

- 2 Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Jansen, R., J. Münstermann, K. Schacht: Arbeitsplätze und Arbeitsbelastungen. Eine Befragung von Arbeitern in Bremen, Band 3 des Forschungsprojektes „Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit“, weiter siehe: Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Zusammenfassender Bericht, herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977
- 3 Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Zwischenbericht, Stuttgart 1970 und Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Schlußbericht, Stuttgart 1972 und Hamacher, B., K. Preiser, H. Prinz, M. Tücke: Mehrfachbelastungen, Neuauswertung der Vorsorgeuntersuchung Baden-Württemberg, Band 12 des Forschungsprojektes „Belastungsschwerpunkte“
- 4 Einzelheiten zur Konstruktion der Arbeitsbelastungstypen siehe Volkholz, a. a. O.

Rik van den Bussche

## Qualifikationsprobleme in der Allgemeinmedizin\*

### I. Problemstellung

Das Thema Allgemeinmedizin hat in der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten 10 Jahre eine herausragende Stellung eingenommen. Unzählige sind die Tagungen und die Veröffentlichungen aus Wissenschaft<sup>1</sup>, Verbänden und Presse zu diesem Thema. Hierbei ist eine erstaunliche Einmütigkeit in Bezug auf den allgemeinmedizinischen Mängelkatalog und die erforderlichen Maßnahmen zu seiner Abhilfe festzustellen. Einerseits wurde eine Veränderung der Qualität der Dienstleistungen in der ambulanten Versorgung beklagt: Eine in zunehmendem Maße technologieabhängige und „nur“ somatisch orientierte Leistungsstruktur drohe das ganzheits- und bedürfnisorientierte Leistungsspektrum des „Hausarztes“ zu verdrängen. Ebenfalls wurde viel-

\* In diesem Aufsatz wird über ein Teilergebnis des Projektes „Empirische Untersuchung des Karriereverlaufs von Ärzten“ berichtet, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurde. An diesem Projekt waren beteiligt: H.-J. Andreß, R. van den Bussche (Projektleiter), H.U. Deppe (Projektleiter), U. Helmert, M. Oppen. Besonders H.-J. Andreß bin ich für die Durchführung der Rechenarbeiten und für viele wertvolle Diskussionbeiträge zu Dank verpflichtet.

fach die quantitative Dimension des Problemes der Allgemeinmedizin – Überalterung der Allgemeinmediziner, Nachwuchsmangel, ungleiche regionale Verteilung („Landarztmangel“) – thematisiert.

In der Tat hat die Zahl der Allgemeinmediziner in den letzten 15 Jahren absolut wie relativ (zum Bevölkerungswachstum der niedergelassenen Fachärzte) abgenommen und zu erheblichen Verschiebungen in der Struktur des kassenärztlichen Versorgungsangebotes geführt. Im Augenblick sind bereits mehr Fachärzte als Allgemeinmediziner in der kassenärztlichen Versorgung tätig. Die ursprünglichen Richtzahlen in der Zulassung für Ärzte von 1957 ( $\frac{2}{3}$  Allgemeinärzte zu  $\frac{1}{3}$  Fachärzte) dürften realiter mittelfristig umgekehrt werden. Das einhellige Bedauern über diese Entwicklung geht mit einem weitgehenden Konsens über deren Gründe einher.

Verantwortlich für diese Entwicklung werden im wesentlichen gemacht:

– Das Medizinstudium, das durch Inhalt und Struktur eine ursprünglich vorhandene Motivation in Richtung Allgemeinmedizin auslösche.<sup>2</sup>

– Bis 1968: der im Vergleich zum Facharzt niedrigere Status des Berufs aufgrund des Fehlens einer eigenen Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin

– „Ungerechtigkeiten“ in der Gebührenordnung, die einerseits keine unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten für „Praktiker“ und „Ärzte für Allgemeinmedizin“ vorsähe und andererseits – im Vergleich zu den Fachärzten – den höheren personengebundenen Leistungsanteil beider Gruppen nicht gebührend honoriere.

Um den Nachwuchs- und Verteilungsproblemen abzuhelpen, sind in den letzten 10 Jahren verschiedene Aufwertungsstrategien erprobt worden: Neben bedeutenden finanziellen Hilfen bei einer Praxiseröffnung (im Rahmen des Sicherstellungsauftrages), wurden mehrere Professionalisierungsversuche betrieben. Der Allgemeinmediziner wurde in der Weiterbildungsordnung von 1968 in einen facharztähnlichen Status („Arzt für Allgemeinmedizin“) gehoben.<sup>3</sup> In der jüngst novellierten Approbationsordnung für Ärzte von 1978 wurde ein Pflichtkurs in Allgemeinmedizin eingeführt.

Weniger thematisiert wurde – und wird – die Frage, wie eine wirklich adäquate Vorbereitung auf die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin auszu sehen hätte, inwiefern sie früher und heute vorhanden war, und wie sie bei den gegebenen Eigentümlichkeiten des Gesundheits- und Weiterbildungssystems in der Bundesrepublik auch realisiert werden könnte.

Betrachtet man das Verhältnis von endgültiger ärztlicher Berufsstruktur und Struktur des postgradualen Qualifikationsprozesses, so ist zunächst festzustellen, daß die überwiegende Mehrzahl der Ärzte letzt-

endlich als niedergelassener Kassenarzt arbeitet. Die Zahl der vorhandenen vollwertigen Lebenszeitstellen im Krankenhaus und in den Bereichen „Verwaltung und Forschung“ ist vergleichsweise gering. Dieser Kassenarztztätigkeit als dominanter endgültiger Berufstätigkeit steht ein nahezu vollständig im Krankenhaus verlaufender Weiterbildungsprozeß gegenüber.

Vergleicht man die freie Praxis mit dem Krankenhaus, so unterscheiden sie sich beträchtlich – und historisch gesehen in zunehmendem Maße – u. a. in Bezug auf Komplexität der Arbeitsorganisation, Niveau und Umfang der angewandten Technologie und Merkmale der Klientel (Inanspruchnahmen, Morbiditätsstruktur). Die genannten Unterschiede zwischen ambulante und stationärem Sektor sind in allen vergleichbaren Ländern vorzufinden, in der Bundesrepublik sind sie jedoch – aufgrund des über den Sicherstellungsauftrag weitgehend realisierten kassenärztlichen Monopols über die ambulante Versorgung – auf die Spitze getrieben. Ein Assistent in der Weiterbildung erfährt – da im Krankenhaus, wo nur bettlägerige Patienten anwesenheitsberechtigt sind – vergleichsweise wenig über die Bedürfnisse, die Morbiditätsstruktur und über die diagnostischen und therapeutischen Verfahren im ambulanten Bereich.

Für die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner – und die, die es werden wollen – hat das geschilderte Problem noch eine zusätzliche disziplinäre Komponente. Für sie gibt es – im Gegensatz zu den Facharzt disziplinen – im stationären Bereich keine spezifische korrespondierende Disziplin. Allgemeinmedizin existiert nur im ambulanten Bereich. Die Klinikstrukturen und die Weiterbildungsordnung sind primär auf die Produktion von Fachärzten ausgerichtet. Ärzte, die bewußt das Berufsziel Allgemeinmedizin anstreben, befinden sich – bildlich gesprochen – in einer fremden Welt, sie müssen ihr Berufsziel und ihren Qualifikationsprozeß primär gegen die Orientierungen der Klinik- und Weiterbildungsstruktur aufrechterhalten bzw. durchsetzen.

Es gibt zwar in der Literatur ein grobes „Idealmodell“ des disziplinären Qualifikationsprofils von Allgemeinmediziner (breite Qualifikation in mehreren, vor allem primärärztlichen Disziplinen – Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Kinderheilkunde – sowie eine längere Assistenz- bzw. Vertretungstätigkeit in der Allgemeinpraxis). Aber bis heute ist wenig darüber bekannt, in welchem Umfang dieses Idealbild in der Weiterbildung auch tatsächlich realisiert wurde. Man könnte nämlich auch begründet vermuten, daß die Tatsache einer fehlenden spezifischen Pflichtweiterbildung dazu führt, daß die Qualifikationsstruktur der Allgemeinmediziner sehr heterogen und schillernd sein muß, wenn eine spezifische Motivation der Approbierten in Richtung Allgemeinmedizin nicht vorhanden ist oder diese durch die

Weiterbildungsbedingungen im Krankenhaus ausgelöscht wird. Man könnte auch vermuten, daß die Tatsache der weitgehenden Ableistung der Weiterbildung im Krankenhaus dazu führt, daß die jüngeren Ärzte zunächst die „angemessene“ Qualifikation in der jeweiligen Fachdisziplin anstreben und dabei unter Umständen in zeitlicher Hinsicht eine Qualifikationsstruktur entsteht, die der der Fachärzte sehr ähnelt. Dies hätte im Endeffekt ein Qualifikationsmuster zur Folge, das sich durch absolut wie relativ lange Weiterbildungszeiten in nur einer Disziplin auszeichnet. Die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Frage der realen Qualifikationsstruktur in der Allgemeinmedizin werden im nachfolgenden Kapitel zusammengefaßt.

## II. Empirische Ergebnisse zur Weiterbildung der Allgemeinmediziner<sup>4</sup>

### 1. Die Untersuchungsgruppe

Aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und den entsprechenden Anträgen auf Aufnahme in das Arztregister wurde der Weiterbildungsverlauf der Allgemeinmediziner im Bereich dieser kassenärztlichen Vereinigung zwischen Staatsexamen und Niederlassung in disziplinärer, institutioneller, positionaler und örtlicher Hinsicht lückenlos rekonstruiert. Die Untersuchungsgruppe ist definiert durch alle deutschen kassenärztlich tätigen Allgemeinmediziner im Bereich der KV Nord-Württemberg, die ihre Weiterbildung in der Bundesrepublik absolviert haben und sich vor dem 1. 1. 1975 niedergelassen haben (N = 1136). Besonders ausgewertet wurden die jüngeren Untergruppen der Staatsexamensabsolventen zwischen 1947 bis 1956 (N = 255) und 1957 bis 1973 (N = 198).

### 2. Die historische Entwicklung der Qualifikationsstruktur

Bei einer beachtlichen durchschnittlichen Weiterbildungsdauer (Staatsexamen bis Niederlassung) von 7,5 Jahren<sup>5</sup> ist der zeitliche Anteil der Disziplinen Frauenheilkunde und Kinderheilkunde im Durchschnitt sehr gering (Frauenheilkunde 10%, Kinderheilkunde 5%). Untersucht man die historische Entwicklung der Breite der primärärztlichen Qualifikation, so läßt sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Trend zu ärmeren, mono- oder bidisziplinären Mustern erkennen (vgl. Tabelle 1). Berechnet wurde die Zahl der Ärzte, die in ihrem Weiterbildungsverlauf eine, zwei, drei oder alle vier primärärztlichen Disziplinen aufweisen.

Aus der Tabelle geht hervor, daß 24% der Allgemeinärzte, die sich nach 1955 niedergelassen haben, 3 oder 4 der primärärztlichen Disziplinen in der Weiterbildung aufweisen. Ein Drittel weist zwei oder nur

eine primärärztliche Disziplin auf. 8% der niedergelassenen Allgemeinmediziner weist überhaupt keine primärärztliche Disziplin auf. Bemerkenswert ist, daß im jüngsten untersuchten Jahrzehnt (1965–1974) die Hälfte der Allgemeinmediziner nur eine primärärztliche Disziplin aufweisen, während sich nur noch ca. 10% in drei bzw. vier Disziplinen qualifiziert haben.

Prozentuale Häufigkeit des Auftretens primärärztlicher Disziplinen

in der Weiterbildung (Approbation bis Niederlassung)

Niederlassungsjahr	N	Zahl der vertretenen primär ärztlichen Disziplinen				
		eine	zwei	drei	vier	keine
1955 - 1964	285	20,7	33,3	24,2	11,9	9,8
1965 - 1974	254	49,2	35,0	8,7	2,0	5,1
Total	539	34,1	34,1	16,9	7,2	7,6

Diese Verringerung der Qualifikationsbreite ist wahrscheinlich auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1960<sup>6</sup> zurückzuführen, das die bis dahin praktizierten Zulassungsregulierungen zur Kassenpraxis aufhob. Die Übernachfrage nach Assistentenstellen im Krankenhaus (aufgrund der gestiegenen Zahl von Approbationen im zweiten Weltkrieg und von Zuwanderungen nach dem Krieg) zwang die Ärzte, diejenigen Stellen – und somit Disziplinen – zu wählen, die ihnen überhaupt angeboten wurden. In Verbindung mit der – wegen der Zulassungssperre erzwungenen – langen Weiterbildungsdauer, ergab dies ein breites Disziplinmuster in der Weiterbildung. Nach 1960 dürfte – durch die relativ problemlose Erreichbarkeit der Niederlassung und den Stellenausbau in den Krankenhäusern – eher eine Orientierung am für die Zulassung Erforderlichen erfolgt sein, mit einer „ärmeren“ Disziplinstruktur als Konsequenz.

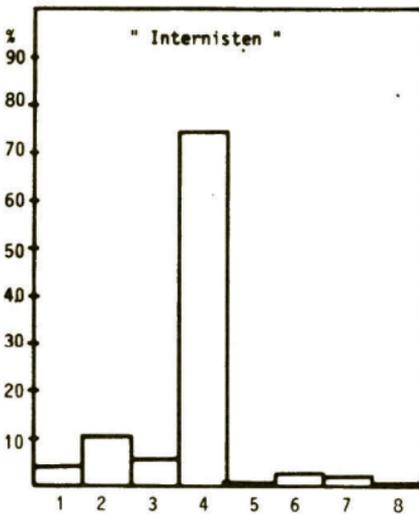
### 3. Zur Typologie der Allgemeinmedizin

Wegen der erkennbaren beträchtlichen Streuung der Zeitanteile und Disziplin Kombinationen wurde versucht, mittels einer Clusteranalyse<sup>7</sup> „Ordnung“ in die augenscheinlich schillernden Weiterbildungsverläufe zu bringen.

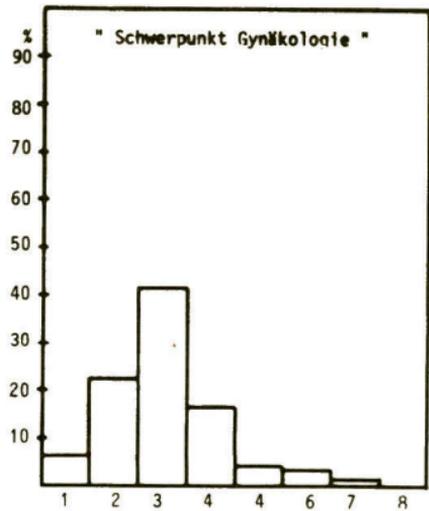
Die Ergebnisse zeigten deutlich, daß die Allgemeinmediziner – unter dem Gesichtspunkt der Qualifikationsstruktur – keine homogene

Berufsgruppe sind, sondern vielmehr ein Konglomerat von ca. 10 deutlich verschiedenen Qualifikationstypen. Diese wiederum lassen sich in eine Gruppe mit stark monodisziplinärer Ausprägung („Spezialisten“) und in eine Gruppe mit deutlich breit angelegtem Qualifikationsmuster („Breitqualifizierte“) zusammenfassen. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht zwei dieser Extreme aus der Untergruppe der Staatsexamina nach 1957:

SPEZIALISIERTE TYPEN



BREITQUALIFIZIERTE TYPEN



1 = Allgemeinmedizin; 2 = Chirurgie; 3 = Gynäkologie; 4 = Innere Medizin; 5 = Pädiatrie; 6 = sonstige Facharzt Disziplinen; 7 = Rest; 8 = unbekannt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung machen deutlich, daß die Allgemeinmedizin bis dato kaum auf einer einheitlichen, spezifischen und adäquaten Qualifikationsbasis arbeitet.

Innerhalb der sehr heterogenen Qualifikationsstruktur finden wir nur in geringem Umfange Qualifikationsmuster, die dem gängigen Idealbild des Allgemeinmediziners entsprechen. Die jüngere Untergruppe (Staatsexamen nach 1957) z. B., die ihre Weiterbildung unter relativ günstigen Stellenmarktbedingungen absolvierte, in der Zeit besteht nur zu ca. 25% aus Individuen, die insofern als adäquat qualifiziert angesehen

hen werden können, als sie drei der vier primärärztlichen Disziplinen zwischen Approbation und Niederlassung aufweisen können. Defizitäre Disziplinen sind in der Regel die Frauen- und die Kinderheilkunde.

Dafür gibt es in der Berufsgruppe der Allgemeinmediziner einen relativ hohen Anteil von spezialistisch ausgerichteten Individuen. In der Untergruppe der Staatsexamen nach 1957 z. B. beträgt ihr Anteil ebenfalls ca. 40%.

Die Weiterbildungsdauer der beiden Hauptgruppen unter den Allgemeinmedizinern weist im übrigen erhebliche Unterschiede auf. Die breitqualifizierten Allgemeinmediziner weisen bedeutend kürzere Weiterbildungszeiten auf. Die seit Mitte der 60er Jahre zu beobachtende Verkürzung der Weiterbildungsdauer der Allgemeinmediziner ist im übrigen vor allem auf eine entsprechende Entwicklung bei den „Breitqualifizierten“ zurückzuführen.

„Breitqualifizierte“ Allgemeinmediziner weisen neben ihren kürzeren Weiterbildungszeiten einen höheren Anteil an allgemeinmedizinischer Tätigkeit vor der Niederlassung auf. Die Niederlassung erfolgt eher in ländlichen Gebieten. „Spezialisierte“ Allgemeinmediziner weisen längere Weiterbildungszeiten auf, dafür aber einen geringen Anteil an Praxisvertretung. Die Niederlassung erfolgt eher im städtischen Bereich.

Wir konnten auch nachweisen, daß es signifikante Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten in Bezug auf die durchschnittliche Größe der Krankenhäuser bzw. der Abteilungen gibt, in denen die Weiterbildung stattfand. Fachärzte haben im Durchschnitt ca. 50% ihrer Weiterbildung in Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten verbracht, während dieser Anteil bei Allgemeinmedizinern nur 30% beträgt. Es drängt sich die Schlußfolgerung auf, daß die Allgemeinmediziner das Produkt einer Weiterbildung an kleineren Krankenhäusern sind. Man könnte nun einwenden, der ermittelte Zusammenhang sei darauf zurückzuführen, daß Ärzte, die sich auf die Tätigkeit als Allgemeinmediziner vorbereiten, wegen der größeren Nähe von Krankengut und medizinischer Leistungsstruktur, bewußt die kleinen Krankenhäuser wählten. Aber erstens ist die Annahme einer bewußten Strategie in Richtung Allgemeinmedizin durch die ermittelten geringen Anteile breiter und primärärztlich orientierter Qualifikationsmuster weniger plausibel geworden. Zweitens ist festzuhalten, daß sich verschiedene Typen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf die Krankenhausgrößen ähnlicher sind als es die „spezialisierten“ Allgemeinmediziner und die niedergelassenen Fachärzte sind. Die Allgemeinmediziner mit „spezialisiertem“ Disziplinmuster sind also im Vergleich zu ihren Facharztkollegen derselben Disziplin vornehmlich an kleineren Häusern tätig gewesen. Sie sind somit als abgebrochene Facharztkarrieren zu begrei-

fen. Verantwortlich hierfür könnte die übermäßige Dauer der Weiterbildungszeit im Falle einer Teilermächtigung zur Weiterbildung des Chefarztes sein bzw. die Schwierigkeit, von dort in größere Krankenhäuser mit voll ermächtigten Chefarzten „aufzusteigen“.

*Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die Behauptung, Allgemeinmediziner wären speziell qualifiziert für die Erfordernisse der ambulanten Grundversorgung, weitgehend als Fiktion erweist. Theorien, Modelle und Forderungen, die die Aufgabenbeschreibung der Allgemeinmediziner mit deren „breiter Versorgungskompetenz von ihrer Weiterbildung her“<sup>8</sup> begründen, fehlt weitgehend das materielle Substrat. Die bereits bekannte Teilsubstitution von allgemeinmedizinischer Tätigkeit durch Fachärzte (vgl. auch III. 2) findet also ihre Entsprechung im Qualifikationsprozeß der Kassenärzte.*

### III. Betrachtungen zu den Problemen und der Zukunft der Allgemeinmedizin

#### 1. Zum Berufswahlprozeß in der Allgemeinmedizin

Die beschriebene Heterogenität des Qualifikationsmusters in der Berufsgruppe der Allgemeinmediziner macht es schwer, weiterhin davon auszugehen, daß es bis dato in relevantem Umfang *spezifische* Qualifikationsstrategien für dieses Berufsbild gegeben hat. Anderenfalls wäre eine stärkere Homogenität der Qualifikationsmuster zu erwarten, und zwar in Richtung der landläufigen Idealmodelle, d. h. in Richtung einer Mehrfachkombination primärärztlicher Disziplinen.

Der mögliche Einwand, entsprechende Motivationen seien bei den jungapprobierten Ärzten vorhanden, würden jedoch durch strukturelle Hemmnisse (Mangel an Rotationsstellen im Krankenhaus u. a.) zunichte gemacht werden,<sup>9</sup> mag noch für die heutige Zeit zutreffen, nicht jedoch z. B. für die Weiterbildungsbedingungen der Jahre 1960–1974. Hier war das Verhältnis von Stellenangebot und -nachfrage wohl so günstig, daß jeder Bewerber eine Stelle in der Disziplin/den Disziplinen seiner Wahl erhalten konnte. Das wissenschaftlich und politisch so beliebte Rückschließen von bestimmten – über Befragung gewonnenen – Präferenzverteilungen von ärztlichen Berufsbildern bei Medizinstudenten und (jüngeren) Assistenzärzten, scheint dementsprechend von nur beschränktem Wert zu sein für Aussagen über die Nachwuchsentwicklung im Bereich der Allgemeinmedizin.

Wenn man – mit der Mehrzahl der empirischen Untersuchungen – davon ausgeht, daß zum Zeitpunkt der Approbation bei nur wenigen Medizinern eine Berufsentscheidung für die Allgemeinmedizin vorliegt und darüber hinaus bedenkt, daß die Krankenhaus- und Weiterbil-

dungsbedingungen nicht primär in der Richtung wirken, daß sie – nachträglich – die Entwicklung einer spezifischen Motivation zur allgemeinmedizinischen Tätigkeit geradezu fördern, so ist die Wahl des Berufsbildes Allgemeinmedizin in der Regel als defizitäre Berufswahl zu begreifen. Die Genese eines Allgemeinmediziners ist dann ein drop-out-Phänomen aus einer spezialistisch ausgerichteten und – in der Regel – Spezialisten produzierenden Krankenhaus- und Weiterbildungsstruktur.

Im Regelfall übernehmen jüngere Assistenzärzte – unabhängig von ihrer Motivationslage zum Zeitpunkt der Approbation – die Handlungsnormen und Wertvorstellungen der Abteilungen, in denen sie im Krankenhaus tätig sind, und diese sind eben hochspezialistisch ausgerichtet und bestimmt.

Es ist also konsequent, wenn die zwischenzeitlich veröffentlichte Sonderauswertung zur Allgemeinmedizin der Infratest-Untersuchung<sup>10</sup> ergibt, daß die endgültige Entscheidung für die Allgemeinmedizin erst sehr spät im Weiterbildungsverlauf, d. h. erst unmittelbar vor der Niederlassung als Allgemeinmediziner stattfindet. In der Untergruppe der allgemeinmedizinisch Tätigen (N=89; Niederlassungszeitpunkt 1970/71) hatte sich, nach eigenen Angaben, nach dreijähriger Assistententätigkeit noch mehr als die Hälfte nicht für die Allgemeinmedizin entschieden (vgl. Tabelle 2).

Entwicklung des Berufsziels bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern

(in % der Untersuchungsgruppe)<sup>11)</sup>

	Zeitpunkt			
	Staatsexamen	3 Jahre Assistent	6 Jahre Assistent	derzeit
Berufsziel Allgemeinmedizin	30,3	39,3	64,0	94,4
Berufsziel Facharzt	29,2	41,6	32,6	10,1

Begreift man den Nachwuchsmangel der Allgemeinmedizin als strukturelles Problem und nicht als – steuerbares – Motivationsproblem der Individuen, so sind Zweifel berechtigt in bezug auf die Frage der Wirksamkeit der gängigen Abhilfevorschläge, wie z. B.:

– Eine Erhöhung der Motivation der Medizinstudenten durch stärkere Einbeziehung der Allgemeinmedizin in das Medizinstudium (vgl. III. 3). Wie soll sich das auswirken, wenn die Motivation zum Allgemeinmediziner – aus strukturellen Gründen – kurz vor der Niederlassung als Allgemeinmediziner erst entsteht?

– Eine Erhöhung der Zahl der der Allgemeinmedizin vorbehaltenen Rotationsstellen im Krankenhaus<sup>12</sup>. Wären sie denn – in Anbetracht des Disziplinwahlverhaltens der Allgemeinmediziner unter günstigen Stellenangebotsbedingungen (z. B. 1960–1974) – überhaupt besetzbar bzw. nutzbar?

## 2. Zur Zukunft der Allgemeinmedizin

Man kommt im Ergebnis dem Problem des Nachwuchsmangels der Allgemeinmedizin und der Frage nach adäquaten Lösungsstrategien näher, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es kein *spezifisches* Tätigkeitsfeld und – wohl dementsprechend – kein *spezifisches* Weiterbildungssystem für die Allgemeinmedizin (bisher) gibt. Immanent betrachtet wäre eine verstärkte Professionalisierung der Allgemeinmedizin im Sinne von Kompetenzspezifität und Exklusivität des korrespondierenden Aus- und Weiterbildungssystems notwendig, um der Allgemeinmedizin eine Existenzgrundlage und eine Zukunft zu verschaffen. Nun könnte man einwenden, die Einführung eines „Arztes für Allgemeinmedizin“ in der Weiterbildungsordnung von 1968 sei nichts anderes als ein derartiger Professionalisierungsversuch im Sinne der Zuweisung eines facharztähnlichen Status und der Spezifikation von Qualifikationsanforderungen.<sup>13</sup> Demgegenüber ist zunächst festzuhalten, daß dieser Professionalisierungsversuch nicht gegriffen hat. Unter den Neuzulassungen der letzten Jahre dürfte das Verhältnis von „Praktikern“ zu „Ärzten der Allgemeinmedizin“ in der Größenordnung von 8:1 liegen.<sup>14</sup>

Diese desolante Weiterbildungs- und Nachwuchslage hat in jüngster Zeit dazu geführt, daß die maßgeblichen Verbände bereits wieder konzeptionelle Abstriche vornehmen.<sup>15</sup> In zunehmendem Maße scheint man sich von der Frage der Realisierbarkeit des „Arztes für Allgemeinmedizin“ mit vierjähriger Weiterbildung wegzubewegen in Richtung einer zweijährigen Weiterbildungskonzeption mit geringerer Spezifikation der Weiterbildungsorte und -disziplinen<sup>16</sup> und größeren Anteilen in Praxen<sup>17</sup> bzw. in praxisbegleitenden Seminaren.

Ob diese neue „Realpolitik“ die nicht-fachärztliche Landschaft nun mit einer dritten Berufsbezeichnung, nämlich der des „Hausarztes“<sup>18</sup> bereichern wird, dürfte professionsintern im übrigen noch zu kontroversen Diskussionen führen.

Die bisherige Diskussion kreist also vornehmlich um die stellenmäßigen Voraussetzungen für die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern. Über das, was letztere sind, bzw. sein sollten herrscht augenscheinlich weitgehender Konsens. Jedenfalls werden die Gründe des Scheiterns der Weiterbildungsordnung von 1968 nicht auf der Ebene der Konzeption des Berufsbildes selbst gesucht.

In dieser Hinsicht ist jedoch festzustellen, daß sich die Berufsbezeichnung, das Tätigkeitsfeld und die entsprechenden Qualifikationsanforderungen in der Weiterbildungsordnung von 1968 nicht durch eine hohe Spezifität auszeichnen.<sup>19</sup> Als Tätigkeitsbereich des Arztes für Allgemeinmedizin wird dort nichts weniger formuliert als:

„Die Allgemeinmedizin umfaßt den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und -behandlung, sowie die Gesundheitsführung der Patienten, unabhängig von Alter, Geschlecht und der Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen daher in der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen, in der Vorsorge und in der Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Krankheiten, in der Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, in der ärztlichen Betreuung chronisch Kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfe für die Kranken und in der Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.“

Auch spätere Versuche der Konkretisierung und Operationalisierung<sup>20</sup> kranken in bezug auf die Kompetenz- und Funktionsbeschreibung des Allgemeinarztes daran, daß sie kaum innere Konsistenz und hochgradige Spezifität aufweisen, d. h. Tätigkeitsmerkmale bündeln, die untereinander einen engen Bezug aufweisen und nachweislich nur von *einer*, in spezifischer Weise qualifizierten Berufsgruppe geleistet werden können, wodurch sich diese einen berechtigten Standort innerhalb einer arbeitsteilig organisierten ärztlichen Berufsstruktur erwirbt. Des weiteren bleibt vielfach offen, in welchem Umfange die jeweils genannten Kompetenzen und Funktionen von dieser Berufsgruppe – und zwar nur von dieser – bisher ausgefüllt und übernommen worden sind.

Bereits die gegenständliche „Eingrenzung“ der 68er-Weiterbildungsordnung („Das Gebiet der Allgemeinmedizin umfaßt die gesamte Humanmedizin. . .“) bleibt in einem ungeklärten Verhältnis zur Realität der Differenzierungsprozesse von wissenschaftlichen und klinischen Disziplinen. Sie gibt darüber hinaus kaum eine brauchbare Basis ab für die praktische Realisierung von Intentionen, die auf eine Verwissenschaftlichung der Allgemeinmedizin bzw. auf die Entwicklung von adäquaten Qualifikationsmodellen zielen.

Auch etwas weniger umfassende Definitionen des Allgemeinmediziners („Mittler zwischen Bevölkerung und Medizin“, „patientenorientierter anstatt organorientierter Arzt“, „Lotse“ bzw. „Anwalt“ der Patienten, etc.) sind – sosehr sie auch objektive Betreuungserfordernisse und subjektive Erwartungen an die medizinische Versorgung ansprechen mögen – durch die Realität der Versorgung nicht voll gedeckt bzw. gar überholt.

Folgende Tatbestände mögen dies illustrieren:

– Als erste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung fungieren – dort, wo ein entsprechendes breitgefächertes Arztangebot vorhanden ist – nicht nur Allgemeinmediziner, sondern ebenso Internisten, Frauenärzte, Chirurgen, etc.<sup>21</sup>. Der Anteil der Originalkrankenscheine an der Gesamtscheinzahl verschiedener Disziplinen in einer süddeutschen Kassenärztlichen Vereinigung betrug 1977<sup>22</sup>:

Kinderärzte	91,8 %
Praktiker	89,5 %
Internisten	83,5 %
Hautärzte	55,4 %
Frauenärzte	54,0 %
Orthopäden	51,8 %
Nervenärzte	43,8 %
HNO-Ärzte	41,9 %
Augenärzte	39,8 %
(Neurochir.)	38,5 %
Urologen	35,8 %
Chirurgen	19,8 %
Lungenärzte	12,4 %
Röntgenärzte	0,4 %
(Anästhesisten)	0,0 %

– Die Spezifität des Leistungsspektrums der Allgemeinmediziner – sofern sich dieses in den Abrechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte abbildet – ist im Vergleich zu dem der Fachärzte nicht so groß, wie vielfach angenommen wird. Die Differenz wird im übrigen im historischen Verlauf kleiner. Die Leistungsspektren von Allgemeinmedizinern und primärärztlichen Fachärzten zeigen eine Tendenz zur Angleichung.<sup>23</sup>

– Die Veränderung der Familienstruktur, der Lebensverhältnisse und der Verhaltensmuster in Ballungsräumen läßt nicht darauf schließen, daß bestimmte behauptete spezifische Versorgungsfunktionen (Kenntnis und Berücksichtigung der familiären und beruflichen Verhältnisse, Betreuungskontinuität etc.) ohne weiteres heute – und vor allem in Zukunft – realisierbar sind, und dies unabhängig von deren fachlicher Qualifikation.

Wenn man somit zu der Einschätzung kommt, daß die bisherigen Konzepte zur Tätigkeit und Qualifikation von Allgemeinmedizinern sehr viel stärker geprägt sind von Allzuständigkeitsvorstellungen und naiv-nostalgischen Modellen des gesellschaftlichen Lebens als von Ist-Analysen und darauf aufbauenden, realisierbaren Soll-Vorstellungen, so muß man die Chance zu deren dauerhafter Realisierung als gering einschätzen.

Würde man die Erkenntnisse der professionssoziologischen Literatur<sup>24</sup> hier praktisch anwenden wollen, so müßten – immanent betrachtet, d. h. unter den Bedingungen des gegebenen Kassenarzt- und Berufsrechts – seitens der zuständigen Körperschaften u. a. folgende Maximen realisiert werden:

- Die Herausbildung eines hinreichend spezifischen Berufsbildes. Dazu würde nicht nur die Aufhebung der Dualität zwischen Praktikern und Ärzten für Allgemeinmedizin gehören<sup>25</sup>, sondern auch die Abschaffung der Möglichkeit für Fachärzte, sich als Allgemeinmediziner niederzulassen.<sup>26</sup>
- Die Herausbildung eines hinreichend spezifischen aber auch realistischen Tätigkeits- und Kompetenzkataloges. Mindestens gehörte hierzu das Monopol auf Erstkontakt und Überweisung<sup>27</sup> in den fachärztlichen Versorgungskreis.
- Die Entwicklung entsprechender Leistungskataloge und Honorierungsverfahren. Dies bedeutet substantiellere Änderungen als die vielfach geforderte relative Abwertung der technischen Leistungen.
- Die Entwicklung tätigkeitsadäquater Weiterbildungs- und Fortbildungscurricula, mit der Maßgabe jedoch, daß diese hinsichtlich Dauer und Status mit denen der Fachärzte vergleichbar sind.
- Die Bereitstellung eines quantitativ ausreichenden und regional adäquat verteilten Angebots an Allgemeinmediziner, um die Postulate der Immer-Zugänglichkeit und der Kontinuität überhaupt realistisch werden zu lassen.

Es versteht sich, daß die Realisierung dieser Postulate unter realpolitischem Blickwinkel unmöglich erscheint, setzt sie doch entscheidende Eingriffe in die als unantastbar angesehenen Grundsätze der Niederlassungsfreiheit und eine Regulierung der Erstinanspruchnahme voraus, abgesehen davon, daß ihre Umsetzung unweigerlich zu empfindlichen intraprofessionellen Auseinandersetzungen führen würde. Fährt man jedoch auf den bestehenden „systemkonformen“ Gleisen weiter, ist ein weiteres Siechtum, gar ein Ableben der Allgemeinmedizin langfristig wahrscheinlich. Die Frage lautet: Wäre Trauer angebracht?

Dazu muß die Frage beantwortet werden, was denn eine revalorisierte, reprofessionalisierte „Allgemeinmedizin“ – im Sinne der Erfüllung der obigen Postulate – zur Lösung bereits bekannter Probleme der prästationären Versorgung beitragen könnte bzw. würde. Was wäre erreicht, wenn eine große Zahl von nach der Weiterbildungsordnung von 1968 qualifizierten Ärzten für Allgemeinmedizin zur Verfügung stünde?

Sicherlich hätten sie eine respektable Qualifikation in den primärärztlichen Disziplinen aufzuweisen. Es bleibt jedoch zu fragen, ob dies notwendige bzw. hinreichende Qualifikationsvoraussetzungen sind,

wenn es zutrifft, daß heute und in Zukunft auf folgende Probleme Antworten gefunden werden müssen (nicht nur, aber vor allem im außerstationären Bereich)<sup>28</sup>:

- Strategien zur Prävention von Krankheiten;
- Verhaltenskorrekturen in der Bevölkerung zur Bekämpfung der Herz-, Kreislauf- und anderer „Volkskrankheiten“;
- Langzeitüberwachung chronischer Krankheiten; geriatrische Versorgung und Pflege;
- Detektion von und Abhilfe für psychosozial bedingte bzw. überlagerte Symptome und Beschwerden;
- Erhöhung der Eigenaktivität der Bevölkerung in allen Belangen von Gesundheit und Krankheit;
- regional bezogene Planung und Koordination von Gesundheitsdienstleistungen; Entwicklung entsprechender Datenerfassungssysteme.

Wo lernt denn der angehende Allgemeinmediziner die wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Fertigkeiten, die ihn in die Lage versetzen sollen, mit den obigen Problemen fundiert und adäquat umzugehen? In der (bisherigen) medizinischen Ausbildung? Im Krankenhaus unter den gegebenen Organisations- und Weiterbildungsbedingungen? Ist hierfür die Zahl der „klassischen“ medizinischen Disziplinen und die dort verbrachte Zeit die relevante Größe?

Alle diese Fragen gelten ceteris paribus für die Organisationsform der Versorgung. Ist die vorherrschende Form der Einzelpraxis hierfür eine adäquate Voraussetzung? In welchem Umfang sind Gruppen- und Gemeinschaftspraxen von Ärzten hierzu eine wirkliche Alternative?

Die oben erwähnten Probleme drängen bereits jetzt und heute zu ihrer Lösung. Der jüngst vorgelegte Referentenentwurf zum Psychologengesetz ist hierfür ein Indiz. Wenn die Allgemeinmedizin nicht zwischen einer sich weiterentwickelnden Facharztstruktur einerseits und sich anbahnenden alternativen Modellentwicklungen in der Grundversorgung durch nicht-ärztliche Berufe andererseits verkommen will, so wird sie sich mittelfristig weitgehend lösen müssen von dem Gedanken der Allzuständigkeit für Gesundheit und Krankheit in der Grundversorgung und möglicherweise von einigen Maximen des bisherigen Kasernenarztrechts.

*Demgegenüber ist das Engagement der Allgemeinmedizin erforderlich bei der Entwicklung von Konzepten und Modellen einer kooperativen Organisation der Grundversorgung,<sup>29</sup> in der sie – neben anderen und mit anderen Berufsgruppen<sup>30</sup> – für die oben angesprochenen Komplexe aufgabenadäquate Handlungsstrategien findet und ihre Spezifität in diesem arbeitsteiligen Kontext – allmählich herausarbeitet.*

In dieser Hinsicht ist in der Bundesrepublik jedoch ein auffälliger

Rückstand zu verzeichnen. Der bereits vor Jahren im Ausland begonnene Denk- und Experimentierprozeß, der sich mit dem Stichwort „primary care“ umschreiben läßt, und mittlerweile die internationale gesundheitspolitische Szene weitgehend beherrscht, wird in der Bundesrepublik bisher kaum zur Kenntnis genommen, geschweige denn produktiv verarbeitet. Das hierzulande kaum zu verzeichnende Echo auf die WHO/UNICEF-Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, September 1978) hierzulande, dürfte dafür bezeichnend sein.<sup>31</sup> In diesen Primary-Care-Konzepten wird jedenfalls versucht, eine bessere Befriedigung der individuellen Patientenbedürfnisse und der kollektiven Versorgungserfordernisse durch ein koordiniertes System von mehreren – für bestimmte Teilaufgaben adäquat ausgebildeten – Berufsgruppen zu gewährleisten. Wenn auch sicherlich im Augenblick noch einiges an konzeptioneller Unreife zu verzeichnen ist und praktische Modellerprobungen kaum über das Anfangstadium hinausgehen, so sind sie doch als ermutigende Denkanstöße zu bezeichnen, nach denen man in der Bundesrepublik mit der Lupe suchen muß.<sup>32,33</sup>

### 3. *Zum Verhältnis von Allgemeinmedizin und medizinischer Ausbildung*

Die bisherigen Ausführungen treffen weitgehend auch auf das Problem des Verhältnisses von Allgemeinmedizin und medizinischer Ausbildung zu.

Es war und ist eine beliebte Denkfigur, den Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin maßgeblich auf die Struktur und die Inhalte der medizinischen Ausbildung zurückzuführen. In seltener Einmütigkeit führen verschiedene Institutionen, Verbände und Parteien hier vor allem die Theorielastigkeit, den mangelnden Praxisbezug des Medizinstudiums generell und speziell die mangelnde Berücksichtigung der Allgemeinmedizin auf. Ohne vielfach besonders darauf einzugehen, was darunter konkret zu verstehen sei, wird die – naheliegende – Forderung aufgestellt, eine stärkere Praxisorientierung und mehr Allgemeinmedizin in die medizinische Ausbildung zu integrieren.<sup>34</sup>

Hierbei ist zu vermerken, daß die verstärkte Betonung der Allgemeinmedizin nicht primär unter dem Aspekt der Qualifikationserweiterung des Studenten gesehen wird, sondern vor allem als motivationaler Hebel. Es wird erhofft, daß das „Schnuppern von Praxisluft“<sup>35</sup> ein Gegengewicht zu einer zunehmenden Orientierung der Medizinstudenten an der Facharztweiterbildung darstellen könnte.

Einige Teilerfolge in dieser Richtung sind ja auch zu verzeichnen. Immer mehr Fachbereiche waren in den letzten Jahren bereits dazu übergegangen, Lehraufträge für Allgemeinmedizin zu erteilen. Für die vom Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) und anderen seit Jah-

ren geforderte „Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen“ ist jüngst durch die Einführung eines Pflichtkurses Allgemeinmedizin in der 1978 novellierten Approbationsordnung für Ärzte die Basis gefestigt worden.

Der wirkliche Gewinn aus der Einführung dieses Kurses dürfte jedoch weit kleiner ausfallen. Beruflich verwertbare Qualifikationen dürften im Rahmen des zur Verfügung stehenden Stundenkontingentes – wie im übrigen in vielen anderen Fächern der medizinischen Ausbildung auch – nicht vermittelbar sein. Warum der motivationale Effekt nicht als so nachhaltig eingeschätzt werden sollte, haben wir bereits an anderer Stelle (vgl. III.1., ausgeführt. Die Addition eines neuen Faches (bzw. Kurses) zu der bereits reichen Palette von Disziplinen und Kursen in der medizinischen Ausbildung dürfte – in Anbetracht der Beibehaltung der traditionellen Curriculumstruktur – lediglich den Effekt haben, daß der Schein der Kompetenzbreite des approbierten Arztes nur noch verstärkt wird.

Hier wäre eine gravierende Umorientierung des Ausbildungssystems – im Sinne einer stärkeren Ausrichtung auf und Verzahnung mit dem gesamten Versorgungsgeschehen „draußen“ – eine Grundvoraussetzung für nachhaltige Veränderungen der Motivation von Studenten und approbierten Ärzten.<sup>36</sup>

Auch die curricularen Bemühungen im Ausbildungsprozeß anderer Berufsgruppen<sup>37</sup> im Gesundheitswesen wären hier zu berücksichtigen. Auch für die Frage der Ausbildung gibt es im Ausland relevante Denkanstöße.<sup>38</sup> Aber wie bewerkstelligt man, daß sie in der gesundheits- und ausbildungspolitischen Diskussion der Bundesrepublik zur Kenntnis und ernstgenommen werden?

## Anmerkungen

- 1 Die Entwicklung und Probleme der Allgemeinmedizin wurden in diesem Zeitraum in der medizinsoziologischen Forschung mehrfach thematisiert. Mehrere Forschungsprojekte befassen sich mit dem Problem der sekundären Berufswahl in der Medizin allgemein und speziell mit dem Nachwuchsproblem in der Allgemeinmedizin. Hier sind vor allem die Arbeiten von Troschke, G. von (1968), Rohde, J.J. (1969 und 1979), Wacker, P.A. (1972) und Infratest (1972 und 1976) zu erwähnen.
- 2 „Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt“ ist heute nicht etwa durch einen Mangel an Stellen in Krankenhäusern oder in der freien Praxis erschwert, sondern sie ist durch die im Laufe des Studiums sich immer mehr verringernde und später weithin fehlende Motivation zu einer allgemeinärztlichen Tätigkeit bedingt“ (K. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, auf dem ersten Deutschen Hausärztetag in Dortmund (1978); zitiert nach: Der Praktische Arzt 27/1978, S. 3064.)
- 3 Die Weiterbildungsordnung von 1968 macht die Verleihung der Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ von einer Mindestweiterbildungszeit von

- 4 Jahren (davon 1.5 Jahre Innere Medizin, 1 Jahr Chirurgie/Gynäkologie und mindestens 3 Monate Allgemeinmedizin in der Praxis) abhängig (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1976, S. 1897f). Diese Weiterbildungsordnung bedeutet keine Pflichtweiterbildung. Nach wie vor ist eine Niederlassung als „Praktischer Arzt“ möglich, wenn die 1.5jährige Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit abgeleistet war. Diese Vorbereitungszeit bestand aus 3 bis 6 Monaten Assistenz oder Vertretungstätigkeit in der Praxis und aus 1 bis 1½ Jahr im Krankenhaus. (vgl. Bundesgesetzblatt, 1957 I, S. 572f).
- 4 Bei der summarischen Darstellung der Ergebnisse wird weitestgehend auf Ausführungen zur Anlage und zur Methodik der Untersuchung sowie auf die Darstellung der empirischen Ergebnisse verzichtet. Es wird verwiesen auf: Andraß H.J. et al., 1979.
  - 5 Die Dauer der Weiterbildung der Allgemeinmediziner verkürzt sich – im Gegensatz zu den Fachärzten – ab 1967 beträchtlich. Sie ist im Durchschnitt in der Niederlassungsgruppe nach 1970 um 18 Monate kürzer als in der Gruppe 1960–1970.
  - 6 Bundesverfassungsgericht: Urteil des ersten Senats vom 23. 3. 1960 (– 1BvR 216/51 –)
  - 7 Vgl. Wishart D.: CLUSTAN IA User Manual. St. Andrews, 1970.
  - 8 Schwartz, F.W. (Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) und Schwefel, D.: Zielvorhaben und Empfehlungen für die kassenärztliche Bedarfsplanung. Der Praktische Arzt, H. 14/1978, S. 1771)
  - 9 Dieses ist im übrigen das dominante Erklärungsmuster der entsprechenden Berufsverbände für die geringe Wirksamkeit der Weiterbildungsordnung von 1968. Vgl. – stellvertretend –: Blümel, J.: Alle Wege führen zum Hausarzt. Der Praktische Arzt 15/1978, S. 1807ff.
  - 10 Vgl. Infratest, 1976
  - 11 Berechnet nach: Infratest, 1976, S. 10.
  - 12 Die Krankenhäuser scheinen Bewerber zu bevorzugen, die eine Facharztkarriere in der jeweiligen Disziplin anstreben. Andererseits sind vorbehaltene Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinmediziner rar. Im Bereich der Hamburger Gesundheitsbehörde z. B. sind gegenwärtig 10 von 1200 Assistenzarztstellen als Rotationsstellen für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) ist – als Alternative – zu (subventionierten) Fachpraxen als Weiterbildungsstätten übergegangen (vgl. Hamm, H.: Ein neues Modell der Weiterbildung zum Allgemeinarzt in der Praxis. Der Praktische Arzt 18/1976, S. 3457f). Über den Erfolg dieser Maßnahme ist bisher wenig bekannt. Jedenfalls forderte die KVH jüngst die Erhöhung der Zahl der Rotationsstellen im Krankenhaus auf 150 (Morgenpost 7. 11. 78).
  - 13 Die Entstehungsgeschichte dieser Berufsbezeichnung wäre im übrigen unter professionssoziologischen Gesichtspunkten eine eigene Untersuchung wert. Einige Hinweise auf die professionsinterne Auseinandersetzung um den Stellenwert des „Allgemeinmediziners“ und den Status der verschiedenen Berufsbezeichnungen finden sich in: Hamm, H.: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 1976, S. 175–176 und Medical Tribune Interview mit Prof. Dr. K.D. Haehn, Medical Tribune 41/78, S. 29/30
  - 14 Die Zeitschrift ‚Medical Tribune‘ bezeichnet das Verhältnis „gegenwärtig“ als 9:1 (vgl. Medical Tribune, 41/1978, S. 29). Derselben Zeitschrift können für die BRD 1976 das Verhältnis 5:1 (vgl. Wiede, H.-H.: Allgemeinmedizin in der Sackgasse. Medical Tribune 7/1978, S. 35f) und für Bayern 1977 das Verhältnis 7:1 (vgl. Mader, F.: Soll man den Praktischen Arzt sterben lassen? Medical Tribune, 30/1978, S. 15f) entnommen werden.

- 16 Stellvertretend für diese Konzepte, vgl.: Sturm, E.: Weiterbildung zum Allgemeinarzt. Der Praktische Arzt, 1977, S. 2969f, S. 3108f, S. 3344f, S. 3489f und 1978, S. 504f, S. 629f, S. 942f. vgl. Hamm, H.: Hausarzt kontra Facharzt? Der Praktische Arzt, 12/1978, S. 148f, vgl.: Medical Tribune Interview mit Prof. Dr. K.-D. Haehn, Medical Tribune, 41/78, S. 29f.
- 17 Aber auch diese Idee war bisher in der Praxis schwer zu verwirklichen. Über die ökonomischen und kommunikativen Gründe für dieses Problems kann man Erstes erfahren aus: Mangold, W., Wex, H.: Weiterbildung in der Allgemeinpraxis. Der Praktische Arzt 2/78, S. 98f; und : Sturm, E.: Weiterbildung zum Allgemeinarzt. Der Praktische Arzt, 18/1978, S. 2306f.
- 18 Vgl. Hamm, H.: Hausarzt kontra Facharzt? Der Praktische Arzt, 12/1978, S. 1487f; vgl. auch: Bundesverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin: Grundsätze zum Hausarztprinzip. Der Praktische Arzt, 7/1978, S. 797f. und 8/1978, S. 914f.
- 19 Dies gilt auch für Varianten wie das jüngere „Hausarzt“-Konzept (vgl. Fußnote 18)
- 20 Vgl.: Bundesverband der Praktischen Ärzte. . . , a.a.O. und Blümel, J.: Alle Wege führen zum Hausarzt. Der Praktische Arzt, 15/1978, S. 1897f.
- 21 Diese Berufsgruppen dürften ihre Stellung in der primärärztlichen Versorgung wohl nicht ohne weiteres räumen wollen. Vgl. die Leserbriefe in Medical Tribune, 23/1977, S. 42.
- 22 Entnommen aus Schwartz, F.W., Schwefel, D.: Zielvorhaben und Empfehlungen für die Kassenärztliche Bedarfsplanung. Der Praktische Arzt, 14/1978, S. 176f. Weitere Daten und Ausführungen zum Substitutionsprozeß von Allgemeinmedizinern durch Fachärzte finden sich in: Van den Bussche, R.: Inanspruchnahme und Leistungsstruktur in der Kassenärztlichen Versorgung. In: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Arzt und Gesundheitserziehung. Stuttgart 1978, S. 139-148.
- 23 Vgl. van den Bussche, R., a.a.O.
- 24 Vgl. u. a.: Freidson, E.: Profession of Medicine, New York 1970.
- 25 Bzw. der Zurückstellung weiterer Berufsbilder in diesem Bereich. Vgl. auch: Mader, F.: Soll man den Praktischen Arzt sterben lassen? Medical Tribune, 30/1978, S. 15f.
- 26 Auf dem 81. Deutschen Ärztetag (1978) wurde nach heftiger Debatte ein Antrag abgelehnt, der die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit von der Absolvierung einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin abhängig machen wollte. (vgl. mb 11/1978, S. 630). Die Diskussion ging auf dem Ärztetag von 1979 mit gesteigerter Heftigkeit weiter, wenn auch auf dem Nebenkriegschauplatz der medizinischen Ausbildung. Vgl. hierzu: Schagen U., 1979.
- 27 Dies wird im übrigen vom Berufsverband der Praktischen Ärzte für Allgemeinmedizin gefordert (vgl. BPA: Grundsätze zum Hausarztprinzip II, Der Praktische Arzt, 8/1978, S. 923)
- 28 Diese Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit. Für weitere Ausführungen, Belege und Handlungsstrategien wird u. a. verwiesen auf: Noack, H., 1980. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes, 1977. Abholz, H.H., 1979.
- 29 Erste konzeptionelle Überlegungen, die die gewachsenen sozial- und gesundheitspolitischen Strukturen in der BRD berücksichtigen, finden sich in Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut. . . , a.a.O.
- 30 Keupp, H., Zaumseil, M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt a.M. 1978; vgl. Trojan, A., Waller, H., 1978.
- 31 Lediglich M. Pflanz hat bisher die Ergebnisse dieser Konferenz verbreitet und kommentiert (vgl.: Medical Tribune 41/1978, S. 32f und Der Praktische Arzt 32/1978, S. 3987f.)

- 32 Hier dürfte es eher zu einer verhängnisvollen Gleichsetzung von „primary care“ und „Allgemeinmedizin“ kommen. Ein Vergleich der „WHO-Definition der Allgemeinmedizin“ in der Rezeption von H. Hamm (vgl. *Der Praktische Arzt* 12/1978, S. 1492) und den entsprechenden WHO-Dokumenten (vgl. Hogart, J.: *Glossary of Health Care Terminology. Public Health in Europe*, Nr. 4, World Health Organization-Regional Office for Europe, Copenhagen 1975, S. 153–154 und 305–309) deutet darauf hin.
- 33 Als vereinzelte Ausführungen können erwähnt werden: Die Forderung nach Intensivierung psychotherapeutischer Qualifikationen mittels Balint-Gruppen (vgl.: *Der Praktische Arzt*, 8/1978, S. 914f.) und die Ausführungen von P. Lüth über Gemeinwesenmedizin mittels Sozialstationen (vgl.: Lüth, P.: *Gerade kein Facharzt? Der Praktische Arzt*, 20/1977, S. 3166f.).
- 34 Vgl. stellvertretend: CDU-Präsidium: *Gesundheit in Freiheit und Solidarität* (verabschiedet am 4. 9. 1978). Hier zitiert nach: Beske, F.: *Die Allgemeinmedizin im gesundheitspolitischen Programm der CDU. Der Praktische Arzt*, 30/1978, S. 3628f, Schmidt A. (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen): *Gesundheit mit ökonomischen Grenzen. Der Praktische Arzt* 31/1978, S. 378f, Kossow, K.-D.: (Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin): *Weiterbildungsmöglichkeiten zum Arzt für Allgemeinmedizin. Der Praktische Arzt*, 24/1977, S. 3785f.
- 35 Überschrift eines Artikels im Hamburger Abendblatt vom 12. 10. 1978 zur Einführung des Kurses Allgemeinmedizin in der novellierten Approbationsordnung.
- 36 Vgl.: Noack, H. a.a.O.
- 37 Vgl.: Keupp, H., Zaumseil, M. a.a.O. und Trojan, A., Waller H. a.a.O.
- 38 Vgl.: Katz, F.M., Fülöp, T., 1978.

### Literaturverzeichnis

- Abholz H.H.: *Erfordernisse an die ambulante Medizin-Ableitung aus klinisch-epidemiologischen Befunden. Argument-Sonderband AS 30*, Berlin 1979, S. 100–119.
- Infratest: *Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner. II Bände. Eigendruck, München 1972. In gekürzter Form veröffentlicht als: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner. Stuttgart 1973.*
- Infratest: *Untersuchung über Hausärzte und mögliche künftige Hausärzte. Herausgegeben vom Pressereferat des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Bonn-Bad Godesberg 1976.*
- Katz F.M., Fülöp T.: *Personnel for Health Care. Case Studies of Educational Programmes. World Health Organization. Genf 1978.*
- Noack H. (Hrsg.): *Medical Education and Primary Care. London 1980.*
- Rohde, J.J.: *Berufsorientierungen und -absichten von jungen Ärzten. Niedersächsisches Ärzteblatt* 42 (1969), 545–549.
- Rohde, J.J.: *Studie über die Berufsvorstellungen junger Ärzte. Der Praktische Arzt* H 11 (1970), 990–1013.
- Schagen U.: *Novellierung der AO statt Studienreform. Argument-Sonderband AS 37*, Berlin 1979, S. 127–142.
- Trojan A., Waller H.: *Sozialarbeit und Medizin. Argument-Sonderband AS 27*
- Troschke, G.v.: *Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen Nachwuchses. Manuskript. München 1972. In Kurzfassung veröffentlicht als: Verein für moderne und rationelle Gestaltung von Arztpraxen e. V. (Hrsg.): Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen Nachwuchses. Stuttgart*
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Köln 1977.*