

STANDESFRAGEN

Neue Wege zur Gesundheitspolitik

Dr. Fr. THIEDING

I. Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Hamburg

Die alte Ordnung der menschlichen Gesellschaft zu Beginn des Jahrhunderts ist brüchig geworden. Das Suchen der Völker nach neuen sozialen Ordnungen im Zusammenleben der Menschen ist das Charakteristikum unserer Zeit. Wie die Feudalwirtschaft in langen, blutreichen Kämpfen durch die kapitalistische Wirtschaftsform abgelöst wurde, so soll jetzt die soziale Wirtschaftsordnung die kapitalistische ersetzen. Dies erstreben die Anhänger der klassenlosen Gesellschaft, die Sozialisten. James B u r n h a m glaubt dagegen, daß ein Managertum entsteht, daß diese Funktionäre den Staat und die Wirtschaft beherrschen, daß der Mensch als Persönlichkeit zum politischen und wirtschaftlichen Arbeitssklaven des Staates herabgewürdigt wird. Nach Wilhelm R ö p k e hat die menschliche Gesellschaft die Wahl zwischen einer freien Marktwirtschaft — die Walter E u c k e n als Verkehrswirtschaft bezeichnet — und der Kommandowirtschaft oder Planwirtschaft — der „zentralgeleiteten Wirtschaft“ nach E u c k e n. —

Während die freie Marktwirtschaft ohne ihre Entartung zur Monopolwirtschaft eine echte Wettbewerbsordnung darstellt und die Freiheitsrechte des Individuums respektiert, übernimmt die Kommandowirtschaft die Verantwortung für die gesamte Wirtschaft. Die Macht des Staates wächst auf Kosten des individuellen Glücks. Die Vermassung und die damit verbundene Proletarisierung weiter Volksschichten ist die tödliche Gefahr für die geistige Freiheit der Persönlichkeit. „Der Sozialismus der Zukunft ist eine Phrase für die Rationalisierung der Wirtschaft durch eine Kombination von weiterer Bürokratisierung und Zweckverwaltung durch Interessenten“ (Max W e b e r). —

Zweifelsohne besteht eine enge Verbindung zwischen dem Wirtschaftssystem und dem Gesellschafts- und Kultursystem, denn alle Sphären menschlicher Gesellschaft stehen in enger geistiger Beziehung zueinander. Das eine ist vom anderen abhängig und nicht isoliert denkbar. —

Der Arzt als Träger einer der vier Kulturberufe der menschlichen Gesellschaft — Lehrer, Jurist, Pfarrer, Arzt (Z e h r e r) — wirkt in seiner Berufsausübung von Mensch zu Mensch. Das Ich-Du-Verhältnis ist das Grundlegende ärztlicher Tätigkeit. In der Zwiespältigkeit des menschlichen Daseins, dem Leben als Einzelwesen und als Glied einer Gesellschaft, einer Masse Mensch, muß der Arzt in voll abgewogener Überlegung den Ausgleich suchen. Im abgeschlossenen Raum des Sprechzimmers spielen sich die Nöte und Sorgen, die Freuden und Qualen des erkrankten Menschen im vertraulichen Zwiegespräch ab, und trotzdem greift auch in diese Sphäre urmenschlicher Beziehung der Staat da ein, wo die Allgemeinheit durch das Individuum in seiner Gesamtheit bedroht erscheint. Infektionskrankheiten sind nicht nur für den Träger eine Bedrohung seiner Gesundheit und seines Lebens, sondern sie können auch verhängnisvoll für den Bestand einer ganzen Gesellschaft oder sogar des Volkes selbst werden. Wir brauchen nur in den Chroniken aus den Epidemiezeiten früherer Jahrhunderte zu blättern, um das Vorrecht der Masse gegenüber dem Individuum in diesem Zusammenhange klar zu erkennen. — Aber der Staat als Vertreter der menschlichen Gemeinschaft muß sich auf das Notwendigste beschränken; tut er es nicht, so macht er den Arzt zu einem Büttel seines

Willens. Der Arzt im Auftrag tötet den „Arzt“ und fördert den „Gesundheitsbearbeiter“.

Die europäische Freiheitsidee, als letzte und höchste Ursache durch die christliche Lehre entwickelt, wäre vernichtet. Nicht mehr der einzelne Mensch mit seiner unsterblichen und nach ihrem Heil strebenden Seele stände — im Gegensatz zur Gesellschaftsauffassung der Antike — im Mittelpunkt, sondern die rationalistische Einordnung des Menschen in die politische und wirtschaftliche Ordnung eines ausschließlich auf die Vermehrung seiner Macht und seines Aufbaues bedachten Staates. —

Die Krisis in der Medizin ist letzten Endes eine Krisis der menschlichen Gesellschaftsordnung. Der Arzt, in dessen Sprechzimmer die körperlichen und seelischen Nöte des einzelnen Menschen im vertrauten Gespräch von Mensch zu Mensch besprochen werden, und der gewohnt ist, nur den Menschen als eine Persönlichkeit, als ein einmaliges Wesen zu würdigen, ist zeitlos. Ihn ficht die Zielsetzung der „Ganzheits-Medizin“ nicht an. Für ihn ist sie immer eine Selbstverständlichkeit gewesen und wird es bleiben, solange er sein Arzttum nicht nur aus dem naturwissenschaftlichen Denken, sondern ebenso aus der ärztlichen Ethik mit ihren humanitären Wurzeln schöpft und sie zu einer „Kunst“ zu verbinden weiß. —

Durch diesen der Persönlichkeit gewidmeten „Dienst“ des Arztes und seine persönlichen Beziehungen zum Menschen müssen wir, wenn wir das Niederwalzen des Individuums durch den Kollektivismus ablehnen, auch die notwendigen Folgerungen in unserem ärztlichen Berufsaufbau, unserer Berufsausübung und unserer Gesundheitspolitik ziehen. — Wir kranken hier ebenso wie die Wirtschaft und die Gesellschaftsordnung selbst an einer bedenklichen Unlogik, die für einen großen Teil der Ärzteschaft, die Kassenärzte, verhängnisvoll geworden ist und heute bereits die Krankenhausärzte in ihrer „A r z t s t e l l u n g“ bedroht. —

Bereits bei der Ausbildung der Studenten zu Ärzten sollten wir uns von dem Hang zum Kolossalen, dem Massenwahn unserer Zeit, freimachen. Nicht die Größe des Hörsaals und die Masse der Studenten entscheidet, sondern die Güte der Ausbildung. Der Universitätslehrer sollte Führer und Erzieher der jungen angehenden Ärzte sein. Das ist aber eher erreichbar, wenn er ein persönliches Verhältnis zu einer von ihm ü b e r s e h b a r e n Zahl hat. Unter seiner persönlichen Führung sollen die Studenten zu Persönlichkeiten erzogen werden, denen der Mensch als Individuum das höchste Ziel ist und für dessen körperlich-geistige Harmonie, für dessen Glück sie leben und arbeiten. Nicht die Masse, die große Zahl, sondern die „Tugend der kleinen Zahl“ — wie André G i d e sie nannte — ist das Wesentliche der Neuordnung des medizinischen Studiums. Dabei ist es gleichgültig, ob in einem Spezialfach mehr oder weniger Wissen angehäuft wird. —

Auch bei vielen Krankenhausstationen mit ihren großen Bettenzahlen trifft der Hang des modernen Menschen für große Zahlen zu. — Ist es dort nicht schon weitgehend zu einer Schematisierung und Entpersönlichung gekommen? Ist es nicht ein alarmierendes Zeichen, wenn operierte Patienten nur das Krankenhaus angeben können, wo sie

operiert wurden, nicht aber den Namen des Arztes, der die oft lebensrettende Tat für sie vollbrachte? Muß die Krankenhausbürokratie so herrschen, wie es heute geschieht? Bemerken wir in den riesigen Krankenhausbauten nicht ebenfalls die verhängnisvolle Neigung zum Kolossalen? Ich glaube, daß wir nach Wegen suchen müssen, die auch in der Krankenhaustätigkeit den freien, unabhängigen Arzt als beherrschendes Element sichern. Wir sind dazu um so mehr gezwungen, als der tatsächliche Bedarf an Assistenten in den Krankenhäusern größer ist als nach Abschluß der Ausbildung in der freien Praxis*). Der „Belegarzt“ und „freiberuflich tätige“ Assistent müssen gepflegt werden, wenn man dies Problem überhaupt lösen will. Hierbei muß die Betonung auf das „freiberufliche“ gelegt werden. Es ist verständlich, daß heute, nach zweimaliger Vernichtung aller Existenzgrundlagen, auch viele Ärzte in die sichere Stellung eines Beamten streben, um für ihr Alter versorgt zu sein, zumal die Beamten alle Währungsumstellungen verlustlos überwunden haben. So haben wir den Zustand, daß alle Wünsche und Begehungen zuerst gegen den Staat gerichtet sind, ohne daß wir uns klar machen, daß wir selbst — wir alle — diesen Staat bilden. Das Umsichgreifen des Rentendenkens beim Arzt wäre sein Tod als freier Beruf. Schuld trägt an diesen Wünschen die Unsicherheit des gesamten Lebens und die gemachte Erfahrung während der Inflation und nach der Währungsumstellung. Beide Male wurde für jeden freiberuflichen Arzt die Sorge für sich und seine Familie durch die Vernichtung seiner Ersparnisse heraufbeschworen. Hinzu kommt die Unmöglichkeit, bei den heute gezahlten Honoraren, besonders in der Kassenpraxis, noch das Risiko eines freien Berufes zu tragen. Aber trotz all dieser menschlich verständlichen Regungen dürfen wir unseren Beruf nicht für eine Handvoll Silberlinge verkaufen. Der Schaden für das Arztum wäre niemals wieder gutzumachen. —

Wir sehen heute in der kassenärztlichen Tätigkeit bereits viele Mißstände, die ins Gigantische wachsen würden, wenn die Teilsozialisierung der Kassenärzte zu einer Sozialisierung der gesamten Ärzteschaft führen sollte. Ich glaubte früher, daß mit einem Ausbau des heutigen Kassenarztes die Schwierigkeiten in der Versorgung der kranken Kassenpatienten und der Kassenärzteschaft zu beheben seien. Nach meinen in den letzten Jahren gesammelten Erfahrungen geht die Entwicklung zu einer weiteren Bürokratisierung und Verproletarisierung der Ärzteschaft, wenn wir nicht andere Wege gehen. Es überschreitet den Rahmen dieser Ausführungen, wenn ich die Einzelheiten eines umfassenden Planes der Gesundheitsfürsorge, der Kranken- und Sozialversicherung erörtere. Ich muß mich vielmehr auf die wichtigsten Grundsätze beschränken. —

Der Zwangsversicherung sollte nur ein so kleiner Kreis wie möglich unterworfen werden, damit die Selbstverantwortung gegenüber dem Leben und seinen Schwierigkeiten nicht unterdrückt wird. Im Mittelpunkt muß selbstverständlich der Mensch stehen und nicht die Organisationsform. Diese muß den menschlichen Erfordernissen angepaßt werden.

Es entspricht auch der Auffassung des Grundgesetzes, wonach „die Würde des Menschen unantastbar“ ist und jeder „das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ hat, „soweit er nicht das Recht anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sitten-

gesetz verstößt“. Nur durch ein allgemeingültiges Gesetz dürfen die Grundrechte beschränkt werden. — Somit sollten nur die Bevölkerungskreise in eine staatliche Zwangsversicherung eingegliedert werden, die nach den Erfahrungen nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen. Dieser kleine Kreis würde insbesondere die Krankenhilfe als Versicherungsleistungen wie bisher ohne Selbstbeteiligung erhalten. Das allgemeine politische Bestreben muß es sein, durch eine soziale Besserstellung diesen Kreis so klein wie möglich zu halten. Ein zweiter Kreis ist zwar versicherungspflichtig, kann sich aber den Träger seiner Versicherung frei wählen. Er wird mit 10—25% an den Versicherungsleistungen beteiligt.

Versichert wird in der **Krankenversicherung**: Krankenhilfe, Arbeitsausfall, Mütterhilfe, Sterbegeld. Die Versicherungsleistung wird beschränkt auf eine bestimmte Zeit, z. B. ein Jahr. In der

Unfallversicherung wird versichert: Krankenhilfe, Wiederherstellung, Rente, in der

Rentenversicherung: Alters-, Witwen-, Waisenrente und Invalidität. Bei der Betrachtung fällt auf, daß bei den Leistungen eine ganze Reihe nicht aufgeführt ist, die heute von den Versicherungsträgern getragen wird, z. B.: nicht begrenzte Krankenhilfe, Heilstättenbehandlung, Erholungsfürsorge, Berufsfürsorge, vorbeugende Gesundheitsfürsorge, Unfallverhütung, Berufsumschulung.

Dieses sind keine reinen Versicherungsleistungen, sondern fürsorgerische der Gemeinschaft, die zu ihrem modernen Ausbau und ihrer vollen Wirksamkeit einheitlich zusammengefaßt werden müßten. —

Eine Landesgesundheitskasse, die für jedes Land mit einer Bundesgesundheitskasse als Risikoausgleich gebildet wird, muß diese Aufgaben zusammen mit der staatlichen Gesundheitsfürsorge und der Krankenhilfeleistung nach der Besteuerung in Gemeinschaft mit den Versicherungsträgern übernehmen. Sie ist ein Selbstverwaltungsorgan. Ihre Mitglieder werden zur Hälfte von den Beteiligten gewählt, zur anderen Hälfte von den verschiedenen Behörden ernannt. Die Landesgesundheitskasse bezahlt auch die ärztlichen, zahnärztlichen Leistungen, die Apotheker- und Krankenhauskosten, mit anderen Worten sämtliche Kosten der Arzthilfe nach Gebührenordnungen. Zu den Kosten tragen alle Versicherungsträger bei. Damit würden alle Krankenhilfeleistungen unabhängig vom Versicherungsträger und seiner Leistungsmöglichkeit werden. Diese hätten sich nur auf die Barleistungen zu beschränken*).

Die Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhausträger stehen in keinen rechtlichen Beziehungen zu den Versicherungsträgern und sind wirtschaftlich nicht von ihnen abhängig. Wenn hier ein neuer Dritter in Form eines Trägers der Leistungen auftritt, so ist dieser aber an die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, an die Arzneitaxe und Krankenhauskostensätze gebunden. Diese werden jährlich von einem Gremium aus Vertretern der Berufsorganisationen, der Wirtschaft und der Bundesregierung überprüft. Damit gewinnen die Ärzte und Zahnärzte einen Teil ihrer Freiheit wieder. Besser noch wäre die Lösung nach dem System der französischen Sozialversicherung, die keinerlei Änderung der Beziehungen zwischen Arzt und Patient gebracht hat. Aber für deutsche Verhältnisse dürfte dieses zur Zeit nicht durchführbar sein. Wir müssen das System des „zahlenden Dritten“ wohl behalten, aber ihn unabhängiger machen, als es nach dem bisherigen Verfahren geschieht. —

*) Einzelheiten mögen in den „Ärztlichen Mitteilungen“ (Ärztetagheft) nachgelesen werden.

*) Bei 480 000 Krankenhausbetten sind ca. 10—12 000 Assistenten notwendig. Nach einer fünfjährigen Ausbildung würden jährlich 2000—2400 aus den Krankenhausbetrieben ausscheiden. Von diesen können in der Praxis, einschl. der leitenden Krankenhausarzt- und Medizinalbeamtenstellen, höchstens 850 untergebracht werden.

Die jetzige Lösung der Arztfrage — und sie ist für die Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge die wichtigste — wird die Beziehungen zwischen Arzt — Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträgern niemals zu einer erquicklichen Zusammenarbeit kommen lassen, weil die Versicherungsträger immer bestrebt sein werden, rationell und billig für sich die ärztliche Hilfe zu erwerben, während die Ärzteschaft Wert auf eine angemessene Bezahlung ihrer Leistung legen muß, dies besonders in einer Zeit, wo die ärztliche Leistung durch die Verbesserung der modernen Medizin einen anderen Wert bekommen hat, als sie ihn früher hatte. —

Wir müssen bei einer Neuordnung verlangen, daß dem Individuum ein Höchstmaß an Freiheit garantiert wird. Hierbei sind folgende Grundrechte des Menschen unbedingt einzuhalten:

1. Das Recht der freien Arztwahl durch den Kranken,
2. Das Recht auf unbedingte Innehaltung der Schweigepflicht,
3. Das Recht der freien Krankenhauswahl,
4. Das Recht auf Freiheit der Verordnungsweise des Arztes.

Nach Möglichkeit auch das Recht auf freie Honorarvereinbarungen zwischen Arzt und Patient und direkte Bezahlung zwischen Arzt und Patient. Letzteres gehört in Frankreich mit zu den Grundsätzen der medizinischen Charta. Ich weiß, es wird schwer sein, bei der deutschen Mentalität diese letzten Ideen zu verwirklichen.

Daß die gesundheitlichen Probleme, wie sie kurz skizziert wurden, nur durch eine einheitliche politische Spitze, ein Bundesgesundheitsministerium, gelöst werden können, erscheint jedem nüchternen und klar denkenden Menschen selbstverständlich. Auch wirtschaftlich hat der gesundheitliche Sektor die gleiche Bedeutung wie viele Zweige unseres Gemeinschaftslebens, die durch eigene Ministerien vertreten sind. Mindestens 5,6 Milliarden beträgt die Ersparnis der Wirtschaft des Bundesgebietes jährlich durch die Arbeit auf gesundheitlichen Gebieten nach Freudenberg's Berechnungen über den Wert der menschlichen Arbeitskraft, die durch die Erhöhung des Lebensalters der Wirtschaft zufließt. Diese Summen, die zwar nur einen fiktiven Wert haben, da man ärztliche Arbeit nicht mit dem Wertmesser eines Kontobuches messen kann, können durch eine klare Gesundheitsführung mit weitgehender Selbstverwaltung und Selbstverantwortung noch erheblich gesteigert werden. Diesen Nutzen hat die Wirtschaft, der Staat und vor allen Dingen die Familie und der einzelne Mensch. Sollte es nicht ein Gebot der Klugheit sein, in diesem schweren Ringen unseres Volkes um seine Existenz auch dem Arzte einen Einfluß zu geben, der sich nur vorteilhaft für die wirtschaftliche Gesamtstruktur auswirken kann? Wissen wir doch seit L e b o n, daß die Psyche der Massen, die nach besonderen, von dem Verhalten des Individuums abweichenden Gesetzen reagiert, für ein harmonisches körperliches und geistiges Verhalten der Masse Mensch wichtig und damit eine Voraussetzung für die politische Gesundheit eines Volkes ist.

(Anschrift des Verf.: Hamburg 1, An der Alster 47.)

MEDIZINISCHE AUSSPRACHE

Schmerzausschaltung bei Operationen im Halsgebiet Jugendlicher

Anfrage Dr. B. in A.

Elektrochirurgische Eingriffe an Halsdrüsen werden von uns in der Regel mit lokaler Betäubung ausgeführt. Bei kleinen und unverständigen Kindern macht dies jedoch häufig Schwierigkeiten. Bestehen Bedenken gegen die Anwendung einer Evipan-Narkose? Ist Kombination mit einer Basis, etwa Chloralhydrat oder SEE, oder auch mit gleichzeitiger lokaler Novocain-Infiltration zu empfehlen?

Antworten

Prof. Dr. L. L e n d l e, Dir. d. Pharmakol. Univ. Instituts, Göttingen

Bei Operationen im Halsgebiet ist Vorsicht mit Verwendung der allgemeinen Narkose und örtlicher Betäubung geboten. Insbesondere gilt die Verwendung von Evipan bei Hals- und Mundbodenphlegmonen als contra-indiziert. Die örtliche Verwendung von Novokain (mit und ohne Adrenalin) im Tonsillengebiet hat gelegentlich tödliche Atmungstillstände ausgelöst. Die Gefährdung bei Lokalanästhesie scheint bei gleichzeitiger Verwendung von SEE größer zu sein. K ü n t z e l (Votr. auf 32. Tag. d. Nds. HNO-Ärzte Goslar 1950) hat daher in solchen Fällen eine besondere Nachbeobachtung der Patienten empfohlen.

Über die Ursache dieser speziellen Gefährdung bei Operationen im Halsgebiet ist nichts genügend Zuverlässiges bekannt. W e e s e konnte tierexperimentell zeigen, daß bei Erzeugung aseptischer Abszesse im Jugularisgebiet die Versuchshunde nach Druck auf dieses Gebiet insbesondere nach Injektion sonst verträglicher Evipandosen Atmungstillstände erlitten. Man vermutet meist, daß durch örtliche Einwirkung von den Entzündungsherden aus

oder bei Lokalanästhesie durch die Diffusion in dieses Gebiet der Carotissinus getroffen wird, in welchem die reflektorischen Regulationen zwischen Atmung und Kreislauf lokalisiert sind. Die Art dieser Störungen (Lähmung der Chemorezeptoren) ist unklar.

Die speziell gestellte Frage möchte ich dahingehend beantworten, daß bei operativen Eingriffen an den wohl meist oberflächlichen Drüsen mit nicht akut entzündlichen Prozessen Evipan nicht contra-indiziert ist, daß Novokain aber in Menge und Konzentration begrenzt werden muß, weil die örtlichen Resorptionsbedingungen vielleicht günstig sind. Eine Kombination mit SEE scheint mir nicht unbedingt erforderlich, wenn eine rektale Chloralhydratgabe die Erregung der Kinder vor dem Eingriff dämpft. Danach würde übrigens auch eine Rauschnarkose mit Chloräthyl (nicht explosibel) genügen.

(Ausführliche Literatur zu dieser Frage findet sich bei M. W e b e r, Arch. Ohr u. Z. Hals usw. 158, 109, 1950).

Prof. Dr. A. O b e r n i e d e r m a y r, Chirurg. Kinderkrankenhaus Sonnenleite, Oberammergau

Ich würde zur Ausführung elektrochirurgischer Operationen beim kleinen unverständigen Kind die Anwendung der Avertinrektalnarkose empfehlen. Bei oberflächlichen Eingriffen wird diese ohne Zugabe ausreichen, wo nicht, kann gleichzeitig eine Novocaininfiltration durchgeführt werden. Ich habe bei größeren Kindern in allerletzter Zeit den Versuch mit kleinen Evipandosen bis jetzt ohne schlechte Erfahrungen gemacht. Die Injektion muß nur sehr langsam und sehr vorsichtig durchgeführt werden. (Um die Venenpunktion schmerzlos zu gestalten, ist das Verfahren nach Payr [Chirurg. 47/265] empfehlenswert: die Einstichstelle wird mit einem in gefärbte konzentrierte