

Ambulatorien und Polikliniken.

Von W. MOBITZ, Freiburg i. B.

Poliklinik heißt wörtlich „Stadtklinik“. Man verstand darunter die meist mit Universitäts-Unterrichtsanstalten verbundenen, unter einem besonderen Lehrer und in einem besonderen Gebäude untergebrachten Einrichtungen zur Behandlung zugehender unbemittelter Erkrankter, und zwar falls sie ausgehfähig waren, an Ort und Stelle, falls bettlägerig, von dort aus in ihrer Wohnung. Mit den Fortschritten des Krankenhauswesens ist diese Einrichtung fast überall aufgegeben worden oder besteht nur noch für Fächer wie die geburtshilfliche Klinik oder in ganz kleinen Umfängen. Unter „Poliklinik“ im engeren Sinne oder „Ambulatorium“ versteht man Einrichtungen zur Behandlung Erkrankter, welche die Behandlungsstätten selbst aufsuchen können und sie nach erfolgter Behandlung wieder verlassen. Diese Einrichtungen können vollkommen selbständig sein, ohne jeden Zusammenhang mit einer geschlossenen Krankenanstalt, sie können unter Privatleitung stehen; in der Tat haben seit Jahrzehnten namentlich Fachärzte solche Polikliniken errichtet und betrieben, deren Bedeutung mit der Ausdehnung der Krankenkassenversicherung erheblich zurückging. Von solchen Anstalten ohne jeden Zusammenhang mit dem Krankenhauswesen, die aber namentlich für Sonderfächer eine Ergänzung und Entlastung des Krankenhauswesens bedeuten können, soll hier nicht die Rede sein.

Ferner gibt es Polikliniken oder Ambulatorien in *unmittelbarem Zusammenhang* und in *unmittelbarer Zusammenarbeit* mit Krankenhäusern. Auch hier ist zu unterscheiden zwischen Unterrichtsanstalten an Universitätskliniken und an allgemeinen öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Die Verbindung von geschlossener Krankenanstalt und Ambulatorium lediglich zur Behandlung zugehender ausgehfähiger Erkrankter oder zur Nachbehandlung Entlassener, welche nicht mehr in der geschlossenen Anstalt zu wohnen brauchen, ist an den öffentlichen Krankenhäusern Englands und Amerikas außerordentlich weit ausgebildet und bedeutet dort einen überaus wichtigen Teil der Anstaltsbehandlung. Bei uns ist dank der Krankenkassenversicherung der Bedarf für derartige Anstalten ein geringerer, weil nach Eintritt des Zeitpunktes der Entlassung die Überweisung an die Ärzte und Ein-

richtungen der Krankenkassen erfolgen kann, und weil der gleiche Grund für die Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entscheidend ins Gewicht fällt.

Die Polikliniken oder Ambulatorien der Krankenhäuser, an denen Unterricht erteilt wird, sind meistens personell und in ihren Einrichtungen sowie räumlich mit den geschlossenen Anstalten verbunden; nur an einigen Universitätskliniken von Großstädten, bei denen der poliklinische Zugang ein sehr erheblicher ist, sind diese Einrichtungen von der stationären Klinik abgesondert. Sie stehen dann häufig unter einem besonderen Leiter und verfügen über eigene Gebäude. Die Zahl derartiger Universitäts-Polikliniken ist nicht groß. Jedenfalls aber arbeiten auch diese bei Überweisungen mit der geschlossenen Abteilung zusammen. In öffentlichen Krankenhäusern Deutschlands ist die Angliederung von poliklinischen Abteilungen nur in einem geringen Umfange und in sehr verschiedenen Formen durchgeführt. Der Gutachter-Ausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen hat über Polikliniken an öffentlichen Krankenhäusern eine Umfrage veranstaltet, deren Ergebnis in dem Werk „Das deutsche Krankenhaus 1925“ veröffentlicht ist und zu folgenden Feststellungen geführt hat:

„Die Frage ist von 144 Verwaltungen behandelt worden. Von diesen 144 Antworten lauten 82 ja, 27 nein, und der Rest enthält unbestimmte Angaben, wie in ‚beschränktem Maße‘, ‚nur in Ausnahmefällen‘, ‚nur 2mal wöchentlich‘.

Die Krankenhäuser, in denen eine ambulante Behandlung *nicht* stattfindet, verteilen sich auf folgende Gruppen:

11	allgemeine und Bezirkskrankenhäuser	unter 150 Betten	
4	allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	151— 500	„
2	allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	500—1000	„
1	allgemeines und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	1000—2000	„
1	Heilanstalt mit	über 500	„
3	Spezialkrankenhäuser mit 5 Heil- und Pflegeanstalten	über 151—500	„
	Demgegenüber haben mit ja geantwortet:		
44	allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	unter 150	„
12	allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	150— 500	„

9 allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	500—1000	„
3 allgemeine und Bezirkskrankenhäuser mit einem Bestand von	1000—2000	„
1 allgemeines und Bezirkskrankenhaus mit einem Bestand von	über 2000	„
7 Spezialkrankenhäuser mit einem Bestand von	unter 150	„
4 Spezialkrankenhäuser mit einem Bestand von 2 Heil- und Pflegeanstalten	150— 500	„

Aus dieser Übersicht geht hervor, daß die Zahl der Häuser, die Ambulanzen eingerichtet haben, nicht ganz klein ist.

Von den 119 aufgeführten Ambulanzen befassen sich 35 lediglich mit Röntgen- und Lichttherapie, ferner mit Medikomechanik und ähnlichen therapeutischen Maßnahmen. Weitere 25 behandeln nur Notfälle, einige von diesen üben auch kleine Chirurgie aus. Aus 7 Antworten geht hervor, daß nur im Krankenhause stationär behandelte Patienten ambulant nachbehandelt werden. Die restlichen Ambulanzen verteilen sich auf die verschiedensten Spezialitäten.

Ein großer Teil der Krankenhäuser gibt noch an, daß lediglich Kassen- und Armenkranke in ihren Ambulanzen behandelt werden, und ein Teil von diesen behandelt nur die von anderen Ärzten überwiesenen.

Der Aufgabenkreis einer an ein größeres Krankenhaus angegliederten *Ambulanz* wird im allgemeinen spezialärztliche Untersuchung und in besonderen Fällen auch Behandlung umfassen.

Erstens kommt ärztliche *Versorgung unbemittelter Patienten* in Frage, für welche Versicherungsträger aus äußeren Gründen nicht oder nur in ungenügender Weise eintreten können. Der Kreis dieser Personen ist unter den augenblicklichen Verhältnissen wohl nur sehr klein. Überwiegend sind dies ortsfremde, auf der Wanderschaft befindliche Leute ohne örtliche Kassenzugehörigkeit, deren Versorgung gegen Entgelt für die Ortsbehörden schwierig sein kann.

Als Aufgabe einer Ambulanz ergibt sich weiter eingehende spezialistische Untersuchung, die von dem behandelnden Arzt aus Zeitmangel oder Mangel an Apparatur nicht durchgeführt werden kann. Derartige Kranke werden mit dem Untersuchungsergebnis dem zuweisenden Arzt zur weiteren Behandlung wieder überwiesen werden. Wenn dieses Prinzip streng beachtet wird, pflegt von den Ärzten durch Zuweisung von Patienten die Ambu-

lanz in geeigneten Fällen gern in Anspruch genommen zu werden. Finden sich *Kassenangehörige* ohne Vermittlung eines Arztes zur Untersuchung ein, so soll nach Feststellung der Diagnose und des Behandlungsplanes eine Überführung in die Behandlung des Kassenarztes angestrebt werden, sofern nicht eine stationäre Krankenhausbehandlung als notwendig erkannt wird. Das Gros dieser Patienten pflegt sich auf Grund irgendwelcher persönlicher Beziehungen vorzustellen. Ein Bekannter oder Verwandter hat in dem Krankenhaus Hilfe gefunden und geraten, es in Anspruch zu nehmen. Sehr häufig wird ferner von Kliniken eines anderen Spezialgebietes eingehende Untersuchung nicht unbedingt bettlägeriger Patienten erbeten, die mit einem entsprechenden Bericht in ihr Krankenhaus wieder zurückgehen. In besonderen Fällen kommt auch bei Kassenzugehörigkeit die *Durchführung einer Therapie* in Frage. Zunächst, wenn der Kassenarzt darum ersucht. Nicht allzu selten geschieht dies bei Injektionsbehandlung bei schlechten Venen. Ferner kann bei in unmittelbarer Nachbarschaft wohnenden Patienten eine Therapie in der Ambulanz, z. B. Insulinbehandlung eines Diabetikers, von ihnen erbeten werden, weil sie mit geringerem Zeitverlust durchführbar ist als eine andersartige Versorgung. Eine solche Behandlung soll jedoch nicht ohne Fühlungnahme mit dem Kassenarzt erfolgen. Ferner kann eine Ambulanz eine Behandlung vermitteln, die auch durch den frei praktizierenden Spezialarzt nicht durchgeführt werden kann, wie *Röntgenbestrahlung* mit besonders komplizierter und kostspieliger Apparatur, *Radiumbehandlung* u. dgl. In Rücksicht auf die Ärzteschaft soll grundsätzlich eine Behandlung von Kassenangehörigen nicht ohne Entgelt stattfinden. Die Erfahrung lehrt, daß von seiten der Kassen keine Schwierigkeiten zu befürchten sind. Die eingehenden Gelder fließen zweckmäßig in eine eigene Kasse, aus welcher die Ausgaben für den laufenden Betrieb, Ergänzung der Instrumente usw. zu decken sind. Zu empfehlen ist ferner, von jedem Patienten eine kleine Gebühr bei Ausgabe der Nummernkarte für die erste Konsultation zu erheben.

In nicht allzu großen Betrieben wird zweitens die *Ambulanz als Aufnahmeinstanz* die Verteilung der in das Krankenhaus stationär eingewiesenen Patienten auf die einzelnen Stationen zu übernehmen haben. Hier tritt außerhalb der Sprechstunden der Ambulanz der diensthabende Arzt ein, der in den Räumen und mit den Mitteln der Ambulanz einen nicht klaren Fall voruntersuchen kann.

Ferner kann erste Hilfe bei Unglücksfällen zweckmäßig in den Räumen der Ambulanz geleistet werden. Es erübrigt sich dann

für den betreffenden Stadtbezirk eine eigene *ärztliche Unfallstelle*.

Die Räume der Ambulanz können weiterhin zu anderen Zeiten von der *Beratungsstelle* für *Lungenkranke*, *Geschlechtskranke*, für *Eheberatung* u. dgl. benutzt werden. Entsprechende Fälle sind von der eigentlichen Ambulanz an diese Stellen zu verweisen, um eine Einheitlichkeit der Versorgung zu gewährleisten.

Als *Vorteile für die Allgemeinheit*, die sich aus der Tätigkeit einer gut geleiteten Ambulanz ergeben, seien nur erwähnt die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen, die einer besonderen Behandlung bedürfen, bei Universitätskliniken die Möglichkeit von *Einweisung* für den Unterricht wichtiger Fälle, eventuell für die hierfür meist vorhandenen Freibetten, sowie eine umfassendere Schulung der jüngeren, zur Ausbildung in den Anstalten tätigen Ärzte, die Einblick in ein Wirkungsgebiet erhalten, das demjenigen des frei praktizierenden Arztes nahesteht.

Einer besonders eingehenden Besprechung bedarf die *Personalfrage*. Auch in den größten Betrieben dürfte in der Regel nicht die Möglichkeit gegeben sein, besoldete Ärzte lediglich für die Ambulanz anzustellen. Der verantwortliche Leiter der Ambulanz muß andererseits ein in seinem Fache langjährig ausgebildeter Arzt sein. Sind unter dem ärztlichen Direktor einer Klinik, dessen umfangreiche Tätigkeit eine eingehende persönliche Teilnahme an den Obliegenheiten einer Ambulanz in der Regel unmöglich machen wird, mehrere Oberärzte vorhanden, so übernimmt einer von ihnen, am besten in jährlichem Turnus, die verantwortliche Leitung der Ambulanz. Unter anderen Verhältnissen wird ein älterer erfahrener Assistent hiermit betraut, keinesfalls ein nicht etatmäßiger Volontär. (Nur bei entsprechendem Vertrauen der Ärzteschaft zu der ärztlichen Erfahrung und dem persönlichen Takt des Ambulatoriumsleiters ist ein ersprießliches Arbeiten möglich.) Die als Hilfsärzte tätigen jüngeren Ärzte der Ambulanz gehören zweckmäßig stets derselben Klinik an. Dienen die Räume der Ambulanz mehreren verschiedenen Fachkliniken zu verschiedenen Tagesstunden, so ist es selbstverständlich, daß mit dem Wechsel des Leiters und der Hilfsärzte auch das Wärterpersonal und die Schwestern wechseln. Eine Ausnahme kann vielleicht für eine ständige Schreibhilfe gemacht werden, deren Anstellung bei größerem Betrieb stets zu empfehlen ist, und die teilweise oder ganz aus der Ambulanzkasse besoldet werden kann. Die Hilfsärzte, in der Regel Volontäre oder Medizinalpraktikanten, sind in regelmäßigem, am besten monatlichem Turnus von den einzelnen Stationen des Krankenhauses zu stellen. Ihre Zahl richtet sich

nach der Krankenfrequenz. Durch den Direktor der Klinik ist der Leiter der Ambulanz bei Bedarf berechtigt, ärztliches Hilfspersonal von den Stationen anzufordern.

Als Untersonal wird auch bei umfangreichem Betriebe ein Wärter und eine Schwester genügen. Dem ersteren obliegt die Instandhaltung und Säuberung der verwendeten Gefäße und Instrumente. Zu diesem Dienst wird zweckmäßigerweise ein Laboratoriumswärter oder Vorlesungsdienner verwendet, der während der Sprechstunden in der Ambulanz anwesend sein muß. Der Dienst des auf den Krankenstationen verwendeten Untersonals läßt in der Regel eine Nebenbeschäftigung in der Ambulanz nicht zu. Die Schwester kann, für den Fall, daß eine eingearbeitete Schreibhilfe vorhanden ist, auch eine jüngere Hilfsschwester sein. Die Reinigung der Räume nach beendigter Sprechstunde kann unschwer von anderem Untersonal des Krankenhauses übernommen werden. Durchführung von Beheizung und Beleuchtung wird kaum irgendwelche Schwierigkeiten bereiten und die Ambulanzkasse nicht beanspruchen. Nennenswerte *Betriebskosten* erwachsen bei einer derartigen Organisation auch nicht für eine sehr frequentierte Ambulanz, sofern die Ambulanzkasse selbständig gehalten wird.

An *Räumlichkeiten* sind außer einem *Wartezimmer*, eventuell sonst wenig begangener, gut geheizter, nicht zugiger, geräumiger und heller Gang, eines oder mehrere *Untersuchungszimmer* notwendig. In der Großstadt kann auch ein großer Raum durch Vorhänge mehrfach untergeteilt werden. In jeder Abteilung steht dann ein Untersuchungssofa und ein Stuhl zur Kleiderablage. Für genügende Beleuchtung ist Sorge zu tragen. Ist aus Raum-mangel eine örtliche Trennung der beiden Geschlechter nicht möglich, so sind verschiedene Sprechstunden anzusetzen. Bei kleinem Untersuchungsraum, in welchem sich der Arzt dauernd aufhält, ist Abtrennung einer Ecke in Größe einer Telephonkabine zur Entkleidung des Kranken und zum Urinlassen anzuraten. Notwendig für manche Fachkliniken ist ein kleines Dunkelzimmer zur Spiegeluntersuchung.

Bei der nun folgenden Beschreibung der *Einrichtungsgegenstände*, der Instrumente und Reagentien sind die Verhältnisse zugrunde gelegt, wie sie sich für die Ambulanz einer inneren Klinik ergeben.

Außer den bereits erwähnten Untersuchungssofas, die am besten mit abwaschbarem Wachstuch überzogen sind, ist ein gynäkologischer Untersuchungstisch wünschenswert. Weiterhin soll ein Schreibtisch mit abschließbaren Fächern und bei größerem

Betrieb eine Schreibmaschine vorhanden sein. Die verwendeten Briefbogen, Rezeptformulare usw. tragen den Aufdruck der Ambulanz der Klinik. Ein besonderer Stempel der Ambulanz erleichtert den schriftlichen Verkehr mit Kassen und Behörden. Eine genügend große *Registratur* nimmt die Krankengeschichten der Ambulanz auf, die am besten in der Reihenfolge des Zugangs der Patienten numeriert in Übereinstimmung mit der Kartennummer jahreweise getrennt aufbewahrt werden. Ein Buch enthält die Namen der Patienten mit der Kartennummer, bei größerem Betrieb monataweise nach den Buchstaben des Alphabets geordnet. Die Verwertung ärztlicher Erfahrungen erleichtert ein weiteres Register, in welchem die Kranken jahreweise nach der Diagnose geordnet sind. Die Krankengeschichten sollen, trotzdem sie naturgemäß kürzer gefaßt sind als in der Klinik, auf Doppelbogen niedergeschrieben werden, in welche Überweisungsschreiben, Berichte von anderen Fachkliniken, Durchschläge der geschriebenen Briefe leicht eingelegt werden können.

Waschgelegenheit für das diensttuende Personal muß leicht erreichbar vorhanden sein, ferner ein großes gesondertes Spülbecken mit Kalt- und Warmwasser. Neben ihm steht ein größerer, mit einer Glasplatte belegter Tisch mit einem oder mehreren Gasbrennern zur Durchführung der chemischen Untersuchungen. Eine elektrische Zentrifuge ist nicht zu entbehren. Das zu verwendende Mikroskop wird zweckmäßig einem Laboratorium entliehen, wohin es nach Beendigung der Sprechstunde wieder verbracht wird. Reagentien werden gebraucht zur Untersuchung des Harnes auf Eiweiß, Zucker, Azeton usw., Urobilin, Urobilinogen, Indikan, Gallenfarbstoff, Diazo, zur Untersuchung des Stuhles auf Blut, zur Fixierung und Färbung von Blutaussstrichen, Sputum usw. Eine oder mehrere Blutzählkammern sind unter Verschuß zu halten. Ein Polarisationsapparat zur Harnzuckerbestimmung ist erwünscht.

Ein kleiner Kochsterilisator für Spritzen, Kanülen, Katheter soll vorhanden sein.

Eine Personenwaage ist unentbehrlich, ferner eine Anzahl von Fieberthermometern, Spritzen, Kanülen, Kathetern.

Die Ergänzung der Reagentien kann ohne Schwierigkeit von der Apotheke des Krankenhauses ohne gesonderte Verrechnung übernommen werden. Neubeschaffung von Instrumenten muß durch die Ambulanzkasse erfolgen. *Medikamente* sollen nicht unentgeltlich abgegeben werden, es sei denn, daß sie kostenlos von den Fabriken zur Verfügung gestellt werden. Die zu injizierenden Medikamente besorgen die Patienten sich selbst auf ausgestellte

Rezepte in einer Apotheke der Stadt. Besondere Stiftungen zur Beschaffung von Heilmitteln für Unbemittelte werden in der Regel nicht vorhanden sein. Ein *Röntgenapparat* zur Durchleuchtung in einem Nebenraum kann diagnostisch gute Dienste leisten. Er ist jedoch nicht unbedingt erforderlich. Keinesfalls sollen Röntgenaufnahmen von der Ambulanz selbsttätig gemacht werden. Hierzu sind die Patienten nach vorheriger Klärung der Kostenfrage dem Röntgeninstitut der Klinik zu überweisen. Auch kompliziertere Spiegeluntersuchungen, wie Mastdarm, Blasen-, Speiseröhrenspiegelung werden im allgemeinen auf der betreffenden Abteilung der Klinik durchgeführt, der die Patienten von der Ambulanz aus zugeschickt werden können, ohne daß eine stationäre Aufnahme in die Klinik notwendig wird. In gleicher Weise ist bei der Benutzung von Bestrahlungseinrichtungen und Bädern zu verfahren. Weiterhin kann die Aufnahme von Elektrokardiogrammen vermittelt werden. Die *instrumentellen Behandlungsmethoden* sollen nur zu den üblichen Kassenpreisen durchgeführt werden. In Rücksicht auf eine einheitliche Untersuchung sind von der Ambulanz die Einrichtungen des gleichen Krankenhauses zu benutzen, da enger persönlicher Kontakt der verschiedenen Untersucher unumgänglich ist. Für besondere Untersuchungen werden die angeschlossenen Fachkliniken herangezogen. Erst nach Abschluß aller Untersuchungen geht der Kranke an den überweisenden Arzt in der Stadt wieder zurück.

Kompliziertere chemische und serologische Verfahren, wie Blutzuckerbestimmung, Reststickstoff, Harnsäure im Blut, Wassermannsche Untersuchung, bakteriologische Verfahren sind nur in dem *Zentrallaboratorium* der Klinik durchzuführen. Auch der frei praktizierende Facharzt wird im allgemeinen die Einrichtungen hierfür nicht besitzen, so daß sich die Ärzteschaft mit Vorteil der Ambulanz zur Vermittlung derartiger Untersuchungen bedienen kann. Höhensonnenbestrahlung sowie elektrische Behandlung von Nervenleiden u. dgl. kann in beschränktem Maße in der Ambulanz selbst durchgeführt werden.

Dient die Ambulanz gleichzeitig auch als Aufnahme- oder Unfallversorgungsstelle, so ist zweckmäßig in ihr ein verschlossenes *Schränkchen* mit den üblichen Gegengiften für Vergiftungen vorhanden. Ein Schlüssel liegt beim Pförtner. Für Vollständigkeit und Brauchbarkeit des Inhaltes ist der Oberapotheker der Anstalt direkt verantwortlich. Vorschriften für Verwendung der Mittel sind im Innern des Schränkchens in leicht übersehbarer Form anzubringen.

Die Frage, ob bei sog. *Bettennot* des Krankenhauses durch Ein-

richtung einer Ambulanz die Stationen wesentlich entlastet werden können, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Die Zahl derjenigen Kranken, die eher entlassen werden, da dem Stationsarzt die Fortführung der Therapie durch die Ambulanz angezeigt erscheint, ist nach praktischer Erfahrung viel geringer, als man glauben sollte. Auch dem Krankenhaus liegt daran, in engem, harmonischem Konnex mit den frei praktizierenden Ärzten zu bleiben. Soweit irgend angängig, werden derartige Fälle daher dem Hausarzt wieder zugewiesen werden. Manchmal werden sie von diesem allerdings dann der Ambulanz zugeleitet, wenn es sich um zeitraubendere und kompliziertere Behandlungsverfahren handelt. Größer scheint die Einsparung an Verpflegungstagen durch den Umstand zu sein, daß spezialistische diagnostische Tätigkeit ambulant geleistet werden kann. Es unterliegt keinem Zweifel, daß ein gewisser Teil der dem Krankenhaus zur Diagnosenstellung zugewiesenen Patienten in der Ambulanz genügend eingehend untersucht werden kann, und daß die Krankenhausaufnahme mancher Leichtkranker hierdurch vermieden wird. Die Frage, ob eine Knappheit an Betten vorliegt, ist im einzelnen Fall sehr schwierig zu beantworten. Statistiken über jährliche Zunahme der Belegung, Abnahme der durchschnittlichen Verpflegungszeit für den einzelnen Kranken u. dgl. brauchen nicht immer das Wesentliche zu treffen.

Es ist nicht zu leugnen und eine natürliche Folge des wirtschaftlichen Kampfes, daß die *örtlichen ärztlichen Organisationen* behördlich subventionierten Ambulatorien gegenüber eine mißtrauische und ablehnende *Stellung* einnehmen können. Die Erfahrung lehrt jedoch, daß bei gutgeleiteten Ambulanzen sich bald ein Einvernehmen herauszubilden pflegt. Der Vorteil der öffentlichen Institute — geringere Unkosten, eingehendere Untersuchungsmöglichkeit — wird praktisch überkompensiert durch die immer mehr zunehmende Kassenzugehörigkeit der Gesamtbevölkerung, die der Ärzteorganisation die Möglichkeit gibt, sich vertraglich durch Vereinbarung mit den Kassen gegen die Konkurrenz unerwünschter Ambulatorien zu schützen. Eine Ambulanz wird also nur dann lebensfähig sein, wenn sie in gutem Einvernehmen mit der Ärzteschaft und unter Berücksichtigung ihrer Interessen ihre Tätigkeit ausübt. Auch liegt einer mit der Universitätsklinik verbundenen Ambulanz, die ja in der Regel einer Spezialklinik angegliedert ist, nicht in erster Linie viel an wahllosem Zustrom möglichst zahlreicher Patienten, sondern sie wünscht sich für ihre Tätigkeit die diagnostisch und eventuell therapeutisch schwierigeren Fälle, seltener Abweichungen und

Erkrankungen zu Lehrzwecken, ein Gesichtspunkt, der besonders eindringlich den Zwang reibungsloser Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zeigt. Es ist wohl auch in der jetzigen Zeit des scharfen wirtschaftlichen Kampfes nicht zu idealistisch gedacht, wenn als eine Triebfeder guter Zusammenarbeit das Bedürfnis bei der überwiegend großen Zahl frei praktizierender Ärzte vorausgesetzt wird, sich in verhältnismäßig einfacher Weise über unklare diagnostische Fälle ihrer Praxis, theoretische Fragen usw., informieren zu können. Auf Grund guten Einvernehmens mit der Ärzteschaft wird es für eine Ambulanz stets möglich sein, vertragliche *Abkommen mit den Kassen* über die Honorierung vor allem ihrer therapeutischen Maßnahmen zu treffen.

Schließlich sei darauf hingewiesen, daß bei Auftreten von *Epidemien* bestehende Ambulanzen ohne irgendwelche rein organisatorische Kosten in den Dienst der *Abwehr* gestellt werden können. Es können Impfungen durchgeführt, Seren abgegeben werden. Material zur bakteriologischen Untersuchung wird unter der Garantie sachgemäßer Entnahme und Verpackung den Untersuchungsämtern zugeführt werden können, die selbst nicht über Räumlichkeiten und genügend Hilfspersonal zur Gewinnung dieser Proben verfügen. Bei günstigeren wirtschaftlichen Verhältnissen werden auch in Deutschland, wie in Amerika, prophylaktische Impfungen gegen zahlreiche Infektionskrankheiten, vorbeugende Untersuchung gewisser Bevölkerungsgruppen auf Gewerbekrankheiten, Massenuntersuchungen zur Auffindung beginnender behandlungsbedürftiger Krankheiten einen immer größeren Umfang gewinnen. Mit den *sozialhygienischen Aufgaben* der gesamten Ärzteschaft wird sich auch das Wirkungsgebiet ambulant arbeitender öffentlicher Betriebe vergrößern.