Zeitschrift: Bauen + Wohnen = Construction + habitation = Building + home : internationale Zeitschrift

Herausgeber: Bauen + Wohnen

Band: 23 (1969)

Heft: 3: Das Krankenhaus : Station und Instrument der sozialen Krankenfürsorge = L'hôpital en qualité de station et d'instrument de l'assistance médicale publique = The hospital as an instrument of the public service

Artikel: Vom Hausarzt zum Ärztehaus = Du médecin de famille à la maison de médecins = From the family doctor to the medical centre

Autor: Nedeljkov, Georgije

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-333569

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Georgije Nedeljkov, Berlin

Vom Hausarzt zum Ärztehaus

Probleme der Organisation von Einzelarzt und Gruppenpraxen

Du médecin de famille à la maison de médecins

Problèmes de l'organisation des médecins isolés et des pratiques groupées

From the family doctor to the medical centre

Problems of organization in the gase of isolated doctors and of group practice

Der kunsthistorisch versierte Leser ist im Bilde: der Arzt, Freund und Helfer der vielköpfigen Familie »von der Wiege bis zur Bahre« verabreicht einem Kinde ein Pockenserum. Ort der Handlung ist das Bürgerhaus. Gespannt beobachten die Familienmitglieder den neuartigen Impfvorgang. Die Stellung des Arztes im Mittelpunkt des Bildes unterstreicht die Aufmerksamkeit, die das »naturwissenschaftliche Jahrhundert« den Entdekkungen und Experimenten der Medizin entgegenbringt.

Im Gegensatz zu seinem in der Poliklinik der Universität angestellten Kollegen, der sein aus den ärmsten Schichten der Bevölkerung und der Asozialität rekrutiertes und unentgeltlich behandeltes »Patientengut« in einer Art Kostenausgleich regelmäßig auch zu »Demonstrationszwecken« benutzt, arbeitet der »medicinae universalis doctor« im Bürgerhaus zwar gegen Honorar, aber ohne familienfremde Helfer und Zuschauer. Sein – bescheidenes – Instrumentarium wird er nach Beendigung der Arbeit in eine Handtasche packen, die er, wie den Talar, von Haus zu Haus mit sich führt.

Der Intimus der Familie und allzeit bereite Helfer in leiblichen wie in seelischen Nöten hat, wie der Ordinarius, als Institution und Vorstellung die Gesellschaft, die ihn schuf, überlebt. Das wohlhabende Bürgerhaus mit seinen vielen Räumen und dem Personal zur Wahrnehmung der Hauspflege existiert nicht mehr. Wenn gleichwohl in der sozialisierten Medizin Englands so gut wie in der Vorstellungswelt mitteleuropäischer Standesvertretungen das Leitbild des Haus- oder Familiendoktors liebevoll gepflegt wird, so sind die Motive weniger unter den realen Zuständen als in der Politik (Standespolitik) zu suchen. Mit dem englischen »Family Doctor« fallen der Glanz und die Wärme eines großbürgerlichen Privilegs auch auf die untersten Einkommensschichten. Das Bild des »Hausarztes« scheint geeignet, tradierte Rechte abzustützen.

Indessen täuscht die Politik nicht darüber hinweg, daß sich die medizinische Praxis den Bildern weitgehend entzogen hat. Allenfalls noch im Kalendarium des von chronischem Nachwuchs- und Vertretermangel geplagten, zudem infolge der zunehmenden Siedlungsdichte immer seltener werdenden »Landarztes« haben »Visiten« im Hause des Patienten ihren festen Platz. In urbanen Bereichen, speziell in den Großstädten, kommt der Arzt normalerweise nur noch auf »Notruf« hin ins Haus. Jedoch ist der zum »Notfall« Gerufene nicht der »Hausarzt«. Es ist der »Diensthabende« einer Krankenhausambulanz bzw. ein »Bereitschaftsarzt«, der aufgrund einer gesellschaftlichen (versicherungstechnischen) Vereinbarung verpflichtet ist, »Notrufen« Folge zu leisten. Dem Patienten ist er persönlich nicht bekannt, und er kann ihn sich auch nicht auswählen.

Auch die Art der Berufsausübung des Not- oder Bereitschaftsarztes hat mit der seines biedermeierlichen Vorgängers nur noch wenig gemein. Er untersucht den Fall zwar, leistet, wenn nötig, auch »erste Hilfe«. Seine eigentliche Aufgabe aber besteht nicht in der Diagnostik und Therapie, sondern in der »Überweisung« des Patienten – in die nächste Unfallambulanz, das nächste Krankenhaus oder – in minder gravierenden Fällen, in die Sprechstunde des »zuständigen« Arztes. Liegt – auf dem Lande wie in den Städten – kein »Notruf« vor, fühlt sich der Patient nur krank oder bedroht, aber gehfähig, findet die primäre Begegnung zwischen Arzt und Patient nicht im Hause des Patienten, sondern an einem dritten, sozial kaum relevanten Orte statt.

Für den Exodus der »Ordination« aus der vertrauten Atmosphäre des Privathauses und den damit verbundenen Frustrationseffekten gibt es natürlich Gründe. Einer, die Auflösung des Bürgerhauses, wurde genannt. Ein anderer resultiert aus dem Versicherungswesen mit der Notwendigkeit der Übersicht über den Patientenandrang. Ein dritter wurde von einem amerikanischen Arzt (Dr. Cabot) untersucht. Er rechnete aus, daß der Arzt, wollte er seinem Gewerbe im Hause des Patienten nachgehen, nicht eine Handtasche, sondern einen Lastzug voller Apparaturen und Geräte im Werte von 1/2 Mill. Dollar mit sich führen müßte. Daß eine solche Regelung, zumal in unseren lärmerfüllten und smokebelasteten Städten, nicht sinnvoll wäre, liegt auf der Hand. (Die Zweckmäßigkeit mobiler Unfallambulanzen, mobiler Praxiseinrichtungen in weiträumigen und dünnbesiedelten Landstrichen, im campagnemäßigen Einsatz gegen Seuchen oder für Reihenuntersuchungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitspflege bleibt von dieser Feststellung unberührt.)

Und deshalb ist man übereingekommen: nicht der Arzt geht zum Patienten, sondern der Patient geht zum Arzt: Schauplatz der primären (ambulanten) Krankenbehandlung ist die ärztliche Allgemein- oder Facharztpraxis, eine privatwirtschaftlich betriebene soziale Versorgungsinstitution.

Aber, obwohl man infolge des ambivalenten Charakters und der außerordentlichen Frequenz annehmen sollte, sie wäre Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit, ist das Gegenteil der Fall. Während über das weit weniger frequentierte, aber von Anbeginn stärker im »Lichte der Öffentlichkeit« stehende Krankenhaus eine Fülle von Informationen vorliegen, ist die Ärztepraxis als Wissensgebiet wie als Objekt der Planung nahezu unbelichtet geblieben. Noch heute wird die überwiegende Zahl der Praxisräume auf zufällig angemieteten Büro- oder Wohnhausetagen mehr schlecht als recht eingerichtet. Stellt sich dem Architekten gleichwohl – selten genug und meist im Zusammenhang mit einem Einfamilienhausbau – die Aufgabe Ärztepraxis, sieht er sich, wo der Krankenhausarchitekt auf eine Vielzahl detaillierter Zeit- und Funktionsstudien und systematischen Grundrißentwicklungen zurückgreifen kann, nahezu ausschließlich auf die grobschematischen Vorstellungen seines Bauherrn oder auf poliklinische Beispiele angewiesen, die sich aber nicht ohne weiteres übertragen lassen.

Vermutlich müßte der Versuch, die Vernachlässigung des Entwurfsfeldes aus der Ideologie abzuleiten, aus Mangel an Beweisen eingestellt werden. Umgekehrt läßt es sich schwerlich leugnen, daß keine Zusammenhänge bestehen. Sie erklären auch den eher hämischen als bedauernden Tonfall, mit dem unter Hinweis auf die im Krankenhaus seit langem selbstverständliche Spezialisation und Kooperation der ärztlichen Einzelpraxis ein baldiges Ende vorausgesagt wird.

Gegenüber diesen Kassandrarufen ist zu bemerken, daß auch der scheinbar wie der letzte König in seinem Reich praktizierende Allgemeinpraktiker längst in ein Team eingegliedert ist. Nur bleibt das Team – bestehend aus dem Krankenhaus, das ihm seine »schweren« Fälle abnimmt, dem Facharzt, dem er Komplikationen überweist, den Laboratorien und diagnostischen Instituten, die zur Verifizierung des Untersuchungsbefundes beitragen usw. – für den Außenstehenden unsichtbar.

Wenn sich trotz dieser Feststellung in jüngster Zeit auch in Mitteleuropa ein »Trend« zur Konzentration der traditionell vereinzelt tätigen Praxen bemerkbar macht, so sind die Beweggründe weniger im medizinischen als im wirtschaftlichen und sozialen Bereich zu suchen.

Genaugenommen handelt es sich um die Wiederholung eines Vorganges, der in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits vor zwei Jahrzehnten zu beobachten war. Dort tauchte der Wunsch nach zeit- und kostensparenden (rationellen) und auch publikumsattraktiven Praxisorganisationen und Einrichtungen auf, als unter dem Eindruck der zunehmenden Perfektion der stationären Diagnostik und Therapie der Patient in die Krankenhausambulanzen abzuwandern drohte. Die Abteilung für Krankenhausfragen des bundesstaatlichen Gesundheitsdienstes (USPHS) kam den freipraktizierenden Ärzten entgegen und entwickelte in Zusammenarbeit mit verschiedenen regionalen Fürsorgeorganisationen, den Ärzten und der medizin-technischen Industrie eine Serie von »Physicians Offices«. Sie wurden 1950 von der Zeitschrift »Architectural Rekord« veröffentlicht und haben in der Folgezeit zwar keine Einheitlichkeit, wohl

aber eine spürbare Steigerung der durchschnittlichen Praxisleistung bewirkt. Schon damals waren die auf jeweils nur einen praktizierenden Arzt zugeschnittenen Standardgrundrisse auf Stapelung bzw. Reihung hin angelegt, einen Entwicklungsstand also, der in der Bundesrepublik gegenwärtig mit den sogenannten »Ärztehäusern« angestrebt wird. Vom Standpunkt der Operation Research mochte die einfache Addition der Praxisräume keinen wesentlichen Fortschritt darstellen, in den Augen des Publikums war sie es, wie die Frequenzen bewiesen, durchaus. Und auch unsere »Ärztehäuser«, mögen Standort und Zusammensetzung auch zufällig sein, haben einen Vorteil, den man nicht unterschätzen sollte: sie ersparen dem Patienten, der eine Differentialdiagnose benötigt, Wege und Zeit; Wege, die oft mit Schmerzen und fast immer mit Ängsten verbunden sind, und Zeit, die für ihn als Arbeitnehmer wie als Privatier »verlorene« Zeit ist.

In den sozialistischen Staaten, wo die volkswirtschaftlichen Aspekte der Krankheit, speziell die Summe der durch Krankheit verursachten Arbeitsausfälle stärker im Vordergrund stehen, wurde die Ablösung der privaten Einzelarztpraxis durch öffentliche Gesundheitsstationen, Dispensarien, Ambulatorien und Polikliniken verschiedener Größenordnung u. a. mit dem verbesserten »Dienst« am Patienten motiviert. Dem Westen erschien dieses Argument lange Zeit suspekt. Nachdem man aber unter dem Eindruck der zunehmenden Unproportionalität der Kosten-Leistungs-Relation auch hier dazu übergegangen ist, Gesamtkostenrechnungen der Krankheit aufzustellen, ist die politische und moralische Diskriminierung der sozialistischen Maßnahmen recht kleinlaut geworden. Und tatsächlich weicht ja in puncto Gesundheit und Leistungsfähigkeit in der modernen Industriegesellschaft das Interesse des Staates von dem des Individuums nicht wesentlich ab.

Es läßt sich auch nicht übersehen, daß sich auch auf der Basis freiwilliger Zusammenschlüsse nach den anfänglichen einfachen Additionen (»Ärztehäuser«) Betriebsintegrale herausgebildet haben, die sich von den sozialisierten Einrichtungen nur noch in Nuancen unterscheiden. (Der Hauptunterschied dürfte darin bestehen, daß in den sozialistischen Staaten Typen entwickelt und z. T. seriell angefertigt wurden, unter den Bedingungen einer »offenen« Gesundheitsfürsorge dagegen, infolge der größeren Zufälligkeit der Zusammenschlüsse – außer durch die Nachfrage werden sie auch durch eine Reihe subjektiver Momente wie Bekanntschaften der Ärzte untereinander, ihren persönlichen Geschmack, individuelle Arbeitsgewohnheiten, Finanzierungsauflagen z. B. im Falle von Stiftungen usw. bestimmt – eine größere Vielfalt der Programme und Architekturformen zu beobachten ist.) Unterschiede bestehen grundsätzlich nur in der Trägerschaft und in der Terminologie, zu der anzumerken ist, daß sie im Rahmen der staatlichen Gesundheitspflege vergleichsweise klar und eindeutig, in Ländern mit privater Versorgung dagegen nicht nur unterschiedlich, sondern oft eher verwirrend als klärend ist. In den USA wird z. B. zwischen der »group-praxis und den group-clinics« unterschieden, wobei es sich lediglich um einen Unterschied in der Größenordnung handelt (»group-clinics« = Zusammenschlüsse von 8 und mehr Einzelpraxen). In der Bundesrepublik wird gegenwärtig die Unterscheidung nach der Organisationsform bevorzugt. Unterschieden werden die »Praxisgemeinschaft« und die »Gemeinschaftspraxis«. Bei »Praxisgemeinschaften« handelt es sich (nach Prof. Dr. Kreyenberg) um den Zusammenschluß autonomer Praxiseinheiten zu dem Zweck gemeinsamen Unterhalts von diagnostischen und therapeutischen Zusatzeinrichtungen. Sie sind denkbar in dezentralisierter Form (in verschiedenen Stadtteilen) und in zentralisierter Form = Praxen in Hausgemeinschaften (s. »Ärztehäusern«). Entscheidendes Kriterium der »Praxisgemeinschaft«: jeder Arzt hat seinen Patientenkreis.

Unter einer »Gemeinschafts-« oder »Gruppenpraxis« versteht man eine »gemeinsame Berufsausübung mehrerer Ärzte in gemeinsamer Abrechnung der an einem Patientenkreis vollzogenen Leistungen«. Charakteristisches Merkmal hier: der gemeinsame Patientenkreis.

Während im Ausland im allgemeinen sowohl »Praxisgemeinschaften« als auch »Gemeinschaftspraxen« als legitime Formen der ärztlichen Tätigkeit angesehen werden, stehen der letzteren bei uns nicht nur rechtliche Barrieren, sondern auch die weitverbreitete Meinung gegenüber, die kollektive Betriebsführung bedinge eo ipso den Verlust der als sakrosankt angesehenen »Rechtsgüter«, freie Arztwahl und individuelle Patientenbetreuung.

Jedoch gibt es auch (ärztliche) Stimmen, die einwenden, die generalisierende, von einem auffälligen Mangel an kritischer Reflexion gekennzeichnete Argumentation übersehe, daß sich nicht nur die Medizin, sondern auch der Patient gewandelt habe. Sowohl die Einschätzung seines »Falles« als auch seine Einstellung zum Arzt habe sich geändert. Der Patient, der ein »sozial« oder »frei« Versicherter sei, d. h. der monatlich eine durchaus ansehnliche Summe von seinem Einkommen abzweige, um im Krankheitsfalle gesichert zu sein, trete – mit Recht – als ein Anspruchsberechtigter auf. Das Bedürfnis als ein Einzelner behandelt zu werden, bestehe nach wie vor, jedoch sei er so weit aufgeklärt, zu wissen, daß der einzelne Arzt unmöglich alle gegenwärtig vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten beherrsche. Er sei durchaus bereit, sich multiplen und auch mechanischen Untersuchungs- und Behandlungsgängen zu unterziehen, oder, wie es Dr. Kühne von der Westberliner Gesundheitsverwaltung formuliert hat: »Seine (des Patienten) zu allen Zeiten irrationale Erwartung eines allwissenden Wundertäters im Arzt ist reduziert, d. h. rationalisiert auf die Erwartung eines klugen und freundlich-hilfreichen Mentors im Labyrinth der als nötig akzeptierten Maßnahmen zur Formulierung eines Krankheitsgeschehens.«

In den Vereinigten Staaten wird, sozialpsychologisch richtig, auch in der Gruppenpraxis die Funktion des »Mentors« (in der UDSSR die des »Ordinators«) funktionell und ideologisch deutlich hervorgehoben. Und wenn die Anzeichen nicht täuschen, ist die Rolle des geleitenden, d. h. das Krankheitsbild interpretierenden und die von Spezialisten empfohlenen Therapien koordinierenden Arztes sehr wohl imstande, das Bedürfnis nach individueller Betreuung, das ein humanes Urbedürfnis zu sein scheint, zu befriedigen.

Möglicherweise wird die Entscheidung über die künftige Form der ambulanten Krankenbehandlung überhaupt nicht von den divergierenden Gruppen innerhalb der Ärzteschaft, sondern von der »Dritten Kraft«, den Patienten, getroffen, die für die von ihm direkt und indirekt über die Steuer investierten Mittel mit Recht ein Optimum an Leistung verlangen.

Für den Architekten ergibt sich aus der medizinisch-organisatorischen und sozialen Evolution eine neue, reizvolle und infolge der größeren Baumasse auch finanziell lohnende Bauaufgabe. Jedoch erscheint es bei der Schnelligkeit, mit der gegenwärtig in Neusiedlungsgebieten wie in den Innenstädten »Ärztehäuser« bzw. »Ärztezentren« aus dem Boden schießen, angebracht, darauf hinzuweisen, daß sich die Voraussetzungen für den Entwurf von Einzelpraxen und Praxiskombinaten nicht wesentlich verbessert haben. Für die Optimierung der Betriebsabläufe fehlen nach wie vor zahlreiche Meßwerte und für ihre Eingliederung in Gesellschaft und Stadt selbst so elementare Kenntnisse wie die Art und Häufigkeit der Pathologien einschließlich ihrer bis zu einem gewissen Grade prognostizierbaren Veränderungen (besonders wichtig in Neubaugebieten mit nur einem »Ärztezentrum«). Vorstellungen über den Leistungsanteil der freien Ärzteschaft an der erweiterten präventiven und rehabilitiven Medizin und der aus ihm resultierende zusätzliche Raumbedarf sind, wiewohl sich das Problem bereits in wenigen Jahren, wenn nicht Monaten, stellen dürfte, über das Stadium prinzipieller Überlegungen nicht hinausgediehen. Die Möglichkeiten einer verbesserten Zusammenarbeit der Privatärzte mit den verschiedenen Einrichtungen der Sozialfürsorge wird, wiewohl sich auch dafür ein Realbedarf abzeichnet (Altenpflege!), nicht einmal gesehen.

In Anbetracht der ungeklärten Voraussetzungen und Zielvorstellungen wäre es vom Architekten gewiß verfehlt, Typen-Grundrisse für Praxis-Kombinate vorzulegen. Andererseits ist es dem Gesetzgeber bzw. den mit der Anfertigung von Musterverträgen für partnerschaftliche Zusammenschlüsse befaßten Ärztekammern dringend zu empfehlen, zur Erleichterung der Entscheidung Modelle für partnerschaftlich betriebene Praxen zu entwickeln und diese auch systematisch zu erproben. Dabei sollte es möglich sein, die Vorteile der »Praxisgemeinschaften« mit denen der »Gemeinschaftspraxen« zu vereinen, ohne die Nachteile der beiden Organisationsformen, die es auch gibt, in gleichem Maße in Kauf zu nehmen.

Praktisch geht es darum, die zunehmend umfangreicheren Mittel – allein für die Einrichtung einer internistischen Praxis werden gegenwärtig ca. 600 000 DM benötigt – zur Durchführung der ambulanten Krankenbehandlung zu konzentrieren, um den auch in diesem Versorgungsbereich in immer stärkerem Maße durch Arbeitsteilung (Spezialisation) und Ko-Operation gekennzeichneten Leistungsstandard zu sichern bzw. weiter anzuheben. Die nachstehende Darstellung von Einzelarzt- und Gruppenpraxen folgt dieser Maxime, ohne sich im einzelnen auf die Organisationsform bzw. auf typische Zusammenschlüsse festzulegen. Dargestellt werden die Grundfunktionsflächen und ihre fachspezifischen Abweichungen. Die schematische Darstellung des Grundaufbaues ist unentbehrlich für die Organisation zentralisierter Partnerschaftspraxen. Die Beispiele derselben wollen nicht als konkrete Vorschläge, sondern als ein methodischer Beitrag verstanden werden.

Die ärztliche Praxis läßt sich grundsätzlich in 2 Bereiche einteilen: den Sprech-, Untersuchungs- und Behandlungsbereich = medizinischer Funktionsbereich, und die Wartezone = Patientenbereich.

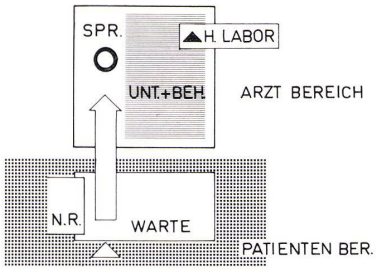
In der einfachen Arztpraxis werden der Empfang und die Registratur des Patienten entweder im Wartezimmer oder im Untersuchungs- und Behandlungsraum vorgenommen. In der Wartezone sollte der Architekt bemüht sein, durch Lichtführung und Ausstattung eine angenehme und beruhigende Atmosphäre herzustellen, damit ein evtl. vorhandenes Angsttrauma nicht vertieft wird. Die Warteplätze werden vom Verkehr (von und zum Sprechzimmer) abgerückt. Garderoben und WCs sind entweder vor oder nebengeschaltet. Über die Größe des Wartebereichs lassen sich keine bindenden Aussagen machen. Faustregel: Sitzplätze für 1/4 der während einer Sprechzeit erwarteten Patienten. Im Gegensatz zum Wartezimmer wird der medizinische Funktionsbereich primär nach hygienischen und arbeitstechnischen Gesichtspunkten ausgestattet. Er hat auch das Primat bei der Raumorganisation. Seine Dimension wird durch die nebenstehenden Funktionsflächen bestimmt:

Sprech- und Schreibplatz des Arztes: Hier werden die Anamnese aufgenommen, Rezepte geschrieben, Karteieintragungen gemacht bzw. auf Band gesprochen usw. Zu dem Sitz- und Schreibplatz des Arztes kommen hinzu 1 Patientenstuhl und, sofern eine Hilfskraft vorhanden ist, ein Arbeitstisch. Die Mindestfläche sollte 2,50 × 2,50 m nicht unterschreiten.

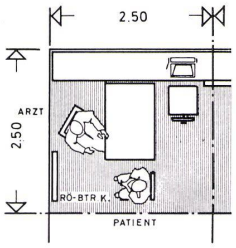
Für die Untersuchung und Behandlung des liegenden Patienten ist ein Untersuchungstisch bzw. eine Liege erforderlich. Er läßt sich notfalls in Quer- oder Längsrichtung an einer Wand aufstellen. Besser ist die freie Aufstellung, die allen Beteiligten eine optimale Bewegungsfreiheit gewährt. In diesem Falle beträgt die Mindestfläche einschließlich Stellfläche für 1 Instrumententisch und 1 Hocker 2,20 × 4,00 m (bei Längsstellung an der Wand 2,00 × 3,00 m, bei Querstellung 2,20 × 3,00 m).

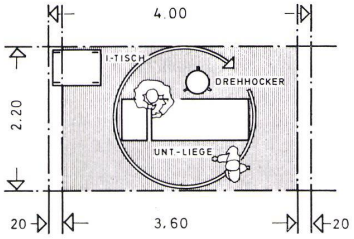
Für die Untersuchung und Behandlung des sitzenden Patienten reduziert sich die Fläche im Verhältnis Untersuchungsstuhl – Tisch. In der Kombination benötigen die aufgeführten Flächen eine Mindestgröße von 4,00 × 5,00 bis 6,50 m. In diese Fläche ist auch die weitere Ausrüstung des kombinierten Sprech-, Untersuchungs- und Behandlungsbereichs, 1 Instrumentenschrank, 1 Steh-Drehlampe, 1 Waage, Meßlatte, 1 Ablage, 1 Waschbekken, 1 Abfalleimer, 1 Instrumentenspüle und 1 Handlabor, inbegriffen.

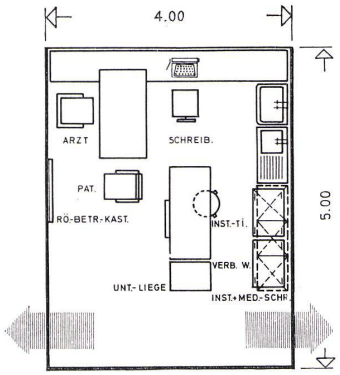
Für das Aus- und Ankleiden der Patienten genügt bei »kleinem« Betrieb ein Wandschirm im Sprech-/Untersuchungszimmer. Günstig ist es, bei stärkerer Frequenz und bei Totalablage der Kleidung 1–2 Umkleidekabinen vorzusehen. Umkleidekabinen sollten so bemessen werden, daß sich 2 Personen (Patient und Hilfskraft) ungehindert bewegen können. Sie sind schallhemmend abzuschließen und mit einer Entlüftungsanlage zu versehen. Der Sitzplatz (Klappsitz) befindet sich an einer Kabinenwand. Die Türen werden so ausgebildet, daß sie sich nur vom Untersuchungszimmer her öffnen lassen. Spiegel und Kleiderhaken ergänzen die Ausstattung der minimal 1,20 × 1,50 m Kabinenfläche.

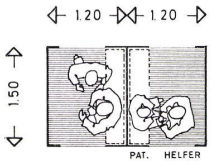


1
Allgemein-Praktiker
Praticien médicine générale.
General practitioner.







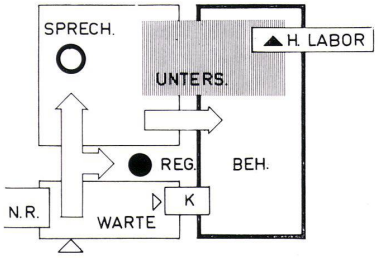


Während die vorstehende Praxis notfalls mit 1 Person betrieben werden kann, werden für das nebenstehende Schema mindestens 2 Personen (Arzt und Sprechstundenhilfe/ Schwester) benötigt. Der Hauptarbeitsplatz der Hilfe ist die Registratur, die jetzt einen Puffer zwischen Arzt- und Patientenzone bildet. Im medizinischen Bereich hat eine Differenzierung in Untersuchungs- und Sprechzimmer und in Untersuchungs- und Behandlungszimmer stattgefunden. Eine Differenzierung empfiehlt sich bei größerem medizinisch-technischem Aufwand stärkerer Frequenz. Instrumentenspüle und Handlabor befinden sich jetzt im Behandlungsraum und werden sowohl vom Arzt wie von der Hilfe bedient. Der behandelte Patient erreicht den Ausgang ohne nochmalige Begegnung mit den Wartenden. Die zentral gelegene Garderobe wird von der Sprechstundenhilfe überwacht.

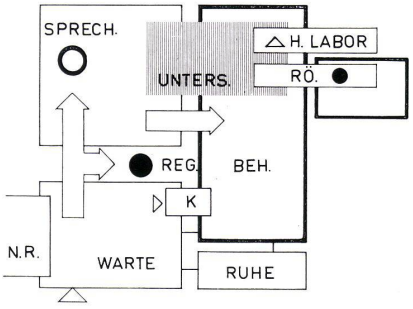
In Praxen mit Zusatzeinrichtungen für Spezialdiagnostik und Therapie (Röntgen, Labor) entspricht der Grundaufbau der vorstehenden »Normalpraxis«. Ihr Funktionieren ist abhängig von der Einstellung von mindestens einer medizinisch-technischen Hilfskraft (MTA). Röntgenraum mit Dunkelkammer und Labor gehören zum erweiterten medizinischen Funktionsbereich. Das Röntgen verlangt spezielle Sicherheitsmaßnahmen und ist, da es nur von einem Teil der Patienten benutzt wird, wie das Labor mit einem besonderen Verkehrsweg versehen. Die größeren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bedingen die Anordnung eines Ruheraumes, der erhöhte Personal- und Materialaufwand die Einrichtung von Personalaufenthalts- und Umkleideräumen (Duschen) sowie Abstellflächen von Spezialapparaturen. Die letzteren sollten den Funktionsräumen direkt zugeordnet sein.

Die vorstehenden Schemata beziehen sich auf die ärztliche Allgemeinpraxis. Schema III entspricht auch dem Aufbau der internistischen Fachpraxis. Auch die übrigen Fachpraxen folgen im Grundaufbau der Allgemeinen Praxis. Nachstehend werden die fachspezifischen Abweichungen dargestellt.

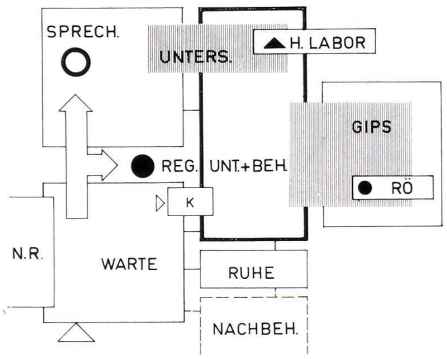
In der chirurgischen Praxis (Wundversorgung, kleine und mittlere Chirurgie) im Untersuchungs- und Behandlungsbereich. Da auch Eingriffe in das Körpergefüge und Narkotisierungen stattfinden, ist die Einrichtung eines geräumigen ggf. optisch unterteilten Ruheraumes unabdingbar. Für die Wiederholung gewisser, nicht unbedingt vom Arzt selbst durchzuführender Arbeiten (Verbandswechsel, Spritzen, Salben usw. sollten zwecks Entlastung des Behandlungsraumes die Umkleidekabinen als Behandlungskabinen ausgebildet werden. Für die Nachbehandlung (Teilbäder, Massagen, Bestrahlungen) ist ein Nachbehandlungsraum mit direktem Zugang zum Empfang und zum Behandlungsraum erforderlich. Da in der chirurgischen Praxis auch Gipsarbeiten vorkommen, ist wegen der vergleichsweise umständlichen Vorbereitung und Reinigung der benutzten Geräte und Instrumente (auch wegen der Staubentwicklung) die Einrichtung eines spez. Gipsraumes (mit Bildwandler oder Nähe zur Röntgeneinheit) zweckmäßig. Die dargestellte Gipsarbeitsfläche von 3,85 × 4,60 m enthält neben dem Gipstisch alle benötigten Hilfsgeräte. Für die räumlich anspruchsvollen Vor- und Nacharbeiten (mit Gipswanne, Tisch, Spülbecken, Abwurfkiste, Ausguß usw.) empfiehlt sich, wenn die Gips-



2
Allgemein-Praktiker
Praticien médicine générale.
General practitioner.

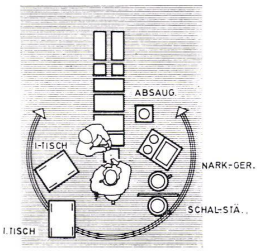


3
Allgemein-Praktiker
Praticien médicine générale.
General practitioner.

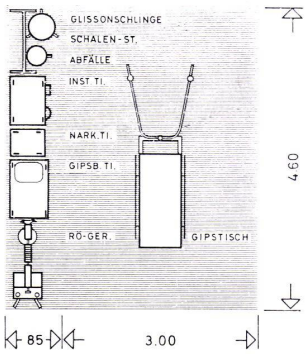


4
Chirurg.
Chirurgien.
Surgeon.

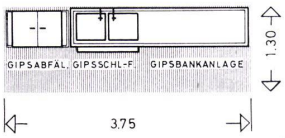
1 Operative Behandlung am liegenden Patienten / Traitement opératoire sur patients couchés / Operative treatment of lying patient
2 Gipsarbeitsfläche / Superficie pour travaux sur plâtre / Plaster cast area
3 Fläche für Vorbereitung der Gipsarbeiten, Reinigung der Instrumente und Geräte / Superficie pour préparation des travaux sur gypse nettoyage des instruments et outils / Area for preparation of plaster casts, sterilization of instruments and equipment



1



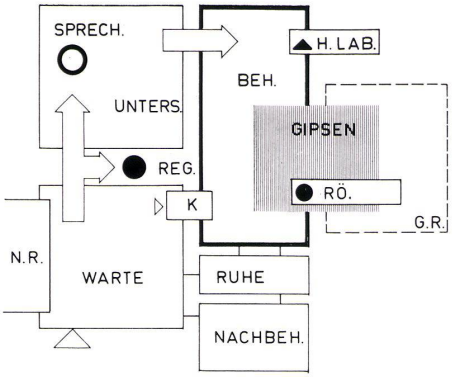
2

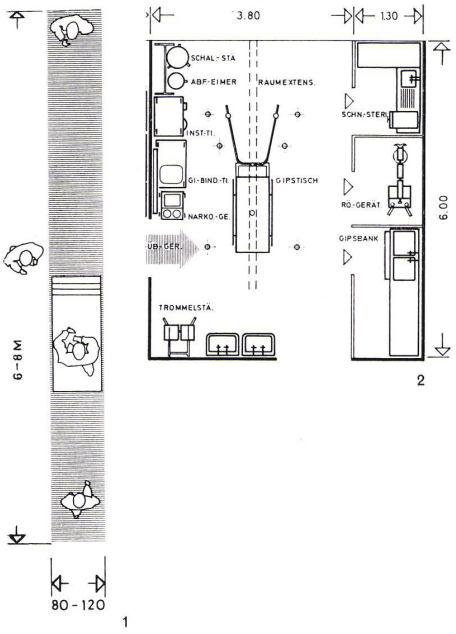


3

arbeit im Behandlungsraum vorgenommen wird, eine kabinettartige Anlage mit einer Mindestfläche von 3,75 × 1,30 m.

Der Aufbau der orthopädischen Praxis folgt der chirurgischen Fachpraxis mit dem Unterschied, daß ein größerer Bedarf an Röntgen- und Gipsarbeiten vorhanden ist. Während der Chirurg u. U. im Behandlungsraum gipsen kann, sollte hier in jedem Fall ein spez. Gipsraum mit Gipsbank oder Kabinett vorgesehen werden. In die Folge der Funktionsräume ist auch eine Möglichkeit zu langzeitiger Ruhestellung sinnvoll einzubauen. Infolge der länger dauernden Heilzeiten und fachspezifischen Besonderheiten verlangen sowohl der Behandlungs-Gipsbereich als auch der Nachbehandlungsbereich der orthopädischen Praxis größere Dimensionen als die chirurgische Praxis. Die Nachbehandlung ist ggf. den therapeutischen Maßnahmen (Gymnastik, Arbeitstherapie, Massagen, Bestrahlungen, Bäder) entsprechend zu unterteilen. Für das Röntgen wird generell eine speziell ausgebildete Röntgeneinheit (mit Schalttisch und Dunkelkammer) verlangt. (In der Chirurgie genügt u. U. ein Bildwandler). Im Sprech-/Untersuchungsbereich muß für Gehprüfungen ein Gangfeld von 6 bis 8 m Länge vorhanden sein. Die für auf- und absteigende Bewegungen erforderlichen Hilfsgeräte sind nicht fest eingebaut, sondern werden jeweils herangeschoben. Da der Patient unbekleidet und auch barfüßig geprüft wird, sind Kabinen und ein warmer Fußbodenbelag erforderlich (nichtrutschend).

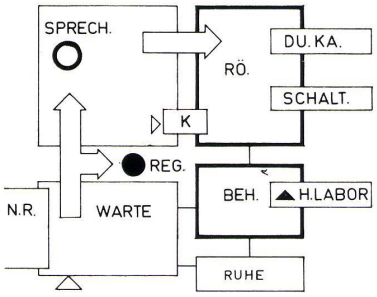




5
Orthopädie.
Orthopédiste.
Orthopaedist.

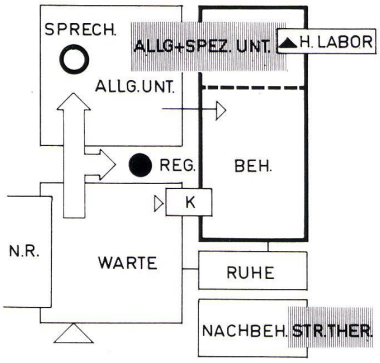
1 Gehprüfungs-Fläche / Réadaption à la marche / Area for testing ability to walk
2 Gipsraum / Local de gypse / Plaster room

In der Praxis des durch eine Vielzahl von »Überweisungsfällen« gekennzeichneten Röntgenarztes ist die Untersuchungs-Behandlungseinheit als Röntgeneinheit ausgebildet (Röntgendiagnostik und Therapie). Dazu gehören neben dem Röntgenraum (mit seinen Apparaturen für die Diagnostik) Dunkelkammer, Schalttisch, Breiküche und WC. Für die Röntgentherapie (Nahbestrahlung) genügt ein einfacher Bestrahlungsraum mit Ruheraum. Die infolge außerordentlicher Investitionen und spezieller Sicherheitsmaßnahmen nur in großen Praxen mit mehreren Bestrahlungsräumen bzw. im Rahmen von Praxis-Kombinaten übliche Tiefenbestrahlung folgt in ihrem Aufbau den entsprechenden Einrichtungen im Krankenhaus, für die eine umfangreiche Literatur vorliegt.



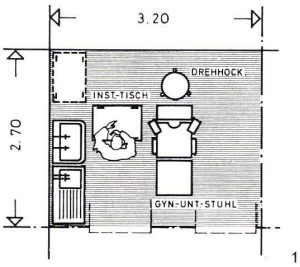
6
Röntgenologe.
Radiologue.
X-ray specialist.

Die gynäkologische Praxis gleicht im Grundaufbau der Allgemeinen Praxis. Da sie auch Beratungen und regelmäßige Kontrollen (Schwangerschaft, Krebs usw.) übernimmt, hat sie bei kurzdauernden Untersuchungs- und Behandlungszeiten einen vergleichsweise starken Patientendurchgang. Grundsätzlich wird außer am Untersuchungstisch auch am gynäkologischen Stuhl untersucht (und behandelt), der aus psychologischen Gründen am besten gesondert – im gyn. Behandlungsraum – untergebracht wird. Über die Einrichtung Kabine oder Wandschirm entscheidet die Methodik des Arztes bzw. die Frequenz. Im allgemeinen kann in der gynäkologischen Praxis auf Röntgen verzichtet werden. Die Behandlung bösartiger Karzinome erfolgt dann im Krankenhaus bzw. einem zentralen Röntgeninstitut. Wird sie im Rahmen großer Kombinate durchgeführt, so gelten die gleichen Bedingungen wie für die Tiefenbestrahlung (vergl. Röntgenpraxis). Erforderlich ist in diesem Fall die Mitarbeit eines Röntgenarztes.



7
Gynäkologie.
Gynécologie.
Gynaecologist.

1 Untersuchungen am gynäkologischen Stuhl / Examen à la chaise gynécologique / Examinations on the gynaecological chair



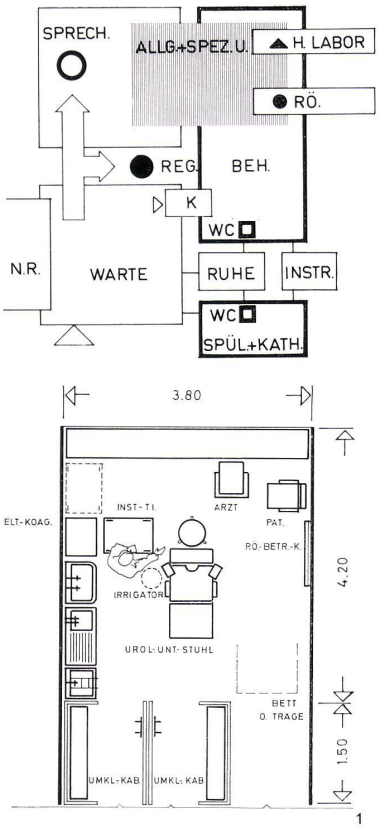
In der urologischen Fachpraxis ist neben der allgemeinen Untersuchung eine Untersuchung/Behandlung an einem mit einer Röntgeneinrichtung ausgestatteten urologischen Stuhl erforderlich. Viele Untersuchungen sind Maßnahmen, die man nach klinischer Definition als »Eingriffe« bezeichnen müßte. (Daher: Verwendung von Narkose und entsprechenden Folgeeinrichtungen.) Die Anzahl zusätzlich benötigter Instrumente und Geräte (Hängeirrigator) ist vergleichsweise groß. Häufig kommen Spülungen und Katheterisierungen vor, für die ein spezielles Arbeitsfeld anzunehmen ist. (Geruchsintensiv, akustische Störungen, septisch). Bei starker Frequenz empfiehlt sich die Anordnung mehrerer Spülplätze (in Boxen). Für einen Spülvorgang werden 2,35 × 3,20 m Grundfläche benötigt. Für das Reinigen, Sterilisieren, Trocknen und Aufbewahren ist ein sog. »Naßarbeitstisch« von etwa 3,10 × 0,62 m (Gesamtarbeitsfläche mit Sterilisator: 3,20 × 1,40 m) vorzusehen. Eine etwa gleichgroße Fläche dient der Reinigung, Trocknung und Aufbewahrung der Katheter. Sowohl der Behandlung als auch der Spülung sind WC-Anlagen zuzuordnen.

Die Praxis des Hals-Nasen-Ohren-Arztes ist u. a. durch eine Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungsgänge gekennzeichnet, die zum Teil als selbständige Raumeinheiten ausgebildet sind (Camera silenta). Wie in Urologie sind die Übergänge von der Untersuchung zur Behandlung fließend. Auffällig ist der hohe Anteil kindlicher Patienten (im Gegensatz zur Urologie, die in Mehrheit Alterspatienten hat). Im Vordergrund der HNO-Untersuchungen stehen funktionelle Prüfungen, von denen einige auch flächenrelevant sind. Speziell nachgewiesen werden in unserem Schema die zumeist im Sprech-/Untersuchungsbereich angeordnete orientierende Untersuchung und Hörprüfungen. Für Flüstergespräche muß ein Mindestabstand von 5,00–6,00 m (Arzt–Patient) gewährleistet sein. Für die orientierende Untersuchung genügen 2,90 × 3,10 m. Untersuchungen am liegenden Patienten folgen oft Soforteingriffe (Broncho- und Tracheoskopien, Spülungen). Für diesen Fall wird der HNO-Tisch frei aufgestellt, so daß genügend Platz für Hilfspersonal und Gerät (Narkoseapparat, Leuchte, Bohrmaschine, Instrumententisch, Abwurf vorhanden ist. Die im Untersuchungs-Behandlungsbereich angeordnete Funktionsfläche umfaßt mindestens 2,70 × 3,50 m. Aus der Vielzahl vestibularischer Prüf-Methoden (Gleichgewichtsprüfungen) werden dargestellt: Nystagmusuntersuchung nach Bárány (Untersuchungen am Drehstuhl mit Hilfe der Stoppuhr 1,80 × 1,80 m)

Calorische Prüfung am liegenden Patienten. Im Untersuchungsfeld (3,60 × 3,75–4,00 m) freistehende Liege, Instrumententisch, Nystagometer.

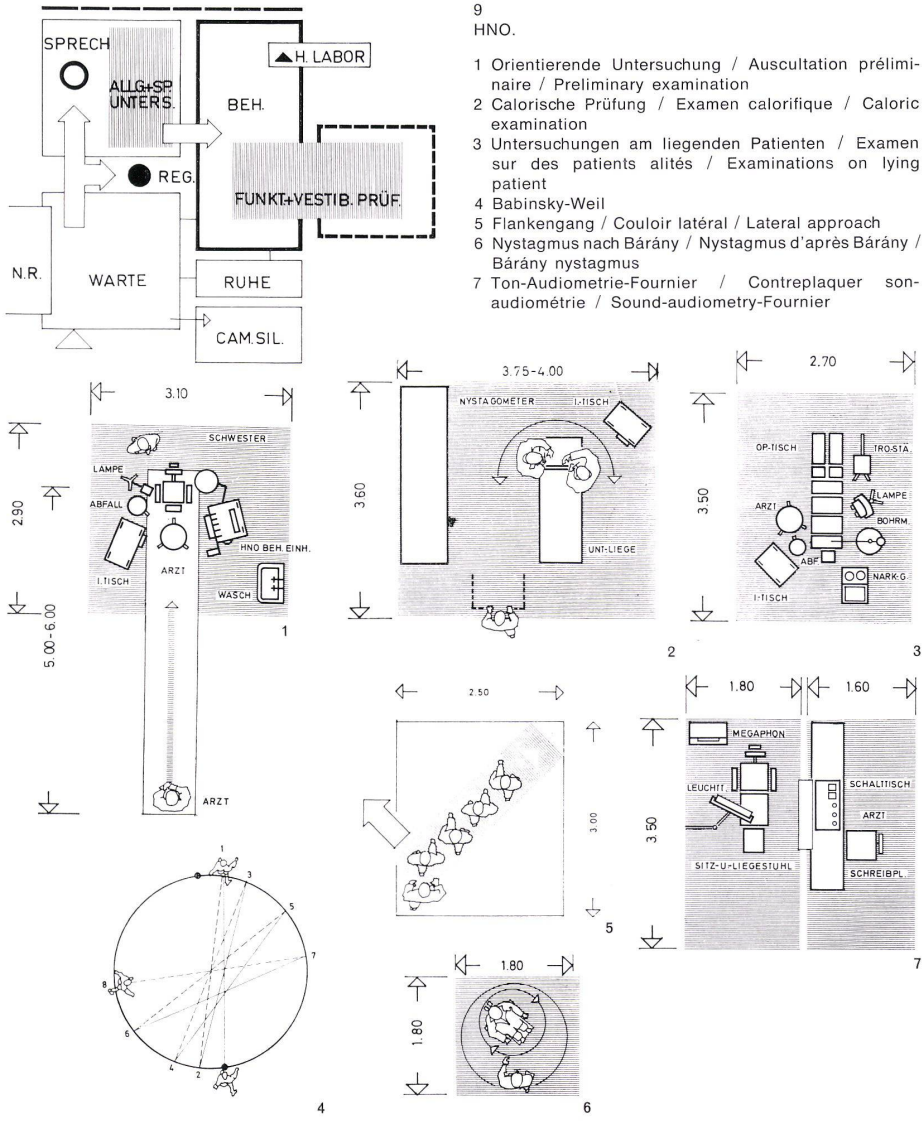
Bei Untersuchungen nach Babinsky-Weil bewegt sich der Patient 8–10 Schritte vorwärts und rückwärts. Dafür wird eine Grundfläche von 6,60 × 7,00 m benötigt. Sie kann kombiniert werden mit der Unterbergischen Prüfung, bei der der Patient mit verbundenen Augen auf der Stelle tritt.

Bei Flankengangprüfungen weicht der Patient mit verbundenen Augen mehrmals von der direkten Gangrichtung nach rechts und links ab. Insgesamt sollte für Vestibularisprüfungen eine Fläche von 30 m² vorhanden sein. Für audiometrische Prüfungen (hauptsächlich in der Differentialdiagnostik)



8
Urologe.
Urologue.
Urologist.

1 Urologischer Untersuchungs-; Behandlungsraum mit Röntgeneinrichtung / Salle d'examens et de traitements urologiques avec radiographie / Urological examination and treatment room with X-ray equipment
2 Spülplatz / Evier / Sink
3 Naßarbeitsplatz / Travaux avec eau / Wet room
4 Reinigung, Trocknung und Aufbewahrung der Katheter / Nettoyage, séchage et conservation des sondes / Sterilization, drying and storage of catheters



9
HNO.

1 Orientierende Untersuchung / Auscultation préliminaire / Preliminary examination
2 Calorische Prüfung / Examen calorifique / Caloric examination
3 Untersuchungen am liegenden Patienten / Examen sur des patients alités / Examinations on lying patient
4 Babinsky-Weil
5 Flankengang / Couloir latéral / Lateral approach
6 Nystagmus nach Bárány / Nystagmus d'après Bárány / Bárány nystagmus
7 Ton-Audiometrie-Fournier / Contreplaquer son-audiométrie / Sound-audiometry-Fournier

sind spezielle akustische Maßnahmen nötig. Wo die Prüfungen nicht delegiert werden, ist die Ausbildung eines schallarmen Raumes nötig. Die von der französischen Société industrielle d'acustique entwickelte Camera Silenta ist eine vorgefertigte Konstruktion von 1,64 × 2,40 × 2,50 m. Sie ist speziell belüftet und mit den entsprechenden Prüfeinrichtungen versehen. Alternativ kann die Ton- und Geräusch-Audiometrie (nach Fournier) auch in zwei (schallarmen) Räumen vorgenommen werden. Die Verständigung zwischen Arzt und Patient erfolgt über eine Leuchttafel sowie Mikro- und Megaphone. Gesamtflächenbedarf: 3,50 × 3,40 m. Eine funktionelle Bindung der Audiometrie an die übrigen Funktionsräume kann entbehrt werden. Laborentnahmen sind in der HNO-Praxis zwar vergleichsweise häufig. Wegen ihres primär virologischen bzw. bakteriologischen Charakters werden sie zumeist zentralen Instituten überwiesen. Zur Einrichtung eines Handlabors vergl. Allgemeine Praxis. Für Röntgenuntersuchungen (Bronchographen) genügt ein 4-Ventilgerät. Umkleidekabinen können entfallen.

Für die Augenarztpraxis sind charakteristisch: eine vergleichsweise kurz dauernde Untersuchung und Behandlung, dadurch ein schneller Patientendurchgang (Wartezimmer größer als normal), ein vergleichsweise großer Aufwand an spezialdiagnostischen Geräten (Apparaten) und besondere lichttechnische Bedingungen (Untersuchungen der Sehschärfe verlangen z. B. konstantes Kunstlicht, Spaltlampe und Augenspiegelung Dunkelheit). Bestimmend für die Größe und den Aufbau des Untersuchungs- und Behandlungsbereichs ist – wie in der HNO-Praxis – eine große Zahl verschiedener Untersuchungen. Dargestellt sind:

Prüfung des Naturvisus unter Wahrung eines Mindestabstandes von 5,00 m zwischen dem (sitzenden) Patienten und dem Leseprobenkasten. Der Prüfplatz des Arztes befindet sich seitlich neben dem Prüffeld. Die Mindestfläche (2,00 × 5,75 m) kann reduziert werden bei Verwendung von Spiegeln.

Bei Prüfungen am Madoxkreuz beträgt der Abstand Kreuz–Patient 5,00 m. Der Arzt sitzt wie oben seitlich des mit 1,80 × 5,30 m ausreichend bemessenen Feldes.

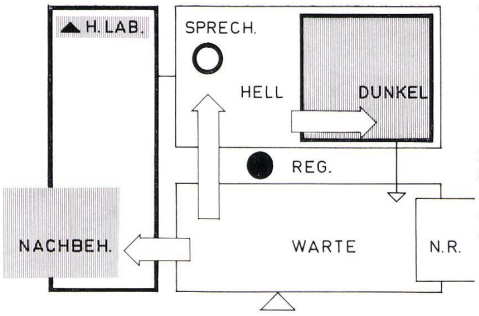
Bei Untersuchungen am Bjerumschirm (Netzhautuntersuchungen) beträgt der Abstand zwischen Patient und Schirm 1,00–2,00 m. Der Schirm selbst mißt 1,33 × 1,50 m.

Zur Feststellung von Augenmuskellähmungen und Schielerkrankungen wird ein koordometrisches Projektionsgerät mit einem Gesamtuntersuchungsfeld von 2,50 × 3,00 m benötigt.

Perimetrische Untersuchungen am Spaltleuchtengerät und Ophthalometer (ein Untersuchungsgang!) bedürfen der Aufstellung eines Doppelinstrumententisches. Auf dem gleichen Felde (3,00 × 2,30 m) sind auch Augenspiegelung und Skiaskopie möglich; desgl. Untersuchungen am Refraktometer.

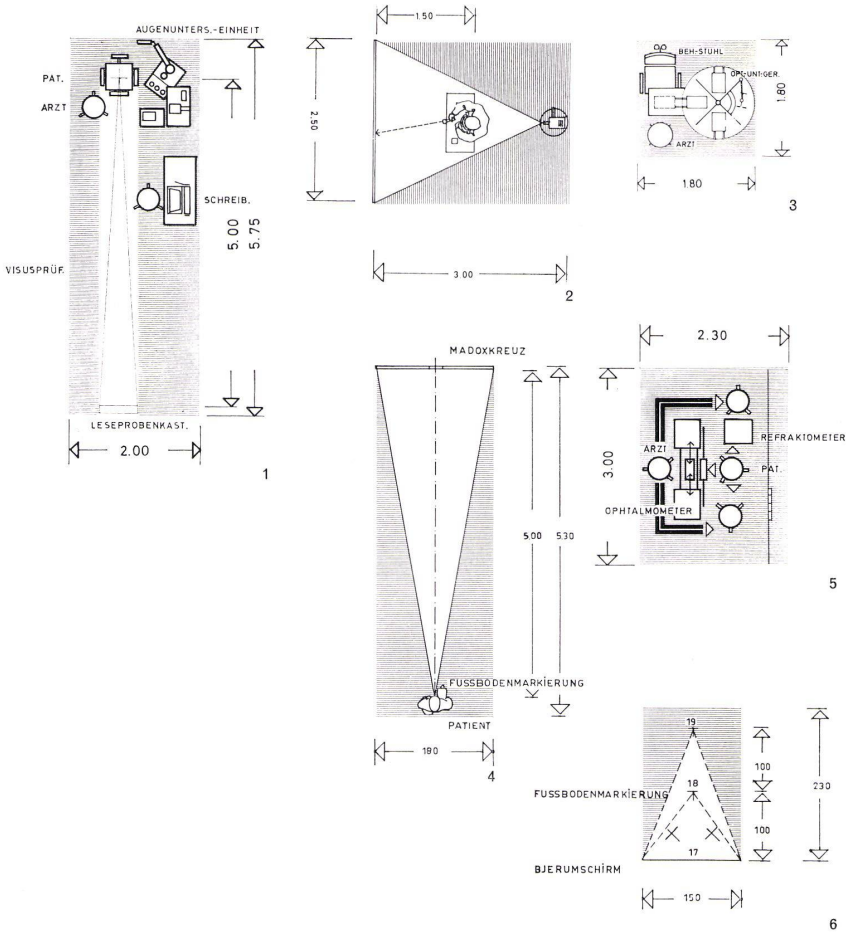
Wird in der kombinierten Untersuchung (in der Dunkelzone) die Sehtafel durch ein Brillenbestimmungsgerät ersetzt, so genügen 1,80 × 1,80 m. Die Anordnung von Umkleidekabinen, Röntgen und einer besonderen Laboranlage kann entfallen. Auch ein spez. Raum für die Nachbehandlung ist nicht erforderlich, da diese in jedem Fall vom Arzt selbst vorgenommen wird.

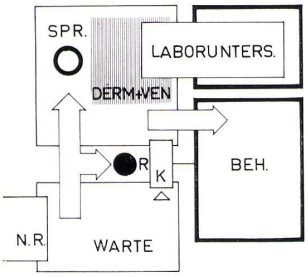
Die dermatologische und venerologische Praxis gleicht im Grundaufbau der Allgemein-



10
Ophtalmologe.
Ophtalmologue.
Ophthalmology.

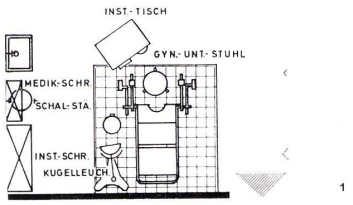
1 Naturvisus / Faculté visuelle naturelle / Visual natural faculty
2 Koordimetrie / Coordimétrie / Coordimetry
3 Kombinierte Untersuchungsfläche / Surface d'examen médical combiné / Combined examination area
4 Untersuchung am Madox Kreuz
5 Perimetrische Untersuchung / Auscultation périmétrique / Perimetric examination
6 Untersuchung am Bjerumsschirm

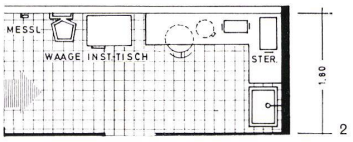




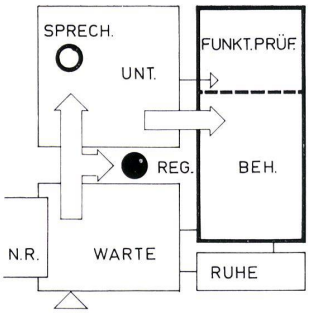
11
Dermatologe (+ Venerol).
Dermatologue (+ Vénérologue).
Dermatologist (+ Venerologist).

1 Venerologischer Untersuchungsplatz / Auscultation vénérologique / Venerological examination area
2 Labor / Laboratoire / Laboratory

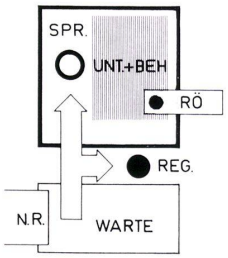




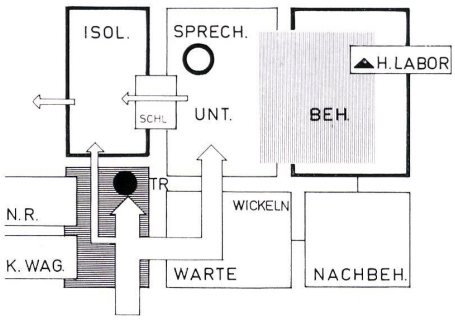
Praxis. Da im Zusammenhang mit der Untersuchung oft Laborwerte benötigt werden, wird das Labor in der Regel als selbständige Raumeinheit ausgebildet. Kabinen sind zweckmäßig, da die Untersuchungen überwiegend am unbekleideten Patienten erfolgen, auf den Nachbehandlungs- und Ruheraum kann verzichtet werden, desgl. auf Röntgen.
Auch die neurologische Praxis folgt dem Schema Allgemeine Praxis. Notfalls kann auf eine Unterteilung des Sprech-, Untersuchungs- und Behandlungsbereichs verzichtet werden. Günstiger ist es, die psychologische Befragung von der Untersuchung mit Geräten (Reizstrom) zu trennen. Da auch Punktionen vorgenommen werden, sollte ein Ruheraum vorhanden sein.
In der Zahn- und Kiefernpraxis erfolgt die Untersuchung und Behandlung grundsätzlich in einem Raum. Flächenbestimmend ist das Behandlungsfeld, bestehend aus dem Behandlungsstuhl (Liege), Dentaleinheit, Dental-Med.-Schrank, Dent.-Instrumentenschrank, Steril usw. Außerdem befindet sich in der Zahnarztpraxis ein fahrbares Röntgengerät (mit angrenzendem Entwicklungsraum), die Kartei und eine Schreibgelegenheit. Wird im Rahmen der Praxis auch Zahntechnik betrieben, so sind dafür – ohne funktionellen Zusammenhang mit der Behandlung – spezielle Werkräume vorzusehen.
Die pädiatrische Praxis (Kinder) weicht von dem allgemeinen Schema insofern ab, als hier bereits beim Empfang eine Teilung der Patienten vorgenommen wird. Infektionsverdächtige Kinder gelangen direkt in einen Isolierraum, der vom Arzt über eine Schleuse betreten wird. Wird im Verlauf der Untersuchung der Infektionsverdacht bestätigt, so verläßt der Patient den Raum durch einen gesonderten Ausgang. Eine weitere Besonderheit der Kinderarztpraxis ist der (kontrollierbare) Abstellplatz für Kinderwagen sowie – im Wartezimmer (größer als normal) – ein Platz, am besten eine Nische, zum Wickeln von Kleinkindern.
Vorteilhaft ist eine Unterteilung der Wartezone nach Klein- und Schulkindern. Raumgestaltung und Mobiliar sollten den besonderen Bedürfnissen kindlicher Patienten genügen. Im medizinischen Funktionsbereich empfiehlt es sich – im Interesse eines schnelleren Patientendurchgangs –, anstelle der Trennung Untersuchung–Sprechzimmer / Untersuchung–Behandlung 1 Sprechzimmer und 2 Untersuchungs- und Behandlungsräume vorzusehen, so daß Mütter und ihre Kinder in Ruhe aus- und ankleiden können.
Auf der Feststellung der Funktionsflächen (elements) charakteristischen Zusammenhänge (Strukturen) basieren unsere Überlegungen zur Konzentration. Das Ziel war nicht die Reihung bzw. Stapelung normierter Raumeinheiten, sondern – unter Wahrung (Steigerung) der Funktionalität – die Entwicklung rationeller Betriebsintegrale. Zur Erleichterung der Kombination wurde eine am Primat der medizinischen Leistung orientierte Unterscheidung in konzentrationsfähige, bedingt konzentrationsfähige und nicht konzentrationsfähige elements getroffen. Zu den konzentrationsfähigen Flächen zählen u. a. Verkehrsflächen, allgemeine Personal- und Patientenräume, Lager(Abstell-) räume, Verwaltung, Empfang, Registratur, Warteräume unter Vorbehalt, Röntgen und Labor.
Zu den bedingt konzentrationsfähigen Bereichen rechnen, besonders bei homogenen Zusammenschlüssen, die weiteren diagnostisch-therapeutischen elements (Gipsen, Ruhen, Nachbehandlung usw.)
Nicht konzentrationsfähig sind infolge der Präposition die diagnostisch-therapeutischen Kernbereiche (Arbeitsfeld des Arztes) und – bei Zusammenschlüssen verschiedener Fächer – die erweiterten fachspezifischen Funktionsbereiche.



12
Neurologe.
Neurologue.
Neurologist.



13
Zahnarzt.
Dentiste.
Dentist.

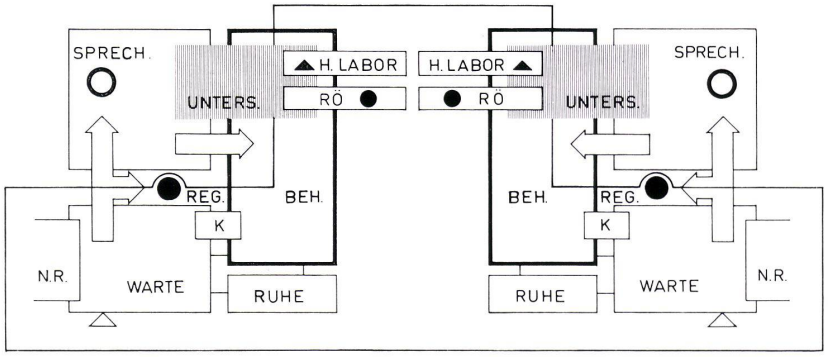


14
Kinderarzt.
Pédiatre.
Pediatrician.

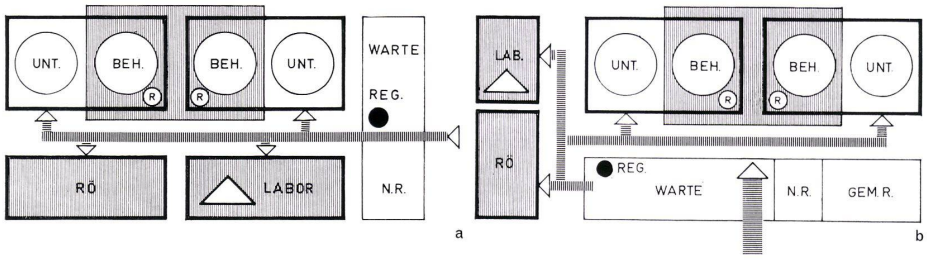
(Beispiele zur Methode)

Beim Zusammenschluß von 2 Allgemeinpraktikern stellt sich das Problem der optimalen Zuordnung der konzentrierten Einheiten (Röntgen und Labor) zu den Untersuchungs- und Behandlungseinheiten. Grundsätzlich ergeben sich 4 Anordnungsmöglichkeiten:

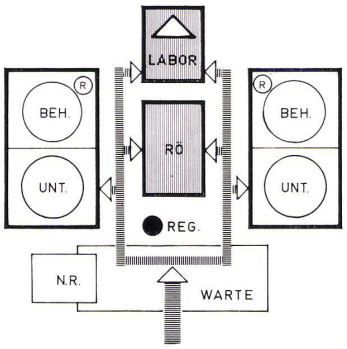
Röntgen und Labor liegen dem Untersuchungs- und Behandlungsbereich gegenüber. In der Kernzone ergibt sich aus der Zuordnung Behandlung–Behandlung die Möglichkeit des Austausches von Geräten und nachgeordnetem Personal.
Bei seitlicher Anordnung sind Labor und Röntgen in stärkerem Maße gegen den allgemeinen Publikumsverkehr abgeschirmt.
Bei zentraler Anordnung von Röntgen und Labor wird auf den einfachen Austausch von Personal und Gerät im Behandlungsbereich verzichtet.
Eine solche Anordnung ist günstig, wenn die zentralen Funktionsräume stark und gleichmäßig auch vom Publikum frequentiert werden.
Bei ungleichmäßiger Belastung ist auch eine Querstellung möglich. Die Eröffnung eines internen Flures erlaubt wiederum den Personal- und Geräteaustausch. Die zentrale Anordnung der Personalräume betont den kooperativen Charakter der Anlage.
In einem Kombinat von 4 Allgemeinpraxen werden Röntgen und Labor, Registratur,



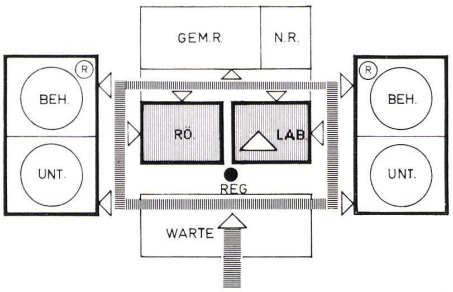
15
2 Allgemein-Praktiker.
2 Praticien médecine générale.
2 General practitioner.



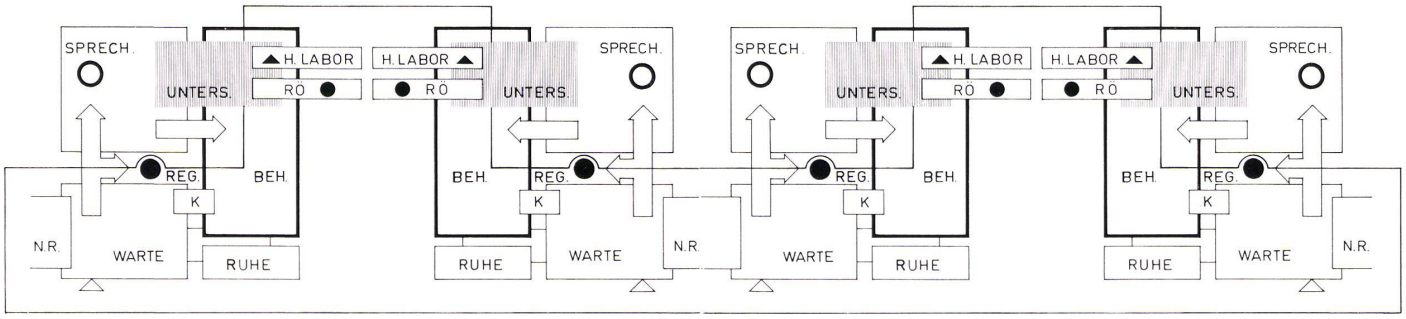
15 a–d
2 Allgemein-Praktiker.
2 Praticien médecine générale.
2 General practitioner.



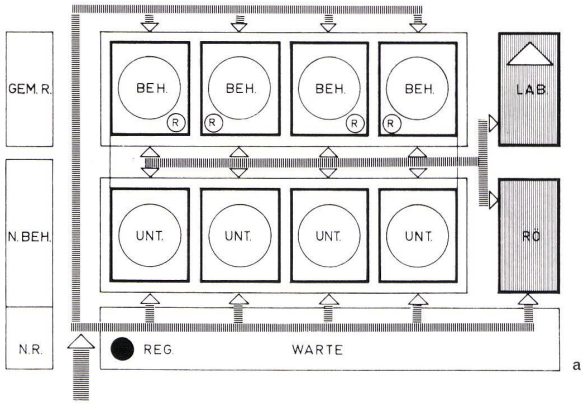
c



d

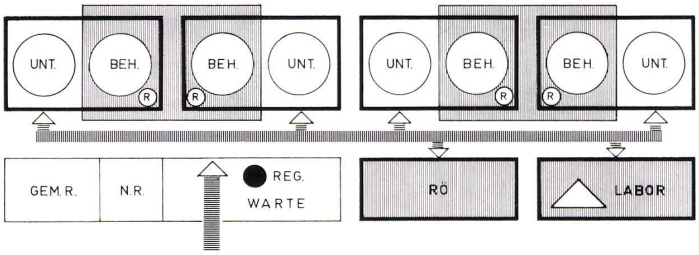


16
4 Allgemein-Praktiker.
4 Praticien médecine générale.
4 General practitioner.

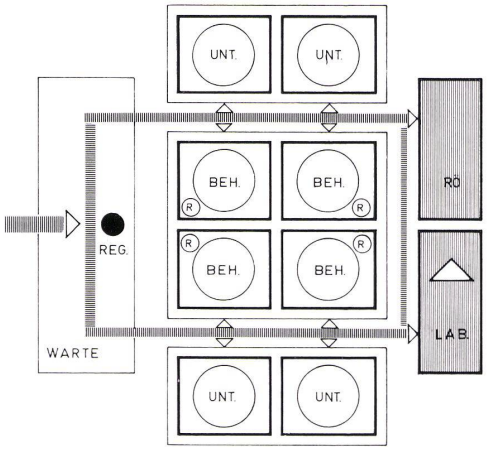


a

Warte- und Nebenräume wie oben konzentriert. Eine zusätzliche Möglichkeit der Optimierung ergibt sich aus der Zusammenfassung der therapeutischen Arbeitsgänge.
Untersuchungs- und Behandlungsräume sind durch einen internen Flur getrennt. Auf diese Weise entstehen Austauschmöglichkeiten aller 4 Praxen untereinander. Bei dieser Anordnung ist auch eine inhaltliche Differenzierung des Behandlungsbereiches möglich; z. B. 1 Raum für Differentialdiagnostik und -therapie.
Jeweils 2 Praxen besitzen im Behandlungsbereich die Möglichkeit des Personal- und Materialaustausches.
Der Vorteil konzentrischer Anordnung der Behandlungsräume sind extrem kurze Wege für Geräte und Personal.
Die Konzentrationsbedingungen der Allgemeinen Praxis gelten nicht in jedem Fall auch für die Fachpraxen. Z. B. lassen sich in einem Kombinat von 3 chirurgischen Fachpraxen infolge der vergleichsweise geringen Frequenz die Gipsarbeiten zentralisieren. Patienten, die des Gipses bedürfen, werden sämtlich in die kombinierte Einheit Behandlung-Gipsen eingewiesen. Die Anordnung der Kombination nahe der Wartezone erleichtert die sofortige Behandlung von Unfällen. – In einem Kombinat von 4 orthopädischen Praxen besteht die Möglichkeit nicht. Hier, wo das

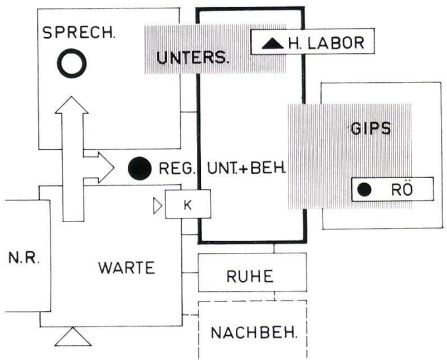


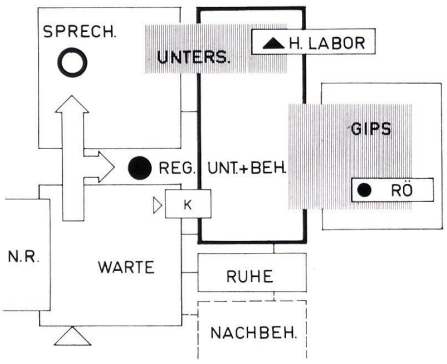
b

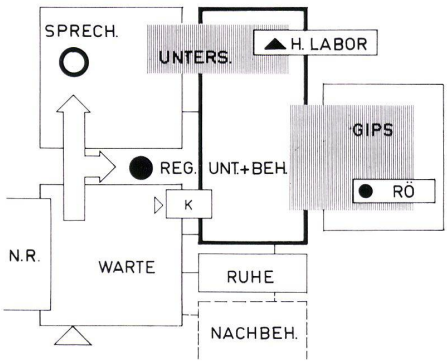


c

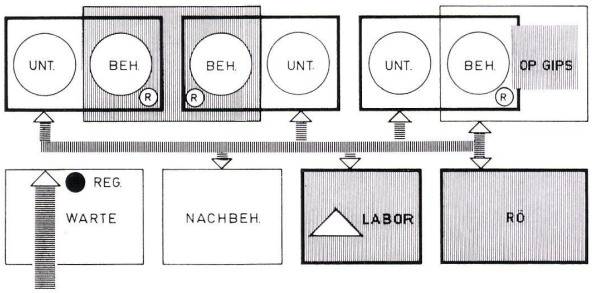
16 a–c
4 Allgemein-Praktiker.
4 Praticien médecine générale.
4 General practitioner.



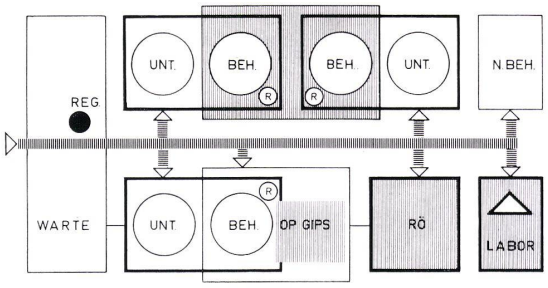




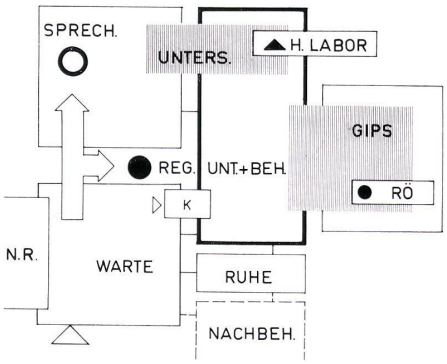
17
Chirurg.
Chirurgien.
Surgeon.

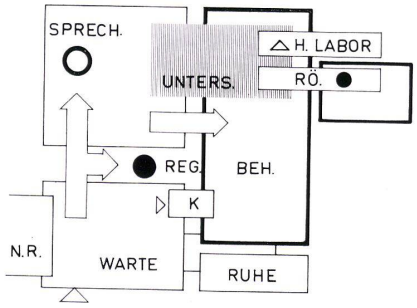


17 a–b
3 Chirurgen.
3 Chirurgiens.
3 Surgeons.

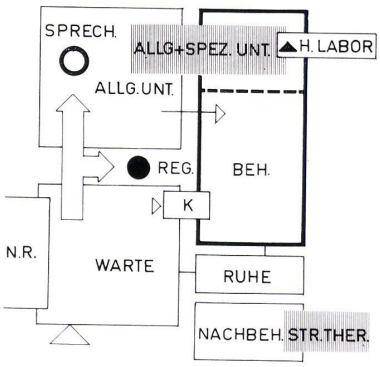


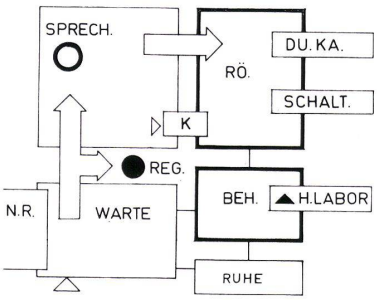
Gipsen als ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung angesehen werden muß, reduziert sich diese Möglichkeit auf die Einrichtung von mindestens 2 Gipsräumen. Allgemein läßt sich bei Zusammenschlüssen homogener Fächer ein höherer Nutzeffekt erzielen als bei Zusammenschlüssen verschiedener Fächer. Erwähnt seien neben der Möglichkeit der Einsparung von Geräten und Material als Voraussetzung zusätzlicher Anschaffungen die Möglichkeit gegenseitiger Kontrolle und Information, ein erhöhter Grad der Spezialisierung und Kooperation. Mit zunehmender Ärztezahl nähert sich die Organisation den charakteristischen Formen klinischer Ambulanzen (Polikliniken) an. Diese Beobachtung trifft auch zu im Falle des Zusammenschlusses einer größeren Zahl von Ärzten verschiedener Fachrichtung.
Der nebenstehend dargestellte Zusammenschluß von 1 Chirurgen, 1 Internisten, 1 Gynäkologen und 1 Röntgenologen, eine in der Praxis öfter vorkommende Kombination, ist infolge vergleichsweise häufiger Überweisungen und Konsultationen (der Ärzte untereinander) ein brauchbares Instrument zur Dekkung des elementaren Bedarfs. Konzentrationsfähig sind (s. o.) Röntgen, Labor, Patientenbereich, Registratur, Nebenräume, die





18
Chirurg, Internist, Gynäkologe, Röntgenologe.
Chirurgien, spécialiste maladies internes, gynécologue, radiologue.
Surgeon, internal specialist, gynaecologist, X-ray specialist.





Nachbehandlungs- und Ruheflächen. Die Röntgenarbeiten von Chirurgie und Gynäkologie und innerer Medizin werden vom Röntgen-Arzt übernommen. Für die Gipsarbeiten des Chirurgen steht außerdem ein Bildwandler zur Verfügung, der über eine Fernsehkette von Röntgenologen kontrolliert werden kann. Das Problem der Viererraumgruppe besteht in der Schaffung einer optimalen Beziehung zwischen den fachspezifischen Kernbereichen und ihren zentralisierten Einrichtungen.

Die Fächer Gynäkologie, Chirurgie und Inneres sind gereiht. Röntgenpraxis und Labor liegen auf der entgegengesetzten Flurseite. Der kurze Weg zwischen Inneres und Röntgen entspricht der Intensität der Beziehung.

Die Beziehung wird verbessert, wenn die Röntgenpraxis zwischen der Chirurgie und der inneren Medizin angeordnet wird. (Die Frequenz des Röntgens durch die Gynäkologie ist wesentlich geringer.) Die Umstellung innerhalb der Reihe (Chirurgie zu Gynäkologie) infolge der Ähnlichkeit der Fächer (Möglichkeit gegenseitiger Aushilfe mit Personal und Geräten, einfache Konsultation). Die Anordnung der stark frequentierten inneren Medizin am Anfang der Reihe hat den Vorteil der Lage unmittelbar neben der Wartezone. Ideal ist unter diesen Bedingungen auch die Anordnung von 2 in sich zentrierten Inneren bzw. Allgemein-Praxen.

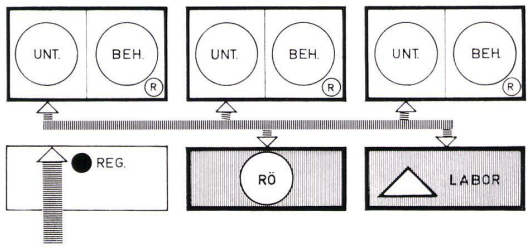
Auch bei zentraler Anordnung können die oben genannten Vorteile erhalten bleiben. Die verbesserte Zuordnung der Gynäkologie zum Warteraum entspricht der starken Frequenz (schneller Patientendurchgang). Auch die konzentrierte Nachbehandlung ist leicht zu erreichen.

Für das »Ärztezentrum« einer Satellitenstadt (von ca. 60000 Einwohnern) wird folgendes Kombinat angenommen:

2 Allgemeinpraktiker,
2 Internisten,
3 Chirurgen,
2 Kinderärzte,
2 Gynäkologen,
3 Zahnärzte,
1 Augenarzt
1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt.

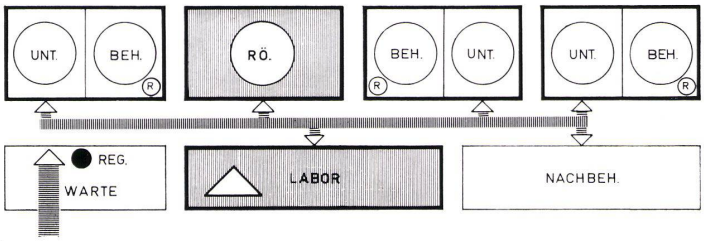
In der Kombination werden zunächst die homogenen Fächer in sich konzentriert. Danach erfolgt die Abstimmung mit den nur einmal vertretenen Fächern. Über die weitere Konzentration der elements entscheiden die fachspezifischen Bedürfnisse. Z. B. werden die Internisten ihre Röntgenfälle generell in die zentrale Röntgenabteilung delegieren; die Chirurgen überweisen die Mehrzahl der Fälle in der Untersuchungsphase, für Röntgenaufnahmen während der Behandlung benötigen sie zusätzlich zur zentralen Abteilung einen facheigenen Bildwandler bzw. ein fahrbares Röntgengerät. Die Zahnärzte arbeiten generell mit eigenen Geräten. Bei heterogener Zusammensetzung erweist sich also auch das Röntgen nur als bedingt konzentrationsfähig.

Das gleiche gilt auch für andere differentialdiagnostische und therapeutische Einrichtungen (Überprüfungen aufgrund der einfachen Organisationsformen!). Für die Gruppierung der fachspezifischen Kernbereiche gelten die gleichen Regeln wie oben: optimale Zuordnung zu den zentralisierten Funktionsbereichen, räumliche Nachbarschaft im Falle der Ähnlichkeit (Konsultationshäufigkeit, Austauschmöglichkeit).



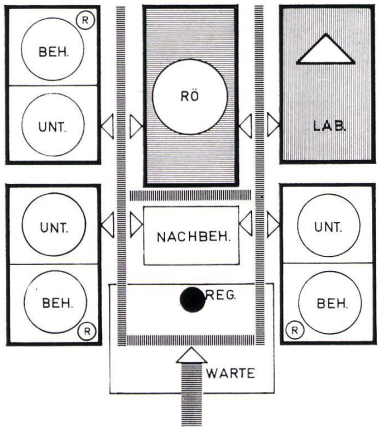
a

18 a–c
1 Chirurg, 1 Internist, 1 Gynäkologe, 1 Röntgenologe.
1 Chirurgien, 1 spécialiste maladies internes, 1 gynécologue, 1 radiologue.
1 Surgeon, 1 internal specialist, 3 gynaecologist, 1 X-ray specialist.



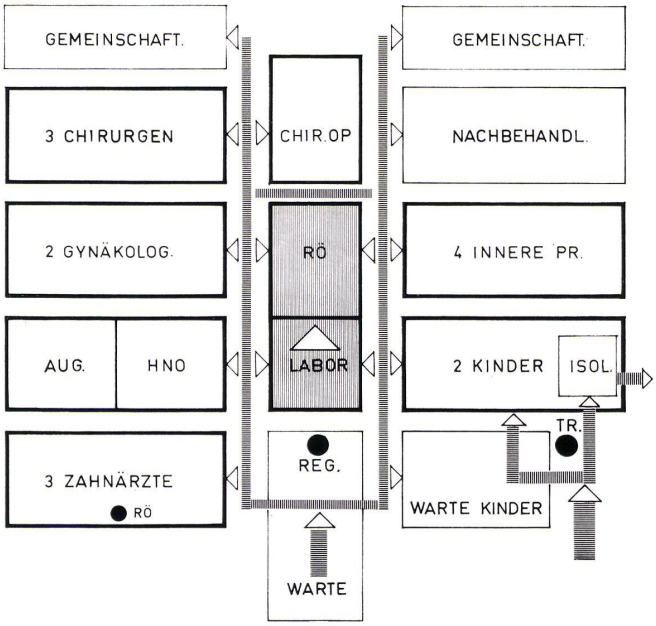
b

1 Internist, 1 Röntgenologe, 1 Chirurg, 1 Gynäkologe.
1 Spécialiste maladies internes, 1 radiologue, 1 chirurgien, 1 gynécologue.
1 Internal specialist, 1 X-ray specialist, 1 sugeon, 1 gynaecologist.



c

1 Gynäkologe, 1 Chirurg, 1 Röntgenologe, 1 Internist.
1 Gynécologue, 1 chirurgien, 1 radiologue, 1 spécialiste maladies internes.
1 Gynaecologist, 1 surgeon, 1 X-ray specialist, 1 internal specialist.



19
Ärztezentrum.
Centre de médecins.
Medical centre.