

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952

10 (1.10.1952)

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 10

STUTT GART, OKTOBER 1952

7. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Enzmann: Tuberkulose und Schwangerschaft aus Heilstättensicht	199
Ober-Reg.Rat Dr. Zimmermann: Die Unterbringung von Geisteskranken, Geisteschwachen und Suchtkranken in Krankenanstalten	202
Dr. Frohn: Aus der Arbeit der Prüfungsinstanzen der KV Tübingen	205
Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosen	209
Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände und ärztliche Schweigepflicht	209
Eingesandt — Dr. Freudemann: Zur Altersversorgung	210
Buchbesprechungen	211
Bekanntmachungen	211
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	212
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	213
Ärztekammer Nord-Baden e. V.	217
Landesärztekammer Baden	218
Ärztliche Pressestelle Stuttgart	219
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 36. bis 39. Woche 1952	220

Aus dem Tbc.-Krankenhaus Taubertal, Bad Mergentheim der Landesversicherungsanstalt Württemberg
(Chefarzt Dr. med. W. Ohlig)

Tuberkulose und Schwangerschaft aus Heilstättensicht

Von Dr. med. H. R. Enzmann, Rottweil

Bei Erhebung der Vorgeschichte unserer Patientinnen konnten wir immer wieder — zunächst empirisch — feststellen, daß entweder die ersten Symptome der Tuberkulose, oder die klinische Manifestation derselben häufig während einer Schwangerschaft oder einer Entbindung oder einer Fehlgeburt auftreten, sei es im Sinne der Entstehung des Leidens, sei es in Form einer Reaktivierung, Progredienz oder Verschlechterung.

Die Zahl dieser Fälle schien uns dabei höher, als man nach dem darüber Veröffentlichten hätte erwarten können. Bei Sichtung der Literatur über „Tuberkulose und Schwangerschaft“ zeigte sich, daß Veröffentlichungen darüber ebenso zahlreich sind, wie die Ansichten über dieses Thema. Fernerhin fiel auf, daß die Diskussionen darüber immer wieder sporadisch auftraten, um dann wieder zu verblasen. Schon das zeigt einerseits, wie schwierig es ist, die Beziehungen „Schwangerschaft und Tuberkulose“ vom medizinischen Standpunkt aus zu ergründen; andererseits, daß die Aufrollung dieser Frage vielfach im Lichte und Schatten sozialer, politischer, weltanschaulicher und religiöser Einflüsse erfolgte.

Im Altertum glaubte man an Besserung der Tuberkulose durch Gravidität. 1850 findet mit Grisolle das Thema „Schwangerschaft und Tuberkulose“ Eingang in der medizinischen Literatur und Diskussion.

In der Kochschen Ära glaubte man an eine Verschlechterung der Tuberkulose durch Gravidität. Braeu-

ninger und Hansen waren überzeugt, 1935 auf Grund jahrelanger Untersuchungen nachweisen zu können, daß kein Beweis für eine Verschlechterung der Tuberkulose durch Gravidität zu erbringen sei. Die Gesamtbeurteilung schließt Braeuninger mit einer sehr vorsichtigen Folgerung und führt darin aus, daß die 6 % der tödlichen und erheblich verschlechterten Fälle und die 20 % der geringfügigen Verschlechterungen sich im Rahmen des allgemeinen, schubweisen Verlaufes der Tuberkulose bewegen dürften. Auch weist er darauf hin, daß Schwangerschaft eine Besserung der Lungentuberkulose zur Folge haben könnte, da bei manchen Frauen die Schwangerschaft einen Höhepunkt in ihrem körperlichen Wohlbefinden darstelle. Bereits 1935 erhob sich auf dem Tuberkulose-Kongreß eine erhebliche Opposition dagegen. In der älteren, ausländischen Literatur sind die Meinungen darüber ebenfalls sehr verschieden. Eine einheitliche Ausrichtung findet man bis 1939 nur im russischen Schrifttum, das sich für eine enge Beziehung zwischen Schwangerschaft und Tuberkulose ausspricht und die Interruptio sehr weitgehend befürwortet. Sebanow glaubte jedoch, trotz einer sehr geringen Anzahl von Fällen, nach Interruptio in 50 % eine sofortige Verschlechterung feststellen zu können. Jeder lege artis durchgeführte, artifizielle Abort könne ab 3. Monat eine schwere, akute Zuspitzung der Tuberkulose ergeben. Er meint außerdem, daß eine Sectio die Tuberkulose mehr

verschlechtere, als eine normale Entbindung; er führt das nicht auf die Operation als solche zurück, sondern hält den unphysiologischen Wechsel des innersekretorischen Gleichgewichts für ausschlaggebend. Auch Paraf (Frankreich) glaubt an eine zusätzliche Verschlechterung nach Interruptio. König hält den Prozentsatz von Verschlechterungen nach Interruptio ebenfalls für höher, als nach komplikationsloser Geburt. Turner vermutet eine geringere Verschlechterung nach Spontanabort, als nach Interruptio. Nach Deist und Krauss gewinnt die Ansicht immer mehr an Boden, daß Tuberkulose und Schwangerschaft nebeneinander herlaufen und die Gravidität im allgemeinen keinen Einfluß auf die Tuberkulose ausübt. Nach ihnen bedeutet eine Interruptio in den ersten 4 Monaten keine Verschlechterung, jedoch erfolgt dadurch auch keine Beeinflussung des Gesamtablaufs. Deist schreibt jedoch auch an anderer Stelle: „Hat eine Frau mit Tuberkulose-Verdacht mehrere Geburten ohne jede Störung erledigt, so wird bei unverändertem Allgemeinzustand die Annahme einer Lungentuberkulose recht unwahrscheinlich.“

Allgemein ist man heute der Ansicht, daß die Gefahrenzone in den ersten 4 Monaten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung liegt. Die Gründe, die die Verschlechterung nach der Schwangerschaft erklären sollen, sind mannigfaltig: Schwächung der Infektionsabwehr, Eiweißverlust, Schwankungen im Cholesterin- und Lipasespiegel des Blutes und Vitaminmangel. Der eindeutige Beweis für diese Behauptungen konnte bis heute nicht erbracht werden.

Unseren Feststellungen wurde das gesamte Krankengut zugrunde gelegt, welches nach dem Kriege bei uns anfing und alle Fälle zur Betrachtung herangezogen, bei denen eine Schwangerschaft oder ein Abort zeitlich mit der Tuberkulose-Erkrankung in Zusammenhang stand. Nicht berücksichtigt wurde eine Einteilung nach Qualitätsdiagnose, wie wir sie bei Braeuning, Hansen und Heymer finden, da uns die Zahl unserer Fälle dafür zu klein erschien.

Seit Ende des Krieges betrug die Gesamtzahl der bei uns zum Heilverfahren gewesenen Patientinnen 1918. Davon hatten 398 Patientinnen eine oder mehrere Entbindungen oder Schwangerschaften durchgemacht. Die Zahl der Graviditäten betrug 1392. Aus diesen 1392 Fällen wählten wir zur weiteren Betrachtung alle die aus, bei denen die Tuberkulose während der Gravidität oder innerhalb eines Jahres nach der Entbindung festgestellt wurde.

Wir haben somit den Entstehungszeitpunkt der Tuberkulose und den Feststellungszeitpunkt derselben gleichgesetzt, obwohl in den meisten Fällen die Entstehung der Tuberkulose der Manifestation um Monate voraus-eilen dürfte. Der Objektivität wegen haben wir jedoch auf diese Zeitspanne bei unserer Betrachtung verzichten müssen. Es dürfte aber klar sein, daß bei der Möglichkeit der Feststellung des Entstehungszeitpunktes der Tuberkulose weit mehr Fälle in unsere Betrachtung einbezogen werden müßten und bei den zur Betrachtung kommenden Fällen Schwangerschaft und Entstehung der Tuberkulose noch mehr aneinanderrücken würden.

Unter diesem Gesichtspunkt konnten wir unserer Betrachtung von den insgesamt 1392 Fällen noch 564 Fälle zugrunde legen. Von diesen, mit der Tuberkulose zeitlich in Zusammenhang gebrachten 564 Schwangerschaften, wurden mehrere frühzeitig durch Abort beendet. Zeigte die Tuberkulose vor dem Abort bereits eine Verschlech-

terung oder erste Manifestation, so wurden diese Fälle mit verwertet. Es wurde jedoch vermieden, das Verhalten der Tuberkulose nach der Schwangerschaft und nach Abort gleichzusetzen. Wir haben daher die Fälle, bei denen nach Abort eine Tuberkulose entstand oder sich verschlechterte, einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Es handelt sich dabei um 33 Fälle. Somit blieben uns von den 564 Fällen noch 531.

Bei diesen 531 Fällen wurde die Tuberkulose erstmals während oder nach der Schwangerschaft 158mal, d. h. in 28,7% festgestellt. 99mal (= 18,7%) trat eine Verschlechterung bei bereits bestehender Tuberkulose auf. Somit erfolgte insgesamt bei 257 Fällen (= 48,4%) entweder eine erste Manifestation, oder eine Verschlechterung einer alten Tuberkulose während oder nach der Schwangerschaft. Bei 274 Patientinnen (= 51,6%) blieb die bereits bestehende Tuberkulose unbeeinflusst bzw. zeigte keine Reaktivierung.

Die oben angeführten 158 Fälle, bei denen die Tuberkulose während der Gravidität oder nach der Entbindung erstmals festgestellt wurde, ergaben folgende, zeitliche Aufgliederung:

Erste Feststellung der Tuberkulose während der Gravidität

im 1. Monat bei	1 Patientinnen
2. "	6 "
3. "	5 "
4. "	6 "
5. "	2 "
6. "	1 "
7. "	— "
8. "	— "
9. "	— "

21 Patientinnen

nach Partus

im 1. Monat bei	33 Patientinnen
2. "	15 "
3. "	19 "
4. "	15 "
5. "	9 "
6. "	5 "
7. "	17 "
8. "	4 "
9. "	3 "
10. "	3 "
11. "	4 "
12. "	10 "

137 Patientinnen

Die oben angeführten 99 Fälle, bei denen die bekannte Tuberkulose während der Gravidität oder nach der Entbindung deutliche Verschlechterung ergab, zeigen folgende, zeitliche Aufgliederung:

Verschlechterung der Tuberkulose während der Gravidität

im 1. Monat bei	1 Patientinnen
2. "	6 "
3. "	5 "
4. "	5 "
5. "	2 "
6. "	1 "
7. "	2 "
8. "	— "
9. "	— "

22 Patientinnen

nach Partus		
im	1. Monat bei	31 Patientinnen
"	2.	" 12 "
"	3.	" 6 "
"	4.	" 5 "
"	5.	" 4 "
"	6.	" 6 "
"	7.	" 5 "
"	8.	" 1 "
"	9.	" 2 "
"	10.	" — "
"	11.	" 2 "
"	12.	" 3 "

77 Patientinnen

Unter den eben erörterten Fällen befanden sich 21 Patientinnen, die während ihrer spezifischen Erkrankung mehrere Geburten durchgemacht hatten. Die nähere Beleuchtung ergab hier bei 10 Patientinnen mit je 2 Geburten 9mal eine Verschlechterung, wogegen 11mal die Gravidität und Entbindung keinen nachweisbaren Einfluß auf die Tuberkulose hatte; bei 8 Patientinnen mit je 3 Geburten erfolgte 17mal eine Verschlechterung gegenüber nur 7 Entbindungen bzw. Schwangerschaften ohne Einfluß auf die Erkrankung. Bei 4 Patientinnen mit je 4 Graviditäten während der Erkrankung an Tuberkulose erfolgte 11mal eine Verschlechterung; 5mal wurde die Tuberkulose nicht beeinflusst.

Aus den wenigen uns zur Verfügung stehenden Fällen mit mehreren Entbindungen ist zu entnehmen, daß die Häufigkeit der Reaktivierungen bei mehreren Entbindungen während der Tuberkulose mit der Zahl der Geburten rasch zunimmt. Wie groß der Einfluß des schicksalsmäßigen Ablaufs dabei ist — denn die 2. und 3. Geburt erfolgte natürlich immer bei längerem Bestehen der Tuberkulose als die 1. — oder der Einfluß der Mehrbelastung der Patientin durch die geringere Schonungsmöglichkeit als Mutter von mehreren Kindern, kann nur an Hand von zahlreicheren Fällen, als wir hier zur Verfügung haben, geklärt werden.

Der Vollständigkeit halber wollen wir auch 14 Patientinnen erwähnen, bei denen es während der Schwangerschaft zu einer deutlichen Besserung des röntgenologischen Befundes kam und bei denen post partum keine Verschlechterung erfolgte. 11 dieser Patientinnen führten ihr Heilverfahren bei uns ordnungsgemäß durch, 2 Patientinnen brachen es gegen ärztlichen Rat ab, um gleichsam als Ausnahme die Regel zu bestätigen. Bei den letzteren handelt es sich um Erstgebärende in guten sozialen Verhältnissen.

Das angeführte Zahlenmaterial beleuchtet das eingangs Gesagte und zunächst empirisch Festgestellte. **Demnach besteht offensichtlich häufiger, als von anderen Autoren angenommen, ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Gravidität bzw. Partus und Tuberkulose.** Unser Zahlenmaterial stammt aus einem Zeitraum von 6 Jahren. Dabei zeigte es sich, daß die jährlichen Zahlen in ihrem Verhältnis zueinander nicht wesentlich vom Gesamtdurchschnitt abweichen.

Der vom Partus bis zur Feststellung der Tuberkulose von uns berücksichtigte Zeitraum mag dabei sehr weit gegriffen sein; es zeigt sich jedoch bei näherer Betrachtung, daß er in 70,1% von diesen 48,4% in den ersten 6 Monaten nach Beendigung der Schwangerschaft liegt und die Häufigkeit der Fälle rasch zunimmt, je näher man an den Entbindungstermin herankommt. Außerdem

beginnt ein großer Teil der Erkrankungen, wie anfangs erwähnt, bestimmt einige Monate vor dem erhobenen Röntgenbefund. Bei 18,7% wurde die bereits festgestellte Tuberkulose verschlechtert. Das entspricht annähernd den Werten anderer Statistiken. Gegen die 28,7% Neuerkrankungen während und nach der Gravidität erscheinen die 18,7% Verschlechterungen als relativ gering.

Welche Schlußfolgerungen können nun aus dem oben Gesagten gezogen werden? Der Sinn unserer Veröffentlichung soll nicht sein, die schwierigen Beziehungen zwischen Tuberkulose einerseits und Schwangerschaft andererseits zu klären. Solange jedoch diese Frage einer Klärung noch nicht zugeführt ist und das Zahlenmaterial eine zeitliche Korrelation zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft aufzeigt, sind wir verpflichtet, den schwangeren Tuberkulosekranken besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die bereits wegen einer bestehenden Tuberkulose in Überwachung befindlichen Schwangeren sollten häufiger nachuntersucht werden. Wir stellten fest, daß Patientinnen, die mit einer inaktiven Tuberkulose in einer $\frac{1}{4}$ oder gar $\frac{1}{2}$ jährigen Überwachung waren, als Gravide im 2. Monat durchleuchtet wurden. Die nächste Untersuchung erfolgte 3 bzw. 6 Monate später, also im 5. oder 8. Schwangerschaftsmonat. Da nach unseren Feststellungen die Reaktivierung am häufigsten während des 2.—4. Schwangerschaftsmonats und im 1.—4. Monat post partum erfolgte, ging auf diese Weise wertvolle Zeit bis zur Feststellung verloren. Es wurde ebenso beobachtet, daß der Beginn einer Schwangerschaft bei den Überwachungsuntersuchungen wissentlich oder unwissentlich verschwiegen wurde. Daher wäre es zweckmäßig, bei allen Patientinnen prinzipiell in den Krankenblättern den Ablauf der Menses zu verzeichnen. Noch schwieriger wird die Erfassung erstmalig an Tuberkulose Erkrankter. Wir können uns hier nur dem Vorschlag anschließen, jede Schwangere während der Gravidität und nach der Entbindung zu durchleuchten, wie er bereits von anderer Seite gemacht wurde. Nach dem oben Veröffentlichten war auch da der 2. und 3. Schwangerschaftsmonat und der 1. und 4. Monat nach Partus besonders zu beachten. Bei einer Anstalts- oder Krankenhausentbindung wäre es zweckmäßig, jede Patientin während der stationären Behandlung und insbesondere vor der Entlassung vor den Röntgensschirm zu stellen und derselben, insbesondere bei schlechten, sozialen Verhältnissen und bei familiärer Belastung, eine weitere Nachuntersuchung dringend zu empfehlen. Dem praktischen Arzt und Geburtshelfer wird vorgeschlagen, bei jedem nur möglichen Verdacht eine Durchleuchtung der Schwangeren zu veranlassen und bei familiär Belasteten und in schlechten sozialen Verhältnissen Lebenden die Durchleuchtung grundsätzlich, auch ohne subjektive Erscheinungen, vornehmen zu lassen. Durch Intensivierung der Schwangeren-Überwachung wäre es sicher möglich, die hohe Zahl von Reaktivierungen und Neuerkrankungen, die nach der Schwangerschaft zur Feststellung kommen, in den ersten Monaten der Schwangerschaft zu diagnostizieren, wobei wir, wie oben erwähnt, davon ausgehen, daß der Entstehungszeitpunkt der Tuberkulose dem Feststellungszeitpunkt in vielen Fällen zeitlich vorausgeht.

Die Indikation zur Einleitung eines Heilverfahrens bei schwangeren Tuberkulösen sollte sehr breit gefaßt wer-

den. Ist die Inaktivität eines Prozesses ambulant nicht sicher zu klären, so wäre in jedem Fall stationäre Beobachtung in der Heilstätte erforderlich. Immer sollte Einweisung erfolgen, wenn die sozialen Verhältnisse keine genügende Schonungsmöglichkeit zulassen. Aufgabe der Heilstätte muß es sein, unter Anwendung konservativer, chemotherapeutischer und sämtlicher, kollapstherapeutischer Maßnahmen progressive Tuberkulosen in ein stationäres Stadium zu überführen und offen kavernöse Prozesse bis zum Zeitpunkt des Partus zu entseuchen. Heilstätten mit Entbindungsmöglichkeiten (Hoheneinberg-Brilon-Wald) stellen sicherlich eine Idealösung dar. Da derartige Anstalten nur in geringer Zahl zur Verfügung stehen, sollte das Heilverfahren bis zur Entbindung in der Heilstätte durchgeführt werden, die Entbindung außerhalb der Heilstätte erfolgen und anschließend das Heilverfahren fortgesetzt werden.

Gehen wir noch kurz auf die eingangs erwähnten 33 Fälle ein, bei denen es nach Abort zu einer tuberkulösen Ersterkrankung bzw. Verschlechterung kam. Es zeigte sich, daß der Großteil in den 1.—3. Monat post abort. fiel, und zwar sowohl der erstmaligen Feststellungen der Tuberkulose als auch der Reaktivierungen. Der Prozentsatz liegt hier, verglichen mit den ausgetragenen Schwangerschaften, sogar noch höher, und es scheint, als ob eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft die Tuberkulose ungünstiger beeinflussen würde, als eine ausgetragene Gravidität mit normaler Geburt. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Fälle mußten wir jedoch feststellen, daß in diesen Zahlen, bei denen es nach Abort zu einer ersten Manifestation oder Verschlechterung der bestehenden Tuberkulose kam, auch jene Fälle enthalten sind, bei denen 1. es wegen der Schwere der Tuberkulose oder Schwäche des Körpers bzw. schlechten Allgemeinzustandes zu einer früheren Beendigung der Gravidität kam, 2. die künstliche Unter-

brechung wegen der zu erwartenden Verschlechterung des tuberkulösen Prozesses ausgeführt wurde. Ob die frühzeitige Unterbrechung dann das auslösende Moment war, oder ob sie die Verschlechterung nicht mehr verhindern konnte, oder ob es zu einem zufälligen Zusammentreffen von Abort und Verschlechterung bzw. erster Manifestation des Prozesses kam, konnte nicht endgültig geklärt werden. Bei einem Teil der Fälle jedenfalls handelt es sich um Erkrankungen, die bereits mehrfach reaktivierten und gerade deswegen zu einer künstlichen Interruptio führten.

Zusammenfassung: An Hand von 1392 Graviditäten, von denen 584 Geburten und Aborte in zeitlichem Zusammenhang mit der Tuberkulose standen, wurde ermittelt, daß bei 48,4% die Gravidität bzw. komplikationslose Entbindung auslösend oder verschlechternd auf die Tuberkulose wirkte. Besonders auffallend war, daß in 28,7% die Tuberkulose nach der Entbindung erstmals festgestellt wurde. Demnach besteht offensichtlich häufiger, als von anderen Autoren angenommen wird, ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Gravidität bzw. Partus und Tuberkulose. Ferner wurde festgestellt, daß die Wahrscheinlichkeit einer Reaktivierung mit der Zahl der Geburten zunimmt. Häufige Reaktivierungen wurden beobachtet nach Aborten, und zwar noch häufiger als nach ausgetragenen Schwangerschaften. Der Grund hierfür wurde näher untersucht und erläutert.

Auf Grund dieser Feststellungen wurden Vorschläge zur Früherfassung sowohl der Ersterkrankungen und Reaktivierungen der Tuberkulose als auch der Schwangerschaften gemacht mit dem Ziel der sofortigen Durchführung eines Heilverfahrens.

Literaturangaben können beim Verf. angefordert werden.

Die Unterbringung von Geisteskranken, Geistesschwachen und Suchtkranken in Krankenanstalten

Besprechung des im früheren Land Württemberg-Hohenzollern erlassenen Gesetzes vom 26. Februar 1952

Von Oberregierungsrat Dr. Zimmermann beim Innenministerium Tübingen

Für die Einweisung von Geisteskranken in Anstalten war bisher das sogenannte Statut der Staatsirrenanstalten, eine Verfügung des Württ. Ministeriums des Innern vom 20. März 1899 (Reg.Bl. S. 249) maßgebend. Nach § 16 dieses Statuts wurde die zwangsweise Einweisung vom Landratsamt verfügt.

Dieser Verwaltungspraxis ist durch das Bonner Grundgesetz, das mit seinen Forderungen dem jetzt vorliegenden Rechtszustand weit vorausgeeilt ist, die Grundlage entzogen worden. Nach Art. 2 GG. darf in das unverletzliche Freiheitsrecht einer Person nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden und nach Art. 104 GG. kann die Freiheit einer Person nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes durch den Richter beschränkt und entzogen werden. Weil das Statut kein förmliches Gesetz ist, hielt sich die Verwaltung nicht mehr für berechtigt, wie bisher auf Grund des Statuts eine Einweisung ohne richterliche Mitwirkung anzuordnen und die Gerichte lehnten ein Eingreifen ab, weil eine dem Grund-

gesetz entsprechende gesetzliche Regelung noch nicht ergangen war. Dies führte zu einer allgemeinen Unsicherheit, die nicht mehr länger zu verantworten war. Da auf der Bundesebene ein entsprechendes Gesetz bis jetzt nicht zustande gekommen ist, wurde im Land Württemberg-Hohenzollern das Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken, Geistesschwachen und Suchtkranken in Krankenanstalten vom 26. Februar 1952 (Reg.-Bl. S. 12) erlassen. Mit diesem Gesetz ist den Forderungen des Grundgesetzes Genüge getan; auch ist ausdrücklich darauf hingewiesen, daß durch dieses Gesetz die Grundrechte des Art. 2 und Art. 6 Abs. 3 des Grundgesetzes eingeschränkt werden (§ 15 des Gesetzes).

Der grundsätzliche Auffassungswandel gegen früher kommt darin zum Ausdruck, daß das Gesetz maßgeblich auf die Heilung bzw. Bewahrung des kranken Individuums abhebt und demgegenüber der Schutz der Öffentlichkeit vor den Übergriffen des Erkrankten nicht mehr als ausschließliches Schutzinteresse im Vordergrund

steht. Ein weiterer Grundgedanke des Gesetzes ist der Schutz des Individuums vor mißbräuchlicher Einweisung durch die Staatsgewalt.

Nur die zwangsweise Unterbringung ist im Gesetz geregelt, die freiwillige Aufnahme und die Unterbringung von Jugendlichen durch den Erziehungsberechtigten sowie von Entmündigten durch den Vormund fallen nicht darunter.

Im einzelnen sind folgende Materien geregelt:

1. Einweisung durch die Verwaltungsbehörde

Wenn Geisteskranke, Geistesschwache und Suchtkranke für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder ohne Anstaltspflege der Gefahr der Verwahrlosung ausgesetzt sind, können sie durch die untere Verwaltungsbehörde gegen ihren Willen und gegen den Willen ihrer gesetzlichen Vertreter in eine Krankenanstalt eingewiesen werden (§ 1 und § 3 des Gesetzes). Die Verwaltungsbehörde ist hier eingeschaltet, weil der Schutz der öffentlichen Ordnung ureigene Aufgabe der Verwaltung ist. Aus dieser sachlichen Beziehung heraus ist den ordentlichen Gerichten nicht das Einweisungsverfahren selbst, sondern nur die Entscheidung über die Zulässigkeit der Einweisung übertragen worden, wie es in Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG. gefordert ist.

Neu ist die Einweisung von Suchtkranken. Unter Suchtkranken sind Rauschgiftsüchtige, insbesondere Morphinisten und Kokainisten, und chronische Alkoholiker zu verstehen, bei denen sich nach ärztlichem Urteil die Sucht zur Krankheit entwickelt hat.

a) Verwaltungsverfahren:

Voraussetzung ist ein amtsärztliches Gutachten und die Anhörung der Beteiligten (der Kranke und, soweit vorhanden, sein gesetzlicher Vertreter, ferner ein dem Kranken nahestehender Angehöriger und, wenn der Kranke es wünscht, eine Person seines Vertrauens). Von der Anhörung des Krankens kann abgesehen werden, wenn dies wegen seines Gesundheitszustandes geboten ist (§ 3 des Gesetzes).

Die Einweisung muß zeitlich begrenzt sein. Sie darf bei Geisteskranken und Geistesschwachen 3 Jahre, bei Suchtkranken 1 Jahr nicht überschreiten (§ 2 Abs. 1).

Die Verfügung der unteren Verwaltungsbehörde ist mit Gründen zu versehen und den am Verfahren Beteiligten zuzustellen.

Gegen diese Verfügung können die Beteiligten binnen 1 Woche an das Innenministerium Beschwerde einlegen, das endgültig entscheidet (§ 4 des Gesetzes). Diese Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung, weil die Einweisung ohnehin erst dann vollzogen werden kann, wenn sie vom Gericht für zulässig erklärt ist. Interessant ist hier die ausdrückliche Ausschaltung der Rechtsbeschwerde an den Verwaltungsgerichtshof. Der Grund ist darin zu erblicken, daß durch den Einbau des gerichtlichen Zulässigkeitsverfahrens der Rechtsschutz des Einzelnen ausreichend gewahrt ist.

b) Gerichtliche Zulässigkeitsklärung:

Die Einweisung darf erst vollzogen werden, wenn das Gericht sie für zulässig erklärt hat. Es kann die Einweisung für eine kürzere als die von der Verwaltungsbehörde bestimmte Dauer für zulässig erklären (§ 5 des Gesetzes). Die Frage, ob Bestätigung durch das Verwaltungsgericht oder das ordentliche Gericht, ist zu-

gunsten des ordentlichen Gerichts entschieden worden. Es entscheidet das zuständige Amtsgericht durch Beschluß, der zu begründen und den am Verfahren Beteiligten unverzüglich zuzustellen ist. Auf das gerichtliche Verfahren finden die Vorschriften der §§ 1—25, 30, 31 und 34 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Mai 1898 (Reg.-Bl. S. 189) Anwendung, soweit im vorliegenden Gesetz nicht anders bestimmt ist (§ 8). Um das Verfahren nicht in die Länge zu ziehen und um das Interesse der Familie an der möglichst unauffälligen Durchführung des Verfahrens zu wahren, wurde die nochmalige Anhörung der Beteiligten durch das Gericht nicht vorgeschrieben.

Als Rechtsmittel gegen den Beschluß des Amtsgerichts steht den Beteiligten und der unteren Verwaltungsbehörde die sofortige Beschwerde an das Landgericht zu, das endgültig entscheidet. Die sofortige Beschwerde hat aufschiebende Wirkung; das Amtsgericht oder das Landgericht können jedoch bei Gefahr im Verzug die sofortige Vollziehung der Einweisung anordnen (§ 8 Abs. 3).

c) Überprüfung der Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung:

Damit die Freiheitsentziehung nicht länger als unbedingt notwendig dauert, sind verschiedene Sicherungen eingebaut:

1. Die Unterbringungsanstalt ist verpflichtet, der unteren Verwaltungsbehörde und dem Gericht unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Zustand eines Kranken die Fortdauer der Anstaltsunterbringung nicht mehr rechtfertigt (§ 6 Abs. 3).
2. Die Verwaltungsbehörde und das Gericht können jederzeit von sich aus prüfen, ob die Voraussetzungen für die Fortdauer der Anstaltsunterbringung noch vorliegen. Die Prüfung muß stattfinden, wenn sie von einem Beteiligten auf Grund neuer Tatsachen beantragt wird.

Wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr vorliegen, so hat das Gericht seine Entscheidung aufzuheben. Gegen diese Gerichtsbeschlüsse, in denen die Einweisung entweder aufgehoben oder aufrecht erhalten wird, steht den Beteiligten und der unteren Verwaltungsbehörde das Recht der sofortigen Beschwerde an das Landgericht zu (§ 8 Abs. 3).

d) Ablauf des Unterbringungszeitraums:

Ist die festgesetzte Unterbringungszeit abgelaufen, so bedarf es einer erneuten Einweisung (§ 2 Abs. 2).

2. Unterbringung auf Antrag

Wenn das Wohl des Kranken die Unterbringung und Pflege in einer Krankenanstalt erfordert, kann das Gericht auf Antrag die Unterbringung von Geisteskranken, Geistesschwachen und Suchtkranken in einer Krankenanstalt ohne Mitwirkung der unteren Verwaltungsbehörde für zulässig erklären. Antragsberechtigt sind der Ehegatte, die Eltern, Voreltern, Nachkommen und Geschwister des Kranken; ferner seine sonstigen Verwandten und Verschwägerte, sofern sie für ihn sorgen. Bei Kranken, die in öffentlicher Fürsorge stehen, ist auch die Fürsorgebehörde, bei Strafgefangenen auch der Leiter der Strafanstalt antragsberechtigt (§ 7 Abs. 1 und 2). Da es sich hier um das individuelle Wohl des Kranken ausschließlich handelt und Schutzinteressen der Öffentlichkeit nicht berührt sind, sind anstelle der Verwal-

tungsbehörde die Angehörigen des Kranken als Antragsberechtigte eingeschaltet. Mit dieser Bestimmung wird eine Lücke geschlossen. Bisher konnten Kranke gegen ihren Willen trotz dringender Notwendigkeit nicht in einer Anstalt zwecks Heilung untergebracht werden, wenn sie nicht gemeingefährlich oder entmündigt waren. Für die Angehörigen war dieser Zustand häufig untragbar.

Das Verfahren der Anstaltsunterbringung, deren Dauer, die möglichen Rechtsmittel und die Überprüfung der Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung sind wie bei der gerichtlichen Zulässigkeitsklärung für die Einweisung geregelt.

3. Unterbringung bei Gefahr im Verzuge

Die bisherigen Unterbringungsmöglichkeiten genügen nicht, wenn plötzlich der Kranke sich selbst oder seine Umgebung unmittelbar gefährdet.

a) Ohne Verfügung der unteren Verwaltungsbehörde können Krankenanstalten Geisteskranke einstweilen aufnehmen, wenn ihre sofortige Aufnahme zur Vermeidung unmittelbarer Gefahren für Leben, Gesundheit oder Sicherheit des Kranken oder seiner Umgebung notwendig ist. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muß vom Gesundheitsamt oder einem Arzt der aufnehmenden Anstalt bestätigt sein; bei Straf- und Untersuchungsgefangenen genügt eine Bestätigung des Gefängnisarztes (§ 9 Abs. 2). Praktische Ärzte können demnach nicht einweisen.

b) Wenn die Voraussetzungen für die Einweisung vorliegen und Gefahr im Verzuge ist, kann die untere Verwaltungsbehörde die einstweilige Unterbringung eines Kranken in einer Krankenanstalt verfügen und durchführen (§ 9 Abs. 1).

Bei beiden Maßnahmen, die einem wichtigen Erfordernis der Praxis Rechnung tragen, ist jedoch unverzüglich eine richterliche Entscheidung über ihre Zulässigkeit herbeizuführen. Der Kranke ist spätestens 3 Wochen nach der Aufnahme aus der Anstalt zu entlassen, wenn nicht vorher eine Entscheidung über die Einweisung ergangen ist oder eine Unterbringung auf Antrag erfolgte (§ 9 Abs. 3). Mit dieser Bestimmung ist der Vorschrift des Art. 104 Abs. 2 Satz 2 GG., wonach unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen ist, Genüge getan. Die Entlassung ist deshalb auf den Ablauf der 3. Woche nach Aufnahme festgelegt, um dem Richter eine sorgfältige Verfahrensdurchführung zu ermöglichen.

4. Anordnung einer ärztlichen Untersuchung durch das Gesundheitsamt

Als Voraussetzung für die Einweisung wie für die Unterbringung auf Antrag muß die amtsärztliche Untersuchung erzwingbar sein. Die untere Verwaltungsbehörde kann deshalb die ärztliche Untersuchung einer Person durch das Gesundheitsamt anordnen, wenn wichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß sie geisteskrank, geistesschwach oder suchtkrank ist und in einer Krankenanstalt untergebracht werden muß (§ 10 Abs. 1).

5. Vorübergehende Einweisung zur Beobachtung

Soweit in diesen Fällen die amtsärztliche Untersuchung nicht ausreicht oder zu keiner sicheren Beurteilung geführt hat, kann die untere Verwaltungsbehörde auf Antrag des Gesundheitsamts zur Beobachtung auf

die Dauer von höchstens 6 Wochen in eine Krankenanstalt einweisen. Dabei sind die Vorschriften des Einweisungsverfahrens zu beachten (§ 10 Abs. 2). Beide Maßnahmen sind für Fälle, in denen die gesetzlichen Voraussetzungen nicht klar in Erscheinung treten, besonders wichtig.

6. Örtliche Zuständigkeit

Die örtliche Zuständigkeit der unteren Verwaltungsbehörde und des Amtsgerichts bestimmt sich nach dem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Kranken. Bei Gefahr im Verzuge sind auch die untere Verwaltungsbehörde und das Amtsgericht zuständig, in deren Bezirk die Notwendigkeit der Einweisung auftritt (§ 11).

7. Kostentragung

Die Kosten einer nach dem Gesetz durchgeführten Anstaltsunterbringung trägt der Kranke, soweit sie nicht einem Träger der Sozialversicherung oder einem Fürsorgeverband zur Last fallen (§ 13). Die umstrittene Frage, ob die Kosten des mit Hilfe der Polizei durchgeführten Transports des Kranken in die Anstalt Polizei- oder Krankheitskosten sind, ist damit entschieden.

8. Überprüfung der bisherigen zwangsweisen Einweisung

Bei Kranken, die vor Inkrafttreten des Gesetzes ohne richterliche Entscheidung gegen ihren Willen und gegen den Willen ihrer gesetzlichen Vertreter in einer Anstalt untergebracht worden sind, ist das Verfahren nach dem Gesetz unverzüglich nachzuholen. Sie sind spätestens 1 Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes oder, falls sie oder ihre gesetzlichen Vertreter eine richterliche Entscheidung beantragen, spätestens 3 Monate nach der Antragstellung aus der Anstalt zu entlassen, wenn nicht vorher eine richterliche Entscheidung ergangen ist. Zuständig für diese Fälle sind auch die untere Verwaltungsbehörde und das Amtsgericht, in deren Bezirk die Anstalt liegt (§ 12). Hier werden die Forderungen des Grundgesetzes noch nachträglich erfüllt.

Schlußbemerkung:

Den durch das Grundgesetz aufgestellten rechtsstaatlichen Erfordernissen dürfte mit diesem Gesetz in vollem Umfange Rechnung getragen sein. Die Praxis wird nun erweisen, ob damit dem Wohl des Kranken, den berechtigten Ansprüchen der Angehörigen und dem Schutzinteresse der Allgemeinheit gut und zweckmäßig gedient ist. Die Ausweitung und Differenzierung des Verfahrens gegenüber bisher ist durch die Erfahrungen der Vergangenheit und die deshalb aufgestellten Forderungen des Grundgesetzes bedingt. Vom ärztlichen Standpunkt aus werden die zahlreichen Sicherungen gegen willkürliche und unbegründete Freiheitsbeschränkung und -Entziehung und der dadurch notwendige umfangreiche Ausbau des Unterbringungsverfahrens wohl als zu weitgehend empfunden werden. Für den Arzt steht die Behandlung der Krankheit im Vordergrund. Dabei will er nicht durch verfahrensmäßige und sonstige Rücksichtnahmen gehemmt werden, weil dadurch nach seiner Auffassung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und dessen Familienangehörigen über Gebühr beeinträchtigt wird.

Notwendig wird sein, daß das Verfahren möglichst rasch und unauffällig durchgeführt wird. Insbesondere bei den Angehörigen der Kranken ist auf Grund der

leider immer noch vorhandenen Einstellung, daß derartige Krankheiten von der Öffentlichkeit als Familienmakel gewertet werden, eine Abneigung gegen jedes öffentliche Verfahren festzustellen. Aufgewogen wird dies jedoch durch den Fortschritt, daß manche Fälle, die bisher wegen Fehlens einer entsprechenden Regelung als Zwangseinweisung krimineller Geisteskranker gemäß §§ 42 StGB., 81 und 126 StPrO. behandelt werden mußten, nunmehr sachlich richtig als reine Krankheitsfälle erledigt werden können.

Das Gesetz ist gründlich durchdacht und berücksichtigt die Forderungen der Praxis. Bei einem guten und raschen Zusammenwirken der Ärzte, der Verwaltung und der Justiz wird es sich zum Wohle der Kranken und der Allgemeinheit auswirken.

Briefwechsel zwischen Schriftleiter und Verfasser zu obiger Veröffentlichung

14. Juni 1952

Sehr geehrter Herr Oberregierungsrat!

Wir danken Ihnen sehr für die Übersendung Ihrer Erläuterungen zu dem neuen Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken. Wir werden Ihre Ausführungen gerne bringen, möchten aber doch darauf vorbereiten, daß sich eine kritische Stellungnahme der Ärzteschaft daran anschließen wird. Wir glauben, daß in einem entscheidenden Punkt die Forderungen der Praxis nicht genügend berücksichtigt sind, und zwar sehen wir diesen Mangel in § 9 Abs. 2, wonach die praktischen Ärzte, d. h. also Allgemeinpraktiker und Neurologen zur Einweisung nicht befugt sind. Diese Ärzte sind es doch, die, wenn Gefahr für den Patienten und seine Umgebung im Verzug ist, zu allererst geholt werden. Wie denkt sich der Gesetzgeber denn den Ablauf der Prozedur? Glaubt er, daß z. B. auf dem Lande ein Amtsarzt in nützlicher Frist zugegen ist, um die Einweisung zu verfügen? Das gleiche gilt für die untere Verwaltungsbehörde (§ 9 Abs. 1).

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns noch eine Auslegung gäben, die den Kollegen in der Praxis die Zustimmung zu dem Gesetz ermöglichen würde.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Dr. Schr.

4. Juli 1952

An die Schriftleitung

... Sie glauben, daß die Forderungen der Praxis nicht genügend berücksichtigt sind, weil die praktischen Ärzte, d. h. die Allgemein-Praktiker und Neurologen nicht zur Einweisung befugt sind. Dazu ist folgendes zu sagen:

Das Gesetz kommt nur dann zur Anwendung, wenn Geisteskranken gegen ihren Willen eingewiesen werden. Die Aufnahme und Einweisung Jugendlicher durch die Erziehungsberechtigten, die Einweisung Entmündigter durch den Vormund und die weitaus meisten Fälle der freiwilligen Aufnahme werden vom Gesetz nicht betroffen. Allgemein ist zuzugeben, daß die Entscheidung über die unter das Gesetz fallenden Fälle sehr schwierig ist. Doch ist in der Landtags-

beratung besonders hervorgehoben worden, daß durch das Gesetz allen Personen, die mit dieser oft undankbaren und schwierigen Aufgabe zu tun haben, ein besonderer Schutz eingeräumt werde. Ein Abgeordneter, der selber Arzt ist, hat zu diesen Gedankengängen abschließend geäußert, daß die Mehrzahl der Ärzte, Amtsärzte, Anstaltsärzte und der Behörden das Gesetz begrüßen werden, weil hier wieder eine gesetzliche, einwandfreie Grundlage geschaffen ist.

Bei der Beratung des § 9 wurde von einem Ausschußmitglied darauf hingewiesen, daß es notwendig werden könne, den Kranken sofort, vielleicht noch während der Nacht, in eine Anstalt einzuweisen. Es könne dann eine Bestätigung des Gesundheitsamts oder eines Arztes der aufnehmenden Anstalt nicht abgewartet werden. Jeder praktische Arzt solle deshalb bei Gefahr den Kranken sofort einweisen können. Dazu wurde von seiten der Regierung bemerkt, daß nach den bisherigen Erfahrungen große Vorsicht am Platze sei. Auch bisher habe der praktische Arzt einen Kranken gegen seinen Willen oder gegen den Willen des gesetzlichen Vertreters nicht in eine Anstalt einweisen können. Die Anregung wurde deshalb abgelehnt und § 9 ohne Abänderung bei einer Enthaltung angenommen. Dabei ist zu beachten, daß sich unter den Landtagsabgeordneten mehrere praktische Ärzte befinden. Von mir persönlich möchte ich dazu noch ausführen, daß bei diesem Problem auch die möglichen Folgen zu beachten sind, und zwar handelt es sich um die Frage der Verantwortung und um die Haftung für eine mögliche Fehleinweisung. Nach dem jetzigen Verfahren tragen diese Verantwortung beamtete Ärzte und die Behörden. Es ist vielleicht gut, wenn unsere Ärzte mit diesen unerquicklichen möglichen Folgen nicht belastet werden. Bei einer gutwilligen Zusammenarbeit aller Beteiligten dürften keine besonderen Schwierigkeiten auftreten. Ich kann mir denken, daß der Arzt mit dem Patienten zum Amtsarzt oder zur Anstalt fährt. Auch kann versucht werden, auf telephonischem Wege die erforderliche Bestätigung einzuholen. Notfalls kann auch der Amtsarzt, dem ja ein Kraftfahrzeug zur Verfügung steht, telephonisch herbeigerufen werden. Auch das Einschreiten der Polizeiorgane ist reibungsloser, wenn die Anordnung von amtlicher Seite ausgeht. Von meinem Standpunkt als Verwaltungsjurist möchte ich mich dafür aussprechen, daß die jetzige Regelung vorzuziehen ist. Das Gesetz selbst ist aus der Zusammenarbeit der Verwaltungsjuristen, der Ärzte, der Leiter der Heilanstalten und der Rechtsanwälte entstanden. Das tiefere Problem der ganzen Frage liegt in der Bestimmung des Art. 104 des Grundgesetzes. Von ärztlicher Seite wird gegen diesen Artikel eingewendet, daß er für die Frage der zwangsweisen Einweisung von Geisteskranken nicht anzuwenden sei. Es handle sich hier in erster Linie um Fragen der ärztlichen Behandlung im Verhältnis Arzt/Patient und hier sei es sogar notwendig, daß die ärztliche Behandlung der Kranken gegen deren Willen und gegen den Willen der gesetzlichen Vertreter zugelassen werde. Die Entscheidung dieses Problems kann jedoch nur von den Bundesorganen und nicht von dem gesetzgebenden Organ eines einzelnen Bundeslandes, das an die Bestimmungen des Grundgesetzes gebunden ist, getroffen werden.

Ich hoffe, mit meinen Ausführungen in etwa zur Klärung dieser schwierigen Frage beigetragen zu haben. Es wäre wünschenswert, wenn bei der kritischen Stellungnahme der Ärzteschaft gerade diese verfassungsrechtlichen Fragen mitberücksichtigt würden.

Mit vorzüglicher Hochachtung!
Dr. Zimmermann

Aus der Arbeit der Prüfungsinstanzen der KV Tübingen

Von Dr. med. P. Frohn, Tuttlingen

Im Maiheft des „Südwestdeutschen Ärzteblattes“ hat Herr Dr. Gerber, Stuttgart, über die Arbeit des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses Stuttgart berichtet. Im Juniheft des „Deutschen Arztes“ erscheint ein Artikel von Dr. Kirchner, Hamburg, über Mängel im Prüfungswesen der KV. Beide Artikel veranlassen den Verfasser dazu, über die Durchführung des Prüfungswesens der KV Württemberg-Hohenzollern in Tübingen, die 800 Kassenärzte umfaßt, zu berichten.

Zunächst sei bemerkt, daß die KV Tübingen seit ihrem Bestehen den Standpunkt vertreten und durchgeführt hat, daß hauptamtliche ärztliche Geschäftsführer und hauptamtliche Prüfärzte nicht angestellt werden, sondern daß die gesamte anfallende Arbeit, in Referate gegliedert, auf die gewählten Vorstandsmitglieder der KV aufgeteilt wird. Diese Arbeit ist ehrenamtlich durchzuführen. Der Verfasser dieser Zeilen leitet das Referat Prüfungswesen und kann über die Grundsätze und

Richtlinien des Prüfungswesens unserer KV aus umfangreicher Erfahrung berichten. Dies erscheint erforderlich und nutzbringend, weil doch versucht werden sollte, die Prüfungsverfahren etwas einheitlicher zu gestalten. Die Ansichten des Kollegen Kirchner im „Deutschen Arzt“ enthalten zudem auch Irrtümer und könnten zu Verallgemeinerungen Anlaß sein, die geeignet wären, grundlose Unruhe in Kreisen der Kassenärzte hervorzurufen.

Die größten Belastungen für Prüfende und Geprüfte entstehen im Ersatzkassensektor. Grundlage für das Prüfungsverfahren ist der Ersatzkassenvertrag, und wir glauben, mit unserem Verfahren dem Wortlaut und dem Geiste nach diesem Vertrag in vollem Umfang zu entsprechen, ohne dabei berechnete Interessen der Kranken oder der Ärzteschaft zu gefährden. Wenn Herr Kollege Gerber darauf hinweist, daß der Durchschnittssatz der einzelnen Fachgruppen die einzige Möglichkeit und gerechte Richtlinie für das Prüfungswesen sei, so ist ihm im Prinzip hier zuzustimmen.

Auch wir errechnen für jede Fachgruppe für jedes Vierteljahr Durchschnittssätze, berechnen aber für jede Fachgruppe sowohl den Brutto-Durchschnittssatz als auch den Netto-Durchschnittssatz. Der letztere ist der Durchschnitt, der sich aus den Beratungen, Besuchen und den Grundleistungen ergibt. Die übrigen Leistungen, als da sind: Operationsleistungen, Krankenhausleistungen, Röntgenleistungen, Weggeld und elektrophysikalische Behandlungen bleiben bei der Netto-Durchschnittsberechnung unberücksichtigt. Vor allem der Netto-Durchschnitt erscheint uns außerordentlich wesentlich. Diese errechneten Durchschnittssätze gelten nun nicht als Richtlinien für die Prüfung überhaupt, d. h., sie werden nicht zum Maß für die einzelne Abrechnung und damit zur Grundlage für das bei den Kollegen so unbeliebte Abstrichverfahren genommen, sondern die errechneten Netto-Durchschnittssätze sind nur der Indikator für den einzelnen abrechnenden Arzt, ob im vorliegenden Falle eine besonders eingehende Prüfung überhaupt stattfinden soll.

Bevor wir überhaupt Abstriche vornehmen, lassen wir uns grundsätzlich von dem Prinzip leiten, daß die ärztliche Arbeit eine Kunst ist. Eine Kunst kann man nicht schematisieren, nicht nivellieren und auch nicht standardisieren. Eine Kunst kann man ebensowenig messen und wägen. Auch die ärztliche Kunst ist in ihrer Leistung ein Ausdruck einer Persönlichkeit und daher in ihrem Ausdruck persönlichkeitsgebunden. So wenig, wie man einem Künstler vorschreiben kann, daß er die gleiche künstlerische Leistung, die ein anderer z. B. in der Frescotechnik erreicht, nunmehr mit der Öl- oder Aquarelltechnik erreichen soll, so wenig kann man dem einen Arzt die Arbeitsweise eines anderen zur Richtlinie und Vorschrift machen. Der eine ist Allopath, der andere Homöopath, der eine hat die Intuitionsgabe bei der Diagnosenstellung, der andere ist physiologisch-chemisch ausgebildet, ein Arzt schwört auf die physikalische Therapie, ein anderer auf Diätmaßnahmen, ein Kollege ist vorwiegend internistisch ausgebildet usw. So ist jede Arztpersönlichkeit von der anderen verschieden und ebenso ist es die Klientel. So, wie die Verschiedenheit der Arztpersönlichkeit, ist aber auch die Art verschieden, wie der Arzt zur Diagnose kommt und wie er seine Therapie durchführt. Diese Verschiedenheit soll aber unter allen Umständen erhalten bleiben, denn sie ist nicht nur natürlich gewachsen, sondern entspricht

auch den Wünschen und Erwartungen der Patienten. Gewiß hat Kollege Gerber recht, daß der Querschnitt aller dieser Behandlungsmethoden einen gewissen brauchbaren Durchschnitt ergibt. Wie bereits betont, stellen auch wir diesen Durchschnitt fest, aber wir ziehen aus diesem andere Konsequenzen.

Wenn ich nunmehr kurz das Prüfungsverfahren bei den Ersatzkassen im Bereich der KV Tübingen schildere, so denke ich hierbei insbesondere an die sehr interessante und fruchtbringende Aussprache zwischen den Referenten für das Prüfungswesen der einzelnen KV-Abrechnungsstellen des Bundesgebietes anläßlich des Deutschen Ärztetages in München. Unsere Prüfungsinstanzen arbeiten nach den dort gegebenen Richtlinien wie folgt:

1. Eine Prüfung an Hand von Durchschnittsberechnungen kann nur bei einem Kollegen stattfinden, der eine Fallzahl hat, bei der ein Durchschnitt überhaupt anwendbar ist. Bisher vertrat man den Standpunkt, daß dies erst ab 100 Fällen möglich sein könnte. Da in unserem KV-Bezirk die Zahl der versicherten Ersatzkassenmitglieder nicht sehr groß ist, haben wir diese Zahl reduziert. D. h. also praktisch, daß ein Kollege, der wenig Fälle hat, in der Regel an Hand einer Durchschnittsberechnung nicht geprüft wird, sondern erforderlichenfalls in Einzelprüfung genommen wird.
2. Für die Prüfung gelten die Netto-Durchschnittszahlen. Dies ist insbesondere notwendig, um den oben angeführten Besonderheiten der ärztlichen Leistungen bei Diagnosestellung und Therapie in weitgehendstem Maße gerecht werden zu können. Die weitgehend internistisch ausgebildeten praktizierenden Ärzte werden wesentlich mehr Röntgen- und Laborleistungen aufzuweisen haben als chirurgisch-gynäkologisch ausgebildete Kollegen. Die Praxis-Klientel wird auch bei den beiden Arten der Kollegen eine ganz andere sein.
3. Vor Errechnung der Durchschnitte werden schwere Fälle herausgenommen. Ein schwerer Fall in diesem Sinne ist nicht ein schwerer Krankheitsfall, der ja unter Umständen in ganz kurzer Zeit sein gutes oder schlechtes Ende gefunden haben kann, sondern ein langwieriger Fall, der besonders viel Arbeit und Mühe macht. Natürlich muß die Zahl der schweren Fälle, die bei den Durchschnittsberechnungen außer Betracht bleiben, begrenzt sein.
4. Wie im Ersatzkassenvertrag bereits vorgesehen, kommen Abstriche bei den durchzuführenden Prüfungen nur dann in Frage, wenn eine wesentliche Überschreitung des Gruppenschnitts vorliegt. Das Schwergewicht in diesem Satz liegt zweifellos auf dem Wort **wesentlich**. Würde man das Schwergewicht nicht auf dieses Wort wesentlich legen, so wäre dies zweifellos ein Unrecht und auch unlogisch. Denn ein Durchschnitt beinhaltet von selbst ein Minimum und ein Maximum innerhalb einer gewissen Breite. Wenn z. B. ein Durchschnitt von DM 10.— errechnet wird, so bedeutet das in der Regel, daß das erlaubte Minimum bei DM 7.— und das erlaubte Maximum bei DM 13.— liegen muß. Mithin wäre bei einem Gesamtdurchschnitt von DM 10.— ein Einzeldurchschnitt von DM 13.— noch keine wesentliche Über-

schreitung. Wir haben daher als wesentliche Überschreitung mehr als 30% angenommen. Das bedeutet praktisch, daß diejenigen Kollegen, deren Netto-Durchschnitt weniger als 30% des Gesamtdurchschnitts überschreitet, im allgemeinen nicht mit Abstrichen zu rechnen haben.

Darüber hinaus kann aber die vorgelegte ärztliche Abrechnung kein abgeschlossenes Bild darüber geben, wie ein Kollege nun in Wirklichkeit arbeitet. Es wurde mit Recht von vielen Kollegen, die früher an Hand anderer Prüfungsmethoden mit Abstrichen ständig geplagt wurden, darauf hingewiesen, daß der eine einen niedrigen Arzneikostendurchschnitt habe, weil er ein Anhänger der Physikaltherapie sei, der andere wies darauf hin, daß seine Rechnung dadurch überhöht sei, daß er seine Röntgenleistungen selbst durchführe, der Dritte machte das gleiche für seine Laborleistungen geltend, der Vierte wies darauf hin, daß er alle seine schweren Fälle selber behandle und nicht ins Krankenhaus einweise. Alle diese Einwände sind berechtigt, wenn sie zutreffen und müssen daher im Prüfungswesen mitberücksichtigt werden.

Wie geht nun das Prüfungswesen an Hand dieser Richtlinien vor sich? Prüfärzte sind zwei Kollegen und zwei Kolleginnen aus Tübingen, die Praxis haben und nebenamtlich diese Tätigkeit ausüben. Die Prüfärzte bekommen die Abrechnungen und prüfen zunächst dieselben nur auf ihre rechnerische Richtigkeit, auf die Diagnosen und sonstige rein technischen Dinge. Abstriche irgendwelcher Art werden von diesen Prüfärzten nicht vorgenommen. Ist diese Prüfung beendet und sind die sich ergebenden Rechnungsbeträge festgestellt, so werden die Durchschnitte der einzelnen Fachgruppen ermittelt. Nunmehr wird auf einer besonderen Karteikarte, die für jeden Kollegen laufend geführt wird, für jedes Quartal der Brutto-, Netto- und Fachgruppendurchschnitt eingetragen. An Hand dieser Karteikarten ergibt sich dann für die Arbeit der nachfolgenden Prüfungsinstanzen ein Überblick über die gesamte Arbeitsweise der einzelnen Ärzte.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß gerade dieser Vorgang von besonders schwerwiegender Bedeutung ist. Es kommt sehr häufig vor, daß ein Kollege, der über Jahre hinweg immer durchaus auf der Linie seines Fachgruppendurchschnittes liegt, in einem Quartal jedoch einmal wesentlich diesen Fachgruppendurchschnitt überschreitet. Es ist in diesen Fällen meist sehr leicht möglich, festzustellen, welche besondere Ursache diese Überschreitung erklärt. Es ist dann für uns selbstverständlich, daß dies berücksichtigt wird und in der Regel hier ein Abstrich lediglich an Hand des Fachgruppendurchschnitts nicht erfolgt.

Diejenigen Abrechnungen, die nunmehr an Hand des Fachgruppendurchschnitts auf ihren Durchschnitt geprüft werden und nach den oben angeführten Richtlinien eine wesentliche Überschreitung zeigen, werden der Prüfungskommission vorgelegt. Gleichzeitig wird der Prüfungskommission auch der Rezeptkostendurchschnitt mit bekanntgegeben und es wird in diesen Fällen ein Gesamtdurchschnitt, der sich aus dem Falldurchschnitt und dem Rezeptkostendurchschnitt ergibt, überprüft. Ergibt die Addition von Arztkosten- und Rezeptkostendurchschnitt im einzelnen Fall keine Überschreitung des gleichen Arztkosten- und Rezeptkostendurchschnitts der Fachgruppe, so erfolgt in der Regel auch hier kein Abstrich an den Arztkosten. Es ist also sehr wohl möglich,

daß ein hoher Arztkostendurchschnitt, der vielleicht Anlaß zu einem Abstrich gewesen wäre, durch eine sparsame Verordnungsweise kompensiert wird und umgekehrt. Bei diesem Verfahren ist die Zahl derjenigen Abrechnungen von Kollegen die von der Prüfungskommission überprüft werden müssen, relativ gering. Das ist sehr wesentlich.

Die Prüfungskommission setzt sich zusammen aus drei Kassenärzten, von denen in der Regel einer Facharzt ist. Bei dem geschilderten Verfahren ist es möglich, daß bei der nunmehr einsetzenden Prüfung auch tatsächlich die Arbeitsweise des einzelnen Arztes erkannt wird.

In früheren Zeiten, in denen diese Richtlinien nicht galten, sondern nur der Bruttodurchschnitt als Maßstab für Prüfung und Abstrich zur Grundlage genommen wurde, war die Zahl derjenigen Abrechnungen, die der Prüfungskommission zur Bearbeitung vorgelegt wurden, so groß, daß eine eingehende Prüfung des einzelnen Arztes auf seine Arbeitsweise einfach aus Zeitmangel völlig undurchführbar war. Die Kommission mußte sich daher dann lediglich an den Durchschnitt halten und an Hand dieses Durchschnitts die Abstriche vornehmen. Solche Abstriche führten dann zu zahlreichen berechtigten Verärgerungen und führten ebenso zwangsläufig zu ebenso zahlreichen Beschwerden. Von Kollegen, die trotz des Ärgers ihren Humor bewahrten, wurde diese Kommission als „Streichquartett“ bezeichnet. Nach der Prüfung durch den Prüfungsausschuß erhalten dann die Kassen die Abrechnung. Sofern die Kassen mit dem Ergebnis dieser Prüfung nicht einverstanden sind, machen sie ihre Bedenken geltend, die dann auch in einer Zwischenbesprechung im Prüfungsausschuß erneut überprüft werden.

Dieser Prüfungsausschuß setzt sich wiederum aus drei anderen Kollegen zusammen. Der Prüfungsausschuß kann Abstriche der Prüfungskommission aufheben, mildern oder auch erhöhen. Von diesem Ergebnis wird der Kollege dann benachrichtigt und hat das Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuß. Hat nun die Arbeit dieser Prüfinstanzen ergeben, daß ein Abstrich unvermeidlich ist, so soll dieser Abstrich nicht in einem generellen prozentualen Abzug am Gesamthonorar erfolgen. Dies wäre eine unbillige Härte, die den beabsichtigten Erfolg nicht haben kann. Der Abstrich soll vielmehr nur bei der Sparte von Leistungen erfolgen, die zur Beanstandung führte. Liegt z. B. bei sonst normaler Berechnungsweise eine wesentliche und unbegründete Überschreitung bei Sachleistungen vor, so soll der Abstrich nur an diesen erfolgen. Der Beschwerdeausschuß besteht aus dem Referenten der KV für das Prüfungswesen als Vorsitzendem und aus 2 praktizierenden Kassenärzten. Diese 3 Ärzte sind allein stimmberechtigt bei der Sitzung des Beschwerdeausschusses, zu der jeder einzelne betroffene Kollege geladen wird. Es ist ferner anwesend der für die Prüfung zuständige Prüfärzt (s. o.) sowie die Vertreter der Ersatzkasse. Da der Beschwerdeausschuß endgültig entscheidet, ist er verpflichtet, seine Arbeit besonders gewissenhaft und genau durchzuführen. Das kann er nur, wenn die Zahl der Beschwerden für die einzelnen Sitzungen gering ist. Sie beträgt bei uns in der Regel nicht mehr als 15 Fälle pro Tag. In der Beschwerdeausschuß-Sitzung wird nun jede einzelne Abrechnung genau überarbeitet und gleichzeitig auch die Arzneiverordnung berücksichtigt. Die von den beschwerdeführenden Kollegen vorgebrachten Argumente wer-

den ebenfalls gewissenhaft geprüft, desgleichen die von den Vertretern der Kassen gemachten Einwendungen. Dies ist oft im einzelnen Fall ein sehr schwieriger und zeitraubender Vorgang und wir glauben, daß die dann gefällten Entscheidungen der Gerechtigkeit, soweit dies nur irgend möglich ist, nahe kommen.

Seitdem dieses Prüfungsverfahren durchgeführt wird, ist die Zahl der Abstriche und auch der Beschwerden ganz wesentlich zurückgegangen. Dies ist uns ein Beweis dafür, daß unser Bemühen den berechtigten Vertragsansprüchen bezüglich der ärztlichen Arbeitsweise weitgehend entspricht.

Wenn nun Herr Kollege Kirchner, Hamburg, in seinem genannten Artikel in Nr. 6 „Der deutsche Arzt“ davon spricht, daß der Stellung des Prüfarztes als einer richterlichen Funktion die notwendige Unabhängigkeit fehle, so beruht dies nach den oben ausgeführten Gesichtspunkten auf einer absoluten Verkennung der Aufgaben und Vollmachten der Prüfarzte hiezulande. Denn die Abstriche und die Entscheidungen über Beschwerden werden gar nicht von Prüfarzten vorgenommen, sondern von den in den Kommissionen tätigen praktizierenden Ärzten. Wenn Herr Kollege Kirchner bemängelt, daß die Prüfarzte von den Abrechnungsstellen der KV aufgestellt werden, so muß man ihn fragen, wer dies denn sonst tun soll. Nur die KV ist ja die Vertragspartnerin der Versicherungsträger und nur diese kann daher auch die Prüfarzte bestimmen und die im Prüfungswesen tätigen Kollegen wählen. Dies geschieht bei der KV Tübingen immer durch die Delegiertenversammlung, also einem Gremium, das durch demokratische Wahl zustande gekommen ist. Die Ausführungen des Kollegen Kirchner über die besondere Ausnahmestellung der Prüfarzte sind völlig unverständlich. Bei der KV Tübingen werden sämtliche Ärzte in gleicher Weise dem oben geschilderten Verfahren unterworfen, ganz gleich, ob der zu prüfende Kollege nun Mitglied irgendeiner Prüfungskommission ist oder ob es sich gar um den Vorsitzenden der KV handelt.

Der beste Beweis dafür, daß im Bereich der KV Tübingen jeder abrechnende Arzt mit dem gleichen Prüfmaßstab gemessen und geprüft wird, ist die Tatsache, daß selbstverständlich der Verfasser dieser Zeilen, der Referent für das gesamte Prüfungswesen und gleichzeitig Vorsitzender des Beschwerdeausschusses ist, von den Prüfinstanzen in seiner ärztlichen Arbeitsweise überprüft wird. Die von Kollege Kirchner in diesem Zusammenhang gemachten Ausführungen mögen vielleicht und erstaunlicherweise für den Bereich seiner KV zutreffen. Für die KV Tübingen haben sie noch niemals zugetroffen und werden sie auch nie wirksam werden. Es ist mir auch keine Bestimmung des Ersatzkassenvertrages bekannt, nach der eine solche Regelung rechtens, möglich oder vorgesehen wäre.

Was nun den Begriff des Abstriches selbst betrifft, so ist es keinesfalls richtig, daß dieser eine Vertragsverletzung voraussetze und daß damit der Abstrich eine Strafe darstelle. Bei allem Verständnis für die Eigenart des einzelnen Arztes ist es aber nicht möglich, daß nun jede einzelne Abrechnung ungeprüft in vollem Umfange anerkannt und honoriert werden kann. Wenn man auch für den Bereich unserer KV sagen kann, daß 90 % aller abrechnenden Kassenärzte keinen Anlaß zu besonderer Beanstandung bieten, so ergibt sich doch immer wieder,

daß eingehende Prüfungen erforderlich sind, und daß die Eigenart des einen oder anderen Kollegen eines Hinweises, einer Korrektur oder auch eines Abstriches bedarf. Ohne diese Maßnahmen wird kein Abrechnungssystem möglich sein. Die Aussprache der Referenten für das Prüfungswesen der einzelnen KV-Abrechnungsstellen auf dem Arztag in München ergab für mein Gefühl, daß hier grundsätzlich bei den meisten Abrechnungsstellen die richtige Auffassung über die Auslegung des Vertrages besteht. Bei den Besprechungen über dieses Thema in Bad Homburg hat es sich gezeigt, daß die Erfahrungen der einzelnen Abrechnungsstellen weitgehend übereinstimmen. Es ist deshalb beschlossen worden, daß der Geschäftsführende Vorstand der Bundes-KV das nun vorliegende reichhaltige Erfahrungsmaterial zusammenfaßt und als Richtlinien den einzelnen Abrechnungsstellen zur Orientierung vorlegt. So wird es nun doch in Bälde gelingen, Methodik und Erfolg der Prüfinstanzen einheitlich zu gestalten.

Bei den RVO-Kassen gestaltete sich das Prüfwesen nach den gleichen Gesichtspunkten, nur ist die Durchführung in der Praxis eine wesentlich einfachere, da im Bereich unserer KV bisher sämtliche RVO-Scheine nach dem Fallwert abgerechnet wurden und lediglich Weggelder, Nachtbesuche, große Sonderleistungen und Sachleistungen außerhalb des Fallwertes bezahlt wurden. Für diese Leistungen lagen aber gewisse elastische Durchschnittswerte fest, die, wie z. B. beim Weggeld, in weitgehendstem Maße auch den örtlichen Verhältnissen angepaßt sind. Besonders beim Weggeld wurde von vornherein darauf verzichtet, einen Landesdurchschnitt festzulegen. Es wird vielmehr für jeden einzelnen Kreis und für jedes Quartal ein Durchschnitt errechnet, weil man damit den örtlichen Verhältnissen am besten gerecht werden kann. Auch dieser Durchschnitt ist noch in keiner Weise Anlaß zu Abstrichen. Vielmehr wird überhaupt erst dann beim Weggeld in eine Prüfung eingetreten, wenn das Doppelte des Kreisdurchschnitts überschritten wurde! Auch dann erfolgt noch kein Abstrich sondern zunächst einmal eine Rückfrage, ob nicht Sonderverhältnisse vorliegen, evtl. ein Hinweis und eine Belehrung. Bis jetzt war es möglich, auf diese Weise eine ausreichende Regulierung eintreten zu lassen. Abstriche gehören hier zu den größten Seltenheiten. Im übrigen sind Nebenleistungen wie Sachleistungen, Röntgenleistungen allein schon durch den Honorarverteilungsmaßstab, der von der Delegiertenversammlung beschlossen wird, so umgrenzt, daß einerseits genügend Spielraum für ausreichende Behandlungsmöglichkeit gelassen wird, andererseits Abstriche nur ausnahmsweise notwendig zu werden brauchen. Soweit berechnete Wünsche der Kollegen eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs notwendig und möglich machen, wird diesen Wünschen weitgehendst Rechnung getragen.

Bei den Betriebskrankenkassen wird nunmehr nach Einzelleistungen abgerechnet und bezahlt. Damit ändert sich auch hier das Prüfungswesen für die Zukunft. Die hierfür notwendigen Prüfinstanzen sind bereits gewählt. Die Richtlinien, nach denen sie arbeiten werden, entsprechen denjenigen für die Ersatzkassen.

Besonders schwierig ist das Prüfungswesen bei den Bundesbehandlungsscheinen. Die KV ist durch den Bundesversorgungstarif verpflichtet, die eingereichte Abrechnung zu prüfen. Diese Prüfung geschieht bis jetzt vorwiegend rein rechnerisch. Abstriche sind bis jetzt hier

überhaupt noch nicht erfolgt, und zwar deswegen nicht, weil es sich hier um ganz besonders gelagerte Fälle handelt, die zum Teil eine sehr große Mühe und einen großen Arbeitsaufwand von dem behandelnden Arzt fordern, andererseits aber, weil die Zahl der eingereichten Fälle so gering ist, daß eine Durchschnittsberechnung für den einzelnen Arzt nicht möglich ist. Trotzdem wird auch hier die Entwicklung im Auge behalten, weil der KV sehr viel daran liegt, daß der an sich für die Ärzteschaft günstige Bundesversorgungstarif nicht in unzulässiger Weise gefährdet wird.

Die Prüfung des Rezepturwesens ist vielen Kollegen noch unbekannt. Es ist noch ein weit verbreiteter Irrtum, daß die Rezeptur nach dem Regelbetrag geprüft werde. Dieser Regelbetrag war ein reiner Durchschnittsbetrag und gilt für den Bereich unserer KV schon lange nicht mehr. Maßgebend für die Rezeptprüfung ist vielmehr die wirtschaftliche Verordnungsweise. Diese ist von dem Regelbetrag ganz wesentlich verschieden. Maßgebend für die wirtschaftliche Verordnungsweise sind Richtlinien, die jedem Arzt bekannt sein sollten, d. h., es ist zur Zeit nicht erlaubt, sogenannte Doppelverordnungen gleichwirkender Arzneimittel, Stärkungsmittel, alkoholische Einreibungen usw. zu verordnen. Verstöße gegen diese Vorschriften gelten auch dann als unwirtschaftliche Verordnungsweise, wenn der

Rezeptkostendurchschnitt niedrig ist. Andererseits kann eine teure Verordnungsweise auch dann nicht zu Beanstandungen und Regreß führen, wenn gegen die Verordnungsweise selbst in wissenschaftlicher Hinsicht keine Einwendungen zu machen sind. Die Gewähr dafür, daß diese Grundsätze, die der Eigenart jedes einzelnen Kollegen einen weitgehenden Spielraum ermöglichen, auch durchgeführt werden, gibt uns die Zusammensetzung der Rezeptprüfungskommission. Diese wird geleitet von einem in der Praxis stehenden vielbeschäftigten Kassenarzt, der gleichzeitig approbierter Apotheker ist und viele Jahre bereits als Apotheker gearbeitet hat.

Alles in allem kann die KV Tübingen für sich in Anspruch nehmen, daß sie bemüht ist, das Wertvollste der Arztpersönlichkeit, das ist die Individualität, in weitgehendstem Maße nicht nur zu berücksichtigen, sondern auch zu pflegen. Alle Prüfinstanzen sind sich darüber im klaren, daß Prüfmaßnahmen wohl notwendig sind, daß sie aber auch eine Gefahr darstellen, wenn sie nicht richtig gehandhabt werden. Der Arzt soll die Möglichkeit haben, gemäß seiner Eigenart seine Klientel so freizügig wie möglich behandeln zu können. Er darf andererseits aber auch nicht vergessen, daß die Mittel beschränkt sind und daß eine gewisse Selbstbeschränkung daher nicht nur notwendig ist, sondern eigentlich auch die Meisterschaft bedeutet.

Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosen

Ein Hinweis des Arbeitsamtes für die Kassenärzte

Es wurde die Beobachtung gemacht, daß praktizierende Kassenärzte häufig unterlassen, arbeitslose Patienten arbeitsunfähig krank zu schreiben mit dem Hinweis: „Sie sind ja sowieso arbeitslos und erhalten Arbeitslosenunterstützung. Wenn ich Sie arbeitsunfähig krank schreibe, so bekommen Sie Krankengeld, das nicht höher ist als die Arbeitslosenunterstützung.“

Dies ist nach § 88 AVAVG ungesetzlich. Ein arbeitsloser Patient, der im Sinne des § 182 Absatz 2 der RVO als arbeitsunfähig zu betrachten ist und dem allgemeinen Arbeitsmarkt infolge Krankheit nicht zur Verfügung steht, darf nach § 88 AVAVG keine Arbeitslosen- oder Arbeitslosenfürsorge-Unterstützung beziehen.

Jeder Arbeitslose ist bei der zuständigen Krankenkasse versichert und ist im Krankheitsfall zu behandeln, als ob er arbeiten würde. Da sich die Fälle in letzter Zeit gemehrt haben, daß Kassenärzte Arbeitslose nicht arbeitsunfähig krank gemeldet haben, obwohl sie es waren, so hat sich die Notwendigkeit ergeben, auf die Ungesetzlichkeit dieses Verhaltens hinzuweisen.

Wenn vom Arbeitsamt nachträglich festgestellt wird, daß Arbeitsunfähigkeit nach § 182 Absatz 2 der RVO vorgelegen hat und der Patient vom behandelnden Arzt nicht krankgeschrieben worden ist, so erwachsen daraus für den Patienten schwere Nachteile. Die vom Arbeitsamt für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit zu Unrecht gezahlte Unterstützung muß zurückgefordert werden. Andererseits zahlt die Krankenkasse nur dann Krankengeld, wenn die Krankmeldung rechtzeitig, d. h. innerhalb von 8 Tagen, bei ihr eingeht. Der arbeitsunfähige Arbeitslose muß also die empfangene Unterstützung zurückzahlen, ohne für die gleiche Zeit Krankengeld zu erhalten.

Darüber hinaus ist zu bedenken, daß durch die Weiterzahlung der Unterstützung durch das Arbeitsamt die Unterstützungsdauer aufgebraucht wird, während bei Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkasse die Unterstützungsdauer beim Arbeitsamt nicht verringert wird. Auch dadurch wird der Arbeitslose geschädigt.

Es muß angenommen werden, daß in Kreisen der Kassenärzte diese gesetzlichen Bestimmungen nicht allgemein bekannt sind und ebenso nicht die Nachteile, die dem Arbeitslosen entstehen können. Sollten Kassenärzte darüber hinaus die gesetzlichen Bestimmungen bewußt außer acht lassen, so müßte die Arbeitsverwaltung unter Umständen gegen die Betreffenden mit Ersatzansprüchen vorgehen.

Arbeitsamt Stuttgart

Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände und ärztliche Schweigepflicht

Eine an Presse und Rundfunk weitergegebene Stellungnahme der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart vom 18. September 1952

„Die Ärztliche Pressestelle Stuttgart gibt zu der Äußerung des Vorstandes der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, daß es gegenüber den Krankenkassen keine absolute Schweigepflicht geben dürfe, folgende Erklärung ab:

Der 55. Deutsche Ärztetag hat brauchbare Vorschläge ausgearbeitet, die geeignet sind, die berechtigten Interessen der sozialen Krankenversicherung zu wahren, ohne daß es notwendig ist, das Geheimnis des Kranken in der bisher geübten Weise preiszugeben. Zur Erfüllung ihrer statistischen Verpflichtungen kann

den Krankenkassen ebenfalls jedes notwendige Material unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zur Verfügung gestellt werden. Der Vorstand der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände hat sich offenbar mit diesen Vorschlägen des Deutschen Ärztetages vor

Abgabe seiner Stellungnahme nicht eingehend genug befaßt. Die Vertreter der sozialen Krankenversicherung sollten nicht vergessen, daß es sich bei den Versicherten um kranke Menschen, und nicht um Statisten auf der Bühne der Bürokratie handelt."

Eingesandt

Zur Altersversorgung

In Heft 7 des Südwestdeutschen Ärzteblattes hat der Präsident der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Dr. Borck, über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten in Württemberg-Hohenzollern berichtet. Er hat es verstanden, das große Werk in ausgezeichnete Weise zu schildern, er mußte ausführlich sein und hat die kommenden Fragen vorweg beantwortet.

Für die Mehrzahl der Kollegen, die wohl im allgemeinen sich mit Wünschen und Hoffnungen abgeben und abgegeben haben, aber doch nicht die Zeit und die Mühe sich nahmen, in die Vielheit der Probleme einzudringen, sollen diese Zeilen ein kleines bescheidenes „Commentar“ zu dem am 2. August 1951 vom Landtag in Tübingen verabschiedeten Gesetz sein. Ab 1. April 1952 hat die Versorgungsanstalt ihre Tätigkeit aufgenommen.

Einleitend muß man nach Studium des Gesetzes und der Satzungen dieser Gedankenleistung seine Bewunderung ausdrücken, und mit Anerkennung nicht zurückhalten. Viele aufopfernde Kollegen haben wohl mitgearbeitet und die Vorarbeiten geleistet.

Bei den vier beteiligten Berufsgruppen bestehen zahlenmäßig und finanziell Unterschiede, deswegen wird jeder Geldtopf getrennt verwaltet. Die Kollegen draußen fragen, was muß ich bezahlen, was kriege ich, geht es auch nicht wieder verloren. Sehr viel anderes interessiert sie nicht. Dies ist verständlich und naheliegend. Deswegen sollen meine Zeilen diese Fragen kurz und bündig beantworten.

Ich schicke voraus,

1. es besteht gesetzlicher Beitrittszwang,
2. die Leistungszahlen („Prämien“) sind eine gesetzliche Pflicht, d. h. es besteht Rechtsanspruch.

Der Arzt zahlt von seinem Bruttokasseneinkommen 7% im Jahre als Leistungszahl („Prämie“); als jährliche Durchschnittsabgabe gilt nach § 23 Abs. 3 im Jahre 1952 die Summe von 1050.— DM. Dafür erhält der Arzt im Versicherungsfall:

2000.— DM Sterbegeld	} monatlich
50.— DM Waisenrente pro Kind	
300.— DM Ruhegeld	
200.— DM Witwenrente	

Wichtig scheint mir vor allem, daß bei Kollegen mit großen Kasseneinnahmen, bei denen der siebenprozentige Abzug im Jahre 1050.— DM übersteigt, die Leistungszahlen („Prämien“) nach oben auch begrenzt sind und 2100.— DM, also das Doppelte der Norm, nicht überschreiten dürfen.

Ein Beispiel:

Dr. M. verdient aus seiner Kassenpraxis die sagenhaft hohe Summe von	DM 40 000.— brutto
7% davon sind	DM 2 800.—
Er darf aber nur als Leistungszahl	DM 2 100.—
entrichten und erhält für diese Höchstleistung ein monatliches Ruhegeld von	DM 600.—
bei	DM 400.— Witwenrente.

Dr. Borck schreibt: „Höher geht's nicht.“

Die Gründe hierfür sind wohlüberlegt und gerecht.

Nun die Gegenseite: Ergibt der siebenprozentige Abzug aus dem Bruttokasseneinkommen eines Kollegen aber nicht DM 1050.—, werden 7% aus anderen ärztlichen Einkommen (Privatpraxis — Gutachten usw.) bis zur Höhe der Durchschnittsabgabe (DM 1050.—) mindestens aber bis zu einem Drittel derselben herangezogen. Sehr wichtig und ausgesprochen sozial-gemeinschaftlich ist die Regelung, daß der Kollege, der nur ein Drittel der Leistungszahl aufbringen konnte, in seinen Rentenbezügen dem gleichgestellt ist, der die jährliche Norm von DM 1050.— als Leistungszahl — („Prämie“) einbezahlt hat.

Die bange Frage, werden die alten Kollegen noch aufgenommen?

Antwort im Wortlaut: „Der gegenwärtige Arztbestand des Landes wird mit der Unterstützungseinrichtung ohne jede Altersgrenze übernommen.“ Mehr kann man wirklich nicht tun, und keine andere Institution bietet solche Chancen.

Die Versorgung ist nicht auf den Nominalwert des Geldes, sondern auf seine Kaufkraft, d. h. auf der Berufsarbeit aller Kassenärzte aufgebaut, also währungssicher. Die Renten schwanken unbedeutend wie die kassenärztliche Auszahlungsquote; diese Relation wird in Punkten ausgedrückt. Für Versorgungsfälle, die in den ersten drei Jahren eintreten, kann nur die Durchschnittsrente (DM 300.— im Monat, Ruhegeld usw.) bezahlt werden. Für Versorgungsfälle, die vom vierten Jahr ab eintreten, werden auf Grund der Leistungszahlen (Prämien) Renten bis zur doppelten Durchschnittsrente DM 600.— Ruhegeld usw. im Monat bezahlt.

Wir badischen Ärzte hoffen zuversichtlich, daß wir bald auch „jetzt über ein Südweststaat-Gesetz“ eine so gute Versorgungsanstalt bekommen; bedauerlicherweise sind einige Jahre unbenutzt vergangen, obgleich diese Frage mir die wichtigste Standesfrage zu sein scheint.

Dr. med. Freudemann, Offenburg

Buchbesprechungen

Holzmann: „Klinische Elektrokardiographie“. 2. Auflage 1951, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 660 Seiten, 202 Abb. und eine farbige Tafel, DM 69.60.

Eine Buchbesprechung sollte immer erst nach gründlichem Studium eines Werkes oder — noch besser in vielen Fällen — nach gründlicher Benutzung erfolgen; dies ist eine Binsenweisheit, die aber wohl nicht allzuhäufig beherzigt wird.

So ist auch uns der ganz besondere Wert von Holzmanns „Klinischer Elektrokardiographie“ erst nach längerer Benutzung, nach häufiger Befragung so richtig klar geworden. Hier wird reichste persönliche Erfahrung aus jahrzehntelanger Arbeit in der Elektrokardiographie vermittelt, und zwar in wirklich übersichtlicher und didaktisch ausgezeichneter Form; hier liegt eine vollständige, auf dem neuesten Stand der Forschung beruhende klinische Elektrokardiographie vor, die sich als (gründliche) Einführung und als Nachschlagewerk bei Kurven-Analyse und -Deutung gleichermaßen bewährt.

Man kann wohl sagen, daß sich heute neben den Internisten auch die Mehrzahl der Praktiker (übrigens auch die Vertrauensärzte) mit EKG-Diagnosen, mit aus EKG-Befunden hergeleiteten Behandlungsmethoden, mit aus EKG-Befunden gestellten Prognosen auseinandersetzen müssen. Eine Grundlage solcher Auseinandersetzung — wenn sie fruchtbar sein soll — kann nur ein umfassendes, übersichtliches und mit reichlich Kurvenmaterial ausgestattetes Werk — wie es das vorliegende darstellt — sein. Nur so können Überbewertungen von EKG-Befunden vermieden, nur so kann auch den nicht seltenen Fehldeutungen Einhalt geboten werden.

Der Preis ist bei Berücksichtigung der Qualität des Werkes und seiner vorzüglichen Ausstattung als durchaus angemessen zu bezeichnen.

Dr. Schröder

Wilhelm Beyer: „Spezielle Chirurgie“. Ein Grundriß für Studenten und Ärzte, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H. Stuttgart, 386 Seiten, Ganzleinen DM 24.—.

Wie der Verfasser in seinem Vorwort betont, soll mit diesem Grundriß eine gewisse schematische und einprägsame Darstellung des großen und teilweise wieder in Spezialdisziplinen gegliederten Gebietes der speziellen Chirurgie ge-

geben werden. Dementsprechend wird das bis jetzt als gesichert geltende Wissen der speziellen Chirurgie in klarer, didaktisch sehr ansprechender Gliederung der Krankheitsbilder, der wichtigsten und unerläßlichen Untersuchungsmethoden, der Differentialdiagnose und der therapeutischen Möglichkeiten dargestellt. Schematische Zeichnungen, wie wir sie teilweise von „Orator“ her kennen, sowie Übersichtstabellen und schematische Gegenüberstellungen erhöhen die Anschaulichkeit. Das Buch will seiner ganzen Anlage nach keine neuen Probleme aufwerfen oder auch nur die Grenzen der Chirurgie umreißen, sondern klar gliedern und teilweise im Telegrammstil darauf hinweisen, was in der chirurgischen Praxis als Grundlage notwendig ist. Es befaßt sich dabei nur mit dem Gebiet der speziellen Chirurgie, setzt die Kenntnis der allgemeinen Chirurgie voraus und überläßt die Unfallchirurgie anderen Werken.

Dies Büchlein kann vor allem dem Studenten ein Gerippe zur Einführung in die Chirurgie und zur Ordnung des oft vielfältig auf ihn einströmenden Wissens werden. Doch auch der fertige Arzt liest es mit Interesse, freut sich an der klaren Einteilung und findet manche Anregungen zum weiteren Eindringen in die besprochenen Gebiete. Die Aufmachung ist sehr handlich und gediegen.

Dr. Fritz Neuffer

Priv. Doz. Dr. Alwin Hildebrandt: „Der Vitaminstoffwechsel in der Schwangerschaft“. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 244 Seiten, Preis: kart. DM 12.—.

Nach einigen einleitenden Kapiteln, die die allgemeinen Fragen des Vitaminstoffwechsels und der Vitaminmangelkrankheiten behandeln, wird jedes der bekannten Vitamine in einem besonderen Kapitel eingehend besprochen. Hierbei wird die Chemie, das Vorkommen, die Physiologie und Pathologie seines Stoffwechsels sowie seine Bedeutung in Schwangerschaft und Wochenbett ausführlich dargestellt. Besonders wird der Vitamingehalt der Frauenmilch und der Vitaminbedarf des Säuglings erörtert. Eine Zusammenstellung der gebräuchlichen Vitaminpräparate gibt einen guten Überblick über die Zusammensetzung der Handelsformen. Das Literaturverzeichnis bildet mit ca. 1200 Angaben aus dem Schrifttum eine wertvolle Quellensammlung. So bietet das Buch sowohl für die noch im Fluß befindliche Vitaminforschung wie auch als praktisches Nachschlagewerk vielseitige Verwendungsmöglichkeit, so daß man ihm eine weite Verbreitung wünschen möchte.

Dr. Krebs

Bekanntmachungen

Kurs- und Kongreßkalender

20.—22. Oktober 1952:

Tagung der Gemeinschaft „Arzt und Seelensorger“ in Stuttgart. Thema: Angst und Schuld in medizinisch-psychologischer und theologischer Sicht. Näheres durch das Sekretariat der Gemeinschaft, Stuttgart W, Gustav-Siegle-Str. 43.

1. und 2. November 1952:

Tagung des Südwestdeutschen Sportärzteverbandes in der Sportschule Tailfingen mit Vorträgen und praktischen Übungen. Beginn: 1. November 15 Uhr. Meldungen an Herrn Dr. Liehr, Balingen, Gesundheitsamt.

Ski-Kurs für Sportärzte

Wie in jedem Winter, so soll auch in diesem Winter vom 1. bis 15. März 1953 ein Skikurs für Ärzte, Ärztinnen und Arztgattinnen abgehalten werden. Je nach der Devisenlage soll der Kurs in Bayern, Österreich oder Italien stattfinden. Um einen Überblick über die Beteiligung zu bekommen, wird jetzt schon gebeten, sich bei Herrn Dr. Friedrich, München, Wilhelmstraße 16, anzumelden.

Lebensversicherungen

Nach eingehenden Vorsprachen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. beim Bundeswirtschaftsministerium ist mit Bestimmtheit damit zu rechnen, daß das Wirtschaftsministerium eine preisrechtliche Genehmigung für



West-Berlin

Antirheumaticum

Salipur
Salicylamid purum

40 Dragées DM 1.10

Antipyreticum

Salichin
Salicylamid · Chinin · Vitamin C

18 Dragées DM 1.—

Analgeticum

Salimed
Salicylamid · Amidopyrin · Phenazetin · Coffein

20 Dragées DM 0.80

folgende Leistungssätze erteilen wird, die die Zustimmung unseres Verbandes wie die der Lebensversicherungsgesellschaften finden werden.

I. Großes Attest unter obligatorischer Blutdruckmessung

bis 4 999.— DM	12.— DM
ab 5 000.— DM	15.— DM
ab 7 500.— DM	18.— DM
ab 10 000.— DM	20.— DM
ab 15 000.— DM	25.— DM
ab 25 000.— DM	30.— DM
ab 50 000.— DM	40.— DM
ab 100 000.— DM	50.— DM

II. Das kleine Attest
bis 4 999.— DM 10.— DM

III. Die hausärztliche Auskunft 10.— DM.

Bei der Erstattung von Gutachten (auch Formularegutachten) kann bereits jetzt nach den oben aufgeführten Sätzen verfahren werden.

Weitere Einzelheiten werden nach der Entscheidung des Wirtschaftsministeriums veröffentlicht.

17. September 1952.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)
Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 35 51, 7 35 52 und 7 35 53

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Stuttgart-Vaihingen-Büsnau	praktischer Arzt
Stuttgart-Degerloch	praktischer Arzt
Stuttgart-Stadt	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Eßlingen-Pliensau	praktischer Arzt
Obereßlingen-Gartenvorstadt	praktischer Arzt
Göppingen	Facharzt für Augenkrankheiten (nochm. Ausschreibung)
Marbach, Kr. Ludwigsburg	Facharzt f. Kinderkrankheiten
Bernstadt, Kr. Ulm/Donau	praktischer Arzt
Ulm/Donau	praktischer Arzt

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um 3 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 1. November 1952 bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg einzureichen.

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

Hilfsarzt gesucht

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Ulm ist sofort die Hilfsarztstelle (Angestelltenstelle III TO. A) zu besetzen. Ärzte (Arztinnen) mit mehrjähriger umfassender klinischer Erfahrung wollen ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (Lichtbild, eigenhändig geschriebener Lebenslauf, amtlich beglaubigte Abschriften der Approbationsurkunde, des Doktordiploms und der Zeugnisse) bis spätestens 25. Oktober 1952 beim Innenministerium Württemberg-Baden — Abwicklungsstelle — Stuttgart N, Königstr. 44, einreichen.

Merkblatt des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat ein Merkblatt „Über die Notwendigkeit der Anstellung einer Tuberkulinprobe bei den im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege tätigen Personen“ herausgegeben, das vom Arbeitsausschuß für Tuberkulose im Rahmen der Unfallversicherung entworfen worden ist. Das Merkblatt kann kostenlos von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees, Hannover, Sallstraße 41, bezogen werden.

Müttererholungskuren

Die Evangelische Frauenhilfe im Rheinland E. V., Bad Godesberg/Rhein, Rheinallee 78, hat in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Müttergenesungswerk in Bad Bertrich eine Möglichkeit geschaffen, Mütterkuren für Magen-, Darm-, Leber- und Gallenranke durchzuführen. Die Kuren stehen unter gewissenhafter ärztlicher Aufsicht eines Badearztes. Anfragen und Anmeldungen sind an die Evangelische Frauenhilfe zu richten.

Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie E. V.

Stuttgart-O, Alexanderstraße 12 A/I, Telefon 24 13 75

Das Vorlesungsverzeichnis für das Wintersemester 1952/53 ist erschienen und im Sekretariat erhältlich.

Direktor Prof. Dr. Karl Haug beginnt am 29. Oktober mit seiner Vorlesung „Psychiatrische und neurologische Klinik“ (mit Krankenvorstellung) — 17 Uhr im Bürgerhospital.

Die interessierten Kolleginnen und Kollegen werden gebeten, sich im Sekretariat des Instituts anzumelden. Bei genügender Beteiligung findet wieder ein Abendkurs über autogenes Training (nach J. H. Schultz) statt.

Dr. N. Hahne

Neuwahl des Vorstandes der Kreisärzteschaft Heidenheim

Die am 25. September 1952 durchgeführte Neuwahl hatte folgendes Ergebnis:

Vorsitzender:	Dr. Günther C l e m e n t, Heidenheim
stellv. Vorsitzender:	Dr. Wilhelm M i n u t h, Heidenheim
Schriftführer:	Dr. Albert E s c h l e, Nattheim
Rechnungsführer:	Dr. Max L ö s c h e r, Heidenheim.

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 1. Juli bis 30. September 1952

Neu aufgenommen wurden:

Dr. Acken van, Franz, Bad Wimpfen
Dr. Aldinger, Adelheid, Ulm
Dr. Aust, Ado, Hohenasperg
Dr. Banholzer, Anita, Schwäb. Gmünd
Dr. Battran, Werner, Wasseralfingen
Dr. Calvi, Helmut, Kornthal
Arzt Feldzahn, Gerhard, Bad Mergentheim
Dr. Finkelde, Hermann, Bad Wimpfen
Dr. Garvelmann, Wolfgang, Stuttgart N
Dr. Gerlach, Ulrich, Schwäb. Gmünd
Dr. Gnilka, Alfons, Stgt.-Sonnenberg
Dr. Gürsch, Bruno, Stgt.-Zuffenhausen
Dr. Häfner, Horst-Karl, Stgt.-Riedenberg
Dr. Hammer, Franz, Göppingen
Dr. Herrmann, Rudolf, Stuttgart S
Dr. Hessmann, Georg, Stuttgart W
Dr. Hettler, Manfred, Wendlingen a. N.

Dr. Hoferer, Erich, Stuttgart W
 Dr. Hoffmann, Anneliese, Langenau
 Dr. Josenhans, Dorothee, Stuttgart S
 Dr. Kläger, Hermann, Stuttgart N
 Dr. Krause, Hans-Heinrich, Stuttgart O
 Dr. Kriesell, Walter, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Krimmer, Josef, Niederstetten
 Dr. Lindner, Rosemarie, Stgt.-Degerloch
 Dr. Maier, Dorothee, Bad Wimpfen
 Dr. Mauk, Maria, Kornwestheim
 Dr. Dr. Merz, Richard, Stuttgart N
 Dr. Mössner, Lore, Stgt.-Feuerbach
 Dr. Moser, Hildegard, Stuttgart S
 Dr. Niethammer, Günther, Stgt.-Untertürkheim
 Dr. Recknagel, Hans-Joachim, Ulm
 Dr. Reuter jr., Hans-Joachim, Rudersberg
 Dr. Sailer, Hans, Stuttgart S
 Dr. Sommer, Klaus, Stgt.-Bad Cannstatt
 Dr. Schleith, Klaus, Stuttgart N
 Dr. Schrade, Elsbeth, Korntal
 Ärztin Schröder, Erika, Stgt.-Sillenbuch
 Dr. Stehr-Vogedes, Klarita, Bad Friedrichshall-Kochendorf
 Dr. Striebel, Robert, Stuttgart S
 Dr. Uhlhorn, Emma, Fellbach
 Arzt Walke, Hubert, Bad Mergentheim
 Dr. Wandersleb, Albert, Eßlingen
 Dr. Wies, Hanns, Stuttgart N
 Dr. Zerweck, Wilhelm, Herrenberg
 Dr. Ziegler, Günter, Heilbronn a. N.

Verzogen sind:

Ärztin Beck, Eleonore, Stuttgart W
 Dr. Belser, Martin, Murrhardt
 Dr. Breitenbücher, Adolf, Böblingen
 Arzt Brommer, Klaus, Wilhelmsheim
 Dr. Dreiheller, Hildegard, Göppingen
 Dr. Duhm, Helene, Stuttgart S
 Dr. Gattermann, Werner, Stuttgart-Kaltental
 Dr. Gerlach, Vilmut, Heilbronn-Böckingen
 Dr. Haldenwang, Ursula, Stuttgart O
 Dr. Hetzel-Kollmannsperger, Anna-Maria, Stgt.-Untertürkheim
 Dr. Heuser, Gunnar, Stuttgart-Degerloch
 Dr. Hubert, Gerhard, Echterdingen
 Dr. Jacobs, Hans-Erich, Stuttgart-Möhringen
 Dr. Klüpfel, Ulrich, Kerkingen

Dr. Knedel, Maximilian, Göppingen
 Prof. Dr. Krauß, Hermann, Göppingen
 Dr. Lehmann, Erwin, Göppingen
 Dr. Lumpp, Werner, Stuttgart N
 Dr. Möbius, Friedrich, Stuttgart-Degerloch
 Dr. Müller-Krützberg, Elisabeth, Mühlacker
 Dr. Ohlig, Werner, Bad Mergentheim
 Dr. Pelz, Helmut, Göppingen
 Dr. Pfisterer, Heinrich, Heilbronn
 Dr. Piesbergen, Hans-Joachim, Bernhausen
 Dr. Popp, Walter, Stuttgart O
 Dr. Seifert, Cornelia, Stuttgart-Degerloch
 Dr. Schaal, Marta, Kornwestheim
 Dr. Schäfer, Max, Stuttgart-Bad Cannstatt
 Dr. Schoeps, Werner, Plochingen
 Dr. Stübler, Martin, Stuttgart-Zuffenhausen
 Dr. Ulmer, Wolfgang, Stuttgart S
 Dr. Wacker, Hugo, Stuttgart S
 Dr. Wunderlich, Erhard, Heilbronn

Ausgetreten sind:

Dr. Tropp, Friederike, Stuttgart N
 Ob.Reg.Med.Rat Dr. Wirth, Wilhelm, Stuttgart-Bad Cannstatt

Ausgeschlossen wurde:

Dr. Tönnemann, Hans, Bad Mergentheim

Gestorben sind:

Dr. Gottschalk, Karl, Kornwestheim
 Dr. Haberlandt, Friedrich, Ludwigsburg
 Dr. Heudorfer, Emil, Göppingen
 Dr. Knapp, Theodor, Heilbronn
 Dr. Piper, Kurt, Stuttgart 13
 Dr. Schrauber, Oscar, Schwäb. Gmünd
 Dr. Weiß, Karl, Leonberg
 Dr. Zahn, Theodor, Stuttgart W

Mitgliederstand am 1. Oktober 1952: 3304

Wir trauern um unsere Toten

Dr. Zahn, Theodor, Stuttgart-W,
 geb. 16. 11. 1874 — gest. 8. 9. 1952

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstraße 106, Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

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

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden beizufügen:

1. Geburtsurkunde.
2. Approbationsurkunde.
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit.
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um die Zulassung eines Facharztes bewirbt.
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister.
6. Polizeiliches Führungszeugnis.
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung.
8. Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.
9. Eine Erklärung darüber, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem einen kurzen Lebenslauf, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Lande 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 die 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 verfallen (§ 45 Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Metzingen	prakt. Arzt (Abkömmling vorhanden)
Dettenhausen	prakt. Arzt
Kr. Tübingen	
Waldsee	prakt. Arzt
Schramberg	Facharzt für Frauenkrankheiten.

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. November 1952, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungs-Ausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Zulassungsausschuß für Ärzte
des Landes Württemberg-Hohenzollern

Wahlausschreiben zur Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern

Die Wahlperiode der jetzigen Vertreterversammlung läuft am 11. Dezember 1952 ab. Die Wahlordnung richtet sich nach der am 17. Juli 1952 mit Erlaß des Arbeitsministeriums, Abwicklungsstelle Tübingen, genehmigten Wahlordnung.

Es wird in folgenden 17 Wahlbezirken gewählt:

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

Wahlorte sind die Kreisstädte, nach denen die Wahlkreise benannt sind. Es sind zu wählen jeweils in einem Wahlgang

- a) ein Vertrauensmann und zwei Stellvertreter für jeden Wahlkreis im Wege der Mehrheitswahl mit einfacher Stimmenmehrheit aus den im Wahlkreis ansässigen wählbaren Ärzten;
- b) auf einer Landesliste im Wege der Verhältniswahl 5 Vertrauensmänner und ebenso viele Stellvertreter aus den im Registerbezirk wohnenden wählbaren Ärzten.

Die Wahlberechtigung ergibt sich aus § 7 der Wahlordnung vom 17. Juli 1952, die nachstehend veröffentlicht wird, außerdem liegt ein Exemplar auf jedem staatlichen Gesundheitsamt sowie auf der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, Tübingen, Wilhelmstr. 106, zusammen mit den Wählerlisten von 2. bis 17. November 1952 auf.

Bezüglich Einsicht in die Wählerlisten und Einsprachen wird auf § 10 und 11 der Wahlordnung hingewiesen.

Es wird hiermit zur Einreichung von Vorschlägen für die Landesliste bis spätestens 24. November 1952 aufgefordert.

Über Inhalt der Wahlvorschläge, Form, Kennwort und Belege wird auf § 12–15 der Wahlordnung hingewiesen.

Der Landeswahlausschuß
i. A.: Dr. Kauffmann

Wahlordnung für die Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern

I. Allgemeines

§ 1

Wahlbezirk

Wahlbezirk ist der Registerbezirk (i. S. § 1 VO vom 5. September 1949, RegBl. S. 362).

§ 2

Zahl der zu wählenden Vertrauensmänner
Die Zahl der in der Vertreterversammlung zu wählenden Vertrauensmänner beträgt 22, von denen

- a) ein Vertrauensmann und zwei Stellvertreter für jeden Wahlkreis im Wege der Mehrheitswahl mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt wird, aus den im Wahlkreis ansässigen wählbaren Ärzten,
- b) auf einer Landesliste im Wege der Verhältniswahl fünf Vertrauensmänner und ebenso viele Stellvertreter aus den im Registerbezirk wohnenden wählbaren Ärzten gewählt werden.

§ 3

Wählbarkeit

Wählbar sind alle nach § 7 und § 8 der Wahlordnung wahlberechtigten Ärzte.

II. Landeswahlausschuß

§ 4

Zusammensetzung

(1) Der Landeswahlausschuß besteht aus dem Landeswahlleiter als Vorsitzendem und vier von ihm aus der Zahl der Wahlberechtigten zu ernennenden weiteren Mitgliedern.

(2) Den Landeswahlleiter ernennt auf Vorschlag des Landesvorstandes die Aufsichtsbehörde.

§ 5

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.

§ 6

Geschäftsordnung

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

(2) Die vorbereitenden Anordnungen trifft der Landeswahlleiter allein.

(3) Die Bekanntmachungen des Landeswahlausschusses sind im Südwestdeutschen Arzteblatt zu veröffentlichen. Sie können auch durch schriftliche Mitteilung an die wahlberechtigten Ärzte erfolgen.

III. Feststellung der Wahlberechtigten

§ 7

Wahlberechtigte Ärzte für die Landesliste

(1) Wahlberechtigt sind die ordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern (§ 7 Abs. 1 VO vom 5. September 1949).

(2) Das Wahlrecht ruht, solange dem Kassenarzt die Befugnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit entzogen ist (§ 7 Abs. 2 VO i. V. mit § 26 der Zulassungsordnung für Ärzte vom 12. Juli 1949, RegBl. S. 294).

(3) Das Wahlrecht ruht ferner, solange die Zulassung zur Kassenpraxis nach den Bestimmungen der §§ 24 und 25 der Zulassungsordnung für Ärzte ruht.

§ 8

Wahlkreise und Orte

(1) Wahlkreise sind die Bezirke der 17 ärztlichen Kreisvereine (§ 10 Arztekammergesetz vom 8. März 1950, RegBl. S. 137). Die derzeitige Zusammensetzung ergibt sich aus folgender Übersicht:

Wahlkreis I	Tübingen
" II	Balingen
" III	Biberach
" IV	Calw (Gesundheitsamt Nagold)
" V	Ehingen
" VI	Freudenstadt
" VII	Hechingen
" VIII	Sigmaringen
" IX	Horb (Gesundheitsamt Sulz)

Wahlkreis X	Münsingen
" XI	Ravensburg
" XII	Reutlingen
" XIII	Rottweil
" XIV	Saulgau
" XV	Tettmang (Gesundheitsamt Friedrichshafen)
" XVI	Tuttlingen
" XVII	Wangen (Gesundheitsamt Leutkirch)

(2) Wahlorte sind die Kreisstädte, nach denen die Wahlkreise benannt sind.

§ 9

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

Der Landeswahlleiter läßt Listen der wahlberechtigten Ärzte für jeden Wahlkreis herstellen und sorgt dafür, daß 1. in der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern in Tübingen die Wählerlisten für sämtliche Kreise

2. bei jedem Gesundheitsamt die Wählerlisten seines Amtsbezirkes 14 Tage lang zur Einsichtnahme durch die wahlberechtigten Ärzte aufgelegt werden und die Auflegung mit dem Datum des Beginns und Endes der Auflegungsfrist bekanntgemacht wird.

Ein Abdruck der Wahlordnung ist in der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und bei jedem Gesundheitsamt aufzulegen.

§ 10

Einsprachen

(1) Die wahlberechtigten Ärzte können innerhalb der 14 Tage, während der die Wählerlisten aufgelegt sind, wegen Uebergehung Wahlberechtigter oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter Einspruch erheben.

(2) Schriftliche Einsprachen sind an den Landeswahlleiter zu richten. Mündliche Einsprachen können bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und bei den Staatlichen Gesundheitsämtern angebracht werden, welche sie zu Protokoll nehmen und unverzüglich dem Landeswahlleiter übermitteln.

(3) Der Landeswahlausschuß entscheidet binnen 14 Tagen nach Ablauf der Auflegungsfrist über die Einsprache, nimmt die erforderlichen Berichtigungen der Wählerlisten vor und setzt die Einsprechenden von der getroffenen Entscheidung in Kenntnis.

§ 11

Abschluß der Wählerlisten

(1) Der Landeswahlleiter ersucht die Staatlichen Gesundheitsämter, die bei ihnen aufgelegten Wählerlisten (§ 9 Nr. 2) sofort nach Ablauf der Auflegungsfrist mit einem urkundlichen Vermerk über die erfolgte Auflegung und die bei ihnen erhobenen Einsprachen (§ 10 Abs. 2) zu versehen und sie dem Landeswahlausschuß zu übersenden.

(2) Nachdem die in der Geschäftsstelle der KV aufgelegten Wählerlisten (§ 9 Nr. 1) berichtigt und die Berichtigung auch in die von den Staatlichen Gesundheitsämtern eingesandten Wählerlisten eingetragen sind, werden sämtliche Wählerlisten vom Landeswahlausschuß abgeschlossen und die Schließung mit dem Vermerk der endgültig Wahlberechtigten vom Landeswahlleiter beurkundet.

(3) Von den abgeschlossenen Wählerlisten wird sodann eine Fertigung an die Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse (§ 18 Abs. 2) zum Gebrauch bei der Abstimmung übersandt.

IV. Wahlvorschläge

§ 12

Aufforderung zur Einreichung

In der Bekanntmachung über die Auflegung der Wählerlisten (§ 9) werden zugleich die wahlberechtigten Ärzte aufgefordert, Wahlvorschläge für die Landesliste (§ 2 Buchst. b) beim Landeswahlleiter einzureichen. Die Wahlvorschläge sind innerhalb einer Frist von 3 Wochen nach dem Erscheinen der Bekanntmachung einzureichen. Die Bekanntmachung muß den Beginn und das Ende der Frist bezeichnen.

§ 13

Inhalt

(1) Die Vorschläge für die Landesliste dürfen höchstens so viele Namen wählbarer Ärzte enthalten, als Vertrauens-

männer und Stellvertreter zu wählen sind. Ein Bewerber darf nur auf einem Wahlvorschlag (§ 2 Buchst. b) der Landesliste stehen.

(2) Die als Vertrauensmänner und Stellvertreter Vorgesetzten sind in erkennbarer Reihenfolge, zuerst die Mitglieder und dann die Stellvertreter, aufzuführen und mit Vornamen, Familiennamen und Wohnort so deutlich zu bezeichnen, daß über ihre Persönlichkeit kein Zweifel besteht.

§ 14

Form, Kennwort und Belege

(1) Der Wahlvorschlag zur Landesliste muß von mindestens 20 im Registerbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzten mit deutlicher Angabe des Vor- und Familiennamens, des Wohnorts und in größeren Städten der Straße und Hausnummer unterzeichnet sein. Der 1. Unterzeichnete gilt als Vertreter der Wählervereinigung, von welcher der Wahlvorschlag ausgeht. Der 2. Unterzeichnete gilt als sein Stellvertreter. Der Vertreter ist berechtigt und verpflichtet, namens der Wählervereinigung die zur Aufklärung und Beseitigung von Anständen erforderlichen Erklärungen abzugeben.

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

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

§ 15

Zulassung und Bekanntmachung

(1) Der Landeswahlleiter prüft die eingereichten Wahlvorschläge und veranlaßt die Beseitigung etwaiger Mängel derselben durch die Vertreter der Wählervereinigungen (§ 14 Abs. 1).

(2) Nach Beseitigung aller Anstände entscheidet der Landeswahlausschuß über die Zulassung der Wahlvorschläge und macht die zugelassenen Wahlvorschläge mit den Kennworten in fortlaufender Nummernfolge bekannt (§ 6 Abs. 3).

(3) Wahlvorschläge, die nach Ablauf der 3wöchigen Frist (§ 12) eingereicht werden, werden nicht mehr zugelassen.

(4) Wird nur ein Wahlvorschlag zur Landesliste eingereicht und zugelassen, so gelten die in dem Wahlvorschlag als Vertrauensmänner und Stellvertreter bezeichneten Ärzte in der Reihenfolge des Vorschlages als gewählt. Eine Stimmenabgabe findet in diesem Fall nicht mehr statt.

§ 16

Wahlvorschlag für die Wahl der Vertrauensmänner in den Wahlkreisen

(1) Für die Wahl der Vertrauensmänner, die Vertreter ihrer Wahlkreise sind, gelten die Vorschriften der §§ 12 bis 15 entsprechend. Bekanntmachungen des Kreiswahlausschusses sind im Kreisamtsblatt zu veröffentlichen.

(2) Die Wahlvorschläge sind dem Vorsitzenden des Kreiswahlausschusses mitzuteilen.

V. Abstimmung

§ 17

Aufforderung zur Abstimmung

In der Bekanntgabe über die Zulassung der Wahlvorschläge zur Landesliste (§ 14 Abs. 2) wird zugleich der Wahltermin und das Wahllokal in den einzelnen Kreisen bekanntgegeben.

§ 18

Persönliche Abstimmung

(1) Die Wahlberechtigten stimmen in einer auf den Wahltag an den Wahlort satzungsgemäß einberufenen Versammlung des Kreisvereins in getrennten Wahlgängen zunächst über die Wahl des Kreisvertreters und sodann über die Wahl zur Landesliste ab, indem sie einen Stimmzettel in einen von der KV gelieferten gestempelten und mit der Aufschrift „Vertrauensmann des Wahlkreises“ bzw. „Landesliste“ versehenen Umschlag legen, diesen verschließen und dem Vorsitzenden des Wahlausschusses übergeben, der ihn in die Wahlurne legt, nachdem zuvor der Name des Abstimmenden in der Wählerliste festgestellt und mit einem Vermerk über seine Abstimmung versehen worden ist.

(2) Die Wahl in den einzelnen Wahlkreisen wird von einem Kreiswahlausschuß geleitet, der vom Ärztlichen Kreisverein bestellt worden ist. Er besteht aus dem Vorsitzenden und zwei Beisitzern. Für die Zeit der Abstimmung muß mindestens eine Frist von 2 Stunden angesetzt werden.

§ 19

Stimmzettel für die Wahl der Landesliste

(1) Die Stimmzettel zur Landesliste dürfen nur solche Namen in der gleichen Reihenfolge enthalten, wie sie auf einem der zugelassenen Wahlvorschläge zur Landesliste stehen. Abänderungen und Stimmenhäufung sind nicht gestattet.

(2) Stimmzettel, die diesen Bestimmungen nicht entsprechen, sind ungültig.

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

(4) Die Stimmzettel sind von den Wählervereinigungen, deren Wahlvorschläge zugelassen sind, gedruckt oder durch sonstige Vervielfältigung herzustellen und auszugeben. Den Wählern steht es frei, ihre Stimmzettel selbst zu schreiben. Es genügt aber auch, wenn der Stimmzettel lediglich das Kennwort des Vorschlages enthält, für den sich der Wähler entschieden hat (§ 14 Abs. 2).

§ 20

Stimmzettel für die Wahl der Vertrauensmänner der einzelnen Wahlkreise

(1) Für die Wahl der Vertrauensmänner in den einzelnen Wahlkreisen sollen die Stimmzettel nicht mehr als 3 Namen wählbarer Ärzte in erkennbarer Reihenfolge enthalten. Im übrigen gilt § 24 Abs. 4.

(2) Der an 1. Stelle Genannte gilt als Vertrauensmann, der an 2. Stelle Genannte als 1. Stellvertreter und der an 3. Stelle Genannte als 2. Stellvertreter vorgeschlagen.

§ 21

Wahrung des Wahlgeheimnisses

Die Wahlurnen sind während des Einlegens der Stimmzettel wiederholt, letztmals unmittelbar vor der Stimmenzählung so zu schütteln, daß damit die der Reihenfolge der Einbringung entsprechende Lage der Wahlumschläge in den Urnen verändert und ein Erraten einzelner Abstimmender aus der Lage der Wahlumschläge in der Urne unmöglich gemacht wird. Die Wahlurnen dürfen erst nach Beendigung der Abstimmung zur Stimmenzählung geöffnet werden.

VI. Feststellung des Wahlergebnisses

§ 22

Allgemeines

(1) Das Wahlergebnis wird, soweit eine Abstimmung stattfindet (§ 15 Abs. 4), vom Kreiswahlausschuß in einer an die Abstimmung sich anschließenden Sitzung festgestellt.

(2) Die Wahlumschläge werden von einem Mitglied des Kreiswahlausschusses aus den Wahlurnen genommen und ungeöffnet gezählt, die Zahl wird mit der gleichfalls festzustellenden Zahl der Wähler, deren Namen in der Wählerliste mit Abstimmungsvermerken versehen sind, verglichen.

(3) Der Vorsitzende läßt sodann die Umschläge nacheinander öffnen, die Stimmzettel herausnehmen und sich überreichen.

(4) Über die Ungültigkeitserklärung von Stimmzetteln entscheidet der Kreiswahlausschuß, vorbehaltlich der Nachprüfung durch den Landeswahlausschuß.

§ 23

Verfahren bei der Wahl zur Landesliste

(1) Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl zur Landesliste stellt der Vorsitzende des Kreiswahlausschusses bei jedem ihm überreichten Stimmzettel fest, auf welchen Wahlvorschlag der Stimmzettel lautet und gibt das Ergebnis dieser Feststellung bekannt. Die Ausschlußmitglieder sammeln die auf die einzelnen Wahlvorschläge gefallenen Stimmzettel, die für jeden Wahlvorschlag besonders von einem Ausschlußmitglied gezählt und von dem Vorsitzenden laut nachgezählt werden. Ein Schriftführer schreibt die sich ergebenden Zahlen auf und trägt sie in einer vorbereiteten Zählliste neben dem Namen der einzelnen Wahlvorschläge ein. Dasselbe geschieht seitens des anderen Ausschlußmitgliedes in einer Gegenliste.

(2) Ungültig sind Stimmzettel:

1. die sich nicht in einem gestempelten Umschlag befinden,
2. bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist,
3. die nicht mit einem zugelassenen Wahlvorschlag für die Landesliste übereinstimmen.

(3) Liegt mehr als ein Stimmzettel in einem Umschlag, so sind, wenn alle Stimmzettel gleich lauten, die überschüssigen, andernfalls alle ungültig.

§ 24

Verfahren bei der Wahl der Vertrauensmänner in den einzelnen Wahlkreisen

Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl der Vertrauensmänner in den einzelnen Kreisen 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 Ausschlußmitglied führt gleichzeitig eine Gegenliste.

(2) Ungültig sind Stimmzettel:

1. die sich nicht in einem gestempelten Wahlumschlag befinden,
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

1. als Vertrauensmann der Vertreterversammlung der Kasernenärztlichen Vereinigung, wer die meisten Stimmen an 1. Stelle erhalten hat,
2. als 1. Stellvertreter, wer die meisten Stimmen an 1. und 2. Stelle zusammen hat,
3. als 2. Stellvertreter, wer die meisten Stimmen an 1., 2. und 3. Stelle zusammen hat.

Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

§ 25

Wahl Niederschrift

(1) Über die Abstimmung und die Feststellung des Wahlergebnisses ist eine Niederschrift aufzunehmen.

(2) Der Niederschrift sind die Wählerlisten mit ihren Beilagen und die als ungültig erklärten Stimmen nebst Umschlägen beizulegen.

(3) Die Wahl Niederschriften sind innerhalb 3 Tagen mit ihren Unterlagen als eingeschriebene Postsendung von dem Vorsitzenden des Kreiswahlausschusses an den Leiter des Landeswahlausschusses einzusenden.

VII. Prüfung und Bekanntmachung des Wahlergebnisses

§ 26

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 einer der Gewählten ungültig, wenn dieser zur Zeit der Wahl nicht wählbar ist.

(4) Ergibt die Prüfung die Ungültigkeit einer Wahl, so hat eine gesamte bzw. teilweise Neuwahl in dem betreffenden Wahlkreis stattzufinden.

§ 27

Verteilung der Mitgliedersitze und Vertreterstellen der Landesliste

(1) Der Landeswahlausschuß stellt auf Grund der Wahl Niederschriften (§ 25) die auf die einzelnen Wahlvorschläge zur Landesliste entfallenden Gesamtstimmzahlen fest; diese werden nacheinander mit eins, zwei, drei, vier usw. geteilt. Von den sich ergebenden Teilzahlen werden so viele Höchst-

zahlen der Größe nach ausgesondert, als Vertreter auf der Landesliste zu wählen sind.

(2) Jeder Wahlvorschlag erhält so viele Mitgliedersitze, als auf ihn Höchstzahlen entfallen. Wenn die an letzter Stelle stehende Höchstzahl auf mehr als einen Wahlvorschlag zugleich entfällt, entscheidet das Los. Jeder Wahlvorschlag erhält so viele Stellvertreterstellen, als er Vertrauensmännersitze erhalten hat.

(3) Für die Zuweisung der einem Wahlvorschlag zugefallenen Mitgliedersitze und Vertreterstellen ist die in dem Wahlvorschlag eingehaltene Reihenfolge maßgebend.

(4) Wer gleichzeitig auf der Landesliste und als Vertrauensmann seines Wahlkreises gewählt ist, gilt als Vertrauensmann seines Wahlkreises gewählt und scheidet für die Verteilung der Mitgliedersitze der Landesliste aus. Das gleiche gilt für die gewählten Stellvertreter.

§ 28

Bekanntmachung

(1) Das Ergebnis der Wahlen und die sich hieraus ergebende Zusammensetzung der Vertreterversammlung werden vom Landeswahlleiter bekanntgemacht.

(2) Außerdem setzt der Landeswahlleiter die Gewählten schriftlich von ihrer Wahl in Kenntnis.

VIII. Wahlanfechtung

§ 29

Anbringung, Bescheidung und Rechtsmittel

(1) Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahl können von wahlberechtigten Ärzten binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche nach Bekanntmachung 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 Oberversicherungsamt (§ 7 Abs. 4 der Verordnung vom 5. September 1949) zulässig.

§ 30

Verkündung von Änderungen des Wahlergebnisses

Veränderungen des Wahlergebnisses, zu denen eine Entscheidung nach § 29 führt, werden in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntgemacht.

§ 31

Neuwahl bei Ungültigkeit einer Wahl

Wird die Wahl in einem Wahlkreis für ungültig erklärt, so hat in diesem Kreis eine Neuwahl stattzufinden. Sie ist vom Landeswahlausschuß binnen einer Woche auszuschreiben.

IX. Wahl des Landesvorstandes

§ 32

(1) Der Landeswahlleiter beruft, sobald das endgültige Wahlergebnis feststeht, die Gewählten zu einer Sitzung ein.

(2) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Reihe den Landesvorstand. Dieser besteht aus dem Vorsitzenden des Landesvorstandes, seinem Stellvertreter und 3 weiteren Vorstandsmitgliedern.

(3) Die Vertreterversammlung ist für diese Wahl nur dann beschlußfähig, wenn zwei Drittel der Gewählten anwesend sind.

§ 33

Die 5 Vorstandsmitglieder werden mit einfacher Stimmenmehrheit in getrennten Wahlgängen durch Abgabe von Stimmzetteln gewählt. Ergibt sich im 1. Wahlgang keine Stimmenmehrheit, so kommen die Personen, die die meisten Stimmen erhalten haben, in die Stichwahl.

X. Schlußbestimmungen

§ 34

Aufbewahrung der Wahlakten

Die Wahlakten sind auf der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung nach Ablauf der Wahlperiode 5 Jahre lang aufzubewahren.

Genehmigt mit Erlaß des Arbeitsministeriums — Abwicklungsstelle — Tübingen vom 17. Juli 1952 — Nr. III B 6 a —

Tübingen, den 17. Juli 1952
(gez.) Reg. Amtmann Krieg

Hinweis

Nachdem der Staatsanzeiger für Württemberg-Hohenzollern nicht mehr erscheint, erfolgen die Veröffentlichungen über Einziehung von Sera und Impfstoffen künftig im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg.

ARZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 Telefon 42824 Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Röntgenstr. 5

Bericht

über die Delegierten-Sitzung der Ärztekammer Nordbaden am 24. September 1952 in Karlsruhe

Beginn 14.15 Uhr

Ende 20 Uhr.

Das Protokoll der Kammersitzung vom 2. Juli 1952 wird genehmigt.

Zum 3. Vorsitzenden der Ärztekammer Nordbaden wird für den ausgeschiedenen Delegierten Prof. Büchmann, Heidelberg, Herr Dr. Hollack, Heidelberg, gewählt. Herr Dr. Hollack tritt durch Wahl ebenfalls an die Stelle von Herrn Prof. Büchmann im Ärztekammer-Ausschuß des Südweststaates. Herr Dr. Geiger gibt Auskunft über den Gang der Verhandlungen im Ärztekammer-Ausschuß der vier Kammern des Südweststaates. Sodann berichtet Herr Hermann über die mündliche Verhandlung in der Klage der Ärztekammer Nordbaden gegen das Land Württemberg-Baden wegen Aberkennung der Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts; eine Entscheidung in diesem Prozeß ist vom Verwaltungsgerichtshof in absehbarer Zeit in Aussicht gestellt.

Nach eingehender Debatte werden die neuen Ärztekammerbeiträge für 1952 beschlossen; die Veröffentlichung der Beitragssätze erfolgt im nächsten Ärzteblatt. Ferner beschließt die Delegiertenversammlung, Ärzte, die mit mehr als einem Jahresbeitrag im Rückstand sind, nach dreimaliger Mahnung von der Liste der Mitglieder zu streichen; vor der Streichung ist die zuständige Ärzteschaft zu hören. Auf Beschluß der Delegiertenversammlung werden die Beiträge für

die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wieder in Sammeleinzug übernommen.

In den Kleinen Ehrenrat Karlsruhe wird als Vertreter der Ärzteschaft Pforzheim Herr Dr. Hommel, als Stellvertreter Herr Dr. Otto Treusch gewählt. Als Stellvertreter im Großen Ehrenrat wurden gewählt: Herr Dr. Franz Kremp, Bretten, und Herr Dr. Edmund Tietze, Ettlingen.

Auf Beschluß wird nun für Nordbaden die neue Berufs- und Facharztordnung in der vom 54. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Fassung eingeführt. Der bisherige Facharzt-Ausschuß und alle von ihm ausgesprochenen Anerkennungen werden durch die Kammer bestätigt. Herr Dr. Geiger dankt dem Ausschuß und seinem Vorsitzenden, Herrn Dr. Wysocki für seine bisherige Arbeit. Die Bildung der erforderlichen 2. Instanz macht eine Neubesetzung der 1. Instanz des Facharzt-Ausschusses notwendig. Die Kammer wählt für die 1. Instanz die Herren Dr. Wysocki, Dr. Spannagel und Dr. Hollack, Heidelberg. Dieser Ausschuß wird um einen niedergelassenen Facharzt des betreffenden Faches und einen Vertreter erweitert, der im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät benannt wird. Der Vorsitzende des Facharzt-Ausschusses ist Herr Dr. Wysocki, Heidelberg. Für die 2. Instanz werden die Herren Dr. Nettel, Dr. Böttcher und Dr. Graeff, Mannheim, gewählt; die 2. Instanz wird in gleicher Weise wie die 1. Instanz ergänzt. Die vorgenannten Herren werden miteinander Fühlung nehmen, um der Kammer geeignete Vorschläge für die Beisitzer beider Instanzen vorzulegen.

Ferner wird eine Kommission gebildet, welche die Krankenanstalten bestimmt, die zur Ausbildung von Fachärzten berechtigt sein sollen. Den Stamm dieser Kommission bilden die drei Vorsitzenden der Ärztekammer Nordbaden.

Die Finanzvereinbarung mit dem Marburger Bund wird durch einen Zusatz ergänzt.

Herr Dr. Rist berichtet über die Vorsprache der Kommission, die zur Besprechung mit der LVA bezüglich der Frage der Pneumothoraxfüllungen im Stadt- und Landkreis Karlsruhe von der Kammer gebildet wurde. Der Präsident der LVA hat bei dieser Vorsprache die Zusicherung gegeben, daß eine Benachteiligung der frei praktizierenden Fachärzte für Lungenkrankheiten durch diesen Schritt der LVA nicht beabsichtigt sei und auch nicht eintreten werde. Als positives Ergebnis der Bemühungen der Kammer kann mitgeteilt werden, daß die Beratungsstellen der LVA Listen aller frei praktizierenden Fachärzte für Lungenkrankheiten und Stellen, die zur Nachfüllung berechtigt sind, an die Pneumothoraxträger abgeben werden; den Pneumothoraxträgern steht die Wahl des Arztes frei. Die LVA ist bereit, für jeden Antrag eines Heilverfahrens-Gutachtens den Betrag von DM 1.— an die Ärztekammer zu zahlen. Die Aufteilung auf die einzelnen Ärzte ist der LVA leider nicht möglich. Der erweiterte Vorstand wird ermächtigt, über die Verwendung der eingegangenen Mittel zu entscheiden.

Veränderung von Mitgliedern der Ärztekammer Nordbaden e. V.

in der Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1952

Neu aufgenommen wurden:

Dr. André, Rose-Dorothee, Heidelberg
 Dr. Auer, Bruno, Karlsruhe
 Arzt Bister, Wolfgang, Heidelberg
 Dr. Bohlinger, Fritz, Heidelberg
 Dr. Boltz, Wilhelm, Weinheim
 Dr. Brauner, Helmut, Karlsruhe
 Dr. Dehnert, Johannes, Heidelberg
 Dr. Ebner, Karl, Karlsruhe
 Dr. Eissenbeißer, Hans-Erich, Mannheim
 Dr. Funk, Helmut, Heidelberg
 Dr. Gabel, Heinz, Eubigheim
 Dr. Gattermann, Werner, Karlsruhe

Dr. Hauff, Annemarie, Heidelberg
 Dr. Hellmann, Gisela, Karlsruhe
 Dr. Holzbach, Rupprecht, Heidelberg
 Dr. Kärcher, Karl-Heinz, Mannheim
 Dr. Kettenring, Gerda, Heidelberg
 Dr. Kleinschmidt, Hanns, Heidelberg
 Dr. Koepfel, Franz, Wilhelm, Karlsruhe
 Dr. Löber, Siegfried, Karlsruhe
 Dr. Martin, Lieselotte, Karlsruhe
 Dr. Poschmann, Lucia, Gondelsheim
 Dr. Seitz, Walter, Hardheim
 Dr. Seltenreich, Hans, Karlsruhe
 Dr. Schaal, Marta, Heidelberg
 Dr. Schilling, Helmuth, Dossenheim
 Arzt Staemmler, Joachim, Karlsruhe
 Dr. Taugner, Maria, Heidelberg
 Prof. Dr. Thiessen, Peter, Karlsruhe
 Dr. Traum, Inge, Edingen
 Dr. Zentgraf, Joachim, Heidelberg

Verzogen sind:

Dr. Fink, Heinz, Mannheim
 Dr. Gleixner, Ludwig, Pforzheim
 Dr. Grüter, Joachim, Heidelberg
 Dr. Klasen, Heinz, Heidelberg
 Dr. Lamort, Tilla, Heidelberg
 Dr. Pfaff, Alfred, Karlsruhe
 Dr. Schleith, Klaus, Karlsruhe
 Dr. Trieloff, Wilhelm, Mannheim
 Dr. Zehe, Oswald, Mannheim
 Dr. Zlotnik, Werner, Heidelberg

Ausgetreten sind:

Med.-Rat Dr. Hufnagl, Hanns, Heidelberg

Gestorben sind:

Dr. Bachmann, Oskar, Mannheim
 Dr. Bender, Walther, Heidelberg
 Dr. Ganss, Hermann, Heidelberg
 Dr. Hauger, Otto, Karlsruhe-Rüppurr
 Dr. Kramer, Oscar, Karlsruhe
 Dr. Leininger, Walter, Mosbach
 Dr. Pusch, Gerhard, Bad-Rappenau

Mitgliederstand am 30. September 1952 = 1915

Mannheim, den 1. Oktober 1952.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 46 20

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Kappelrodeck, Kr. Bühl, für einen praktischen Arzt
 Kehl für einen Facharzt für Innere Medizin

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. November 1952) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

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

Landesärztekammer Baden
 Zulassungsausschuß

Urteil des Ehrengerichts der Bezirksärztekammer Baden-Baden

Das Ehrengericht der Bezirksärztekammer Baden-Baden hat am 25. Juni 1952 für Recht erkannt, gegen den praktischen Arzt Dr. Hans Georg Töpfer aus Hörden wegen standeswidrigen Verhaltens, nämlich Entwendung von Rezeptformularen und deren Fälschung, außerdem wegen Verfehlung gegen die Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmitteln, wofür er bereits von einem ordentlichen Gericht rechtskräftig zu einer Gefängnisstrafe von 10 Wochen verurteilt wurde, die höchstmögliche Geldbuße von DM 2000.— zu verhängen.

Der Beklagte ließ sich nach dem Bestehen des Medizinischen Staatsexamens und gleichzeitiger Promotion an der Universität Würzburg und nach einer entsprechenden weiteren Ausbildungszeit 1946 als praktischer Arzt in Hörden nieder. Schon in den Jahren 1943 und 1946 hatte er sich einer Entziehungskur für Rauschgiftsüchtige unterziehen müssen und am 22. Juni 1949 durch das Badische Ministerium des Innern ein Sperrverbot zur Verschreibung opiumhaltiger Präparate erhalten, das heute noch besteht.

Zur Befriedigung seiner Rauschgiftsucht hat Dr. Töpfer dieses Verbot verletzt. Durch Strafbefehl des Badischen Amtsgerichtes in Gernsbach wurde er am 21. Januar 1952 wegen Entwendung von Rezeptformularen und wegen Vergehen gegen die Verordnung über das Verschreiben von Betäu-

bungsmitteln mit 10 Wochen Gefängnis bestraft. Durch Gnadenweis der Staatsanwaltschaft Baden-Baden wurde bedingte Strafaussetzung bewilligt.

Da der Angeklagte sich darüber hinaus gegen seine Berufspflichten vergangen hat (§ 1 der Ehrengerichtsordnung für Ärzte vom 1. Dezember 1949 BGVB. S. 508) wurde durch das Ehrengericht obige Strafe gemäß § 1 Abs. 2 der Ehrengerichtsordnung verhängt.

Von der Feststellung, daß der Angeklagte unwürdig sei, seinen Beruf als Arzt weiter auszuüben, sah das Ehrengericht nochmals ab, um dem Angeklagten die Chance zu lassen, das Gericht davon zu überzeugen, daß er fähig sei, die Rauschgiftsucht zu überwinden.

Doch hielt das Ehrengericht der Schwere der Verfehlung entsprechend und der besonderen Bedeutung des Falles wegen die Veröffentlichung der Entscheidung im Südwestdeutschen Ärzteblatt für erforderlich.

Nachruf

Ende August ist Herr Dr. Egon Müller, praktischer Arzt, Neustadt/Schwarzwald, im Alter von 70 Jahren verstorben.

Kollege Dr. Müller entstammt einer Schwarzwälder Familie. Er hat sich nach seinem Studium in Tübingen, München, Kiel und Erlangen vor 40 Jahren in Neustadt niedergelassen. Seiner Tüchtigkeit als Arzt, seiner steten Hilfsbereitschaft und seinen menschlichen Eigenschaften ist es zuzuschreiben, daß er bald und über Jahrzehnte hinweg über eine umfangreiche und ausgedehnte Stadt- und Landpraxis verfügte. Etwa 20 Jahre lang war er außerdem als Krankenhausarzt in Neustadt tätig.

Kollege Müller hat nicht nur den 1. Weltkrieg von Anfang bis Ende mitgemacht, sondern er war auch noch zu Beginn des 2. Weltkrieges als Sanitätsoffizier tätig.

Bezirksärztekammer Freiburg

ÄRZTLICHE PRESSESTELLE STUTTGART

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 735 51, 735 52 und 735 53

Presseecho zum 55. Deutschen Arztag

Das Presseecho auf den 55. Deutschen Arztag in Berlin ist, soweit es bis heute bereits überblickt werden kann, außerordentlich lebhaft gewesen. Nicht nur in Berlin selbst, wo in fast allen Zeitungen Schlagzeilen auf den ersten Seiten, zum Teil sogar Hauptaufmacher auf den ersten Seiten erschienen sind, sondern auch im Bundesgebiet hat die Presse im allgemeinen sehr günstig und auch recht ausführlich reagiert. Dies gilt sowohl für die Tages- und politische Wochenpresse mit Bundesgeltung als auch für die mittlere und kleinere Presse.

Von der Presse mit Bundesgeltung kann gesagt werden, daß sie wohl ausnahmslos ausführlich nicht nur berichtet, sondern auch kommentiert hat. Zweifellos ist die Vorbereitung durch Pressekonferenzen in Stuttgart, Hannover, Hamburg und Bremen, sowie die vorbereitende Materialversendung durch die erst seit Juli—August voll arbeitsfähige Pressestelle in Bonn nicht unwesentlich an dem publizistischen Erfolg beteiligt. Nach den bisherigen Eingängen haben auch über 20 mittlere und größere Zeitungen von den Matern insbesondere über das „Zahlenverhältnis zwischen Arzt und Bevölkerung in Deutschland“ Gebrauch gemacht.

Viele Zeitungen und darunter vor allem die großen mit ausführlicherem Nachrichtenteil und größerem Raum für politische Angelegenheiten haben sich nicht nur auf den Abdruck eines umfassenden Berichtes beschränkt, sondern haben mehrfach berichtet und sich darüber hinaus in eigenen Kommentaren, Glossen und Leitartikeln für die Ziele der Ärzteschaft eingesetzt.

Mitteilungen der Ärztlichen Pressestelle Stuttgart an Presse und Rundfunk

Wahl von Vertretern der Heilberufe in die Organe der Krankenkassen?

„Es bedeutet eine nicht gerechtfertigte Diskriminierung der Heilberufe, wenn ihnen von vornherein unterstellt wird, daß sie bei der Mitwirkung in den Organen der Sozialversicherungsträger ihre eigenen Interessen und nicht die Interessen der Versicherten wahrnehmen würden“, heißt es in einem Schreiben der „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ an den Bundeswahlbeauftragten für die Wahlen zu den Organen der Sozialversicherungsträger, Bundestagsabgeordneten Arndgen (CDU). Anlaß dieses Schreibens ist die Tatsache, daß bei den Vorbereitungen zu den Wahlen vielfach von Arbeitgeberverbänden die Ansicht vertreten wird, daß Ärzte und andere Angehörige der Heilberufe nicht gewählt werden sollten, weil Interessenkonflikte zu befürchten seien. Die „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ macht demgegenüber darauf aufmerksam, daß die Wahl von Vertretern der Heilberufe in die Organe der Krankenkassen gerade im Interesse der gesundheitlichen Betreuung der Versicherten und im Interesse eines gedeihlichen Verhältnisses der Krankenkassen zu den Heilberufen nur dienlich sein könnte. Im übrigen wird betont, daß ein Ausschluß der Heilberufe von den Wahlen um

In dem gesamten vorliegenden Presseecho ist nur eine einzige negative Kritik zu verzeichnen, und zwar die durch einen Leitartikel von Dr. Baumgarten in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“.

Außer von der Tages- und Wochenpresse ist der 55. Deutsche Arztag auch vom Rundfunk behandelt worden. Nach den vorliegenden Beobachtungen haben alle Sender nicht nur in den Tagesnachrichten den Arztag und seine Thematik erwähnt, sondern auch je nach Programmgestaltung in ihren verschiedenen unter bestimmten Gesichtspunkten immer wiederkehrenden Wortsendungen ausführliche Berichte gebracht. Darüber hinaus sind Reportagen und Interviews vor allem über den RIAS, den NWDR, den Südwestfunk und den Hessischen Rundfunk gesandt worden.

Keine westdeutschen Ärzte nach der Ostzone

Auf Grund der Meldungen einer amerikanischen Nachrichtenagentur erschienen in verschiedenen Tageszeitungen Berichte, wonach das Gesundheitsministerium der Sowjetzonenregierung das Präsidium des Deutschen Arztagessamens eine Entsendung westdeutscher Ärzte in die sowjetische Besatzungszone gebeten haben soll. Es ist festzustellen, daß weder offiziell noch inoffiziell das Präsidium eine derartige Anfrage vom sowjetischen Gesundheitsministerium erhalten hat. Somit haben weder Verhandlungen mit Sowjetzonenvertretern noch mit dem Beauftragten der Bundesrepublik in Berlin über diese Frage stattgefunden. Das Präsidium des Deutschen Arztagessamens würde nur in Fühlungnahme mit den zuständigen Regierungsstellen in Bonn verhandeln.

so ungerechtfertigter wäre, als nicht gleichzeitig auch Interessenkonflikte durch Vertreter der pharmazeutischen Industrie befürchtet wurden, obwohl für Heilmittel zur Zeit von der Krankenversicherung das gleiche ausgegeben wird wie für die gesamte ärztliche Behandlung. 30. 9. 1952.

Unfallkrankenhäuser

In den Presseberichten über die Eröffnung der Privatklinik Dr. Baumann Stuttgart wurde vielfach mitgeteilt, daß diese Klinik neben einer entsprechenden Fachklinik in Bochum das einzige Unfallkrankenhaus in Deutschland sei. Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. sieht sich veranlaßt, auf die Unrichtigkeit dieser Meldung hinzuweisen. Allein in Stuttgart sind folgende Krankenhäuser als Unfallkrankenhäuser vorhanden und zur Durchführung berufsgenossenschaftlicher Heilverfahren zugelassen:

Furtbachkrankenhaus	Olgahelanstalt
Marienhospital	Versorgungskrankenhaus
Robert-Bosch-Krankenhaus	Städt. Krankenhaus Cannstatt,
Wilhelmshospital	Chir. Abt. Friedrich-List-Helm
Katharinenhospital	Städt. Krankenhaus Feuerbach
Karl-Olga-Krankenhaus	

Alle diese Krankenhäuser sind mit Fachärzten besetzt und verfügen über die zu einem Unfallkrankenhaus gehörende Einrichtung. Es muß deshalb der Polizei nahegelegt werden, sich nicht nur die Telefonnummer der Klinik Dr. Baumann zu merken, wie dies in einer Pressemitteilung empfohlen wurde, sondern auch die Telefonanschlüsse sämtlicher soben aufgeführter Krankenhäuser zu notieren, wobei bei Unfällen im allgemeinen das nächstliegende Unfallkrankenhaus aufgesucht wird.

Auch für die Besucher des Cannstatter Volkfestes steht bei etwaigen Unfällen nicht nur die Klinik Dr. Baumann zur Verfügung, wie dies aus einer wenn auch wohl scherzhaft aufzufassende Pressenotiz hervorging. 3. 10. 1952.

Abreise der deutschen Delegierten beim Weltärztebund

Die beiden Delegierten der deutschen Ärzteschaft beim Weltärztebund, Prof. Dr. Neuffer, Stuttgart, und Dr. Röken, Stuttgart, flogen am Sonntag, dem 5. 10. 1952 nach Athen, um an der dort stattfindenden 6. Generalversammlung des Weltärztebundes teilzunehmen. Die beiden deutschen Delegierten werden auf Grund eines Beschlusses des 55. Deutschen Ärztetages die Generalversammlung des Weltärztebundes bitten, dem Schicksal der Kriegsgefangenen in aller Welt ihre Anteilnahme und ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und sich dafür einzusetzen, daß ihre Leiden gelindert und ihnen die Freiheit zurückgegeben werde. 6. 10. 1952.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

36. Woche 1952 — 39. Woche 1952

(31. August 1952 — 27. September 1952)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mißabrend	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebensmittelvergiftung	Bausche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebärmutterentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilsche Krankheit	Qu. Fieber	Enteritis	
																																36.
Nord-Württemberg	36.	N T			10	65	58 8	10 1	52		9	25	12	4	8		1			4						3						1
	37.	N T	1		7	71	59 1	7	24		11	66	22	7	6	2										2					1	
	38.	N T			11	94	60 6	11	45		8	49	12	1	6				1		1				1			1				
	39.	N T			7	123	68 3	17 3	54		7	63	34	4	8	1	3	1	1							9						
Nord-Baden	36.	N T			7	41	48 2	9 1	21	1	11	45	15	1	3	2	1		1						60							
	37.	N T		4	3	34	38 1	2	24	2	6	57	8	1	4										53							
	38.	N T			2	43	63 1	3 2	27	1	3	46	10	1		1																
	39.	N T			3	47	35 2	6 2	14	2	2	40	8		9																	
Süd-Württemberg	36.	N T			2	19	22 2	7	35		35	9		3	1		22															
	37.	N T			4	27	14 1	1 1	1	1	20	10	1	3	2		1										1					
	38.	N T			1	32	13 5	12	31	1	19	4	3	2	1		3	1														
	39.	N T			4	36	10 1	8 2	29		7	5		2	6				1				1									
Süd-Baden	36.	N T			8	27	16 2		56		5	12	7	2		1			1						3							
	37.	N T			5	42	15 3	5	37	1	4	12	2	6	4										4							
	38.	N T			7	29	17 2	6	60	1	5	7	2	4	2	1			4						1							11
	39.	N T			6	55	14 2	5	59		8	13	1	1	1	1			1						2							4

BEI Klinisch erprobt - Biologisch kombinierte Kur

oxymors - *Linthuspomring* -

Die kombinierte, wirksame, milde und wirtschaftliche Oxymors-Kur Wohl schmeckend, daher von Kindern gern genommen. — Vollkommen ungiftig

OXYURIASIS: Erwachsene Nr. 201 - Doppelpackg., Nr. 203 - Kleinpckg. : Täfelchen zum Lutschen, Analpuder; Bestell-Nr. 202

U-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, Rotbühlstr. 75-77 — Ausgabe Oktober 1952. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.