

- 87 Rodney, W.: a.a.O., S. 178.
- 88 Turshen, M.: a.a.O., S. 7.
- 89 Statistical Abstract 1966, Dar es Salaam 1968, S. 166.
- 90 Bichmann, W.: a.a.O., S. 71, und Speech by the Minister . . . 1975/76, a.a.O., S. 52.
- 91 Siehe dazu: Gish, O.: Doctor Auxiliaries in Tanzania, in: The Lancet, December 1, 1973, pp. 1251–1254.
- 92 Vgl. z. B. O. Akerele, I. Tabibzadeh und J. McGilvray: A new role for medical missionaries in Africa, in: WHO-Chronicle 30 (1976) 175–180.
- 93 Turshen, M.: a.a.O., S. 5/6.
- 94 Gish, O.: Res. All. . . ., a.a.O., S. 404.
- 95 Chagula, W. K. & Tarimo, E.: Meeting Basic Health Needs in Tanzania, in: Health by the People, ed. by Kenneth W. Newell, World Health Organization, Geneva 1975, S. 150. In einem Fünftel der 60 tansanischen Distrikte wurden immerhin weniger als 5 Tsh. (weniger als 2,- DM) pro Kopf für Gesundheit im Jahr ausgegeben.
- 96 Gish, O.: Res. All., a.a.O., S. 410.
- 97 Dietzfelbinger, H., . . . a.a.O., S. 1935.
- 98 Segall, M.: . . . a.a.O., S. 155.
- 99 Segall, M.: . . . a.a.O., S. 155.
- 100 Die Ausmaße dieses Circulus vitiosus lassen sich auch daran ersehen, daß $\frac{3}{4}$ des Budgets für Gesundheit aus ausländischen Quellen stammt (1973/74), vgl. auch Gish, O.: Planning . . . , a.a.O., S. 193.
- 101 Segall, M.: . . . a.a.O., S. 165.
- 102 Meier-Brook, Tropenmed. Inst. Tübingen, ref. PID 12/1976, Nr. 5, in: Med. Klin. 72 (1977), Nr. 11.
- 103 Speech by the Minister . . . , a.a.O., S. 59.
- 104 Entwicklungspolitik, Materialien Nr. 55, Bonn Juli 1976, S. 98.
- 105 Budget Speech by the Minister for Health Hon. A. H. Mwinyi for the year 1973/74, S. 28.
- 106 Speech by the Minister . . . , a.a.O., 1975, S. 56.
- 107 Segall, M.: a.a.O., S. 165 und Gish, O.: Planning . . . , a.a.O., S. 197.
- 108 Segall, M.: a.a.O., S. 158.

Hannes G. Pauli

Primärmedizin und Medizinstudium

Ein Kongreßbericht

1. Ein Kongreß über die Rolle der Primärmedizin in der medizinischen Ausbildung

Das Institut für Ausbildungs- und Examensforschung der Medizinischen Fakultät der Universität Bern veranstaltete vom 1.–3. September 1976 als Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* einen Kongreß zum Thema „Der Beitrag der medizinischen Ausbildung zur Primärmedizin“. Diese Thematik ergab sich aus den Antworten auf eine Umfrage bei rund 70 praktizierenden Ärzten und Experten aus den

* Association for Medical Education in Europe (AMEE), Department of Psychiatry, Royal Edinburgh Hospital Morningside Park, Edinburgh EM 105 HF, Scotland.

Bereichen der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwissenschaften in Europa, Israel, Nordamerika und Australien. Dazu schrieben rund 50 Autoren Arbeitspapiere. Sie dienten der Vorbereitung von Organisatoren und Teilnehmern auf die Tagungsarbeit. Auf der Tagung selbst wurden nur einzelne ausgewählte Beiträge in Form von Referaten vermittelt. Die Hauptarbeit leisteten die 190 Tagungsteilnehmer aus den genannten Regionen in 14 Grup-penseminarien. Die Autoren der Arbeitspapiere standen, auf die Gruppen verteilt, als Referenzpersonen zur Verfügung. Sie hatten die Seminararbeit in einer zweitägigen Klausurtagung vor dem Kongreß vorbereitet.

Arbeitspapiere und Seminarprotokolle werden momentan zu einer umfassenden Publikation aufgearbeitet. Zur Überbrückung der dazu notwendigen Zeitperiode sollen die hier folgenden Ausführungen die Ergebnisse der Seminararbeit zusammenfassen. Da im wesentlichen die Beiträge sämtlicher 190 Teilnehmer darin berücksichtigt sind, ergibt sich eine beträchtliche Repräsentativität der hier zusammengefaßten Ergebnisse.

Das Thema des in englischer Sprache abgehaltenen Kongresses lautet: "The Contribution of Medical Education to Primary Health Care". "Primary health care" wird der Einfachheit halber hier mit „Primärmedizin“ übersetzt. Der englische Begriff ist jedoch umfassender und bedeutet sinngemäß Grundversorgung im Gesundheitswesen.

Dieser Bericht ist *nicht* eine persönliche Meinungsäußerung, sondern das Resultat einer detaillierten Inhaltsanalyse der vorläufigen Arbeitsprotokolle der Gruppen. Er wurde aus Gründen der Lesbarkeit im direkten und nicht im zitierenden Stil verfaßt. Eine Dokumentation zu den hierin geäußerten Feststellungen und Ansichten fand sich zum Teil in den für den Kongreß vorbereiteten Arbeitspapieren und wird vor allem in der endgültigen Publikation aufgeführt sein.

2. Worum es geht

Es mehren sich die Anzeichen eines Ungenügens der Gesundheitsversorgung gegenüber dem Bedarf der Bevölkerung in den hier zur Diskussion stehenden Regionen. Dies steht im Gegensatz zum eindeutigen quantitativen Ausbau und den qualitativen Spitzenleistungen auf diesem Gebiet. In der politischen Diskussion tritt dieser paradoxe Zustand vor allem in Form einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen in Erscheinung. Gleichzeitig ist immer deutlicher der Ruf nach einer vermehrten Betonung der *Primärmedizin* (PM, Definition s. u. Abschnitt 3) zu vernehmen.

Soll es sich dabei um ein bloßes Rückdrehen des Rades auf einen früheren Zustand geringerer Spezialisierung handeln, oder ist PM mit neuen Konzepten verbunden? Kann diese PM tatsächlich einen wesentlichen Beitrag zur Problemlösung in der skizzierten Situation leisten? Wie ist sie zu definieren? Ruft diese Definition nach neuen Zielen der Ausbildung, nach neuen Programmen und nach Beurteilungskriterien, die zu ermessen erlauben, inwieweit diese Ziele erreicht worden sind? Braucht es Forschungsprogramme, deren Resultate direkt, oder indirekt via Ausbildung, die Planung und Realisierung dieser PM erleichtern würden?

3. Primärmedizin: Definitionen, Funktionen, Aufgaben

PM ist in wechselndem Ausmaß Tätigkeitsfeld eines Großteils der heute tätigen Ärzte. In diesem Bereich findet der erste Kontakt zwischen dem

„Klienten“ (um den einengenden Begriff Patient zu umgehen) und der medizinischen Versorgung statt. Er sollte jederzeit und leicht zugänglich sein. Ein weiteres Charakteristikum ist die Kontinuität der Betreuung (d. h. der Primärarzt übernimmt langfristige Verantwortungen). In der PM hat eine Koordination aller Gesundheits- und Sozialdienste zu erfolgen. Damit wird eine Kooperation und Koordination mit den politischen Entscheidungsinstanzen im Gesundheitsbereich unumgänglich. Primärmedizinische Betreuung hat sowohl auf der physischen (körperlichen) wie auf der psychologischen und sozialen Ebene zu erfolgen. Sie dient nicht nur der Heilung, sondern auch der Gesundheitserhaltung, der Vorbeugung und der Rehabilitation. Die wichtigsten Aufgaben in diesem Bereich sind demnach Früherkennung von Gesundheitsstörungen, „klassische“ medizinische Diagnostik und Therapie und Gesundheitserziehung. Aspekte der zwischenmenschlichen Kommunikation stehen bei all diesen Aufgaben im Vordergrund. PM hat neben dem Individuum, der Familie und der Gesellschaft (von der Ebene des Quartiers bis zu derjenigen des Landes) zu dienen. PM stellt lediglich eine der Stufen im gesamten medizinischen Versorgungsbereich dar. Sie hat sich demzufolge sowohl mit der Stufe der Selbstbetreuung („Laienmedizin“) als auch derjenigen der Sekundär- und Tertiärmedizin bzw. der spezialisierten Medizin, welcher aus dem „Primärbereich“ Aufgaben zugewiesen werden, zu befassen und diese Gesundheitsdienste zu koordinieren. Der technische Aufwand im primärmedizinischen Bereich soll adäquat sein. Dies bedeutet einerseits notwendige Beschränkung auf einfache Hilfsmittel, andererseits aber auch gezielter und ökonomischer Einsatz einer hochentwickelten Technologie (z. B. Datenanalyse mittels EDV, automatisierte Labormethoden für Reihenuntersuchungen in der Prävention).

PM kann wie die spezialisierten Stufen der medizinischen Versorgung nicht ausschließlich durch Einzelpersonen (etwa Allgemeinpraktiker) ausgeübt werden; mindestens ein Teil der Aufgaben muß durch ein Team von Angehörigen verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe wahrgenommen werden. Es stellt sich somit die Aufgabe der Kommunikation nicht nur zwischen „Klienten“ und „Versorgern“, sondern auch zwischen den Institutionen und Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.

4. Die Komponenten der Primärmedizin im einzelnen

Aus den genannten Funktionen und Aufgaben geht hervor, daß die Inhalte und Strukturen der PM für den einzelnen Berufsausübenden von einem Gesundheitssystem zum anderen (und damit von Land zu Land) sehr unterschiedlich sein können. Andererseits haben Primärmediziner in hoch-industrialisierten Ländern einer Reihe von gleichen Anforderungen zu genügen. Ausbildungsinhalte und Organisationsmerkmale von Ausbildungsinstitutionen lassen sich demzufolge nur bis zu einem gewissen Grade, Ausbildungsprinzipien jedoch sehr wohl von Schule zu Schule und von Land zu Land übertragen. Im Hinblick auf diese Prinzipien soll im folgenden speziell auf die Forderung nach verbesserter Kommunikation, nach einer adäquaten Berücksichtigung von psychischen und sozialen Faktoren in der Gesundheitsversorgung, auf die Notwendigkeit einer Betonung der Teamarbeit sowie eines eigenverantwortlichen Lernens eingegangen werden.

Die Bedeutung einer optimalen Kommunikation ergibt sich bereits aus der Tatsache, daß in den meisten Ländern die Gesundheitsversorgung einerseits und die Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe andererseits unterschiedlichen Ministerien bzw. Verwaltungen unterstehen. Generell geht es um die Kommunikation (im Dreieck) zwischen den „Klienten“, den „Versorgern“ und den „Entscheidungssträgern“ auf allen Ebenen, von der politischen bis zu derjenigen der konkreten Gesundheitsbetreuung. Mangelnde Kommunikation mit einer dieser drei Instanzen kann zu einem Versagen des Systems führen. Kommunikation der Gesundheitsberufe untereinander sowie zwischen Spital- und ambulanter Medizin sind dabei spezielle Aspekte.

In bezug auf die psychosoziale Komponente lassen sich folgende Bereiche erkennen: Wissen und Fähigkeiten (soziologische Theorie, kulturelle Anthropologie, Psychologie, usw.) sowie Fertigkeiten und Einstellungen (Beobachtung, zwischenmenschliche Interaktion, Selbst-Verständnis, Berücksichtigung der individualpsychologischen und soziokulturellen Umstände bei der Betreuung). In diesen Bereichen lassen sich manifeste (direkt beobachtbare) und latente (welche zur Vermittlung der Sprache bedürfen) Anteile unterscheiden. Die Fähigkeit, „mit anderen im Hinblick auf ein konkretes Ziel zusammenzuarbeiten“, muß als eine wesentliche Voraussetzung für primärmedizinische Arbeit betrachtet werden. Eine solche Zusammenarbeit erfordert u. a. für alle Beteiligten zugängliche und überblickbare Systeme der Datenaufbewahrung (Beispiel: Prinzip der „problemorientierten Krankengeschichten“). Neben der klassischen Rollenverteilung im Team (mit dem Arzt als obligatem Leiter) ergeben sich in gewissen Bereichen Möglichkeiten einer vermehrten Partizipation von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe, von Lernenden dieser Berufe und von Patienten.

Die Modalitäten der „éducation permanente“ sind für die berufliche Qualifikation des Primärmediziners mit seinem – gegenüber dem Spezialisten – größeren Abstand von unterstützenden Institutionen von ausschlaggebender Bedeutung. Motivation und Verantwortung für das selbständige Lernen ist deshalb eine der Voraussetzungen für primärärztliche Tätigkeit.

5. Faktoren, die sich einer Entwicklung der Primärmedizin entgegenstellen

Da die Realisation der oben beschriebenen Prinzipien eine Veränderung des Ist-Zustandes darstellt, müssen Hindernisse und Widerstände gegen eine derartige Entwicklung vorausgesehen werden.

Über die Einstellung der Bevölkerung (der „Klienten“) gegenüber dem Gesamtkomplex der PM ist wenig bekannt, mit Ausnahme vielleicht der Forderung nach leichter Zugänglichkeit, Permanenz, Kontinuität und Transparenz des Betreuungssystems. Zu untersuchen wäre deshalb, ob die beobachtbare (u. a. durch die Massenmedien geförderte) Faszination durch technologische Komplexität und die Überbewertung technischer Leistungen einer Entwicklung in Richtung PM zuwiderlaufen. Außerdem könnte eine mehr „partizipatorische“ Organisation der Gesundheitsdienste (etwa im Sinne eines gewissen Abbaues vorwiegend ärztlicher Leitungsfunktionen) trotz

feststellbaren entsprechenden Tendenzen bei der Realisation auf Widerstand stoßen.

Innerhalb der Ärzteschaft scheinen sich vor allem die akademisch Tätigen einem Ausbau der PM entgegenzusetzen. Angehörige medizinischer Fakultäten sind im allgemeinen stark naturwissenschaftlich und nur selten auch verhaltens- und sozialwissenschaftlich orientiert. Sie sind skeptisch gegenüber Ausbildungszielen, die über die Grenzen ihrer eigenen Disziplinen und Spezialitäten hinausgehen. Solche Ziele fehlen denn auch in den meisten Ausbildungsstätten. Fakultätsmitglieder legen in der Regel relativ wenig Gewicht auf kollegiale Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie mit den Instanzen der ambulanten Betreuung. Ganz allgemein ist der Beitrag akademisch tätiger Ärzte zu einer Erforschung und Strukturierung des Gesundheitssystems gering. Die Usancen der akademischen Selektion und Promotion stellen ein beträchtliches Hindernis gegen eine Verstärkung der PM dar: Spezialistentum und Forschungstätigkeit sind heute an den meisten Fakultäten mit einem höheren Prestige verbunden als eine fachliche Entwicklung in die Breite und Lehrtätigkeit. Akademische Lehrer sind vor allem für den ersteren Bereich qualifiziert.

Medizinstudenten tendieren während des Studiums und der Weiterbildung dazu, die Wertsysteme ihrer Lehrer weitgehend zu übernehmen. Dies begünstigt die Wahl spezialisierter ärztlicher Berufe. Die zu erwartenden persönlichen und familiären Belastungen durch geografische und berufliche Isolation sowie lange und unregelmäßige Arbeitszeiten, welche mit einer primärärztlichen Tätigkeit in den meisten Ländern verbunden sind, lassen zudem die PM unattraktiv erscheinen. So ist im allgemeinen der Anteil derjenigen, welche sich schließlich der PM zuwenden, wesentlich geringer als dies der Interessenverteilung zu Beginn des Medizinstudiums entspricht.

Eine objektive Schwierigkeit ergibt sich in der Vermittlung derjenigen primärmedizinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die vorwiegend im individuellen Kontakt oder in kleinen Gruppen erworben werden müssen. Hierfür ergibt sich ein erhöhter Bedarf an qualifizierten Lehrkräften. Letztere müssen mindestens teilweise im extra-universitären Rahmen erst gefunden werden. Der in allen Ländern beobachtete steile Anstieg der Studentenzahlen wird diese Schwierigkeiten noch verstärken. Fakultäten mit extrem hohen Studentenzahlen sind deshalb in bezug auf die Möglichkeit, primärmedizinische Qualifikationen zu vermitteln, benachteiligt.

6. Planung in Richtung Primärmedizin

Eine Realisierung des Konzepts der PM (Abschnitte 3 und 4) bedarf angesichts der zu erwartenden Widerstände (Abschnitt 5) sowohl einer inhaltlichen wie einer strategisch-strukturellen Planung.

In inhaltlicher Hinsicht sollte die Planung einer PM auf einer Erhebung des Bedarfs in diesem Bereich beruhen. Wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung („health care research“) stecken in den meisten europäischen Ländern in ihren Anfängen und müßten bevorzugt gefördert werden. Eine solche Bedarfsforschung müßte Befragung und Beobachtung von „Klienten“, Berufsfeldanalysen im Gesundheitsbe-

reich und Ausbildungsforschung umfassen. Bereits vorliegende Gesundheitsstatistiken können ausgewertet werden. Außerdem könnten einige anderswo (vor allem in den USA) gewonnene Erkenntnisse schon heute genutzt werden.

Aus derart gewonnenen Daten könnten *Ausbildungsziele* für den Bereich der PM entwickelt werden. Solche Formulierungen beschreiben, zunächst auf einer generellen Ebene, später im Detail, welche Qualifikationen, Orientierungen und Handlungen von den Absolventen eines entsprechenden Ausbildungsprogramms erwartet werden. Im heutigen Zeitpunkt – solange die oben erwähnten Unterlagen nur sehr unvollständig zur Verfügung stehen – lassen sich folgende generelle Ziele für das Ende des Universitätsstudiums postulieren¹:

Der Studienabsolvent ist befähigt und bereit:

- ... Probleme zu lösen in Situationen, die für ihn neu sind.
- ... auch in Situationen von beträchtlicher Ungewißheit einerseits zu handeln, andererseits nicht begründbare Handlungen zu unterlassen.
- ... die Grenzen seiner eigenen Möglichkeiten und Leistungsfähigkeit zu erkennen und andere Fachleute beizuziehen bzw. Hilfsmittel zu verwenden, wenn diese Grenzen überschritten werden müssen.
- ... mit anderen Ärzten und sonstigen Betreuern des Patienten in einer für den letzteren sinnvollen Weise zu kommunizieren. Dazu gehört auch die Führung einer für andere gut einsehbaren Dokumentation über die eigene Arbeit.
- ... die eigene kontinuierliche Fortbildung zu organisieren.
- ... zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, welche die Kooperation des Patienten fördern, und dabei seine eigene emotionale Beteiligung zu erkennen und zu analysieren.
- ... seinen Patienten auch in kritischen Phasen ihrer Existenz (im Bereiche der Sexualität, im Sterben, u. a.) beizustehen.
- ... ihm anvertraute persönliche Informationen zu schützen.
- ... die Verantwortung für seine Patienten über alle Phasen der Betreuung (auch wenn sie Drittinstanzen zugewiesen werden) zu übernehmen,
- ... andererseits die Verantwortung des Patienten für sich selbst bzw. seine Gesundheit zu fördern, so weit dies zumutbar und gerechtfertigt ist.
- ... die grundlegenden Methoden der Diagnostik (Interview, physikalische, apparative Methoden) und der Therapie anzuwenden.
- ... die psychologischen, sozialen und biologischen Charakteristika von Individuen, Gruppe und Gemeinschaft als Determinanten von Gesundheitsbedarf zu erfassen und zu berücksichtigen.
- ... sich in den Funktionen, der Organisation und Struktur des Gesundheitssystems seines Arbeitsortes zurechtzufinden und die legalen und administrativen Möglichkeiten für sich und seine Patienten zu erkennen.
- ... Gesundheitsbedarf (einschließlich desjenigen an Prävention und Gesundheitserziehung) der ihm anvertrauten Personen und Gruppen durch Konsultation von Gesundheitsstatistiken, epidemiologischen Daten und Meinungsbefragungen von Praktikern, Spezialisten, Behörden, Patienten und schließlich der Bevölkerung als Ganzes zu erkennen und zu analysieren.
- ... die Funktion der verschiedenen Disziplinen im Gesundheitswesen zu überblicken und dementsprechend im Team zu arbeiten.

Aus derartigen Lernzielen lassen sich Aussagen über die Gestaltung adäquater *Lernsituationen* ableiten:

Generell besteht die Notwendigkeit, die Kommunikation (mit Patienten, Angehörigen der eigenen und anderer Berufskategorien, mit Verantwortlichen für das Gesundheitswesen) zu üben. Dazu dienen interaktive (im Sinne einer Aktivierung des Lernenden) Ausbildungsformen, jedoch nicht ein vorwiegend „frontaler“ oder Einwegsunterricht (mit dem Lernenden als Empfänger).

Im Vordergrund steht das Lernen in der konkreten Situation der PM. Dabei müßte der Primärmediziner als Dozent bzw. Tutor eine ungleich größere Rolle spielen als dies heute der Fall ist. Diese Funktion kann er einerseits in seiner eigenen Arbeitsumgebung – durch Betreuung von Studenten in primärmedizinischen Praxen bzw. Gruppen, andererseits durch eine Beteiligung an der Ausbildung in der Fakultät ausüben. Der Kontakt zwischen Lernendem und Primärmediziner kann über längere Zeit verteilt (z. B. 1 Tag/Woche) oder in Blöcken (über mehrere Monate) erfolgen. Dieser Unterricht sollte die Begegnung des Studenten mit dem Patienten in seiner häuslichen, eventuell beruflichen Umgebung miteinschließen und sollte die Beteiligung des Studenten im Gesundheitsteam ermöglichen. Primärmediziner scheinen geeignet zu sein, den Studenten individuell als Berater in sämtlichen Studienfragen zur Verfügung zu stehen. Sie sollten für ihre Funktionen ausgebildet und für ihren Zeitaufwand entschädigt werden.

Die Arbeit des Studierenden in der eigentlichen Praxissituation muß unter Umständen durch Erfahrungen mit mehr methodisch „gestellten“ Situationen vorbereitet bzw. begleitet werden. Dazu dienen Rollenspiele, Umgang mit simulierten Patienten, Entscheidungsübungen mit Problemspielen und anhand von TV-aufgezeichneten kritischen Situationen sowie die Selbstbeobachtung der eigenen Arbeit mittels TV-Aufzeichnungen.

Die Ausbildung in PM sollte keineswegs nach den traditionellen Prinzipien der Ausbildung in einem Fach erfolgen. Es ist vielmehr eine Integration der Fach- bzw. Grundlagenausbildung anzustreben. Im Prinzip können die primärmedizinischen Elemente (anstelle der heute meistens üblichen Fächerstruktur) das Grundgerüst des gesamten Ausbildungsprogramms bilden, von dem die notwendige Motivation für das Lernen von systematischen und fachspezifischen Inhalten ausgeht. Auf jeden Fall sollten Elemente der PM während der ganzen Dauer der Studien berücksichtigt werden.

Eine erfolgreiche Vermittlung primärmedizinischer Qualifikation muß mit einer laufenden *Evaluation* einhergehen:

Es geht im Bereiche der PM mehr um Fertigkeiten, Fähigkeiten, Denkweisen und Einstellungen als um isolierte Fachkenntnisse. Die entsprechenden Evaluationsmethoden sind in erster Linie solche der Beobachtung. Sie müssen so weit wie möglich in der Umgebung erfolgen, in der die Arbeit sich abspielt und weniger im Rahmen von formellen (Prüfungs-)Massenveranstaltungen. Die Kriterien einer solchen Evaluation sollten sich nicht mehr ausschließlich auf die Leistung des Ausübenden der primärmedizinischen Tätigkeit, sondern auch auf den Erfolg seiner Tätigkeit (z. B. in Form des Gesundheitszustandes von Patienten bzw. von Patientengruppen) beziehen.

Die im Bereich der PM erforderliche Integration der Gesundheitsberufe bedarf auf politischer Ebene einer Kooperation und Koordination zwischen den Instanzen, welche für die medizinische Ausbildung und diejenigen, welche für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Die heute fast ausschließlich bestehenden „vertikalen“ Verbindungen müssen durch horizontale ergänzt werden. Einer weiteren Koordination bedarf es zwischen diesen Instanzen und den Berufsverbänden, insbesondere denjenigen der Ärzte. Auf der Versorgungsebene würde die Koordination der Gesundheitsberufe

sicherlich erleichtert, wenn dieser Aspekt in der Ausbildung stärker berücksichtigt würde. Dies könnte geschehen durch eine erhöhte Durchlässigkeit und Flexibilität der Ausbildungsgänge, indem absolvierte Studienabschnitte in einer Berufskategorie für eine andere anerkannt würden oder aber durch gemeinsame Ausbildungsveranstaltungen für mehrere Berufskategorien. Für eine Integration zwischen den Berufskategorien, aber auch innerhalb derselben ist wahrscheinlich eine Veränderung gewisser sozialer Gegebenheiten die Hauptvoraussetzung. Es geht hier vor allem um einen Abbau der Statusunterschiede zwischen Spezialisten bzw. Akademikern auf der einen Seite, Praktikern auf der anderen, zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie zwischen Lehrenden und Lernenden.

Die Selektionskriterien für das Medizinstudium müssen in diesem Zusammenhang sehr kritisch betrachtet werden, ob das Studiensystem nun „geschlossen“ (formelle Anwendung eines Numerus clausus) sei oder „offen“ (da auch hier, wenn auch nur implizit, Selektionskriterien wirksam sind). Eine potentielle Befähigung für den Aufgabenbereich der PM könnte vielleicht erfaßt und mitberücksichtigt werden, wenn hier eine Gewichtsverlagerung vom heute im Vordergrund stehenden traditionellen Wissenserwerb auf gewisse Verhaltens- und Fertigkeitsbereiche von größerer prognostischer Gültigkeit (nicht nur für das Fach Medizin) stattfinden würde. Damit wäre die Entwicklung in Richtung einer PM u. a. von der Realisierung gewisser voruniversitärer Schulreformen abhängig.

Viel wird davon abhängen, inwieweit die praktizierende Ärzteschaft an der Ausbildung aktiv beteiligt werden kann. Die heute üblichen Kriterien der akademischen Qualifikation müßten im Hinblick auf eine Befähigung zu praktisch-ärztlicher und didaktischer Tätigkeit erweitert werden, selbstverständlich ohne die Daseinsberechtigung der Grundlagenforschung in Frage zu stellen.

Die Frage ist noch keineswegs geklärt, in welcher Phase (Studium, Weiter- oder Fortbildung) Qualifikationen für die PM vor allem zu vermitteln wären. Eine beträchtliche Ausrichtung des universitären Studiums auf diesen Bereich erscheint dennoch notwendig. Wie weit man hier gehen sollte, hängt von einer an den meisten Fakultäten noch kaum realisierten Konkretisierung des Studienzieles (s. o.) ab.

Der Finanzierungsmodus medizinischer Fakultäten, vor allem die Relation zwischen Forschungs- und Bildungsförderung, wird einen entscheidenden Einfluß auf die Entwicklungsmöglichkeit des PM-Konzeptes ausüben.

In bezug auf die institutionellen Strukturen, mittels welcher die PM im Studium vermittelt werden kann, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten. Primärmedizinische Prinzipien und Funktionen können in bestehende Institute oder Kliniken integriert werden, es können eigene Institute gegründet werden oder es kann eine Assoziation der Ausbildungsinstitutionen mit bereits existierenden peripheren primärmedizinisch aktiven Praxen bzw. Gruppen („Satellisationsprinzip“) angestrebt werden. Institutionelle Neugründungen sind angesichts der bereits erfolgten Proliferation akademischer Strukturen nicht unbedingt erwünscht. Andererseits stehen einer Integration der PM in das bestehende Ausbildungs- und Versorgungssystem u. U. zu