

den Lehrer von der reinen Wissensvermittlung frei für die Vertiefung des Lehrstoffes in der Diskussion und für psychologische und soziale Aufgaben. Die programmierte Instruktion erhöht die Motivation des Lernenden zum intensiveren und freudigeren Studium, wie unterschiedliche Untersuchungen es zeigen. In der Medizin ist, abgesehen vom deutschsprachigen Raum, diese Lehrmethode bereits eingesetzt und mit vorwiegend positiven Ergebnissen erprobt worden. Dabei sind auch die jetzt im größeren Umfang einsetzende Beschäftigung mit elektronischen Lehrautomaten, die Möglichkeit zum Einsatz von programmierter Instruktion und damit zur Rationalisierung des medizinischen Unterrichts praktisch unbegrenzt. Noch aber gibt es eine Reihe grundsätzlicher und technischer Fragen:

Wer erstellt gute Lehrprogramme?

Wie bezahlt man die kostspieligen Lehrautomaten?

Inwieweit stellen Lehrende der programmierten Instruktion Mißtrauen und Widerstand entgegen?

Wie lassen sich Lehrprogramme überregional in den medizinischen Unterricht integrieren?

Eine intensivere Auseinandersetzung mit der programmierten Instruktion und dem Computer-unterstützten Unterricht ist dringend notwendig, um diese und weitere Fragen zu beantworten. Insbesondere müssen durch großzügige finanzielle Unterstützung Forschungsvorhaben vorangetrieben werden. Schließlich handelt es sich bei der programmierten Instruktion um ein Lehrverfahren, das in Zukunft Arbeitskapazität einsparen oder nicht gedeckte Arbeitskapazität ersetzen soll (Frank, 1971).

Literatur beim Sonderdruck

Medizinische Universitätsklinik  
5 Köln 41  
Joseph-Stelzmann-Straße 9

## Strukturveränderung der Allgemeinpraxis

Privatdozent Dr. med. Siegfried Häussler

Wir können von der These ausgehen, daß der Standort der Allgemeinpraxis im Schnittpunkt zweier Bezugsrahmen ist, der Gesellschaft und der medizinischen Wissenschaft. Wer die Schwierigkeiten und Spannungen kennt, die zwischen den gesundheitspolitischen Erfordernissen der Gesellschaft einerseits (z. B. nach mehr Prävention, mehr Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitig höherem diagnostischen und therapeutischen Aufwand) und den Erfordernissen der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft andererseits (beziehungsweise mehr Psychosomatik, mehr Individualisierung, mehr Spezifizierung und Datensammlung in Diagnose und Therapie) für den praktischen Arzt entstehen, der weiß, daß diese Standortbestimmung zutrifft.

Dann ergibt sich daraus aber sofort die Konsequenz, daß die Struktur der Allgemeinpraxis von beiden Bezugsrahmen direkt und unmittelbar beeinflußt wird und daß umgekehrt eine etwaige Strukturveränderung der Allgemeinpraxis, wenn sie aktiv und zielbewußt sich entwickelt und nicht nur passives Produkt von Fremdkräften ist, auch auf beide Bezugssysteme einwirkt: auf die Gesellschaft und auf die medizinische Wissenschaft.

### Die Gesellschaft und Strukturveränderungen der Allgemeinpraxis

In der Öffentlichkeit wurde in letzter Zeit zunehmend Kritik an der

Organisationsstruktur der Allgemeinpraxis geübt, und zwar unter verschiedenen Aspekten:

① Die quantitative Unterversorgung der ländlichen und Stadtrandbezirke mit praktischen Ärzten, d. h. die Organisationsstruktur der freien Allgemeinpraxis, sei im Rahmen des Gesundheitswesens heutzutage überholt;

② Die rückständige Organisationsform der Einzelpraxis ermögliche nicht die laufende Übernahme des Fortschrittes der Medizin.

Zur Unterversorgung der Landgebiete mit praktischen Ärzten, die vielfach als ein Musterbeispiel für das Versagen der freien Praxis bei der Lösung struktureller Probleme des Gesundheitswesens angeführt wird, hier einige Zitate:

▷ „Auf dem Lande und in den Randgebieten größerer Gemeinden wird es zunehmend schwieriger, frei werdende Allgemeinpraxen wieder zu besetzen bzw. solche neu zu errichten.“ (Votum des Bundesgesundheitsrates 1971).

▷ „Was nun das quantitative Problem der ärztlichen Situation angeht, so verdient der zur Zeit erst vereinzelt, zunächst nur in ländlichen und Stadtrandgebieten auftretende Mangel an Ärzten, insbesondere praktischen Ärzten, unsere größte Aufmerksamkeit.“ (Käte Strobel, Beratung des Gesundheitsberichtes, Deutscher Bundestag, 12. März 1971). ▷

▷ „Vor allem gilt es, die ärztliche Versorgung in den Neubaugebieten der städtischen Außenbezirke, in den Randzonen von Ballungsgebieten und den ländlichen Gebieten, in denen eine ausgeprägte Unterversorgung mit niedergelassenen praktischen Ärzten zu verzeichnen ist, zu sichern.“ (WWI-Studie „Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland“).

Wissenschaft, Politik und Gewerkschaft als gesellschaftliche Institutionen befassen sich also mit der Organisationsstruktur der Allgemeinpraxis, üben Kritik und machen Reformvorschläge.

► Für die Allgemeinpraxis selbst ist es also hohe Zeit, dieses Problem selber zu sehen, seine Ursachen aufzudecken und nach einer kausalen Therapie zu suchen.

#### Beispiele: Hessen und Baden-Württemberg

Gerhard Löwenstein hat in seinem Vortrag vor der Bundestagung des Bundesverbandes der Praktischen Ärzte am 18. November 1971 in Wiesbaden damit einen sehr konkreten und außerordentlich aufschlußreichen Anfang gemacht. („Die Sicherstellung der allgemeinärztlichen Versorgung auf dem Lande“, G. Löwenstein, Der Praktische Arzt, Heft 12/71, S. 1278).

Das, was er damals zu unserem Problem ausführte, ist leider viel zuwenig beachtet worden. Ich will deshalb seine Zahlen aus Hessen durch Zahlen aus Baden-Württemberg ergänzen und seine Folgerungen insgesamt bestätigen und unterstreichen.

In Hessen wohnen 53 Prozent aller Einwohner in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern. Sie werden von 52 Prozent aller praktischen Ärzte Hessens versorgt. Die Relation praktischer Arzt zu Einwohner liegt bei diesen Gemeindegößen unter dem durchschnittlichen Arzt-Einwohner-Verhältnis von 1 : 2400.

In Baden-Württemberg lebten Anfang 1970 53,86 Prozent der Bevölkerung in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern; sie wurden von 49,52 Prozent aller praktischen Ärzte Baden-Württembergs versorgt. Hier kam es also zu einem nahezu identischen Anteil genau wie in Hessen.

In Gemeinden mit 10 000 bis 50 000 Einwohnern leben im Land Baden-Württemberg 21,45 Prozent der Bevölkerung; sie werden von 26,34 Prozent aller praktischen Ärzte versorgt. In Gemeinden mit mehr als 50 000 Einwohnern wohnen 24,67 Prozent der Bevölkerung, die von 24,4 Prozent aller praktischen Ärzte versorgt werden. Im Landesdurchschnitt kommt in Baden-Württemberg ein praktischer Arzt auf 2413 Einwohner.

► Das bedeutet, daß ohne Zwangsmaßnahmen und ohne beschränkte Zulassung in zwei großen Bundesländern die praktischen Ärzte aus freien Entschlüssen sich so niederließen, wie es den Notwendigkeiten der ärztlichen Versorgung und der Bevölkerungsdichte entsprach und entspricht.

Daß dies nicht ein nachklingender Erfolg der bis zum 23. März 1960 bestehenden Zulassungsbeschränkung und der damit verbundenen Planung von Arztsitzen ist, geht aus einer jetzt soeben vom Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg veröffentlichten Studie „Thesen und Daten zur ärztlichen Versorgung“ hervor. In dieser Arbeit sind unter anderem die von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs erstellten Daten zusammengefaßt und analysiert. Dort heißt es unter anderem:

► „Die Versorgung durch praktische Ärzte ist damit wesentlich gleichmäßiger als die ärztliche Versorgung insgesamt.“ Und:

► „Bei den Zugängen an praktischen Ärzten zeigt sich in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz zur Niederlassung in den un-

teren und mittleren Größenklassen ab, während der prozentuale Anteil der größeren Städte an den Neuzulassungen rückläufig ist.“ (S. 20)

Daß diese an sich noch relativ günstige Situation durch die ungünstige Altersstruktur der praktischen Ärzte einerseits und durch den Mangel an Nachwuchs für praktische Ärzte andererseits sich laufend verschlechtert, liegt nicht an dem System der freien Arztpraxis als solchem, also an ihrer Organisationsstruktur, sondern an Ursachen, die außerhalb der Kompetenz der niedergelassenen praktischen Ärzte liegen. (Zulassungskriterien zum Medizinstudium, überwiegende Ausbildung durch Fachärzte in Kliniken, Mangel an Weiterbildungsstellen und gezielter Weiterbildung zum praktischen Arzt u. a. m.).

Dagegen heißt es in dieser Arbeit – und dies ist eine den Kollegen, nicht aber der Öffentlichkeit in ihrer Bedeutung bekannte Tatsache:

„Besonders auffallend ist das erhebliche Ungleichgewicht, vor allem in der fachärztlichen Versorgung. Von den Fachärzten haben sich nur 7,44 Prozent in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern niedergelassen, während sich in den Städten mit 20 000–50 000 Einwohnern 40,99 Prozent und in den Städten mit mehr als 50 000 Einwohnern sogar 51,57 Prozent der Fachärzte befinden. Das Mißverhältnis zwischen Ärzten und Bevölkerungsanteil ist also bei den Fachärzten besonders gravierend. Das Stadt-Land-Gefälle in der ärztlichen Versorgung ist hier besonders stark ausgeprägt.“

Wenn man also bisher zur Verbesserung der Organisationsstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, hauptsächlich an die Zentralisierung der praktischen Ärzte in Schwerpunktgemeinden und an ihre Zusammenfassung in Gruppenpraxen dachte, so zeigen diese

**Strukturveränderung der Allgemeinpraxis**

Zahlen, daß die Dezentralisation der fachärztlichen Dienstleistungen hinaus in solche Gemeinden und damit gleichzeitig die Entlastung der dortigen praktischen Ärzte genauso wichtig ist.

Schließlich muß aber in diesem Zusammenhang noch darauf hingewiesen werden, daß die Binnenwanderung unserer Bevölkerung weg aus den Landbereichen und hin zu den Ballungsgebieten ein immer noch in Gang befindlicher Vorgang ist. Die Landflucht ist also immer noch nicht zu Ende, und der Ärztemangel auf dem Lande ist nur eine ihrer Begleiterscheinungen.

Der Einzugsbereich der Arztpraxis, der Krankenhäuser, genauso wie der Gesundheitsämter muß sich in diesen Gebieten zwangsweise ausdehnen.

**Medizinische Wissenschaft und Strukturveränderungen in der Allgemeinpraxis**

Die Allgemeinpraxis wird aber, wie einleitend dargestellt, nicht nur unter dem Aspekt der qualitativen Teilstruktur unseres Gesundheitswesens, sondern auch in bezug auf ihre Infrastruktur, also auf die Qualität ihrer ärztlichen Leistung kritisiert.

Insbesondere wird dabei beanstandet: „Die Ausbildung und die zeitliche Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte bieten keine Gewähr dafür, daß die (Früherkennungs-)Untersuchungen mit der erforderlichen Sachkenntnis und dem nötigen Zeitaufwand vorgenommen werden.“ (WWI-Studie des DGB)

Über die zusätzliche Belastung der praktischen Ärzte durch die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Männern und Frauen herrschen nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch bei Kollegen vielfach so falsche Vorstellungen, daß die Forderung, diese Untersuchung in anderen Bereichen zu institutionalisieren, immer wieder erhoben wird. Deshalb hierzu einige

Zahlen aus dem Bereich der Kasernenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg.

Der Anteil der Mutterschaftsvorsorge-scheine an der Gesamtfallzahl der praktischen Ärzte fiel in Nordwürttemberg vom Jahre 1966 von 0,88 Prozent auf 0,57 Prozent im Jahr 1971. (Dabei wird bei uns im Gegensatz zum Bundesgebiet für jedes Quartal vom behandelnden Arzt selbst ein Mutterschaftsvorsorge-schein ausgestellt.) Der Anteil der Krebsfrüherkennungsscheine an der Gesamtfallzahl der praktischen Ärzte stieg vom Jahr 1969 (in Nordwürttemberg werden schon seit dem 1. Januar 1969 auf vertraglicher Basis solche Untersuchungen durchgeführt, für Männer seit dem 1. Januar 1971); zum Jahr 1971 von 0,19 Prozent auf 0,66 Prozent.

Dazu kommen für Männer-Früherkennungsuntersuchungen 1,85 Prozent, für Kinder 0,16 Prozent, so daß insgesamt im Jahr 1971 nur 3,24 Prozent aller Krankenscheine der praktischen Ärzte auf Früherkennungsuntersuchungen entfielen.

In absoluten Zahlen ausgedrückt, heißt dies: Von den 4 297 685 abgerechneten Krankenscheinen der praktischen Ärzte in Nordwürttemberg im Jahr 1971 waren 24 539 (0,57 Prozent) Mutterschaftsscheine, 28 156 (0,66 Prozent) Frauenfrüherkennungs-, 79 606 (1,85 Prozent) Männer-Früherkennungs- sowie 7098 (0,16 Prozent) Kinderfrüherkennungsfälle. Im Vergleich dazu stieg die Fallzahl der Praktiker in einem einzigen Grippequartal (IV/1969) von 1 063 089 im Vorquartal auf 1 223 526, also um sehr viel mehr, als alle diese Untersuchungen im ganzen Jahr ausmachten.

Dabei ist darauf hinzuweisen, daß in Nordwürttemberg die Beteiligungsquoten an diesen Untersuchungen im Vergleich zum Bundesgebiet sehr hoch sind; sie betragen bei den Frauen über 16 Prozent, bei den Männern 38 Prozent, bei den Mutterschaftsvorsorgeun-

tersuchungen 88 Prozent und bei den Kindern rund 50 Prozent der Anspruchsberechtigten.

Zu dem Vorwurf, die Allgemeinpraxis könne die zeitliche Mehrbelastung durch Früherkennungsuntersuchungen nicht mehr bewältigen, kommt die Unterstellung: „Die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes wird zunehmend modernen medizinischen Anforderungen nicht mehr gerecht.“ (WWI-Studie)

Auch dazu einige Zahlen: Die photometrischen Laborleistungen des praktischen Arztes in Nordwürttemberg haben sich — bezogen auf 100 Behandlungsfälle pro Quartal — von I/1966 bis IV/1970 etwa vervierfacht (von 3,4 auf 16,8 Prozent). Die Harnuntersuchungen verdoppelt (3,5 auf 7,4 Prozent), und insgesamt stieg die Anzahl der Laborleistungen von 27,1 auf 62,4 Prozent auf je hundert Behandlungsfälle.

80 Prozent unserer praktischen Ärzte arbeiten mit UV-Photometern, 32 Prozent machen Elektrophorese-Untersuchungen, 35 Prozent besitzen einen Brutschrank (R. Walder: „Sinn oder Unsinn, was ist hier die Frage?“ Arzt und Wirtschaft, Heft 7—8, August 71, Seite 8).

Die Anzahl aller Leistungen stieg beim praktischen Arzt allein seit 1965 pro Jahr im Durchschnitt um 5,3 Prozent. Dabei nahm die Zahl der Hausbesuche ab, die Zahl der physikalischen Leistungen (Bestrahlungen) blieb konstant, veränderte sich aber inhaltlich im Sinne einer verstärkten differenzierten (Reizstrom-)Behandlung. Einen auffallend starken Aufstieg zeigten auch solche Leistungen des praktischen Arztes, die dieser nur persönlich erbringen kann, und die sich jeder zeitlichen Planung entziehen: Eingehende, das normale Maß übersteigende Untersuchungen plus 51 Prozent, Beratungen außerhalb der Sprechstunde plus 12 Prozent, Beratungen an Sonn- und Feiertagen plus 13 Prozent, dringende, sofort auszuführende Hausbesuche plus 6,4 Prozent. ▷

### Technische Entwicklung ohne jeden Dirigismus aufzufangen

Diese aus der medizinisch-technischen Entwicklung kommenden Strukturveränderungen aber können in ihrer Bedeutung für die Gesellschaft nur in einem größeren Gesamtzusammenhang richtig gesehen werden. Der Soziologe Christian von Ferber führte in einem Vortrag anlässlich der Verleihung des Paul-Martini-Preises 1970 in Frankfurt unter anderem folgendes aus: „Die Rolle des Arztes in der modernen Gesellschaft“ Chr. v. Ferber, Der Praktische Arzt, Heft 11/71, Seite 1146): „Bei einer Mikrozensushebung aus dem Jahr 1966 waren an einem Stichtag nahezu 11 Prozent der Wohnbevölkerung krank im Sinne von behandlungsbedürftig. Eine Schule oder Hochschule besuchten etwa 17 Prozent der Wohnbevölkerung. Etwas über 90 000 Ärzten aber stehen 330 000 Lehrer gegenüber, zu denen außerdem noch 128 000 teilweise beschäftigte Lehrkräfte hinzukommen.

Gemessen an der Beanspruchung aus der Wohnbevölkerung, wird für die eineinhalbfache Inanspruchnahme die drei- bis vierfache Anzahl von Akademikern benötigt. Dies ist sicher ein grobes und auch ein mißverständliches Maß der Effizienz.

Es unterstreicht aber den unterschiedlichen Rationalisierungsgrad in der Wahrnehmung von Aufgaben, die sich aus der Größe der Wohnbevölkerung ergeben. Während die Lehrer noch im vortechnischen Zeitalter leben, hat sich die ärztliche Tätigkeit in unserem Jahrhundert mit der biotechnischen Entwicklung entfaltet. Die Kapitalausstattung eines ärztlichen und eines Lehrerarbeitsplatzes unterscheidet sich wie hochmechanisierte Industrie und Manufaktur.“

Dabei weist dieser Autor selbst darauf hin, daß hinter dieser Entwicklung der Medizin die im Grunde überholte entpersonalisierte Auffassung vom Kranksein als rein

naturwissenschaftlich - medizinisch faßbarem Vorgang steckt. Aber unabhängig davon ist die Allgemeinpraxis, wie die Zahlen beweisen, auch in der Lage, die technische Seite der medizinischen Entwicklung ohne jeden Dirigismus aufzufangen und in der Behandlung der Bevölkerung einzusetzen.

### Zusammenfassung

Die feststellbaren Veränderungen der Struktur der Allgemeinpraxis spiegeln einen generellen Vorgang in der freien Praxis wider:

- ▶ Die Kriterien der zwischenberuflichen Tätigkeitsvergleiche sprechen für eine enorme Anpassungsfähigkeit der freien Praxis, obwohl an die Entwicklungen der Medizin, wie an die Bedürfnisse der Gesellschaft.
- ▶ Die Anzahl der Leistungen steigt, die Intensität der Leistungen (auch der dafür erforderliche Kapitaleinsatz) steigt und ebenso deren Qualität.
- ▶ Die zeitaufwendigen, kommunikationsintensiven persönlichen Leistungen des Arztes nehmen dabei gleichfalls zu.
- ▶ Die Rolle des Gesetzgebers, der in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung außensteuernd eingreift, spielt dabei nach Umfang, Inhalt und damit auch für den Kostenanstieg der ambulanten ärztlichen Behandlung eine noch zu klärende, genauer zu definierende Rolle.

(Nach einem Referat bei der Jahrestagung 1972 des „Instituts für Allgemeinmedizin“ in Frankfurt am Main)

7 Stuttgart-Degerloch  
Jahnstraße 30

### ERGÄNZEND GESAGT

Am Beispiel der Arzneimittelprüfung erläutert der Autor dieser Zeilen seine Anschauungen über das Wesen der täglichen diagnostischen und therapeutischen Bemühungen des Arztes

### Der Empirie ein gebührender Platz!

Ausgelöst durch die Contergan-Katastrophe, regen sich Bestrebungen, mit dem Nachweis der Wirksamkeit und Unschädlichkeit von Arzneimitteln in Zukunft derartige Katastrophen zu verhüten. Ziel solcher Bestrebungen ist die Registrierung sämtlicher Heilmittel, welche die verlangten Proben bestanden haben. Im Vorgriff auf dieses noch lange nicht erreichte Ziel taucht in Begleitschreiben zu Kostenablehnungen der privaten Krankenversicherung immer häufiger die Formel auf: wissenschaftlich nicht anerkannt. Was bedeutet das?

Der zunächst ahnungslose Empfänger solcher Schreiben stellt sich hinter dieser Formel ein Gremium von sieben Weisen vor (oder sollten es mehr sein?), die den gesetzlichen Auftrag, die wissenschaftliche Kompetenz und die geistige Potenz hätten, über Wahrheit und Irrtum in der wissenschaftlichen Forschung zu entscheiden. Die Suche nach einem solchen Gremium ist so alt, wie das Beobachten und Denken der Menschen als Grundtätigkeiten wissenschaftlicher Erkenntnis. Die EWG-Richtlinien für den verlangten Nachweis lassen sich zum Beispiel auf eine große Gruppe von Heilmitteln nicht anwenden, für die in naher Zukunft neue, adäquate Prüfungsmethoden erarbeitet werden sollen. Hier stellt sich aber sogleich die Frage nach der Allgemeingültigkeit solcher Prüfungsergebnisse. Die Vorstellung „der Mensch“, auf die sich diese Ergebnisse beziehen sollten, ist nichts anderes als eine Fiktion, deren Fragwürdigkeit sich herausstellt, sobald man der Wirklichkeit ein wenig näher rückt. Die Spezies Homo sapiens besteht eben aus