

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1951

2 (1.2.1951)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

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

HEFT 2

STUTT GART, FEBRUAR 1951

6. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Dold:	Verhütung von Keimübertragungen bei Punktionen und Injektionen	23
Prof. Dr. Deist:	Die Behandlung der Tuberkulose Erwachsener mit Streptomycin, Paraaminosalicylsäure (PAS) und Conteben	25
Dr. Rist:	Soll ein medizinischer Gutachter sozial sein?	30
Buchbesprechungen	31
Bekanntmachungen	32
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	33
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	35
	Landesärztekammer Baden	40
	Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	42
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) Landesverband Württemberg	43
	Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) Landesstelle Nord-Baden	43
Abseits	44
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 52. Woche 1950 bis 3. Woche 1951	44

Verhütung von Keimübertragungen bei Punktionen und Injektionen

Von Prof. Dr. med. H. Dold, Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Freiburg/Br.

Die enorme Zunahme der Punktionen und Injektionen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken hat zu einer bedauerlichen Zunahme der Keimübertragungen, darunter auch zu Übertragungen von pathogenen Keimen (Staphylokokken, Streptokokken, Bazillensporen, Virusarten) und damit zum Auftreten iatrogener Spritzenabszesse, Gasbrandinfektionen und Viruskrankheiten geführt.

Es ist von ärztlichen Praktikern eingewendet worden, die Zahl der bekanntgewordenen Übertragungen pathogener Keime sei doch im Verhältnis zu den Millionen Punktionen und Injektionen, die in der ärztlichen Praxis ausgeführt werden, gering. Dazu ist zu bemerken: Die Zahl der tatsächlich auf diese Weise zustandekommenden Keimübertragungen ist um vieles größer als die Zahl der bekanntgewordenen. Im gesunden, vollkräftigen Gewebe führen etwaige Keimübertragungen dank der natürlichen Abwehrkräfte des Körpers (Inhibition, d. h. Keimvermehrungshemmung mit nachfolgender intra- oder extracellulärer Vernichtung der Keime) glücklicherweise in der Regel nicht zu Erkrankungen

(worauf man sich aber nicht verlassen kann und darf!). Jeder derartige durch Punktionen oder Injektionen verursachte Erkrankungsfall muß jeden verantwortungsbewußten Arzt tief und schmerzlich beeindrucken, da ihm das „Nil nocere“ oberstes Gebot und ernste Gewissenspflicht ist — ganz abgesehen davon, daß solche Vorkommnisse auch noch zivil- und strafrechtliche Folgen haben können.

Die schwierige, ja unheimliche Lage, in die der praktizierende Arzt unter diesen Umständen versetzt wird, ist in jüngerer Zeit durch das an vielen Orten beobachtete gehäufte Auftreten der „homologen Serumhepatitis“, die man mit Recht geradezu als „Spritzenhepatitis“ bezeichnet hat, grell beleuchtet worden. Großes Aufsehen erregte 1948 in Italien und in der ganzen ärztlichen Welt ein Prozeß in der oberitalienischen Stadt Varese, der mit der Verurteilung eines angesehenen Arztes endete, weil ihm etwa 100 Infektionen mit 12 Todesfällen wegen ungenügender Sterilisationstechnik zur Last gelegt wurden. Er wurde in erster Instanz zu 5 Jahren Gefängnis und zu 2 weiteren Jahren Praxisverbot verurteilt.

Diese Ereignisse, die begrifflicherweise große Beunruhigung in ärztliche Kreise getragen haben, verpflichten uns, die bisher in der Praxis geübte Sterilisationstechnik auf ihre Zuverlässigkeit genau zu überprüfen und etwaige Mängel schleunigst zu beseitigen, um derartige Vorkommnisse nach Möglichkeit auszuschalten. Nichts wäre verkehrter, als die Gefahren, die Patienten und Ärzten aus dieser Quelle drohen, zu bagatellisieren.

Man kann Degen (Ärztliche Wochenschrift 1950, S. 34) nur zustimmen, wenn er schreibt, eine einfache Injektion mit einer nicht nach moderner Sterilisationstechnik sterilisierten Spritze gefährde den Kranken mehr als eine große chirurgische Operation.

Ich folge deshalb gerne der Aufforderung der Schriftleitung des Südwestdeutschen Ärzteblattes, mich als Bakteriologe und Hygieniker über mögliche Maßnahmen zur Verhütung von Keimübertragungen durch Punktionen und Injektionen zu äußern, nachdem hierzu bereits von klinischer Seite (H. Dennig, Über Spritzenhepatitis (homologe Serumhepatitis)) in dieser Zeitschrift Nr. 8, 1950 Stellung genommen wurde. Meine Auffassung deckt sich in allen wesentlichen Punkten mit der von H. Dennig vertretenen.

1. Die erste und wichtigste Vorbedingung für steriles Arbeiten bei Punktionen und Injektionen ist — außer der gründlichen Reinigung und Desinfektion der Punktions- bzw. Injektionsstelle — die sorgfältige mechanische Reinigung der Instrumente nach ihrer Benutzung von allen anhaftenden Blut- und Eiweißresten in fließendem Wasser, wobei die Kolbenringe der Spritzen, das Innere der Kanülen und ihre Ansatzstücke besonders zu beachten sind. Die in solchen kleinen Blut- und Eiweißresten etwa eingeschlossenen und durch sie geschützten Keime entziehen sich besonders hartnäckig unseren Abtötungsmaßnahmen.

2. Diese Vorbedingung ist bei dem zur Entnahme von kleinsten Blutproben bisher allgemein verwendeten Frankeschen Schnepfer, dessen psychologischer Vorzug anzuerkennen ist, schwer oder kaum zu erfüllen. Die Schnepfer werden deshalb in praxi nicht oder nur sehr oberflächlich gereinigt. Sie bilden darum eine Gefahrenquelle und sollten entweder ersetzt werden durch Schnepfer mit auswechselbaren Nadeln (Lanzetten) oder noch besser durch Impflanzetten oder Impffedern (evtl. einfache spitze Schreibfedern), die sämtlich vor Gebrauch auszuglühen sind.

3. Der Alkohol ist kein brauchbares und zuverlässiges Sterilisationsmittel.

Die Meinung, der Alkohol, insbesondere der 70prozentige Alkohol, sei ein zuverlässiges Mittel zur Abtötung aller Mikroben, ist irrig. Schon 1881 hat Robert Koch¹ gezeigt, daß der Alkohol z. B. nicht in der Lage ist, Bakteriensporen abzutöten. Es war daher nicht verwunderlich, daß im handelsüblichen Alkohol Sporen von Gasbrandregnern nachgewiesen wurden (Dombrowski², Kuhn³, Knorr⁴). Wenn beim Vergleich verschieden prozentualer Alkohole gefunden wurde, daß nicht der höchstprozentige, sondern der 70prozentige Alkohol auf nichtsporulierende Bakterien, z. B. auf Sta-

phylokokken, die relativ stärkste Desinfektionswirkung ausübte, so ist das später offenbar irrtümlicherweise so verstanden worden, als ob der 70prozentige Alkohol ganz allgemein das beste Desinfizienz wäre. Zu dieser irrigen Meinung hat wohl auch das bekannte und bewährte Fürbringer'sche Verfahren der Händedesinfektion beigetragen, bei dem nach der vorausgegangenen gründlichen mechanischen Reinigung der Hände mit heißem Wasser und Seife eine Behandlung der Hände mit 70—80prozentigem Alkohol erfolgt (entfettende und damit die Desinfektion erleichternde Wirkung des Alkohols), woran sich dann erst die eigentlich desinfektorische Behandlung mit warmer Sublimatlösung anschließt. Vor allem war es aber wohl die Einfachheit des Verfahrens (Einlegen der mehr oder weniger gereinigten Instrumente in den Alkoholbehälter, dessen Alkohol selten erneuert wurde), die es so beliebt gemacht hat. Tatsächlich ist ja auch die Alkohol-Aufbewahrung der „sterilen“ Spritzen in vermeintlich sterilem, aber tatsächlich oft keimhaltigem Alkohol, wobei es sich glücklicherweise meist nur um harmlose Keime handelt, nicht nur in der Praxis vieler Ärzte, sondern auch in vielen Krankenhäusern noch üblich.

Mit Recht hat man den Alkohol geradezu als ein Konservierungsmittel und Reservoir für gewisse Keime, jedenfalls für die widerstandsfähigen Bakteriensporen und wohl auch für manche Viren bezeichnet, und die große und wachsende Zahl von Gasödemerkrankungen nach Injektionen, über die Junghans⁵, Touraine⁶, Hübner⁷, Perret⁸ berichtet haben, sind wahrscheinlich zum größten Teil auf solche viel gebrauchten und nach dem Gebrauch in Alkohol aufbewahrte Spritzen zurückzuführen. Jeder Bakteriologe wird deshalb Habs⁹ zustimmen, wenn er 1938 schrieb: „Der Alkohol muß schleunigst und endgültig aus der Desinfektion und Behandlung von Instrumenten verschwinden. Wir müssen fordern, daß jede Spritze und jede Kanüle vor jedem Gebrauch durch Hitzeinwirkung sterilisiert wird.“

4. Nur genügend lange Einwirkung genügend hoher Temperaturen tötet innerhalb praktisch tragbarer Zeit sicher alle Keime. Am raschesten und schonendsten wirkt gesättigter, gespannter Wasserdampf.

Hitzeanwendung zu Sterilisationszwecken kann erfolgen als kochendes Wasser, in Form von trockener Heißluft und in Form von Dampf (strömendem oder gespanntem Naßdampf).

a) Auskochen. Aus naheliegenden Gründen versucht man in der Praxis die Instrumente in der Regel durch Auskochen zu sterilisieren. In der Tat werden die meisten Bakterien durch Auskochen abgetötet, aber nicht alle, und gerade die resistenten Bakteriensporen (z. B. die der Gasbranderreger) können innerhalb praktisch tragbarer Zeit durch kochendes Wasser nicht abgetötet werden. Auch in Blut oder anderes Eiweiß eingehüllte Bakterien sowie gewisse Virusarten sind sehr kochresistent. Das übliche Aufkochen und auch 5 Minuten langes und längeres Kochen bietet in dieser Hinsicht keine Sicherheit. Man hat versucht durch Zu-

¹ Mittlg. Kais. Ges. Amt (1881).

² u. ³ cfr. Knorr

⁴ Münch. Med. Wschr. 1932, 732.

⁵ Dtsche. Med. Wschr. 1933, 850.

⁶ Presse med. 1936, 674.

⁷ Arztl. Fortb. 1941, 38.

⁸ Med. Klinik 1941, 681.

⁹ Münch. Med. Wschr. 1938, 128.

satz von Desinfizientien (z. B. von Formaldehyd) die Abtötungskraft des kochenden Wassers zu steigern. Vom Hygiene-Institut Marburg/L. wurde Zusatz von „Sporil Tabletten“ (der Firma A. Kettenbach, Wiesbaden/Dillkreis, Hessen) empfohlen. In einer Konzentration von 0,75 % soll Sporil in kochendem Wasser in 20 Minuten die resistentesten Sporen abtöten. Wenn sich diese Sporil-Tabletten bewähren sollten, so wäre damit ein großer praktischer Fortschritt erzielt (Poetschke und Hirsch [Z. Hyg. 131, 110 1950]).

b) Sterilisation durch trockene Heißluft (bewegte trockene Heißluft).

Dieses Verfahren (am besten 30 Minuten Erhitzung auf 180° C) ist natürlich nur bei hitzeverträglichen Glaswaren und Metallinstrumenten anwendbar. Es ist zuverlässig, hat aber den Nachteil, daß das Sterilisationsgut auf die Dauer beträchtlich leidet. Ganzglasspritzen können so sterilisiert werden; Rekordspritzen dagegen müssen vorsichtiger behandelt werden (entweder 20 Minuten lang Auskochen und dann 30 Minuten trockene Hitze von 145°—150° oder 1 Stunde trockene Hitze von 150° (nicht darüber!). Beachtlich ist der Vorschlag von S. M. Epple¹⁰, an Stelle der bisherigen Alkohol-Spritzenbestecke Trocken-Taschenbestecke zu verwenden.

c) Sterilisation durch gesättigten, gespannten Wasserdampf im Autoklaven.

Man läßt gesättigten gespannten Dampf von 120° nach Erreichen dieser Temperatur 10—12 Minuten lang, oder

¹⁰ Dtsche. Med. Wschr. 1950, 199.

gleichen Dampf von 134° nach Erreichen dieser Temperatur 5 Minuten lang auf das Sterilisationsgut einwirken. Dieses Verfahren ist allseitig erprobt und ermöglicht eine sichere Abtötung aller Keime, auch der widerstandsfähigsten Bakteriensporen und aller Virusarten.

Das Bestreben der Industrie, Klein-Autoklaven auch für den Praktiker herzustellen, ist sehr zu begrüßen.

Im Hinblick auf die bei beiden infektiösen Hepatitisformen bestehende Gefahr der Übertragung sollte auch auf die Blutspender besonders geachtet werden. Neben den bisher schon geforderten Kautelen (klinische Gesundheit, insbesondere Freisein von Tbc, Lues, Malaria und anderen Blutparasiten) sollten auch noch alle Personen ausgeschlossen werden, welche in den letzten Jahren Zeichen von Gelbsucht hatten oder in naher Berührung mit solchen Kranken standen, vielleicht auch solche, die in den letzten 2—3 Monaten unklare katarrhalische oder intestinale Erkrankungen überstanden oder im letzten Halbjahr einen Krankenhausaufenthalt mit Blutentnahme oder Injektionen durchgemacht haben (Bernh. Schmidt, Desinfektion, 1949, 116).

Auch das Blut von sogenannten „Blutbanken“ bietet keine unbedingte Sicherheit gegen Transfusions-syphilis oder Serum-Hepatitis. Erst bei entsprechender Einwirkung von ultravioletten Strahlen im Emissionsbereich von ungefähr 254 kann z. B. das Hepatitis-Virus bei geeigneter Apparatur auch im Spenderblut abgetötet werden. (C. M. Hasselmann, München, Med. Wschr. 1950, 819.)

Die Behandlung der Tuberkulose Erwachsener mit Streptomycin, Paraaminosalicylsäure (PAS) und Conteben

Von Prof. Dr. med. Deist, Göppingen, Zentralkliniken

Chemotherapeutische Arbeiten gehen bei Tuberkulose schon weit zurück. Die dabei auftretenden Probleme waren früher schon die gleichen wie heute. Die Wirkung der Arzneimittel im Reagenzglas, im Tierversuch und am kranken Menschen stimmen häufig miteinander nicht überein. Ein endgültiges Urteil über den Heilwert eines Arzneimittels ist nur möglich durch die Prüfung am kranken Menschen, am besten im Sinne der vergleichenden Therapie bei möglichst großen Gruppen teils chemotherapeutisch behandelter, teils chemotherapeutisch unbehandelter Kranker. Vergleichende Therapie ist aber bei einem relativ gesetzmäßig ablaufenden Krankheitsbild, z. B. einer akuten Infektionskrankheit wesentlich einfacher zu beurteilen als bei einer chronischen Infektionskrankheit wie der Tuberkulose mit ihrem selten mit voller Sicherheit zu übersehenden Verlauf und ihrem sich oft wiederholenden Auf und Nieder. Neue Mittel werden stets enthusiastisch begrüßt, trotz warnender Rufer wird ihre Wirkung regelmäßig zuerst überschätzt und erst ganz allmählich schlägt das Pendel zurück. Die Warnung, daraus zu lernen, verhallt ungehört, der Kranke wird von Hoffnung in Enttäuschung gestürzt und das Vertrauen in die ärztliche Führung erschüttert.

Abgesehen von neuen Forschungen, wie Aureomycin, Neomycin, konzentriert sich das praktische Interesse heute auf die drei Mittel: Streptomycin, PAS und Conteben. PAS und Conteben sind chemotherapeutische Mit-

tel, Streptomycin ist ein Antibioticum. Die Wirkung ist bei allen Dreien nicht bakterizid, sondern bakterio-statisch, d. h. wachstumshemmend oder -verhindernd. Bei Streptomycin und PAS erfolgt die Ausscheidung außerordentlich schnell mit dem Harn, bei Conteben ist bis heute darüber nichts Sicheres bekannt. Es gibt Bakterienstämme, die entweder von vornherein gegen Streptomycin und PAS unempfindlich sind, oder es im Lauf der Behandlung werden = Resistenz. Diese ist bei Streptomycin besonders ausgesprochen, bei PAS weniger und am geringsten, wenn überhaupt vorhanden, bei Conteben. Streptomycinresistenz braucht mit PAS-Resistenz nicht verbunden zu sein. Allen Dreien ist eine hervorragende Wirkung in vitro und im Tierversuch eigen.

Eine Wirkungsbeurteilung ist nur möglich, wenn neben Streptomycin oder PAS oder Conteben keine weitere Behandlungsmethode zur Verwendung kommt (andere Medikamente, chirurgischer Zusatz). Es ist allerdings nicht zu vermeiden, daß gleichzeitig die Allgemeinbehandlung (Freiluftliegekur) angewendet wird. Es ist dann schon schwer auseinanderzuhalten, welcher Teil der Wirkung auf das Konto der Allgemeinbehandlung bzw. Chemotherapie kommt, besonders dann, wenn man sich die oft nicht genügend bewertete Tatsache der Spontanheilung der Lungentuberkulose vor Augen hält (spontanes Kavernenverschwinden ist bis zu 20 % beobachtet). Daß tatsächlich an dem Myobakterium tuber-

culosis Kochii (= BK) eine Einwirkung erfolgt, beweisen die morphologischen Änderungen (z. B. Verlust der Färbbarkeit).

Eine Schwangerschaft scheint keine allgemeine Kontraindikation gegen einen chemotherapeutischen Versuch zu sein. Vorsicht ist aber grundsätzlich bei kindlicher Tuberkulose geboten. Hier soll die Chemotherapie nur in der Klinik angewendet werden. Seit dem kurzen Bestehen der modernen Chemotherapie schwankt die Meinung Erfahrener über ihre Wirkung erheblich. Auf einer Tuberkulosekonferenz 1948 meinte man, Conteben scheine bei der Lungentuberkulose dem Streptomycin überlegen zu sein, während Hein im Frühjahr 1950 bei einer sehr großen Zahlenreihe die Contebenwirkung kaum besser als die bei Kontrollen beurteilte.

Streptomycin wurde von **Waksman** 1944 entdeckt. In den ersten 12 Stunden werden bis zu 70% im Harn durch glomeruläre Filtration ausgeschieden. Bei Streptomycin steht die Resistenz ganz im Vordergrund. Bei etwa 75% der Behandelten ergibt sich die Unwirksamkeit gegen BK schon am Ende des 3. Behandlungsmonats, sie stellt sich aber früher oder später in jedem Einzelfall ein. Die Resistenz bleibt lange nach Absetzen des Mittels bestehen (Beobachtungen bis zu 9 Monaten); ob sie überhaupt wieder verschwindet, ist fraglich.

Die Indikation betrifft an 1. Stelle die allgemeine Miliartuberkulose, die tuberkulöse Meningitis und die Miliartuberkulose der Lungen. Bei diesen 3 Formen, deren Prognose bisher bei den ersten beiden fast absolut infaust war, ist eine Behandlung bis zu etwa 3 Monaten angezeigt. Man kann für die ersten 10 Tage, bis sich eine Wirkung anbahnt, täglich 4 mal 0,5 g geben und dann die Behandlung mit Tagesdosen bis zu 1 g fortsetzen. Eine Behandlung über etwa 120 Tage hinaus ist wegen der dann sicher vorhandenen Resistenz zwecklos. Bei der Miliartuberkulose hängt die Wirkung offenbar davon ab, ob es sich um eine allgemeine Aussaat, eventuell mit Meningitis, oder um eine Miliartuberkulose der Lunge allein handelt. Im letzteren Fall sind die Gesamtaussichten besser. Es sind streptomycingeheilte Fälle von Miliartuberkulose der Lungen mitgeteilt, bei denen auch die miliaren Knötchen im Röntgenbild nicht mehr nachweisbar waren. Handelt es sich aber um eine allgemeine Miliartuberkulose, besonders mit Meningitis, sind die Dauererfolge bei erheblichen Komplikationen wesentlich schlechter. Neben der zuverlässig und oft beobachteten Heilung der tuberkulösen Veränderungen kann es zu schwersten Gefäßveränderungen im Sinne von Endarteriitis, Perivasculitis, Narbenbildung und damit Hydrocephalus, Erweichungsherde im Gehirn und Rückenmark kommen. Je größer die Dose, um so stärker die Komplikation. Ein Anatom sagte einmal dazu: „Der Kliniker muß sich zwischen Scylla und Charybdis mit Mut und Geschick hindurchbewegen, um bei möglichst geringen Komplikationen möglichst großen Gewinn zu erzielen.“ Es sind deswegen auch die anfänglich sehr hochgestellten Hoffnungen auf die Heilung der tuberkulösen Meningitis bescheiden geworden. Von den anfänglichen Hoffnungen auf 40 bis 100% Besserungen sind noch etwa 20 bis 25% übriggeblieben. Ähnlich ist es mit der weiteren ersten Komplikation der Beeinflussung des Vestibularis. Bei hohen Dosen ist diese Schädigung kaum zu vermeiden, aber auch bei kleineren ist Vorsicht geboten. **Wildbolz** machte vor kurzem darauf aufmerksam, daß er selbst bei „lächerlich

kleinen Dosen von wenigen Gramm“ eine Schädigung des Nerven gesehen habe. Neben Taubheit wurde — allerdings im wesentlichen bei Kindern mit Meningitis — Blindheit und Schwachsinn beobachtet.

Neben dieser gewissermaßen absoluten Indikation bei der Miliartuberkulose ist die Streptomycinbehandlung weiterhin bei allen haematogenen, sich im großen und kleinen Kreislauf abspielenden Tuberkulosen und akuten infiltrativ-exsudativen Schüben in Betracht zu ziehen. Sie ist nur so lange angezeigt, bis das dann immer vorhandene Fieber allmählich verschwindet. Es kann sich also nur um kürzere Behandlungszeiten mit einer Tagesdosis von 0,5 bis 1 g und Gesamtdosis von 20 bis 30 g handeln. Je akuter und je höher fieberhaft der Verlauf, desto besser und eindrucksvoller die Wirkung von Streptomycin. Die Wirkung auf das Fieber kann man fast als gesetzmäßig betrachten. Die Wirkung beschränkt sich bei dieser Indikation auf die Beseitigung des Schubes und kann damit den Anstoß zu noch weiter fortschreitender Besserung geben. Bei den Dosen um 25 g stehen die Komplikationen im Hintergrund. So haben wir auch Hauterkrankungen des Pflegepersonals kaum gesehen.

Ausgezeichnete Ergebnisse sind bei intramuskulärer Verabreichung bei der Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege beschrieben. Ebenso gibt die Umspritzung tuberkulöser, von außen erreichbarer Eiterungen vor allem bei Knochengelenktuberkulose gute Resultate. Schließlich ist noch der intrakavernösen Verwendung zu gedenken. Man kann mit kleinen Dosen (0,1 bis 0,2 intrakavernös) entweder durch Punktionsinstillation oder durch den Mondischlauch einen nachweislichen Einfluß erzielen. Ein großer Vorteil ist, daß es als wässrige Lösung gegenüber der Contebenaufschwemmung in PAS auch bei kleinen, durch die Nadel nicht mehr sicher erreichbaren Höhlen, im Sinne der Infiltration der Kaverne bzw. ihrer Umgebung verwendet werden kann. **Hein** hat an großen Zahlen die Streptomycinwirkung geprüft, es steht dabei vor PAS und Conteben. Gegenüber verwertbaren Kontrollen wurde bei Streptomycinbehandlung ein Erfolg von 58% nachgewiesen, während bei den Kontrollen nur ein solcher von 8% vorhanden war.

Intensiv muß darauf hingewiesen werden, daß, abgesehen von der Miliartuberkulose und der tuberkulösen Meningitis auf der einen Seite und akuten fieberhaften infiltrativ-exsudativen Schüben auf der anderen Seite, eine Indikation im engeren Sinne für Streptomycin nicht vorhanden ist. Es hat keinen Sinn, eine stationäre Kaverne mit Streptomycin anzugehen. Wenn hin und wieder auch hier ein Erfolg eintritt, so ist dieser, ganz abgesehen von den möglichen Komplikationen, gesetzmäßig, soweit überhaupt von Gesetzmäßigkeit gesprochen werden kann, nicht zu erwarten. Dafür aber wird die Streptomycinresistenz bei solchen Kranken vorbereitet und damit das Mittel wirkungslos, wenn später einmal eine eigentliche Indikation gegeben ist. Streptomycin bleibt das Mittel der Krise und ist nur dann anzuwenden. Da es sich in der Regel um hochaktive Kranke handeln wird, spielt sich die Streptomycinbehandlung meist in der Klinik ab.

Lehmann stellte 1944 bei der PAS tuberkulostatische Eigenschaften fest. Die Wirkung von PAS auf den BK entspricht etwa dem Streptomycin, sie ist aber wesentlich weniger toxisch. Im Tierversuch bleibt der

therapeutische Effekt hinter Streptomycin und Conteben zurück. Die antibakterielle Wirkung der PAS wird durch die auch im Eiter vorhandene Paraaminobenzoensäure gehemmt. Außerdem besteht ein Antagonismus zur Sulfoamidbehandlung. Gleichzeitige Gaben von beiden Mitteln sind zu unterlassen. Zwischen beiden ist eine Pause von 3 bis 5 Tagen einzuhalten. Die Ausscheidung im Harn erfolgt sehr schnell, nach 6 Stunden sind schon 70% — zu 75% tubulär, zu 25% glomerulär — ohne Kristallbildung ausgeschieden. Die Diffundierfähigkeit des Medikamentes ist groß, bei peroraler Gabe ist im Blut und in Rippenfellergüssen die gleiche Konzentration vorhanden. Man kann daher auch resorptive Wirkungen im krankhaft veränderten Gewebe annehmen. Das Medikament gelangt sowohl vom Blut aus in tuberkulöse Prozesse als auch bei intrakavernöser Verabreichung vom tuberkulösen Prozeß in die angrenzenden Lymph- und Blutgefäße, ebenso in die Pleurahöhle und den Liquor. Ein Blutspiegel von etwa 10 mg% ist anzustreben. Es erfolgt offenbar eine besonders starke Anreicherung in der Niere, was therapeutisch von Bedeutung sein kann. Die schnelle Ausscheidung zwingt zu den bekannten großen Dosen. Durch eine Nierenbremse könnten die Dosen verkleinert werden. In dieser Richtung können noch Fortschritte erwartet werden. Von einem neuen aus Amerika stammenden und vor allem nebenerscheinungsfreien Mittel „Beremid“ sollen in 24 Stunden 1—2 g genügen, um die PAS-Konzentration um das 2- bis 4fache zu erhöhen. Jedenfalls aber ist wegen der ausschließlichen Ausscheidung durch die Niere stets eine normale Nierenfunktion erforderlich. Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist mit oder ohne Tubulusbremse Vorsicht geboten.

An sich ist PAS sehr wenig toxisch, besonders, wenn, wie meist, das Natriumsalz der Säure zur Verwendung kommt. Die sonst vorhandenen Nebenwirkungen sind durch das Absinken des Kaliumspiegels im Blut zu erklären. Es handelt sich vorwiegend um allergische Erscheinungen: Exantheme, Erbrechen, Kollaps. Die selten beobachteten Magen-Darm-Erscheinungen können durch Gaben von Dymal behoben oder verringert werden. Häufiger sieht man — bei den verschiedenen Präparaten verschieden stark — Durchfälle, die doch gelegentlich zum Absetzen des Mittels zwingen. Die ab und an beobachtete positive Zuckerreaktion hängt allein mit der Arzneimittelwirkung zusammen. Auch bei PAS kommt es zu einer Resistenz der BK. Klinisch fiel zunächst auf, daß nach etwa 3 bis 4 Monaten die anfänglich auch objektiv zu beobachtende günstige Wirkung nachließ. Das Bestehen einer PAS-Resistenz ist nun aber auch experimentell erwiesen. Nach schwedischen Arbeiten kommt es bei etwas mehr als der Hälfte, nach etwa 6monatiger Behandlung, frühestens nach 112 Tagen, zur Resistenz.

Die Indikation bei der Lungentuberkulose ist wesentlich schwieriger exakt anzugeben als bei Streptomycin. Sie läßt sich vielleicht mit einer gewissen Sicherheit in der Erhaltung der Streptomycinwirkung umgrenzen. Bei der Lungentuberkulose wendet sich die Indikation wegen der experimentell erwiesenen guten Diffundierfähigkeit auch an produktive und indurative Formen, auch mit Kavernen. Für rein exsudative Tuberkulosen und käsige Pneumonien eignet sich PAS weniger, weil hier Streptomycin die 1. Stelle einnimmt. Es ist ein großer Vorteil, daß man bei Streptomycinresistenz die Behandlung mit PAS fortführen kann. Bei Schleimhauttuber-

kulosen der oberen Luftwege, bei Tracheobronchialtuberkulose und der Darmtuberkulose wird PAS ein gleicher Effekt zuerkannt, wie er anschließend von Conteben beschrieben wird. Dosen bei Lungen- und Schleimhauttuberkulose 10 bis 15 g wirksame Substanz. Die Wirkung bei der Miliartuberkulose und Meningitis bleibt hinter Streptomycin zurück. Man kann auch hier eine mit Streptomycin eingeleitete Wirkung nach Eintreten der Resistenz mit PAS aufrechterhalten. Es sind dann wesentlich höhere Dosen erforderlich, pro die 20 bis 30 g wirksame Substanz per os oder als intravenöse Dauertropfinfusion in Lösung in 1 Liter Wasser bei einem P_H -Wert von 7,2—7,5. Bei der Meningitis werden außerdem occipital alle 1 bis 2 Tage 5 g wirksame Substanz in 5% iger Lösung verabreicht. Da es bei der intravenösen Dauertropfinfusion trotz aller Vorsicht zur Thrombenbildung in den Venen kommt, wird letzthin eine subkutane Infusion mit 21 g wirksamer Substanz empfohlen, die nach Anästhesie in Mengen von 4 mal täglich 250 g einer 2,8% igen Lösung ohne besondere Beschwerden verabreicht werden kann. Bei der Tuberkulose der Harnwege sind die Auffassungen bisher geteilt. An sich müßte die Urotuberkulose eine besonders günstige Indikation abgeben, da die ganze Ausscheidung des Mittels auf dem Harnweg vor sich geht. Auf der einen Seite wird betont, daß die mit der Urotuberkulose verbundene Schleimhauttuberkulose der Harnwege unter der üblichen Dosierung und bei kleineren Dosen von 7 g bis 10 g Substanz regelmäßig abheile, allerdings ohne daß die Nierentuberkulose selbst grundlegend beeinflußt wird. Von anderer Seite werden dagegen bei der Urotuberkulose massive Dosen von 25 bis 30 g wirksamer Substanz für den gleichen Zweck empfohlen. Eine besondere Indikation stellen die tuberkulösen Epyeme, die crux der Tuberkuloseärzte dar. Hier läßt sich häufig, wenn auch nicht regelmäßig, eine gute Wirkung erzielen. Wir gehen so vor, daß wir zunächst neben den notwendigen Punktionen und Spülungen etwa 14 Tage täglich Mengen von 10 bis 20 ccm einer 5—10—20% igen PAS-Lösung instillieren. Es können so allmählich die BK aus dem Eiter verschwinden. Eine Kombination mit Conteben ist beliebt. Ist die Einwirkung erreicht, kann man längere Pausen eintreten lassen und PAS nur noch bei den notwendigen Punktionen einverleiben. Es fällt aber auf, daß bei längerer PAS-Behandlung in die Pleurahöhle fast regelmäßig eine Neigung zu Haemorrhagien auftritt, die einen reaktiven medikamentösen Reiz darstellen.

Eine weitere Indikation ist die Kaverneninstillation, entweder durch Kavernenpunktion oder mit dem Monaldischlauch oder mit der Maurertamponade. Hierbei werden je nach der Verträglichkeit 2—10% ige Lösungen gebraucht. Die Kavernenpunktion erfolgt 3mal in der Woche.

Es gibt sehr viele PAS-Präparate, ihre Verträglichkeit ist nicht nur vom Präparat aus, sondern auch individuell vom Kranken aus verschieden. Die Dosierung ist nur auf die wirksame Substanz zu beziehen. So entsprechen bei Aminox 5 Teelöffel Granulat bzw. 40 Tabletten einer wirksamen Substanz von 12 g. Grundsätzlich soll PAS nicht länger als insgesamt 4—5 Monate gegeben werden. Dies gilt besonders für die hausärztliche Behandlung, die an sich, wegen der fehlenden toxischen Nebenwirkungen, durchgeführt werden kann.

Die Wirkung kann nur vom gesamten klinischen Bild

aus beurteilt werden. Nicht ganz selten kann man parallel gehend mit der klinischen Besserung erhebliche Änderungen des Allgemeinzustandes mit sehr großen Gewichtszunahmen beobachten, die bei langer Vorbeobachtung und Verwendung aller anderen Möglichkeiten bis dahin nicht zu erzielen waren. Heilmeyer sah bei PAS-Medikation allein in 35,7 % Besserung der Lungentuberkulose und allein bei 35 % Verschwinden der BK aus dem Auswurf. Bei Empyemen kann man eine günstige Beeinflussung in einem Viertel bis einem Drittel der Fälle beobachten. Hein sah bei PAS allein 50 % verwertbare Besserungen, während die Kontrollen nur 3,5 % Besserung ergaben.

Im Rahmen der Sulfonamidforschung gelang Domagk die Darstellung von **Conteben**, früher TB I 698. Die Wirkung in vitro und im Tierversuch ist hervorragend, sie ist histologisch erwiesen, macht aber vor Nekrose und Bindegewebe Halt. Nach Untersuchungen an menschlichen Leichen ist trotz des tödlichen Ausgangs häufig eine deutliche Neigung der Herde zur Vernarbung vorhanden. Die Wirkung ist aber nicht gesetzmäßig. Man sieht auch unter Contebeneinwirkung fortschreitende Kavernisierung, Neufiltrierung und Neueinschmelzung. Die unmittelbare Einwirkung auf den BK kann morphologisch — schlechtere Färbbarkeit usw. — erkannt werden. Die bei den anfänglich höheren Dosen und der Kombination mit Eleudron beobachtete, aller Wahrscheinlichkeit nach — mindestens zum Teil — unspezifische Senkungsverlangsamung ist bei den jetzigen kleinen Dosen weniger deutlich und häufig. Die Haut wird durch Conteben gegen Alttuberkulin desensibilisiert. Über die Ausscheidung des Mittels, seine Konzentration im Blut und Gewebe und seine Resorption ist bis heute nichts bekannt. Eine Resistenz der Tuberkelbakterien gegen Conteben wurde bisher nicht angenommen, sie scheint aber doch in Ausnahmefällen zu bestehen, steht aber gegenüber der Resistenz gegen Streptomycin und PAS ganz im Hintergrund. Nach Klee besteht die Contebenwirkung in einer unmittelbaren Hemmung der Lebensbedingungen der BK und einer mittelbaren Steigerung der Abwehrreaktion des Körpers. Die individuelle allgemeine Abwehrlage spielt eine wesentliche Rolle. Weiter gehört eine Reaktionsbereitschaft des Organismus dazu. Es ist deswegen bei primären Tuberkulosen die Wirkung weniger gut als bei postprimären, bei denen sich allmählich eine Reaktionsbereitschaft eingestellt hat.

Domagk empfiehlt Conteben für alle Tuberkulosen, bei denen es noch nicht zur Nekrose und Kavernisierung gekommen ist. Es handelt sich demnach vorzugsweise um Frühfälle, bei denen an sich auch eine spontane Rückbildungstendenz, zumindest teilweise, angenommen werden kann: Frische Infiltrationen, weiterhin frische Einschmelzungsherde und frische exsudative Formen. Nach Domagk selbst bleiben große Verkäsungen, ältere Herde mit Kavernen und auch die käsige Pneumonie unbeeinflusst.

Die Ergebnisse bei der Miliartuberkulose und Meningitis stehen weit hinter Streptomycin und PAS. Auch die Wirkung bei Augentuberkulose, Genitaltuberkulose und Knochentuberkulose ist nicht hervorragend. Dagegen wird die Schleimhauttuberkulose auffallend günstig beeinflusst. Man sieht, besonders bei der Tuberkulose der oberen Luftwege — vor allem des Kehlkopfes —, weiter bei der Tracheobronchitis, der Bronchustuber-

kulose Ergebnisse, wie sie früher nicht erreicht werden konnten. Das gleiche gilt für die Darmtuberkulose, vielleicht auch für die Blasen- und Nierentuberkulose. Allerdings wird die Nierentuberkulose nicht beeinflusst, auch die Bazillenausscheidung aus den Harnwegen wird nicht gehemmt. Den Schleimhauttuberkulosen gleich steht die Wirkung auf die Hauttuberkulose, vor allem dem Lupus. Die Revidivfrage beim Lupus ist noch nicht endgültig geklärt. Günstig ist weiterhin die Wirkung bei der Behandlung von tuberkulösen Fisteln bei der Knochengelenktuberkulose und von Empyemen. Man sieht gute Ergebnisse bei der Kaverneninstillation in der Form der Monaldibehandlung, weniger bei der Kavernenpunktion.

Die Spitzenwirkung besteht ohne Frage bei der Schleimhauttuberkulose. Wenn auch hier bei peroraler Verabreichung ein guter Einfluß vorhanden sein kann, fällt das manchmal unwahrscheinlich schnelle Ansprechen der Herde, z. B. im Kehlkopf bei unmittelbarer Puderapplikation auf. Bei der Tuberkulose des Bronchialbaumes kann Conteben auch inhaliert werden. Dann darf aber die Teilchengröße den Durchmesser von 2μ nicht übersteigen. Für die Wirkung spielt bei der Schleimhauttuberkulose die ausreichende Durchblutung der Schleimhautherde, ihre Regenerationskraft, eine wesentliche Rolle. Eine Parallele zur Lungentuberkulose könnte sich darin ergeben, daß auch hier eine ausreichende Durchblutung der Lungenherde vorausgesetzt werden muß. Der lokalen Anwendungsmöglichkeit muß eine bestimmte Bedeutung zukommen, sonst wäre es nicht erklärlich, daß bei der intrakavernösen Behandlung Wirkungen auf die Kaverne beobachtet werden, die bei peroraler Verwendung des Mittels nicht eintreten.

Nach Domagk muß die Dosierung der Schwere des Befundes parallel gehen. Je schwerer die Tuberkulose, desto kleiner die Dosis, Beginn mit $\frac{1}{2}$ Tablette = 0,025 g. Ganz allmähliche Steigerung je nach der Verträglichkeit. Tagesdosis 0,15 bis allerhöchstens 0,2 g. Die Forderung anfänglich ganz kleiner Dosen unterstreicht Domagk mit folgender Erfahrung: Werden bei ausgedehnten Befunden von vornherein größere Dosen verwendet, können im Zusammenhang mit dem Abbau großer Bazillienmengen durch Conteben Verschlechterungen des Befundes eintreten. Bei schlechter Verträglichkeit soll man nicht ohne weiteres aussetzen, sondern nur mit der Dosis zurückgehen. Besonders wichtig erscheint mir die Verabreichung in Kapseln. Bei der Darmtuberkulose verwenden wir das Mittel nur in Kapseln zu 0,1—0,2 als einmalige Tagesdosis. Es ist oft eindrucksvoll, wie schnell die subjektiven Beschwerden des Kranken, besonders, wenn es sich um einen Ileocoecaltumor handelt, geringer werden bzw. verschwinden und auch die Tastbarkeit des Tumors nachläßt. Bei individueller Unverträglichkeit haben wir uns auch bei Lungentuberkulose gewöhnt, von der Verabreichung in Kapseln Gebrauch zu machen.

Bei den Nebenwirkungen steht die Unverträglichkeit von seiten des Magen-Darm-Kanals im Vordergrund. Im übrigen sind bei den derzeitigen kleinen Dosen Einwirkungen auf das rote Blutbild im Sinne von Stechapfel- und auf das weiße Blutbild im Sinne von Leukopenie und auf den Hb-Gehalt des Blutes praktisch zu vernachlässigen. Regelmäßiger ist auf Störungen von seiten der Niere zu achten: Rote Blutkörperchen im Sediment; ebenso treten gelegentlich allergische, auf das Mittel zu beziehende Hautausschläge auf. Die Frage der Leberschädigung durch Conteben ist nicht geklärt, ebenso wie auch

eine regelmäßige Beteiligung der Leber an der Allgemeinerkrankung Tuberkulose bis heute nicht sicher gestellt ist. Es sind auch Beobachtungen darüber vorhanden, daß mit Leberfunktionsprüfungen erfaßbare Störungen des Leberstoffwechsels trotz fortgesetzter Contebenbehandlung nicht schlechter werden, sondern sich sogar ausgleichen. Es ist aber bei erhöhten Blutbilirubinwerten und vermehrtem Harnurobilinogen Vorsicht geboten. Die Leber bedarf bei der Contebenbehandlung ständiger Aufmerksamkeit. Augenbindehautrekrankungen, Bradycardie, Somnolenz und lebensbedrohliche Komplikationen habe ich nicht gesehen, einmal trat nach Kaverneninstillation ein kurzanhaltendes Hirnoedem auf. Eine eigentliche Kontraindikation gegen die Contebenbehandlung gibt es nicht, zur Vorsicht mahnen Leberfunktionsstörungen und Hb-Werte unter 50 %. Pyramidon soll gleichzeitig mit Conteben in größerem Umfang und für längere Zeit nicht gegeben werden, weil bei dieser Kombination Agranulocytosen, teilweise tödlichen Ausganges, beobachtet worden sind. Der Diabetes ergab nach meinen Beobachtungen keine Kontraindikation.

Objektiv den Einfluß von Conteben auf die Tuberkulose festzustellen ist sehr schwer, sie allein mit einer früher oder später einsetzenden Senkungsbeeinflussung zu begründen, geht nicht an. Es muß stets das ganze klinische Bild berücksichtigt werden und hier bleibt meist der Röntgenbefund erheblich zurück. An sehr großen Zahlen gemessen bleibt der Contebeneffekt bei der Lungentuberkulose weit hinter Streptomycin und PAS zurück. Während bei Streptomycin Besserungen von 58 % und bei PAS von 50 % vorliegen, ist nach Hein die Zahl bei Conteben nur 31 % und nähert sich damit erheblich den nicht chemotherapeutisch behandelten Kontrollen. Während die Resistenz bei Streptomycin und PAS eine bestimmte, nicht zu überschreitende Behandlungszeit vorschreibt, trifft diese Einschränkung Conteben aus Gründen einer Resistenz nicht. Behandlungszeiten von 1 bis 1½ Jahren sind, gute Verträglichkeit vorausgesetzt, keine Seltenheit. Es hat sich daher verschiedentlich die Frage der ambulanten Behandlung ergeben, die Contebenbehandlung muß aber wegen der jederzeit möglichen Beeinflussung der blutbildenden Organe der Leber und der Niere in der Klinik beginnen. Bei genügend langer klinischer Behandlung kann dann eine ambulante Fortführung verantwortet werden unter der Voraussetzung, daß in Zwischenräumen von 4 bis 6 Wochen alle notwendigen klinischen Kontrollen durchgeführt werden. Ich sehe mögliche Gefahren ambulanter Behandlung weniger in Schädigungsmöglichkeiten unmittelbarer Art als darin, daß — durch eine unbegrenzte fortgesetzte Chemotherapie — der Entschluß für eine evtl. notwendige Änderung des Behandlungsplanes, besonders im Hinblick auf einen notwendigen chirurgischen Eingriff nicht zustande kommt und deswegen kostbare Zeit verlorengeht. Bei Kindern besteht — soweit ich sehe — heute die Auffassung, daß Conteben nur klinisch gegeben werden sollte. Anfangs wurde die Contebenwirkung ohne Zweifel überschätzt. B o s h a m e r hat vor kurzem empfohlen, jede Pleuritis exsudativa tuberkulöser Ätiologie monatelang mit Conteben zu behandeln, um auf diese Weise der möglichen Streuung und dem möglichen Auftreten einer Uro- oder Knochengelenktuberkulose vorzubeugen. Man soll also gewissermaßen prophylaktisch behandeln. Es ist unmöglich, klinisch den Erfolg einer solchen Maßnahme zu prüfen.

Da die Behandlungsergebnisse besonders mit Conteben allein nicht voll befriedigten, ist man dazu übergegangen, die Mittel zu kombinieren. Man kann so bei Verwendung zweier Mittel einerseits mit kleineren Dosen auskommen und andererseits eine größere Wirkung als mit einem Mittel allein erreichen. Streptomycin wird mit PAS bei der Miliartuberkulose und der tuberkulösen Meningitis, gegebenenfalls in der Form der intravenösen Dauertropfinfusion kombiniert. Bei allen anderen Verlaufsformen, bei denen nicht der Eindruck eines akuten Geschehens besteht, kombiniert man gerne PAS und Conteben. Aber auch dabei darf Streptomycin nicht über die Resistenz hinaus und PAS nicht über 4 bis 5 Monate gegeben werden. Die Bedeutung dieser Kombinationen ist auch tierexperimentell gestützt. Der Unterschied zwischen Behandlungsergebnissen mit einem Mittel allein und mit der Kombination ist imponierend. Dem entsprechen klinische Unterlagen von Hein aus dem Frühjahr 1950. Wenn bei Streptomycin allein 58 % bei PAS allein 50 % Besserungen erzielt werden konnten, beträgt die Zahl bei der Kombination von Streptomycin und PAS 73 %. Die Kombination PAS-Conteben kann so durchgeführt werden, daß man beide Mittel mit etwas kleineren Dosen, z. B. 0,05 g Conteben und 12 g PAS wirksame Substanz gleichzeitig gibt, oder eine Woche PAS 15 g und in der nächsten Woche 0,1 g Conteben und so weiter im Wechsel.

Vergleicht man besonders bei Conteben das Behandlungsergebnis bei peroraler Medikation mit dem bei unmittelbarer Verabreichung in den Kehlkopf oder eine tuberkulöse Fistel, oder in das Kaverneninnere, so zeigt der Augenschein, daß bei unmittelbarer Applikation eine regelmäßiger günstige Wirkung zu beobachten ist als bei peroraler Medikation. Was für Conteben gilt, gilt in einem ähnlichen Umfang, besonders bei der Behandlung der tuberkulösen Kaverne, auch für PAS und Streptomycin. Man muß also den besseren Erfolg mit dem Dauerkontakt des Medikaments am Herd in Zusammenhang bringen. Der Wirkungseffekt ist verschieden, er ist am geringsten bei Kaverneninstillation durch Punktion, dann kommt die Monaldrainage und schließlich die Maurertamponade, bei der durch die innige Berührung der Tamponade mit dem Kaverneninnern tatsächlich für einen Dauerkontakt gesorgt ist, während bei Monaldi, wenn auch täglich mehrmals instilliert werden kann, doch viel von den Arzneimitteln durch den Bronchus, solange er offen ist, abfließt. Aber auch bei Maurer wird die Tamponade nicht in alle Buchten der Kaverne hineinreichen, denn die Speleoskopie überzeugt den Beschauer von dem großen Buchtenreichtum jeder Kaverne und es wird Aufgabe der Chemie sein, eine weitere Applikationsart der Chemotherapeutica zu finden, die dafür garantiert, daß das Mittel auch mit allen Buchten in innigen Kontakt kommt. Nach meiner Erfahrung gibt es bei dieser Form des Dauerkontaktes (Punktion, Monaldi, Maurer) nur selten einen Kranken, der nicht in irgendeiner Form auf die Behandlung reagiert. Sehr häufig sieht man Verkleinerungen, völliger Verschluß der Kaverne bis zum Verschwinden — auch bei tomographischer Kontrolle — ist aber bei allen 3 Behandlungsarten recht selten. Aber trotzdem besteht dann der große Vorteil, daß die dann evtl. noch nötige plastische Operation kleiner gestaltet werden kann. Unangenehme Zwischenfälle sind selten. Bei Kavernenpunktion haben wir mehrfach teilweise erhebliche Infiltrierungen im

Sinne der perifocalen Entzündung gesehen, die aber keinen bleibenden Schaden anrichten.

Die moderne Chemotherapie, besonders der Schleimhaut und auch der Lungentuberkulose, stellt einen Fortschritt dar. Es muß aber festgehalten werden, daß auch sie nur einen Zusatz zu der bisher bewährten Allgemeinbehandlung der Tuberkulose darstellt, einen Zusatz, wie ihn z. B. trotz ähnlichen erfolgversprechenden Ausbaues auch heute noch die chirurgische Behandlung darstellt. Es wäre ein tragischer Trugschluß, der mit schweren Rückschlägen bezahlt werden müßte, wenn man annähme, auf Grund der Chemotherapie könne auf eine Allgemeinbehandlung im Sinne der Heilstättenbehandlung verzichtet werden. Streptomycin und PAS sind wegen der Resistenz nur beschränkte Zeit verwendbar, auch der Contebenwirkung sind zeitliche Grenzen ge-

setzt. Es ist daher in jedem Einzelfall ein klarer Behandlungsplan aufzustellen. Tritt bei der Verwendung der Chemotherapie nicht ein baldiger objektiv erfassbarer Effekt ein, der einwandfrei nur klinisch beobachtet und beurteilt werden kann, darf die Chemotherapie nicht ad infinitum fortgesetzt werden (daß das geschieht, kann man an den inzwischen erheblich angestiegenen Gesamtbehandlungszeiten erkennen), sondern es muß rechtzeitig entschieden werden, ob andere Verfahren, z. B. der Pneumothorax in Frage kommen. Sonst geht nur kostbare Zeit verloren und den Chemotherapeuticis, die richtig eingesetzt eine wirkungsvolle Waffe darstellen, bleibt der Effekt versagt, wenn ein frischer Schub der Tuberkulose bekämpft werden muß. Das ist die größte Gefahr einer ambulanten Dauerbehandlung.

Soll ein medizinischer Gutachter sozial sein?

Von Dr. med. Otto R i s t, Karlsruhe

Der richterliche Leiter eines Oberversicherungsamtes hat die Masse der bisher erstatteten ärztlichen Gutachten für schlecht erklärt. Es besteht der begründete Verdacht, daß die Gutachten als schlecht bezeichnet werden, weil sie nicht „sozial“ sind.

Wie jede Privatunfall- und Rentenversicherung, so hat sich auch der Staat für von ihm geschaffenen Versicherungen dieser Art Gedanken darüber zu machen, welche Höhe die Geldbeträge für die Berentung anerkannter Invalidität oder anerkannter, beschädigungsbedingter Erwerbsminderungsgrade haben können, denn das Gesamt aller aus der Versicherung zu leistenden Beträge muß seine Deckung im Haushaltsplan der Versicherung haben. Deshalb müssen in einem ordentlichen Versicherungsetat die Beträge, welche für Unfallversicherung, Versorgung und Invalidität bereitgestellt werden, ihren Ausgleich durch die Einstellung der zu erhebenden Beiträge (quasi Prämien) auf eine bestimmte Höhe finden. Zur Ausbalancierung dieses Etats werden versicherungsmathematische Berechnungen angestellt. Solche Berechnungen stützen sich bekanntlich auf das statistische Material über die Häufigkeit von Unfällen, von Krankheiten und von Alterungsvorgängen, vor allem aber auf die statistische Erfahrung über die natürlichen Verläufe von Krankheiten, Unfallfolgen, Kriegsschadensfolgen und Alterserscheinungen. Nur von der Grundlage dieser natürlichen Verläufe ausgehend, wird man einen einigermaßen sicheren Überblick über die Gesamtheit der Aufwendungen erlangen können, welche die Versicherungen haben. Dabei wird immer der medizinische Sachverständige maßgebend eingeschaltet werden müssen. Er bestimmt den Eintritt der Invalidität in Krankheits- und Alterungsfällen ebenso, wie er die Frage nach der Existenz von Unfall- bzw. Beschädigungsfolgen und ihrer erwerbsmindernden Wirkung beantwortet.

Diese versicherungsökonomische Betrachtungsweise zeigt, von welcher grundsätzlicher Bedeutung es ist, daß der medizinische Sachverständige ausschließlich die natürlichen Verläufe biologischer und pathologischer Prozesse beurteilt, und daß er bei seiner gutachterlichen Tätigkeit alle unechten Faktoren außer acht läßt, die geeignet sind, die ökonomisch-statistischen Grundlagen einer Versicherung, hier insbesondere der Sozialver-

sicherung, zu erschüttern. Ein solch unechter Faktor wäre die Berücksichtigung der sozialen Lage des Antragstellers. Ein Sachverständiger, der in einem zur Beurteilung anstehenden Fall die Frage der Invalidität dem medizinischen Befund nach verneinen müßte, sie aber bejaht, weil er dem Antragsteller in seiner wirtschaftlichen Notlage helfen will, oder ein Sachverständiger, der unter Berücksichtigung einer Notlage eine höhere Rente zubilligt, als sie dem medizinisch festzustellenden Leistungsminierungsgrad entspricht, bringt durch die Einbeziehung sozialer Gesichtspunkte in die medizinische Begutachtung das wirtschaftliche Gebäude jeder Versicherung, insbesondere das der Sozialversicherung, ins Wanken. Die sich so ergebende Gesamtzahl der Invaliditätsfälle und die sich so ergebenden Prozentsätze für Erwerbsminderungen (Rentensätze) entsprächen nicht mehr den versicherungsmathematischen Berechnungen, sie würden außerordentlich zunehmen, da unter solchen Umständen sich die medizinische Begutachtung nicht mehr allein auf die natürlichen Verläufe von Krankheits- und Alterungsvorgängen stützt, und da sich ja gerade die meisten der hier in Betracht kommenden Antragsteller in wirtschaftlicher Notlage befinden.

Die Außerachtlassung des sozialen Faktors bei der medizinischen Begutachtung bedeutet nun nicht die Ignorierung der psychologischen Gesamtsituation des zu Beurteilenden. Wir wissen, daß es eine ganze Reihe von seelisch bedingten, krankhaften Zuständen gibt, die durch ein pathologisch-organisches Substrat nicht zu begründen sind, aber dennoch mitunter von gleichem Krankheitswert wie organische Leiden sein können. Es ist hier aber die Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, aus dieser Gruppe funktioneller Krankheitsbilder jene auszusondern, bei denen hinter den in Erscheinung tretenden Störungen nur ein Rentenbegehren steckt, die sog. Rentenstörungen. Es ist heute erkenntniswissenschaftliches Allgemeingut, daß alle rentenstörungen keine echten Krankheitszustände sind und demgemäß keine Berentung beanspruchen können. Diese Erkenntnis geht auf die ersten Jahre nach dem Weltkrieg 1914—1918 zurück, als damals die älteren Ärzten bekannten Schüttelzitterer auftraten und an Zahl so zunahmen, daß sie die gesamte Versorgung bedroh-

ten. Nachdem sie größtenteils als Rentenneurosen erkannt wurden und für sie die Rente entfiel, verschwanden sie seinerzeit fast schlagartig. Seitdem haben sich höchstinstanzliche richterliche Entscheidungen dazu bekannt, solche Rentenneurosen nicht mehr zu berenten. Dies war eine Notwendigkeit, denn in ihnen steckt insofern ein sozialer Faktor, als gerade die sich in wirtschaftlicher Notlage Befindenden meist das Bestreben nach Rentensicherung über den Weg der Produktion solcher Rentenneurosen zeigen.

Ist nun ein medizinischer Sachverständiger, der in seiner gutachterlichen Tätigkeit den sozialen Faktor nicht berücksichtigt, unsozial? — Hierzu ist zu sagen, daß der medizinische Sachverständige nicht Arzt im eigentlichen Sinn ist, also nicht Arzt im Sinn des Helfers, welcher neben der Krankheit auch die gesamte Lebenssituation des ihm Vertrauenden bei seinem ärztlichen Rat einzuschließen hat, sondern eben Sachverständiger, der außer dem medizinischen Befund auch die Belange der Versicherung, speziell der Sozialversicherung, zu würdigen hat. Die Sozialversicherung im besonderen ist Volksgut. Es kann deshalb vom sozialen Standpunkt aus nicht gleichgültig sein, wie die Gelder der Sozialversicherung verwendet werden. Jeder Arbeiter und jeder Angestellte, der seine Beiträge zur Sozialversicherung zahlt, hat einen unbedingten Anspruch darauf, daß die von ihm aufgebrauchten Gelder ihrem eigentlichen Zweck zugeführt werden, d. h. daß sie tatsächlich nur für die Aufgaben gebraucht werden, die der Sozialversicherung eben als sozialer Einrichtung gestellt sind. Darüber zu

wachen, ist eine der hauptsächlichsten Aufgaben der medizinischen Sachverständigen. Würden sie Rentenneurotiker berenten, würden sie durch Berücksichtigung individuell-sozialer Faktoren Invalidität oder Erwerbsminderungsgrade festsetzen, die ohne diese Berücksichtigung nicht gegeben wären, so würden vom Volk für die Sozialversicherung aufgebrauchte Gelder denjenigen entzogen werden, für die sie tatsächlich gedacht sind. Es besteht deshalb gerade die soziale Aufgabe für den medizinischen Sachverständigen darin, über den richtigen Einsatz der Sozialversicherungsbeiträge zu wachen. Auch von dem in der Sozialversicherung tätigen Richter sollte man die gleiche Einstellung erwarten, denn nur dadurch kann der materielle Bestand der Sozialversicherung vor Gefahren geschützt werden, die ihm durch Verwischung der Grenzen in der medizinischen Begutachtung infolge der Einbeziehung des sozialen Faktors drohen.

Der Ruf nach dem „sozialen“ Gutachter ist deshalb nicht nur ein ganz unbilliges, sondern auch ein völlig abwegiges Verlangen. Dieser Ruf ist sehr verfänglich, weil er dem sozialen Gewissen der breiten Masse entgegenzukommen scheint. Er ist aber in seiner letzten Konsequenz unsozial, denn er schädigt diejenigen, welche einen wirklichen Anspruch auf die Leistungen aus der Sozialversicherung haben. Für die Berücksichtigung individueller wirtschaftlicher Notlagen ist nicht die Sozialversicherung da, auch keine andere Versicherung. Sie gehört in die Zuständigkeit aller Wohlfahrtseinrichtungen.

Buchbesprechungen

Dr. med. Gerhard Korb: „Die typhösen Erkrankungen.“ Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1949, 171 Seiten, DM 8.50.

Das Buch vermittelt eine gute Übersicht über Bakteriologie, Epidemiologie und Klinik der typhösen Erkrankungen. Besonders klar gegliedert ist der in Anlehnung an Boecker entstandene bakteriologische Teil. Hier wird auch der mit der Materie weniger Vertraute mit großem Nutzen alles Wissenswerte entnehmen können. Das Buch ist zur Orientierung sehr zu empfehlen. Zeitbedingt konnte die Chloramphenicolbehandlung der typhösen Erkrankungen noch keine Berücksichtigung finden. Dr. Germer (Tübingen)

Prof. Dr. Otto Fischer, Düsseldorf: „Die Klinik der Amöbenruhr und ihre Folgeerscheinungen.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1950, 42 Seiten, geh. DM 3.60.

Das Buch bringt in gedrängter, übersichtlicher Form alles Wissenswerte über Parasitologie, Klinik, Behandlung und Komplikationen der Amöbenruhr. Da die Amöbenruhr infolge der Kriegs- und Nachkriegsereignisse auch in Deutschland eine sehr viel größere Rolle spielt als früher, und auch der deutsche Arzt sich mit dem sehr vielgestaltigen Krankheitsbild und seinen zahlreichen Komplikationen auseinandersetzen hat, ist das Erscheinen dieses rasch orientierenden Büchleins sehr zu begrüßen. Dr. Germer (Tübingen)

Schlegel, Martin: „Staufers homöopathisches Taschenbuch.“ 5. verbesserte Auflage nach der von Staufer besorgten Erstausgabe. Karl F. Haug-Verlag, Berlin-Saulgau, 278 S., DM 10.—

Das praktische im Jahre 1925 erstmalig von Staufer zusammengestellte und im Verlag Madaus erschienene Taschenbuch ist jetzt im Verlag Haug, überarbeitet von M. Schlegel, neu herausgekommen. Im ersten Abschnitt werden in alphabetischer Reihenfolge die sich für homöopathische Behandlung eignenden Erkrankungsformen angeführt, nebst den bei normalem Krankheitsverlauf ange-

zeigten Hauptheilmitteln. Der zweite Abschnitt des Taschenbuchs ist der Arzneimittellehre gewidmet. Es werden die vorher genannten Heilmittel mehr vom klinischen Standpunkte aus besprochen unter Hervorhebung der Haupt- und Leitsymptome, die für die Mittelwahl entscheidend sind. Das Wiedererscheinen des Taschenbuchs wird von jedem Freund der Homöopathie dankbar begrüßt werden. Jedoch sollte man in einer Neuauflage des Jahres 1950 nicht mehr wie bei der ersten Auflage 1925 Syphilis und Gonorrhoe zu den Krankheiten rechnen, deren Behandlung mit homöopathischen Mitteln angezeigt wäre. Auch der erklärende Satz im Vorwort, daß bei der Behandlung von Infektionskrankheiten Arzt und Patient, die der Natur vertrauen wollen, ein altes Recht auf die homöopathische Behandlung haben, kann keine genügende Rechtfertigung sein. Dr. Ilse Reinhardt

Prof. Dr. W. Eickhoff: „Schilddrüse und Basedow.“ Verlag Georg Thieme, Stuttgart 1949, 127 Seiten, DM 10.80.

Das kleine Buch bringt gründliche und bemerkenswerte Untersuchungen über die vergleichende Pathologie der Schilddrüse. Sie galten zunächst dem jahreszeitlichen Verhalten bei Wildkaninchen, wobei wohl eine höhere Aktivierungsrate für den Sommer als für den Winter gefunden wurde, doch wird das Verhalten außer von der Außentemperatur noch durch andere Faktoren bestimmt. Das Wildkaninchen ist ausgesprochen vegetativ stigmatisiert; der hohe Tonus verbürgt schnelle Reaktionsbereitschaft. Der rasche Tod gefangener Tiere ist ein Angsttod unter Ausschüttung des Schilddrüsenkolloids und rasch fortschreitender allgemeiner Erschöpfung, also ein akuter Basedowtod. Er tritt auch bei Kaninchenjagd mit Frettchen ein. Das histologische Bild der Schilddrüse ist schon nach 30 Minuten völlig verändert. Auch bei Haus- und Feldmäusen kommt es zu Kollidrausschüttung, ebenso bei gehetzten Katzen und Eichhörnchen. Von der akuten Ausschüttung, der Zellveränderungen (helle Zellen) erst nach einiger Zeit folgen, ist der Vollbasedow als Dauerzustand gesteigerter Zellaktivität zu unterscheiden. In Versuchen mit Methylthiourazil werden noch die Unterschiede von Ausschüttung und Proliferation der Follikel dargelegt. Die viel erörterten hellen Zellen

der Schilddrüse werden als Ausdruck der Aktivierung, nicht einer besonderen Herkunft (Sunder-Plasman) angesehen, die dunklen Zellen (Thyreozyten) als Form der Ruhezellen. Für das Verständnis der Veränderungen menschlicher Schilddrüsen, vor allem der menschlichen Basedowkrankheit, gibt das Büchlein viel neue Anregung. Prof. Dr. A. Dietrich

Prof. Dr. med. Karl Scheele: „Von der Angst der Kranken.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1949, 76 S., kart. DM 4.80.

Die Arbeit befaßt sich mit dem seelischen Zustand der Kranken, besonders vor Operationen. Es wird darauf hingewiesen, welche Bedeutung der richtigen Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit für den Heilungsverlauf zukommt und welche Aufgabe damit dem Arzt zufällt. Nach einer kurzen Erörterung über die Angst und ihre Auswirkung auf den Körper wird das Verhalten des Arztes bei der Unter-

suchung besprochen, wie weit er den Kranken über seine Krankheit aufklären soll, wie weit er in der Lage ist, ihm die Angst vor Verstümmelung oder Entstellung zu nehmen, wie er der Angst vor dem Sterben begegnen kann. Außerdem beschäftigt sich der Autor mit dem Aufenthalt des Kranken im Krankenhaus, mit den Anforderungen, die an das Pflegepersonal und die Unterbringung gestellt werden müssen. Es wird ferner besprochen, daß auch die Rekonvaleszenz ärztlicher Führung bedarf, um die Patienten wieder ins Leben und in die Arbeit einzugliedern. In einem besonderen Kapitel wird noch die Frage der Sozialversicherung und die Gutachter Tätigkeit erörtert.

Wenn auch die gegebenen Richtlinien selbstverständlich erscheinen, so ist eine solche Zusammenfassung wie die vorliegende begrüßenswert, da nicht oft genug darauf hingewiesen werden kann, daß der Beruf des Arztes sich nicht im rein Medizinischen erschöpft. Dr. Gertrud Scharpff

Bekanntmachungen

Achtung Grippe!

Wir verweisen die Kollegen auf den Aufsatz von Professor Dennig „Über Grippe und verwandte Krankheiten“, Heft 1/1949, Seite 2. Das dort Gesagte gilt auch heute noch.

Buchführung des Arztes ab 1. Januar 1951

Wir weisen darauf hin, daß die Finanzbehörde ab 1. Januar 1951 Aufzeichnungen der Bareinnahmen täglich in Einzelbeträgen unter Beifügung des Namens des Einzahlers verlangt.

Fortbildungskursus für Werksärzte

Im Einvernehmen mit dem Herrn Sozialminister und dem Herrn Arbeitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen führt die Akademie für Staatsmedizin Düsseldorf in der Zeit vom 19. bis 24. Februar 1951 einen Fortbildungskursus für Werksärzte durch.

An diesem Lehrgang, der bei Bedarf wiederholt werden soll, sind zunächst die seit 1945 in den Betrieben neu eingestellten Werksärzte und solche Ärzte vorgesehen, die unmittelbar vor Antritt einer Stellung als Werksarzt in einem bestimmten Betrieb stehen. Den Teilnehmern wird die Möglichkeit gegeben, die neuesten Erfahrungen auf ihrem Sachgebiet kennenzulernen und durch Betriebsbesichtigungen zu erweitern.

Da die Zahl der Teilnehmer begrenzt werden muß, werden Anmeldungen zu dem Lehrgang bis zum 15. Februar 1951 erbeten, und zwar an die

Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Landeshaus, Berger Allee (Fernspr.-Nr. 10 29, Nebenstelle 3 13).

Die Teilnahme an der bei der Landesregierung (Haus der Landesregierung) eingerichteten Gemeinschaftsverpflegung ist zu einem angemessenen Preis gegeben.

Mit der Anmeldung wird um Mitteilung gebeten, ob die Vermittlung eines möblierten Zimmers gewünscht wird.

Die Teilnehmergebühr beträgt voraussichtlich 30.— DM, die vor Beginn des Lehrganges zu entrichten ist.

Akademie für ärztliche Fortbildung

Am Freitag, den 2. März 1951 spricht Herr Prof. Dr. Vonkennel, Köln, um 20 Uhr im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestr. 18 über „Fort-schritte der Therapie der Hautkrankheiten“.

Einführungslehrgang

in die Verfahren der Naturheilkunde und Homöopathie

Vom 4. bis 10. März 1951 findet in München, Anthropologisches Institut der Universität, Richard-Wagner-Str. 10/I, Hörsaal, obgenannter Einführungslehrgang statt.

Kursgebühr DM 40.—. Für Ärzte in unbezahlter Stellung und

Teilnehmer des früheren Kurses die Hälfte. Privatquartiere ab DM 2.50 oder Hotel ab DM 5.—.

Nähere Auskunft erteilt das Sekretariat des Lehrgangs, München 8, Langerstr. 7, Tel. 4 45 70.

Urologischer Fortbildungskursus für praktische Ärzte in Tübingen

Samstag, den 10. März 1951

Beginn 9.15 Uhr in der Chir. Univ.-Klinik: Einführung und klinische Vorweisungen.

14.30 Uhr: Vorführung von Operationen, Elektrosektionen, Cystoskopische Demonstrationen und klinische Visite.

20.00 Uhr gemeinsames Abendessen.

Sonntag, den 11. März 1951

Vormittags: Klinische Vorweisungen mit gemeinsamer Aussprache.

Da nur beschränkte Teilnehmerzahl möglich, wird um rechtzeitige Anmeldung gebeten an: Doz. Dr. Staehler, Tübingen, Leiter der Urolog. Abt. der Chir. Univ.-Klinik.

Ärztliche Fortbildungskurse für Ganzheitsmedizin in Berchtesgaden

16.—22. März 1951

Thema: Behandlung der Gefäßerkrankungen unter dem Gesichtswinkel der Ganzheitsmedizin.

19.—26. September 1951

Thema wird noch bekanntgegeben.

Amtsarztlehrgang an der Akademie für Staatsmedizin Düsseldorf

Der 10. Lehrgang zur Ausbildung von Amtsärzten an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird in der Zeit vom 17. April bis 27. Juli 1951 durchgeführt mit einer Unterbrechung von Samstag, den 28. April, bis einschließlich Sonntag, den 6. Mai 1951.

Anmeldungen zu diesem Lehrgang werden unter gleichzeitiger Vorlage der personellen Unterlagen bis zum 15. März 1951 erbeten. In besonders gelagerten Fällen werden Anmeldungen auch über diesen Zeitpunkt hinaus angenommen.

Die Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung ist zu einem recht angemessenen Preise gegeben. Wünsche um Vermittlung eines möblierten Zimmers sind frühzeitig kundzutun, spätestens bis zum 1. April 1951.

Die Anmeldung ist zu richten an: Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Landeshaus (Fernspr. 10 29, Nebenanschluß 3 13).

Die Teilnahmebedingungen können bei der gleichen Stelle angefordert werden.

Der Präsident
gez.: Dr. Gerfeldt

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44 und 760 45

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Stuttgart-Innenstadt	Facharzt für Chirurgie
" "	prakt. Arzt
" "	prakt. Arzt
Stuttgart-Gaisburg	prakt. Arzt
Stuttgart-Vaihingen	Facharzt für Frauenkrankheiten
Stuttgart-Zuffenhausen	Facharzt für Orthopädie
Stuttgart-Neckarvororte	Facharzt für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten
Crailsheim	prakt. Arzt
Göppingen	Facharzt für Frauenkrankheiten
"	Facharzt für Kinderkrankheiten
Heilbronn	Facharzt für Röntgenologie
Leonberg	Facharzt für Augenkrankheiten
Kornwestheim Kr. Ludwigsburg	Facharzt für Frauenkrankheiten
Bietigheim " "	Facharzt für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten
Bönnigheim " "	Facharzt für Chirurgie
Ulm/D.	Facharzt für Röntgenologie
Sersheim Kr. Vaihingen	prakt. Arzt

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um drei der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 15. März 1951 bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, einzureichen.

Verbotene Okklusivpessare

Das Innenministerium Württemberg-Baden hat um Aufnahme folgender Notiz gebeten:

„In letzter Zeit hat die Firma Gynopharm, Berlin NW 40, an Ärzte in Württemberg-Baden Angebote über Okklusivpessare Marke „Sorenenfrei“ versandt. Es handelt sich um ein Stielpessar (Intrauterinpessar), das unter das Verbot der Pol.VO. über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung von Schwangerschaften vom 21. Januar 1941 (RGBl. I S. 63) fällt. Der Verkauf derartiger Pessare sowie das Einsetzen oder Einlegen durch Ärzte ist nach dieser Verordnung untersagt und unter Strafe gestellt. Nach den bisherigen ärztlichen Erfahrungen sind Intrauterinpessare gesundheitsschädlich, da sie stets als Fremdkörper im Cervixkanal wirken.“

Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht

Das Innenministerium Württemberg-Baden legt Wert auf Bekanntgabe folgender Mitteilung:

„Die Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht und die Betreuung Süchtiger obliegt den Gesundheitsämtern. Diese führen Listen über die ihnen bekanntgewordenen Fälle von Betäubungsmittelsucht und Suchtverdacht und sind in der Lage, den Ärzten hierüber Auskunft zu geben. Sollten in der Sprechstunde Personen um Verschreibung von Betäubungsmitteln nachsuchen, die hinreichend verdächtig sind, Betäubungsmittel nur zur Befriedigung einer Sucht zu verwenden, so empfiehlt es sich, mit der Verschreibung von Betäubungsmitteln zurückhaltend zu sein und umgehend das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen, damit der

Angelegenheit von dort aus nachgegangen werden kann. Feststellung der Personalien der betreffenden Person durch Vorlage der Kennkarte ist in solchem Falle unbedingt erforderlich. Das Gesundheitsamt wird dann nach Aufklärung des Sachverhalts die notwendigen Schritte unternehmen, wobei gegebenenfalls, d.h. im Falle des Verdachts des Vorliegens einer strafbaren Handlung, auch die Polizeibehörden eingeschaltet werden müssen. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, daß suchtvverdächtige und süchtige Personen als Kranke anzusehen und zunächst als solche zu behandeln sind. Die sofortige Benachrichtigung der Kriminalpolizei sollte nur dann erfolgen, wenn einwandfrei feststeht oder wenigstens dringender Verdacht besteht, daß der betreffende Patient durch Betrug oder Täuschung des Arztes unrechtmäßig in den Besitz von Betäubungsmitteln gelangen wollte. In Zweifelsfällen ist es schon zur Vermeidung von Mißgriffen und Unannehmlichkeiten zweckmäßig, zunächst nur das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen oder dort Erkundigungen einzuziehen.

In diesem Zusammenhang kann nicht genug davor gewarnt werden, im Sprechzimmer Rezeptformulare oder sogar solche mit Blankounterschrift des Arztes versehen offen auflegen zu lassen. Nicht selten ist es Süchtigen gelungen, sich Blankorezepte anzueignen, indem sie den behandelnden Arzt unter einem Vorwand für einen Augenblick zum Verlassen des Behandlungszimmers veranlassen. Die Süchtigen legen dann verfälschte Rezepte in den Apotheken vor und gelangen fast immer zum Ziel, da die Fälschungen meistens nicht erkannt werden. Durch dieses Verhalten der Ärzte gelingt es Süchtigen immer wieder, auf verhältnismäßig einfache Weise in den Besitz von Betäubungsmitteln zu gelangen. Finanzielle Schädigungen von Arzt und Apotheker und Unannehmlichkeiten mit der Polizei sind dann die Folgen.“

Medizinisches Landesuntersuchungsamt in Stuttgart

Mit der Führung der Vorstandsgeschäfte ist vom 1. Febr. 1951 an Med.-Rätin Dr. Elisabeth Haug beauftragt worden.

Gemeinsame Sitzung der Vorstände der Ärztekammer Nord-Württemberg und der Kassenärztl. Vereinigung Landesstelle Württemberg am 9. Januar 1951

Dauer 19—1.40 Uhr

1. Hauptthema war der Bericht Dr. Rökens über seine Iran-Reise vom 23. Oktober bis 18. Dezember 1950. Dr. R. hat die dort arbeitenden deutschen Kollegen besucht und ausgiebige Besprechungen mit den maßgeblichen persischen Stellen gehalten.

In seinem umfassenden, von gründlicher Sachkenntnis getragenen Referat gibt Dr. Rökens zunächst einen Überblick über Geographie und Geschichte des Landes, über Wirtschaft, Pflanzen- und Tierwelt, Handel, Verkehr, Religion, Kunst, politische Verhältnisse, Hygiene und Organisation des Gesundheitswesens. — Zum eigentlichen Thema kommend, kann er berichten, daß sich die 36 deutschen Ärzte im Iran recht gut eingeführt haben. Sie erfreuen sich auch sehr regen Zuspruchs (im Durchschnitt 120 Kranke pro Tag). — Die sorgfältige Auswahl und Vorbereitung der Ärzte hat sich bewährt: die persischen Organisationen beabsichtigen, in Zukunft in der Hauptsache deutsche Ärzte ins Land zu rufen; der Bedarf ist recht groß; er kann noch lange Zeit nicht aus dem eigenen Land gedeckt werden. Es sollen jetzt jedoch neben der — französisch orientierten — Landes-Universität Teheran in der Provinz auch eine Reihe medizinischer Akademien ausgebaut werden. Hier eröffnet sich ein aussichtsreiches Tätigkeitsfeld für qualifizierte akademische Lehrkräfte!

Wenn jetzt, wie wir hoffen, immer noch mehr deutsche Ärzte im Iran Arbeit finden werden, müssen wir überlegen, wie wir ihnen möglichst günstige Arbeitsbedingungen verschaffen, wie wir auch im fremden Land eine schützende Hand über ihnen halten und vor allem auch, wie wir die Auswahl und die Einarbeitung gestalten. Wenn die deutschen Ärzte „ihr Gesicht“ behalten sollen, darf es keine Versager geben. Es dürfen nur menschlich und wissen-

schaftlich geeignete Ärzte hinausgehen, sie müssen Gelegenheit zur Vorbereitung und Einarbeitung erhalten, und sie müssen schon gleich bei Arbeitsaufnahme über eine vollwertige Ausrüstung verfügen. Klein anfangen würde die psychologischen Voraussetzungen von vornherein zu sehr verschlechtern. — Aus allen diesen Gründen bittet Herr Röken, zu erwägen, ob nicht die westdeutsche Ärzteschaft die Verantwortung für diese Auslandsarbeit übernehmen sollte. —

Präsident Dr. Neuffer dankt Herrn Röken sehr herzlich für sein hochinteressantes Referat und für seine großen Verdienste in dieser Angelegenheit. — Das Präsidium des deutschen Arztetages oder die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern werden in naher Zukunft mit dieser Frage sich zu befassen haben. — Alle Anwesenden würden es sehr begrüßen, wenn bald von diesen Organisationen eine Auslandsdienststelle der deutschen Ärzteschaft geschaffen und als deren Sitz Stuttgart bestimmt würde. Für die Leitung dieser Dienststelle hat sich durch seine Leistungen an erster Stelle Kollege Dr. Röken empfohlen.

2. Dr. Schwoerer: Die Urteilsbegründung im Prozeß gegen Dr. Koebner ist jetzt eingegangen. Zur Vorgeschichte wird darin gesagt, daß das fehlerhafte Verhalten mancher Behörden dem Kläger (Dr. K.) manchen Vorteil zu Unrecht verschafft hat. Es erhebt sich die Frage, ob die Ärzteschaft den Fiskus auf Grund dieses Urteils auf Schadenersatz verklagen soll — was an sich möglich wäre. Nach reiflicher Überlegung wird davon abgesehen.

Im weiteren Verlauf der Sitzung werden noch einige Kammerangelegenheiten bearbeitet.

3. Dr. Caalen: Ehrenratsangelegenheiten.

4. Dr. Schröder berichtet über den Abschluß des Vertrages mit dem Verlag Enke. Der Beitrag der Ärzteschaft für das Südwestdeutsche Arzteblatt fällt weg; ab Mitte 1951 kommt der Verlag auch für Autorenhonorar und Schriftleitungskosten auf.

5. Ein Antrag eines Kollegen auf Übernahme einer Bürgerschaft wird von einer Kommission genau geprüft und dann über ihn entschieden werden.

6. Das Rote Kreuz hat um einen Beitrag gebeten. Hierzu soll die Meinung einiger prominenter ärztlicher Mitglieder eingeholt werden, vor allem auch im Hinblick auf ein Mitspracherecht.

7. Dr. Mayers „Geistige Grundlagen des Arztrechts“ werden neu aufgelegt werden. Auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern werden DM 200.— als Beitrag zum Autorenhonorar zur Verfügung gestellt in Würdigung der alten Verdienste Dr. Mayers um die Sache der Ärzteschaft. Dr. Hämmerle

15. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg am 23. Januar 1951, 19—0,30 Uhr

Dr. Krahn: 1. Ehrenratsangelegenheiten. In drei Fällen wird Einleitung eines Verfahrens beschlossen; in einem Fall schwerer Verfehlung wird bei der zuständigen Behörde Entziehung der Approbation beantragt werden.

2. Anklageschrift und Urteilsabschrift bei Ehrenratsverfahren wird künftig den Kreisärzteschaftsvorsitzenden zur vertraulichen Kenntnisnahme unter Rückerbittung übersandt, danach jedoch bei der Ärztekammer wieder unter Verschluss genommen werden. Die Kreisärzteschaftsvorsitzenden haben damit die Möglichkeit, einerseits z. B. die Wahl ungeeigneter Persönlichkeiten zu Delegierten usw. zu verhüten, zum anderen können sie auf Grund ihrer genaueren Kenntnis des Sachverhalts Kollegen vor übler Nachrede und ungerechtfertigter Verdächtigung schützen.

3. Eine „Deutsche Akademie für Kosmetik“ in Stuttgart wurde vom Kultministerium staatlich genehmigt. Es sind jetzt Bedenken entstanden über die Zweckmäßigkeit dieser Genehmigung. Den beteiligten Ärzten wurde geraten, zunächst besser von einer Mitwirkung abzusehen. Die Angelegenheit wird weiter beobachtet werden. Mit der Klärung sind die amtlichen Stellen befaßt.

4. Einem Antrag, auf dem Arztschild sich als „Bahnarzt u. prakt. Arzt“ bezeichnen zu dürfen, kann mit Rücksicht auf die Berufsordnung nicht zugestimmt werden.

5. Bericht über Bemühungen, einen zweiten Arzt als Kan-

didaten für den Stuttgarter Gemeinderat aufzustellen. Erfolg noch unbekannt.

6. Der Rechtsberater der Ärztekammer hat einen Ruf nach Karlsruhe erhalten. Es wird beraten, wem jetzt die Rechtsberatung der Kammer übertragen werden soll. Noch keine endgültige Entscheidung.

7. u. 8. Präsident Dr. Neuffer berichtet über eine sehr würdig verlaufene Gedenkfeier, die für den Kollegen Dr. Wester in Köln gehalten wurde, sowie über die Tagung der Gesamtvorstände der Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern und der Landesstellen der KV'en des Bundesgebietes in Köln. Die Hauptgeschäftsstellen beider Organisationen werden nach Köln verlegt werden. — Dem Hartmannbund ist dringend nahegelegt worden, sich anzuschließen. Angesichts der innenpolitischen Lage, vor allem auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, sei die Geschlossenheit der westdeutschen Ärzteschaft unbedingt notwendig, um der Gefahr einer Zersplitterung von vornherein zu begegnen. Diesem ernststen Problem galten mehrere Besprechungen. Die weitere Entwicklung ist noch nicht abzusehen.

9. Sitzungstag für den Vorstand der AK Nord-Württemberg E. V. bleibt der Dienstag.

10. Nach dem für 1950 geltenden Recht bleiben aus öffentlichen Kassen bezahlte Aufwandsentschädigungen und Reisekosten steuerfrei, nicht jedoch Entschädigungen für Verdienstausschlag und Zeitverlust.

11. Mit der Finanzbehörde Württemberg-Baden wurde die Frage besprochen, ob die Steuerprüfer das Recht haben sollten, die Kartei der Ärzte einzusehen. Nach unserem Standpunkt handelt es sich hier weniger um eine Angelegenheit des Arztes als des Patienten, der ein Recht auf Wahrung des ärztlichen Geheimnisses hat. — Das Bundesfinanzministerium scheint gewillt zu sein, zur Diskussion hierüber Vertreter der Ärzteschaft beizuziehen.

12. Dr. Möbius: Personelle Veränderungen bei Kreisärzteschaften und in der Delegiertenversammlung.

13. Kleinere Einzelanträge.

14. Schwangerschaftsunterbrechung aus medizin. Indikation. In unserem Entwurf war vorgesehen, den Gesundheitsämtern die Erledigung des Schriftverkehrs zu übertragen. Wie sich jetzt herausstellte, haben alle anderen Ärztekammern des Bundesgebietes eine interne Regelung ohne Beteiligung der Gesundheitsämter vorgezogen und sich gegen unseren Entwurf ausgesprochen. Es sollen Erkundigungen eingezogen werden, wie sich das Verfahren bei den anderen Kammern bewährt.

15. Präsident Dr. Neuffer hat anlässlich der Regierungsbildung in Württemberg-Baden an den Herrn Ministerpräsidenten sowie an die Herren Innen- und Arbeitsminister Glückwunschsadressen gerichtet und dabei Gelegenheit genommen, auf einige wichtige Probleme des Gesundheitswesens und der ärztl. Organisation aufmerksam zu machen. Von zwei Herren wurde bereits liebenswürdig und ausführlich gedankt.

16. Für 7. Mai 1951 ist eine Tagung der Weltgesundheitsorganisation in Genf vorgesehen. Der Weltärztebund hat gebeten, einen deutschen Vertreter zu entsenden.

17. In einem Ort Nord-Württembergs wurde ohne Wissen der Ärzteschaft und ohne daß überhaupt ein Arzt zugegen war, eine Volksröntgenuntersuchung veranstaltet, wobei auf die Gefühle der Frauen nicht die wünschenswerten Rücksicht genommen wurde. Das Innenministerium wird gebeten werden, die Gesundheitsämter verantwortlich mit der Aufsicht über die Volksröntgenuntersuchungen zu betrauen.

18. Dr. Knospe: Für Ärztinnen, die mit Ärzten verheiratet sind, aber keinerlei Praxis ausüben, soll künftig der jährliche Kammerbeitrag auf DM 3.— herabgesetzt werden. Dr. Hämmerle

38. Sitzung des Vorstandes der KV-Landesstelle Württemberg am 25. Januar 1951, 19—0,50 Uhr

1. Dr. Neuffer berichtet über die in Köln gehaltene Feierstunde für Dr. Wester und deren würdigen Verlauf.

2. Er berichtet ferner über Sitzungen der ärztlichen Spitzenorganisationen, die am 14. und

15. Januar in Köln abgehalten wurden (s. Bericht über Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer vom 23. Januar 1951).

Die SPD hat im Bundestag beantragt, die Krankenversicherungs-grenze von DM 375.— auf DM 600.— zu erhöhen. Die westdeutsche Ärzteschaft hat einen Aktionsausschuß gebildet, der sich mit diesen Bestrebungen befassen soll. Der Ausschuß hat bereits im Bundesarbeitsministerium vorgeschlagen und dort des längeren konferiert.

Die Angelegenheit wird in der Ärzteschaft berechtigte Unruhe auslösen. Um den nordwürttembergischen Kreisärzteschaftsvorsitzenden näheren Aufschluß geben zu können, wird für den 3. Februar eine Forumveranstaltung beschlossen.

3. Prof. Dr. Beckmann hat sein 60. Lebensjahr vollendet. In dankbarer Würdigung seiner unermüdeten und aufopferungsvollen Mitarbeit in der Ärzteorganisation hat ihm die Ärzteschaft Nord-Württembergs ihre herzlichsten Glückwünsche ausgesprochen. Sie wurden von den Herren Dr. Neuffer und Dr. Schwoerer persönlich überbracht.

4. Anlässlich der Neubildung der Regierung Württemberg-Badens wurden Glückwunsch-Schreiben an mehrere Minister abgesandt (s. Bericht AK v. 23. 1. 1951).

5. Das Grundstück Jahnstr. 32 ist jetzt, entsprechend dem Beschluß der Abgeordnetenversammlung, in den Besitz der KV Landesstelle Württemberg, übergegangen. Privatärztl. Verrechnungsstelle, Hartmannbund und Pressestelle haben den Wunsch ausgesprochen, es möge auf dem Grundstück in Bälde ein Bürohaus errichtet und ihnen dort Räume zur Verfügung gestellt werden. Namhafte Bauzuschüsse wurden — als Vorschuß auf die später zu entrichtende Miete — in Aussicht gestellt. — Angesichts der allgemeinen Raumnot, unter der auch die Tätigkeit der eigenen Büros der KV nachgerade zu leiden beginnt, steht der Vorstand diesen Vorschlägen positiv gegenüber. Eine Kommission für Grundstücksangelegenheiten wird gebildet (Dr. Schwoerer, Dr. Weik, Dr. Röken).

6. Sitzungstag des KV-Vorstandes bleibt der Dienstag; Ausweichtag: Donnerstag, Montag und Freitag bleiben grundsätzlich sitzungsfrei, so daß die Kreisärzteschaften an diesen Tagen Versammlungen in Aussicht nehmen können. Der Samstag bleibt offen für Vollversammlungen und Forumveranstaltungen.

7. Steuerliche Behandlung von Aufwandsentschädigungen usw. (s. Bericht AK v. 23. 1. 1951).

8. Dank einer alten verdienten Angestellten für Zuwendungen aus dem Sozialfonds.

9. Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des Ausschusses für Krankenversicherung bei der LVA am 21. Dezember 1950. — Die Rücklagen der RVO-Kassen umfassen zur Zeit erst wieder ca. 50% des Solls (Betriebsmittel für 26 statt 45 Tage). — Das Abkommen über die Rentner-Krankenversicherung ist von uns gekündigt worden. Vorsorglich müssen wir ab 1. Januar 1951 bei Behandlung von Rentnern alle Einzelleistungen eintragen.

10. Dr. Knospe: Aus der Tätigkeit des Disziplinausschusses: U. a. mußte ein Kollege mit einer empfindlichen Geldbuße belegt werden, weil er aus Gutherzigkeit einem nichtzugelassenen Kollegen wiederholt eine große Zahl Blanko-Rezepte überlassen hatte.

11. Zulassungsangelegenheiten.

12. Honorierung von Kassenärzten, die konsiliarisch zur Behandlung bzw. Untersuchung von Krankenhauspatienten zugezogen werden: Zuständig ist das Krankenhaus in allen jenen Fällen, wo die ärztliche Behandlung im Verpflegungssatz mitenthalten ist. Vielerorts hat sich leider der Mißbrauch gehalten, daß die konsiliarisch zugezogenen Ärzte

ihre Leistungen über die KV verrechnen, zuungunsten der Gesamtärzteschaft und zugunsten des betr. Krankenhauses. Hier wird jetzt Wandel geschaffen. — Der persönlich anwesende Vertreter einer Kreisärzteschaft beklagt sich über Härten, die durch zu abruptes Vorgehen in seinem Kreis zu entstehen drohen. — Nach eingehender Beratung wird eine befristete Übergangslösung beschlossen.

13. Dr. Schwoerer: Verhandlungen mit einigen der größten Stuttgarter Krankenanstalten hatten u. a. folgendes Ergebnis: Ab 1. Januar 1951 werden die ärztlichen Leistungen von den Krankenhausärzten unmittelbar mit der KV abgerechnet; sie fallen unter Quote und Ertragsstaffelkürzung. — Unkosten für Röntgenleistungen und Ekg werden um 10% gekürzt. — Gebühren für Laboratoriums- und elektroph. Leistungen unterliegen der Quote. — Damit ist eine Angleichung an die Verhältnisse bei den freipraktizierenden Ärzten erreicht und ein gewisses Ärgernis beseitigt worden.

14. Die Krankenhausärzte in Plochingen können an der kassenärztlichen Versorgung erst beteiligt werden, wenn die Krankenhausverwaltung mit einer Regelung sich einverstanden erklärt, die der eben beschriebenen (Pkt. 13) etwa entspricht.

15. Regreßansprüche u. Honorarfragen. „Aufnahmeuntersuchung“ und „Nachbehandlung“ vor und nach Krankenhausbehandlung sind keine Leistungen, die zur Entgegennahme eines Krankenscheins berechtigen; dies wurde von der Arbeitsgemeinschaft, Bad Nauheim, in der Antwort auf eine Anfrage eindeutig klargestellt.

Bei der Einweisung ins Krankenhaus darf und muß ein Überweisungsschein daher nur in jenen Fällen mitgegeben werden, wo der Krankenhausarzt seine stationären Leistungen mit der KV abzurechnen hat (Belegärzte). Es wird beschlossen, eine Liste dieser Ärzte demnächst bekanntzugeben. — Ausstellung eines Überweisungsscheins ist dagegen unstatthaft in allen anderen Fällen, wo nämlich das Honorar für die ärztliche Versorgung im Verpflegungssatz bereits mitenthalten ist und dem Krankenhausarzt in Form seines Gehaltes zugeführt wird.

16. Beratung über geforderte Aufwertung eines Pensionsanspruches an den ehemaligen Württembergischen Ärzteverband. — Wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Falles soll die Rechtslage vor einer Entscheidung nochmals mit dem Justizrat der Arbeitsgemeinschaft in Bad Nauheim erörtert werden.

Dr. Hämmerle

Sport-Ärzte-Tagung

Anlässlich einer Tagung in Stuttgart-Degerloch am 3. Dezember 1950 wurde die „Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte“ aufgelöst und die Gründung des „Südwestdeutschen Sportärzte-Verbandes“ vorgenommen, der dem in Hannover gebildeten „Deutschen Sport-Ärzte-Bund“ angehört.

Zu Vorstands-Mitgliedern wurden gewählt:

Prof. Dr. Heiss	(1. Vorsitzender)
Dr. Baumann	(2. Vorsitzender)
Dr. Liebert	(Schriftführer und Kassenwart)

sämtlich in Stuttgart.

Innerhalb des Verbandes wurden Untergruppen gebildet. Nähere Mitteilung darüber wird an dieser Stelle erfolgen.

Professor Dr. Heiss berichtete dann über die geleistete sportärztliche Arbeit.

Professor Dr. Ostertag, Tübingen, hielt ein Referat über „Sportschäden und plötzlichen Tod beim Sport vom Standpunkt des Pathologen“.

Ferner sprach der Referent für Sport-Angelegenheiten im Schulunterricht beim Kultministerium, Herr Kiefer, über das Verhältnis Sportarzt und Erzieher.

Dr. Liebert

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-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 bestandem 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 in das 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 Überprüfung 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 10.— DM 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:

Urach	Facharzt f. Augenkrankheiten
Ravensburg	Facharzt f. Nerven- u. Geisteskrankheiten
Ravensburg	Facharzt f. Orthopädie
Ravensburg	Facharzt f. Lungenkrankheiten
Schweningen	Facharzt f. Innere Medizin
Obermarchtal Kr. Ehingen	prakt. Arzt
Trossingen Kr. Tuttlingen	prakt. Arzt
Tübingen-Derendingen	prakt. Arzt
Ehingen a. D.	prakt. Arzt (direkter Abkömmling vorhanden)
Schramberg	prakt. Arzt (direkter Abkömmling vorhanden).

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 4. März 1951, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Tübingen, Rottenburger Str., Abt. Zulassungsausschuß, einzureichen.

Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß

Bericht über die Vollversammlung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern am 21. Januar 1951 in Tübingen

Die Kammer nimmt ausführlich Stellung zu dem Entwurf einer Ausführungsvorschrift zur Durchführung des Ehrenrechtsverfahrens, das ihr vom Innenministerium Württemberg-Hohenzollern zur Stellungnahme zugeleitet wurde, und macht hierzu verschiedene Abänderungsvorschläge.

Desgleichen faßt die Kammer folgenden Beschluß:

„Einrichtung von Gutachterkommissionen für Schwangerschaftsunterbrechungen.“

1. Nach feststehender Rechtsprechung ist die Unterbrechung einer Schwangerschaft zulässig und als übergesetzlicher Notstand straffrei, wenn sie von einem approbierten Arzt vorgenommen wurde und nach den Regeln der ärztlichen Kunst das einzige Mittel ist, die Schwangere vor einer schweren und voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung zu bewahren oder eine ernste Gefahr für ihr Leben abzuwenden. Voraussetzung ist die Einwilligung der Schwangeren, es sei denn, daß ihre Einholung nach den tatsächlichen Verhältnissen nicht möglich und ein sofortiger Eingriff für das Leben und die Gesundheit der Schwangeren notwendig ist.

2. Nachdem das Bestehen einer gesetzlichen Regelung für die Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen in Württemberg-Hohenzollern zweifelhaft ist, erachtet es die Ärztekammer für ihre Pflicht, hier ordnend einzugreifen.

3. Die Gründe hierfür sind folgende:

Die Häufung von Straf- und Ehrenverfahren wegen Abtreibung zeigt, daß die Gefahr des Mißbrauches groß ist, wenn die Entscheidung bei Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen dem alleinigen Ermessen eines einzelnen Arztes ohne Kontrolle durch bewährte Ärzte überlassen ist.

Die Gefahr des Mißbrauches ist geeignet, auch untadelige Ärzte bei solchen Schwangerschaftsunterbrechungen vor den Gerichten und der Öffentlichkeit in ein falsches Licht zu bringen, da ohne Fachleute als Zeugen die medizinische Indikation nachträglich sehr schwer einwandfrei nachzuweisen ist. Diese Ärzte hat die Ärztekammer zu schützen.

4. Die Ärztekammer beschließt deshalb die Errichtung von Gutachterstellen in den einzelnen Kreisvereinen für die Frage der Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen.

5. Sie beauftragt den Kammervorstand, auf Vorschlag der Kreisvereine für jeden Kreisverein einen approbierten Arzt als Leiter der Gutachterstelle zu ernennen und je eine Gutachterliste aufzustellen, in der möglichst alle Fachgebiete vertreten sind.

6. Das Verfahren der Gutachterstelle ist auf schriftlich begründeten Antrag eines approbierten Arztes einzuleiten. Der Leiter der Gutachterstelle wählt alsdann aus der Gutachterliste 2 Gutachter aus, und fordert von ihnen schriftliche Gutachten an. Einer der beiden Gutachter soll Facharzt auf dem für die Beurteilung des Falles maßgebenden Krankheitsgebiet sein.

Die Gutachten sind auf Grund persönlicher Untersuchung der Schwangeren abzugeben. In möglichst gemeinsamer Beratung ist der Fall alsdann zu entscheiden, ob die Schwangerschaftsunterbrechung erforderlich ist. Diese Entscheidung ist protokollarisch mit Begründung festzulegen und von den Beratern zu unterzeichnen. Abschrift dieses Protokolls ist dem beantragenden Arzt zu übersenden.

Gutachten und Protokoll sind im Original dem Arzt zur Einsicht zu übersenden, der für die Unterbrechung der Schwangerschaft vorgesehen ist.

7. Jede Unterbrechung der Schwangerschaft, die auf Grund einer Entscheidung der Gutachterstelle erfolgte, ist binnen 3 Tagen von dem Arzt, der sie vorgenommen hat, unter Rückgabe der Akten dem Leiter der Gutachterstelle schriftlich zuzustellen und an den zuständigen Amtsarzt zu melden. Der Leiter der Gutachterstelle hat alsdann die entstandenen Gutachten und das Protokoll der Ärztekammer zur Aufbewahrung zu übersenden.

8. Die personelle Besetzung der Gutachterstellen wird den zuständigen Kreisvereinen mitgeteilt und nicht in den Standesblättern veröffentlicht.

Dem Innenministerium ist die Bildung von Gutachterstellen mitzuteilen mit der Bitte, die Amtsärzte und das Justizministerium entsprechend zu verständigen.

Des weiteren beschließt die Kammervollversammlung den Etat für 1951 und die Beitragsfestsetzung.

Die Kammer tritt korporativ dem Würt. Verein der Freunde des human. Gymnasiums bei, desgleichen empfiehlt sie den

Ärzten den Beitritt zur Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte.

Zum Schluß berichtet Dr. Borck über den derzeitigen Stand der Versorgungsfrage.

Satzung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

§ 1

Rechtsstellung und Sitz

(1) Die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ihr Sitz ist in Tübingen (§ 4 KG¹).

(2) Sie führt die Geschäfte unter der Bezeichnung „Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern“. Ihr Siegel erhält diese Bezeichnung rund um das Landeswappen.

§ 2

Zuständigkeit und Aufgaben

(1) Die Aufgabe der Ärztekammer ist die Vertretung und die Förderung der ärztlichen Berufsinteressen sowie die Behandlung aller Angelegenheiten, die den ärztlichen Beruf, die Pflege des Gemeinsinns innerhalb des Berufs, die wissenschaftliche Fortbildung, die Wahrung der Berufsehre und die Mitwirkung bei der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen.

(2) Die Ärztekammer ist befugt, innerhalb ihres Aufgabenkreises, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Stellen zu richten.

(3) Die Ärztekammer kann durch Satzung (§ 7 KG) Wohlfahrtseinrichtungen für die Berufsangehörigen und ihre Familien schaffen mit Ausnahme von Alters-, Witwen- und Unfallversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsrenten.

(4) Bestehende Wohlfahrtseinrichtungen können von der Ärztekammer übernommen werden.

§ 3

Zahl der Mitglieder der Kammer und ihrer Ersatzmänner

(1) Die Ärztekammer besteht aus

1. den Mitgliedern, die aus den von den ärztlichen Kreisvereinen durchgeführten Wahlen hervorgehen,

2. einem Vertreter der Landesuniversität.

(2) Die Zahl der nach Abs. 1 Ziff. 1 zu wählenden Mitglieder beträgt höchstens 24. Davon ist ohne Rücksicht auf die Zahl der vorhandenen wahlberechtigten Ärzte von jedem Kreisverein ein Vertreter, die übrigen Mitglieder sind auf einer Landesliste zu wählen. Das Nähere ergibt sich aus § 9 der Wahlordnung.

(3) Der Vertreter der Landesuniversität wird nebst einem Ersatzmann von der Medizinischen Fakultät gewählt (§ 13 Abs. 1 KG).

§ 4

Wahlverfahren

Das Wahlverfahren ist durch die in der Anlage enthaltene Wahlordnung (WO) geregelt².

§ 5

Befreiung von der Verpflichtung zur Annahme der Wahl

Die gewählten Ärzte sind verpflichtet, die Stelle eines Mitgliedes oder Ersatzmannes der Kammer oder ihrer Organe und Ausschüsse anzunehmen und während der Wahlzeit ordnungsgemäß zu versehen. Zur Ablehnung oder vorzeitigen Niederlegung einer solchen Stelle berechtigen folgende Entschuldigungsgründe:

1. Krankheit oder Gebrechen, welche die ordnungsmäßige Vernehmung der Stelle verhindern,
2. ein Alter über 60 Jahren,
3. sonstige Verhältnisse, die nach dem Ermessen des Kammervorstandes eine Entschuldigung begründen.

§ 6

Dauer der Wahlperiode

(1) Die Wahlzeit dauert 3 Jahre.

(2) Nach Ablauf der Wahlzeit haben die gewählten Mitglieder ihr Amt bis zum Eintritt der neu gewählten Mitglieder weiter zu versehen.

¹ KG = Kamergesetz.

² Die Wahlordnung erscheint in der Märznummer.

§ 7

Eintritt der Ersatzmänner

(1) Die Kammermitgliedschaft erlischt außer in den Fällen des § 12 des Kammergesetzes,

1. für die Vertreter des Kreisvereins, wenn sie aus ihrem Wahlbezirk ausscheiden,
2. für die auf der Landesliste gewählten Mitglieder, wenn sie aus dem Kammerbezirk ausscheiden,
3. für den Vertreter der Landesuniversität, wenn er aus seinem Amt ausscheidet.

(2) Die Kammermitgliedschaft ruht, solange die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 7 RAO ruht.

(3) Scheidet ein Mitglied der Ärztekammer während der Wahlzeit aus oder ruht seine Mitgliedschaft, so tritt an seine Stelle der für ihn gewählte, auf der Landesliste der nächste Ersatzmann.

(4) Nachwahlen finden nicht statt.

(5) Wenn ein Mitglied der Ärztekammer vorübergehend an der Vernehmung seines Amtes verhindert ist, gilt als sein Stellvertreter zunächst der Ersatzmann, der im Falle des Ausscheidens des betreffenden Mitglieds nach Abs. 3 an seine Stelle treten würde.

§ 8

Zuständigkeit der Vollversammlung

Die Vollversammlung entscheidet im Rahmen des Gesetzes und der Satzung endgültig über alle Angelegenheiten der Kammer. Der Beschlußfassung der Vollversammlung bleibt vorbehalten:

1. Wahl des Vorsitzenden, seines Stellvertreters sowie des weiteren Vorstandsmitgliedes, des Schriftführers und des Rechnungsführers (§ 18 KG),
2. Wahl des Umlageausschusses (§ 19 KG),
3. Wahl der ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichts, Stellungnahme zu den Vorschlägen für die Ernennung des Vorsitzenden und höheren Verwaltungsbeamten des Ehrengerichts sowie Regelung der Vergütung für deren Tätigkeit (§ 21 KG),
4. Wahl von Ausschüssen, soweit hierzu nicht der Vorstand von der Vollversammlung ermächtigt wird,
5. Anstellung von Hilfskräften, soweit nicht der Vorstand von der Vollversammlung ermächtigt wird (§ 16 Abs. 3 KG),
6. Beiziehung von Rechtskundigen oder sonstigen Sachverständigen, soweit hierzu nicht der Vorstand ermächtigt wird (§ 16 Abs. 4 KG),
7. Festsetzung von Umlagen (§ 22 Abs. 2 KG),
8. Abnahme der Jahresrechnung, Entlastung des Rechnungsführers (§ 24 KG),
9. Festsetzung der Entschädigung der Mitglieder der Kammer, der Ehrenräte und des Ehrengerichts für bare Auslagen, Zeitversäumnis und für die Ausführung besonderer Aufträge (§ 15 Abs. 2, § 54 Abs. 2 KG); Regelung der Vergütung für die Tätigkeit der von den Ehrenräten zuzuziehenden Rechtskundigen (§ 44 Abs. 3 KG), und des als Anklagevertreter bestellten Rechtskundigen (§ 15 EGO), soweit nicht der Vorstand hierzu ermächtigt wird,
10. Aufstellung und Änderung der Satzungen (§ 7 KG),
11. Entscheidungen über Beschwerden wegen Verhängung von Ordnungsstrafen (§ 28 Abs. 2 KG),
12. Entscheidungen über Berufungen gegen die Entscheidungen des Umlageausschusses (§ 30 Abs. 3 KG),
13. Entscheidungen über Beschwerden gegen die Feststellung des Verlustes des Wahlrechts, der Wählbarkeit und der Kammermitgliedschaft bei Wegfall der Voraussetzungen (§ 12 Abs. 4 KG),
14. Genehmigung zur weiteren Ausübung des Wahlrechts, der Wählbarkeit und der Kammermitgliedschaft bei Ergreifung eines anderen Berufes (§ 12 Abs. 5, Satz 2 KG).

§ 9

Berufung und Beschlußfähigkeit der Vollversammlung

(1) Mindestens einmal in jedem Jahr hat eine Vollversammlung stattzufinden, die die Jahresrechnung abzunehmen hat. Außerdem ist die Vollversammlung zu berufen, wenn der Vorstand es für erforderlich hält oder wenigstens ein Drittel der Mitglieder es beantragt. Der Antrag ist schriftlich mit Begründung beim Vorstand einzureichen.

(2) Die Vollversammlung wird vom Vorstand einberufen. Die Einberufung wird unter Mitteilung der Tagesordnung mindestens eine Woche vor dem Sitzungstag öffentlich

bekanntgemacht oder jedem einzelnen Mitglied durch die Post zugesandt.

(3) Die Tagesordnung wird vom Vorstand festgesetzt. Anträge auf Aenderung oder Ergänzung der Tagesordnung sind mindestens 3 Tage vor der Sitzung bei dem Vorstand einzureichen. Der Vorstand ist verpflichtet, solche Anträge, wenn sie wenigstens von 8 Mitgliedern der Kammer unterzeichnet sind, auf die Tagesordnung der nächsten Vollversammlung zu setzen, und die Anträge den Kammermitgliedern womöglich noch vor der Sitzung zur Kenntnis zu bringen.

(4) Die Vollversammlung ist beschlußfähig, wenn mehr als die Hälfte sämtlicher Mitglieder anwesend oder durch Ersatzmänner vertreten ist.

§ 10

Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und einem weiteren Mitglied.

(2) Die Vorstandsmitglieder werden durch die Vollversammlung aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit geheimer Abstimmung auf die Dauer der Wahlperiode gewählt. Für die Wahl ist unbedingte Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Ergibt sich eine solche auch beim zweiten Wahlgang nicht, so kommen die beiden Personen, welche die meisten Stimmen erhalten haben, in die engere Wahl.

(3) Nach Ablauf der Wahlzeit hat der Vorstand die Geschäfte bis zur Wahl des neuen Vorstandes weiterzuführen.

(4) Scheidet ein Vorstandsmitglied während der Wahlzeit aus, so wählt die Kammer einen Nachfolger.

(5) Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn zwei Mitglieder anwesend sind.

(6) Der Vorstand hat die laufenden Geschäfte der Kammer zu erledigen, die nicht der Vollversammlung durch die Sitzung (§ 8) oder durch besondere Beschlußfassung vorbehalten oder von ihr einem anderen Organ überwiesen worden sind.

(7) Insbesondere kommt dem Vorstand zu:

1. die Einberufung und Festsetzung der Tagesordnung der Vollversammlung,
2. die Vorbereitung der in der Vollversammlung zu stellenden Anträge und Vorlagen,
3. die Aufsicht über die von der Kammer angestellten Hilfskräfte, soweit nicht hierzu der Vorsitzende vom Vorstand ermächtigt wird,
4. die Erledigung derjenigen Angelegenheiten, die wegen ihrer Dringlichkeit der Vollversammlung nicht vorher vorgelegt werden können. Hierüber erstattet der Vorstand in der nächsten Vollversammlung Bericht,
5. die Verwaltung des Vermögens der Kammer, die Anweisung der einzelnen Einnahmen und Ausgaben auf die Kasse der Kammer, soweit hierzu nicht der Vorsitzende von dem Vorstand ermächtigt wird. Für Einnahmen oder Ausgaben, die regelmäßig in gewissen Zeitabschnitten wiederkehren, und ihrem Betrag nach bestimmt sind, genügt die einmalige Anweisung mit der Bezeichnung der Verfallzeit,
6. die Verhängung von Ordnungsstrafen im Falle des § 28 Abs. 1 KG,
7. die Anforderung der vom Umlageausschuß festgesetzten Beiträge (§ 30 Abs. 1 KG),
8. die Beitreibung der Beiträge (§ 32 KG),
9. Entscheidungen über Beschwerden gegen Straferkenntnisse der Ehrenratsvorsitzenden im Vermittlungsverfahren (§ 37 Abs. 3 KG),
10. Entscheidung von Streitigkeiten über die Zuständigkeit eines Ehrenrats im Vermittlungsverfahren (§ 37 Abs. 4 KG),
11. Entscheidung über Einwendungen gegen die Wahl zum Ehrenratsmitglied (§ 15 Abs. 9 KG),
12. die Bestellung des von den Ehrenräten zuzuziehenden Rechtskundigen (§ 44 Abs. 3 KG) und des Anklagevertreters.

§ 11

Vorsitzender

(1) Der Vorsitzende und in dessen Verhinderung sein Stellvertreter leitet die Sitzungen der Vollversammlung und beruft und leitet die Sitzungen des Vorstandes. Er muß eine Sitzung des Vorstandes einberufen, wenn die beiden anderen Mitglieder es unter Angabe von Gründen beantragen. Der Vorsitzende hat die Tagesordnung der Sitzungen des Vorstandes den Mitgliedern vorher mitzuteilen.

(2) Der Vorsitzende, in seiner Verhinderung der Stellvertreter, vertritt die Kammer nach außen und vor Gericht und führt die Geschäfte. Er führt die Amtsbezeichnung „Präsident“.

(3) Insbesondere kommen dem Vorsitzenden zu:

1. die Leitung des Geschäftsganges der Kammer und des Vorstandes,
2. die Ausführung der Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes, wobei er vom Schriftführer unterstützt wird,
3. die Erledigung derjenigen Angelegenheiten, die wegen ihrer Dringlichkeit dem Vorstand nicht vorher vorgelegt werden können. Hierüber erstattet der Vorsitzende dem Vorstand in der nächsten Sitzung Bericht,
4. die Aufsicht über die Kasse und die Verwaltung des Vermögens der Kammer.

§ 12

Schrift- und Rechnungsführer, Geschäftsführer

(1) Der Schriftführer führt Niederschriften über die Sitzungen des Vorstandes und der Vollversammlung, aus denen die Anträge und die Beschlüsse in ungekürztem Wortlaut ersichtlich sein müssen. Die Niederschriften der Vollversammlung sind im Bekanntmachungsblatt der Kammer im Auszug zu veröffentlichen und aufzubewahren. Der Schriftführer führt die Anwesenheitsliste bei den Sitzungen. Er hat alle aus der Geschäftsführung der Kammer und des Vorstandes sich ergebenden schriftlichen Arbeiten zu erledigen.

(2) Dem Rechnungsführer steht die Leitung des Kassen- und Rechnungswesens zu.

(3) Die Ämter des Schrift- und Rechnungsführers können getrennt oder verbunden dem weiteren Vorstandsmitglied oder, wenn Geschäftsführer der Kammer bestellt sind, diesen übertragen werden.

(4) Die Geschäftsführer sind als solche nicht Mitglieder der Kammer. Ihre Aufgaben und ihre Vertretungsbefugnis werden vom Vorstand geregelt.

§ 13

Jahresrechnung

(1) In den Kassenbüchern sind monatliche Abschlüsse zu fertigen und in einem Hauptbuch einzutragen.

(2) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(3) Die Kassen- und Buchführung ist am Anfang jeden Jahres vom Umlageausschuß unter Zuziehung eines Rechnungsverständigen zu prüfen. Das Hauptbuch ist nach der Prüfung 14 Tage lang auf dem Büro der Arztekammer aufzulegen, damit jeder beitragspflichtige Arzt Einsicht nehmen kann. Die Auflegung des Hauptbuches und ihre Dauer ist rechtzeitig öffentlich bekanntzugeben. Die Prüfungsbemerkungen und Einwendungen der beitragspflichtigen Ärzte sind zu erledigen.

(4) Nach Beseitigung aller Anstände nimmt die Vollversammlung die Jahresrechnung auf Grund eines Berichtes, den ein von ihr aus der Zahl der Kammermitglieder zu wählender Berichterstatter über das Ergebnis der Jahresrechnung und ihrer Prüfung zu erstatten hat, ab, und erteilt dem Rechnungsführer Entlastung.

§ 14

Umlageausschuß

(1) Der Umlageausschuß besteht aus dem Vorsitzenden des Vorstandes und zwei vom Vorstand bestimmten weiteren Kammermitgliedern. Ist der Rechnungsführer Vorstandsmitglied, so gehört er dem Umlageausschuß an und ist nur ein weiteres Mitglied zu bestimmen. Der Umlageausschuß stellt anfangs jeden Jahres einen Voranschlag der Einnahmen und Ausgaben auf, prüft die Jahresrechnung unter Zuziehung eines Rechnungsverständigen und nimmt mindestens einmal im Jahr eine unvermutete Kassenprüfung vor.

(2) Der Umlageausschuß setzt die einzelnen Beträge fest, Einsprüche oder Anträge auf Stundung, Ermäßigung oder Erlaß der Beiträge sind binnen zwei Wochen nach Anforderung beim Vorstand einzubringen, der die Entscheidung des Umlageausschusses einholt.

§ 15

Ehrenräte

(1) Für den Bereich eines jeden Kreisvereins oder mit Genehmigung des Kammervorstandes für mehrere Kreis-

vereine gemeinsam wird ein Ehrenrat gebildet, der aus einem Vorsitzenden und zwei Beisitzern besteht. Für jedes Ehrenratsmitglied ist ein Ersatzmann zu wählen. Die Ehrenratsmitglieder und ihre Ersatzmänner werden von den im Bereich des Ehrenrats wohnenden, zur Kammer wahlberechtigten Ärzten gewählt. Ort und Zeit der Versammlungen ist von den beteiligten Kreisvereinsvorsitzenden im Bekanntmachungsblatt der Kammer oder in den Tageszeitungen jeweils 14 Tage vor der Wahl bekanntzugeben. Wahlvorschläge können bei der Ausschreibung der Versammlungen oder später in gleicher Weise veröffentlicht werden.

(2) Die Vollversammlung bestimmt den Termin, bis zu welchem in sämtlichen Kreisvereinen die Wahl der Ehrenräte vorgenommen sein muß.

(3) Die Wahl ist geheim und geschieht durch Stimmzettel. Diese sollen nicht mehr als 6 Namen wählbarer Ärzte in erkennbarer Reihenfolge enthalten. Es wird angenommen, daß der an erster Stelle Genannte als Vorsitzender, der an zweiter Stelle Stehende als Beisitzer und stellvertretender Vorsitzender, der an dritter Stelle Genannte als Beisitzer, die an vierter bis sechster Stelle Stehenden als erster bis dritter Ersatzmann vorgeschlagen werden.

(4) Mitglieder, die am persönlichen Erscheinen zur Abstimmung verhindert sind, können auf die im § 21 der Wahlordnung bezeichnete Weise schriftlich abstimmen.

(5) Das Wahlergebnis wird vom Kreisvereinsausschuß festgestellt, bei der Wahl eines oder mehrerer Kreisvereine gemeinsamen Ehrenrats von einem der beteiligten Vereinsausschüsse, der vom Kammervorstand bei der Genehmigung der gemeinsamen Wahl zu bezeichnen ist und dem die in den übrigen Kreisvereinen abgegebenen Stimmzettel zu übersenden sind.

(6) Bei der Zählung der Stimmzettel verzeichnet das die Zählliste führende Ausschußmitglied in dieser die auf jeden Bewerber gefallenen Stimmen in sechs gesonderten Spalten je nachdem der Bewerber eine Stimme an erster, zweiter, dritter, vierter, fünfter oder sechster Stelle erhalten hat. Gewählt ist

1. als Ehrenratsvorsitzender, wer die meisten Stimmen an erster Stelle erhalten hat,
2. als erster Beisitzer und stellvertretender Vorsitzender, wer, von dem nach Ziff. 1 Gewählten abgesehen, die meisten Stimmen an erster und zweiter Stelle zusammen erhalten hat,
3. als zweiter Beisitzer, wer, von den nach Ziff. 1 und 2 Gewählten abgesehen, die meisten Stimmen an erster, zweiter und dritter Stelle zusammen erhalten hat.
4. In Fortsetzung dieses Verfahrens wird ermittelt, wer als erster, zweiter und dritter Ersatzmann gewählt wird.
5. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los über die Reihenfolge, in der die Bewerber als gewählt gelten.

(7) Der Ehrenrat wird auf die Dauer der Kammerwahlperiode gewählt. Scheidet der Vorsitzende oder der erste Beisitzer während der Wahlzeit aus, so rückt der nächste Beisitzer an seine Stelle nach, an die freierwerdende Stelle des zweiten Beisitzers tritt der erste Ersatzmann usw. Sobald nur noch ein Ersatzmann vorhanden ist, ordnet der Vorstand eine Neuwahl für die Ausgeschiedenen an, die in sinngebender Anwendung der Bestimmungen in Abs. 3 bis 6 vorzunehmen ist.

(8) Einwendungen gegen die Wahl von Ehrenratsmitgliedern können von den wahlberechtigten Ärzten binnen 8 Tagen nach Verkündung des Wahlergebnisses beim Kammervorstand angebracht werden, der endgültig darüber entscheidet.

(9) Die in den Ehrenrat gewählten Personen sind zur Annahme der Wahl und Vernehmung ihres Amtes während der Wahlzeit und nach Ablauf der Wahlzeit bis zur Wahl des neuen Ehrenrats verpflichtet. Zur Ablehnung der Wahl oder vorzeitigen Niederlegung des Amtes berechtigen folgende Gründe:

1. Krankheit oder Gebrechen, welche die ordnungsgemäße Vernehmung der Stelle verhindern,
2. ein Alter von über 60 Jahren,
3. sonstige besondere Verhältnisse, die nach dem Ermessen des Kammervorstandes eine Entschuldigung begründen.

§ 16

Sitz und Zuständigkeit der Ehrenräte

(1) Die Ehrenräte haben ihren Sitz an denselben Orten wie die Kreisvereine. Der Sitz eines für mehrere Kreisvereine gemeinsamen Ehrenrats wird vom Kammervorstand bestimmt.

(2) Zuständig ist der Ehrenrat, in dessen Kreis der Arzt, gegen den das ehrenrechtliche Verfahren gerichtet ist, zur Zeit der Erstattung der Anzeige oder der Einreichung des Antrages auf ehrenrechtliche Entscheidung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen Aufenthalt hatte.

(3) Streitigkeiten über die Zuständigkeit eines Ehrenrates werden vom Kammervorstand endgültig entschieden.

(4) Die Ehrenräte führen die Geschäfte unter der Bezeichnung „Ärztlicher Ehrenrat in (Ortsname des Sitzes)“. Ihr Siegel enthält diese Bezeichnung rund um das Landeswappen.

§ 17

Ehrengericht

(1) Die drei ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichts und ihre Ersatzmänner werden von der Vollversammlung aus den wahlberechtigten Ärzten des Kammerbezirks auf die Dauer der Wahlperiode gewählt. Mitglieder und Ersatzmänner werden in besonderen Wahlgängen mittels Stimmzetteln, auf denen nicht mehr als drei Namen stehen dürfen, mit verhältnismäßiger Stimmenmehrheit gewählt.

(2) Für Mitglieder, die während der Wahlzeit ausscheiden, werden für den Rest der Wahlzeit neue gewählt.

§ 18

Gebühren für das Ehrenrechtsverfahren

A. Allgemeines

Den Maßstab für die Höhe der Gebühren gibt in beiden Instanzen die rechtskräftig erkannte Strafe, im Falle des § 55 Abs. 6 KG die Schwere der wider besseres Wissen oder grob fahrlässig als berufsunwürdig angezeigten Handlungen.

B. Einzelne Gebühren

(1) Für das Verfahren in erster Instanz werden erhoben:

1. im Falle der Verwarnung
 - a) durch den Ehrenratsvorsitzenden (§ 44 Abs. 2 KG) DM 5.—
 - b) durch den Ehrenrat DM 10.— bis DM 30.—
 2. im Falle des Verweises
 - a) seitens des Ehrenratsvorsitzenden (§ 44 Abs. 2 KG) DM 10.—
 - b) seitens des Ehrenrates DM 20.— bis DM 50.—
 3. im Falle einer Geldstrafe 10 bis 20 v. H. ihres Betrages, mindestens DM 25.—
 4. im Falle der Aberkennung der Mitgliedschaft zur Kammer und ihren Organen DM 100.—
 5. im Falle der Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit zu der Kammer und ihren Organen DM 250.—
- Werden die Strafen in Ziff. 3—5 verbunden, so wird die Gebühr von jeder Strafe berechnet.

(2) Für das Verfahren in der Berufungsinstanz werden erhoben:

1. wenn in der Instanz eine Hauptverhandlung stattgefunden hat die vollen Sätze in Abs. 1 Ziff. 1 b, 2 b, 3, 4, 5 und 6,
 2. wenn die Berufung vor der Hauptverhandlung zurückgenommen oder durch Beschluß verworfen wird, ein Viertel der bezeichneten Sätze,
 3. wenn die Berufung nach Beginn der Hauptverhandlung zurückgenommen wird, die Hälfte der bezeichneten Sätze.
- (3) Beim Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens gilt folgendes:
1. wenn der Antrag abgelehnt wird, so wird die Hälfte der Sätze in Abs. 1 Ziff. 1 b, 2 b, 3, 4 und 5 erhoben,
 2. wenn die Wiederaufnahme des Verfahrens angeordnet wird, so
 - a) werden im Falle der Aufrechterhaltung der früheren Entscheidung die bezeichneten Sätze voll erhoben,
 - b) gilt im Falle der Aufhebung der früheren Entscheidung für die Gebührenerhebung das neue Verfahren mit dem früheren Verfahren zusammen als eine Instanz.

§ 19

Bestimmungen über die Berufspflichten

Die Berufsordnung für die deutschen Ärzte in der jeweils geltenden Fassung gilt als Satzung der Kammer (§ 8 Abs. 1 Ziff. 13 KG).

§ 20

Anmeldepflicht der Ärzte

Jeder Arzt hat sich innerhalb eines Monats nach Beginn seiner Berufstätigkeit in Württemberg-Hohenzollern beim Kammervorstand schriftlich anzumelden und die notwendigen Angaben zu machen. Ebenso ist die Änderung des Wohnsitzes und bei Assistenten oder Volontärärzten die Änderung der Anstellung jeweils schriftlich innerhalb eines Monats dem Kammervorstand mitzuteilen.

§ 21

Entschädigung der Mitglieder der Kammer, der Ehrenräte und des Ehrengerichts

(1) Die Mitglieder der Kammer, der Ehrenräte und des Ehrengerichts bzw. ihre Ersatzmänner haben Anspruch auf Entschädigung für bare Auslagen und Zeitversäumnis sowie für die Ausführung besonderer Aufträge.

(2) Die Höhe der Entschädigung für bare Auslagen und Zeitversäumnis bestimmt die Vollversammlung; die Höhe der Entschädigung für Ausföhrungen besonderer Aufträge bestimmt der Vorstand.

§ 22

Satzungsänderung

Anträge auf Satzungsänderung müssen beim Vorstand eingereicht und schriftlich begründet werden. Bei Abstimmung

über Satzungsänderung müssen mindestens zwei Drittel der Kammermitglieder anwesend oder durch Ersatzmänner vertreten sein und mindestens zwei Drittel der anwesenden Ärzte dafür stimmen.

§ 23

Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Kammer werden in ihrem Namen vom Vorsitzenden unter Gegenzeichnung des Schriftführers im Bekanntmachungsblatt der Kammer, welches von der Vollversammlung bestimmt wird, oder in den vom Vorstand bezeichneten Zeitungen veröffentlicht.

Genehmigt vom Innenministerium
Württemberg-Hohenzollern
am 18. August 1950.

Nachruf

Am 8. Januar 1951 verstarb unerwartet Herr Dr. med. Alfred Straub, Ehingen. Vor mehr als 37 Jahren übernahm er hier von seinem Vater die ärztliche Praxis. Er wurde bald ein geschätzter Arzt und hatte einen weiten Wirkungskreis. Vor dem zweiten Weltkrieg leitete er jahrelang den Verein der Ärzte des Kreises Ehingen. Die Kollegen werden ihm ein ehrendes Gedenken bewahren.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN**

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 3564

Bericht über die 6. Abgeordneten-Versammlung der LAK. am 16. Dezember 1950

Dr. Kraske eröffnet die Sitzung um 10 Uhr und begrüßt vor allem den Leiter der Medizinalabteilung des Badischen Ministeriums des Innern, Regierungs-Medizinaldirektor Dr. Pitsch.

Er stellt die Beschlußfähigkeit der Abgeordneten-Versammlung bei Anwesenheit von 38 der gewählten 47 Mitglieder fest.

1. Bilanz per 31. Dezember 1949, Beschluß über die Verwendung des Überschusses.

Die Versammlung billigt die vorgelegte Bilanz der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung per 31. Dezember 1949. Über die Verwendung des Überschusses der Einnahmen über die Ausgaben werden folgende Beschlüsse gefaßt:

- a) Landesärztekammer:
DM 2500.— werden zur Abdeckung eines der Bezirksärztekammer Baden-Baden gewährten Vorschusses für ärztliche Fortbildung verwandt, der Rest von DM 5264.— wird einem Rücklagekonto für Fortbildungszwecke zugeführt.
- b) Abrechnungsstellen:
Baden-Baden
DM 4000.— werden dem Honorarausgleichskonto, DM 1964.66 einem Betriebsrücklagekonto zugeführt.
Freiburg
Der Überschuß von DM 159.97 wird auf Betriebsrücklagekonto gebucht.
Konstanz
DM 2000.— werden dem Honorarausgleichskonto, DM 4806.22 einem Betriebsrücklagekonto zugeführt.
Offenburg
DM 12 000.— werden einem Rücklagekonto für Honorarforderungen, DM 2097.72 einem Betriebsrücklagekonto zugeführt.

2. Voranschlag für 1950 und 1951.

Der Voranschlag der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden wird genehmigt. Es wird beschlossen, den Voranschlag für 1950 auch als Voranschlag für das Jahr 1951 zu genehmigen.

Zur Deckung der Unkosten der Landesärztekammer werden die Kammerbeiträge in derselben Höhe wie für 1949 erhoben. Zur Deckung der Unkosten der Kassenärztlichen Vereinigung werden folgende prozentuale Abzüge der von den Abrechnungsstellen abgerechneten Honorare genehmigt:

Für die KV Südbaden (Abrechnungsabteilung) 0,65 %.
Davon sind 0,5 % zur Deckung der eigenen Unkosten, 0,15 % für die Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der KV des Bundesgebietes, Bad Nauheim, bestimmt.

Für die Abrechnungsstelle Baden-Baden	1,6 %
Freiburg	1,8 %
Konstanz	1,8 %
Offenburg	1,4 %

3. Satzung der Sterbekasse.

In die Satzung der Sterbekasse wird ein ergänzender Hinweis eingefügt, nach dem die Leistungen nur im Bedürftigkeitsfall gewährt werden können. Das Aufsichtsamt für Privatversicherung und das Badische Ministerium des Innern als Aufsichtsbehörde haben die Zustimmung zur Sterbegeldversicherung der Landesärztekammer von diesem Hinweis abhängig gemacht.

4. Fürsorge.

Der Vorsitzende des Fürsorgeausschusses berichtet über die Tätigkeit im 3. Quartal 1950. Die Zahl der Unterstützungsempfänger erhöhte sich in der Berichtszeit von 85 auf 88, die Zahl der Rentenempfänger aus der alten badischen Versorgungskasse fiel von 105 auf 104. An laufenden Unterstützungen wurden insgesamt DM 15 540.— ausgezahlt, für einmalige Unterstützungen wurden DM 3 600.— aufgewendet, für die Altrentner DM 1 599.58.

Die Abgeordneten-Versammlung billigt die Arbeit des Fürsorgeausschusses und nimmt folgende Vorschläge an:

- a) In der Regel sollen nur einmalige Unterstützungen gewährt werden, die in 12 Monatsraten unterteilt werden können.
- b) Zu Weihnachten soll aus den für Unterstützungszwecke zur Verfügung stehenden Mitteln an die Unterstützungsempfänger eine Weihnachtsspende von DM 100.— bezahlt werden, die auf Antrag auch weiteren besonders bedürftigen Ärzten zugute kommen soll.
- c) Der Beitrag soll im kommenden Jahr um $\frac{1}{2}$ % gesenkt werden. Der Fürsorgeausschuß glaubt trotz der beabsichtigten Erhöhung einzelner Unterstützungen mit $\frac{1}{2}$ % auskommen zu können.

5. Änderung der Geschäftsordnung¹ im Sinne eines Antrages der Freiburger Kreisvereinigung.

¹ Die Geschäftsordnung in der Neufassung vom 16. Dezember 1950 wird in der März-Nummer veröffentlicht werden.

Die Abgeordneten-Versammlung billigt in einer Sonderabstimmung die Worterteilung an einen als Gast an der Sitzung teilnehmenden Vertreter der Freiburger Kreisvereinigung, welcher einen Antrag begründet, nach dem durch Satzungs- oder Geschäftsordnungsänderung eine eigens gewählte KV-Vertretung bei Bezirks- und Landesärztekammern geschaffen werden soll.

Die Abgeordneten-Versammlung nimmt hierzu folgenden Standpunkt ein:

- Der Grundsatz, alle Ärzte in einer Gesamtorganisation zu vereinigen, habe sich durchaus bewährt, er soll auch beibehalten werden. Es wird bedauert, daß in den anderen Bundesländern von dieser ursprünglichen Idee abgegangen wurde.
- Schwierigkeiten der Art, daß Nichtkassenärzte Kassenärzte überstimmt hätten, seien nicht aufgetreten. In allen Beiräten und der Abgeordneten-Versammlung bestehe eine überwiegende kassenärztliche Mehrheit, so daß auch die theoretische Möglichkeit eines entscheidenden nichtkassenärztlichen Einflusses weg falle. Es wird beschlossen, den Nichtkassenärzten zu empfehlen, sich bei Abstimmungen über KV-Angelegenheiten der Stimme zu enthalten.
- Über die Bildung einer gesonderten KV soll erst dann beraten werden, wenn das in Vorbereitung befindliche Bundesgesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Dentisten und Krankenkassen in Kraft getreten sei. Es bestehe vielleicht dann noch die Möglichkeit, unterschiedliche Organisations-Gliederungen, die sich wie in Baden bewährt haben, zu lassen.
- Die im Frühjahr vorgesehenen Neuwahlen zu den Organen der Ärztekammer lassen es unzweckmäßig erscheinen, den komplizierten Wahlapparat jetzt in Gang zu setzen. Es soll durch eine weitgehende Unterrichtung über den Wahlvorgang und durch möglichst intensive persönliche Fühlungnahme erreicht werden, daß die Interessen und Wünsche der Kassenärzte weitestgehend zur Geltung kommen.

Aus einem von Dr. Edelmann vorgelegten Entwurf zur Abänderung der Geschäftsordnung werden daher alle Absätze gestrichen, die sich auf die organisatorischen Änderungen beziehen. Die §§ 15 und 16 der alten Geschäftsordnung erhalten nunmehr in § 15 folgende Neufassung:

„Zu § 23 und 24 der Satzung:

Die Abrechnungsabteilung der LÄK ist die Funktionsnachfolgerin der KVD für das Land Baden. Sie führt bei der Wahrnehmung der Aufgaben der früheren KVD die Bezeichnung „Kassenärztliche Vereinigung Baden (KVB).“

Dementsprechend gelten die Satzungen der KVD vom 27. Januar 1941 sinngemäß, soweit nicht durch die Satzung der LÄK Baden und deren Geschäftsordnung und deren Wahlordnung etwas anderes bestimmt ist.

Der KVB gehören an:

- als ordentliche Mitglieder die zur Tätigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Ärzte mit Ausnahmen der Ärzte, deren Zulassung ruht.
- als außerordentliche Mitglieder
 - die Kassenärzte, deren Zulassung ruht,
 - die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte,
 - die im Arztregister Baden eingetragenen Ärzte, sofern sie ihren Wohnsitz in Baden haben.

Die Gliederung der KVB entspricht derjenigen der LÄK Baden. Es besteht demgemäß bei der LÄK die Landesstelle der KVB (Abrechnungsabteilung) und bei den Bezirksärztekammern jeweils eine Bezirksstelle der KVB.

An die Stelle der Leiter der Dienststellen der früheren KVD treten bei den Gliederungen der KVB Vorstände.

Die 1. und 2. Vorsitzenden der Kammergliederungen sind die 1. und 2. Vorsitzenden der KVB Gliederung. 1. Vorsitzender der jeweiligen Gliederung der KVB ist der 1. Vorsitzende der entsprechenden Gliederung der Landesärztekammer, wenn er ordentliches Mitglied der KVB ist, sonst der 2. Vorsitzende. Im letzteren Falle und wenn der 2. Vorsitzende der Ärztekammergliederung kein ordentliches Mitglied der KVB ist, wählt der Vorstand der betreffenden Gliederung aus seinen Mitgliedern ein ordentliches Mitglied der KVB zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Für § 8 der Satzungen der KVD gilt folgende Verfahrensordnung:

Die Vorschriften des § 8 der Satzung der KVD vom 27. Januar 1941 und die dazu ergangene Anordnung des früheren Leiters der KVD vom 20. Februar 1941 finden in Fällen der Pflichtverletzung durch Mitglieder der KVB bis auf weiteres sinngemäße Anwendung mit folgender Maßgabe:

1. Die Befugnisse des Leiters der Landesstelle nach § 8 der Satzung (Einleitung und Durchführung des Verfahrens) werden einem Disziplinarausschuß übertragen, der aus einem Vorsitzenden und 2 Beisitzern besteht. Der Vorsitzende und ein Beisitzer müssen Kassenärzte, der zweite Beisitzer muß ein zum Richteramt befähigter Rechtskundiger sein.

Sie und ihre Stellvertreter werden von der Abgeordneten-Versammlung gewählt.

2. Bei Verhinderung oder Befangenheit eines Mitgliedes des Disziplinarausschusses tritt ein Stellvertreter an seine Stelle.

3. Einspruch gegen die Entscheidungen des Disziplinarausschusses ist bei dem Vorstand der KVB einzulegen, der endgültig entscheidet. Der Vorstand übt alle diejenigen Befugnisse aus, die in § 8 der Satzung und in der Anordnung vom 20. Februar 1941 dem Leiter der KVD übertragen waren. Die Entscheidung über den Einspruch muß vom Vorstand unter Zuziehung eines zum Richteramt befähigten Rechtskundigen getroffen werden. Sie erfolgt mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

4. Im übrigen richtet sich das Verfahren vor Disziplinarausschuß und Vorstand nach den Vorschriften der Anordnung vom 20. Februar 1941, die sinngemäß anzuwenden sind.

Die Geschäftsführung für die Kammer und für die KVB erfolgt zur Kostenersparnis gemeinsam. Als buchführende Dienststellen sind die Abrechnungsstellen der KVB und die Abrechnungsabteilung der Landesärztekammer tätig. Die Buchführung für sämtliche Stellen erfolgt sinngemäß nach der „Anweisung zur Buchführung für die Dienststellen der KVD.“ Für die Verbuchung der gemeinsamen Unkosten für die Kammer und KVB gilt folgendes:

Jede buchführende Stelle (Abrechnungsstellen und Landesstelle der KVB) gibt der Abrechnungsabteilung der LÄK monatlich die für die Kammer allein verausgabten Beträge auf, und zwar

- fixe Unkosten (in Prozenten der Gesamtunkosten pro Unkostenkonto),
- variable Unkosten (gemäß Einzelnachweis).

Die LÄK erstattet nach Prüfung den buchführenden Stellen die aufgegebenen Beträge.

Die Bezeichnung der fixen und variablen Unkostenkonten und die Bemessung der Höhe der prozentualen Anteile erfolgt jährlich bei der Genehmigung des Voranschlags durch die Abgeordneten-Versammlung. Die zum 31. Dezember jeden Jahres zu erstellenden Bilanzen der buchführenden Stellen ergeben auf diese Weise unmittelbar den Aufwand der KVB (gesonderte Rechnungslegung der Abrechnungsabteilung gemäß § 24 der Satzung). Die Aufbringung der Mittel für den Aufwand der KVB erfolgt durch einen prozentualen Abzug von den abzurechnenden Kassen-Honoraren. Die Festsetzung dieses Abzuges (gegebenenfalls für die verschiedenen buchführenden Stellen getrennt) bedarf der Genehmigung durch die Abgeordneten-Versammlung.

Haushaltspläne und Bilanzen sind jährlich durch die Abgeordneten-Versammlung zu genehmigen. Überschüsse der Einnahmen über die Unkosten dürfen bei der buchführenden Dienststelle der KVB höchstens bis zu $\frac{1}{12}$ der Gesamtunkosten als Betriebsrücklagen zurückgestellt werden. Höhere Überschüsse sind bei den Abrechnungsstellen dem Honorarausgleichsfonds zuzuführen.

Über die Verwendung evtl. Überschüsse bzw. über die Bildung besonderer Fonds entscheidet die Abgeordneten-Versammlung.

Eine Vermögensansammlung ist bei den Dienststellen der LÄK und KVB zu vermeiden. Aus laufenden Mitteln dürfen Darlehen nicht gewährt werden.

Zu den laufenden Mitteln rechnet auch das zu verteilende Honorar.

Bürgschaften dürfen nicht übernommen werden.

Desgleichen wird die Umänderung der Numerierung der

Geschäftsordnung und die Namensänderung von „Südbaden“ in „Baden“ genehmigt.

Ferner werden nach § 15 der Geschäftsordnung als Unkostenkonten, für welche fixe Unkosten bezahlt werden, folgende Konten festgesetzt:

1. Personalunkosten
2. Sozialversicherungsbeiträge
3. Büromiete, Heizung und Beleuchtung
4. Reinigung
5. Pensionsversicherung
6. Büromaterial

Die Anteile der Bezirksärztekammern an den Gesamtkosten der Abrechnungsstellen werden für diese Unkostenkonten mit 15% festgelegt. Die übrigen Unkosten werden bei Nachweis der tatsächlich angefallenen Unkosten vergütet.

Für die KV Baden werden als Anteile an den fixen Unkosten folgende Prozentsätze festgelegt:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Personalunkosten | 25% |
| 2. Sozialversicherung | 25% |
| 3. Büromiete, Heizung-Beleuchtung | 15% |
| 4. Reinigung | 15% |
| 5. Pensionsvers. | 25% |
| 6. Büromaterial | 33 ¹ / ₃ % |

Die übrigen Unkosten werden bei Nachweis der tatsächlich angefallenen Unkosten vergütet.

6. Wahlen

- a) In den Ehrengerichtshof werden folgende Mitglieder gewählt:

Dr. Stroomann, Bühlerhöhe	} Mitglieder
Dr. Hermann, Konstanz	
Prof. Wolf, Freiburg	
Dr. Heisler, Königfeld	
Dr. Blank, Heitersheim	

- b) In den Disziplinarausschuß, der nach § 15 der Geschäftsordnung zu bilden ist, werden gewählt:

Dr. Gillmann, Freiburg, als 1. Vorsitzender
Dr. Weiland, Freiburg, als Beisitzer
Dr. Baurhenn, Freiburg, als stellvertr. Vorsitzender
Dr. Martin, Emmendingen, als stellvertr. Beisitzer

Der Vorstand erhält die Ermächtigung, das rechtskundige Mitglied und seinen Stellvertreter auszuwählen.

- c) Der Röntgenausschuß wird umgebildet; er soll sich in Anpassung an die Regelung in anderen Ländern nur aus 3 Mitgliedern zusammensetzen. Als ärztliche Mitglieder wurden gewählt:

Prof. v. Braunbehrens, Freiburg
Prof. C. Schilling, Freiburg
Prof. Langendorf, Freiburg

- d) Der auf Grund des Ersatzkassenvertrages § 18, Ziff. 2 vorgesehene Landes- und Bezirkssenat werden wie folgt gebildet:

Bezirkssenat:

für den Bereich der Landesstelle

Mitglieder:	Stellvertreter:
Dr. Großmann, Rastatt	Dr. Koch, Baden-Oos
Dr. Gillmann, Freiburg	Dr. Palm, Oberrotweil
Dr. Dietrich, Singen	Dr. Otto Meier, Säckingen
Dr. Merk, Oppenau	Dr. Jockers, Schiltach

Landessenat:

für den Bereich der Landesstelle

Mitglieder:

Dr. Fischer, Baden-Baden
Dr. Fohmann, Schliengen
Dr. Sumser, Hüfingen
Dr. Kessler, Oberkirch

Stellvertreter:

Dr. Reichmann, Baden-Baden
Dr. Baurhenn, Freiburg
Dr. Welsch, Konstanz
Dr. Wütschner, Hornberg

gez. Kraske

Mitteilungen der Landesärztekammer

1. Die Landesärztekammer hat nunmehr einen eigenen Amtsanschluß erhalten, die Nummer lautet: 35 64.

2. In der Satzung der Landesärztekammer Baden, veröffentlicht im Südwestdeutschen Arzteblatt 5. Jahrgang, Heft 4/1950 ist im § 16 ein Druckfehler veröffentlicht worden. Es muß heißen: An der Spitze der Kreisvereinigung steht der Vorstand. Der 1. oder 2. Vorsitzende soll Kassensatz sein.

Glückwunsch zum 80. Geburtstag

Am 11. Februar d. J. vollendete Herr Dr. med. Otto Mader in Radolfzell in voller ärztlicher Tätigkeit sein 80. Lebensjahr. Er wurde am 11. Februar 1871 in Radolfzell als Sohn des seit 1867 dort praktizierenden Medizinalrates Franz Mader geboren. Nach Vollendung seiner medizinischen Studien in Freiburg, München und Kiel, war er als Assistent bei Körte und Gusserow in Berlin sowie bei Kraepelin in Heidelberg tätig. Beim Tode seines Vaters im Jahre 1900 übernahm er dessen Praxis in Radolfzell und gleichzeitig die Leitung des dortigen Krankenhauses, die er bis 1936 inne hatte.

Herr Dr. Mader ist noch jetzt durch sein ärztliches Können und seine wissenschaftlichen Interessen ein leuchtendes Vorbild für seine Kollegen.

Bezirksärztekammer Konstanz

Glückwunsch zum 50. Arztjubiläum

Herr Prof. Dr. med. Ernst Frey, Freiburg i. Br., kann am 28. Februar 1951 im Alter von 73 Jahren sein goldenes Arztjubiläum feiern.

Der Jubilar, ein gebürtiger Schlesier, hat sein erstes vor-klinisches Semester als Medizinstudent in Freiburg verbracht. Nach seiner Approbation ließ er sich zunächst als prakt. Arzt in Liegnitz nieder. Kurze Zeit darauf siedelte er nach Jena über, um eine Assistententätigkeit am Pharmakologischen Institut der dortigen Universität zu übernehmen. Ab 1905 wirkte er als Privatdozent an der dortigen Universität. Von 1912—1923 arbeitete Herr Prof. Frey am Pharmakologischen Institut der Universität Marburg. Im Jahre 1923 erhielt er einen Ruf nach Rostock, wo er in der Folgezeit als Ordinarius für Pharmakologie und Direktor des Pharmakologischen Instituts tätig war. Später und zwar im Jahre 1930 wurde ihm der Lehrstuhl für Pharmakologie und Toxikologie in Göttingen übertragen, wo er bis zu seiner Emeritierung im Herbst 1949 wirkte.

Herr Prof. Frey ist als hervorragender Wissenschaftler mit einer Reihe wertvoller Arbeiten an die Öffentlichkeit getreten. Er ist auch heute noch wissenschaftlich tätig. Wir gratulieren Herrn Prof. Frey zu seinem Jubiläum aufs herzlichste.

Bezirksärztekammer Freiburg

VERBAND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN DER LÄNDER BADEN, RHEINLAND-PFALZ UND WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

Jahresbericht 1950

Das Jahr 1950 brachte im Mai den Zusammenschluß der bis dahin getrennt arbeitenden Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigung der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern, Freiburg i. Br., mit der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft zur Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes, Bad Nauheim.

Bereits vor dem Zusammenschluß war die Zusammenarbeit mit Bad Nauheim sehr eng. Bis Ende 1949 vertrat Herr

Dr. Dobler, damals Tübingen, die Interessen der französischen Zone bei der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft. Zu Beginn des Jahres 1950 übernahm Herr Dr. Bihl, Rottweil a. N., diese Aufgabe. Nach dem Zusammenschluß wurde er in den Geschäftsführenden Vorstand der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft aufgenommen und als Vertreter der französischen Zone am 25. August 1950 von der Hauptversammlung in Bonn in seinem Amt bestätigt.

Die Sonderstellung der französischen Zone auf dem Gebiet der Krankenversicherung machte in der 1. Hälfte des Jahres

1950 noch gesonderte Verhandlungen mit allen Vertragspartnern erforderlich. Hinsichtlich der Ersatzkassen handelte es sich dabei lediglich um die Regelung der durch die Wiederzulassung dieser Kassen in der französischen Zone zum 1. Oktober 1949 aufgeworfenen Fragen. Die Verhandlungen über den Abschluß des neuen Ersatzkassenvertrags wurden von Anfang an gemeinsam mit der Nauheimer Arbeitsgemeinschaft geführt.

Anders lagen die Dinge bei den RVO-Kassen. Hier galt es, nach Wiedererrichtung der Betriebs- und Innungskrankenkassen zunächst eine Übergangslösung zu finden. Diese wurde in verschiedenen Verhandlungen mit den Verbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie mit der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse erreicht. Mit der letzteren wurde am 20. Januar 1950 eine vorläufige Vereinbarung getroffen. Über die Regelung hinsichtlich der Betriebs- und Innungskrankenkassen ist im Südwestdeutschen Arzteblatt, Heft 10, Seite 219, berichtet worden.

Mit dem hauptsächlichsten Vertragspartner, dem Verband der Ortskrankenkassen (VdO) für die Länder Rheinland-Pfalz, Baden und Württemberg-Hohenzollern, Lahr, bestand eine ständige Verbindung. Es fanden überdies mehrere Besprechungen und Verhandlungen mit dem Ortskrankenkassen-Verband statt, die neben Honorarfragen Angelegenheiten der wirtschaftlichen Verordnungsweise, Verschreibung von Sprechstundenbedarf und die Regelung abrechnungstechnischer Dinge sowie Auslegung von Vertragsbestimmungen usw. zum Gegenstand hatten.

Während es in den auf Bundesebene geführten Verhandlungen des 2. Halbjahres 1950 mit den Betriebs- und Innungskrankenkassen zu einer einheitlichen Regelung der Überbrückungshilfe für das Bundesgebiet kam, waren für unser Gebiet Sonderverhandlungen mit dem Verband der Ortskrankenkassen erforderlich. Über deren Ergebnis ist ausführlich in Heft 1/1951 Seite 20/21 berichtet worden.

Die erwähnte Sonderstellung der französischen Zone auf dem Gebiete der Krankenversicherung, die auch heute noch nicht völlig behoben ist, in Verbindung mit der Sonderstellung, die der Lahrer Verband unter den übrigen Landesverbänden der Ortskrankenkassen einnimmt, ließ es angebracht erscheinen, die Freiburger Arbeitsgemeinschaft unter der

nach dem Zusammenschluß mit Nauheim angenommenen Bezeichnung (Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern) weiter bestehen zu lassen. Augenblicklich ist der Verband Träger folgender Abmachungen mit dem Verband der Ortskrankenkassen, Lahr:

- Freiburger Vereinbarung vom 15. Dezember 1950 (in Ablösung der Offenburger Vereinbarungen vom 27. Januar 1949 und 8. April 1949) über die Zuschläge zu den Kopfpauschalbeträgen der Ortskrankenkassen.
- Vereinbarung über die wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 9. Juli 1949, ergänzt durch das Tübinger Abkommen vom 19. Juli 1950.

Der Regelbetrag für Arzneiverordnung wird in der französischen Zone nicht angewandt.

- Tübinger Abkommen vom 19. Juli 1950 über den Sprechstundenbedarf.
- Vereinbarung vom 24. Oktober 1949 über die Gültigkeit der Krankenscheine und Ausstellung von Verlängerungsscheinen.

Im Jahre 1950 fanden 4 Delegiertenversammlungen statt:

- am 14. Januar 1950 in Baden-Baden
- 6. Mai 1950 in Offenburg
- 26. August 1950 gelegentlich des Bonner Ärztetages
- 18. November 1950 in Bad Dürkheim.

Mit dem VdO fanden Besprechungen bzw. Verhandlungen

- am 18. Februar 1950 in Lahr
- 13. April 1950 in Offenburg
- 19. Juli 1950 in Tübingen
- 9. November 1950 in Falkenstein und
- 15. Dezember 1950 in Freiburg i. Br.

statt.

Am 28./29. Juni 1950 Teilnahme an der Vertreterversammlung des VdO in Speyer als Gäste.

Mit den Betriebs- und Innungskrankenkassen wurden am 20. Januar 1950 in Freiburg, am 13. Juli 1950 in Bad Nauheim und am 25. August 1950 in Bonn Besprechungen und Verhandlungen gepflogen.

Die Verhandlungskommission tagte meist am Vorabend der Verhandlungen mit dem VdO und gelegentlich der Delegierten-Versammlungen.

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägelestraße 8, Telefon 75712

An alle kraftfahrenden Ärzte!

Die Wirtschaftsabteilung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Landesverband Württemberg, hat ihre Vorarbeiten so weit vorangetrieben, daß eine der wichtigsten Planungen, nämlich die kurzfristige Beschaffung von Volkswagen, kurz vor dem Abschluß steht. Die Wirtschaftsabteilung des Hartmannbundes hofft, dieses Ziel mit Unterstützung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung erreichen zu können.

Für die in den nächsten Tagen stattfindenden Besprechungen beim Volkswagenwerk in Wolfsburg bedürfen wir möglichst präziser Angaben über den voraussichtlichen Bedarf an Wagen im Laufe dieses Jahres. Die Angaben sollen dazu dienen, den Kollegen wesentliche Erleichterungen für die Beschaffung von Volkswagen zu vermitteln.

Wir bitten daher alle Kollegen, die die Absicht haben, sich im Laufe dieses Jahres einen Volkswagen anzuschaffen, uns

dieses umgehend mitzuteilen. Die gewünschte Lieferzeit bitten wir möglichst genau anzugeben. Die Angaben sind zunächst unverbindlich und dienen nur informativischen Zwecken.

Die Auslieferung der Wagen erfolgt auf Wunsch durch den örtlichen Volkswagenhändler.

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, daß durch die Sammlung der Bestellungen eine wesentliche Verkürzung der Lieferfristen zu erreichen ist.

Diejenigen Mitglieder, die die Erklärung betr. Beitrag zum Hartmannbund zur Weiterleitung an die Kassenärztliche Vereinigung an die Geschäftsstelle des Landesverbandes noch nicht eingereicht haben, werden dringend gebeten, dies umgehend zu tun.

Dr. Dobler

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESSTELLE NORTBADEN

Geschäftsstelle: Plankstadt b. Heidelberg, Friedrichstr. 41, Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 39339, Tel. 374 Amt Schwetzingen

1. Es wird die Beantwortung des Weihnachtsschreibens an alle Mitglieder erinnert. Nachlieferung der Drucksachen ist noch möglich.

2. Anträge wegen Ermäßigung des Mitgliedsbeitrages wollen zunächst an die Kreisvorsitzenden gerichtet werden.

3. Nächste Vorstandssitzung am Sonntag, den 4. März in

Schwetzingen, Hotel „Adler“, Schloßstr. 3 neben dem Schloß (Tel. 4 06) 10 Uhr, nächste Landesversammlung am Sonntag, den 8. April in Heidelberg, Hotel „Hirschgasse“, Hirschgasse 3 in der Nähe der Alten Brücke (Tel. 29 32) 10 Uhr. Anträge zur Tagesordnung und Namen der Delegierten werden an die Geschäftsstelle erbeten.

4. Mitgliederstand unverändert.

Abseits

In meiner Sprechstunde erscheint eine sehr schicke junge Mutter mit einem zweijährigen Buben, der eine Phimose hat und an einer Cystitis leidet. Ich mache ihr

den Sachverhalt klar. Sie fragt: „Ja, wie kommt es denn gerade bei meinem Buben zu einer Phimose?“ Ich: „Nun, das gibt es eben.“

Sie: „Hat er das von mir?“

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

52. Woche 1950 — 3. Woche 1951

(24. Dezember 1950 — 20. Januar 1951)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mfibrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangehe Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Q-Fieber	Mumps	Enteritis	
																																52.
Nord- Württemberg	52.	N T			13	100	31 3	12 1	15				38	29	6		9					1				53		3		1		
	1.	N T			18	76	44 13	9 3	21	1			37	19	3	2			1		2					19						
	2.	N T			22	84	63 5	17 1	61	1			62	21	5	2	1	1		1					4	38		2				
	3.	N T			20	65	54 10	8 3	32				39	19	1					13					22	52						
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	52.	N T			2	25	5 3	3 1	14				2		1											60						
	1.	N T			5	20	6 2	4	19		1	8	11													173						
	2.	N T			6	17	12 7	5	50			5	3	1			1									78						
	3.	N T			6	19	13 1	4 1	29		1	7	5						1							69		1			3	
Nord-Baden	52.	N T			6	77	13 3	1	37			24	13			3																
	1.	N T			7	58	33 10	11	29	1		40	11	1	2																	
	2.	N T			10	58	56 1	5	50			55	17	1	2																	
	3.	N T			12	50	28 7	9 1	71	3	1	22	22	3			1			14	2	1										
Land Baden	52.	N T			8	21	6 1	3	21			12	12		1											14						
	1.	N T			4	21	14 2	5	25			11	7		2											41					4	
	2.	N T			11	16	15 5	11 1	42	3		9	5			2			1						54					1		
	3.	N T			10	35	23 3	10 1	20	1		10	2		2					2					42						2	

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!



Hyperämol

flüssig + Salbe

Das regulierbare Total-Hyperämicum zur transkutanen Hyperämie-Erzeugung

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

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, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe Februar 1951