

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1951

4 (1.4.1951)

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 4

STUTT GART, APRIL 1951

6. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Schröder: Der Hochspannungsunfall, seine Besonderheiten und die Möglichkeit der Behandlung nach den neuesten Forschungsergebnissen	67
Prof. Dr. Bader: Inokulationshepatitis und Spritzensterilisation	70
Eingesandt	72
Buchbesprechungen	75
Bekanntmachungen	77
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	78
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	80
Ärztekammer Nordbaden e. V.	85
Landesärztekammer Baden	85
Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	86
Abseits	87
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 8.—12. Woche 1951	88

54. Deutscher Ärztetag, München, 6. und 7. Oktober 1951

Grundthema: Kritische Stellungnahme zum gegenwärtigen Stand des deutschen Gesundheitswesens.

Die drei Referate hierüber haben übernommen: Prof. Dr. Coerper, Frankfurt — Chefarzt
Dr. Fromm, Hamburg — Dr. Landauer, München, 2. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der KV.

Näheres wird noch bekanntgegeben

Der Hochspannungsunfall, seine Besonderheiten und die Möglichkeit der Behandlung nach den neuesten Forschungsergebnissen¹

Von Dr. med. A. Schröder, Oberbahnarzt der ED Stuttgart

Die Elektrifizierung der Eisenbahn wurde besonders im letzten Jahr im Bereich der ED Stuttgart voran-

getrieben und stellt nach Äußerungen des Bundesverkehrsministers eine der vordringlichen Aufgaben der Verkehrsverwaltung in Zukunft dar. Angesichts der nun zu erwartenden Zunahme von Hochspannungsunfällen (H.U.) und ihres bislang beinahe immer tödlichen Ausgangs, haben vor allem wir Bahnärzte allen Grund, uns mit jedem neuen, wissenschaftlich begründeten Behandlungsverfahren bekannt zu machen.

¹ Der Abdruck geschieht mit Genehmigung der Schriftleitung der Zeitschrift „Der ärztliche Dienst bei der Bundesbahn“ (1950, H. 4). Wir bringen ihn jetzt, um die Teilnehmer am Fortbildungstag am 28. April 1951 auf den Vortrag von Prof. Dr. Fischer, Zürich, vorzubereiten. Das Thema verdient ja allgemeines, nicht nur bahnärztliches Interesse.

Leider ist ja unser Wissen von der Wirkung des elektrischen Stroms auf den menschlichen Körper trotz umfangreichster Forschungsarbeit noch erstaunlich unsicher — so unsicher, daß sogar die bekannten Maßnahmen zur Hilfeleistung bei Unfällen durch elektrischen Strom, die ja in allen Sanitätskursen gelehrt werden, eines wirklich sicheren Fundaments entbehren. (4)

Eines steht allerdings fest und ist seit der grundlegenden Arbeit von Prof. H. Fischer und Rossier aus dem Pharmakologischen Institut und der Med. Poliklinik Zürich 1947 (8) auch von anderen Autoren bestätigt worden, nämlich, daß die Unfälle mit hochgespanntem Strom, in unserem Bereich 15 000 V Wechselstrom von $16\frac{2}{3}$ Hz, sich grundsätzlich von solchen mit sog. technischem Starkstrom (100 bis 500 V) unterscheiden. Bei letzteren tritt je nach Körperwiderstand, und wenn der Strom durchs Herz geht, der Tod meist sofort infolge Herzkammerflimmerns ein (bei Stromstärken von ca. 1 Amp. aufwärts), während Berührung mit hochgespanntem Strom (hier 15 000 V, 10 bis 30 und mehr Amp.) nur dann zum plötzlichen Tode führt, wenn der Innen- und Außenwiderstand so hoch ist, daß der den Körper durchfließende Strom nur mehr dem eben erwähnten technischen Starkstrom entspricht (Erfahrungen bei elektrischen Hinrichtungen in Amerika) (2). Dies wird aber in der Praxis kaum je der Fall sein, sondern der von Hochspannung Getroffene wird in der Regel bald aus kurzer Bewußtlosigkeit erwachen, um dann nach einigen Tagen relativen Wohlbefindens unter den Erscheinungen einer Ausscheidungsinsuffizienz der Nieren ad exitum zu kommen.

Die bisher beobachteten Fälle sind sich in ihrem Verlauf so ähnlich, daß ich mich berechtigt fühle, als Beispiel für den typischen Ablauf die — stark gekürzte — Krankheitsgeschichte des Falles zu bringen, den ich selbst erlebt habe.

Vorgeschichte: Am 10. Mai 1949 stieg der Lokführer G. vom Führerhaus nach vorn auf den Wassertank seiner Dampflok, die kurz vor einer Straßenüberführung stand. Da dort der Abstand der Fahrleitung von der Schienenoberkante nur 5,10 statt 6,20 m betrug, kam sein Kopf mit der Leitung in Berührung. Er fiel sofort um und blieb auf dem Tank liegen. Nach kurzer Bewußtlosigkeit (höchstens 5 Minuten) alsbaldiger Transport ins Krankenhaus in L. Es bestand von vornherein kein Atemstillstand. Zu erwähnen ist noch, daß er Stiefel mit dicken Gummisohlen trug.

Befund bei der Aufnahme (Innere Abteilung): Kräftiger Mann, keine Atemnot, erhebliche Unruhe, retrograde Amnesie, starke Schmerzen in beiden Unterschenkeln. An der linken Schädelseite einige oberflächliche Brandwunden. Von der linken Halsseite zur Brust ziehend oberflächliche Verbrennung (Strommarke?). Keine Kopfschmerzen, Seh- und Hörvermögen intakt. Lunge, Bauchorgane, Herz o. B. Sofortiges EKG ergab keinen pathologischen Befund. An beiden Fußsohlen und an den Knöchelgelenken ausgedehnte Brandblasen (Austrittsstelle des Stroms).

Behandlung: Sofortige Verabreichung von stündlich 3 g Natrium bicarbonicum, physiologischer Kochsalzlösung und Obstsaften. (Dem Krankenhaus in L. war einige Tage vorher, wie allen andern an elektrifizierten Strecken gelegenen Anstalten, die vorläufige Bekanntmachung von Fischer und Fröhlicher (8) von der ED zugeschiedt worden.) Weiterhin Strophantia + Traubenzucker. Cortyron, Sympatol, Kardiazol, Antistin.

Verlauf: Urin am Abend des Unfalltages: Eiweiß 0,8 pro mill., granuliert Zylinder, Farbe dunkel, Reaktion alkalisch. Am nächsten Tag Temperaturanstieg über 39° , Anstieg des Blutdrucks von 115/80 auf 184/110 mm Hg. EKG am 12. Mai, also am 3. Tage: „Herzmuskelschaden“. Lumbalpunktion

210 mm, Enddruck 130 mm, Liquor o. B. Rest N. wurde nicht bestimmt. Trotz Weiterbehandlung mit Alkali, Aderlaß, Kochsalzinfusionen, nimmt die Urinmenge ab. Der Harn bleibt dunkel, Reaktion alkalisch. Am 15. Mai tritt der Tod infolge plötzlichen Versagens des Kreislaufs ein.

Die Sektion war insofern unbefriedigend, als Muskeln und Nieren mikroskopisch nicht untersucht wurden. Sie ergab im übrigen schwerste nekrotische Veränderungen an den Sternocleidomastoidei, am linken Pectoralis minor sowie an der Muskulatur des linken Unterschenkels, die bräunlich, wie verkocht aussah. Herzmuskel mikrosk.: unbedeutende Schwielenbildung, sonst regelrecht. An den Lungen als Nebenfund alte Tbc, frischere pneumonische Herde mit Übergang in Gangraen.

So weit unser Fall, dessen Verlauf ja durchaus typisch ist.

Den oben erwähnten Autoren Fischer und Rossier (F. u. R.) (8) ist es an Hand von 4 Fällen gelungen, den Mechanismus dieses fast immer gleichen Krankheitsgeschehens zu klären und erstmals bewiesen zu haben, daß schwere, ausgedehnte elektrische Veränderungen der quergestreiften Muskulatur zu einer schließlich lebensbedrohenden Nierenschädigung führen, wobei dahingestellt sein mag, ob die Veränderungen durch Joule'sche Wärme allein oder unter Mitwirkung unbekannter elektrischer und elektrolytischer Prozesse zustande kommen.

Bisher kannte man ja schon bei sehr ausgedehnten Verbrennungen der Haut 2. und 3. Grades toxische Nierenschädigungen. Da beim Kontakt mit hochgespanntem Strom häufig ein Flammenbogen entsteht, der mit seiner enormen Hitze (ca. 3000°) die Kleider des Verunfallten im Nu in Brand setzt, kommen auch beim H. U. häufig solche ausgedehnten Hautverbrennungen zustande. Diese Fälle werden aber hier nicht behandelt, sondern nur solche, die, wie ja auch unser Lokführer, relativ sehr geringfügige Verbrennungen der Haut aufweisen und trotzdem an einer Nierenschädigung zugrunde gehen. Bei ihnen steht eben eine ausgedehnte Schädigung der Skelettmuskulatur als Ursache der Niereninsuffizienz im Vordergrund.

Der Strom umfließt nach F. u. R. gewissermaßen mantelförmig das Körperinnere, indem er dem Muskel als dem günstigsten Leiter folgt, wobei an Stellen von verhältnismäßig kleinem Querschnitt, entsprechend der enormen Stromdichte, die Zerstörungen am vollständigsten sind. Die Muskulatur sieht dann teilweise wie gekocht aus.

Das ganze Krankheitsbild entspricht in vieler Hinsicht der schon nach dem Erdbeben von Messina und nach dem 1. Weltkrieg beobachteten posttraumatischen Urämie (1), die später von dem Engländer Bywaters als Crushsyndrom bezeichnet wurde (3). Er hat bei Massenverschüttungen gelegentlich der Luftangriffe auf London im Jahr 1940 beobachtet, daß ausgedehnte Veränderungen der Muskulatur auch über den Bereich der örtlichen Gewalteinwirkung hinaus entstanden und daß nach Tagen schließlich bei völliger Anurie der Tod plötzlich eintrat. Als wesentliche Ursache der Anurie sah er die Verstopfung der Tubuli mit Myoglobin an.

Auch F. u. R. halten die Myoglobinnämie, die — im Gegensatz zum Crushsyndrom — bei Hochspannungsschäden schlagartig in 1 bis 2 Sekunden einsetzt, für die hauptsächlichste Ursache der Nierenschädigung. Sie komme dadurch zustande, daß das Myoglobin 1. infolge Zerstörung der Muskelfasern und

des Sarkolemms aus den Muskeln austritt und 2. infolge Kapillarschädigung in die Blutbahn einbricht (die Kapillarschädigung wiederum wird verursacht durch Austritt von Kalium aus dem Muskel). Infolge von Plasmaaustritt aus den Kapillaren in den zerstörten Muskel komme es zu einer subfascialen Quellung der Muskulatur (el. Ödem nach Jellinek) und natürlich zur Blutverdickung.

Das Myoglobin ist dem Hämoglobin nahe verwandt, die Farbstoffkomponente ist die gleiche, nur die beigefügten Eiweißkörper sind verschieden. Es ist ein Muskelfarbstoff, der wie das Hämoglobin respiratorische Funktionen ausübt. Es kann reversibel O_2 binden und dient so als Sauerstoffspeicher der Muskulatur. „Durch das Myoglobin kann im Muskel stets eine bestimmte Menge von Sauerstoff in leicht verfügbarer Form gespeichert und bei eintretendem Bedarf abgegeben werden (Millikan)“ (10). Sein Molekulargewicht ist viertel so groß wie das des Hämoglobins, sein Molekulargewicht das niedrigste überhaupt bei Eiweißstoffen vorkommende. Daher seine leichte Löslichkeit und sein erhöhtes Vermögen, in die Tubuli einzudringen. Im sauren Urin wird es als Myohämatin ausgeschieden (7).

Von den vier von Fischer und Rossier beschriebenen Fällen starben zwei, wobei F. u. R. annehmen, daß bei einem der Exitus durch reichliche Flüssigkeitszufuhr hinausgeschoben wurde. Pathol. anat. Beurteilung (5): „Ausgedehnte Muskelnekrose, toxische Schädigung parenchymatöser Organe. Die aus den schwergeschädigten Muskeln freigesetzten Eiweißzerfallstoffe haben den ganzen Organismus überschwemmt und somit die tödliche Niereninsuffizienz hervorgerufen.“

Die beiden mit dem Leben Davongekommenen hatten von Anfang an reichlich zu trinken bekommen.

Da auch im Tierversuch Hämoglobin und Myoglobin besonders bei acidotisch gemachten Tieren die Nieren schädigen, da weiterhin das alkalische Myoglobin bedeutend weniger leicht in die Nieren eintrete als saures, kommen F. u. R. zur Empfehlung folgender erster Maßnahmen: 1. Reichliche sofortige Flüssigkeitszufuhr, um von vornherein den Myoglobinspiegel im Blut niederzuhalten, und Alkalisierung (s. unsere Verfügung¹). Wenn innerhalb 12 Stunden keine Diurese einsetzt, dann Absetzen des Alkali. Nach Einsetzen der Diurese Alkali in abnehmenden Dosen. 2. Ruhigstellung der geschädigten Extremität. 3. Plasmafusion (300—500 ccm gruppengleiches Plasma), aber nicht bei Anurie! 4. Subcutane und rektale Infusion von phys. NaCl. und Glukose. 5. Bei dunklem Urin Aderlaß (bis zu 600 ccm) mit anschließender Plasmainfusion. 6. Bei länger dauernder Anurie Dekapsulation der Nieren. 7. Evtl. Amputation der schwerbeschädigten Extremität. 8. Analeptika.

Dies sind die für die künftige Behandlung von H. U. zweifellos wichtigen Schlußfolgerungen der grundlegenden Arbeit von F. u. R. Prof. Fischer hat später gemeinsam mit Fröhlicher, dem Forschungsarzt der Ärztekommision des Vereins Schweizer Elektrotechniker (V.S.E.), im Bulletin des Vereins diese Ergebnisse einer weiteren Öffentlichkeit bekanntgegeben und dort auch die Ergänzungsvorschriften der Rettungsmaßnah-

¹ Die Verfügung lautet: „Bei Hochspannungsunfällen verabreiche dem Verunglückten, wenn er bei Bewußtsein ist, sofort, sonst nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit oder der Betäubung in stündlicher Wiederkehr 1 Teelöffel Natriumbikarbonat in $\frac{1}{3}$ l Wasser gelöst.“

Die Rettungskästen der Deutschen Bundesbahn sind mit Na. bi. ausgerüstet.

men formuliert, die ja unserer Verfügung als Musterdienten (8).

Auf meine Anfrage teilte Prof. Fischer unter dem 18. November 1949 mit, daß „wir etwa 6 Fälle haben, bei denen mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß sie infolge der Bikarbonattherapie durchgekommen sind“. „Entscheidend wichtig ist die sofortige und lange genug fortgesetzte Behandlung mit Bikarbonat.“

Nun darf nicht verschwiegen werden, daß auch schon Stimmen des Zweifels an der Wirksamkeit der Alkali-therapie laut geworden sind.

So sind vor allem die Ergebnisse einer Arbeit von W. Brunner aus der Chir. Klinik Zürich aus dem Jahre 1949 sehr beachtlich (9). B. beschreibt 5 Fälle, von denen nur einer mit dem Leben davonkam, obwohl bei allen u. a. auch die Bikarbonattherapie durchgeführt wurde. Massive Myoglobinurie war in 2 Fällen vorhanden, offenbar spielen noch andere toxisch wirkende Eiweißzerfallsprodukte eine Rolle. Vor übermäßiger Flüssigkeitszufuhr und größeren Alkalidosen wird gewarnt. Jedenfalls solle man eine alkalische Reaktion des Urins nicht erzwingen. Für die richtige Dosierung des Na. bi. sei Bestimmung der Alkalireserve im Blut nötig.

Daß die Ursache der Nierenschädigung in den ausgedehnten Muskelzerstörungen, die in Sekundenfrist durch den elektrischen Strom verursacht werden, zu suchen ist, darüber besteht allerdings auch bei Brunner kein Zweifel. Was die Beseitigung der Toxinquelle angeht, so verbietet in den ersten 24 Std. der bestehende Schockzustand einen größeren Eingriff. Amputationen sollen zur Vermeidung zusätzlicher Muskelschädigung nach Calander ohne Esmarch'sche Blutleere ausgeführt werden. Dekapsulation und Sympaticusentnervung der Nieren wird als zu unsicher angesehen. Splanchnikusanästhesie hatte keinen Erfolg.

Sehr beachtlich ist, daß der einzige Fall, der mit dem Leben davonkam, obwohl er zunächst hoffnungslos aussah, mit kontinuierlicher Peritonealdialyse behandelt wurde. Unter Penicillinschutz wurden durch Knopflochinzisionen 2 T-Rohre in die Bauchhöhle eingeführt und große Mengen — 11 l in 24 Stunden — einer besonderen Spülflüssigkeit eingeführt und 7,5 l wieder abgesaugt. Die Harnflut kam am 3. Tage der Dialyse in Gang, wobei die Untersuchung der abgesaugten Flüssigkeit ergab, daß durch sie große Mengen harnpflichtiger Stoffe aus dem Körper herausgeschafft wurden. Das Peritoneum als semipermeable Membran funktionierte so ausgezeichnet, daß innerhalb weniger Stunden in der Dialyseflüssigkeit ungefähr gleich viel Elektrolyte und harnpflichtige Stoffe wie im Blut vorhanden waren. Vielleicht wird in Zukunft die Verwendung der künstlichen Niere (Kolff), die sich noch im Versuchsstadium befindet, für eine Ersatzdiurese bis zur genügenden Erholung der Tubuli in Frage kommen. Da nach Überwindung der Urämie Hypochlorämie droht, muß der NaCl-Spiegel im Blut verfolgt und reguliert werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß über den Mechanismus der Schädigung bei H. U. (weitgehende Zerstörung quergestreifter Muskulatur und dadurch toxische Nierenschädigung) Einigkeit besteht und daß aus dieser Erkenntnis heraus neben der Schockbekämpfung vor allem gegen die drohende Niereninsuffizienz angegangen werden muß. Da die Zerstörung des Muskel-

gewebes mit Ausschüttung von Myoglobin ins Blut in Sekundenschnelle eintritt, ist sofortige Flüssigkeitszufuhr unter Zusatz von Na. bi. nötig.

Nach dem eben Gesagten bestehen die Maßnahmen, wie sie in der Verfügung der HVB gefordert werden, zu Recht und sollen in jedem Fall sofort eingeleitet werden. Die Gefahr, daß etwa durch Laien zu große Flüssigkeitsmengen zugeführt werden, besteht kaum, da in der Regel der Patient wohl im gesamten Bundesgebiet in kurzer Frist in ein Krankenhaus verbracht wird.

Das weitere Schicksal eines H. U. hängt nun völlig davon ab, wer hinfür die Behandlung übernimmt. Selbstverständliche Reflexbehandlung der ersten Helfer ist ja, daß sie den Patienten dem nächstgelegenen Krankenhaus zuführen. Es ist darum vor allem nötig, daß die Chefarzte der Krankenhäuser an elektrifizierten Strecken mit dem ganzen Fragenkomplex bekanntgemacht werden, wie dies im Bereich der ED Stuttgart schon vor Jahresfrist geschehen ist.

Aber auch mit dieser in die Breite gehenden Aufklärung werden wir der Bedeutung des Problems nicht ganz gerecht.

Nach Aufnahme des Verunfallten müssen innerhalb kurzer Frist die schwerwiegendsten Entscheidungen getroffen werden. Z. B.: soll mit Alkali weiterbehandelt werden?, soll eine Peritonealdialyse angelegt werden?, soll amputiert werden? — Entscheidungen, die nicht nur größte allgemeinärztliche und chirurgische Erfahrung voraussetzen, sondern auch Vertrautheit mit der einschlägigen Literatur und eigene Erfahrung in der Behandlung von H. U. Da die zu treffenden Maßnahmen sehr von dem Chemiesmus des Blutes abhängen, muß dem verantwortlichen Chefarzt ein leistungsfähiges Laboratorium zur Verfügung stehen.

Man wird also um eine gewisse Zentralisierung nicht herumkommen und nach namhaften Chirurgen suchen müssen, die bereit sind, sich ganz besonders mit dem Fragenkomplex der H. U. zu beschäftigen (zunächst etwa einer für die ED Stuttgart und 2 für die 4 bayerischen ED). Ihre Kliniken müßten zentral an Strecken mit elektrischem Zugbetrieb gelegen sein. Die Verletzten sollten nicht nur nach Möglichkeit sofort vom Unfallort weg dorthin gebracht werden, sondern auch dann — Transportfähigkeit vorausgesetzt —, wenn sie ins nächste Krankenhaus gekommen sind. Evtl. müßten diese „Spezialisten für H. U.“ bereit sein, als Konsiliarii dem behandelnden Krankenhausarzt beizustehen.

Auf jeden Fall müssen die Dienststellen angewiesen

werden, wenn irgend möglich, zur ersten Hilfe den nächsten Bahnarzt heranzuziehen. Die Direktionen sollten sofort den Oberbahnarzt benachrichtigen. Er hätte die Aufgabe, sich um jeden Fall zu kümmern, ihn durch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten der geeigneten Therapie zuzuführen und, last not least, bei Todesfällen auf Sektion durch einen Fachpathologen zu dringen. Das Material ist bis jetzt klein, und eine Unzahl Fragen sind noch zu klären, was nur durch intensive Auswertung eines jeden Falles möglich ist.

Sache der Techniker wäre es, Sicherungen zu konstruieren, die bei Kurzschluß den Strom in wesentlich kürzerer Zeit als $\frac{1}{3}$ Sek. ausschalten (2). Je kürzer die Einwirkung des Stroms, um so geringer die Zerstörungen der Muskulatur, besonders durch Joule'sche Wärme, entsprechend der Formel Wärme = $I^2 \cdot r \cdot t$, wobei I die Stromstärke, r den Widerstand und t die Zeit bedeutet. Daß die J. W. bei den bisher beobachteten Fällen eine gewisse Rolle spielen muß, mag daraus geschlossen werden, daß im Gegensatz zum Crushsyndrom nur bei einem Teil Myoglobinurie beobachtet wurde. Das Myoglobin als Eiweißkörper wird eben durch Hitze zerlegt. Die Bruchstücke treten ins Blut und bewirken ihrerseits zusätzliche toxische Schädigung der Nieren, die vielleicht noch gefährlicher ist als die Verstopfung der Tubuli durch Myoglobin allein.

Literaturverzeichnis:

1. J. Minani „Über Nierenveränderungen nach Verschüttung“, Virch. Arch. für Path. Anatomie 1923, 245.
2. J. u. G. Wilke „Die Todesursache beim elektrischen Unfall unter besonderer Berücksichtigung des elektr. Zugbetriebes“, Arzt u. Eisenbahner 1940, S. 213.
3. Bywaters and Beale, Brit. Med. J. 1940, 41.
4. Dr. F. Jenny „Der elektr. Unfall als path. anat., klin. u. unfallmedizinisches Problem“, Bern 1945, Verlag Huber, Basel.
5. Moccetti Augusto Inauguraldissertation Zürich 1946.
6. A. Corcoran and J. H. Page, Cleveland „Crushsyndrome: Post traumatic Anuria“, The Journal of the Am. Med. Ass. 1947, Nr. 5, S. 436.
7. H. Fischer u. Ph. Rossier „Starkstromunfälle mit Muskelschädigungen und Myoglobinurie“, Helv. Med. Acta Basel. Vol. 14, 1947, S. 212.
8. H. Fischer, Zürich und R. Fröhlicher, Zollikon „Neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden beim Hochspannungsunfall“, Bull. Schweiz. elektrotechnisch, Verein, Band 38, 1947, Nr. 16.
9. W. Brunner „Starkstromunfälle mit Schock, ausgedehnten Muskelnekrosen und tubulärer Schädigung der Nieren“, Helv. Chirurg. Acta, Vol. 1949, S. 318.
10. E. Lehnartz „Chemische Physiologie“, 9. Auflage, 1949, S. 105, 106 und 425.

Inokulationshepatitis und Spritzensterilisation

Von Prof. Dr. med. R.-E. Bader, Heidelberg

Obwohl die Hepatitis epidemica schon in früheren Zeiten, wenn auch unter anderen Namen bekannt war, führte doch erst ihr pandemisches Anschwellen in dem Jahrzehnt vor dem Kriege zu einer intensiven Beschäftigung mit dieser in Friedenszeiten im allgemeinen harmlosen Krankheit. Aber auch die ausgedehnten epidemiologischen Studien, die bei zahlreichen Epidemien in allen Teilen Deutschlands getrieben wurden, zeigten nur

die mutmaßlichen Übertragungswege auf (v. Bormann, Bader, Deines und Unholtz u. a.), brachten aber keine endgültige Klarheit über die Art der Infektkettenbildung. Obwohl die direkte Kontaktübertragung von sehr vielen Autoren als am wahrscheinlichsten angesehen wurde, konnte eine sichere ätiologische Prophylaxe deshalb auch nicht empfohlen werden. Dies gilt im großen ganzen auch heute noch, obwohl durch

Übertragungsversuche unter den strengen Bedingungen des Experiments am Menschen die Möglichkeiten der Infektkettenbildung weitgehend geklärt wurden. Sicherheit über die Weiterverbreitung besteht nur bei einer Sonderform der Hepatitis epidemica, der „homologous serum hepatitis“ des angloamerikanischen Schrifttums, der durch Spritzen, aber auch durch andere Instrumente übertragbaren Inokulationshepatitis. Es soll hier nicht untersucht werden, ob die Annahme zu Recht oder Unrecht besteht, daß die Erreger der Hepatitis epidemica und der Inokulationshepatitis zwei verschiedenen Arten angehören oder ob sie Typen der gleichen Art darstellen. Eine solche Diskussion wäre fruchtbar, wenn es mit Sicherheit zutreffen würde, daß, wie dies im Schrifttum der vergangenen Jahre in Deutschland vielfach angegeben wurde, der Erreger der Inokulationshepatitis einer anderen Resistenzstufe gegenüber Erhitzung angehört als der Erreger der Hepatitis epidemica, so daß hierdurch eine besonders intensive Sterilisation der Instrumente notwendig würde. Da die grundlegenden Untersuchungen über die Hitzeresistenz in den Vereinigten Staaten ausgeführt wurden, ist es zur Klärung dieser Frage angebracht, auf die Quellen im amerikanischen Schrifttum zurückzugehen, und zwar besonders auf die Arbeiten, die eine Trennung der Erreger der beiden Krankheitsformen auf Grund ihrer biologischen Besonderheiten propagieren. Dort finden sich aber keine Angaben darüber, daß der Erreger der Inokulationshepatitis sich in seiner Thermoresistenz wesentlich abweichend von den diesbezüglichen Eigenschaften der anderen Virusarten verhalte, auch nicht von denen des Hepatitis-epidemica-Virus. So schreiben Havens und Paul in ihrem Beitrag „Infections Hepatitis and Serum Hepatitis“ in dem Lehrbuch von Rivers (Viral and Rickettsial Infections of Man, Philadelphia 1948) bei der Gegenüberstellung der beiden Erreger, daß die Hitzeresistenz des Hepatitis-epidemica-Virus bei 56°C 30 Minuten, die des Virus der Serum-Hepatitis bei 56°C 60 Minuten betrage. „The etiologic agent of homologous serum jaundice is . . . resistant to 56°C for from 30 to 60 minutes (Oliphant et al. 1943) . . . It may be inactivated in Serum by exposure to ultraviolet light for 45 minutes at 2537 Angström units (Oliphant and Hollaender, 1946)“. In dem Abschnitt „Prevention and control“ wird ausdrücklich festgestellt, daß die Verhütung einer Übertragung durch Rekonvaleszenten-Serum oder Plasma schwierig sei, daß aber eine 10stündige Erhitzung von Albumin auf 60°C (Neave 1946) das Virus inaktiviere, ohne den therapeutischen Effekt des Albumins zu zerstören. Diese Zahlen fügen sich besser in die allgemeinen Anschauungen über die Hitzeresistenz der Viren ein als die Annahme, eine Abtötung sei nur durch Temperaturen von $160\text{--}180^{\circ}\text{C}$ mit Sicherheit zu erzielen. Danach wird man also erwarten dürfen, daß das Auskochen der Instrumente in der üblichen Zeit mit Sicherheit das Virus auch der Inokulationshepatitis vernichtet. In einer neueren Arbeit von Hahn wird die geringe Hitzeresistenz des Erregers der Inokulationshepatitis auch durch die praktischen Erfahrungen an einem großen Krankenhaus bestätigt.

Die in den letzten 15 Jahren immer wieder aufgeworfene Frage der Instrumenten- und Spritzendesinfektion wäre deshalb leicht zu beantworten, wenn es nur um die Vernichtung der recht empfindlichen Viren ginge. Es darf

aber nicht verkannt werden, daß, wie auch Langenbach treffend bemerkt, die Frage der Spritzenbehandlung schon diskutiert wurde, als die Inokulationshepatitis noch unbekannt war, und daß die Verhütung dieser Krankheit nur ein Teilproblem im Rahmen der Instrumentensterilisation darstellt. Zum wirklich schwierigen Problem sind nicht die Viren und die etwa der gleichen Resistenzstufe angehörenden vegetativen Bakterienformen geworden, die gelegentlich Spritzenabszesse verursachen, sondern die Sporenbildner, vor allem der Gasbrandgruppe. Die zahlreichen bisher im In- und Ausland bekannt gewordenen Gasbranderkrankungen (Coenen 1940, 93 Fälle; Hübner 1941, 5 Fälle; Perret 1941, 112 Fälle) im Anschluß an einen oft kleinen ärztlichen Eingriff — etwa die Injektion eines Asthmamittels —, zeigen deutlich, daß die herkömmliche Art der Spritzenbehandlung nicht genügt, um solche gleichermaßen für Patient und Arzt tragischen Zwischenfälle zu vermeiden. Diese Erkenntnis führte von klinischer und hygienischer Seite zu der Forderung der einwandfreien Sterilisation der Spritzen (Jungmichel, Kirschner, Habs). An diesem Terminus ist nicht zu deuteln, er ist im Deutschen Arzneibuch definiert als Freisein von allen lebenden Mikroorganismen (vegetativen Formen und Dauerformen). Dies leistet leider der übliche Kochprozeß in destilliertem Wasser nicht, wenn auch nicht verkannt werden soll, daß das Auskochen von Instrumenten zur Sterilität führen kann, nämlich dann, wenn zufällig keine Sporenbildner am Sterilisationsgut vorhanden waren. Darf man sich aber hierauf verlassen?

Was die Diskussion in den Jahren vor dem Kriege in Gang brachte, war aber weniger die Frage des Kochens, als die Frage der Alkoholbehandlung der Spritzen. 70prozentiger Aethyl-Alkohol hat neben einer gewissen gerbenden Wirkung auf die menschliche Haut gute bakterizide Eigenschaften gegenüber vegetativen Bakterienformen, was ihm jahrzehntelang eine große Beliebtheit sicherte. Aber schon Robert Koch wußte vor mehr als einem halben Jahrhundert, daß die Dauerformen der Bakterien, die Sporen, jahrelang, und wie sich später herausstellte sogar jahrzehntelang in ihm konserviert werden. Es ist auch seit langem bekannt, daß der im Handel erhältliche Alkohol bereits Gasbrandsporen enthalten kann. Wird er sogar wiederholt zum Einlegen von Spritzen und Kanülen verwendet, wie dies leider noch allzu häufig geschieht, dann ist es fast verwunderlich, wenn Sporen der so gefährlichen und fast ubiquitär zu nennenden Gasbranderreger nicht in ihn hineingelangen. Unter 30 Staubproben verschiedenster Herkunft, unter anderem aus Instrumentenschränken und aseptischen Operationsräumen, konnte Kemkes 27mal Gasbrandbazillen nachweisen. In Erdproben finden sie sich praktisch immer (Zeissler und Rassfeld). Daß es nach Alkoholbehandlung der Spritzen trotzdem so selten zum Gasbrand kommt, beruht darauf, daß eben nicht die Gleichung gilt Gasbrandbazillus + Mensch = Gasbrand, sondern daß noch besondere Bedingungen an der Injektionsstelle und wahrscheinlich auch in dem Allgemeinzustand des Patienten erfüllt sein müssen, um die Sporen auskeimen zu lassen und den vegetativen Formen die Möglichkeit zur Vermehrung und zur Entfaltung ihrer pathogenen Eigenschaften zu geben. Nekrosen kleinsten Umfangs, örtliche Durchblutungsstörungen durch das injizierte Arzneimittel, Blutergüsse und Fremdkörper, darniederliegender Kreislauf und schlechter Er-

nährungsstatus scheinen begünstigend zu wirken. Gewiß, es mag jahre- und jahrzehntelang gut gehen. Wer aber möchte, nachdem die Sachlage klar erkannt und unbestritten ist, dem glücklichen Zufall vertrauen? Wer jedenfalls einmal in seinem Leben vor dem Bett eines solchen unglücklichen Patienten gestanden hat, wird im Alkohol kein Spritzensterilisationsmittel mehr sehen. Es sollen durchaus nicht die Schwierigkeiten der Praxis verkannt werden, auf die Heller hingewiesen hat, aber wirklich sicher geht nur der Arzt, der sich zur Behandlung seiner Spritzen eines einwandfreien Sterilisationsverfahrens bedient. Auch wenn eine Gasbrandinfektion nach Arzneimittelinjektion durch das unglückliche Zusammentreffen mehrerer Umstände als ein schicksalhaftes Ereignis anzusehen ist, entbindet dies den Arzt nicht von der Verpflichtung, jede im Rahmen seiner Tätigkeit mögliche Sorgfalt walten zu lassen. Daß deshalb von klinischer Seite in den letzten Jahren die Heißluftsterilisation bei 180° C gefordert wurde und diese sich schon recht gut einbürgerte, ist sehr zu begrüßen, auch wenn eine Begründung dieses Vorgehens mit der Hepatitis sich heute als nicht stichhaltig erweist. In diesem Sinne ist auch die ernste Mahnung Dennigs zu verstehen.

Wie kann aber Sterilität erzielt werden? Man muß Dennig beipflichten, wenn er als Vorbereitung für jede Sterilisation eine gründliche mechanische Reinigung der Spritzen und Kanülen auch von den kleinsten Blutresten empfiehlt. Dies deckt sich mit den Ausführungen Baumanns in dem in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für innere Medizin, der Gynäkologischen Gesellschaft der deutschen Schweiz und ihrer welschschweizerischen Schwestergesellschaft zustande gekommenen „Sterilisationsmerkblatt für Spritzen und Hohladeln“. Als Sterilisationsverfahren werden dort empfohlen 1. die Heißluftbehandlung (60 Min. bei 180 bis 200° C); 2. das Autoklavieren in gespanntem Dampf (45 Min. bei 120°; 25 Min. bei 127°; 20 Min. bei 138°); 3. das Kochen in Wasser unter Überdruck (Papinscher Topf, 20 Min. bei 120°); 4. das 20 Min. lange Auskochen in antiseptischer Lösung. Hierfür wird destilliertes Wasser mit 2% Soda und 1% Formalin vorgeschlagen. Die ersten drei Verfahren sind an besondere Geräte gebunden, das 4. Verfahren läßt sich überall, auch am Krankenbett durchführen. Jede dieser Methoden hat Vorteile, keine ist ganz frei von Nachteilen. Es erübrigt sich jedoch, auf sie im einzelnen einzugehen. Es ist dies in der vorliegenden Zeitschrift in temperamentvoller Weise bereits von Langenbach getan worden. Alle aber garantieren bei sachgemäßer Anwendung Sterilität und nehmen damit dem Arzt das Risiko ab, das jeder anderen Instrumentenbehandlung anhaftet. Wenn aber Bedenken irgendwelcher Art gegen alle diese Methoden vorliegen, sollte in 2prozentiger Sodalösung gekocht werden (So-

bernheim). Auch wenn nicht verschwiegen werden darf, daß von Konrich gewisse Bedenken hinsichtlich der Sterilisationswirkung dieses Vorgehens vorgebracht wurden, so ist doch für die Praxis wichtig, daß Habs nach 10 Min. langem Kochen in 3prozentiger Sodalösung pathogene Sporenbildner nicht mehr nachweisen konnte. Der den Spritzen anhaftende Sodarest ist fast immer belanglos. Nur in seltenen Fällen, in denen Bedenken hinsichtlich der Empfindlichkeit der Arzneimittel bestehen, wird man mit sterilem destilliertem Wasser nachspülen. Konsequenterweise ist hierfür nur steriles destilliertes Wasser aus Ampullen zu verwenden. Unter allen Umständen ist aber die Verwendung von Alkohol zu verwerfen, sei es als alleinigen Entkeimungsmittel oder zur Aufbewahrung der mit einer anderen Methode keimfrei gemachten Spritzen. Darüber hinaus möchten wir — im Gegensatz zu Baumann — von der Verwendung jeglicher Aufbewahrungslösungen abraten und diejenigen Methoden empfehlen, die eine trockene Entnahme und Aufbewahrung der Spritzen ermöglichen. Sowohl in Heißluftapparaten als auch in modernen Kleinautoklaven läßt sich dies durchführen (Langenbach).

Beim Eintreten eines Unglücksfalls nach dem Gebrauch von Alkohol als Entkeimungsmittel wird nach den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte kaum noch eine Rechtfertigung möglich sein. Ob es aber richtig ist, dem Juristen vorzugreifen und für eine bestimmte Handlung oder Unterlassung die Bezeichnung Kunstfehler von ärztlicher Seite zu gebrauchen, sollte gründlich erwogen werden. Jeder Einzelfall wird anders gelagert sein und aus der oft schicksalhaften Verknüpfung der Geschehnisse Schuld oder Unschuld zu erkennen, muß Sache verantwortungsvollster Rechtsfindung bleiben.

Schrifttum:

1. Baumann: Sterilisation und sterile Aufbewahrung von Spritzen und Hohladeln. Basel 1948.
2. v. Bormann, Bader, Deines u. Unholtz: Hepatitis epidemica in Deutschland (1937—1938), in Beiträge zur Hygiene und Epidemiologie, herausgeg. v. Habs u. Zeiss, Leipzig 1943.
3. Coenen: Med. Klin. 1940, 799 u. 829.
4. Dennig: Südwestdeutsches Ärzteblatt, 5, 158 (1950), 5, 233 (1950).
5. Hahn: Z. Klin. Med. 147, 108 (1950).
6. Havens u. Paul: Infections Hepatitis and Serum Hepatitis, in Viral and Rickettsial Infections of Man, Philadelphia 1948, herausgeg. von Rivers.
7. Heller: Südwestdeutsches Ärzteblatt, 5, 232 (1950).
8. Hübner: Z. ärztl. Fortbild. 38, 29 (1941).
9. Kemkes: Med. Welt, 1939, 1341.
10. Kirschner, Habs, Jungmichel: Münch. med. Wschr. 1938, 125.
11. Konrich: Die bakterielle Keimtötung durch Wärme, Stuttgart 1938.
12. Langenbach: Südwestdeutsches Ärzteblatt, 5, 229, (1950).
13. Perret: Med. Klin. 1941, 681.
14. Sobernheim: Dtsch. Zschr. Chir. 1936, 246.
15. Zeissler u. Rassfeld: Die anaerobe Sporenflora der Kriegsschauplätze. 1917.

Eingesandt

Zur Frage der Sterilisation von Spritzen und Instrumenten

Auf die Erwiderung von Herrn Professor Dr. med. Dennig, Stuttgart (Nr. 11/1950, S. 233), möchte ich, da ich den Eindruck habe, daß auch hier „aneinander vorbeigeredet“ wird, zunächst darauf hinweisen, daß es mir, im Gegensatz zu ihm, in erster Linie gerade um die juristi-

schen Fragen bei meinem Eingesandt zu tun war. Den Forderungen des „eigenen Gewissens“ glaube auch ich gerecht geworden zu sein. Wenn man von den Forderungen des Gewissens spricht, so ist eine alte Regel die, daß man seinen Patienten nichts anderes tun und raten soll,

als das, was man sich selbst oder seiner eigenen Familie auch antun und raten würde. Ich versichere, daß ich sowohl meine Frau und eigenen Kinder als mich selbst im Bedarfsfall mit denselben Instrumenten und Spritzen, auch was Sterilität betrifft, behandelt habe, wie meine Patienten. Wenn das nicht der Fall wäre und gewissermaßen hier eine doppelte Moral bestände, dann würde ich mein Gewissen belastet fühlen. Mein Gewissen ist auch belastet, wenn ich etwas tue, wobei ich weiß, daß ich das auch in besserer Weise hätte ausführen können. Die theoretischen Forderungen der Sterilisation aber sind in der Praxis nicht besser zu erfüllen. Ich bitte doch etwa in Form einer Umfrage festzustellen, wie die vielen praktischen Ärzte und anderen Ärzte mit viel Außenpraxis ihre Spritzen und Instrumente mit sich zu führen gezwungen sind. Ich bin überzeugt und habe mich davon in meinem engen Kreis von bekannten Kollegen versichert, daß auch sie so oder ähnlich verfahren wie ich, weil es eben gar nicht anders möglich ist! (auch mit Entkeimung unter Druck nicht, wie es jetzt in Heft 11/1950 von Herrn Dr. Langenbach empfohlen wird). Der praktische Arzt ist gezwungen, in der fehlerhaften Weise zu verfahren. Das geschieht nicht „um einer Unbequemlichkeit willen“! Ich bitte mir andernfalls das praktisch (nicht mit Worten) vorzumachen. Ich weiß, daß für Herrn Professor Dennig in der Klinik die juristischen Folgen gar nicht existieren in Dingen der Sterilisation. Die Klinik ist mit den nötigen Trockensterilisatoren und den nötigen Hilfskräften versehen. Es besteht gar keine Veranlassung, etwa eine in Alkohol aufbewahrte Spritze zu verwenden. Der einzige Rat von Herrn Professor Dennig ist ja auch, auf der Außenpraxis „Injektionen auf ein Minimum zu reduzieren“. Dieser Rat ist für die juristische Seite der Frage unbrauchbar. Denn, wenn dann bei den „auf ein Minimum reduzierten Spritzen“ doch unglücklicherweise etwas passieren sollte, wie ist dann die Rechtslage? Ich bin überzeugt: zu meinen Ungunsten, bei dieser Einstellung. Es liegt aber in der Natur der menschlichen Unzulänglichkeit, daß auch mit peinlichster Asepsis immer wieder „etwas passiert“, sowohl draußen in der Praxis als auch in der Klinik. — Den angeführten Fall des italienischen Arztes kenne ich nicht. Es wäre bei den geschilderten furchtbaren Folgen denkbar, daß hierbei aus Versehen etwa eine Spritze zur Injektion verwendet wurde, mit der vorher ein Abszeß punktiert wurde oder Ähnliches. Jedenfalls bei der U n z a h l von sonstigen „kunstfehlerhaften“ Injektionen allerorts ohne solche Folgen sind hier doch besondere Umstände zu vermuten? Was das „Lächerlichmachen durch Vergleiche mit unsinnigen Forderungen“ betrifft, so liegt mir ein Lächerlichmachen fern. Beim 1. Vergleich der Wasserversorgung sollte das Tertium comparationis des Vergleiches sein, wie von mir auch gesagt, daß man auch hier wie beim Sterilisieren nur das M ö g l i c h e verlangen kann, also nicht sterilisiertes Wasser, sondern möglichst sauberes Wasser.

Schlußwort von Prof. Dr. med. Dennig

Auf Wunsch der Schriftleitung setze ich die Diskussion noch einmal fort, obgleich seit der letzten Veröffentlichung nichts wesentlich Neues herausgekommen ist.

Die prinzipiellen Fragen sind:

1. Ist es nötig, daß wir die Sterilisierung unserer Spritzen und Instrumente vorsichtiger handhaben?
2. Ist dies möglich?

Die Chlorierung des Wassers ist der Versuch mit chemischen Mitteln. Beim 2. Vergleich, d. h. der unsinnigen Forderung von 1000 trockensterilisierten Spritzen frage ich, ob Herr Professor Dennig schon Massenimpfungen durchgeführt hat? Ich persönlich habe mein bataillon von 1000 Mann mit 2 Spritzen und etwa 50 Kanülen (mehr bekam ich nicht vom Sanitätspark) wiederholt in einigen Stunden, sicher 600 Mann und mehr — darunter auch mich selbst — fortlaufend geimpft, in der Weise, daß die 50 Kanülen in einem die ganze impfzeit über erhitzten offenen Kocher fortlaufend auf der einen Seite herausgenommen und auf der anderen Seite benützt wieder ins kochende Wasser zurückgeworfen wurden. Die 2 Spritzen wurden nur immer wieder mit Impfstoff gefüllt. Eine bessere Methode hatte ich nicht, wenn die Leute terminmäßig geimpft werden mußten, etwa im Einsatz. Ob es nun 500 oder 1000 Nadeln und Spritzen hätten sein sollen, ist letzten Endes unwichtig. Mit den theoretischen Forderungen der Sterilität lassen sich Massenimpfungen nicht vereinbaren. Ich lasse mich aber gerne belehren, wie ich es praktisch hätte machen sollen, mit Lächerlichmachen hat das nichts zu tun.

Die 1000 Spritzen sind also vielleicht übertrieben, jedenfalls aber weniger, als mir der Satz übertrieben erscheint: „Mit Recht schreibt z. B. Degen, daß eine einfache Injektion mit nicht moderner Sterilisation der Spritze den Kranken mehr gefährdet als eine größere chirurgische Operation.“ — Ich persönlich würde mir (wiederum 1000mal) lieber eine einfache Injektion mit nicht modern sterilisierter Spritze machen lassen — selbst nach Art der Morphinisten mit der Spritze aus der Westentasche durch den Anzug hindurch, als mich einer größeren chirurgischen Operation unterziehen, was die Gefährlichkeit betrifft. Nun: De gustibus non est disputandum. —

Um nun auf das Juristische zurückzukommen, so muß ich an „Im Namen des Gesetzes“ denken von Hermann Mostar, wo auch die theoretischen Gesetze nicht mit der Praxis des Lebens übereinstimmen. Die Leute mußten straffällig werden, ohne daß jemand hätte sagen können, wie sie es in ihren Verhältnissen hätten anders machen sollen. Ich wende mich eben gegen den Widerspruch, daß man Gesetze erläßt, die man in der Praxis nicht erfüllen kann, und daß derjenige bestraft wird, der Unglück hat, weil er ja wußte, daß er nach der Theorie einen Fehler machte. — Es besteht meiner Ansicht nach nur eine Möglichkeit: Eine Flüssigkeit zu schaffen an Stelle des Alkohols, die den Forderungen der nötigen Sterilität und dabei Unschädlichkeit gerecht wird. Solange das nicht vorhanden ist, empfinde ich es als Unrecht, von Kunstfehler zu reden, wenn ein Teil der Ärzte unter Bedingungen arbeiten muß, bei denen die theoretischen Forderungen auf Sterilität nicht hundertprozentig erfüllt werden können.

Dr. med. Heller, Mönshheim

Ad 1) Wer die Literatur des In- und Auslandes auch nur einigermaßen aufmerksam verfolgt, kann nicht daran zweifeln, daß in den letzten Jahren Tausende von Fällen iatrogener Virushepatitis aufgetreten sind. Bei den Ausführungen von Herrn Kollegen Heller hat man aber den Eindruck, daß er nicht recht an die Geschichte glauben will. Wenn er annimmt, bei dem Unglück in Italien müsse wohl versehentlich eine Spritze benutzt worden

sein, mit der vorher ein Abszeß punktiert wurde, so geht er damit genau an dem Problem der Hepatitis vorbei: Hätte es sich um eine durch Abszeßpunktion verunreinigte Spritze gehandelt, so wäre wiederum ein Abszeß, eine Sepsis oder ein Gasödem zu erwarten gewesen. Das Bezeichnende für die mit dem Hepatitis-Virus verunreinigten Spritzen ist ja, daß die Verunreinigung an anscheinend gesunden Virusträgern eintritt. Deshalb sind gerade bei Impfungen ganze Infektionsketten von Virushepatitis bekanntgeworden.

Ad 2) Ich bin durchaus mit der Formulierung von Herrn Kollegen Heller einverstanden, daß man in der Sterilisation nur das Mögliche verlangen kann. Unsere Ansichten gehen aber darüber auseinander, was möglich ist. Wenn Herr Kollege Heller glaubt, daß ich professorenhaft vom grünen Tisch der Klinik aus urteile, so möchte ich dem entgegenhalten, daß ich sehr wohl die Schwierigkeiten der Praxis kenne: ich habe nicht nur meine ärztliche Tätigkeit mit einem halben Jahr Landpraxis begonnen, sondern bin auch nach dem zweiten Krieg 2 Jahre lang unter den schwierigsten Umständen als Landarzt tätig gewesen. Ebenso habe ich im Krieg viele Massenimpfungen selbst ausgeführt oder geleitet.

Es fällt mir schwer zu verstehen, warum es nicht möglich sein soll, die Spritzen und Kanülen nach Trockensterilisation trocken zu transportieren. Man kann dazu ja dieselben Gefäße benutzen, in denen man bisher die Spritzen in Alkohol aufbewahrte, nur muß man diese Gefäße eben mitsterilisieren. Neben den genannten Heißluftsterilisatoren kämen auch solche Apparate in Betracht, wie sie von Herrn Kollegen Langenbach in Nr. 11/1950 des *Arzteblattes* beschrieben wurden, bei denen die Instrumente ja auch trocken herauskommen. Wo das aus finanziellen Gründen nicht möglich ist, sind — ich muß es nochmals sagen — Einspritzungen und instrumentelle Eingriffe auf äußerste Notfälle zu beschränken. Wenn aber Herr Kollege Heller schreibt, er würde auch seine eigene Familie mit den in Alkohol aufbewahrten Spritzen behandeln, so möchte ich davor drin-

gend warnen. Denn bei sich zu Hause hätte er — ebenso wie bei den Kranken in der Sprechstunde — sicher die Möglichkeit, die Spritzen vorher auszukochen und sie zu benutzen, ohne sie in den wahrscheinlich infizierten Alkohol zu bringen.

Bei Massenimpfungen sind besonders hohe Anforderungen an die Sterilität zu stellen. Wenn ich heute mit 50 Kanülen und 2 Spritzen Massenimpfungen durchführen müßte, so würde ich 2 Töpfe im Kochen halten und in dem einen 25 Kanülen auskochen, während mit den anderen 25 Kanülen geimpft würde, die dann gleich nach Gebrauch in den zweiten Topf geworfen würden. Es ist wohl anzunehmen, daß (im Gegensatz zu intravenösen Injektionen) bei subkutanen kein Blut in die Spritzen kommt, so daß man ein jedesmaliges Auskochen der Spritzen sparen könnte. Sicherer wäre es wohl noch, wenn man die Kanülen für sich einstechen und erst hinterher die Spritze aufsetzen würde. Das letzte Wort über die heute durchzuführenden und durchführbaren Maßnahmen bei Schutzimpfungen möchte ich aber dem Hygieniker überlassen.

Ich bin nur Kliniker. Nachdem sich in den Kliniken die offensichtlich iatrogenen Hepatitisfälle gehäuft hatten, fühlte ich mich verpflichtet, dieser Gefahr entgegenzutreten. Wenn man einen Kampf aufnehmen will, kann man aber nicht mit Schälmeien blasen, sondern muß schon zu Fanfaren greifen. Wir glauben auch, einigen Erfolg verbuchen zu können: In vielen Zuschriften werden praktische Vorschläge gemacht, die Firmen liefern jetzt einwandfreie Schnepfer zur Blutentnahme und gute Trockensterilisatoren. Und wir haben den Eindruck, daß die iatrogene Hepatitis in den letzten Wochen wenigstens in Stuttgart schon seltener wird (genaue Statistiken sind nicht zu erreichen, da die Virus-Hepatitis ja den Gesundheitsämtern so gut wie nie gemeldet wird, sondern als katarrhalischer Ikterus läuft). Wenn Herr Kollege Heller schreibt, daß eine Umfrage bei den praktischen Ärzten zweifellos zeigen werde, daß sie in der Regel ihre Spritzen in Alkohol aufbewahren, so bin ich ganz seiner Meinung — für den Augenblick. Ich hoffe aber sehr, daß eine Umfrage in einigen Monaten zeigen wird, daß sowohl bei den praktischen Ärzten als auch in den Kliniken und Instituten die Sterilisation so gehandhabt wird, daß die iatrogene Virushepatitis ausstirbt.

Abschließende Bemerkungen der Schriftleitung

Seitdem Dennig im August-Heft 1950 an Hand von äußerst eindrucksvollem Material von „Spritzenhepatitis“ die Frage der Instrumentensterilisation wieder zur Diskussion gestellt hat und mit Recht mit „Fanfaren geblasen hat“, bekam die Schriftleitung so manche Zuschrift aus den Reihen der Praktiker. Aus allen ging die tiefe Beunruhigung und Unsicherheit der Kollegen hervor, die sich gegen erneute Belastungen und in der Praxis anscheinend unerfüllbare Forderungen wehrten. Besonders verstimmend wirkte, daß wieder einmal drohend der Schatten des Staatsanwalts beschworen wurde.

Angesichts dieser Reaktion und der enormen praktischen Wichtigkeit der ganzen Frage, und weil wir schließlich dazu da sind, unseren Lesern zu helfen, brachten wir die praktischen Vorschläge von Langenbach und haben schließlich zwei Hygieniker von Ruf, Prof. Dold, Freiburg, und Prof. Bader, Heidelberg, um ihre Meinung befragt, und siehe da: es gibt gangbare Wege!

Wir fassen zusammen:

1. Alkohol, auch der 75%ige, als Desinfektions- und Aufbewahrungsmittel sollte nun endgültig abgetan

sein. Das Wort „Kunstfehler“ nehmen freilich auch wir, wie Bader, nicht gerne in den Mund.

2. Für die Sterilisation von Instrumenten, Spritzen und Verbandstoffen sind Kleinautoklaven sehr zu empfehlen. Bei sicherer Entkeimung (mit gespanntem Dampf) wird das Material relativ am meisten geschont. Wer es kann, der schaffe sich einen der verhältnismäßig billigen Apparate an. (Langenbach, *Südw.-Dtschs. Arztebl.* 1950 Nr. 11*, Schosnig, *Deutsche Med. Wochenschrift* 1951 Nr. 6, o. a.) Wer es aber nicht kann oder wer es vorzieht noch abzuwarten, welcher dieser noch relativ jungen Apparate sich auf die Dauer bewähren und das Placet der Hygieniker finden wird, der koche seine Instrumente 20 Minuten lang in destilliertem Wasser mit 2% Soda aus. Wenn er dieser Lösung noch 1% Formalin hinzufügt, so hat er die Autorität des schweizerischen „Sterilisationsmerkblattes für Spritzen und Hohlnadeln“ hinter sich. Voraussetzung bei allen Verfahren ist sorgfältigste Reinigung von Spritzen, Nadeln

* Vielleicht interessiert, daß die Aufnahme des Langenbachschen Aufsatzes uns den Boykott unseres Inseratenteils durch eine Instrumentenfirma eingetragen hat.

und Instrumenten, von allen Blut- und Eiterresten, sofort nach Gebrauch.

3. Unsere Spritzen müssen wir natürlich steril transportieren. Dazu bedienen wir uns unserer alten Alkoholbehälter, ausgekocht aber ohne Alkohol.

Jeder ältere Arzt hat verschiedene Systeme solcher Taschenbestecke ungebraucht herumliegen, da allen gemeinsam war, daß sie den Alkohol nicht halten konnten.

Wenn wir nun unseren Schnepfer vor Gebrauch nach Langenbach einige Minuten (wie viele, Herr Langen-

bach?) in konzentrierte Karbolsäure hängen, so kann unseren Patienten und uns, d. h. uns Praktikern nichts passieren.

Was geschehen soll, angesichts der Tatsache, daß „4,5% der Fälle nach Empfang von Transfusionen mit Plasma eine homologe Serumhepatitis entwickelten“ (H. H. Steele, Gastroenterology 1950, 59—61), wie die Blutbanken sich aus der Affäre ziehen, wie man Blutspender als Infektionsquelle ausscheiden soll, für diese Fragen halten wir uns nicht für zuständig. Schr.

Buchbesprechungen

Prof. Dr. med. Alfons Stiegele, ehemals ärztlicher Direktor des Robert-Bosch-Krankenhauses, „Homöopathische Arzneimittellehre“. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, 1949, 436 S., DM 25.—.

„Wissenschaftlichkeit, das heißt zu wissen, was man weiß, und was man nicht weiß; unwissenschaftlich ist das dogmatische Wissen... Wissenschaftlich ist grenzenlose Kritik und Selbstkritik, das vorantreibende Infragestellen; unwissenschaftlich ist die Besorgnis, der Zweifel könnte lähmen.“ Im Sinne dieser Worte von Karl Jaspers, die Stiegele seinem „Lehrbuchversuch“ voraussetzt, behandelt er die materia medica homöopathica. Folgerichtig stellt er fest, daß die Homöopathie ein Begriff ist, der sich aus ärztlicher Beobachtung herausgebildet hat, sein Inhalt ist aber kein für alle Zeit unabänderlich geschlossener, so wenig wie das bei den Begriffen geistes- oder naturwissenschaftlicher Disziplinen überhaupt der Fall ist. Er kann zugunsten anderer Heilmöglichkeiten Einengungen erfahren müssen, ebenso aber auch theoretische und praktische Erweiterungen zu seinen eigenen Gunsten. Unter dieser Voraussetzung folgt man mit steigendem Interesse den Erörterungen Stiegeles, die aus den Erfahrungen einer mehr als 50jährigen Arztstätigkeit gewachsen sind. Mit Offenheit und weiser Verknüpfung mit andern wissenschaftlichen Forschungen und Ergebnissen eines halben Jahrhunderts werden wichtige Probleme der homöopathischen Lehre und Praxis besprochen. Es wird die Frage der Potenz, die Ähnlichkeitsregel, Geschichte und Technik der Arzneiprüfungen am Gesunden, Bedingungen für den Aufbau einer homöopathischen Arzneimittellehre, Geschichtliches zur Arzneimittellehre behandelt. — Die jedem Nichteingeweihten völlig unübersichtliche Zusammenstellung von homöopathischen Arzneimitteln, die in früheren Arzneimittellehren von Hahnemann über Stauffer bis Mezger in alphabetischer Reihenfolge aufgezählt und beschrieben wurden, werden von Stiegele nach bestimmten Gesichtspunkten geordnet, so daß der Stoff für das Gedächtnis besser aufnahmefähig wird. Die homöopathische Arzneiprüfung und eine deren Ergebnisse kritisch verwertende praktische Empirie haben festgestellt, daß einzelne Arzneien zur Behandlung von Menschen einer bestimmten Konstitutionsform geeignet sind. Aus dem großen Umfang und der Mannigfaltigkeit des Arzneischatzes lassen sich daher charakterologisch zusammengehörige Gruppen aussondern. So gibt es Arzneistoffe mit vorzugsweise arterieller Gefäßwirkung und solche mit vorzugsweise venöser Gefäßwirkung, eine antirheumatische und eine neurotrope Gruppe. Die Zusammenfassung unter solchen Gesichtspunkten arbeitet das therapeutisch Wertvolle heraus und vermeidet ermüdende Wiederholungen. Auf diese Weise wird das Stiegelesche Buch trotz seines Umfangs das interessanteste und verständlichste Lehrbuch der Homöopathie, das seit langem herausgekommen ist. Es erhebt zwar nicht den Anspruch — wie der Verfasser in allzu großer Bescheidenheit sagt —, alle Problematik, die in der homöopathischen materia medica steckt, zu einer allseits wohlgefälligen Lösung zu bringen, aber es will den Arzt und die Wissenschaft für die begriffliche und praktische Erfassung der homöopathischen Arzneimittellehre „auf die Spur“ setzen, was erstaunlich wohl gelungen ist.

Dr. Ilse Reinhardt

Dr. K. Gehry: „Körperkrankenpflege.“ Lehr- und Handbuch für das Pflegepersonal der Gemüts- und Geisteskranken. Mediz. Verlag Hans Huber, Bern. 2. Aufl., 254 S., geb. DM 27.50.

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie stand Pate bei diesem Werk, das in Ergänzung eines 2. Werkes von Dr. Morgenthaler „Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken“ ausgeführt wurde. Neben einer guten Anleitung zur Pflege solcher Kranken war es dem Verfasser vor allem darum zu tun, die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des gesunden und kranken Menschen, soweit diese dem Verständnis des Pflegers zur Grundlage dienen können, nahezubringen. Und dieses Vorhaben ist ihm in einfachen und klaren Worten mit Unterstützung gut ausgewählter und anschaulicher Bilder meisterhaft gelungen. Dabei hat er es verstanden, die Begrenzung zu finden, über die hinaus auch der strebsame Pfleger und Laie nur Verwirrung finden würde. So aber kann dieses Buch nicht nur dem Pfleger der Gemüts- und Geisteskranken, sondern jedem Krankenpfleger ein wirklich verständiger Wegweiser sein. Wenn nur die etwas hohen Buchkosten nicht wären.

Dr. Gerber

„Du und die Welt“, Das deutsche Gesundheitsmagazin. Monatszeitschrift, Ärzteverlag Gießen/Lahn, Schließfach 355/356. Bezugspreis für die Angehörigen der Heilberufe DM 2.40 pro Vierteljahr bei freier Zustellung.

Das von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern unter Mitwirkung der Spitzenverbände der übrigen Heilberufe als Wartezimmerzeitschrift herausgegebene Deutsche Gesundheitsmagazin „Du und die Welt“ kann auf das erste Jahr seines Bestehens zurückblicken.

Zieht man die Bilanz aus den bisher erschienenen Heften, dann ergibt sich die erfreuliche Feststellung, daß die Zeitschrift ihre Aufgabe

auf den Gebieten der Gesundheitspflege und der Krankheitsverhütung aufklärend zu wirken, die jeweilig im Vordergrund stehenden Fragen der Sozialversicherung zu erörtern und die Sorgen und Wünsche der Ärzte der Öffentlichkeit zu unterbreiten

voll erfüllt hat.

„Du und die Welt“ betrachtet sich aber nicht nur als Sprachrohr der Ärzteschaft; sie hat für die wartenden Patienten auch gute unterhaltende Aufsätze aufgenommen und behandelt eine Fülle allgemein interessierender Fragen. Erwähnt seien die Bildbetrachtungen und Buchbesprechungen, die Abhandlungen über „Recht im Alltag“, die Schach- und Rätselaufgaben und die Modeschilderungen.

Durch eine Auswahl schönster Bilder wird auch eine anziehende Wirkung ausgeübt.

Es kann daher nicht überraschen, daß die Zeitschrift sich zunehmender Beliebtheit erfreut und daß zu ihren Beziehern heute schon etwa 18 000 Angehörige der Heilberufe und fast ebenso viele an der Themengestaltung Interessierte aus anderen Berufen gehören.

Je größer ihre Auflageziffer, um so größer die Zahl ihrer Leser und um so größer der Erfolg ihrer Aufklärungsarbeit,

die im Kampfe um die wirtschaftliche und berufliche Freiheit des Ärztestandes von entscheidender Bedeutung ist.

„Du und die Welt“ darf daher in keinem Wartezimmer, in keinem Krankenhaus sowie in keinem Erholungsheim mehr fehlen.

Dr. rer. pol. Theiss

Prof. Dr. G. Hopf: „Haut- und Geschlechtskrankheiten.“
H. H. Nölke Verlag Hamburg, 108 S., DM 6.—.

Wie Verfasser im Vorwort hervorhebt, soll das Bändchen weder Lehrbuch sein, noch ein solches ersetzen. Es soll vielmehr eine Gedächtnisstütze darstellen. Und dieses dürfte in sehr glücklicher Weise erreicht worden sein. Ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis, sowie klare, systematische Einteilung der Materie selbst ermöglichen eine fast augenblickliche Orientierung, was besonders für Studierende von Vorteil ist. Hauptgewicht liegt auf Diagnose und Differentialdiagnose, während die Behandlung meist nur mit Stichworten angegeben ist. — Das Kapitel über Geschlechtskrankheiten ist sehr ausführlich gehalten, auch bezüglich der Therapie. Besonders bei der Lues sind ins einzelne gehende Kurpläne aufgestellt und die Salvarsan Nebenwirkungen bzw. -schäden beschrieben, wodurch das Heft auch für den prakt. Arzt zum unentbehrlichen Ratgeber wird. — Die wenigen beigegefügt Bilder kommen leider infolge der Papierbeschaffenheit nicht voll zur Geltung.

Dr. Cades

Teschendorf: „Lehrbuch der Röntgenologischen Differentialdiagnostik.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, II. Aufl. in 2 Bänden

Band I: „Erkrankungen der Brustorgane“ 780 S. mit 865 Abb., Ganzl. DM 84.—.

Band II: „Erkrankungen der Bauchorgane“ 608 S. mit 1081 Abb., Ganzl. DM 72.—.

Auf Anregung von Matthes, dem das umfassende Werk auch gewidmet ist, hat Teschendorf seine „Röntgenologische Differentialdiagnostik“ zur Ergänzung des Lehrbuches der „Differentialdiagnostik Innerer Krankheiten“ von Matthes geschrieben. Darüber hinaus ist ein Standardwerk der Röntgendiagnostik entstanden, das in seiner Ausstattung mit seinem ganz hervorragenden Bildmaterial auch dem Verlag alle Ehre macht. Teschendorf geht in weiser Erkenntnis der Grenzen jedes Untersuchungsverfahrens vom kritischen Betrachten des Röntgenbildes aus, und will durch das außerordentlich reiche und ausgezeichnete Bildmaterial den praktischen Arzt wie den Kliniker zur richtigen Deutung führen. Er baut grundsätzlich auf einfachen Befunden auf, um dann bei differentialdiagnostisch schwierigen Bildern durch eine systematische Schilderung eine Klärung zu ermöglichen.

Der 1. Band umfaßt mit besonders eingehender Berücksichtigung der spezifischen Erkrankungen der Lungen die Differentialdiagnostik der Brustorgane. Das Röntgenbild des Herzens findet eine umfassende Darstellung, besonders auch in seinen Beziehungen zu den elektrokardiographischen Veränderungen. Der 2. Band bringt unter Heranziehung aller modernen Untersuchungsmethoden die Röntgenologische Differentialdiagnose des Magen-Darmkanals, der Nieren und der Harnwege. Um der Gefahr zu entgehen, durch Hineinlesen von Befunden infolge vorgefaßter anamnestischer Meinungen zu falschen Schlüssen zu kommen, hält Teschendorf es für richtig, die Deutung des Röntgenbildes nach Möglichkeit von klinischen Untersuchungsbefunden zu trennen. Um aber andererseits eine einseitige Überwertung des Röntgenbildes zu vermeiden, müsse der Arzt die letzten Entscheidungen doch immer unter Verwertung aller klinischen Untersuchungsmethoden treffen, da eine im Röntgenbild gefundene Abweichung oder Organerkrankung nicht unbedingt der Krankheit entsprechen müsse, an welcher der Kranke klinisch leidet. Die Verwertung auch einer feinst ausgefeilten Röntgen-Diagnose sei nur im Gesamtuntersuchungsbild möglich. Auch eine „Sicherheitsuntersuchung“ sage aber im Grunde nicht mehr, als daß röntgenologisch erfassbare organische Veränderungen nicht nachzuweisen sind.

Dr. Dobler

„Merkblätter für medizinische Parasitologie.“ Hippokrates Verlag, Stuttgart 1949.

Heft 1: „Helminthologische Laboratoriumsmethoden“ von Prof. Dr. phil. Carl Schlieper, 64 S., 30 Abb., DM 3.80.

In Heft 1 dieser Serie wird von zoologischer Seite eine Beschreibung der beim Menschen vorkommenden Würmer und ihres Nachweises mittels immunbiologischer und mikroskopischer Verfahren besprochen, wobei Spezialuntersuchungen wie Anreicherungsverfahren, quantitative Verfahren und besondere Nachweismethoden eingehend besprochen werden. Die wegen ihrer Einfachheit und Zuverlässigkeit praktisch so hochwertige Methode des Nachweises von Oxyuren mit einem Cellophanklebestreifen müßte dabei allerdings in einer Neuauflage Berücksichtigung finden. Das Heft will in erster Linie dem Laboratorium die zur Untersuchung auf Wurmkrankheiten notwendigen Kenntnisse vermitteln.

Heft 2: „Die Askaridiasis“.

Heft 3: „Die Oxyuriasis“ von Dozent Dr. A. Erhardt und Prof. Dr. R. Wigand, Preis je Heft DM 1.50.

Die Spulwurmseuche im Kreis Darmstadt und ihre Todesfälle zeigen, daß eine Verwurmung eine durchaus ernst zu nehmende Infektion darstellt. Zwei erste Kenner auf dem Gebiet der Wurminfektion haben auf je rund 30 Seiten die beiden ihrer Verbreitung nach bedeutendsten Wurminfektionen nach dem neuesten Stand unseres Wissens in klarer Weise dargestellt. Beide Hefte enthalten übersichtlich gegliederte und unter Vermeidung von Überflüssigem und Verwirrendem in einprägsamer Weise alles Wissenswerte über den Spulwurm- und Madenwurmbefall.

Die einzelnen Kapitel behandeln in einem biologischen Teil die Morphologie, Biologie und Epidemiologie, in einem medizinischen Teil die Diagnostik, Prophylaxe und Arzneimitteltherapie.

Wer diese Heftchen gelesen hat, weiß zuverlässig Bescheid über Fragen, die in der täglichen Praxis unvermeidbar an ihn herantreten. Nicht nur der praktische Arzt, auch der Hygieniker wird diese Schriften dankbar begrüßen.

Dr. Liebermeister

Dr. Ferdinand Sievers: „Der Arzt — Niederlassung, Zulassung und kassenärztliche Tätigkeit.“ Verlagsbuchhandlung Erich Herzog, Goslar, 132 S., kart. DM 3.60.

Von den Kassenärzten und auch von den Ärzten, die Kassenärzte werden wollen, wird diese aufschlußreiche Schrift des erfahrenen Sachkenners lebhaft begrüßt werden, handelt es sich doch um eine umfangreiche und für viele Ärzte wenig durchsichtige Materie. Im 1. Kapitel werden alle Fragen der Niederlassung behandelt. Besondere Angaben nehmen Bezug auf einschlägige Anordnungen für Niedersachsen. Das Fehlen zentraler Anordnungen bringt es mit sich, daß entsprechende Bestimmungen für „andere Länder“ innerhalb Deutschlands jeweils zu ermitteln sind. Im 2. Kapitel wird die Zulassungsordnung vom 21. April 1948 beschrieben und erläutert. Sie ist in einigen Ländern der amerikanisch besetzten Zone noch immer von der Besatzungsmacht außer Kraft gesetzt, in der französisch besetzten Zone — leider mit Abänderungen — erlassen. Der Verfasser hofft für ganz Westdeutschland auf eine gleiche Rechtsordnung durch den Bundestag. Im 3. Kapitel wird die dem Arzt meist wenig durchsichtige Materie der Honorarverträge ausgezeichnet verständlich gemacht. Im 4. Kapitel wäre bei der Abhandlung über die Schweinepflicht des Arztes die genaue Angabe der gesetzlichen Bestimmungen wünschenswert. Über die Rechnungen des Kassenarztes wird im 5. Kapitel ausführlich berichtet, und das 6. Kapitel ist der Prüfung und Bezahlung der Rechnungen des Kassenarztes gewidmet, wobei auch Hinweise auf steuerliche Fragen sowie genaue Ausführungen über Vorwegzahlungen, Sonderhonorare, Quotenberechnung, Verbuchung und Auszahlung gegeben werden.

Das Büchlein stellt in seiner Art etwas Neues dar, ist inhaltsreich, leicht verständlich und doch tiefgründig. Es kann den Kassenärzten, insbesondere denen, die in den ärztlichen Organisationen tätig sind, eindringlich empfohlen werden.

Dr. Möbius

Bekanntmachungen

Einladung zur Mitgliederversammlung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Württemberg e. V. am Samstag, den 21. April 1951, vormittags 10 Uhr

in Stuttgart-Degerloch, Schweizerhaus
(neben Zahnradbahnhof)

Tagesordnung:

1. Geschäftsbericht für das Jahr 1950
2. Entlastung des Vorstandes und des Geschäftsführers
3. Neuwahl des Vorstandes
4. Voranschlag für das Jahr 1951
5. Errichtung einer Buchführungs- und Steuerstelle
6. Verschiedenes

gez.: Dr. Dobler
Vorsitzender

Fortbildungskurs in Regensburg

Vom 4. bis 6. Mai 1951 findet in Regensburg der 6. Fortbildungskurs für Ärzte statt. Als Hauptthemen werden behandelt:

- Freitag, 4. Mai: Vegetatives Nervensystem
Samstag, 5. Mai: Bronchialerkrankungen
Sonntag, 6. Mai: Infektionskrankheiten.

Kursgebühr: DM 25.—, DM 10.— für Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte, für Einzeltage DM 10.—. Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Tel. 38 51, Nebenstelle 4 31.

3. Tuberkulose-Fortbildungskurs für Ärzte in Schömberg

Vom Montag, 7. Mai 1951 bis Freitag, 11. Mai 1951 findet in Schömberg bei Wildbad ein 3. Tuberkulose-Fortbildungskurs für Ärzte statt.

Kursgebühr DM 20.—. Für Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte DM 10.—, auf begründete Anforderung auch Freikarten.

Anfragen und Anmeldungen sind an die Kurverwaltung Schömberg Kreis Calw zu richten.

Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat Mai 1951 im Hörsaal der II. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestraße 18 folgende Vorträge statt, zu denen ich freundlichst einlade:

Freitag, 18. Mai 1951, 20 Uhr: **Frau E. Dicke, Überlingen**
Bindegewebsmassage

Freitag, 25. Mai 1951, 20 Uhr: **Prof. Dr. Störmer, München**
Das Felty-Syndrom und seine Einordnung in den Formenkreis der chronischen Polyarthritiden

Der Leiter der Akademie:
Prof. Dr. med. Schoen

67. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden

Am Samstag und Sonntag 19./20. Mai 1951 findet am alten Tagungsort im Kurhaus in Baden-Baden die 67. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater statt.

Samstag vormittag: Forensisch-psychiatrische Probleme, insbesondere Zurechnungsfähigkeit der weitgehend geheilten Psychosen, Zurechnungsfähigkeit der Psychopathen und der § 42 b, Tat und ihre Motive als Kriterium der Zurechnungsfähigkeit. Die moderne Entziehung des Alkohols bei den Trunksüchtigen.

Samstag nachmittag: Physiologie und Klinik der neuromuskulären Erregungsübertragung.

Sonntag vormittag: Verschiedene Vorträge.

Anmeldungen zu Vorträgen (10 Minuten) werden bis 15. April an Professor Gruhle, Bonn/Rh., Nervenlinik, erbeten.

Quartierwünsche bis spätestens 30. April 1951 an die Kurdirektion Baden-Baden, Augustaplatz 1, oder direkt an ein gewünschtes Hotel.

Tagung der Südwestdeutschen Röntgengesellschaft

Am 26. und 27. Mai 1951 findet in Konstanz eine Tagung der Südwestdeutschen Röntgengesellschaft statt.

Nähere Auskunft erteilt: Dr. med. Th. Rees, Vorsitzender der Südwestdeutschen Röntgengesellschaft, Karlsruhe in Baden, Stefaniestraße 78, Tel. 8 47.

Einführungslehrgang in die Verfahren der Naturheilkunde und Homöopathie in München

Der Verband Deutscher Naturärzte e. V. wird vom 9. bis 15. September 1951 unter Leitung von Professor Dr. Dr. Saller einen weiteren Einführungslehrgang abhalten.

Anmeldungen werden jetzt schon erbeten an das Sekretariat der Lehrgänge: München 8, Langerstraße 7, z. H. von Herrn Dr. Vöth.

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Verlegung des Termines und Änderung des Programmes der Urologentagung in Düsseldorf
Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hält ihre nächste Tagung in Düsseldorf vom 19. bis 21. September 1951 ab.

Hauptverhandlungsthemen:

1. Antibiotische Behandlung der Urogenitaltuberkulose.
Pathologie: Singer-München
Behandlung Boshamer-Wuppertal
2. Indikation und Technik der Harnableitung in den Darm.
(Kneise-Halle)
3. Indikation und Technik der totalen Cystectomie beim Blasenkrebs
(Junker-Hamburg)

Vorträge zu diesen Referaten, Diskussionsbemerkungen und Vorträge selbstgewählter Themen werden bis spätestens 1. Mai 1951 an den Vorsitzenden Prof. Boeminghaus, Klinik Golzheim, Düsseldorf, Friedrich-Lau-Straße 1, erbeten.

Erste Balneologische Studienreise vom 7.—19. Mai 1951

Mit Unterstützung des Deutschen Bäderverbandes e. V., Bad Oeynhausen, führt das Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Bad Nauheim, eine erste balneologische Studienreise durch westdeutsche Heilbäder durch. Damit wird im Interesse des Fortbildungswesens der deutschen Ärzteschaft eine alte Tradition nach dem Kriege wieder aufgenommen. Es werden folgende Heilbäder besucht:

Nauheim, Orb, Brückenaue, Kissingen, Mergentheim, Wildbad, Baden-Baden, Dürkheim, Kreuznach, Schlangenbad, Schwalbach.

Eingehende Besichtigung der Kuranlagen und Vorträge über die Heilmittel sind vorgesehen.

Gesamtpreis inkl. Unterbringung, Verpflegung, Fahrt mit modernem Reiseomnibus (ca. 1000 km), Führung, Eintrittsgeld, Trinkgeld: DM 256.—.

Prospekte und Anmeldung: Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Bad Nauheim, Ärztehaus, Kurstraße 9.

Anderungen des kassenärztlichen Honorars

In Verhandlungen mit der Arbeitsgemeinschaft der Ortskrankenkassen ist von den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft KV erreicht worden, daß das Rentner-Kopfpauschale mit Wirkung vom 1. Januar 1951 ab von 8.40 DM auf 11.40 DM erhöht wurde. Näheres bitten wir aus dem an alle Kassenärzte gerichteten Rundschreiben der KV Nr. 1/51 vom 21. März 1951 zu entnehmen.

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

EINLADUNG

zum **Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart** am Samstag, den 28. April 1951
 im Lindenumuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg
 (Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz, Fernruf 9 21 63.)

- | | |
|-----------|--|
| 9—10 Uhr | Professor Dr. Kneer, Geislingen:
Hormontherapie in der Frauenheilkunde |
| 10—11 Uhr | Professor Dr. Bickenbach, Tübingen:
Erkrankungen des Foetus (Embryopathien) |
| 11—12 Uhr | Professor Dr. Fischer, Zürich:
Neuere Ergebnisse auf dem Gebiet der Pathologie und Therapie des elektrischen Unfalls |
| 15—16 Uhr | Professor Dr. Kroetz, Hamburg:
Behandlung der peripheren Kreislaufstörungen |
| 16—17 Uhr | Frau Professor Gollwitzer-Meier, Hamburg:
Bäderbehandlung bei Kreislaufkrankungen |
| 17—18 Uhr | Professor Dr. Hirschmann, Tübingen:
Behandlung der multiplen Sklerose |

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

Professor Dr. Dennig
 Vorsitzender des Ausschusses
 für ärztliche Fortbildung

Protest der Ärztekammer zu den Weinheimer Vorgängen

Die Kammer hat am 6. März 1951 nachstehendes Protestschreiben an Herrn Ministerpräsident Dr. Reinhold Maier gerichtet:

„Mit großer Sorge hat die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. von den Vorfällen in Weinheim Kenntnis genommen, die dazu angetan sind, das zwischen Patient und Arzt bestehende Vertrauensverhältnis aufs schwerste zu erschüttern. Das Vorgehen der Staatsanwaltschaften in Weinheim und in Garmisch-Partenkirchen, wo sich die gleichen Vorfälle ereigneten, beweist, wie leicht sich staatliche Dienststellen über die ärztliche Schweigepflicht hinwegsetzen, die doch im Interesse der Patienten peinlichster Beachtung bedarf. Der Patient hat ein Recht darauf, daß die dem Arzt anvertrauten Geheimnisse nicht dritten Stellen zugänglich werden. Die Ärzteschaft stellt sich deshalb schützend vor ihre Patienten und verwahrt sich mit Entschiedenheit dagegen, daß die Ärzte zu Hilfsorganen der Staatsanwaltschaft und Polizei gemacht werden. Aus den gleichen grundsätzlichen Erwägungen heraus wehrt sich aber auch die Ärzteschaft, den Steuerbehörden Einblick in die Patientenkartei zu gewähren. Ein demokratischer Staat sollte andere Mittel und Wege finden. Er muß alles meiden, was mit den Grundrechten der Persönlichkeit unvereinbar ist. Und zu diesen Grundrechten gehört die Forderung der Patienten und Ärzte auf Wahrung der Schweigepflicht.“

Um so dankbarer begrüßt die Ärztekammer, daß der Ministerrat in seiner gestrigen Sitzung beschlossen hat, dem Landtag einen Gesetzentwurf zur Aufhebung der Meldepflicht bei

Schwangerschaftsunterbrechung, Fehl- und Frühgeburten vorzulegen. Die Ärzteschaft hofft, daß der Landtag seine Zustimmung zu diesem Gesetzentwurf nicht versagen wird.
 gez.: Dr. Neuffer
 Präsident“

Änderungen des kassenärztlichen Honorars

Durch ein Versehen der Setzerei wurde diese Mitteilung irrtümlicherweise auf S. 77 veröffentlicht.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Stuttgart-Vaihingen	Facharzt für Orthopädie
Stuttgart-Innenstadt	Facharzt für Frauenkrankheiten
Stuttgart-Zuffenhausen	prakt. Arzt
Heidenheim-Schnaitheim	prakt. Arzt
Nürtingen	prakt. Arzt
Ludwigsburg	prakt. Arzt

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Betreibungen 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, Jahnstraße 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 15. Mai 1951 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Kurzbericht über die 40. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 13. März 1951, 19—24 Uhr

Beratung einer Disziplinarangelegenheit. Die Entscheidung des Disziplinarausschusses wird bestätigt.

Bericht über die Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes der KV-Arbeitsgemeinschaft und Verhandlungen mit den Ortskrankenkassen am 1. und 2. März 1951: Erhöhung des Rentnerkopfpauschales von DM 8.40 auf DM 11.40 ab 1. Januar 1951. Für krankenversicherte arbeitsfähige Kriegsbeschädigte haben die Krankenkassen angeboten, je Tag der ambulanten Behandlung DM 1.— an die Ärzte abzuführen. Die endgültige Regelung steht noch aus.

Ärzte für die Beratung der Vorstände bei den Sozialversicherungsträgern: In Nord-Württemberg kommen etwa 300 Versicherungsträger in Betracht. Um den Krankenkassen genügend Vorschläge unterbreiten zu können, bedarf es noch weiterer Meldungen seitens der Kreisärzteschaften. Vor allem erscheint es notwendig, daß sich neben den Kreisärzteschafts-Vorsitzenden die Abgeordneten der KV und die Delegierten der AK zur Verfügung stellen.

Kreditfinanzierung (Kraftwagen) durch den Hartmannbund, Landesverband Württemberg: Nach längerer Aussprache wird eine Kommission gebildet aus Mitgliedern des HB und der KV und dem Rechtsberater der KV. Ihre Aufgabe ist die Ausarbeitung eines Vorschlags, der den Belangen beider Organisationen gerecht wird und ohne Risiko für die Kassenärzteschaft dem einzelnen Arzt wirksam zu helfen ermöglicht.

Ein Vorentwurf für eine neue Zulassungsordnung im Bundesgebiet wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der KV übersandt mit der Bitte um Stellungnahme. Aus der Beratung ergeben sich eine Reihe von Abänderungsvorschlägen, die der Arbeitsgemeinschaft zugeleitet werden.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 41. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 19. März 1951, 19—24 Uhr

1. Nachdem in einer früheren Sitzung der erste Teil des Entwurfs einer Zulassungsordnung für das ganze Bundesgebiet behandelt worden war, wird nun die zweite Hälfte eingehend durchberaten und wieder eine Reihe von Änderungsvorschlägen beschlossen.
2. Dr. Benz berichtet über die Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes der KV-Arbeitsgemeinschaft am 16./17. März 1951.
3. Einige Einzelprobleme der Honorarverteilung werden in einer kleinen Vorstandskommission vorberaten. Es wird vorgeschlagen, die Wegegebühren zunächst nicht zu ändern, auffällige Sonderfälle (hohe Wegegelder bei niederen Fallzahlen) jedoch näher zu überprüfen unter Beiziehung der Kreisärzteschaften.
4. Disziplinarangelegenheiten.
5. Die — in den „Ärztlichen Mitteilungen“ bereits bekanntgegebenen — Beschlüsse der Kommission zur Änderung der Ersatzkassenadgo werden in manchen Punkten nicht gebilligt. Besonders muß befremden, daß es als „Kunstfehler“ bezeichnet wird, wenn bei Rö-Erstuntersuchungen der Brustorgane nicht in jedem Falle eine Aufnahme gemacht wird. Das widerspricht der Auffassung der Abgeordnetenversammlung Nord-Württemberg, die seinerzeit auf Vorschlag der Honorarkommission und des Vorstandes beschlossen hat, daß nur in einem gewissen Prozentsatz Aufnahmen honoriert werden, in der Mehrzahl aber mit Durchleuchtungen ausgekommen werden könne. Abänderungsvorschläge zu den beanstandeten Adgo-Positionen werden beschlossen.
6. Dem Hartmannbund wird gegen Zession eine verzinliche Vorauszahlung von DM 10 000.— auf die abziehenden Beiträge gewährt.
7. Zusammenarbeit mit dem Hartmannbund in wirtschaftlichen Angelegenheiten.

Der Vorstand der KV ist in seiner Mehrheit grundsätzlich bereit, den Hartmannbund zu unterstützen, daß er zur Erfüllung seiner Aufgaben bei einem großen Geldinstitut einen Kredit bekomme.

8. Die Anstellung eines zweiten Prüfarztes ist angesichts des wachsenden Arbeitsanfalles notwendig geworden. Die Stelle soll im Südwestdeutschen Ärzteblatt ausgeschrieben werden.
9. Eine Reihe von Darlehnsanträgen wird teils genehmigt, teils abgelehnt.
10. Abrechnung von Röntgen-Honorar mit Krankenhäusern: Ein weiteres großes Krankenhaus hat sich jetzt bereit gefunden, zu denselben Bedingungen abzurechnen, wie die freipraktizierenden Ärzte.
11. Ein Gnadengesuch in einer Disziplinarsache wird abgelehnt.
Dr. Hämmerle

Bericht über die 17. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 20. März 1951, 19—24 Uhr

1. Die Herren Prof. Dr. Dietrich und Prof. Dr. Reichenmiller sind liebenswürdigerweise der Einladung des Vorstandes gefolgt, um die Frage der Errichtung von Krebsberatungsstellen gemeinsam eingehend zu besprechen. Eine Kommission aus Mitgliedern des Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses und aus Angehörigen des Vorstandes wird gebildet. Sie wird einen Organisationsvorschlag ausarbeiten, der dem Kammervorstand und nach dessen Billigung der Delegiertenversammlung der Kammer zur Beschlussfassung vorgelegt werden soll. Als Aufgaben zeichnen sich ab: Erhebung der Anamnesen, eingehende Beratung, Weiterleitung zur Behandlung, Statistik, nachgehende Fürsorge. Diesem Aufgabenkreis entspräche vielleicht am besten die Bezeichnung „Zentralstelle für Krebsbekämpfung“.
2. Präsident Dr. Neuffer berichtet über eine Besprechung mit Bundestagsabgeordneten und Vertretern der Bundesregierung am 6. März 1951 in Bad Godesberg. Die anwesenden juristischen Sachverständigen bekannten sich nach vorausgegangener Aussprache zu der verfassungsmäßigen Möglichkeit einer einheitlichen Bundesärzteordnung. Ein Entwurf zu einer solchen wird ausgearbeitet und gegebenenfalls als Initiativantrag dem Bundestag unterbreitet werden.
3. Die Aufgabe des Berufspolitischen Ausschusses, nämlich einheitliches Vorgehen der ärztlichen Organisationen in berufspolitischen Fragen zu gewährleisten, soll auch auf Landesebene von entsprechenden Gremien wahrgenommen werden. In Nord-Württemberg wird der bereits gut funktionierende Presse-Ausschuß die Rolle eines solchen Koordinationsausschusses mit übernehmen. Unter diesen Umständen ist es notwendig, daß die Vorsitzenden der ärztlichen Organisationen dem Ausschuß angehören (AK, KV, Hartmannbund, Marburger Bund). Für den 10. April ist in Stuttgart ein weiterer Presseempfang in Aussicht genommen. Hauptthema: „Der Kranke und sein Kassenarzt.“
4. Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des Ehrenrats am 28. Februar 1951 (9.30—18.30 Uhr). Die Teilnahme eines Juristen als beratendes Mitglied hat sich sehr bewährt; der Verhandlungsgang wurde erleichtert und beschleunigt. — Der Ehrenrat hat sich mit Verstößen gegen § 218 und mit Unkorrektheiten bei Betäubungsmittelverschreibungen befaßt! In einem Falle fortgesetzter standesunwürdiger Reklame (trotz mehrfacher Ermahnungen) wurde auf Ausschluß aus der Ärztekammer erkannt.
5. Die vermögensrechtliche Auseinandersetzung mit der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern wird demnächst abgeschlossen werden.
6. Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation: Bei nochmaliger Beratung wird die Befürchtung laut, man würde sich, bei Empfehlung eines bestimmten verwaltungstechnischen Verfahrens, unter Umständen auf eine für die Ärzteschaft weniger günstige Regelung festlegen und

einer wünschenswerten zentralen Ordnung vorgreifen. Es wird deshalb beschlossen, zunächst noch abzuwarten.

7. Wegen der Verleihung des Sanitätsrat- und Professor-Titels ist es zu einem Schriftwechsel mit dem Innenministerium gekommen. Die Kammer nimmt grundsätzlich einen ablehnenden Standpunkt ein. Dagegen wird die Möglichkeit erwogen, verdiente Ärzte zu Ehrenmitgliedern der Ärztekammer zu ernennen. Die nächste Delegiertenversammlung soll hierüber entscheiden.
8. Unterstützung alter Kollegen: Ein allgemeines Ruhegeld zu gewähren, übersteigt die Möglichkeiten der Kammer. Vielleicht kann aber mit Fürsorgeleistungen demnächst etwas großzügiger verfahren werden; durch die teilweise Aufwertung der Renten werden Mittel frei werden.
9. Vorgänge in Weinheim: Die Ärztekammer hat mit dem Innenministerium Verbindung aufgenommen, um sich zu vergewissern, daß Ähnliches hier nicht vorkommen wird. (Auf das Protestschreiben der Ärztekammer an Herrn Ministerpräsident Dr. Reinhold Maier auf S. 78 wird verwiesen.)
10. Für die Beiträge zur Ärztekammer und zu den Kreisärzteschaften gilt als Stichtag der 1. Februar. Bei späterem Zuzug wird kein nochmaliger Beitrag erhoben.

Dr. Hämmerle

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 1. Januar bis 31. März 1951

Neu aufgenommen wurden:

Dr. v. Abel, Dietrich, Schwäb. Gmünd
Dr. v. Bagh, Sergej, Friedrichshall-Jagstfeld
Dr. Banholzer, Eugen, Schwäb. Gmünd
Dr. Bayer, Werner, Ulm a. D.
Arztin Beißwenger, Erika, Stuttgart-Degerloch
Dr. Bruckner, Karl-Heinz, Stuttgart-W.
Dr. Döring, Ruth, Mühlacker
Dr. Dudel, Helmut, Stuttgart-O.
Dr. Eisenlohr, Erwin, Heilbronn-Sontheim
Dr. Ensinger, Hermann, Kirchheim/T.
Dr. Fels, Jürgen, Stuttgart-Degerloch
Dr. Friz, Martin, Stuttgart-S.
Dr. Frohnmeyer, Helmut, Heilbronn a. N.
Dr. Gais, Hans-Oskar, Eßlingen a. N.
Dr. Gottschalk, Karl, Kornwestheim
Dr. Graf, Karl, Stuttgart-O.
Dr. Graser, Fritz, Stuttgart-N.
Dr. Gropper, Heinz, Göppingen
Dr. Gudehus, Rudolf, Sanatorium Kuchberg
Dr. Günther, Friedrich, Eßlingen a. N.
Dr. Hantke, Friedrich, Cleeborn
Dr. Hauck, Paul, Stuttgart-S.
Dr. Haug, Helene, Stuttgart-N.
Dr. Henne, Heinz, Stuttgart-Botnang
Dr. Hochstetter, Wolfram, Stuttgart-N.
Dr. Hohenstatt, Hermann, Heilbronn-Böckingen
Dr. Karwath, Dieter, Stuttgart-Degerloch
Dr. Koch, Elsa, Stuttgart-Degerloch
Arztin Köhle, Hildegard, Leonberg

Dr. Könniger, Walter, Weißenstein
Dr. Kraus, Hans, Zell a. N.
Dr. Leidenberger, Wilhelm, Stuttgart-O.
Dr. Loho, Egon, Dettingen/T.
Dr. Maisch, Dieter, Kirchheim/T.
Dr. Michel, Eugen, Göppingen
Dr. Mies, Elisabeth, Stuttgart-S.
Dr. Mies, Josef, Stuttgart-S.
Dr. Nitze, Gustav, Stuttgart-S.
Dr. Pressel, Simeon, Stuttgart-O.
Dr. Reistle, Michael, Tomerdingen
Dr. Renftle, Gerhard, Ulm a. D.
Dr. Richter, Anton, Korntal
Dr. Sander, Martha, Bietigheim
Dr. Seibert, Felix, Bad Mergentheim
Dr. Schaaf, Friedrich, Stuttgart-W.
Dr. Scheef, Siegfried, Schorndorf
Dr. Scherzinger, Günter, Stuttgart-Bad Cannstatt
Dr. Schmid, Karl, Stuttgart-Bad Cannstatt
Dr. Schmidt, Karl, Stuttgart-W.
Dr. Schmitt, Kilian, Aalen
Arztin Schöner, Margret, Langenau Krs. Ulm a. D.
Dozent Dr. Schultz-Brauns, Otto, Stuttgart-W.
Dr. Schwarz, Albert, Ulm a. D.
Dr. Stech, Hans, Ludwigsburg
Dr. Theinl, Otto, Wildenstein
Dr. Ulbrich, Johannes, Stuttgart-Degerloch
Dr. Wassen, Hans, Ulm a. D.
Dr. Walderich, Rudolf, Heilbronn a. N.
Dr. Weidenmann, Helmut, Stuttgart-W.
Dr. Wied, Ernst, Stuttgart-Zuffenhausen
Dr. Wieland, Erwin, Bopfingen
Prof. Dr. Windorfer, Stuttgart-N.
Dr. Zimmer, Alice, Stuttgart-Degerloch
Dr. Zinsser, Günther, Schwäb. Hall

Ausgetreten ist:

Dr. Fleckenstein, Winfried, Ludwigsburg

Gestorben sind:

Dr. Bosch, Wilhelm, Stuttgart-O.
Dr. Eck, Theo, Brackenheim
Dr. Hessler, Josef, Stuttgart-Zuffenhausen
Dr. Horn, Gustav, Waiblingen
Dr. Juchum, Martin, Bad Mergentheim
Dr. Kauffmann, Max, Göppingen
Sanitätsrat Dr. Krauss, Reinhold, Göppingen
Dr. Rall, Ottmar, Schwäb. Gmünd
Dr. Zelljadt, Gustav, Bad Mergentheim
Dr. Ziegler, Kurt, Stuttgart

Mitgliederstand am 1. April 1951: 3172.

Sportärztlehrgang und Sportärztelehrgang

Im Rahmen des Deutschen Sportkongresses in Stuttgart vom 24. bis 27. Mai treffen sich die südwestdeutschen Sportärzte zu einer Tagung am Sonnabend, den 26. Mai 1951 im Kursaal Cannstatt. — Einladung ergeht noch.

Zur Erlangung der Anerkennung als Sportarzt findet in Stuttgart an den Wochenenden 19. und 20. Mai, 26. und 27. Mai, 2. und 3. Juni, 9. und 10. Juni, ein Sportärztelehrgang statt. Meldungen sind zu richten an: Doz. Dr. O. Rohleder, Eßlingen/N., Hirschlandstraße 80.

gez. Prof. Heiss

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

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

Ärztliche Fortbildung 1951

Berichtigung

Der in Heft 3, S. 60 angekündigte Fortbildungskurs in der Zeit vom 15. bis 20. Oktober 1951 mit dem Thema: „Moderne diagnostische und therapeutische Methodik“ muß vorverlegt werden in die Zeit vom 8. bis 13. Oktober 1951.

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 dreijährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenen Staatsexamen.

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

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes 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 rauschgift-süchtig ist oder war.

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

Außerdem ist in einem kurzen Lebenslauf das Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Reutlingen	Facharzt f. Nervenkrankheiten
Loffenau Kr. Calw	prakt. Arzt
Ebingen	prakt. Arzt

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

Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß

Wahlordnung für die

Arztekammer Württemberg-Hohenzollern

I. Landeswahlausschuß

§ 1

Zusammensetzung

- (1) Für die Arztekammerwahl wird in Tübingen ein Landeswahlausschuß gebildet.
- (2) Er besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzendem und vier von ihm aus der Zahl der wahlberechtigten Ärzte (§ 4) zu ernennenden Vertrauensmännern als Beisitzern.
- (3) Wahlleiter ist der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 2

Aufgaben

Der Landeswahlausschuß hat

1. die wahlberechtigten und wählbaren Ärzte festzustellen,
2. die Zeit für die Vornahme der Wahl zu bestimmen,
3. über die Zulassung von Wahlvorschlägen zu entscheiden,

4. die Vorschriftsmäßigkeit der Wahl zu prüfen und Einwendungen dagegen zu bescheiden,
5. das Wahlergebnis zu verkünden.

§ 3

Geschäftsordnung

(1) Der Landeswahlausschuß ist bei Anwesenheit des Wahlleiters und von mindestens zwei Beisitzern beschlußfähig. Er faßt seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Weniger wichtige Geschäfte werden vom Wahlleiter allein besorgt.

(3) Die Bekanntmachungen erfolgen im Bekanntmachungsblatt der Ärztekammer oder in den Tageszeitungen.

II. Feststellung der Wahlberechtigten

§ 4

Wahlberechtigte Ärzte

(1) Wahlberechtigt sind die im Kammergebiet wohnenden approbierten Ärzte deutscher Staatsangehörigkeit. Ärzten deutscher Staatsangehörigkeit werden in Beziehung auf das Wahlrecht solche Ärzte gleichgestellt, die

- a) die deutsche Staatsangehörigkeit zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem 8. Mai 1945 besessen und seither keine andere Staatsangehörigkeit erworben haben,
 - b) zu keinem Zeitpunkt die deutsche Staatsangehörigkeit besessen haben, aber als Angehörige des deutschen Volkstums ausgewiesen worden sind und einen deutschen Ausgewiesenenalausweis besitzen.
- (2) Ausgenommen vom Wahlrecht sind solche Ärzte, die
- a) nicht die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes innerhalb des Landes Württemberg-Hohenzollern besitzen,
 - b) die der bürgerlichen Ehrenrechte verlustig oder entmündigt sind oder unter vorläufiger Vormundschaft oder wegen geistiger Gebrechen unter Pflegschaft stehen,
 - c) eine amtliche Aufgabe im Rahmen der staatlichen Aufsicht über den ärztlichen Beruf sowie die Leitung oder stellvertretende Leitung eines Gesundheitsamtes übernommen haben,
 - d) das Wahlrecht als ehrenrechtliche Berufung (§ 42 Abs. 1 Nr. 5 KG) verloren haben.

(3) Ärzte, die ihren Beruf nicht mehr ausüben, können auf das Wahlrecht beim Vorstand der Ärztekammer schriftlich verzichten.

(4) Frühere Ärzte, die einen anderen Beruf als Hauptberuf ergriffen haben, bedürfen zur Ausübung des Wahlrechts der Genehmigung der Vollversammlung.

§ 5

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

Der Wahlleiter läßt mit Hilfe der Gesundheitsämter Listen der wählbaren (§ 10) und wahlberechtigten (§ 4) Ärzte für jeden Kreis in doppelter Fertigung herstellen und sorgt dafür, daß

1. in Tübingen im Geschäftszimmer der Arztekammer die Wählerlisten sämtlicher Kreise,
2. auf jedem Gesundheitsamt die Wählerliste seines Bezirks 14 Tage lang zur Einsichtnahme durch die wahlberechtigten Ärzte aufgelegt und die Auflegung mit dem Datum des Beginns und Endes der Auflegungsfrist bekanntgemacht wird.

§ 6

Einsprachen

(1) Die wahlberechtigten Ärzte können innerhalb der 14 Tage, während welcher die Wählerlisten zur Einsichtnahme aufgelegt sind, wegen Übergehung Wahlberechtigter oder Wählbarer oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter oder Nichtwählbarer Einsprache erheben.

(2) Schriftliche Einsprachen sind an den Landeswahlausschuß zu richten. Mündlich können Einsprachen in Tübingen bei der Arztekammer, außerhalb Tübingens beim Gesundheitsamt angebracht werden, die sie zu Protokoll nehmen und dem Landeswahlausschuß übermitteln.

(3) Der Landeswahlausschuß entscheidet binnen einer Woche nach Ablauf der Auflegungsfrist über die Ein-

sprachen, nimmt die erforderlichen Berichtigungen der Wählerlisten vor und setzt die Einsprechenden von der getroffenen Entscheidung in Kenntnis.

§ 7

Abschluß der Wählerlisten

(1) Der Wahlleiter ersucht die Gesundheitsämter, die bei ihnen aufgelegten Wählerlisten (§ 5 Ziffer 2) sofort nach dem Ablauf der Auflegungsfrist mit einem urkundlichen Vermerk über die erfolgte Auflegung und die bei ihnen erhobenen Einsprachen (§ 6 Abs. 2) zu versehen und sie dem Landeswahlausschuß zu übersenden.

(2) Nachdem die bei der Ärztekammer aufgelegten Wählerlisten (§ 5 Ziff. 1) berichtigt (§ 6 Abs. 3) und die Berichtigungen auch in dem von den Gesundheitsämtern eingesandten Wählerlisten (Abs. 1) eingetragen sind, werden sämtliche Wählerlisten vom Landeswahlausschuß abgeschlossen und vom Wahlleiter beurkundet.

(3) Von den abgeschlossenen Wählerlisten wird eine Fertigung den Vorsitzenden der ärztlichen Kreisvereine (§ 19 Abs. 2) zum Gebrauch bei der Abstimmung (§ 20 ff.) übersandt.

III. Durchführung der Wahl

§ 8

Wahlbezirke und -orte

(1) Wahlbezirke sind die Bezirke der ärztlichen Kreisvereine (§ 10 KG). Ihre derzeitige Zusammensetzung ergibt sich aus folgender Übersicht:

Wahlbezirk	Ort
I	Tübingen
II	Balingen
III	Biberach
IV	Calw (Gesundheitsamt Nagold)
V	Ehingen
VI	Freudenstadt
VII	Hohenzollern: Kreise Hechingen und Sigmaringen
VIII	Horb (Gesundheitsamt Sulz)
IX	Münsingen
X	Ravensburg
XI	Reutlingen
XII	Rottweil
XIII	Saulgau
XIV	Tettang (Gesundheitsamt Friedrichshafen)
XV	Tuttlingen
XVI	Wangen (Gesundheitsamt Leutkirch)

(2) Wahlorte sind die Kreisstädte, nach denen die Wahlbezirke benannt sind, für den Wahlbezirk VII Hohenzollern die Kreisstädte Hechingen und Sigmaringen.

§ 9

Zahl der zu wählenden Kammermitglieder und Ersatzmänner

- Zu wählen sind jeweils in einem Wahlgang
- für jeden Wahlbezirk im Wege der Mehrheitswahl mit einfacher Stimmenmehrheit je ein Kammermitglied und je zwei Ersatzmänner aus den im Wahlbezirk wohnenden wählbaren Ärzten (Kreisvertreter).
 - auf einer Landesliste im Wege der Verhältniswahl 8 Kammermitglieder und ebenso viele Ersatzmänner aus den im Kammerbezirk wohnenden wählbaren Ärzten.

§ 10

Wählbarkeit

Wählbar sind jeweils die im Wahl- bzw. Kammerbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzte (§ 4) mit Ausnahme solcher Ärzte, deren Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes ruht (vgl. § 7 RAO).

§ 11

Anberaumung der Wahl

(1) Der Landeswahlausschuß bestimmt einen Tag, an welchem die Wahl in allen Wahlbezirken (§ 8) vorzunehmen ist, und macht ihn bekannt. In der Bekanntmachung ist außerdem zur Einreichung von Wahlvorschlägen für die Landesliste aufzufordern.

(2) Gleichzeitig richtet der Landeswahlausschuß an den

Dekan der Medizinischen Fakultät der Landesuniversität das Ersuchen, die Wahl des Vertreters der Landesuniversität in der Ärztekammer und seines Ersatzmannes (§ 1 Abs. 2 und § 13 Abs. 1 KG) in der Zeit bis zum Tage der allgemeinen Wahlen vorzunehmen und dem Landeswahlausschuß das Ergebnis mitzuteilen.

§ 12

Inhalt der Wahlvorschläge für die Landesliste

(1) Für die Landesliste sind Wahlvorschläge aufzustellen. Diese sollen soviel Namen wählbarer Ärzte (§ 10) enthalten, als Mitglieder und Ersatzmänner zu wählen sind (§ 9 Ziff. 2). Ein und derselbe Bewerber darf nur auf einem dieser Wahlvorschläge stehen.

(2) Die als Mitglieder und Ersatzmänner vorgeschlagenen sollen in erkennbarer Reihenfolge, oben die Mitglieder und darunter die Ersatzmänner, aufgeführt und mit Vornamen, Familiennamen und Wohnort so deutlich bezeichnet werden, daß über ihre Persönlichkeit kein Zweifel besteht.

§ 13

Form, Kennwort und Belege

(1) Der Wahlvorschlag muß von mindestens 5 im Kammergebiet wohnenden wahlberechtigten Ärzten mit deutlicher Angabe des Vor- und Familiennamens, des Wohnortes und in größeren Städten der Straße und Hausnummer unterzeichnet sein. Der erste Unterzeichnete gilt als Vertreter der Wählervereinigung, von welcher der Wahlvorschlag ausgeht, der zweite Unterzeichnete als sein Stellvertreter. Der Vertreter ist berechtigt und verpflichtet, namens der Wählervereinigung die zur Beseitigung von Anständen erforderlichen Aufklärungen abzugeben.

(2) Der Wahlvorschlag soll durch ein geeignetes Kennwort benannt sein. Fehlt ein solches, so gilt der an erster Stelle stehende Name als Kennwort.

(3) Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden Vorgeschlagenen beizufügen, daß er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt.

§ 14

Einreichungsfrist

(1) Die Wahlvorschläge sind beim Wahlleiter (§ 1 Abs. 3) so zeitig einzureichen, daß zwischen dem Tag des Eingangs und dem Wahltag ein Zeitraum von 14 vollen Tagen liegt. Sie müssen am letzten Tag, an dem sie eingereicht werden können, spätestens bis abends 6 Uhr abgegeben sein.

(2) Wahlvorschläge, die dem Wahlleiter nach dem in Abs. 1 bezeichneten Zeitpunkt zukommen, werden nicht mehr zugelassen.

§ 15

Zulassung und Bekanntmachung

(1) Der Wahlleiter prüft die eingereichten Wahlvorschläge und veranlaßt die Beseitigung etwaiger Mängel derselben durch den Vertreter der Wählervereinigung (§ 13 Abs. 1). Steht ein und derselbe Bewerber auf mehr als einem Wahlvorschlag, so hat er sich für einen dieser Wahlvorschläge zu entscheiden.

(2) Nach Beseitigung aller Anstände entscheidet der Landeswahlausschuß über die Zulassung der Wahlvorschläge und macht die zugelassenen Wahlvorschläge bekannt.

(3) Wird nur ein Wahlvorschlag zugelassen, so gelten die in dem Wahlvorschlag als Mitglieder und als deren Ersatzmänner verzeichneten Ärzte in der Reihenfolge des Vorschlags als gewählt. Eine Stimmenabgabe findet in diesem Falle nicht mehr statt.

(4) Die zugelassenen Wahlvorschläge werden, so wie sie zugelassen sind, in fortlaufender Nummernfolge mit den Kennworten (§ 13 Abs. 2) aufgeführt.

(5) Zwischen dem Erscheinen der Bekanntmachung der zugelassenen Wahlvorschläge und dem Wahltag muß ein Zeitraum von mindestens 8 Tagen liegen.

§ 16

Wahlvorschläge für die Wahl der Kreisvertreter

Für die Wahl der Kammermitglieder, welche Vertreter der Kreise sind (§ 8 Ziff. 1) gelten die Vorschriften in den §§ 12 bis 15 nicht. Es können aber gleichwohl Wahlvorschläge aufgestellt und veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung

soll möglichst bald nach dem Erscheinen des Wahlausschreibens (§ 12 Abs. 1) erfolgen.

§ 17

Stimmzettel für die Wahl der Landesliste

(1) In den Stimmzetteln für die Verhältniswahlen zur Landesliste (§ 9 Ziff. 2), für die mehrere Wahlvorschläge zugelassen sind (§ 15 Abs. 4), sollen so viele Ärzte, als Mitglieder und Ersatzmänner zu wählen sind, in erkennbarer Reihenfolge, oben die Mitglieder und darunter die Ersatzmänner, aufgeführt und so deutlich bezeichnet werden, daß über ihre Persönlichkeit kein Zweifel besteht.

(2) Die Stimmzettel dürfen nur solche Namen enthalten, die auf einem der zugelassenen Wahlvorschläge stehen. Stimmenhäufung ist nicht gestattet.

(3) Die Stimmzettel müssen von weißem Papier sein und dürfen äußerlich nicht gekennzeichnet sein.

(4) In der Regel werden von den Wählervereinigungen, deren Wahlvorschläge zugelassen sind, gedruckte oder durch sonstige Vervielfältigung hergestellte Stimmzettel ausgegeben. Den Wählern steht es frei, diese, sei es unabgeändert, sei es abgeändert, zu benutzen oder ihre Stimmzettel selbst zu schreiben.

§ 18

Stimmzettel für die Wahl der Kreisvertreter

(1) Für die Wahl der Kreisvertreter (§ 9 Ziff. 1) sollen die Stimmzettel nicht mehr als drei Namen wählbarer Ärzte (§ 10) in erkennbarer Reihenfolge enthalten, bei deren Auswahl der Wähler an etwa veröffentlichte Wahlvorschläge (§ 16) nicht gebunden ist.

(2) Es wird angenommen, daß der an erster Stelle Genannte als Kammermitglied, der an zweiter Stelle Genannte als erster Ersatzmann und der an dritter Stelle Genannte als zweiter Ersatzmann vorgeschlagen wird.

§ 19

Ort und Leitung der Abstimmung

Die Abstimmung findet in den Wahlbezirken an den für sie bestimmten Wahlorten (§ 8 Abs. 2) statt und wird vom Ausschuß des ärztlichen Kreisvereins geleitet. Sie dauert bis zur Beendigung der Einbringung des Inhalts der Stimmbriefe in die Wahlurnen (§ 23), mindestens aber eine Stunde.

§ 20

Persönliche Abstimmung

(1) Die Wahlberechtigten stimmen in einer auf den Wahltag (§ 11 Abs. 1) an den Wahlort (§ 8 Abs. 2) satzungsgemäß einberufenen Versammlung des Kreisvereins zunächst über die Wahl des Kreisvertreters (§ 8 Ziff. 1) und sodann über die Wahl zur Landesliste (§ 9 Ziff. 2) ab, indem sie jeweils einen Stimmzettel (§ 17 und § 18) in einen von der Ärztekammer gestempelten und mit der Aufschrift „Kreisvertreter“ bzw. „Landesliste“ versehenen Umschlag legen, diesen verschließen und dem Vorsitzenden übergeben, der ihn in die Wahlurne (§ 23 Abs. 1) legt, nachdem zuvor der Name des Abstimmenden in der Wählerliste (§ 7 Abs. 3) aufgesucht und dort mit einem Vermerk über seine Abstimmung versehen worden ist.

(2) Nicht wahlberechtigte Vereinsmitglieder dürfen während der Wahlhandlung nicht zugegen sein.

§ 21

Briefliche Abstimmung

(1) Wahlberechtigte, die voraussichtlich am persönlichen Erscheinen zur Abstimmung verhindert sind, können innerhalb der Frist, die zwischen dem Erscheinen des Wahlausschreibens für die Wahl der Kreisvertreter (§ 11 Abs. 1) bzw. der Bekanntmachung der Wahlvorschläge für die Landesliste (§ 15 Abs. 2) und dem Wahltag gelegen ist, jederzeit in der Weise abstimmen, daß sie ihre Stimmzettel (§§ 17 und 18) in gestempelte Wahlumschläge (§ 20 Abs. 1), die beim Vorsitzenden des ärztlichen Kreisvereins anzufordern sind, legen, die beiden Wahlumschläge verschließen und ohne jede Anschrift und sonstige Kennzeichen zusammen mit einem Begleitschreiben in einem gewöhnlichen Briefumschlag dem Vorsitzenden des ärztlichen Kreisvereins gebührenfrei übersenden. Das Begleitschreiben kann sich auf die Angabe des Vor- und Familiennamens und des Wohn-

ortes (in größeren Städten mit Straße und Hausnummer) des Abstimmenden beschränken; diese muß aber so deutlich sein, daß über die Persönlichkeit des Abstimmenden kein Zweifel besteht. Auf dem Briefumschlag soll links unter der Anschrift des Kreisvereinsvorsitzenden ein Vermerk „Ärztekammerwahl“ stehen.

(2) Die Stimmbriefe müssen spätestens bis zum Beginn der persönlichen Abstimmung (§ 20) beim Vorsitzenden des ärztlichen Kreisvereins abgegeben sein.

§ 22

Verzeichnung des Eingangs der Stimmbriefe

Der Vorsitzende des ärztlichen Kreisvereins versteht die ihm zukommenden Stimmbriefe in der Reihenfolge ihres Eingangs fortlaufend mit Nummern, trägt diese Nummern unter Beifügung des Tages und der Stunde des Eingangs der Briefe in eine Liste (Stimmbriefliste) ein und verwahrt diese Briefe bis zum Wahltag uneröffnet unter Verschuß.

§ 23

Einbringung des Stimmbriefinhalts in die Wahlurne

(1) Am Wahltag werden die rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe (§ 21 Abs. 2) im Anschluß an die persönliche Abstimmung geöffnet und die darin liegenden Wahlumschläge von dem Vorsitzenden in die bei der Abstimmung der Vereinsmitglieder benutzten Wahlurnen (§ 20 Abs. 1) gelegt, nachdem zuvor die Namen der Abstimmenden aus dem Begleitschreiben (§ 21 Abs. 1) festgestellt, in der Wählerliste (§ 7 Abs. 3; § 20 Abs. 1) aufgesucht und dort mit einem Vermerk über ihre Abstimmung versehen worden sind.

(2) Wenn über die Persönlichkeit oder das Wahlrecht des Stimmbriefabsenders Zweifel besteht, oder der Inhalt des Stimmbriefes den Anforderungen im § 21 Abs. 1 nicht entspricht, so entscheidet der Ausschuß über die Gültigkeit der Abstimmung.

(3) Die Entscheidung des Ausschusses und die Anstände, über die sie getroffen worden sind (Abs. 2), werden in der Stimmbriefliste (§ 22) vermerkt. Die nicht rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe und, im Falle des Abs. 2, die in den beanstandeten Stimmbriefen enthaltenen Wahlumschläge, werden der Liste ungeöffnet beigelegt, den Wahlumschlägen sind die Begleitschreiben und die geöffneten Stimmbriefumschläge anzuheften.

§ 24

Öffnung der Wahlurnen

Die Wahlurnen dürfen erst nach der Beendigung der Abstimmung (§ 19) zum Zweck der Stimmzählung geöffnet werden.

IV. Feststellung der Wahlergebnisse

§ 25

Gemeinsame Vorschriften

(1) Das Wahlergebnis wird, soweit eine Abstimmung stattfindet (vgl. § 15 Abs. 3), vom Ausschuß des ärztlichen Kreisvereins in einer an die Abstimmung (§ 19) sich anschließenden Sitzung festgestellt.

(2) Die Umschläge werden aus den Wahlurnen genommen und ungeöffnet gezählt, ihre Zahl wird mit der gleichfalls festzustellenden Zahl der Wähler, deren Namen in der Wählerliste mit Abstimmungsvermerken versehen sind (§ 20 Abs. 1 und § 23 Abs. 1) verglichen.

(3) Der Vorsitzende läßt die Umschläge nacheinander öffnen, die Stimmzettel herausnehmen und sich überreichen, worauf er den Inhalt bekanntgibt.

(4) Über die Ungültigkeitserklärung von Stimmzetteln entscheidet der Ausschuß.

§ 26

Weiteres Verfahren bei der Wahl zur Landesliste

(1) Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl zur Landesliste (§ 9 Ziff. 2 und § 15 Abs. 4 vgl. mit Abs. 3) stellt zunächst der Vorsitzende bei jedem ihm überreichten Stimmzettel fest, ob und von welcher Wählervereinigung er ausgeht (§ 17 Abs. 4 Satz 1), ob er unabgeändert oder abgeändert oder ob er geschrieben ist, und gibt das Ergebnis dieser Feststellung bekannt. Die Ausschußmitglieder sammeln

die auf die einzelnen Wahlvorschläge gefallen unangeänderten Stimmzettel und die übrigen Stimmzettel werden für jeden Wahlvorschlag besonders von einem Ausschußmitglied gezählt und von dem Vorsitzenden laut nachgezählt. Ein Schriftführer schreibt die sich ergebenden Zahlen auf und trägt sie in einer vorbereiteten Zählliste neben den Namen der Bewerber der einzelnen Wahlvorschläge als die Zahlen der auf unabgeänderten Stimmzetteln ihnen zugefallenen Stimmen ein. Dasselbe geschieht seitens des anderen Ausschußmitgliedes in einer Gegenliste. Hieraus verliest der Vorsitzende die abgeänderten und die geschriebenen Stimmzettel laut. Der Schriftführer verzeichnet die den einzelnen Bewerbern auf den abgeänderten und den geschriebenen Stimmzetteln zugefallenen Stimmen neben ihren Namen in der Zählliste und zählt die Stimmen laut. Das andere Ausschußmitglied verzeichnet die Stimmen gleichzeitig in der Gegenliste.

- (2) Ungültig sind Stimmzettel,
1. die sich nicht in einem gestempelten Umschlag (§ 20 Abs. 1) befinden,
 2. bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist.
- (3) Liegt mehr als ein Stimmzettel in einem Umschlag, so sind, wenn alle Stimmzettel gleich lauten, die überschüssigen, andernfalls alle, ungültig.
- (4) Enthält ein Stimmzettel mehr Namen, als Mitglieder und Ersatzmänner zu wählen sind, so werden die überschüssigen Namen am Schluß des Stimmzettels gestrichen.
- (5) Namen, die auf keinem der zugelassenen Wahlvorschläge stehen, werden durch Zusammenzählen der auf die Gesamtheit der Bewerber der einzelnen Wahlvorschläge gefallenen Gesamtstimmzahl errechnet.

§ 27

Verfahren bei der Wahl der Kreisvertreter

(1) Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl der Kreisvertreter (§ 9 Ziff. 1) verzeichnet der Schriftführer in der Zählliste die auf jeden Namen gefallenen Stimmen in drei gesonderten Spalten, je nachdem der Name eine Stimme an erster, zweiter oder dritter Stelle erhalten hat und zählt die Stimmen laut. Das andere Ausschußmitglied führt gleichzeitig eine Gegenliste.

- (2) Ungültig sind Stimmzettel,
1. die sich nicht in einem gestempelten Umschlag befinden (§ 20 Abs. 1),
 2. bei denen Zweifel über die Person oder die Reihenfolge der benannten Bewerber besteht,
 3. bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist.
- (3) Liegt mehr als ein Stimmzettel in einem Umschlag, so sind, wenn alle Stimmzettel gleich lauten, die überschüssigen, andernfalls alle, ungültig.
- (4) Auf Stimmzetteln mit mehr als drei Namen werden die an vierter und den folgenden Stellen stehenden Namen gestrichen.
- (5) Gewählt ist (vgl. § 18 Abs. 2)
1. als Mitglied der Ärztekammer, wer die meisten Stimmen an erster Stelle erhalten hat,
 2. als erster Ersatzmann, wer, von dem nach Ziff. 1 Gewählten abgesehen, die meisten Stimmen an erster, zweiter und dritter Stelle zusammen hat.
- Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

V. Wahlniederschrift

§ 28

Inhalt und Beilagen

- (1) Über die Einbringung der brieflich eingelaufenen Stimmzettel in die Wahlurnen (§ 23), die Abstimmung der Vereinsmitglieder (§ 20) und die Feststellung des Wahlergebnisses (§§ 25 bis 28), ist eine Niederschrift aufzunehmen und nach Abschluß von den Mitgliedern des Ausschusses des ärztlichen Kreisvereins zu unterzeichnen (Wahlniederschrift).
- (2) Der Niederschrift sind die Wählerliste (§ 7 Abs. 3) und die als ungültig erklärten Stimmzettel nebst Umschlägen beizulegen.

§ 29

Einsendung an den Landeswahlausschuß

Die Wahlniederschriften sind alsbald samt ihren Belegen als eingeschriebene Postsendung an den Landeswahlausschuß einzusenden.

VI. Prüfung und Verkündung des Wahlergebnisses

§ 30

Prüfung, Ungültigkeit der Wahl

- (1) Der Landeswahlausschuß prüft an Hand der übersandten Wahlakten die Vorschriftsmäßigkeit der vorgenommenen Wahlen und entscheidet über die Anerkennung ihrer Gültigkeit.
- (2) Eine Wahl ist ungültig, wenn wesentliche Vorschriften des Wahlverfahrens unbeachtet geblieben sind und weder eine nachträgliche Ergänzung möglich, noch nachgewiesen ist, daß durch die Nichtbeachtung der betreffenden Wahlvorschriften das Ergebnis der Wahl nicht beeinträchtigt werden konnte.
- (3) Außerdem ist die Wahl eines der Gewählten ungültig, wenn dieser zur Zeit der Wahl nicht wählbar ist.
- (4) Ergibt die Prüfung die Ungültigkeit einer Wahl, so ist nach § 35 zu verfahren.

§ 31

Verteilung der Mitgliedsitze und Ersatzmännerstellen der Landesliste

- (1) Der Landeswahlausschuß stellt für das Kammergebiet auf Grund der Wahlniederschrift die auf die Gesamtheit der Bewerber der einzelnen Wahlvorschläge zur Landesliste entfallenden Gesamtstimmzahl fest. Diese werden nacheinander mit eins, zwei, drei, vier usw. geteilt. Von den sich ergebenden Teilzahlen werden soviel Höchstzahlen der Größe nach ausgedont, wie als Kammermitglieder zu wählen sind.
- (2) Jeder Wahlvorschlag erhält soviel Mitgliedsitze, als auf ihre Höchstzahlen (Abs. 1) entfallen. Wenn die an letzter Stelle stehende Höchstzahl auf mehr als einen Wahlvorschlag zugleich entfällt, entscheidet das Los. Ersatzmännerstellen erhält jeweils der Wahlvorschlag ebenso viele, als er Mitgliedsitze erhalten hat.
- (3) Für die Zuweisung der einem Wahlvorschlag zugefallenen Mitgliedsitze und Ersatzmännerstellen ist die auf die einzelnen Bewerber gefallene Stimmzahl derart maßgebend, daß die Bewerber mit den höchsten Stimmzahlen die Mitgliedsitze und die Bewerber mit den nächstniederen die Ersatzmännerstellen erhalten. Bei Stimmgleichheit entscheidet die in dem Wahlvorschlag eingehaltene Reihenfolge.
- (4) Wer gleichzeitig auf der Landesliste und als Kreisvertreter gewählt ist, gilt als Kreisvertreter und scheidet für die Verteilung der Mitgliedsitze der Landesliste aus. Das gleiche gilt für gewählte Stellvertreter bzw. Ersatzmänner.

§ 32

Verkündung

- (1) Das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahlen der Kreisvereine und der Wahl der Medizinischen Fakultät der Landesuniversität (§ 21 Abs. 2) sowie die hieraus und aus § 15 Abs. 3 sich ergebende Zusammensetzung der Ärztekammer wird vom Wahlleiter bekanntgemacht.
- (2) Außerdem setzt der Wahlleiter die Gewählten schriftlich von ihrer Wahl unter Hinweis darauf in Kenntnis, daß sie zur Annahme der Wahl und der Vernehmung ihres Amtes als Kammermitglied und Ersatzmänner verpflichtet sind (§ 14 Abs. 1 KG).

VII. Wahlanfechtung

§ 33

Anbringung, Bescheidung und Rechtsmittel

- (1) Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahlen können von wahlberechtigten Ärzten binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche nach der Verkündung des Wahlergebnisses beim Landeswahlausschuß angebracht werden.
- (2) Die Einwendungen werden vom Landeswahlausschuß beschieden.
- (3) Gegen den Bescheid ist binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche Beschwerde an das Innenministerium zulässig.

§ 34

Verkündung von Änderungen des Wahlergebnisses

Änderungen des Wahlergebnisses, zu denen eine Entscheidung nach § 33 führt, werden in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntgemacht (§ 32).

§ 35

Neuwahl bei Ungültigkeit einer Wahl

Wird die Wahl in einem Wahlbezirk für ungültig erklärt (vgl. auch § 30), so hat dort eine Neuwahl stattzufinden. Diese ist vom Landeswahlausschuß binnen einer Woche auszusprechen.

VIII. Wahlakten

§ 36

Aufbewahrung der Wahlakten

Die Wahlakten werden bei der Ärztekammer bis zum Ablauf der Wahlzeit aufbewahrt.

Tübingen, den 12. 8. 1950.

Nachruf für Herrn Dr. med. Helmuth Klemm, Pfullingen

Am 10. März 1951 starb nach langer schwerer Krankheit der prakt. Arzt Dr. med. Helmuth Klemm in Pfullingen.

Mit ihm verliert die Ärzteschaft einen vorbildlichen Arzt,

einen ihrer Besten. Er besaß in reichem Maße alles, was den guten Arzt auszeichnet, insbesondere eine nie versagende Hilfsbereitschaft und praktische Nächstenliebe, die auch viele Kollegen von ihm erfahren haben. Fast 30 Jahre hat er in seiner Heimat Pfullingen ärztlich gewirkt und sich einen Ruf bei Patienten und Ärzten weit über seine engere Heimat hinaus erworben. Aus dem ersten Weltkrieg kam er gesundheitlich angeschlagen zurück und mußte immer große Energie und hohen Idealismus einsetzen, um trotz eigener Leiden und Beschwerden seinem hohen Beruf gerecht zu werden. Unerbittlich gegen sich selbst hat er sich dabei gesundheitlich überfordert und so sein Leiden verschlimmert. So kam es zu dem schweren Siechtum, das seine letzten Lebensjahre für ihn und seine Lebensgefährtin so schwer gemacht hat. Ihm ist schwerstes Leid nicht erspart geblieben. Im zweiten Weltkrieg verlor er seine beiden einzigen Söhne und starb er als letzter seines Geschlechtes. Es ist tröstlich zu wissen, daß er zum Schluß nicht mehr gelitten und jetzt die ersehnte Ruhe gefunden hat.

Die Ärzteschaft des Landes und Kreises betrauert diesen vorbildlichen Arzt und Kollegen; sie wird sein Andenken stets in Ehren halten.

ARZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Zulassungsgelegenheiten: Karlsruhe, Röntgenstraße 5 — Abrechnung und Verwaltung: Mannheim, Renzstraße 11

Unseren Toten zum Gedächtnis

Am 23. Dezember 1950 verstarb in Mannheim Herr Dr. med. Ludwig Schroeder, Geboren am 7. Januar 1869 in Haßloch/Pfalz, erlangte Herr Kollege Schroeder 1897 die Approbation und Promotion in Würzburg. Nach weiterer 3jähriger Ausbildung ließ sich Herr Dr. Schroeder am 1. Januar 1900 in Mannheim als prakt. Arzt nieder. Hier schuf er sich in unermüdlicher Tätigkeit — vor allem als Kassenarzt — eine umfangreiche Praxis und erfreute sich im Kreise seiner Patienten größter Beliebtheit. Die Ärzteschaft Kreis Mannheim verliert in dem Verstorbenen einen treuen vorbildlichen Kollegen von grundständiger Gesinnung und wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Am 12. Februar 1951 starb plötzlich mitten aus voller Tätigkeit in Karlsruhe Herr Dr. med. Fritz Ueberschär, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Er war geboren am 7. Dezember 1890. Nach seiner Approbation war er Assi-

stent an der Charité in Berlin und in Potsdam. Hier war er später leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses. Vom Juli 1948 bis August 1949 hatte er einen Lehrauftrag und leitete kommissarisch die Hautklinik der Universität Greifswald. Alle Kollegen bedauern das Dahinscheiden dieses so fähigen Forschers.

Am 12. März 1951 starb in Karlsruhe Herr Ob.Reg.Med.Rat Dr. med. Erwin Motzkus. Er war am 20. Juli 1894 in Königberg/Ostpr. geboren. Dort hat er auch 1921 seine Approbation erhalten und promoviert. Dann wurde er aktiver Sanitäts-offizier in Ostpreußen, war vorübergehend nur in einer Praxis tätig, um dann in den Dienst der Versorgungsämter überzugehen. Hier war er in Bielefeld, Hamburg, Berlin, Litzmannstadt und Plauen i. V. tätig. Nach allem Wanderleben fand er kurze Ruhe in Karlsruhe in einer kleinen Praxis. Als bescheidener Flüchtling war er nur wenigen Kollegen bekannt. Von seinen Patienten wurde er hochverehrt.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstelle ist zu besetzen:
Müllheim/Baden Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Bewerbungen um diesen Kassenarztsitz sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis 10. Mai 1951) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstr. 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,

3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Baden
Zulassungsausschuß

Persönliche Nachrichten

Am 2. März 1951 verstarb Med.Rat a. D. Karl Alexander Ziebert, Freiburg/Breisgau.

Am 14. März 1951 verstarb Med.Rat a. D. Ludwig Schneider, Allensbach.

Nachruf

Mitten aus seiner Arbeit heraus verstarb am 13. Februar 1951 völlig unerwartet Herr Dr. med. Arthur Emmeler, Facharzt für Lungenkrankheiten, St. Blasien. Herr Dr. Emmeler war nahezu 25 Jahre in St. Blasien tätig, und zwar zunächst in eigener Praxis, später als Oberarzt und 2. leitender Arzt des Sanatoriums St. Blasien.

Herr Kollege Emmeler stand bei Patienten und Kollegen in hohem Ansehen. Sein frühes Hinscheiden wird allseits sehr bedauert.

Bezirksärztekammer Freiburg

Nachruf

Am 27. Februar 1951 verstarb nach längerem Leiden Herr Dr. Oskar Zitsch, prakt. Arzt in Hinterzarten.
Herr Kollege Zitsch hat sich im Jahre 1928 in Hinterzarten niedergelassen. Er hat seine Kassenpraxis in dem schwierigen

Gelände des Schwarzwaldes stets in vorbildlicher Weise geführt.

Die Bezirksärztekammer bedauert den Verlust des stets hilfsbereiten Arztes.

Bezirksärztekammer Freiburg

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

Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

Vereinbarung

1. Unter der Voraussetzung, daß die ordentlich verabschiedete Rechtsverordnung über die Erhöhung des Beitrags für die Rentner-Krankenversicherung auf DM 4.20 monatlich Rechtskraft erhält, vereinbart der Verband der Ortskrankenkassen, Lahr, mit dem Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen, Freiburg, daß ab 1. Januar 1951 das Rentner-Kopfpauschale auf DM 11.40 erhöht wird.
2. Wegen der besonderen Verhältnisse hinsichtlich der ärztlichen Sachleistungen erstatten die Kassenärztlichen Vereinigungen dem VdO jährlich den Betrag von DM —.25 je Rente. Die Verrechnung mit dem VdO erfolgt vierteljährlich.
3. Im übrigen verbleibt es bei der Freiburger Vereinbarung vom 23. September 1948, wonach vom Rentner-Kopfpauschale der Betrag von DM —.10 jährlich den Krankenkassen wie bisher zur Verfügung gestellt wird. (§ 5 Abs. 2 des Reichsvertrages).

Offenburg, den 9. März 1951

Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	Verband der Ortskrankenkassen für die Länder Rheinland-Pfalz, Baden und Württemberg-Hohenzollern
gez.: Dr. Bihl	gez.: Zapp

Vereinbarung

Betr.: Die Behandlung der kriegsbeschädigten Versicherten

1. Die Ortskrankenkassen sind bereit, an die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern Rheinland-Pfalz, Baden, Württemberg-Hohenzollern für die Behandlung des anerkannten Versorgungsleidens der kriegsbeschädigten Kassenmitglieder DM 1.— (Eine DM) pro Behandlungstag in den Fällen zu bezahlen, in denen die Kassen DM 3.— auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes erhalten.
2. Die vertragsschließenden Parteien sind sich darüber im klaren, daß über die Frage einer etwaigen finanziellen Beteiligung der Ärzte in den Fällen vorliegender Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Krankenhausbehandlung erneut verhandelt werden muß, sobald diesbezügliche Regelungen für die übrigen Bundesländer getroffen werden.
3. Für die praktische Durchführung der Behandlung kriegsbeschädigter Kassenmitglieder, einigen sich die beiden Parteien auf folgendes Verfahren:
 - a) Die Ortskrankenkassen stellen den Kassenärzten eine Anzahl unausgefüllter Vordrucke des weißen Bundesbehandlungsscheines (Anlage zum Mitgliederkrankenschein) zur Verfügung.
 - b) Sofern sich bei der ersten Untersuchung ergibt, daß es sich um Gesundheitsschäden im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes handelt, füllt der Kassenarzt zunächst die Ziff. I des Bundesbehandlungsscheines für Versicherte aus und sendet der zuständigen Krankenkasse den Vordruck mittels zur Verfügung gestellten Freiumschlages, zwecks Anerkennung und notfalls zur Vervollständigung, umgehend zu. Die Kasse gibt dem Arzt den Schein unverzüglich zurück.
 - c) Der Kassenarzt trägt unter Ziff. 4 die Tage der ambulanten Behandlung ein. Außerdem vermerkt er unter Beisetzung des Datums sämtliche verordneten ärzt-

lichen Sachleistungen. Er bedient sich dabei folgender Abkürzungen:

Rö, EKG, HS, KW, Soll., Mass., La. und sonstige hier nicht genannte ärztliche Sachleistungen.

4. a) Die Kassenärztlichen Abrechnungsstellen sorgen dafür, daß die weißen Bundesbehandlungsscheine spätestens 3 Wochen nach Quartalsende unter Beifügung einer Übersicht über die Zahl der Behandlungstage an die Krankenkassen gesandt werden.
 - b) Die Krankenkassen teilen den Abrechnungsstellen nach erfolgter Abrechnung mit den Versorgungsbehörden den Betrag der Honorargutschrift mit.
5. Die Kassenärzte verwenden bei allen Verordnungen für kriegsbeschädigte Kassenmitglieder die üblichen weißen Rezeptvordrucke, die mit dem deutlichen Vermerk „KB“ zu versehen sind (für die übrigen, unter das Bundesversorgungsgesetz fallenden Personengruppen — vier verschiedenfarbige Behandlungsscheine — werden Verordnungsblätter mit blaßgrüner Farbe ausgegeben).
 6. Diese Vereinbarung gilt ab 1. April 1951.
 7. Im Hinblick auf die noch nicht geklärten Rechtsverhältnisse hinsichtlich des Wirksamwerdens der Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes werden die Kassenärztlichen Abrechnungsstellen bemüht sein, den Krankenkassen die erforderlichen Unterlagen und Angaben möglichst schon für das I. Vierteljahr 1951 zur Verfügung zu stellen.

Offenburg, den 9. März 1951

Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern:	Verband der Ortskrankenkassen für die Länder Rheinland-Pfalz, Baden und Württemberg-Hohenzollern:
gez.: Dr. Bihl	gez.: Zapp

Vereinbarung

In Ergänzung und zur Durchführung der Tübinger Vereinbarung vom 19. Juli 1950 wird folgendes vereinbart:

1. Die Ortskrankenkassen führen eine Vorprüfung aller Rezepte von Kassenärzten, die den Fallkostendurchschnitt ihres Kassenbezirks und ihrer Ärztegruppe um mehr als 20% überschritten haben, und der Kassenärzte, bei denen die Krankenkasse eine offensichtliche unwirtschaftliche Verordnungsweise festgestellt hat, auf ihre taxmäßige Richtigkeit durch.
2. Die Krankenkassen übergeben in den in Frage kommenden Fällen das Ergebnis ihrer Vorprüfung an die zuständige KV. Dabei ist eine Übersicht über den Fallkostendurchschnitt des betroffenen Arztes, über seine Arbeitsunfähigkeits- und seine Krankenhauseinweisungsfälle beizufügen. Die Arzneikostenübersicht ist in folgenden 2 Gruppen zu erstellen:
 - a) Mitglieder — Familienangehörige und Kriegshinterbliebene,
 - b) Rentner.
3. Die Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Ortskrankenkassen nach Fertigstellung ihrer Honorarabrechnungen, spätestens aber bis zum Ablauf eines Kalendervierteljahres, die Behandlungsfallzahlen der einzelnen Kassenärzte des vorhergegangenen Kalendervierteljahres aufgeteilt nach den in Ziff. 2 aufgeführten Gruppen, mit.

4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten nach Möglichkeit in den ersten 3 Wochen des übernächsten Quartals das Material der Ortskrankenkasse über ihre Vorprüfungen.
5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen in rascher Folge, wenn möglich in demselben Quartal, das übergebene Material und verfahren nach Ziff. 3 Abs. 2 und 3 der Tübinger Vereinbarung.
6. Bei der Festsetzung von Regressen durch die Prüfungskommissionen ist die Brutto-Netto-Differenz zu berücksichtigen.
7. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kürzen den Anteil der betroffenen Ärzte an der kassenärztlichen Gesamtvergütung um den festgestellten Regreßbetrag und führen

ihn an den jeweils zuständigen Krankenkassenverband (§ 406 RVO.) ab.

8. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Prüfungskommissionen unterrichten die Ortskrankenkassen über das Ergebnis ihrer Prüfungen und die von ihnen getroffenen Maßnahmen. Im Lande Baden erhält der Verband der Ortskrankenkassen in Lahr eine Durchschrift dieser Mitteilungen.

Offenburg, den 9. März 1951

Verband der Kassenärztlichen
Vereinigungen der Länder
Baden, Rheinland-Pfalz und
Württemberg-Hohenzollern:
gez.: Dr. Bihl

Verband der Ortskrankenkassen
für die Länder Rheinland-
Pfalz, Baden und Württem-
berg-Hohenzollern:
gez.: Zapp

Abseits

ABC
für Mediziner und solche, die Mediziner liebhaben

Zueignung

Saß strickend und nichts Böses ahnend —
Da raunte plötzlich leis und mahnend
Ein Geist (dem Stuhl entstiegen schien er):
„Schreib doch mal was für Mediziner!“
(So mancher Arzt — das müßt Ihr wissen
saß schon auf dieses Sessels Kissen.)
Schnell faßt ich zu — schon hat ich ihn:
Es war der Geist der Medizin!

von J. H.

Am Anfang steht der AESKULAP
Der Mann mit seinem Schlangensstab
Ihm sei der schuld'ge Dank gebracht,
Hat er doch Kunst und Stab erdacht.

Seit Robert Koch die Ärzteschar
Bekämpft nun schon so manches Jahr
Mit Eifer und Medikament
Den Feind, der sich BAZILLUS nennt.

Ein Meister in der Ärzte Mitten
Ist der CHIRURG ganz unbestritten,
Denn schmerzlos — schnell bringt ohne Zweifel
ins Jenseits er die armen Teufel.

Versagt mal alle eure Kunst,
Ist jede Medizin umsonst:
Zum Trost der Kranken — schadt' fast nie! —
Greift frisch mal zur DIATHERMIE!

Die Mahnung nehmet euch zu Herzen
Tut mit EUTHANASIE nicht scherzen!
Da könnt ihr rasch ins Unglück taumeln
Und eines Tags am Galgen baumeln.

Wie dumm schwätzt doch der Mensch oft hin,
Der nichts versteht von Medizin:
Fehl d i a g n o s e kommt nie vor!!
Dies, Laie, schreib dir hinters Ohr!

Hier will ich einmal Goethen sprechen lassen:
Der G e i s t der Medizin ist leicht zu fassen.
(Faust I. Teil. Schülerszene.)

2 Pillchen früh, 3 vor dem Essen,
2 nach dem Essen nicht vergessen,
Und eines noch des Abends spat,
So heilt dich flugs der HOMOOPATH.

Der INTERNIST auf hohem Pferd,
Denkt einzig, er sei etwas wert,
Behorcht, befühlt, beäugt sehr wichtig,
Unkontrollierbar, undurchsichtig!

Wozu das viele Kopfzerbrechen,
Das Schneiden, das Lateinischsprechen?
Greift guten Mutes nur zum JOD —
Da weichen Krankheit, Schmerz und Tod!

O, preist als weisesten Gedanken,
Daß Gott erschuf den armen KRANKEN.

Wo wär ohn' ihn die Medizin??
Na, Gott sei Dank, wir haben ihn!

Den LANDARZT braucht man allenthalben.
Er hilft auch mal der Kuh beim Kalben.
Heraus den Wurm! — Das Bein geschient!
Er ißt auch gut! — Und hat's verdient!

Wer ist's, dem wir vom ersten Tage
Bereiten so viel Müh und Plage?
Wer ist's, der unsere Wehwehchen —
Sei es im Zahn, sei es im Zehchen —
So unverdrossen treu behandelt,
Im tröstlich weißen Kittel wandelt?
Wer ist es wohl? So fragt man sich.
Ist keiner zarter, keiner kühner:
Es ist der wackre MEDIZINER.

Auf daß sich der Patient nicht wehre,
Wenn man mit Messer oder Schere
Ihn sanft befreit vom Erdenlose,
Erfand man einstens die NARKOSE.

Fühlst du an deinen Beinen Schäden?
Dann schnell mit dir zum ORTHOPÄDEN!
Der macht ein X dir für ein O,
Und du wirst deiner Beine froh!

Nur Vorsicht mit der PROPHYLAXE,
Daß sie nicht über'n Kopf euch wachse!
Denn würde einst sie gar zu groß,
Macht sie euch Ärzte arbeitslos!

Oft rennt der Mensch, bar der Vernunft,
Zum Außenseiter eurer Zunft:
Beim QUACKSALBER macht man 'ne Kur.
Wie kann man nur! Wie kann man nur!!!

Nichts kannst dem Arzt du mehr verhehlen,
Kein Märlein mehr ihm vorerzählen:
Der RONTGENSTRAHL bringt's an den Tag! —
Da lüge, wer noch lügen mag!

Tief stößt der Arzt die scharfe Nadel —
Ein Ritter ohne Furcht und Tadel —
Hinein, worauf die Menschen sitzen:
Was wär ein Doktor ohne SPRITZEN!!

Der Menschen Leben zu erneuern,
Der Krankheit und dem Tod zu steuern
Erfunden ward die THERAPIE,
Wir sterben mit und ohne sie!!!

Ich kann es leider nicht verhehlen,
Auch der URIN darf hier nicht fehlen:
Der Arzt, zumal wenn er in Übung,
Liest Bände gleich aus seiner Trübung.

Wenn alles völlig ratlos ist,
Der Psychiater, Internist,
Und keiner weiß mehr aus und ein,
Dann kann es nur ein VIRUS sein.

Die WASSERKUR von Pfarrer Kneipp
Ist mancher Leute Zeitvertreib,
Und sicher ist sie gut und nützlich
(Doch meine Sohlen sind zu kitzlig!)

Schreibt „Dr. med.“ sich erst mal einer,
Dann denkt er: So, jetzt kann mir keiner!
Doch bleibt so mancher Fall ein X
Und alle Klugheit nützt ihm nix.
Viel Tränklein wußt' in alten Zeiten
Der Medikus wohl zu bereiten,

Und von den bitteren YSOPEN
Trank man zur Heilung manchen Schoppen.
In seiner Ehre leicht verletzt,
Fühlt stets er sich zurückgesetzt
Und trumpft drum auf mit keckem Mut:
„Ein ZAHNARZT ist doch grad so gut!!!“

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten
8. Woche 1951 — 12. Woche 1951
(18. Februar — 24. März 1951)

Landes- bezirke	Woche	N = Neurokrankungen		Mißbrand	Lupus	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Baugische Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnhirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weißsche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis	
		N	T																														
Nord- Württemberg	8.	N				14	68	98	9	44	2		44	15	1					3				1	141	93	1	1					
		T						9	1																								
	9.	N			1	23	68	96	16	47			43	23	2	1	1				2				81	167							
		T					18	58	61	14	34		44	21	3						2	1			141	95							
	10.	N					18	58	61	14	34		44	21	3						2	1			141	95							
	T					8	1	2																1									
	11.	N				16	80	108	17	41		65	28	1	1	2	1	1	1	4	1			25	103			1		1			
	T							9	3															2									
	12.	N				14	55	45	17	30	3	34	28							1				18	87	59							
	T					1	5	3																									
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	8.	N				3	27	17	13	47		1	10	6	1																		
		T						5	2																	196							
	9.	N				2	21	22	8	15	2	15	8			1						1			87	1	1						
		T					1	1																									
	10.	N				4	14	26	2	35	1	8	6								10					125							
	T					4				1																							
	11.	N				5	19	19	5	35		9	7									5	1		74								
	T							5	1													1											
	12.	N				4	19	16	6	23		13	3	1	9							8			73								
	T							1																	1								
Nord-Baden	8.	N				5	51	47	10	48	2	51	24			3				2		1		24									
		T						5		1										1		1		2									
	9.	N				13	47	29	3	10	2	27	21			1				4				25						1			
		T				1	4	4																									
	10.	N				5	51	34	10	26	2	44	13											26	35								
	T					8	1																										
	11.	N				4	58	58	3	33		34	17	1								4		22									
	T					1		10																									
	12.	N				6	40	29	11	43	2	25	21	1			1			2				255									
	T					1		8	1																								
Land Baden	8.	N				18	26	27	8	7	2	15	2	1	1					3				140									
		T						4	1																								
	9.	N				6	21	26	11	30	1	6	7											33									
		T					3	4																									
	10.	N		1		8	28	24	6	27	1	17	6	1	1	1								68						1			
	T						2																										
	11.	N				12	12	23	17	14	4	10	4									1		45									1
	T							5	1																								
	12.	N				6	15	27	5	54	1	5	6			2						2	1	133									
	T							5	2																								

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

B-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe April 1951