

Zur psychologischen Situation des Hausarztes*

VON DR ECKART WIESENHÜTTER, WÜRZBURG

In seinem Beitrag „Psychologie des Hausarztes“ zur Festschrift für Viktor von Weizsäcker** nennt Buytendijk folgende für die ärztliche Existenz entscheidenden Grundbedingungen: die Tradition, das persönliche Aufsichtnehmen der ärztlichen Haltung im Umgang mit den Kranken, die öffentliche Meinung, welche Forderungen an den Arzt stellt, die soziale Lage (wie Kassenpraxis, Zeitmangel, Spezialistentum) und die Entwicklung der Heilkunde bereits durch den Unterricht an den Hochschulen. In all den genannten Punkten sind, etwa in der Zeit seit Buytendijk's Kindheit, erhebliche Wandlungen eingetreten:

1 Man wählt den Arzt nicht mehr vorwiegend nach seinen individuellen Charaktereigenschaften, seinem Typ oder Ruf; man folgt eher Prinzipien der Bequemlichkeit und kollektiven Einstellungen. Der Arzt soll möglichst das gewünschte Medikament verschreiben, welches man in einer Zeitung angepriesen fand, möglichst häufig und lange arbeitsunfähig schreiben, in der Nähe wohnen und Ähnliches.

2 Der Stil des Sprechzimmers wird nicht mehr nach dem Gemüt oder Geschmack des jeweiligen Hausarztes gestaltet; die alten dunklen, aber meist als warm oder Geborgenheit ausstrahlend empfundenen Holzmöbel sind verschwunden. An die Stelle traten einheitlich nüchterne Ausstattung, kahle Wände, neutrale Beleuchtung, hygienischer Bodenbelag, weisser Mantel, die alle nicht mehr persönlich gewählt, sondern nach der Mode der Marktwirtschaft akzeptiert werden. Die Atmosphäre des Sprechzimmers ist so von vornherein eine von Norm, Technik, Distanz, Sachlichkeit und Überlegenheit des Arztes bestimmte. Der Kranke wurde zum Gegenstand von Untersuchung, Diagnostik und Behandlung. Es bedeutet nur eine Abmilderung dieser Prinzipien, wenn der Arzt aus einem unbewusst unruhigen Gewissen heraus technische Atmosphäre und Autoritätsverhältnis immer wieder durch ein freundliches beruhigendes Wort oder durch ein Lächeln zu durchbrechen bemüht ist.

3 Ebenso gewandelt hat sich die Tradition der Hausbesuche. Abgesehen davon, dass es heute zu den ärztlichen Kunstfehlern gehören würde, wollte

man noch im Haus Blinddarmoperationen oder schwere Geburten durchführen und entsprechende Patienten nicht in Kliniken überweisen, trat an die Stelle der alten Stilformen der Besuche ein eiliges, mehr oder weniger unpersönliches Visitemachen und Kassenscheinsammeln. Buytendijk formuliert: Man ruft heute den Arzt zum Hausbesuch, wie man einen Klempner zum Reparieren einer Wasserleitung holt. Dieser Stilwandel ist mitbedingt durch die Verflachung aller Begegnungsformen im Zeitalter von Technik und Organisation. Unsere Patienten selbst sind ja meist der Überzeugung, eine technisch-materielle Massnahme helfe besser als Begegnungsformen und Reden.

4 Im Rahmen des starken Hervortretens von Technik und Perfektionismus kam es zu einer gewissen Unsicherheit in Fragen der persönlichen Verantwortung, der Moral und Ethik, auch im ärztlichen Bereich. Das erschreckendste und freilich in keinem anderen Land erreichte Beispiel in dieser Richtung hat Deutschland geliefert. Weizsäcker konnte — ähnlich wie französische Forscher — in seinen Untersuchungen über die Euthanasie und die Menschenversuche zeigen, dass ein rein naturwissenschaftliches Denken und Handeln nahezu folgerichtig zur Abgabe der Verantwortung aus dem individuellen in den kollektiven Bereich führt. Das Lehrreiche dieser Tatsache liegt in dem Nachweis, dass persönliche Verantwortung und Moral nicht von aussen zum ärztlichen Handeln hinzukommen dürfen, sondern ihm unmittelbar zentral angehören. Das Schwergewicht muss hierbei auf dem Wort „persönlich“ liegen: Es widerspricht der Abwertung des Kranken und der Krankheit zum Gegenstand, zum Objekt; es widerspricht der Trennung von Theorie und Praxis, der heute häufigen Annahme, die jeweilige ethische Einstellung und die Haltung des Arztes seien seine intime Privatangelegenheit und hätten mit der Krankenbehandlung nichts zu tun. Gehlen formulierte einmal, es mache einen wesentlichen Unterschied im praktischen Behandeln aus, ob man den Menschen als einen arrivierten Affen oder als ein Kind Gottes ansieht. Ebenso ist für die Behandlung nicht gleichgültig, ob der Arzt ein Fanatiker oder Dogmatiker, ein kalter oder humorvoller, ein intoleranter oder weitherziger Mensch ist.

5 Auch die Universitätsausbildung des Arztes hat die naturwissenschaftlich-technische Unterweisung ganz in den Vordergrund gerückt. In dieser Hinsicht sind keine Abstriche zu machen, denn wir

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus „Toepassing van de medische psychologie door de huisarts“, maart 1963.

** Arzt im Irrsal der Zeit. (1956) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

alle wissen, welche Erfolge die naturwissenschaftliche Medizin aufzuweisen hat. Freilich trat damit die Ehrfurcht vor der Krankheit und dem Kranken innerhalb der Ausbildung in den Hintergrund. Und welcher Universitätslehrer macht es sich zur Aufgabe, immer wieder auf den lebensgeschichtlichen Sinn oder gar auf das Geheimnis des Krankwerdens hinzuweisen? Unbemerkt traten an die Stelle kollektiv genormte und einheitlich anerkannte Ansichten über Diagnosen und Behandlungsverfahren, trat auch eine fortschreitende Unfreiheit, die ihren ersten Ausdruck darin findet, das der Ärzteberuf einer weitgehenden latenten oder offenen Verbeamtung anheimfällt, der Kranke immer stärker spezifizierten und entpersönlichten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Noch stärker als bei uns wird etwa in Nordamerika der einzelne Kranke gezwungen, sich Reihen von Laboratoriumsanalysen unter recht verschiedenem „Personal“ zu unterziehen, wobei die Addierung und Koordinierung der Ergebnisse einem unter vielen Spezialisten obliegt. Das kollektiv entpersönlichte Vertrauen Apparaten und Technik gegenüber hat seitens der Patienten diese Entwicklung unterstützt. Selbst in der Psychoanalyse sind formgerechte Anwendungen der anerkannten Methodik und Lehre sowie das damit verbundene Finden der Rolle im Sozialgefüge wichtiger geworden als etwa individuell persönliche Reifung oder gar Geheimnisstand und Heiligkeit der menschlichen Person, deren Suche und Verwirklichung über Krankheit und Neurose ermöglicht werden könnte.

6 Die angeschnittene Frage führt zu einem weiteren Punkt, der eingehender zu besprechen ist, nämlich zu der Abhängigkeit ärztlichen Handelns von Zeitgeist, sozial-kulturellen Verhältnissen und öffentlicher Meinung. Mit der ausserordentlichen Verlängerung des Lebens, der Senkung der Kindersterblichkeit, der Behandlungsmöglichkeit vieler bisher tödlich verlaufender Erkrankungen hat sich ganz allgemein die Einstellung zu Krankheit, Alter und Tod erheblich verändert. Geborgenheit, Schutz und Hilfe erwartet der heutige Mensch nicht mehr vom Glauben und von Gott, sondern von Technik, Institutionen und Versicherungen, also nicht von transzendenten, sondern von immanenten Mächten. Mit dieser Einstellung hat sich konsequenterweise auch bei der Konsultation des Hausarztes das Schwergewicht von den immateriellen Fakten zu den materiellen hin verlagert. Hinzu kommt die weitgehende Entwertung der primären Gruppen, der Familien, Gemeinden und Arbeitsgemeinschaften und die Aufwertung der unübersehbaren und anonymen Kollektive, der Konzerne, Parteien, Versicherungsgesellschaften. Selbst wenn man ihnen eine bessere menschliche Behandlung und höhere Verdienstquoten anbietet, ziehen die meisten heutigen Hausmädchen den anonymen Arbeitsplatz der Fabrik einem solchen in der Familie vor. Diese weitgehende Abwirtschaffung von Heim und Haus im ursprünglichen Sinn muss natürlicherweise den Haus- und Heimarzt beeinflussen.

Orientieren wir uns kurz bei den Soziologen, zum Beispiel bei Neundörfer, der dem Problem „Arzt und moderne Gesellschaft“ einmal einen Vortrag widmete, sind folgende Wandlungen der modernen Sozial- und Wirtschaftsordnung von ausschlaggebender Bedeutung: die Trennung von Haushalt und Betrieb; die Entfaltung des Marktgeschehens, welche uns nötigt, mit allem und jedem in die Öffentlichkeit zu treten; der Ausbau sozialer Sicherungen, welcher zum Beispiel 84 Prozent der westdeutschen Bevölkerung in Pflichtkrankenkassen erfasst hat; das unaufhaltsame Wachsen der Städte, Organisationen und Massenmedia, auf deren Funktionieren sich der „von aussen gelenkte Mensch“ (nach Riesmann) verlässt; die gleichsinnige Veränderung in Richtung auf Technisierung und Funktionalisierung auch des Dorfes; die ständische Umstrukturierung; ein Stand erhält sich ja heute nicht mehr durch Ererbtes und Tradition, sondern durch die funktionale Einordnung des einzelnen Menschen je nach Fähigkeiten und Leistungen. Mit der gleichzeitigen zunehmenden Arbeitsteilung und Automatisierung ist bekanntermassen eine weitgehende Sinnentleerung des Berufes eingetreten, so dass die Freizeit zur Erfüllung der eigentlichen Lebenswünsche wichtiger wurde als die Arbeit; überall hören wir deshalb den Ruf nach Verkürzung der Arbeitszeiten.

Die genannten Umstrukturierungen konnten nicht ohne Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit sein. Noch 1895 war in Deutschland der Arzt ein seltener Beruf. Ein Drittel der Bevölkerung, vor allem Arbeiter und Kleinbauern, musste ärztlicher Hilfe fast ganz entbehren. Ein weiteres Drittel, überwiegend die Arbeitnehmer der Industrie, wurden durch das Krankenversicherungsgesetz von 1884 erfasst. Vom niedergelassenen Arzt wurde es jedoch nur als Anhängsel an die freie Praxis betrachtet, für welches ein „Armenhonorar“ gezahlt wurde. Nur das letzte Drittel, die Bürger, bezahlten und nahmen in Anspruch den „freien“, den eigentlichen Hausarzt. 1897 kam 1 Arzt auf 2100 Einwohner. Sechzig Jahre später betrug das Verhältnis nur noch 1 : 700. Im gleichen Zeitraum trat bei den Zahnärzten eine Verschiebung von 1 : 43300 zu 1 : 1700 ein. Kein Arzt bezeichnet heute den Kassenschein noch als Armenhonorar. Er sammelt Scheine, „jagt“ ihnen nach, wie oft spöttisch im Volk geäussert wird. Aus dem individuell behandelnden, dem Patienten nachbarlich verbundenen Hausarzt wurde der überlastete, auf möglichst hohe Patientenzahlen bedachte und auf routinemässige Arbeit abgedrängte Kassenarzt. Das Verhältnis von Arzt und Patient beruht auf einem Erfüllungsanspruch, der gesetzlich ausgewiesen ist und über die Versicherungssysteme ein fester Bestandteil der Marktwirtschaft wurde. Den Dienst des Arztes kauft man wie andere Dienste. Der Arzt wurde zum Gesellschaftsprinzip. Er fällt rechtswirksame Entscheidungen und übernimmt verwaltungsorganisatorische Aufgaben innerhalb von Wirtschaft und Produktion, wenn er gesund oder arbeitsunfähig schreibt. Selbst wenn er in einer

sogenannten freien Praxis tätig ist, ist er so etwas wie ein latenter Angestellter der Wirtschaft und Gesellschaft, mindestens von ihnen abhängig und mitverantwortlich für ihre Bilanz. Ein Zeichen dieser Unter- und Einordnung, dieser weitgehenden Funktionalisierung ist die Feststellung der Soziologen, dass der Arzt in seiner gesellschaftlichen Gesamtposition abgeglitten ist. Er gehört heute nicht mehr wie früher zur sozialen Führungsschicht, sondern zur etwas gehobenen Mittelschicht, die soziologischerseits auch als Funktionärsschicht bezeichnet wird.

Hierzu noch einige ergänzende Zahlen: 1959 waren von den 75000 approbierten Ärzten der Bundesrepublik 37000, also nicht einmal die Hälfte, in der gesetzlichen Krankenkassenpraxis (einschliesslich Facharztpraxen) tätig. 500 Ärzte waren frei niedergelassen und verzichteten auf die Krankenkassen; 18000 waren in Krankenhäusern angestellt. Der Rest von 15000 Ärzten entfällt auf beamtete oder in der reinen Forschung tätige. In diese Rubrik gehören die „reinen Funktionäre“ der ärztlichen Verbände.

Diesen Zahlen auf Seiten der Ärzte müssen wir solche auf Seiten der Patienten gegenüberstellen, wollen wir die Dialektik von Freiheit und Funktionalisierung in unserem Bereich ganz erfassen. Es ist kein Geheimnis, dass der ursprüngliche Schutzbegriff innerhalb der Kranken- und Rentenversicherung zu einer automatisierten Sicherungsgarantie abgeglitten ist. Der einzelne Versicherte wurde des persönlichen Risikos und der persönlichen Mitverantwortung am Funktionieren des Versicherungssystems enthoben; er fühlt sich nicht, wie in einer kleinen Gruppe oder Familie, solidarisch mit allen Mitversicherten. Er wurde gleichsam zum Ausbeuter der Versicherung, was auch kein Heer von Kontrolleuren mehr verhindern kann. Die vor wenigen Jahren durchgeführte und in „der Neuordnung der sozialen Leistungen“ von Achinger, Höffner, Muthesius und Neundörfer veröffentlichte Nachforschung der Vertrauensärzte ergab, dass 90 Prozent aller bei unseren niedergelassenen Kassenärzten wegen körperlicher Beschwerden erfolgten, mit Arbeitsaussetzung verbundenen Krankmeldungen weitgehend ein Krankfeiern bedeuten; 50 Prozent der Patienten melden sich ein bis zwei Tage vor der zu erwartenden vertrauensärztlichen Kontrolle wieder gesund, weitere 40 Prozent werden anlässlich der ersten Vorstellung beim Vertrauensarzt sofort arbeitsfähig geschrieben. Diesen Zahlen entsprechen weitgehend die von Paschold angegebenen, dass nämlich 40 Prozent aller Erkrankungsfälle nicht mehr als ein oder zwei ärztlicher Beratungen bedürfen, weitere 40 Prozent mit zwei bis fünf Beratungen auskommen, während nur 20 Prozent kürzer oder länger behandelt werden müssen. Nach Piehler kommen 83 Prozent aller Krankmeldungen mit ein bis sechs Behandlungstagen oder Beratungen aus.*

Aus der Praxis wissen wir, dass nicht alle diese

Krankmeldungen bewusste Drückebergerei darstellen. Viele Patienten streben eine gewisse Sicherheit an, dass keine ernsthafte Krankheit vorliegt, wenn sie eine Bagatellerkrankung durchmachen; andere sind arbeitsmässig so schlecht eingesetzt, dass sie mit einem wenigstens gewissen Recht eine Erholungspause einlegen. Und es ist statistisch gesichert, dass je geringer das Einkommen desto häufiger die Arbeitsaussetzungen sind. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die Beobachtungen während der Grippeepidemie 1957, seit welcher noch heute die Frage im Umlauf ist: „Hast Du schon Deine Grippe genommen?“ Aus den Veröffentlichungen der Krankenkassen geht hervor, dass unter den Pflichtversicherten, also vor allem den Ortskrankenkassenpatienten, ein ganz erheblicher Anstieg der Erkrankungsziffern zu verzeichnen ist, während unter den angegebenen Erkrankungsfällen der privaten Versicherungen überhaupt keine Vermehrung verzeichnet wurde, die über die Fehlergrenze hinausginge. Die Grippeviren müssten also (nach dem Kausalitätsprinzip) die erstaunliche Fähigkeit besessen haben, die Pflichtversicherten herausgefunden und bevorzugt befallen zu haben.

Was soll der praktische Arzt tun, und was tut er gegen diese Erscheinungen? Von vornherein ist klar: Hier hilft keine Psychoanalyse, keine Hypnose, keine Psychotherapie im üblichen Sinn. Soll er schon bei der ersten Krankmeldung die Patienten appellativ bei Ehre und Gewissen packen? Solche Forderungen wurden und werden immer wieder seitens der Institutionen erhoben. Fast alle Praktiker, mit denen ich in Kontakt stehe, sind der Meinung, dass der einzige Erfolg eines solchen Vorgehens das Überwechseln des Patienten zu einem ihm gefügigen Kollegen wäre. Die Ärzte teilen sich in drei Gruppen. Die einen rebellieren unbewusst oder bewusst gegen das Krankfeiern. Ob offen, versteckt oder zynisch versuchen sie, den Patienten das Unberechtigte ihres Krankheitsanspruches klarzumachen. Die zweite Gruppe negiert die geschilderten Tatsachen. Spricht man sie daraufhin an, bekommt man als Antwort ein Achselzucken oder die Bemerkung, an diesen Verhältnissen könne der einzelne Arzt ohnehin nichts ändern. Die dritte Gruppe jedoch sieht die hohe Zahl der Krankmeldungen als Vorteil an und unterstützt sie unbewusst oder bewusst, denn so steigen die Krankenkassenscheinzahlen und damit die Einnahmen.

Mehr sei über diesen Punkt hier nicht berichtet. Unter den Schuldgefühle provozierenden aktuellen Ereignissen der bei mir in Psychoanalyse oder Gruppentherapie stehenden praktischen Ärzte steht er der Häufigkeit und Intensität nach an zweiter Stelle hinter der vierteljährlich erneuerten Frage: Wie

* E. Wiesenhütter. Der Rentenneurotiker im Berufsleben. Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin. Urban & Schwarzenberg, Berlin, München, Wien 1962. Ibidem. (1963) Österr. Ärztezeitung 18, 1. Ibidem. (1963) F. Thieding. Der Mensch und die soziale Krankenversicherung. Hippokrates, Stuttgart 1959.

fertige ich am vorteilhaftesten und unauffälligsten meine Kassenabrechnung? Es wäre verfehlt, die Einstellung einzelner Ärzte als allein entscheidend anzusehen. Was gezeigt werden soll, ist die Abhängigkeit ärztlichen Handelns und ärztlicher Haltung von den übergeordneten kollektiven Systemen der Versicherungen, der Wirtschaft, der Sozialpolitik und der öffentlichen Meinung. Es ist einfach erstaunlich, beziehungsweise es sollte unser Erstaunen immer wieder hervorrufen, in wie wenigen Jahrzehnten sich unsere modernen Versicherungen entwickelt haben und wie sich ihnen der Mensch zunehmend unterwirft. Man kann sich heute gegen alles versichern lassen. Dem entspricht das nahezu grenzenlose Sicherheitsbedürfnis des Menschen; dem entspricht aber auch die durch unsere Gesellschaft vollzogene Gleichsetzung und Vertauschbarkeit von Arbeit, Geld und Krankheit. Wenn in dieser Gleichsetzung und Gleichschaltung Arbeit und Beruf nicht mehr schlechthin als Tugenden angesehen werden, wie es noch weitgehend die Gesetzgebung unbewusst tut, können und müssen Krankheit und geldlicher Ausgleich der Versicherung begehrenswerter sein. Mackenroth schreibt nicht zu Unrecht: „Weder sind unsere Sozialleistungsempfänger alle rentenpsychotische Staatsnutznießer, noch kann man von ihnen erwarten, dass sie aus stiller Verantwortung vor den Staatsnotwendigkeiten darauf verzichten, gesetzlich gegebene Chancen zu nutzen.“ Und wir sehen überall, dass Staaten und Sozietäten die Tendenz nach Sicherung immer weiter fördern, so dass der Sog in diese Richtung jedes individuelle Entgegenstreben seitens eines Arztes illusorisch macht. Aus dem gleichen Grund ist ja auch der spezielle Rentenreformer individueller Psychotherapie unzugänglich, sehen wir von ganz wenigen Ausnahmefällen ab.

Es ist nicht schwer vorauszusagen, wohin die angedeutete Entwicklungstendenz führt. René König* formulierte einmal: „Vollkommene Sicherung bedeutet, soziologisch gesehen, den totalen Konformismus und damit Stillstand der Gesellschaft“. Wir haben bei uns Zeiten des totalen Konformismus, der totalen Gleichschaltung, schon erlebt, die Übertragung der individuellen Verantwortung auf das Kollektiv, die damit verbundene Auslöschung der Individualität, den Stillstand und Abgrund. Es fragt sich nur, wie weit die gemeinten Vorgänge ein allein politisches, wie weit sie nicht auch ein ärztliches Problem darstellen. Die Flucht in die Krankheit, die Zuflucht zu Geld und Renten zeigen die Verzahnung des Arztes und des Patienten mit der Gesellschaft und ihren Wandlungen auf einem Teilgebiet. „Medizin ist ein Mechanismus im sozialen System“ geworden, schreibt Talcott Parsons.* Dieser Tatsache kann sich der einzelne Arzt nicht ganz beziehungsweise nur zu einem geringen Teil entziehen, will er nicht sich und den Patienten verfehlen.

* Probleme der Medizin-Soziologie. Westdeutscher Verlag Köln, Opladen 1958.

Und trotzdem muss eine vielleicht tröstliche Sicht diesen soziologischen und sozialpsychologischen Analysen entgegengesetzt werden. So wünschenswert es ist, dass ärztliche Spezialisten in Forschung und Klinik Perfektion und Technik weitertreiben, dürfte es die Aufgabe des ganzheitlich eingestellten Hausarztes sein, die weitgehend ungelebten und verdrängten Seiten des heutigen Menschen zu neuem Leben zu wecken. Kein Mensch kann und darf Perfektionismus und Funktionalisierung ganz anheimfallen, und ebenso unmöglich ist es, das ärztliche Handeln und Behandeln absolut zu rationalisieren, zu technifizieren und zu kollektivieren. Selbst wenn es der Medizin gelingen sollte, in Kürze der Herzinfarkte, des Krebses und anderer bösartiger Erkrankungen Herr zu werden, stehen wir bei jedem Menschen vor der absoluten Begrenztheit, dem Geheimnis der Existenz, dem Tod. Verdrängen wir diesen Faktor nicht, sind Machtlosigkeit, Unwissenheit und Unvermögen in unserer Wissenschaft und Tätigkeit nicht Negative, sondern notwendige positive Bestandteile. Weiterhin finden wir unmittelbar die sozialpsychologische Eingliederung bei den Funktionären in jedem Teil unserer Tätigkeit relativiert. Der Arzt kann nicht wie der Wirtschaftsfunktionär Werbung treiben. Der Patient ist letztlich nicht im Sinne der üblichen Geldware austauschbar. Er kann nicht einmal die Ärzte beliebig wechseln, wie das im Geschäftsgebaren mit Kunden üblich ist. Bei aller Funktionalisierung und Entpersönlichung ist latent ein Gegenseitigkeit- und Vertrauensverhältnis doch noch erhalten geblieben und sogar tragend. Je stärker der Arzt sich Technik und Funktionalisierung überlässt, desto stärker reagiert — gleichsam regulierend — der Patient mit der Konsultation von Kurpfuschern, Naturheilkundigen, Anthroposophen oder Astrologen. Je stärker er sich darauf besinnt, dass die Medizin im Innersten doch so etwas wie eine Geheimwissenschaft geblieben ist, desto stärker tritt er in Verbindung mit den heute nur verdrängten und ungelebten Seiten des Patienten. Erinnern wir in diesem Zusammenhang auch daran, dass berechtigterweise noch immer ärztliche Kunstfehler und ärztliches Versagen von Berufs- und Strafgerichten ganz anders geahndet werden als Vergehen und Versagen im Bereich der Wirtschaft. Angefügt sei der Hinweis, dass es entgegen der weitgehenden Typisierung in der industriellen und wirtschaftlichen Berufsberatung nicht möglich ist, charakterologische Bestimmungen zu katalogisieren, die für den Arztberuf allgemeine Geltung hätten. In gewisser Weise entspricht dieser Unorganisierbarkeit auch die Tatsache, dass sich unsere Kranken nicht zu öffentlichen Verbänden zusammenschließen können, wie das bei wirtschaftlichen Interessengruppen möglich ist. Ob das der einzelne wahrhaben will, ob er es erkennt oder verdrängt: Krankheit und Tod sind im letzten Grund personale Fakten.

Mit diesen Feststellungen entgehen wir freilich nicht der skizzierten Tatsache, die G. Anders in

dem Satz ausdrückte, der Mensch schicke sich an, sich durch seine eigenen Produkte liquidieren lassen. Der Autor denkt nicht nur an die Unterwerfung onder Maschine und Technik, sondern auch onder die Organisations- en Massamedia. Auf Grund der Sonderstellung des praktischen Arztes — nicht so sehr des Spezialisten — ist sicher eine seiner Hauptaufgaben für die Zukunft die Förderung der so weitgehend ungelebten und verdrängten, der echt menschlichen (personalen) Seite, beziehungsweise Mitte des Patienten. Das kann gar nicht anders vollzogen werden, als dass der Hausarzt über den einzelnen Patienten hinaus denkt und sieht, dass er nicht in Minderwertigkeitsgefühlen verharrt, er habe geringere Aufgaben als der Facharzt oder die Klinik, wenn er sich über die naturwissenschaftliche Ausbildung hinaus um die Gesamtsituation der Gemeinschaften, der Gesellschaft und Kultur bemüht, in welcher er tätig ist. Wenn in einem ersten Schritt, zum Beispiel in Holland, praktische Ärzte an den Universitäten Studenten das lehren, was sie einmal in einer freien Praxis zu sehen bekommen werden, dann ist der notwendige weitere Schritt der, dass dieses Unterrichtsgebiet die soziale und kulturelle Weite erreicht, nach der sich nicht nur einzelne Studierende, sondern auch Politiker, Parteien, öffentliche Institutionen, Versicherungen und Universitäten richten. Die angegebenen Zahlen für das Hauptkontingent heutiger Patienten unserer niedergelassenen praktischen Ärzte sind so erdrückend, dass weder eine naturwissenschaftliche Medizin noch irgendeine bisherige psychotherapeutische Methodik adäquat für die Erfassung, Behandlung oder Beseitigung sind. Wir stehen vielmehr vor der Notwendigkeit der Entwicklung einer eigenen

„sozialen Therapie“, in welcher unsere praktischen Ärzte die Öffentlichkeit und ihre Institutionen lehren und behandeln. Das kann ihnen kein anderer abnehmen, kein Facharzt, kein Psychotherapeut für spezifische Neurosen, auch kein Verwaltungsbeamter oder Jurist. Der in Holland vollzogene Zusammenschluss weiterer Kreise praktischer Ärzte zu ständigen Arbeitsgemeinschaften und einer eigenen grossen Vereinigung hat ebenso wie die Durchführung der Boerhaave-Kurse eine viel weitere Bedeutung als etwa die einer laufenden Fortbildung. Es handelt sich um Regulatoren und Förderer der sozialen und psychologischen Gesamtsituation der Ärzte und ihrer Patienten, von denen wir in Deutschland nur lernen können, denen wir jedenfalls vorläufig nichts an die Seite zu stellen haben.

In dem Augenblick, in welchem der praktische Arzt aus seiner Latenz heraustritt, sich in seiner Sonderstellung erkennt, annimmt und öffentlich neu konstituiert, kann er sich nicht allein blind und unbewusst den Massamedia und kollektiven Einstellungen überlassen, sich von ihnen „liquidieren“ lassen. Ebenso falsch wäre ein entgegengesetztes Protestieren und Gegenankämpfen. Im Bewusstsein der Zugehörigkeit zum Zeitgeist und seinen Institutionen wird sich ein Partnerverhältnis entwickeln, in welchem der Arzt aus der von den Soziologen markierten Rolle des latenten „Angestellten“ und „Funktionärs“, also des Unter- und Eingearbeiteten, in seine natürliche Führungsrolle wieder voll und ganz — wenn auch sicher mit teilweise neuen Nuancen — zurückkehrt. Andernfalls würden in Bälde Versicherungsinstitute, Beamte und Patienten uns Ärzten wirklich vorschreiben, was gesund und krank ist und wie wir zu behandeln haben.

Erfelijke factoren bij aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel

DOOR DR B. J. M. AULBERS, HUISARTS TE DELFT

Een discussie op het jongste N.H.G.-congres over de vraag, of erfelijke factoren een rol spelen bij het ontstaan van spina bifida, was voor mij aanleiding deze kwestie aan de hand van de literatuur na te gaan.

In een overzicht over aangeboren afwijkingen van de wervelkolom vermeldt *Verbiest* het feit, dat abnormale spleten in de wervelbogen meestal gepaard gaan met afwijkingen van het neurale weefsel. Deze aangeboren spleten (spina bifida) kunnen op elke hoogte in het wervelkanaal voorkomen, doch veruit de meeste afwijkingen vindt men in het lumbosacrale gebied.

Bij een spina bifida kan men de volgende afwijkingen van het ruggemerg aantreffen:

1 meningocèle, waarbij een zakvormige uitstul-

ping van de meningen naar buiten voorkomt, die al of niet met huid is bedekt;

2 meningomyelocèle, waarbij het ruggemerg zelf ook meedoet aan de uitstulping;

3 myeloschisis, waarbij delen van de medullaire plaat of wallen aan de oppervlakte van de huid of de meningocèle liggen;

4 totale rhachischisis posterior, die meestal met andere ernstige misvormingen van het centrale zenuwstelsel gepaard gaat en snel dodelijk is.

Naast deze vormen van spina bifida aperta, die zich bij de geboorte duidelijk manifesteren, vindt men ook een spina bifida occulta, waarbij alleen de wervelbogen gespleten zijn zonder uitstulping van