

die Aufhebung der Bestimmung im § 34 der Satzung der dortigen Allgemeinen Ortskrankenkasse angeordnet, wonach an versicherungsfreie Familienmitglieder neben der Behandlung durch die Kassenärzte „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten Behandlung und Hilfeleistung durch die zu der Kasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Heilkundigen“ gewährt wird. Die Beschlusskammer hat gleichzeitig die Wiederherstellung des § 34 in der früheren Fassung (wonach als Familienhilfe Zuschüsse zu den Kosten der ärztlichen Behandlung gewährt werden sollten) oder eine neue Fassung des § 34, die zwischen den zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten und der Krankenkasse zu vereinbaren sei und dem Gesetz zu entsprechen habe, angeordnet. Nach Meinung der Beschlusskammer steht die in Aussicht genommene Regelung der Behandlung der Familienmitglieder in Krankheitsfällen in Widerspruch mit § 122 RVO.

Gegen diesen Beschluss hat der Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt A. rechtzeitig Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt. Er ist in rechtlicher Hinsicht der Auffassung, dass die Kasse die Behandlung der Familienmitglieder durch mit der Kasse in einem Vertragsverhältnis stehende Heilkundige vorschreiben könne, weil es sich bei der Zubilligung von Familienhilfe um eine freiwillige Mehrleistung handle. Die Beschwerde ist zulässig (§ 1793 RVO), aber nicht begründet.

Nach § 205 RVO kann die Kasse zubilligen Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, sowie Wochenhilfe und Sterbegeld unter den dort bezeichneten Voraussetzungen. Die Krankenpflege umfasst nach § 182 Abs. 1 RVO ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleinen Heilmitteln. Ärztliche Behandlung ist aber nach § 122 RVO, von den dort erwähnten Ausnahmefällen abgesehen, die hier nicht vorliegen, durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, zu leisten, und es ist auch „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten“ Behandlung durch andere Personen, insbesondere durch Heilkundige, nicht zuzulassen (zu vgl. die Entscheidung des Beschlussenats 1909, Amtl. Nachrichten des R.V.A. 1914, S. 381).^{*} Diese Grundsätze gelten nicht nur, soweit die Gewährung von Regelleistungen (zu vgl. § 179 Abs. 1 RVO) in Frage kommt, sondern auch bei Mehrleistungen. Denn die Mehrleistungen sind, worauf in der vorerwähnten Entscheidung des Beschlussenats gleichfalls hingewiesen wird, nur so weit zulässig, wie es das zweite Buch RVO vorsieht (§ 179 Abs. 3). Wenn also § 205 RVO als Mehrleistung die Gewährung von Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zulässt, so darf sie nicht in einer Art geleistet werden, die, wie die Behandlung durch nichtapprobierte Ärzte, im Interesse der Volksgesundheit durch die RVO hat grundsätzlich ausgeschlossen werden sollen (zu vgl. §§ 182, 122 RVO). Wenn die Beschlusskammer in diesem Sinne der Kasse aufgegeben hat, entweder die frühere Fassung des § 34 der Satzung wiederherzustellen oder die ärztliche Behandlung in einer dem Gesetz entsprechenden Weise durch Vereinbarung mit den zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten zu regeln, so war dies nicht zu beanstanden. Insbesondere wird die Kasse durch die letzterwähnte Anordnung nicht beschwert. Denn sie muss zur Erfüllung der ihr durch das Gesetz und die Satzung auferlegten Pflichten in einer dem Gesetz entsprechenden Weise, insbesondere durch Vereinbarung mit Ärzten oder ärztlichen Vereinigungen u. dergl., für eine ausreichende Arztbehandlung sorgen. Dabei bleibt es, unbeschadet der gegebenenfalls insbesondere nach §§ 370, 372 RVO zu treffenden besonderen Anordnungen, dem pflichtmässigen Ermessen der Kasse zu überlassen, in welcher Weise sie eine ausreichende ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder, hier auch deren versicherungsfreie Familienmitglieder, sicherstellen will (zu vgl. die Entscheidung 1908, Amtl. Nachrichten des R.V.A. 1914, S. 379**). Auch der Umstand, dass die Kasse auf Grund des infolge irrthümlicher Rechtsauffassung des Oberversicherungs-

amts zunächst nicht beanstandeten § 34 der Satzung, der die ärztliche Behandlung der Familienmitglieder durch Heilkundige zulässt, Verträge mit Heilkundigen abgeschlossen hat, kann nicht von entscheidender Bedeutung sein. Hiernach rechtfertigt sich die Zurückweisung der Beschwerde.

Die Internationalisierung der gelehrten Aerzteschaft der Kulturländer als eins der Mittel zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs durch ungelehrte Medizinalpersonen.

Die Eingabe des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztereinigungsbundes an den Bundesrat (vgl. Seite 282 dieses Blattes), dahin wirken zu wollen, „dass die Missstände, welche sich aus der Ausübung ärztlicher Praxis im Deutschen Reich durch ausländische, in Deutschland nicht approbierte Medizinalpersonen ergeben haben, beseitigt werden“, behandelt nur eine spezielle Frage des allgemeinen Themas: Wie schützt sich der deutsche Arzt gegen den unlauteren Wettbewerb? Im vorliegenden Falle sind ausländische Medizinalpersonen die Schädlinge; gemeint sind zunächst die ungelehrten, diejenigen von ungenügender oder nicht genügend erwiesener medizinischer Ausbildung; getroffen aber sollen zugleich werden die gelehrten ausländischen Medizinalpersonen, deren Vorbildung durch eine ausländische Approbation sonst hinlänglich gewährleistet erscheint. Es sind deren sicherlich nicht viele; sie werden in einigen wenigen Badeorten mit internationalem Publikum angetroffen; möglicherweise ist das Unheil, welches sie schlimmsten Falles ausser der wirtschaftlichen Konkurrenz gegenüber den deutschen ortsansässigen Kollegen anrichten können, auch gar nicht so gross.

Aber eins ist richtig. Es tritt hier eine krasse Ungleichheit in der staatlichen Behandlung dieser Dinge zutage: jeder ausserdeutsche Kulturstaat verlangt von dem deutschen Arzte, falls er dort praktizieren will, ein volles Examen in der Sprache des Landes; das Deutsche Reich allein kennt solche Rigorosität nicht; es lässt jeden kurierlustigen Ausländer gewähren wie den Inländer, sofern er nur nicht mit dem Strafgesetz in Konflikt gerät; und darüber wollen wir uns nicht zu sehr wundern, denn das ist die einfache, logische Konsequenz der bei uns herrschenden Kurierfreiheit. Sollten ausländische Medizinalpersonen von der Ausübung des Heilgewerbes ausgeschlossen werden, dann müsste eben die Kurierfreiheit durch Gesetz beseitigt werden.

Dass aber der Hohe Bundesrat angesichts des spärlichen ihm vom Geschäftsausschuss vorgelegten Tatbestandes in eine erneute Prüfung dieser schwer umstrittenen Frage eintreten oder gar die Aufhebung der Kurierfreiheit bei dieser Gelegenheit durchsetzen wird, ist doch wohl nur ein ganz frommer Wunsch; und wenn ihm, dem Bundesrat, von den deutschen Aerzten selbst nicht etwas anderes Brauchbareres vorgeschlagen werden kann, so wird das der Bundesrat selbstverständlich auch nicht ansfindig machen.

Hier aber ist durchaus der Platz, diese ganze Frage von einer anderen Seite anzuschneiden. Man gelangte möglicherweise schneller zu einer befriedigenden Lösung, wenn man den Standpunkt der wenigen, gegenwärtig durch die ausländische Konkurrenz bedrohten deutschen Ärzte zunächst ausser acht liess und sich auf die hohe Warte der Interessen der gesamten deutschen Aerzteschaft stellte.

Es sind deutsche, in der Schweiz praktizierende Aerzte gewesen, welche schon seit lange eine, wie mir scheint, sehr diskutabile Idee verfechten: in der Frage der Niederlassung der Aerzte solle in allen Kulturländern auf Grund von Verträgen völlige Reziprozität angestrebt werden; es solle z. B. der schweizerische, österreichische, französische, russische usw. Arzt auf Grund der ihm regelrecht in seinem Lande erteilten Approbation ohne besondere Formalität in Deutschland praktizieren dürfen, wogegen der deutsche Arzt auf Grund der Approbation eines der deutschen Bundesstaaten für die Praxis in jedem anderen Lande zugelassen wird, mit welchem ein Reziprozitätsvertrag geschlossen ist.

^{*} Abgedruckt in Nr. 974 d. Aerztl. Vereinsblattes v. 9. Juni 1914.

^{**} Cfr. Nr. 974 d. Aerztl. Vereinsblattes v. 9. Juni 1914.

Der Gedanke ist durchaus gesund und bei weiterer Durch-
arbeitung wenigstens allmählich durchführbar und sollte die
gesamte Aerzteschaft der Welt interessieren! Rein theoretisch
betrachtet: die medizinische Wissenschaft trägt doch nicht ein
nationales, sondern ein eminent internationales Gepräge; das
kommt uns Aerzten doch schon während des Studiums zum
vollen Bewusstsein. Die medizinische Fachbildung ist auch auf
den Universitäten aller Kulturländer nahezu die gleiche; wir sind
gewohnt, uns auf internationalen medizinischen Kongressen
zu verständigen, wir verfolgen die internationale medizinische
Literatur, wir machen Gebrauch von der internationalen
Arzneikunde — warum also sollte nicht auch jeder voll
approbierte oder, sagen wir, gelehrte Arzt seine Tätigkeit auch
da auf dem Erdball ausüben dürfen, wo er die Lust dazu ver-
spürt, ganz ebenso wie der Ingenieur, Baumeister, Chemiker usw.
das tut?

Ein anderer Gesichtspunkt, welcher in der heutigen Zeit
für den deutschen Arzt sehr mitspricht, bald vielleicht brennend
werden wird, ist der: Wo bleiben wir mit unserem Ueberschuss
an gelehrten Aerzten? Alles Heil kann dem deutschen Arzte
doch nicht von dem noch weiteren Ausbau der Kassenpraxis
widerfahren; mancher Arzt hat ohnehin nicht das Zeug zu
dieser Art der Massenkurierung und verlangt nach etwas anderem;
mancher wiederum ist vielleicht gesundheitlich benachteiligt und
muss sich unter klimatisch bekömmlicheren Verhältnissen eine
Existenzmöglichkeit suchen. Wenn er diese im Auslande
besser zu finden glaubt, als im deutschen Vaterlande, warum
soll ihm das so sehr erschwert werden?

Endlich ein patriotischer Gesichtspunkt: der deutsche Arzt
im Auslande wird sich zu allererst dort niederlassen, wo er
seine eigenen Landsleute antrifft, vor allem also in den grossen
Bade- oder klimatischen Kurorten des Auslandes. Das deutsche
Publikum trägt dahin, sowie nach den fremdländischen Sport-
plätzen, alljährlich ungezählte Summen in barem Geld; warum
soll ein bescheidener Teil dieser Summen nicht auch dem streb-
samen deutschen Arzte wieder zugute kommen? Dem fremd-
ländischen Kurort nützt der deutsche Arzt ohnedies durch
seine Anwesenheit, und für die zerstreuten im Auslande lebenden
Deutschen kann ein fein gebildeter deutscher Arzt an manchen
Orten zum Sammelpunkt und wichtigen Stützpunkt des Deutsch-
tums werden.

Selbstverständlich können und sollen fremdländische Aerzte,
welche sich in Deutschland niederlassen wollen, alles dieses mit
dem gleichen Rechte auch für sich beanspruchen. Daraus ent-
wickelt sich dann überall, wo die Aerzte verschiedener Nationen
zusammentreffen und zusammenarbeiten, ein gesunder von
gegenseitigem Verständnis und kollegialem Zusammenwirken ge-
tragener Wettbewerb und daraus resultiert ganz von selbst eine
gemeinsame Abwehr alles unlauteren Wettbewerbes. Solches
Zusammenarbeiten kann sogar auf die ganze ärztliche Ethik
unter Umständen befruchtend wirken.

Fände sich der Bundesrat unter diesem Gesichtswinkel, dem-
jenigen der Reziprozität der Niederlassung für alle voll approbierten
Aerzte durch Sonderverträge mit den einzelnen Kulturstaaten,
zu einer Regelung dieser für die deutsche Aerzteschaft so über-
aus wichtigen Frage bereit, so würde er damit zu erkennen
geben, dass er die wahren Interessen des Aerztestandes besser
verstanden hat, als es die Aerzte vielleicht zurzeit selbst zu
ahnen vermögen.

Also, verlassen wir doch den wenig aussichtsvollen Weg der
vorliegenden Petition und treten wir geschlossen in die Reihen
derjenigen Aerzte, welche dem gelehrten Arzt die offene
Tür überall in der Welt sichern wollen!

Geh. San.-Rat Dr. O. Schellong-Königsberg i. Pr.

Das Referat Lennhoffs auf dem Aertztag zur Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit für gemein- nützige Unternehmungen.

In der vorigen Nummer haben wir in gedrängter Kürze
einen vorläufigen Bericht vom Aertztag, vor allem seine Be-
schlüsse gebracht. Da wir in der Lage sind, von dem Refe-

rate Lennhoffs, das neben dem Berichte Hartmanns über das
Berliner Abkommen sicherlich mit dem grössten Interesse er-
wartet wird, den grössten Teil bereits wortgetreu wiederzugeben,
so haben wir geglaubt, angesichts des veröffentlichten Beschlusses
schon jetzt, also noch vor dem Stenogramm, die Begründung
in ihrem wesentlichen Teile mitteilen zu sollen.

Nach der Darstellung der Veranlassung zum ursprünglichen
Antrag Leipzig-Land und seiner Modifikation auf dem Elber-
felder Aertztag sowie nach einer interessanten kurzen ge-
schichtlichen Darstellung des Begriffs „ärztliches Honorar“ be-
gründete Lennhoff seine Leitsätze in folgender Weise:

Aus der gesamten Geschichte der ärztlichen Gebühren-
ordnungen, wie schon an sich aus dem Bestehen der Gebühren-
ordnungen geht hervor, dass die Bezahlung ärztlicher Lei-
stungen als der Regelfall, die Unentgeltlichkeit als die
Ausnahme anzusehen sind. Als solche erscheint diese auch,
von der Tätigkeit für die Kriegsvorbereitungen des Roten Kreuzes
abgesehen, in dem mir zugegangenen Material. Infolgedessen
sagen auch unsere Leitsätze nicht, wie der im vorigen Jahre
beratene Antrag, wann der Regelfall, die Bezahlung, sondern
wann die Ausnahme, die Unentgeltlichkeit, einzutreten hat.

Diese Ausnahme freilich ist ebenfalls so alt, wie der ärzt-
liche Beruf. Zu allen Zeiten sind Aerzte unentgeltlich tätig
gewesen und auch unter den Aerzten von heute dürfte es
kaum einen geben, der nicht schon im besonderen Falle einem
Kranken die mühseligste und aufopferndste Behandlung geleistet
hätte, ohne die Frage der Bezahlung auch nur in Erwägung
zu ziehen. Niemals hat sich indessen die ärztliche Tätigkeit
auf Leistungen an einzelne beschränkt, von jeher erstreckte
sie sich auch auf Gruppen und die Masse. Auch hier be-
segnen wir von jeher der Ausnahme der Unentgeltlichkeit.

Als eine der schönsten Erinnerungen haben wir 1909 von
dem Lübecker Aertztag die Festschrift heimgebracht, die
Theodor Eschenberg zum hundertjährigen Jubiläum des
Lübecker Ärztlichen Vereins verfasst hat. Eine Frage des
Gemeinwohls, die Schutzpockenimpfung, hatte 1804 die Lübecker
Aerzte erstmalig zu gemeinsamen Beratungen zusammenge-
führt, das nächste erhalten gebliebene Protokoll stammt vom
11. November 1806. Nach der Erstürmung und Plünderung
Lübecks durch die Franzosen traten aus eigenem Antriebe die
Aerzte zusammen, um Ratschläge für die Organisation und Ver-
waltung der Hospitäler, Beseitigung der Leichen von Menschen und
Pferden und zum Schutze des allgemeinen Gesundheitszustandes
zu erteilen. Wir erkennen hier, wie aus dem Wesen ihres Berufs
heraus die Aerzte das Interesse am Gemeinwohl erstmalig zu-
sammengeführt, und dass die älteste unserer heutigen Standes-
organisationen mit unentgeltlicher Tätigkeit für ein gemein-
nütziges Unternehmen begonnen hat.

Verfolgt man die Geschichte des öffentlichen Gesundheits-
wesens der letzten hundert Jahre, so findet man zahlreiche
Beispiele ähnlicher Art. Das meiste, was jetzt gesetzlich ge-
regelt ist und zu den vornehmsten Aufgaben von Staat und
Gemeinden gehört, ist zuerst von Aerzten als zwingendes Be-
dürfnis erkannt und im Beginn durch freiwillige und unent-
geltliche ärztliche Tätigkeit in die Wege geleitet worden. Das
kann man durch eine ganze Anzahl ärztlicher Namen erhärten.

All diesen Betätigungen gegenüber kann man ja sagen,
wie es in der Tat hier und da geschieht, es handele sich um
Liebhabeien einzelner, vielleicht vieler, aber die Aerzteschaft
als Ganzes gingen sie nichts an. Das wäre ebenso, als wenn
man die wissenschaftliche Betätigung des Arztes als Liebhabeie
bezeichnen wollte. Den einen verweist seine Veranlagung auf
die anatomische oder physiologische Forschung, der andere
zieht aus klinischen Beobachtungen Folgerungen und baut auf
ihnen neues auf und des dritten Auge ist geschärft für die
Pathologie der Massen und findet neue Wege für die soziale
Prophylaxe und soziale Therapie. Eines ist dem anderen in
seiner Art gleichartig und wie der eine bei seinen Forschungen
nicht an den materiellen Gewinn sondern nur an den erstrebten
Fortschritt denkt, genau so der andere. So ist es das eigent-
liche Wesen des ärztlichen Berufs, in dem das Streben nach
gemeinnütziger Betätigung, auch der unentgeltlichen, be-
gründet ist.