

# INTERNATIONALE RUNDSCHAU

## Gesundheitschenst in England

Die Formen, welche die ärztliche Versorgung der Kranken in einem Lande annimmt, lassen sich ungefähr mit fünf Kategorien umreißen:

1. Der Kranke wählt seinen Arzt und bezahlt ihn entweder selbst oder mit Hilfe von privaten Krankenversicherungen, für die Beiträge gezahlt werden. (USA)

2. Der Staat zahlt 1/2 bis 4/5 der ärztlichen Gebühren, und der Kranke zahlt den Rest aus eigener Tasche oder wieder mit Hilfe von privaten, beitragspflichtigen Versicherungen. (Neuseeland, Frankreich, Teile von Kanada usw.)

3. Kommunale, gewerbliche oder private Krankenversicherungen, zu denen die Kranken Beiträge aufbringen und denen die öffentliche Hand eventuell eine gewisse Rückendeckung gewährt, bezahlen den privaten Arzt. (Deutschland)

4. Der Staat zahlt für die gesamte ärztliche Versorgung; dem Kranken bleibt die freie Arztwahl; der Arzt bleibt innerhalb eines Kontraktes mit dem Staat selbständig. (England)

5. Der Staat bezahlt die gesamte ärztliche Versorgung; der Arzt ist Staatsbeamter; der Patient hat keine oder kaum eine freie Arztwahl. (Rußland)

Als *Bevan* 1948 die vierte der obigen Möglichkeiten wählte, tat er es auf dem Boden des *Beveridge Reports*, der mit seinen Vorschlägen für einen umfassenden Gesundheitsdienst und einen Angriff auf das Bildungsmonopol der Wohlhabenden der nationalen Einheitsfront des englischen Volkes über den Krieg hinaus Ausdruck verleihen wollte. Mit der Zeit stellte sich heraus, daß dieser „Nationale Gesundheitschenst“ eine außerordentlich weise Entscheidung war. Nie hätten die Massen des Volkes damals die Kosten teurer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus eigener Tasche decken können und die ärztliche Versorgung der Kranken wäre, wie es bis dahin war, eine Klassenfrage geblieben.

Es gibt Beobachter, die im Jahre 1965 zurückblickend die Entscheidung von 1948 kritisieren: Es sei nicht richtig, den Kranken alle und jede finanzielle Verantwortung abzunehmen; Leute, die sich Autos, Fernsehen und schöne Möbel leisten, könnten auch den Arzt bezahlen. In dieser Richtung sei das neuseeländische System besser. Ein anderer Einwand richtet sich dagegen, daß der Arzt für jeden Kranken die gleiche Gebühr erhält. Zwar

hänge das Einkommen des Arztes von der Zahl der Patienten ab, die sich bei ihm registrieren ließen (Maximum 3500); aber da er dieselbe Gebühr für jeden Kranken im Jahr erhält (zur Zeit etwa 30 sh. = 16,60 DM), sei er nur auf Kopfzahl aus, nicht aber auf Qualität der Behandlung. Solche Ansichten haben natürlich ihre Berechtigung, doch ist es völlig verfehlt anzunehmen, daß die Entscheidung von 1948 zu korrigieren sei. Selbst die Konservativen haben nicht am „Nationalen Gesundheitschenst“ zu rütteln gewagt und die Idee einer finanziellen Verantwortung des Kranken für seine Krankheit gilt in England beinahe als unmoralisch, da der Kranke ja allein durch seine Krankheit schon bestraft genug sei. Darum wird auch die derzeitige Unruhe unter den Ärzten bestenfalls zu einer Besserung ihrer Honorierung aber nicht zu einer grundlegenden Änderung des Systems führen

Andererseits scheint das Prinzip der freien Arztwahl seitens des Kranken vorläufig unantastbar und eine Verbeamtung des englischen Arztes unwahrscheinlich. Man muß aber im Auge behalten, daß die Stunde des auf sich allein gestellten praktischen Arztes in allen europäischen Ländern geschlagen hat. Die Entwicklung geht auf Gruppierung von Ärzten und auf Spezialisierung. Während in den Vereinigten Staaten die auf eine Klinik gestützte Gruppenpraxis rasche Fortschritte macht, dürfte die Entwicklung in England zur Einrichtung von *Health Centres* führen, wo etwa drei bis acht Ärzte ihre Sprechstunden abhalten; von Schwestern und Bürokräften unterstützt; mit Zugang zum Laboratorium, Röntgenabteilung usw.; in Zusammenarbeit mit gewerblicher Medizin und den verschiedenen Fürsorgezweigen (Säuglings-, Tuberkulose-Fürsorge usw.). Wahrscheinlich wird in solchen *Health Centres* das Prinzip der freien Arztwahl an Bedeutung verlieren und die Bezahlung des Arztes wird sich wie in den Krankenhäusern mehr auf Qualität der Ausbildung und Alter, als nach der Patientenzahl richten.

Vorläufig sind wir aber noch weit davon entfernt. Das große Erlebnis des englischen Gesundheitschenstes für den unvoreingenommenen Arzt, der darin arbeitet, bleibt die Selbstverständlichkeit, mit der niemals Geld zwischen dem Arzt und den Kranken steht. Die Tatsache, daß der Arzt sowie Medikamente ohne Beschränkung und das Krankenhaus für jeden absolut kostenlos sind, hat meiner Beobachtung nach zu einem großen Rückgang der Brustinfektionen geführt, jener klassischen Geißel des englischen Klimas. Ausländische Kritiker haben sich berichten lassen, daß der englische Kranke den kostenlosen Gesundheitschenst mißbrauche und wegen jeder Bagatelle zum Arzt käme, der unter der Last der Rezepte für Aspirin, Verbandsmaterial

usw. seufze und keine Zeit für die Behandlung ernsterer Fälle habe. Ich kann das nicht bestätigen. Es gibt natürlich wie überall den ängstlich um seine Gesundheit Besorgten und Erfahrung lehrt, daß gerade dieser Typ im allgemeinen nicht durch Arzthonorare abzuschrecken ist. Die große Masse der englischen Patienten aber kommt zum Arzt, wenn wirklich etwas vorliegt und sie Rat brauchen. Noch nie bat ein Patient mich um Verschreibung von Medikamenten, von denen er wußte, daß sie überflüssig waren.

In der *Basler National-Zeitung* vom 13. August 1965 konnte man von „Schlangen vor den Wartezimmern der Ärzte“ lesen. In der Tat stehen auch vor meiner Tür, die um 9.45 Uhr geöffnet wird (Sprechstunde beginnt um 10 Uhr), fast jeden Morgen zwei bis zehn Patienten an — eben die, die etwas vorhaben und den notwendigen Arztbesuch so schnell wie möglich hinter sich bringen wollen. Um 11 Uhr dagegen ist manchmal niemand im Wartezimmer. Wenn ich, um das Anstehen zu vermeiden, schon um 9.30 Uhr öffnen würde, würden sie sicher auch bald zu dieser Zeit anstehen. Der Korrespondent der *National-Zeitung* aber nahm diese Beobachtung als Beweis für die Überbeanspruchung des Arztes in England.

Ein anderes Mißverständnis ist die Angabe, viele englische Ärzte wanderten aus, offensichtlich unzufrieden mit den Bedingungen in England. Ich möchte gar nicht leugnen, daß es solche Ärzte gibt. Aber die große Mehrzahl der auswandernden Ärzte tut das einfach aus dem Grunde, weil Auswandern (und jeder Auswanderer hofft ja, es „dort drüben“ besser zu treffen) ins englische Commonwealth so einfach ist. Ich bin überzeugt, deutsche, französische oder italienische Ärzte würden das selbe tun, wenn sie nur könnten, denn Auswandern ist immer ein charakteristischer Zug des europäischen Menschen gewesen und keineswegs immer auf Grund wirtschaftlicher Not.

Wieviel verdient ein englischer Arzt? Mit der Durchschnittszahl von 2225 Patienten auf seiner Liste verdient er zur Zeit etwa 37 000 D-Mark im Jahre brutto. Hat er die Maximum-Patientenzahl, so sind es 58 000 DM, vierteljährlich vom Staat per Scheck bezahlt, ohne irgendwelche Scherereien mit den Patienten. Dazu kommen Einnahmen aus Privatpraxis, aber nicht mehr als 10 vH der obigen Summen. Wenn der Arzt ausgeht oder keinen Nacht- und Sonntagschenst machen will, muß er sich durch eine private Agentur vertreten lassen, die Ärzte für Besuche außerhalb der Sprechstunden bereit hält; das kostet mich z. B. 500 DM im Jahr. Will er vier Wochen Ferien machen, so muß er etwa 2000 DM dem Vertreter bezahlen.

Die gegenwärtige Krise zwischen Ärzten und Regierung hat meines Erachtens politische

Ursachen. Ärzte sind in allen Ländern vorwiegend rechtsstehend, und ich bin überzeugt, die 18 000 potentiellen Rücktrittserklärungen vom Nationalen Gesundheitschenst wären nicht so zahlreich gewesen, wenn der Kampf einer konservativen Regierung gegolten hätte. Die Drohungen der Ärzte, sich vom Nationalen Gesundheitschenst zurückzuziehen, haben kein Echo im Volke gefunden; ja führende Zeitungen wie *Times* und *Guardian* waren offen kritisch. Es mag sein, daß sich in einigen Badeorten und Mittelstands-Distrikten ein privater (direkt oder durch Versicherungen gedeckter) Gesundheitschenst aufziehen läßt, doch die Massen des arbeitenden Volkes, besonders hier in London, nehmen den bisherigen Zustand als selbstverständlich und denken nicht daran, den Arzt zu bezahlen. Wenn der englische Arzt etwas tun will, damit sein Ansehen im Volke entscheidende Einbuße erleide, dann soll er nur vom Nationalen Gesundheitschenst zurücktreten. Der Ärzteverband weiß das und hat die versöhnliche Haltung des Gesundheitsministers benutzt, den Mitgliedern die Rücktrittsideen auszureden.

Weit davon entfernt, seinen Arzt oder die freie Medikamentenversorgung auszunutzen, hat der englische Kranke in den siebzehn Jahren seit Bestehen des NHS eher gelernt, ihn zu schonen. Besonders die Nacht-Konsultationen sind, wie man von allen Kollegen hört, außerordentlich zurückgegangen. Ich habe heute mit 2800 Patienten weniger zu tun als mit 1400 vor zehn Jahren. Das mag zum Teil an der allgemeinen Besserung des Gesundheitsstandes seit 1950 (durch Penicillin usw.) liegen. Aber es zeigt zum mindesten, daß keine Überbeanspruchung des Arztes stattfindet, obwohl die finanzielle Abwehrschanke fehlt. Natürlich kommt es vor, daß ich zu einem Kinde gerufen werde, das Schnupfen hat. Aber es ist andererseits alltäglich, daß fiebernde Kranke in die Sprechstunde kommen, weil sie sich scheuen, mir einen Besuch in ihrem Heim aufzubürden. Mein Eindruck ist vielleicht nicht unbedingt typisch, und ich will auch erwähnen, daß ich im Laufe von 16 Jahren 220 „trouble-makers“ (Leute, die mich dauernd ungerechtfertigt bemühten) von meiner Liste entfernt habe (der Arzt hat freie Patientenwahl wie der Patient freie Arztwahl). Aber ich höre auch von Kollegen, daß sie nicht überbeansprucht werden.

Während ich es für unwahrscheinlich halte, daß ärztliche Opposition den englischen Gesundheitschenst zerstören kann, glaube ich doch, daß er in manchem verbessert werden könnte. Die Einrichtung von *Health-Centres*, von denen es bisher nur wenige gibt, wäre ein Schritt vorwärts. Ein weiterer wäre die Bezahlung des Arztes für gewisse über das Durchschnittsmaß der Behandlung hinausgehende Dienste, z. B. kleine Chirurgie (solche Patienten werden z. Z. meist in die Poliklinik eines

Krankenhauses geschickt); oder Elektrokardiogramm; oder ein volles Blutbild; oder regelmäßige Besuche von Patienten über 70 Jahren usw. Die Uniformität der „Kopfgebühr“, die alles einschließt, wirkt sich hemmend auf die Entfaltung ärztlicher Tüchtigkeit aus. Ich glaube auch, daß jeder Arzt die Mutter-, Säuglings- und Schulkinderfürsorge für seine Patienten ausüben und sie sich nicht von kommunalen Fürsorgeärzten abnehmen lassen sollte. Es scheint mir auch, daß Fortbildungskurse, in denen der Arzt eine neue Technik, neue Behandlungsmethoden praktisch vorgeführt bekommt, obligatorisch gemacht werden sollten. Auf diesen Wegen, und nicht in einer Rückkehr zur Privatpraxis, dürfte sich die Weiterentwicklung des englischen Gesundheitsdienstes bewegen.

Läßt sich das englische System einfach auf andere Länder übertragen? Ich glaube nicht. Überall wird Eigenständiges und Gewachsenes berücksichtigt werden müssen. Aber der Gedanke einer völlig freien Krankenversorgung aus Steuermitteln und ohne direkte Beiträge der Kranken sowie ohne Verbeamtung der Ärzte und ohne Verbot der Privatpraxis — dieser in England geborene Gedanke wird stets seine Anziehungskraft behalten. Es dürften die Kranken sein und nicht die Ärzte und nicht der Staat, die schließlich dem einen oder dem anderen Gesundheitsdienst-System den Vorzug geben werden.

*Dr. E. F. Richard, London*