

SOZIALE VERSICHERUNG UND GESUNDHEITSPOLITIK

Die Entwicklung der Krankenbehandlung und der Gesundheitspflege von der Armenfürsorge über die Versicherung zu dem heutigen Zustand, der gekennzeichnet ist durch das Scheitern der Möglichkeit, das Risiko des Krankheitsfalles zu versichern, läuft parallel mit der gesellschaftlichen Umschichtung des Volkskörpers. War die Schicht derer, die im Krankheitsfall die öffentliche oder private Fürsorge in Anspruch nehmen mußten, zu Beginn des vorigen Jahrhunderts verhältnismäßig gering, so umfaßte sie bei der Einführung der sozialen Krankenversicherungspflicht in der Ära Bismarcks etwa 15 vH. der gesamten Bevölkerung. Zur Zeit der Entstehung der Reichsversicherungsordnung in den Jahren vor dem ersten Weltkrieg dürfte es rund ein Viertel des Volkes gewesen sein, das Mitglied der Pflichtkrankenkassen wurde. Heute wird die soziale Krankenversicherung 80 vH. der westdeutschen Bevölkerung erfassen.

Diese Entwicklung zeigt, daß die Zahl derer, die aus eigener Kraft für die gesundheitlichen Wechselfälle und Erfordernisse des Lebens aufzukommen in der Lage sind, in ständigem Abnehmen begriffen ist. In der Praxis des Arztes macht sich dies in einem unaufhaltsamen Schwund der Privatpraxis und in einem ständigen Zunehmen der Kassenpraxis bemerkbar.

Hinzu kommt, daß der wissenschaftliche und technische Fortschritt der medizinischen Möglichkeiten den Begriff der Krankheit in zunehmendem Umfang in das Gebiet der Früherkennung und Frühbehandlung verlagert, nicht zuletzt getrieben von der Erkenntnis, daß Vorbeugen besser ist als Heilen. Aber auch die Krankenbehandlung selbst hat eine ungeahnte Bereicherung erfahren durch die Entdeckung neuer Drogen und Behandlungsverfahren, deren Preis entscheidend beeinflußt wird von ihren Produktionskosten.

Nicht zuletzt aber hat die bekannte Zunahme der Schichten, die altersbedingt eine vermehrte Krankheitsanfälligkeit zeigen, sowie die Zahl der Kriegsinvaliden und der gesundheitlich Anbrüchigen als Produkte der Zivilisation unserer Epoche bewirkt, daß es im Jahre 1952 einfach mehr behandlungsbedürftige und — behandlungsfähige — Kranke gibt als vor hundert Jahren.

Wenn 80 vH. des Volkes sich außerstande sehen, aus eigener Kraft in den Genuß einer erfolgversprechenden Behandlung im Krankheitsfall und eines ausreichenden Schutzes der Gesundheit zu kommen, so liegt für den Verantwortlichen ein echtes politisches Problem vor, das in alle politischen Konstellationen hineinragt. Um so erstaunlicher ist es, daß man hier noch zu keinen brauchbaren Lösungen gekommen ist und sich, anstatt zu einer generellen Reform zu kommen, überall mit Pflastern und Pflästerchen zufrieden gibt.

Dies scheint nicht zuletzt deswegen der Fall zu sein, weil die gesundheitspolitischen Probleme der Krankenbehandlung und des Gesundheitsschutzes von vier Fünftel des Volkes keine eigene Instanz zu ihrer Behandlung haben. Das gesamte Gesundheitswesen Deutschlands zeigt aus Gründen der historischen Entwicklung und des seitherigen Fehlens des Zwanges zum Zusammenschluß eine Zersplitterung auf, die sich verhängnisvoll auswirkt. Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Spielball der Sonderinteressen der an ihm interessierten Körperschaften geworden. Medizinalbehörde, Sozialversicherung, pharmazeutische und chemische Industrie und nicht zuletzt Arzt und Apotheker samt dem großen Heer ihrer Erfüllungsgehilfen arbeiten zwar im Interesse des notleidenden Kranken. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie gezwungen sind, die Not des Mitmenschen zur Grundlage ihrer Existenz zu machen. Wo

das sogenannte Ethos der Heilberufe anderes behauptet, verschließt es die Augen vor dem wahren Sachverhalt.

Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Medizinalbehörde bei allem Eigenleben ihrer Bürokratie dem Individuum den Sieg über die grauenhaften Epidemien der Infektionskrankheiten des europäischen Mittelalters gebracht hat. Niemand braucht sich heute mehr vor Pest, Pocken, Wechselfieber, Geschlechtskrankheit und Tuberkulose zu fürchten, nachdem auch der Kampf gegen die Tuberkulose in sein Endstadium eingetreten ist.

Es soll auch nicht vergessen werden, daß die Wohltaten der Sozialversicherung, die von dem Prinzip der Schadensverhütung und der Wiederherstellung der menschlichen Arbeitskraft diktiert werden, darin zu sehen sind, daß Alter und krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr schicksalsmäßigen sozialen Niedergang der Betroffenen bedingen. Durch die soziale Versicherung steht der wirtschaftlich schwache Einzelne den gesundheitlichen Wechselfällen des Lebens nicht mehr ohnmächtig gegenüber.

Und schließlich muß klar herausgestellt werden, daß das seitherige System der Krankenbehandlung durch freipraktizierende Ärzte und Krankenhäuser, obwohl diese mit einem schweren unternehmerischen Risiko belastet sind, dem Kranken viele Segnungen gebracht hat, deren nicht geringste die freie Arzt- und Krankenhauswahl sind, so wie das industrielle Gewinnstreben der Arzneimittelproduktion wesentlich dazu beigetragen hat, den technischen Fortschritt der Medizin voranzutreiben.

Trotzdem erscheint es notwendig, festzustellen, daß die Interessenpolitik all dieser Bestandteile des Gesundheitswesens nur so lange identisch war mit den gesundheitspolitischen Bedürfnissen des Menschen, als der zur Kostendeckung von Krankenbehandlung und Gesundheitsschutz zur Verfügung stehende Anteil des Volkseinkommens ausreichte, um jedem der Beteiligten einen ausreichenden Verdienst zu sichern.

Mit dem Rückgang der privaten Aufwandsmöglichkeiten für den Sektor des Gesundheitswesens ging parallel der Rückgang der Aufwendungen überhaupt, die für Krankenbehandlung und Gesundheitsschutz noch möglich sind. Hier liegt der Grund, warum im Gesundheitswesen ein Kampf aller gegen alle ausgebrochen ist, eine Auseinandersetzung, die sich auf dem Rücken des Kranken und Schutzbedürftigen abspielt.

Um diesem Chaos entgegenzuwirken, genügt nicht mehr die Perspektive des Sozialpolitikers, die in vielen Fällen die des Sozialversicherers ist. Es genügt auch nicht mehr der Standpunkt des Medizinalbeamten, der nur zu oft der des Verwaltungsfachmannes ist. Und solange Arzt, Apotheker und pharmazeutische Industrie sowie private Krankenversicherung Institutionen sind, die aus ihrer Arbeit Gewinne ziehen müssen, um existieren zu können, solange ist auch deren Qualifikation zumindest zweifelhaft.

Die Umstände verlangen den Spezialfall des Gesundheitspolitikers, wie dies bei der Finanz-, der Wirtschafts-, der Kulturpolitik, und wie die Sparten der großen Politik alle sonst heißen mögen, bereits der Fall ist. Sie verlangen auch die Emanzipation der Gesundheitspolitik, weil diese notwendig und möglich ist.

Eine gesundheitspolitische Betrachtungsweise des Dilemmas der deutschen Sozialversicherung ergibt völlig neue Möglichkeiten. Sie läßt erkennen, daß sowohl die gesetzliche Unfallversicherung als Haftpflicht des Unternehmers wie auch die Rentenversicherung überwiegend sozialpolitisches, die gesetzliche Krankenversicherung überwiegend gesundheitspolitisches Interesse hat.

Versicherung, gleichviel ob frei vereinbart oder durch gesetzlichen Zwang zustande gekommen, ist ein vertraglicher Anspruch auf bestimmte Leistungen, die nur dann erfüllt werden können, wenn der Versicherte zuvor regelmäßige Barleistungen entrichtet hat.

Die Versicherung von großen Risiken oder von Gruppen bedingt seitens des Versicherers bestimmte versicherungsmathematische Kalkulationen. Diese machen im praktischen Leben die Höhe des Beitrags und den Umfang der Leistungen aus. Es hat sich, wie oben dargelegt wurde, erwiesen, daß infolge einer ganzen Reihe von Faktoren der Leistungsanspruch immer mehr ansteigen ist. Dem steht gegenüber, daß das Beitragsaufkommen nicht beliebig gesteigert werden kann. Und in der Tat sind die Beitragssätze zur sozialen Versicherung an ihrer absoluten Grenze angelangt. Auch die Einbeziehung weiterer Kreise in die gesetzliche Krankenversicherung kann hier nur eine vorübergehende Entlastung bringen, da mit der Vergrößerung des Kreises der Versicherten ja nicht nur das Einkommen der Versicherung steigt, sondern auch der Umfang des Leistungsanspruches, und zwar in einem — wie die Erfahrung zeigt — recht ungünstigen Verhältnis. Nichtsdestotrotz erscheint der Weg zur Versicherungspflicht des ganzen Volkes als die im Moment einzige Möglichkeit, um dem Zusammenbruch der Versicherungsträger wenigstens vorübergehend vorzubeugen. Eine effektive Lösung des Problems kann sie nicht sein.

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, ein Wort zu den Sanierungsplänen der sozialen Versicherung zu sagen. Alle diesbezüglichen Vorschläge lassen sich in zwei Gruppen einordnen; solche, die auf eine Einsparung durch Kürzung der Leistung hinauslaufen, und solche, die eine Erhöhung des Geldzuflusses zum Ziel haben.

Zur ersten Kategorie gehören vier Vorschläge: Plan eins will eine Befreiung der Krankenversicherung von allen sogenannten Fürsorgeaufgaben, wie z. B. Erholungsfürsorge, Wochengeld, Sterbegeld usw., bewirken. Die Versicherung soll sich ausschließlich auf das Risiko des Krankheitsfalles beschränken; ein Weg, den die private Krankenversicherung bereits beschritten hat. — Der zweite Plan sieht vor, den Arbeiter als den hauptsächlichen Versicherungsnehmer der sozialen Krankenversicherung arbeitsrechtlich mit dem Angestellten gleichzustellen. Damit sollen die ersten sechs Wochen Krankengeldzahlung zu Lasten der Wirtschaft gehen. Dies würde ohne Zweifel eine wesentliche Entlastung der Versicherungsträger mit sich bringen. Eine andere Frage ist die, ob aus arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Gründen eine solche Regelung tragbar wäre. — Der dritte Plan sieht eine Beteiligung des Kranken an den Kosten der Behandlung vor, würde also einer indirekten Beitragserhöhung gleichkommen, belastet mit der Ungerechtigkeit, daß gerade der in Not geratene Kranke mehr Beiträge zu zahlen hätte als der Gesunde. — Und schließlich ist vorgeschlagen worden, den Kreis der Versicherten durch die Herausnahme bestimmter Risiken, wie z. B. der freiwillig Versicherten und der Altersrentner, zur Entlastung der Krankenkassen zu vermindern.

Diesen Plänen stehen die jener Kategorie gegenüber, die auf eine Sanierung durch vermehrte Zuwendungen abgestellt sind. Der erste fordert die staatliche Unterstützung der Versicherungsträger. Sein Endziel ist die Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung. — Der zweite fordert die Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze, läuft also auf die volksumfassende Versicherungspflicht hinaus. Der westdeutsche Gesetzgeber hat diesen Weg bereits beschritten. — Der dritte Plan fordert die Rationalisierung der Organisation des sozialen Krankenversicherungswesens, d. h. die Schaffung der Einheitskrankenkasse. Der letzte schließlich will die Schaffung der vereinheitlichten Sozialversicherung

bezwecken nach dem Modell der Berliner Einheitsversicherung. Er ist im Grunde genommen nichts anderes als die gegenseitige Subventionierung der drei großen Sparten der Sozialversicherung untereinander. Für den Gesundheitspolitiker ist wohl keiner dieser Pläne brauchbar.

Eine tatsächliche Reform der Krankenversicherung muß unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten davon ausgehen, daß diese deswegen Schiffbruch erlitten hat, weil sie an dem Versicherungsprinzip festgehalten hat, wenn auch aus Gründen der gesetzlichen Bindung an die Reichsversicherungsordnung des Jahres 1911.

Der in dem Versicherungsprinzip enthaltene Gedanke der eigenen Verantwortlichkeit des Individuums ist gut, obwohl er durch den Charakter der Zwangsversicherung viel von seiner sittlichen Fundierung eingebüßt hat. Man sollte ihn überall dort erhalten, wo er sich als lebensfähig erwiesen hat. Wo er dies nicht mehr ist, wird er zu einem Bestandteil des sozialen Rückschritts. Deswegen muß man ihn dort aufgeben.

Die soziale Krankenversicherung versichert zwei völlig artfremde Risiken; erstens einmal das Kranken-Tagegeld, das die RVO als Barleistung bezeichnet, und zweitens die Heilbehandlung, die das Gesetz als Sachleistung benennt und gewährt. Es erscheint möglich, das Krankengeld auch weiterhin nach Versicherungsgrundsätzen zu behandeln. Die einzige Schwierigkeit dürfte hier die Frage der Aussteuerung, das heißt die Beendigung der Leistungspflicht bei länger dauernder Krankheit sein. Dagegen ist es völlig unmöglich, die derzeitigen und zukünftigen Kosten der Heilbehandlung nach der Beziehung Beitrag: Leistung versicherungsmathematisch zu kalkulieren, ohne die Güte der Leistung ins Unberechenbare absinken oder den Beitrag ins Unmeßbare ansteigen zu lassen.

Bei der Kodifizierung der Reichsversicherungsordnung vor dem ersten Weltkrieg konnte man nicht wissen, was, bedingt durch den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt, im Jahre 1952 die Kosten für Krankenbehandlung und Gesundheitsschutz sein würden. Wer konnte es damals ahnen, daß Röntgenapparat und Elektrokardiograph Alltagsinstrumente des ärztlichen Berufs werden würden? Wer wußte es, daß komplizierte chemische Untersuchungen zum alltäglichen Rüstzeug der medizinischen Diagnostik werden würden?

Die Entwicklung ist nicht abgeschlossen. Der Sieg über den Rheumatismus ist in greifbare Nähe gerückt, wenn das neue Mittel *Cortison* das hält, was es verspricht. Cortison ist aber unvorstellbar teuer. Kleinste Mengen kosten Tausende von Mark; und das Heer der Rheumatismuskranken ist unvorstellbar groß. Die medizinische Wissenschaft, um ein anderes Beispiel zu nennen, rückt der Lösung des Krebsproblems näher. Sie wird es eines Tages lösen, so wie sie mit dem Problem der infektiösen Epidemien fertig geworden ist. Trotzdem wird das Schwergewicht der Behandlung in der Behandlung und Erkennung des Frühfalles liegen. Das Heer derer, die aus Gründen der Frühdiagnostik und Frühbehandlung mit teuersten Untersuchungs- und Heilungsmethoden behandelt werden muß, ist riesengroß, wie die Todesursachenstatistik in bezug auf den Krebs beweist. — Wer will sich hier unterfangen, versicherungsmathematische Berechnungen anzustellen?

Mit der Verlagerung des Schwergewichts der Krankenbehandlung nach der Seite der Früherkennung und -behandlung von Krankheit und Leiden verringert sich die Möglichkeit der Kalkulation. Weder der Einzelne noch die Gruppenversicherung, noch die volksumfassende Versicherung wird hier einigermaßen zuverlässige Berechnungen anstellen können.

Die Entwicklung der modernen Medizin mit all ihren Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung und des Gesundheitsschutzes hat das Versicherungsprinzip ad absurdum geführt.

Die Schlußfolgerung ist, daß das Risiko der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, unbeschadet aller für den Augenblick Erleichterung bringenden Sanierungsmaßnahmen, nur durch *Versorgung* gedeckt werden kann. Das ist die Erfüllung des Rechtsanspruches ohne Gegenleistung des Einzelnen. Die Gegenleistung der Allgemeinheit wird in einer Hebung des Niveaus der Volksgesundheit liegen, wenn dieses Volk die Möglichkeit hat, den besten Stand an körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheit zu entwickeln. Das gesündeste Volk wird das produktivste sein.

An dieser Stelle erhebt sich die Frage, wie ein auf dem Versorgungsprinzip nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten aufgebautes Gesundheitswesen aussehen wird. Die Feststellung, daß dieser Versorgungsdienst aller Voraussicht nach nur unwesentlich mehr Anteile des Volkseinkommens beanspruchen wird als bislang schon für die Zwecke der Krankheitsheilung und des Gesundheitsschutzes ausgegeben werden, mag zunächst verblüffen, nachdem der Versorgungsdienst in England alle Kostenberechnungen über den Haufen geworfen hat. Indessen liegen in Deutschland die Verhältnisse ganz anders als in England. Sie sind deswegen auch kaum miteinander zu vergleichen.

Die Ausgaben der verschiedenen Leistungspflichtigen waren in Deutschland schon immer sehr groß. Hier fehlt aber eine genaue Zahlenangabe, obwohl die Summe bei exakter Analyse leicht zu ermitteln wäre. Lediglich die Geldmenge, die von dem Einzelnen privat ausgegeben wird, ist schwer berechenbar, wenn man überlegt, daß die Ausgaben für die individuelle Hygiene (z. B. Hautpflegemittel, Zahnpaste usw.) den Charakter krankheitsvorbeugender Maßnahmen haben und andererseits gegenüber jenem Teil der Individualhygiene schwer abzugrenzen sind, der nur ästhetische und erotisierende Zwecke verfolgt.

Es wäre die Frage zu prüfen, ob all die Aufwendungen des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der Sozialversicherung, der Institutionen der Wohlfahrtspflege, der privaten Versicherung und des Bürgers als Privatmann nicht zweckmäßiger verteilt und angewendet werden könnten, wenn sie einer besonderen Versorgungskasse für das Gesundheitswesen zufließen würden. Es wäre ein echtes kommunales Aufgabengebiet, aus dieser Gesundheitskasse auf Grund sorgfältiger Etatberechnungen die Summen zu beanspruchen, die das kommunale Gesundheitswesen für Krankenbehandlung und Gesundheitsschutz benötigt. Da die Aufgaben des gesundheitlichen Versorgungsdienstes indessen nicht nur kommunaler Natur sind, sondern auch in die Zuständigkeit der Länder und des Bundes fallen, müßten entsprechende Beträge auch diesen Körperschaften zufließen. Ebenso würde sich die Schaffung einer zentralen Ausgleichskasse und eines zentralen Reservefonds als notwendig erweisen. Das Schwergewicht des Systems müßte verwaltungs- und aufgabenmäßig bei der Gemeinde, wirtschaftlich könnte es bei der Spitze — dem Gesundheitsministerium — liegen. Für all diese Aufgaben wäre eine eingehende Planung unerlässlich. Sie müßte besonders auf die Schaffung kommunaler Kontrollinstanzen auf breitester demokratischer Basis Rücksicht nehmen, um alle Beteiligten des Dienstes so nah als möglich an die Verantwortung heranzuführen.

Betrachtet man die offenkundigen Fehlinvestitionen z. B. im Krankenhauswesen und der Arzneimittelindustrie oder die aus der Überschneidung der Zuständigkeiten herrührenden Geldfehleitungen in der Gesundheitsfürsorge, so wird man zugeben müssen, daß hier durch entsprechende Planung vieles anders gemacht werden könnte.

Welche Stellung soll der Arzt in diesem System einnehmen? Das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem hilfeschenden Kranken muß unter allen Umständen erhalten bleiben. Es ist notwendig, bestimmte, unter den jetzigen Umständen vorhandene Störfaktoren auszuschalten. Der wichtigste Störfaktor ist wohl der, daß der Arzt — wie auch die Krankenanstalt — von der Bürde seines unternehmerischen Risikos erdrückt wird und im Kampf mit den Betriebsunkosten und der beruflichen Konkurrenz vielfach seiner ethisch fundierten Aufgabe entfremdet wird. Weitere Störfaktoren sind aber auch die in dem Gesamtvertrag zwischen sozialer Krankenversicherung und Kassenärzten festgelegten Risikobeteiligungen und Haftpflichten des Arztes für den Arzneiaufwand und die Krankheitshäufigkeit. Die beiden ersten freiberuflichen Existenzrisiken ergeben sich aus der Isolierung des einzelnen Arztes, die letzteren aus seiner vertraglich geschaffenen zentralistischen Berufsorganisation. Beide Zustände sind unhaltbar. Der Arzt wird sich weder als Einzelgänger in bezug auf seine Berufsausübung noch als Mitglied einer zentralistisch geleiteten Berufsorganisation mit starkem Eigenleben in das Versorgungssystem, dessen Schwerpunkt auf der Ebene des politischen Kreises liegen wird, in genügendem Ausmaß einschalten können. Die Existenzberechtigung zentralistischer ärztlicher Berufsorganisationen ist nur solange gegeben, als der Ärzteschaft die ebenfalls von starkem Eigenleben erfüllten, der Kontrolle der Selbstverwaltung bislang entbehrenden Träger der Reichsversicherungsordnung gegenüberstehen. Mit der Verlagerung des Schwerpunktes eines zu schaffenden Gesundheitsdienstes in die kommunale Ebene werden sich diese Verhältnisse grundlegend ändern.

Sie erfordern die Entstehung ärztlicher *Gruppenarbeit* auf kommunaler Basis, wobei dem Arzt die berufliche Entscheidungsfreiheit, die er als Angehöriger eines freien Berufes in hohem Maße hat, erhalten bleiben muß. Dazu ist die Schaffung von Institutionen notwendig, die die ärztliche Gruppenarbeit ermöglichen, die in der Krankenbehandlung selbstverständlich nicht durchführbar ist, wenn man von der seit alters her üblichen Einrichtung des Ärztekonsiliums in der freien Praxis und im Krankenhaus absieht. Gruppenarbeit ist nicht identisch mit Gruppenbehandlung. Aber Gruppenarbeit — Teamwork — ist notwendig in der Gesundheitsfürsorge und -Vorsorge, in der Verwaltung des Versorgungsdienstes und bei der Kontrolle, die seither z. B. von den vertrauensärztlichen Diensten ausgeübt wird. Nur die besonders sachverständige ärztliche Gruppe wird sich in der kommunalen Selbstverwaltung des Versorgungsdienstes gegenüber den übrigen Gruppen durchsetzen können. Der freiberufliche Charakter der ärztlichen Betätigung kann zwanglos erhalten bleiben, wenn die Bindung des Arztes an das Gruppenzentrum, an dem er praktiziert, nicht durch den Arbeitsvertrag sondern durch den Mietvertrag erfolgt. Die durch Mietvertrag festgelegte Verbindung des Arztes mit seiner Arbeitsstätte im Rahmen der ärztlichen Gruppe gestattet mühelos eine zweckentsprechende Abänderung der seither geübten Zulassungspraxis und eine Beibehaltung des seitherigen Honorierungssystems, das sich, abgesehen von seinen z. Z. durch andere Faktoren bedingten unzulänglichen Ertragsmöglichkeiten, als eine Art Leistungslohn durchaus bewährt hat. Die Erträge der ärztlichen Arbeit werden sich bei einer geplanten Neuverteilung der zur Verfügung stehenden Mittel bessern. Sie werden sich aber auch deswegen bessern, weil das Gruppensystem eine weitgehende Rationalisierung in der ärztlichen Praxis ermöglichen wird, z. B. hinsichtlich der fixen Kosten, da es das Ziel des Planes sein muß, nicht nur die Räumlichkeiten an den Arzt zu vermieten, sondern die komplett eingerichtete Praxis u. U. sogar mit Hilfspersonal. Schließlich wird das Teamwork im Grup-

penzentrum eine weitgehende Rationalisierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ermöglichen.

Durch die Ablehnung des Arbeitsvertrages zum Zwecke der Erhaltung der beruflichen Entscheidungsfreiheit des Arztes erweisen sich auch die bis jetzt bekannten Modelle der Poliklinik und des Ambulatoriums, die in staatlicher Regie oder als kasseneigene Betriebe arbeiteten, als ungeeignet, weil durch den Arbeitsvertrag die Möglichkeit zur Einmischung in das Verhältnis zwischen Patient und Arzt gegeben ist.

Im Rahmen der Gruppenarbeit wird auch das Problem der scheinbaren Überfüllung des ärztlichen Berufes eine organisch gewachsene Lösung finden, weil eine der wichtigsten Aufgaben der kommunalen Ärztegruppe der Ausbau des Gesundheitsschutzes — Fürsorge, Vorsorge, Gesundheitserziehung usw. — sein wird. Für die Beackerung dieses Brachlandes, das bis weit in die Industriehygiene hineinreicht, werden noch sehr viele Ärzte gebraucht. Daß die Verhältnisse auf dem flachen Lande etwas anders liegen, ist klar. Jedoch ergeben sich auch hier zwanglos Lösungsmöglichkeiten, wenn man das Problem erst einmal anpackt. Die ärztliche Krankenbehandlung an den Krankenanstalten hat für all diese Einzelheiten der Gruppenarbeit schon lange brauchbare und vom Patienten längst akzeptierte Praktiken ergeben.

Es soll nicht verkannt werden, daß, gerade was das Teamwork der Ärzte angeht, in Deutschland auf seiten der Ärzteschaft noch große Widerstände vorhanden sind. Es darf aber auch nicht verschwiegen werden, daß sich in England 90 vH. der Patienten für die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes entschieden haben, obwohl und vielleicht gerade sogar weil die ärztliche Gruppenarbeit ein elementarer Baustein des ganzen Systems ist, während die englischen Ärzte sich zunächst ablehnend verhielten. Die Widerstände auf Seiten der deutschen Ärzte werden von der ärztlichen Führungsschicht geschürt. Der einzelne Arzt dagegen wird demgegenüber dankbar nach jeder Möglichkeit greifen, die ihm seine berufliche Entscheidungsfreiheit erhält und zugleich sein unternehmerisches und vertragliches Risiko mindert, seine Unkosten senkt und seine Einkünfte vermehrt. Dies ist nur möglich durch die Entstehung der Gruppenarbeit auf kommunaler Basis, wenn sie auch wahrscheinlich das Ende zentralistischer Organisationen und das Verschwinden vieler Managert bedeuten wird.

Planung der Gesundheitspolitik ist das Gebot der Stunde. Nicht Planung im Sinne irgendwelcher Dogmatik, sondern Planung im Sinne von *Huxley*, der da fordert: Planung des Notwendigen, Planung des Möglichen und Verwirklichung des Planes in Stufen.

Ungleich schwieriger, weil die Finanzierungsfrage viel prekärer ist, ist die Planung der sozialpolitischen Seite der Reform der Sozialversicherung. Auch hier ist die Kardinalfrage die, was kann versichert und was muß versorgt werden, wenn man das von der internationalen Arbeitsorganisation der UNO geforderte Minimum an sozialen Sicherungen für den einzelnen Staatsbürger als Grundlage der politischen Erwägungen ansieht. Es erscheint — Planung des Möglichen — angezeigt, das Schicksal der gesundheitspolitischen Planung nicht unbedingt und starr an das Schicksal der sozialpolitischen Planung zu koppeln, obwohl die innere Verwandtschaft beider eng und ihre Überschneidung in der äußeren Kompetenz vielfältig ist. Die gesundheitspolitische Planung hat aber, und das darf nicht übersehen werden, gegenüber ihrer sozialpolitischen Schwester den Vorzug, daß ihre Durchführung wahrscheinlich möglich ist, ohne daß eine schwerwiegende Bereitstellung von Geldmitteln aus dem allgemeinen Steueraufkommen gefordert werden müßte.