

Die medizinische Grundversorgung der Deutschen Demokratischen Republik — Bericht über eine Studienreise —

Von Prof. Dr. Dr. Alfons Labisch, M. A., Gesamthochschule Kassel

Inhaltsübersicht

- 1.1 Zur Einführung: Grund, Ziele und Organisation der Studienreise
- 1.2 Das Reiseprogramm
2. Aufgaben, Organisation und Probleme bei der medizinischen Versorgung durch Polikliniken, Betriebspolikliniken und öffentliche Gesundheitsleistungen
 - 2.1 Betriebspolikliniken
 - 2.2 Polikliniken und Ambulatorien
 - 2.3 Landambulatorien
 - 2.4 Kreisarzt
 - 2.5 Gesundheitsfürsorge
3. Einzelprobleme: Krankenstand, Anspruchsdenken und Mißbrauch sozialer Leistungen, ärztliche Spezialisierung
 - 3.1 Probleme und Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes
 - 3.2 Anspruchsdenken und Mißbrauch von Sozialleistungen
 - 3.3 Probleme der ärztlichen Spezialisierung und Professionalisierung
4. Gesamteindruck: Hat das Gesundheitswesen eines Landes überhaupt Einfluß auf die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse?

1.1 Zur Einführung: Grund, Ziele und Organisation der Studienreise

Das Studium des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik scheint mir besonders aus einem Grund wichtig: die medizinische Versorgung der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik sind beide aus der gleichen Grundlage hervorgegangen; aus dieser gleichen Grundlage hat sich in der DDR bekanntlich ein „sozialistisches“ staatliches Gesundheitswesen, in der Bundesrepublik ein zwar von der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Folgeorganisationen geprägtes, letztlich aber „freies“ Gesundheitswesen entwickelt. Damit liegt der Vergleich auf der Hand — dessen Ziel zumindest auf einer vortheoretischen Ebene oftmals die Frage ist, welche Anregungen sich möglicherweise für die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik ergeben.

Jedem, der sich theoretisch und praktisch mit dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik befaßt, ist der Unterschied zwischen der normativen Zielsetzung und der entsprechenden Struktur einerseits wie den vielfältigen Problemen in der Praxis andererseits bekannt. Wenn man sich daher theoretisch mit den Zielen und der Organisationsstruktur des Gesundheitswesens eines anderen Landes auseinandersetzt, fühlt man sich gedrängt zu erfahren, wie dieses Gesundheitswesen in der Praxis wirklich arbeitet. Das übergeordnete Ziel meiner Reise in die DDR war daher, die Theorie und die Praxis des Gesundheitswesens einander gegenüberzustellen. Das unmittelbare Ziel war, die Organisationsstruktur auf der Ebene der Basisversorgung, so wie sie sich aus den verschiedenen Lehrbüchern und Berichten ergibt, mit der Praxis des Gesundheitswesens zu vergleichen. Als besondere Einzelziele hatte ich mir entsprechend aktueller Problembereiche in der medizinischen Basisversorgung der Bundesrepublik folgende Schwerpunkte ausgesucht:

- Betriebspolikliniken als Beispiel für die Verflechtung von vorbeugender arbeitsmedizinischer Betreuung und ambulanter medizinischer Versorgung;
- Krankenhäuser mit Polikliniken als Beispiel für die Verbindung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung;
- Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, für die DDR also des Kreisarztwesens, in dem vielfältige Funktionen der vorbeugenden Medizin, der Aufsicht, Planung und der Politik im Gesundheitswesen auf kommunaler Ebene zusammenfließen, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsfürsorge und der medizinischen Versorgung auf dem Lande;

— und als persönliches Interessengebiet die medizinhistorischen Institute in Berlin und Leipzig.

Dieses Reiseprogramm gegen alle politischen und organisatorischen Widerstände durchzuführen, wurde schließlich durch ein Stipendium der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ermöglicht. An der Organisation der Reise waren das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit/Bonn, das Europäische Regionalbüro der WHO/Kopenhagen und das Gesundheitsministerium der DDR/Berlin-Ost beteiligt. Die Reise in der DDR wurde unmittelbar von der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin-Ost geplant. Die Deutsche Demokratische Republik zeigte sich über das an sich schon generöse Stipendium der WHO hinaus außerordentlich großzügig; die Betreuung durch die Akademie für ärztliche Fortbildung war freundlich und zuvorkommend. Es sei den beiden zuständigen Beamtinnen der Akademie, der Internationalen Abteilung des Gesundheitsministeriums der DDR sowie der WHO/EURO und den Beamten des BMJFG, die durch ihre Initiative diese Studienreise letztlich erst in die Wege leiteten, herzlich gedankt.

Der folgende Reisebericht gliedert sich in vier Teile. Zunächst einmal soll der Ablauf der Reise geschildert werden. In einem zweiten Teil sollen dann Einzelziele besonders hervorgehoben werden; es sind dies die Polikliniken, das Betriebsgesundheitswesen und der öffentliche Gesundheitsdienst, hier insbesondere die Gesundheitsfürsorge. In einem dritten Teil sollen Einzelprobleme aus der gesundheitlichen Versorgung der DDR angesprochen werden. Der durchaus zwiespältige Gesamteindruck, den diese Reise hinterließ, bildet gleichsam als Fazit den Abschluß. Da im folgenden nicht die gesamte Organisationsstruktur des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik vorgetragen werden soll, sei hier auf einschlägige Literatur verwiesen: über die normativen Ziele, die Aufgaben und die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens der DDR berichtet ausführlich *Kurt Winter*, Lehrbuch der Sozialhygiene, Berlin, 2. Aufl. 1980 (= *Winter 1980 a*). Eher auf die Organisation und den derzeitigen Stand der gesundheitlichen Versorgung beschränkt sich das Buch von *Kurt Winter*, Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren, Berlin, 2. Aufl. 1980 (= *Winter 1980 b*). Sozusagen als Gegenstimme sei verwiesen auf *Konstantin Pritzel*, Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1978 (= *Berichte des Osteuropa-Instituts an der Freien Universität Berlin*, Heft 119; Reihe Medizin). Zurückhaltender im Urteil und informativ ist *Erwin Jahn*, Gesundheitswesen, in: *Peter Christian Ludz*, DDR-Handbuch, hrsg. vom Bundesministerium für Innerdeutsche Beziehungen, Köln, 2. Aufl. 1979, S. 474—485.

Labisch, Die medizinische Grundversorgung der Deutschen Demokratischen Republik

Die Quellen für den folgenden Bericht sind in erster Linie Protokolle, die ich meist nach, teilweise auch während der Besichtigungen anlegte, ferner Dokumentationsmaterial, das mir überreicht wurde, sowie schließlich Gedächtnisprotokolle von zahllosen Gesprächen, die ich während und außerhalb des offiziellen Besichtigungsprogramms führte; über diese Gespräche liegen ebenfalls Aufzeichnungen vor.

1.2 Das Reiseprogramm

Das Reiseprogramm wurde von Montag, dem 8. März, bis Freitag, dem 26. März 1982, durchgeführt:

Mo., den 8. 3. 1982

nachmittags

— Krankenhaus am Friedrichshain, Berlin-Ost;
Gegenstand: allgemeine Grundlagen des Krankenhauswesens in der DDR; Besichtigung des gesamten Krankenhauskomplexes, darunter insbesondere der Internistischen Poliklinik und der Notaufnahmestation

Di., den 9. 3. 1982

vormittags

— Krankenhaus am Friedrichshain, Berlin-Ost;
Gegenstand: allgemeine Grundlagen des Poliklinikwesens; Besichtigung der Pädiatrischen und Internistischen Poliklinik

nachmittags

— Krankenhaus am Friedrichshain, Berlin-Ost;
Gegenstand: offizielle Feier zum Internationalen Frauentag

Mi., den 10. 3. 1982

vormittags

— Jugendbildungsstätte für Geistig Behinderte Kinder, Berlin-Ost/Marzahn;
Gegenstand: Erfassung und Betreuung geistig behinderter Kleinkinder, Kinder und Jugendlicher durch Einrichtungen des Medizin- und Sozialwesens

nachmittags

— Krankenhaus am Friedrichshain, Berlin-Ost;
Gegenstand: allgemeine Grundlagen der Fürsorge im Krankenhauswesen; Integration von Fürsorgerinnen in die Pädiatrische Klinik/Hauptarbeitsgebiete der Krankenhausfürsorge

labisch, Die medizinische Grundversorgung der Deutschen Demokratischen Republik

Do., den 11. 3. 1982

vormittags

- Krankenhaus am Friedrichshain, Berlin-Ost;
Gegenstand: Praxis der Fürsorge im Krankenhauswesen

nachmittags

- Institut für Geschichte der Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin-Ost;
Gegenstand: Zur Medizingeschichte in der Deutschen Demokratischen Republik

Fr., den 12. 3. 1982

ganztägig

- Institut für Geschichte der Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin-Ost;
Gegenstand: Arbeit in der Bibliothek

Mo., den 15. 3. 1982

vormittags

- Betriebspoliklinik Dr. Salvador Allende des Kombinats VEB Elektroapparate Werk Berlin-Ost/Treptow;
Gegenstand: Grundlagen und Prinzipien des Betriebsgesundheitswesens; Besichtigung der Poliklinik einschl. sozialer Einrichtungen

nachmittags

- Kabinett für Gesundheitserziehung des Bezirks Berlin-Ost;
Gegenstand: Organisation und Ziele der Gesundheitserziehung in der DDR; Probleme von Erziehung und Verhaltensänderung

Di., den 16. 3. 1982

vormittags

- Landambulatorium Falkenhagen, Krs. Seelow, Bez. Frankfurt/Oder;
Gegenstand: Allgemeine Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung auf dem Lande; Besichtigung des Landambulatoriums Falkenhagen

nachmittags

- Staatliche Arztpraxis für Allgemeinmedizin in Altzesdorf, Gemeindegewesternstation in Malnow;
Gegenstand: Probleme der Allgemeinmedizinischen Versorgung, der Gesundheitsfürsorge und der ambulanten sozialpflegerischen Versorgung auf dem Lande; Teilnahme an einer Sprech-

stunde der Gesundheitsfürsorgerin und der Gemeindefrankenschwester

Mi., den 17. 3. 1982

ganztägig

- Besichtigung von Gesundheitseinrichtungen im Kreis Seelow;

Gegenstände: Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens auf Kreisebene; Funktion und Aufgaben des Kreisarztes und seines nachgeordneten Personals; Besichtigung einer Heimstätte für geistig behinderte Jungen; Abteilung für Kreisarbeitshygiene im Kreis Seelow einschl. Besichtigung des Labors; Teilnahme an der Eröffnung der „Tage der Gesundheitserziehung, Gesundheitspropaganda im Agro-Chemischen Zentrum Manschnow, Kreis Seelow“

Do., den 18. 3. 1982

ganztägig

- Landambulatorium Falkenhagen;

Gegenstand: Teilnahme an einer allgemeinärztlichen Sprechstunde einschl. Hausbesuch; Teilnahme bei der Arbeit der Fürsorgerin; Besuch der Dienststelle des Kreisarztes (mittags)

Mo., den 22. 3. 1982

vormittags

- Feierabendheim Warschauer Straße, Erfurt;

Gegenstand: allgemeine Probleme des Sozialwesens auf Bezirksebene; Probleme der ambulanten und stationären Versorgung alter Mitbürger, insbesondere pflegebedürftiger alter Mitbürger; Besichtigung eines in einem Neubaugebiet errichteten Feierabendheims

nachmittags

- Schule für geistig behinderte Kinder und Jugendliche im Neubaugebiet der Warschauer Straße, Erfurt;

Gegenstand: allgemeine Probleme der Sozialpädagogik; Ziele der sonderpädagogischen Erziehung, insbesondere Probleme bei der Arbeitsbeschaffung für geistig behinderte Jugendliche; Besichtigung der Einrichtung

Di., den 23. 3. 1982

ganztägig

- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kreispoliklinik und Kreiskrankenhaus in Apolda, Bez. Erfurt; Gegenstand: allgemeine Probleme des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Kreisebene; Organisation der Dienstaufgaben des Kreisarztes; allgemeinmedizinische Versorgung auf Kreisebene; Besichtigung der Kreispoliklinik und der Intensivstation des Kreiskrankenhauses

Mi., den 24. 3. 1982

ganztägig

- Betriebspoliklinik „Optima“, Erfurt; Gegenstand: allgemeine Probleme des Betriebsgesundheitswesens; Arbeitspsychologie; Arbeitshygiene; Besichtigung eines Betriebsambulatoriums; Besichtigung der Betriebspoliklinik

Do., den 25. 3. 1982

nachmittags

- Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig; Gegenstand: Geschichte der Arbeitsmedizin

Fr., den 26. 3. 1982

ganztägig

- Arbeit in der Bibliothek des Karl-Sudhoff-Instituts

2. Aufgaben, Organisation und Probleme bei der medizinischen Versorgung durch Polikliniken, Betriebspolikliniken und öffentliche Gesundheitsleistungen

2.1 Betriebspolikliniken

Ausgangspunkt für die Entwicklung eines eigenen Betriebsgesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik war der Befehl 234 vom 9. Oktober 1947 der sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD). Die gesetzliche Grundlage des Betriebsgesundheitswesens ist heute das Arbeitsgesetzbuch vom 1. Januar 1978 und die Verordnung über das Betriebsgesundheitswesen und die Arbeitshygieneinspektion vom 11. Januar 1978.

Nach Kurt Winter (Winter 1980 a, 244 ff.) werden unter dem Begriff „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Gesundheitserziehung als spezielle Aufgaben des Betriebsgesundheitswesens zusammengefaßt. Die Verantwortung für den Gesundheits- und

Arbeitsschutz innerhalb des Betriebes hat der Betriebsleiter. Die Werk-tätigen ihrerseits sind verpflichtet, die gesetzlichen Schutzbestimmungen einzuhalten und darüber hinaus aktiv am Arbeitsplatz den Gesundheits- und Arbeitsschutz weiterzuentwickeln. Der Gewerkschaft unterliegt die Kontrolle des Arbeitsschutzes und die Einhaltung der Vorschriften. Der Betriebsleiter ist verpflichtet, auf der Grundlage der Krankheits- und Unfallanalyse ständig mit der Betriebsgewerkschaftsleitung und mit dem Leiter des Betriebsgesundheitswesens die erforderlichen Maßnahmen zur weiteren Verbesserung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes festzulegen. Für die gesundheitliche Betreuung der Werk-tätigen einschließlich der Fragen der Hygiene und Arbeitshygiene ist auf der Ebene der Basisversor-gung unmittelbar der Kreisarzt verantwortlich. Die Hygieneinspektion hat das Recht, dem Betriebsleiter Auflagen zu machen, wenn es darum geht, Mängel auf dem Gebiet der Hygiene zu beseitigen. Der Betriebsarzt schließlich sichert sowohl die ambulante Versorgung als auch die arbeits-medizinische Versorgung. Dabei hat der Betriebsarzt das Recht, dem Be-triebsleiter Auflagen zu machen, wenn es darum geht, akute Gefahren für die Gesundheit des Werk-tätigen abzuwenden.

Von den sehr stark untergliederten Einrichtungen des Betriebsgesund-heitswesens habe ich Polikliniken und Ambulatorien besichtigt. Von der Definition her ist eine Betriebspoliklinik eine ambulante Einrichtung des staatlichen Gesundheitswesens, die selbständig oder mit einem Betriebs-krankenhaus vereinigt sein kann. Sie verfügt über ein klinisch-diagnosti-sches Laboratorium, eine physiotherapeutische Abteilung, eine Röntgen-einrichtung und hat wenigstens fünf Fachabteilungen: allgemeinärztliche, Zahnärztliche, innere, chirurgische und gynäkologische Abteilung. Ein Be-triebsambulatorium ist eine Einrichtung des staatlichen Gesundheits-wesens mit mindestens zwei ärztlich besetzten Fachabteilungen.

Dieser normative Organisations- und Aufgabenplan zeigt in der Praxis offensichtlich eine sehr vielfältige Form. So besteht die Betriebspoliklinik „Dr. Salvador Allende“ in Berlin-Ost aus insgesamt 17 Fachabteilungen, zwei angeschlossenen Betriebsambulatorien und acht Betriebs-sanitätsstellen. In der Betriebspoliklinik, die in zwei großen Gebäuden unter-gebracht ist, und in den nachgeordneten Einrichtungen arbeiten insgesamt 43 Ärzte und eine entsprechende Anzahl mittlerer medizinischer und technischer Bediensteter. Es sind folgende Fachabteilungen vertreten:

- Arbeitshygiene
- Allgemeinmedizin/Betriebsärzte
- Innere Medizin/arbeitsmedizinische Leistungs- und Funktionsdiagnostik

- Augenheilkunde
- Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde mit Lärmarbeiterbetreuung
- Neurologie/Psychiatrie
- Kinderheilkunde
- Gynäkologie/Betriebsschwangerenfürsorge
- Chirurgie/zentrale Sterilisation
- Orthopädie
- Arbeitsdetermalogie/Allergiediagnostik
- Urologie
- Stomatologie mit zahntechnischem Labor
- Psychologie
- Physiotherapie/Sauna
- Röntgendiagnostik
- klinisch-chemisches Labor
- Apotheke
- Ökonomie/Planung und Statistik

In der Betriebspoliklinik sind ebenfalls die Ärzteberatungskommissionen (ÄBK) zur Begutachtung und Rehabilitation, die Unfall-ÄBK und die Betriebs-ÄBK angesiedelt.

Zum Einzugsbereich der Betriebspoliklinik gehören insgesamt drei Großbetriebe und 70 Mittel- und Kleinbetriebe mit ca. 25 000 Arbeitnehmern. Ferner wird der Berliner Ortsteil Treptow mit ca. 15 000 Einwohnern versorgt. Die Patienten werden durch eine zentrale Patientenmeldung erfaßt. Es besteht eine einheitliche Betreuungsdokumentation in einer eigenen Patientenakte. Die Betriebspoliklinik ist von 7.00 bis 19.00 Uhr in der allgemeinärztlichen Versorgung besetzt; in den fachärztlichen Abteilungen werden Früh- und Spätsprechstunden abgehalten. Mindestens die Hälfte aller medizinischen Leistungen der Betriebspoliklinik wird für Einwohner des Ortsteils Treptow erbracht; für die diagnostischen Abteilungen sowie für die fachärztlichen Abteilungen ist der Anteil der Betriebspoliklinik an der medizinischen Versorgung des Ortsteils Treptow noch wesentlich höher einzuschätzen.

Der Betriebspoliklinik Optima in Erfurt sind insgesamt 7 Ambulatorien und 15 Arzt- und Schwesternsanitätsstellen nachgeordnet. In der Betriebspoliklinik arbeiten insgesamt 220 Beschäftigte, davon 34 Ärzte und 12 Zahnärzte. Außer den Fachgebieten Orthopädie, Pädiatrie und Neurologie sind alle medizinischen Fachrichtungen vertreten. Die Betriebspoliklinik Optima versorgt mehrere Betriebe mit insgesamt 60 000 Beschäftig-

ten; auf 2500 Beschäftigte kommt ein Betriebsarzt. Der wesentliche Gegensatz zwischen der Betriebspoliklinik Optima zur Betriebspoliklinik in Treptow besteht darin, daß sich die Erfurter Klinik nicht an der ambulanten Versorgung des Territoriums beteiligt. Daraus ergeben sich wesentliche Unterschiede im Zuspruch der Betriebsangehörigen zu den Betriebspolikliniken. Während die Betriebspoliklinik Treptow nur von 40 % der Betriebsangehörigen besucht wird, dafür aber 60 % ihrer gesamten Arbeitszeit für die Versorgung der Bevölkerung aufbringt, wird die Betriebspoliklinik in Erfurt von ca. 80 % der Betriebsangehörigen besucht. Dies mag insbesondere auch damit zusammenhängen, daß in der Stadt Erfurt selbst eine große Zahl an Fehlstellen im allgemeinärztlichen Sektor besteht; dadurch kommt es besonders in der Basisversorgung zu langen Wartezeiten. Allerdings beteiligen sich die Ärzte des Betriebsgesundheitswesens an der schnellen medizinischen Hilfe (SMH), entsprechend unserem ärztlichen Notfalldienst, an der direkten medizinischen Hilfe (DMH), entsprechend unserem ärztlichen Bereitschaftsdienst und an einer Hausbesuchsbereitschaft (HBD). Es wird allgemein gern gesehen, wenn sich die vorwiegend theoretisch arbeitenden Ärzte, wie z. B. die Arbeitshygieniker, an diesen Notdiensten beteiligen: diese Ärzte sollen die Verbindung zur medizinischen Therapie bewahren.

In dem Betriebsambulatorium, das ich besuchte, ist entgegen der Zielrichtung nur eine Allgemeinärztin, die wie üblich zugleich Betriebsärztin war, angestellt. Sie arbeitet mit drei medizinischen Fachkräften zusammen. Diese Ärztin ist einem besonderen Betrieb zugeordnet und arbeitet nahezu völlig selbständig.

Ein Hauptgegenstand der Diskussion während meiner Besuche war stets die Stellung des Betriebsarztes zur Betriebsleitung. Sowohl die Ärzte als auch die übrigen Beschäftigten im Betriebsgesundheitswesen sind nicht vom Betrieb selbst, sondern vom Kreis angestellt; sie sind dem Kreisarzt disziplinarisch untergeordnet. Insofern hat der Betriebsarzt gegenüber der Betriebsleitung eine unabhängige und selbständige Stellung. Andererseits hoben die Ärzte, mit denen ich sprach, sehr schnell hervor, daß sich mit der Zeit eine sehr starke Bindung an den Betrieb entwickelt. Insbesondere die allgemeinärztlich tätigen Betriebsärzte kennen in dem ihnen zugewiesenen Bereich die Arbeitsplätze der Beschäftigten. Das enge Verhältnis zum Betrieb entwickelt sich sowohl über die Kenntnis der Betriebsstruktur als auch über die Versorgung der Betriebsangehörigen. Dies ist zugleich eine wesentliche Voraussetzung dafür, von den Betriebsangehörigen akzeptiert zu werden.

Auffallend war für DDR-Verhältnisse, wie gut die Betriebspolikliniken ausgestattet sind. Dies fing bei der Einrichtung der Zimmer der ärztlichen

Direktoren an, setzt sich bei der guten Ausstattung der Sprechzimmer fort und endete schließlich bei der teilweise beeindruckenden Einrichtung in einigen diagnostischen Abteilungen. Dies ist vorwiegend auf zwei Dinge zurückzuführen: auf den gesundheitspolitischen Stellenwert eines medizinischen Subsystems zum ersten wie zum zweiten auf die Wirtschaftskraft der Einrichtung, die letztendlich für dieses medizinische Subsystem aufzukommen hat. Es hat in der gesundheitspolitischen Entwicklung der DDR eine Phase gegeben, in der das Betriebsgesundheitswesen besonders stark gefördert worden ist. Dies betrifft nicht nur die Infrastruktur, sondern auch finanzielle Anreize, mit denen man Ärzte dazu bewegen wollte, im Betriebsgesundheitswesen tätig zu werden. Durch die enge Verbindung zur Industrie — letztlich ist ja der Betriebsleiter für die Durchführung des Betriebsgesundheitswesens zuständig — dürfte es für die Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens auch wesentlich leichter sein, eine gute Ausstattung zu finanzieren.

Bemerkenswert aus der Sicht des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens sind die Ausbildung und das Aufgabengebiet des Betriebsarztes. Die Betriebsärzte, mit denen ich zusammentraf, hatten alle eine Facharztausbildung als Allgemeinarzt; während ihrer Tätigkeit im Betriebsgesundheitswesen durchliefen sie zu Beginn eine zweijährige Ausbildung zum Betriebsarzt. Zum Aufgabengebiet des Betriebsarztes/Allgemeinarztes gehören

- die vorbeugenden Maßnahmen, wie z. B. Reihen-, Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen einschließlich der Impfungen,
- die erste Versorgung von Unfallverletzten und akut Erkrankten,
- die allgemeinmedizinische Versorgung der Angehörigen des Betriebes,
- die Überwachung der hygienischen Verhältnisse am Arbeitsplatz,
- die Auswertung des Gesundheitsschutzes der Betriebsangehörigen einschließlich der Überwachung des Krankenstandes,
- schließlich die Mitwirkung in der Ärzteberatungskommission, Zusammenarbeit mit der Betriebsleitung und
- Mitarbeit im Berufskrankheitsverfahren.

Dem Betriebs-/Allgemeinarzt wird innerhalb der großen Betriebspolikliniken jeweils ein bestimmter Arbeitsbereich in der Produktion zur Überwachung zugewiesen. Dieser zu überwachende Bereich deckt sich weitgehend mit dem Betreuungsbereich des Arztes. Damit sieht der Betriebs-/Allgemeinarzt nicht lediglich den Kranken in seiner Praxis; vielmehr kennt er den Arbeitsplatz jedes Patienten, der zu ihm kommt bzw. kann diesen Arbeitsplatz unmittelbar einsehen oder sich die entsprechende Kenntnis bei seinem Kollegen bezogen. Da bekanntlich ein erheblicher

Anteil aller Erkrankungen ganz besonders mit der Situation am Arbeitsplatz zusammenhängt, ist mit dieser Form der betriebs-/allgemeinärztlichen Versorgung eine wesentliche Forderung nach einer umfassenden Medizin erfüllt.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied in der gesundheitlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik zeigte sich schließlich, wenn man die Rolle des Arztes bei der Senkung des Krankenstandes betrachtet: den Krankenstand zu senken, erwies sich schon sehr bald als das vordringliche Problem im Gesundheitswesen der DDR überhaupt. Besonders im Hinblick auf die immer heftigere Diskussion in der Bundesrepublik soll dieser Themenkreis weiter unten gesondert angesprochen werden.

Insbesondere aus dem besonderen Auftrag des Arztes im Betriebsgesundheitswesen, den Krankenstand in den angeschlossenen Betrieben auf dem eingeplanten Niveau zu halten, folgerte auch der hauptsächlichste Schwerpunkt, den ich bei meinen „Nebengesprächen“ mit Bürgern der DDR erfuhr: verschiedentlich wurde gesagt, daß man den Eindruck habe, daß die Ärzte im Betriebsgesundheitswesen besonders schnell wieder gesund schreiben. Viele Betriebsangehörige würden daher nicht zum Betriebsgesundheitswesen gehen, sondern den Arzt an ihrem Wohnort aufsuchen. Ein weiterer Kritikpunkt war, daß gesundheitsschädigende Zustände am Arbeitsplatz zwar jederzeit gemeldet werden könnten und auch sofort aufgenommen würden, daß aber die Zeit, bis dieser Zustand letztendlich beseitigt würde, oftmals unverhältnismäßig lange dauern würde; dieser Vorwurf ging herunter bis auf die Ebene, daß etwa zerbrochene Scheiben erst nach unendlich langer Zeit wieder ersetzt würden.

2.2 Polikliniken und Ambulatorien

Die gesetzliche Grundlage für die Entwicklung von Polikliniken und Ambulatorien auf dem Gebiet der DDR war der Befehl 272 der SMAD vom 11. Dezember 1947. Dieser Befehl schaffte für das gesamte Gebiet der heutigen DDR eine einheitliche Entwicklungsgrundlage und legte gesetzlich fest, daß „Polikliniken den Grundpfeiler eines fortschrittlichen Gesundheitswesens darstellen und der Diagnose, der Therapie und Prophylaxe dienen“ (Winter 1980 a, 199). Nach den jetzigen Zielvorstellungen im Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik sind Polikliniken ambulante Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens in der Stadt oder auf dem Lande, die entweder organisatorisch an ein Krankenhaus angehängt sind oder auch selbständig sein können; Aufgaben der Polikliniken sind die Verhütung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten. Eine Poliklinik verfügt wenigstens über:

Labisch, Die medizinische Grundversorgung der Deutschen Demokratischen Republik

- eine allgemeinärztliche Abteilung sowie Abteilung für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Zahnheilkunde;
- eine Röntgeneinrichtung;
- ein klinisch-diagnostisches Laboratorium;
- eine physiotherapeutische Abteilung.

Die allgemeinen Aufgaben der Polikliniken lassen sich nach Winter u. a. wie folgt zusammenfassen (Winter 1980 a, 200 ff.):

- Gesundheitsschutz gilt als gesellschaftliche Verpflichtung; alle daraus resultierenden Maßnahmen sind unentgeltlich.
- Der Arzt ist nicht gewerblich tätig; durch die materielle Sicherung soll der Arzt die Möglichkeit erhalten, seine Fähigkeiten ungehindert zu entwickeln und anzuwenden.
- Die Zersplitterung der medizinischen Versorgung soll überwunden und die Anwendung moderner Technik gesichert werden.
- Das Kollektiv verschiedenster Spezialisten soll die Verbindung von Theorie und Praxis im Sinne der Ganzheitserfassung des Patienten sichern, und
- die Zusammenarbeit zwischen der stationären und ambulanten Versorgung wird sichergestellt.

Ich besuchte zwei Polikliniken: die Poliklinik am Krankenhaus in Friedrichshain in Berlin-Ost und die Poliklinik am Kreiskrankenhaus Apolda im Bezirk Erfurt. Mein Hauptinteresse galt dabei der Poliklinik als Verbindung zwischen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung. Diese Problematik wurde insbesondere in Berlin-Ost, wo ich die pädiatrische Poliklinik und die internistische Poliklinik besuchte, angesprochen.

Die Basisversorgung in der kinderärztlichen Betreuung wird durch Kinderärzte in staatlichen Arztpraxen sichergestellt; staatliche Arztpraxen sind selbständige ambulante Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens, die mit einem Facharzt bzw. Fachzahnarzt besetzt sind und die medizinische Betreuung eines Arztbereichs durchführen. Die Poliklinik wird erst dann in Anspruch genommen, wenn weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich sind oder letztlich eine klinische Aufnahme absehbar ist. Die Patienten bzw. die Eltern des Kindes können zwischen den Ärzten in der staatlichen Arztpraxis frei wählen; auch in den Polikliniken besteht im Prinzip eine freie Arztwahl.

Gerade auf diesen Aspekt der freien Arztwahl wird in den Polikliniken großer Wert gelegt; selbst bei dem Zwang, den Dienst in der Poliklinik

sinnvoll zu organisieren, wird darauf Rücksicht genommen, da sowohl der Patient als offensichtlich auch die Ärzte in der Poliklinik ein besonderes Interesse daran haben, ihren eigenen Arzt bzw. ihren festen Patientenstamm zu haben. So wurde in der Kinderpoliklinik beispielsweise reihum eine Art ärztlicher Aufnahmedienst organisiert: dieser dient sozusagen als eine Art Filter, um die Patienten gleich an die richtige Stelle zu leiten; in gleicher Weise soll er aber den übrigen Ärzten ermöglichen, in ihrem selbstgewählten Spezialgebiet tätig zu werden; zuletzt ist es aber auch seine Aufgabe, den Wünschen des Patienten nach einem bestimmten Arzt gerecht zu werden.

Bei der hohen Beanspruchung und der im vorhinein nicht immer gleich erkennbaren Problematik stellt die Aufnahme und die Krankenakte ein besonderes Problem dar. Im Krankenhaus im Friedrichshain wird versucht, ein umfassendes EDV-Aufnahmesystem einzurichten. Die Krankenakte soll dabei von der Aufnahme zum Arzt bis ggfs. auf die Station hin den Patienten begleiten. In der Akte sind alle Werte des Patienten systematisch und der Reihe nach erfaßt, so daß sich jeder behandelnde Arzt ein Bild über die Vorgeschichte und den aktuellen Behandlungsstand verschaffen kann. Ein weiteres Ziel dieser Aktenführung scheint zu sein, eine Übersicht darüber zu behalten, welche Leistungen letztlich in Anspruch genommen werden.

Für die internistische Poliklinik war maßgebend, daß es in der Umgebung des Krankenhauses kaum niedergelassene Ärzte gab. Die primärärztliche Versorgung wurde von Allgemeinärzten sichergestellt. Der Patient kam in der Regel infolge einer Überweisung in die internistische Poliklinik; damit war bereits eine spezielle Fragestellung vorgegeben. Dabei entscheidet der ambulant tätige Arzt allein, ob er für das anstehende Problem noch kompetent ist oder nicht. Auch die Einweisung in das Krankenhaus erfolgt vom ambulanten Arzt über die Poliklinik; für die Einweisung gibt es feste Richtlinien.

Die Poliklinikärzte in der internistischen Poliklinik haben einen festen Patientenstamm, den sie im Sinne einer Dispensairebetreuung fest betreuen. Dispensairebetreuung bedeutet zwar grundsätzlich, daß man entweder Gruppen gesunder Menschen, denen physiologische Merkmale oder Arbeitsbelastungen gemeinsam sind, oder aber Gruppen kranker Menschen nach besonderen Krankheitsformen gesondert betreut — dabei sind beide Prinzipien nicht immer völlig auseinanderzuhalten. Über diese spezielle Dispensairebetreuung hinaus hat sich jedoch offensichtlich ein Verfahren eingespielt, daß sich der Internist in der Poliklinik beispielsweise besonders — und letztlich ausschließlich — gastroenterologischen Patienten oder Problemen von Herzschrittmacherpatienten oder etwa der Betreuung von Diabetes-Patienten widmet.

Insgesamt hatte ich den Eindruck, daß die Poliklinik zusammen mit der starken Spezialisierung eine Art eigene Arztkarriere fördert, die einen Spezialisten im ambulanten Bereich mit einer Anbindung an das Krankenhaus hervorbringt; hierzu ist anzufügen, daß die Poliklinikärzte sowohl Hausbesuche machen als auch sich am Nachtdienst im Krankenhaus beteiligen. Auch in der internistischen Poliklinik gilt das Prinzip der freien Arztwahl. Indes stellen die Patienten, die unangemeldet kommen, ein ganz besonderes Problem dar: diese Patienten dürfen keinesfalls abgewiesen werden. Nachdem man es in der Vergangenheit offensichtlich den Schwestern überlassen hatte abzuklären, ob der betreffende Patient wirklich einen Arzt sehen mußte, wird nun, nachdem es entsprechende Beschwerden gegeben hat, jeder unangemeldete Patient grundsätzlich von einem Arzt untersucht; dies führt natürlich zu einer Verlängerung der Wartezeit für die Patienten, die vorbestellt sind.

Gerade im Zusammenhang mit den Patienten, die unangemeldet eine Poliklinik aufsuchen, kam das Gespräch auf das Anspruchsverhalten der Patienten. Auch in der DDR scheint es das Phänomen zu geben, daß die Patienten aufgrund der freien Arztwahl schon bei Bagatellerkrankungen sofort den Spezialisten aufsuchen, den sie für ihre Symptome für zuständig halten. Für die Zusammenarbeit in der Poliklinik scheinen ferner Spezialisierung und Teamarbeit besonders problematisch zu sein; offensichtlich besteht unter den Ärzten in der DDR ein ganz besonders starker Trend, sich zu spezialisieren und darüber hinaus innerhalb eines Spezialgebiets zu subspezialisieren. Diese weitergebildeten Ärzte sind dann praktisch nur noch bereit, Patienten aus ihrem unmittelbaren Tätigkeitsfeld zu behandeln: da eine übergreifende Teamarbeit sich offensichtlich auch hier nur sehr schwer durchführen läßt, führt dieses Spezialistenverhalten schließlic zu, daß der Patient sehr viele Spezialisten nacheinander aufsuchen muß.

Ein weiteres Problem im medizinischen Arbeitsbereich scheint die Entlastungsfunktion der Klinik für die ambulant tätigen Ärzte in den staatlichen Arztpraxen zu sein; dieses Problem erinnert sehr stark an die Entlastungsfunktion der Krankenhausambulanzen der Bundesrepublik zum Wochenende. Es wurde mithin die Poliklinik besonders nachts und am Wochenende vermehrt von Patienten aufgesucht, weil über den von den Ärzten der staatlichen Arztpraxen zu organisierenden Notdienst kein Arzt erreichbar war. Damit ergab sich schließlich ein weiteres Problem: die starke Beanspruchung der Ärzte in Polikliniken, aber auch im stationären Bereich durch Nachtdienste.

Damit sind wir bei einem Problembereich, der sich auf relativ abstrakter Ebene abspielt: offensichtlich hat es in der Entwicklung des Gesundheits-

wesens der DDR ganz verschiedene Phasen gegeben. So wurde zunächst der Ausbau des Betriebspoliklinikwesens sehr stark vorangetrieben, so daß es heute führende Ärzte gibt, die sagen, daß die Betriebspolikliniken zu stark ausgebaut worden seien — ein Beispiel hierfür wäre die Betriebspoliklinik in Treptow, die schließlich für die medizinische Versorgung des Territoriums geöffnet werden mußte. Ferner hat es eine Phase der Stärkung der ambulanten Praxen in der Form der staatlichen Arztstellen gegeben. Schließlich hat es — ohne vollständig sein zu können — eine Phase gegeben, in der man die Krankenhäuser und die Krankenhauspolikliniken organisatorisch voneinander getrennt hat, so daß die Poliklinik und das Krankenhaus einen eigenen ärztlichen Direktor haben — diese Maßnahme hat man später als verfehlt eingesehen, und heute spricht man wieder von einer „funktionellen Zusammenführung“. In jüngster Zeit scheint man wieder bei einer stärkeren Betonung der Klinik angelangt zu sein — denn es sind immer weniger Ärzte bereit, über längere Zeit die starke Beanspruchung durch Nachtdienste mitzumachen; schließlich hat man versucht, hier durch finanzielle Anreize lenkend einzugreifen — so ist es heute möglich, daß ein Arzt im Krankenhaus durch Bereitschaftsdienste bis zu 1000 Mark im Monat hinzuverdienen kann.

Abschließend sei an einigen Zahlen deutlich gemacht, welche Bedeutung die Poliklinik am Krankenhaus im Friedrichshain für die ambulante medizinische Betreuung der Bevölkerung in der Umgebung hat. So waren im Jahr 1980 in der Poliklinik 65 Ärzte tätig. Diese Ärzte betreuten über 150 000 Bürger. Die Ärzte führten über 500 000 Konsultationen durch, annähernd 5000 Hausbesuche und betreuten fast 60 000 Rettungsfälle.

Von den Menschen, mit denen ich außerhalb des Medizinsystems sprach, wurden vorwiegend zwei Dinge moniert: die langen Wartezeiten, insbesondere in den chirurgischen Polikliniken, und die ständigen Überweisungen. Während die langen Wartezeiten gerade in den chirurgischen Polikliniken auch bei uns bekannt sind — dies hängt damit zusammen, daß bei Unfall u. ä. der Dienst nicht mehr planbar ist — scheint mir das Problem der Überweisungen ein spezifisches Problem in der Entwicklung des Arztberufes in der DDR zu sein: die starke Spezialisierung führt schließlich dazu, daß ein Patient mit mehreren Krankheiten, und dies ist ja gerade für ältere Menschen bezeichnend, ständig mit mehreren Ärzten für bestimmte Spezialfragen zu tun hat. Ferner beklagten einige, daß es immer wieder zu Doppeluntersuchungen käme — wenn dies zutrifft, würde dies bedeuten, daß die Möglichkeiten, die durch die Verbindung von ambulanter und stationärer Versorgung durch die Poliklinik gegeben sind, durch die medizinische Versorgung noch nicht vollgültig ausgenutzt werden.

2.3 Landambulatorien

Eine weitere Besonderheit in der ambulanten medizinischen Versorgung der Deutschen Demokratischen Republik sind die Landambulatorien. Die Entwicklung der Landambulatorien geht auf eine Initiative des Landesgesundheitsamtes Brandenburg zurück, das im Jahre 1948 das System der Polikliniken, das in erster Linie der städtischen Bevölkerung zugute kam, auf das Land hin ausdehnen wollte; der Begriff „Landambulatorium“ ist von Kurt Winter entwickelt worden. Ziel der Entwicklung der Landambulatorien war, die medizinische Versorgung der Landbevölkerung schrittweise an die medizinische Versorgung in der Stadt anzugleichen. Das Landambulatorium soll daher eine umfassende medizinische Versorgung für die zu betreuende Bevölkerung sicherstellen. Hierzu gehört u. a.:

- Medizinische Prophylaxe auf der Grundlage einer umfassenden Gesundheitsstatistik;
- ärztliche Betreuung einschl. Hausbesuchen und schneller medizinischer Hilfe;
- allgemeine prophylaktische Dienste, wie Schwangeren- und Mütterberatung, Schulgesundheitswesen, Schulzahnpflege usw.;
- Leitung und Beaufsichtigung der im Bereich des Landambulatoriums liegenden Sanitätsstellen, Schwesternstationen, Hebammenstellen und sonstigen ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens;
- gesundheitliche Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung.

(Winter 1980 a, 203)

Ich besuchte das Landambulatorium Falkenhagen, das im Kreis Seelow, Bezirk Frankfurt/Oder, liegt. Das Landambulatorium ist für insgesamt 15 Gemeinden mit 7500 Einwohnern zuständig; die größte Ausdehnung des Versorgungsbezirks beträgt ca. 30 km. Im Landambulatorium sind zwei Allgemeinärzte für je drei Gemeinden zuständig; diese Ärzte führen Sprechstunden sowohl im Ambulatorium selbst als auch in Außenstellen durch. Dem einen Allgemeinarzt war eine Gemeindeschwester, dem anderen zwei Gemeindeschwestern zugeordnet. Zusätzlich war ein Allgemeinarzt je zwei Tage im Ambulatorium tätig; es war dies der Kreisarzt des Kreises Seelow, der vormals der Chef des Ambulatoriums gewesen war. Ferner war ein Stomatologe im Landambulatorium tätig, der weitere zwei Außensprechstellen betreute. Ein Gynäkologe besuchte einmal in 14 Tagen an einem Nachmittag das Ambulatorium. Außerdem war dem Landambulatorium eine Bereichsarztpraxis in einem nahegelegenen Dorf zugeordnet, in dem ein Allgemeinarzt tätig war, der in weiteren vier Dörfern Außensprechstunden durchführte; ihm waren zwei Gemeindeschwestern zugeordnet. Außer den bisher genannten Personen waren im Land-

ambulatorium ferner eine Verwaltungsstelle, drei Krankenschwestern, die auch Hausbesuche machten, eine Fürsorgerin, ein Fahrdienst mit insgesamt vier Autos, eine Apotheke mit zwei Beschäftigten, eine Physiotherapie, eine Sauna, eine Röntgenanlage, die bis hin zur Urographie einsatzfähig war und die vorstationäre Diagnostik betrieb, schließlich ein Labor und ein zahnärztliches Labor, das mit zwei Zahntechnikern inkl. kieferorthopädischer Betreuung arbeitete.

Sowohl die Organisation des Landambulatoriums als auch meine Besuche in Außensprechstellen zeigten die Zielrichtung und Arbeitsweise dieses Ambulatoriums sehr deutlich: die medizinische Versorgung und die medizinisch-fürsorgerische Betreuung durch Fürsorgerin und Gemeindegeschwester sollten möglichst weit in die ländliche Peripherie hineingetragen werden. Das heißt, man mutet den Patienten nicht wie früher die endlosen Wege in die Kreisstadt zu; vor dem Krieg hatte es lediglich in der Kreisstadt zwei Ärzte gegeben. Vielmehr bot man den Dienst im Dorf selbst an; dies galt sowohl für den ärztlichen Dienst als jetzt auch für die Gesundheitsfürsorge und insbesondere für die Gemeindegeschwester. Damit wurde sowohl der prophylaktische Gesundheitsschutz, insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder, als auch die Betreuung von chronisch kranken Patienten in der Peripherie durch medizinisches Fachpersonal sichergestellt. Selbst wenn man einmal davon absieht, daß die Geburtenhilfe nur dann ausgezahlt wurde, wenn die Mütter die Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich in Anspruch nahmen und dies durch einen Stempel belegen konnten, hatte ich den Eindruck, daß die angebotenen Dienste rege in Anspruch genommen wurden. Ferner hatte ich den Eindruck, daß die Allgemeinärzte mit ihrer Arbeit sehr zufrieden waren; dies wird nicht zuletzt auch durch den Zuspruch und das Vertrauen der Bevölkerung unterstrichen — das Landambulatorium hatte Zulauf selbst von Patienten aus dem ca. 15 km entfernten Frankfurt/Oder. Die Allgemeinärzte waren ganz bewußt aufs Land gegangen, um hier eine umfassende medizinische Versorgung durchführen zu können. Doch wurde auch hier den Ärzten ein gewisser Spielraum für eine Spezialisierung gegeben; so war ein Spezifikum dieses Landambulatoriums eine sehr ausgefeilte und qualifizierte Betreuung im ärztlich-physiotherapeutischen Bereich sowie in der Wiederbelebung alter Hausmittel und häuslicher Gesundheitspraktiken (s. auch Labisch, 1982 b).

Im Sinne der gesundheitspolitischen Diskussion der WHO um eine „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ (primary health care) fragte ich während meines Aufenthalts in dem Landambulatorium insbesondere danach, welchen Einfluß letztlich die Gemeinde auf die Organisation der medizinischen Versorgung hat. Der Kreisarzt, der das Landambulatorium mit aufgebaut hatte, reagierte auf diese Frage zunächst mit Erstaunen.

In der Diskussion stellte sich dann heraus, daß das Problem letztlich nicht darin besteht, ob eine Gemeinde prinzipiell das Mitspracherecht bei der Organisation der gesundheitlichen Versorgung hat, sondern ob eine Gemeinde bzw. die in dieser Gemeinde angesiedelten LPG'en die Mittel haben, entsprechende Möglichkeiten anzubieten: die Begrenzung liegt folglich nicht in der politischen Durchsetzungsfähigkeit, sondern im Material und in der Arbeitskraft. Hierfür war gerade die soeben eingerichtete staatliche Arztpraxis ein Beispiel. Es hatten sich zwei Gemeinden um diese Arztstelle bemüht. Die durch eine pflanzenproduzierende LPG reichere Gemeinde hatte es jedoch geschafft, innerhalb kurzfristiger Zeit ein ehemaliges Wirtshaus mit Tanzsaal in ein großes Wohnhaus und eine Arztpraxis umzubauen. Dadurch hatte man es letztlich verstanden, die Arztstelle an diesen Ort zu binden und darüber hinaus durch das Angebot eines großen Wohnhauses einen engagierten Arzt in die Gemeinde zu bekommen.

2.4 Kreisarzt

Ein weiteres Subsystem der medizinischen Versorgung, das mich in der DDR besonders interessierte, war der öffentliche Gesundheitsdienst. Hierzu ist selbstredend zu bemerken, daß es einen „öffentlichen Gesundheitsdienst“ in der Form, wie er in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens seit 1934 noch existiert, in der Deutschen Demokratischen Republik nicht mehr gibt. Gegenstand meiner Besichtigungsreise war vielmehr Aufgabenbereich und Funktion des Kreisarztes.

Entsprechend der straffen Organisation der Verwaltung in der Deutschen Demokratischen Republik von der Ministerialebene über die Bezirksebene zur Kreisebene untersteht das Gesundheitswesen des Kreises einem Kreisarzt. Der Kreisarzt ist als gewählter Volksvertreter gleichzeitig Kreisrat; das heißt, er verbindet folglich eine politische und eine Verwaltungsfunktion in seiner Person als Arzt. Der Kreisarzt ist der Leiter der Abteilung des Gesundheits- und Sozialwesens im Rat des Kreises, die ihrerseits fachlich von der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirks und über den Bezirk vom Ministerium für Gesundheitswesen angeleitet wird. Der Kreisarzt hat die Aufsicht über alle Einrichtungen und Personen des Gesundheitswesens des Kreises, ist verantwortlich für die Fortbildung des Gesundheitspersonals in seinem Bereich und auch für die Gesundheits-erziehung der Bevölkerung. Nach Winter (Winter 1980 a, 106—176) unterstehen dem Kreisarzt folgende Arbeitsgebiete:

- Haushalt und Verwaltung des Gesundheitswesens;
- Planung, Materialversorgung und Statistik;

Lobisch, Die medizinische Grundversorgung der Deutschen Demokratischen Republik

- stationäre und ambulante Betreuung;
- Gesundheitsschutz für Mutter und Kind;
- Gesundheitsfürsorge einschließlich körperbehinderter Erwachsener und Überwachung der Erholungsfürsorge.

Der stellvertretende Kreisarzt ist verantwortlich für die Arbeitsgebiete Bekämpfung der Volkskrankheiten und allgemeine Hygiene und Seuchenbekämpfung. Der Rat des Kreises hat u. a. die Aufgaben:

- Sicherung der medizinischen Grundversorgung;
- Integration der allgemeinen mit der fachärztlichen Betreuung;
- Rationalisierung durch sinnvolle Verteilung der Schwerpunkte und volle Ausnutzung der Kapazität;
- Entwicklung der Statistik des Gesundheitszustandes und Analyse der Wirksamkeit der gesundheitlichen Betreuung.

Dies bedeutet, daß letztlich die Kreise eine große Verantwortung bei der Planung und Durchführung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung haben. Aufgaben und Funktion des Kreisarztes sind damit mit den Aufgaben und der Funktion des Amtsarztes in der Bundesrepublik in keiner Weise mehr vergleichbar. Im Kreisarzt nach dem Modell der Deutschen Demokratischen Republik vereinigen sich politische Funktionen, Funktionen der Verwaltung und ärztliche Funktionen in einer Hand.

Dies kann in einem Beispiel, das ich besichtigte, folgendermaßen aussehen: dem Kreisarzt war zunächst einmal die ambulante und stationäre medizinische Versorgung einschl. der Jugendberatungsstelle des Kreises unterstellt, ferner die zentrale Krippenverwaltung, die zentrale Heimverwaltung mit Feierabendheimen, Heimen für behinderte Kinder usw. Während diese Einrichtungen jeweils eigene Leiter, etwa einen ärztlichen Direktor usw. hatten, waren dem Kreisarzt zusätzlich einige Abteilungen des Kreisgesundheitswesens unmittelbar untergeordnet: die Kreisgesundheitsinspektion, die Arbeitshygieneinspektion, das Betriebsgesundheitswesen, die Betriebsakademie, die die ärztliche Fortbildung leitete, die schnelle medizinische Hilfe, die Ärzteberatungskommission und schließlich in einer etwas loseren Verbindung der Kreisapotheke.

Die Verbindung von politischer Funktion, Verwaltungsaufgaben und ärztlichen Aufgaben macht den Kreisarzt nach DDR-Muster gerade aus der Sicht der bundesrepublikanischen Diskussion um das öffentliche Gesundheitswesen besonders interessant: letztlich stellt der Kreisarzt ein Gegenmodell zu unserem Amtsarzt dar, das auf Diskussionen zurückgeht, die vor der Verabschiedung des GVG von 1934 in breitem Spektrum geführt worden sind. Obwohl dem Kreisarzt ein enormer Aufgabenbereich und

Ausländische Sozialpolitik

DDR offensichtlich nicht. Von Ärzten hörte ich, daß man die Fürsorgerin als eine Lehrerin für Kranke und insbesondere für junge Mütter auffaßte.

Ein interessantes Vorhaben plante man in der Pädiatrie im Krankenhaus am Friedrichshain: dort sollten zwei Fürsorgerinnen unmittelbar in die Pädiatrische Klinik integriert werden. Es ging den Ärzten in der pädiatrischen Abteilung um die Verbindung von Medizin und sozialem Umfeld des Kindes, hier vor allem die Verbindung von Medizin zum Elternhaus. Ein besonderer Aspekt war hierbei, die Rechte des Kindes gegenüber nachlässigen Eltern zu wahren. Der Grundgedanke war, daß der Arzt zwar letztlich die Probleme des Kindes erkennt, sie aber weder aus zeitlichen Gründen noch von seiner Ausbildung her angemessen behandeln kann; hierfür kann lediglich eine ausgebildete Fürsorgerin in Frage kommen.

(Wird fortgesetzt)