

UITBREIDING DER ZIEKTEVERZEKERING IN DUITSCH-OOSTENRIJK. — Ingevolge de wet van 6 Februari 1919 wordt in Duitsch-Oostenrijk de ziekteverzekering der *gezinnen* van verzekerden, voorloopig facultatief, ingevoerd. Ook ziekengeld kan onder deze verzekering begrepen zijn. De welstandsgrens bedraagt voor Weenen 9600 kronen, voor andere plaatsen 4800 tot 8400 kronen jaarlijks (*Münch. med. Wochenschr.*). De meeste artsen zullen daar nu wel met hun gezinnen „in de bus” mogen gaan!

„KLINIKER” EN „KLINICIST”. — Prof. F. SCHULTZE te Bonn acht het noodig, in de *Münch. med. Wochenschr.* eens te wijzen op het verschil tusschen deze beide titels. „Kliniker” (in goed Nederlandsch *clanicus*) is iemand, die aan het hoofd van een kliniek staat, of op het gebied der klinische geneeskunde iemand van gezag is. Maar de studenten, die voor het eerst het ziekenhuis betreden, zijn zich gaandeweg „Kliniker” gaan noemen. Zij bleven dit, totdat zij arts werden, en slechts enkelen zijn het later opnieuw geworden. De titel „Klinicist” komt den nog pas studeerenden jongen Germaan eerder toe, en op verzoek van SCHULTZE hadden de kandidaten te Bonn dan ook dezen eernaam aangenomen, totdat de stoomwals der revolutie, die alles tot een (niet altijd frissche) vlakke maakt, ook hierin weder verandering heeft gebracht, en nu zijn meester en leerling beiden „Kliniker”. SCHULTZE zou gaarne Deutsche woorden voor de twee titels gevonden wenschen te zien en beveelt het zoeken aan den Allgemeinen Deutschen Sprachverein aan. Ook zijn Nederlandsche ambtgenooten mochten wel een anderen titel wenschen, daar zij thans gevaar loopen, met hun zieken te worden verward. Immers *κλινικός* duidt zoowel den bedlegerigen lijder aan als den arts, die hem aan zijn bed (*κλίνη*) bezoekt.

PINKHOF.

## INGEZONDEN.

### DE ARTS-STAATSAMBTENAAR.

Op mijn artikel is een reactie gevolgd in den vorm van brieven en kaarten en een enkel ingezonden stukje. De *reactie* was vooral een *trage*, maar m. i. ook een *merkwaardige*. Immers, de schriften rangschikkend, vind ik er van artsen van verschillende leeftijden, lang niet alleen van jongeren. Ik werd een enkele maal getroffen door den toon: er zijn er bij, die voor een heimelijk gekoesterden wensch de mogelijkheid op vervulling zien ontstaan. Verscheidenen vinden het denkbeeld *practisch uitvoerbaar*. Eén collega wil reeds een vereeniging oprichten met het doel het denkbeeld te propageeren en om het werk voor te bereiden van een later of door de Maatschappij of door de regeering in te stellen commissie. Een viertal collegae komt met bezwaren. Zonder hun namen te noemen, wil ik deze in het kort bespreken. Een ieder vinde zijn eigen deel eruit, maar ook een ieder gelieve te overwegen, dat hier slechts één man antwoordt, terwijl, als mijn denkbeeld ernstig zou worden bestudeerd om te zien of het levensvatbaarheid heeft, alle tegenwerpingen zouden moeten worden behandeld door de door mij gevraagde commissie. Het aantal geneeskundig-ambtenaren te beperken lijkt mij onnoodig, aangezien er een groot te kort is aan geneeskundigen en dit tekort in de eerste tientallen van jaren zeker niet zal verdwijnen. Een arts kan trachten op andere wijze zijn brood te verdienen; er zijn specialisten, die meenen, dat zij buiten de regeling moeten vallen; misschien zal blijken, dat zij gelijk hebben, ik verwacht het echter niet. Zelfs de psycho-therapeuth, de man van het gesproken woord, kan in het corps een plaats vinden; moet de gewone ziekenfondsdokter somtijds ook niet uitsluitend door het gesproken woord, dus op psycho-therapeutische wijze, zijn patiënten beter praten? En daarvoor heeft hij wel de lust, als hij maar niet, zooals nu, overkropt is met werk. Dat er een *tekort aan artsen* is, wordt door velen aangenomen, ook hij die mijn „hoogere krijgsschool”-denkbeeld (bldz. 699) prachtig vindt, meent, dat dit slechts is uit te voeren, als er meer artsen komen; dezelfde briefschrijver, en met hem vermoedelijk wel ieder, vindt de jaarwedde-regeling het moeilijkste punt,

daar: „de officieele schatting van dokterswerk laag is”, en hij haalt als voorbeeld aan, dat de gouvernementsartsen in Indië zóó weinig verdienen, dat geen liefhebbers ervoor komen. Inderdaad volkomen juist! Dit euvel dient te worden weggenomen. Onze regeering behoort het, evenals geheel het Nederlandsche volk, een persoonlijke schande te vinden, dat men in den vreemde zoeken moet naar artsen, omdat men geen geld over heeft voor het flink salarieeren van onze eigen geneeskundige krachten (zie mijn artikel bldz. 670).

Men meent, dat de chronische patiënt(e) er onder zal lijden, dat de oudere dames niet zoo vaak zullen worden bezocht — welnu, het zij zoo! Vermoedelijk worden zij er beter door. „Het sloffen naar chronische zieken”, zooals iemand het uitdrukt, kan inderdaad vaak worden overgenomen — en niet ten nadeele van de patiënten — door verpleegsters en huisbezoeksters: de lagere ambtenaren van het geneeskundig corps. Den collega, die meer verwacht van evolutie dan van revolutie, kan ik bijstemmen; echter het hangt maar van den spoed af, waarmee wij gaan willen. Inderdaad zou de meer genoemde commissie misschien een geleidelijke uitbreiding van het rijksverzekeringswezen als brug gebruiken, echter het lijkt mij nu juist, eerst een schema te ontwerpen, hoe alles kant en klaar er uit moet zien en, is men het eenmaal over dien vorm eens, dan moet men niet schromen voor maatregelen, die door sommigen revolutionair zullen worden genoemd. Wij moeten trachten te bereiken, en daarover zijn al mijn brieveschrijvers het eens: een eervolle, goed gesalarieerde positie van den arts.

De laatste schrijver wil de ziekenfondsdokters voorloopig ambtenaar maken van het staatsfonds; langzamerhand worde dan de welstandsgrens opgeheven; de verzekeringsplicht worde eerst voor alle arbeiders, later voor alle klassen ingevoerd. Deze geleidelijkheid zal velen bekoren, aangezien nu eenmaal de meerderheid meer van geleidelijkheid gediend is. Forsch aanpakken doet wel eens zeer, maar m. i. is het beter, dat — als wij het over het einddoel eens zijn geworden — hier flink wordt ingegrepen. Zachte dokters maken stinkende wonden! Tot deze zachte heelmeeesters behoort niet de collega, wiens schrijven ik het laatst bespreek, in het bijzonder omdat ik voor zijn redeneering het meeste voel. Deze collega zegt mij, dat ik hink op twee gedachten. „Gij kunt u, hoewel het geheel in uw stelsel past, niet losdenken van het in de laatste jaren in verband met fondspraktijk zoozeer gehuldigde stelsel der *vrije artsenkeus*. Zij is voortgekomen uit een ongewenschten concurrentiestrijd, geboren in den thans nog vóórtdurenden tijd, waarin de geneeskundige zich slechts door overwerk kan handhaven... Laat uw vrije artsenkeus vallen, zij is in ongerechtigheid geboren... Overigens vind ik uw stelsel best; het *is* best. Doorvoering is m. i. voor dokters en patiënten, voor gezonden en voor zieken noodzakelijk”. Tot zoover enkele passages uit den brief, dien ik zeer op prijs stel; het ware m. i. zeer gewenscht als dit stelsel ook eens openbaar werd verdedigd. In ieder geval is het noodzakelijk, dat ook deze meening in de door mij gedachte commissie krachtig wordt verdedigd.

In het *Tijdschrift* van 15 Maart komt collega BROMBERG tegen mijn stuk op. Ik geef eerst toe, dat ik na het schrijven van mijn artikel bemerkte, dat in andere landen het voorstel reeds in bespreking was; het is dus alleen voor Nederland nieuw. Collega BROMBERG noemt het een „misstand, welke thans in het ziekenfondswezen heerscht, dat n. l. de verrichtingen niet als zoodanig betaald worden”. Deze praemisse kan ik niet onderschrijven. Het zou m. i. eenvoudig een ramp worden, als alle diensten en dienstjes afzonderlijk werden beloond. Zie de reuzen-administratie bij R. V. B.-patiënten, en denk eens, dat voor iederen fondspatiënt alles even nauwkeurig moest worden aangeteekend. Het is dus reeds nu duidelijk, dat ik deze opmerking niet kan waardeeren: het abonnementssysteem is m. i. verre te verkiezen. Mijn tegenstander ziet in, dat de particuliere praktijk door de ziektewet veel beperkter zal worden; waarom kan hij niet inzien, dat door verhooging der welstandsgrenzen bijna ieder — ten slotte: ieder — binnen de grenzen der ziekteverzekering zal vallen?

„De behandelende geneesheer is ongeschikt voor ambtenaar”. Waarom? zou ik willen vragen; deugen wij niet als gemeente-artsen, kunnen wij niet deugen als militair-artsen, als ondernemingsartsen, zooals die in Indië er zoovele zijn, of beschouwt mijn

tegenstander. de ambtelijke afdeeling van een praktijk slechts als een noodzakelijk kwaad, als een brug om in de particuliere praktijk te komen, en om dan ten spoedigste te worden afgebroken? Verder: „de persoonlijke verantwoordelijkheid van den geneesheer is een geheel andere dan de verantwoordelijkheid van een ambtenaar”; ook een andere dan van een geneeskundige-ambtenaar? M. i. volstrekt niet; een argument van BROMBERG ontbreekt; alleen laat hij ons duidelijk zien, dat de verantwoordelijkheid van den arts berust op zijn afhankelijke positie, die steunt op de gunst en recom-mandatie van het publiek, hetgeen toch zeker ook naar zijn meening onze diensten niet kan schaften naar hun werkelijke waarde. Mijn tegenstander zegt nog, dat een arts „dag en nacht voor zijn patiënten moet klaar staan”; wie het daarmee eens is, moet het maar zeggen! Die mentaliteit is er helaas bij velen nog en is slechts geworteld in concurrentiestrijd.

Inderdaad ben ik „zeer gerust”, als ik zeg, dat gemeente- en ziekenfondspatiënten beter geneeskundige hulp genieten dan *vele* particulieren. Immers, er zijn helaas nog vele lieden — te groot voor een servet en te klein voor een tafellaken — die niet in de fondsen mogen of willen, maar op grond van hun beperkt inkomen den arts slechts halen in uiterste noodzakelijkheid; dat zijn degenen, die een operatie niet kunnen betalen en vóór wie niemand het doet; het zijn zij, die met breukbanden scharrelen, omdat zij de herniotomie niet betalen kunnen; het zijn zij, die in fatsoenlijke armoede — als gij liever wilt: in betrekkelijken welstand voortboeren, maar om wier gezondheid niemand zich bekommert en wier beurs het minimum-honorarium van den geneesheer lang niet betalen kan. Dat zij, die gratis geneeskundige behandeling hebben, den dokter niet méér halen, dan nóódig is, heb ik niet gezegd en ik zou dat niet graag onderschrijven; ik zei echter: „deze halen den dokter zeker niet méér dan zij, die hem per visite betalen”; hetgeen heel iets anders is en waarmee een ieder het wel eens zal zijn, die een eenigszins groote gemeente — of ziekenfonds — en particuliere praktijk heeft.

Collega VAN GELDEREN verschilt met mij in enkele onderdeelen van inzicht; meer in het bijzonder betreffen de verschilpunten toestanden uit het tegenwoordig stelsel. „Veelal is er een oogendienarij” — zijn de woorden, die hem aanstoot gaven. Het doet mij voor hem genoeg, dat hij deze niet in zijn praktijk tegenkwam; ik weet echter, dat velen niet zoo gelukkig waren. Dan nog meent hij, dat de Novemberdagen van 1918 mij hadden moeten doen inzien, dat een ziekteverzekeringswet spoedig moet worden ingevoerd; afgezien van de Novemberdagen, die op mij geen grooten indruk maakten, ben ik het met hem eens, alleen wil ik *een goede ziekteverzekering voor een ieder*, hetgeen het ontwerp-TALMA niet brengt.

Tenslotte hartelijk dank aan de talrijke collegae en andere belangstellenden, die in woord of geschrift blijken van belangstelling gaven; dit alles geeft goeden moed voor een niet verre toekomst.

Wormerveer, 24 Maart 1919.

C. J. BRENKMAN.

## DE BEHANDELING VAN PLACENTA PRAEVIA.

Wanneer ik onder de motieven, die leiden tot het verrichten der keizersnede bij placenta praevia, te veel nadruk had gelegd op de mindere kans op nabloeding, zou ik meer hebben beweerd, dan ik met zekerheid weet. Voor zoover de nabloedingen ontstaan uit scheuren in den baarmoederhals en het vlak daarboven gelegen gedeelte van de baarmoeder, worden zij natuurlijk voorkomen door een tijdig verrichte keizersnede. In zooverre ben ik het met dr. WESSELINK eens. Maar met de atonische nabloedingen staat het toch een weinig anders. Ook al is een gedeelte der placenta gelegen in het onderste baarmoedersegment, zoo zal toch een ander en meestal grooter gedeelte daarboven in het corpus uteri in engeren zin zijn zitplaats hebben en zullen bij atonie bloedingen uit dit gedeelte van de baarmoeder evengoed kunnen voorkomen, wanneer het onderste baarmoedersegment niet is uitgerekt, als wanneer dit wel het geval geweest is, getuige de atonische nabloedingen bij normaal gelegen placenta. Het