Phthise. Schließlich ist auch auf die Klinik des Syndroms „Hyperacidität“ mit der Differenzierung in digestive und kontinuierliche Hypersekretion und Gastrosucorrhoe in diesem kurzen Artikel nicht eingegangen worden.

Literatur: ¹⁾ CURSCHMANN, Arch. f. klin. Med. 101, 5 u. 6; 102 3 u. 4. — ²⁾ LEONOR MICHAELIS, Die Wasserstoffionkonzentration. Monographie. Julius Springer, Berlin 1914. — ³⁾ MICHAELIS u. DAVIDSON, Die Bedeutung und Messung der Magensaftacidität. Zeitschr. f. experim. Therap. u. Pathol. 8, 2. 1910. — ⁴⁾ TÖPFFER, Zeitschr. f. physikal. Chemie. 1894, S. 19. — ⁵⁾ L. VON FRIEDRICH, Eine neue einfache Bestimmung der Magensalzsäure. Dtsch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 42. — ⁶⁾ Das Gastracidimeter kann bezogen werden vom mediz. Warenhaus Berlin, Karlstr. — ⁷⁾ J. HOLMGREN, Biochem. Zeitschr. 14, 181. 1908; Dtsch. med. Wochenschr. 1911. — ⁸⁾ Der Apparat wird hergestellt von der Firma Stille und Werner in Stockholm. — ⁹⁾ SOCHANSKI, Arch. f. Verdauungskrankheiten. 20, 317. 1914. ¹⁰⁾ EHRMANN, Vortrag i. d. Hufelandgesellschaft i. Berlin (Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914, Nr. 14.). — ¹¹⁾ H. SCHADE, Die physikalische Chemie i. d. inneren Medizin, Theodor Steinkopff, Dresden u. Leipzig 1920. — ¹²⁾ MARTIUS u. LUTTKE, Die Magensäure des Menschen. F. Enke, Stuttgart 1892. — ¹³⁾ L. VON FRIEDRICH, Med. Klinik 1921, Nr. 51. —

¹⁴⁾ DAUBER, zit. n. KUTTNER. — ¹⁵⁾ L. KUTTNER, Störungen d. Sekretion d. Magens. In spez. Pathol. u. Therap. innerer Krankh. Kraus u. Brugsch, Berlin 1914. — ¹⁶⁾ E. EGAN u. G. KATSCH, Veröffentlichung infolge des Krieges bisher unterblieben. — ¹⁷⁾ LICHTWITZ, Klinische Chemie, Julius Springer, Berlin 1918. — ¹⁸⁾ PORGES u. Mitarbeiter, Dtsch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 47, S. 1413. — ¹⁹⁾ DODDS, Journ. Physiol. 54, 342. 1921. — ²⁰⁾ DODDS, Journ. of physiol. 55, 381. 1921; ibid. 55, 381. 1921; Lancet. 201, 605. 1921. — ²¹⁾ A. BICKEL, Verhandlungen d. Dtsch. Kongr. f. innere Med. 1921. — 1906 u. Dtsch. med. Wochenschr. 1906. — ²²⁾ G. VON BERGMANN, Ulcusprobleme. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung von D. SARASON. Jg. 1921, H. 3. — ²³⁾ HEYER, Dtsch. Kongreß f. innere Medizin 1921. — ²⁴⁾ A. BICKEL, Bickels Beiträge 5, 75. 1915. — ²⁵⁾ VON NOORDEN u. H. SALOMON, Allgemeine Diätetik. Julius Springer, Berlin 1920. — ²⁶⁾ A. BICKEL, Bickels Beiträge an versch. Stellen. — ²⁷⁾ W. EISENHARDT, Bickels Beiträge. 2, H. 2. — ²⁸⁾ VON NOORDEN, Wie Nr. 25 a. a. Orte. — ²⁹⁾ M. LÜDIN, Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 8, 68. 1919. — ³⁰⁾ VON BERGMANN, Wie Nr. 22 a. a. Orte. — ³¹⁾ GOLDSCHNEIDER, Das Schmerzproblem. Julius Springer 1920. — ³²⁾ MENDEL, Dtsch. med. Wochenschr. 1920. — ³³⁾ A. PONGS, Verhandl. d. 33. Kongr. d. dtsch. Gesellsch. f. innere Med. 1921. — ³⁴⁾ LASCH, Erscheint demnächst in dieser Wochenschrift — ³⁵⁾ BABCOCK, Ref. Kongreßzentralblatt. 18, 75.

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN.

DIE PREUSSISCHE GEBÜHRENORDNUNG FÜR APPROBIERTE ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

vom 15. März 1922.

(Amtsbl. Volkswohlfahrt S. 185.)

Von

Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. DIETRICH.

Ministerialrat im preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt.

In ärztlichen Kreisen ist in den letzten Jahren der Gedanke mit besonderem Nachdruck vertreten worden, daß der Erlaß einer Gebührenordnung für die ärztliche Berufstätigkeit ein unberechtigter Akt staatlicher Bevormundung sei. Der Arzt müsse das Recht haben, beim Mangel einer Vereinbarung mit dem Kranken oder Zahlungspflichtigen die Höhe der für seine ärztlichen Leistungen zu fordernden Entschädigung selbständig festzusetzen; besonders in der Zeit der wirtschaftlichen Kämpfe zwischen Krankenwesen und Ärzten sei es unerlässlich, den Ärzten vollkommen freie Hand zu lassen und ihre Vereinbarungsfreiheit nicht zu beschränken durch Gebührenvorrechte, die den Krankenkassen in den amtlichen Taxen gewährt würden.

Wer die Entwicklung der Krankenfürsorge in den letzten 4 Jahrzehnten verfolgt, muß in der Tat zugeben, daß die ärztliche Berufstätigkeit und der ärztliche Stand durch die Sozialversicherung sehr wesentlich und leider nicht immer günstig beeinflusst worden sind. Die Verhältnisse, in die der ärztliche Beruf durch die Reichsversicherung gebracht wurde, hätten sich von vornherein besser gestalten können, wenn die Ärzte bei der Vorbereitung der Versicherungsgesetze ausreichend gehört und beteiligt worden wären. Die beiden Hauptgruppen der Ausführung der Sozialversicherung, die *Reichsversicherungsträger und die Ärzte*, hätten sich in dem 9. Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts viel leichter und einmütiger in dem Gedanken zusammengefunden, daß ihre Hauptaufgabe es ist, den Versicherten nach Kräften zu nützen, wenn sie damals gleichberechtigt an den Verhandlungstisch geführt worden wären. Jetzt sind derartige Verhandlungen leider mit Schwierigkeiten verknüpft.

Die Abneigung der Ärzte gegen eine Medizinaltaxe ist jedoch viel älter als die Sozialversicherung und hat ihren letzten Grund in einer etwas einseitigen Auffassung der ärztlichen Tätigkeit überhaupt. Gewiß ist zuzugeben, daß der ärztliche Beruf ein freier Beruf ist, der in dem freien Wettbewerb seiner Leistungen sich am besten wissenschaftlich und praktisch fortentwickelt. Aber dieser freie Beruf wird vom Staate in seiner Ausbildung und Fortbildung besonders bevorzugt und gefördert, in seiner Berufstätigkeit durch Reichs- und Landesrechte besonders privilegiert und geschützt, weil er unter

Sicherstellung einer angemessenen Lebenshaltung mitarbeiten soll an der Volksgesundheit, weil er der Träger der öffentlichen Krankenfürsorge sein soll, und weil die Freiheit seines Berufs ihre Grenzen finden muß in der Rücksicht auf das öffentliche Wohl, in dem Interesse des Staates an einer gesunden und leistungsfähigen Bevölkerung.

Dieser Grundgedanke hat die Träger der Staatsgewalt in Brandenburg-Preußen seit 3 Jahrhunderten dazu veranlaßt, Taxordnungen oder Medizinaltaxen zu erlassen, in denen für die privilegierte Tätigkeit aller Heilpersonen einschließlich der Arzneipersonen bestimmte Gebührensätze festgesetzt wurden, und zwar in einem Spielraum von Mindest- und Höchstsätzen, die eine weitgehende Berücksichtigung der Zahlungsfähigkeit zulassen. Ich erinnere an die Taxordnung des Kurfürsten Georg Wilhelm vom Jahre 1623, an die Medizinalordnung des Großen Kurfürsten vom Jahre 1685, an die Medizinaltaxe vom Jahre 1693, an das Medizinaledikt vom Jahre 1725, an die Taxordnung vom 30. April 1802 und an die Medizinaltaxe vom 21. Juni 1815, die Gesetzeskraft behalten hat bis zum Jahre 1896, wo sie durch das Gesetz vom 27. April 1896 aufgehoben wurde, um der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 freien Raum zu geben. Leistungen und Gegenleistungen stehen sich hier wie überall im praktischen Leben gegenüber. Der Staat stützt den freien Beruf der Ärzte in Ausbildung und Berufsausübung, er verlangt dafür als Gegenleistung eine angemessene Beschränkung der Honorarforderung im Interesse der Krankenfürsorge und der Volksgesundheit.

Als Anfangs der siebenziger Jahre des vorigen Jahrhunderts der preußische Kultusminister als damaliger Medizinalminister eine neue Gebührenordnung erlassen wollte, fand er eine weitgehende Ablehnung in ärztlichen Kreisen, obwohl die Sätze der Medizinaltaxe vom Jahre 1815 längst nicht mehr zeitgemäß waren. Denn es war inzwischen ein neues Moment dazugekommen, durch das die Ärzte in ihrer ablehnenden Haltung bestärkt wurden. Die Gewerbeordnung von 1869 hatte auf Betreiben unseres großen ärztlichen Politikers, Rudolf VIRCHOW, die Kurierfreiheit eingeführt. Zugleich war in § 80 ausdrücklich bestimmt worden, daß die Bezahlung der approbierten Ärzte usw. (§ 29 Abs. 1 Gew. Ord.) der Vereinbarung überlassen bleiben solle, als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung sollten jedoch für Ärzte usw. Taxen von den Behörden festgesetzt werden können. Man glaubte nun in ärztlichen Kreisen, daß die Taxvorschriften vom Jahre 1815 durch die Gewerbeordnung ihre Gültigkeit verloren hätten und fühlte sich in diesem angeblich taxlosen Zustand im allgemeinen zunächst zufrieden, bis durch verschiedene höchstgerichtliche

Entscheidungen, so durch das Erkenntnis des Ober-Tribunals vom 11. März 1873 das Gegenteil festgestellt wurde. Nun wurde auch von seiten eines großen Teils der Ärzte das Bedürfnis empfunden, an Stelle der unzeitgemäßen Taxe von 1815 eine neue, den Fortschritten der Wissenschaft und Praxis entsprechende Gebührenordnung zu erlassen. Von sämtlichen 12 Ärztekammern, die damals gehört wurden, sprachen sich 9 übereinstimmend in diesem Sinne aus, nur 3 hatten noch die alten Bedenken. Für den Erlaß der Taxe wurde geltend gemacht, was bei den Beratungen des § 80 der Gew. Ord. der Abgeordnete MIGUEL im Reichstage betont hatte, es müsse, wenn keine Vereinbarung nachgewiesen werden könne, im Interesse der Ärzte sowohl als auch im Interesse der Kranken und der Zahlungspflichtigen eine Norm vorhanden sein, die nur die Bedeutung haben solle, in Streitfällen als Anhalt zu dienen, so daß dann die Nachweisung der Angemessenheit der einzelnen Forderungen wegfallen könne.

Ich gehe hier auf die Einzelheiten der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 nicht ein, möchte jedoch das eine vorwegnehmen, daß in dieser Gebührenordnung zum ersten Male das *Gebührenvorrecht der Krankenkassen* erscheint, nämlich die Bestimmung, daß bei der Behandlung der gegen Krankheit nach der Reichsversicherungsgesetzgebung Versicherten nur die Erhebung der Mindestsätze zulässig sein soll, unter der Voraussetzung, daß keine eine Steigerung begründende besondere Leistung vorliegt.

Die Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 befriedigte die Ärzte in keiner Weise. Bald nach dem Erlaß dieser Gebührenordnung traten wiederholt eindringliche Wünsche auf Abänderung oder Ergänzung hervor. Der Krieg verzögerte die schon vorher geplante Neufassung bis zum Jahre 1919, wo der inzwischen zuständig gewordene Minister für Volkswohlfahrt die ersten Verhandlungen über eine Abänderung der geltenden Gebührenordnung veranlaßte. Im Hinblick auf die große Bedeutung, die die Reichsversicherungsträger für die öffentliche Krankenfürsorge und für die Volksgesundheit überhaupt haben, sowie mit Rücksicht auf das den Kassen bisher gewährte Gebührenvorrecht wurden bereits Ende des Jahres 1919 Verhandlungen mit den großen deutschen Kassenverbänden ebenso wie mit den Ärzten und Zahnärztereinigungen gepflogen. Eine gemeinsame Schlußberatung fand am 16. August 1920 im Ministerium für Volkswohlfahrt statt, an der alle beteiligten Verbände der Reichsversicherungsträger, der Ärzte und Zahnärzte teilnahmen.

In dieser Beratung wurde zunächst wiederum die grundlegende Frage erörtert, ob es überhaupt zweckmäßig sei, eine Taxe für Ärzte und Zahnärzte zu erlassen. Die Regierung hat ihren bisherigen Standpunkt festgehalten. Maßgebend dafür waren einmal die von mir oben erwähnten allgemeinen, aus der Rücksicht auf das Staatswohl folgenden Gründe, sodann die besonderen Gründe, die mein lieber Gönner und Freund, Dr. FÖRSTER, einer der Verfasser der Gebührenordnung vom Jahre 1896 in seinem ersten Kommentar wie folgt zusammengefaßt hat: „Taxen für Ärzte, deren Bedeutung gemäß § 80 Abs. 2 Gew.-Ord. sich darauf beschränkt, für Streitfälle beim Mangel einer Vereinbarung als maßgebende Norm zu dienen, haben den Vorteil, daß sie bei an sich nicht schätzbaren Leistungen den Beteiligten für eine angemessene Preisbestimmung autoritative Anhaltspunkte an die Hand geben. Hat eine Vereinbarung über das Honorar stattgefunden, so ist das vereinbarte Honorar zu entrichten; hat eine Vereinbarung nicht stattgefunden, so zeigt eine nach oben und unten begrenzte Taxe, was für die Leistungen als Höchst- und was als Mindestbetrag vom Arzt gefordert werden kann. Bei einigermaßen gutem Willen wird es für die Beteiligten nicht schwer sein, innerhalb dieser Grenzen sich im Einzelfalle über einen bestimmten Satz zu verständigen. Die Nötigung, in Ermangelung einer Taxe die Angemessenheit des geforderten Honorars durch Sachverständige nachzuweisen, würde die Anstrengung von Prozessen zur Folge haben, die gerade bei Forderungen dieser Art um so mehr zu vermeiden sein werden, als die Vernehmung der Gutachter und Gegengutachter das Verfahren zu einem langwierigen gestalten und der Betrag der Prüfungskosten in den meisten Fällen das Objekt der Klageforderung weit über-

treffen wird. Die Taxe hat, indem sie einer gütlichen Verständigung die Wege ebnet, eine Verringerung der Prozesse zur Folge und dient so dem Interesse aller Beteiligten.“ Wenn auch der § 80 Gew.-Ord. tatsächlich die Möglichkeit bietet, von dem Erlaß einer Gebührenordnung abzusehen, so konnte von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht werden, da das Gewicht der vorstehenden Gründe den Erlaß einer Taxe dringend notwendig erscheinen ließ. Gleichzeitig war man sich darüber einig, daß die Gebührenordnung keine Zwangsvorschrift darstellt und nicht als solche wirken kann; sie trägt vielmehr nur den Charakter einer subsidiarischen Rechtsnorm mangels einer Vereinbarung.

So entstand die Gebührenordnung vom 1. September 1920, die im allgemeinen sich auf denselben Grundsätzen wie die Gebührenordnung vom Jahre 1896 aufbaut, namentlich auch das Vorrecht der Krankenkassen bezüglich der Mindestsatzbehandlung noch stärker festlegte. Da aber die fortwährend zunehmende Geldentwertung es wünschenswert erscheinen ließ, nach kurzer Zeit eine Überprüfung und gegebenenfalls eine neue Fassung der Gebührenordnung in die Wege zu leiten, wurde die Geltungsdauer der Gebührenordnung vom 1. September 1920 nur bis zum 31. März 1922 erstreckt.

Um die in Aussicht genommene Überprüfung rechtzeitig beginnen zu können, wurden die Hauptverbände der Ärzte und Zahnärzte sowie der Reichsversicherungsträger bereits im Oktober 1921 ersucht, etwaige Vorschläge und Anregungen für die neue Fassung einzureichen. Darauf erbaten einzelne Verbände der Reichsversicherungsträger mündliche Verhandlung, zunächst mit den einzelnen Gruppen allein, sodann mit beiden Gruppen gemeinsam. Die gemeinsame Verhandlung fand statt am 8. März 1922 unter Beteiligung des Ärztekammerausschusses für Preußen, des Deutschen Ärztevereinsbundes und seiner wirtschaftlichen Abteilung, der Zahnärztekammer für Preußen und des Wirtschaftlichen Verbandes für die Zahnärzte Deutschlands; des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen in Dresden, des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebs-Krankenkassen in Essen, des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands in Essen, des Verbandes deutscher Innungskrankenkassen in Hannover, des Allgemeinen Verbandes deutscher Landkrankenkassen in Perleberg, des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften in Berlin, des Verbandes der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Kassel, des Verbandes der deutschen Landesversicherungsanstalten in Kassel, sowie der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. An den Verhandlungen nahmen ferner teil das Reichsministerium des Innern und das Reichsarbeitsministerium, sowie die Landesregierungen der Freistaaten Sachsen und Mecklenburg-Schwerin, die beabsichtigten, die preußische Gebührenordnung zum Teil oder ganz zu übernehmen, so lange noch keine Reichsgebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte zustande gekommen sei.

Es wurde in diesen Verhandlungen zunächst die Frage erörtert, ob für die Krankenkassen eine besondere Taxe zu erlassen sei. Die versammelten Vertreter verneinten diese Frage bezüglich der Gebührenordnung für Ärzte, dagegen sollte bezüglich der Gebührenordnung für die Zahnärzte ein Versuch mit einer besonderen Krankenkassentaxe gemacht werden.

Das Ergebnis dieser Verhandlungen sowie die dabei zum Ausdruck gebrachten Wünsche und Anregungen der beiden großen Interessentengruppen haben dem Herrn Wohlfahrtsminister die Grundlage gegeben für den *Erlaß der neuen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. März 1922*. Sie baut sich auf folgenden Grundgedanken und Grundsätzen auf:

1. Die Gebührenordnung hat die Bedeutung einer subsidiarischen Rechtsnorm, die in Streitfällen nur unter der Voraussetzung zur Anwendung gelangt, daß die Parteien ein Honorar nicht vereinbart haben; für den Fall der Vereinbarung ist die Gebührenordnung den Parteien mindestens insofern von Vorteil, als sie ihnen für die Festsetzung der Höhe des zu vereinbarenden Honorars zutreffende Anhaltspunkte an die Hand gibt. Einen Zwang zur Behandlung nach den Sätzen der Gebührenordnung kann und soll die Gebührenordnung nicht auf die Ärzte und Zahnärzte ausüben, diese sind viel-

mehr nach wie vor berechtigt, andere Sätze vorher zu vereinbaren oder die Behandlung zu den Sätzen der Gebührenordnung abzulehnen, abgesehen von dem Gebührenvorrecht der Krankenkassen, auf das ich noch zu sprechen komme.

2. Der Spielraum zwischen den Mindest- und Höchstsätzen ist so weit bemessen, daß für eine angemessene Bewertung aller in Betracht kommenden Einzelfälle selbst in der Jetztzeit der Neureichen genügend Raum gegeben ist; er beträgt meist das zehnfache, gelegentlich aber auch das zwanzigfache des Mindestsatzes.

Gegenüber den Sätzen der Taxe von 1920 ist eine Verschiebung der Gebührensätze insofern eingetreten, als ein Mittelweg zwischen den beiden Forderungen der Versicherungsträger und der Ärzte, bzw. Zahnärzte gefunden werden mußte. Die Ärzteverbände hatten eine Erhöhung der Gebührensätze vom 1. September 1920 um 400% beantragt, während die Reichsversicherungsträger eine solche um 100% angeregt hatten. *Der Herr Wohlfahrtsminister hat demgegenüber eine eingehende Durchrechnung und Überprüfung jeder einzelnen Position veranlaßt.* Dabei wurden im Durchschnitt Erhöhungen um 175% gegenüber den Gebührensätzen vom 1. September 1920 festgesetzt. Einige Verrichtungen bleiben in ihren Sätzen unter diesem Durchschnitt, andere übersteigen ihn. Bei einzelnen ist eine Veränderung, abgesehen von einer 100proz. Erhöhung überhaupt nicht oder nur in geringem Maße vorgenommen worden. Als Grundsatz wurde festgestellt, daß alle Sätze mindestens das zehnfache der Friedenssätze der Gebührenordnung vom Jahre 1896 betragen sollen. Dabei ist besonders berücksichtigt worden, daß *die hochwertigen Leistungen entsprechend höher geschätzt werden müssen, während die gewöhnlichen Leistungen nur um die geringeren Beträge erhöht wurden.* So ist es zu erklären, daß gegen die Gebührenordnung vom 15. März 1922 der Vorwurf erhoben ist, daß sie die fachärztlichen Leistungen zu sehr berücksichtigt. Tatsächlich sind sehr viel fachärztliche Leistungen Qualitätsleistungen, die im übrigen, namentlich in der Landpraxis, auch von den praktischen Ärzten geleistet werden. Besonders angegriffen wird der Mindestsatz für den Beistand bei einer Geburt ohne Kunsthilfe in Höhe von 250 Mark. Die Höhe dieses Satzes ist durchaus berechtigt, wenn man bedenkt, daß in dem neuen preußischen Hebammengesetz die Mindestgebühr für den Beistand einer Geburt für die Hebamme auf 250 Mark, sogar auf 350 Mark je nach der Örtlichkeit festgesetzt werden soll. Im übrigen läßt sich eine spätere Abänderung der Höhe des Gebührensatzes der einen oder anderen Position sehr wohl in Erwägung ziehen, falls die Praxis die Notwendigkeit dazu erweist.

3. Der größte Streitpunkt in den Verhandlungen war wiederum der *Mindestsatzzwang* für die ärztliche Behandlung der gegen Krankheit nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten. Die Ärztevertreter erklärten dieses Kassenprivilegium für durchaus ungerechtfertigt in einer Zeit, wo die Versicherungsgrenze so erheblich heraufgesetzt sei und die Krankenkassen keineswegs nur noch die Minderbemittelten versorgten. Die Kassenvertreter machten dagegen geltend, daß den Ärzten in der Reichsversicherungsordnung das Monopol der ärztlichen Behandlung verliehen sei. Diesem uneingeschränkten Monopol gegenüber müsse das Gesetz wenigstens eine bestimmte Beschränkung der ärztlichen Forderungen ermöglichen, damit die weitgehenden Ansprüche der Ärzte nicht die gesetzliche Krankenhilfe überhaupt in Frage stellen.

Der Herr Wohlfahrtsminister hat sich diesen Gründen nicht verschließen können und hat an dem Grundgedanken des Mindestsatzzwanges bei den Krankenkassen festgehalten. Dabei muß betont werden, daß der *Mindestsatzzwang kein Behandlungszwang* ist, d. h., daß jeder Arzt das Recht hat, die Behandlung eines Kranken zu den Mindestsätzen der Taxe, auch wenn der Kranke nach der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert ist, abzulehnen. Wenn der Arzt aber die Behandlung eines durch eine Kassenbescheinigung als versichert nachgewiesenen Kranken übernimmt, so kann er nur die Mindestsätze beanspruchen, gleichgültig ob er erklärt, daß er zu den Mindestsätzen nicht behandle; maßgebend ist eben nur die Tatsache, ob die Behandlung übernommen ist oder nicht, und ob sich der Kranke bei Inanspruchnahme des Arztes als gegen Krankheit versichert nachgewiesen hat.

Es darf hier auch darauf hingewiesen werden, daß die ärztlichen Ehrengerichte darüber zu entscheiden haben, ob es mit der ärztlichen Standesehre vereinbar ist, die Behandlung eines Kranken unter bestimmten schwierigen Verhältnissen z. B. in einem dringenden Krankheitsfalle oder wenn er der einzige in der Gegend ist, abzulehnen, weil nur Kassenbezahlung zu erwarten ist. Wenn aber ein Arzt, wie es vorgekommen ist, bei Unbemittelten nur dann zu einer Entbindung zu gehen erklärt, wenn ihm eine über den Mindestsatz hinausgehende Gebühr vorher ausgezahlt oder wenigstens zugesagt worden ist, während er bei Zahlungsfähigen seine Hilfe ohne diese Voraussetzung gewährt, so ist in der Tat zu erwägen, ob hier nicht eine *Nötigung* und zwar in bedenklicher Form vorliegt.

Der Mindestsatzzwang ist nur in 3 Fällen *absolut*, einmal, wenn nachweisbar Unbemittelte, zweitens, wenn Armenverbände die Verpflichteten sind. Bei Zahlung aus Reichs- oder Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung oder einer Krankenkasse im Sinne der RVO. ist nur ein *relativer* Mindestsatzzwang vorgeschrieben, nämlich soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Maß des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen. Diese Qualifikationsmomente begründen eine Steigerung über die Mindestsätze hinaus.

Der absolute Mindestsatzzwang ist drittens bei den gegen Krankheit Versicherten in *dringenden Fällen* vorgeschrieben, und zwar auch dann, wenn die Kassenbescheinigung nicht erbracht wurde. Selbstverständlich ist es, daß auch in diesem Falle die Kassenbescheinigung umgehend nachgeliefert wird. Der Zusatz in § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung „auch wenn die Kassenbescheinigung nicht erbracht wurde“, will ausschließlich, daß die Inanspruchnahme durch die Beibringung der Kassenbescheinigung nicht verzögert werden soll. Ob ein dringender Fall vorliegt, ist Tatsachenfrage und aus den Umständen des einzelnen Falles besonders festzustellen.

4. Für die Träger der Unfall-, Invaliden-, Hinterbliebenenversicherung, sowie der Angestelltenversicherung ist kein Privileg des Mindestsatzes vorgesehen, wohl aber eine Beschränkung des Höchstsatzes auf das dreifache, um die von diesen Reichsversicherungsträgern in dankenswerter Weise und in weitem Umfange ausübte Heilfürsorge nicht durch übertriebene Forderungen zu gefährden.

5. Für die Abgrenzung eines angemessenen Gebührensatzes innerhalb der durch die Höchst- und Mindestbeträge gesteckten Grenzen sind die besonderen Umstände des Einzelfalles, insbesondere die Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, die Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, die örtlichen Verhältnisse als maßgebende Schätzungsnorm hingestellt. Der Arzt kann also die Wahl des Honorarbetrages innerhalb der Maximal-Minimalgrenze nicht nach vollständig freiem Ermessen treffen, sondern er muß eine nach diesen Vorschriften in objektiven Umständen bestehende und seine Abgrenzung rechtfertigende Unterlage haben.

6. *Zeitliche* (sofortige Erledigung der Leistung, Nachtzeit, lange Dauer) oder *örtliche* (Entfernung, Zeitversäumnis beim Weg) Verschiedenheiten der ärztlichen Leistungen begründen in der Form einer Sonderentschädigung für Zeitversäumnis und Fuhrkosten den Anspruch auf Erhöhung der Normalgebühren.

7. Eine Gebühr kann nur für solche Verrichtungen in Ansatz gebracht werden, die eine *selbständige Leistung* darstellen. Die *gewöhnliche Untersuchung* und die Verordnung sind in der Gebühr für die allgemeinen Verrichtungen (II A der Geb.-Ord.) mit abgegolten; sie gelten also neben dieser Verrichtung als *unselbständige Leistung*. Als *gewöhnliche Untersuchungen* sollen nicht solche angesehen werden, die unter den besonderen Verrichtungen (II B und III Geb.-Ord.) als gebührenpflichtig aufgeführt sind. Diese besonderen Verrichtungen umfassen mit ihrem Gebührensatz zugleich auch die Beratung, die gewöhnliche Untersuchung und die Verordnung, die bei der Verrichtung notwendig sind. Beratung, Untersuchung und Verordnung sind daher bei diesen besonderen Verrichtungen *unselbständige Leistungen*, soweit sie unmittelbar zur Verrichtung gehören. Wird dagegen bei einer besonderen Verrichtung eine Untersuchung erforderlich, die an sich gebührenpflichtig ist, so tritt die Gebühr dieser Untersuchung zur Verrichtungsgebühr hinzu.

Diese Bestimmungen haben in ärztlichen Kreisen ganz erhebliche Bedenken und Einwände veranlaßt. Man glaubt, daß die Auslegung des Begriffs „selbständige Leistung“ die größten Schwierigkeiten und Konflikte veranlassen werden und daß die Begriffe „gewöhnliche Untersuchungen, gebührenpflichtige Untersuchungen“ einen Wirrwarr in der Auslegung hervorrufen würden. Alle diese Einwände können als berechtigt nicht anerkannt werden. Die obigen Vorschriften sind nötig, um Klarheit zu schaffen und eine unberechtigte Vielgeschäftigkeit von Ärzten sowie die dadurch entstehende Häufung der Gebührensätze zu verhüten. Was die Gebührenordnung unter selbständiger Leistung versteht, geht aus den eben skizzierten Vorschriften hervor. Zunächst ist neben die allgemeine Verrichtung nach II A der Gebührenordnung als unselbständige Leistung, für die eine besondere Gebühr nicht berechnet werden darf, festgelegt *die gewöhnliche Untersuchung und die Verordnung*, sodann ist neben die besonderen Verrichtungen nach II B als unselbständige Leistung gesetzt *die bei der Verrichtung notwendige gewöhnliche Untersuchung, Beratung und Verordnung*. Bei manchen Verrichtungen in II B ist ausdrücklich gesagt, daß sie nur als selbständiger Eingriff (und nicht im Anschluß an eine Operation oder zur deren Vorbereitung) gebührenpflichtig, also selbständige Leistungen sind, so in §§ 31 a, 60 e, 62 b, 62 e und 118 a. Alle übrigen Verrichtungen sind immer selbständige Leistungen und gebührenpflichtig, auch wenn sie im Hinblick auf

den Krankheitsfall untereinander in Verbindung stehen, wie aus § 9 ausdrücklich hervorgeht; denn in diesem Paragraph ist gesagt, daß, wenn bei der Inanspruchnahme des Arztes oder Zahnarztes mehrere untereinander in Verbindung stehende Verrichtungen aufeinander folgen, für die in II B oder III besondere Gebühren angesetzt sind, die Gebühren für die höchstbewertete oder bei gleichbewerteten für die erste Verrichtung voll, für die übrigen jedoch nur zu $\frac{2}{3}$ berechnet werden. Hier ist also das Nebeneinander der Gebührensätze nicht nur anerkannt, sondern auch systematisch geregelt. Wo die Gebührenordnung gewisse Verrichtungen mit in eine umfassende Verrichtungsgebühr (z. B. große Operation) eingeschlossen wissen will, ist dies ausdrücklich gesagt, so in Nr. 26 a, 27 a, 27 c, 27 f, 32 f. Abs. 2, 49 c, 68 g, 123 f. Im übrigen sind alle diese Fragen Sachen des Tatbestandes und der gerichtlichen Auslegung. Jedenfalls fällt in Zukunft bei den besonderen Verrichtungen (II B und III) stets die Gebühr für die Beratung fort, abgesehen von den Ausnahmefällen zu II A Nr. 3 Abs. 2 und Abs. 3, wo sich die Verrichtung an eine Beratung bei Tage außerhalb der Sprechstunde oder an einen sofort zu erledigenden Besuch anschließt oder wo die Verrichtung bei Nacht in der Wohnung des Arztes oder des Kranken notwendig wird.

8. Bei der Häufung, d. h. bei dem Zusammentreffen mehrerer selbständiger Leistungen bei einer Inanspruchnahme des Arztes (z. B. eingehende Untersuchungen, Gutachten, mehrere operative Verrichtungen) sollen die Gebühren für die höchstbewertete oder bei gleichbewerteten für die erste Verrichtung voll, die übrigen jedoch nur zu $\frac{2}{3}$ berechnet werden.

9. Bei den gebührenpflichtigen besonderen Verrichtungen zu II B soll, wenn sie sich im Verlauf derselben Krankheit wiederholen, die Gebühr von der 4. Verrichtung an um $\frac{1}{3}$ verringert werden.

10. Auch bei der neuen Gebührenordnung ist der Grundsatz der Selbstergänzung durch Analogie wieder festgehalten worden, d. h. die Anwendung der für gewisse Verrichtungen bestimmten Gebührensätze auf nicht ausdrücklich vorgesehene, gleichwertige Verrichtungen ist zulässig.

Die Gebührenordnung ist in Nr. 7 des Minist.Blattes vom 1. April 1922 veröffentlicht und gilt für den Umfang des ganzen Landes. Sie ist am 1. April 1922 in Kraft getreten und hat keine zeitliche Beschränkung in ihrer Geltung. Die Gebührensätze sollen aber gleitend gehalten und in ihrer Höhe dem

Teuerungsstand angepaßt werden. Dazu schreibt der § 13 vor, daß in jedem Vierteljahr, erstmalig im September 1922, durch einen Ausschuß geprüft werden soll, ob die Gebührensätze dem jeweiligen Teuerungsstand entsprechen. Der Ausschuß ist so zusammengesetzt, daß außer einem vom Herrn Wohlfahrtsminister zu bestimmenden Vorsitzenden 4 nicht-ärztliche und 4 ärztliche oder zahnärztliche Mitglieder bei der Prüfung tätig sind, je nachdem die ärztlichen oder die zahnärztlichen Gebühren geprüft werden sollen. Von den 4 Laienmitgliedern, die bei der Prüfung die Interessen der Bevölkerung wahrzunehmen haben, werden 3 von den Kassenverbänden der Reichsversicherungsträger und einer vom Herrn Wohlfahrtsminister bestimmt. Die großen Verbände der Reichsversicherungsträger sind die oben angeführten. Die 4 Ärztemitglieder sollen von dem Ärztekammerausschuß für Preußen ernannt werden; sie brauchen nicht sämtlich in Preußen seßhaft zu sein. Der Ärztekammerausschuß kann z. B. 1 Vertreter des Deutschen Ärztevereinsbundes benennen, besonders der wirtschaftlichen Abteilung dieses Bundes, wenn er dies im Interesse der ärztlichen Allgemeinheit für zweckmäßig hält. Dasselbe gilt von den Reichsversicherungsträgern und von den Vertretern der Zahnärzte.

Der Prüfungsausschuß wird nach den Weisungen des Herrn Wohlfahrtsministers von dem Vorsitzenden einberufen und soll das Recht der Zuziehung und Anhörung von Sachverständigen haben, im übrigen auch den Reichsindex bei seiner Prüfungsarbeit heranziehen; ferner bleibt ihm unbenommen, gegen die eine oder andere Bestimmung der Gebührenordnung Einwände und Bedenken, die inzwischen geltend gemacht worden sind, und die nicht nur die Höhe der Gebühren, sondern auch die Vorschrift selbst betreffen, zur Kenntnis des Herrn Wohlfahrtsministers zu bringen. Je nach dem Ergebnis der Prüfung bleibt eine Änderung der Gebührensätze vorbehalten. Auf diese Weise soll die Gebührenordnung in lebendiger Fühlung mit der Praxis gehalten und soll gewissen Mängeln, die sich im Laufe der Zeit herausstellen, rechtzeitig begegnet werden¹⁾.

REFERATENTEIL.

VAGUS UND SYMPATHICUS.

Eine Zusammenfassung neuerer experimenteller Ergebnisse.

Von

Dr. HARRY SCHÄFFER, Breslau.

Nach der jetzt von der Mehrzahl der Autoren angenommenen Nomenklatur zerfällt das vegetativen Organe (Herz, Drüsen, glatte Muskulatur der Gefäße und Eingeweide) versorgende Nervensystem in das parasympathische, das sympathische und das enterale System. Das parasympathische umfaßt die in der Bahn des Oculomotorius, Facialis, Glossopharyngeus und Vagus verlaufenden vegetativen Fasern aus Mittelhirn und Oblongata (erweiterte Vagusgruppe), sowie den N. pelvius aus dem Sakralmark. Das sympathische nimmt seinen Ursprung im Dorsal- und Lumbalmark und bildet den zu beiden Seiten der Wirbelsäule herabziehenden Grenzstrang mit seinen Ausläufern. Als enterales System endlich bezeichnet man seit LANGLEY die Gesamtheit der in den einzelnen Organen gelegenen peripheren Ganglienzellhaufen. Ihnen verdankt das isolierte überlebende Organ das Fortbestehen seiner rhythmischen Funktion. Hierher gehören u. a. der AUERBACHSche und MEISSNERSche Plexus des Darmes. Ein wichtiges allen vegetativen Fasern gemeinsames anatomisches Merkmal ist die Unterbrechung ihres Verlaufes in der sogenannten Synapse. Hier endet die vom Zentralorgan kommende präganglionäre Faser, um mit der postganglionären in Beziehung zu treten, die ihrerseits nun zum Erfolgsorgan hinzieht. Ansammlungen solcher Synapsen finden sich in den vertebralen Ganglien des Grenzstranges, den der Versorgung der Eingeweide dienenden prävertebralen Ganglien, sowie in der Wand der einzelnen Hohlorgane.

Die Berechtigung, zwischen Sympathicus und Parasympathicus scharf zu trennen, stützt sich neben anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen einmal auf *spezifische pharmakologische Reaktionen*: Erregung der parasympathischen Endigungen durch die Gifte der Muskaringruppe, Lähmung durch die der Atropingruppe, Erregung der sympathischen Endigungen durch Adrenalin; weiterhin auf ihren *funktionellen Antagonismus*. Fast alle vegetativen Organe besitzen eine doppelte Innervation und empfangen sympathische und parasympathische Impulse. Von wenigen noch unklaren Fällen abgesehen, gilt nun das Gesetz, daß überall da, wo Erregung des einen Systems funktionsfördernd wirkt, Erregung des anderen die gleiche Funktion herabsetzt. Das bekannteste Beispiel hierfür ist die Hemmung der Herzstätigkeit durch den Vagus, ihre Verbesserung durch den Accelerans. Es wird also Erregung des einen Systems den gleichen Effekt haben müssen wie Lähmung des anderen. Und die Kombination wird die stärkste Wirkung erzielen.

In der Tat scheint sich der Organismus zur Herbeiführung eines bestimmten Erfolges stets beider Systeme zu gleicher Zeit zu bedienen. Und insofern man nur ihre zeitliche Tätigkeit ins Auge faßt, ist man berechtigt, auch von einem Synergismus beider zu sprechen. Es darf jetzt als feststehend gelten, daß mit der Erregung eines parasympathischen Centrums, mag diese automatisch oder reflektorisch entstanden sein, eine Hemmung des entsprechenden sympathischen Zentrums Hand in Hand geht und umgekehrt. So führt z. B. Reizung des zentralen Endes des N. depressor nicht nur zur Erregung des Herzvaguscentrums, sondern zugleich auch zur Hemmung des Acceleratorencentrums (v. BRÜCKE)¹⁾. Schon vorher

¹⁾ Ausführlicher auf die allgemeinen und besonderen Bestimmungen der besprochenen Gebührenordnung im Rahmen dieses Aufsatzes einzugehen, fehlt mir der Raum. Ich darf hier auf meinen, demnächst im Verlage von Richard Schoetz, Berlin SW, 48, Wilhelmstraße 10 erscheinenden Kommentar verweisen.