

„Linke Alternative“

Grußwortes etwas betreten ab. Dies alles kam übrigens hoch im Zusammenhang mit dem (natürlich abgelehnten) Psychotherapeutengesetz – und auch dazu noch einmal eine Beobachtung: Auch hier besteht Problembewußtsein – es dürfe nicht dazu kommen, daß im Zuge von Psychologisierung und Psychotherapeutisierung die Gemeinden und andere Sozialhilfeträger nun plötzlich feixend ihre Verantwortung und ihre Auf- und Ausgaben auf die Krankenversicherung abschoben!

Abwehrreflex gegen die freien ärztlichen Organisationen

Der Versuch eines Fazits: Was heute „linke“ Gesundheitspolitik ist, das ist nicht mehr so recht auszumachen. Es gibt ein paar Orientierungspunkte: die Zentrierung auf die „Interessen der Lohnabhängigen“ und die Solidarisierung mit ihnen; die schon erwähnte „Deprofessionalisierung“, die eher ein organisationspolitisches Verhalten der Mitarbeiter im Gesundheitswesen als eine politische Idee ist; die Unterstellung, daß es gegenwärtig eine „Krise“ gebe (oder viele verschiedene), für deren Existenzbeweis die Arbeitslosen erhalten müssen (hier hatten Sozialarbeiter übrigens einiges Wichtige zu sagen!); schließlich ein recht irrationales, fast reflexhaftes Abwehrverhalten gegen die ärztlichen Standesorganisationen – und zwar mehr gegen die freien Verbände als gegen die Körperschaften. „Linke“ haben unter diesen Prämissen, aber auch ganz simpel aufgrund eigener Erfahrung und eigenen gesunden Menschenverstandes mancherlei Vorschläge gemacht.

Jedoch – um in der einschlägigen Terminologie zu sprechen: Eine „alternative Perspektive“ oder gar eine „alternative Strategie“ gegenüber dem gegenwärtig vorhandenen Gesundheitswesen gibt es nicht. Nicht mehr. Walter Burkart

DER KOMMENTAR

Struktur und Funktion der allgemein- medizinischen Praxis

Das wachsende Interesse für die allgemeinmedizinische Praxis zeigt sich auch in der Zunahme wissenschaftlicher Untersuchungen der Gegebenheiten und Arbeitsweisen in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Detaillierte Analysen wie die „Verdenstudie“ (J. R. Möhr, K. D. Haehn [Hrsg.]: Verdenstudie. Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen. Wissenschaftliche Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Band 7 [Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 1977]) zeigten die große Breite der allgemeinmedizinischen Tätigkeit, aber auch die zeitlichen Zwänge und individuellen Besonderheiten einzelner Praxen.

Die unterschiedliche medizinische Zielsetzung in den verschiedenen Praxen und die nicht einheitliche Organisationsstruktur mögen auch Gründe dafür sein, weshalb bisher die Automatisierungsversuche in der Praxis des niedergelassenen Arztes durch Computer nicht erfolgreich gewesen sind.

Viele der hier angesetzten Projekte begannen mit der Entwicklung von Systemen, ehe eine genaue Analyse der Gegebenheiten durchgeführt worden war, um zu beurteilen, welche Funktionen sinnvoll unterstützt werden können und wo Engpässe oder Schwierigkeiten zu erwarten sind.

Nach Meinung von Professor Dr. med. P. L. Reichertz und seiner Arbeitsgruppe an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sind solche systemanalytischen Untersuchungen die Grundvoraussetzung für eine sinnvolle

Computerunterstützung. Sie führen darüber hinaus auch zu weiteren Erkenntnissen über die organisatorischen Zusammenhänge und Aufgabendifferenzierung in den einzelnen allgemeinärztlichen Praxen.

Das Projekt dieser Arbeitsgruppe umfaßt drei methodische Ansätze:

▷ eine detaillierte Studie einzelner Praxen (veröffentlicht als Projekt-Zwischenbericht vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung [ZI]);

▷ eine detaillierte Analyse zur Struktur und Funktion der allgemeinmedizinischen Praxen, durchgeführt an etwa 2000 Praxen in Niedersachsen und

▷ eine eingehende „Delphi“-Studie einer ausgewählten Gruppe zur Erforschung der Erwartungswerte des niedergelassenen Arztes, seiner Motivation für die Benutzung von EDV-Anlagen und seiner Befürchtungen.

Überraschend ist bei den Motivationsuntersuchungen, daß die niedergelassenen Ärzte trotz aller Skepsis erwarten, daß um das Jahr 1980 in nennenswerter Zahl Computersysteme für die ärztliche Praxis zur Verfügung stehen werden. Eine deutliche Entwicklung in diese Richtung wird jedoch erst für die Jahre 1983/84 angenommen.

Die Prioritätsliste für die erwarteten Funktionen umfaßt in erster Linie administrative Aufgaben, aber auch solche der medizinischen Dokumentation mit der Möglichkeit einer besseren Patientenführung und Überwachung chronisch Erkrankter. Der Preis, den der niedergelassene Arzt für die Erfüllung solcher Funktionen für angemessen hält, schwankt zwischen 200 und 2000 DM monatlich und bewegt sich im Mittel um 600 DM, wobei Praxisgröße und Aufgabenspektrum eine Rolle spielen.

Die detaillierte Analyse der organisatorischen Struktur und der ärzt-

lichen Gewohnheiten (Reichert, P. L., v. Gaertner-Holthoff, G., Möhr, J. R., Schwarz, B.: Struktur und Funktion der allgemeinmedizinischen Praxis, Studie in Niedersachsen 1977. Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Band 10 [Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 1978]) ergibt aber neben wichtigen Hinweisen für den möglichen Aufbau von Computersystemen für den Allgemeinarzt weitere allgemeine Aufschlüsse.

► Als wichtigstes Ergebnis ist hervorzuheben, daß die verschiedenen Verhaltensweisen in der allgemeinärztlichen Praxis deutlich erkennen lassen, daß unterschiedliche Typen im Hinblick auf ärztliche Zielsetzungen, Verhaltensweisen und Organisationsstrukturen existieren. Insgesamt können *acht Gruppen* unterschieden werden, welche in ihrer Prioritätssetzung differieren, eine unterschiedliche Patientenzusammensetzung haben, sich in ihrem ärztlichen Tätigkeitsspektrum unterscheiden usw. So zeigt eine Gruppe beispielsweise einen hohen Anteil an Ersatzkassenpatienten bei einer starken Differenzierung des Organisatorischen mit mehreren Behandlungsräumen, Terminplanungen, differenzierter Arbeitsplatzbeschreibung und großem Labor. Es wird relativ viel nichtärztliches Personal beschäftigt. Eine diametral entgegengesetzte Gruppe zeigt ein Minimum an organisatorischen Maßnahmen und ein kleines Labor. In dieser Gruppe finden sich vornehmlich die „alten Praxen“ mit hoher Beteiligung der Familienangehörigen, welche langjährig bei der Abrechnung mitarbeiten, an der das Praxispersonal nicht oder wenig beteiligt ist. Diese unterschiedliche Gruppierung stellt aber keine Werteinschätzung hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeiten dar, sondern spiegelt lediglich die Zielsetzungen der Praxisinhaber und die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche wider.

Die Studie basiert auf der Auswertung von rund 2000 Fragebögen in

Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin in Niedersachsen sowie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Sie gibt eine Übersicht über die Altersverteilung der Praxisinhaber, die Verteilung auf Land, Klein- und Großstadt und den Anteil der Gemeinschaftseinrichtungen. Es ist von Interesse, daß in diesem Bereich im Mittel wöchentlich noch etwa 40 Hausbesuche gemacht werden (im Gegensatz etwa zu den wesentlich niedrigeren Werten zum Beispiel nordamerikanischer Allgemeinärzte). Die Art der ärztlichen Tätigkeiten weist neben den bekannten (kleine Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie) einen hohen Anteil an Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Tätigkeiten auf; ein Hinweis, der für Ausbildungsvorschläge zum Allgemeinarzt von Bedeutung sein dürfte.

Karteiführung, Umsätze, Altersgruppen

Sehr groß ist die Differenzierung im Hinblick auf die Zahl der Karteikarten und die organisatorische Struktur. Die Umsatzangaben für die einzelnen Praxistypen in bezug auf ihre Lage zeigen einen höheren mittleren Umsatz der Landpraxis gegenüber der Kleinstadt- und Großstadtpraxis. Die Größe des Labors ist von deutlichem Einfluß auf den Brutto-Umsatz. Auf die wichtige Frage, welche Qualitätsverbesserung mit einem weiter gefaßten Laborspektrum erzielt wird, kann die Studie aus ihrem Ansatz heraus keine Antwort geben.

Das mittlere Niederlassungsalter zwischen 38 und 40 Jahren läßt erkennen, daß die „Karriere“ des Allgemeinarztes heute immer noch häufig nach Abbruch einer Facharztausbildung eingeschlagen wird; jedoch lassen sich hier in der letzten Zeit Änderungstendenzen erkennen. Es finden sich große Anteile höherer Altersgruppen. So sind rund 18 Prozent der praktizierenden Ärzte älter als 65 Jahre. Praxen mit kürzerer Niederlassungszeit weisen in der Regel

einen höheren Umsatz auf. Nach etwa sechs Jahren erfolgt meist ein deutlicher Rückgang. Mittelwertberechnungen der Personalbelastung ergeben einen Wert um 57 000 DM jährlich, wobei jedoch in der einzelnen Personalbesetzung große Unterschiede bestehen.

► Die in dieser Studie (im Anhang) wiedergegebenen Ergebnisse des Projektzwischenberichtes lassen erkennen, daß trotz der großen Breite der von den Allgemeinärzten verwendeten Diagnosen- und Abrechnungsziffern im Bereich des einzelnen niedergelassenen Arztes überschaubare Spektren benutzt werden, so daß hieraus eine individuelle Unterstützung durch EDV-Systeme möglich erscheint. Wichtig ist, daß die speziellen Gegebenheiten der Praxis berücksichtigt werden können und sich die EDV-Strukturen den Gegebenheiten der Praxis anpassen (und nicht umgekehrt), wobei jedoch gewisse organisatorische Umstellungen bei einzelnen Praxistypen unvermeidlich und möglicherweise in einzelnen Fällen nicht tolerierbar sein dürften.

Das gleiche Arbeitsteam führt derzeit eine wissenschaftliche Begleituntersuchung einer Testinstallation von sieben Computern in Praxen niedergelassener Ärzte in Bayern und Niedersachsen in Zusammenarbeit mit den beiden Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Zentralinstitut sowie einem Hardware-Hersteller durch.

Es bleibt abzuwarten, ob die in der analytischen Studie verarbeiteten Ergebnisse von Bedeutung sind für die praktische Anwendung von Computerverfahren im Bereich des niedergelassenen Arztes und inwieweit Aufschlüsse über die Wirtschaftlichkeit und Sinnfälligkeit von derzeitigen Einrichtungen bei dem heutigen Stand der Kenntnisse und der Hard- und Software-Preisentwicklung zu erhalten sind.

Professor Dr. med.
P. L. Reichertz, Hannover