsorge nicht das geringste zu tun und dienen nur dazu, daß der einzelne sich auf Kosten des anderen in einer völlig unmoralischen Weise bereichert. Der Arzt, der in einem solchen Fall einen Kassenschein annimmt, erniedrigt sich selbst und wird zum Bettler gestempelt, während die gleiche Behandlung für den gleichen Behandlungsschein einem Unbegüterten gegenüber ihn als Wohltäter erscheinen läßt. Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Kranke, die durch die Währungsreform in Not geraten sind, aber keine Möglichkeit haben, etwas zu verdienen, keine Stelle annehmen und daher auch nicht in die AOK aufgenommen werden können. Es ist die Gruppe der verschämten Armen, die sich scheuen, die öffentliche Fürsorge in Anspruch zu nehmen. Sie aber stellen heute einen erheblichen Prozentsatz in der sogenannten Privatpraxis des Arztes dar. Daß der Arzt in solchen Fällen auf ein Honorar verzichtet, findet jeder selbstverständlich. Das aber sind gerade diejenigen Kranken, die den Arzt mit dem Krankenschein aufsuchen sollten. In diesen Fällen muß die soziale Tätigkeit der Kasse und des Kassenarztes in allererster Linie einsetzen, nicht aber bei denjenigen, deren Einkommen das des Kassenarztes oft um das Vielfache übersteigt.

Es ist nicht Sache der Kasse, die Vermögens- und sonstigen Einkommensverhältnisse ihrer Mitglieder zu prüfen. Dazu ist sie meist auch gar nicht in der Lage. Dem Finanzamt aber sind die sozialen Verhältnisse seiner Steuerzahler bekannt, und seine Sache wäre es, alle Fälle, die nicht unterstützungsbedürftig sind, der AOK zu melden. Solche Fälle, wie die oben genannten Beispiele unter den freiwilligen Mitgliedern, gehören nicht

in die AOK. Das Finanzamt wird aber daran auch interessiert sein, daß solche Mitglieder der AOK., welche nicht sozial betreut zu werden brauchen, aus der AOK. ausscheiden. Das Finanzamt wird daran interessiert sein, von dem Augenblick an, in dem das Kasseneinkommen des Arztes, sei es auch nur bis zu einer gewissen Höhe, einkommensteuerfrei wird. Sind solche Fälle wieder dahin verwiesen, wo sie in Wirklichkeit hingehören, nämlich in die privaten Krankenversicherungen, dann wird auch das Privateinkommen der Ärzte wieder steigen, und aus diesen steigenden Privateinnahmen werden dem Finanzamt bald wieder die Steuererträge zufließen,

die ihm zunächst durch die Aufstellung einer Freigrenze für das Einkommen des Kassenarztes verlorengegangen waren.

Die Einkommensteuerfreiheit für einen Teil des Kassenarzteinkommens ist der einzige Ausweg, der zu einer Besserung der Lage der Kassenärzte führen kann, ohne die Kassen und ihre Mitglieder irgendwie zu belasten. Der Verzicht auf einen Teil der Einkommensteuer des Kassenarztes wird aber gleichzeitig die Arbeit des Kassenarztes vor der Öffentlichkeit einmal als das anerkennen, was sie in Wirklichkeit ist: Ein sozialer Dienst am Staate.

Zur Rechtsstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg

Die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg hat am 9. April 1949 den bisherigen Honorarverteilungsmaßstab geändert und dabei die bisherige Fallstaffelkürzung auf eine Ertragsstaffelkürzung umgestellt und gleichzeitig für einzelne Arztgruppen das Fall-Pauschale geändert. Gegen diesen Beschluß wurden rechtliche Bedenken erhoben, die von dem Verwaltungsgericht Stuttgart geklärt worden sind. Die Bedenken richteten sich in erster Linie gegen die Rechtsfähigkeit und damit gegen die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, die als frühere Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands nur ein unselbständiger Verwaltungsteil war. Auch die Vertretungsberechtigung der Organe der Kassenärztlichen Vereinigung wurde bezweifelt, weil gesetzliche Grundlagen fehlten. Schließlich wurde die Auffassung vertreten, daß der Honorarverteilungsmaßstab nur unter Mitwirkung der betroffenen ärztlichen Fachgruppen und der Krankenkassen zustande kommen könne und daß er eine willkürliche Änderung zu Lasten einzelner Arztgruppen darstelle.

Das Verwaltungsgericht Stuttgart hat diese Bedenken nicht geteilt und in einem mittlerweile rechtskräftig gewordenen Urteil vom 31. Januar 1950 folgendes ausgeführt:

„Die Anfechtungsklage ist nicht begründet.

1. Die KVW. nennt sich selbst Körperschaft des öffentlichen Rechts. Diese Beurteilung entspricht der gegenwärtigen Rechtslage. Vor dem Zusammenbruch besaß die KVW. noch keine Rechtsfähigkeit, denn sie war nur eine Verwaltungsstelle, die auf Grund des § 5 der Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands vom 2. August 1933 (RGBl. I S. 567) errichtet worden war. Im Gegensatz zu der KVD. war die KVW. damals keine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und demzufolge auch nicht parteifähig. Diese Rechtslage hat sich jedoch inzwischen geändert. Auch wenn man annimmt, daß die KVD. trotz des Zusammenbruchs bestehen geblieben ist, so hat sie doch nicht nur ihre Organe, sondern auch ihre Eigenschaft als Zentrale verloren. Sie ist in die Verwaltungsstellen der Länder aufgespalten worden. Diese Verwaltungsstellen haben die rechtliche Natur der KVD. übernommen und dadurch selbst Rechtspersönlichkeit erlangt. Diese Lage ist ähnlich wie bei den Großbanken, bei denen ebenfalls die Aufspaltung ihrer Rechtspersönlichkeit unter ihre Filialen anerkannt ist (vgl. DRZ. 1949 S. 25). Bei den Aktiengesellschaften wird neuerdings aus ähnlichen Erwägungen die Möglichkeit eines doppelten Sitzes bejaht (vgl. DJZ. 1949 S. 341). Gegen die Eigenschaft der KVW. als einer Körperschaft des öffentlichen Rechts kann nicht eingewendet werden, daß die Ärztekammer Nord-Württemberg neuerdings in einen Verein des bürgerlichen Rechts umgebildet worden sei; die Ärztekammer und die KVW. sind vonein-

ander getrennte Verwaltungskörper mit verschiedenen Aufgaben.

2. Ist die KVW. eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, so fragt sich, wer ihr gesetzlicher Vertreter ist, d. h. wer befugt ist, die KVW. nach innen (den beteiligten Ärzten gegenüber) und nach außen (Dritten gegenüber) zu vertreten und rechtswirksame Erklärungen namens der KVW. abzugeben. Nach der gegenwärtigen Rechtslage ist das einzig und allein Dr. med. Neuffer, der für die KVW. alle die Rechte ausübt, die früher die KVD. dem Reichsärztführer zugestanden haben. Die „Abgeordneten-Versammlung“ hat rechtlich nur die Bedeutung eines beratenden Gremiums. Dies ergibt sich im einzelnen aus folgendem:

Im Juni und September 1946 ist die damalige Ärztevertretung in Stuttgart vom Innenministerium beauftragt worden, als Überleitungsstelle die Aufgaben der früheren KVD. für den Bereich des Landes Württemberg-Baden weiter zu führen und die weder eine Unterbrechung noch einen Aufschub gestattenden verwaltemäßigen und finanziellen Angelegenheiten der früheren KVD. zu erledigen. Dieser Auftrag des Innenministeriums ist durch die Entschließung des Ministerrats vom 6. Aug. 1947 bestätigt worden. Allerdings sind weder die Verordnung über die KVD. vom 2. Aug. 1933 noch die Satzung der KVD. vom 27. Jan. / 15. Febr. 1941 durch das Innenministerium oder durch den Ministerrat geändert worden. Eine solche Änderung war aber auch nicht erforderlich, weil die württ.-bad. Regierungsstellen die Befugnis zu ihren Maßnahmen von der Militärregierung erhalten hatten. In Art. III Abs. 1 der Proklamation Nr. 2 der Militärregierung Deutschland, Amerikanische Zone, vom 19. Sept. 1945, war nämlich erwähnt worden, daß der Staat Württemberg-Baden grundsätzlich die volle gesetzgebende, richterliche und vollziehende Gewalt erhält (vgl. DRZ. 1946 S. 86). Das Arbeitsministerium hat neuerdings mit Schreiben vom 26. Okt. 1949 unter nochmaliger Anerkennung des bestehenden Zustandes Dr. med. Hans Neuffer als Vorsitzenden des Vorstandes und Dr. med. Paul Schwoerer als stellvertretenden Vorsitzenden mit der Wahrnehmung der Aufgaben der satzungsmäßigen Organe der KVD. beauftragt, und zwar mit Rückwirkung vom Zeitpunkt der Wahl ab (4. Sept. 1948). Die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums kann nicht bestritten werden. Allerdings ist nach § 4 Absatz 1 der Satzung der KVD. der Leiter der KVD. der Reichsärztführer, der seinen Vertreter beruft und abberuft. Richtig ist auch, daß der Reichsarbeitsminister weder zur Berufung des Leiters noch des Vertreters zuständig gewesen ist. Wenn aber hieraus gefolgert wird, das Württ.-Bad. Arbeitsministerium könne nicht mehr Rechte haben, als das Reichsarbeitsministerium gehabt habe, so ist hierzu wiederum zu sagen, daß das Arbeitsministerium seine Zuständigkeit nicht vom Reichsarbeitsministerium ableitet, daß es diese vielmehr von der Militärregierung neu zugewiesen erhalten hat. Die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums ergibt sich auch daraus, daß die KVW. als landesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts der Aufsicht dieses Ministeriums untersteht. Wenn es das Wohl des Staates oder der Körperschaft erfordert, kann übrigens nach herrschender Auffassung die Aufsichtsbehörde die Ämter des Vorsitzenden und der anderen Mitglieder des Vorstandes

einer Körperschaft neu besetzen (vgl. Art. 122 Abs. 5 des Entwurfs einer Verwaltungsordnung für Württemberg in der Fassung der 3. Lesung). Um so mehr muß die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums im vorliegenden Fall bejaht werden, in dem die aus den Wahlen der Standesvertretung hervorgegangenen Ärzte nur mit der Wahrnehmung der Gesellschaft des Vorsitzenden und seines Vertreters beauftragt worden sind.

Bei dieser Sachlage kommt der Tatsache, daß die Satzung der KVD vom 27. Jan. / 15. Febr. 1941 noch nach dem Führerprinzip gestaltet ist, keine weitere Bedeutung zu. Im übrigen ist die Anpassung der Satzung an die demokratischen Grundsätze oder die Erlassung einer neuen Satzung vorgesehen und bisher nur zurückgestellt worden, weil die Ergebnisse der schwebenden Verhandlungen zwischen den Ländern der Westzone über den Aufbau der KVD abgewartet werden wollten. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei den Krankenkassen, deren Satzungen zum größten Teil ebenfalls noch nicht abgeändert worden sind.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Einwendungen der Kläger gegen die Durchführung der Wahlen zur Abgeordneten-Versammlung und zum Vorstand der KVW begründet sind oder nicht. Jedenfalls steht fest, daß sich Dr. Neuffer als der am 4. Sept. 1948 gewählte und am 26. Okt. 1949 vom Arbeitsministerium mit der Geschäftsführung beauftragte satzungsmäßige Vorsitzende des Vorstandes der KVW, die beanstandeten Beschlüsse zu eigen gemacht hat.

3. Es taucht nun die Frage auf, ob die Beschlüsse vom 9. April und 16. Juli 1949, die Dr. Neuffer gebilligt und sich zu eigen gemacht hat, überhaupt Verwaltungsakte i. S. des VGG darstellen. Diese Frage ist zweifelhaft. Zur Klärung empfiehlt es sich, die Verhandlungen der Kommission zur Vorbereitung und Ausarbeitung des Entwurfs einer Verwaltungsrechtsordnung für Württemberg vom Jahre 1931 zu Rate zu ziehen. Danach sind zwar Verwaltungshandlungen (Verfügungen und Entscheidungen) innerhalb eines besonderen Gewaltverhältnisses, also auch Verwaltungshandlungen öffentlich-rechtlicher Körperschaften, als Verwaltungsakte anzusehen. Sie unterliegen jedoch nicht den Vorschriften für die übrigen Verwaltungsakte, weil diese Vorschriften nicht für sie passen (vgl. Art. 21 Abs. 2 Nr. 2 des Entwurfs in der Fassung der dritten Lesung). Derartige Verwaltungshandlungen können deshalb nach Auffassung der Kommission nicht im Verwaltungsrechtsweg angefochten werden (Art. 54 a. a. O.). Dies war auch die frühere Auffassung des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. Geier in WüRV. 1923 S. 115). Nach dem geltenden Recht hat das Verwaltungsgericht zwar über die Anfechtung von Verfügungen von Verwaltungsbehörden und von „sonstigen Verwaltungsakten“ zu entscheiden (§ 22 Abs. 1 VGG). Ob dadurch jedoch eine Änderung des bisherigen Rechtszustandes eingetreten ist, erscheint zweifelhaft. Während Nebinger die Ansicht vertritt, die Verfügungen und Entscheidungen innerhalb eines besonderen Gewaltverhältnisses seien auch heute nicht zu den Verwaltungsakten zu rechnen (vgl. Nebinger, Verwaltungsrecht, 2. Aufl. S. 197), vertritt Jellinek die gegenteilige Auffassung (vgl. DRZ. 1948, S. 271). Eine dritte Meinung vertritt die Anf.-Gegnerin; sie will die Verfügungen und Entscheidungen innerhalb eines besonderen Gewaltverhältnisses nach verschiedenen rechtlichen Gesichtspunkten beurteilen; während die Beschlüsse über die Honorarverteilung wegen ihrer Wichtigkeit und grundsätzlichen Bedeutung als Verwaltungsakte anzusehen seien, sollen andere Verfügungen, beispielsweise diejenigen über die Auszahlung der Honorare an die Ärzte, keine Verwaltungsakte sein.

Die Entscheidung dieser Fragen kann indessen dahingestellt bleiben; die Klage ist — wie unter 4. auszuführen ist — auch dann nicht begründet, wenn die angefochtenen Beschlüsse vom 9. April und 16. Juli 1949 als Verwaltungsakte angesehen werden.

4. Ein Verwaltungsakt kann nämlich nach den §§ 35 und 36 VGG nur angefochten werden, wenn der Kläger durch ihn in einem Recht verletzt wird oder der Anf.-Gegner bei seiner Erlassung einen Ermessensfehler begangen hat. Eine Rechtsverletzung im Sinne des § 35 VGG wird im vorliegenden Falle von den Klägern selbst nicht behauptet. Soweit sie behaupten, die Anf.-Gegnerin habe von ihrem Ermessen nicht im Sinne des Gesetzes Gebrauch gemacht, ja sogar einen Ermessensmißbrauch begangen (Art. 36 VGG), haben sie den Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung nicht erbracht.

Die „Beschlüsse“ über die Honorarverteilung sind auf Vorschlag der Honorarkommission von der Abgeordneten-Versammlung gefaßt worden. Diese ist aber, da sie aus den allgemeinen Wahlen hervorgegangen ist, als Vertreterin aller Ärzte, also auch der Kläger anzusehen. Die Rüge des fehlenden rechtlichen Gehörs der Kläger ist demnach nicht begründet. Ebenso wenig kann ein Ermessensmißbrauch darin erblickt werden, daß die bisherige Fallstaffelkürzung durch eine Ertragsstaffelkürzung ersetzt worden ist. Auch diese Änderung hat die Abgeordneten-Versammlung als gewählte Vertreterin aller Ärzte zugestimmt. Die weitere Behauptung der Kläger, daß die Abgeordneten-Versammlung die Verhältnisse vor Fassung ihrer Beschlüsse nicht genügend geprüft habe, ist gleichfalls nicht bewiesen. Nach der Versicherung der Anf.-Gegnerin hat der jetzt geänderte Honorarverteilungsmaßstab nicht mindestens seit 1934 bestanden, sondern ist in den Jahren 1939, 1940 und 1944, letztmals am 3. Dezember 1947 mit Wirkung vom 1. Januar 1948 geändert worden.

Daß die Änderung einen einschneidenden Rückgang des Einkommens der Kläger mit sich bringt und daß große Beiträge auf dem Spiel stehen, wird nicht bestritten. Dagegen kann nicht anerkannt werden, daß die Änderung auf Willkür beruht, um die Kläger einseitig zu benachteiligen. Wenn die Honorarkommission und die Abgeordneten-Versammlung nach Prüfung der Verhältnisse ebenso wie Dr. Neuffer zu der Überzeugung gelangt sind, daß die Kläger im Verhältnis zu anderen Arztgruppen bisher zu sehr begünstigt waren und daß Gründe der Gerechtigkeit einen anderen Ausgleich zwischen den einzelnen Arztgruppen verlangen, so können darin weder unsachliche noch fehlerhafte Erwägungen erblickt werden; ein Ermessensfehler im Sinn des § 36 VGG liegt deshalb nicht vor.

5. Unerheblich ist die Frage, ob die Vorschrift des § 368 e Abs. 2 RVO. noch in Geltung ist, wonach vor der Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes ein Einvernehmen mit der Krankenkasse herbeizuführen ist. Gegen die Weitergeltung dieser Vorschrift spricht im übrigen die von der Anf.-Gegnerin glaubhaft versicherte Tatsache, daß die Krankenkassen in der Praxis — sehr zu ihrem Leidwesen — seit dem Inkrafttreten der Verordnung über kassenärztliche Vergütung vom 19. Dez. 1933 nicht mehr zu der Verteilung der Gesamtvergütung herangezogen worden sind.

Der von den Klägern behauptete Widerspruch der Verfügung des Arbeitsministeriums mit Art. 130, Abs. 3 des Bonner Grundgesetzes ist gleichfalls nicht vorhanden, weil die KVW, wie erwähnt, schon vor dem Inkrafttreten der Bundesverfassung eine landesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts gewesen ist und demzufolge nicht der Aufsicht des zuständigen Bundesministeriums untersteht.

Hiernach steht fest, daß die Kläger durch die angefochtenen Beschlüsse nicht in einem ihnen zustehenden Recht verletzt worden sind (§ 35 Abs. 1 VGG) und daß auch ein Ermessensfehler i. S. des § 36 VGG nicht vorliegt; die Klage muß deshalb abgewiesen werden, im übrigen steht es den Klägern frei, falls sie privatrechtliche Ansprüche an die Anf.-Gegnerin zu haben glauben, den ordentlichen Rechtsweg zu beschreiten (vgl. § 368 n Abs. 1 RVO.).

Nachdem anzunehmen ist, daß sich der Vorsitzende der KVW. künftig ebenso wie in der Vergangenheit an die Beschlüsse der Abgeordneten-Versammlung halten wird, obwohl deren Funktion nach der derzeitigen Rechtslage nur eine beratende ist, kann den Klägern nur anheimgegeben werden, zu versuchen, die Mehrheit der Abgeordneten-Versammlung der KVW. von der Richtigkeit ihres Standpunktes zu überzeugen und sie zu einem entsprechenden Beschluß zu veranlassen.

Dem Urteil, das vorstehend mit Ausnahme des Tatbestandes, der formellen Ausführungen und kurzer, nur für eine einzelne Fachgruppe wichtigen Ausführungen unverkürzt wiedergegeben ist, ist in vollem Umfange beizutreten. Die bisher streitige Frage, ob die Landesstelle eigene Rechtspersönlichkeit habe und zur Festsetzung eines Honorarverteilungsmaßstabes berechtigt sei, ist damit im Sinne der selbständigen Rechtspersönlichkeit abschließend geklärt. Auch die Vertretungsberechtigung der KVW. ist dahin geklärt, daß vertretungsberechtigt der vom Arbeitsministerium als Aufsichtsbehörde bestätigte und mit der Wahrnehmung der Or-

gane beauftragte Vorsitzende und sein Stellvertreter sind. Die Bedeutung der Abgeordnetenversammlung, welche das demokratische Prinzip de facto verwirklicht, wird dadurch nicht geschmälert. Dies kommt besonders in den Ausführungen des Urteils zur Geltung, in denen darauf hingewiesen wird, daß die Abgeordnetenversammlung die Vertretung **aller** Ärzte ist. Daher können einzelne Arztgruppen nur durch die Abgeordnetenversammlung ihre Wünsche geltend machen, haben aber keinen Anspruch auf eigene Vertretung bei den Beschlüssen der Abgeordnetenversammlung. Es wird auch in Zukunft der freien Entscheidung der Abgeordnetenversammlung unterliegen, in welchem Umfang sie die

betroffenen Arztgruppen zu ihren Entscheidungen mit beratender Stimme hinzuzieht. Schließlich ist in dem Urteil noch bestätigt, daß die Benachteiligung einer Arztgruppe zugunsten anderer Arztgruppen keinen Ermessensmißbrauch darstellt, wenn aus Gründen der Gerechtigkeit ein anderer Ausgleich als bisher zwischen den einzelnen Arztgruppen getroffen wird.

Das sehr sorgfältige und gründliche Urteil klärt damit eine Anzahl von verschiedenen Seiten aufgeworfenen Rechtsfragen und bestätigt die bisher von der KVV vertretene Rechtsauffassung.

Dr. jur. Schimmelpfennig

Eingesandt

In Ihrem Heft Nr. 2 Februar 1950 kommen gleich zwei Artikel, die uns Praktikern den Einbruch der Bürokratie in unseren Beruf schmackhaft machen sollen, nämlich einer über den **Gewerbearzt** und einer über den **„Vertrauens“-Arzt**, der sich jetzt auch das alles deckende Mäntelchen „Sozial“ umhängt und als Sozialmediziner erscheint.

Anlässlich der bei den Patienten allgemein und bei den Ärzten größtenteils üblich gewordenen Vertauschung des usurpierten „Vertrauens“ in „Mißtrauen“ erscheint eine neue Tarnung der Bürokratie auf diesem Gebiet auch tatsächlich zeitgemäß und nötig.

Ich stehe jetzt 30 Jahre in der Praxis und habe es miterlebt, wie von den 20er Jahren dieses Jahrhunderts an der Keil des Mißtrauens von der Bürokratie immer tiefer zwischen Arzt und Patient getrieben wurde.

Zu Anfang meiner Praxis machte der Hausarzt, der den Patienten kennt wie kein anderer, noch die Gutachten für Invaliden-Unfallrenten usw. Er konnte auch den Patienten in allen Lebenslagen behandeln, wie er es für notwendig hielt. Auch in dieses Vertrauensverhältnis wurde von der Bürokratie ein Keil getrieben, zuerst durch die empörenden Bestimmungen der Berufsgenossenschaften, die es dem erfahrenen Arzt verwehrten, Unfallverletzte zu behandeln. Dabei habe ich es unzählige Male beobachtet, daß der Unfallverletzte im Krankenhaus von Assistenten behandelt und beur-

teilt wurde, die bestimmt nicht im entferntesten die Erfahrung eines Praktikers haben.

Daß seinerzeit gegen diese ungeheuerlichen Verordnungen von den Ärzten nicht mehr Sturm gelaufen wurde, kann ich mir nur aus einem Mangel an persönlicher Freiheitsliebe und aus der anezogenen Behördenhörigkeit der Deutschen im allgemeinen erklären.

Jetzt erleben wir es, wie die Behandlung der Tuberkulose bürokratisiert wird, und morgen kann schon wieder ein anderes Gebiet drankommen. Dabei suchen sich die „vertrauens“-ärztlichen und anderen „Dienststellen“ (welch nette Erinnerung an Kommis und Partei-„Dienststellen“) naturgemäß am meisten den Praktiker zur Zielscheibe ihrer bürokratischen Tätigkeit aus. An den Spezialisten trauen sie sich nicht heran, im Gegenteil, sie überweisen die Betroffenen häufig von sich aus an Spezialisten.

Es ist ein großes Verdienst von Dr. Husemann (Südwest. Arztebl. Heft 11/1949), auf die unaufhörliche Bedrohung des freien Menschen durch die Bürokratie hingewiesen zu haben. Niemand kann es einem ehr- und freiheitsliebenden praktischen Arzt verübeln, wenn er solche bürokratischen Dienststellen innerlich ablehnt und immer ablehnen wird, auch wenn sie sich mit sozial- oder anderen Modebezeichnungen tarnen.

Dr. Beck, Ravensburg

Buchbesprechungen

Hoffa-Gocht: „**Technik der Massage**“ bearbeitet von Prof. Dr. Storck, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 11. umgearbeitete und erweiterte Auflage, 150 Seiten, geh. DM 8.—, geb. DM 9.70.

Die 11. Auflage eines Buches, das die Namen Hoffa-Gocht trägt, braucht keine Empfehlung! Es gibt einen guten Überblick über die Theorie und Praxis der Massage und wurde in den letzten Auflagen von Storck-Gießen günstig ergänzt. Neu hinzugefügt wurde bei dieser Auflage ein Kapitel über Massage und Gymnastik. Der geringe Raum, der hierfür zur Verfügung steht, wird den Bestrebungen nach einer Ergänzung der beiden wichtigen Behandlungsmethoden nicht ganz gerecht. Bei einer Neuauflage wäre ein Ausbau gerade dieses Kapitels wünschenswert.

Prof. Dr. F. Heiss, Stuttgart

Ludwig Makowsky: „**Fünf Jahrhunderte Chirurgie in Tübingen**.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 102 Seiten, geh. DM 8.80, geb. DM 10.80.

Beginnend mit der durch das Aufkommen des Humanismus angeregten Gründung der Universität durch Graf Eberhard

und den Anfängen der Medizinischen Fakultät, zieht, auf eine manchmal überraschend breite Basis gestellt und geknüpft an ihre namhaften, in den Rahmen ihrer Zeit gestellten Vertreter, die Entwicklung der Tübinger Chirurgie bzw. der Medizin überhaupt in zwanglos sich aneinanderreihenden Bildern am Leser vorüber, bis ihn die von Viktor v. Bruns maßgeblich mitherbeigeführte Wende der Chirurgie vor 100 Jahren und die von ihm eingeleitete Reihe besonders bedeutender Inhaber des Tübinger Lehrstuhles unmerklich in die uns aus eigenem Erleben geläufige Zeit geleitet. Zitate aus Urkunden, Nachrufen, alte Operationsprotokolle sowie gut gelungene Wiedergaben von Stichen und Porträts erhöhen die Lebendigkeit des Buches. Manch bekannte Namen, die auch heute noch in Schwaben gut vertreten sind, tauchen besonders in den früheren Zeiten auf und machen die Lektüre des Buches jedem, der eine Beziehung zu Tübingen oder zu Schwaben hat, zu einem besonderen Genuß. Auch die für eine mit ihrem Lande so verwurzelte Universität wie Tübingen sehr wichtige Ausstrahlung auf ihre Umgebung in Stadt und Land findet gebührende Berücksichtigung. Doch bleibt durch das Eingehen auf auswärtige Berufungen und Leistungen Tübinger Chirurgen die Verbindung mit der Chirurgie innerhalb und außerhalb des ganzen deutschen Sprachgebiets lebendig erhalten, so daß die Schrift auch über den örtlich begrenzten Rahmen

hinaus jedem geschichtlich interessierten Leser als ein Spiegelbild der Entwicklung der gesamten Chirurgie, vor allem des Wechsels ihrer Auffassungen, viel Freude und Interessantes bieten wird.

Prof. Dr. Bromeis

Richard Kühn: „Goethe.“ Eine medizinische Biographie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1949, 60 Seiten, geh. DM 3.70, geb. DM 4.80.

Seit dem Goethejahr 1932 und der 1939 erschienenen Schrift von Veil: „Goethe als Patient“ sind wir über die Erkrankungen Goethes gut unterrichtet. Trotzdem ist es erfreulich, daß uns das Goethejahr 1949 diese zusammenfassende Darstellung schenkt, die nicht bloß vom Arzt, sondern auch vom Nichtarzt gelesen zu werden verdient. Man glaubte früher, Goethe habe sich einer trefflichen Gesundheit erfreut. Das mag auf Hufelands Bemerkung zurückgehen, der berichtete: „Zwar gab er dem Arzt wenig zu tun, seine Gesundheit war in der Regel, wenige vom Einfluß der Atmosphäre herrührende rheumatische und katarrhalische Beschwerden und besonders die schon damals vorhandene Disposition zu katarrhalischer Angina abgerechnet, vortrefflich.“ In Wirklichkeit war, wie der Verfasser darstellt, Goethe viel krank. In die Leipziger Zeit fällt eine Lymphknoten- und Lungentuberkulose, die eine Hämoptoe zur Folge hatte. Eine Neigung zu Streptokokkeninfektionen führte 1801 zu einem Erysipel am Kopf, später zu häufigen Anginen. Chronische rheumatische Beschwerden sind wohl auf schlechte Zähne zurückzuführen. Diese rheumatischen Beschwerden wurden zwar durch die zahlreichen Bädereaufenthalte immer günstig beeinflusst, verschwanden aber nie. Auch von Nierensteinkoliken wurde Goethe geplagt. In den späteren Jahren machten sich stenokardische Beschwerden bemerkbar, die dann unter den Erscheinungen eines Herzinfarkts zum Tode führten.

Dr. Stübler

G. Venzmer: „Die Wirkstoffe des Lebendigen.“ Von Hormonen, Vitaminen und anderen Lebensreglern. Union Deutsche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 258 S., DM 9.50.

Als Wirkstoffe des Lebendigen werden die Hormone und Vitamine sowie andere Wirkstoffe verstanden, speziell die Sulfonamide als „Antivitamine“ und Penicillin sowie andere Antibiotika. Es handelt sich bei dem Buch um Vorlesungen, die an der Volkshochschule Stuttgart gehalten wurden. Dementsprechend ist auch das Buch ausgezeichnet verständlich und setzt keine großen Fachkenntnisse voraus. Es berücksichtigt zum Teil die neuesten Ergebnisse (so auch das Übervitamin T¹) und gibt mit zahlreichen Bildern einen ausgezeichneten Überblick über das Ganze. Auch der Arzt wird das Buch mit großem Gewinn lesen und daraus seine einschlägigen Kenntnisse auffrischen und auf den gegenwärtigen Stand der Forschung bringen können.

Prof. Dr. K. Saller

Dr. med. Imre Zárday: „Spezielle Therapie der Herz- und Gefäßkrankheiten.“ Verlag Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1948, 174 Seiten, brosch. DM 8.50, geb. DM 9.50.

In diesem Taschenbuch für den täglichen Gebrauch findet der Leser eine eingehende Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten für jede Form der Herz- und Gefäßkrankheiten. Es unterrichtet ihn über genaue Indikation, Anwendung, mögliche Gefahren und besonders auch über die für einen Heilerfolg zweckdienlichen Wege, gibt also Aufschluß über das wie, wann und warum. Der Verfasser verfügt über eine reiche Erfahrung und Kenntnis, und es ist ihm gelungen, das Wissen der Kulturnationen zu einer einheitlichen Gesamtschau zu verschmelzen. Ein gründliches Studium dieses hervorragenden Büchleins zeigt den Weg zur bestmöglichen Behandlung der Herz- und Gefäßkrankheiten.

Dr. Gerber

Bekanntmachungen

Medizinische Tagungen in Tübingen

1. Die Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumaforschung (in der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater), die ihre Geschäftsstelle in Bad Pyrmont-Löwensen, Hirnverletztenheim, hat, hält am 24., 25. und 26. April in Tübingen ihre dritte Tagung ab. Begrüßungsabend, Sonntag, den 23. April 1950.

Themen: 1. Tag Begutachtung Hirnverletzter
2. Tag Heilpädagogik, Arbeitstherapie und Resozialisierung Hirnverletzter
3. Tag Fortsetzung und Diskussion.

Anmeldungen und Anfragen an die Neurologische- und Hirnverletztenabteilung des Versorgungskrankenhauses Tübingen.

2. Im Anschluß daran findet der 1. Kongreß der Gesellschaft für Konstitutionsforschung in Tübingen in der Zeit vom 27. bis 29. April 1950 statt. Näheres durch Dozent Dr. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenambulanz.

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat Mai 1950 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe folgende Vorträge statt:

Freitag, 5. Mai 1950, 20 Uhr

Dr. Koch, Bonn: „Experimentelle Untersuchungen über die Nierensteinbildungen“

Freitag, 12. Mai 1950, 20 Uhr

Prof. Dr. Müller, Heidelberg: „Der ärztliche Kunstfehler“

Freitag, 19. Mai 1950, 20 Uhr

Dr. Bratzel, Karlsruhe: „Die hormonelle Schwangerschaftsdiagnose in der Hand des Praktikers“, zu denen ich freundlichst einlade.

Der Leiter der Akademie
Prof. Dr. med. Schoen

Fortbildungskurs in Regensburg

Vom Freitag, den 19. Mai 1950, bis Sonntag, den 21. Mai 1950, findet in Regensburg der 4. Ärztliche Fortbildungskurs unter der Kursleitung von Professor Dr. Jahn statt. Behandelt werden folgende Hauptthemen:

Allergie, Leber, Magen, Krebs.
Als Vortragende sind gewonnen die Professoren:
Dr. Gruber, Göttingen, Dr. Hoff, Aachen, Dr. Nonnenbruch, Klais/Obb., Dr. Kämmerer, München, Dr. Hansen, Lübeck, Dr. Siegmund, Münster/Westf., Dr. Fischler, München, Dr. Kalk, Kassel, Dr. Jahn, Nürnberg, Dr. Gutzeit, Bayreuth, Dr. Hamperl, Marburg, Dr. Butenandt, Tübingen, Dr. Berg, Hamburg, Dr. Bauer, Heidelberg, Dr. Knaus, Graz.

Kursgebühr 25 DM bzw. 10 DM für Ärzte ohne entsprechenden Einkommen und Jungärzte.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Dachau-platz 4 I.

Bezug der Ärzteblätter

Die Kollegen werden gebeten, jede Änderung ihrer Anschrift sofort der Geschäftsstelle ihrer Ärztekammer anzuzeigen, sonst kann für die regelmäßige Belieferung mit dem „Südwestdeutschen Ärzteblatt“, den „Ärztlichen Mitteilungen“ und dem „Angestellten Arzt“ keine Gewähr übernommen werden.

An die angestellten Kollegen ergeht die Bitte, nicht nur ihre Dienst-, sondern auch ihre Privatadresse mitzuteilen und beide laufend zu berichtigen. Kollegen, die die Standesblätter bis-

her nicht erhalten haben, wollen dies unverzüglich ihrer zuständigen Ärztekammer melden. Die Belieferung erfolgt ohne besondere Berechnung.

Kosten der Autohaltung

Die Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte, EGmbH. (WINORA), Hamburg 1, An der Alster 49, Fernruf 24 36 63 hat eine Zusammenstellung der durch die Kraftfahr-

zeughaltung entstehenden Kosten für alle zur Zeit erhältlichen deutschen PKW-Typen ausgearbeitet, der die Kosten pro km zu entnehmen sind bei einer Gesamtentfernung von 10 000, 15 000, 20 000 und 25 000 km.

Die Betriebskostentabelle ist von der WINORA, Hamburg, gegen Einsendung von DM 1.— für Porto und Unkosten zu beziehen.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE) Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

EINLADUNG

zum Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, den 6. Mai 1950
im Landesgewerbemuseum, Kienestraße 18
(Fernruf 9 22 51—54, App. 269)

- | | |
|-----------|---|
| 9—10 Uhr | Prof. Dr. med. Bender, Eßlingen:
Moderne Narkose |
| 10—11 Uhr | Prof. Dr. med. Berthold Müller, Heidelberg:
Über den ärztlichen Kunstfehler |
| 11—12 Uhr | Prof. Dr. med. Dahr, Göttingen:
Blutgruppenbestimmung und ärztliche Praxis |
| 15—16 Uhr | Prof. Dr. med. Schäfer, Heidelberg:
Pathologische Physiologie des Energieumsatzes |
| 16—17 Uhr | Prof. Dr. med. Runge, Heidelberg:
Über die Früherkennung des Uterus-Carcinoms |
| 17—18 Uhr | Prof. Dr. med. Bohn, Ulm:
Über Darmkrankheiten |

Weitere Fortbildungstage werden am 3. Juni und 1. Juli des Jahres stattfinden.

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V.

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Wissenschaftlicher Abend in Stuttgart

Der nächste wissenschaftliche Abend der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart findet am

Mittwoch, den 26. April 19.30 Uhr

im Robert-Bosch-Krankenhaus (Telefon 811 56—59) statt.

Thema: Demonstrationen

Dr. med. habil. Marquardt: „Stand der Behandlung schwerster Fuß-Deformitäten“.

Fortbildungsnachmittag in Nürtingen

Der Balneologische Verein Nürtingen veranstaltet gemeinsam mit der Kreisärzteschaft Nürtingen am Samstag, den 10. Juni 1950, einen Fortbildungsnachmittag in Nürtingen über die Balneotherapie mit Grenzgebieten.

Die Vortragsfolge wird in der Mai-Nummer bekanntgegeben.

Gasvergiftungen

Einige Gasvergiftungsfälle der letzten Zeit zum Teil mit tödlichem Ausgang geben dem Gesundheitsamt Stuttgart Gelegenheit, sich an die Ärzte zu wenden und sie zu bitten, dieser Angelegenheit erhöhtes Interesse zuzuwenden.

Das Gesundheitsamt erhielt von den Technischen Werken der Stadt Stuttgart eine Darstellung der erwähnten Unglücksfälle. Diese werden wie folgt geschildert:

1. Im Falle Ditzingen wurden am 11. Februar spät abends 2 Personen ins Krankenhaus eingeliefert. Der einliefernde Arzt vermutete zwar Gasvergiftung, trotzdem er kein Gas wahrnehmen konnte. Er verständigte auch die örtliche Polizei, die ihrerseits jedoch, nachdem sie selbst auch keinen Gasgeruch feststellen konnte, von einer Meldung an die TWS. Abstand nahm. Tags darauf wurden dann im Nachbarhaus 2 gasvergiftete Personen tot aufgefunden. Die Gasvergiftung war auf einen Bruch der Leitung in der Straße zurückzuführen; das Gas hatte den Weg durch das Erdreich in das Haus genommen und dabei den spezifischen Gasgeruch weitgehend verloren.

2. In der Seyfferstraße klagte am 7. März gegen Mittag ein im Erdgeschoß wohnender Lebensmittelhändler über Übelkeit, er selbst vermutete Schlagflußgefahr und rief den Arzt. Der Arzt sprach von möglicher Gasvergiftung, wurde aber von den Hausbewohnern, die Benzin- oder Spiritusgerüche wahrzunehmen glaubten, überstimmt. Er bestellte den Krankenwagen zur Überführung ins Krankenhaus, der dann erst gegen Abend kam, und sah von einer Meldung ab. Erst als die Frau des Lebensmittelhändlers am späten Abend ebenfalls ins Krankenhaus eingeliefert werden mußte, wurden die TWS.

verständlich. Der Mann ist gestorben. Ausgangspunkt der Gasausströmung war auch hier ein Leitungsbruch in der Straße.

3. In der Heusteigstraße wurde am 7. März vormittags eine Frau tot aufgefunden. Der Arzt stellte Herzschlag, der Leichenschauer Gehirnschlag als Todesursache fest. Nachmittags wurde auch die Untermieterin der Verstorbenen bewußtlos aufgefunden und ins Robert-Bosch-Krankenhaus gebracht; desgleichen mußte einige Stunden später der in der Wohnung verbliebene Bruder ins Krankenhaus eingeliefert werden. Erst durch Feststellung der Namensgleichheit und der Adressengleichheit seitens des Krankenhauses wurde von dort die Polizei auf den Fall aufmerksam gemacht und die TWS. verständigt. Das Gas war aus einer korrodierten Stelle der Gasleitung in der Straße ausgeströmt und in das Erdgeschoß gedrungen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß solche schweren Komplikationen und Todesfälle vermieden werden können, wenn die praktischen Ärzte sich der Tatsache bewußt sind, daß bei gewissen unklaren Krankheitsbildern die Ursache des Zustandes in einer Gasvergiftung liegen kann. Eine kurze Schilderung der Symptome sei angefügt.

Die ersten Erscheinungen (30prozentige Sättigung des Hämoglobins mit CO) sind: Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, Beklemmungen, Übelkeit, Brennen in den Augen, Hustenreiz, Erbrechen (dabei besteht die Möglichkeit zur Aspiration des Erbrochenen); dann Dyspnoe, Benommenheit. — Geht die Vergiftung weiter, so treten Lähmungserscheinungen auf; dem Kranken versagt der Gebrauch der Glieder. Er ist, wenn ihm nicht Hilfe von anderer Seite naht, durch weitere Einatmung des CO dem Tod verfallen. Es treten dann Muskelzuckungen auf, schließlich ausgesprochene tonisch-klonische Krämpfe. Durch Atemlähmung erfolgt der Tod. Ist die Konzentration des CO sehr groß und kommt es zu schneller Bindung an das Hämoglobin, so tritt der Tod auch ohne Krampferscheinungen im Koma ein. Die Atmung ist flach, schnell und unregelmäßig, von Stridor trachealis begleitet. Die Pupillen sind lichtstarr.

Durch die kirschrote Farbe des CO-Hämoglobins nimmt die Farbe der Schleimhäute, ebenso auch die der Haut einen eigentümlichen hellroten Farbton an. Bringt man den Kranken (selbst im Koma) aus der mit CO vergifteten Atmosphäre heraus an die frische Luft, so kann er sich wieder erholen. Dies erfolgt um so langsamer, je länger CO eingewirkt hat und je höher die Konzentration war. Nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit zeigt der Kranke zunächst eine Amnesie und eine Reihe von subjektiven Erscheinungen, unter denen Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Gefühl von Beklemmungen die Regel bilden.

Die Schwierigkeit der Diagnose wird dadurch erhöht, daß häufig kein Gasgeruch zu spüren ist. Dies ist die Folge der Bodenfiltration bei defekten Gasrohren. Allerdings teilen uns die TWS. mit, daß in allen von ihnen gemeldeten Fällen ein Gasgeruch bemerkbar war und daß zum Teil das Personal sogar starken Gasgeruch feststellen konnte.

Selbstverständlich kommt alles auf die Frühdiagnose des ersten Falles an. Bei Vorliegen einiger der oben angeführten Symptome ist die Vermutungs-Diagnose „Leuchtgasvergiftung“ gerechtfertigt und damit ein Anruf bei der Gaswache der TWS, Apparat 2372, notwendig. Es ist immer daran zu denken, daß es besser ist, einen, wenn auch unsicheren Verdacht auszusprechen, als durch zu starke Skepsis an der eigenen Diagnose andere Bewohner des Hauses zu gefährden. Der Leiter der Technischen Werke bittet dringend um den Anruf des Arztes bei jedem Verdachtsfall. Ausdrücklich wird erwähnt, daß der Arzt sich nicht abschrecken lassen möge, selbst wenn er nur einen leisen Verdacht hat. Auch außerhalb Stuttgarts dürfte dementsprechend zu verfahren und bei Verdacht auf Leuchtgasvergiftung unverzüglich das Gaswerk zu verständigen sein.

Forumveranstaltungen der Ärzteschaft Nordwürttemberg

Die offiziellen Zusammenkünfte der Ärzte im Rahmen ihrer Berufsorganisationen stehen im allgemeinen unter der Herrschaft einer festen Tagesordnung, und es bedarf einer straffen Rededisziplin, will man das vorgenommene Pensum in einer annehmbaren Zeit abarbeiten. Es bleibt hier weder Zeit noch Gelegenheit für eine ausgiebige und gemüthliche Unterhaltung. Mag eine solche bei Kreisärzteesammlungen noch in gewissem Umfang möglich sein, bei Abgeordneten- und Dele-

giertenversammlungen muß man jedenfalls auf sie verzichten, und bei den Vorstandssitzungen von AK. und KV. erst recht. Und doch wäre eine Gelegenheit erwünscht, wo Kollegen nicht nur aus einem, sondern aus allen Kreisen in zwangloser Weise sich zusammensetzen könnten, um die Lage zu erörtern und Erfahrungen auszutauschen, im Gespräch unter sich und mit den Vorständen und Geschäftsführern von AK. und KV.

Diese Gelegenheit wurde jetzt geschaffen in Form der Forumveranstaltungen der Ärzteschaft Nordwürttembergs. Zum erstenmal am 21. Dezember 1949 wurden die Kreisärzteeschaftsvorsitzenden als die erfahrensten und sachkundigsten Sprecher der Ärzte nach Degerloch in das anmutig am Walde liegende Heimkehrerheim eingeladen. Dort entwickelte sich rasch eine angeregte, oft von Humor gewürzte, manchmal auch recht scharf akzentuierte Aussprache über die verschiedensten Probleme, die uns zur Zeit auf den Nägeln brennen. Daß die Mißstände auf dem Gebiet des Krankenkassenwesens dabei einen breiten Raum einnahmen, wird niemand wundern.

Neben mancher weiter zu verfolgenden fruchtbaren Anregung hatte die Veranstaltung vor allem auch das schöne und gewünschte Ergebnis, daß die Männer und Frauen, denen die Kollegen im Lande die Wahrnehmung ihrer Belange anvertraut hatten, sich menschlich näherkamen, daß sie sich in all ihren Nöten, Schwierigkeiten, Zielen und auch Erfolgen besser verstehen und schätzen lernten und aus dem Bewußtsein, nicht allein zu stehen, neue Kräfte schöpften.

Daß dies allgemein so empfunden wurde, zeigte die noch regere Beteiligung an dem zweiten Forum, zu dem auf den 4. März 1950, nachm. 2 Uhr, nach Bad Sebastianweiler bei Tübingen eingeladen wurde. Von der Kurverwaltung als liebenswürdiger Gastgeberin wurden wir auf das freundlichste bewillkommnet und bewirtet. Wir erfuhren einiges Interessante aus der Geschichte des Heilbades und über die geologischen Bedingungen, denen diese stärkste Schwefelquelle Württembergs und eine der stärksten Europas ihre Entstehung und ihre Heilwirkung bei Rheuma, Arthrosen, Neuritiden, Furunkulosen u. ä. verdankt. Anschließend wurde das Bad samt Kuranlagen und landschaftlich schön gelegenen Nebengebäuden besichtigt. — Dann folgte während mehrerer Stunden das eigentliche Forum, die Aussprache über eine Reihe organisatorischer Fragen; sie verlief nach der freundlichen Einleitung besonders aufgelockert und angeregt. Befriedigt äußerte ein Sprecher am Ende zum Berichterstatter: „So, jetzt haben wir unseren Kropf geleert, jetzt ist's uns wieder wohler!“

Ein gemeinsames Abendessen, ebenfalls eine Einladung der aufmerksam um unser Wohl besorgten Kurverwaltung, bildete den Abschluß des wohl gelungenen Nachmittags. — Von der Möglichkeit, die Vorzüge eines Schwefelbades am eigenen Körper auszuprobieren, wurde rege Gebrauch gemacht, und eine Reihe von Kollegen entschloß sich, über das Wochenende noch im Erholungsheim zu bleiben und die Anspannung einer arbeitsreichen Woche an diesem gesegneten Platz in Ruhe und Harmonie ausklingen zu lassen.

Alle Teilnehmer haben wohl den Eindruck mitgenommen, daß beide Forumveranstaltungen die in sie gesetzten Erwartungen voll erfüllt haben; wir dürfen den Organisatoren an dieser Stelle herzlich danken und der Hoffnung Ausdruck geben, daß diese nun schon bewährte Einrichtung beibehalten werden wird.

Dr. Hämmerle

Württ. Arztl. Unterstützungskasse (Frisoni-Kasse)

Liste

über die in der Zeit vom 7. Januar bis 31. März 1950 eingegangenen Spenden

Beck, Alfred, Stuttgart-Degerloch, 20; Bettac, Eugen, Stuttgart-Degerloch, 20; Boser, Alfons, Mögglingen, 10; Bosse, Paul, Schwäb. Hall, 20; Burkhardt, Helmut, Herrenberg, 3 × je 10; Daub, Marianne, Mergentheim, 5; Dinkelaker, Helmut, Bartenstein, 5; Dinkelaker, M., Unterweißbach, 20; Dürr, Wilh., Schwäb. Hall, 2 × je 10; Einsele, Friedrich, Nürtingen, 50; Eiselt, Hans, Bernhausen, 10; Enslin, Tuttlingen, 15; Fink, Werner, Schorndorf, 30; Fischer, Werner, Stuttgart, 50; Graf, Werner, Ludwigsburg, 20; Haerle, Helmut, Lorch, 20; Härle, Maria, Ludwigsburg, 200; Hartmann, Adolf, Stuttgart, 5 (II. Quartal); Hofmann, Wilhelm, Eßlingen, 10; Hopf, Tübingen-Lustnau, 20 (für 1949 und 1950); Klaus, Tuttlingen, 10; Koons, Erich, Heilbronn-Böckingen, 20; Mezger, W., Calw, 15;

Müller, Erhard, Marbach, 25; Müßenberger, Heinrich, Langenau, 10; Neuffer, Hans, Stuttgart-Degerloch, 100; N. N., 15; Rall, Alfred, Heilbronn, 20; Scheffold, Eduard, Ulm, 10; Speth, Helmut, Ellwangen, 20; Stanglmayr, Heribert, Ulm, 5; Stemmer, Walter, Stuttgart, 20; Trub, H., Tuningen, 17; Würthle, Hanns, Altshausen, 10; Zahn, Erwin, Stuttgart, 20; Zielen, Stefan, Waiblingen, 5; N. N. 20; Giese, Albrecht, Heilbronn, 40;

Gesamtbetrag DM 962.—.

Wir danken wiederum allen Spendern und Spenderinnen für ihre Gabe, durch die sie uns in Stand setzen, Not zu lindern bei den Ältesten und Ärmsten unserer Berufswelt. Und wiederum sei betont, daß auch die kleinste Gabe wertvolle Hilfe ist, zu Dank verpflichtend wie die fürstliche Spende. Uns allen aber begegnet eine alte Wahrheit in dem türkischen Sprichwort: „Du wirst nichts mit Dir nehmen, außer was Du gegeben hast.“

Für den Verwaltungsrat der Württ. Arztl. Unterstützungskasse (Frisoni-Kasse)

Dr. Wilhelm Metzger

„Württ. Arztl. Unterstützungskasse“, Stuttgart, Rotenbergstraße 27, Postscheck Stgt. 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse

Stellenausschreibung

Beim Staatl. Gesundheitsamt Böblingen ist sofort die Stelle des hauptamtlichen Tbc-Fürsorgearztes zu besetzen. Die Einstellung erfolgt im bürgerlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit Bezahlung nach Verg.-Gr. II TO. A. Fachärzte für Lungenkrankheiten wollen ihre Bewerbungen mit Unterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, beglaubigte Abschriften des Spruchkammerbescheids mit Rechtskraftvermerk, der Approbationsurkunde, des Doktordiploms, der Facharztanerkennung und der Zeugnisse) bis spätestens 30. April 1950 beim Innenministerium, Stuttgart W, Reinsburgstr. 32/34, einreichen. Persönliche Vorstellung ist nur auf Grund einer besonderen Anforderung erwünscht.

Nachruf

Am 28. Februar 1950 starb in Ludwigsburg im Alter von 83 Jahren Herr Medizinalrat i. R. Dr. Reinhold Hoffmann. Als Psychiater tauschte er wiederholt die Tätigkeit in der Irrenanstalt mit der freien Praxis. Lange Zeit war er Oberarzt an der Anstalt Zwiefalten. Er war ein Mann von ernster Lebensauffassung und strenger Pflichterfüllung. Er lebte stets sehr zurückgezogen. Bis in seine letzten Lebenstage nahm er regen Anteil an den Fortschritten seiner geliebten medizinischen Wissenschaft. Ehre seinem Andenken!

Die Ärzteschaft des Kreises Ludwigsburg

Mitgliederbewegung der Ärztekammer

Nord-Württemberg E. V.

vom 1. Januar bis 31. März 1950

Neu aufgenommen wurden:

Arzt Baumgärtner, Wendel, Stgt.-Zuffenhausen
Dr. Beil, Hanswilhelm, Stuttgart-O
Dr. Bindsell, Wolfgang, Göppingen
Dr. Bönhof, Hansjoachim, Eßlingen a. N.
Dr. Brommer, Klaus-Dieter, Schorndorf
Dr. Brügel, Adolf, Ellwangen/J.
Dr. Brügel, Hans, Stgt.-Feuerbach
Dr. Busse, Hans-Joachim, Stgt.-Zuffenhausen
Dr. Clarus, Ingeborg, Göppingen

Dr. Como, Hans, Stuttgart-N
Dr. Daigger, Alfred, Schwäb. Gmünd
Dr. Dostal, Edwin, Stuttgart-O
Dr. Drescher, Heinz, Stuttgart-Berg
Dr. Eberle, Gerhard, Stgt.-Weilimdorf
Dr. Eberspächer, Elisabeth, Stuttgart-O
Dr. Ebert, Hans, Ellwangen/J.
Dr. Fetzner, Karl, Geislingen/St.
Dr. Fircks, Boris, Stuttgart-W
Dr. Flassbeck, Karl-Gustav, Burg Stetten a. K.
Dr. Frauendorf, Rolf, Stuttgart-N
Dr. Graner, Werner, Heilbronn a. N.
Dr. Griebhaber, Albert, Schwäb. Gmünd
Arzt Haier, Gerhard, Ludwigsburg
Dr. Hamma, Karl, Stuttgart-S
Dr. Hartmann, Karl-Otto, Schorndorf
Dr. Himmelmann, Fritz, Wiernsheim
Dr. Huschke, Ernst, Stgt.-Bad Cannstatt
Dr. Huss, Rolf, Göppingen
Dr. Jacobs, Hans-Erich, Eßlingen a. N.
Dr. Kapp, Günter, Ellwangen/J.
Dr. Kelzenberg, Friedrich, Böblingen
Dr. Klagholz, Richard, Heilbronn a. N.
Dr. Klein, Egon, Göppingen
Dr. Knoerzer, Sigrid, Stuttgart-N
Dr. Kötteritz, Hasso, Göppingen
Dr. Kupferschmid, Erich, Stuttgart-W
Dr. Laun, Heinrich, Heilbronn a. N.
Arztl. Dir. Dr. med. et phil. Leesser, Otto, Stuttgart-N
Dr. Mansfeld, Ernst, Stgt.-Birkach
Dr. Mletzko, Hubert, Lorch
Dr. Niekau, Herbert, Stuttgart-S
Dr. Nothdurft, Walter, Stuttgart-N
Dr. Nowak, Alfred, Hebsack
Dr. Pfeleiderer, Walter, Stgt.-Vaihingen
Dr. Rudolph, Harry, Heilbronn a. N.
Dr. Seitzer, Albert, Heilbronn a. N.
Dr. Schaedel, Max, Heilbronn a. N.
Arzt Schiebe, Friedrich, Boll-Ort
Dr. Schmaltz, Hildegard, Stuttgart-N
Dr. Schmidt, Günther, Stuttgart-W
Dr. Schmutz, Walter, Sülzhof b. Möckmühl
Dr. Schröder, Gotthard, Stuttgart-W
Dr. Schütz, Otmar, Stuttgart-S
Dr. Schütz, Siegfried, Merklingsen
Dr. Schuhmacher, Ernst, Stuttgart-S
Dr. Steinhaeuser, Karl Heinrich, Eßlingen a. N.
Dr. Stierand, Ottomar, Schwäb. Gmünd
Dr. Vock, Robert, Stuttgart-O
Arzt Walter, Johannes, Stgt.-Kaltental
Dr. Weigle, Ernst, Weilderstadt
Dr. Wolf, Karl, Eßlingen a. N.
Dr. Wünsch, Edmund, Schwaigern
Dr. Wuppermann, Otto, Ebersbach/F.
Dr. Zalten, Alfons, Schwäb. Gmünd

Ausgetreten sind:

Dr. Busch, Hans, Göppingen
Dr. Elste, Richard, Ludwigsburg
Dr. Husemann, Gisbert, Stuttgart
Dr. Husemann, Maria, Stuttgart
Dr. Warth, Hermann, Stuttgart.

Gestorben:

Dr. Scherz, Hedwig, Geislingen/St.

Mitgliederstand am 31. März 1950 = 3068

ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN
Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ.-Stadion, Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden in beglaubigter Abschrift beizufügen:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt bewirbt,
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
6. polizeiliches Führungszeugnis,
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem ist in einem kurzen Lebenslauf das Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben. Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob

aus rassistischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Rommelsbach Kr. Reutlingen, prakt. Arzt
 Reutlingen, prakt. Arzt
 Schramberg Kr. Rottweil, Facharzt für Augenkrankheiten
 Rottweil, Facharzt für Kinderkrankheiten
 Tuttlingen, Facharzt für Augenkrankheiten
 Neuravensburg Kr. Wangen, prakt. Arzt
 Burladingen, prakt. Arzt.

Die Bewerbungen für oben angeführte Kassenarztsitze sind innerhalb 14 Tagen (bis zum 4. 5. 1950) bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Str., gegenüber dem Univ.-Stadion, einzureichen. Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern
 Abt. Zulassungsausschuß

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34. Telefon 2534

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:
 praktische Ärzte in Freiburg, Uhlingen (Kreis Waldshut), Wylen (Kreis Lörrach);
 Facharzt für Augenkrankheiten in Singen;
 Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Donaueschingen.

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

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

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

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

Bericht über die 5. Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer am 4. Februar 1950 in Freiburg

Die Abgeordnetenversammlung war einberufen worden zur Aussprache und Beschlußfassung über die geplanten Versorgungseinrichtungen. Die Ärzteschaft nahm in den letzten Monaten lebhaft an der Diskussion hierüber teil, deren grundlegende Tatsachen noch einmal klargestellt wurden:

1. Die bestehende Einrichtung ist mit der Währungsreform wert- und bedeutungslos geworden.
2. Die Ärzteschaft hat eine Erneuerung nach dem alten Kapitaldeckungsverfahren auf DM-Basis abgelehnt.
3. Die Notwendigkeit einer Versorgungseinrichtung, zu der die Landesärztekammer verpflichtet ist, wurde von den Ärzten unabhängig von jeder gesetzlichen Verpflichtung als Standesaufgabe anerkannt.
4. Beiträge sollen nur in Höhe des Bedarfs erhoben, Kapital darf nicht angesammelt werden.
5. Eine „Versicherung“ (mit Rechtsanspruch), die sich auf Umlagen gründet, ist nach Ansicht der Aufsichtsbehörde nicht möglich. Damit fällt die Möglichkeit einer von vielen Ärzten gewünschten *Rente* nversorgung.
6. Eine solche Rentenversicherung ist anzustreben, setzt aber einen größeren Personenkreis und Mitwirkung des Staates voraus. Eine entsprechende Regelung durch den Bund ist erwünscht.

Der Beirat und Fürsorgeausschuß der Landesärztekammer hatte sich in wiederholten Besprechungen folgende Grundsätze zu eigen gemacht:

- a) Es handelt sich bei den zu fassenden Beschlüssen um *Übergangsregelungen*.
- b) Ein Rechtsanspruch auf laufende Unterstützungen kann nicht gewährt werden, deshalb wird als Ausweg — um wenigstens etwas zu geben — eine *Sterbekasse* gegründet.
- c) Alle außerhalb der Bestimmungen dieser Sterbekasse anfallenden Forderungen müssen auf dem Wege der Fürsorge erledigt werden. Deshalb wird eine *Fürsorgekasse* eingerichtet bzw. durch Regelung der Beitragserhebung die bestehende Fürsorgekasse leistungsfähiger gemacht.

Die Versammlung nahm die vorgelegten Vorschläge zur Errichtung einer Sterbekasse und Weiterführung der Fürsorgekasse nach Einfügung einer Ergänzung, welche die Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen für neu Zugezogene regelt, an. (Vom Badischen Ministerium des Innern am 30. März 1950 genehmigt unter dem Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs zum Schluß eines Geschäftsjahres.)

Sterbekasse

Die Landesärztekammer Baden errichtet eine Sterbekasse mit Wirkung vom 1. Januar 1950.

Mitglieder dieser Sterbekasse sind die im Bereich der Landesärztekammer Baden zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen Ärzte, die diese Tätigkeit aufgenommen haben.

Nicht zur Kassentätigkeit zugelassene Ärzte können der Sterbekasse freiwillig beitreten, wenn sie drei Jahre im Bereich der Landesärztekammer ärztlich tätig waren. Sie genießen in diesen Fällen die gleichen Rechte wie die Mitglieder und sind zu den gleichen Beitragsleistungen verpflichtet.

Leistungen der Sterbekasse:

Im Todesfall wird der Witwe des Mitgliedes oder sonstigen gesetzlichen Erben ein Sterbegeld in Höhe von 5000 DM gewährt. Auf Antrag der Bezugsberechtigten kann auch eine ratenweise Auszahlung erfolgen.

Ein Rechtsanspruch auf die Leistungen der Sterbekasse besteht nicht.

Aufbringung der Mittel:

Für jeden Sterbefall wird von sämtlichen Mitgliedern der Sterbekasse ein Beitrag in gleicher Höhe erhoben, deren Gesamtbetrag das Sterbegeld ergibt. Überschießende Beträge sind bei der nächsten Beitragserhebung zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden für die Kassenärzte über die Abrechnungsstellen erhoben, für die freiwilligen Mitglieder durch die Landesärztekammer unmittelbar.

Sind freiwillige Mitglieder trotz wiederholter Mahnung mit der Bezahlung von Beitragsanforderungen im Rückstand, so soll das Sterbegeld nicht gewährt werden.

Geschäftsführung:

Die Geschäfte der Sterbekasse werden durch die Landesärztekammer geführt. Die Rechnungslegung erfolgt jährlich.

Fürsorgekasse

Bei der Landesärztekammer Baden besteht eine Fürsorgekasse. Der Fürsorgekasse gehören sämtliche der Landesärztekammer Baden angehörenden Ärzte an.

Die Fürsorgekasse hat die Aufgabe, bedürftigen Hinterbliebenen von Ärzten und bedürftigen invaliden Ärzten Unterstützungsbeträge zu gewähren. Die Gewährung dieser Unterstützung erfolgt auf Antrag durch eine Entscheidung des Fürsorgeausschusses. Der Fürsorgeausschuß entscheidet auch über die Höhe und Dauer der zu gewährenden Unterstützungsbeträge. Der Unterstützungsbetrag darf bis auf weiteres im Einzelfall 200 DM monatlich nicht übersteigen. Vor seiner Entscheidung hat der Fürsorgeausschuß die zuständige Bezirksärztekammer zu hören. Dem Antragsteller steht gegen die Entscheidungen des Fürsorgeausschusses ein Einspruchsrecht an den Vorstand der Landesärztekammer zu, der endgültig entscheidet.

Ärzte, die weniger als drei Jahre im Bereich der Landesärztekammer ärztlich tätig waren, erhalten nur eine einmalige Unterstützung.

Aufbringung der Mittel:

Zur Deckung der benötigten Unterstützungsbeträge wird ein Abzug von 2% des aus freier ärztlicher Tätigkeit sich ergebenden Einkommens erhoben. Die endgültige Berechnung der Beitragshöhe erfolgt gemäß der rechtsgültigen Veranlagung zur Einkommensteuer. Bis zur endgültigen Festsetzung der Beitragshöhe bezahlt der zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassene Arzt 2% seiner kassenärztlichen Einnahmen, der Nichtkassenarzt 2% des freien ärztlichen Einkommens entsprechend seiner Einkommensteuervoranmeldung als Voranschlag. Der Beitragseinzug erfolgt bei Kassenärzten über die Abrechnungsstellen, bei Nichtkassenärzten unmittelbar durch die Landesärztekammer.

Geschäftsführung:

Die Geschäftsführung obliegt der Landesärztekammer. Zur Entscheidung über die Gewährung von Unterstützungsbeträgen wird ein Fürsorgeausschuß gebildet. In diesen Fürsorgeausschuß entsendet jede Bezirksärztekammer einen Vertreter. Der Fürsorgeausschuß wählt sich einen Vorsitzenden und zwei Beisitzer, welche die laufenden Anträge zu bearbeiten haben. Der Fürsorgeausschuß erstattet vierteljährlich dem Vorstand der Landesärztekammer Bericht über seine Tätigkeit. Die Rechnungslegung erfolgt jährlich.

Der Abgeordnetenversammlung wurde ferner eine neue Wahlordnung vorgelegt, nach der nur noch in Kreisversammlungen ohne Vorschlagslisten gewählt wird. Es wurde beschlossen, diese als angenommen zu betrachten, wenn bis zum 15. Februar 1950 keine schriftlichen Abänderungsanträge eingehen. (Änderungsvorschläge sind nicht eingegangen.)

Die durch die Ehrengerichtsordnung für die Landesämtern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten vom 1. Dezember 1949 und die Wahlordnung notwendig gewordenen Satzungsänderungen wurden angenommen.

Ferner erklärte sich die Abgeordnetenversammlung damit einverstanden, daß der Name der Landesärztekammer Südbaden auf Grund einer Anordnung des Bad. Ministeriums des Innern in „Landesärztekammer Baden“ geändert wird.

Auf Antrag wird ausdrücklich festgestellt, daß die Sitzungen der Abgeordneten für alle Ärzte öffentlich sind. Eine Teilnahme der Gäste an der Diskussion und der Abstimmung ist jedoch nicht möglich.

Satzung der Landesärztekammer Baden

§ 1

Die Landesärztekammer Baden ist die Berufsorganisation der Ärzteschaft Badens. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der Dienstaufsicht des Badischen Ministeriums des Innern — Abt. Gesundheitswesen.

Ihr gehören sämtliche Ärzte (Ärztinnen) an, die in Baden ihren Wohnsitz haben und eine im Bereich der Landesärztekammer Baden vom Badischen Ministerium des Innern anerkannte Approbation als Arzt besitzen. Dasselbe gilt für die beamteten und angestellten Ärzte und für die Hochschullehrer.

Die Mitgliedschaft endet durch Tod, Wegzug aus dem Kammerbezirk, Entziehung der Approbation oder Verzicht auf die Approbation.

§ 2

Die Landesärztekammer ist dazu berufen, die Interessen des ärztlichen Standes zu vertreten und zu fördern und bei der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Gesetzgebung mitzuwirken.

Sie hat darüber zu wachen, daß die ihr angeschlossenen Ärzte ihren Beruf gewissenhaft ausüben und sich bei ihrem Verhalten innerhalb und außerhalb des Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert.

Die Landesärztekammer ist berechtigt, innerhalb ihres Aufgabenkreises Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Stellen zu richten.

Die von der Landesärztekammer im Rahmen ihres durch Satzung und Gesetz festgelegten Aufgaben- und Geschäftsbereiches erlassenen Anordnungen sind für die ihr unterstellten Ärzte bindend.

§ 3

Die Aufgaben der Landesärztekammer sind:

1. Erlass einer Geschäftsordnung,
2. Aufstellung einer Wahlordnung und einer Meldeordnung,
3. Aufstellung von einheitlichen Richtlinien für die Niederlassung als Arzt und für die Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit in der Sozialversicherung, die Führung des Arztverzeichnisses und des Arztregisters,
4. Aufstellung einer einheitlichen Berufsordnung und die Regelung der Facharztanerkennung,
5. Aufsicht über die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten,
6. Durchführung der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit,
7. Wahrung und Förderung der beruflichen Belange, Überwachung der Anstellungsbedingungen vertraglich tätiger Ärzte,
8. Pflege der wissenschaftlichen Fortbildung der Ärzte,
9. Regelung des ärztlichen Fürsorge- und Versorgungswesens,
10. Regelung der Beziehungen zwischen Versicherungsträgern, Fürsorgeverbänden usw. und den für die Tätigkeit bei diesen Organisationen zugelassenen Ärzten,
11. Mitarbeit in der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Gesetzgebung,
12. Räumliche Abgrenzung der Bezirksärztekammern und Kreisvereinigungen und Zuweisung ihrer Aufgabengebiete,
13. Bearbeitung von Fragen und Anträgen, die von den

Ärzten der Kammerbezirke an die Landesärztekammer gebracht werden.

14. Veröffentlichung der Bekanntmachungen.

§ 4

Die Landesärztekammer gliedert sich in Bezirksärztekammern, diese gegebenenfalls in Kreisvereinigungen.

§ 5

Organe der Landesärztekammer sind:

1. der Vorstand, bestehend aus Präsident, Vizepräsident, von denen mindestens einer Kassenarzt sein soll, und dem Beirat, bestehend aus den 1. und 2. Vorsitzenden der Bezirksärztekammern und gegebenenfalls dem ärztlichen Geschäftsführer,
2. die Abgeordnetenversammlung,
3. der Ehrengerichtshof,
4. die Ausschüsse.

§ 6

Der Präsident vertritt die Landesärztekammer gerichtlich und außergerichtlich. Im Falle seiner Verhinderung wird er durch den Vizepräsidenten vertreten.

Beschlüsse des Vorstandes werden mit Stimmenmehrheit getroffen.

Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Präsidenten.

§ 7

Der Präsident, im Falle seiner Verhinderung der Vizepräsident, erledigt die laufenden Geschäfte der Landesärztekammer, soweit diese nicht einem besonderen Organ oder der Abgeordnetenversammlung durch Satzung oder Beschlußfassung zugewiesen sind.

Er erstattet dem Badischen Ministerium des Innern — Abt. Gesundheitswesen — jährlich einen Bericht über das laufende Geschäftsjahr.

§ 8

Falls ein Geschäftsführer eingestellt wird, erfolgt seine Bestellung durch den Vorstand.

§ 9

Die Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer besteht aus:

1. den gewählten ärztlichen Vertretern. Diese werden gewählt von den Kreisvereinigungen und zwar für je 50 Ärzte ein Abgeordneter; zählt eine Kreisvereinigung weniger als 50 aber mehr als 25 Ärzte, wählt sie gleichfalls einen Abgeordneten. Das gleiche gilt für Reststimmen zwischen 76 und 100 und so fort. In den Bezirksärztekammerbereichen, in denen keine Kreisvereinigungen gebildet sind, wählen die in den einzelnen Kreisen wahlberechtigten Ärzte nach den gleichen Grundsätzen.
2. je einem Vertreter der Hochschullehrer und der Amtsärzte; diese werden mit einem Stellvertreter vorgeschlagen von der Med. Fakultät der Universität Freiburg bzw. dem Bad. Ministerium des Innern — Abt. Gesundheitswesen.
3. je einem Vertreter des Ausschusses der Krankenhausärzte und des Ausschusses der nicht niedergelassenen Ärzte.

Für die unter 1. genannten Vertreter ist eine gleiche Zahl von Stellvertretern zu wählen.

§ 10

Der Abgeordnetenversammlung bleibt vorbehalten:

1. Wahl des Präsidenten und des Vizepräsidenten der Landesärztekammer, sowie die Wahl der ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichtshofes und deren Stellvertreter. Die zu Wählenden brauchen nicht Mitglied der Abgeordnetenversammlung zu sein.
2. Änderung der Satzung der Landesärztekammer,
3. Festsetzung der Beiträge und Umlagen,
4. Entgegennahme des Rechenschaftsberichts des Vorstandes und Entlastung desselben,
5. Entgegennahme der Jahresrechnung und Entlastung des Geschäftsführers,
6. Abgrenzung und Zuweisung der Aufgabengebiete für Bezirksärztekammern und Kreisvereinigungen.

Die Vorstandsmitglieder der Landesärztekammer nehmen an den Sitzungen der Abgeordnetenversammlung mit Stimmrecht teil.

§ 11

Die Abgeordnetenversammlung beschließt und entscheidet im Rahmen der ihr durch Gesetz, Satzung und durch die Aufsichtsbehörde zugewiesenen Aufgaben endgültig über alle Angelegenheiten der Landesärztekammer.

§ 12

Der Bezirksärztekammer gehören alle im Bereich ihres Bezirks wohnhaften Ärzte an.

Innerhalb des Bereichs der Bezirksärztekammern können ärztliche Kreisvereinigungen als Untergliederungen gebildet werden. Mitglieder sind die im Bereich des betr. Kreises wohnhaften Ärzte.

§ 13

Organe der Bezirksärztekammer sind:

1. Der Vorstand (1. und 2. Vorsitzender und Beirat, zugleich Niederlassungsausschuß),
2. Die Mitgliederversammlung,
3. Das Ehrengericht.

§ 14

An der Spitze der Bezirksärztekammer steht der Vorstand. Der 1. oder 2. Vorsitzende soll Kassenarzt sein.

Die Zahl der Beiratsmitglieder soll im allgemeinen um 2 höher sein als die Zahl der im Kammerbezirk vorhandenen Kreise. Im Beirat soll ein nicht niedergelassener Arzt Sitz und Stimme haben.

Der Vorstand kann einen Geschäftsführer bestellen, dieser braucht kein Arzt zu sein.

§ 15

Organe der Kreisvereinigung sind:

1. der Vorstand (1. und 2. Vorsitzender und Schriftführer),
2. die Mitgliederversammlung.

§ 16

An der Spitze der Kreisvereinigung steht der Vorstand. Der 1. und 2. Vorsitzende soll Kassenarzt sein.

§ 17

Die Wahl des Vorstandes der Bezirksärztekammer, der Mitglieder des Ehrengerichtes und ihrer Stellvertreter und der zusätzlichen Beiratsmitglieder (§ 14, Abs. 2) erfolgt in den Wahlversammlungen der Kreise. Die 1. Vorsitzenden der Kreisvereinigungen und die 1. Obmänner der Kreise, in denen keine Kreisvereinigungen bestehen, sind Mitglieder des Beirats der Bezirksärztekammern.

§ 18

Bei Streitigkeiten zwischen Kreisvereinigung und Bezirksärztekammer entscheidet die Landesärztekammer.

§ 19

Die Wahl zu den Organen der Landesärztekammer und ihrer Gliederungen vollzieht sich der Wahlordnung entsprechend. Wahlberechtigt und wählbar sind alle Kammermitglieder. Dies gilt nicht, falls

- a) ihnen die Eigenschaft durch gesetzliche oder behördliche Anordnung oder durch ein strafgerichtliches Urteil aberkannt ist,
- b) sie durch ein ehrengerichtliches Urteil im Laufe der letzten drei Jahre vor der Wahl mit einem Verweis oder mit einer Berufseinschränkung bestraft worden sind, es sei denn, daß das Ehrengericht ihnen diese Eigenschaft ausdrücklich belassen hat.

Die Wahl ist schriftlich und geheim. Die Abgabe der Stimmzettel kann auch durch die Post erfolgen.

§ 20

Die Amtsdauer der Gewählten beträgt vier Jahre.

Neuwahlen vor Ablauf der Amtsperiode beschließt die Wählerschaft, von der das Mandat ausgesprochen wurde, auf schriftlichen Antrag mit einer Mehrheit von $\frac{2}{3}$ ihrer Mitglieder. Bis zur Neuwahl werden die Geschäfte von dem bisher Gewählten weitergeführt.

§ 21

1. Einrichtung und Aufgaben der Ehrengerichte richten sich nach der Ehrengerichtsordnung für die Landeskammern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Dentisten vom 1. 12. 1949.

2. Die Mitglieder der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes dürfen keine anderen Ämter in der Kammer innehaben.

§ 22

Die Landesärztekammer ist befugt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Deckung des Verwaltungsaufwandes der Abrechnungsabteilung von den zur Landesärztekammer gehörenden Ärzten und Ärztinnen Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge und das Beitragsverfahren wird durch die Abgeordnetenversammlung bestimmt (§ 10 Nr. 3).

§ 23

In Durchführung des § 3 Ziff. 10 errichtet die Landesärztekammer eine Abrechnungsabteilung. Diese vertritt im Rahmen der Landesärztekammer die zur Tätigkeit bei den Versicherungsträgern usw. zugelassenen Ärzte.

§ 24

Die Abrechnungsabteilung hat dem Vorstand der Landesärztekammer gesondert Rechnung zu legen.

§ 25

Zur Durchführung der Aufgaben der Abrechnungsabteilung werden von ihr nach Bedarf Abrechnungsstellen errichtet, die ihr Rechnung legen; der Sitz einer Abrechnungsstelle soll sich nach Möglichkeit am Sitz einer Bezirksärztekammer befinden.

§ 26

Die Vorsitzenden der Bezirksärztekammern, denen eine Abrechnungsstelle angegliedert ist — und im Falle ihrer Behinderung ihre ständigen Vertreter —, sind gleichzeitig Leiter bzw. Stellvertreter der Leiter der angegliederten Abrechnungsstellen. Ist der Vorsitzende der Bezirksärztekammer nicht Kassenarzt, so sollen die Geschäfte der Abrechnungsstelle durch seinen ständigen Vertreter oder ein anderes Mitglied des Beirates, der in diesem Fall Kassenarzt sein muß, geführt werden. Im Behinderungsfalle wird dieser hinsichtlich der Angelegenheit der Abrechnungsstelle durch den Vorsitzenden der Bezirksärztekammer vertreten.

§ 27

Bei Auflösung der Landesärztekammer trifft die Abgeordnetenversammlung endgültig und rechtsverbindlich Verfügung über das Vermögen der Kammer.

§ 28

Die geänderte Satzung tritt mit der Genehmigung des Bad. Ministeriums des Innern in Kraft.

Genehmigt am 24. März 1950.

Badisches Ministerium des Innern
Im Auftrag
gez.: Dr. Pitsch

Wahlordnung

für die Wahl zur Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer Baden und der Organe der Bezirksärztekammern und Kreisvereinigungen.

§ 1

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Die Wahlen sind geheim. Sie erfolgen durch Abgabe von Stimmzetteln.
- (2) Wahlbezirke sind die Land- oder Stadtkreise.
- (3) Den Zeitpunkt der Wahlen bestimmt der Präsident der Landesärztekammer.

§ 2

Wahlrecht

- (1) Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Jeder Wahlberechtigte hat nur eine Stimme. Übertragung der Wahlstimme auf eine andere Person ist nicht zulässig.
- (2) Die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit richten sich nach § 19 der Satzung.
- (3) Wahlberechtigt sind alle Ärzte, welche im Wahlbezirk ihren Wohnsitz haben; bei Ausübung der ärztlichen Tätigkeit außerhalb des Wohnsitzes ist für die Wahlberechtigung der Ort der Ausübung der Tätigkeit maßgebend.

(4) Wählen kann ein Arzt nur in dem Wahlkreis, in dessen Liste der wahlberechtigten bzw. wählbaren Ärzte er eingetragen ist.

(5) In die Organe der Kreisvereinigungen bzw. als Obmänner der Kreise, in denen keine Kreisvereinigungen bestehen, können nur im Kreis, der Bezirksärztekammer im Kammerbereich, der Landesärztekammer in Baden wahlberechtigte Ärzte gewählt werden.

(6) Es steht jedem Wähler frei, einen Arzt für mehrere Ämter zu wählen.

(7) Wird eine Stellung durch Nichtannahme einer Wahl, Verzicht, Verzug oder Tod während der Amtsperiode frei, oder entspricht die Wahl nicht den Bestimmungen des § 14 Abs. 1 und 2 und § 21 Abs. 2 der Satzung, so sind Nachwahlen durchzuführen.

§ 3

Liste der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte

(1) Sowohl die wahlberechtigten als auch die wählbaren Ärzte sind für jeden Wahlkreis in einer gesonderten Liste aufzunehmen. Die Aufstellung hat getrennt nach Kassenärzten, niedergelassenen Ärzten ohne Zulassung zur Kassenpraxis und nicht niedergelassenen Ärzten, jeweils in alphabetischer Reihenfolge, zu erfolgen.

(2) Die Aufstellung der Listen erfolgt durch die Bezirksärztekammern und muß bei größeren Wohnorten auch die Straße und Hausnummer des Arztes enthalten.

(3) Die Listen aller zu einer Bezirksärztekammer gehörenden wahlberechtigten und wählbaren Ärzte sind mindestens 6 Wochen vor dem Wahltermin unter Hinweis auf die Einspruchsfrist allen wahlberechtigten Ärzten mit dem von der Landesärztekammer vorgedruckten Wahlzettel sowie dem dazugehörigen Umschlag zuzusenden. Für die gleiche Zeit sind die Listen zur Einsichtnahme bei den Bezirksärztekammern auszulegen. Maßgebend sind die ausgelegten Listen.

(4) Der Wahltermin und die Auflegung der Listen sind rechtzeitig in der Presse bekanntzugeben.

§ 4

Einsprüche

(1) Gegen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Listen der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte steht jedem Arzt das Recht des Einspruchs zu.

(2) Der Einspruch ist schriftlich, eingeschrieben, unter Angabe der Gründe bei der Bezirksärztekammer einzureichen und muß dieser spätestens eine Woche nach Erhalt der Listen bzw. Beginn der Auslage zugegangen sein.

(3) Dem Einspruch eines Arztes in eigener Sache kann die Bezirksärztekammer stattgeben. Gibt diese dem Einspruch nicht statt oder handelt es sich um Einsprüche, welche die Rechte eines anderen Arztes betreffen, so ist die Angelegenheit der Landesärztekammer zur Entscheidung weiterzureichen. Dem anderen Arzt ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

(4) Die Listen der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte können auch von Amts wegen berichtigt werden, wenn sich Unstimmigkeiten herausstellen. Die betroffenen Ärzte sind über die Berichtigung der Listen unter Angabe der Gründe schriftlich in Kenntnis zu setzen. Diese Ärzte können eine Woche nach Erhalt der Mitteilung Einspruch erheben. Ziffer (2) und (3) über die Behandlung von Einsprüchen finden entsprechend Anwendung.

(5) Nach Erledigung etwaiger Einsprüche sind die Listen der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte zu berichtigen, abzuschließen und diese Berichtigungen spätestens eine Woche vor dem Wahltermin allen Ärzten zuzusenden und auszulegen.

§ 5

Wahlleiter

(1) Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer ernennt mindestens 14 Tage vor Durchführung der Wahl einen Wahlleiter und einen Stellvertreter für jeden Kreis. Diese bestimmen zu ihrer Unterstützung zwei Beisitzer.

(2) Die Bezirksärztekammern haben vor Absendung der Stimmzettel folgende Eintragungen vorzunehmen.

Land- oder Stadtkreis
Bezirksärztekammer
Wahlleiter
Wahlen am

Zahl der zu wählenden Abgeordneten
Nicht zu wählende Stellen sind zu streichen.
Sonstige Eintragungen sind nicht statthaft.

(3) Änderungen der Wahlzettel durch den Wahlleiter sind nicht gestattet.

(4) Die Wahlleiter sind für die ordnungsgemäße Durchführung der Wahl verantwortlich.

§ 6

Sachlicher Geltungsbereich

(1) Die Wahlen zur Abgeordnetenversammlung der Landesärztekammer erfolgen nach § 9 Abs. 1 der Satzung.

(2) Die Wahlen zum Vorsitzenden der Kreisvereinigungen erfolgen nach § 15, 1 der Satzung. Falls keine Kreisvereinigungen bestehen, ist eine den Organen der Kreisvereinigungen (§ 15, 1) entsprechende Anzahl Obmänner zu wählen.

(3) Die Wahl des 1. und 2. Vorsitzenden der Bezirksärztekammer erfolgt nach § 14, 1 der Satzung. Ist der 1. Vorsitzende ein Nichtkassenarzt, so muß der 2. Vorsitzende ein Kassenarzt sein, d. h. sämtliche auf einen Nichtkassenarzt entfallenden Stimmen für den Posten des 2. Vorsitzenden sind ungültig.

(4) Die Wahlen der Mitglieder der Ehrengerichte der Bezirksärztekammern richten sich nach § 13 und § 21 der Satzung und der Ehrengerichtsordnung für die Landeskammern für Ärzte, Zahnärzte, Dentisten und Apotheker vom 1. 12. 1949.

§ 7

Wahlhandlung

(1) Die Wahlen finden in einer Kreisversammlung statt, die ausdrücklich als Wahlversammlung einzuberufen ist. Die Liste der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte muß ausliegen.

(2) Die Bezirksärztekammern haben allen wahlberechtigten Ärzten durch Rundschreiben mindestens 14 Tage vor dem Wahltag Ort und Zeit der Kreiswahlversammlung bekanntzugeben.

(3) Der Wahlleiter muß über Wahlzettel und Umschläge verfügen, um in Verlust geratene ersetzen zu können.

(4) Nach Ausfüllung des Wahlzettels, welcher keine zusätzlichen Eintragungen enthalten darf, ist dieser in einen Umschlag zu stecken und durch den Wahlleiter in eine versiegelte Wahlurne zu legen. Die Umschläge müssen auf der Rückseite das Siegel der Bezirksärztekammer tragen und dürfen nicht beschriftet und nicht zugeklebt werden.

(5) Die Mitglieder des Wahlausschusses haben in die Liste der wahlberechtigten und wählbaren Ärzte die Namen der Ärzte, welche ihre Wahlzettel in die Urne gelegt haben, zu bezeichnen.

(6) Diejenigen Ärzte, welche an der Wahlversammlung nicht teilnehmen können, müssen ihre Stimmzettel so rechtzeitig absenden oder überbringen lassen, daß sie vor Ende der Wahlhandlung eintreffen. Der Stimmzettel ist in den von der Bezirksärztekammer übersandten Wahlumschlag zu legen und in einem weiteren Umschlag per Einschreiben abzusen- den oder durch einen Beauftragten zu übergeben. Der äußere Umschlag muß außer der Adresse die Bezeichnung „betrifft Wahl“ und die genaue Bezeichnung des Absenders tragen.

§ 8

Wahlergebnis

(1) Nach Beendigung der Wahlzeit öffnen der Wahlleiter und sein Stellvertreter die Wahlurne, nachdem er sich von der Unversehrtheit des Siegels überzeugt hat, und zählt die Stimmen aus.

(2) Derjenige Arzt, der die einfache Stimmenmehrheit erhält, ist gewählt; bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

(3) Die Wahlergebnisse sind zusammenzustellen und der Landesärztekammer mit einem Bericht unter Beifügung der Stimmzettel per Einschreiben umgehend zu übersenden. Das Protokoll ist von allen Mitgliedern des Wahlausschusses zu unterzeichnen.

Der Präsident der Landesärztekammer beauftragt einen Landeswahlleiter, welcher die Stimmen für den 1. und 2. Vorsitzenden der Bezirksärztekammer, die zusätzlichen Beiratsmitglieder und die Ehrengerichtsmitglieder auszählt.

(4) Die Landesärztekammer teilt den Bezirksärztekammern spätestens 10 Tage nach Durchführung der Wahl die Ergebnisse mit. Diese sind durch die Bezirksärztekammern in einem Rundschreiben allen Ärzten bekanntzugeben.

(5) Diejenigen Ärzte, welche das Amt, für das sie gewählt wurden, nicht annehmen, haben dieses spätestens eine Woche nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses der Landesärztekammer mitzuteilen.

§ 9

Ungültige Stimmen

(1) Ungültig sind Stimmzettel, welche mehr als die erforderliche Zahl von wählbaren Ärzten oder sonstige Zusätze enthalten.

(2) Teilweise ungültig ist ein Stimmzettel, wenn er die Person eines Gewählten nicht zweifelsfrei erkennen läßt, oder wenn eine nicht wählbare Person gewählt ist.

(3) Sind mehr als ein Stimmzettel in einem Wahlumschlag, so sind die Stimmzettel ungültig.

§ 10

Anfechtung der Wahl

(1) Jeder wahlberechtigte Arzt kann die Wahl ganz oder teilweise anfechten.

(2) Die Anfechtungserklärung muß spätestens 10 Tage nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses dem Wahlleiter zugestellt werden.

(3) Die Wahlkommission nimmt schriftlich zur Anfechtung Stellung und übersendet das Anfechtungsschreiben mit ihrer Stellungnahme an den Leiter der Landesärztekammer. Dieser führt die Entscheidung des Beirats der Landesärztekammer über die Anfechtung der Wahl herbei. Mit einer notwendig werdenden Erörterung kann der Präsident der Landesärztekammer den örtlichen Wahlleiter beauftragen.

§ 11

Schlußbestimmung

Änderungen der Wahlordnung können nur durch Mehrheitsbeschluß der Abgeordnetenversammlung erfolgen.

80. Geburtstag Prof. Dr. Oskar Vogt

Am 6. April 1950 vollendete Herr Prof. Oskar Vogt, Neustadt i. Schwarzwald, sein 80. Lebensjahr.

Herr Prof. Vogt, ein gebürtiger Holsteiner, ist durch seine wissenschaftliche Arbeit als Hirnforscher weitesten Kreisen bekannt geworden. Er hat bereits als Assistent zu Beginn der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts sich mit der Sammlung von Hirnschnitten beschäftigt. Im Jahre 1898 errichtete er in Berlin ein Privatinstitut, das sich mit der Herstellung von Schnittserien menschlicher Gehirne befaßte. Im Jahre 1902 wurde sein Institut der Berliner Universität angegliedert. 1916 berief man ihn zum Leiter des Hirnforschungs-Instituts der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, das sich 1931 in Berlin-Buch etablierte. Dort wirkte Prof. Vogt bis zu seiner Entlassung im Jahre 1933 durch das damalige Regime. Seit 1937 arbeitet er in Neustadt in Schw. in einem modern eingerichteten Institut, das nach seinen Plänen erbaut wurde. Dieses Institut ist durch ihn zu einem Mittelpunkt wissenschaftlicher Geistesigkeit geworden.

Dem unermüdeten Forscher sei an dieser Stelle herzlich gedankt für seine Arbeit im Dienste der Wissenschaft. Mit diesem Dank verbinden sich die besten Wünsche für seine weitere erfolgreiche Arbeit.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

75. Geburtstag Dr. Muthmann

Herr Dr. med. M u t h m a n n, Facharzt für Nervenkrankheiten, Freiburg, wird am 24. April sein 75. Lebensjahr vollenden. Ferner ist in diesem Jahr ein halbes Jahrhundert vergangen, seit Herr Dr. Muthmann seine Approbation als Arzt erhalten und zum Doktor med. promoviert hat.

Wir nehmen diese Jubiläen zum Anlaß, Herrn Dr. Muthmann nicht nur unsere herzlichsten Glückwünsche auszudrücken, sondern ihm darüber hinaus zu danken für seine jahrzehntelange Arbeit als Arzt.

Herr Dr. Muthmann kam im Jahre 1919 aus Nassau, wo er als Chefarzt eines Sanatoriums tätig war, nach Freiburg, um hier eine nervenärztliche Praxis zu führen. Lange Zeit hatte er in Freiburg ein eigenes Sanatorium, das durch Kriegseinwirkung zerstört worden ist. Herr Dr. Muthmann hat durch sein ärztliches Können bei vielen seiner Patienten Heilung von körperlichen und seelischen Krankheiten erreicht.

Außerhalb seiner ärztlichen Tätigkeit hat er seine Muße-

stunden dazu benützt, das große Ausmaß seiner humanistischen Bildung noch zu erweitern und zu vertiefen.
Wir wünschen dem Jubilar weiterhin erfolgreiches Wirken in der Zukunft.
Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Nachruf

Am 25. Februar 1950 verstarb der Chefarzt des Lahrer Bezirkskrankenhauses, Dr. med. Albert Marzoff. Kurz vor der Wiederaufnahme seiner Tätigkeit wurde er nach längerer Krankheit unerwartet seiner Familie, seinem Arbeits- und Freundeskreis entrissen.

Die Ärzteschaft verliert in ihm einen überaus geschätzten und beliebten Kollegen, der sich besondere Verdienste im Präsidium des Chefarztverbandes erworben hat.

Aus einer alten elsässischen Arztfamilie stammend, hat er als Tradition seiner Familie das tiefe ärztliche Pflichtgefühl

stets seinen persönlichen Interessen vorangestellt. Wer immer mit ihm zusammenkam, hatte den Eindruck einer zielbewußten, aufrichtigen Persönlichkeit, die an sich und andere einen strengen Maßstab legte. Seine Willenskraft und sein Tatendrang führten ihn wiederholt in die Welt hinaus. Fast alle Erdteile hat er bereist und als Schiffsarzt umfassende ärztliche Erfahrungen und Menschenkenntnis mit nach Hause gebracht.

In Lahre, seinem letzten Wirkungsplatz, bei seinen Kollegen und vor allem im Herzen seiner Patienten wird er unvergessen bleiben.

Landesärztekammer Baden

Persönliche Nachrichten

Am 2. März 1950 starb Dr. Emil Naser, prakt. Arzt in Überlingen, im 63. Lebensjahr.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

9. — 12. Woche 1950

(26. Februar 1950 — 25. März 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen		T = Todesfälle		Mißbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Untertischtyphus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebensmittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Q-Fieber
		N	T	N	T																											
Nord-Württemberg	9.	N						18	117	60	5	6	2		51	26		3				5	2			195	17					
		T						1	5	2	1	1					1															
	10.	N						22	151	69	16	55	1		86	39		2			1	2	1	1		130	19		1			
		T							19																							
Württemberg-Hohenzollern und Kreis Lindau	9.	N						13	27	6	1	17			5	8				27						14	43	1				
		T						1	4	3																						
	10.	N						10	16	17	9	12		1	7	2	1	1										10				
		T							7	2																		1				
Nord-Baden	9.	N						15	43	37	6	42	1	1	41	28						1	4			177						
		T							4																	1						
	10.	N						20	30	47	12	18	1		54	23	1	1					2	1		255	4					
		T						1	13																	3						
Land Baden	9.	N						12	6	10	9	48	1		19	10			4			24						35				
		T							1	1																						
	10.	N						18	14	27	5	27			20	13			1	1							4	1				
		T							6																							
Land Baden	9.	N						10	14	26	8	50	2		25	28			2			1						14				
		T							6																							
	11.	N						10	14	26	8	50	2		25	28			2			1										
		T							6																							
Land Baden	9.	N						8	6	33	10	100	1		29	10			1			6						68				
		T								2	2	3																				
	10.	N						18	14	27	5	27			20	13			1	1							4	1				
		T							6																							

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt, über „Egressin“; Chem.-Pharm. Fabrik Adolf Klinge GmbH., München, über „Arctovan“; Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Coramin & Resyl“; Uvocal Chem.-Pharm.-Fabrik H. Edgar Bohlen KG., Hamburg, über „Vitamin B 12 Pernipur“ beigelegt.

U.S.-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstr. 77. — Ausgabe April 1950