

Manfred Pflanz

Die sozialpolitische Lage des Arztes*

Wenn man annimmt, daß der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation Halfdan Mahler nicht nur seine eigene Meinung äußert, sondern die Ansicht vieler Persönlichkeiten, die für das Gesundheitswesen ihrer Länder verantwortlich sind, so läßt sich an seinen Äußerungen deutlich der Wandel der sozialpolitischen Stellung des Arztes ablesen. Erst vor kurzem hat er darauf hingewiesen¹, daß die medizinischen Fakultäten Ärzte ausbilden nicht für die gesundheitliche Versorgung eines Volkes, sondern für eine medizinische Praxis, die blind ist gegenüber allem, was nicht Krankheit und Technologie in der Medizin heißt. Wenn er hinzufügt, daß die medizinische Ausbildung immer unempfindlicher werde gegenüber den Gesundheitsbedürfnissen und -problemen des Gemeinwesens, so ist hinzuzufügen, daß im Medizinstudium auch die sozialpolitische Situation und die Rolle, die der Arzt in ihr spielt und in Zukunft spielen wird, kaum Gegenstand ernsthafter Erörterungen ist. Wie stellen sich heute einige Brennpunkte der sozialpolitischen Situation des Arztes dar?

Ein wesentliches Charakteristikum der sozialpolitischen Lage des Arztes ist, daß er und seine Interessen *nicht* im Mittelpunkt der Sozialpolitik stehen. Die Aufgaben der Sozialpolitik lassen sich vereinfacht auf einige Hauptpunkte reduzieren: Sicherung gegenüber kalkulierbaren und nicht kalkulierbaren Risiken des Lebens, gleiche Chancen für alle, Erweiterung der Selbstbestimmung des Individuums bei Fragen von schicksalhafter Bedeutung – Mitbestimmung im Betrieb ist nur *ein* Aspekt dieses Punktes – Solidarität in einer arbeitsteiligen Gesellschaft, Verbesserung der Bildungschancen auch in der beruflichen Fortbildung. Ärztliche Belange scheinen hier noch nicht berührt, jedoch beziehen sich alle diese Punkte auch auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Obwohl der Arzt im ganzen gesehen nur eine Randfigur im weiten Feld der Sozialpolitik ist, zwingen doch vor allem zwei Entwicklungen heute alle Gesellschaften, sich mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung unter sozialpolitischen Aspekten zu befassen:

1. die rasche Entwicklung der technischen Medizin bei Vernachlässigung des breiteren sozialen Aspektes und
2. die immense Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Die ersten Herztransplantationen hatten auf die Weltöffentlichkeit eine ähnliche Wirkung wie das Auftauchen des Sputnik im Weltraum auf die amerikanische Öffentlichkeit im Jahre 1959. Man entdeckte mit Entsetzen, daß die technischen Fortschritte der Medizin ihrer praktischen Anwendung weit voraus gelaufen sind. Man sah die Diskrepanz zwischen den technischen Fortschritten der Medizin und der wissenschaftlichen Anspruchslosig-

keit der täglichen medizinischen Praxis. Diese plötzliche Entdeckung der natürlich schon längst existierenden „technologischen Lücke“ in der Medizin wirkte wie ein Schock, und überall stellte sich die Frage, wie man heute und in Zukunft rascher und effektiver die Fortschritte der Medizin bis in die letzte Praxis tragen kann.

Die Kostensteigerung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist eine weltweite Sorge. Obwohl die Abgrenzung der für die Gesundheitsversorgung anfallenden Kosten sehr schwierig und keineswegs einheitlich ist, besteht doch nicht der geringste Zweifel daran, daß die Ausgaben für Gesundheit nicht nur rascher steigen als die Preise, sondern auch rascher als die Einnahmen. Innerhalb der sozialpolitischen Diskussion müssen daher folgende Fragen gestellt werden:

1. Bekommt die Bevölkerung für ihr Geld eine angemessene Gesundheitsversorgung?
2. Kann man einer einzigen Berufsgruppe, nämlich den Ärzten, auch in Zukunft die wesentlichen Entscheidungen über die Ausgaben überlassen?
3. Welche Mittel gibt es, die Kostensteigerung unter Kontrolle zu halten? und
4. Welche Rolle darf der Profit spielen in einem Bereich, in welchem die Begriffe Opfer, Dienst und Hingabe noch nicht ganz vergessen sind?

Die Fragen nach der Effektivität und der Effizienz der gesundheitlichen Versorgung werden erst in jüngster Zeit gestellt^{2,3}. Bis dahin wurde meist mehr oder minder klar nur von notwendigen Einsparungen gesprochen. Der Gesundheitsbericht der Bundesregierung⁴ hat noch 1970 unterstrichen, daß „der Versuch, den Kostenanstieg allein oder zumindest überwiegend durch Veränderungen des Systems der sozialen Krankenversicherung zu beseitigen, die wahren Zusammenhänge verkenne“. Nicht eine Verringerung der Ausgaben wurde als das Hauptproblem betrachtet, sondern nur die Verbesserung der Effektivität und Effizienz.

Wenn gesagt wurde, daß der Arzt die wesentlichen Entscheidungen über die Kosten trifft, so ist damit gemeint, daß alle Ausgaben in den vier Sektoren: ärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arzneimittel und Krankengeld, vorwiegend durch ärztliche Entscheidung und Unterschrift veranlaßt werden. Im Gesundheitssystem ist, wie bereits die Sozialenquete⁵ vor Jahren festgestellt hat, die Situation grundsätzlich anders als auf dem freien Markt der Güter und Dienstleistungen, wo die Nachfrage einen gewissen preisregulierenden Einfluß hat. Dieser ärztliche Einfluß ist bestenfalls in den Konsequenzen zu mindern, aber nicht grundsätzlich zu beseitigen. Kritik wird jedoch dort zu Recht geübt, wo der Arzt diesen Einfluß auch zu seinen Gunsten geltend machen kann. Die Kontrollmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigungen können hier nur Exzesse vermeiden, welche letztlich zu Lasten aller Kassenärzte gehen, aber sie können das Prinzip nicht ändern, daß der Arzt die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen selbst steuern kann.

Die gesetzliche Krankenversicherung kann und soll detaillierte Untersuchungen über ihre Kosten anstellen. Solche Untersuchungsergebnisse können aber erst dann eine Kostensenkung bewirken, wenn der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Möglichkeit einer Einflußnahme gegeben

wird. Auf dem Arzneimittelsektor werden entsprechende Überlegungen schon seit geraumer Zeit angestellt⁶. Jenseits von Honorarverhandlungen haben aber die Kassen zur Zeit kaum eine Möglichkeit, die Kosten für ärztliche Behandlung zu kontrollieren und ebensowenig war es bisher möglich, Krankenhausaufgaben oder überhaupt nur die Liegedauer in Krankenhäusern zu beeinflussen.

Ebenso wichtig wird aber auch eine Überlegung sein, die tief in das Gefüge der Sozialpolitik eingreift, nämlich ob es vollkommen dem professionellen Konsensus der Ärzte überlassen bleiben darf, welche Behandlungsleistungen als „medizinisch notwendiger Bedarf“ deklariert werden. Dabei geht es einmal um die Frage, ob alles, was technisch möglich ist, auch angewandt werden soll, selbst wenn die Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist und die Kosten in grobem Mißverhältnis zu dem Erfolg stehen, zum anderen um eine Einengung des Begriffes „medizinischer Bedarf“ auf Zustände, die nur vom Arzt erfolgreich angegangen werden können.

Die vierte Frage liegt auf einer ganz anderen Ebene, sie betrifft aber den Arzt mindestens ebenso wie die ersten drei Fragen. Richard Titmuss⁷ hat in einem ideenreichen Buch die Bedeutung der Blutspende in der heutigen Zeit vom soziologischen und ökonomischen Standpunkt aus untersucht und stellt hier die Frage, welche Grenzen die heutige Gesellschaft im Bereich der Sozialpolitik zwischen Opfer, Dienst und Bezahlung zieht. In unserer Gesellschaft wird es hoch bewertet, wenn jemand ein guter Geschäftsmann ist, wenn er erfolgreiche Geschäfte abschließt. Öffentlichkeit und Ärzte sind sich darin einig, daß Geld, welches im Rahmen der Krankenbehandlung verdient wird, nicht in den Bannkreis des Wortes „Geschäft“ geraten darf. Die Deutung von Ärzten und Öffentlichkeit ist aber extrem verschieden: Während Ärzte eher zu der Ansicht neigen, ihre Tätigkeit sei kein Gewerbe, ihr Verdienst habe nichts mit Geschäft zu tun, sondern sei ein Honorar, welches kaum ihrer hohen Verantwortung und ihrem hohen Status gerecht werde, sind die Laien eher der Meinung, daß die ärztliche Dienstleistung sich soweit dem Profitdenken entzieht oder entziehen sollte, daß dem Arzt ein dem heutigen Standard entsprechendes durchschnittliches Einkommen zuzubilligen sei, aber nicht mehr, etwa vergleichbar dem Einkommen eines Pfarrers, der im Dienste Gottes und seiner Gemeinde stehe und deshalb sein Sinnen nicht auf den Erwerb großer Reichtümer richten könne. Alle Rhetorik um ärztliche Umsätze und Einkommen beseitigt nicht den Verdacht, daß man in und mit der Medizin tatsächlich „Geschäfte“ machen kann. Dabei sind sich wohl Ärzte und Öffentlichkeit wieder einig darin, daß das Wesentliche der ärztlichen Tätigkeit mit Geld schlechthin nicht aufgewogen werden kann. Die Frage, ob es nicht zweckmäßiger und angemessener wäre, den Arzt mit einer Pauschale, etwa einem Gehalt zu bezahlen, wird zur Zeit vermutlich aus taktischen Überlegungen ausgeklammert. Den Befürwortern des Arztgehaltes wird entgegengehalten, damit werde die Motivation geschwächt und so die Leistung des Arztes verringert. Ich persönlich habe eine höhere Meinung von den Ärzten und glaube nicht, daß in der Bundesrepublik rund 50 000 für ein Gehalt arbeitende Ärzte schlechte Arbeit verrichten, sich keine Mühe geben oder gar die Patienten vernachlässigen. Noch weniger bin ich der Ansicht, daß unsere Kollegen in den Ländern, in

denen Ärzte ausschließlich gegen Gehalt tätig sind, ihrem ärztlichen Auftrag, sich unter allen Umständen zum Wohle des Patienten einzusetzen, nicht nachkommen.

Freiheitliche Sozialpolitik heißt noch längst nicht, daß jeder in diesem Bereich zwar seinem Gewissen verantwortlich ist, im übrigen aber tun und lassen kann, was er will. Mir scheint, daß der Freiheitsbegriff bei uns erheblich überstrapaziert wird und daß es notwendig ist zu fragen, was man unter Freiheit in diesem Zusammenhang zu verstehen hat. Manche Ärzte benutzen diesen Ausdruck und meinen damit, daß sie sich keiner Maßnahme, die auch nur im entferntesten als Kontrolle aufgefaßt werden könnte, stellen wollen. Nicht zu Unrecht fragen uns aber Kollegen aus der DDR, wie lange wir noch die Humanität dem Liberalismus opfern wollen⁸. Denn ohne Zweifel sind Maßnahmen der Überwachung ärztlicher Tätigkeit – wie sie in großem Umfange auch in den USA mit ihrem liberalen System üblich sind – erforderlich und geeignet, Schaden zu verhüten und den Menschen vor Krankheit oder vorzeitigem Tod zu schützen.

Freiheit gibt es bei uns auch in der Arztwahl, ein Prinzip, auf das wir so stolz sind. Kommt zu uns Besuch aus einem anderen Land, so stellt er bald voll Verwunderung die Frage, was man bei uns denn eigentlich unter „freier Arztwahl“ verstehe. Man kann ja bei uns nicht zum „Arzt des Vertrauens“ gehen, sondern nur zum „Kassenarzt des Vertrauens“, und das auch nur tagsüber, nicht nachts und nicht am Wochenende. Man kann sich nicht vom Werksarzt behandeln lassen – außer in Notfällen – und es ist auch nur einer handvoll Krankenhausassistenten erlaubt, den Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter zu behandeln. Ebenso kann man an vielen Orten die Universitätspolikliniken nicht so frei aufsuchen, wie man es möchte. So zeigt sich also bei näherem Hinsehen, daß die Freiheit der Arztwahl doch nicht ganz so frei ist, wie man zunächst glauben möchte, und es drängt sich die Frage auf, ob nicht doch mehr Wahlfreiheit geboten wäre.

Schließlich begegnet uns der Begriff der Freiheit in der sozialpolitischen Diskussion im Zusammenhang mit der Berufsfreiheit des Arztes. Vorab muß klaggestellt werden, daß der Begriff „freier Beruf“ erst in letzter Zeit mit „selbständiger Berufsausübung“ gleichgesetzt wird. Der Arzt ist Angehöriger eines freien Berufes, einer Profession, auch dann, wenn er angestellt ist. Freiberufliche Tätigkeit bedeutet, daß man in seiner Arbeit nicht fachlichen Direktiven unterworfen ist. Es gibt auch bei uns bereits einen Sektor, in dem der Arzt seine ärztliche Entscheidungsfreiheit aufgegeben hat und bestimmten Direktiven zu folgen hat, nämlich den Bereich der Krankheitsfrüherkennung. Hier muß sich der Arzt strikt an die vorgeschriebenen anamnestischen Fragen und das fixierte Untersuchungsschema halten. In allen anderen Bereichen genießt er das Vorrecht der klinischen Entscheidungsfreiheit.

Heute wird dem Arzt ebensowenig wie dem Unternehmer völlige Freiheit zugebilligt, beide sind mannigfaltigen Regelungen unterworfen. Der prinzipielle Unterschied zwischen Arzt und Unternehmer besteht aber darin, daß man den Arzt einer Berufsgruppe zurechnet, welche sich eigene Regeln auferlegt, vor allem ethischer Art. Und die Öffentlichkeit erwartet, daß an solchen Regeln ständig gearbeitet und für ihre Einhaltung gesorgt wird. Die

Bevölkerung wäre sicherlich enttäuscht, wenn sie die lächerlichen Fälle kennen würde, mit denen sich unsere ärztlichen Berufsgerichte beschäftigen⁹. Jedenfalls besteht keinerlei Kontrolle oder Überwachung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen beruflicher Selbstregulierung, mit anderen Worten: der Patient ist bei uns nicht geschützt vor unzureichender oder unzweckmäßiger Behandlung, und wer da meint, der Patient könne ja dann, wenn er sich falsch behandelt fühlt, zu einem anderen Arzt gehen, schätzt die Möglichkeiten des Patienten völlig falsch ein.

Niemand möchte die Freiheit der Entscheidung des Arztes behindert wissen, denn nur diese Freiheit garantiert einen hohen Untersuchungsstandard, der seinerseits dem Patienten zugute kommt. Jedoch wird gleichzeitig ein höheres Maß an kritischer Selbstbeurteilung erwartet, Beurteilung der ärztlichen Tätigkeit durch Ärzte. Der frühere Präsident der American Medical Association Wilbur¹⁰ hat einmal gesagt, der Arzt arbeite heute wie in einem Goldfischglas, sichtbar für andere. Uns ist der Gedankengang der Überprüfung, der Evaluation von Effektivität und Effizienz ärztlicher Tätigkeit noch fremd, aber da wir nicht isoliert von anderen Ländern leben, wird er sich auch bei uns durchsetzen³. Der Stand der Evaluation ist in keinem Land befriedigend, aber in vielen europäischen Ländern werden weit mehr Anstrengungen unternommen als bei uns, die Leistungen des Gesundheitssystems nachzuweisen, und damit auch die Leistungen einzelner Ärzte und anderer Personen im Gesundheitswesen.

Die Evaluation dient einmal der Entdeckung von unzureichenden Maßnahmen und damit deren Verbesserung, weiterhin kann sie Alternativen aufzeigen und helfen, Prioritäten zu setzen, und schließlich ist sie die Voraussetzung jeder sinnvollen Planung.

Es geht hier nicht um eine globale „Optimierung des Gesundheitswesens“. Worauf hier hingewiesen werden soll, ist, daß wir in der Bundesrepublik weder eine Überprüfung der Leistungen von Einzelärzten kennen – das kassenärztliche Prüfsystem betrachte ich als eine Pervertierung dieser Idee – noch eine Beurteilung des Gesundheitssystems in seinen einzelnen Teilbereichen. Dieser Vorwurf trifft nicht nur die Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen, sondern mindestens ebenso die Kassen und die zuständigen Ministerien.

Es bedeutet eine weitere Verkennung der politischen Situation in der Bundesrepublik und des Standes der internationalen Diskussion, sich mit dem abwertenden Wort „Verplanung“ gegen die Notwendigkeit zu stellen, eine langfristige Planung im sozialpolitischen Bereich und insbesondere der gesundheitlichen Versorgung vorzunehmen. Der Beweis, daß die kassenärztliche Versorgung sichergestellt ist, wurde bisher noch nicht geführt, – auch nicht der Gegenbeweis – und es ist lediglich meine persönliche, nicht durch Fakten gestützte Meinung, daß die Versorgung gesichert ist.

Evaluation und Planung sind kontinuierliche und gemeinsame Aufgabe aller Verantwortlichen. Für einen unbefangenen Betrachter ist es unverstänglich, daß ein solches Gegeneinander herrscht in einem empfindlichen, komplexen und teuren System, unbegreiflich, welchen Leerlauf, welche Eifersüchteleien und welches Konkurrenzdenken wir uns leisten.

Ebenso unfaßlich ist es, daß sich offizielle Stellungnahmen von Ärzteverbänden nicht an die Seite der Patienten stellen, daß sie nicht die Interessen der Patienten wahrnehmen, dagegen jenen, die es ausdrücklich tun, wie etwa der DGB, das Recht dazu absprechen. Daß die Vertreter der Ärzteschaft dabei immer von dem Wohl des Patienten sprechen, ohne es ausreichend zu kennen, gehört offenbar zu ihrer Berufsideologie, denn es ist interessant zu beobachten, daß sich Konservative ebenso dieses Argumentes bedienen wie linke Ultra-Progressive. Wir können manches lernen von der sozialpolitischen Entwicklung vieler anderer Länder, welche dem Konsumenten, dem potentiellen Patienten nicht nur Mitberatung, sondern auch Mitbestimmung zubilligt. In der Weimarer Verfassung war dieses Prinzip verankert¹¹, bei uns existiert es nur noch in verdünnter Form im Rahmen der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich wage nicht zu entscheiden, ob sich diese Institution bei entsprechendem Ausbau noch dazu eignet, der Meinung des Konsumenten im Gesundheitswesen Nachdruck zu verleihen oder ob hierfür neue Institutionen notwendig sind. Wer die Diskussion anderer Länder über dieses Problem kennt, weiß, daß die Ärzte die Pflicht haben, die „Konsumenten“ an diese Verantwortung heranzuführen.

Wenn ich sagte, es sei natürlich, daß der Arzt auf seiten des Patienten oder des potentiellen Patienten steht, so darf darüber doch nicht übersehen werden, daß die Beziehung zwischen Patient und Arzt nie ganz konfliktfrei sein wird, da beide verschiedene Interessen haben. Der Unterschied der Interessenlage bringt es auch mit sich, daß der Arzt keineswegs für den Patienten mit spricht, wenn er für sich selbst Stellung nimmt. Daher sollte der Arzt im Patienten oder dem Bürger als potentielltem Patienten einen Partner sehen, der an der gleichen Aufgabe mitwirkt und mitentscheidet, er sollte aber von dem Versuch ablassen, sich selbst als Sprecher des Patienten zu verstehen. Hiermit macht er sich nur unglaubwürdig.

Aus allem ergibt sich, daß nicht nur unsere Bevölkerung sozialpolitisch stärker engagiert ist als bisher und es in Zukunft noch mehr sein wird – wodurch auch der Arzt zwangsläufig mehr in den Brennpunkt des Interesses und damit der Kritik gerückt wird – sondern daß auch die Ärzte ihr Schlagwortdenken aufgeben müssen. Bloße Verteidigung althergebrachter Meinungen wird die Ärzte nicht zu erfolgreichen Verhandlungspartnern machen, so verständlich es auch ist, daß es oft nicht leicht fällt, bisher festgefügte Positionen gründlich überdenken und eventuell aufgeben zu müssen.

Wer sich gegen Änderungen und Reformen stellt, sollte daran denken, daß viele jüngere Ärzte diesen Zeiten, die sich von der Gegenwart erheblich unterscheiden werden, mit Freude entgegensehen. Es sind bereits jetzt bedenkliche Risse innerhalb der Ärzteschaft, insbesondere zwischen der älteren und der jüngeren Generation zu beobachten; es wäre nicht erfreulich, wenn diese Kluft noch breiter würde.

Die Öffentlichkeit hat sich auch bei uns in den letzten Jahren intensiv und kritisch mit der sozialpolitischen Lage des Arztes befaßt. Sie hat sich dadurch die Mißbilligung der Ärzteschaft zugezogen, da die Ärzte nicht verstanden haben, daß es sich hier um einen Notschrei handelte, um einen – manchmal ungeschickt artikulierten – Hilferuf. Die Ärzte haben den Ruf

nicht verstanden. Wer sich zum Sprecher der nach Abhilfe Suchenden machte, wurde als Ideologe abqualifiziert. Ich frage mich, was noch geschehen muß, damit die Ärzte endlich hinhören, Geduld und Toleranz bewahren und sich der Verantwortung bewußt werden, die aus ihrer einzigartigen Machtposition erwächst.

Anmerkungen

- * Überarbeitete Fassung eines Vortrages vor dem Berufsverband der Frauenärzte
- 1 Mahler, H.: Tomorrow's medicine and tomorrow's doctors. WHO Chronicle 31:60-62 (1977).
- 2 World Health Organization: The efficiency of medical care. Report of a symposium, Copenhagen 4-8 July 1966. Copenhagen 1967 (EURO 294.2).
- 3 Pflanz, M.: Beurteilung der Qualität ärztlicher Verrichtungen. Münch. med. Wschr. 110:1944-1949 (1968).
- 4 Deutscher Bundestag (Hg.): Gesundheitsbericht. Bonn 1970.
- 5 Sozialenqu^{te} - Kommission: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland; Sozialenqu^{te}. Stuttgart: W. Kohlhammer, 1966.
- 6 Kastner, F.: Die allgemeinen Ursachen für das ständige Anwachsen der Arzneimittelkosten. Ortskrankenkasse 52:646 ff. (1970).
- 7 Titmuss, R. M.: The gift relationship. New York: Pantheon Books, 1971.
- 8 Rohland, L. und Schorr, R.: Der Widerstand der westdeutschen Ärzte gegen die unsoziale Krankenkassenreform. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1962.
- 9 Bundesärztekammer (Hg.): Sammlungen von Entscheidungen der ärztlichen Berufsgerichte, Bd. II, Köln 1971.
- 10 Wilbur, D. L.: Clinical sense, social sense, common sense. J. Amer. med. Ass. 209:680-684 (1969).
- 11 Ferber, Chr. von: Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart: W. Kohlhammer, 1971.

Florian Tennstedt

Ärzte, Arbeiterbewegung und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Historischer Rückblick aus aktuellem Anlaß

In Deutschland gehört es zu den wenig bekannten Folgeerscheinungen des NS-Regimes, daß traditionsreiche Ansätze einer demokratischen und sozialistischen Ärztopolitik ebenso gründlich vernichtet wurden wie eine innovative, die Ergebnisse der Sozialhygiene „umsetzende“ Selbstverwaltungspolitik der gesetzlichen Krankenkassen in Kooperation mit den Gewerkschaften¹. Die heute im Vordergrund der öffentlichen Diskussion stehende Politik der Ärzteverbände hat zwar ebenso ihre Geschichte, aber in ihrer nahezu vollständigen Ausschließlichkeit wäre sie nicht denkbar ohne die nationalsozialistische Ärztopolitik². Hinzu kommen dann noch unglaubliche Forschungsdefizite auf dem Gebiet der Geschichte der medizinischen Versor-