

Dr. Hamm

seren Beitrag dazu zu leisten, den ständigen Bedrohungen einer Enthumanisierung, Entpersönlichung und Verbürokratisierung Widerstand zu leisten, woran wir aber alle, alle Ärzte – das sei hier betont –, schon immer nach Kräften gearbeitet haben.

Mit der genannten neuen Entwicklung eröffnet sich aber, wie ich früher bereits einmal erklärt habe, mehr denn je die Perspektive in die weite Dimension der Patient-Arzt-Beziehung, der subjektiven Interaktion, der Bindung zwischen beiden Partnern in den Raum der Persönlichkeits- und Individualmedizin hinein. Eine noch stärkere Besinnung auf den einzelnen in seiner Unverwechselbarkeit und Unaustauschbarkeit, besonders dann, wenn die Störfelder „seiner“ Krankheit auf ihn einwirken, ist hierbei erforderlich. Dazu kommt noch eines: Die Medizin ist eine sehr praktische Wissenschaft, sie kann keine *l'art pour l'art* sein und darf nicht zu einem Glasperlenspiel in unserem Elfenbeinturm werden.

Und wer wollte wohl daran zweifeln, daß in diesem Sinne der Hausarzt mit seiner alten und gleichzeitig höchst modernen Funktion ein festes Bollwerk für unsere Patienten und die gesamte Medizin sein kann? Das Prinzip des hausärztlichen Tuns gilt es also auch in Forschung und Lehre mit allen unseren Kräften weiter zu fördern.

Die so außerordentlich komplexe und verantwortungsvolle hausärztliche Tätigkeit in der Allgemeinpraxis erfordert einen besonders befähigten und erfahrenen Arzt. Dieser Arzt muß in Wissen, Können und Verhalten in spezifischer Weise auf seinen Beruf vorbereitet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin erwartet deshalb vom diesjährigen Deutschen Ärztetag eine Lösung, die eine solche hochqualifizierende Berufsvorbereitung mit dem Ziel einer geregelten Weiterbildung ermöglicht. □

84. DEUTSCHER ÄRZTETAG

Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung

Förderung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Sanitätsrat Dr. Josef Schmitz-Formes,
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Mein Beitrag zum Thema „Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung“ steht unter dem besonderen Aspekt der Förderung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.

Wer die Literatur verfolgen konnte, die sich in den letzten Jahren mit Problemen der ambulanten Betreuung von Kranken oder in ihrer Gesundheit Gefährdeten beschäftigt hat, wird mit mir darin übereinstimmen, daß – international gesehen – dem Reiz einer möglichst weitgehenden Spezialisierung der Versorgung seit Anfang der 70er Jahre eine gegenläufige Welle folgte – nämlich die sogenannte primärärztliche Versorgung so weitgehend wie nur eben möglich wieder Allgemeinärzten zu übertragen. Diskussionen um die Belegung und Ausbreitung von „Community medicine“ und „Family medicine“ in den USA, um den „Hausarzt“ in Holland, den „General practitioner“ in Großbritannien, den praktischen Arzt – dort seit langem nur Arzt genannt – in Dänemark und Norwegen, das sind einige wenige Beispiele dafür, wie sich der internationale Trend im Laufe der vergangenen Zeit gewandelt hat und noch wandelt.

International hat die Bedeutung der Allgemeinmedizin ihren besonderen gesundheitspolitischen – und ich betone bewußt den letzten Teil dieses Wortes – Ausdruck in der 1979 abgehaltenen Konfe-

renz der Weltgesundheitsorganisation von Alma Ata und der von dieser Konferenz verabschiedeten Deklaration gefunden.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang ein europäisches Beispiel für die Einsicht in die Bedeutung der Allgemeinmedizin und entsprechendes politisches Handeln aus jüngster Zeit anführen: Es betrifft unser Nachbarland Frankreich. Dort ist durch Gesetz die Ausbildung zum Arzt ganz grundlegend umgestaltet worden. So ist zukünftig nach bestandem Universitätsexamen für 60% der Absolventen ein mehrjähriges sogenanntes Residanat in Krankenhäusern und freien Praxen vorgesehen, an dessen Ende erst die Berechtigung zur Ausübung allgemeinärztlicher Tätigkeit in eigener Praxis steht. 40 Prozent der Absolventen sollen ein sogenanntes Internat, das ausschließlich an besonders zugelassenen Krankenanstalten abzuleisten ist, passieren, an dessen Ende dann die Berechtigung zur Ausübung fachärztlicher Tätigkeit steht.

Wohlgemerkt: Ich führe dieses Modell nicht etwa an, um es zur Nachahmung in der Bundesrepublik zu empfehlen; hiergegen sprechen m. E. eine ganze Reihe gewichtiger, insbesondere auch rechtlicher Gründe. Ich erwähne es als einen Hinweis darauf, welche große Bedeutung der Sicherung des Bestandes der Allgemeinmedizin in unserem Nachbarland beigemessen worden ist.

Es ist sicher Zufall, daß die Relation 60 Prozent Allgemeinmedizin und 40 Prozent Facharztanwärter den früher bei uns einmal in den Zulassungsordnungen für Kassenärzte enthaltenen Empfehlungen entspricht. Trotzdem ist auch dies interessant, weil wir bei einer Auflistung der Ergebnisse unserer Ärztestatistik den Eindruck gewinnen müssen, als seien wir auf dem Wege zu einem reziproken Verhältnis.

Diese allgemeinen Bemerkungen habe ich meinem eigentlichen Referat vorangestellt, um unseren Blickwinkel über die Grenzen unseres eigenen Landes hinaus zu erweitern und dadurch deutlich zu machen, daß man auch dort nach Lösungen sucht.

► Gleichzeitig wollte ich auf diese Weise die mögliche formale Frage beantworten, warum das Zentralinstitut sich gerade mit der Förderung der Allgemeinmedizin beschäftigt.

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom März 1960 über die Verfassungswidrigkeit der sogenannten Verhältniszahl für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit registrieren wir, daß die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und praktischen Ärzte rückläufig ist und höchstens in einzelnen Zeitabschnitten einmal stagnierte. Deutlich stieg die Zahl der Ärzte mit Gebietsbezeichnung an.

Förderung der Niederlassung

Seit Ende der 60er Jahre haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen mit diesem Problem zunehmend beschäftigten und das in ihren Kräften Stehende versuchen müssen, um diesem offensichtlichen Trend entgegenzuwirken: Umsatzgarantien, Vermittlung günstiger Kredite, Förderung von Maßnahmen zur Schaffung möglichst günstiger Berufsbedingungen, Errichtung von Ärztehäusern – diese Aufzählung soll nur als



Josef Schmitz-Formes

Beispiel für das stehen, was alles in der kassenärztlichen Selbstverwaltung getan wurde und wird, um Ärzte für die Niederlassung – besonders auch in einer Allgemeinpraxis – zu gewinnen. In einer großen Zahl von Fällen sind diese Bemühungen der KVen – und das muß an dieser Stelle ganz deutlich unterstrichen werden – erfolgreich gewesen. Es ist gelungen, die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen.

Diese Erfolge dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß dadurch die grundsätzlichen Probleme nicht geringer wurden. In besonderem Maße ist dies in der, im Vergleich zu den Gebietsärzten erheblich ungünstigeren Altersstruktur der allgemeinärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen begründet.

Ich kann meine Aussage am besten mit der Feststellung erläutern, daß – ausschließlich zur Aufrechterhaltung des Status quo und nicht etwa zur zusätzlichen Verbesserung der Relation Allgemeinärzte : Gebietsärzte – bis zum Ende dieses Jahrzehnts 11 000 Ärzte für eine Niederlassung als Allgemeinarzt gewonnen werden müßten.

Als das Zentralinstitut sich – bald nach seiner Gründung im Jahre 1974 – die Förderung der Allgemeinmedizin zur Aufgabe stellte, waren die KVen mit ihrer gesetzli-

chen Verpflichtung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung angesichts des Fehlens jeder Möglichkeit der Einflußnahme auf Entscheidungen der Medizin-Studierenden und der jungen Kolleginnen und Kollegen an Krankenhäusern im Hinblick auf die spätere Berufsausübung das letzte Glied in einer Kette. Zahlreiche Befragungen haben deutlich gezeigt, – daß Entscheidungen zur späteren beruflichen Tätigkeit weitgehend bereits während des Studiums präfixiert werden. Damit wird nur unterstrichen, wie recht diejenigen haben, die die Grundlage für jeden aussichtsreichen Versuch einer Förderung der Allgemeinmedizin in deren Aufnahme in den Lehrstoff für die Studierenden der Medizin sehen.

Dies galt und gilt um so mehr, als die Spezialisierung – insbesondere im zweiten Studienabschnitt der Medizin – dazu führte, daß diese Ausbildungsphase nicht nur zunehmend klinisch geprägt wurde, sondern ein rein klinisches Gesicht erhielt. Wesentliche Weichenstellungen vollzogen sich dadurch bereits während der Studienphase, und zwar in Richtung auf eine Tätigkeit als Arzt mit Gebietsbezeichnung. Erschwerend kam hinzu, daß die – der allgemeinärztlichen Tätigkeit abschätzig bis polemisch gegenüber eingestellte – Publizistik wissenschaftlicher, oder besser sollte man sagen: pseudowissenschaftlicher und propagandistischer Natur Ende der 60er Jahre und Anfang der 70er Jahre dem angehenden Arzt den Eindruck vermitteln konnte, daß dieses Feld ärztlicher Tätigkeit als obsolet betrachtet und infolgedessen gemieden werden müsse.

Die durch solche Entwicklungen ausgelöst – auch psychologisch schädigenden – Folgeerscheinungen für die Allgemeinmedizin lassen sich nicht von heute auf morgen reparieren. Hierzu bedarf es der ständigen intensiven Arbeit aller, die der Auffassung sind, daß allgemeinärztliche Tätigkeit eine

tragende Säule des Gebäudes der Sicherstellung der ärztlichen und damit auch der kassenärztlichen Versorgung ist.

Förderungsprogramm des Zentralinstitutes

Lassen Sie mich anfügen, daß meiner Meinung nach diese Auffassung auch im wohlverstandenen Interesse der Gebietsärzte liegt. Die aus solchen und ähnlichen Überlegungen gewachsene Überzeugung, daß man die in der Ausbildung zum Arzt Stehenden, aber auch die jungen Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung, möglichst frühzeitig mit dem Berufsbild des Allgemeinarztes sowie mit dem Inhalt der allgemeinärztlichen Tätigkeit vertraut machen muß, war die Grundlage für die Beschlüsse über das Förderungsprogramm des Zentralinstituts, das zur Unterstützung der regionalen Maßnahmen der KVen entwickelt wurde.

Es handelt sich dabei um zwei Programmgruppen – nämlich

1. Programme zur Förderung der Tätigkeit von Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin an – wenn möglich – allen Universitäten der Bundesrepublik, und

2. die Ausschreibung und Vergabe von Forschungsprojekten auf dem Gebiete der Allgemeinmedizin.

Zur Förderung der Tätigkeit von Lehrbeauftragten können wir mit einer gewissen Befriedigung, wenn auch nicht zufrieden, berichten, daß im Sommersemester 1981 immerhin an 26 Universitäten insgesamt 68 Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin tätig sind. Trotz der – im Vergleich zu früher – wesentlich stärkeren Bereitschaft in den beschließenden Gremien der Universitäten, die Allgemeinmedizin als Lehrfach aufzunehmen, bestehen offensichtlich immer noch erhebliche Vorbehalte gegenüber ihrer Anerkennung als Wissenschaft.

Diesen Vorbehalt sollte man nicht einfach mit einer Handbewegung beiseite schieben; man sollte sich argumentatorisch mit ihm auseinandersetzen. Wenn erfahrene Kolleginnen und Kollegen aus den Reihen der Allgemeinmedizin immer wieder darauf hingewiesen haben, welche große Rolle – neben dem notwendigen fachlichen Wissen – Intuition und Erfahrung in der Allgemeinmedizin spielen, muß dies kein Widerspruch bei der Beantwortung der Frage nach ihrer Wissenschaftlichkeit sein. Keinesfalls sollte man dies als Anlaß dazu benutzen, die Errichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin zu konterkarieren.

Unterstützung der Lehre

Es kann und soll nicht verkannt werden, daß auch die Entwicklung der öffentlichen Haushalte der Errichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin nicht förderlich war und ist. Wir werden in unseren Bemühungen aber nicht nachlassen, auch wenn es bisher nur in einem Falle – nämlich an der Medizinischen Hochschule Hannover in der Person von Prof. Haehn – einen Lehrstuhlinhaber gibt. Immerhin sind weitere 7 Lehrbeauftragte (Berlin, Freiburg, Heidelberg, München, Tübingen und Ulm) zu Honorarprofessoren ernannt und an zwei weiteren Universitäten (München, Lübeck) Privatdozenturen erteilt worden.

Zweimal im Jahr werden die Lehrbeauftragten mit Unterstützung des Zentralinstituts von Herrn Prof. Häußler, der der Initiator und langjährige Betreuer dieser Veranstaltungen ist, in das Seminar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin zu einem Erfahrung- und Meinungsaustausch sowie zur Abstimmung der Programme von Vorlesungen und Kursen eingeladen. Dabei kann auch dem Lehrbeauftragten, der sich an der einen oder anderen Universität noch wie ein „geduldeter Einzelkämpfer“ vorkommen mag, das Bewußtsein vermittelt werden, daß er mit seiner Tätigkeit

in ein bundesweites Konzept zur Förderung der Allgemeinmedizin als eines wichtigen Instrumentes der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung eingebettet ist.

Ähnliche Ziele verfolgt das Zentralinstitut mit dem einmal jährlich stattfindenden Treffen der Dekane der Medizinischen Fakultäten und der vom Zentralinstitut geförderten Lehrbeauftragten.

Schließlich sei noch die an der Universität Marburg von dem dortigen Lehrbeauftragten aufgebaute „Dissertationszentrale“ zur Sammlung und Auswertung der Doktorarbeiten im Fach „Allgemeinmedizin“ erwähnt.

„Non olet“ soll der römische Kaiser Vespasian gesagt und das Geld ganz generell gemeint haben. In Abwandlung dieses Ausspruchs zum Positiven muß ich unterstreichen, welche Bedeutung dem finanziellen Teil der Förderung der Lehrbeauftragten durch das Zentralinstitut beizumessen ist: Lehraufträge werden zwar in aller Regel von der Universitäten erteilt. Sie sind jedoch nicht oder nur geringfügig dotiert. Mittel für den notwendigen Sachaufwand bei den Lehrveranstaltungen sind kaum vorhanden – von der Deckung des Praxisausfalls für den Lehrbeauftragten ganz zu schweigen! Deshalb fördert das Zentralinstitut jeden Lehrauftrag mit einer Pauschale in Höhe von 6000 DM je Semester, in die sich mehrere Lehrbeauftragte teilen müssen, wenn sie die Veranstaltungen unter sich aufteilen. Mit etwa 500 000 DM Kosten pro Jahr repräsentiert dieser Ausgabensektor rund 15 Prozent des Haushalts des Zentralinstituts. Bei der Wertung dieser Zahlen muß man berücksichtigen, daß ein Teil der KVen „ihren“ Lehrbeauftragten zusätzliche Hilfen finanzieller Art gewährt.

Neben einer solchen direkten Unterstützung der Tätigkeit als Lehrbeauftragter muß ich der Vollständigkeit halber erwähnen, daß einige KVen auch an Ärzte, die in ih-

ren Praxen Assistenten zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftigen, namhafte Beträge als Zuschüsse zahlen.

Eine Addition der Ausgaben für alle Förderungsmaßnahmen – seien sie durch das Zentralinstitut selbst oder zusätzlich durch die KVen der Länder aufgebracht – dürfte pro Jahr etwa zwei Millionen DM ergeben. Ich nenne diese Summe, weil es sich ja eigentlich – und das muß an dieser Stelle noch einmal ganz deutlich unterstrichen werden – um Maßnahmen handelt, für die – auch finanziell – die für die Universitäten zuständigen Kultusminister der Länder zuständig wären!

Da dies aber, mit Ausnahme von Hannover, nicht oder nur in geringem Umfange geschieht, haben die KVen und ihr Zentralinstitut auf der Bundesebene sich – aus dem Gefühl der Verantwortung für die zukünftige ärztliche Versorgung heraus – für moralisch verpflichtet gehalten, hier helfend einzugreifen. Sie bringen die genannten Beiträge aus eigenen Mitteln auf, entlasten also damit die Allgemeinheit. Dies möchte ich ganz besonders nachdrücklich unterstreichen in einem Augenblick, in dem sich die Mitteilungen darüber verdichten, daß einige Kultus- und Finanzminister die Teilfinanzierung einer Ausbildungstätigkeit der Universitäten aus den Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zur sozialen Krankenversicherung anstreben.

In der Regel werden Unterrichtsveranstaltungen für vorklinische und klinische Semester, ergänzt durch Übungen und Seminare, abgehalten. Die Zahl der Teilnehmer schwankt erheblich. Sie hängt nicht zuletzt davon ab, ob die Veranstaltung im Kurs-Stil abgehalten wird oder in den Praxisräumen der Lehrbeauftragten stattfindet und damit besonders intensiv der Vermittlung eigener Anschauungen über die allgemeinärztliche Tätigkeit dient.

Es fehlen Famulaturstellen

Daß diese Lehre am Fall zu einer verstärkten Nachfrage der Studenten nach Famulaturen in allgemeinärztlichen Praxen geführt hat, ist erfreulich. Nicht ganz so erfreulich ist aber, daß die Zahl der vorhandenen bzw. angebotenen Famulatur-Stellen zur Zeit nicht ausreicht, um die Nachfrage zu befriedigen. Nachdem die Zahl der KVen, die solche Famulaturstellen fördern, steigt, hoffen wir, hier bald eine Trendwende zu erreichen. Als Beispiel kann ich aus dem Bereich der KV Koblenz berichten, daß 2,2 Prozent der für Sicherstellungsmaßnahmen zur Verfügung stehenden Gelder für die Förderung von Famulaturen in Allgemeinpraxen verwendet wurden.

Wissenschaftliche Untersuchungen . . .

Damit komme ich zu dem zweiten Komplex der Förderung der Allgemeinmedizin durch das Zentralinstitut: Der Projektförderung, d. h. der Vergabe und Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen in den verschiedenen Bereichen allgemeinärztlicher Tätigkeit.

An erster Stelle steht dabei die unter dem Titel „Verden-Studie“ in der Wissenschaftlichen Reihe des Zentralinstituts veröffentlichte Strukturanalyse allgemeinärztlicher Praxen. Die Studie, die von einer Arbeitsgruppe der Medizinischen Hochschule Hannover, dem dortigen Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. Haehn und von Dr. Sturm erstellt wurde, hatte die Aufgabe, die Tätigkeit von Allgemeinärzten möglichst detailliert zu erforschen und zu beleuchten, mit dem Ziel, durch die wissenschaftliche Begleitung einer Grundlagenuntersuchung die Basis für die Allgemeinmedizin zu verbessern und ihr so den dornigen Weg in die Lehre zu erleichtern.

In dreizehn in Niedersachsen gelegenen allgemeinärztlichen Praxen

wurden alle Einzelheiten der Betreuung von nahezu 1300 Patienten über zwölf Wochen hinweg registriert und danach wissenschaftlich ausgewertet.

Die „Verden-Studie“ war die erste umfassende Untersuchung über die Inhalte allgemeinärztlicher Tätigkeit, die auch über die Grenzen der Bundesrepublik Deutschland hinaus bekanntgeworden ist. Sie dokumentiert, auf welche Weise und mit welchem Ergebnis Lehrbeauftragte und niedergelassene Ärzte in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover konkrete wissenschaftliche Grundlagenforschung über ihre eigene Tätigkeit betreiben konnten.

Unter organisatorischen Gesichtspunkten hat eine andere, vom Zentralinstitut geförderte Studie mit dem Titel „Struktur und Funktion der allgemeinmedizinischen Praxis“ – veröffentlicht als Band 10 der Wissenschaftlichen Reihe des Zentralinstituts – bundesweite Bedeutung erlangt. In dieser Studie wurde der Nachweis geführt, daß sich die Tätigkeit dieser heterogenen Arzt-Gruppe nach acht verschiedenen Praxistypen differenzieren läßt. Die durch das Ergebnis dieser Studie eröffnete Möglichkeit einer Typisierung der Praxis ist nicht nur wegen der Analyse ihrer medizinischen Inhalte, sondern vor allem auch für die Lösung organisatorischer Probleme von erheblicher Bedeutung; als Beispiel sei hier nur die Einführung der EDV in die ambulante Praxis genannt.

Unter dem Titel „Multimorbidität in der Allgemeinpraxis“ veröffentlichte das Zentralinstitut bereits im Jahre 1976 einen Forschungsbericht, der wissenschaftlich gesicherte Aussagen zu dem Problem der sogenannten „Multimorbidität“ in der Allgemeinmedizin macht. Im Mittelpunkt stand die Frage, inwieweit das Wissen um das gehäufte gemeinsame Vorkommen bestimmter Erkrankungen das Verhalten des Allgemein-

arztes beeinflussen kann. Diese sehr methodisch ausgerichtete Studie war weniger dazu gedacht, Eingang in den Praxisalltag von Allgemeinärzten zu finden; sie sollte vielmehr im Bereich von Forschung und Lehre, das heißt an den Universitäten, zur Verbreiterung der Kenntnisse über das, was Allgemeinmedizin ist, dienen.

Ziel einer als „Koblenz-Studie“ bekanntgewordenen Untersuchung zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung im Regierungsbezirk Koblenz, über die anlässlich des 13. Kongresses für Allgemeinmedizin 1980 in Freiburg und auf einem internationalen Kongreß über Gesundheitsversorgung in Montreal berichtet wurde, war es, ein von der kassenärztlichen Abrechnung vollständig gelöstes Instrument zur Erhebung von Fakten und Aussagen zu entwickeln und zu testen. An Hand eines Fragebogens, bei dem ein von einem amerikanischen Forschungsinstitut entwickelter Bogen Pate gestanden hatte, wurden Einzelheiten aus den Arzt-Patienten-Kontakten bei 20 Prozent aller Allgemeinärzte in dem genannten Bezirk dokumentiert. Einerseits sollten Informationen über die Mitarbeit niedergelassener Ärzte bei der Durchführung solcher Untersuchungen gesammelt werden; andererseits sollte versucht werden, Einblick in die Gründe für die Inanspruchnahme bestimmter Ärzte und Praxen und die damit zusammenhängende Fluktuation der Patienten zu gewinnen. Ein weiterer interessanter Ansatz dieser Studie war die Prüfung der unterschiedlichen Einschätzung der Schwere eines gesundheitlichen Problems aus der Sicht des Arztes im Vergleich zu derjenigen des Patienten.

Im Rahmen der Förderung der Allgemeinmedizin versucht die unter dem Titel „Qualität ärztlicher Einrichtungen im ambulanten Versorgungsbereich“ als Band 18 der ZI-Schriftenreihe erschienene Studie, einen Beitrag zu der seit mehreren Jahren laufenden Diskus-

sion über die Beurteilung der Qualität ärztlichen Handelns zu leisten.

Die internationale Anerkennung der allgemeinmedizinischen Forschungsaktivitäten des Zentralinstituts wird auch deutlich in der Beteiligung des Zentralinstituts an einer vom Europa-Büro der Weltgesundheitsorganisation veranlaßten internationalen Studie über „Organisatorische Anforderungen an die primäre Gesundheitsversorgung“.

Die Niederlassungsgewohnheiten ändern sich

Wir müssen feststellen, daß die Zahl der Allgemeinärzte und der praktischen Ärzte seit 1966 bei insgesamt etwa 25 000 stagniert. Wegen der relativ hohen Ausscheidungsquoten und der im Vergleich dazu geringeren Zugänge bedeutet dies, daß der Anteil der Allgemeinärzte an der Gesamtzahl aller in eigener Praxis tätigen Ärzte ständig zurückgegangen ist und heute nur noch rund 45 Prozent beträgt. Gleichzeitig stieg der Anteil der Gebietsärzte um rund 70 Prozent, unter Einschluß beteiligter Krankenhausärzte sogar um mehr als 75 Prozent an.

Die Niederlassungsgewohnheiten jüngerer Ärzte in der letzten Zeit berechtigten jedoch zu der Hoffnung, daß sich der Anteil der Allgemeinärzte an der Gesamtzahl freipraktizierender Ärzte auf dem heutigen Niveau stabilisieren könnte oder sogar wieder leicht ansteigen wird. Analysiert man nämlich die Niederlassungsentscheidungen derjenigen Ärzte, die in den Jahren 1975 bis 1979 eine eigene Praxis gründeten – und dies hat das Zentralinstitut anlässlich eines Symposiums zum Thema „Allgemeinmedizin“ im vergangenen Dezember getan –, dann zeigt sich, daß der Anteil der Ärzte, die sich für die Allgemeinmedizin entscheiden, von Jahr zu Jahr zugenommen hat. Ich glaube, daß diese Entwicklung auch durch

die Förderungstätigkeit des Zentralinstituts beeinflusst ist. Im Jahre 1979 war es immerhin schon wieder knapp die Hälfte aller Ärzte, die sich in einer Allgemeinpraxis niederließen. Man stellt also bei der Entscheidung jüngerer Ärzte eine zunehmende Neigung zugunsten der Niederlassung in einer allgemeinärztlichen Praxis fest.

Dieser an sich positive Trend wird allerdings dadurch relativiert, daß zwischen 1975 und 1979 der Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung für Allgemeinmedizin nur etwa ein Viertel aller Ärzte ausmachte, die sich in einer Allgemeinpraxis niedergelassen haben.

Die Meinung der Bevölkerung

Unter Wertung aller gesammelten Erkenntnisse hat das Zentralinstitut im Rahmen seiner Förderungsmaßnahmen – und auch als Beitrag zu der auf diesem Ärztetag zu diskutierenden Problematik – versucht, die Einstellung der Bevölkerung und der jüngeren Ärzte zu dieser Weiterbildung zu analysieren. Ich möchte die jetzt vorliegenden vorläufigen Ergebnisse der Umfragen abschließend in vier Aussagen zusammenfassen:

- ① In einer repräsentativen Befragung äußerte eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung den Wunsch, einen persönlichen Hausarzt mit breiter Qualifikation und persönlicher Zuwendung zu haben, zu dem eine langjährige Bindung bestehen sollte.
- ② Die vor der Praxisgründung abgeleitete Weiterbildungszeit der Ärzte, die sich im Laufe der letzten Jahre niedergelassen haben, kommt diesem Wunsch der Bevölkerung nach einem breiten Qualifikationsspektrum insofern entgegen, als die Weiterbildung in der Regel auf mehreren Gebieten erfolgte. Sind nur kürzere Weiterbildungszeiten zurückgelegt, ist die Tendenz zu einer Konzentration auf die Fächer Innere Medizin und

Chirurgie deutlich, während andere Fächer daneben kaum berücksichtigt werden. Eine derartige zeitliche Konzentration geht zu Lasten der von den Ärzten selbst für wünschenswert gehaltenen Fächer Pädiatrie, Psychiatrie und Gynäkologie.

③ Im Prinzip wird die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit allgemeinärztlicher Weiterbildung von allen allgemeinärztlich tätigen Ärzten bestätigt. Dies gilt auch für solche Ärzte, die die geltende Weiterbildungszeit zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht absolviert haben; von ihnen macht lediglich jeder vierte inhaltliche Gründe gegen die derzeitige Weiterbildung geltend. Alle allgemeinärztlich tätigen Ärzte sprechen sich für die stärkere Betonung eines ambulanten Weiterbildungssteils aus. Im Durchschnitt wird eine allgemeinärztliche Weiterbildungsdauer zwischen 40 und 49 Monaten für angemessen gehalten.

④ Vorbehalte gegen bestimmte Berufsbezeichnungen für allgemeinärztlich tätige Ärzte werden durch die Bevölkerungsbefragung nicht bestätigt. Der praktische Arzt, dies stellte sich heraus, ist nach wie vor nicht nur der bekannteste Begriff, sondern gleichzeitig mit besonders hoher Wertschätzung verbunden. Weder mit der Bezeichnung „Arzt“, noch mit der Bezeichnung „Allgemeinarzt“ oder „Arzt für Allgemeinmedizin“ verbindet sich in der Bevölkerung eine besondere Wertvorstellung.

Meine geraffte Übersicht über die allgemeinärztlich orientierte Förderungstätigkeit der Stiftung Zentralinstitut ist beendet. Ich hoffe, ich konnte Ihnen deutlich machen, wie vielfältig sich unsere allein aus kassenärztlichen Mitteln unterhaltene Stiftung in diesem Bereich – neben ihren vielen anderen Aufgaben – engagiert mit dem Ziel, insbesondere durch Verbesserung und Verbreiterung der wissenschaftlichen Grundlagen der Allgemeinmedizin deren Fortbestand und Fortentwicklung zu sichern. □

Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung

Rechtliche Grundlagen der Ausbildung, der Weiterbildung sowie der Fortbildung für den Arzt und der Vorbereitungszeit für Ärzte auf die kassenärztliche Tätigkeit

Dr. jur. Jürgen W. Bösche,
Justitiar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

I.

Nach § 2 Abs. 1 BÄO (Bundesärzteordnung) bedarf derjenige, welcher in der Bundesrepublik Deutschland den ärztlichen Beruf ausüben will, der Approbation als Arzt. Nach Abs. 5 dieser Vorschrift ist die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde am Menschen unter der Bezeichnung Arzt. Die Definition der Ausübung der Heilkunde findet sich nicht in der Bundesärzteordnung, sondern leitet sich aus § 1 Abs. 2 HPG ab und bedeutet jede Tätigkeit zur Erkennung, Linderung und Heilung von Krankheiten im Rahmen der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung zwischenzeitlich entwickelten Grenzen.

Die *Ausbildung* zum Arzt ist strukturell in der Bundesärzteordnung selbst und in den Einzelheiten in der als Rechtsverordnung erlassenen Approbationsordnung für Ärzte, zuletzt in der Fassung vom 3. 4. 1979, geregelt. Bundesärzteordnung und Approbationsordnung sind Normen des Bundesrechts. Sie fließen aus der dem Bund nach Art. 74 Nr. 19 GG (Grundgesetz) zustehenden Kompetenz, die Zulassung zu Heilberufen zu regeln. Diese Kompetenz umfaßt die Beschreibung des *Berufsbildes* sowie die Normierung des *Ausbildungsganges* bis zur Erreichung des *Berufszieles*.

Die Erreichung des Berufszieles löst im Berufsangehörigen das Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG aus, welches ihm nicht nur garantiert, den Beruf, den Arbeitsplatz und die Ausbildungsstätte frei zu wählen, sondern auch den erwählten Beruf in Freiheit auszuüben. Für Berufe, deren Ausbildungsgang nur an staatlichen Einrichtungen möglich ist, trägt der Staat die Garantie der Ausbildungsstätte und des durch objektive Zugangsschranken nicht behinderten Ausbildungsganges (staatsgarantierte Berufsausbildung!). Nach gegenwärtigem Recht hat der approbierte Arzt, welcher die nach Bundesrecht geregelte Ausbildung ordnungsgemäß abgeschlossen hat, nunmehr das uneingeschränkte Recht auf die Ausübung der Heilkunde am Menschen.

Wesentlicher Bestandteil des Rechts auf Berufsfreiheit ist das Recht, die Funktion zu wählen, in welcher der Arztberuf ausgeübt wird. *Eine* Komponente im Arztberuf ist das Recht, ihn freiberuflich in eigener Niederlassung auszuüben. Diesem uneingeschränkt gewährten Recht steht derzeit lediglich die nach § 3 ZO-Ärzte vorgeschriebene 6monatige Vorbereitungszeit auf die *Zulassung zum Kassenarzt* insoweit entgegen, als der Freie Beruf des niedergelassenen Arztes als Kassenarzt nur nach Erfüllung dieser Zu-