21 Zusammengestellt nach: Wiener Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte (Hrsg.), Kostenvergleichsrechnung der Ambulatorien 1974, Wien 1975, S. 2.
22 Errechnet nach: Ebenda, S. 1 ff.
23 Zusammengestellt nach: Ebenda, S. 2.
24 Vgl. hierzu: Österreich: Die ärztlichen Argumente haben sich durchgesetzt (Leitartikel), in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 49 (1972) S. 3191, hier heißt es: „Die österreichische Ärztekammer hatte alles vorbereitet, um in der Woche, in der die Abstimmung im Parlamentsausschuß auf dem parlamentarischen Fahrplan stand, erneut, und diesmal für sieben Tage, die Praxen zu schließen."

Felix Elgeti

Kooperative ambulante Einrichtungen in der BRD*

1. Einleitung

Die Diskussion über die ambulante Versorgung nimmt eine zentrale Stelle in der aktuellen gesundheitspolitischen Auseinandersetzung ein. Ambulante Versorgung ist – bis auf wenige Ausnahmen – mit der Versorgung durch die vereinzelt arbeitenden niedergelassenen Ärzte gleichzusetzen. Ihre Leistungen werden vielfältig kritisiert und zu ihrer Reform werden u. a. Gemeinschaftspraxen, Ambulatorien, Gesundheitszentren, Krankenhausambulanzen und ähnliche Einrichtungen vorgeschlagen. Das Ziel dieses Aufsatzes ist es festzustellen, wo derartige Einrichtungen in der BRD schon existieren, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede und welche Merkmale ihrer Entwicklung erhoben werden können.

Die medizinische Wissenschaft hat zahlreiche Disziplinen und eine aufwendige Technik entwickelt. Angewandt werden kann sie als umfassende, prophylaktisch orientierte Betreuung nur durch Arbeitsteilung, Spezialisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit ärztlichen und anderen medizinischen Personals, durch rationelle Organisation und Ausnutzung der modernen Technik, d. h.: kooperativ. Nur so ist auch eine günstige Kosten-Nutzen-Relation möglich. – „Die Form der Arbeit vieler, die in demselben Produktionsprozeß oder in verschiedenen, aber zusammenhängenden Produktionsprozessen planmäßig neben- und miteinander arbeiten, heißt Kooperation."[1] „Ihre Merkmale sind: 1. der gegenseitige Zusammenhang der Arbeitsprozesse, 2. die räumliche und zeitliche Zusammenarbeit, 3. die ideelle Zweck- und Zielsetzung sowie die Planung des Arbeitsablaufs zur Er-

* Dieser Aufsatz ist eine aktualisierte Zusammenfassung der med. Diss. mit dem gleichen Titel (Marburg 1976). Soweit sich die folgenden Informationen auf die dort dokumentierte Umfrage beziehen, werden sie hier nicht nachgewiesen. In den Anmerkungen hier werden hauptsächlich für den spezieller Interessierten diejenigen Literaturstellen über kooperative ambulante Einrichtungen aufgeführt, die noch nicht allgemein bekannt sind.

reichung des Zieles und die damit verbundene Leitung sowie 4. die Kommunikation."[2] Bei kooperativen Einrichtungen beziehen sich diese Merkmale auf den einzelnen Betrieb (im Unterschied zur zwischenbetrieblichen oder gesamtgesellschaftlichen Kooperation).

Durch Kooperation können höhere Betreuungsqualität und -quantität sowie bessere Arbeitsbedingungen, wie sie für eine bedarfsgerechte Betreuung notwendig sind, erreicht werden. Werden die Merkmale der Kooperation allerdings nicht optimal entwickelt, so werden die Vorteile gemindert oder sogar Betreuungsfehler und -verweigerung, Bürokratismus und Verschwendung verstärkt (z. B. bei fehlender gemeinsamer Zielsetzung oder Kommunikation).

Da die oben genannten Kooperationsmerkmale von den zu beschreibenden Einrichtungen selbst nicht zur Definition benutzt werden, muß anstelle dieser eine formale Definition herangezogen werden: die Beschäftigung von mehr als zwei Ärzten in der Einrichtung[3]. Es werden hier nur Einrichtungen mit solidarischer Finanzierung erfaßt, die von Kassen oder anderen Solidargemeinschaften[4] (mit Beiträgen: Gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung; mit Steuern: Militär-, Polizei-, Justiz-, Kultus- und Gesundheitsbehörden, Versorgungsdienststellen und Sozialhilfeträger) finanziert werden und die außerdem zur Therapie berechtigt sind.

Das Material über kooperative ambulante Einrichtungen wurde zum geringeren Teil in der allgemeinzugänglichen Literatur gefunden, größtenteils wurde es durch eine Umfrage bei den zuständigen Verwaltungen der Solidargemeinschaften, in einigen Fällen auch direkt bei den einzelnen Einrichtungen gewonnen.

2. Ergebnisse

2.1. Gliederung der Einrichtungen

Insgesamt wurden 115 kooperative ambulante Einrichtungen erfaßt. Zwar läßt sich weder Vollständigkeit noch Repräsentativität garantieren, aber zur Zeit der Literatursuche und der Umfrage (1975) wären weitere kooperative Einrichtungen nur durch die – mir nicht mögliche – Befragung aller ambulanten Einrichtungen herauszufinden gewesen. Die geringe Zahl – im Vergleich zu den etwa 50 000 Einzelpraxen – weist schon auf einen geringen Kooperationsgrad im ambulanten Bereich in.

Nach welchen Merkmalen lassen sich nun kooperative Einrichtungen gliedern? Wiederholt ist das „standespolitische", das „gewerbliche" und das „staatliche Modell" unterschieden worden[5]. Entsprechend wird auch hier nach den (tatsächlichen) Eigentümern, meist erkennbar an der Rechtsform der Einrichtung, gegliedert. Unter dem Gesichtspunkt, daß der Eigentümer die Ziele der Einrichtung, ihre Kooperationsstruktur, Betreuungsangebot und Arbeitsbedingungen bestimmen darf, scheint dieses Merkmal geeignet.

Zunächst sollten die *privaten Einrichtungen* – in drei Untergruppen gegliedert – genannt werden.

a) Die *freiberuflichen Einrichtungen* sind dadurch gekennzeichnet, daß ihre Eigentümer natürliche Personen sind, die aufgrund ihrer unmittelbaren, persönlichen Leistung von der Mehrwert- und Gewerbesteuer befreit sind (Ein-

kommenssteuergesetz § 18). Sie sind entweder haupt- oder nebenamtlich in diesen Einrichtungen tätig. Zu letzteren gehören insbesondere beteiligte oder ermächtigte Ärzte in Krankenhausambulanzen, soweit sie die Einnahmen nicht an den Krankenhauseigentümer abgetreten haben (vgl. Herdecke). Es ist allgemein bekannt, daß in diesen Ambulanzen oft mehr als zwei Ärzte tätig sind, obwohl nur der beteiligte oder ermächtigte Arzt dazu berechtigt ist; schriftliche Aussagen konnten – wohl wegen dieser rechtlichen Lage – nicht gewonnen werden. Hier scheint sich noch der größte Teil aller kooperativen ambulanten Einrichtungen zu verbergen, dies weist auf den starken Druck zur Kooperation hin, der jedoch jetzt noch durch die Rechtslage zurückgehalten wird.

Einrichtungen mit hauptamtlichen Ärzten als Eigentümer sind bestimmte Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen. Üblicherweise wirtschaften Ärzte in Praxisgemeinschaften getrennt. Sie werden trotz ihrer möglicherweise intensiven, aber *zwischen*betrieblichen Kooperation hier nicht behandelt. Es soll allerdings eine Einrichtung dieser Art in München geben, in der 8 Ärzte ihre Honorare *gemeinsam* nach einem besonderen, von der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) unterschiedenen Schlüssel aufteilen. Bei einigen anderen formellen Praxisgemeinschaften handelt es sich tatsächlich um gemeinnützige Einrichtungen (Gropiusstadt, Riedstadt).

Gemeinschaftspraxen sind ihrer Rechtsform nach Gesellschaften bürgerlichen (privaten) Rechts, deren Gesellschafter dort tätige Ärzte sind; sie rechnen ihre Honorare gemeinsam ab. Meist handelt es sich um zwei verwandte Ärzte. 1975 konnten 21 Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten erhoben werden; die Zahl nimmt jedoch zu.

b) *Gewerbliche Einrichtungen* – außerhalb der medizinischen Betreuung die Regel – wurden nicht gefunden. Bis 1973 war die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) Wiesbaden dazuzuzählen, deren Hauptaktionäre die Siemens-AG und die Allianz-Versicherungsgruppe waren. Da sich ihre finanziellen Gewinnerwartungen nicht erfüllten, übergaben sie das Vermögen einer gemeinnützigen Trägergesellschaft[6]. Obwohl man bei der Kapitalhöhe einiger freiberuflicher (und gemeinnütziger) Einrichtungen auch schon starke Kapitalzwänge (der Erwirtschaftung von Zinsen, der durchschnittlichen Rendite usw.) annehmen muß, scheint das Fehlen ausgesprochen gewerblicher Einrichtungen ein Vorteil für eine soziale Entwicklung des ambulanten Bereichs.

c) Eigentümer *gemeinnütziger Einrichtungen* sind privatrechtliche juristische Personen, deren Ziele als ausschließlich und unmittelbar gemeinnützig anerkannt und die daher von der Mehrwert-, Gewerbe- und Körperschaftssteuer befreit sind (Gemeinnützigkeitsverordnung). Zum einen werden diese juristischen Personen von Privatpersonen gebildet, die in der Einrichtung beschäftigt oder sonst mit ihr verbunden sind. So ist der Eigentümer des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke (Ruhr) der „Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e. V."; seine Mitglieder sind Krankenhausärzte und andere private Personen; in der Ambulanz des Krankenhauses sind auch fünf Ärzte tätig, die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt sind, deren Honorare allerdings der Verein erhält[7]. Ähnlich ist es in dem Gemeinnützigen Gemeinschaftskran-

kenhaus Filderklinik mit 9 beteiligten Ärzten[8], in der Free-Clinic Heidelberg mit drei Ärzten[9], im Gesundheitszentrum Gropiusstadt (Berlin/West) mit 11 Ärzten[10] und im noch in diesem Jahr eröffnenden Gesundheitszentrum Riedstadt mit mindestens 6 Ärzten[11].

Zum anderen werden die juristischen Eigentümer von öffentlich-rechtlichen Personen gebildet. So haben Berufsgenossenschaften (BGen) gemeinnützige Vereine gegründet, die fünf Krankenhäuser mit Ambulanzen und zwei Ambulatorien unterhalten[12]. Gesellschafter der gemeinnützigen DKD-GmbH sind Land Hessen, KV und Ärztekammer. Im weiteren Sinne zählen auch die Max-Planck-Institute für Psychiatrie (München) und für Herzforschung (Bad Nauheim) dazu, da ihre gemeinnützige Eigentümergesellschaft unter dem finanziellen und personellen Einfluß von Bund und Ländern steht.

d) Die juristische Form der *öffentlichen Einrichtungen* wird durch das öffentliche Recht bestimmt. Sie unterscheiden sich durch unmittelbare oder mehr oder weniger mittelbare Staatsverwaltung (Beteiligung von „Selbst"verwaltungsorganen der Sozialversicherung, der Universitäten, Kommunen usw.).

Die AOK Berlin unterhält als kooperative ambulante Einrichtungen ein Ambulatorium[13] und das Institut für psychogene Erkrankungen[14];die AOK Köln ein Strahleninstitut[15]; die Knappschaft 13 Krankenhäuser mit Ambulanz und eine selbständige Ambulanz; die BGen tragen – neben den oben genannten sieben gemeinnützigen Einrichtungen – direkt drei Krankenhäuser mit Ambulanzen; die Landesversicherungsanstalt (LVA) Hamburg unterhält im Zusammenhang mit umfangreichen diagnostischen Einrichtungen (Diagnostische Klinik, Zentrallabor, Zentrale für Lungenkrankenheiten, Diabetikerzentrale, Röntgenabteilung) die Heilanstalt für Beinleiden, die im Rahmen einer kassenärztlichen Ermächtigung auch zur ambulanten Therapie berechtigt ist und in der fünf Ärzte beschäftigt sind[16].

Zu den kommunalen kooperativen ambulanten Einrichtungen zählen die Sozialpsychiatrischen Dienste in sechs Bezirken in Berlin/West, die mehr als zwei Ärzte beschäftigen und auch zur Therapie – der medikamentösen nur eingeschränkt – berechtigt sind[17]; sieben kommunale Krankenhäuser in München und eines in Hamburg[18], die zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung berechtigt sind. Bei den überörtlichen Sozialhilfeträgern (teils kommunale Selbstverwaltungskörperschaften, teils staatliche Behörden) konnten keine kooperativen ambulanten Einrichtungen ausfindig gemacht werden. Nach der Verabschiedung des Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetzes müssen die KVen ab 1977 unter bestimmten Umständen Verträge mit geeigneten psychiatrischen Krankenhäusern abschließen, wodurch dann auch zahlreiche, von Sozialhilfeträgern u. a. getragenen sog. „grauen Ambulanzen"[19] erfaßbar werden.

In der BRD gibt es 26 Universitäten (öffentlich-rechtliche Körperschaften mit „Selbst"verwaltung) mit medizinischen Fachbereichen; deren Polikliniken sind zur ambulanten Betreuung zugelassen[20].

Vom Staat unmittelbar verwaltet werden Bundeswehr (kooperative ambulante Einrichtungen: 14 Krankenhäuser mit Ambulanzen und zahlreiche Sanitätsbereiche[21]), Bundesgrenzschutz, Polizei (Polizeiklinik mit Ambulanz

und drei Ärzten in Berlin/West[22]), Justizvollzug und Versorgungsdienststellen (drei Orthopädische Versorgungsstellen mit drei oder vier Ärzten).

Wie die Übersicht zeigt haben sich die wenigen kooperativen ambulanten Einrichtungen durch die schon genannte Kooperationsbehinderung in einer vielfältigen, planlosen, teilweise illegalen Weise entwickelt; dies gilt zumindest für die kassenärztliche Versorgung.

Es fällt der erhebliche Anteil der Steuerfinanzierung auf, deren Bedeutung für die weitere Entwicklung der ambulanten Einrichtungen hier aber nicht untersucht werden kann.

2.2. Fehlende Kontrolle der Betreuungsleistungen durch die zuständigen Verwaltungen

Die obige – lückenhafte – Übersicht zusammenzustellen war sehr aufwendig, keine oder falsche Antworten der angeschriebenen Verwaltungen waren häufig; daher sind die erhobenen Beschreibungen der kooperativen ambulanten Einrichtungen fast ohne Ausnahme sehr lückenhaft. Es bestätigt sich, „daß die Sozialversicherung sich hinsichtlich ihrer eigenen Aktivität nahezu ausschließlich als ein ökonomisches und sozialrechtliches Instrument verstanden hat und weiterhin versteht"[23]. Die Orientierung auf eine bedarfsgerechte Betreuung ist sozialrechtlich nicht vorgeschrieben. Statt die tatsächliche Morbidität zu bestimmen, die verschiedenen Methoden ihrer Betreuung einschließlich der Beseitigung ihrer Ursachen zu kontrollieren und die wirksamste, volkswirtschaftlich realisierbare Methode zu organisieren[24], werden meist nur bei der Abrechnung anfallende Zahlen summiert. Aussagekräftigere Indikatoren wie Wartezeiten[25], innerbetriebliche Überweisungsfrequenz[26], Krankenhaustage vor und nach Behandlung[27] sind nur in Einzelfällen erhoben.

Angesichts dieser Situation konnten auch keine Belege für oder gegen die Behauptung ärztlicher Standesorganisationen gefunden werden, die Ambulatorien seien teurer oder anonymer als die „freie Praxis"[28]. Vergleicht man die auch von diesen Organisationen benutzte Indikatoren (s. Tab.)[29], so kann man über „Massenbetrieb" und „Verschwendung" nur spekulieren, beweisen läßt sich ohne Messung der gesamten (notwendigen und überflüssigen) Leistungen nichts.

	durchschnittliche Zahl der Wartezimmer	Behandlungsfälle im Quartal	nichtärztl. Mitarbeiter
in allgemeinärztlicher Einzelpraxis	1	1150 je Arzt	3,9 je Arzt
in allgemeinärztl. Gemeinschaftspr.	1	850	3,63
in der selbst besuchten allgemeinä. Gemeinschaftspraxis mit 5 Ärzten	1	1494	5
im AOK-Ambulatorium (17 Fach-/Ärzte)	17	1043 (688)*	3,47
in der Medizinischen Poliklinik in Marburg/Lahn (19 Fach-/Ärzte)	4	187	2,16

* mit bzw. ohne innerbetriebliche Überweisungen

Allerdings soll mit dieser Betrachtung nicht der Effizienz als dem entscheidenden Kriterium für die Frage privater oder öffentlicher Einrichtungen zugestimmt werden. Es ist eine alte Forderung in der demokratischen Bewegung, daß der Staat das Recht seiner Bürger auf Gesundheit durch eine prophylaktisch orientierte, allgemein zugängige und kostenlose Betreuung anerkennen und durch eigene Einrichtungen gewährleisten soll[30]. Erst im Rahmen solcher Grundsatzentscheidungen sollte das Effizienzkriterium praktische Folgen haben.

2.3. Wesentlicher Vorteil in Gemeinschaftspraxen – Arbeitszeitverkürzung für den Arzt

Gemeinschaftspraxen waren 1937 bis 1959 durch die Berufsordnungen verboten und bis 1968 nur in Ausnahmefällen zu genehmigen. Seitdem ist ihre Zahl stark angestiegen: Ende 1974 gab es insgesamt 1158; dabei handelt es sich zu 61 % um verwandte oder verheiratete Ärzte und meist um Partnerschaften (zwei Ärzte)[31]. Bei der Umfrage konnten nur 19 Gemeinschaftspraxen mit drei und 2 mit vier Ärzten in Erfahrung gebracht werden (beide vergrößerten sich 1975 auf fünf Ärzte).

Der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für Sprechstunden und Besuche beträgt in Einzelpraxen 56,8 Stunden für Allgemein- und 48,1 Stunden für Fachärzte, in Gemeinschaftspraxen 40 Stunden je Allgemein- und 28,4 je Facharzt. (Dazu kommen noch andere ärztliche Tätigkeiten[32]. In den übrigen Einrichtungsformen kann man mit einer 40-Stunden-Woche sowie zusätzlichen Überstunden je nach Funktion und Stellenbesetzung rechnen.) Es läßt sich also hinsichtlich der kassenärztlichen Sprechstunden-, Bereitschafts- und Patientenannahmepflichten eine Entlastung für Ärzte in Gemeinschaftspraxen nachweisen. Probleme ergeben sich bei der Einkommensverteilung. Bei allen kooperativen Einrichtungen bestand eine pauschale Bezahlungsform der Ärzte anstelle der Einzelleistungshonorierung. In Gemeinschaftspraxen werden die gemeinsamen Einkünfte prozentual, meist zu gleichen Teilen verteilt; jeder Arzt bekommt also auch weniger, wenn die Leistung seines Kollegen geringer honoriert wird. Dieser Konflikt um die Verteilung der Einkünfte und der Arbeit wird bei größeren und nichtfamiliären Gruppen immer unkontrollierbarer; er hemmt die Entwicklung der Gemeinschaftspraxen. – In den übrigen Einrichtungsformen erhalten die Ärzte ein festes Gehalt, meist mit privaten Nebeneinnahmen aus Gutachten, Privatpraxis u. ä.; in Herdecke und Gropiusstadt gibt es keine Nebeneinnahmen (unter Hinweis auf eine reibungslosere Kooperation!); gleiches gilt für das AOK-Ambulatorium, allerdings mit einer Leistungszulage nach eigenen Behandlungsfällen und Einzelleistungen. Diese Ärzte verlieren kein Geld, wenn ihr Kollege weniger arbeitet (zumindest nicht unmittelbar). Dieser Konflikt beschränkt mit der Zahl der Ärzte auch die Zahl der Fachrichtungen in Gemeinschaftspraxen. Fachübergreifende Praxen gelten bei KVen offiziell sogar noch als unerwünscht (sicher nicht nur wegen Abrechnungsschwierigkeiten, sondern auch wegen der Konkurrenz für Einzelpraxen). Bei der Umfrage konnte nur ein Fall, eine allgemeinmedizinisch/internistische Gemeinschaftspraxis mit drei Ärzten gefunden werden. Zum Vergleich: in

Gropiusstadt sind sechs, im Ambulatorium elf Fachrichtungen vertreten. Eine andere Beschränkung folgt aus der freiberuflichen Rechtsform: der Eigentümer muß „auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig"[33] sein, um als Freiberufler von der Mehrwert- und Gewerbesteuer befreit zu sein.

Diese Beschränkungen hemmen nicht nur die bedarfsgerechte Betreuung, sondern verhindern auch befriedigende Arbeitsbedingungen. Zwar können die Ärzte ihr hohes Einkommen bei geringerer Arbeitszeit erreichen. Aber andere wesentliche Momente, insbesondere ausreichende fachliche Unterstützung, interessante und arbeitserleichternde Technik, angemessene und regelmäßige Arbeitszeiten, gleichberechtigte und kameradschaftliche Beziehung zu den nichtärztlichen Mitarbeitern werden erschwert.

2.4. *Erweiterte Kooperationsmöglichkeiten in gemeinnützigen Einrichtungen*

Gemeinschaftskrankenhäuser, Gesundheitszentren und ähnliche Einrichtungen, deren Beschäftigte selbst den als gemeinnützig anerkannten Eigentümer ihres Arbeitsplatzes bilden, sind junge Formen; das Gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wurde erst 1969 gegründet.

Als letzte Einrichtung dieser Art hat 1976 das Gesundheitszentrum in Gropiusstadt (Berlin/West) eröffnet. Hier arbeiten 11 Ärzte in 6 Fachrichtungen und 49 nichtärztliche Mitarbeiter einschließlich Sozialarbeitern, Psychologen, Bademeister und Hauspflegeschwestern zusammen. Das Personal organisiert seine Arbeit durch eine Selbstverwaltung mit verschiedenen Versammlungen und Vertretungen. Einige Mitglieder der Bürgerinitiative, die die Einrichtung des Gesundheitszentrums unterstützte, wollen diese zu einer Patientenvertretung umbilden. Damit scheinen alle Elemente einer demokratischen Struktur auf betrieblicher Ebene erkannt, wenn auch ihre Verwirklichung noch unvollständig ist. Die Finanzierung dieser umfassenderen, nach der GOÄ nur teilweise honorierten Betreuung erfordert zusätzliche Mittel: ein zinsloses Darlehen von 1 Million DM aus der Klassenlotterie wurde durchgesetzt, die Ärzte treten sämtliche Honorare für ein BAT-Gehalt an den Träger ab, wegen Anfangsschwierigkeiten verzichteten außerdem alle Mitarbeiter auf einen Teil ihres Gehalts. Einen der Sozialarbeiter bezahlt der Diakonische Verein.

Ein Beispiel soll die Folgen dieser neuen Organisation für die tägliche Arbeit zeigen: Nach dem ersten Ansturm der Pharmavertreter auf die einzelnen Ärzte wurde ein gemeinsamer Termin angesetzt, an dem – und nur dann – die Vertreter ihre Präparate Mitarbeitern des Zentrums und der zugehörigen Apotheke vorstellen. Diese Besprechungen führten schon zu rationellerer Medikamentenverordnung und großer Zeitersparnis – nebenbei ein Stück Beschränkung der Konzernmacht zum allgemeinen Nutzen[34].

Einige Merkmale dieser Kooperationsform finden sich auch in anderen derartigen Initiativen: politisches oder weltanschauliches (z. B. anthroposophisch in Herdecke) Engagement; weitgehende Gleichberechtigung aller Mitarbeiter bei der Leitung; Festgehalt für alle; umfassendere, prophylaktisch orientierte Betreuung; Zuschüsse, meist öffentliche, zu Einrichtung und Unterhaltung. – Formal handelt es sich dabei um zugelassene oder be-

teiligte Kassenärzte, deren Arbeit allerdings durch den besonderen Vertrag mit dem gemeinnützigen Träger ihrer Praxis diese neue Form erhält.

Diese Modelle einer bedarfsgerechteren Betreuung und befriedigenderer Arbeitsbedingungen zeigen dem beruflichen Engagement vieler Kollegen einen zwar mühseligen, aber heute schon gangbaren Weg. Eine allgemeine gesundheitspolitische Zielvorstellung können sie allerdings nicht sein. Dazu sind sie zu sehr auf den Idealismus der Ärzte angewiesen. Außerdem kann auch diese Form die bestehenden Zwänge nicht überwinden, die Leistung und Kooperation begrenzen. In privaten Einrichtungen müssen sich betriebliche Kosten mit betrieblichen Einnahmen decken, die üblicherweise nach (Einzel-)Leistungen zugewiesen werden. Diese Grenze kann durch Gehaltsverzichte, Zuschüsse usw. (widerruflich) hinausgeschoben, aber nicht aufgehoben werden.

Dagegen ist die Errichtung (regionale Verteilung!), Schließung (Konkurs unmöglich) und Organisation öffentlicher Einrichtungen eine politische Entscheidung. Entsprechend existieren die öffentlichen kooperativen Einrichtungen nicht mit Einkommensverzichten des Personals, sondern werden kostendeckend finanziert: BG-Einrichtungen und die Heilanstalt für Beinleiden über nach Kosten berechnete Pauschalen; AOK-Einrichtungen, Bundeswehr, Polizei usw. nach Haushaltsplan; kommunale Krankenhäuser für Vordiagnostiktage in Form (kostendeckender) Pflegesätze, für Nachbehandlung über Pauschalen.

Bei den obengenannten gemeinnützigen Einrichtungen, hinter denen öffentlich-rechtliche Personen als Eigentümer stehen, handelt es sich um Übergangsformen; von privaten Zwängen, wie der betrieblichen Kostendekkung, sind sie frei. Daß sie nicht öffentliche Einrichtungen sind, erklärt sich aus ihrer Geschichte, aus politischen Rücksichten und einer bestimmten Flexibilität der gemeinnützigen Rechtsform, mit der eine sehr weitgehende Kooperation erprobt wird. Als Beispiel kann die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) gelten. Ihre 367 Mitarbeiter fast aller Bereiche und Spezialitäten (darunter 49 Ärzte) mit modernsten Gebäuden und Apparaten sowie einer rationellen Organisation bieten für Vorsorge-, Spezial- und Problempatienten eine in ihrer Qualität herausragende Betreuung in der BRD – allerdings nicht zu den amtlichen Gebühren allein sondern z. B. 1974 auch mit 2,5 Millionen DM Landeszuschuß.

Ein Beispiel soll zeigen, wie entscheidend die Leitung und damit der Eigentümer bei zunehmender Kooperation werden. Derartig große Einrichtungen können – und die DKD tut es schon – Computer Tagesübersichten der einzelnen Leistungen jedes einzelnen Arztes mit durchschnittlichem Zeitaufwand und Gebühren nach amtlichen Tarifen zusammenstellen lassen. Es drängt sich die Frage auf, wie entschieden werden soll, woran die Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit orientiert wird.

2.5. Bedarfsgerechte Versorgung und ihre Durchsetzung

Die meisten öffentlichen Einrichtungen wurden beim Militär gefunden. Als unumstritten wird angesehen, daß der Staat für das Sanitätswesen – unabhängig von privater Willkür – zu sorgen hat. Diese Übereinstimmung herrscht nicht im zivilen ambulanten Sektor, obwohl – wie oben gezeigt –

auch hier öffentliches Eigentum eine notwendige Bedingung bedarfsgerechter Betreuung ist. Allerdings sind auch die Bundeswehreinrichtungen, Universitätssportkliniken u. ä. nicht gerade optimal; hier handelt es sich eben nur um eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung.

Wie nun läßt sich eine Erweiterung öffentlicher Verantwortung für den ambulanten Bereich und bedarfsgerechtere Betreuung vorstellen? Einige Hinweise kann man aus der Geschichte entsprechender Einrichtungen der Knappschaften und der Kassen gewinnen. In den Organen der Knappschaft stellen die Versicherten zwei Drittel, die Arbeitgeber nur ein Drittel der Vertreter; dort gibt es mit 13 Krankenhausambulanzen viele kooperative ambulante Einrichtungen. – Die BGen haben das Recht, selbst die Verträge mit den ärztlichen Einrichtungen abzuschließen; sie unterhalten 10 Krankenhausambulanzen und Ambulatorien. Die Krankenversicherungen hingegen haben dieses Recht an die KVen verloren. In den Ortskrankenkassen sind die Versicherten in den Verwaltungsorganen nur noch zur Hälfte vertreten. Ihre drei kooperativen Einrichtungen wurden 1927 (Strahleninstitut), 1946 (Institut für psychogene Erkrankungen) und 1946 (Ambulatorium) gegründet. Nach der Revolution 1918 und nach der Befreiung vom Faschismus 1945 gab es in Berlin zahlreiche Ambulatorien; sie wurden aber von den Nationalsozialisten und wiederum Anfang der 50er Jahre mit der Übernahme des bundesdeutschen Kassenarztrechtes geschlossen[35].

Es ist deutlich, daß die demokratische und Arbeiterbewegung ihren Einfluß – auch zu Zeiten knapperer Finanzen als heute – genutzt hat, um die Qualität und Produktivität durch Kooperation in öffentlichen Einrichtungen zu steigern. Ihre Errungenschaften wurden während der politischen Reaktion und Restauration teilweise wieder zerstört. Als hinreichende Bedingung für bedarfsgerechte Einrichtungen scheint also der demokratische Einfluß auf Staats-, Versicherungsverwaltungs- und Einrichtungsebene notwendig zu sein.

Die gegenwärtige Entwicklung öffentlicher Einrichtungen erscheint zwiespältig: Zum einen haben die Lücken in der psychiatrischen Versorgung – zuletzt offiziell dokumentiert im „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" – öffentliche Beunruhigung hervorgerufen; daher verpflichtet seit diesem Jahr ein Gesetz die KVen, mit geeigneten psychiatrischen (häufig öffentlichen) Krankenhäusern Verträge über die ambulante Betreuung abzuschließen; dies ist sicher ein Fortschritt. Andererseits ist die vor- und nachstationäre Behandlung an einigen (meist öffentlichen) Krankenhäusern im Gange, an anderen geplant[36], ohne daß die notwendigen Voraussetzungen (z. B. zusätzliches Personal) bisher geschaffen worden wären oder werden sollten. Es ist fraglich, ob diese Bestrebungen – verbunden mit den Schlagworten „Kostenexplosion", „Bettenberg" u. ä. – nicht nur mehr öffentliche, sondern auch bedarfsgerechtere Einrichtungen bringen.

Anmerkungen

1 Marx/Engels Werke. Bd. 23. Berlin (DDR) 1969, S. 344.

2 Wörterbuch der marxistisch-leninistischen Soziologie. Berlin (DDR) 1969, S. 252 f.

3 In der BRD werden auch die Partnerschaften mit zwei Ärzten als Gruppenpraxen oder Gemeinschaftspraxen bezeichnet; im Unterschied dazu im Ausland erst ab drei Ärzten, vgl. Holldack, F.: Zur Diskussion um die Gruppenpraxis. Aus: Sozialwiss. Forsch. zw. Theorie u. Praxis. Nürnberg 1974, S. 105–117. – Die ebenfalls wichtigen nichtärztlichen Berufe konnten zur Definition nicht benutzt werden, weil sie noch unvollständiger zu erheben gewesen wären.

4 Definition der Solidargemeinschaft nach: Rosenberg, P.: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Göttingen, Schwartz 1975, S. 184.

5 Deppe, H.-U.: Die gesellschaftspolitische Rolle des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland. In: Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Gesundheitspolitische Arbeitstagung der Gewerkschaft ÖTV. Stuttgart 1974. S. 5–14. Ebenso Deppe an mehreren früheren Stellen und Holldack. Im Unterschied dazu unterscheiden ärztliche Standesfunktionäre, z. B. Kreienberg, W.: Formen gemeinsamer Berufsausübung in der ärztlichen Praxis. In: Dtsch. Ärztebl. 1968, S. 1504–1510, und ihnen nahestehende Autoren freiberufliche von „sozialisierten" Einrichtungen und machen damit die unabhängige oder abhängige ärztliche Berufsstellung zum Gliederungsmerkmal. Vgl. auch die übliche Gliederung stationärer Einrichtungen, z. B. Schmitt, H.-J.: Vor- und Nachteile der rechtlichen Organisation bestehender Trägersysteme im bundesdeutschen Krankenhausbereich. In: Krankenhaus-Umschau 1976, H. 1, S. 19–25.

6 Arbeitsbericht 1970–1975 der Ärztegruppe der Deutschen Klinik für Diagnostik Wiesbaden. Wiesbaden 1975, 175 S.

7 Herdecke, Trick mit Trapez. In: Der Spiegel 1969, Nr. 49, S. 100. Klassenloses Krankenhaus (Herdecke). In: Das Gesundheitswesen in der BRD, Teil I, Analysen und Referate. Hrsg. Gruppe Medizin der marxistisch-leninistischen Hochschulorganisation Tübingen, Basisgruppe Medizin Tübingen, o. J. (1970), R 9–13.

8 Die Filderklinik. Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus. Zu ihrer Einweihung und Eröffnung am 28. u. 29. Sept. 1975. 27 S. – Filderklinik. Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus in Filderstadt-Bonlanden. In: Bauwelt 1975, H. 45, S. 1251–1255.

9 Free-Clinic Heidelberg. Verl. Rieta Hau ²1975, 228 S. – Arbeit in der Free-Clinic – Interview mit den Mitarbeitern. In: Informationsdienst Gesundheitswesen 1976, Nr. 8, S. 11–20.

10 Gesundheitszentrum in der Gropiusstadt/Berlin. Aus: Bauwelt 1976, H. 35, S. 1062–1073. – Gesundheitszentrum in der Gropiusstadt eröffnet. In: Dtsch. Ärztebl. 1976, S. 2053–2054. – Frisé, M.: Eine Praxisgemeinschaft und ihre weitgesteckten Ziele. In: Frankf. Allg. Ztg. vom 4. 12. 1976.

11 Gesundheitszentrum Riedstadt e. V. (4seitiges Informationsblatt von O. Nagel), Griesheim 1977. Informationen über derartige bestehende und geplante Initiativen auch im Protokoll des Arbeitsfeldtreffens des Sozialistischen Büros (Offenbach) zum Thema Gruppenpraxis in Frankfurt am 19./20. Juni 1976.

12 Gemeinsamer Jahresbericht 1973 der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitationseinrichtungen. Hrsg. Arbeitsgemeinschaft der Träger berufsgenossenschaftlicher Rehabilitationseinrichtungen. 53 S.

13 Koschella, H.: Das Ambulatorium der AOK Berlin in Berlin-Wedding. Beilage zum Geschäftsbericht 1970 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. XIV S.

14 Dührssen, A.: Das Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin. Beilage zum Geschäftsbericht 1969 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. XIV S.

15 Teschendorf, W.: Das Strahleninstitut der Allgemeinen Ortskrankenkasse Köln, o. O., o. J. (1969).

16 Das „Kreuz" mit den Beinleiden. In: Gesichertes Leben. Hrsg. LVA Hamburg. 1974. Ausgabe 5. Einlage.

17 Bericht über den gegenwärtigen Stand und die Planung auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker, Hrsg. Senator für Gesundheit und Umweltschutz. Abgeordnetenhaus von Berlin. Ds. 6/895. 1973, 21 S. – Modell für eine sozialpsychiatrische Ambulanz? Über die Arbeitsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin. Von I. Beyersmann, P. Krukenberg, W. Pontzen, B. Reimers. In: Psych. Praxis 1976, S. 153–163.

18 Modellversuch über teilstationäre Krankenhausleistungen (vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung) in der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg 1976, 11 S. – Hamburg, Von Modellversuch keine Rede mehr. In: Dtsch. Ärztebl. 1977, S. 569.

19 Anhang zum Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –. Unterrichtung durch die Bundesregierung (BTDr. 7/4201). Bonn-Bad Godesberg 1975, S. 9. – Eine Beschreibung einer „grauen Ambulanz": Psychiatrisches Behandlungszentrum Köln-Merheim. Hrsg. Landschaftsverband Rheinland. In: „im blickpunkt" 1974, Nr. 6, 58 S.

20 Klaus, D.: Polikliniken. In: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 245–259.

21 Sanitätsdienst der Bundeswehr. In: Truppenpraxis 1972, H. 9. – Vgl. auch: Die Personalsituation im Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr – Analyse und Empfehlungen. Bericht der Kommission des Bundesministers der Verteidigung „Personal-Ergänzung beim Sanitäts- und Gesundheitswesen". Bonn 1975, 93 S. – Sanitätsinspekteur will mit dem zivilen Bereich zusammenarbeiten. In: Dtsch. Ärztebl. 1976, S. 3079–3080.

22 Bericht des Senats von Berlin an den Vorsitzenden des Hauptausschusses des Abgeordnetenhauses v. 12. 11. 1973, Betr.: Polizeiklinik. 3 S.

23 Pflanz, zit. n. Volkholz, V.: Zur Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1, Argument-Sonderband 8, Berlin/West 1976. Initiativen wie die „Volksambulanz Kreuzberg" zählen nicht zu den kooperativen ambulanten Einrichtungen, wie sie hier definiert sind, weil sie nicht von Solidargemeinschaften finanziert werden. Vgl. Die Volksambulanz Kreuzberg. Ein Schritt vorwärts im Kampf um staatliche Polikliniken. V. e. Basisgruppe Pharmazie West-Berlin, KSV-Zelle Medizin FUB. In: Gesundheitspolitisches Forum 1975, H. 8, S. 3–8.

24 Zur Frage des Bedarfs und der Leistungsmessung: Kurella, St., R. Löther, J. Rothe: Erfordernis, Bedürfnis und Bedarf an medizinischer Betreuung. In: Zschr. ärztl. Fortbild. (Jena) 1974, S. 1088–1091. – Flamm, G.: Kriterien des Nutzeffektes der Arbeit in ambulanten medizinischen Einrichtungen. In: Heilberufe 1968, S. 199–201. – Knoblich, I., H. Rohrmoser: Planungsdaten als Voraussetzung für Gesundheitspolitik. Zum Stand der Diskussion in WHO, OECD und BRD. In: Jahrbuch für kritische Medizin, a.a.O. – Reichwald, U.: Planungskriterien für die Einrichtung von interdisziplinären Gesundheitszentren – Teil einer Unterrichtseinheit „Alternativmodelle in der ambulanten medizinischen Versorgung" (Referat, DGMS-Arbeitstagung, November 1976). In: Med.soz. Mitteilungen 1977, Nr. 1, S. 25–55.

25 Über eine planmäßige Verkürzung der Wartezeiten: Zolchow: Über Patienten-Wartezeiten in den Polikliniken des Klinikums Steglitz. 2. Bericht. Berlin/West 1974.

26 S. Anm. 14.

27 S. Anm. 15.

28 Ein herausragendes Beispiel: Der freie Arzt ist der bessere Partner. Hrsg. „Aktionsgemeinschaft der Hamburger Kassenärzte".

29 Berechnungen der Tabelle nach: gemeinschaftspraxis '73. Ergebnis einer Umfrage über Struktur und Bedeutung der Gemeinschaftspraxen in der Bundesrepublik. 2. überarb. Aufl., H. 1. Heftreihe des Zentralinst. f. die kassenärztl. Versg. in der BRD. Köln 1975. Außerdem: eigene Erhebung, Anm. 14 und Festschrift zur Einweihung des Neubaus der Medizinischen Universitätspoliklinik Marburg am 5. September 1974.

30 Vgl. Radke, O.: Gesundheit ohne Klassendiskriminierung. Vortrag auf der 4. Intern. Arbeitstg. der IGM. Oberhausen, 11.–14. 4. 1972 Ms. ●. – Beyer/Winter: Lehrbuch der Sozialhygiene. Berlin (DDR) 1970, S. 127–152.

31 Übersicht über die Zahl der Gemeinschaftspraxen am 31. 12. 1974. Aufgestellt von der KBV. Empirische Untersuchungen außer der gemeinschaftspraxis '73 in: Wolff, M.: Die Gruppenpraxis – eine neue Organisationsform der ärztlichen Berufsausübung. Empirische Untersuchung über die Situation der Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Nürnberg 1973. (Sie umfaßt allerdings auch Partnerschaften und Praxisgemeinschaften.)

32 „gemeinschaftspraxis '73", a.a.O., S. 45, 40.

33 Müller, W.: Einbeziehung der Freien Berufe in das Handelsrecht unter besonderer Berücksichtigung von Arzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Wirtschaftsprüfer und Architekt. Jur. Diss. Kiel 1968. S. 58, 59.

34 Nach Beendigung dieser Ausarbeitung ist das Gesundheitszentrum in eine finanzielle und damit auch organisatorische Krise geraten (vgl. Zum höheren Ruhme des sozialistischen Experiments! Gesundheitszentrum Gropiusstadt pleite? In: Deutsch. Ärztebl. 1977, S. 1117), deren Ursachen hier nicht mehr erörtert werden können. Sicher aber ist sie keine notwendige Folge dieser Organisationsform, da weitere ähnliche Einrichtungen existieren.

35 Parlow, S., I. Winter: Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik. In: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Argument-Sonderband 4, Berlin/West 1974, S. 50, 63–68. – Deppe, H.-U.: Die gesellschaftspolitische Rolle . . . , a.a.O., S. 6. Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, a.a.O. – Leopold, D.: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Jur. Diss. Würzburg 1972.

36 Gemeinsame Pressemitteilung: Ein Einstieg zur Kostendämpfung im Krankenhaus. (Vereinbarung über Modellversuche zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung. Hrsg. Deutsch. Krankenhausgesellschaft u. Gesetzl. Krankenkassen.) Düsseldorf, Bonn 15. 7. 1975.

Dorothy C. Hall

Das Wesen der Krankenpflege und ihre gegenwärtige Praxis*

Die Entstehung der Krankenpflege verliert sich im Dunkeln der Geschichte. Wie die Medizin überhaupt, ist sie eine elementare menschliche Aktivität, hervorgerufen durch ein für die Gattung „homo sapiens" charakteristisches Bedürfnis nach Hilfe, Trost, Sorge und Unterstützung bei psychischer oder körperlicher Not. So gesehen gehört die Krankenpflege zu den Grundfunktionen aller Gesellschaftsformen – von den einfachsten bis zu den am weitesten differenzierten. Sie besitzt also ein Leben und eine Form, die unabhängig ist von jeglichen Experten, die eine Gesellschaft hervorbringen mag, um sie zu entwickeln und zu systematisieren. So wie die Medizin

* Übersetzung aus dem Englischen von Christian Gaedt.