

- 5 Ramberg, Destruction of nuclear energy facilities in war. Lexington/Massachussetts, 1980, S. XV f.
- 6 Ramberg, S. 60 ff., vgl. dazu: Schon der Spaltbomben-fallout einer chinesischen Luftexplosion ist auf den Pflanzen der Kernforschungsanlage Karlsruhe nachweisbar.
- 7 Spiegel vom 1.12.80
- 8 Prof. Koslowski ebd.
- 9 ebd.
- 10 Reaktorunfälle ..., S. 87
- 11 Messerschmidt, zitiert nach E. Weber in: »Unsere tägliche Gesundheit« (Radioaktivität und Krankheit, S. 113), Bd. 3 der Protokolle des Gesundheitstages Berlin 1980
- 12 Tab. 4 in Reaktorunfälle ..., S. 87
- 13 Radioaktivität und Krankheit, S. 114 in: »Unsere tägliche Gesundheit« (Gesundheitstag Berlin 1980)
- 14 ebd., S. 111
- 15 Lancet 4.10.80
- 16 Lancet 20.6.81
- 17 Lancet 15.11.80
- 18 New Engl. Journ. Med. (1962) Vol. 266, S. 1123 - 1155, eine der besten Darstellungen zum Thema
- 19 Editorial in JAMA (Journ. Am. Med. Ass.) 21.11.80
- 20 Reaktorunfälle ..., S. 80
- 21 Zur biologischen Wirkung der Strahlungsenergie vgl. ausführlich die entsprechenden Kapitel in Weish/Gruber, S. 80 ff., 90 - 120
- 22 AKW-Nein Danke Kalender vom Göttinger Atomexpress
- 23 Office of Technology Assessment, S. 22 (1979), (Deutsch z.T. in Militärpolitik Nr. 16/1980)
- 24 Weish/Gruber, S. 13
- 25 Office of Technology Assessment, S. 11
- 26 J.Am.Med.Ass. Editorial vom 21.11.80
- 27 Tagesspiegel vom 10.7.81
- 28 J.Am.Med.Ass. 1980, S. 2314 - 2315
- 29 Lancet v. 15.11.80

Harald Skroblies

## **Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung**

Nach Analysen der Mängel in der ambulanten medizinischen Versorgung werden häufig als Alternative kooperative Einrichtungen gefordert, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen

gen mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Psychologen und Sozialarbeitern, zusammenarbeiten.<sup>1/2/3</sup>

Die Vorteile wurden schon mehrfach dargestellt.<sup>4</sup> Bereits F.W. Schwartz hat darauf hingewiesen, daß »die vielen Erwartungen oft mehr proklamativen Charakter haben, als daß sie genau präzisieren, an welcher Stelle aufgrund welcher empirischer Erfahrungen mit Gruppenpraxen ein Lösungsbeitrag für die Probleme des Gesundheitswesens erzielt werden kann.«<sup>5</sup>

Kaum oder viel zu wenig werden die Probleme und noch unbewältigten Aufgaben reflektiert und ihre Ursachen untersucht.<sup>6</sup> Ich will das so zusammenfassen:

1. Im Gesundheitszentrum gibt es deswegen viele Probleme, weil das Gesundheits- und Versicherungssystem für und mit Einzelpraxen und ohne Einbeziehung bestimmter Berufsgruppen entwickelt worden ist. Es ist ein eklatanter Widerspruch, wenn Psychologen und Sozialarbeiter nur dann aus dem Pool bezahlt werden können, wenn die Ärzte Fallzahlen und Fallwerte erhöhen.<sup>7</sup>

2. In den Gesundheitszentren wird vergleichsweise zeitaufwendige Medizin betrieben (20-30 Minuten für die Erstuntersuchung, 10-15 Minuten für die Wiedervorstellung). Beratung und psychologisch orientierte Gespräche sind aber in der ärztlichen Gebührenordnung unterbezahlt. Das trifft sicher auch auf den Einzelarzt zu, der sich um eine allseitige humanere medizinische Versorgung bemüht und nicht in die Rolle des »Kassenlöwen« fallen will.

3. In den Gesundheitszentren wird viel Wert auf die fachliche Kooperation gelegt. Aber die zwanglose Kommunikation mit den Tür an Tür arbeitenden Kollegen, regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen über Problemfälle, Arbeitsgruppen zwischen den Fachbereichen, regelmäßige interne Fortbildung werden im Rahmen der ärztlichen Gebührenordnung nicht honoriert.

4. Die zunächst ausschließlich manuell geführte gemeinsame Patientenakte verursacht erhebliche organisatorische, personelle und räumliche Probleme. Den Vorteilen einer gemeinsamen kontinuierlichen Patientendokumentation stehen somit erhebliche Kostenbelastungen gegenüber.<sup>8</sup> Auch nach Einführung der elektronischen Datenverarbeitung für einige Bereiche muß damit gerechnet werden, daß die zusätzliche Kostenbelastung bleibt (dagegen die patientenbezogene Kooperation und die Betreuung chronisch Kranker erleichtert wird).<sup>9</sup>

5. Gesundheitszentren sind aufgrund berufsrechtlicher und

gebührenrechtlicher Bestimmungen in der BRD fachübergreifende Praxismgemeinschaften. Die wirtschaftliche Einheit ist also nach wie vor die Einzelpraxis geblieben. Nun sind Gesundheitszentren mit multidisziplinären ärztlichen Teams apparativ gut ausgerüstet für Diagnose und Behandlung. Wegen der strukturellen Mängel der geltenden Gebührenordnung bestehen aber zum Teil deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Umsätzen und dem zu erwartenden Einnahmeüberschuß zwischen den Fachgruppen.<sup>10</sup> Der Einnahmepool ist aber der fachbezogenen Einzelabrechnung nachgeordnet. Die konzeptionellen Überlegungen bei der Errichtung von Gesundheitszentren waren, daß durch den Pool die Unterschiede zwischen den Fachgruppen ausgeglichen werden sollten; Unterschiede, die nicht nur aus unterschiedlichem Arbeitseinsatz, Schwierigkeitsgrad, Ausbildungsdauer, sondern auch aus der Überbetonung apparativ-technischer Leistungen in der Medizin zu erklären sind. Alleine aus diesem Teil der Konzeption erwachsen erhebliche Konfliktmöglichkeiten. Im Gesundheitszentrum Gropiusstadt hat die Auseinandersetzung darüber zur Auflösung des Pools und zur »Rückkehr zum Leistungsprinzip« geführt<sup>11</sup>, in Frankfurt-Böttgerstraße ist der Pool nie eingerichtet worden.

6. Die Gesundheitszentren werden von der starken Kooperation und Kommunikation aller Mitarbeiter geprägt. Das bedeutet:

6.1. Die Konkurrenz aufgrund von Einkommensunterschieden sollte minimiert bzw. aufgehoben werden. Eine Gleichbezahlung ist aber in keinem Gesundheitszentrum erreicht worden; mit Ausnahme des GZ Riedstadt existieren sogar Einkommensunterschiede zwischen den Ärzten. Der Grund liegt wiederum an dem Widerspruch, daß die Gesundheitszentren fast ganz aus den Einnahmen kassenärztlicher Tätigkeit finanziert werden müssen und die ökonomischen Grundlagen zum Zeitpunkt der Errichtung (und noch lange danach) von der Kreditbelastung und zeitlichen Verpflichtung allein der Ärzte abhängen. So müssen besonders die Ärzte bei finanziellen Schwierigkeiten der Zentren um ihre wirtschaftliche Existenz fürchten. Um nicht ständig diesen Konflikt austragen zu müssen, haben sich die Gesundheitszentren für die Bezahlung der Mitarbeiter auf das Tarifsystem des öffentlichen Dienstes bezogen (wenn das auch nicht der alleinige ideologische Grund war; siehe Anm. 17). Das hat immerhin dazu geführt, daß die GZ-Ärzte weniger als ihre niedergelassenen Kollegen, die Arzthelferinnen in der Regel mehr als in Einzelpraxen verdienen.

6.2. In den Gesundheitszentren gibt es erweiterte Partizipationsmöglichkeiten aller Beschäftigten an der Leitung der Zentren. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der nichtärztlichen Mitarbeiter werden aber immer dann infrage gestellt, wenn finanzielle Schwierigkeiten auftauchen (siehe auch 6.1.). Aufgrund der realen ökonomischen Situation entwickelt sich im Laufe der Zeit ein Verhältnis von Arbeitgebern (Ärzte) und Arbeitnehmern (angestellte Mitarbeiter). Diese Entwicklung wird beschleunigt, wenn eine an gemeinsamen Zielsetzungen (bessere Patientenversorgung) orientierte Kollegialität aufgegeben wird.

6.3. Gesundheitszentren haben den Anspruch, die hierarchischen Strukturen, wie sie traditionellerweise im Gesundheitswesen vorhanden sind, zugunsten demokratischer Tendenzen zu verändern. Allen Berichten über Gesundheitszentren ist aber zu entnehmen, daß die Ansprüche ihrer Gründer nicht eingelöst werden konnten. Die realen ökonomischen Verhältnisse, aber auch die Einflüsse unterschiedlicher Sozialisation (auch die GZ-Ärzte stammen aus bürgerlichen Gesellschaftsschichten), Qualifikation und fachliche Kompetenz, soziale und kulturelle Bindungen, politische Auffassungen, also Beeinflussungen gesellschaftlicher Bereiche außerhalb des Arbeitsbereiches Gesundheitszentrum begünstigen die Herausbildung hierarchischer Strukturen. Dies (und die Gleichbezahlung) sind starke Motive für Nichtärzte zur Entwicklung kleinerer Gruppen, in denen aufgrund der Ähnlichkeit von allgemeinen Lebensbedingungen die Verwirklichung gleicher Arbeitsbeziehungen leichter fällt.<sup>12</sup>

6.4. Zur Auflösung hierarchischer Strukturen tragen Bemühungen bei, die fachbereichs-, berufs- und statusspezifischen Begrenzungen der verschiedenen Mitarbeiter durch Aufhebung der Spezialisierung zu durchbrechen. Dazu gehören Teilnahme an fachübergreifenden Fallbesprechungen, Versuche zur Aufhebung der Arbeitsteilung in den Praxen, Übernahme von therapeutischen Aufgaben durch nichtärztliche Mitarbeiter, Teilnahme an Balintgruppen, Übernahme von mehr Verantwortung in Fachbereichen und der Gesamtgruppe, Fortbildungsmöglichkeiten in der Arbeitszeit. Solchen Bemühungen steht vor allem die Arztzentriertheit der ärztliche Gebührenordnung entgegen. Die Erfahrung hat aber auch gezeigt, daß diese Einrichtungen eher zu rascherer Enttäuschung bei engagierten Mitarbeitern über die Möglichkeiten tatsächlicher Veränderung von Arbeitsteilung geführt haben und zum Wunsch, sich außerhalb

des Zentrums beruflich höher zu qualifizieren. Viele notwendige Diskussionen im Rahmen der fachlichen Kooperation (wie auch der Selbstverwaltung und Konfliktbearbeitung) müssen aus zeitlichen und finanziellen Gründen in der abendlichen Freizeit stattfinden und führen zu erheblichen persönlichen und familiären Belastungen.<sup>13</sup>

7. Bereits F.W. Schwartz hat darauf hingewiesen, daß die verschiedenen Modelle »Gruppenpraxis« überwiegend arztbezogene Konzepte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sind.<sup>14</sup> Auch die bisherigen Gesundheitszentren sind aufgrund professionell ärztlich formulierter Interessen entstanden, wenn sich dieses Modell auch durch die Einbeziehung psychosozialer Berufe und den Abbau traditionell hierarchischer Strukturen von neuen Formen der ambulanten Versorgung unterscheidet. Für die Patienten können aber andere Fragen wichtiger sein als die Diskussion um Struktur- und Organisationsprobleme der Gesundheitsversorgung. Bislang gibt es keine verlässliche Untersuchung darüber, ob die Patienten die behauptete neue Qualität der Gesundheitszentren wahrnehmen. Ähnlich wie F. Kater von Patientenäußerungen über das GZ Gropiusstadt berichtet, kommen auch aus dem GZ Riedstadt Klagen wie: zu lange Wartezeiten, Unfreundlichkeiten der Mitarbeiter infolge Arbeitsstreß, Überbelastung der Ärzte, Unübersichtlichkeit der Räume, Mängel in der Patientendokumentation, mangelhafte Aufklärung über Behandlungsweisen. Andererseits gibt es positive Äußerungen: verschiedene Fachrichtungen unter einem Dach ersparen Wege und Zeit, Gesprächsbereitschaft aller Mitarbeiter, Berücksichtigung psychosozialer Probleme, Konsiliarbesprechungen mit den anderen Therapeuten, Bemühungen um Prävention und Gesundheitsaufklärung, die selbstverständliche Bejahung der gemeinsamen Patientenakte als Ausdruck der Kontinuität des medizinischen Informationsflusses und der Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Hier aber sind wissenschaftliche Untersuchungen notwendig, um die vermutete neue Qualität durch Aussagen und Erfahrungen der Patienten zu stützen und zu belegen.<sup>15</sup>

Die konzeptionellen Vorstellungen zur Patientenbeteiligung hat bislang kein Gesundheitszentrum in der BRD verwirklichen können. Die Aufgaben solcher Patientenvertretungen, die es im Zusammenhang mit Gesundheitszentren in verschiedenen westeuropäischen Ländern gibt, beschreibt H.U. Deppe am Beispiel von Großbritannien. Ihre Aufgaben reichen von der Zu-

sammenarbeit mit den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Zentrums bis zur eigenverantwortlichen Veranstaltung zur Gesundheitsaufklärung, um in der medizinischen Versorgung die präventiven Aspekte zu verstärken.<sup>16</sup>

8. Die Gesundheitszentren haben hohe allgemeine Unkosten. Das neue Versorgungsangebot läßt sich nur in Neubauten oder Altbauten mit erheblichem Umbauaufwand realisieren. Dies führt zu hoher Mietbelastung, wenn sich nicht — wie in Gropiusstadt und Frankfurt-Böttgerstraße — öffentliche, nicht profitorientierte Bauherrn und Vermieter finden lassen. Zusätzliche Raumangebote wie Eingangshalle, Cafeteria und Gruppenräume erhöhen die Mietbelastung. Die Gruppengröße verlangt Geschäftsführer und gemeinsame Buchhaltung, Archiv und Empfang, Telefonistinnen, Hausmeister, Schreibbüro, Dienstleistungen, die in einer Einzelpraxis meist nebenbei erledigt werden können.

Die Kritik an den bestehenden Gesundheitszentren kommt mittlerweile nicht nur von ärztlicher Seite, die mit Recht in ihnen systemverändernde Ansätze sieht.<sup>17</sup> Enttäuschte Mitarbeiter von Gesundheitszentren verstärken die skeptische Beurteilung aus dem sogenannten alternativen Lager: 1. Der einzelne Therapeut hat zu wenig Zeit für Gespräche mit den Patienten. 2. Die Apparate- und Medikamentenmedizin steht im Vordergrund. Naturheilkundliche Verfahren werden kaum oder zu wenig einbezogen, der Patient wird zu wenig in den Möglichkeiten der Eigenbehandlung beraten und unterstützt. 3. Die organisatorischen Probleme und wirtschaftlichen Zwänge stehen einer persönlichen Entfaltung der einzelnen Teammitglieder und einem offenen einführenden Umgang mit den Patienten entgegen. 4. Hierarchien werden aufgrund von Einkommensunterschieden und Arbeitsteilung zementiert. 5. Gesundheitszentren hemmen die Entwicklung von Selbsthilfegruppen, Initiativen zur Selbstbehandlung und Selbsterfahrungsgruppen. 6. Auch den Gesundheitszentren fehlt die notwendige Auseinandersetzung um die Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen der Klienten als unabdingbare Voraussetzung für das Wirksamwerden individueller Prävention und psychosozialer Behandlung und Betreuung.

Seit Anfang 1978 haben sich keine Gruppenpraxen mehr so umfassend als Gesundheitszentrum definiert, wie die Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord und das Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Berlin sowie die Gesundheitszentren in Frankfurt-Böttgerstraße und Riedstadt. Allerdings sind in der Zwi-

schenzeit eine Reihe (dem Verfasser sind 12 solcher Gruppen bekannt) ärztlicher Gruppen mit psychosozialen Anspruch und gleichberechtigter Mitarbeit nichtärztlicher Berufe bekannt oder neu gegründet worden. F. Kater beschreibt solche Entwicklungen: »Eine Gruppe von drei bis sechs Ärzten mit weiteren paramedizinischen Mitarbeitern mietet eine große Altbauwohnung bzw. Fabriketage, verzichtet auf technisch-apparative Diagnostik und macht reine Untersuchungs-/Beratungstätigkeit. Bei niedrigen Unkosten und kleinen Patientenzahlen ist dann eine patientenorientierte, psychosoziale Medizin eher möglich. In einer solchen Gruppe kann ich mir auch gleiche Bezahlung von Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern vorstellen. Voraussetzungen wären: keine Zeitverpflichtung der Ärzte und Schuldenaufnahme zu gleichen Teilen.<sup>18</sup>

Für die Verwirklichung der Konzeption Gesundheitszentrum haben sich die wirtschaftlichen Vorausberechnungen als entscheidender Planungsfehler herausgestellt. Sie orientierten sich an der Addition von Fallzahlen und Fallwerten durchschnittlicher Arztpraxen der verschiedenen Fachrichtungen. Eine bessere Qualität medizinischer Versorgung kann sich aber nicht durchsetzen, wenn sie innerhalb des gegebenen Honorierungssystems nicht finanzierbar ist. »Es ist zu vermuten, daß die Arbeit der GZ-Ärzte ein Balanceakt zwischen ihrem Anspruch und den rechtlichen sowie ökonomischen Möglichkeiten ist. Diese werden vor allem begrenzt durch ein Honorierungsverfahren, das ganz auf die Bedingungen in der Einzelpraxis und auf eine naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin zugeschnitten ist« (P. Costas).<sup>19</sup>

Im Gesundheitszentrum Riedstadt haben die bessere Organisation ärztlicher Zusammenarbeit und die psychosoziale Orientierung der therapeutischen Tätigkeit zu einer Senkung der Fallwerte gegenüber den geplanten Krankenscheinschnitten geführt. Diese Mindereinnahmen können nur durch Erhöhung der Scheinzahlen ausgeglichen werden. Das führt zu einer erheblichen Mehrbelastung aller Mitarbeiter, wenn die Qualität der Betreuung nicht sinken soll. Um die finanzielle Tragfähigkeit zu erhalten und um nicht durch zu knappe Personalplanung und erheblichen Mehraufwand an Arbeitszeit zermürbt zu werden, könnten sich die Ärzte genötigt sehen, ihren Umsatz durch eine Erhöhung der Scheinschnitte (also durch Erbringung von mehr Leistungen pro Patient) an den durchschnittlichen Umsatz vergleichbarer Einzelpraxen anzugleichen. Das bedeutet: vermehrt fragwürdiger apparativ-techni-

scher Aufwand und damit Somatisierung vieler Beschwerden. So oder so: als Ausweg aus dem Dilemma erscheint vielen Gesundheitsarbeitern im ambulanten Bereich die kleine Gruppe, in der man/frau sich eher um die systemimmanenten Widersprüche herummogeln kann.

Ich halte es für falsch, wenn die alternative Kritik an den Gesundheitszentren diese ökonomischen Zwänge als quasi selbstverschuldet betrachtet und für die eigenen Ansätze völlig ignoriert. Die Entwicklung gemeindeorientierter Gruppenpraxis mit erweiterten sozialen Versorgungszielen hat in Großbritannien (health centre) und Holland (gesondheidscentrum) zumindest in der Anfangsphase erheblicher ideeller und finanzieller Unterstützung bedurft, die in England von der öffentlichen Hand, in Holland von Wohlfahrtsverbänden (den Kreuzvereinigungen), gemeinnützigen Stiftungen, Kommunen und Krankenkassen kam. In Belgien haben die Maisons medicales ähnliche Probleme wie die Gesundheitszentren in der BRD. Für ihre Forderung nach Ablösung der Einzelleistungsvergütung zugunsten eines Pauschalzuschusses zu den Kosten fortschrittlicher Gruppenmedizin haben sie 1980 (als sie den belgischen Ärztestreik zur Einkommenssicherung der niedergelassenen Ärzte durchbrachten) die politische Unterstützung der Gewerkschaften und Sozialistischen Parteien erhalten.<sup>20</sup> Die Nationalen Gesundheitsdienste in Großbritannien, Italien und Schweden, die aus Steuermitteln finanziert werden, erleichtern zweifellos die Errichtung von Gesundheitszentren.

»Um eine besere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen fordern die Gewerkschaften die Errichtung von ambulanten Gesundheitszentren«, so steht es im neuen DGB-Grundsatzprogramm.<sup>21</sup> Gegen diese Forderung hat sich bereits der Bundesvorsitzende der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), Dr. Roos, mit aller Entschiedenheit gewandt: »Dr. Roos betonte, daß jede Konzentrierung von Gesundheitsleistungen in der ambulanten Versorgung der Bevölkerung eine Zentralisierung und damit eine Enthumanisierung bedeute. Alle in der letzten Zeit angestrebten Bemühungen um eine Humanisierung im Gesundheitswesen würden damit zunichte gemacht ... Um eine bestmögliche ambulante Versorgung der Versicherten sicherzustellen sei es vielmehr wichtig, die räumliche Nähe des Patienten zu seinem Arzt zu gewährleisten. Durch eine Zusammenfassung der Ärzte in Gesundheitszentren werde dies aber unmöglich gemacht.«<sup>22</sup> Und fast zu gleicher Zeit leitet die Landesärztekammer Hessen berufsrechtlich

che Ermittlungen gegen die Ärzte im Gesundheitszentrum Riedstadt ein mit dem Ziel, es den GZ-Ärzten zu verbieten, unter der Bezeichnung Gesundheitszentrum eine ärztliche Praxis zu betreiben. »Niedergelassene Kassenärzte« als Beschäftigte »ambulanter Gesundheitszentren«<sup>23</sup>, die ärztlichen Standesvertretungen haben genau dies als die eigentlich von ihnen zu fürchtende systemüberwindende kooperative Form erkannt. Denn zur Verteidigung der Existenz der freiunternehmerischen Kassenarztpraxis unterstützen mittlerweile die ärztlichen Standesvertretungen viele Formen der innerärztlichen Kooperation, mit denen sie die wirtschaftlichen Privilegien der niedergelassenen Ärzte bewahren und die Kritik an der Leistungsfähigkeit des bisherigen Systems ambulanter Gesundheitsversorgung abwehren.<sup>24/25</sup>

Die Standesvertretungen haben mittlerweile auch ihre anfängliche Furcht vor der Praxis alternativer Gesundheitseinrichtungen verloren. Vor dem Gesundheitstag 1980 in Berlin waren die Stimmen in der ärztlichen Standespresse noch schrill: »Die Alternativen rüsten zum Generalangriff«, »die Spontis planen eigenen Nebenärztetag«, »Es braut sich was zusammen«, und Befürchtungen wurden laut, »ob die progressiven Forderungen aus einem Gesundheitsladen mit den Krankenkassenbeiträgen der werktätigen Bevölkerung verwirklicht werden können und ob sie ohne Gefährdung der Freiheit für Patient und Arzt verwirklicht werden können.«<sup>26</sup> Nach dem Gesundheitstag klang es weitaus milder. »Man glaubt unter die Blumenkinder geraten zu sein« und ist beruhigt, daß »das interessiert diskutierende Auditorium in seinen (Dr. Reibisch's Ausführungen zu praktischen Erfahrungen mit einigen sog. Naturheilverfahren im Rahmen einer allgemeinärztlichen Kassenpraxis, Anm.d.Verf.) sachbezogenen Fragen diese politischen Marginalien (über das politische System der BRD, Anm.d.Verf.) auch vollkommen ausklammerte.«<sup>27</sup> Blumenkinder oder Indoktrinierte? In der Beurteilung der Gesundheitstagsbewegung haben sich die Standesvertreter — vorerst — für die Blumenkinder entschieden. Seit Monaten räumt die Zeitschrift »Der niedergelassene Arzt« den Selbsthilfegruppen Raum für Selbstdarstellungen ein. »Für den Chronisten besteht kein Zweifel, daß viele der während des Gesundheitstages präsentierten Ideen sorgfältig geprüft und gesichtet werden sollten. Wer die 'Alternativ-Mediziner' als Außenseiter betrachtet, sollte nie vergessen, daß jeder medizinische Fortschritt auf 'Außenseiter' zurückgeht - von Robert Koch bis Alexander Fle-

ming. Was die Teilnehmer am Gesundheitstag betrifft, so ist festzuhalten, daß ihr Interesse an rationaler Information den Ideologiesierungstrend weit überragt. Vielleicht eine Basis, sich mit der 'alternativen Medizin' sachlich und vorurteilsfrei auseinanderzusetzen?«<sup>27</sup> Und Dr. Bourmer, Vorsitzender des Hartmannbundes, meinte in einem Interview: »Allerdings sehe ich keine gesundheitspolitischen Konsequenzen dieser Veranstaltung, weil jeder gesellschaftspolitische Bereich und damit jede auf diesen Bereich gerichtete Politik Gesetzmäßigkeiten unterliegt, die sich nicht einfach mit Forderungen, Parolen und Utopien auflösen lassen.«<sup>28</sup> Die Standesvertreter scheinen sich sicher, die neuen Ansätze gut in das bestehende ambulante Versorgungssystem integrieren zu können.

Gesundheitszentren bleiben nur dann ein systemveränderndes Modell, wenn in ihnen folgende Strukturmerkmale erhalten bleiben können:

1. Die ärztlichen Einkommen werden aus einem gemeinsamen Pool bezahlt und richten sich nach Tarifen des öffentlichen Dienstes.
2. Es wird eine gleichberechtigte Kooperation und Teilnahme an den Entscheidungsprozessen durch alle Mitarbeiter - auch der nichtärztlichen - sichergestellt (z.B. durch ein Mitbestimmungsstatut).
3. Die Fortbildung aller Mitarbeiter muß gewährleistet werden.
4. An der Zusammenarbeit mit psychosozialen Berufen ist festzuhalten.
5. Eine gemeinsame Patientendokumentation.
6. Formen der Patientenmitbestimmung.

Ich habe auf die systemimmanenten Widersprüche aufmerksam gemacht, diese Form kooperativer Ambulanz auf Dauer aufrechtzuerhalten. Oppositionelle Ärzte auf dem 84. Deutschen Ärztetag verteilten ein Forderungspapier zur Allgemeinmedizin, in dem es u.a. heißt: Das Versorgungsmonopol der sich niederlassenden Ärzte muß aufgegeben werden, damit andere Versorgungsmodelle in Konkurrenz zum jetzigen System erprobt werden können. Gedacht ist hier an regionale Gesundheitszentren mit staatlicher, gemeinnütziger oder von den Krankenkassen gebildeter Trägerschaft. Hier hätten Ärzte - zusammen mit anderen Berufsgruppen - im Angestelltenverhältnis und damit frei von Profitorientierung - die Versorgung zu tragen.« Forderungen dieser Art müssen in Zukunft zusammen mit den Erfahrungen aus den Gesundheitszentren diskutiert und an die Politiker weitergegeben werden. Die praktische Un-

terstützung von Seiten der Gewerkschaften und der SPD über die programmatischen Forderungen hinaus für die Gesundheitszentren fehlt noch. Zwar sind sich ärztliche Standesvertretungen mit Krankenkassen, Gewerkschaften und SPD über die gesundheitspolitische Einschätzung von Gesundheitszentren einig: sie bedeuten einschneidende Veränderungen im Gesundheitssystem. Es fällt aber auf, daß bislang alle befragten Experten und selbst die Vertreter von SPD, DGB und Krankenkassen die Skepsis über die geringen Zukunftschancen dieser besonders innovationsträchtigen Organisationsform teilen.<sup>29</sup> Ohne eine Veränderung der systemerhaltenden Rechts- und Honorierungsbedingungen im ambulanten Gesundheitswesen, lassen sich die Forderungen nach einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Gesundheitszentren aber nicht realisieren.

### **Anmerkungen**

- 1 Schagen, U., Ambulante medizinische Versorgung, in: Deppe, H.U., Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 192-221.
- 2 Frankfurter Rundschau, 25.5.1981, Bericht über die Pressekonferenz oppositioneller Ärzte anläßlich des Deutschen Ärztetages in Trier.
- 3 Gesundheitszentrum Riedstadt gem.e.V., 6086 Riedstadt. Beschreibung unserer Einrichtung, Mai 1981 (mit umfangreicher Veröffentlichungsliste).
- 4 Kater, F., Gruppenpraxis als Versorgungsmodell für ein Neubaugebiet (Gesundheitszentrum Gropiusstadt), in: Trojan, A. und Waller, H. (Hg.), Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München-Wien-Baltimore 1980.
- 5 Schwartz, F.W., Probleme der Weiterentwicklung des Systems ambulanter medizinischer Dienste in der BRD, in: Kosanke, B., v. Troschke, J., Die ärztliche Gruppenpraxis, Stuttgart 1979, S. 161-191.
- 6 Viele selbstkritische Anmerkungen in: Psychosozial 1/81, Hamburg, Schwerpunktthema: Neue Praxismodelle im Gesundheitswesen, S. 3-71.
- 7 Im Gesundheitszentrum Frankfurt-Böttgerstraße ist die Bezahlung von psychosozialen Mitarbeitern aus dem Pool aufgegeben worden, im GZ Gropiusstadt auf eine Halbtagsstelle einer Sozialpädagogin beschränkt, im GZ Riedstadt werden 2 Psychologen, 1 Sozialarbeiterin und 1 Sekretärin noch gefördert aus Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung.
- 8 Schätzungen für das GZ Gropiusstadt haben ergeben, daß für die Organisation der gemeinsamen Akte zusätzlich 2,5 Arzhelferinnen benötigt werden.

- 9 nach: Angewandte Systemanalyse (ASA), Arbeitsgruppe in der Arbeitsgemeinschaft der Großforschungseinrichtungen, Studienbeschreibung für eine Durchführbarkeitsuntersuchung ausgewählter Probleme des EDV-Einsatzes bei niedergelassenen Ärzten, Interner Bericht, Köln, April 1978.
- 10 Schwartz, F.W., a.a.O., S. 185.
- 11 Kater, F., a.a.O., S. 235; und in: Psychosozial 1/81, S. 32-33.
- 12 siehe Bericht der Kollektivpraxis Gallus in: Psychosozial 1/81, S. 7-28.
- 13 Man hat den Eindruck, daß die Bewältigung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme in den großen Gruppen soviel Energie nach innen verbraucht, daß ein Engagement für die präventive Arbeit, für Gesundheitsberatung oder die Entwicklung neuer Formen der Patientenaktivitäten erschwert ist. Allerdings überrascht auch immer wieder die Mannigfaltigkeit der Bemühungen, nach außen zu wirken. Noch ein Überbleibsel der idealistischen Gründergeneration? (siehe auch Anm. 3)
- 14 Schwartz, F.W., a.a.O., S. 161-162.
- 15 Dazu liegt seit Mai 1980 ein Forschungsantrag, Projekttitel: Explorationsstudie der Gesundheitszentren Riedstadt und Frankfurt-Böttgerstraße unter besonderer Berücksichtigung des psychosozialen Bereichs, vor. Projektleiter: Dr. P. Costas, Berlin. Bislang aber haben wir dafür noch keinen Kostenträger gefunden.
- 16 Deppe, H.U., Gesundheitszentrum und Patientenkomitee. Das Beispiel Aberdare (Wales) und seine Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland, in: Argumente für eine soziale Medizin VIII, AS 30, Berlin 1979, S. 120-137.
- 17 »Das Recht auf freie Niederlassung, an dem wir alle festhalten wollen, steht in der Demokratie auch jenen zu, die mit der internen Konstruktion eines Angestelltenverhältnisses imgrunde genommen zu erkennen geben, daß sie die Freiberuflichkeit nur als Notlösung gewählt haben.« Dr. G. Löwenstein, Aus der Postmappe des KV-Vorsitzenden, Hessisches Ärzteblatt, Frankfurt 12/77, S. 1224.
- 18 Kater, F., in: Psychosozial 1/81, S. 41.
- 19 Costas, P., Explorationsstudie, a.a.O., S. 28.
- 20 nach Unterlagen der Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs Santé Francophones, Bruxelles, 3er Congrès Europeen de Médecine de Groupe Organise en Colaboration avec les Regionales Wallones de la FGTB et de la CSC, Liege, Belgique, 4./5. Avril 1981.
- 21 Die Quelle, Funktionsärztezeitung des DGB, Köln 4/81, S. 227.
- 22 NAV gegen ambulante Gesundheitszentren, in: Der niedergelassene Arzt, Köln 10/81, S. 14-22.
- 23 Ambulantes Gesundheitssystem ohne freie Praxis, in: Der niedergelassene Arzt, Köln 11/81, S. 14-22.
- 24 siehe auch: Dr. Mabuse, Frankfurt, Nr. 21/81, S. 23-25, zur Strategie der Hessischen Ärzteschaft, Ärztehäuser mit Einrichtungen für das ambulante Operieren einzurichten sowie die Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes voranzutreiben.

- 25 Dr. Löwenstein, Dr. Nicklas, Letzte Chance für die freie Praxis, Brief an alle hessischen Kassenärzte, in dem sie die Kollegen geradezu beschwören, »bereit zu sein, durch innerärztliche Kooperation optimal zu rationalisieren«. Hessisches Ärzteblatt 5/81, Frankfurt, S. 355 - 356.
- 26 Der Deutsche Arzt 4/80, Deutsches Ärzteblatt 13/80, Status 10/80.
- 27 Gesundheitstag: Blumenkinder oder Indoktrinierte, in: Der niedergelassene Arzt 20/80, S. 31 - 35.
- 28 Status 10/80, S. 16
- 29 v. Troschke, J., Kosanke, B., Fricke, S., Prognostische Aussagen über zukünftige Entwicklungen, in: Die ärztliche Gruppenpraxis, a.a.O, S. 9 - 33.

Reinhard Kowalski

## **Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis**

### **Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens**

Seit einigen Jahren erhalten in Großbritannien klinische Psychologen direkte Überweisungen von Allgemeinärzten, ohne daß der Patient zunächst von einem Psychiater gesehen wird. Für viele Psychologen ist es mittlerweile selbstverständlich, daß sie einen Teil ihrer wöchentlichen Arbeitszeit in allgemeinärztlichen Gruppen- oder Einzelpraxen zubringen. Ich möchte einen Überblick über die bisher gesammelten Erfahrungen und deren Hintergründe geben - als Denkanstoß für die primären Gesundheitsversorger in der BRD.

### **Erfahrungsberichte über klinisch-psychologische Interventionen in der Primärversorgung**

Schon 1974 plädierte Kincey für eine engere Liaison zwischen Allgemeinarztpraxis und klinischer Psychologie. Er versuchte zunächst, die Frage zu beantworten, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten (skills) der klinische Psychologe dem Allgemeinarzt anbieten kann. In einer Tabelle stellt der Autor den Patientenproblemen die entsprechenden traditionellen psychologischen Methoden gegenüber. Wir finden eine Auflistung aller möglichen psycho-neurotischen Probleme und die ent-