

Von A bis Z

## Stichworte zur aktuellen Diskussion

Einige Begriffe, die in der gegenwärtigen gesundheits- und sozialpolitischen (mehr noch: in der gesellschaftspolitischen) Diskussion immer wieder eine Rolle spielen, hat die Redaktion hier skizzenhaft zu definieren versucht. Meinungen und Gegenmeinungen, subjektive Darstellungen, ja gar Unterstellungen sind in diese wie in viele andere fachpolitische Begriffe eingeflossen, die deshalb einer kritischen Interpretation bedürfen. Die redaktionellen Anmerkungen sollen keine Stichwort-Beiträge zu einem quasi amtlichen Lexikon, sondern marginalische Definitionshilfen für Leser sein, die am aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Geschehen interessiert teilnehmen (nicht zuletzt auch Definitionshilfen für die mitlesende Öffentlichkeit).

DÄ

### Ambulatorium

Als Allheilmittel gegen alle angeblichen Nachteile des gegenwärtig bestehenden Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung wird von dessen Gegnern – und nicht allein von ihnen – die Einschaltung von Ambulatorien und → Polikliniken oder radikal die Abschaffung der freiberuflichen ärztlichen Praxis und ihr Ersatz durch solche Institutionen gefordert. Ambulatorien sind Institutionen – vom Staat oder von staatlichen Untergliederungen, von den Kommunen oder auch von den Krankenkassen getragen (theoretisch ist auch eine private Trägerschaft, auch eine der Gewerkschaften denkbar) –, in denen angestellte Ärzte Patienten umschichtig ambulant behandeln. In Deutschland gab es solche Ambulatorien bis zum Ende der Weimarer Republik bei verschiedenen Krankenkassen; die freipraktizierenden Ärzte forderten ihre Abschaffung nicht nur aus „Konkurrenzgründen“ (die Krankenkassen besaßen damit ein Instrument, mit dem sie den Zulauf von Kassenpatienten zu den freipraktizierenden Kassenärzten in gewissem Ausmaß

steuern und damit „Marktmacht“ gegen diese einsetzen konnten oder wollten), sondern vor allem mit ärztlichen Motiven und im Interesse des Patienten: Der Ambulatoriumsarzt besitzt weniger ärztliche Freiheit schon wegen des in einer Institution notwendigen Dienstplans als sein freipraktizierender Kollege; in erster Linie aber: der Zugang des Patienten zum *Arzt seiner Wahl* ist nicht zu gewährleisten.

Daß der langjährige Kampf der Kassenärzte gegen diese Einrichtungen ausgerechnet kurz nach der Machtergreifung durch eine schon seit vielen Jahren zuvor in der Beratung befindliche Regelung beendet wurde, wird bisweilen noch heute völlig ungerechtfertigt den deutschen Kassenärzten vorgeworfen. Der Bonner Gesetzgeber ließ sich jedoch nicht davon beirren und schuf mit dem sogenannten → Kassenarztrecht eine gesetzliche Grundlage, die die Neugründung von Ambulatorien durch die Krankenkassen seit 1955 ausschließt. Lediglich einige noch bestehende Einrichtungen, meist ausgesprochene Spezialambulatorien, blieben erhalten („Besitzstandswahrung“).

In anderen Ländern geht der „Konkurrenzkampf“ (oft auf dem Rücken der Bevölkerung) zwischen Ambulatorien und freipraktizierenden Ärzten weiter; so haben die meist den parteipolitisch orientierten Gewerkschaften nahestehenden Krankenkassen Belgiens zahlreiche Ambulatorien, und in Österreich wurde mehrfach der Versuch gemacht, die Einrichtung von Ambulatorien, die dort grundsätzlich möglich ist, noch zu erleichtern. In den kommunistischen Ländern ist fast durchweg das Ambulatorium Mittelpunkt der ambulanten ärztlichen Versorgung. Es gibt beispielsweise in der DDR solche, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, wobei man argumentativ versucht, die Allgemeinärzte dadurch „näher an den Patienten“ zu bringen, daß man sie als „Bereichsärzte“ für einen umschriebenen Bereich im Einzugsgebiet des Ambulatoriums zuständig macht. Vielfach sind dort auch die betriebsärztlichen Dienste als Betriebsambulatorien ausgestaltet, die für die vollständige ärztliche Versorgung der Betriebsangehörigen und ihrer Familienmitglieder zuständig sind.

### Approbationsordnung

Die Approbationsordnung – früher einmal in deutsch-tümelnden Zeiten Bestallungsordnung getauft – enthält die Vorschriften über Dauer, Ablauf und Inhalt der Ausbildung zum Arzt, also über das Medizinstudium. 1970 kam eine überarbeitete Ausbildungsordnung heraus, mit der unter anderem das Medizinstudium von acht auf sechs Jahre verkürzt, ein sogenanntes Internatsjahr (→ „Lehrkrankenhäuser“) eingeführt und in der festgelegt wurde, daß die Prüfungen während und am Ende des Studiums einheitlich und schriftlich nach dem sogenannten Multiple-choice-Verfahren zu erfolgen haben.

Formal ist die Approbationsordnung eine Rechtsverordnung des

Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, die mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen ist. Gesetzliche Grundlage dieser Verordnung ist die Bundesärzteordnung, ein Bundesgesetz, das 1970 neu gefaßt wurde.

Gegenwärtig macht vor allem die in der Approbationsordnung vorgeschriebene schriftliche Prüfung von sich reden; in diesen Wochen nämlich wird zum ersten Mal das Physikum, jetzt ärztliche Vorprüfung genannt, in der neuen Form abgehalten, außerdem der erste Teil der ärztlichen Prüfung (unterteiltes Staatsexamen). Der Stoff für die Prüfungen ist in sehr umfangreichen Gegenstandskatalogen festgehalten.

Neben dem Gegenstandskatalog für die ärztliche Vorprüfung gibt es nun auch den Katalog für den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung — leider etwas zu spät herausgekommen, so daß manche Befürchtungen laut werden, Professoren wie Studenten hätten nicht genügend Gelegenheit gehabt, sich auf die neuen Bedingungen einzustellen. Wie dem auch sei: In jedem Fall werden die ersten Prüfungen nach dem Multiple-choice-Verfahren Experiment-Charakter haben (und auch so zu bewerten sein).

## **B**elegarzt

Belegärzte sind freipraktizierende Ärzte (weit überwiegend Fach-Ärzte), die an der stationären ärztlichen Versorgung mitwirken und ihre Patienten nicht nur in der eigenen Praxis ambulant, sondern — auf Überweisung auch die Patienten anderer Ärzte — in Belegabteilungen oder Belegkrankenhäusern stationär behandeln. Von derzeit rund 23 000 freipraktizierenden Fachärzten und 25 250 Allgemeinärzten haben leider nur zusammen etwa 6600 Gelegenheit, als Belegärzte ihre Patienten auch stationär zu betreuen.

Zwischen Krankenhaus und Belegarzt bestehen vertragliche Bindungen (sogenannter Belegarztvertrag), in denen die Rechte und Pflichten beider Parteien verankert sind (insbesondere über Anzahl der Belegbetten, Kostenersatz usw.). Der Belegarzt ist kein Angestellter und kein Beamter des Krankenhauses und nicht weisungsgebunden. Zum Patienten besteht beim Belegarztssystem in der Regel ein Dienstvertrag, aus dem der Belegarzt persönlich haftet.

Durch den Behandlungsvertrag übernimmt der Belegarzt seinem Patienten gegenüber die Verpflichtung zur sachgemäßen wie auch zeitgerechten ärztlichen Betreuung. Der Belegarzt muß wie alle übrigen Ärzte Aufzeichnungen über die durchgeführte stationäre Behandlung anfertigen, das Pflegepersonal unentgeltlich unterrichten und alle stationär Kranken seines Fachgebietes behandeln.

Das Liquidationsrecht gegenüber dem Selbstzahler bzw. dem Privatpatienten steht grundsätzlich dem Belegarzt, nicht aber dem Krankenhausträger zu. Der Belegarzt erstattet die Kosten, die dem Krankenhaus durch Inanspruchnahme von Personal, Räumen und Geräten bei der Behandlung der Patienten entstehen.

Bei sozialversicherten Patienten besteht hingegen kein unmittelbares Vertragsverhältnis zwischen Patient und Belegarzt. Der Belegarzt rechnet vielmehr seine Leistungen über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ab. Dementsprechend erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse des Sozialversicherten nach den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des Patienten einen um die Arztleistungen ermäßigten Pflegesatz. Der Belegarzt seinerseits leistet nach Maßgabe des geschlossenen Belegarztvertrages an den Krankenhausträgern für die Inanspruchnahme von Personal, Räumen und Geräten eine Kostenerstattung.

## **Dazu: Vorschläge der Ärzteschaft im „Blauen Papier“**

Die meisten Belegärzte sind bislang in den sogenannten kleineren medizinischen Fächern am Krankenhaus tätig. Nach den Vorschlägen der deutschen Ärzteschaft („Blaues Papier“) sollten Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung als Belegkrankenhäuser geführt werden. Auch Allgemeinärzte sollten in stärkerem Maße belegärztlich tätig sein. Darüber hinaus wird empfohlen, Krankenhäuser in Stadtrandgebieten und auf dem Lande bevorzugt belegärztlich zu versorgen, um in diesen Regionen durch die Möglichkeit stationärer Behandlung zusätzliche Anreize für die Niederlassung zu schaffen.

In Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sollten auch einzelne Fachabteilungen durch Belegärzte versorgt werden, selbst wenn andere Fachabteilungen durch hauptberuflich im Krankenhaus tätige Ärzte versorgt werden. Auch funktionsärztliche Tätigkeiten im Krankenhaus, etwa im Bereich der Anästhesie, Radiologie und Labormedizin, können von freipraktizierenden Ärzten belegärztlich übernommen werden. In Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern, die als sogenannte Anstaltskrankenhäuser betrieben werden, bietet sich die belegärztliche Tätigkeit für die Wahrnehmung von ärztlichen Spezialaufgaben — insbesondere für die sogenannten Organfächer — an. Das Belegarztssystem dürfte außerdem zunehmend Bedeutung gewinnen für die Wahrnehmung von ärztlichen Spezialaufgaben in einer mit hauptberuflichen Krankenhausärzten besetzten Abteilung. Im „Blauen Papier“ wird ferner empfohlen, die Belegärzte sollten in einem belegärztlich geführten Krankenhaus oder in einer Krankenhausabteilung nach einem Kollegialsystem in Fachgruppen zusammenwirken.

Belegabteilungen an Belegkrankenhäusern oder Anstaltskrankenhäusern sollen in Zukunft von meh-

renen Belegärzten der gleichen Fachrichtung versorgt werden. Damit soll das bisherige Einzelbelegarztsystem durch eine Kollegialordnung abgelöst bzw. erweitert werden. Allen hierfür qualifizierten niedergelassenen Ärzten im Einzugsbereich eines belegärztlich versorgten Krankenhauses oder einer belegärztlich versorgten Krankenhausabteilung könnte damit die belegärztliche Mitwirkung offenstehen. Eine solche verstärkte Einbeziehung niedergelassener Ärzte in die stationäre Krankenbehandlung würde auch dazu beitragen, den Zusammenhang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu verbessern und den Patienten im Krankenhaus in größerem Umfang als bisher auch die Erfahrungen und Kenntnisse qualifizierter und erfahrener niedergelassener Ärzte zu erschließen. Dadurch können Engpässe der ärztlichen Versorgung besser überwunden werden.

## **E**xtramurale Einrichtungen

Das ist ein Überbegriff, mit dem Psychiater und andere Fachleute für die Betreuung psychisch Kranker die verschiedenartigsten Einrichtungen der psychiatrischen Außenfürsorge kennzeichnen. „Extramural“ sind etwa die Übergangseinrichtungen von der stationären Krankenpflege zum „normalen Leben“; extramural sind zum Beispiel beschützende Werkstätten Tag- und Nachtkliniken, Beratungsstellen und Behandlungseinrichtungen, aber auch Patientenclubs oder Sozialclubs. Diese Einrichtungen kennzeichnen auch einen Wandel der Auffassungen hinsichtlich der Versorgung psychisch Kranker – möglich geworden zu einem guten Teil durch neue Behandlungsmethoden, die es in vielen Fällen nicht mehr erforderlich machen, psychisch Kranke in „geschlossenen Anstalten“ unterzubringen. – Auch auf diesem Gebiet zeigen sich in

der letzten Zeit einige interessante gesundheits- und berufspolitische Aspekte. So wird versucht, Einrichtungen dieser Art in die ambulante Versorgung – parallel zu (oder statt?) der Versorgung durch niedergelassene Ärzte – einzuschalten. Während dafür (zum Teil auch von niedergelassenen Ärzten) Gründe der Praktikabilität vorgebracht werden, stehen hinter dieser Idee andererseits aber Verfechter „systemverändernder“ Reformen: die ambulante institutionalisierte Versorgung psychisch Kranker als Modell für weiteres. . .

## **F**amulatur

Famulaturen sind Zeiten einer praktischen Ausbildung während des Medizinstudiums, abzuleisten in den Semesterferien. Die Einrichtung ist schon seit langem bekannt; praktiziert werden die Famulaturen freiwillig oder als (von der Approbationsordnung vorgeschriebene) Pflichtfamulaturen. Wurde bisher die Pflichtfamulatur in Krankenhäusern verbracht, so ist es seit Erlaß der neuen → Approbationsordnung anders: Die Studienanfänger des Wintersemesters 1971/72, die am Ende des Sommersemesters 1973 das Physikum absolviert haben, können nicht mehr in Krankenhäuser gehen. Ihnen stehen für die Famulatur Allgemeinpraxen, Gemeinschaftspraxen, aber auch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sozialversicherungsträger und der werksärztliche Dienst offen. Wie alles, was neu und ungewohnt ist, so macht auch die neue Form der Famulatur organisatorisch gewisse Schwierigkeiten. Vor allem wird es noch einige Zeit dauern, bis die Vermittlung von Famulaturplätzen reibungslos läuft. Besondere Bemühungen gelten derzeit der Vermittlung von Famulaturplätzen in Allgemeinpraxen. Hier gibt es bereits einige Vorbilder aus früheren Jahren, als derartige Famulaturen freiwillig wahrgenommen werden konnten. Schon damals zeigte

sich, daß die Studenten an dieser besonderen Form der Ausbildung „vor Ort“ sehr interessiert sind. Der Andrang der Medizinstudenten unter den Aspekten einer Pflichtfamulatur wird jedoch weitaus größer sein. Die organisatorischen Vorarbeiten zur Bewältigung der Nachfrage sind inzwischen angelaufen; auch die Landesärztekammern haben sich jetzt in die Vermittlung eingeschaltet. Von der Bundesärztekammer wurde zur Unterstützung dieser Arbeit und zur Information interessierter Ärzte ein Merkblatt erarbeitet, das vor allem auch auf eine ganze Reihe praktischer Probleme eingeht; es hatte sich nämlich gezeigt, daß mancher Arzt nur deshalb zögerte, einen Famulus zu nehmen, weil ihm Fragen um Versicherung, Unterbringung usw. nicht klar waren.

## **G**ebührenordnung

Eine ärztliche Gebührenordnung hat weniger den Charakter einer „Preisliste“; sie ist vielmehr zunächst, wie es in einem Ärztetagsbeschuß einmal genannt wurde, „ein Katalog der abrechenbaren ärztlichen Leistungen“. In gewissem Ausmaß legt die Gebührenordnung dabei auch die Wertrelationen zwischen den verschiedenen ärztlichen Leistungen fest. Sie ist gewissermaßen „Meßlatte“ und damit ein Regulativ von großer medizinischer und gesundheitspolitischer Bedeutung. Zuständig für den Erlaß der Gebührenordnung ist die Bundesregierung; sie hat sich allerdings bisher auf diesem Gebiet nicht hervorgetan. Denn bis 1965 ließ sie eine alte Gebührenordnung, die Preußische aus dem Jahre 1924, weitergelten; dann setzte sie eine bestehende Vertragsgebührenordnung, die Ersatzkassen-Adgo, nach dem Stand von 1965 als „Übergangsgbührenordnung“ bis zum Erlaß einer neuen an ihre Stelle – und diese Übergangsgbührenordnung gilt neun Jahre später immer noch. Da aber die medizinische und gesundheitspoli-

tische Entwicklung rasch fortschreitet, bildet sich allmählich durch Vereinbarungen – vornehmlich und vorbildlich zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Ersatzkassenverband, mit Verzögerung und schwerfälliger auch mit den RVO-Kassenverbänden (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen) – erneut ein Vertragsgebührenordnungssystem neben der längst überholten „amtlichen Gebührenordnung“ heran.

Die Bundesärztekammer hatte schon 1967 den erwarteten Entwurf, der die „Übergangsgebührenordnung“ durch eine endgültige (wenn auch anpassungsfähige) Ordnung ersetzen sollte, der Bundesregierung vorgelegt, nachdem mehrere Deutsche Ärztetage ihn intensiv diskutiert und schließlich gebilligt und verabschiedet hatten.

Bis jetzt ist aber nichts geschehen; auch eine lineare Anpassung der seit 1965 geltenden amtlichen Gebührensätze ist seitdem nicht erfolgt. Im Vertragswesen ist – da die Gebührenordnung ja einen Rahmen zwischen Mindest- und Höchstsätzen enthält – eine Anpassung an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung zwar regelmäßig möglich; die „Einfrierung“ der Mindestsätze auf einen längst überholten Stand wirkt sich aber häufig hemmend dort aus, wo der Staat oder staatliche Instanzen Auftraggeber und Zahlungsverpflichteter sind, so zum Beispiel im Begutachtungswesen oder im Jugendarbeitsschutz.

## Gemeinschaftliche ärztliche Praxisausübung

Bei den verschiedenen – möglichen und auch praktizierten – Formen gemeinsamer ärztlicher Berufsausübung unterscheidet man in der Bundesrepublik Deutschland: Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft, Ärztehaus, Praxisklinik.

(Verwaltung und Finanzierung, Verteilung der Einnahmen und Ausgaben, Arbeitsübernahme und Arbeitsorganisation wie auch die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche sind Gegenstand eines besonderen Vertrages zwischen den Beteiligten.)

① Die *Gemeinschaftspraxis* stellt den Zusammenschluß von mindestens zwei oder mehreren Ärzten *des gleichen Fachgebietes* zur gemeinsamen Ausübung des ärztlichen Berufes in einer einzigen gemeinsamen Praxis dar. Von allen ärztlichen Kooperationsformen stellt sie den engsten persönlichen Zusammenschluß zu gemeinschaftlicher ärztlicher Berufsausübung dar.

② Die *Praxisgemeinschaft* ist ein Zusammenschluß von mindestens zwei oder mehreren Ärzten zur Berufsausübung – partiell oder vollständig – mit gemeinsamem Personal und unter – partiell oder vollständig – gemeinsamer Nutzung der Praxiseinrichtungen.

Für eine Zusammenarbeit in Praxisgemeinschaften bzw. Gruppenpraxen gibt es verschiedene (Unter-)Formen, die nach dem jeweiligen Zweck und dem beabsichtigten Intensitätsgrad der Zusammenarbeit unterschiedlich gestaltet sein können. Die Formen derartiger Gruppenpraxen lassen sich allgemein im Hinblick auf die fachliche und im Hinblick auf die rechtlich-organisatorische Partnerschaft differenzieren. Grundsätzlich sind zwei Hauptformen der Gruppenpraxen möglich: Der Zusammenschluß von zwei oder mehreren Ärzten *der gleichen Fachrichtung* zur gemeinsamen Nutzung der Praxisräume und/oder zur gemeinsamen Inanspruchnahme des Praxispersonals oder der Zusammenschluß von zwei oder mehreren Ärzten *verschiedener Fachrichtungen* zur gemeinsamen Nutzung der Praxisräume und/oder der Praxiseinrichtungen und/oder zur gemeinsamen Inanspruchnahme des Praxispersonals (sogenannte fachübergreifende *Gruppenpraxen*).

Es liegt kein aktueller statistischer Überblick über die in der Bundesrepublik Deutschland in Gruppenpraxen praktizierenden Ärzte vor; nach Schätzungen dürfte es inzwischen rund 3000 Ärzte in etwa 800 Gruppenpraxen geben.

③ Unter sogenannten *Praxiskliniken* versteht man einen Zusammenschluß von mindestens zwei oder mehreren Ärzten in einer *Gruppenpraxis*, die ihrer ärztlichen Praxis eine *stationäre* Behandlungsmöglichkeit angegliedert haben und ihre Patienten im Rahmen der Grund- oder Regelversorgung stationär weiterversorgen. Die Ärzte als Eigentümer der Praxisklinik, die ihre ambulanten und stationären Patienten „in einer Hand“ betreuen, gewährleisten dadurch eine sogenannte durchgehende Krankenversorgung (Belegarzt).

④ Als *Apparategemeinschaften* versteht man den Zusammenschluß von zwei oder mehreren Ärzten derselben und/oder verschiedener Fachrichtung zur gemeinsamen Nutzung apparativ-technischer Einrichtungen wie beispielsweise Laborgeräten, Autoanalysen oder Röntengeräten. Eine Apparategemeinschaft ist demnach eine medizinisch-technische Einheit, die in der Regel von acht bis dreißig gelegentlich sogar mehr Praktikern, seltener von Fachärzten, meist am dritten Ort, d. h. in keinem direkten räumlichen Zusammenhang mit der eigenen Praxis unterhalten wird. Oder anders gesagt, es handelt sich um eine Vereinigung von mehreren Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtung mit selbständigen Praxen an verschiedenen Orten oder im gleichen Gebäudekomplex (Ärztehaus) mit dem alleinigen Ziel der Benutzung *gemeinsamer* diagnostischer und therapeutischer Einrichtungen (gewissermaßen auf genossenschaftlicher Basis) unter Beibehaltung der eigenen Klientel, in eigener Verantwortung, mit eigener Abrechnung und unter eigenem Namen.

Einer Studie des Instituts für rationale Medizin zufolge gab es 1972

etwa 100 bis 150 Apparategemeinschaften in der Bundesrepublik Deutschland.

⑤ In sogenannten *Ärztelhäusern* praktizieren mehrere niedergelassene Ärzte unter einem Dach. Es gibt *Ärztelhäuser*, bei denen die im *Ärztelhaus* praktizierenden Ärzte Eigentümer bzw. Teileigentümer des Hauses sind, in anderen *Ärztelhäusern* sind die Arztpraxen hingegen lediglich gemietet (lockerste Form der gemeinschaftlichen ärztlichen Berufsausübung).

## Kassenarztrecht

Im engeren Sinne versteht man unter Kassenarztrecht das „Gesetz über das Kassenarztrecht“ (GKAR) vom 19. August 1955, das die Gewährleistung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung durch das partnerschaftliche Zusammenwirken von Ärzten und Krankenkassen regelt. Im weiteren Sinne gehören zum Kassenarztrecht alle einschlägigen rechtlichen Regelungen wie zum Beispiel Bestimmungen aus der Reichsversicherungsordnung, den Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzen, Zulassungsordnung, Bundesmantelvertrag usw. sowie die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Als „Organe des Kassenarztrechts“ gelten die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Sie gestalten das System der ambulanten ärztlichen Versorgung unserer sozialversicherten Bevölkerung in gemeinsamer Selbstverwaltung aus, indem sie miteinander Verträge schließen und in paritätisch besetzten Ausschüssen Honorare, Zulassungen, Prüfungen, Schiedssprüche und ähnliches regeln. Das deutsche Kassenarztrecht gewährt der sozialversicherten Bevölkerung die ambulante Versorgung durch Kassenärzte (einschließlich der zur kassenärztlichen Versorgung er-

mächtigten bzw. daran beteiligten anderen Ärzte); diese Versorgung wird dem Versicherten von den Trägern der sozialen Krankenversicherung ausschließlich nach Maßgabe der medizinischen Erfordernisse als Sachleistung („Naturalleistung“) gewährt. Die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung obliegt nach dem Kassenarztrecht den Kassenärztlichen Vereinigungen (→ Sicherstellungsauftrag). Damit bietet das Kassenarztrecht dem Kassenarzt erst seit kaum zwei Jahrzehnten Sicherheit durch seine Zugehörigkeit zu einer genossenschaftlichen Selbstverwaltung und Schutz vor Weisungen einzelner Krankenkassen, sichert also seine berufliche Unabhängigkeit als freipraktizierender Arzt. Das heutige Kassenarztrecht ist flexibel genug, die ambulanten Leistungen der sozialen Krankenversicherung ständig der medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklung anzupassen, wie sich in den letzten Jahren zum Beispiel auch bei der Einführung der Früherkennungsuntersuchungen erwiesen hat.

## Klassenloses Krankenhaus

Die Forderung nach Errichtung sogenannter „klassenloser Krankenhäuser“ wurde erstmals im März 1969 auf dem Bezirksparteitag der SPD Hessen-Süd von dem damaligen hessischen Sozialminister Heinrich Hemsath erhoben. SPD-Landrat Martin Woythal, Hanau, der sich diese Vorstellung zu eigen machte, formulierte die Anforderungen an das „klassenlose Krankenhaus“ folgendermaßen: „Die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus, die Unterbringung, die ärztliche Leistung und die Pflege haben sich ausschließlich nach der Art und dem Grad der Erkrankung zu richten, nicht aber nach seinem sozialen Status, seinem wirklichen oder vermeintlichen Einkommen und schon gar nicht nach seiner Zugehörigkeit zu dieser oder jener

Krankenkasse. Um den Interessen der Patienten zu jeder Zeit Gehör verschaffen zu können, werden sie im demokratisch gewählten kollegialen Leitungsorgan durch einen Patientenvertreter repräsentiert sein.“

Im „klassenlosen Krankenhaus“ extremer Prägung gibt es weder Privatzimmer noch Privatstationen für Selbstzahler und Privatpatienten, sondern laut Woythal einheitlich ausgestattete „Komfort-Zimmer“ (Einbett- bzw. Zweibettzimmer) für sämtliche Krankenhausbenutzer.

Für alle Patienten ist ein einheitlicher (gleicher) Pflegesatz zu berechnen. Sonder- bzw. Wahlleistungen, wie sie in der Bundespflegegesetzverordnung und den bereits in Kraft getretenen und geplanten Krankenhausgesetzen in unterschiedlicher Form garantiert werden, sollen im „klassenlosen Krankenhaus“ extremer Prägung ebenso unterbunden werden wie unterschiedliche Besuchszeiten.

Zu der ideologischen Grundlage paßt auch die Forderung Woythals, dem „klassenlosen Krankenhaus“ eine Poliklinik anzugliedern, die „mit einer modernen medizinisch-technischen Ausstattung versehen ist und sowohl als Aufnahme- und Ambulatorium fungieren kann.“

Privatärztliche Behandlung ebenso wie privatärztliche Honorierung sind nach diesen Vorstellungen nicht zulässig. (Die Abschaffung der Privatstationen würde allein ein Betriebskostendefizit von rund einer Milliarde DM ergeben.)

Würden die „südhessischen“ Ideen tatsächlich Bestandteil der amtlichen Gesundheitspolitik, so wäre ein enormer finanzieller Aufwand erforderlich, der zu Lasten der Beitrags- und Steuerzahler gehen müßte: Allein 16 bis 20 Milliarden DM müßten neu investiert werden, um Räume für rund 200 000 neue Krankenhausbetten zu schaffen. Weitere 3,5 Milliarden DM müßten jährlich für die Erhaltung und den Be-

trieb dieser personell und finanziell aufwendigen Krankenhäuser bereitgestellt werden, ohne daß jedoch die ärztlich-medizinische Versorgung selbst verbessert würde.

## Lehrkrankenhäuser

Die → Approbationsordnung für Ärzte aus dem Jahre 1970 trägt dem lange vorgetragenen Wunsch, den Studenten intensiver „am Krankenbett“ auszubilden, dadurch Rechnung, daß das letzte Jahr des Medizinstudiums als „Internatsjahr“ angelegt ist. Zwar konnte die ursprünglich einmal erwogene Internatsunterbringung der Medizinstudenten nicht realisiert werden, doch wird es eine enge Verbindung der Studenten im letzten Studienjahr zu bestimmten Krankenhäusern geben. Im „Internatsjahr“ soll die Unterrichtung in kleinen Gruppen am Krankenbett erfolgen. Dafür reichen die Kapazitäten der Universitätskliniken nicht aus. Die Approbationsordnung sieht deshalb vor, weitere geeignete Krankenhäuser hinzuzuziehen, eben die sogenannten Lehrkrankenhäuser. Gegenwärtig laufen in allen Bundesländern die Vorbereitungen für diesen Schritt; spätestens in zwei Jahren müssen sie abgeschlossen sein. Der Wissenschaftsrat hat Anfang 1973 Kriterien für die Benennung der Lehrkrankenhäuser bekanntgegeben. Auch diese Empfehlungen sehen genauso wie die Approbationsordnung keine Ambulanzen an Lehrkrankenhäusern vor, weil der Unterricht im „Internatsjahr“ eben auf den Patienten „im Krankenbett“ abgestellt ist. Seit längerem wird aber von interessierter Seite die Einrichtung von Ambulanzen an diesen Häusern gefordert und eine Änderung der Approbationsordnung in diesem Sinne betrieben. Zu einem Teil können solche Bestrebungen sicherlich gewertet werden als erneute Versuche, die „ambulante Vor- und Nachbehandlung am Krankenhaus“ zunächst einmal in diesem Bereich zu installieren.

## Medizinisch-Technische Zentren

Von verschiedenen Seiten, unter anderem vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des Dtsch. Gewerkschaftsbundes (WSI), wird vorgeschlagen, die Aufgaben der diagnostischen Technik vom Arzt auf Medizinisch-Technische Zentren (MTZ) zu übertragen. Argumente: Rationalisierung, Automatisierung, Standardisierung, Verbilligung. Tatsächlich aber würde der wirtschaftliche Zwang bzw. Trend zur optimalen Kapazitätsausnutzung der MTZ zur Folge haben, daß der Versichertengemeinschaft eine große Zahl medizinisch gar nicht notwendiger — und daher wirtschaftlich nicht vertretbarer Untersuchungen zugemutet werden würde. Der Hausarzt würde die Diagnostik nicht mehr für jeden einzelnen Fall gezielt betreiben (können), sondern zu einer Labor-diagnostik nach dem „Gießkannenprinzip“ veranlaßt werden. Es entsteht die Gefahr, daß die niedergelassenen Ärzte ihre technischen Einrichtungen und Fähigkeiten vernachlässigen, die aber auf dem höchstmöglichen Stand gehalten werden müssen, nicht zuletzt auch, damit niedergelassene Ärzte für Notfälle vorbereitet sind. Schließlich würden die MTZ aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf zentral gelegene Orte konzentriert werden müssen, zumal sie an große Krankenhäuser angeschlossen werden sollen. (Wege bis zu 20 Kilometer!) Die Versorgung der Land- und Kleinstadtbevölkerung würde sich durch die Einrichtung von Medizinisch-Technischen Zentren also nicht verbessern, sondern nur verschlechtern.

## Meldepflichten

Unter bestimmten Umständen wurden und werden dem Arzt als Ausnahmen von der → Schweigepflicht Meldepflichten auferlegt werden.

Gerechtfertigt ist die Anordnung einer Meldepflicht nur dann, wenn das Interesse des allgemeinen Wohls in jedem Einzelfall gewichtiger ist als das Interesse an der Wahrung des Patientengeheimnisses. So schreibt das Bundesseuchengesetz vor, bei welchen übertragbaren Krankheiten namentlich Meldungen an die Gesundheitsbehörden zu leisten sind, um Maßnahmen zum Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Krankheitsübertragungen und zur Auffindung und Verstopfung der Infektionsquelle einleiten zu können.

Der ärztliche Berufsstand setzt sich überall für einen möglichst sparsamen Erlaß von Meldepflichtungen ein. So konnte beispielsweise in der Bundesrepublik durchgesetzt werden, daß eine *namentliche* Meldung von Patienten mit Geschlechtskrankheiten nicht erfolgt, so daß Erkrankte nicht durch die Furcht vor einer Meldung vom Gang zum Arzt abgehalten werden. Allerdings werden die Vorschriften über die Verschlüsselung der statistischen Meldung vielfach für unzureichend angesehen, da eine Identifikation des Patienten bei diesem Verfahren noch möglich zu sein scheint.

Bei fahruntüchtigen Führerscheininhabern und bei Kindesmißhandlungen wird vielfach das Überwiegen des Interesses der Allgemeinheit bzw. der Kinder vor dem an der Wahrung des Patientengeheimnisses geltend gemacht. Im Einzelfall wird der Arzt in solchen Fällen sich auch nach sorgfältiger Abwägung dieser Interessen für eine Meldung entscheiden können (*Melderecht* statt *Meldepflicht*). Eine namentliche Meldepflicht für Behinderungen wird ebenfalls gefordert, obwohl nicht nachgewiesen werden kann, was sie — über die im Bundessozialhilfegesetz verlangte verschlüsselte Meldung der Behinderten hinaus — für einen Nutzen haben kann. Diese Forderung wird aktuell vor allem aus den Reihen der Schwerbeschädigtenverbände erhoben, deren Mitgliederzahl zur Zeit rückläufig ist.

## Niederlassungsfreiheit

Die Niederlassungsfreiheit ist das Recht des Kassenarztes, für jeden beliebigen Ort im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zu beantragen. Dabei darf der Zulassungsausschuß die Zahl der an dem gleichen Ort bereits niedergelassenen Kassenärzte nicht mehr als Gegengrund anführen, denn durch Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. März 1960 wurden die bis dahin bestehenden Einschränkungen der → Niederlassungsfreiheit als verfassungswidrig aufgehoben. Vor diesem Urteil durften Ärzte nur dort zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen werden, wo das Zahlenverhältnis von einem Kassenarzt zu 500 Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nicht unterschritten wurde. Heute ist die Zulassung als Kassenarzt nur noch davon abhängig, daß der Bewerber die im → Kassenarztrecht niedergelegten persönlichen und beruflichen Voraussetzungen erfüllt.

Die so garantierte Niederlassungsfreiheit ist in den letzten Jahren oft kritisiert worden, weil in einigen Land- und Stadtrandgebieten Kassenarztsitze zeitweilig unbesetzt blieben und damit die Erfüllung des → Sicherstellungsauftrages an einigen Stellen des Bundesgebietes gefährdet schien.

Es gibt verschiedene Vorschläge, aus diesem Grunde die Niederlassungsfreiheit wieder einzuschränken, indem zum Beispiel in bestimmten Gebieten – als Ultima ratio, wenn alle Maßnahmen der Kassenärzteschaft versagt haben sollten, keine Kassenärzte zugelassen würden, solange andere Gebiete unterversorgt sind. Die Ärzteschaft steht solchen Bestrebungen ablehnend gegenüber, weil sie prinzipiell nicht geeignet erscheinen, die Tätigkeit als Kassenarzt, vor allem als Arzt für Allgemeinmedizin, für junge Ärzte anziehender zu machen. Dirigistische Eingriffe

in die Niederlassungsfreiheit könnten eventuell die stellenweise bestehenden Schwierigkeiten beseitigen, möglicherweise aber die Gesamtsituation verschärfen, indem sie zu einem wirklichen „Niederlassungsunwillen“ bei den Kassenärzten führen.

## Numerus clausus

Die Medizin gehört nicht nur zu den Gebieten, in denen der Numerus clausus am längsten besteht, sie zählt auch zu den Bereichen, in denen er am schärfsten ist. Die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen konnte beispielsweise im Wintersemester 1973/74 „nur“ 4037 Studienplätze im Fach Medizin nachweisen, beworben hatten sich 21 000 Aspiranten. Abiturienten, die aufgrund ihrer Abiturnoten zugelassen werden wollten (und die meisten Plätze werden derzeit nach Altersdurchschnittsnoten vergeben!) benötigen je nach Universität und Semester einen Notendurchschnitt zwischen 1,2 und 1,8.

Die „Zentralstelle“ ist das Ergebnis eines Staatsvertrages der Länder. Dieser wurde nötig durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahre 1972. Danach hat die „Auswahl und Verteilung nach sachgerechten Kriterien mit einer Chance für jeden hochschulreifen Bewerber“ zu erfolgen. Ob allerdings der Staatsvertrag der Länder, der aufgrund dieses Urteils geschlossen wurde, diesen Anforderungen entspricht, ist unter den Betroffenen Thema einer frustrierenden Diskussion. Nach dem Ländervertrag sind zunächst einmal 15 Prozent der Plätze für Härtefälle, 8 Prozent für Ausländer und jeweils höchstens 2 Prozent für aktive Sanitätsdienst-anwärter sowie für Bewerber für den öffentlichen Gesundheitsdienst reserviert. Die verbleibende Anzahl an Studienplätzen wird zu 60 Prozent nach Abiturdurchschnittsnoten und zu 40 Prozent nach Wartezeiten vergeben. Die Vorabquoten

für Sanitätsdienst und öffentlichen Gesundheitsdienst führten mehrfach zu der Forderung, auch künftige *Landärzte* derart zu begünstigen. Im Hochschulrahmengesetz des Bundes, das derzeit vorbereitet wird, soll dem Vernehmen nach dieser Forderung entsprochen werden.

Alle „Lösungen“ dieser Art sind zweifellos nur unvollkommen und Ausdruck einer „Verteilung eines Mangels“. Doch bisher hat niemand befriedigende Vorschläge für ein anderes, dem ärztlichen Beruf angemessenes Auswahlssystem vorlegen können. Das Beste *im Sinne der Studienanfänger* wäre natürlich eine Beseitigung des Numerus clausus selbst; das aber ist illusorisch.

## Poliklinik

Eine Unterform des Begriffs → Ambulatorium, wobei ein deutlicher Unterschied im Sprachgebrauch zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR besteht. In der Bundesrepublik bezeichnet man als Polikliniken Krankenhaus- bzw. Klinik-Einrichtungen, in denen nichtstationären Patienten ambulante Behandlung durch die Krankenhausärzte geleistet wird. Praktisch bedeutsam sind lediglich die Universitäts-Polikliniken, die durch Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen an der ambulanten Versorgung beteiligt werden mit dem Zweck, für Lehre und Forschung ambulante Behandlung zu ermöglichen. Nicht unter den Begriff „Poliklinik“ fällt die ambulante Behandlung von sozialversicherten Patienten durch „beteiligte“ Krankenhausärzte, da die Beteiligung nach Paragraph 29 der Zulassungsordnung für Ärzte den Krankenhausärzten als Person, nicht aber der anonymen Institution Krankenhaus erteilt wird.

In der DDR hingegen sind Polikliniken – sprachlich und sachlich auf einem sowjetischen Militärbefehl

von 1947 beruhend – Ambulatorien mit mindestens vier fachärztlichen Abteilungen, einer zahnärztlichen Abteilung und einer Apotheke. Dabei ist eine organisatorische Kopplung an ein Krankenhaus oder die Gestaltung als Teil des Krankenhauses zwar möglich, aber nicht zwingend, die DDR-Poliklinik kann also auch eine eigenständige Institution sein.

Sprachforscher mögen erklären, ob hier eine Verwechslung von „polis“ (Stadt) und „poly“ (viel) vorliegt – eine „Betriebspoliklinik“, wie es sie in der DDR gibt, ist eine *Contradictio in adjecto*. Verschiedenartigkeit des Sprachgebrauchs kennzeichnet grundsätzliche Auffassungsunterschiede. → Gemeinschaftliche ärztliche Praxisausübung.

## Schweigepflicht

Der Arzt ist – schon seit Hippokrates – verpflichtet, alles, was er in Ausübung seiner Tätigkeit von seinen und über seine Patienten erfährt, für sich zu behalten. Daraus folgt auch ein Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht, weshalb bisweilen in der Öffentlichkeit der falsche Eindruck besteht, es handele sich um ein Privileg des Arztes. Tatsächlich aber ist die ärztliche Schweigepflicht nur die Folge des *Rechtes des Patienten*, vor einem Bekanntwerden dessen, was er dem Arzt anvertraut, zuverlässig geschützt zu sein: Die Schweigepflicht dient dem Schutz des Patientengeheimnisses. Da heute der Arzt nicht mehr allein mit dem Patienten zu tun hat, sondern Hilfskräfte braucht, denen Informationen des Patienten zugänglich werden, weitet sich der Kreis der zum Schweigen über das Patientengeheimnis Verpflichteten – bis zu den Bediensteten der Krankenkasse. Über die legalen Ausnahmen von der Schweigepflicht: → Meldepflichten. Der Patient kann den Arzt von der Schweigepflicht entbinden.

Der Schutz des Patientengeheimnisses vor fahrlässigen oder vor gewollten Brüchen ist heute in ein neues Stadium getreten: Die Speicherung von Patientendaten in elektronischen Datenverarbeitungsanlagen erfordert erhebliche gedankliche, technische und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen, insbesondere dann, wenn die physische Datenspeicherung außerhalb der Räume des Arztes oder des Krankenhauses vorgenommen wird. Personenbezogene medizinische Daten sollten deshalb nur so gespeichert werden, daß ein Zugriff technisch nur durch den dazu berechtigten Arzt möglich ist. Die Diskussion um die elektronische Datenverarbeitung hat das Bewußtsein von der Bedeutung der Schweigepflicht in der Öffentlichkeit ebenso wie bei den Ärzten geschärft. Dies ist eine begrüßenswerte Entwicklung, da es zeitweilig unterschiedliche Auffassungen gab. So konnte ein deutscher Staatsanwalt noch vor wenigen Jahren ungestraft die Krankenblätter eines Gynäkologen beschlagnahmen und – darauf flußend – Ermittlungen gegen diejenigen Frauen aufnehmen, die diesem Arzt im Vertrauen auf das Patientengeheimnis Informationen über stattgefundene Aborte mitgeteilt hatten. In Frankreich beispielsweise wird das Patientengeheimnis so hoch bewertet, daß die Krankenkassen keine Diagnose erfahren und daß auch die Krankheit des Staatspräsidenten ungenannt bleibt, sogar über seinen Tod hinaus.

## Sicherstellungsauftrag

Nach dem → Kassenarztrecht obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der krankenversicherten Bevölkerung. Es handelt sich also um eine gesetzlich auferlegte Verpflichtung, der die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den in ihnen zusammengeschlossenen freipraktizierenden Kassenärzten nachkommen

müssen. Gelegentliche Angriffe auf den Sicherstellungsauftrag als „Monopol“ der Kassenärzteschaft legen daher fälschlicherweise den Auftrag allein als Anspruch aus. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 1960 ist die Zulassung zur Kassenarztpraxis nicht mehr von einer Prüfung der Bedürfnisfrage abhängig, in welchem Verhältnis örtlich die Zahl der Kassenärzte zur Zahl der Versicherten steht → Niederlassungsfreiheit). Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen zunehmend die Möglichkeit, durch materielle Anreize eine gleichmäßige Verteilung der Kassenärzte in Stadt und Land zu steuern, um den Sicherstellungsauftrag weiterhin zu erfüllen. Die finanziellen Mittel dafür, ebenso wie zum Beispiel für die Einrichtung von Notfalldiensten, werden von den Kassenärzten selbst aufgebracht.

## Zentralinstitut

Zur weiteren Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein „Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“ gegründet, das in diesem Jahr in Köln seine Arbeit aufgenommen hat. Erstes Großprojekt ist der Aufbau eines medizinischen Informationssystems unter Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Dazu wendet die Kassenärzteschaft als Eigenleistung 9,3 Millionen DM auf; der Bundesminister für Forschung und Technologie unterstützt dieses Projekt des kassenärztlichen Zentralinstituts mit 19,3 Millionen DM. Eine Reihe zusätzlicher Projekte dienen der Weiterentwicklung und Verbesserung aller Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung und tragen zur Unterstützung der Tätigkeit des freipraktizierenden Kassenarztes bei.