

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1953**

6 (1.6.1953)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

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

HEFT 6

STUTT GART, JUNI 1953

8. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen durch den prakt. Arzt,</b> von Prof. Dr. Reichle . . . . .	115
<b>Tuberkulose und Schwangerschaft aus Heilstättensicht,</b> von Dr. v. Arnim, Schwäbisch Hall, und Dr. Enzmann, Rottweil . . . . .	117
<b>Die Übergabe einer Arztpraxis,</b> von G. Wild . . . . .	120
<b>Kurznachrichten</b> . . . . .	123
<b>Bekanntmachungen</b> . . . . .	124
Landesbezirk Nord-Württemberg . . . . .	125
Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern . . . . .	128
Landesbezirk Nord-Baden . . . . .	134
Landesbezirk Süd-Baden . . . . .	135
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft . . . . .	135
<b>Geschäftliche Mitteilung</b> . . . . .	136

Am Samstag, den 27. Juni 1953, findet ein

## Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 126

## Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen durch den praktischen Arzt

Von Prof. Dr. med. Reichle, Stuttgart

Zu diesem Thema Stellung zu nehmen, entspricht nicht meiner eigenen Intention, sondern der Aufforderung der Schriftleitung; ich weiß, daß man damit gewissermaßen „heißes Eisen“ anfaßt, denn der praktische Arzt fühlt sich vielfach bezüglich der Frakturenbehandlung aus einem ihm früher auch zustehenden Gebiet verdrängt durch die chirurgischen Fachärzte und vor allem durch die chirurgischen Ambulanzen der Krankenhäuser. Für städtische Verhältnisse mag das wohl zum Teil auch zutreffen, weil die Kranken in den großen Städten sich daran gewöhnt haben, bei den meisten Verletzungen, besonders aber bei Verdacht auf einen Knochenbruch, direkt ein Krankenhaus aufzusuchen; denn dort ist ja „immer jemand da“, während der Hausarzt außerhalb der Sprechstunde oft schwer zu erreichen ist. Außerdem schicken viele Praktiker diese Verletzungen

dann doch von sich aus, ohne weitere Maßnahmen zu treffen, ins Krankenhaus, um eine Röntgenuntersuchung und gegebenenfalls die erste Versorgung eines Knochenbruchs dort vornehmen zu lassen.

Es ist keine Frage, daß der praktische Arzt durch diese Entwicklung der Knochenbruchbehandlung gegenüber immer fremder und weniger vertraut wird, was aber streng genommen durchaus nicht in diesem Umfang nötig wäre. Vor Jahren hatte ich einen jungen Mitarbeiter, der für die Frakturenbehandlung besonderes Interesse und Geschick aufwies; er ging später in die Allgemeinpraxis, anfangs aufs Land, dann in eine kleine Stadt. Der Liebe zu den Knochenbrüchen blieb er aber treu und erwarb sich dadurch sehr rasch einen großen und durch seine guten Erfolge berechtigten Zulauf. Ich erinnere mich ferner an einen alten Stuttgarter Kol-

legen, der im ersten Weltkrieg als Regimentsarzt eine so ausgezeichnete Versorgung der Schußbrüche vorn in seinem Unterstand durchführte, daß wir — ich war damals bei einer Sanitätskompanie — die von ihm geschienten Schußbrüche meist unbesehen in rückwärtige Lazarette schicken, gegebenenfalls überhaupt sogar abtransportieren lassen konnten. Die dazu nötigen Erfahrungen hatte sich dieser Kollege in langen Jahren seiner zivilärztlichen Tätigkeit erworben und erhalten.

Da heutzutage doch viele praktischen Ärzte eine oft mehrjährige chirurgische Ausbildungszeit hinter sich haben, bei ihnen also Verständnis und Voraussetzungen für eine einwandfreie Knochenbruchbehandlung vorhanden sind, und da es andererseits im Interesse unseres Standes liegt, daß wir alle, auch die in der Allgemeinpraxis stehenden Kollegen, möglichst viel „ärztlich“ handeln und behandeln und nicht nur vom Schreibkram belastet und zugedeckt werden, ist es meines Erachtens wichtig, auf die auch für den praktischen Arzt gegebenen Möglichkeiten in der Knochenbruchbehandlung hinzuweisen.

Auf die Behandlung von Frakturen und Luxationen im einzelnen einzugehen, ist nicht beabsichtigt; dazu gibt es genügend Lehrbücher. Eines aber muß von vornherein klar gesagt werden: Wer Frakturenbehandlung treibt, muß es mit Liebe und Eifer tun, und er muß sich vor allem auch die dazu nötige Zeit nehmen bzw. nehmen können. Dies ist bei dem vielgehetzten Allgemeinpraktiker oft schwer durchführbar, auch dort, wo — etwa unter der Mitarbeit der ärztlich ausgebildeten Ehefrau oder einer geeigneten Sprechstundenhilfe — die äußeren Erfordernisse (Narkose oder Lokalanästhesie zur Einrichtung der Fraktur, Assistenz beim Anlegen eines Gipsverbandes usw.) vorhanden wären. Notwendig ist bei jedem Knochenbruch, ebenso bei jedem Verdacht auf Knochenverletzung, eine Röntgenaufnahme, evtl. auch eine fortlaufende Röntgenkontrolle, und zwar nicht nur zur Klarstellung der Verletzung, sondern auch zum Schutz des Arztes gegenüber etwaigen späteren Haftpflichtansprüchen. Ein übersehener oder nicht rechtzeitig festgestellter Knochenbruch kann bei der heutigen Mentalität vieler unserer Kranken dem Arzt manchen Kummer und Einbuße seines Ansehens verursachen. Es ist daher dringend zu raten, möglichst bald nach jeder „verdächtigen“ Verletzung diese Röntgenaufnahme durchzuführen; dasselbe gilt auch für die sog. „Verstauchungen“, bei denen der Arzt auf Grund der Schmerzen, der Schwellung und der Beweglichkeitseinschränkung stutzig werden muß. Viele Kranke bagatellisieren anfangs den Verletzungshergang und seine Folgen, vor allem wenn eigenes Verschulden (z. B. Alkoholgenuß) dabei mit hereinspielen; dieselben Patienten werden aber nicht zögern, den Arzt haftbar zu machen, wenn später ein anfangs nicht vermuteter Knochenbruch nachgewiesen wird. Tausende von Röntgenaufnahmen ergeben zwar täglich einen negativen Befund; ein einziger übersehener Knochenbruch kann aber so folgeschwer sein, daß er viele „zur Sicherheit“ gemachten Röntgenkontrollen als berechtigt erscheinen läßt.

Ungeeignet für hausärztliche Behandlung sind alle komplizierten und stark dislozierten Knochenbrüche, also auch alle schweren Luxationsfrakturen; denn sie verlangen zumeist die Anlegung eines Streckverbandes oder eine operative Einrichtung der

Fragmente und gehören alsbald in fachärztliche bzw. Krankenhausbehandlung. Auch die Brüche der langen Röhrenknochen einschließlich Unterschenkelfrakturen, die Frakturen beider Unterarmknochen mit Dislokation, Schädelbasis-, Wirbel- und die Mehrzahl der Beckenbrüche überschreiten den gegebenen Rahmen; ebenso alle Brüche größerer Gelenke, besonders solche mit intraartikulären Aussprengungen. Dagegen kann bei den Frakturen im Bereich der Hand und der Finger, des Unterarms, des Schultergürtels und der Rippen, am Mittelfuß und bei nicht verschobenem Knöchelbruch der praktische Arzt unter den oben angeführten Voraussetzungen durchaus eine zweckmäßige und erfolgreiche Behandlung treiben.

Übersehen werden gelegentlich Abspregungen im Bereich der Fingergelenke, ferner die Luxationsfraktur im ersten Carpo-Metacarpalgelenk (sog. Bennetsche Fraktur), die — nicht richtig eingerichtet — eine erhebliche Funktionsbehinderung des Daumens nach sich zieht. Brüche der Handwurzelknochen (hier in erster Linie des Kahn- und Mondbeins) sind nur durch ein Röntgenbild sicherzustellen, dagegen sollte der typische Speichenbruch am distalen Ende, häufig mit Abspregung des Griffelfortsatzes der Elle, bei genauer Untersuchung kaum verkannt werden. Auch hier führt eine Fehldiagnose oft zu schweren Funktionsstörungen; ebenso kann ein Bruch des proximalen Radiusköpfchens am Ellbogengelenk unter falscher Beurteilung zu einer erheblichen Behinderung der Drehbewegung führen.

Bei dem immer wieder übersehenen Schenkelhalsbruch der alten Leute wird man die Außenrotationsstellung des gleichseitigen Fußes kaum je vermissen, auch wenn Andeutungen von aktiven Bewegungen des Beines vorhanden sind und irreführen können.

Die sachgemäße Behandlung eines Knochenbruchs besteht in der Einrichtung, der Ruhigstellung und der Nachsorge.

Die Einrichtung der meisten für die Behandlung durch den praktischen Arzt sich eignenden Knochenbrüche läßt sich in örtlicher Betäubung durchführen; beim Radiusbruch z. B. ist durch Einspritzung von Novocain in das Frakturhämatom eine rasche und für die Reposition genügende Anästhesie zu erzielen. Die Einrichtung selbst soll möglichst bald erfolgen, da längeres Zuwarten sie oft erschwert. Weichteilschwellungen (Hämatom) lassen sich durch leichte Streichmassage oft weitgehend beseitigen und gehen nach der Reposition ohnedies zurück. Nach der Einrichtung darf die Röntgenkontrolle nicht unterlassen werden!

Zur Ruhigstellung von Knochenbrüchen im Bereich der Finger, der Hand und des Handgelenks einschließlich Radiusbruch ist ein Gipsverband erforderlich; bei Speichenbruch dorsale Gipsschiene von den Grundgelenken der Finger (Fingerbewegung bleibt dabei frei) bis knapp unterhalb Ellbogengelenk. Die verschiedenen für Radiusbrüche angegebenen Schienen sind ungenügend. Fingerfrakturen (cave Verband mit Holzspatell) können durch eine umwickelte Drahtschiene (nach Böhler) in leichter Beugstellung der Finger und volar angelegte Gipsschiene einwandfrei fixiert werden; Bennetsche Frakturen sind nach der Einrichtung in leichter Abduktion des Daumens einzugipsen. Schlüsselbeinbrüche sind am besten durch den sog. „Rucksackverband“, der allerdings täglich kontrolliert und nachgezogen werden muß, zu behandeln; bei Rippenbrüchen

ist ein Elastoplastverband um den ganzen Thorax, und nicht, wie man es häufig sieht, nur knapp um die Hälfte des Brustkorbumfangs zu empfehlen. Wenn Heftpflaster nicht vertragen wird, z. B. wegen Neigung zu Ekzemen oder bei übergroßen Mammæ, kann man auch mit elastischen Binden oder einem fest angezogenen Handtuchverband auskommen. Bei Absprengungen am Oberarmkopf oder bei eingekeiltem Oberarmkopfbruch ist die Lagerung auf einer Abduktionsschiene einer länger dauernden Ruhigstellung im Velpeau oder Desault wesentlich vorzuziehen (Gefahr der Versteifung in Abduktionsstellung). Als Lagerungs- und Transportverband am Unterschenkel ist das Anlegen einer langen, um den Fuß herumgeführten Gipslonguette, die sog. U-Schiene, zu empfehlen; Gehgipsverbände erfordern eine genügende Kenntnis in der Ausführung.

Die Fixation eines Gelenkes soll grundsätzlich in der Mittelstellung (keine extreme Beugung oder Streckstellung), erfolgen; der Unterarmbruch soll nicht in Supination, sondern in Mittelstellung evtl. sogar in Pronation fixiert werden, da für das spätere Zufassen mit der Hand die Supinationsstellung denkbar ungünstig ist. Sehr empfehlenswert ist der Gebrauch von Cellonagipsbinden, der Verband wird dadurch wesentlich leichter und für den Patienten angenehmer.

Die Ruhigstellung eines Knochenbruchs ist durchzuführen bis zur völligen knöchernen Heilung; das dauert z. B. bei Finger- und Radiusbrüchen ca. 4 Wochen, bei Handwurzelbrüchen 8—12 Wochen, die gleiche Zeit bei der Bennetschen Fraktur. Grundsätzlich sind während der Ruhigstellung alle nicht fixierten Gelenke aktiv zu bewegen, beim Radiusbruch z. B. die Finger-, Ellbogen- und Schultergelenke. Dies gilt sinngemäß auch für alle anderen Bruchformen. Röntgenkontrollen sind auch während der Zeit des Gipsverbandes in etwa 14tägigen Abständen vorzunehmen.

**Anlegen des Gipsverbandes:** Man kann gepolsterte und ungepolsterte Gipsverbände benutzen; im gepolsterten Verband ist die Gefahr des nachträglichen Abrutschens der Fragmente größer, das Anlegen eines ungepolsterten Gipses setzt eine entsprechende Erfahrung in der Gipstechnik voraus. Vorspringende Knochenpartien sind dabei auf alle Fälle zu schützen.

Jeder Gipsverband ist fortlaufend in Beobachtung zu halten, ein frisch angelegter Gips spätestens am nächsten Tag zur Nachschau zu bestellen; den Kranken ist einzuschärfen, bei stärkeren Schmerzen oder zunehmender Schwellung sich umgehend zu melden. Geht eine nachträglich auftretende Schwellung trotz Hochlagerns oder Hochhängens der betreffenden Gliedmasse nicht zurück, muß der Gipsverband aufgeschnitten evtl. abgenommen und neu angelegt werden. Aus diesem Grunde empfiehlt Böhler die zur Fixation der Gipschiene benützte Mullbinde in jedem Fall einzuschneiden. Nichtbeachten dieser Vorsichtsmaßnahmen kann zu unangenehmen Druckstellen, Nervenschädigung und Muskeldystrophie führen.

In der Nachbehandlung, nach Abnahme des ruhigstellenden Verbandes, sollen möglichst bald aktive Bewegungsübungen des betreffenden Gliedes vorgenommen werden; unterstützend wirken warme Bäder, passiv ausgeführte Übungen verlangen ärztliche Kontrolle. Zu frühzeitige oder zu intensive passive Bewegungen sind dringend zu widerraten, sie bringen häufig eine erhebliche Verschlechterung und führen zu Schmerzen, Schwellung und Glanzhaut (Sudecksche Dystrophie). In derartigen Fällen müßte jede passive Übung sofort abgesetzt werden, neue Ruhigstellung und Sympathikusblockade sind hier die wichtigsten Behandlungsformen.

Die gleichen Grundsätze wie für die Knochenbrüche gelten auch bezüglich der für den praktischen Arzt wichtigen **Verrenkungen**: Möglichst frühzeitige Reposition, Röntgenaufnahme vor und nach der Einrichtung; Ruhigstellung bei Schulterluxationen erfolgt für einige Tage durch Mitella oder Desaultschen Verband, bei gleichzeitiger Knochenabsprengung durch Abduktionsschiene; Ellbogen- und Handgelenksverrenkungen bedürfen eines Schienen- oder Gipsverbandes für 2 oder 3 Wochen. Für Finger- und Zehenverrenkung genügt im allgemeinen ein ruhigstellender Heftpflasterverband. Schlüsselbeinverrenkungen neigen häufig zu Reluxationen, Handwurzelverrenkungen sind wie Frakturen zu behandeln. Wirbelsäulenluxationen und die meisten Hüftgelenksluxationen gehören in Krankenhausbehandlung.

## Tuberkulose und Schwangerschaft aus Heilstättensicht

### I. Bemerkungen zu der Veröffentlichung von Dr. Enzmann

in Heft 10/52 des Südwestdeutschen Arzteblattes

Von Dr. med. v. Arnim, Schwäb. Hall

Nachdem die erwartete Diskussion über den Beitrag Enzmanns im Heft 10/52 bisher ausgeblieben ist, scheint es mir angezeigt, jetzt doch noch einmal, wenn auch verspätet, auf die Arbeit des obengenannten Autors einzugehen.

E. stellt in seiner Veröffentlichung fest, daß bei 257 von 531 ausgewerteten Fällen (d. s. 48,4%) „entweder eine erste Manifestation oder eine Verschlechterung einer alten Tuberkulose während oder nach der Schwangerschaft“ erfolgte. Er kommt zu der Schlußfolgerung,

„daß bei diesen 48,4% die Gravidität bzw. komplikationslose Entbindung auslösend oder verschlechternd auf die Tuberkulose wirkte“.

Es ist dies eine erschreckende Zahl, die Unsicherheit und Verwirrung gebracht hat. Wie hat E. seine 48,4% Aktivierungen und Verschlechterungen errechnet?

E. hat bei der Durchsicht seiner Krankengeschichten ermittelt, daß 398 von 1918 seit Kriegsende in der Heilstätte Taubertal behandelten Tuberkulosekranken nach der Anamnese irgendwann einmal eine oder mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben. Die Zahl dieser in den Krankenblättern anamnesen gezählten (und doch wohl nicht in der Heilstätte beobachteten?) Schwangerschaften betrug 1392. Es folgt daraus, daß auf jede dieser 398 Patientinnen 3 bis 4 Schwangerschaften entfallen. Es sollten nun meines Erachtens 1392 anamnestisch an-

gegebene Schwangerschaften bei nur 398 Kranken nicht als 1392 „Fälle“ angesehen werden. Das gleiche gilt für die aus den insgesamt 1392 Graviditäten ausgelesenen 531 Schwangerschaften mit dem von E. definierten zeitlichen Zusammenhang mit einer Tuberkulose. Wenn z. B. eine Patientin mit mangelhafter Tuberkulose-resistenz außer 3 oder 4 Schwangerschaften etwa in den letzten 6 Jahren mehrfache schubweise Verschlechterungen ihrer Tuberkulose erfahren hat, so ist diese Patientin doch nur ein „Fall“ und sollte nicht bei jeder Schwangerschaft als ein neuer Einzelfall gerechnet werden. Mir scheint daher die Auffassung richtiger zu sein, daß es sich bei 398 Frauen mit 1392 Schwangerschaften immer noch um 398 „Fälle“ handelt, die jeder einer individuellen Analyse ihres langfristig vor- und nachbeobachteten Tuberkuloseablaufes bedürfen, wie sie Braeuning in seiner vortrefflichen Monographie bei seinem Krankengut vorgenommen hat. Aber das ist schließlich Ansichtssache. Es ist zuzugeben, daß auch von anderen Autoren in Sammelstatistiken gelegentlich jede Schwangerschaft für sich in Beziehung zu einem gleichzeitigen Tuberkulosegeschehen gesetzt und ausgewertet wird.

Die Grundlage der Statistik bilden bei E. jene 531 von 1392 Schwangerschaften, die er zur Tuberkulose in einem zeitlichen Zusammenhang bringt, insofern eine schon bestehende Tuberkulose durch Schwangerschaft anscheinend verschlechtert oder eine Tuberkulose während der Gravidität oder innerhalb eines Jahres nach der Entbindung „festgestellt“ wurde. (E. spricht S. 200 Sp. I Abs. 4 und 6 schlechthin nur von Fällen, bei denen die Tuberkulose in dem eben erwähnten zeitlichen Zusammenhang „festgestellt“ wurde. Es sind dies zunächst 564, später 531 von 1392 Schwangerschaften, die unter diesen Gesichtspunkten der Betrachtung zugrunde gelegt wurden. Aus der Aufschlüsselung S. 200 Sp. II Abs. 2 geht jedoch hervor, daß E. in diesen 531 Fällen sowohl „erste Feststellungen“ als auch Verschlechterungen schon bekannter Tuberkulosen zusammenfaßt.)

Während wohl in den meisten Arbeiten über Schwangerschaft und Tuberkulose die ermittelten Prozentzahlen sich auf die sicherer zu beurteilenden Verschlechterungen von bereits bekannten Tuberkulosen während und nach einer Schwangerschaft beziehen, faßt E. hier die Verschlechterungen mit sogenannten „ersten Manifestationen“ zusammen. Ich halte dieses Vorgehen für fehlerhaft:

1. Die Zahl der von E. festgestellten Verschlechterungen (99 = 18,7%) bewegt sich durchaus in der Höhe der auch von anderer Seite festgestellten Prozentzahlen von Verschlechterungen bei Schwangerschaft, denen allerdings auch eine größere Prozentzahl offensichtlicher Besserungen gegenübersteht. Ein Prozentsatz von etwa 6% erheblichen und etwa 20% geringen Verschlechterungen ist aber, worauf Braeuning hingewiesen hat, auch in jahrelangen schubweisen Tuberkuloseabläufen ohne Schwangerschaft festzustellen.

2. Die Gruppe von Tuberkulosen, die von E. als erstmalige Feststellungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Schwangerschaft definiert wurde, ist so verschieden zusammengesetzt, so wenig scharf umrissen, daß sie meines Erachtens nicht zu der sicherer überblickbaren Gruppe von Verschlechterungen bereits bekannter Tuberkulosen einfach dazugezählt werden darf.

So bezeichnet E. 158 = 28,7% seiner ausgewerteten „Fälle“, bei denen die Tuberkulose erstmals während oder nach der Schwangerschaft „festgestellt“ wurde, an anderer Stelle ohne weiteres als „Neuerkrankungen“. Ob ein erstmals festgestellter tuberkulöser Befund jedoch eine „Neuerkrankung“ oder überhaupt eine „Erkrankung“ bedeutet (nicht nur einen alten Restzustand oder Nebenbefund), ist zumindest sehr zweifelhaft.

Hier ist — von E. zugegeben — eine weitere erhebliche Fehlerquelle vorhanden, insofern, als E. in seiner Betrachtung den „Feststellungszeitpunkt“ mit dem „Entstehungszeitpunkt“ der Tuberkulose gleichsetzt. Der Feststellungszeitpunkt kann zwar annähernd mit dem Entstehungszeitpunkt zusammenfallen, braucht es aber keineswegs. Man bedenke, daß z. B. ein während einer Schwangerschaft zufällig aus anderweitiger Erkrankung oder bei einer Reihendurchleuchtung oder bei einer Umgebungsuntersuchung festgestellter tuberkulöser Lungenbefund schon viele Jahre alt sein kann, desgleichen natürlich ein im Wochenbett oder im Verlauf eines Jahres post partum aus gleichen oben erwähnten Anlässen erstmalig erhobener Zufallsbefund. Abgesehen davon braucht der zeitliche Zusammenfall von Tuberkulose und Schwangerschaft zudem noch keinen ursächlichen Zusammenhang zu bedeuten (z. B. Ehegatteninfektion oder anderweitige familiäre, extrafamiliäre oder berufliche Infektion!). Wenn eine Qualitätsdiagnose ausdrücklich außer acht gelassen wurde, und wenn — sofern keine Röntgenvergleichsserien vorlagen — die außerordentlich schwierige Frage des geschätzten Mindestalters einer erstmalig festgestellten Tuberkulose im Einzelfall keine Berücksichtigung fand, so kommen weitere Fehlermomente hinzu.

Dazu ist auch hier wieder zu bemerken, daß der von E. gesehene zeitliche Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft anscheinend im wesentlichen doch aus den anamnestischen und damit in manchen Fällen doch sehr subjektiven Angaben (nämlich Angaben der Patientinnen) in seinen Krankenblättern ermittelt wurde und wohl weniger auf Grund in der Heilstätte beobachteter Abläufe.

Den gleichen Fehlern unterliegt E., wenn er in der Zahl der obengenannten 531 Schwangerschaften die durch Abort vorzeitig beendeten Schwangerschaften mitrechnet, bei denen die Tuberkulose schon vor dem Abort eine Verschlechterung oder „erste Manifestation“ (d. i. doch nach E. im allgemeinen die erstmalige Feststellung) zeigte. Ohne Qualitätsdiagnose und ohne Berücksichtigung des vermutlichen Mindestalters ist der Zeitpunkt der Feststellung nur von sehr beschränktem Wert. Die von E. gewählte Sammelgruppe von 48,8% erste Manifestation oder Verschlechterungen ist also im Hinblick auf das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft verwirrend.

Eigene Erfahrungen deuten bis jetzt mehr in Richtung auf die Feststellungen Braeunings, Deists, Goeckes, Heymers, Mayers, Seegers u. a., nämlich, daß Schwangerschaft und Tuberkulose sich gegenseitig im allgemeinen nicht wesentlich beeinflussen, wenn nicht noch zusätzliche Belastungen (Haushalt, Beruf) dazukommen.

Wenn E. in Heilstätten mit Entbindungsmöglichkeit eine Ideallösung sieht, wie sie z. B. in Westfalen in der Heilstätte Hoheneimberg-Brilon Wald seit vielen Jah-

ren besteht — dem Verfasser ist die dortige Arbeitsweise bestens bekannt —, so sei der Hinweis gestattet, daß für gleiche Zwecke im Rahmen der Tbc-Abteilung der hiesigen Anstalt seit 1950 eine Abteilung für tuberkulöse Schwangere besteht, in der die Entbindungen zugleich fachärztlich-gynäkologisch geleitet und die Neugeborenen kinderfachärztlich versorgt werden. Diese Abteilung für tuberkulöse Schwangere wurde auf Anregung von Herrn Ob.Med.Rat Dr. Schrag, Stuttgart, seinerzeit eingerichtet. Trotz steigender Inanspruchnahme hat es offensichtlich den Anschein, als sei diese Möglichkeit im südwestdeutschen Raum noch nicht genügend bekannt.

Die von E. gezogenen Schlußfolgerungen können von uns nur unterstrichen werden, also: Häufigere Röntgenkontrollen während und nach der Schwangerschaft. Durchführung eines Heilverfahrens bei schwangeren Tuberkulösen möglichst in einer Tuberkulosenanstalt mit Entbindungsmöglichkeit. Die Erfahrung hat gelehrt, daß tuberkulöse Schwangere im allgemeinen jeder Behandlung, auch operativer Kollapsbehandlung, gewachsen sind. Auch wir empfehlen, den Indikationsbereich zum Hv. weit zu fassen, also auch anscheinend inaktive und gering erscheinende Tuberkulösen einem Heilverfahren zu unterziehen. Dabei wäre es eine dankenswerte Aufgabe, wenn bereits die Stellen, die ein Heilverfahren beantragen (behandelnde Ärzte und Tbc-Fürsorge-

stellen), die Schwangeren auf die Notwendigkeit hinwiesen, das Heilverfahren mindestens zwei Monate über den Entbindungstermin hinaus durchzuführen.

Die Schwangeren selbst glauben natürlich, daß mit einer glatten Entbindung alles geschafft sei, und drängen, möglichst schon zwei bis drei Wochen post partum entlassen zu werden. Der Entbindungsvorgang selbst stellt aber im Verlaufe des Heilverfahrens keine wesentliche „Komplikation“ dar. Mit dem oft erteilten Rat, daß die Entbindung lediglich „vorsichtshalber“ in der Heilstätte oder Klinik durchzuführen sei, oder, daß „nur einige Wochen Erholung“ notwendig seien, ist den Kranken wenig gedient. Es bedeutet daher für diese sehr oft eine anfängliche große Enttäuschung, wenn ihnen in der Heilstätte bei der Aufnahmeuntersuchung bedeutet werden muß, daß „mit wenigen Wochen Erholung“ bei der Tuberkulose im allgemeinen nicht viel anzufangen ist.

Nach den Erfahrungen der Kliniker, die gerade in der ersten Hälfte der Schwangerschaft und in den ersten Monaten nach der Entbindung die gefährlichen Zeiten sehen — und es herrscht ja, wie die Veröffentlichungen von E. u. a. zeigen, noch keine einheitliche Auffassung — sollte also auf frühzeitige Einleitung des Heilverfahrens bei tuberkulösen Schwangeren gesehen werden, sowie auf Fortsetzung des Heilverfahrens bis wenigstens zwei Monate nach der Entbindung.

## II. Stellungnahme zu den Bemerkungen von Dr. v. Arnim

Von Dr. med. En z m a n n, Rottweil

Von Arnim stellt fest, daß die von mir errechneten 48,4 %, bei welchen die Schwangerschaft oder komplikationslose Entbindung auslösend oder verschlechternd auf die Tuberkulose wirke, eine erschreckende Zahl ist, die Unsicherheit und Verwirrung brächte. Ich kann hier v. Arnim nur voll und ganz zustimmen, denn diese Unsicherheit war es, die uns veranlaßte, daß wir uns darüber Gedanken machten und das Ergebnis meiner Arbeit veröffentlichten.

Dieser Artikel sollte weniger eine hieb- und stichfeste wissenschaftliche Arbeit wie die Bräunings, Heymers und anderer werden, denn dazu waren die Unterlagen nicht ausführlich genug, sondern sie war als Bekanntgabe einer Feststellung gedacht und einer Erklärung, wie es zu diesen 48,4 % gekommen war. Gleichzeitig wollte ich damit nicht nur die Fachärzte für Lungenerkrankheiten, sondern besonders die praktischen Ärzte, Geburtshelfer und Gynäkologen darauf aufmerksam machen. Auch erwartete ich, daß ein oder der andere Kollege, der in einer Heilstätte tätig ist, seine Erfahrungen und Ansichten darüber äußern würde. Durch diese Stellungnahmen hoffte ich meine Zahlen bestätigt oder widerlegt zu bekommen. Das Erwartete ist leider nicht in dem Umfang eingetreten, wie ich hoffte. Auch v. Arnim gibt in seinen Bemerkungen leider keine Zahlen an. Er schreibt nur: „Eigene Erfahrungen deuten mehr in der Richtung, daß Schwangerschaft und Tuberkulose sich gegenseitig im allgemeinen nicht wesentlich beeinflussen, wenn nicht noch zusätzliche Belastungen (Haushalt, Beruf) dazukommen.“ Welche Schwangere kann aber diese Belastungen ver-

meiden, es sei denn, sie geht in eine Heilstätte und zwar auf Monate? Eine derartige Ansicht, indem man die Tuberkulose und Schwangerschaft nur nach dem Verlauf während eines Heilverfahrens beurteilt, und alle die Fälle, wo eine Verschlechterung oder erstmalige Feststellung nicht während des Heilstättenaufenthaltes erfolgte, der zusätzlichen Belastung durch Haushalt oder Beruf zuschreibt, halte ich nicht geeignet, die noch offene und umstrittene Frage, ob und wie die Schwangerschaft die Tuberkulose beeinflusst, zu klären.

Besonders hart werden die Fälle angegriffen, bei welchen die Tuberkulose erstmals während oder nach der Schwangerschaft festgestellt wurde und welche 28 % ausmachen. Die aufgezählten Fehlerquellen waren mir schon vor dem Druck größtenteils bekannt. Sie mußten aber nolens volens unberücksichtigt bleiben, denn eine genauere Differenzierung war nicht möglich, ohne dabei die vorgesehenen Grenzen zu überschreiten und in eine Arbeit ohne sichtbares Ende zu kommen. Unser Wunsch, von anderer Stelle gerade etwas über diese 28 % zu erfahren, ging nicht in Erfüllung. Dabei waren gerade sie es, die uns ursprünglich veranlaßten, daß wir uns darüber Gedanken machten und weshalb es überhaupt zu meiner Arbeit kam.

Eine Qualitätsdiagnose wurde weggelassen, weil dies die Arbeit zu sehr ausgeweitet hätte. Es sind aber in diesen 28 bzw. 48,4 % keine erstmals festgestellten, alten cirrhotischen, produktiven oder gar verkalkten Tuberkulösen ohne Zeichen einer erneuten Aktivität enthalten. Diese kommen ja eben fast leider nie zur Einweisung. Es wurde immer erwartet, bis sich deutliche Zeichen einer Aktivität zeigten. Ob dies an den Patientinnen selbst lag oder an den zuständigen Stellen, welche nicht genügend eindringlich darauf hingewiesen hatten, daß ein Heilverfahren erforderlich sei, um eine Aktivierung zu vermeiden, blieb meist ungeklärt.

Wenn auch die Ansicht von H. v. Arnim und die meine nach eben Erörtertem nicht ganz die gleiche ist, so begrüße ich doch die Bemerkungen von ihm zu meiner Arbeit. Nur in immer wieder erneuten Stellungnahmen kann die Unsicherheit und Verwirrung, welche hier herrscht, beseitigt werden. Besonders möchte ich noch einmal auf die Schlußfolgerungen von H. v. Arnim eingehen und dazu bemerken.

Auch von uns konnte häufig die Beobachtung gemacht werden, daß Patienten von den einweisenden Stellen in die Heilstätte geschickt werden mit dem Hinweis, sie sollten nur zur Erholung oder zur Sicherung in ein Erholungsheim kommen, und die Zeitdauer wird mit einigen Wochen angegeben. Tatsächlich hatten wir in den Heilstätten dann immer die Schwierigkeit, die Patientinnen davon zu überzeugen, daß eine längere Heilstättenkur, meistens sogar eine sehr lange Kur bei Schwangerschaft und gleichzeitiger Aktivität erforderlich ist.

H. v. Arnim teilt in seinen Bemerkungen mit, daß auch bei uns im südwestdeutschen Raum die Möglichkeit besteht, schwangere Tuberkulose in eine Tuberkulosenabteilung einzuweisen, wo sie bei fachärztlich-gynäkologischer und kinderärztlicher Versorgung entbinden können. Dieser Mitteilung kann nicht genügend Bedeutung beigemessen werden. Der Feststellung von H. v. Arnim, daß dies anscheinend noch nicht genügend bekannt ist, glaube ich, nicht nur von mir aus voll und ganz zustimmen zu können und zu müssen.

Dabei möchte ich auf den bisher noch nicht erwähnten besonderen Vorteil dieser Möglichkeit hinweisen, der darin liegt, daß man hier alles für die Patientin während der Schwangerschaft, während der Entbindung und auch während des Wochenbettes tun kann, ohne dabei gleichzeitig andere Schwangere, Wöchnerinnen und Säuglinge der Gefahr einer spezifischen Infektion auszusetzen.

Privatärztliche Verrechnungsstelle Württemberg e. V. Stuttgart

## Die Übergabe einer Arztpraxis

Von G. Wild

Die gesetzlichen Bestimmungen, welche die Übergabe einer Arztpraxis regeln, sind im allgemeinen wenig bekannt. Es liegt wohl daran, daß diese Vorschriften den verschiedensten Rechtsgebieten angehören und dort über viele Gesetze, Verordnungen und Erlasse verstreut sind. Hier soll deshalb eine Übersicht gegeben werden. Die ärztliche Berufsausbildung in der Form der freien Praxis ist derart an die Persönlichkeit des einzelnen Arztes geknüpft, daß sie als ständige Einnahmequelle schon nach kurzer Zeit, wie die höchsten Gerichte meinen, bereits nach drei Jahren (RFH im Urteil vom 28. Juli 1938 IV 5/38, RStBl. 1938 S. 955) versiegt, wenn nicht eine andere Arztpersönlichkeit den sich „verflüchtigenden“ Patientenkreis an sich zieht. Der Arzt betreibt kein Erwerbsgeschäft, welches ein Dritter beliebig fortsetzen kann. Mit seinem Tode, aber auch mit seinem vollständigen Ausscheiden zu Lebzeiten ist die Praxis erloschen, aufgelöst (RG 144 S. 4). An dieser Auffassung wird auch heute noch grundsätzlich festgehalten, obwohl die vorgenannte Plenarentscheidung noch der nationalsozialistischen Zeit entstammt (Palandt Aufl. 10 Anm. 5 b zu § 138 BGB). Daraus ergeben sich für die Veräußerung einer Arztpraxis wichtige Folgerungen:

1. Das Erwerbsgeschäft des Arztes, die Praxis, hat keinen erfaßbaren Firmenwert, den man verkaufen oder sonstwie geldlich verwerten könnte. Das Vertrauensverhältnis des Arztes zu seinen Kranken ist unveräußerlich. Der Arzt selbst muß es täglich wieder neu schaffen, um es zu besitzen.
2. Lediglich die unter der Bezeichnung „Praxis“ zusammengefaßten tatsächlichen Möglichkeiten, wie sich das frühere Reichsgericht in RG 161 S. 155 ausdrückt, sind einer materiellen Verwertung zugänglich. Damit sind in erster Linie die Praxisräume gemeint. Nach der Lebenserfahrung erscheint die Bevölkerung geneigt, mit dem neuen

Arzt an gleicher Stelle wenigstens einen Versuch zu machen. Eine Empfehlung des alten Arztes oder seiner Erben können hinzukommen. Nur der Vorteil dieser tatsächlichen Lage kann einen höheren als sonst verkehrsüblichen Kauf- und Mietpreis für die Überlassung der Praxisräume rechtfertigen. Dabei sind auch Umsatz und Umfang zu berücksichtigen, die die Praxis in den letzten Jahren unter dem Übergeber hatte.

Die Praxen älterer Ärzte gehen erfahrungsgemäß von Jahr zu Jahr umsatzmäßig zurück, schon weil der Berufsträger rein körperlich nicht mehr so leistungsfähig ist. In solchen Einzelfällen rechtfertigt das Bestreben nach einer angemessenen Versorgung und Sicherstellung der Hinterbliebenen auch nach Ansicht des früheren Reichsgerichts und der Standesorganisation (Deutsches Ärzteblatt 1937 S. 1000) ausnahmsweise eine besondere Entscheidung. Niemals aber dürfen dem Erwerber so schwere wirtschaftliche Lasten auferlegt werden, daß er gezwungen ist, den ärztlichen Beruf als Erwerbsquelle auszunutzen. Ein solcher Vertrag wäre mit dem Grundgedanken des Arztberufes, den Kranken Heilung zu bringen, unvereinbar und widerspräche auch gröblich der Standesauffassung (RG 161 S. 159). Übergabeverträge solchen Inhalts werden von der Rechtsordnung mißbilligt und sind nach § 138 Abs. 1 BGB nichtig. Der Erwerber kann die ungerechtfertigten Leistungen nach § 812 ff. BGB zurückverlangen. Das gilt auch grundsätzlich für den Verkauf einer ärztlichen Praxis durch die Erben.

Die Praxiseinrichtung, die medizinischen Geräte, das Instrumentarium und die bei der Übergabe vorhandenen Medikamente und Materialien sind grundsätzlich nach ihrem Verkehrswerte zu bemessen. Nur in besonderen Fällen, wenn der Übergeber Geräte und Einrichtung selbst in einer Weise entwickelt hat, daß diese auch für den Nachfolger von besonderem Nutzen

sind, dürfte ein Preisaufschlag zu rechtfertigen sein. Das gilt namentlich für die Fälle, in denen der Aufbau der übernommenen Praxis das Lebenswerk des abgebenden Arztes war.

Oft versuchen ältere oder nicht mehr arbeitsfähige Ärzte die Übergabe ihrer Praxis dadurch hinauszuschieben, daß sie einen „Assistenten“ oder „Vertreter“ zu sich nehmen. Dieser führt hauptsächlich, oft sogar ausschließlich die Praxis und meint, er könne sich auf diese Weise eine von den so begehrten und knappen Kassenarztstellen sichern und schon vor der eigenen Kassenarztl. Zulassung ausbauen.

Die rechtsgeschäftliche Verfügung über einen Kassenarztsitz ist den Parteien entzogen. Nach den in den einzelnen Ländern geltenden Zulassungsordnungen (z. B. § 14 Württ. ZO) fällt auf 600 Versicherte ein Kassenarztsitz.

Die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ist durch die geschlossene Anzahl (numerus clausus) der Kassenarztsitze beschränkt. Es besteht keine Verpflichtung, die kassenärztliche Versorgung durch alle approbierten Ärzte zu gewähren. Auch die Versicherten haben, wie das in Leserzuschriften an die Tagespresse oft irrtümlich angenommen wird, keinen verfassungsrechtlich oder gesetzlich geschützten Anspruch auf unbeschränkte freie Arztwahl (vgl. Ärztliche Mitteilungen 1952 S. 92). Daraus folgt, daß ausschließlich die Kassenärztliche Vereinigung im staatlichen Auftrage nach pflichtgemäßem, im Verwaltungsstreitverfahren nachprüfbarem Ermessen die Zulassung zu den freien Kassenarztsitzen regelt. Sie führt auch im staatlichen Auftrage die Dienstaufsicht über die zugelassenen Kassenärzte und ist verpflichtet einzugreifen, wenn ein Kassenarzt die kassenärztliche Versorgung gefährdet. Sie kann auch Kassenärzten die Zulassung entziehen, wenn sie gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, den Kassenarztsitz zu betreuen. Assistenzärzte dürfen nur an der kassenärztlichen Versorgung mitwirken, wenn ihre Beschäftigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt worden ist (§ 16 des Kassenärztl. Landesvertrages für Nordwürttemberg). Diese Bestimmung soll verhindern, daß durch die Beschäftigung eines Assistenten oder Vertreters der Umfang eines Kassenarztsitzes ausgeweitet wird. Es gibt somit grundsätzlich kein „Ersitzen“ der Kassenarztstellen durch Assistenten und Vertreter. Die Interessenten tun deshalb gut, wenn sie sich von vornherein mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in Verbindung setzen und deren Ratschläge unbedingt befolgen.

Die Übergabe der freien Arztpraxis unterliegt zumindest in dem amerikanischen Besatzungsgebiet diesen öffentlich-rechtlichen Beschränkungen nicht. Es ergeben sich aber aus dem bürgerlichen Recht Schranken, welche die Interessenten bei ihren Abmachungen berücksichtigen sollten.

Die Institution des Assistenzarztes ist lediglich zur Aus- und Fortbildung von Ärzten gedacht. Sie ist dort nicht am Platze, wo ein alter oder arbeitsunfähiger Arzt Assistenten nicht mehr aus- oder fortbilden kann. Die Arztpraxis, in welcher der Praxisinhaber nicht mehr persönlich tätig ist, hat aufgehört, eine Arztpraxis zu sein. In solchen Fällen nutzt der bisherige Praxisinhaber den verbliebenen Rechtsschein lediglich aus, um sich an fremder Arbeit einen Anteil zu sichern. Ein

solches Verhalten ist mit der Auffassung vom Arztberuf nicht vereinbar.

Solange jedoch für die alten und kranken Ärzte eine ausreichende Versorgung nicht gewährleistet ist, muß aus den Grundsätzen von Treu und Glauben, dem Gesichtspunkt der Recht setzenden Kraft der bestehenden Tatsachen sowie aus der schicksalhaften Verbundenheit aller Vertreter eines Standes gefolgert werden, daß in der augenblicklichen Übergangszeit die Gültigkeit solcher Abmachungen von der gerechten Abwägung der Belange beider Teile abhängig ist. Auch die Gerichte werden bei zunehmender Besserung der Altersversorgung einen strengeren Maßstab an die Übergabebedingungen legen und vorerst nur in besonders krassen Ausbeutungsfällen die Rechtsgültigkeit versagen.

Diese dem eigentlichen Übergabevertrag vorgeschalteten Assistenzarztverträge sind regelrechte lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtige und vor die Arbeitsgerichte gehörende Arbeitsverhältnisse. Die Mindestkündigungsfrist beträgt einen Monat. Nach Ablauf der Probezeit gewährt dieses Anstellungsverhältnis einen Anspruch darauf, daß sich der alte Praxisinhaber über die Abgabe der Praxis an den Anwärter entscheidet. Wenn keine wichtigen Hinderungsgründe vorliegen, so darf man wohl den bisherigen Praxisinhaber für moralisch verpflichtet halten, die Praxis an den Assistenten zu übergeben. Vereitelt der bisherige Praxisinhaber die Nachfolgeschaft des Anwerter (z. B. durch Vertrag mit einem anderen Assistenten), so kann es unter Umständen die Pflicht der Standesorganisation sein, den bisherigen Praxisinhaber zur Rechenschaft zu ziehen.

Eine bevorzugte Zulassung von nahen Angehörigen zur Kassenpraxis ist in den Zulassungsordnungen der Länder vorgesehen. In diesen Fällen ist die Praxisübergabe, wie die Hofübergabe an den Anerben, als vorweggenommene Erbfolge zu behandeln. Neben den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben sichern die Bestimmungen über die Schenkung (§§ 519, 528 BGB) und die familienrechtliche Unterhaltspflicht (§§ 1601 ff. BGB) dem Übergeber den standesgemäßen Unterhalt.

Oft werden mit solchen Verträgen auch Konkurrenzklauseln verknüpft. Darin wird der Assistenzarzt oder Vertreter in der Regel verpflichtet, sich ein Jahr nach seinem Ausscheiden aus dem Dienst des Praxisinhabers nicht in dessen Praxisbereich niederzulassen. Vielfach ist bezweifelt worden, ob ein solches Wettbewerbsverbot auch in den Fällen durch § 15 Abs. 4 der Berufsordnung gedeckt wird, in denen der alte Praxisinhaber schon seit geraumer Zeit praktisch nicht mehr tätig ist.

Grundsätzlich ist nach Ansicht des früheren Reichsgerichts der ärztliche Beruf kraft der ihm innewohnenden Würde und wegen des öffentlichen Interesses von jeden privaten Niederlassungsbeschränkungen freizuhalten. Nur ausnahmsweise ist die Konkurrenzklausele zulässig, wenn sie einerseits einem berechtigten Interesse desjenigen entspricht, zu dessen Gunsten sie übernommen wurde, andererseits derart begrenzt ist, daß sie nicht zu einer unangemessenen Beschränkung der Bewegungsfreiheit, insbesondere zu wirtschaftlicher Vernichtung des Verpflichteten führt (Thiersch, Beiträge zur ärztlichen Rechtskunde 1950 S. 82 ff., RG Bd. 50 S. 156). Von einem berechtigten Interesse des Übergebers kann aber nur dann die Rede sein, wenn der junge Kollege die erlernte Behandlungsmethode oder

die abgesehenen Kunstgriffe zum Nachteil des Praxisinhabers praktiziert. Hat jedoch der bisherige Praxisinhaber die Praxisführung dem Anwärter allein überlassen, so kann er das Wettbewerbsverbot damit nicht rechtfertigen. Es würde den Grundsätzen der Billigkeit widersprechen, wenn man der Konkurrenzklausel auch dann noch eine Rechtswirksamkeit zuerkennen wollte, wenn der Assistent oder Vertreter bereits ein Jahr lang die Praxis des bisherigen Inhabers geführt hat und der Stand der Praxis ausschließlich sein Verdienst ist.

Früher bedurften nach einer ausdrücklichen Anordnung des Reichsärztesführers vom 5. November 1937 Verträge über die Abgabe und Übernahme einer Praxis der Genehmigung der ärztlichen Bezirksvereinigung. Es wird allgemein angenommen, daß diese Anordnung auch heute noch Geltung hat, weil sie nicht ausschließlich nationalsozialistisches Gedankengut enthält.

Oft wird ein Ausweg in der Weise gesucht, daß der Assistenzarzt oder der Vertreter an den Betriebseinnahmen und -ausgaben zu einem festgelegten Prozentsatz beteiligt wird. Solche Vereinbarungen laufen auf eine Arztgemeinschaft in der Form der Gesellschaft des Bürgerlichen Rechts hinaus. Aus den oben angeführten Gründen ist solche Arztgemeinschaft mit dem Arztberuf unvereinbar und auch nach den Standesgrundsätzen nicht erlaubt (§ 19 der Berufsordnung). Außerdem würde der nominelle Praxisinhaber Kassenscheine eines nicht zugelassenen Arztes in unzulässiger Weise liquidieren.

Der Übergabevertrag ist im Interesse der Beteiligten stets schriftlich abzuschließen. Wird dabei das Arzthaus mit übernommen, so ist eine gerichtliche oder notarielle Protokollierung erforderlich. Die zu übernehmenden Praxisgegenstände sind einzeln oder als wieder in sich aufgegliederte Sachgesamtheiten (z. B. Instrumentarium, bestehend aus . . . . .) im Vertrag selbst oder einer dem Vertrag anzufügenden Aufstellung unter Angabe der Preise aufzuführen. Der Tag der Übergabe, namentlich bei den Räumen, und die Zahlungsweise dürfen nicht vergessen werden. An Übergangsbestimmungen sollte man nur das Notwendigste aufnehmen und es möglichst unterlassen, sich irgendwelche Benutzungsrechte an Übergabegenständen (z. B. Kraftwagen) vorzubehalten. Das führt erfahrungsgemäß zu Reibungen, welche in keinem Verhältnis zu den ausgehandelten Vorteilen stehen.

Die Veräußerung oder Aufgabe eines Betriebes gilt im Steuerrecht als der letzte Betriebsvorgang. Die hierbei erzielten Gewinne sind nach § 18 Abs. 3 EStG auf der Übergeberseite einkommensteuerpflichtig, weil sie die Verwirklichung bisher nicht versteuerter Werte darstellen (Blümich-Falk, Kommentar zur Einkommensteuer, 6. Aufl. S. 840). Der Veräußerungsgewinn ist grundsätzlich der Einkunftsart des § 2 EStG zuzurechnen, in die der Betrieb vor seiner Veräußerung einzuordnen war. Der Gewinn aus der Veräußerung der Praxis gehört also zu den Einkünften aus freiem Beruf. Lediglich der Übergang der Praxis vom Vater auf eines seiner Kinder beruht auf erb- und familienrechtlichen, d. h. außerbetrieblichen Vorgängen und wird beim Übergeber durch § 22 Abs. 3 EStG unter „Sonstigen Einkünften“ erfaßt (Blümich-Falk a. a. O. S. 722).

Das Arzthaus gehört im allgemeinen nicht zum Betriebs-, sondern zum Privatvermögen des Arztes. Bei

seiner Veräußerung entsteht in der Regel nur eine Grunderwerbssteuer von 7 v. H. des Verkaufspreises. Von der Grunderwerbssteuer sind bestimmte erb- und familienrechtliche Erwerbsvorgänge befreit. Eine Einkommensteuerpflicht besteht grundsätzlich nicht. Nur ausnahmsweise sind Grundstücksgeschäfte als sog. Spekulationsgeschäfte im Sinne des § 23 EStG einkommensteuerpflichtig, wenn zwischen Anschaffung und Veräußerung des Grundstückes nicht mehr als zwei Jahre liegen.

Bei der Veräußerung der Praxis liegt aber nur dann ein Veräußerungsgewinn des Übergebers vor, wenn der Verkaufserlös den nach den Bewertungsgrundsätzen des § 6 EStG sich ergebenden Wert, d. h. die im Bestandsverzeichnis ausgewiesenen Buchwerte der Praxisgegenstände übersteigt. Der Gewinnberechnung liegt im allgemeinen eine einmalige Entschädigung (fester Kaufpreis, Abstandssumme) zugrunde. Diese Entschädigung ist auch dann, wenn sie in Raten bezahlt wird, mit dem begünstigten Satz von 10—40 % des normalen Steuersatzes gemäß § 34 EStG vom Empfänger zu versteuern.

Die bösen Erfahrungen, welche mit der Beständigkeit der Währung gemacht wurden, veranlassen die Übergeber heute vielfach, Renten, also wiederkehrende Leistungen, zu vereinbaren, die ihre Versorgung möglichst unabhängig von dem Schicksal der Währung gewährleisten sollen. Auch solche Veräußerungsrenten gehören beim Übergeber einer Praxis zu den Einnahmen aus freiem Beruf (Blümich-Falk S. 271), sonst zu den sonstigen Einkünften nach § 22 EStG. Sie unterscheiden sich von den Kaufpreistraten nur dadurch, daß jeder Rente ein Risiko innewohnt, was bei den Kaufpreisteilzahlungen naturgemäß fehlt. Im übrigen tritt an die Stelle des in einer Summe festgelegten Kaufpreises das Stammrecht, z. B. einer Leibrente, aus dem gleichmäßig wiederkehrende Teilzahlungen fließen.

In seinem Urteil vom 18. September 1952 — Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung Nr. 94/52, BStBl. 1952 III/212 S. 290 — hat der Bundesfinanzhof die einzelnen Rentenleistungen wie Kaufpreistraten behandelt. Nach seiner Auffassung schichten die Rentenleistungen nur Vermögen um und werden beim Übergeber nur dann einkommensteuerpflichtig, wenn durch ihr tatsächliches Zufließen der als Verkaufserlös anzusehende Gesamtwert des Rentenstammrechts den Buchwert der Praxis übersteigt, d. h. aus der Vermögensumbildung ein Gewinn entsteht. Soweit es sich um die Praxisgegenstände handelt, werden die über den Buchwert hinausgehenden Beträge als nachträgliche Einnahmen aus einer ausgeübten Tätigkeit angesehen, für die auf der Übergeberseite die Vergünstigung des § 34 EStG allerdings nicht gilt (Blümich-Falk a. a. O. S. 840).

Wird das Arzthaus, welches im allgemeinen zum Privatvermögen gehört, gegen eine Rente veräußert, bleiben die einzelnen Rentenbeträge ebenfalls einkommensteuerfrei, bis die Gesamtsumme der gezahlten Renten die um die Absetzung für Abnutzung verminderten Anschaffungs- und Herstellungskosten des Gebäudes und den Bodenwert zu überschreiten beginnen. Bis zu dieser Grenze werden die laufenden Renten als Kaufpreistraten angesehen. Dieser im Urteil des Finanzgerichts Düsseldorf vom 16. Juli 1952 — Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung Nr. 82/52 — ausgesprochene Grund-

satz ist durch das obengenannte Urteil des Bundesfinanzhofes vom 18. September 1952 bestätigt worden. Der BFH gründet seine Rechtsauffassung auf § 2 Abs. 4 Ziff. 2 EStG. Nach dieser Vorschrift unterliegt nur der Überschuß der Einnahmen über die Werbungskosten der Einkommensteuer. Dieser Grundsatz beherrscht das gesamte Einkommensteuerrecht und muß auch bei der Auslegung des § 22 Ziff. 1 EStG mehr, als es bisher geschehen ist, in den Vordergrund treten.

Der Unternehmer kann den gezahlten Betrag als Betriebsausgabe behandeln. Er kann auch die Teilleistungen aktivieren und in angemessener Zeit nach den Grundsätzen der Absetzungen für Abnutzung oder der Abschreibungen für Wertminderungen in Abzug bringen (RStBl. 29 S. 326, Blümich-Falk S. 624). Das Entgelt, welches für die Übernahme des Patientenkreises bezahlt wird, ist, auch wenn es von der bürgerlichen Rechtsordnung mißbilligt wird, kurzfristig in etwa drei Jahren abschreibungsfähig (§ 5 StAnpG / RFH RStBl. 1938 S. 955). Im allgemeinen handelt es sich um so hohe Beträge, daß es unvorteilhaft wäre, sie im Jahre der Zahlung voll abzusetzen. Es würde dabei unter Umständen ein nicht ausgleichsfähiger Verlust entstehen, während in späteren Jahren die Abschreibungsmöglichkeiten fehlen.

Hieran schließt sich die rein wirtschaftliche Frage, ob man grundsätzlich nur feste Kaufpreisbeträge oder an deren Stelle wiederkehrende Leistungen, insbesondere eine auf das Leben des Übergebers abgestellte Leibrente vereinbaren soll. Die Bestimmungen über die Leibrente finden sich im § 759 ff. BGB. Es ist schriftliche und, wenn damit Grundstücksgeschäfte oder Schenkungen verknüpft sind, sogar notarielle oder gerichtliche Form erforderlich.

Feste Kaufpreise gehen auch auf die Erben über, die Leibrente hört in der Regel mit dem Tode des Übergebers auf. In der Leibrente liegt immer ein Wagnis. Es gibt viele Fälle, in denen beiden Seiten mehr durch eine Leibrente als durch einen festen Kaufpreis gedient ist. Der Übergeber erhält durch die Leibrente bis an sein Lebensende aus seiner früheren Praxis eine teilweise Versorgung. Wenn er keinen größeren Familienanhang hat, dürfte eine solche Rente neben seinen sonstigen Altersbezügen ausreichen. Der Unternehmer hat die Möglichkeit, durch einen frühen Tod des Abgebers sehr günstig zu einer Praxis zu kommen. Die einzelnen Rentenleistungen befreien ihn davon, einen größeren Geldbetrag im Kreditwege gegen hohe Zinsen aufzunehmen. Die Steuerfrage ist dabei nicht entscheidend, weil bei Raten erst dann eine Versteuerung des Erlöses eintritt, wenn die einzelnen Teilleistungen den Buchwert der Praxis übersteigen. Bei der Leibrente kann es sogar so sein, daß durch den Tod des Übergebers und den damit hervorgerufenen Wegfall der Leibrente eine Versteuerung des Veräußerungserlöses überhaupt nicht eintritt, weil die einzelnen Rentenleistungen bis zum Tode den Buchwert der Praxis noch nicht erreicht haben.

Bei der Übergabe an einen Abkömmling im Wege der vorweggenommenen Erbfolge entsteht Erbschaftssteuer. Beide Vertragsteile sind verpflichtet, den Erbschafts- bzw. schenkungssteuerpflichtigen Vorgang dem Finanzamt zu melden.

Eine Arzt-Witwe, welche die ererbten Praxisgegenstände später veräußert, kann trotz bereits bezahlter

Erbschaftssteuer außerdem noch einkommensteuerpflichtig werden. Um in solchen Fällen eine Doppelversteuerung zu vermeiden, sind die Finanzämter angewiesen, auf Antrag nach Abschn. 145, 155 EStRL zu verfahren.

Nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 85 UStDB ist auch die Veräußerung einer Arztpraxis an einen Fremden mit 1% beim Übergeber umsatzsteuerpflichtig (NwB Fach 7 S. 179).

Die Veräußerung der Arztpraxis an Abkömmlinge, Stiefkinder und deren Abkömmlinge wird als vorweggenommene Erbfolge behandelt (Partenkirchner VO vom 7. März 1937) und ist nicht umsatzsteuerpflichtig. Das gleiche gilt für eine Veräußerung zwischen Miterben zur Erbauseinandersetzung, wenn die Veräußerung innerhalb von zwei Jahren nach dem Erbfall vorgenommen wird. Besteuerungsgrundlage ist das Entgelt für die dem Erwerber gelieferten Gegenstände. Die übernommenen Schulden können bei der Umsatzsteuerberechnung nicht abgezogen werden. Für die Umsatzsteuer haftet der Erwerber neben dem Übergeber (§ 116 AO).

Die Praxis unterliegt mit ihrem am 21. Juni 1948 gültigen Einheitswert der fünfzigprozentigen Vermögensabgabe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich. Da in älteren Praxen die Praxisgegenstände meistens total abgeschrieben sind, wird die Praxis für die Vermögensabgabe auch im Hinblick auf den Freibetrag von DM 5000.— regelmäßig nicht erheblich ins Gewicht fallen. Es können außerdem noch die Schulden abgezogen werden. Anders ist die Sachlage, wenn das Arzthaus mit übereignet wird. Hier kann neben der Vermögensabgabe noch eine Hypothekengewinnabgabe in Frage kommen. Über 60 Jahre alte oder erwerbsunfähige Abgabepflichtige können sich die Vierteljahresbeträge insoweit stunden lassen, daß ihnen von den Einkünften der für eine bescheidene Lebensführung unerläßliche Betrag verbleibt (§ 54 LAG). Im Falle der Übergabe im Wege der vorweggenommenen Erbfolge haftet der Unternehmer neben dem Abgeber. Eine vertragliche Übernahme der Abgabeschuld durch den Unternehmer muß auf gemeinsamen Antrag der Beteiligten vom Finanzamt genehmigt werden (§ 60 LAG). Die Fragen des Lastenausgleichs sind noch im Fluß. Bis zur Bekanntgabe eines Bescheides über die Vermögensabgabe sind vorerst noch die Abgaben mit den Sätzen des Soforthilfegesetzes zu entrichten, die aber schon jetzt an die Regelung des Lastenausgleichsgesetzes auf Antrag angeglichen werden dürfen.

## Kurznachrichten

### Der Embryo „raucht“ mit

In der Schwangerschaft geht Nikotin auf die Frucht über!

Wenn eine Mutter in der Schwangerschaft raucht, erhöhen sich die Pulsschläge des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter. Schon nach einer Rauchdauer von 1½ Minuten wurde 5 Minuten darauf eine Steigerung der Herzfrequenz des Embryos um 7 Schläge in der Minute gefunden. Auch nach Beendigung des Rauchens bleibt die Herzfrequenz noch Zeitlang gesteigert. Durch diese Untersuchungsergebnisse der Übertritt des Nikotins in den Blutkreislauf des ungeborenen Kindes wissenschaftlich nachgewiesen.

### Nach dem Sport: Kalte oder warme Dusche?

Früher benutzte man allgemein nach dem Sportbetrieb die kalte Brause, da sie erfrischend, anregend und abhärtend sei. Heute stellen wir folgende Erwägungen an: 1. Nur das warme Wasser ist schmutz- und schweißlösend. Das kalte Bad zieht die Hautgefäße zusammen. Dadurch erfährt das durch die Sportarbeit müde Herz eine neue Belastung. Als Folge tritt nach einem kalten Bade ein starkes Ermüdungsgefühl ein, sobald der erste Reiz abgeklungen ist. Anders bei warmem Wasser. Durch die Erweiterung der Hautgefäße erfährt das ermüdete Herz eine Entlastung und nach einiger Zeit stellt sich das wohlige Gefühl allgemeiner Frische ein. DMI

Peinlich, peinlich, verehrte „Revue“!

### Warnung vor dem „Krebsforscher“ Dr. Pawlotzky!

Unter dieser Überschrift hat jetzt der in der „Revue“ mit einer positiven Stellungnahme zum Carcin zitierte Schriftleiter der schweizerischen Fachzeitschrift „Ars Medici“, Dr. Max Ostermann, folgende Erklärung veröffentlicht:

„Ich bin zur Überzeugung gelangt, daß es sich bei dem „Neocarcin“ um einen — gelinde ausgedrückt — großangelegten Bluff handelt. Nachdem Herr Dr. Pawlotzky mir brieflich wiederholt beteuert hatte, daß er nur die leidende Menschheit be-

glücken wolle und kein Kapital benötige, haben wir ihm in den Jahren 1949 und 1950 in Basel die Möglichkeit verschafft, sein Mittel zu erzeugen und klinisch prüfen zu lassen. Der Versuch ist mit einem Verlust von 100 000 Fr. gescheitert. 25 000 Fr. sind Herrn Dr. Pawlotzky bar zugeflossen, ohne die geringste Gegenleistung. Dieser Carcin-Rummel zieht sich nun schon über Jahrzehnte hin, ohne daß eine ernst zu nehmende Arbeit vorgelegt werden kann. Carcin gibt es schon lange nicht mehr, und Neocarcin existiert und wirkt nur in der Phantasie des Herrn Dr. P. . . . Mit Hilfe von sensationslüsternen und vergeblich gewarnten Journalisten zieht er nun auf einen neuen Gimpelfang aus. Wir waren nicht die ersten, wollen aber die letzten sein!“ DMI

### Roderich Menzel will jetzt ein Krebsbuch schreiben

Obwohl der Tennisspieler Roderich Menzel wegen seiner unsachlichen und irreführenden Krebsreportagen in der „Revue“ von Ärzten, Krebspezialisten und seriösen Journalisten während der Hamburger Pressekonferenz sehr in die Enge getrieben worden war, erkühnte er sich, vor den zahlreich versammelten Experten bekanntzugeben, daß er über die Krebsreportagen in der Illustrierten hinaus jetzt ein für jedermann bestimmtes Buch zur Krebsaufklärung vorbereite. DMI

## Bekanntmachungen

### Bundesvertriebenengesetz verabschiedet

(Ausschlußfristen)

Das Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz — BVFG —) wurde unter dem 19. Mai 1953 vom Bundespräsidenten und vom Bundeskabinett unterzeichnet und im Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 22, Seite 201 ff., ausgegeben zu Bonn am 22. Mai 1953, veröffentlicht.

Gemäß Artikel 82, Abs. 2, Satz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland tritt das Bundesvertriebenengesetz damit am

5. Juni 1953 in Kraft.

Somit laufen die Ausschlußfristen für die Meldungen nach § 70, Abs. 1 und 3, BVFG (siehe ausführliche Veröffentlichung in den „Ärztlichen Mitteilungen“ Heft 10 vom 16. Mai 1953: „Bundesvertriebenengesetz verabschiedet“) am 5. September 1953 ab.

Das Bundesvertriebenenministerium weist in einer offiziellen Pressebekanntmachung auf die oben genannten Ausschlußfristen mit besonderem Nachdruck hin, da ein Versäumen derselben für die betroffenen Personen schwerwiegende Nachteile zur Folge haben würde.

### Bekanntmachungen des Reise- und Kongreßbüros der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

Medizinische Kolloquien in Langoog vom 30. August bis 20. September 1953. Wochenpreis A DM 62.—, B DM 73.—, C DM 81.— (Unterkunft, Verpflegung, Bedienungsgeld, Kur- und Teilnehmergebühr enthalten).

Ärztliche Studienreise Frankreich—Spanien vom 6. bis 19. September 1953. Gesamtpreis DM 996.—.

Fortbildungskurs für praktische Medizin in Meran vom 20. September bis 4. Oktober und vom 29. September bis 11. Oktober 1953. Gesamtpreis ab DM 326.— bzw. DM 365.—.

Ärztliche Studienreise nach Ägypten. Programm A vom 1. bis 21. Oktober 1953 mit Schiff. Gesamtpreis DM 2149.—. Programm B vom 6. bis 18. Oktober 1953 mit Flugzeug. Gesamtpreis DM 2339.—.

Nähere Auskünfte und Prospekte durch Kongreßbüro, Bundesärztheaus, Köln, Brabanter Str. 13, Telefon 5 86 31.

### Kurs- und Kongreßkalender

#### 25. bis 27. August 1953:

Ärztlicher Fortbildungskursus für Meeresheilkunde im Nordseebad Westerland/Sylt. Wissenschaftliche Leitung Prof. Dr. med. H. Pfeleiderer, Dir. des Instituts für Bioklimatologie und Meeresheilkunde der Universität Kiel. Anfragen können gerichtet werden an die Städtische Kurverwaltung Westerland und an das Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde der Universität Kiel, Westerland/Sylt.

#### 20. bis 27. September 1953:

5. Einführungskurs in die Naturheilverfahren in Wildbad, veranstaltet von dem unter Leitung von Prof. Brauchle stehenden Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren. Der Kurs ist ganz auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes eingestellt. An Kursen sind vorgesehen: Hydrotherapiekurs und Massagekurs für Anfänger und Fortgeschrittene, Einführungskurse in die Bindegewebsmassage, Chiropraktik, Psychotherapie für den prakt. Arzt, Entspannungskurs, Rohkostkurs. Teilnehmergebühr DM 40.—, Mitglieder des Verbandes und Ärzte in nicht bezahlter Stellung DM 20.—. Anfragen wegen Unterkunft und Anmeldungen an die Kurverwaltung, Anfragen wegen des Kurses an den Leiter: Dr. med. H. Haferkamp, Mainz, Schulstr. 13.

#### 21. bis 25. September 1953:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Aachen. Anfragen werden erbeten an Dr. med. K. Tzschirntsch, Iserlohn, Elisabeth-Hospital, Urologische Abteilung, Hochstraße.

#### 25. bis 27. September 1953:

19. Ärztefortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte e. V. in Bad Nauheim, William-G. Kerckhoff-Herzforchungs-Institut. Thema: „Der Herzanfall, die Differentialdiagnose und Therapie“.

### Bekanntmachung des Innenministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst im Jahr 1953

Vom 22. Mai 1953 Nr. X 4231 53/2

Durch den Prüfungsausschuß für den ärztlichen Staatsdienst beim Innenministerium Baden-Württemberg wird im Jahr 1953 in Stuttgart eine Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgehalten. Ärzte, die zu dieser Prüfung im Jahr 1953 zugelassen werden wollen, haben ihr Gesuch spätestens bis 25. Juni 1953 beim Innenministerium, Stuttgart-N, Königstraße 44, Stockgebäude, einzureichen.

Die Prüfung wird gemäß der Verordnung des Staatsministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst vom 8. März 1923 (Reg. Bl. S. 119) in Verbindung mit der Verordnung vom 18. Dezember 1937 (Reg. Bl. 1938 S. 1) abgehalten.

Das Innenministerium entscheidet über die Zulassung.

Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung ist, daß der Bewerber nach der Bestallung als Arzt eine mindestens 3jährige Beschäftigung in der ärztlichen Praxis nachweisen kann. Das Innenministerium kann im Einzelfall auch eine andere ärztliche Tätigkeit anerkennen, insbesondere bei Ärzten, die schon einige Zeit im öffentlichen Gesundheitsdienst verwendet sind.

Dem Zulassungsgesuch sind beizulegen:

1. die Bestallungsurkunde,
2. der Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer deutschen Universität (Doktordiplom),
3. der Nachweis, daß der Bewerber während oder nach Ablauf der Studienzeit an einer deutschen Universität
  - a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht,
  - b) sich mindestens ein Halbjahr lang an einer psychiatrischen Klinik als Praktikant mit Erfolg betätigt hat,
4. der Nachweis, daß der Bewerber einen 3monatigen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst mit Erfolg besucht hat,
5. der Nachweis, daß der Bewerber je an einem vollständigen pathologisch-anatomischen, hygienisch-bakteriologi-

schen und gerichtlich-medizinischen Kurs an einem deutschen Universitätsinstitut teilgenommen sowie eine mindestens 3monatige Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik oder Heilanstalt nach der Bestallung als Arzt abgeleistet hat (die Kurse können auch an einer Akademie für Staatsmedizin abgeleistet sein).

6. ein eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem insbesondere der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach der Bestallung darzulegen sind.

Die Nachweise Nr. 1, 2 und 4 sind in beglaubigter Abschrift vorzulegen. Die Nachweise Nr. 3 sind durch Vorlage des Studienbuches bzw. des Praktikantenscheines, die Nachweise Nr. 5 durch beglaubigte Abschriften der Zeugnisse der Fachlehrer, des Akademievorstandes, des Direktors der Heilanstalt usw. zu erbringen. Statt der Nachweise Nr. 5 können ausnahmsweise auch Nachweise über eine auf anderem Weg erlangte Ausbildung als vorschrittmäßig erachtet werden, wenn der Prüfungsausschuß diese Ausbildung als gleichwertig und die Gründe für den andersgearteten Bildungsgang als triftig anerkannt hat. In den Fällen Nr. 2 und 3 kann bei Flüchtlingen an die Stelle einer deutschen Universität eine Universität ihres Herkunftslandes treten.

Die Prüfungsgebühr einschließlich Prüfungskostenbeitrag beträgt insgesamt DM 110.—.

In Vertretung  
(gez.) Dr. Fetzer

## ÄRZTEKAMMER 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

### Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Stuttgart-West	Facharzt für Kinderkrankheiten
Stuttgart-Degerloch	Facharzt für Frauenkrankheiten
Stuttgart-Stammheim	prakt. Arzt
Stuttgart-Nord	prakt. Arzt
Stuttgart-Stadt	Internist
Backnang	Facharzt für Kinderkrankheiten
Heubach	prakt. Arzt
Kr. Schwäb. Gmünd	
Geislingen/St.	Facharzt für Frauenkrankheiten
Kr. Göppingen	
Mergentheim	Facharzt für Augenkrankheiten
Kirchheim/T.	prakt. Arzt
Kr. Nürtingen	
Oehringen	Facharzt für Augenkrankheiten

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern nur um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuordnung des Zulassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nord-Württemberg eingetragen

sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gem. § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um 3 der ausgeschrieben Kassenarztsitze bewerben.

Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 1. Juli 1953 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto Stuttgart Nr. 5006 der KV Landesstelle Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 6/53“ einzuzahlen ist. Bei Bewerbungen um mehrere Kassenarztsitze in einer Ausschreibung ist die Gebühr von DM 5.— nur einmal zu entrichten.

### Mitteilung der Röntgenschirmbildstelle beim Regierungspräsidium Nord-Württemberg

Die Reihen-Röntgen-Untersuchungen der Bevölkerung beginnen

für den Kreis Backnang Mitte Juli 1953.

Zur Fermenttherapie  
der Verdauungsstörungen



RÖHM & HAAS GMBH · DARMSTADT

**OKIZYM**

magenwirksam  
O. P. 40 Tabl. · O. P. 200 Tabl.

**OKIPAN**

magen-darmwirksam  
O. P. 40 Tabl. · O. P. 200 Tabl.

**PANCRAZYM N**

darmwirksam  
O. P. 40 Tabl. · O. P. 200 Tabl.

### Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, den 27. Juni 1953

Der Fortbildungstag findet im Lindenmuseum, Stuttgart-N, Hegelplatz, Eingang Herdweg, statt. (Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz, Fernruf 9 62 10.)

- 9.00 Uhr Die aktuelle Viertelstunde  
Das schwer erziehbare Kind  
Dr. W. Schraml-Stuttgart
- 10.00 Uhr Nebenniere und Herz  
Chefarzt Dr. med. Pendl-Heidenheim
- 11.00 Uhr Neuere röntgenologische Untersuchungsverfahren und ihre Auswertung im Rahmen des klinischen Befundes  
Prof. Dr. med. Bauer-Tübingen
- 15.00 Uhr Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Hypertyreose  
Prof. Dr. med. Jahn-Nürnberg
- 16.00 Uhr Diagnose innerer Augenkrankheiten aus subjektiven Symptomen  
Prof. Dr. med. Harms-Tübingen

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

### Neuaufgabe des Ärzte-Adreßbuches für Nord-Württemberg

Das Ärzteadreßbuch wird im Laufe des Sommers in neuer Auflage erscheinen. In das Buch werden aufgenommen

1. die zur Tätigkeit bei den RVO-Kassen, Ersatzkassen, Fürsorgeverbänden und der Bundesversorgung zugelassenen Ärzte,

2. Ärzte mit Privatpraxis, die Mitglied der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. sind.

Den zugelassenen Ärzten und den uns bekannten Ärzten mit Privatpraxis wurde in den letzten Tagen eine Anfrage wegen der für das Adreßbuch zu berücksichtigenden Angaben zugeleitet.

Ärzte, die für die Aufnahme in Frage kommen und bis jetzt keine Anfrage erhalten haben, werden um sofortige Meldung an die Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, gebeten, wenn sie Wert darauf legen, daß ihr Name in dem neuen Adreßbuch erscheint.

### Stationäre Behandlung tuberkulosekranker Schwangerer in der Evang. Diakonissenanstalt Schwäb. Hall

Das Regierungspräsidium Nordwürttemberg gibt bekannt:

In Nr. 10 des 7. Jahrgangs dieser Zeitschrift ist ein Aufsatz erschienen: „Tuberkulose und Schwangerschaft aus Heilstättensicht“.

Es wird dort gesagt, daß Heilstätten mit Entbindungsmöglichkeiten eine ideale Lösung darstellen. Eine solche Tuberkuloseabteilung besteht in der Evang. Diakonissenanstalt Schwäb. Hall. Die tuberkulosekranken Mütter können dort, auch nach der unter fachärztlicher Leitung erfolgten Geburt, solange wie notwendig bleiben. Die Neugeborenen werden in der Kinderabteilung der Anstalt versorgt.

Die Ärzte werden gebeten, bei der Prüfung der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung, diese Möglichkeit zu berücksichtigen.

### Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie E. V. Stuttgart-O, Alexanderstr. 12 A.

Dr. med. W. Schindler, London, spricht am Dienstag, 7. Juli, in der Techn. Hochschule, Seestr. 16 um 20 Uhr über: Gruppentherapie.

Dr. med. Eberhard Hoffmann, Ludwigsburg, spricht am Donnerstag, 16. Juli, in der Techn. Hochschule, Seestr. 16, um 20 Uhr: „Zur Psychodynamik der Ejaculatio praecox.“

### Bericht

#### über die 14. Abgeordneten-Versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, am 1. April 1953 (15—20.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage: Pressekonferenz in Hamburg gegen Sensationsmache in medizinischen Angelegenheiten — Situation des Gesetzentwurfes § 368 ff. — Ärztekammergesetz und Versorgungsgesetz in Baden-Württemberg — Verhandlungen mit den Ortskrankenkassen über Honorarerhöhung — Einführungslehrgang in die Kassenpraxis — Tätigkeit der Kleinen Kommission — Vom Arbeitsministerium geplante Erstreckung der südWürtt. Zulassungsordnung.

2. Erhöhung der Preugosätze hat auch eine Umarbeitung des Honorarverteilungsmaßstabes erforderlich gemacht. Da die Grundleistungen um 50%, die anderen Leistungen aber nur um 20% höhergesetzt sind als bisher, erfahren auch die Fallwerte der einzelnen Fachgruppen eine unterschiedliche Erhöhung, je nachdem ob Grund- oder Sonderleistungen jeweils mehr im Vordergrund stehen. Die Geschäftsstelle hat die statistischen Unterlagen bereitgestellt, von denen ausgehend die Honorarkommission Vorschläge ausgearbeitet hat. Diese wurden vom Vorstand beraten, teilweise modifiziert und dann der Vollversammlung vorgelegt. Dabei entwickelte sich eine sehr eingehende und gründliche Debatte. Schließlich wurden folgende Beschlüsse gefaßt, die sich größtenteils an die Vorschläge von Honorarkommission und Vorstand anlehnen:

a) Grundleistungen: Alle Verrichtungen mit einem Gebührensatz unter DM 12.— einschließlich Beratungen und Besuche. — Ausgenommen sind Nachtbesuche, Laboruntersuchungen, elektrophysikalische Behandlung, Rö-Leistungen.

Die Grundleistungen werden bei den einzelnen Fachgruppen künftig folgendermaßen begrenzt:

prakt. Ärzte	9.—
Kinderärzte	8.50
HNO-Ärzte	} 8.—
Internisten	
Frauenärzte	} 7.50
Hautärzte	
Augenärzte	7.—
Chirurgen	} 6.50
Magenärzte	
Orthopäden	
Lungenärzte	} 6.—
Zahn-Mund-Kiefer	
Urologen	10.—
Nerven	12.—

Die Staffelnung setzt bei jeder Fachgruppe bei einem Honorar von ca. DM 4500.— ein.

b) Sonderleistungen:

Verrichtungen mit einem Gebührensatz von DM 12.— und mehr.

c) Laboruntersuchungen:

Die „L“-Liste wird außer Kraft gesetzt. Alle Laboruntersuchungen sind jetzt in die vorgesehene Spalte einzutragen, und zwar mit den Ziffern und Sätzen der Preugo.

Begrenzung der Laborleistungen:

DM 1.— pro Behandlungsfall; bei Internisten, Lungenärzten und Fachärzten für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten DM 2.—; bei letzteren Staffelnung ab 301. Fall, bei beteiligten Krankenhausärzten ab 501. Fall.

In spätestens 1/2 Jahr soll diese Regelung überprüft werden.

d) Kleine Sachleistungen: ist gleich Ziff. 23 und 24 der Preugo.

Begrenzung: pro Behandlungsfall

bei den praktischen Ärzten  
Kinderärzten im II. und III. Quartal  
übrigen Fachgebieten mit Ausnahme der  
Orthopäden, Frauen- und Nervenärzte DM —.60  
bei den Frauenärzten, Nervenärzten,  
Kinderärzten im IV. und I. Quartal DM —.80  
bei den Fachärzten für Orthopädie DM 3.—

e) Röntgenleistungen nach dem Tarif vom 1. Juni 1930.

Hier wurde unabhängig von der PreuGoänderung eine neue Regelung getroffen als Frucht jahrelanger Beratungen und Verhandlungen. Waren auch schon früher gewisse Begrenzungen einzelner Leistungen eingeführt worden, so gab es doch bei der Röntgenologie als einziger Fachgruppe bis jetzt noch keine generelle Begrenzung für den einzelnen durchschnittlichen Behandlungsfall. Das hatte historische Gründe, erschien aber der Mehrzahl der Kollegen als nicht mehr zeitgemäß. Die Röntgenologen ihrerseits verschlossen sich nicht der Notwendigkeit, hier eine Angleichung herbeizuführen.

Das Honorar der Fachröntgenologen wird künftig mit DM 12.— pro Behandlungsfall begrenzt; Stafflung ab 501. Fall.

Honorar für Rö-Therapie: keine Begrenzung.

Begrenzung des Rö-Honorars der Teilröntgenologen:

prakt. Ärzte	pro Fall	—,60
Fachärzte		
für Chirurgie	eigene Fälle	2.—
	überwiesene	4.—
Internisten	eigene Fälle	1,70
	überwiesene	4,80
Hautkrankheiten	pro Fall	1,50 ohne Ca.
HNO	eigene Fälle	—,50
	überwiesene	1.—
Kinderärzte		1,50
Orthopäden		2.—
Lungen		4.—
Urologie		1.—
Magen-Darm		4,80

Die nur zum Röntgen überwiesenen Fälle der Teilröntgenologen werden mit DM 12.— begrenzt wie bei den Vollröntgenologen; Stafflung unter Berücksichtigung auch der übrigen Behandlungsfälle.

In spätestens 1/2 Jahr Überprüfung dieser Regelung.

Röntgenunkosten:

Fester Auszahlungssatz, der nicht der Quote unterliegt, und zwar bei

Apparategruppe I	40 %
Apparategruppe II	60 %
Apparategruppe III	90 %

vom Unkostensatz des Röntgentarifs vom 1. Juni 1930.

f) Nachtbesuche:

in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr dringlich bestellte und sofort ausgeführte Besuche. Im Zusammenhang damit ausgeführte Verrichtungen fallen in die vorstehenden Gruppen.

g) Wegegeld:

Keine Änderung gegenüber bisher.

h) Stationäre Leistungen: können nur dann über die KV abgerechnet werden, wenn diese die Liquidationsberechtigung anerkannt hat. Grundleistungen werden abgegolten mit einer täglichen Behandlungsgebühr von DM —,90; besonders verrechnet werden große Sonderleistungen und Röntgenhonorare.

i) Ertragskürzung:

10 % des Ertrages zwischen	4 001.— und 5 500.—
20 % des Ertrages zwischen	5 501.— und 7 000.—
30 % des Ertrages zwischen	7 001.— und 8 500.—
40 % des Ertrages zwischen	8 501.— und 10 000.—
50 % des Ertrages über	10 000.—

k) Erhöhung des Krankentagegeldes:

für den ledigen Arzt	auf DM 15.—
für den verh. Arzt	DM 20.—
Zuschlag für jedes minderjährige Kind	DM 1,50

Die vorstehenden Beschlüsse gelten ab 1. Januar 1953; nur die Regelungen betr. Krankengeld und Begrenzung für die Fachröntgenologen und die zum Röntgen überwiesenen Fälle der Teilröntgenologen treten erst ab 1. April 1953 in Kraft.

Dr. Hämmerle

### Bericht

über die 80. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg,

am 14. April 1953 (von 19—23.45 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer: Das badisch-württembergische Arbeitsministerium beabsichtigt, die südwestdeutsche Zulassungsordnung auf die anderen drei Landesteile zu erstrecken. In Anwesenheit eines Vertreters des Arbeitsministeriums wurden die dabei sich ergebenden Probleme im Südweststaatausschuß der KV am 13. April 1953 in Tübingen erörtert.

2. Dr. Schwoerer: Mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen wurden die Verhandlungen über Honorar-erhöhung fortgesetzt.

3. Dr. Schwoerer: Vor zwei Jahren schon war der Landesverband der OK an die KV herangetreten mit dem Wunsche, Maßnahmen zur Senkung der Arzneikosten zu treffen, wie sie damals schon mit der KV Nordbaden vereinbart worden waren. Der Vorstand kann sich nicht länger der Notwendigkeit verschließen, über eine zweckmäßige Regelung dieser Angelegenheit mit den Krankenkassen zu verhandeln. — Voraussetzung jeder Übereinkunft muß sein, daß nicht schematisch verfahren, sondern die ganze Arbeitsweise der Kassenärzte berücksichtigt wird, einschließlich z. B. der Krankenhauseinweisungen und der Krankschreibungen.

4. Dr. Schwoerer berichtet über das Verfahren bei der Prüfung von Abrechnungen und über seine Auswirkungen. — Beratung über Änderungen.

5. Bestellung von Durchgangsärzten: Die Anfragen der Berufsgenossenschaften wurden den Kreisärzteschaften zugeleitet, um diesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. — Ein grundsätzliches Anliegen der KV ist es, daß möglichst Nicht-Kassenärzte als Durchgangsärzte tätig sind.

6. Zahlreiche Einzelfragen und Anträge (Zulassungswesen, Vertretungen, Assistenten, Disziplinarangelegenheiten, Abrechnungsfragen u. ä.) werden beraten und darüber Beschluß gefaßt.

Dr. Hämmerle

### Geburtstage

Am 29. Juni 1953

Dr. Albert Bertsch, Eblingen, 70 Jahre

am 30. Juni 1953

Dr. Wilhelm Reinhardt, Schwab. Hall, 70 Jahre

am 1. Juli 1953

Dr. Georg Tschierschke, Bad Cannstatt, 80 Jahre

am 3. Juli 1953

Dr. Heinrich Harpprecht, Holzgetlingen, 75 Jahre

am 7. Juli 1953

Dr. Richard Banzhaf, Stuttgart, 75 Jahre

am 14. Juli 1953

Dr. Edmund Klemm, Buoch, 75 Jahre

Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

# Lyssia-Salbe

Die Wund- und Heilsalbe  
der grossen und kleinen Chirurgie

LYSSIA-WERKE WIESBADEN

## „Es geht auch so!“

Liebe Abrechnungsstelle!

Wir waren sonst im allgemeinen pünktlich —  
Doch dieses Mal ist „spät“ kein Ausdruck mehr!  
Die nette kleine Tochter störte stündlich;  
Dies war der Grund so ungefähr:

Erst Grippezeit — die Tochter kam im März  
Nach einem Eiterzahn spürte ichs selbst am Herzen —  
Trotz Vorsatz und trotz gutem Willen  
Kam schon das Ende des Aprilen!

Und ach — die Scheine immer noch im Haus!  
Fürwahr ein Alp: Uns Schande, Euch ein Graus!  
Verspätung! Mittelschwere Sünde!  
Habt Einsicht! Oben sind die Gründe!

Das nächste Mal gehts wirklich schneller!  
Dies schreibt und hält Euch

Doktor .. eller

24. Mai 1953



## ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

### Berufsordnung für Ärzte und Facharztordnung

Die Vollversammlung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern hat am 10. 2. 1952 auf Grund des § 8, Abs. 1, Ziffer 13, des Kammergesetzes vom 8. 3. 1950 (Reg. Bl. S. 137) für die Ärzte folgende Satzungsbestimmungen über die Berufspflichten des Arztes erlassen:

#### I. Allgemeines

Der Arzt ist zum Dienste an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Gesamtheit berufen.

Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; der Arzt erfüllt eine öffentliche Aufgabe.

Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt sich mit allen für ihn und für das Gesundheitswesen geltenden Vorschriften vertraut macht und seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

Von jedem Arzt wird erwartet, daß er bei der Aufnahme seiner ärztlichen Tätigkeit gegenüber der für ihn zuständigen Berufsvertretung folgendes Gelöbnis ablegt:

„Nachdem ich nun in den ärztlichen Beruf aufgenommen worden bin, verpflichte ich mich feierlich, mein Leben dem Dienste an der Menschheit zu weihen.

Ich werde meinen Lehrern die Achtung und Dankbarkeit entgegenbringen, die ich ihnen schuldig bin.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patienten wiederherzustellen und zu erhalten, wird mir erstes Gebot sein.

Ich werde Geheimnisse, die mir anvertraut werden, bewahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kollegen werde ich achten.

Ich werde nicht zulassen, daß Religion, Nationalität, Rasse, Parteipolitik oder sozialer Stand zwischen meine Berufspflicht und meine Kranken treten.

Ich werde die äußerste Achtung vor dem menschlichen Leben von der Empfängnis an bewahren und selbst unter

### Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die in den Monaten Februar bis Mai 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nord-Württemberg

Beckmann, Stuttgart (abgelehntes Honorar), 25; Binstadt, Stuttgart-Mühlhausen, 10; Bitter, Stuttgart, 10; Dürr, Schwäbisch-Hall, 40; Giese, Heilbronn; (abgelehntes Kollegenhonorar), 60; Günzler, Kirchheim, 10; Hammer, Heilbronn, 30; Harpprecht, Holzgerlingen, 10; Kalteis, Brucken/Teck, 10; Krause, Schwäbisch Gmünd, 10; Kühner, Schrozberg, 10; Lutz, Ohringen, 5; Marquardt, Stuttgart, 12.50; Müller, Sulzdorf Kr. Schw. Hall, 25; Neuffer, Prof., Stgt.-Degerloch, 262 (davon abgelehntes Kollegenhonorar 162); Neunhoeffer, Blaubeuren, 69; N. N. 30; N. N. 30; de Pay, Vaihingen/Enz, 10; Pflüger, Stuttgart, 15; de Ponte, E., Stuttgart, 20; Römer, Prof., Stuttgart, 10; Schneider, Waiblingen, 5; Scholz, Stuttgart, 10; Schröder, Stgt.-Bad Cannstatt, 20; Seitzer-Mauk, Margarete, Stuttgart, 20; Villinger, Eisingen/F., 50; Weigelin, Stuttgart, 20 DM; Zusammen: **838.50 DM.**

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:  
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart-O, Reitzensteinstraße 38. Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.

### Wir trauern um unsere Toten

Dr. Bartram, Gerhard, Stuttgart-Degerloch,  
geb. 25. 4. 1889 — gest. 7. 5. 1953  
Dr. Schirm, Liselotte, Stuttgart-N.,  
geb. 15. 4. 1915 — gest. 13. 5. 1953

Bedrohung meine ärztlichen Kenntnisse nicht in Widerspruch zu den Gesetzen der Menschlichkeit anwenden.

Dies verspreche ich feierlich, freiwillig und auf meine Ehre."

### II. Berufsordnung für Ärzte

#### § 1

##### Berufsausübung

Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert.

Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes grundsätzlich frei. Er kann, außer in Notfällen, eine ärztliche Behandlung verpflichtet ist, ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Kranken nicht besteht.

#### § 2

##### Schweigepflicht

Der Arzt hat die Pflicht, alles, was er in seinem Beruf erfahren und beobachtet hat, als ärztliches Geheimnis zu hüten, d. h. darüber zu schweigen und es nicht unbefugt zu offenbaren.

Der Arzt hat seine Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten und seine berufsmäßig tätigen Gehilfen und diejenigen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen, ebenfalls zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

#### § 3

##### Beseitigung der Schwangerschaft

Der Arzt ist verpflichtet, das keimende Leben zu erhalten, sofern nicht das Leben oder die Gesundheit der Mutter durch die Fortsetzung einer Schwangerschaft bedroht sind.

## § 4

## Fortbildung

Der Arzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich ohne Voreingenommenheit für oder gegen eine bestimmte Richtung in der Heilkunde mit allen wichtigen Heilverfahren vertraut zu machen.

## § 5

## Sprechstunde

Es ist dem Arzt nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Über Ausnahmen entscheidet die zuständige ärztliche Berufsvertretung.

Ein jahreszeitlicher Wechsel ist nur mit Genehmigung der zuständigen ärztlichen Berufsvertretung zulässig.

## § 6

## Fernbehandlung und Ausübung der Praxis im Umherziehen

Es ist dem Arzte nicht gestattet, Kranke ausschließlich aus der Ferne zu behandeln oder seinen Beruf im Umherziehen auszuüben.

## § 7

## Ärztliche Aufzeichnungen, Krankengeschichten und Röntgenbilder

Der Arzt ist verpflichtet, über wichtige Befunde und Behandlungsmaßnahmen, insbesondere bei Unfällen, Operationen, Strahlenbehandlung und Sektionen Aufzeichnungen zu machen. In Krankenanstalten ist der für die Behandlung des Kranken verantwortliche Arzt zur Führung eines Krankenblattes verpflichtet.

Die Aufzeichnungen sind mindestens 5, die Krankengeschichten, Sektionsbefunde und Röntgenbilder mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Bei ihrer Verwendung sind die Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht zu beachten. Die Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektionsbefunde und Röntgenbilder dürfen unbeschadet von Sonderregelungen nur an Ärzte oder ärztliche Dienststellen herausgegeben werden.

## § 8

## Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der größten Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen nur seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Es ist dem Arzte nicht gestattet, Gefälligkeitszeugnisse auszustellen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind anzugeben. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die er auszustellen übernommen hat, müssen innerhalb einer angemessenen Frist abgegeben werden.

## § 9

## Außerberufliche Tätigkeit

Es steht jedem Arzte frei, seine wissenschaftliche, schriftstellerische, künstlerische, religiöse und politische Auffassung zu äußern und zu vertreten, wenn es in einwandfreier Form geschieht. Bei Veröffentlichungen und Verlautbarungen hat der Arzt auf die Würde und das Ansehen seines Standes besondere Rücksicht zu nehmen.

## § 10

## Unterricht und Prüfungen durch Ärzte

Der Arzt ist berechtigt, mit Zustimmung der für ihn zuständigen Ständesvertretung Personen auszubilden und zu prüfen, die auf dem Gebiete der Gesundheitspflege beruflich tätig

sind oder tätig werden wollen. Der Zustimmung der Ständesvertretung bedarf es nicht, wenn dem Arzte eine amtliche Genehmigung oder ein amtlicher Auftrag erteilt ist.

## § 11

## Ärztliche Gebühren

Es steht dem Arzt frei, seine Gebühren im Rahmen der für ihn geltenden Vorschriften zu berechnen. Er soll sich dabei nach der Schwierigkeit und dem Umfang seiner Leistungen, nach der wirtschaftlichen Lage des Kranken, den örtlichen Verhältnissen und den allgemein üblichen Grundsätzen richten, die der Berufsauffassung und der Berufssitte entsprechen.

Der Arzt kann unbemittelten Kranken, Verwandten, Freunden, Kollegen und ihren Angehörigen die Gebühren ganz oder teilweise erlassen. Im übrigen darf er die üblichen Gebührensätze nicht unterschreiten.

Der Arzt soll die Gebührenrechnung im allgemeinen mindestens vierteljährlich aufstellen. Auf Verlangen hat er die Rechnung aufzugliedern. Er darf die Krankheitsbezeichnung auf der Gebührenrechnung nur angeben, wenn der Kranke es wünscht oder sein ausdrückliches Einverständnis dazu erklärt; die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht gelten auch für die Aufstellung der Gebührenrechnungen.

Der Arzt hat bei Besuchen im Wohnort oder im Praxisbereich eines anderen Arztes die entstehenden Mehrkosten (Wegegelder) voll zu berechnen.

## § 12

## Kollegiales Verhalten

Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten die gleiche Achtung zu erweisen, die er selbst für sich beansprucht. Herabsetzende Äußerungen über die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines anderen Arztes sind mit der ärztlichen Standeswürde nicht zu vereinbaren. Ebenso ist es des Arztes unwürdig, einen Kollegen dadurch aus seiner Stellung oder seiner Behandlungstätigkeit zu verdrängen, daß er eine angeblich bessere, billigere oder eine unentgeltliche Hilfeleistung anbietet.

## § 13

## Behandlung von Kranken anderer Ärzte

Wenn ein Arzt weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß ein Kranker wegen der gleichen Krankheit bereits einen anderen Arzt zugezogen hat, so soll er den Kranken in dessen Wohnung nur behandeln, nachdem er sich vergewissert hat, daß der Kranke oder seine Angehörigen auf die weitere Behandlung durch den zuerst zugezogenen Arzt verzichtet haben; er hat darauf hinzuwirken, daß der vor ihm zugezogene Arzt durch den Kranken oder dessen Angehörige hiervon verständigt wird und muß sich ausdrücklich versichern lassen, daß die Verständigung erfolgt ist; andernfalls ist er verpflichtet, den Kollegen selbst zu verständigen.

Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Kranken gerufen, der bereits von einem anderen, nicht erreichbaren Arzte behandelt wird, so soll er diesem seine Anordnungen unverzüglich mitteilen und ihm die weitere Behandlung überlassen. Werden mehrere Ärzte gleichzeitig zu einem Kranken gerufen, so übernimmt der zuerst Eintreffende Arzt die Behandlung, wenn eine andere vorherige Verständigung nicht möglich war.

In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Kranken behandeln.

## § 14

## Zuziehung und Überweisung

Der Arzt darf den von einem anderen Arzte erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

# OXYMORS

Seit Jahrzehnten klinisch erprobt

**NEU! KINDERPACKUNG**  
24 Täfelchen zum Lutschen, 1 Streudose Analpuder

OXYMORS enthält keine Farbstoffe, keine Kontaktinsektizide, keine Wirkstoffe, die den Darm schädigen. Völlig ungiftig, kein Durchfall!

Dpkg. 201 DM 3.80 · Kinderpackg. 202 DM 2.85 K.-Pkg. 203 DM 2.10 · Pkg. mit Zäpfchen 204 DM 1.85 · Tabl.-Pkg. 206 DM 1.80 · Analsalbe 207 DM 0.90

## bei Oxyuriasis

Der behandelnde Arzt darf den Wunsch des Kranken oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen, nicht ablehnen. Der Arzt soll Kranke, die ihm von einem anderen Arzte überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurückverweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Kranken und seiner Angehörigen abhalten und sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilen soll.

In Krankenanstalten soll eine Beanstandung der ärztlichen Tätigkeit, eine Belehrung des behandelnden Arztes oder eine Änderung der Behandlungsweise nur in Abwesenheit des Kranken erörtert werden.

## § 15

## Vertreter und Assistenten

Die Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, sich gegenseitig zu vertreten. Übernommene Kranke sind nach Beendigung der Vertretung zurückzüberweisen.

Ärzte, die auf die Ausübung des ärztlichen Berufes verzichtet haben, dürfen nicht vertreten werden. Ärzte, deren Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes ruht, oder denen die Ausübung des ärztlichen Berufes verboten worden ist, dürfen nur mit Genehmigung der zuständigen Berufsvertretung vertreten werden.

Die Praxis verstorbener Ärzte kann zugunsten der Witwe oder der Kinder mit Genehmigung der zuständigen ärztlichen Berufsvertretung für die Dauer eines Vierteljahres durch einen anderen Arzt fortgeführt werden; der Zeitraum kann in besonderen Fällen verlängert werden.

Die Einstellung eines Assistenten in der Praxis bedarf der Genehmigung der zuständigen Berufsvertretung. Assistenten sind angemessen zu honorieren, die Verträge sind der Ärztekammer vorzulegen. Vertreter und Assistenten eines in der Praxis tätigen Arztes dürfen sich vor Ablauf eines Jahres nach Beendigung ihrer Tätigkeit im gleichen Praxisbereich nur niederlassen, wenn der Praxisinhaber einwilligt und die zuständige Berufsvertretung es genehmigt.

## § 16

## Fürsorgeärztliche Tätigkeit

Die in der Gesundheitsfürsorge tätigen Ärzte haben sich im Rahmen ihrer Tätigkeit, abgesehen von Notfällen; jeder Behandlung zu enthalten; sie dürfen die von ihnen versorgten Personen ihrem Hausarzte nicht entfremden.

## § 17

## Ärzte in Kur- und Badeorten

Ärzte in Kur- und Badeorten müssen die Behandlung auswärtiger Kranker nach Beendigung der Kur einstellen. Auswärtige Ärzte dürfen den Maßnahmen der in Kur- und Badeorten tätigen Ärzte nicht dadurch vorgreifen, daß sie den Kranken einen Heilplan mitgeben.

## § 18

## Zuweisung gegen Entgelt

Es ist den Ärzten nicht gestattet, Kranke einem anderen Arzte oder einer Krankenanstalt gegen Entgelt, auch in verschleierte Form, zuzuweisen oder sich zuweisen zu lassen. Dieses gilt sinngemäß auch für diagnostische Untersuchungen.

## § 19

## Gemeinschaftspraxis

Die Ausübung einer Gemeinschaftspraxis durch mehrere Ärzte bedarf der Genehmigung durch die zuständige Berufs-

vertretung. Vor Eröffnung der Gemeinschaftspraxis ist der zuständige Berufsvertretung ein schriftlicher Vertrag der beteiligten Ärzte vorzulegen.

Die gemeinsame Benutzung von Praxisräumen und die gemeinsame Einrichtung von diagnostischen und Behandlungsinstituten bedürfen nicht der Genehmigung.

## § 20

## Werbung und Anpreisung

Jede Werbung und Anpreisung ist dem Arzte untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig,

1. die Besprechung von Heilmitteln oder Heilverfahren in Veröffentlichungen oder auf andere Weise, z. B. in Vorträgen, im Rundfunk oder im Film mit einer Werbung für die eigene Praxis zu verbinden, oder öffentliche Dank-sagungen oder anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen,
2. Krankheitsgeschichten, Operations- und Behandlungsmethoden in anderen als in fachwissenschaftlichen Schriften zu Werbezwecken bekanntzugeben,
3. unentgeltliche oder briefliche Behandlung anzukündigen,
4. private Polikliniken oder andere unentgeltliche Sprechstunden bekanntzumachen.

Gutachten von Ärzten an Firmen oder natürliche Personen müssen den Zusatz enthalten, daß auf die Gutachten bei Werbungen in der Presse, in Zeitschriften oder auf andere Weise, wie Sendungen im Rundfunk usw., nicht Bezug genommen werden darf.

## § 21

## Arzt und Nichtarzt

Der Arzt soll, von den Helfern und Pflegern abgesehen, weder mit Nichtärzten zusammen Kranke oder Schwangere behandeln oder untersuchen, noch darf er sich durch solche vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch sie mit seinem Namen decken.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen der ärztlichen Hilfsberufe wird durch diese Bestimmung nicht betroffen. Ebenso wird die Pflicht des Arztes, in Notfällen Hilfe zu leisten, hierdurch nicht berührt.

Der Arzt darf Nichtärzte als Zuschauer bei Operationen, Hypnosen u. ä. ohne ausdrückliche Genehmigung des Patienten nicht zulassen. Ärzte sollen nur bei Filmen mitwirken, die Lehrzwecken dienen.

Die Übernahme von Ämtern in Laienvereinen für Gesundheitspflege oder Heil- und Lebensreform oder ähnlichen Vereinigungen ist dem Arzte nur mit Genehmigung der zuständigen Berufsvertretung gestattet. Der Arzt hat an der Bekämpfung des Heilschwindels teilzunehmen.

## § 22

## Verordnung von Heilmitteln

Es ist dem Arzte nicht gestattet, für die Verordnung oder Empfehlung von Heilmitteln eine Vergütung oder sonstige Vergünstigung zu fordern oder anzunehmen.

Der Arzt darf Arztemuster nur in einem für die Kenntnis oder Erprobung eines Mittels notwendigen Umfang anfordern. Er darf sie nicht gegen Entgelt weitergeben.

Es ist dem Arzte nicht gestattet, sich auf seine Verschreibungen andere als die verschriebenen Gegenstände liefern zu lassen oder einer mißbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibungen Vorschub zu leisten.

Es ist dem Arzte nicht gestattet, Kranke ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß

# Digimerck

(früher Digitoxin *Merck*)  
zur Behandlung der Herzinsuffizienz  
20 Tabletten DM 1.65; 50 Tabletten DM 3.75 o. B.  
E. MERCK · DARMSTADT

Heilmittel unter Decknamen oder unter Bezeichnungen verordnet werden, die nicht jedem Apotheker verständlich sind.

Der Arzt soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.

## § 23

## Begutachtung von Heilmitteln

Es ist dem Arzte nicht gestattet, über Heilmittel Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.

## § 24

## Anzeigen und Verzeichnisse

Zeitungsanzeigen über die Niederlassung dürfen außer der Wohnungsangabe nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Aufschriften enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung veröffentlicht werden.

Im übrigen sind Praxisanzeigen nur vor und nach einer über eine Woche dauernden Abwesenheit oder nach längerer Krankheit sowie bei Verlegung der Praxis und Änderung der Sprechstundenzeit gestattet. Anzeigen dieser Art dürfen nicht durch häufige oder regelmäßige Wiederholung einen reklameartigen Charakter annehmen. Sie dürfen in der gleichen Zeitung nur einmal veröffentlicht werden und außer der Anzeige der Unterbrechung oder Wiederaufnahme der Praxis nur den Namen, die Arzt- oder Facharztbezeichnung und die Wohnungsangabe enthalten.

Form und Inhalt aller Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gebräuchen richten.

Andersartige Anzeigen über die Unterbrechung oder Wiederaufnahme der Praxis als durch Zeitungsanzeigen sind dem Arzte nicht gestattet.

Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse aufnehmen lassen. Ausnahmen kann die zuständige Berufsvertretung genehmigen.

## § 25

## Aufschrift und Schilder

Der Arzt darf auf seinem Schild nur seinen Namen, seine ärztlichen und akademischen Titel, die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung, die Angabe der Sprechstunden und die Fernsprechnummer führen. Ferner sind folgende Zusätze gestattet:

1. a) der Zusatz „Geburtshelfer“ bei Allgemeinärzten, welche Geburtshilfe ausüben,
- b) der Zusatz „zugelassen zu allen Krankenkassen“ oder „zugelassen zur Ersatzkassenpraxis“,
2. mit Genehmigung der zuständigen Berufsvertretung:
  - a) der Zusatz „praktischer homöopathischer Arzt“ bei Allgemeinärzten und Internisten, welche eine anerkannte Weiterbildung in der Homöopathie nachweisen können und sich im wesentlichen auf die Anwendung dieses Heilverfahrens beschränken,
  - b) der Zusatz „Naturheilverfahren“ bei Allgemeinärzten und Internisten, die eine genügende Weiterbildung in diesem Verfahren nachweisen und sich im wesentlichen auf die Anwendung dieses Heilverfahrens beschränken,
  - c) der Zusatz „Tropenkrankheiten“ bei Ärzten, die hierfür eine besondere Weiterbildung nachweisen können,
  - d) der Zusatz „Badearzt“ oder „Kurarzt“, wenn ein Nachweis über eine entsprechende Weiterbildung geführt werden kann,
  - e) der Zusatz „Medizinisch-diagnostisches Institut“ bei Ärzten, die eine entsprechende Einrichtung und Weiterbildung besitzen und ärztliche Behandlungstätigkeit weder ausüben noch ankündigen,

f) der Zusatz „Untersuchungsstelle für klinische Pathologie und Mikrobiologie“ bei Ärzten, die eine entsprechende Einrichtung und Weiterbildung besitzen und ärztliche Behandlungstätigkeit weder ausüben noch ankündigen,

g) der Zusatz „Behandlung von Stimm- und Sprachstörungen“ bei Nachweis einer entsprechenden Weiterbildung. Die Anerkennung einer besonderen Weiterbildung auf den unter a) bis g) angeführten Gebieten wird vom Facharztausschuß der zuständigen Berufsvertretung ausgesprochen.

3. Der Zusatz „Staatlich zugelassen für serologische Blutuntersuchungen“ bei Ärzten, die hierfür eine staatliche Zulassung besitzen.

Andere Zusätze sind untersagt.

Die für beamtete Ärzte geltenden Vorschriften über Amtsbezeichnungen bleiben unberührt.

## § 26

## Anbringung der Schilder

Das Schild des Arztes soll der Bevölkerung lediglich die Wohnung oder die Praxisstelle des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form ausgestattet oder angebracht sein. Seine Größe darf das übliche Maß (etwa 35×50 cm) nicht übersteigen.

Schilder an der Privatwohnung des Arztes, in welcher Sprechstunden nicht abgehalten werden, sollen den bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

In Ausnahmefällen, insbesondere bei versteckt liegenden Praxisstellen und bei Eckhäusern, kann mit jederzeit widerruflicher Billigung der zuständigen ärztlichen Berufsvertretung ein zweites Arztchild angebracht werden.

Praxisschilder dürfen nur diejenigen Ärzte anbringen, die bei der zuständigen Berufsvertretung als niedergelassen gemeldet sind.

Bei Wohnungswechsel kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk bis zur Dauer eines halben Jahres anbringen.

## § 27

## Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken usw.

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln usw. gelten die Bestimmungen über die Schilder sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Krankenhausstätigkeit auf Briefbogen und Privatrezepten angeben.

## § 28

## Verträge

Der Arzt ist verpflichtet, Verträge über die Ausübung seines Berufes vor ihrem Abschluß der zuständigen Berufsvertretung vorzulegen. Diese prüft, ob der Vertrag gegen Rechtsvorschriften oder Standespflichten verstößt.

## § 29

## Einhaltung der Berufsordnung

Es ist Aufgabe der ärztlichen Berufsvertretung für die Einhaltung der Berufsordnung durch die Ärzte zu sorgen.

## III. Facharztordnung

## § 30

## Facharztbezeichnungen

Ärzte dürfen sich nur als Fachärzte bezeichnen, wenn sie gemäß § 33 als Fachärzte anerkannt sind. Es sind zur Zeit folgende Facharztbezeichnungen zugelassen:

Gegen Störungen  
des vegetativen Gleichgewichtes

O. P. mit 20 Dragees DM 2,40 o. U.

# Emedian

E. MERCK • CHEMISCHE FABRIK • DARMSTADT

1. Facharzt für innere Krankheiten,
2. Facharzt für Lungenkrankheiten,
3. Facharzt für Kinderkrankheiten,
4. Facharzt für Chirurgie,
5. Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
6. Facharzt für Urologie oder für Krankheiten der Harnwege,
7. Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten,
8. Facharzt für Neurologie,
9. Facharzt für Neurochirurgie,
10. Facharzt für Orthopädie,
11. Facharzt für Augenkrankheiten,
12. Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten,
13. Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
14. Facharzt für Kieferchirurgie,
15. Facharzt für Röntgen- und Strahlenheilkunde.

Die Führung mehrerer Facharztbezeichnungen und die Verbindung einer fachärztlichen mit einer allgemeinärztlichen Bezeichnung sind unzulässig.

Fachärzten für Nerven- und Geisteskrankheiten sowie Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist es gestattet, statt der Doppelbezeichnung eine Einzelbezeichnung zu führen. Andere Doppelbezeichnungen als die festgelegten dürfen nicht geführt werden.

#### § 31

##### Weiterbildungszeiten

Die im folgenden festgesetzte Zeit der Weiterbildung gilt als die Mindestzeit; sie rechnet von dem Zeitpunkt ab, zu welchem die erteilte Approbation die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet.

Eine Weiterbildung in verwandten Fachgebieten kann nach Maßgabe der folgenden Vorschriften angerechnet werden.

Verwandte Gebiete sind:

- A) bei den operativen Fächern: Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Neurochirurgie, Lungenchirurgie, Orthopädie, Kieferchirurgie, Urologie, Röntgenologie.
- B) Bei den Fächern der inneren Medizin: innere Krankheiten, Lungenkrankheiten, Kinderkrankheiten und Nervenkrankheiten, Röntgenologie.
- C) Theoretische Fächer für beide Gruppen: Bakteriologie und Pathologie, Pharmakologie, Physiologie, Physiologische Chemie, Anatomie.

Die Weiterbildungszeiten betragen für:

1. Innere Krankheiten: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche Tätigkeit oder Weiterbildung auf einem Fachgebiet, ausgenommen innere Krankheiten; b) 4 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der inneren Krankheiten, davon 6 Monate auf dem Gebiet der internen Röntgenologie. Auf die 4jährige Fachweiterbildung auf dem Gebiet der inneren Krankheiten ist anrechnungsfähig; bis zu insgesamt 1 Jahr die Tätigkeit auf den Gebieten der Lungen- und Nervenkrankheiten; im Rahmen dieses Jahres bis zu 1/2 Jahr die Betätigung auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechts-, Kinder- oder Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten oder der theoretischen Fächer (C) oder der Röntgenologie.
2. Lungenkrankheiten: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche Tätigkeit oder Weiterbildung auf einem Fachgebiet mit Ausnahme der Lungenkrankheiten; b) 1 Jahr internistische Tätigkeit; c) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten, davon mindestens 2 Jahre Heilstätigkeit. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildung zu a) ist insbesondere die Betätigung in der inneren Medizin, der Röntgen- und Strahlenheilkunde, den Kinderkrankheiten und den theoretischen Fächern (C). Es empfiehlt sich die Tätigkeit in einer fachärztlich geleiteten Tbc-Fürsorgestelle, die zu c) anrechnungsfähig ist.
3. Kinderkrankheiten: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche Tätigkeit oder Weiterbildung auf den Gebieten der Orthopädie, Lungenkrankheiten, Kinderchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und der theoretischen Fächer (C); b) 1 Jahr internistische Weiterbildung; c) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinderkrankheiten. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildung zu a) ist bis zu 1/2 Jahr die Tätigkeit auf dem Gebiet der Röntgenologie.
4. Chirurgie: 6 Jahre — a) 1 Jahr Weiterbildung auf dem Gebiet der inneren Krankheiten; b) 5 Jahre Weiterbildung in Chirurgie, Weiterbildung in Gynäkologie, Hals-Nasen-

Ohrenheilkunde, Lungenchirurgie und Urologie kann bis zu 1 Jahr auf die Tätigkeit zu b) angerechnet werden. Innerhalb dieses Jahres kann die Weiterbildung in Pathologie, Anatomie und Physiologie bis zu 1/2 Jahr angerechnet werden.

5. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung oder Weiterbildung in Kinderheilkunde; b) 4 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe. Innerhalb dieser Zeit sollen 2 Jahre geburts-hilfliche Tätigkeit nachgewiesen werden.

6. Urologie oder Krankheiten der Harnwege: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 1 Jahr Weiterbildung in allgemeiner Chirurgie; c) 3 Jahre Weiterbildung in Urologie. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildungszeit zu c) ist bis zu 6 Monaten die Tätigkeit auf den Gebieten der Pathologie, Gynäkologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten. Die Tätigkeit in einer urologischen Fachpraxis ohne geschlossene Krankenabteilung wird bis zur Hälfte, jedoch höchstens mit 1 Jahr angerechnet.

7. Nerven- und Geisteskrankheiten: 4 Jahre — a) 1 Jahr auf dem Gebiet der inneren Krankheiten oder verwandten Fächern (B), ausgenommen Nervenkrankheiten; b) 3 Jahre Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie. In der Fachweiterbildung muß mindestens 1 Jahr neurologische Betätigung enthalten sein. Es empfiehlt sich außerdem eine Weiterbildung in Psychotherapie.

8. Neurologie: 4 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiete der Neurologie. Anrechnungsfähig auf diese Zeit bis zu 6 Monaten von den theoretischen Fächern (C) Pathologie, Pharmakologie, Physiologie und Physiologische Chemie.

9. Neurochirurgie: 5 Jahre — a) 1 Jahr Weiterbildung auf dem Gebiet der Neurologie oder der inneren Krankheiten; b) 1 Jahr allgemeinchirurgische Tätigkeit; c) 3 Jahre Weiterbildung in Neurochirurgie.

10. Orthopädie: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung oder Tätigkeit auf einem anderen Fachgebiet ausgenommen Orthopädie und Chirurgie; b) 1 Jahr Chirurgie; c) 3 Jahre Weiterbildung in der Orthopädie. Anrechnungsfähig zu a) ist bis zu insgesamt 1/2 Jahr die Weiterbildung in den theoretischen Fächern (C) sowie in der Röntgen- und Strahlenheilkunde.

11. Augenkrankheiten: 4 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Augenheilkunde. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildung zu a) sind bis zu 1/2 Jahr die theoretischen Fächer (C) oder die Tätigkeit auf dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und der Neurologie.

12. Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten: 4 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 3 Jahre Weiterbildung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildung zu a) ist bis zu insgesamt 1/2 Jahr die Tätigkeit auf dem Gebiet der Chirurgie, Augenkrankheiten, Kieferchirurgie und der theoretischen Fächer (C).

13. Haut- und Geschlechtskrankheiten: 4 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten, davon mindestens 6 Monate auf dem Gebiet der dermatologischen Strahlentherapie.

14. Kieferchirurgie: 4 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische Weiterbildung; b) 3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferchirurgie. Anrechnungsfähig auf die Weiterbildung zu b) ist, jedoch insgesamt bis zu höchstens 1 Jahr die Tätigkeit auf den Gebieten der Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Betätigung in den theoretischen Fächern (C) mit 1/2 Jahr, Tätigkeit an der chirurgischen Abteilung eines zahnärztlichen Universitäts-Institutes mit der Hälfte der abgeleiteten Zeit bis zu 1 Jahr, an der Kieferorthopädischen Abteilung des Institutes mit der Hälfte der Zeit bis zu 1/2 Jahr. Außerdem ist die Approbation als Zahnarzt erforderlich.

15. Röntgenologie und Strahlenheilkunde: 5 Jahre — a) 1 Jahr allgemeinärztliche oder internistische

Weiterbildung; b) 4 Jahre Weiterbildung in Röntgenologie und Strahlenheilkunde. In der Weiterbildung zu b) müssen enthalten sein mindestens 2 Jahre Diagnostik und 1 Jahr Therapie. Anrechnungsfähig auf die übrige Weiterbildungszeit zu b) sind bis zu einem halben Jahr die Tätigkeit auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, Physik, Biophysik, dermatologische Strahlentherapie oder der internen Röntgendiagnostik.

## § 32

## Art der Weiterbildung

Die Fachweiterbildung soll an deutschen Universitätskliniken, Instituten sowie an geeigneten Krankenanstalten stattfinden. In jedem Fall muß die Weiterbildung von Fachärzten des betreffenden Faches geleitet werden. Die Weiterbildung muß sich auf alle Gebiete des Fachs erstrecken und darf nicht nur auf Sonderabteilungen stattfinden. Weiterbildungszeiten unter  $\frac{1}{2}$  Jahr können nicht angerechnet werden.

Die Weiterbildung soll in der Regel in Assistentenstellen erfolgen. Die Weiterbildung in sogenannten Hilfsarztstellen ist nur dann anzurechnen, wenn der Nachweis geführt wird, daß der Hilfsarzt in einer Stellung mit gleichen Weiterbildungsmöglichkeiten wie ein Assistenzarzt beschäftigt war.

Eine Weiterbildung in Universitätspolikliniken und in der Praxis ausgewählter Fachärzte kann bis zu einem Jahr angerechnet werden.

Die Weiterbildungsstätten müssen alle Einrichtungen wissenschaftlicher Art besitzen, die für eine gründliche und umfassende Weiterbildung in dem betreffenden Fach erforderlich sind. Zu diesem Zweck stellt jede Ärztekammer bzw. Landesvertretung eine Liste der zur fachärztlichen Weiterbildung geeigneten Krankenanstalten und Fachärzte im Benehmen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften für ihren Bereich auf, aus der sich ergibt, welche Krankenanstalten und mit wieviel Weiterbildungsstellen für Fachärzte anerkannt werden und in welchem Umfang die an diesen Anstalten abgeleistete ärztliche Tätigkeit auf die Weiterbildung zum Facharzt angerechnet werden kann.

In besonderen Ausnahmefällen kann die Anerkennung als Facharzt auch dann erteilt werden, wenn die Weiterbildung von diesen Bestimmungen und den Vorschriften des § 31 abweicht.

## § 33

## Facharztanerkennung

Die Ärztekammern bzw. Landesvertretungen sprechen auf Grund der von den Facharztausschüssen getroffenen Entscheidungen die Anerkennung als Facharzt bzw. die Ablehnung der Facharztanerkennung aus. Der ablehnende Bescheid muß mit Gründen versehen sein.

Gegen den die Facharzteigenschaft versagenden Bescheid kann der Betroffene binnen 4 Wochen nach Zugang des Bescheides die Berufungsinstanz anrufen. Diese entscheidet endgültig.

## § 34

## Facharztausschüsse

Über den Antrag auf Anerkennung als Facharzt entscheiden Facharztausschüsse 1. und 2. Instanz, die bei der Ärztekammer bzw. Landesvertretung gemäß den Vorschriften der Satzung zu bilden sind. In den Facharztausschüssen sollen jeweils zwei Vertreter des zu beurteilenden Faches Sitz und Stimme haben. Diese Fachärzte sind im Benehmen mit der zuständigen fachwissenschaftlichen Gesellschaft und der zuständigen medizinischen Fakultät zu bestimmen.

Der Facharztbewerber stellt nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit bei seinem zuständigen Facharztausschuß den Antrag auf Anerkennung als Facharzt. Dem Antrag sind der Nachweis über die fachliche Weiterbildung und die erteilten Zeugnisse beizufügen.

Der Facharztausschuß entscheidet an Hand der Unterlagen. Sieht der Facharztausschuß die Voraussetzungen für die Facharztanerkennung als gegeben an, so wird die Facharzteigenschaft zuerkannt.

Bei Ablehnung eines Antrages ist eine schriftliche Begründung zu geben.

## § 35

## Fachliche Beurteilung

Der Facharztbewerber hat für das letzte Jahr seiner Facharztweiterbildung ein ausführliches und begründetes Zeugnis vorzulegen, aus dem eindeutig hervorgeht, daß der Bewerber zum Facharzt für fähig befunden wird. Der Facharztausschuß kann im Zweifelsfalle eine besondere Begutachtung vor 1 bis 2 anderen Fachärzten anordnen. Diese Anordnung hat der Facharztausschuß besonders zu begründen.

## § 36

## Aberkennung der Facharzteigenschaft

Die Anerkennung als Facharzt kann zurückgenommen werden, wenn 1. der Arzt die Eignung für die fachärztliche Tätigkeit nicht mehr besitzt, oder 2. die für die Facharztanerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Über das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 1 entscheidet der Facharztausschuß. Vor der Entscheidung des Facharztausschusses muß der Arzt gehört werden.

Antragsberechtigt ist die für den Arzt örtlich zuständige ärztliche Berufsvertretung.

Gegen den aberkennenden Bescheid, der mit Gründen zu versehen ist, kann der Betroffene binnen 4 Wochen nach Zugang des Bescheides die Berufungsinstanz anrufen. Diese entscheidet endgültig.

## § 37

## Geltungsbereich der Facharztanerkennung

Die Anerkennung gilt gegenseitig für alle Kammern bzw. Landesvertretungen, die diese Facharztordnung anerkennen. Jede Ärztekammer bzw. Landesvertretung hat jedoch das Recht, bei Vorliegen wesentlicher Abweichungen von den Vorschriften dieser Facharztordnung eine Nachprüfung der Voraussetzungen der Facharztanerkennung vorzunehmen.

Die Vorschriften des § 36 finden entsprechende Anwendung.

## § 38

## Sonderbestimmungen für im Ausland approbierte Fachärzte

Im Ausland approbierte Ärzte, die die Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes im Inland besitzen, können nach den Bestimmungen dieser Facharztordnung als Fachärzte anerkannt werden.

## § 39

## Pflichten der Fachärzte

Der als Facharzt Niedergelassene ist grundsätzlich von der Ausübung einer allgemeinen ärztlichen oder allgemeinen vertrauensärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen. Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienst und ehrenamtliche Tätigkeit sind hiervon ausgenommen.

Fachärzte müssen sich auf ihr Fach beschränken und müssen über die notwendigen Einrichtungen zur Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit verfügen.

Der Facharzt darf seine Berufspraxis nicht zu einer allgemeinen hausärztlichen Tätigkeit entwickeln. Er darf die Familie nicht ihrem Hausarzt entfremden.

Fachärzte, die Leiter von größeren Krankenanstalten oder deren Abteilungen sind, sollen sich außerhalb des Kranken-



# Eu-Med

**Analgeticum**  
ohne hypnotische Nebenwirkung

MED

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate  
J. Carl Pflüger · Berlin-Nkln. (West)

hauses im allgemeinen auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken. Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen.

## § 40

## Übergangsbestimmungen

Ärzte, die vor Erlaß dieser Facharztordnung als Facharzt anerkannt wurden, bleiben Fachärzte und dürfen ihre nach der bisherigen Facharztordnung anerkannte Facharztbezeichnung weiterführen. In Streitfällen entscheiden die für die Facharztanerkennung zuständigen Instanzen.

Bei Ärzten, die vor dem 1. Januar 1950 Staatsexamen abgelegt haben, sollen abweichend von dieser Facharztordnung die Bestimmungen der bisherigen Facharztordnung berücksichtigt werden.

## § 41

## Inkrafttreten vorstehender Satzung

Die vorstehende Satzung tritt mit dem Tage ihrer Verkündung im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ in Kraft.

Tübingen, den 23. April 1953.

Arztekammer Württemberg-Hohenzollern

Der Präsident:  
gez. Dr. Borck

Genehmigt:

Tübingen, den 24. April 1953

Regierungspräsidium  
Südwestdeutschland-Hohenzollern  
In Vertretung  
gez.: Dr. Storz

Stempel d. Reg.Präs.  
Südwestdeutschland-Hohenz.

## Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die in den Monaten Februar bis Mai 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württemberg-Hohenzollern.

Baumann, Schweningen, 10; Eble, Kellenried, 5; Haushalter, Schweningen, 10; Hofmeister, Nagold (Honorar des Kollegen Sch. in N.), 60; Kathan, Tuttlingen, 10; Kratschmer, Tuttlingen 10; Kübler, Wolfgang, Reutlingen, 10; Lackschewitz, Schweningen, 5; Langbein, Albrecht, Pfullingen, 10; Rieger, Tübingen, 10; Rögele, Ochsenhausen, 20; Zoll, Saulgau, 10 DM; Zusammen: 170 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:  
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart-O, Reitzensteinstraße 38. Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.

## Nachruf

Am 11. Februar 1953 verstarb im Kreiskrankenhaus Balingen nach einer Operation, die wegen eines akut auftretenden Ileus erforderlich war, der frühere Direktor und Vizepräsident am Reichsgesundheitsamt in Berlin Herr Dr. med. Paul Wiedel, geb. am 7. September 1878 zu Bockenem, Kreis Marienburg bei Hildesheim. Im Jahre 1943 wegen Erkrankung pensioniert verbrachte der Verstorbene seinen Ruhestand in Hechingen (Hohenzollern), wo er sich infolge seines ausgeglichenen Charakters und seines Gerechtigkeitssinnes einer allgemeinen Beliebtheit erfreute.

An der ärztlichen Standespolitik nahm er regen Anteil, wenn er sich auch infolge einer schweren Arthrosis deformans aktiv nicht mehr einsetzen konnte.

Die Ärzteschaft des Kreises Hechingen wird dem beliebten Kollegen ein ehrendes Andenken bewahren.

## 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

## Bericht

## über die Delegierten-Versammlung der KV Landesstelle Nordbaden am 20. Mai 1953

Beginn 14 Uhr / Ende 20 Uhr

Die Bilanzen der Landesstelle vom Jahre 1951 und 1952 werden nach eingehender Erläuterung durch den kaufmännischen Geschäftsführer in der vorliegenden Form genehmigt; dem Vorstand und der Geschäftsführung wird Entlastung erteilt, ferner wird der vom Vorstand vorgelegte Haushaltsplan für 1953 mit kleinen Abänderungen genehmigt.

Herr Dr. Rist, Karlsruhe, berichtet über die Verhandlungen mit den Ortskrankenkassen in Nordbaden. Diese Verhandlungen haben mit einer Vereinbarung für das Jahr 1953 geendet, nach der bei den Ortskrankenkassen Mannheim, Pforzheim, Weinheim und im Prinzip auch bei der OKK Heidelberg eine direkte Koppelung des Kopfpauschales an die Grundlohnsumme stattfindet. Die Gesamtvergütung beträgt bei diesen Kassen 1,1 % der Grundlohnsumme. Die einbezogenen ambulanten Sachleistungen werden gesondert bezahlt.

Mit den Ortskrankenkassen der 4 Odenwaldkreise und der OKK Bruchsal sind prozentuale Zuschläge zur bisherigen Gesamtvergütung zwischen 6 % und 10 % vereinbart worden.

Sodann gibt Herr Hermann einen Bericht über den Stand der Verhandlungen mit den Einzelleistungskassen. Ab

1. Januar 1953 werden die Sätze der neuen Preugo bereits bei den Bezirksfürsorgeverbänden, der Postbeamtenkrankenkasse, den Medizinalverbänden und mit kleinen Ausnahmen auch bei den Berufsgenossenschaften wirksam.

Die Delegiertenversammlung berät nun den neuen Honorarverteilungsmaßstab, der durch die Erhöhung der Preugo-Sätze notwendig wurde. Durch die unterschiedliche Erhöhung der Ansätze der Preugo um 50 % bzw. 20 % ergeben sich bei den einzelnen Fachgruppen auch unterschiedliche Erhöhungen der seitherigen Fallkostendurchschnitte.

Mit Ausnahme einer Honorarregelung für Röntgenologen paßt sich der Honorarverteilungsmaßstab im wesentlichen der Erhöhung der Preugo-Sätze für jede Fachgruppe an.

Zur Behebung der in den Landkreisen aufgetretenen Notstände, die durch die Abrechnung nach einzelnen Kassen aufgetreten sind, beschließt die Delegierten-Versammlung Ausgleichsmaßnahmen auf der Basis der Ausgangsrelation von Ausgangskopfpauschale und Ausgangsgrundlohnsumme.

Der neue Prüfungs- und Begrenzungsmaßstab für Röntgenologen wird als vorläufige Regelung angenommen, jedoch soll demnächst eine Überprüfung stattfinden.

Der Geschäftsbericht für das Jahr 1952 wird sodann genehmigt.

Vor Eintritt in die Tagesordnung hat Herr Dr. Rist den Beschluß des Vorstandes bekanntgegeben, den Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Nordbaden, Herrn Hermann, zum kaufmännischen Direktor zu ernennen.



# Asthmo-Kranit

-Tabl.  
-Pulv.

Bronchial-Antispasmodicum  
Asthmaanfälle u.  
asthmatische Zustände  
KREWELE-WERKE, Elberf. b. Köln

## LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

### Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Baden-Baden	für einen praktischen Arzt
Leibertingen, Krs. Stockach	für einen praktischen Arzt
Ottersweier, Krs. Bühl	für einen praktischen Arzt
Gaggenau, Krs. Rastatt	für einen Facharzt für Augenkrankheiten

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Juli 1953) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztreregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

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

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Be-

werber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,

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

Bei Bewerbungen um mehrere Stellen ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich; die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer Baden  
Kassenärztliche Vereinigung

### 80. Geburtstag

Am 2. Juni vollendet Herr Dr. Alfred Jeanmaire, prakt. Arzt in Waldkirch/Breisgau, sein 80. Lebensjahr.

Herr Kollege Jeanmaire ist seit 50 Jahren in eigener Praxis in Waldkirch tätig. Er hat sich in dieser langen Zeit einen großen Patienten- und Freundeskreis geschaffen und hat noch bis vor kurzem seine Praxis ausgeübt.

Wir gratulieren dem allseits beliebten und geschätzten Kollegen zu seinem Geburtstag herzlich.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

## PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 735 51, 735 52 und 735 53

### Bericht

#### über die Sitzung der Verfassunggebenden Landesversammlung vom 20. Mai 1953

Auf der Tagesordnung stand die Beratung zweier, die Ärzteschaft besonders interessierender, Gesetzentwürfe. 1. der Entwurf eines Gesetzes über die Erstreckung des württembergisch-hohenzollerischen Gesetzes zur Errichtung einer Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten. 2. der Gesetzentwurf zur Erstreckung der Zulassungsordnung von Württemberg-Hohenzollern auf Baden-Württemberg.

In der Diskussion sprach als 1. Redner der Abgeordnete Wiedemeier, CDU. Er setzte sich sehr warm für die Belange der Heilberufe, insbesondere der Ärzte, ein und erklärte, daß die CDU-Fraktion entschlossen ist, an dem Zustandekommen des Gesetzes verantwortlich mitzuarbeiten und das Gesetz zu fördern. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Versorgungsanstalt sei als ein Sozialwerk des ärztlichen Berufsstandes zu betrachten. Der Ärztestand sei als Gesamtheit gefährdet. Als 2. Redner sprach der Abgeordnete Angstmann, SPD. Seine Ausführungen waren zurückhaltend. Seine Fraktion könne sich erst nach Abschluß der Ausschlußberatungen äußern und halte für notwendig, daß die Ausschlußberatungen in Form einer öffentlichen Informationssitzung abgehalten werden unter Beteiligung auch der oppositionellen Gruppen der Heilberufe. Für die Fraktion der

FDP/DVP äußerte sich die Abgeordnete Rechtsanwältin Dr. Diemer. Sie erklärte, daß sie Diplom-Versicherungstechnikerin sei und noch verschiedene Zweifel und Bedenken hege. Das Bundeswirtschaftsministerium habe sich ablehnend ausgesprochen; es sei auch zu prüfen, ob nicht das Bonner Grundgesetz der Annahme des vorliegenden Gesetzentwurfes entgegenstehe; die Frage der steuerrechtlichen Seite bedürfe ebenfalls der Klärung; die Bayerische Ärzteversorgung werde wohl der Tübinger Regelung vorzuziehen sein. Der Rechtsausschuß habe sich noch eingehend mit allen diesen Fragen zu befassen. Zu den Beratungen seien nicht nur die Kammern, sondern auch die oppositionellen Gruppen der Heilberufe einzuladen. Als 4. Redner sprach ein Vertreter des BHE. Er wandte sich gegen die Zwangsbestimmungen des Gesetzentwurfes und bezeichnete es als unbillig, 7% vom Bruttoeinkommen auch bei den Ärzten zu fordern, die wie z. B. die Flüchtlingsärzte über nur sehr geringe Einnahmen verfügen. Auch müßten nach Meinung seiner Fraktion Ausnahmebestimmungen für bereits ausreichend versicherte Ärzte, Zahnärzte, Dentisten und Tierärzte geschaffen werden. Es sei ferner ungerecht, den in ein anderes Land verziehenen Ärzten nur 30% ihrer Beitragszahlungen zurückzuerstatten. Bei den Versorgungsleistungen solle man grundsätzlich von Festbeträgen ausgehen; das Punktsystem sei nicht zu empfehlen. Als letzte politische Partei meldete sich die KPD zu Wort. Ihr Abgeordneter Bechtle lehnte das Gesetz ab, da es eine Sonderregelung für die Heilberufe dar-

Dankbare Patienten durch

# BAD EMS

bei

Katarren  
Asthma  
Herz- und  
Kreislauf-  
krankheiten.

HOTEL „Staatliches Kurhaus“ DAS HAUS VON INTERNATIONALEM RUF  
PENSIONSPREIS: DM 18 - 22.-

stelle. Er verlangt, daß alle freien Berufe in die gesetzliche Sozialversicherung miteinbezogen werden. Nach Beendigung der Debatte wurde als Ergebnis der 1. Lesung der Beschluß gefaßt, den Gesetzentwurf an den Rechtsausschuß und den Sozialpolitischen Ausschuß zu überweisen. Die Federführung soll der Rechtsausschuß übernehmen.

Der Entwurf eines Gesetzes, das das Arbeitsministerium zur Erstreckung der Zulassungsordnung von Württemberg-Hohenzollern auf Baden-Württemberg ermächtigen soll, wurde in 1. Lesung behandelt und an den Sozialpolitischen und den Rechtsausschuß überwiesen, wobei der Sozialpolitische Ausschuß federführend ist.

### Der Protest gegen die Bestallungsordnung für Ärzte

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Die gesamte Ärzteschaft ist aufs äußerste darüber bestürzt, daß die Studenten der Medizin zur Verhinderung einer Reform der ärztlichen Ausbildung Aktionen unternommen haben, bei denen sie sich der Methoden der Straße bedienen. Sie versuchen dabei, die wohlbegründete Absicht der Bundesregierung zu vereiteln, zu der, besonders im Interesse der Allgemeinheit dringend notwendig gewordenen Neuord-

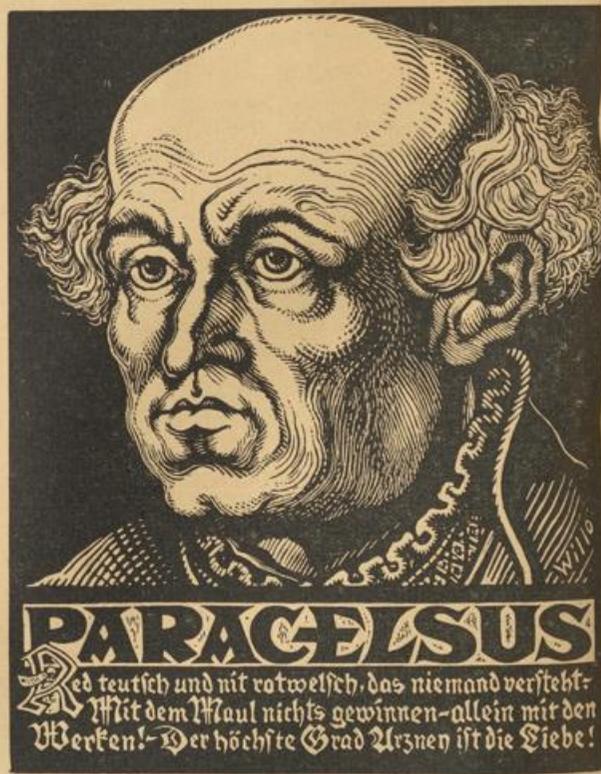
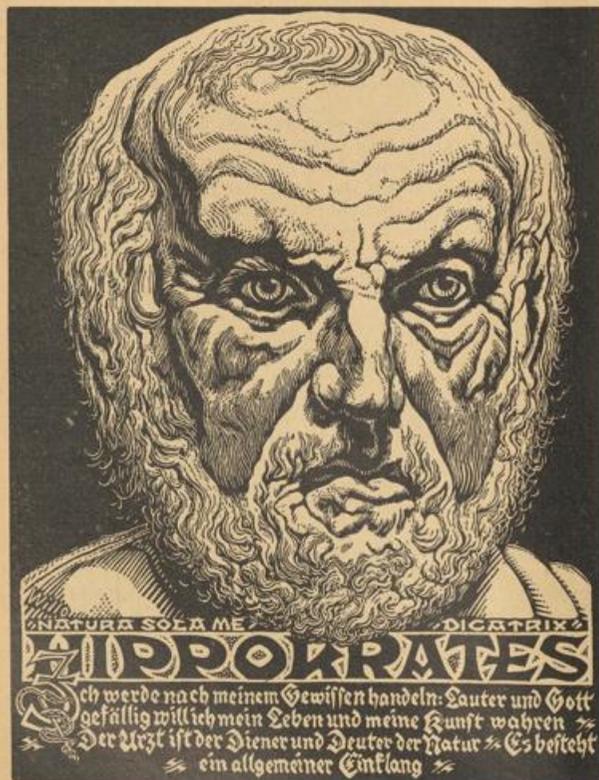
nung auf diesem Gebiete zu gelangen. Die Bundesregierung hat in ihrem Gesetzentwurf die Folgerung aus der Tatsache gezogen, daß das Wohl der Kranken vorzugehen habe. Der im Examen geprüfte Student, der aus dem Hörsaal kommt, ist aber noch kein Arzt. Die geplante Neuordnung ist ferner notwendig, um die im Bundesgebiet bestehende Rechtszersplitterung zu beseitigen und insbesondere, um die ärztliche Ausbildung in Deutschland den Verhältnissen der Länder des westeuropäischen Kulturkreises anzupassen. Es muß in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß die Bezeichnung „Pflichtassistent“, die die Studenten beibehalten wollen, erst im Zusammenhang mit den Kriegsvorbereitungen im Jahre 1939 eingeführt wurde, damit ein Jahrgang notapprobierter Ärzte vorzeitig tätig werden konnte. Es ist ein Irrtum der Medizinstudenten, wenn sie glauben, daß sie auf Grund einer sogenannten kleinen oder halben Approbaton, wie sie die Bezeichnung „Pflichtassistent“ mit sich bringt, ihre praktische Ausbildung zu günstigeren, insbesondere wirtschaftlich günstigeren Bedingungen ableisten könnten. Die Regelung rechtlicher und wirtschaftlicher Beziehungen für die in der Ausbildung befindlichen Mediziner ist nicht Aufgabe einer Approbationsordnung, wie es die Medizinstudenten offenbar glauben, sondern Gegenstand tarifrechtlicher Gestaltung zwischen dem in der praktischen Ausbildung Befindlichen und denen, für die sie tätig sind.

30. Mai 1953

### Geschäftliche Mitteilung

Zur Ausschmückung des Hauses der Ärzte in Stuttgart-Degerloch sind von verschiedenen Seiten Bilder gestiftet worden, darunter auch der wohlgelungene Holzschnitt eines

Paracelsus-Kopfes. Im Interesse des Künstlers, Willo Rall, Runheim, Laufen a. Kocher, wird darauf hingewiesen, daß Drucke dieses Holzschnittes ebenso wie die des Hippokrates-Kopfes zum Preise von DM 40.— je Blatt unmittelbar beim Künstler bestellt werden können. Das Paar kostet DM 70.—. Die Bildnisse sind 30 × 40 cm groß.



Diesem Heft sind Prospekte der Firmen C. H. Boehringer Sohn, Chem. Fabrik, Ingelheim a. Rhein, über „Effortil“; Apotheker Müller GmbH., Bielefeld, über „Aescosul“; Merz & Co., Chem. Fabrik, Frankfurt a. Main, über „Phebrocon“ sowie des Ferdinand Enke Verlags, Stuttgart, über „Lange: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutstrombahn“ beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahrest. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstr. 75-77. — Ausgabe Juni 1953. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.