

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

4 (1.4.1954)

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 Borch, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Prof. Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 4

STUTT GART, APRIL 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS 4/54

Wahlordnung für die erste Wahl zur Landesärztekammer	69	Das Medizinisch-Psychologische Institut beim Technischen Überwachungs-Verein Stuttgart e. V., von Dr. med. Artur Grossjohann	80
Ist eine Krankheitsbescheinigung ohne Angabe der Diagnose nicht vollwertig? von Dr. med. M. Mayer	75	Beruskundliches Material über den Arztberuf	83
Erwiderung zu den kritischen Bemerkungen von Herrn Dr. Mayer, von Dr. jur. Haug	76	Kurznachrichten	85
Erlaß des Innenministeriums über die Anzeigepflicht der Beschäftigten der staatlichen Innenverwaltung im Falle der Erkrankung	76	Bekanntmachungen	86
Frischzellentherapie und Carzinombehandlung, von Prof. Dr. med. Reichle	77	Landesbezirk Nord-Württemberg	87
Die praktischen Anwendungsmöglichkeiten des Nelson-Testes, von Dr. med. R. Pfister	78	Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern	89
		Landesbezirk Nordbaden	90
		Landesbezirk Südbaden	91
		Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen für Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern	92
		Abseits	92
		Neue Arzneimittel	92

Am Samstag, den 8. Mai 1954, findet ein **ÄRZTLICHER FORTBILDUNGSTAG** in Stuttgart statt. — Näheres siehe Seite 87

Anordnung

des vorläufigen Kammerausschusses der Landesärztekammer über die erste Wahl zur Landesärztekammer (Wahlordnung) vom 24. 3. 1954

Auf Grund des § 60 Abs. 1 des Gesetzes über die öffentliche Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Dentisten (Kammergesetz) vom 27. Oktober 1953 (GesBl. S. 163) erläßt der vorläufige Kammerausschuß der Landesärztekammer für die erste Wahl der Landesärztekammer folgende

Wahlordnung:

I. Abschnitt

Allgemeines

§ 1

Wahlverfahren

(1) Die Mitglieder der Landesärztekammer werden durch Bezirksdelegierte gewählt (§ 37).

(2) Die Bezirksdelegierten werden in Wahlkreisen und Wahlbezirken gewählt (§ 14).

§ 2

Einteilung des Wahlgebiets

Wahlbezirke sind die Regierungsbezirke. Die Wahlkreise sind aus der Anlage ersichtlich.

II. Abschnitt

Leitung der Wahl

§ 3

Landeswahlausschuß

(1) Für die Wahl der Mitglieder der Landesärztekammer wird ein Landeswahlausschuß mit dem Sitz in Stuttgart gebildet.

(2) Der Landeswahlausschuß besteht aus dem Landeswahlleiter als Vorsitzenden und vier Beisitzern.

(3) Landeswahlleiter ist der Vorsitzende des vorläufigen Kammerausschusses der Landesärztekammer. Als Beisitzer werden vom vorläufigen Kammerausschuß je ein wahlberechtigter Arzt aus jedem Wahlbezirk gewählt.

§ 4

Aufgaben des Landeswahlausschusses

(1) Der Landeswahlausschuß bestimmt den Tag der Wahl der Bezirksdelegierten und gem. § 37 Abs. 1 die Zahl der von diesen zu wählenden Mitglieder der Landesärztekammer sowie den Zeitpunkt, bis zu dem die Bezirksdelegierten die Mitglieder der Landesärztekammer gewählt haben müssen.

(2) Er prüft die Vorschriftsmäßigkeit der Wahl zur Landesärztekammer, entscheidet über Einsprachen und macht das Wahlergebnis bekannt.

§ 5

Bezirkswahlausschuß

(1) Für jeden Wahlbezirk wird ein Bezirkswahlausschuß gebildet.

(2) Dieser besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzenden (Bezirkswahlleiter) und vier Beisitzern.

(3) Bezirkswahlleiter ist der Vorsitzende der im Wahlbezirk bestehenden Berufsvertretung der Ärzte. Die Beisitzer werden vom Vorstand dieser Berufsvertretung aus den im Wahlbezirk wahlberechtigten Ärzten berufen.

§ 6

Aufgaben des Bezirkswahlausschusses

Der Bezirkswahlausschuß hat

1. die wahlberechtigten Ärzte sowie die Zahl der in den einzelnen Wahlkreisen und im Wahlbezirk zu wählenden Bezirksdelegierten festzustellen,
2. über die Zulassung von Wahlvorschlägen für die Bezirksliste zu entscheiden,
3. die Vorschriftsmäßigkeit der Wahl der Bezirksdelegierten zu prüfen und über Einwendungen gegen deren Wahl zu entscheiden,
4. das Ergebnis der Wahl der Bezirksdelegierten festzustellen und bekanntzugeben.

§ 7

Berufung und Aufgaben des Kreiswahlausschusses

(1) Für jeden Wahlkreis wird ein Kreiswahlausschuß gebildet.

(2) Der Kreiswahlausschuß besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzenden (Kreiswahlleiter) und 2 Beisitzern.

(3) Kreiswahlleiter ist der Vorsitzende der im Wahlkreis bestehenden Berufsvertretung der Ärzte. Die Beisitzer werden vom Vorstand dieser Berufsvertretung aus den im Wahlkreis wahlberechtigten Ärzten berufen.

§ 8

Verfahren der Wahlausschüsse

(1) Die Wahlausschüsse sind bei Anwesenheit des Wahlleiters und zweier Beisitzer beschlußfähig. Die Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefaßt, bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Die vorbereitenden Verfügungen werden vom Wahlleiter allein erlassen.

(3) Die Bekanntmachungen erfolgen im Südwestdeutschen Arzteblatt oder unmittelbar an alle wahlberechtigten Ärzte.

III. Abschnitt

Feststellung der Wahlberechtigten

§ 9

Wahlberechtigte und wählbare Ärzte

(1) Wahlberechtigt und wählbar sind alle Ärzte, die

1. Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind,
2. zur Ausübung ihres Berufes öffentlich ermächtigt sind und
3. im Kammerbereich ihren Wohnsitz haben oder, sofern sie ihren Beruf nicht an ihrem Wohnsitz ausüben, im Kammerbereich beruflich tätig sind.

(2) Ausgenommen von Wahlrecht und Wählbarkeit sind solche Ärzte, deren Wahlrecht nach § 12 des Kammergesetzes verlorengegangen ist.

(3) Ärzte, die ihren Beruf nicht mehr ausüben, können auf Wahlrecht und Wählbarkeit beim Bezirkswahlausschuß schriftlich verzichten.

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

§ 10

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

Der Bezirkswahlleiter läßt erforderlichenfalls mit Hilfe der Gesundheitsämter Listen der wahlberechtigten Ärzte (§ 9) für jeden Wahlkreis in doppelter Fertigung herstellen und sorgt dafür, daß

1. im Geschäftszimmer der ärztlichen Berufsvertretung des Wahlbezirks die Wählerlisten sämtlicher Wahlkreise des Bezirks aufgelegt werden,
2. in jedem Wahlkreis die Wählerliste 14 Tage lang zur Einsichtnahme durch die wahlberechtigten Ärzte aufgelegt wird,
3. die Auflegung mit Angabe des Ortes der Auflegung sowie des Beginns und Endes der Auflegungsfrist bekanntgemacht wird.

§ 11

Einsprachen gegen die Wählerliste

(1) Die wahlberechtigten Ärzte können während der Zeit, in der die Wählerlisten aufliegen, wegen Übergehung Wahlberechtigter oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter Einspruch erheben.

(2) Einsprachen sind schriftlich an den Bezirkswahlausschuß zu richten.

(3) Der Bezirkswahlausschuß entscheidet binnen zwei Wochen nach Ablauf der Auflegungsfrist über die Einsprachen, nimmt die erforderlichen Berichtigungen der Wählerlisten vor und setzt die Beteiligten von der getroffenen Entscheidung in Kenntnis.

§ 12

Abschluß der Wählerlisten

(1) Der Vorsitzende des Kreiswahlausschusses (§ 7) schließt die Listen nach dem Ablauf der Auflegungsfrist mit einem urkundlichen Vermerk über die erfolgte Auflegung ab und übersendet sie dem Bezirkswahlausschuß.

(2) Die berichtigten Wählerlisten werden vom Bezirkswahlausschuß abgeschlossen und vom Bezirkswahlleiter beurkundet.

(3) Von den abgeschlossenen Wählerlisten wird eine Fertigung den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse als Unterlage für die Abstimmung übersandt.

IV. Abschnitt

Durchführung der Wahl der Bezirksdelegierten

§ 13

Wahlorte

Wahlorte sind die Kreisstädte, nach denen die Wahlkreise benannt sind. Der Bezirkswahlausschuß kann eine abweichende Regelung treffen.

§ 14

Zahl der zu wählenden Bezirksdelegierten und Ersatzmänner

(1) Zu wählen sind jeweils in einem Wahlgang in jedem Wahlkreis bis zu 80 wahlberechtigten Ärzten 1 Bezirksdelegierter und 1 Ersatzmann. In Wahlkreisen mit mehr als 80 wahlberechtigten Ärzten entfällt auf je weitere 80 ein weiterer Delegierter und Ersatzmann. Dabei wird ein Rest von 41 und mehr Wahlberechtigten als volle 80 gerechnet.

(2) Neben den Vertretern der Wahlkreise sind auf eine Bezirksliste auf je 300 wahlberechtigte Ärzte des Wahlbezirks ein weiterer Delegierter und je zwei Ersatzmänner aus den im Wahlbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzten zu wählen. Dabei wird ein Rest von 151 und mehr Wahlberechtigten als volle 300 gerechnet.

§ 15

Anberaumung der Wahl

Der Bezirkswahlausschuß macht den vom Landeswahlausschuß bestimmten Wahltag bekannt und fordert zur Einreichung von Wahlvorschlägen für die Bezirksliste auf.

§ 16

Inhalt der Wahlvorschläge für die Bezirksliste

(1) Für die Bezirksliste sind Wahlvorschläge aufzustellen. Diese dürfen höchstens so viele Namen wählbarer Ärzte enthalten, wie Bezirksdelegierte und Ersatzmänner zu wählen sind. Ein und derselbe Bewerber darf nur auf einem dieser Wahlvorschläge stehen.

(2) Die als Bezirksdelegierte und Ersatzmänner vorgeschlagenen sind in erkennbarer Reihenfolge, oben die Bezirksdelegierten und darunter die Ersatzmänner, aufzuführen und so deutlich zu bezeichnen, daß über ihre Person kein Zweifel besteht.

§ 17

Form, Kennwort und Belege

Der Wahlvorschlag der Bezirksliste muß von mindestens 20 im Wahlbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzten mit Angabe des Vor- und Familiennamens sowie der Anschrift unterzeichnet sein. Der erste Unterzeichnete gilt als Vertreter der Gruppe, welche den Wahlvorschlag vorlegt. Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden

Vorgeschlagenen beizufügen, daß er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt. Der Vorgeschlagene darf seine Zustimmung nur zu einem Wahlvorschlag der Bezirksliste erteilen.

§ 18

Einreichungsfrist

(1) Die Wahlvorschläge für die Bezirksliste sind beim Bezirkswahlleiter (§ 5) so zeitig einzureichen, daß zwischen dem Tag des Eingangs und dem Wahltag ein Zeitraum von 14 vollen Tagen liegt. Sie müssen am letzten Tag, an dem sie eingereicht werden können, spätestens bis 18 Uhr abgegeben sein.

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

§ 19

Zulassung und Bekanntmachung

(1) Der Bezirkswahlleiter prüft die eingereichten Wahlvorschläge und veranlaßt die Beseitigung etwaiger Mängel.

(2) Alsdann entscheidet der Bezirkswahlausschuß über die Zulassung der Wahlvorschläge und macht die zugelassenen Wahlvorschläge bekannt.

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

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

§ 20

Wahlvorschläge für die Wahl der Kreisvertreter

(1) Für die Wahl der Bezirksdelegierten, welche Vertreter der Kreise sind (§ 14 Abs. 1) gelten die Vorschriften in den §§ 16—18 nicht. Es können aber gleichwohl Wahlvorschläge aufgestellt und veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung soll möglichst bald nach der Anberaumung der Wahl (§ 15) erfolgen.

(2) Die Wahlvorschläge sind dem Kreiswahlleiter mitzuteilen.

§ 21

Form der Stimmzettel für die Bezirksliste

(1) Auf den Stimmzettel zur Bezirksliste (§ 14 Abs. 2) sind so viele Ärzte, wie Bezirksdelegierte und Ersatzmänner zu wählen sind, in erkennbarer Reihenfolge, oben die Bezirksdelegierten und darunter die Ersatzmänner, aufzuführen und so deutlich zu kennzeichnen, daß über ihre Person kein Zweifel bestehen kann.

(2) Die Stimmzettel dürfen nur die Namen in der gleichen Reihenfolge enthalten, die auf dem zugelassenen Wahlvorschlag stehen.

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

(4) Die Stimmzettel sind von den Wählergruppen, deren Wahlvorschläge zugelassen sind, gedruckt oder durch sonstige Vervielfältigungen hergestellt, auszugeben.

§ 22

Stimmzettel für die Wahl der Kreisvertreter

(1) Für die Wahl der Kreisvertreter (§ 14 Abs. 1) sollen die Stimmzettel nicht mehr Namen enthalten, als Delegierte und Ersatzmänner zu wählen sind. Der Wähler ist an etwa veröffentlichte Wahlvorschläge (§ 20) nicht gebunden.

(2) Die an 1. Stelle Genannten gelten als Bezirksdelegierte, die nachfolgend Genannten als Ersatzmänner.

§ 23

Ort und Leitung der Abstimmung

(1) Die Abstimmung findet in den Wahlkreisen an den für sie bestimmten Wahlorten (§ 13) statt.

(2) Die Wahl wird vom Kreiswahlausschuß geleitet.

(3) Die Wahlzeit und das Wahllokal gibt der Bezirkswahlausschuß rechtzeitig bekannt. Die Wahlzeit muß mindestens 4 Stunden betragen, jedoch darf die Abstimmung geschlossen werden, wenn sämtliche Wahlberechtigten abgestimmt haben.

§ 24

Persönliche Abstimmung

Die Wahlberechtigten stimmen ab, indem sie jeweils einen Stimmzettel in einen vom Kreiswahlausschuß gelieferten, gestempelten und mit der Aufschrift „Kreisvertreter“ bzw. „Bezirksliste“ versehenen Umschlag legen, die Umschläge verschließen und dem Kreiswahlleiter übergeben, der sie in die Wahlurne legt, nachdem zuvor der Name des Abstimmenden in der Wählerliste (§ 12 Abs. 3) mit einem Vermerk über seine Abstimmung versehen worden ist.

§ 25

Briefliche Abstimmung

(1) Die Wahlberechtigten können auch innerhalb der Frist, die zwischen der Bekanntmachung der Wahlvorschläge für die Bezirksliste (§ 19 Abs. 4) und dem Ende der Wahlzeit liegt, in der Weise abstimmen, daß sie ihre Stimmzettel (§§ 21, 22) in gestempelte Wahlumschläge (§ 24) legen und die beiden Wahlumschläge verschlossen und ohne Kennzeichnung zusammen mit einem Begleitschreiben dem Kreiswahlleiter gebührenfrei übersenden. Das Begleitschreiben kann sich auf die Angabe des Vor- und Familiennamens sowie des Wohnortes (in größeren Städten mit Straße und Hausnummer) des Abstimmenden beschränken; die Angaben müssen aber so deutlich sein, daß über die Person des Abstimmenden kein Zweifel besteht (Aufdruck des Arztstempels erwünscht!).

(2) Der Briefumschlag soll links unter der Anschrift des Kreiswahlleiters den Vermerk „Ärztammerwahl“ tragen.

(3) Auf das Begleitschreiben (Abs. 1) kann verzichtet werden, wenn die Übersendung der beiden verschlossenen Wahlumschläge in einem vom Kreiswahlausschuß gelieferten vorbereiteten Wahlumschlag erfolgt, der auf der Rückseite bereits mit Namen und Anschrift des wahlberechtigten Absenders sowie auf der Vorderseite mit der Anschrift des Kreiswahlleiters versehen ist.

(4) Die Stimmbriefe müssen spätestens bis zum Ende der Wahlzeit (§ 23) beim Kreiswahlleiter abgegeben sein.

§ 26

Verzeichnung des Eingangs der Stimmbriefe

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

§ 27

Einbringung des Stimmbriefinhalts in die Wahlurne

(1) Am Wahltag werden die rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe (§ 25 Abs. 4) im Anschluß an die persönliche Abstimmung geöffnet und die darin liegenden Wahlumschläge von dem Kreiswahlleiter in die Wahlurne (§ 24) gelegt, nachdem zuvor die Namen der Abstimmenden (§ 25 Abs. 1, 3) festgestellt, in der Wählerliste (§ 12 Abs. 3) aufgefunden und mit einem Vermerk über ihre Abstimmung versehen worden sind.

(2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht des Stimmbriefabsenders Zweifel bestehen oder der Inhalt des Stimmbriefes den Anforderungen im § 25 Abs. 1, 3 nicht entspricht, so entscheidet der Kreiswahlausschuß über die Gültigkeit der Abstimmung.

(3) Die Entscheidung des Kreiswahlausschusses und die Anstände, über die sie getroffen worden ist, werden in der Stimmbriefliste (§ 26) vermerkt. Die nicht rechtzeitig eingelaufenen Stimmbriefe und, im Falle des Abs. 2, die in den beanstandeten Stimmbriefen enthaltenen Wahlumschläge werden der Liste ungeöffnet beigelegt; den Wahlumschlägen sind die Begleitschreiben und die geöffneten Stimmbriefumschläge anzuheften.

V. Abschnitt

Feststellung des Wahlergebnisses

§ 28

Beendigung des Wahlaktes und Öffnen der Wahlurnen

(1) Nach Ablauf der festgesetzten Wahlzeit oder wenn sämtliche Wahlberechtigten ihr Wahlrecht ausgeübt haben, erklärt der Kreiswahlleiter die Wahlhandlung für geschlossen.

(2) Die Wahlurnen dürfen erst nach Beendigung der Wahlhandlung zum Zwecke der Stimmzählung geöffnet werden.

§ 29

Ermittlung des Ergebnisses

(1) Das Wahlergebnis wird, soweit eine Stimmenabgabe stattgefunden hat (§ 19, 3) in einer an die Wahl sich anschließenden Sitzung des Kreiswahlausschusses festgestellt.

(2) Die Umschläge werden aus den Wahlurnen genommen und ungeöffnet gezählt, ihre Zahl wird mit der gleichfalls festzustellenden Zahl der Wähler, deren Namen in der Wählerliste mit Abstimmungsvermerken versehen sind (§ 24 und § 27 Abs. 1) verglichen.

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

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

§ 30

Weiteres Verfahren bei der Wahl der Kreisvertreter

(1) Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl der Kreisvertreter (§ 14 Abs. 1) verzeichnet der Schriftführer in der Zählliste die auf jeden Namen gefallenen Stimmen in zwei gesonderten Spalten, je nachdem der Name eine Stimme an erster oder zweiter Stelle erhalten hat und zählt die Stimmen laut. Das andere Ausschußmitglied führt gleichzeitig eine Gegenliste.

(2) Ungültig sind Stimmzettel,

1. die sich nicht in einem gestempelten Umschlag befinden (§ 24),
2. bei denen Zweifel über die Person oder die Reihenfolge der Bezeichneten 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) Ungültig sind Stimmzettel, die mehr Namen enthalten, als Kreisvertreter und Ersatzmänner zu wählen sind.

(5) Gewählt ist:

1. als Bezirksdelegierter, wer die meisten Stimmen an erster Stelle erhalten hat,
2. als Ersatzmann, wer, von dem nach Ziff. 1 Gewählten abgesehen, die meisten Stimmen an erster und zweiter Stelle zusammen hat.

(6) Sind mehrere Kreisvertreter zu wählen, so ist als weiterer (zweiter, dritter usw.) Bezirksdelegierter gewählt, wer nach dem zunächst gewählten Bezirksdelegierten die meisten Stimmen an erster Stelle erhalten hat. Hinsichtlich der weiteren Ersatzmänner findet die im vorhergehenden Absatz getroffene Regelung sinngemäß Anwendung.

(7) Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

§ 31

Weiteres Verfahren bei der Wahl zur Bezirksliste

(1) Zur Feststellung des Ergebnisses der Wahl zur Bezirksliste stellt der Kreiswahlleiter bei jedem ihm überreichten Stimmzettel fest, von welcher Wählergruppe er ausgeht (§ 21 Abs. 4) und gibt das Ergebnis dieser Feststellung bekannt. Die Ausschußmitglieder sammeln die auf die einzelnen Wahlvorschläge gefallenen Stimmzettel, die für jeden Wahlvorschlag besonders von einem Ausschußmitglied 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 Ausschußmitgliedes in einer Gegenliste.

(2) Ungültig sind Stimmzettel,

1. die sich nicht in einem gestempelten Umschlag (§ 24) befinden,
2. bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist,
3. die nicht mit einem zugelassenen Wahlvorschlag für die Bezirksliste übereinstimmen.

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

§ 32

Inhalt und Beilagen

(1) Über die Einbringung der brieflich eingelaufenen Stimmzettel in die Wahlurnen (§ 27), die Abstimmung (§ 24) und die Feststellung des Wahlergebnisses (§§ 29–31) ist eine Niederschrift aufzunehmen und nach Abschluß von den Mitgliedern des Kreiswahlausschusses zu unterzeichnen (Wahl-niederschrift).

(2) Der Niederschrift sind die Wählerliste (§ 12 Abs. 3) und die als ungültig erklärten Stimmzettel nebst Umschlägen beizulegen.

§ 33

Einsendung an den Bezirkswahlausschuß

Die Wahl-niederschriften sind alsbald vom Kreiswahlleiter samt ihren Belegen als eingeschriebene Postsendung an den Bezirkswahlausschuß einzusenden oder gegen Empfangsbestätigung abzuliefern.

VI. Abschnitt

Prüfung und Verkündung des Wahlergebnisses

§ 34

Prüfung und Ungültigkeit der Wahl

(1) Der Bezirkswahlausschuß prüft an Hand der übersandten Wahlakten die Vorschriftsmäßigkeit der vorgenommenen Wahlen und entscheidet über die Anerkennung und die Gültigkeit. In gleicher Weise verfährt der Landeswahlausschuß hinsichtlich der Wahlen zur Landesärztekammer.

(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) Ergibt die Prüfung die Ungültigkeit einer Wahl, so ist nach § 48 zu verfahren.

§ 35

Verteilung der Sitze der Bezirksliste

(1) Der Bezirkswahlausschuß stellt auf Grund der Wahl-niederschrift die auf die einzelnen Wahlvorschläge zur Bezirksliste entfallenden Gesamtstimmenzahlen fest. Diese werden nacheinander durch eins, zwei, drei, vier usw. geteilt. Von den sich ergebenden Teilzahlen werden so viele Höchstzahlen der Größe nach ausgesondert wie Bezirksdelegierte zu wählen sind.

(2) Jeder Wahlvorschlag erhält so viele Sitze, wie auf ihn Höchstzahlen (Abs. 1) entfallen. Wenn die an letzter Stelle stehende Höchstzahl auf mehr als einen Wahlvorschlag zugleich entfällt, entscheidet das Los. Jeder Wahlvorschlag erhält doppelt so viele Ersatzmännerstellen, wie er Sitze erhalten hat.

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

(4) Wer gleichzeitig auf der Bezirksliste und als Kreisvertreter gewählt ist, gilt als Kreisvertreter und scheidet für die Verteilung der Sitze der Bezirksliste aus. Das gleiche gilt für gewählte Stellvertreter bzw. Ersatzmänner.

§ 36

Verkündung

(1) Das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahlen in den Wahlkreisen und Wahlbezirken sowie die Namen der gewählten Bezirksdelegierten und ihrer Ersatzmänner werden vom Bezirkswahlleiter bekanntgegeben (§ 6).

(2) Außerdem setzt der Bezirkswahlleiter die Gewählten schriftlich von ihrer Wahl unter Hinweis darauf in Kenntnis, daß sie zur Annahme der Wahl und Wahrnehmung ihres Amtes als Delegierte bzw. Ersatzmänner verpflichtet sind (§ 14 Abs. 1 Kammergesetz).

VII. Abschnitt

Durchführung der Wahl zur Landesärztekammer

§ 37

Zahl der Mitglieder der Landesärztekammer

(1) Auf je 200 wahlberechtigte Ärzte eines Wahlbezirks wählen die Bezirksdelegierten ein Mitglied der Landesärzte-

kammer. Dabei wird ein Rest von 101 und mehr Wahlberechtigten als volle 200 gerechnet.

(2) Für die Kammermitglieder ist die gleiche Zahl von Ersatzmännern zu wählen.

(3) Zu den nach Abs. 1 gewählten Kammermitgliedern tritt je ein Vertreter jeder Universität des Landes hinzu (§ 44 Abs. 2).

§ 38

Vorbereitung und Durchführung der Wahl

Die Wahl zur Landesärztekammer wird von dem jeweils zuständigen Bezirkswahlausschuß vorbereitet. Sie erfolgt in der ersten Bezirksdelegiertenversammlung, zu welcher der Bezirkswahlausschuß die neugewählten Bezirksdelegierten (§ 36) mit 14tägiger Frist einlädt. In der Einladung ist die vom Landeswahlausschuß festgesetzte Zahl der zu wählenden Kammermitglieder und ihrer Ersatzmänner (§ 4 Abs. 1) anzugeben.

§ 39

Wählbarkeit

Als Kammermitglied kann jeder im Wahlbezirk wohnende wahlberechtigte Arzt (§ 9) gewählt werden.

§ 40

Wahlvorschläge

Die Wahlvorschläge können schriftlich oder mündlich in der Wahlversammlung (§ 38 Satz 2) gemacht werden. Sie bedürfen der Unterstützung durch mindestens 5 Bezirksdelegierte.

§ 41

Leitung der Wahl

Die Wahlversammlung (§ 38 Satz 2) wird von dem Leiter des Bezirkswahlausschusses, in seiner Verhinderung von dem ältesten anwesenden Bezirksdelegierten, geleitet.

§ 42

Persönliche Abstimmung

(1) Für die Wahl zur Landesärztekammer ist nur persönliche Abstimmung zulässig.

(2) An Stelle eines wahlberechtigten Bezirksdelegierten kann sein Ersatzmann (§ 36) abstimmen, wenn der Wahlberechtigte an der Ausübung der Wahl verhindert ist und dies schriftlich dem Leiter des Bezirkswahlausschusses mitgeteilt hat.

§ 43

Art der Wahl

(1) Die Wahl zur Landesärztekammer wird nach dem Mehrheitswahlsystem in geheimer Abstimmung durchgeführt. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stichwahl, dann das Los.

(2) Als Ersatzmänner gelten diejenigen gewählt, die nach den als Kammermitglieder Gewählten die höchste Stimmenzahl erreicht haben.

§ 44

Feststellung des Wahlergebnisses

(1) Das Ergebnis der Wahl wird von dem Leiter der Wahlversammlung festgestellt und unverzüglich dem Leiter des Landeswahlausschusses unter Angabe von Namen und Anschrift der Gewählten mitgeteilt.

(2) Die medizinischen Fakultäten der Universitäten des Landes teilen dem Landeswahlausschuß auf Aufforderung die von ihnen gemäß § 9 Abs. 2 und § 13 des Kammergesetzes gewählten Kammermitglieder mit.

§ 45

Verkündung

Nach Überprüfung und Bestätigung der Vorschriftsmäßigkeit der Wahl zur Landesärztekammer durch den Landeswahlausschuß (§ 4 Abs. 2) setzt der Landeswahlleiter die Gewählten schriftlich von ihrer Wahl als Kammermitglieder bzw. Ersatzmänner unter Hinweis darauf in Kenntnis, daß sie zur Annahme der Wahl und Wahrnehmung ihres Amtes verpflichtet sind (§ 14 Abs. 1 Kammergesetz). Gleichzeitig veranlaßt der Landeswahlleiter die in § 4 vorgesehene Bekanntgabe des Wahlergebnisses.

VIII. Abschnitt

Wahlanfechtung

§ 46

Anbringung, Bescheidung und Rechtsmittel

(1) Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahlen in den Wahlkreisen und dem Wahlbezirk können von den wahlberechtigten Ärzten binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses beim Bezirkswahlausschuß angebracht werden.

(2) Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahlen zur Landesärztekammer können von den wahlberechtigten Bezirksdelegierten binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses beim Landeswahlausschuß angebracht werden.

(3) Die Einwendungen werden vom Bezirkswahlausschuß bzw. vom Landeswahlausschuß entschieden.

(4) Gegen die Entscheidung ist binnen einer Ausschlussfrist von zwei Wochen der Einspruch zulässig. Über den Einspruch entscheidet der Bezirkswahlausschuß, der die angefochtene Entscheidung getroffen hat; ist die Entscheidung vom Landeswahlausschuß getroffen, so erläßt dieser den Einspruchsbescheid. Die verwaltungsgerichtliche Nachprüfung von Entscheidungen der Bezirkswahlausschüsse und des Landeswahlausschusses bestimmt sich nach den allgemein geltenden Vorschriften.

§ 47

Verkündung von Änderungen des Wahlergebnisses

Änderungen des Wahlergebnisses, zu denen eine Entscheidung nach § 46 führt, werden in derselben Weise wie die Wahlergebnisse bekanntgemacht (§ 8 Abs. 3).

§ 48

Neuwahl bei Ungültigkeit einer Wahl

Wird die Wahl in einem Wahlbezirk für ungültig erklärt (vgl. auch § 34), so hat dort eine Neuwahl stattzufinden. Diese ist binnen einer Woche auszuschreiben.

IX. Abschnitt

Wahlakten

§ 49

Aufbewahrung der Wahlakten

Die Akten über die Wahlen zur Landesärztekammer sind bei der Landesärztekammer bis zum Ablauf der Wahlperiode aufzubewahren.

X. Abschnitt

Bekanntmachung und Inkrafttreten der Wahlordnung

§ 50

Bekanntmachung und Inkrafttreten der Wahlordnung

(1) Diese Wahlordnung wird im Südwestdeutschen Ärzteblatt bekanntgemacht.

(2) Die Wahlordnung tritt mit dem Tage der Bekanntmachung in Kraft.

Stuttgart, den 24. März 1954

gez.: Prof. Dr. Neuffer
Dr. Schwoerer
Dr. Dobler
Dr. Knospe
Dr. Borck
Dr. Bihl

Dr. Rist
Dr. Geiger
Dr. Hollidack
Prof. Dr. Kraske
Dr. Villinger

Genehmigt

Stuttgart, den 1. April 1954

Stempel:

Innenministerium Baden-Württemberg
Baden-Württemberg
9

Innenministerium Baden-Württemberg
In Vertretung
gez.: Dr. Fetzer

Anlage zu § 2 der Wahlordnung

Zusammenstellung der Wahlbezirke und Wahlkreise

A. Der Wahlbezirk Nordbaden umfaßt folgende Wahlkreise:

I	Mannheim	für Stadt- und Landkreis	Mannheim	Wahlort:	Mannheim
II	Heidelberg	" " " "	Heidelberg	"	Heidelberg
III	Karlsruhe	" " " "	Karlsruhe u. Bruchsal	"	Karlsruhe
IV	Pforzheim	" " " "	Pforzheim	"	Pforzheim
V	Buchen	für " "	Buchen	"	Buchen
VI	Mosbach	" " " "	Mosbach	"	Mosbach
VII	Sinsheim	" " " "	Sinsheim	"	Sinsheim
VIII	Tauberbischofsheim	" " " "	Tauberbischofsheim	"	Tauberbischofsheim

B. Der Wahlbezirk Südbaden umfaßt folgende Wahlkreise:

I	Baden-Baden	für Landkreis	Baden-Baden	Wahlort:	Baden-Baden
II	Bühl	" " " "	Bühl	"	Bühl
III	Rastatt	" " " "	Rastatt	"	Rastatt
IV	Freiburg	" Stadtkreis	Freiburg	"	Freiburg
V	Freiburg	" Landkreis	Freiburg	"	Freiburg
VI	Emmendingen	" " " "	Emmendingen	"	Emmendingen
VII	Neustadt	" " " "	Neustadt	"	Neustadt
VIII	Müllheim	" " " "	Müllheim	"	Müllheim
IX	Offenburg	" " " "	Offenburg	"	Offenburg
X	Lahr	" " " "	Lahr	"	Lahr
XI	Kehl	" " " "	Kehl	"	Kehl
XII	Wolfach	" " " "	Wolfach	"	Wolfach
XIII	Lörrach	" " " "	Lörrach	"	Lörrach
XIV	Waldshut	" " " "	Waldshut	"	Waldshut
XV	Säckingen	" " " "	Säckingen	"	Säckingen
XVI	Donaueschingen	" " " "	Donaueschingen	"	Donaueschingen
XVII	Villingen	" " " "	Villingen	"	Villingen
XVIII	Konstanz	" Stadt	Konstanz	"	Konstanz
XIX	Konstanz	" Landkreis	Konstanz (ohne Stadt Konstanz)	"	Konstanz
XX	Stockach	" " " "	Stockach	"	Stockach
XXI	Überlingen	" " " "	Überlingen	"	Überlingen

C. Der Wahlbezirk Nordwürttemberg umfaßt folgende Wahlkreise:

I	Aalen	für Landkreis	Aalen	Wahlort:	Aalen
II	Backnang	" " " "	Backnang	"	Backnang
III	Böblingen	" " " "	Böblingen	"	Böblingen
IV	Crailsheim	" " " "	Crailsheim	"	Crailsheim
V	Eßlingen	" " " "	Eßlingen	"	Eßlingen
VI	Schw. Gmünd	" " " "	Schw. Gmünd	"	Schw. Gmünd
VII	Göppingen	" " " "	Göppingen	"	Göppingen
VIII	Schw. Hall	" " " "	Schw. Hall	"	Schw. Hall
IX	Heidenheim	" " " "	Heidenheim	"	Heidenheim
X	Heilbronn	für Stadt- und	Heilbronn	"	Heilbronn
XI	Künzelsau	für " "	Künzelsau	"	Künzelsau
XII	Leonberg	" " " "	Leonberg	"	Leonberg
XIII	Ludwigsburg	" " " "	Ludwigsburg	"	Ludwigsburg
XIV	Mergentheim	" " " "	Mergentheim	"	Mergentheim
XV	Nürtingen	" " " "	Nürtingen	"	Nürtingen
XVI	Ohringen	" " " "	Ohringen	"	Ohringen
XVII	Stuttgart	" Stadtkreis	Stuttgart	"	Stuttgart
XVIII	Ulm	für Stadt- und Landkreis	Ulm	"	Ulm
XIX	Vaihingen/Enz	für " "	Vaihingen/Enz	"	Vaihingen/Enz
XX	Waiblingen	" " " "	Waiblingen	"	Waiblingen

D. Der Wahlbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern umfaßt folgende Wahlkreise:

I	Tübingen	für Landkreis	Tübingen	Wahlort:	Tübingen
II	Balingen	" " " "	Balingen	"	Balingen
III	Biberach	" " " "	Biberach	"	Biberach
IV	Calw	" " " "	Calw	"	Calw
V	Ehingen	" " " "	Ehingen	"	Ehingen
VI	Freudenstadt	" " " "	Freudenstadt	"	Freudenstadt
VII	Hechingen	" " " "	Hechingen	"	Hechingen
VIII	Sigmaringen	" " " "	Sigmaringen	"	Sigmaringen
IX	Horb	" " " "	Horb	"	Sulz
X	Münsingen	" " " "	Münsingen	"	Münsingen
XI	Ravensburg	" " " "	Ravensburg	"	Ravensburg
XII	Reutlingen	" " " "	Reutlingen	"	Reutlingen
XIII	Rottweil	" " " "	Rottweil	"	Rottweil
XIV	Saulgau	" " " "	Saulgau	"	Saulgau
XV	Tettngau	" " " "	Tettngau	"	Tettngau
XVI	Tuttlingen	" " " "	Tuttlingen	"	Tuttlingen
XVII	Wangen	" " " "	Wangen	"	Wangen

Ist eine Krankheitsbescheinigung ohne Angabe der Diagnose nicht vollwertig?

Kritische Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. jur. Friedrich Haug in Heft 2/54

„Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber“. — Von Dr. med. Manfred Mayer

Die Ausführungen von Herrn Dr. Haug sind insofern wertvoll und begrüßenswert, als sie dem Arzt ein klares Bild über die Rechtsfragen vermitteln, die sich bei der Ausstellung von Krankheitsbescheinigungen ergeben. Sie lassen aber auch erkennen, wie wenig mitunter eine völlig korrekte, formale Rechtsauffassung den tatsächlichen Belangen des Arzt—Patientenverhältnisses gerecht zu werden vermag. In der täglichen Praxis bewegt sich der Arzt in einem Vorfeld, in dem die Entscheidung im Einzelfall im Sinne von Herrn Dr. Haug zweifellos oft die einfachste wäre. Sie würde jedoch den ärztlichen Grundsätzen dann häufig nicht entsprechen.

Das Vertrauen des Kranken zu seinem Arzt braucht in seiner Bedeutung in diesem Rahmen nicht näher umschrieben zu werden. Es zu rechtfertigen und zu erhalten, war zu allen Zeiten bestimmend für das ärztliche Handeln. Die Schweigepflicht wird hier zum Schweigerecht, einem Recht, von dem der Arzt stets nach freier Gewissensentscheidung Gebrauch machen wird, wenn das Wohl des Kranken das höhere Rechtsgut ist. Der Schweigepflichtparagraph des Strafgesetzbuches gibt in vielen Fällen die rechtliche Möglichkeit, nach diesem Prinzip ohne weiteres zu verfahren. Theoretisch gilt dies auch bei der Ausstellung von Krankheitsbescheinigungen für den Arbeitgeber, wenn eine Entbindung von der Schweigepflicht durch den Kranken nicht erfolgt. Praktisch fehlt dem Kranken jedoch in dieser Situation im allgemeinen die Möglichkeit einer freien Entscheidung, insbesondere dann, wenn er die Art seiner Erkrankung als ärztliches Geheimnis gewahrt wissen möchte. Legt er eine Krankheitsbescheinigung ohne Diagnose vor, so begibt er sich außerhalb der von Arbeitgeberseite angestrebten Gepflogenheit und hat mit entsprechenden Fragen oder Verdächtigungen zu rechnen. Es ist ganz natürlich, daß er in dieser Lage den Arzt auf seiner Seite sehen möchte, soll nicht sein ganzes Vertrauen auf das Empfindlichste erschüttert werden. Und es braucht nicht betont zu werden, daß ihm der Arzt hier auch zur Seite steht. Es ist selbstverständlich, daß die Angabe einer falschen Diagnose der ärztlichen Auffassung widersprechen würde. Häufig bleibt aber dann in solchen Fällen nur die Möglichkeit einer allgemeinen Bezeichnung wie „Bluterkrankung“, „innere Erkrankung“ usw. Keineswegs kann jedoch gesagt werden, daß die ärztliche Schweigepflicht in diesem Zusammenhang keine entscheidende Rolle spiele. Sie bildet das wesentlichste Problem, um das es geht.

Die Durchbrechung der Schweigepflicht bei der sozialen Krankenversicherung hat trotz ihres Umfangs nicht die Bedeutung, die diesem gefährlichen Einbruch des Arbeitgebers in das Verhältnis des Kranken zum Arzte zukommt. Der Arbeitnehmer als Kranker ist nicht in der Lage, die-

sem Einbruch zu begegnen; wohl aber sind wir es selbst. Der Kranke ist zur Beibringung einer Krankheitsbescheinigung verpflichtet, und wir werden einer diesbezüglichen Bitte des Kranken im allgemeinen auch entsprechen. Form und Inhalt dieser Krankheitsbescheinigung bestimmen wir jedoch selbst. In der Mehrzahl der Fälle werden gegen die Nennung der Diagnose keine Bedenken vorgebracht werden. Dies bedeutet aber, daß die eingangs erwähnte Situation eintritt, wenn die Angabe der Diagnose nicht erwünscht und auch nicht zumutbar ist. Es wäre deshalb zweifellos richtig, grundsätzlich keine Diagnose zu nennen. Ist ein ärztliches Attest ohne Diagnose nicht vollwertig? Herr Dr. Haug wirft diese Frage auf und anerkennt ein Recht des Arbeitgebers auf Kenntnis der Krankheitsbezeichnung aus Gründen der Infektionsbekämpfung und der Fürsorgepflicht. Ersteres ist schon deshalb hinfällig, weil vom Arzt im Falle einer Infektionsgefahr ohnedies die notwendigen Schritte eingeleitet werden. Letzteres rechtfertigt nicht die grundsätzliche Nennung der Diagnose, da im Einzelfall die zur Fürsorge notwendigen Angaben immer noch gemacht werden können. Anerkannt werden kann lediglich das Recht des Arbeitgebers, Kenntnis davon zu erhalten, daß der Arbeitnehmer infolge Krankheit arbeits- bzw. dienstunfähig ist und mit welcher Krankheitsdauer voraussichtlich zu rechnen ist. Ich bin nicht der Meinung, daß ein derartiges Attest nicht als vollwertiges ärztliches Zeugnis bezeichnet werden kann. Es trägt den Belangen des Arbeitgebers voll Rechnung. Die Angabe der Diagnose ist für den Arbeitgeber in diesem Zusammenhang bedeutungslos und unnötig. Der Hinweis von Herrn Dr. Haug, daß solche Atteste ohne Angabe der Diagnose den Verdacht der Unrichtigkeit erwecken und dem Ansehen des ärztlichen Berufsstandes schaden würden, entspringt sicher einer diesbezüglichen Erfahrung. Er zeigt, wie notwendig es ist, in dieser Frage zu einer kompromißlosen Haltung zu kommen, um Atteste ohne Diagnose nicht mehr zur Ausnahme, sondern zur Regel werden zu lassen. Ich nehme an, daß eine derartige konsequente Haltung dem ärztlichen Ansehen nur dienlich wäre.

Herr Prof. Dr. Neuffer hat in seinem umfangreichen Referat anlässlich des vorletzten Deutschen Ärztetages in Berlin eindringlich auf die Bedeutung des ärztlichen Schweigens als Grundlage jeder fruchtbaren ärztlichen Tätigkeit hingewiesen. Er hat vor den Gefahren gewarnt, die durch die zunehmende Durchlöcherung des ärztlichen Schweigerechts drohen. Das Thema dieses Ärztetages ist nach wie vor aktuell. Wir dürfen Herrn Dr. Haug dankbar dafür sein, daß er das Problem an einer für das Arzt—Patientenverhältnis gefährlichsten Seite angepackt hat, auch wenn der juristischen Auffassung eine ärztliche gegenübergestellt werden muß.

Erwiderung zu den kritischen Bemerkungen des Herrn Dr. Mayer

Die Verwirklichung der von Herrn Dr. Mayer erhobenen Forderung, die Ärzte sollten künftige Atteste für den Arbeitgeber nur noch ohne Angabe der Diagnose ausstellen, würde nicht nur den Bruch mit einer alten Tradition bedeuten, nach welcher die Krankheitsangabe einen üblichen Bestandteil des ärztlichen Zeugnisses bildet. Die grundsätzliche Weglassung der Diagnose auf solchen Zeugnissen wäre meines Erachtens auch weder dem Ansehen des Arztes dienlich, noch im Interesse der Patienten gelegen. Die Folge wäre nur, daß die Arbeitgeber auf anderen Wegen die Krankheitsursachen, an deren Kenntnis sie interessiert sind, zu erfahren versuchten und dabei vielleicht einen nicht erwünschten Druck auf die Arbeitnehmer ausübten; daß ferner Behördenbedienstete veranlaßt würden, jeweils ein amtsärztliches Zeugnis beizubringen, was nicht nur zu einer Überlastung der Amtsärzte, sondern auch zu einer Verärgerung der Patienten führen müßte. Der Vorschlag von Herrn Dr. Mayer kann daher meines Erachtens nicht befürwortet werden. Auch die von ihm erwähnte Möglichkeit, auf den fraglichen Zeugnissen eine allgemein gehaltene Krankheitsangabe wie z. B. „Bluterkrankung“, „innere Erkrankung“ oder dergleichen zu verwenden, dürfte nicht der richtige Ausweg sein. Denn abgesehen davon, daß der Arzt bei diesem Vorgehen sicher vielen Rückfragen von Arbeitgeberseite ausgesetzt ist, besteht die Gefahr, daß die Grenze zwischen der nur ungenauen und der unrichtigen Krankheitsan-

gabe nicht immer eingehalten wird. Der Arzt ist hier in erhöhtem Maße der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung wegen eines Verstoßes gegen § 278 StGB ausgesetzt. Selbstverständlich ist nichts dagegen einzuwenden, wenn sich der Arzt bei der Angabe der Diagnose der nicht jedermann verständlichen wissenschaftlichen Ausdrucksweise bedient. Dadurch kann in manchen Fällen, in denen der Patient aus medizinischen Gründen Ursache oder Ausmaß seiner Erkrankung nicht wissen soll oder in denen der Patient ein Bekanntwerden der Krankheitsart bei dritten Personen nicht wünscht, das Geheimnis gewahrt bleiben.

In der Frage, wie sich der Arzt verhalten soll, wenn seiner Pflicht zur Ausstellung eines wahrheitsgemäßen Zeugnisses der Wunsch des Patienten nach Geheimhaltung der Krankheitsart vor dem Arbeitgeber entgegensteht, ist eine alle Beteiligten befriedigende Lösung bisher nicht gefunden worden. Eine gesetzliche Regelung besteht — von der Strafvorschrift des § 278 StGB abgesehen — nicht, sie ist auch nicht gut denkbar. Es muß aber fraglich erscheinen, ob man in einer Zeit, in der der Wert ärztlicher Zeugnisse ohnedies häufig — im allgemeinen sicher mit Unrecht — angezweifelt wird, dem Arzt raten soll, die von ihm auszustellenden Zeugnisse unter Weglassung der Diagnose oder unter Anführung einer ungenauen Diagnose zu erteilen.

Dr. Haug

Wir geben im folgenden einen neuen Erlaß des Innenministeriums Baden-Württemberg wieder. Er beweist, daß es auch ohne Angabe der Diagnose geht und daß der vor 1½ Jahren begonnene Feldzug mit dem Ziel der Wiederherstellung von Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes allmählich Erfolg zeitigt:

Erlaß des Innenministeriums über die Anzeigepflicht der Beschäftigten der staatlichen Innenverwaltung im Falle der Erkrankung

Vom 5. Dezember 1953 Nr. I 1810/4

1. Die Beschäftigten der staatlichen Innenverwaltung, die dem Dienst wegen Erkrankung fernbleiben müssen, haben hiervon unverzüglich fernmündlich, schriftlich oder durch einen Beauftragten ihre Behörde oder Dienststelle zu verständigen. Dabei ist die voraussichtliche Dauer der Krankheit anzugeben.
2. Eine ärztliche Bescheinigung über die Dienstunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer ist nach zehn Tagen unaufgefordert vorzulegen; hält der Leiter der Behörde oder Dienststelle die Sachlage für geklärt, so kann er von der Vorlage entbinden. Krankenversicherungspflichtige Beschäftigte legen an Stelle der ärztlichen Bescheinigung unverzüglich den Krankenschein vor. In besonderen Fällen kann alsbald nach dem Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung gefordert werden. Bei längerem Fernbleiben vom Dienst ist der Nachweis der Dienstunfähigkeit auf Verlangen zu wiederholen.
3. Erkrankungen, die länger als vier Wochen dauern, sind bei Beschäftigten des höheren Dienstes dem Innenministerium, bei den übrigen Beschäftigten der zur Ernennung oder Einstellung zuständigen Behörde auf dem Dienstwege anzuzeigen.
4. Beschäftigte, in deren Familie, Wohnung oder Behausung eine anzeigepflichtige übertragbare Krankheit auftritt, haben hiervon ihre Behörde oder Dienststelle zu verständigen.
5. Dienstunfälle sind, auch wenn sie nicht das Fernbleiben vom Dienst zur Folge haben, alsbald der Behörde oder Dienststelle zu melden.
6. Der Wiederantritt des Dienstes ist der Behörde oder Dienststelle anzuzeigen.
7. Die Leiter der Behörden und Dienststellen haben die nach diesem Erlaß für ihre Person zu erstattenden Anzeigen der vorgesetzten Dienstbehörde vorzulegen.
9. Für die Polizeibeamten, denen freie Heilfürsorge zusteht, gelten bis auf weiteres an Stelle der Nr. 1 und 2 die bisherigen Bestimmungen weiter.

In Vertretung
Dr. Fetzer

Anmerkung der Schriftleitung:

Aus gegebener Veranlassung möchten wir die Kollegen zum Kapitel der Schweigepflicht noch auf § 97, Absatz 2, des 3. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 4. August 1953 aufmerksam machen. Er lautet wie folgt: „(2) . . . ; Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen erstreckt, unterliegen der Beschlagnahme auch dann nicht, wenn sie im Gewahrsam einer Krankenanstalt sind. Die Beschränkungen der Beschlagnahme gelten nicht, wenn die zur Verweigerung des Zeugnisses Berechtigten einer Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig sind, oder wenn es sich um Gegenstände handelt, die durch ein Verbrechen oder Vergehen hervorgebracht oder zur Begehung eines Verbrechens oder Vergehens gebraucht oder bestimmt sind oder die aus einer solchen Straftat herrühren.“

Frischzellentherapie und Carcinombehandlung

Von Prof. Dr. med. Reichle, Stuttgart

Die Frischzellenbehandlung nach Niehans ist seit der Karlsruher Therapiewoche 1953 in Deutschland plötzlich allgemein bekannt, vielfach diskutiert, und man kann schon fast sagen, zu einem Schlager auf dem medizinischen Markt geworden. So geht es ja mit vielen Neuheiten; wenn sich dann die erste Begeisterung gelegt hat, kommt die Zeit der kritischen Überprüfung und Bewährung. Auch diesem neuen Verfahren dürfte dieses Stadium nicht erspart werden; es ist sogar dringend notwendig, daß es jetzt nachgeholt wird, nachdem im ersten therapeutischen Elan Hoffnungen erweckt wurden, die sich bestimmt nicht alle erfüllen werden.

Feldweg hat kürzlich in einem Vortrag seine bisherigen Erfahrungen bekannt gegeben; ob die von ihm angeführten Indikationen im einzelnen einer Nachprüfung standhalten, wird sich zeigen.

Albers als Serologe, Dennig, Nipperdey und Römer als Internisten haben in der Diskussion ihre Bedenken angemeldet, während Sevin mit Hypophysenüberpflanzungen bei Psoriasis Gutes gesehen hat. Kürzlich berichtete allerdings Schäfer (Zentralblatt für Chirurgie 1953/42) über ähnliche günstige Erfolge bei Psoriatikern durch homoioplastische Hauttransplantationen (Leichenhaut, Haut von Narbenexcisionen, Bruchsäcken usw., die — nach Filatow — 7 Tage bei +4 Grad Celsius in einer feuchten Kammer aufbewahrt wurden).

Über die theoretischen Grundlagen der Frischzellentherapie zu urteilen steht mir nicht zu: Pischinger ist der Ansicht, daß „derartige Zellenaufschwemmungen embryonaler Organe, die i. m. injiziert werden, keine lebenden Elemente und größtenteils auch keine morphologisch intakten Zellen mehr enthalten“. Pischinger und Schäfer nehmen daher an, daß „die Grundwirkung in einer bisher nicht beachteten unspezifischen Beeinflussung der organischen Grundfunktionen auf humoralem Wege besteht, wobei maßgeblich das Bindegewebe mit dem reticulo-endothelialen System beteiligt ist“. Sie setzen daher die Niehanssche Methode anderen ähnlichen Verfahren wie Eigen- und Fremdblutinjektionen, Reizkörpertherapie, Gewebetherapie nach Filatow gleich. Vor allem aber sei auf die neueste Veröffentlichung von K. Fr. Bauer-Erlangen verwiesen (D. M. W. 1954/7), der als Zellforscher die für dieses Thema unbedingt zu verlangende Erfahrung besitzt und der der Frischzellentherapie zwar „einen gewissen heuristischen Wert zuweist, der aber mehr zu wissenschaftlicher Forschung und zum Nachdenken als zu kritikloser Empirie anregen sollte“.

Nun ist aber als weitere Indikation für die Frischzellentherapie auch die Carcinombehandlung getreten; in der Festschrift für Niehans berichtet K. H. Weiss über 7 und, wenn ich mich recht erinnere, Feldweg in seinem Vortrag über 3 von ihm mit Frischzellen behandelte Carcinomkranke. Bei genauer Durchsicht dieser wenigen, bisher veröffentlichten Carcinomfälle bekommt man aber doch den Eindruck, daß die mitgeteilten „Erfahrungen“ in keiner Hinsicht die Ergebnisse

übersteigen, die in ähnlich gelagerten Fällen auch mit anderen bisher üblichen palliativen Mitteln zu erreichen waren. Robert erwähnt ferner (Medizinische Klinik 1953/30) ein metastasierendes Prostata-Ca, das durch Testis-, Placenta- und Herzmuskelextrakt günstig beeinflusst worden sei und zieht daraus den — zweifellos doch sehr verfrühten — Schluß, daß durch diese Behandlung „manche Operation unnötig gemacht und manches Leben gerettet werden kann“. Ich glaube, man sollte sich demgegenüber der zahlreichen, oft erstaunlichen und ebenfalls jahrelang anhaltenden Erfolge nach Hormon-Behandlung beim Prostata-Ca erinnern, ohne deswegen gleich von Heilung zu sprechen. Auf jeden Fall ist die Anzahl der bekanntgegebenen und mit mehr oder weniger Erfolg behandelten Carcinomkranken mit der Niehans-Therapie noch so klein, daß — vorläufig wenigstens — ein Urteil nicht möglich ist.

Noch schwieriger wird aber die Situation mit der prophylaktisch angewandten Frischzellentherapie. Nach Weiss stützt sich Niehans „auf Erfahrungen, die er bei vielen hundert Patienten sammeln konnte. Die meisten dieser Patienten waren im sog. krebgefährdeten Alter. Sie wurden entsprechend behandelt und blieben vom Krebs verschont.“ Weiss fügt dann allerdings hinzu: „wenngleich diese Erfahrung noch keinen Beweis darstellt, so gibt sie vielleicht doch einen Hinweis“. — Hat nicht jeder von uns auch schon Hunderte von Patienten „im sogenannten krebgefährdeten Alter“ behandelt, die auch ohne Frischzellentherapie kein Ca bekamen?! Ich glaube, mit dieser Art von Beweisführung (oder auch Hinweisen) kommen wir auf diesem Gebiet nicht weiter.

Über die Krebsentstehung herrscht noch manche Unklarheit; wir kennen Stoffe, welche die Entstehung des Krebses begünstigen, im Experiment sogar hervorrufen. Wir kennen aber bisher noch kein Mittel, weder medikamentös noch auf diätetischer oder sonstiger Grundlage, das die Entwicklung des Krebses beim Menschen mit genügender Wahrscheinlichkeit, von Sicherheit gar nicht zu reden, verhüten könnte. Eine gezielte prophylaktische Krebsbehandlung gibt es daher noch nicht, sofern wir nicht eine vernünftige Lebensweise mit möglichster Ausschaltung bestimmter Reize und Zivilisationsschäden darunter verstehen wollen.

Zu klären wäre noch die Frage, ob, postoperativ angewandt, die Niehans-Behandlung eine erkennbare und einigermaßen gesetzmäßige Verbesserung der immer noch unbefriedigenden operativen Ergebnisse ermöglicht, mit anderen Worten, ob es mit diesem Verfahren gelingt, die Gefahr der Krebsrezidive und Metastasierung zu verringern oder gar zu bannen. Es ist mir nicht bekannt, ob derartige Versuche zur Zeit an Kliniken mit großem operativem Krebskrankengut im Gange sind. Der Forderung von K. Fr. Bauer: „eine wissenschaftliche Klärung der mit der Idee einer Frischzellentherapie verbundenen Fragen ist notwendig“, stimmen wir bedingungslos zu, vorausgesetzt, daß dies an einem beweiskräftigen Zahlenmaterial und in kritischer Form geschieht (das bedeutet keineswegs von vornherein eine

Ablehnung), und daß Zwischenfälle wie sie Nipperdey (Fall Kulenkampf) mitteilte, mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Wie weit die Trokkelzellbehandlung die Nachteile der Frischzelltherapie zu vermeiden geeignet oder letztere zu ersetzen im Stande ist, scheint, soweit ich sehe, auch noch keineswegs geklärt zu sein.

Auch wenn die Frisch- oder Trockenzellenbehandlung als unspezifische Reizkörpertherapie lediglich im Stande wäre, über die bisher bekannten Behandlungsmethoden hinaus die allgemeine Vitalität zu heben und dadurch den Carcinomkranken, auch den von uns als inoperabel angesehenen, neuen Auftrieb zu geben, Schmerzen zu lindern und Narkotika zu vermeiden (Feldweg), selbst dann würde es die Mühe lohnen, die Methode weiter zu prüfen. Ich befürchte aber, daß bis zu einer solchen Klärung noch viel Zeit verstreichen wird; praktisch bedeutet dies, daß wir uns weiter auseinanderzusetzen haben mit der Frage, ob im Einzelfalle die Frischzelltherapie angewandt werden soll oder nicht. Zunehmend, fast täglich, wird von Angehörigen Krebskranker diese Frage an uns gestellt, denn die Lawine ist nun mal ins Rollen gekommen.

Jedem Arzt steht es frei, nach seinem Ermessen seine Kranken zu behandeln, dabei auch neue Mittel anzuwenden und, soweit sie ungefährlich sind, auch neue Methoden zu versuchen. Die Überpflanzung frisch entnommener tierischer Gewebe auf den Menschen — besonders von Drüsen mit innerer Sekretion —, ist ja nicht neu; das Niehanssche Verfahren fußt daher auf bekannten Tatsachen und wurde von ihm systematisch ausgebaut und bezüglich der Applikationsart verändert. In der Anwendung der Frischzelltherapie der Carcinomkranken müssen wir uns aber, glaube ich, ein ganz besonders großes Maß von Vorsicht und Zurückhaltung auferlegen. So erleichtert und glücklich wir alle wären, wenn endlich einmal ein wirkliches Heilmittel gegen den Krebs gefunden würde, so gering ist das Bedürfnis, die Zahl der sog. „krebshütenden“ Mittel, die in der Praxis bisher alle versagt haben, um ein weiteres zu vermehren, dessen Wirkung, soweit ich sehe, noch keineswegs genügend erprobt ist, das aber — und sei es auch nur auf dem sehr erfolgreichen Weg der Flüsterpropaganda — als „Krebsbehandlungsmethode“ angepriesen wird.

Man kann es dem Krebskranken — und seinen Angehörigen — gewiß nicht verübeln, wenn sie in ihrer Verzweiflung nach jedem Strohalm greifen. Wir Ärzte haben aber gerade diesen Kranken gegenüber eine besonders schwere Verantwortung; wir dürfen nicht Hoffnungen erwecken, solange es sich bei einem neuen Verfahren um erste, tastende und noch keineswegs überprüfte Versuche handelt. Sagen wir den Patienten, sofern wir Frischzellenbehandlung treiben wollen, ruhig, daß es sich dabei um eine neuartige Bemühung handelt, ihm zu helfen; hüten wir uns aber davor, dieses Verfahren dem Laienpublikum als eine „Therapia magna“ anzupreisen, solange gesicherte Unterlagen fehlen.

Die Empirie, d. h. das in der Krankenbehandlung erworbene Erfahrungsgut, ist, gewiß nicht gering zu schätzen und sicher hinkt die wissenschaftliche Erklärung mancher Erkenntnisse, die der intuitiv denkende und kritisch beobachtende Arzt sammeln konnte, oft erklecklich nach. 5 oder 6 oder auch 10 „Beobachtungen“ sind aber noch kein empirisch genügend gesicherter Boden, um darauf eine neue Behandlungsmethode aufzubauen. Wer viele Krebskranke sieht — und nur der ist berechtigt, in dieser uns allen auf der tiefste bewegenden Frage mitzusprechen — weiß, wie verschieden auch bei den inoperablen Fällen der Krankheitsverlauf hinsichtlich Zeitdauer und Symptomatik sein kann.

Was not tut ist also 1. die Erforschung der theoretischen Grundlagen dieser Methode, 2. eine nachprüfbar Bekanntheit der bisher erzielten Ergebnisse bei der Behandlung Krebskranker, und zwar besonders daraufhin, ob beim inoperablen, aber histologisch gesicherten Carcinom ein einigermaßen gesetzmäßiger Effekt bezüglich Lebensverlängerung, Rückgang der Schmerzen, Besserung des Allgemeinbefindens durch Frischzellenbehandlung eintritt. Erst dann läßt sich ein Urteil über den Wert der Niehansschen Zellulärtherapie für die Behandlung Ca-Kranker abgeben.

Anmerkung: Nach Drucklegung der Arbeit erfahre ich von Rhein-Chemie, daß auf Veranlassung von Dr. Niehans eine eingehende klinische Überprüfung über die Beeinflussung maligner Geschwülste durch die Zellulärtherapie bereits beabsichtigt ist.

Die praktischen Anwendungsmöglichkeiten des Nelson-Testes

von Dr. med. R. Pfister

Aus der Univ.-Hautklinik Freiburg/Brsg. (Direktor: Prof. Dr. H. Stühmer)

Schon bald nach der Entdeckung des Syphilis-Erregers war man bemüht, den Nachweis eines Antikörpers im Serum von Syphilitikern zu führen. So konnte Erich Hoffmann eine Immobilisation von Treponemata pallida im Serum von Syphilitikern beobachten und somit die spirochaetocide Wirkung eines spezifischen Antikörpers im Luikerserum wahrscheinlich machen. Vor allem Stühmer war es, der auf Grund seiner Modellstudien über den Syphilisablauf am Trypanosomenkaninchen das Vorhandensein eines spezifischen Antikörpers und eine Rezidivstambildung annahm. Auch zahlreiche andere Autoren traten auf Grund der experimentellen Ergebnisse für das Vorhandensein

eines spezifischen Antikörpers ein. (Ruete und Scharnke, Krantz, Ebersson, Turner u. a.)

Wassermann, Neisser und Bruck glaubten zunächst mit der Komplementbindungsreaktion nach Gengout u. Bordet spezifische Antikörper nachweisen zu können. Aber sehr bald erkannte man, daß die sogenannte Wassermannsche Reaktion und die Flockungs- und Trübungsreaktionen auf Syphilis keine spezifische Immunreaktionen darstellten, sondern nur Autolipoide nachweisen.

Auch mit aus Erregern gewonnenen Antigenen versuchte man einen spezifischen Antikörpernachweis zu führen. So hat zuletzt Gaehgens mit Spirochaeten-

kulturen (Reiterstamm) seine Palligenreaktion entwickelt. Auch mit dieser Reaktion werden aber nur irgendwelche Reagine nachgewiesen, wobei bis heute ungeklärt ist, inwieweit das Protein saprophytischer Spirochaeten mit denen der virulenten Treponemen im Serum von Syphilitikern übereinstimmt.

Erst Nelson und Mayer ist es in den letzten Jahren gelungen, durch die Entwicklung eines Nährmediums (Basalmedium) virulente *Treponemata pallida* über mehrere Tage hinweg beweglich und virulent zu erhalten. Durch diese Erkenntnis war es möglich, in einem äußerst komplizierten Verfahren im Serum von Luikern spezifische immobilisierende Antikörper des *Treponema pallidum* nachzuweisen. Nelson nannte diese erste spezifische Antikörperreaktion auf Lues „*Treponema pallidum* Immobilisierungstest“ (Nelson-Test).

Der Nelson-Test beruht also auf der Tatsache, daß im Blut von Syphilitikern vorhandene Antikörper im Nährmedium suspendierte virulente Spirochaeten bei Zugabe von Komplement immobilisieren.

Die Methode stellt einen äußerst komplizierten Vorgang dar. Er erfordert die Haltung einer großen Anzahl von Versuchstieren (Kaninchen), da mit virulenten Treponemen aus Tierpassagen gearbeitet werden muß. Diese Tatsache erfordert einen geübten Tierwärter, der mit der Vorbereitung, mit der Pflege der Tiere, mit der Wartung und mit der Technik des Tierversuchs einwandfrei vertraut sein muß. Die Vorbereitung des Testes im Laboratorium nimmt einen Laboranten für mehrere Tage voll in Anspruch (Herstellung des sehr komplizierten Nährmediums, Sterilisation der Instrumente usw.). Der Test selbst muß unter absolut sterilen anaeroben Bedingungen unter einem Stickstoffkohlendioxydgemisch vor sich gehen. Er bedarf dauernder Überwachung und Pflege und eines sehr exakten Arbeitens von Arzt und Laboranten.

Aus Kaninchenhoden werden die *Treponemata pallida* gewonnen. Zu diesem Zweck wird einem Kaninchen nach vorheriger Impfung mit Treponemen (Nicholsstamm) ca. am 8. bis 12. Tag der Hoden entfernt, in Scheiben geschnitten und dann dem Basalmedium zugesetzt und ca. 1 Stunde unter Stickstoffkohlendioxyd ausgeschüttelt. Durch Zentrifugieren werden die Gewebsreste entfernt und nach Kontrolle der Treponemensuspension im Dunkelfeld wird zu 0,05 cc sterilem inaktivem Patientenserum, 0,1 cc Komplement und 0,4 cc Spirochaetenaufschwemmung zugegeben. Als Kontrolle läuft für jedes Serum ein Röhrchen mit inaktivem Komplement mit, für den ganzen Versuch zur Kontrolle ein negatives und ein positives Serum, eine Treponemensuspension ohne Serum und ohne Komplement und eine Treponemensuspension mit aktivem und inaktivem Komplement.

Die Teströhrchen bleiben unter streng anaeroben Verhältnissen 18 Stunden bei 35° im Brutschrank. Nach dieser Zeit erfolgt die Ablesung im Trockendunkelfeld. Wichtig ist die Tatsache, daß innerhalb kurzer Zeit die Spirochaeten ausgezählt werden müssen und nicht zu viel Zeit bei der Auszählung verlorenggeht. Das Verhältnis der unbeweglichen zu den beweglichen Treponemen im Test und in der Kontrolle wird für jedes Serum bestimmt und errechnet. Bei einer spezifischen Immobilisation von 0—19% der Spirochaeten ist der Test negativ, bei 20—49% zweifelhaft, und von 50 bis 100% positiv ausgefallen, d. h. bei Anwesenheit von Antikörpern werden die Treponemen immobilisiert. Sind

keine Antikörper vorhanden, so bleiben die Treponemen beweglich.

Nach unseren Erfahrungen und denen aus dem Schrifttum ist zu beachten, daß für die Lues I und für die ersten Anzeichen der beginnenden Generalisation der spezifische Antikörper später nachweisbar, d. h. der Nelson-Test später positiv wird als die klassischen Reaktionen. Hier ist also neben dem klinischen Bild und der serologischen Untersuchung unbedingt der Erregernachweis im Dunkelfeld zu fordern. Der Nelson-Test gibt hier keine Hilfe! Wird der Patient zur Behandlung sehr früh erfaßt (L I), so bleibt der Nelsontest negativ oder zeigt bei der eben vollzogenen Generalisation höchstens eine positive Schwankung, die infolge der sehr früh einsetzenden Behandlung sofort wieder negativ wird. Ein negativer Nelsontest beweist hier also nicht, daß der Betreffende keine Lues hat oder hatte (Schürmann). Bei der generalisierten Frühsyphilis (12.—14. Woche) wird der Nelsontest positiv und bleibt es das ganze Leben hindurch auch dann, wenn das normale serologische Blutbild negativ wird (behandelte Lues, L III). Daraus folgt, daß bei Lues III, Lues congenitalis, Neurolues aller Formen, Lues latens, überhaupt beim Vorliegen einer luischen Infektion (von Einzelausnahmen abgesehen) der Nelson-Test immer positiv ausfällt!

Das wichtigste Gebiet für die Anwendung des Nelson-Testes wird demnach die Klärung der **unspezifisch positiven Reaktionen** und der Zufallsbefunde sein! Diese unspezifischen serologischen Reaktionen — in der Literatur werden Tbc. Endocarditis, Seruminjektionen, Viruspneumonie, Lepra, Malaria, Schwangerschaft, Leberleiden, Hypercholesterinaemie, infek. Mononucleose u. a. aufgeführt — haben jeden Arzt vor ein oft unlösbares Problem gestellt. Fortdauernde Nachuntersuchungen und Kontrollen über Wochen und Monate waren nötig, um derartige Situationen zu klären. Am schwierigsten lagen die Verhältnisse, wenn sämtliche Reaktionen stark positiv waren, trotzdem der klinische Befund Zweifel offen ließ. Mit Hilfe des Nelson-Testes haben wir heute die Möglichkeit, Klarheit zu gewinnen, indem wir jene Lipoidreaktionen durch den spezifischen Antikörpernachweis im Nelson-Test kontrollieren.

In unseren eigenen Versuchsreihen konnten wir schon solche falschen Syphilisreaktionen nachweisen. Umgekehrt konnten wir auch Patienten an der Klinik beobachten, bei denen ein fragliches positives oder schwach positives serologisches Blutbild vorlag, bei denen der Nelson-Test positiv war und so die Reaktionen als spezifisch bestätigte.

In der Spätperiode werden mit den üblichen Seroreaktionen auch bei unbehandelten Fällen oft negative oder schwach positive Reaktionen beobachtet. Hier kann die Differentialdiagnose Schwierigkeiten machen, so daß eine Bestätigung durch den Nelson-Test erforderlich ist.

Bei allen Spätformen der Lues ist der Nelson-Test nach den bisherigen allgemeinen Erfahrungen positiv. Der Nelson-Test im Liquor ist ohne Beteiligung des ZNS negativ. In den Fällen, in denen im Liquor Antikörper nachgewiesen werden konnten, wurden sie auch im Serum

gefunden. Weitere Beobachtungen sind aber notwendig, um die Brauchbarkeit des Nelson-Testes für diese Spätformen der Lues bestätigen zu können. Für den Neurologen kann der Nelson-Test differentialdiagnostisch in Zukunft in manchen Fällen von Bedeutung sein.

Bezüglich der Frage der Heilung einer Syphilis, der ausreichenden Behandlung und Prognosestellung bei einer Infektion, wie sie fast täglich in der Praxis an uns herantritt, kann der Nelson-Test nur wenig aussagen. Da er in der Regel das ganze Leben positiv bleibt, ist diese Frage genau so problematisch geblieben wie bei den klassischen Reaktionen. Eine quantitative Auswertung des Nelson-Testes, wie sie in USA vereinzelt geübt wird, wird uns in dieser Frage kaum weiterbringen.

Die Zuverlässigkeit und Spezifität des Nelson-Testes ist nach den bisherigen Erfahrungen größer als die aller bekannten serologischen Reaktionen. Bis heute kennt man nach Mitteilung der Literatur keinen unspezifischen Nelson-Test.

Natürlich können beim Nelson-Test fragliche Reaktionen (Immobilisation zwischen 20 und 49%) und nicht verwertbare Ergebnisse (Beweglichkeit unter 80% im Röhrchen mit inaktivem Komplement) vorkommen. In solchen Fällen ist unter Umständen eine Wiederholung des Versuchs notwendig. Vor allem muß der Zustand der Seren beachtet werden. — Mannigfache Fehler werden bereits bei der Blutabnahme verursacht. Durch Einspritzen des mit der Spritze entnommenen Blutes in das Versandröhrchen können Blutkörperchen zerschlagen werden, so daß das Blut von vornherein haemolytisch ist. Peinlichste Sterilität bei der Blutabnahme ist zu beachten. Zur Abnahme des Blutes zum Nelson-Test und zum Versand sind Venülen zu verwenden. Bei Blutentnahmen nach einer Mahlzeit weisen gelegentlich die Seren einen erheblichen Trübungsgrad auf, was manches Mal hinderlich sein kann. Weitere Erfahrungen werden notwendig sein, um gerade in diesem Punkt, vor allem bei den zweifelhaften Ergebnissen, alle Möglichkeiten auszuschließen.

Eingehende Angaben über die Klinik des Einzelfalles sind dringend notwendig, um die Arbeit und Kontrolle dem zu untersuchenden Institut zu erleichtern. Durch den Gehalt des Blutes an Penicillin und anderen spezifischen Mitteln (andere Antibiotika, Arsen und Wismutpräparaten) kann für

das Serum ein nicht verwertbarer Nelson-Test auftreten. Eine mindestens vorherige fünftägige Pause ist bei derartigen Fällen vor der Untersuchung des Serums erforderlich, um zum Besten des Patienten und zur Zufriedenheit des Arztes arbeiten zu können.

Zusammenfassend kann für die Praxis gesagt werden: Der Nelson-Test weist spezifische Antikörper gegen den Syphiliserreger nach. Bei Lues I und der generalisierten Frühluës ist er nicht angezeigt. Jedoch dürfte der Nelson-Test bei der Klärung schwierig deutbarer Einzelfälle (unspezifische positive Blutreaktion, positive serologische Zufallsbefunde vor allem bei Blutspendern, tertiäre Luesformen einschließlich Neuroloes mit negativem Wassermann und Flockungsreaktion) einen brauchbaren Fortschritt darstellen. Seine Verwendung in der Diagnostik der Lues erscheint angezeigt. Der Nelson-Test wird als Suchreaktion oder als routinemäßige Untersuchungsmethodik in der täglichen Praxis demnach keine Verwendung finden. Das klassische serologische Blutbild (WaR und Flockungsreaktionen) wird auch heute immer noch die Grundlage bei der Diagnose der Syphilis bilden. Wegen des großen Aufwandes an Versuchstieren, der hohen Kosten von Apparaten und der komplizierten Technik und Schwierigkeit der Reproduktion des Tests muß derselbe auf einzelne Speziallaboratorien beschränkt bleiben.

Für alle Einzelfälle bezüglich des Nelson-Testes für den Praktiker gültige Beurteilungsschemen zu geben, ist unmöglich. Jeder schwer zu deutende Einzelfall muß auf Grund von Erfahrungen (klinisches Bild, serologisches Blutbild, Nelson-Test) ausgewertet werden. Dabei sind nach Stühmer 3 Aufgaben zu erfüllen:

- a) die Aufgabe des behandelnden Arztes, durch klinische Beurteilung, Erreger-Nachweis und serologisches Blutbild den Fall zu klären.
- b) bei schwer deutbaren und uncharakteristischen Befunden die Aufgabe der fachärztlichen Beratung, eventuell in gemeinschaftlicher Beratung mit dem behandelnden Arzt.
- c) die Aufgabe des serologischen Laboratoriums, das nach gemeinsamer fachlicher Beratung mit den modernsten Untersuchungsmethoden (klassische Reaktion, Cardiopipin, Nelson-Test) ein zuverlässiges Resultat über den Einzelfall herbeiführt.

Das Medizinisch-Psychologische Institut beim Technischen Überwachungs-Verein Stuttgart e. V.

von Dr. med. Artur Grossjohann, Stuttgart

Im Laufe der letzten Jahre wurde von den verschiedensten Seiten der Nachweis erbracht, daß etwa 80% der Verkehrsunfälle ihre Ursache in einem menschlichen Versagen haben und nur 20% der Unfälle auf technische Mängel am Fahrzeug, an der Straße und Sonstiges zurückzuführen sind. Die stetig anwachsenden Unfallzahlen ließen es deshalb erforderlich erscheinen, das Augenmerk mehr auf den Menschen selbst zu richten, um so dem Verkehrsunfall ernstlich beikommen zu können.

Außer der Fahrprüfung, die in erster Linie auf die Beherrschung des Fahrzeugs, die Kenntnis der Verkehrsregeln und der technischen Einzelheiten abgestimmt ist, wurde seit Jahrzehnten die amtsärztliche Untersuchung derjenigen Fahrer gepflogen, die auf Grund gesundheitlicher Störungen den Verdacht erweckten, ein Fahrzeug nicht sicher führen zu können. Neben dieser Untersuchung wurden aber auch teilweise psychotechnische Methoden zur Überprüfung der Fahr-sicherheit herangezogen, in erster Linie von der Vor-

stellung ausgehend, eine exakte Messung der Reaktionszeit sei für das sichere Führen von Kraftfahrzeugen allein entscheidend. Die psychotechnische Untersuchung mußte aber im Hinblick auf diese einseitige Betrachtungsweise scheitern, die amtsärztliche Untersuchung an der mangelnden Möglichkeit, sich über die psychophysische Leistungsfähigkeit und die Charakterstruktur des entsprechenden Fahrers auf Grund der vorliegenden Untersuchungsschemen Vorstellungen zu machen. Die in manchen Fällen vorgenommenen fachärztlichen Untersuchungen beschränkten sich im allgemeinen auf das jeweilige Fachgebiet des entsprechenden Arztes, vermochten aber kein Gesamtleistungsbild des Kraftfahrers zu entwickeln, welches allein wirklichen Aufschluß über das Verhalten im Verkehr geben kann.

So erschien es erforderlich, neue Möglichkeiten der Untersuchung von Kraftfahrern durch Schaffung eines spezialisierten medizinisch-psychologischen Verfahrens und speziell den Anforderungen des Verkehrs entsprechender Untersuchungsmethoden zu eröffnen. In Nordrhein-Westfalen und in anderen europäischen Ländern sind ähnliche Einrichtungen schon seit Jahren bekannt.

In Stuttgart wurde im März 1952 ein Medizinisch-Psychologisches Institut für Verkehrssicherheit gegründet, in welchem Kraftfahrer auf ihre Eignung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen medizinisch-psychologisch untersucht werden. Das Institut ist dem Technischen Überwachungs-Verein Stuttgart e. V., dem das gesamte Kraftfahrprüfungswesen staatlich übertragen ist, angeschlossen, um eine möglichst enge Verbindung mit der Praxis zu gewähren. Das Institut versteht sich einem Verwaltungsrat, in welchem das Innenministerium Baden-Württemberg, Abteilung Verkehr und Abteilung Gesundheitswesen, das Verkehrswissenschaftliche Institut der Technischen Hochschule Stuttgart, Polizeidirektion, Amt für öffentliche Ordnung neben Kraftfahrzeugverbänden und größeren Firmen vertreten sind. Der Vorsitz des Verwaltungsrates, sowie der Vorstand des Instituts liegt in den Händen des Direktors des Technischen Überwachungs-Vereins Stuttgart e. V. Das Institut wird durch einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie geleitet.

Durch einen wissenschaftlichen Beirat wird eine Verbindung mit der Forschung aufrechterhalten.

In dem Beirat befinden sich: Reg.-Rat Dr. Dorsch, Akademisches Berufsamt der Universität Tübingen, Prof. Dr. Erbe, Universität Tübingen, Reg.-Baumeister a. D. Dr. Ing. habil. Max-Erich Feuchtinger, Ulm, Prof. Dr. Haug, Ärztlicher Direktor der Nervenlinik Stuttgart, Rechtsanwalt Walter Hill, Stuttgart, Dr. jur. Konstantin Lehmann, Tübingen, Prof. Dr. h. c. E. Kretschmer, Direktor der Universitäts-Nervenlinik Tübingen, Prof. Dr. Berthold Mueller, Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg, Prof. Dr. Ing. Dr. Dr. Carl Pierath, Technische Hochschule Stuttgart.

Die Begutachtungen erfolgen durch einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, sowie einen Dipl.-Psychologen. Zur Feststellung der körperlichen und geistigen Eignung zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges erwies sich folgendes Untersuchungsschema als notwendig:

- A. a) Sehvermögen
- b) Farbtüchtigkeit
- c) Dunkelsehen

- d) Gesichtsfeld
- e) Hörvermögen
- f) Nervensystem
- g) Innere Organe
- h) Freie Gliedmaßenbeweglichkeit.

- B. a) Schnelligkeit und Art der optischen Auffassung, Beobachtungsschnelligkeit und -genauigkeit
- b) Zusammenspiel der Muskelfunktionen von Armen und Beinen (Koordination)
- c) Reaktionsverhalten und Reaktionstempo auf mehrfache optische und akustische Reize (Auswahlfunktion)
- d) Absolute Reaktionsgeschwindigkeit
- e) Ausdauer und Konstanz der psychischen Leistung, insbesondere der Auffassungs- und Verarbeitungsfunktionen
- f) Allgemeine Intelligenz in Beziehung auf intellektuelle Anpassungsfähigkeit an den Verkehr
- g) Seelisches Anpassungs- und Einfühlungsvermögen
- h) Beeinflussbarkeit der Leistungen durch Schreck und Ablenkungen
- i) Allgemeine Charakterstruktur und ihre Auswirkung auf die psychischen Funktionen
- k) Seelische Gesundheit.

Bei der nach diesem Schema durchgeführten Untersuchung ist zu beobachten, daß die Einzelaktionen in starkem Maße voneinander abhängig sind:

Eine Leistungsminderung auf einem Gebiet kann unter Umständen durch eine besser ausgeprägte andere Funktion ausgeglichen werden.

So kann die Bedeutung gewisser körperlicher oder psychischer Funktionsausfälle für die Fahrsicherheit stets nur in Zusammenhang mit den übrigen Funktionen bewertet werden. So ist beispielsweise der Grad der Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug sicher führen zu können, durch eine etwa bestehende Sehstörung in vielen Fällen von der übrigen psychophysischen Leistungsfähigkeit und Charakterstruktur abhängig. Diese Tatsache ist auch der Grund, warum keine eindeutigen Richtlinien über Mindestleistungen einzelner psychophysischer Funktionsgruppen aufgestellt werden können.

Die ärztliche Untersuchung erstreckt sich auf eine allgemeine körperliche Untersuchung, eine Untersuchung der inneren Organe, des Nervensystems und der Sinnesorgane. Besonderer Wert wird auf die exakte Überprüfung des vegetativen und zentralen Nervensystems gelegt, da diesem Regulationssystem eine besondere Bedeutung für die Erfordernisse des motorisierten Verkehrs zukommt. Bei etwa auftretenden Ausfallerscheinungen wird zusätzlich noch eine fachärztliche Begutachtung verlangt.

Zur Untersuchung der psychophysischen Leistungsfähigkeit wurden besondere Vorrichtungen geschaffen. Die Wahrnehmung, Auffassung und Orientierung wer-

den durch kurzfristige Darbietung von Farbformzeichen und Straßenbildern mittels eines Tachistoskopes geprüft. Der Apparat besteht aus einer Projektionseinrichtung, vor die ein Compurverschluss vorgebaut wurde. Der Prüfling hat die Aufgabe anzugeben, wie viele Zeichen bzw. Sachverhalte der Straßenverkehrssituation er bei einer Darbietungszeit von 1/200 bis 1 Sekunde auf den Bildern erkennen konnte. Aus seinen Angaben läßt sich schließen, wie schnell er aufzufassen vermag, wie weit oder wie eng sein Auffassungsfeld ist und wie tief seine Auffassung zu gehen vermag. Es zeigen sich weiterhin Besonderheiten der Auffassungsform, z. B. eine fluktuierende, sprunghafte Auffassung, oder eine enge, fixierende Auffassung, der Grad der Täuschbarkeit oder der Verfälschung von Wahrnehmungen durch eigene Vorstellungen.

Die Auffassung von bewegten Gestalten bei verschiedenen Geschwindigkeiten und von Entfernungen wird mit Hilfe von anderen Verfahren geprüft, z. B. mittels einer sogenannten „Rollenden Straße“ und einem Bremsfahrgerät. Bei beiden Versuchen kommt es darauf an, verschiedene Geschwindigkeiten und Entfernungen wirklichkeitsgerecht zu erfassen und das eigene Verhalten danach zu regulieren. Weiterhin wird die Auffassung und Orientierung im Rahmen der Mehrfachwahlreaktionsprüfung untersucht. Der Prüfling hat die Aufgabe, auf einem dem Führerstand eines Kraftwagens ähnlichen Fahrstand sitzend akustische Signale sowie Lichtzeichen, die vor ihm auf einem weiten halbkreisförmigen Horizont auftauchen, durch entsprechende Bedienung von Knöpfen, Pedalen und Lenkrad zu beantworten. Die Zeit, die vom Ertönen des akustischen Signals, bzw. Aufleuchten des Lichtsignals bis zur Beantwortung durch den Prüfling verstreicht, wird automatisch gemessen. Das Schwergewicht der Untersuchung liegt jedoch dabei nicht so sehr auf der Feststellung der Reaktionsgeschwindigkeit, sondern vielmehr auf der Beachtung der Reaktionsweise, der Auffassungsgabe, der Konzentrationsfähigkeit, der Merkfähigkeit, der Konstanz der Leistungen und der Steuerung der Bewegungen. Außerdem kann durch Beobachtung des Verhaltens des Kraftfahrers am Prüfstand festgestellt werden, wie er durch plötzlich auftauchende Störreize, z. B. störende Lichtquellen, Blendscheinwerfer, Schreckreize, akustische Signale abgelenkt wird. Daraus ergibt sich ein Bild, das Rückschlüsse auf den Fahrstil des Kraftfahrers, seine Fahrgewohnheiten und charakterlichen Eigenarten zuläßt. Durch eine Einrichtung zur Aufzeichnung der Atemkurve läßt sich die individuelle Störbarkeit graphisch darstellen.

Zur Überprüfung der Denkfunktion, Konzentrationsfähigkeit, der Leistungskonstanz, der theoretischen und praktischen Intelligenz werden der Pauliarbeitsversuch, der Giesse-Dorsch-Test, der Abstraktionstest (Figurentest), der Binetariumstest und das Moedebrett herangezogen. Neben der Prüfung der zum Kraftfahren unerläßlichen psychischen Funktionen kommt zur Beurteilung der Fahrsicherheit eines Kraftfahrers der Charakterstruktur eine besondere Bedeutung zu. Zur Prüfung derselben werden die in der Psychiatrie und Psychologie bekannten Testverfahren angewandt: Szonditest, Zulligertest, Berotest, Pfister-Farbttest, Warteggtest, Baumtest, Thematik-Apperception-Test.

Ein wesentlicher Aufschluß über die Charakterstruktur wird aber außerdem aus der genauen Beobachtung

des Prüflings während der Prüfung an den Apparaten gewonnen.

Hauptaufgabe des Instituts ist die Untersuchung von Kraftfahrern auf körperliche und geistige Eignung, sowie sittliche und charakterliche Reife. Es werden nicht nur Eignungsuntersuchungen bei Kraftfahrern von der Industrie und Transportunternehmungen, von LKW- und Autobusführern zur Prüfung der Zuverlässigkeit durchgeführt, sondern es werden auch Führerscheinanwärter oder -Inhaber untersucht, bei denen Bedenken infolge körperlicher oder psychischer Krankheiten vorliegen, die das Mindestalter noch nicht erreicht haben, oder bereits in relativ hohem Alter sind. Ferner werden Kraftfahrer untersucht, bei denen Zweifel an der Eignung auf Grund polizeilicher Ermittlungen, auf Grund von Auffälligkeiten beim Fahrunterricht oder bei der Fahrprüfung, auf Grund mehrfacher oder unverständlicher Unfälle entstanden sind. Weiterhin werden häufig Begutachtungen für Gerichtsverfahren zur Feststellung der Eignung des Kraftfahrers durchgeführt. Teilweise möchte sich auch der Fahrer selbst ein Urteil über seine Fahrfähigkeit bilden und sucht so das Institut von sich aus auf.

Neben dieser Untersuchungstätigkeit gehört die Begutachtung von technischen Neuerungen an Kraftfahrzeugen hinsichtlich ihrer psychologischen und physiologischen Geeignetheit zu dem Aufgabengebiet des Instituts. Ferner werden Vorträge und Seminare über mit dem Verkehr in Zusammenhang stehende psychologische und physiologische Fragen für technische Sachverständige, Verkehrspolizisten, Unfallkommandos usw. abgehalten. Außerdem sei nicht zuletzt die Forschungsarbeit des Instituts genannt. Es laufen zur Zeit Untersuchungen über Sehschärfe, Hirnverletzte und Ermüdung. Ferner werden Untersuchungen über die Wirkung von Alkohol auf die Fahrsicherheit durchgeführt. Durch Vergleich der psychischen Funktionsleistung in nüchternem Zustand mit der Leistung nach Genuß einer gewissen Alkoholmenge können Rückschlüsse gewonnen werden, in welchem Maß der Alkoholgenuß die Fahrsicherheit bei dem einzelnen Fahrer beeinträchtigt. Gleichzeitig durchgeführte Blutalkoholuntersuchungen tragen zur Klärung der teilweise umstrittenen Beziehung zwischen Blutalkoholgehalt und Beeinträchtigung der Fahrfunktionen bei.

Seit Gründung des Instituts wurden über 1200 Kraftfahrer untersucht. Es handelte sich vorwiegend um Kraftfahrer mit Erkrankungen oder Verletzungen im Bereich des Zentralnervensystems, Krankheiten des Kreislaufs, psychischen Erkrankungen, ferner um sehgestörte, schwerhörige, farbblinde, nachtblinde und amputierte Fahrer. An Hand der durch die Untersuchung gewonnenen statistischen Grundlagen sind wir zu der Erkenntnis gekommen, daß die Verminderung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, die charakterliche Besonderheit und die nervöse Übererregbarkeit erheblich an der Entstehung von Verkehrsunfällen beteiligt sind.

Medizinisch-Psychologisches Institut für
Verkehrssicherheit beim Technischen Über-
wachungs-Verein, Stuttgart e. V.

Stuttgart W, Bebelstraße 48

Berufskundliches Material über den Arztberuf

(vom Präsidium des Deutschen Ärztetages den Kultusministerien der Länder der Bundesrepublik Deutschland, der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, den Landesarbeitsämtern zugänglich gemacht)

Wie in jedem Jahr, so stehen auch in diesen Wochen die Schüler der Abschlußklassen der höheren Schulen nach bestandem Abitur vor ihrer Berufswahl. Naturgemäß interessieren sie sich dabei insbesondere für die Aussichten in den einzelnen akademischen Berufen und suchen bei ihren Lehrern und den dafür geschaffenen Beratungsstellen Auskünfte über die Aussichten in den einzelnen akademischen Berufen einzuholen.

Wie wir aus Presseveröffentlichungen und aus Anfragen verschiedener Landesarbeitsämter entnehmen konnten, wird vielfach die Ansicht vertreten, daß im Arztberuf eine starke Überalterung bestehe und infolgedessen die Berufsaussichten in 5—10 Jahren wieder normal sein würden. Uns ist ferner bekannt, daß die Krankenhausverwaltungen über Schwierigkeiten bei der Besetzung der sogenannten „Pflichtassistenten-Stellen“ klagen (Pflichtassistenten sind junge Ärzte, die un-

mittelbar nach bestandem Staatsexamen vor Erteilung der endgültigen Approbation als Arzt ihr praktisches Ausbildungsjahr in Krankenanstalten ableisten).

Der mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht Vertraute könnte aus diesen Äußerungen den Eindruck gewinnen, als hätten sich die Berufsaussichten für Ärzte weitgehend gebessert. Um diesen völlig irrigen Eindruck zu korrigieren und um Ihnen selbst die Möglichkeit zu geben, die vor ihrer Berufswahl stehenden jungen Menschen über die Aussichten im Arztberuf auf Grund eigener Meinungsbildung zu beraten, erlauben wir uns, Ihnen entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen.

Zunächst dürfen wir auf die behauptete Überalterung des Arztberufs eingehen und hierzu einige Zahlen nennen:

Der Altersaufbau der Ärzte und der gleichalterigen Bevölkerung im Bundesgebiet am 13. 9. 1950

Altersgruppen	Ärzte		Bevölkerung	
	Anzahl	v. H.	Anzahl	v. H.
20 bis unter 25 Jahren	294	0,5	3 577 981	10,8
25 bis unter 30 Jahren	7 850	12,4	3 546 731	10,8
30 bis unter 35 Jahren	11 929	18,8	2 477 082	7,5
35 bis unter 40 Jahren	12 698	20,0	3 604 354	10,9
40 bis unter 45 Jahren	9 828	15,5	3 855 672	11,7
45 bis unter 50 Jahren	4 363	6,9	3 690 783	11,2
50 bis unter 55 Jahren	5 053	8,0	3 131 699	9,5
55 bis unter 60 Jahren	4 860	7,7	2 526 131	7,7
60 bis unter 65 Jahren	3 269	5,1	2 150 777	6,5
65 und mehr	3 247	5,1	4 423 873	13,4
zusammen	63 391	100,0	32 985 083	100,0

Diese Gegenüberstellung beweist nach unserer Auffassung gerade das Gegenteil: die prozentuale Besetzung der höheren Altersgruppen ist bei den Ärzten bedeutend geringer als bei der Bevölkerung. Wohl ist das Durchschnittsalter der Ärzte höher als das der Bevölkerung, doch liegt dies daran, daß sich die Masse der Ärzte in den Altersgruppen von 30 bis 45 Jahren konzentriert und Ärzte mit einem Lebensalter unter 20 Jahren nicht vorhanden sein können.

Es ist allgemein bekannt, daß die wirtschaftliche Situation der Ärzte in Deutschland schlecht ist. Über die Gründe wäre verschiedenes zu sagen, doch sei gestattet, hier nur auf die markantesten Zahlen der Arztdichte hinzuweisen. Nach den Erhebungen unserer statistischen Abteilung (die übrigens mit den Ergebnissen der Volks- und Berufszählung vom 13. September 1950 bis auf Bruchteile von Prozenten übereinstimmen) waren am 1. Januar 1953 im Bundesgebiet insgesamt 68 235 Ärzte vorhanden, das sind

13,9 Ärzte je 10 000 Einwohner, während nach den Angaben des Weltärztebundes im Jahre 1950 in so hochentwickelten Kulturländern wie

der Schweiz 9,5 Ärzte je 10 000 Einwohnern und Schweden 9,5 Ärzte je 10 000 Einwohnern gegenüberstanden.

Selbst in Großbritannien entfielen nur 11,4 Ärzte auf 10 000 Einwohner trotz des dortigen staatlichen Gesundheitsdienstes.

Wenn man die Verhältnisse in diesen hochzivilisierten Ländern als Vergleichsmaßstab nimmt, dann ist die Bundesrepublik Deutschland mit Ärzten außerordentlich überbesetzt. Man muß ferner berücksichtigen, daß bei uns die Zulassung zur Kassenpraxis durch gesetzliche Bestimmung begrenzt ist, die Soziale Krankenversicherung aber 80 % der Bevölkerung betreut.

Soll diese Überbesetzung als Status hingenommen und auch in der Zukunft nicht geändert werden (was aber keineswegs mit den in der Bundesrepublik Deutschland und auch in einem wiedervereinigten Deutschland gegebenen Realitäten in Einklang gebracht werden kann), dann wäre ein jährlicher Nachwuchsbedarf von max. 1200 Ärzten erforderlich. Grundlage für diese Feststellung ist die folgende Berechnung:

Zahl der Ärzte Anfang 1949	=	59 878
Zugang (erteilte Approbationen 1949—1952)	=	13 136
		<u>73 014</u>
Zahl der Ärzte Anfang 1953	=	68 235
Abgang in den 4 Jahren	=	4 779
oder im Durchschnitt pro Jahr	=	1 195

Das sind 18,7‰ der Durchschnittszahl (1949—1953) von 63 770 Ärzten. Der biologische Abgang beträgt nach der Sterbetafel für alle über 26 Jahre alten männlichen Einwohner 17,3‰. Die geringe Differenz dieser beiden Zahlen ist in der Hauptsache auf die Auswanderungen einiger Ärzte zurückzuführen.

Selbst wenn man, wie oben bereits mit Vorbehalt gesagt, einen jährlichen Nachwuchsbedarf von maximal 1200 Ärzten zur Aufrechterhaltung des gegenwärtigen, fraglos überhöhten Status unterstellt, muß man wissen, daß der tatsächliche Nachwuchs diesen Bedarf in den letzten Jahren um mehr als das Doppelte, im Jahre 1952 um das 1½fache überstieg. Einzelheiten gibt die folgende Darstellung der jährlichen Approbationszahlen in der Bundesrepublik:

im Jahre 1947	=	3015 Approbationen an Ärzte
im Jahre 1948	=	3795 Approbationen an Ärzte
im Jahre 1949	=	3844 Approbationen an Ärzte
im Jahre 1950	=	2949 Approbationen an Ärzte
im Jahre 1951	=	3414 Approbationen an Ärzte
im Jahre 1952	=	2929 Approbationen an Ärzte

Auch zu der Vermutung, daß der durch den allmählichen Abgang der Kriegs- und Nachkriegsstudenten (Flüchtlinge, Heimkehrer) eingetretene Rückgang

von 14 673 Medizinstudenten im Sommersemester 1949
auf 9 289 Medizinstudenten im Sommersemester 1953

zu einem spürbaren Nachlassen des Nachwuchsdruckes und zu einer Verringerung oder sogar Unterschreitung der oben als maximal angesehenen Nachwuchszahl führen wird, besteht keine Veranlassung. Wir konnten auch in den ersten acht Jahren nach dem Kriege 1914 bis 1918 einen nahezu parallelen Verlauf beobachten, nämlich einen Rückgang

von 14 495 Medizinstudenten im Sommersemester 1922
auf 8 513 Medizinstudenten im Sommersemester 1926.

Dann ist aber diese Zahl laufend stark angestiegen, und zwar bis auf 25 264 Medizinstudenten im Sommersemester 1933, und wir müssen annehmen, daß sich ein gleichartiges Ansteigen auch nach diesem Kriege zeigen wird, wenn nicht eine entsprechende Aufklärung erfolgt, zumal gerade jetzt die geburtsstarken Jahrgänge 1934 und folgende die höheren Schulen verlassen.

Es übersteigt auch heute noch die Zahl der jährlichen Neuimmatrikulationen den effektiven Bedarf, selbst wenn man berücksichtigt, daß nicht alle Medizinstudenten ihr Berufsziel erreichen. Die Zahl dieser Studenten, die wegen Aufgabe des Studiums oder Wechsel in andere Fakultäten ihr Studienziel nicht erreichen, ist noch nie höher als 10% der Erstimmatrikulationen gewesen.

Es betrogen die Neuimmatrikulationen

im Wintersemester 1952/53	629
im Sommersemester 1953	1092
im letzten Studienjahr	
	<u>1721</u>
also insgesamt	1721

Über die seit dem Kriege in zunehmendem Maße sich ständig verschlechternde wirtschaftliche Situation der Ärzteschaft in allen ihren Teilen möchten wir uns ins einzelne gehende Ausführungen ersparen. Für die Beurteilung der ärztlichen Berufsaussichten sei in Stichworten folgendes gesagt:

Der Medizinstudent erhält frühestens seine ärztliche Approbation nach einer im Anschluß an das bestandene Abitur zur Zeit 7½ Jahre dauernden theoretischen und praktischen Ausbildung. Von ca. 20 000 nachgeordneten Ärzten in den Krankenhäusern der Bundesrepublik erhalten nach unseren Feststellungen ca. 12 000 die tarifliche Mindestbezahlung für einen Akademiker mit abgeschlossener Hochschulbildung, d. h. TOA III. Das sind monatlich für Ledige in der Ortsklasse A DM 664.— im ersten Tätigkeitsjahr und DM 742.40 im fünften Tätigkeitsjahr. Die Anstellungsverträge der nachgeordneten Ärzte sind bzw. werden zur Zeit im weitesten Umfang von den Krankenhausträgern zeitlich limitiert. Trotz Kündigungsschutzgesetz werden durch diese Limitierungen jährlich eine den Bedarf der freien Praxis weit übertreffende Zahl von nachgeordneten Ärzten aus den Krankenhäusern entlassen. Der Übergang in die freie Praxis ist jedoch durch die auf Grund der Struktur unserer Sozialversicherung gesetzlich gegebenen Zulassungsbeschränkungen außerordentlich erschwert. Eine rein privatärztliche Tätigkeit in freier Praxis bietet nur wenigen Ärzten eine kaum ausreichende Existenz, weil 80% der Bevölkerung des Bundesgebietes durch die Soziale Krankenversicherung betreut werden. Daher sind zur Zeit ca. 4500 Ärzte arbeitslos oder in berufsfremder Stellung tätig. Diese Zahl vergrößert sich in jedem Jahr zusehends. Unberücksichtigt dabei ist, daß eine mindestens doppelt so hohe Anzahl von Ärzten in unbezahlten oder nur mit Taschengeld bezahlten Beschäftigungsverhältnissen in Krankenhäusern tätig ist.

Die Zulassung zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen erfolgt durch Zulassungsausschüsse nach öffentlichen Ausschreibungsverfahren auf Grund gesetzlich niedergelegter Zulassungsbestimmungen. Das durchschnittliche Zulassungsalter, das für praktische Ärzte und die verschiedenen Facharztgruppen gewisse Unterschiede aufweist, schwankt nach Repräsentativerhebungen zur Zeit um 40—42 Jahre. Es liegt für einzelne Fachgebiete niedriger, für die praktischen Ärzte bei 42 Jahren, für andere Fachgebiete bei 45—48 Jahren.

Da zur Zeit bereits etwa 20 000 Ärzte für eine Kassenzulassung als endgültige Berufstätigkeit anstehen (bei einer Gesamtzahl von ca. 32 000 zugelassenen Kassenärzten im Bundesgebiet), wird das zu erwartende durchschnittliche Zulassungsalter für die wartenden Ärzte eher noch steigen als fallen.

Um dieses, wirtschaftlich gesehen, nur als dunkel zu bezeichnende Zukunftsbild aufzuhellen, wird hin und wieder behauptet, daß eine Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland besonders auf die Bereiche der vorbeugenden Gesundheitspflege für viele Ärzte neue Existenzmöglichkeiten schaffen könne. Diese Darstel-

lung entbehrt ebenso jeder sachlichen Grundlage wie der Hinweis auf zusätzliche Existenzmöglichkeiten für Ärzte als Militärärzte. Sicherlich werden in eventuellen deutschen Truppenkontingenten auch Ärzte in ausreichender Zahl tätig sein. Auf der anderen Seite werden aber die dann truppenärztlich betreuten Menschen aus dem bisherigen Behandlungspotential der Ärzteschaft herausgenommen und dieses dadurch entsprechend eingeschränkt. Aus dem oben im einzelnen geschilderten Reservoir an Ärzten wird es aber auf Jahrzehnte hin möglich sein, jeden eventuell auftretenden zusätzlichen Bedarf an Ärzten zu decken.

Wir glauben daher verpflichtet zu sein, Sie auf diese ungewöhnlich ernste Nachwuchssituation des ärztlichen

Berufes im Hinblick auf die Beratung der von den höheren Schulen abgehenden Abiturientenjahrgänge aufmerksam machen zu müssen. Das von uns angegebene Zahlenmaterial wird Ihnen das Statistische Bundesamt sicherlich jederzeit bestätigen und ergänzen können, ebenso wie wir gern bereit sind, Ihnen auf weitere Fragen Auskunft zu geben.

Präsidium des Deutschen Ärztetages
und
Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen
Ärztekammern
Im Auftrage des Vorstandes:
Dr. Stockhausen

Kurznachrichten

Lungenkrebs an erster Stelle

Nach den statistischen Feststellungen eines Augsburger Arztes haben die Befunde von über 28 000 Leichenöffnungen in den pathologischen Instituten Bayerns ergeben, daß der Lungenkrebs als Todesursache bei Männern den Magenkrebs übertroffen hat und nunmehr an erster Stelle steht. Der Arzt macht dafür das Rauchen verantwortlich. Seine Annahme wird offenbar dadurch bestätigt, daß bei Frauen ein solches Ansteigen des Lungenkrebses bisher noch nicht verzeichnet wurde, während in anderen Ländern, in denen das Frauenrauchen schon viel früher als in Deutschland Gewohnheit wurde, so zum Beispiel in den nordischen, aber auch in England und der Schweiz, bereits ein merkliches Ansteigen des Lungenkrebses auch bei Frauen festzustellen ist.

Pressedienst der Krankenkassen

Über 17 300 Rauschgiftsüchtige und -händler in Westdeutschland

Auf einer Tagung in Hannover haben vor kurzem Wissenschaftler, Ärzte, Juristen und Kriminalisten beschlossen, einen energischen Feldzug gegen die Rauschgiftsucht in der Bundesrepublik durchzuführen. Wie sehr die Volksgesundheit durch den Mißbrauch der verschiedenen Gifte (z. B. Marihuana-Zigaretten, Kokain, Opium, Heroin) bedroht ist, beweist eine alarmierende Zahl, die kürzlich vom Bundeskriminalamt in Wiesbaden bekanntgegeben wurde. Danach stehen in Westdeutschland 17 340 Personen unter dem Verdacht, mit Rauschgift zu handeln oder den betäubenden Genußmitteln verfallen zu sein.

Wird das Brot nahrhafter?

In der Schweiz ist vor kurzem ein Hochfrequenz-Infrarot-Backverfahren für alle Gebäcksorten entwickelt worden, dem vom gesundheitlichen Standpunkt aus größte Beachtung geschenkt werden sollte. Das Verfahren, das insbesondere durch die Firma Brown, Boveri & Co. AG, Baden, eine Studiengesellschaft in Zürich und die schweizerische Bäckereifachschule in Richmont und Luzern ausgearbeitet wurde, besteht aus kombinierter Anwendung von Hochfrequenz und Infrarotstrahlung im kalten Backofen, wobei die Hochfrequenz zum Beispiel Brötchen von innen heraus backt, also auf die Krume wirkt, während Infrarot die Außenschichten, die Kruste, backt.

Da die Backzeit nur $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$ der bisher üblichen beträgt, brauchen die Bäcker bei Bewahrung und allgemeiner Ein-

führung des neuen Ofens in Zukunft wahrscheinlich nicht mehr so früh aufzustehen. Wesentlich ist aber vor allem, daß durch die Verkürzung der Erhitzungszeit der Backwaren die wertvollen Vitamine, vor allem der B-Gruppe, geschont werden und die dem Teig zugesetzten Fette, Milchprodukte oder Früchte keine wesentliche Aktivitätseinbuße ihrer Wirkstoffgefüge erfahren. Auch der ungünstige Einfluß einer längeren Backdauer auf die Eiweißbestandteile des Teiges wird bei dem neuen Verfahren vermieden und damit eine wichtige biologische Forderung erfüllt.

DMI

Operationsschwestern nicht zuviel zumuten!

Die technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege beobachten immer wieder, wie einzelne, mitunter zart gebaute, auch ältere Schwestern im Operationssaal allein schwere Patienten heben und tragen, während gleichzeitig oft eine ganze Anzahl von jüngeren Ärzten, die bei der Operation nur zusehen wollen, untätig danebensteht. Selbst die Schwestern sind sonderbarerweise der Meinung, das Heben der Patienten sei unter der Würde eines Arztes.

DMI

„Krebskonsiliarstellen“

sollte man die vorhandenen Krebsberatungsstellen besser nennen. Dies schlägt F. Fiebig in den „Ärztlichen Mitteilungen“ vor. Die Konsiliarstellen dürfen nur von überwiesenen Patienten aufgesucht werden. Sie klären die Diagnose und überweisen die Patienten an den überweisenden Kollegen wieder zurück.

DMI

Das Mütter-Telefon im Kreißsaal

Viele Mütter möchten gern die ersten sein, die nach glücklich überstandener Geburt ihrer Familie von dem frohen Ereignis Kenntnis geben. Die Frauenklinik in Rheydt hat diesem oft geäußerten Wunsch Rechnung getragen und im Kreißsaal ein Spezialtelefon mit besonders langem Kabel angebracht, durch das die Mutter, sobald sie es vermag, ihre Durchsage geben kann. Anschließend berichtet dann der behandelnde Arzt, wie es der jungen Mutter geht.

DMI

Württemberg kultiviert „hygienisch einwandfrei“

Die Obst- und Gemüseversteigerung Groß-Stuttgart hat bekanntgegeben, daß die 150 Gärtnereien, die ihr angeschlossen sind, künftig zur Düngung von Gemüse keine Fäkalien mehr verwenden werden. Das Gemüse, das nun auf den Markt kommt, wird mit dem Gütezeichen „Hygienisch einwandfrei kultiviert“ versehen. Die Einführung des Gütezeichens soll keine wesentliche Verteuerung der Waren zur Folge haben.

DMI

Asgoviscum

mit Rutinon, Viscum, Crataegus und Allium

Das biologische Herz- und Kreislaufmittel

bei Arteriosklerose, Hypertonie, Altersherz
und Apoplexiegefahr

RHEIN-CHEMIE PHARM. ABT. HEIDELBERG

RHEIN-CHEMIE · PHARM. ABT. · HEIDELBERG

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

- 9.—13. Juni 1954
3. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin. Anfragen und Anmeldungen an das Büro der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstr. 29.
- 13.—26. Juni 1954
Lehrgang zur Ausbildung von Sportärzten in Freudenstadt. Nähere Auskunft und Anmeldung bis 15. Mai 1954 durch die Kurverwaltung Freudenstadt.
- 19.—20. Juni 1954
Tagung der bad.-württ. Sportärzte in Freudenstadt.
28. Juni bis 2. Juli 1954
4. Lindauer Nobelpreisträger-Tagung (2. Tagung der Mediziner).
19. Juni bis 23. Juli 1954
Amerika-Studienreise deutscher Ärzte. Nähere Auskünfte durch das Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13.

57. Deutscher Ärztetag in Hamburg

Der 57. Deutsche Ärztetag wird vom 18. bis 20. Juni 1954 in Hamburg stattfinden. Wie alljährlich so gehen dem Ärztetag auch in diesem Jahre die Hauptversammlungen der ärztlichen Spitzenorganisationen voraus. Ferner wird im Auftrage des Präsidiums des Deutschen Ärztetages von dem im vergangenen Jahr geschaffenen Senat für ärztliche Fortbildung eine Fortbildungsveranstaltung am 15. und 16. Juni in Hamburg durchgeführt.

Auf der am 20. Juni stattfindenden öffentlichen Kundgebung des Ärztetages werden Prof. Dr. Ferdinand Hoff, Frankfurt/Main und Dr. med. Hinrichs, Leer/Ostfriesland, über „Das ärztliche Wirken im Wandel der Zeiten“ sprechen. Auf der Delegiertentagung werden unter anderem der Vizepräsident des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Rudolf Weise, Düsseldorf, über den Entwurf einer neuen ärztlichen Gebührenordnung und Dr. Dr. Hans Boelsen, Bonn, über das Thema „Arzt und Steuerreform“ sprechen.

Die 1952 gestiftete Paracelsusmedaille der Deutschen Ärzteschaft wird anlässlich des 57. Deutschen Ärztetages zum dritten Male, und zwar wiederum an vier um Arzttum und medizinische Wissenschaft hochverdiente Persönlichkeiten verliehen werden.

Die Einziehung von Seren und Impfstoffen

wird im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg, Nr. 17 vom 2. März 1954, bekanntgegeben. Der in der Veröffentlichung unterlaufene Druckfehler wird in Nr. 20 vom 13. März 1954 berichtigt.

Gebühren für die Untersuchung und Behandlung von Geschlechtskranken

auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Durch das neue Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (Bundesgesetzblatt I S. 700) ist die Durchführungsverordnung vom 16. November 1940 Reichsgesetzblatt I S. 1514, nach der die ärztlichen Leistungen, soweit sie aus Fürsorgemitteln vergütet wurden, nur mit 90 % der Mindestsätze der Preugo abzugelten waren, außer Kraft gesetzt worden. Mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes, d. h. vom 1. September 1953 ab, kommen daher die vollen Mindestsätze der Preugo — und zwar der neuen Preugo — mit den durch Verordnung des Bundeswirtschaftsministeriums vom 11. Dezember 1952 erhöhten Beträgen zur Anwendung.

Einladung

der Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte e. V. Gau Baden-Württemberg zur Frühjahrs-Hauptversammlung in Bad Niedernau am 2. Mai 1954

Unsere Mitglieder laden wir hiermit herzlich ein zu unserer Frühjahrs-Hauptversammlung am 2. Mai 1954, 12 Uhr, im Kurhotel Bad Niedernau. Soweit es den Kollegen möglich ist, wollen wir uns schon zum Wochenende am 1. Mai 1954 abends dort einfinden.

Programm:

Samstag, den 1. Mai, 20 Uhr, gemeinsames Nachtessen im Kurhotel Bad Niedernau, anschließend gemütlicher Abend mit Tanz.

Sonntag, den 2. Mai bis 9.30 Uhr Frühstück, anschließend gemeinsamer Spaziergang bis 12 Uhr.

12 bis 12.45 Uhr Hauptversammlung mit ärztlich-wissenschaftlichem Vortrag über die Quelle von Bad Niedernau und ihre Anwendung.

13 Uhr gemeinsames Mittagessen.

Wochenendpreis 15 DM (Nachtessen, Frühstück, Mittagessen samt Übernachten einschließlich Trinkgeld).

Um rechtzeitige Anmeldung an den Unterzeichneten wird gebeten, persönliche Einladungskarten gehen in den nächsten Tagen hinaus. Rückantwortkarte muß spätestens bis 26. April in meinen Händen sein.

Dr. Th. Staehle, Vorsitzender, Stuttgart-O, Fraas-Str. 1.

Mitteilung

des von der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft neu gebildeten Ausschusses für Fragen der manuellen Wirbelsäulenbehandlung

Die Tatsache, daß sich heute in stetig zunehmendem Maße Öffentlichkeit und Ärzteschaft im In- und Ausland mit chiropraktischen Behandlungsmethoden befassen, hat Vorstands- und Beiratsmitglieder des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie dazu veranlaßt, sich eingehend mit den heutigen Gegebenheiten auf diesem Gebiete vom Standpunkt der Orthopädie aus zu beschäftigen. Unter anderem haben sie auch an einem bzw. mehreren Kursen von Herrn Dr. med. Sell in Isny teilgenommen, wo dieser Fachkollege als erster und zur Zeit einziger Arzt Lehrgänge für Ärzte abhält, wie sie ihnen in fachlicher Hinsicht richtig und förderungswürdig erscheinen.

Die Teilnahme an diesen Kursen hat erkennen lassen, daß die manuellen (unblutigen) Wirbelsäulenkorrekturen Risiken einschließen, wenn nicht spezielle Kenntnisse in der Röntgendiagnostik und Funktionen der Wirbelsäule als Grundvoraussetzung vorliegen. Die Ausschaltung dieser möglichen Risiken und die Kenntnis der Kontraindikationen dieser besonderen Behandlungsart lassen die manuelle Wirbelsäulentherapie für die orthopädische Behandlung als eine brauchbare und erfolgreiche erscheinen.

Die zur Zeit laufenden Einführungs- und Fortgeschrittenen-Kurse durch Herrn Dr. Sell stellen eine Fortbildung von Ärzten in Form eines Seminars dar. Dabei wird besonderer Wert gelegt auf die Auffrischung und Vertiefung der anatomischen, neurologischen und röntgenologischen Kenntnisse unter dem Gesichtswinkel dieser speziellen Behandlungsart und -wirkung.

Der Einführungslehrgang bezweckt nach eingehenden theoretischen Vorträgen mit Demonstrationen die Beherrschung der grundlegenden Behandlungsrichtungen durch praktische Übungen, wobei jeder Arzt zunächst an sich selbst die Behandlungsart erleben muß. Danach folgen in bisher halbjährlichen Abständen mindestens 14tägige Fortbildungskurse, die den Zweck haben, den Teilnehmern die tieferen Zusammenhänge in kausaler und therapeutischer Beziehung zu vermitteln und die Erlernung der entsprechenden, speziellen Behandlungstechniken.

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie hält es für notwendig, daß sich chiropraktisch tätige Ärzte durch eine noch festzusetzende Ausbildung über ausreichende

theoretische und praktische Kenntnisse und Fähigkeiten ausweisen.

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie hält es für unzulässig, daß Nichtärzte diese Behandlungsart ausüben und Ausbildung darin erhalten, um Schäden für die Volksgesundheit zu vermeiden. Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie sah sich deshalb gezwungen, einen Ausschuß ins Leben zu rufen, der die Aufgabe hat, diesem Behandlungsgebiet in der medizinischen Wissenschaft auch in Deutschland die Wege zur Anerkennung und Einordnung, was im Aus-

land, in Frankreich etc., bereits weitgehend erfolgt ist, vorzubereiten. Diese Zielsetzung beinhaltet, daß Gefahren, die sich bereits bei einer kritischen und unüberwachten Handhabung und Ausbreitung dieser Behandlungsmethoden durch Unberufene und unzulänglich ausgebildete Kräfte zeigen, im Interesse der Volksgesundheit ausgeschaltet werden.

Neutrauchenburg bei Isny, den 21. Januar 1954.

gez.: Dr. Sell, Dr. Kahle, Dr. Buck-Gramcko, Dr. Waldmann

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

Ärztlicher Fortbildungstag

am Sonntag, den 8. Mai 1954, im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg.

(Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz, Fernruf 9 62 10)

Vormittags 9.00 Uhr

Aktuelle Viertelstunde: Direktor Dr. med. habil. O. Raisch-Stuttgart: **Moderne Narkosefragen.**

Professor Dr. Maßhof-Tübingen: **Pathologie des Alterns.**

Professor Dr. Heni-Tübingen: **Innere Sekretion und Alter.**

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr

Professor Dr. Kehler-Münster i. Westfalen: **Psychisches Altern.**

Professor Dr. Spang-Stuttgart: **Kreislauf und Alter.**

Als weitere Fortbildungstage sind folgende Samstage vorgesehen: 12. Juni und 10. Juli 1954.

Professor Dr. med. Neuffer Professor Dr. med. Dennig
 Präsident der Ärztekammer Vorsitzender des Ausschusses
 Nord-Württemberg E.V. für ärztliche Fortbildung

Bilanzen und Prüfungsberichte für 1952 und 1953

Die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. gibt hiermit bekannt, daß die Bilanzen für die Jahre 1952 und 1953 nebst Prüfungsberichten in der Zeit vom 19. April bis 3. Mai 1954 in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg, Zimmer 34, ausliegen.

Stuttgart-Degerloch, den 26. März 1954

**Neuzulassungen und Beteiligungen
an der Ersatzkassenpraxis**

Die am 13. Januar 1954 vom Zulassungsausschuß ausgesprochenen Zulassungen der nachstehend genannten Ärzte sind inzwischen unanfechtbar (rechtskräftig) geworden:

Dr. med. Friedrich Stratmann, Internist, Stuttgart-O

Dr. med. Eva-Maria Biewald, prakt. Ärztin, Affalterbach

Dr. med. Hans Jochem, prakt. Arzt, Sindelfingen

Dr. med. Hedwig Haselmann, prakt. Ärztin, Sindelfingen

Dr. med. Gertrud Möllerke, prakt. Ärztin, Gingen

Dr. med. Alfred Aebert, prakt. Arzt, Schwäb. Hall

Dr. med. Horst Moefert, prakt. Arzt, Dischingen

Dr. med. Theo Henftling, Urologe, Heilbronn

Widerrufliche Beteiligungen an der Ersatzkassenpraxis, an der Behandlung von Fürsorgeempfängern und Versorgungsberechtigten gemäß BVG, einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkassen (Mitgliedergruppe A) erhielten am

11. Januar 1954

Dr. med. Margarete Nissl, Kinderärztin, Göppingen

Dr. med. Gertrud Ulrich, Internistin, Ulm

Dr. med. Sepp Feuerle, prakt. Arzt, Waiblingen

1. Februar 1954

Dr. med. Dieter Bausenhardt, prakt. Arzt, Stgt.-Zuffenhausen

Dr. med. Walter Huneke, prakt. Arzt, Stuttgart-Bad Cannstatt

Dr. med. Titus Neuffer, Augenarzt, Stuttgart N

Dr. med. Gerhard Weber, Internist, Backnang

Dr. med. Karl-Berndt Grünler, prakt. Arzt, Ulm-Söflingen

Dr. med. Victor Mayer, prakt. Arzt, Fellbach

15. März 1954

Dr. med. Wolfram Hochstetter, prakt. Arzt, Stuttgart-S

Dr. med. Herbert Jelitto, Lungenarzt, Stuttgart-S

Dr. med. Hans-Joachim Knibbe, Internist, Stuttgart-N

Dr. med. Siegfried Müller, prakt. Arzt, Stuttgart-Möhringen

Dr. med. Lydia Müller-Marienburg, prakt. Ärztin, Stuttgart-N

nur BVG.

Dr. med. Hans Rekowski, prakt. Arzt, Stuttgart-Botnang

Dr. med. Alfred Senff, Nervenarzt, Stuttgart, nur BVG.

Dr. med. Friedrich Seyffer, Internist, Stuttgart-O

Dr. med. Burkhard Schmidt, Nervenarzt, Stuttgart-Degerloch

Prof. Dr. med. Caspar Tropp, Internist, Stuttgart-N

Dr. med. Andreas Thylmann, prakt. Arzt, Stuttgart 13

Dr. med. Franz Geiger, HNO., Backnang

Dr. med. Friedrich Becker, Lungenarzt, Böblingen

Dr. med. Anton Link, Frauenarzt, Crailsheim

Bericht

**über die 19. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer
Nord-Württemberg E.V. am 10. Februar 1954
(19—0.15 Uhr)**

- Die Kreisärzteschaft Heilbronn hat angeregt, die Beiträge für die Kreisärzteschaft möchten zentral zusammen mit dem Kammerbeitrag eingezogen werden. — Nach reger Aussprache in Anwesenheit des Heilbronner Kreisärzteschaftsvorsitzenden Dr. Spohr kommt der Vorstand zu der Auffassung, daß das ausgeprägte Eigenleben der Kreisärzteschaften doch jeweils ein individuelles Verfahren der Beitragserhebung nahelegt; außerdem empfiehlt es sich nicht, jetzt vor der Schaffung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in diesen Dingen noch eine Änderung zu treffen.
- Nach der jetzt geltenden Zulassungsordnung hat die Ärztekammer ein Einspruchsrecht bei Zulassungen. — Eine Ärzteschaft hat einen solchen Einspruch hier vorgelegt. — Der Vorstand kann sich nach Prüfung der Verhältnisse diesem Einspruch nicht anschließen.
- Präsident Prof. Dr. Neuffer erläutert die Lage. Hinsichtlich § 178 RVO (freiwillige Mitglieder der RVO-Kassen) sind keine Fortschritte zu melden. — Für das „Beziehungsgesetz“ wird ein neuer Entwurf ausgearbeitet.
- Dr. Knospe referiert über die Vorarbeiten zur Altersversorgung. — Der Vorstand ist der Auffassung, daß bei der in Aussicht genommenen Urabstimmung über die Erstreckung des südwestdeutschen Versorgungsgesetzes konkrete Angaben vorliegen müssen, in welcher Richtung die nordwestdeutschen Verhältnisse Satzungsänderungen erforderlich erscheinen lassen.
- Prof. Dr. Neuffer berichtet über die Sitzung des Presseausschusses am 27. Januar 1954.
- Personalangelegenheiten der Geschäftsstelle.
- Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des Ehrentats der Ärztekammer Nord-Württemberg am 13. Januar 1954.
- Der Vorstand prüft und billigt den von Dr. Knospe vorgelegten Haushaltsplan 1954; er wird der Delegiertenversammlung zur Annahme empfohlen werden.

9. Ärzte, die mit ihren Kammerbeiträgen längere Zeit im Rückstand geblieben sind, ohne etwa einen Antrag auf Erlassung zu stellen, sollen nochmals gemahnt werden; im Falle der Erfolglosigkeit soll ein Zahlungsbefehl erwirkt werden.
10. Dr. Dobler berichtet über mehrere Ehrenratsangelegenheiten; der Vorstand entscheidet, in welchen Fällen ein Verfahren eingeleitet oder darauf verzichtet werden soll.
11. Dr. Carl berichtet über die Sitzung des Ausschusses für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 27. Januar 1954.
12. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

Bericht

über die 20. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 18. Februar 1954 (20—23.30 Uhr)

Die Sitzung befaßte sich ausschließlich mit den Vorbereitungen zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg am 10. März 1954, zu der die Abgeordneten der KV und die Vorstände der Landesstellen des Hartmannbundes und des Marburger Bundes geladen werden.

Die vom Ärztekammerausschuß Baden-Württemberg beschlossenen Abänderungsanträge zur Satzung werden durchberaten und sollen der Delegiertenversammlung zur Annahme vorgelegt werden.

Dr. H.

Bericht

über die 7. Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 10. März 1954 (10.15 bis 11.35 Uhr)

1. Professor Dr. Neuffer begrüßt die Delegierten und spricht zur Lage: Seit der letzten Versammlung haben 6 Sitzungen des Kammervorstandes stattgefunden; auf einige dort beratene und besprochene Angelegenheiten wird kurz eingegangen (s. Sitzungsberichte). — Ehrendes Gedenken an Dr. Langbein u. Prof. Dr. Siegmund. — Der Arztetag wird v. 18.—20. Juni in Hamburg stattfinden. — Bericht über Probleme, die zur Zeit die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern beschäftigen. — Das Beziehungsgesetz u. der § 178 RVO (freiwillige Mitglieder) kamen immer noch nicht zu einer endgültigen Regelung. — Anlässlich der Reifeprüfungen erschienen auf Veranlassung der Arbeitsgemeinschaft in den Tageszeitungen Warnungen vor dem Medizinstudium wegen Überbesetzung des Arztberufes.
2. Dr. Häussler berichtet über die jüngste Entwicklung in Bonn auf den die Ärzteschaft interessierenden Gebieten. Er hat den Eindruck gewonnen, daß es für die Ärzteschaft nicht leicht sein wird, ihre Anliegen zu fördern; ja selbst die derzeitigen Positionen zu halten, wird Mühe kosten und enge Zusammenarbeit aller ärztlichen Organisationen erfordern.
3. Dr. Knospe berichtet über die Ergebnisse der Revisionen, die ein Wirtschaftsprüfer für die Jahre 1952 und 1953 vorgenommen hat. Beanstandungen haben sich nicht ergeben. — Die Delegiertenversammlung genehmigt die Bilanzen für die Jahre 1952 und 1953.
4. Anschließend trägt Dr. Knospe den Haushaltsplan für 1954 vor. Er unterscheidet sich nur wenig von demjenigen des vorausgehenden Jahres und wird nach kurzer Beratung genehmigt.
5. Dr. Knospe berichtet, daß im Jahre 1953 DM 240 000.— an Fürsorge-Unterstützungen, Winter- und Weihnachtsbeihilfen geleistet worden sind. Die Versammlung beschließt, 1954 die Beiträge zum Fürsorgefond in der gleichen Weise wie im Jahre 1953 zu erheben. Entsprechend einem von Dr. Dobler gestellten Antrag wird der Kammervorstand ermächtigt, alle Schritte zu unternehmen, um eine Besteuerung der Fürsorgeleistungen zu verhindern (das Finanzamt will von den Fürsorgebeiträgen „Versicherungssteuer“ erheben).

Dr. H.

Altersversorgung

Nach zahlreichen Beratungen innerhalb der einzelnen Organisationen und gemeinsamen Besprechungen ihrer Beauftragten fand am Nachmittag des 10. März 1954 eine gemein-

same Sitzung statt der Delegierten der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., der Abgeordneten der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, des Vorstandes der Landesverbandsgruppe Nord-Württemberg des Hartmannbundes und des Vorstandes der Landesverbandsgruppe Nord-Württemberg des Marburger Bundes. Zur Debatte stand der Gesetzesentwurf zur Erstreckung der südwestdeutschen Altersversorgung auf die übrigen Landesstellen. Zweck der gemeinsamen Sitzung war, eine endgültige, übereinstimmende Stellungnahme herauszuarbeiten. Es wurden eine Reihe Ergänzungsvorschläge zur Satzung und auch zum Gesetz beschlossen, meist einstimmig oder mit 1—2 Gegenstimmen oder Enthaltungen. — Über die Fragestellung bei der Urabstimmung wurde ebenfalls Übereinstimmung erzielt. Auf dieser Basis kamen alle beteiligten Verbände zu einer Befürwortung des Gesetzes. — Die einzelnen Ergänzungsvorschläge wurden der Ärzteschaft in einem Rundschreiben schon zur Kenntnis gebracht, so daß sich ihre Wiedergabe hier erübrigt.

Dr. H.

Bericht

über die 99. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 11. März 1954 (19 Uhr bis 23.45 Uhr)

1. Honorarverhandlungen mit dem Landesverband der Betriebskrankenkasernen. Der Vorstand genehmigt das vorgeschlagene Abkommen, nachdem eine günstigere Regelung nicht zu erreichen war.
2. Beteiligung der werkärztlichen Station Boschan an den kassenärztlichen Sachleistungen. Die in Aussicht genommenen Zugeständnisse (Honorierung elektrophysikalischer Sachleistungen in gewissen Fällen) haben Reaktionen aus Ärztekreisen zur Folge gehabt. Andererseits drängt die Firma Bosch auf Honorierung auch solcher Leistungen, die vom Werksarzt selbst und nicht vom behandelnden Kassenarzt veranlaßt worden sind. — Der Vorstand ist zwar bereit, den Vertretern der Firma Gelegenheit zu persönlicher Rücksprache zu geben; er sieht aber keine rechtliche Möglichkeit zu weiterem Entgegenkommen; ja, es erscheint zweifelhaft, ob die vorgesehenen Zugeständnisse auf die Dauer aufrechterhalten werden können.
3. Anfrage der Ärzteschaft Heidenheim wegen Beteiligung der Ärzte am Sonntagsdienst. — Es wird als Regelfall angenommen, daß sich alle praktischen Ärzte beteiligen; bei Fachärzten ist die Beteiligung fallweise zu regeln. — Gelingt in Einzelfällen die örtliche Regelung auf freiwilliger Basis nicht und kann auch die Kreisärzteschaft nicht Abhilfe schaffen, so ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet einzugreifen, um die kassenärztliche Versorgung auch an Sonntagen sicherzustellen (vgl. Rundschreiben 1/50 K).
4. Von einigen Kollegen fehlen immer noch notwendige Urkunden. In fünf Fällen wird beschlossen, ein Disziplinarverfahren einzuleiten.
5. Statistik über die Verhältniszahl Kassenarzt: Versicherte in Nordwestdeutschland. — Einzelne Kreise sind unterbesetzt. Dr. Schwoerer, Dr. Benz und Dr. Röken werden beauftragt, die Verhältnisse näher zu prüfen und dem Vorstand Vorschläge zur Schaffung neuer Arztsitze zu unterbreiten. Es wird in Aussicht genommen, zu gegebener Zeit die Vorsitzenden der betroffenen Kreisärzteschaften zu einer gemeinsamen Besprechung einzuladen. Bei der Errechnung der Verhältniszahl werden übrigens hierzulande die Rentner voll mitgezählt; dadurch wird eine relativ hohe Zahl von Arztsitzen errechnet. Dies wird bis jetzt nicht bei allen Landesstellen des Bundesgebietes in gleicher Weise gehandhabt. Zahlenangaben anderer Landesstellen können zu den hiesigen deshalb nicht ohne weiteres in Beziehung gesetzt werden; es würde sich dabei ein falsches Bild der relativen Kassenarztdichte ergeben.
6. Anträge von Ärzten auf Errichtung von Kassenarztsitzen sind in größerer Zahl hier eingegangen. Sie werden einzeln geprüft; die meisten werden aufgenommen und als Anträge der Kassenärztlichen Vereinigung an den Zulassungsausschuß weitergeleitet.
7. Es findet eine Aussprache über den Nachweis des Landvierteljahres für Zulassungen statt. Wege

sollen gefunden werden, um für eine Übergangszeit Härten zu vermeiden.

Die Ärztekammer soll gebeten werden, beim Innenministerium darauf hinzuwirken, daß das Landvierteljahr für den Ergänzungsvermerk zur Approbation wieder notwendig wird.

Dr. H.

Bericht

über die 100. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 18. März 1954 (19 Uhr bis 23.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer gibt anlässlich der „Jubiläumssitzung“ einen kurzen Rückblick über die geleistete Arbeit. Sodann spricht er zur Lage: Die weitere Entwicklung des § 368 ist noch sehr ungewiß. Mancherorts sind sogar Bestrebungen gegen die ärztliche Selbstverwaltung festzustellen. — Bei den Behring-Ehrlich-Feierlichkeiten hat Prof. Neuffer die Ärzteschaft vertreten.
2. Dr. Schwoerer berichtete über die letzte Sitzung des Gesamtvorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Man befaßte sich unter anderem mit den §§ 368 und 175 (Beziehungsgesetz, freiwillige Mitglieder).
3. Dr. Schwoerer referiert den Entwurf eines Gebührenverzeichnisses für Labor u. a. Leistungen, das der Abrechnung der Krankenanstalten hinsichtlich der entstandenen Sachkosten zugrunde gelegt werden soll. Der Entwurf wurde von Dr. Rieger, Dr. Scharpf u. Dr. Schwoerer ausgearbeitet. Er findet die Billigung des Vorstandes. — Nach Rücksprache mit den Kassen soll über seine Verwendung mit der Krankenhausesellschaft verhandelt werden.
4. Die Fallbegrenzung der Fachärzte für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten wird nach Bericht und Vorschlag von Dr. Benz rückwirkend ab 1. Oktober 1953 derjenigen der Internisten angeglichen (DM 8.— statt DM 6.50).
5. Erledigung von Anträgen auf Genehmigung eines Assistenten u. a.
6. Überweisungsscheine bei Urlaubs-, Krankheits- und Sonntagsvertretung. Es

wurden einige Zahlen aus II. und III/53 vorgelegt. In der Abrechnung einzelner Kollegen fanden sich bis zu 150 derartige Überweisungsscheine. Diese Fälle können zweimal den Fallwert ergeben und belasten damit das Gesamtpauschale zu sehr zum Nachteil jener Kollegen, die keine Möglichkeit der gegenseitigen Vertretung haben. Eine bessere Regelung soll auf einer Forumveranstaltung beraten werden (z. B. könnte der Begrenzungswert eines Überweisungsscheins auf die Hälfte herabgesetzt werden; oder es könnte von der KV ein Urlaubsgeld wie früher bezahlt werden; die sich vertretenden Kollegen würden dann über die Vertretungsfälle persönlich untereinander abrechnen).

7. Dr. Benz berichtet über die Sitzung des Verbandes der Rentenversicherungsträger in Bad Nauheim am 5. März 1954.

8. Disziplinarfälle u. a.

9. Die Landesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen werden demnächst — unserer Anregung nachkommend — einen neuen Vordruck für Wochenlohnbezug herausbringen. In ihm sollen die zu detaillierten Fragen ärztlicher Art nicht mehr enthalten sein.

Dr. H.

Wir trauern um unsere Toten

- Dr. Naab, Jakob, Stuttgart
geb. 4. 1. 1872, gest. 6. 3. 1954
- Dr. Schäfer, Dora, Kohlberg
geb. 5. 9. 1913, gest. 6. 3. 1954
- Dr. Schall, Wolfgang, Göppingen
geb. 25. 1. 1916, gest. 6. 3. 1954
- Dr. Bettac, Eugen, Stuttgart-Degerloch
geb. 7. 1. 1880, gest. 17. 3. 1954
- Dr. Rückle, Erwin, Lorch
geb. 10. 6. 1874, gest. 23. 3. 1954

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 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 dreijährige 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 ärztl. Tätigkeit
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt bewirbt

5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister
6. Polizeiliches Führungszeugnis
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung
8. Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis
9. Eine Erklärung darüber, daß der Bewerber nicht rauchgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem ist ein kurzer Lebenslauf anzufügen, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr

Zur
Trocken-
Behandlung: **Aktiv-Puder**

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 Beruteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlüßfassungen 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:

Tübingen	prakt. Arzt (Ärztin erwünscht)
Munderkingen	prakt. Arzt
Sigmaringen	prakt. Arzt
(mit dem Praxissitz in Sigmaringendorf)	

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes, also bis zum 5. Mai 1954, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte des Landes Württemberg-Hohenzollern

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 428 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Der Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden bringt hiermit in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztstellen zwecks Besetzung zur Ausschreibung:

prakt. homöopath. Arzt in Karlsruhe
prakt. Arzt in Ettlingen
prakt. Arzt in Bruchsal-Süd
prakt. Arzt in Rheinhausen, Kreis Bruchsal
Facharzt für Hautkrankheiten in Eberbach

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

Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Kassenarztstellen in einer Ausschreibung des Zulassungsausschusses Nordbaden ist nicht zulässig.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztsitze sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes, spätestens jedoch bis zum 20. Mai 1954, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden, Karlsruhe, Douglasstr. 9, einzureichen. Den Bewerbungen sind die Urkunden bzw. beglaubigten Abschriften beizufügen, wie sie in § 12 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 aufgeführt sind, soweit sie nicht von früheren Bewerbungen noch bei der Geschäftsstelle vorliegen. Bei der Bewerbung ist anzugeben, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird.

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Schwerbeschädigte ihres Rentenbescheides und Vertriebene und Flüchtlinge ihres Ausweises (§ 15 BVFG) den Bewerbungsunterlagen beifügen. Das Ausstellungsdatum des polizeilichen Führungszeugnisses soll nicht vor dem 1. Januar 1954 liegen, Lebenslauf und Rauschgiftsuchterklärung sollen das Datum der Bewerbung tragen.

Für die Bearbeitung eines jeden Antrages hat der Bewerber eine Gebühr von DM 10.— (gemäß § 42, Abs. 2 ZO), und zwar für jede Kassenarztstelle zu entrichten. Die Gebühr ist auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 221 90 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Mannheim, Renzstr. 11, mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für ...“ einzuzahlen.

Nach § 36 der Zulassungsordnung geht der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses eine mündliche Verhand-

lung voraus, zu der die Beteiligten spätestens eine Woche vor der Zulassungssitzung durch eingeschriebenen Brief geladen werden.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Nordbaden

Bericht

über die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordbaden am 23. Januar 1954 in Karlsruhe

Beginn 10 Uhr Ende 17 Uhr
Herr Dr. Geiger, Karlsruhe, eröffnet die Sitzung und begrüßt den Vertreter des Regierungspräsidiums Nordbaden, Herrn Oberreg. Rat und Obermed. Rat Dr. Hamacher, ferner Herrn Dr. Schelkle als neuen Delegierten. Einleitend gibt Dr. Geiger einen Bericht über Entwicklung und Stand der Versorgungsangelegenheit. Herr Direktor Hermann ergänzt die Angaben durch ausführliche, statistische Unterlagen und erörtert die Möglichkeiten einer Versorgung nach verschiedenen Versicherungsverfahren:

1. die Rentenversicherung mit Kapitaldeckung;
 2. die Rentenversicherung mit einer technischen Durchschnittsprämie;
 3. das Tübinger Verteilungsverfahren.
- Es schließt sich eine eingehende Diskussion über verschiedene Einzelfragen an. Die in der Informationssitzung des Landtages vom 23. November 1953 bereits vorgetragene Gesetzesänderungswünsche des Ärztekammer-Ausschusses werden gebilligt:

1. Vorsitzender des Verwaltungsrates soll ein Jurist sein;
2. § 7, 2 (Sippenhaftung) soll wegfallen.

Nach der Mittagspause erhalten Herr Walter, Facharzt für Nervenkrankheiten, Mannheim (als Vertreter des Hartmannbundes und als Vertreter der Gruppe Grieger, Mannheim) und Herr Dr. Maiwald, Mannheim (als Vertreter der niedergelassenen, nicht zugelassenen Ärzte), das Wort. Herr Dr. Geiger dankt den beiden Kollegen und bemerkt, daß sie keine Argumente angeführt hätten, die nicht schon in den Kammeritzungen behandelt worden sind. Zu den Ausführungen von Herrn Walter und Herrn Dr. Maiwald nehmen die Kollegen Graeff, Nettel und Vetter kritisch Stellung; Dr. Wysocki weist darauf hin, daß entgegen den Angaben von Herrn Dr. Maiwald die Interessen der nicht zugelassenen Kollegen von den Delegierten der Kammer, die Mitglieder des Marburger Bundes sind, stets sehr nachdrücklich vertreten worden sind. An-



Rasches und subjektives Wohlbefinden
bei guter Heilungstendenz.
Ein Fortschritt in der Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden
Klinisch erprobt.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

schließend gibt Herr Dr. Geiger einen Überblick über die geplanten Satzungsänderungen, die bereits vom erweiterten Vorstand und der beauftragten Kommission beraten worden sind. Als wichtigste, grundsätzliche Änderungsvorschläge nennt Herr Dr. Geiger:

1. die eigene Versorgungsanstalt
2. den Einbau der alten Gruppenversicherungen in die Versorgungsanstalt
3. die Berücksichtigung der vorhandenen Lebensversicherungen und sonstigen evtl. Alterssicherungen.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreiben einer Kassenarztstelle

Folgende Kassenarztstelle ist zu besetzen:

Vöhrenbach

Kreis Donaueschingen für einen praktischen Arzt.

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

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

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

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

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

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

Bei der Antragstellung hat der Bewerber eine Gebühr von DM 10.— an die Landesärztekammer Baden, Postscheckkonto 626 95 Postscheckamt Karlsruhe, mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Südbaden

70. Geburtstag

Dr. Ewald Schön, Facharzt für Nervenkrankheiten in Konstanz, wurde am 3. Januar 1954 70 Jahre alt.

In der oberschlesischen Festungsstadt Neiße geboren, hat er in München, Breslau und Jena seine Studien- und Assistentenjahre verbracht mit abschließender Ausbildung in Zürich und im Bellevue Sanatorium Dr. Binswanger in Kreuzlingen. Seit dem Jahre 1920 ist er als Facharzt für

Nervenkrankheiten in Konstanz niedergelassen, nachdem er den ersten Weltkrieg beim Reserveregiment 111 als Stabsarzt in vorderster Front mit hohen Auszeichnungen erlebt hat.

In all den Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit hat er der Standesorganisation in hohem Maße durch seinen Rat und seine gewandte Art der Diskussion Hilfe geleistet und war dann nach dem Umbruch 1945 Leiter der Bezirksärztekammer Konstanz, wo er auch wieder bemüht war, unter den besonders schwierigen Verhältnissen die Standesorganisation aufzubauen.

Wir wünschen dem Kollegen für seinen Lebensabend eine weitere Reihe von glückbringenden Jahren.

Bezirksärztekammer Konstanz

80. Geburtstag

Am 28. Januar 1954 feierte der Augenarzt Dr. Wilhelm Altland in Singen seinen 80. Geburtstag in seltener körperlicher und geistiger Rüstigkeit.

Nachdem er um die Jahrhundertwende als Arzt approbiert war, fand seine Facharztausbildung an den Universitäts-Augenkliniken Hamburg und Breslau ihren Abschluß. In seiner rheinischen Heimat Duisburg hat er bis zum 2. Weltkrieg eine große konservative und operative Praxis als Augenarzt zu versorgen gehabt, bis ihm der Krieg Hab und Gut vollkommen zerstörte. Mit einem jugendlichen Elan begann er im Jahre 1945 in Singen a. H. seine ärztliche Tätigkeit erneut und gründete sich eine außerordentlich angesehene Praxis, die er bis zum heutigen Tage mit erstaunlicher Tatkraft versorgt. Durch seinen langjährigen Studienaufenthalt in Freiburg ist ihm die süddeutsche Mentalität vertraut und dadurch sein jetziger Wohnort zur zweiten Heimat geworden.

Wir wünschen dem Kollegen, daß er noch für die weiteren Jahre bei guter Gesundheit und Arbeitskraft uns erhalten bleiben möge.

Bezirksärztekammer Konstanz

Nachruf

Am Samstag, den 2. Januar 1954, starb Dr. Ernst Brunne im Alter von 77 Jahren in Singen a. H.

Dr. Brunne, in Düsseldorf geboren, verbrachte seine Studienzeit in Freiburg, München und Greifswald, wo er 1903 promovierte und dann eine Reihe von Jahren als Schiffsarzt nach Ostasien tätig war. Seit dem Jahre 1910 in Singen a. H. als praktischer Arzt niedergelassen, war er im ersten Weltkrieg als Stabsarzt zuerst auf Kriegsschiffen und später in Hamburg im Marine-Lazarett tätig, um im zweiten Weltkrieg erneut als Chefarzt die Lazarette in Singen und Engen zu betreuen.

Dr. Brunne war den Kollegen durch seine hohe Ethik und sein ruhiges sachliches Wesen ein Vorbild. Seine Qualitäten brachten ihm in den ärztlichen Organisationen hohe Ehrenstellen ein, die er bis kurz vor seinem Tode inne hatte. Es verläßt uns mit ihm ein Kollege, der ein Leben lang die Mischung Arzt — Mensch in des Sinnes bester Bedeutung vorgelebt hat.

Bezirksärztekammer Konstanz

Zur kleinen Herztherapie

cordi sanol

Kumulationsfrei

50 ccm **195** DM

reicht 3 Wochen

**VERBAND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN
FÜR BADEN, RHEINLAND-PFALZ UND WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN**
Geschäftsstelle: Freiburg i. Br., Karlstraße 34

Einladung

Am Samstag, den 15. Mai 1954, findet in Baden-Baden, Kurhaus, eine

Arbeitstagung

über „Wirtschaftliche Verordnungsweise“

aller Prüfinstanzen bei den kassenärztlichen Vereinigungen Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern, die mit Rezeptprüfungen beauftragt sind, statt.

Das Programm der Arbeitstagung sieht folgende Referate vor:

- Ein Vertreter der Arzneimittelkommission d. Deutschen Ärzteschaft über: Das Arzneimittelproblem in ärztlicher Sicht (voraussichtlich gehalten von Prof. Dr. Dr. Koll-Göttingen, Geschäftsführer der Arzneimittelkommission)
- Dr. med. habil. Robbers, Sigmaringen: Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Rezeptur in der täglichen Praxis

U. v. Blanc, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie: Das Arzneimittelproblem im Blickpunkt der pharmazeutischen Industrie und ihr Standpunkt zur kassenärztlichen Verordnungsweise

Dr. med. Thoene, Verband der Ortskrankenkassen Lehr: Was beanstanden die Krankenkassen an der ärztlichen Verordnungsweise?

Syndikus Dr. Hörle, Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln: Das Regreßrecht der KV und der Krankenkassen

Dr. med. Böhm, Bad Kreuznach: Wie wünschen die Ärzte die Mitarbeit der Krankenkassen?

Dr. med. Holtgrave, Obervertrauensarzt, AOK Ravensburg: Einsparungsmöglichkeiten ohne Beeinträchtigung der Behandlungsfreiheit und des Heilerfolges

Ein Vertreter der Prüfinstanzen: Praktische Durchführung und Vorschläge für die Rezeptprüfung.

Alle interessierten Kollegen können an dieser Arbeitstagung teilnehmen und an der sich anschließenden Diskussion sich beteiligen.

Beginn: 9.30 Uhr im Kurhaus Baden-Baden.

Abseits

Ad usum medici.

„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“
sprach einst ein großer Geist gelassen;
Ach — wenn der eine Ahnung hätte
was heut sich alles tut — ich wette —
er würde diesen Ausspruch nun
und nimmermehr noch einmal tun,
denn Medizin als Wissenschaft
erfordert reichlich Geisteskraft.
Die Medizin dann angewandt
erfordert lediglich Verstand.
Verstand! — das heißt du mußt verstehen
mit Patienten umzugehen,
denn jedermann ob groß ob klein
will speziell behandelt sein;
und diese Kunst, so wirst du finden,
ist nicht aus Büchern zu ergründen,
sie muß also von vornherein
dem Arzte angeboren sein.
Tritt nun vor dich ein zartes Mädchen,
so fass' es an mit Sammetpfötchen;
ein liebes Wort, ein netter Scherz
und schon gewinnst du auch ihr Herz
und bald wird ihr Bestreben sein
für dich ein bißchen krank zu sein!
Und öffnet leise dann die Tür sich
für eine Jungfrau über vierzig
die trotz so mancher Widerstände
doch gern noch einen Liebsten fände,
dann mach' ihr Mut und schwör' ihr ew'ge Jugend,
mach' aus der Lüge Not gelassen eine Tugend.

Und meldet sich alsdann zur Stelle
ein eingefleischter Junggeselle,
den dies und das und jenes plagt,
dem sei getrost von dir gesagt,
wie schön es ist, wie gut und fein
von zarter Hand gepflegt zu sein.

Kommt so ein alter Schwerenöter,
dann sprich zu ihm: ent- oder weder!
Wie?! Was?! — Aphrodisiakum?!
Mein Herr, damit ist es herum,
für Sie der richt'ge Aufenthalt
ist die Kaltwasserheilanstalt!

Auch Alles-besser-Wisser
gibt es in deinem Wartezimmer;
die Diagnose bringen sie
und das Rezept gleich irgendwie;
du brauchst nur noch zu unterschreiben!
das aber lasse — bitte — bleiben,
und lass' sie lieber wieder laufen
anstatt an sie dich zu verkaufen!

Mit Kindern aber umzugehen,
das wirst du ganz von selbst verstehen,
ist doch im Manne unentwegt
ja selbst stets noch das Kind versteckt;
fast spielerisch wirst du sie lenken,
sie werden dir Vertrauen schenken.

Jedoch den vielen wirklich Kranken,
die dir aus vollem Herzen danken,
wenn sie erweckt zu neuem Leben,
wirst du gern alles, alles geben,
was Medizin als Wissenschaft
vermag durch ihres Geistes Kraft!

oha.

Neue Arzneimittel

Alete-Würz-ABC

Das neue Produkt der Firma ALETE, München, Würz-ABC, dient zur Verbesserung der kochsalzfreien oder kochsalzarmen Diät. Es enthält 6 Mischungen aus pulverisierten Kräutern und Würzpflanzen. Jede Würzmischung ist so zusammengesetzt, daß sie bei bestimmten Gerichtgruppen — z. B. Kartoffelgerichte, dunkle Fleischspeisen usw. — den größtmöglichen Geschmackseffekt erzielt.

Namensänderung

Die Apotheker Müller GmbH gibt folgende Namensänderung bekannt:

Bisheriger Name **Vulnophyll** (jahrelang bewährtes Wundheilmittel) aus warenzeichenrechtlichen Gründen abgeändert in **Vulnotox** (Wz.)

Salbe, oleosum, aquosum, Puder; Zusammensetzung, Packungen und Preise unverändert.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Venostasin“; Galenika Dr. Hetterich GmbH., Fürth/Bay., über „Carminativum“; Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M., über „Bismolan“; Dr. Gerhard Mann, Berlin, über „Rectiolo“; Dolorgiet, Bad Godesberg, über „Paraeton E, Vitanerton, Dolorgiet, Reginerton“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Kalsan/Kalsan D“.

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. Eako, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Kleit, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 75-77. — Ausgabe April 1954. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.