

GESELLSCHAFT FÜR SOZIALEN FORTSCHRITT E.V.

Geschäftsführender Vorstand: Dr. J. DOEHRING, Präsident — Dr. H. O. MESSEDT, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Stellvertreter — Alfred SCHMIDT, Deutscher Gewerkschaftsbund, Stellvertreter — D. SCHEWE, Ministerialdirigent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung — Dr. G. ZWEIG, Direktor der Deutschen Girozentrale — Deutsche Kommunalbank. Erweiterter Vorstand: Professor Dr. G. W. BRÜCK — Dr. H. EHRENBERG, MdB — Dr. H. GEISLER, Minister für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Rheinland-Pfalz — Dr. J. MITTELSTEN SCHEID, Firma Vorwerk & Co. — Dr. W. NÖLLING, Senator für Gesundheit, Freie und Hansestadt Hamburg — H. ROEDE, Bundesminister für Bildung und Wissenschaft — H. SCHMIDT, MdB — W. STEINJAN, Ministerialrat im Bundesministerium für Wirtschaft — J. STINGL, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit — Wolfgang VOGT, MdB — H. LÜNENDONK, Ehrenmitglied

Geschäftsführung: Diplompolitologe H. EICHNER

53 BONN · MONSTERSTRASSE 17 · TELEFON 855242

Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

Eine empirische Untersuchung

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 40002
0 (4.2)

Projektleitung: Harald Eichner

Bearbeiter: Heide Berger

Rolf Neuhaus

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Teil I	
Situation und Berufsbild der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	3
1. Einleitung	3
2. Biographische Daten der Befragten	7
3. Das Berufsbild des Mediziners im allgemeinen sowie des Arztes im ÖGD im besonderen	15
3.1 Die Vorstellungen vom Beruf des Arztes im allgemeinen	15
3.2 Die Berufsvorstellungen des Arztes aus der Sicht der Öffentlichkeit und des Amtsarztes selber	20
3.2.1 Einschätzung von Sozialprestige durch die Bevölkerung	23
3.2.2 Einkommen und finanzielle Sicherung	27
3.2.3 Qualifikation kraft Ausbildung	27
3.2.4 Subjektive Befriedigung durch die Arbeit	28
3.2.5 Grad der Leistung	29
3.2.6 Arbeitsbedingungen	29
3.2.7 Statusprobleme und Rollenkonflikte der Ärzte im ÖGD	30
4. Verhältnis Arzt im ÖGD zu den niedergelassenen Ärzten bzw. Arztverbänden	41
5. Aufgaben des ÖGD	46
6. Neugestaltung des ÖGD	61
6.1 Legislative Voraussetzungen	61
6.2 Strukturelle Reform	63
6.2 Technologische Neuorganisation	68
7. Schlußbetrachtung	72

<u>Teil II</u>	Seite
Meinungen und Einstellungen der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Gesundheitserziehung	92
1. Einleitung	92
1.1 Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst	92
1.2 Fragenkomplexe und Hypothesen	93
2. Darstellung der Stichprobe	95
2.1 Alter und Geschlecht	95
2.2 Approbation und Eintritt in den öffentlichen Gesundheitsdienst	95
2.3 Ausbildung	96
2.4 Tätigkeit	97
2.5 Einzugsgebiet	98
3. Die Bedeutung der Gesundheitserziehung	98
4. Die Zuständigkeit für Gesundheitserziehung	101
4.1 Allgemeiner Anspruch der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	101
4.2 Selbsteinschätzung der Kompetenz	103
4.3 Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	107
4.4 Ärztliche Autorität	112
5. Praxis der Gesundheitserziehung	116
5.1 Vorstellungen über Gesundheitserziehung	116
5.2 Selbsteinschätzung der Qualifikation	118
5.3 Kapazität der Gesundheitsämter	121
5.4 Erfolg der Gesundheitserziehung heute	123
6. Aus- und Weiterbildung der Ärzte in Gesundheitserziehung	125
7. Zusammenfassung	129
8. Arzt und Gesundheitserziehung	131
8.1 Begriff und Funktion der Gesundheitserziehung	131
8.2 Arztberuf und Gesundheitserziehung	133
8.3 Arzt im ÖGD und Gesundheitserziehung	134
Literaturverzeichnis	169
Anhang	

Teil I: Situation und Berufsbild der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Einleitung

Anfang der 70er Jahre, als diese Untersuchung konzipiert wurde, war die Frage nach der Lösung des Nachwuchsproblems für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den 10 Ländern der Bundesrepublik und West-Berlin immer dringlicher geworden. Bis heute hat sich die Situation noch wesentlich verschärft. Immer häufiger wird vor einem baldigen Ende des ÖGD gewarnt: "Mit allem Nachdruck macht die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren¹⁾ darauf aufmerksam, daß in absehbarer Zeit, spätestens jedoch in fünf Jahren, mit einem Zusammenbruch ... gerechnet werden muß, wenn es nicht gelingt, für diese Tätigkeit qualifizierte Ärzte zu gewinnen. Infolge der ungünstigen Altersstruktur (Überalterung) werden im Laufe der nächsten fünf Jahre über ein Drittel der Leiter der Gesundheitsämter und der übrigen Ärzte in den Gesundheitsämtern aus dem aktiven Dienst ausscheiden..."²⁾.

Diese Feststellung ist um so gravierender, als schon heute viele Arbeitsplätze im ÖGD unbesetzt sind und es nicht mehr gelingt, einen normalen Arbeitsablauf zu garantieren.

So scheint man in einigen Bereichen des öffentlichen Lebens in die Funktion des ÖGD nicht mehr viel Hoffnung zu setzen. Beske³⁾ stellt z.B. fest, daß keine der großen politischen Parteien der Bundesrepublik weitreichende Aussagen zum Aufbau und zur Struktur des ÖGD machen. Wolff⁴⁾ zeigt an dem aktuellen Beispiel des Umweltschutzes, für den der ÖGD Aufgaben zu erfüllen hat, wie unbedeutend der ÖGD geworden ist:

- 1) 30. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz GmK) am 14. und 15.12.1972.
- 2) Aus der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB), in: Bundesgesundheitsblatt, 4, 1973, S.57 f.
- 3) Beske, F., Der öffentliche Gesundheitsdienst und die Parteien, in: Öffentliches Gesundheitswesen 35, 1973, S. 209-210.
- 4) Wolff, L., Die Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Hinblick auf den Umweltschutz, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 33, 1971, S.651-658.

"Es ist ... nicht verwunderlich, daß wegen des nicht genutzten Umweltschutzauftrages der 3. DVO andere Ressorts eine neue Gesetzgebung zum Umweltschutz entwickeln, die allerdings in den einschlägigen Sachgebieten die 3. DVO und den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht berücksichtigen. Darüber hinaus stellen wir fest, daß Gremien zum Schutz der Umwelt gebildet werden, in denen alle Ressorts, aber nicht der öffentliche Gesundheitsdienst vertreten sind. Es werden Fachinstitutionen, die nicht beim öffentlichen Gesundheitsdienst ressortieren, gegründet und entsprechend mit Mitteln ausgestattet, um die wissenschaftlichen Probleme des Umweltschutzes zu bearbeiten. Aufgabengebiete des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden von Verwaltung und Technik, ohne in Kommunikation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu stehen, bearbeitet" ¹⁾).

Die vorliegende Studie wurde denn auch konzipiert, um der steigenden Bedeutungs- und Funktionslosigkeit des ÖGD entgegenzuwirken, um herauszufinden, worauf die negative Einstellung dieser Institution gegenüber beruht, obwohl doch gerade der ÖGD in einem modernen Gesundheitswesen geeignet wäre, die immer schwieriger und komplexer werdenden Aufgabenstellungen zu bewältigen und den vielfältigen an unser Gesundheitssystem gestellten Anforderungen gerecht werden zu können.

Die als Grundlage dienenden Befragungen wurden bereits 1971 durchgeführt, konnten jedoch erst heute endgültig bearbeitet und in Form einer Studie herausgegeben werden. Dabei wurden die beiden getrennt durchgeführten Befragungen auch getrennt ausgearbeitet, da ein Einbau des so wichtigen Themas "Gesundheitserziehung" im ersten Teil, der sich mit den soziologischen, funktionellen und strukturellen Voraussetzungen des ÖGD beschäftigt, nicht möglich war. Eine inhaltliche Trennung erschien auch darum wichtig, weil das Thema Gesundheitserziehung ein Aufgabengebiet darstellt,

1) Wolff, L., a.a.O., S. 651 f.

das einmal einen immer wichtiger werdenden Stellenwert im Gesundheitswesen erlangt, zum anderen aber über den Begriff selbst bei Verantwortlichen so wenig Einigkeit besteht, daß eine begriffliche Definition notwendig wurde¹⁾.

Im ersten Teil dieser Studie wird anhand der empirischen Daten versucht, die Bedingungen herauszuarbeiten, die zu der negativen Einschätzung des ÖGD geführt haben. Zu berücksichtigen ist dabei, daß die Daten heute bereits vier Jahre alt sind; da aber wesentliche Veränderungen seither nicht zu verzeichnen sind - trotz der Erhöhung der Einkommen der Ärzte im ÖGD und der Bemühungen der AGLMB, Medizinstudenten durch Einzahlung ihres Studiums bzw. durch Umgehung des numerus clausus für eine Tätigkeit im ÖGD zu verpflichten²⁾, konnte bisher die Personalsituation nicht entscheidend verbessert werden -, vertreten die Verfasser die Auffassung, daß die gezogenen Rückschlüsse auch für die heutige Situation Gültigkeit besitzen.

Das heute wichtigste Problem des ÖGD ist der Nachwuchsmangel, dessen Ursachen ergründet werden sollten.

- Da insgesamt gesehen seit 1960 nur noch ganz wenige Mediziner in den ÖGD eingetreten sind, wurde zunächst untersucht, was die heute dort Tätigen bewogen hatte, in den ÖGD einzutreten, ob sie eine Gruppe sind, die durch Ausbildung bzw. Lebenslauf spezifische Voraussetzungen für diesen Beruf mit sich bringen.
- Danach wurde untersucht, warum heute weder ausgebildete Mediziner noch Medizinstudenten so wenig Neigung zeigen, in den ÖGD einzutreten.
- Wie sich aus der Vorauswertung der Befragung ergab, sind es zunächst die soziologischen Probleme, mit denen der im ÖGD tätige Mediziner konfrontiert wird. Statusprobleme,

- 1) Durch eine getrennte Bearbeitung der beiden Befragungen konnte auch der Anhang getrennt und damit eine bessere Übersicht erreicht werden.
- 2) Eine solche gezielte Nachwuchsförderung kann sich natürlich erst nach mehreren Jahren auswirken.

Frustrationserscheinungen und Rollenkonflikte ließen sich bei der Mehrheit der Befragten erkennen.

- Das Verhältnis von ÖGD und niedergelassenen Ärzten bzw. Arztverbänden, das ein wichtiges Kriterium auch für eine effektive Aufgabenerfüllung des ÖGD ist, wurde in einem gesonderten Punkt untersucht.
- Um den Standort des ÖGD in unserer Gesellschaft zu ermitteln, wurden die funktionellen, organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen einer Betrachtung unterzogen, die ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der Probleme des ÖGD spielen.

Besonderes Gewicht wurde in dieser Abhandlung auf das Berufsfeld des Mediziners im allgemeinen und die Gegenüberstellung von Berufsbild und Berufsausbildung der Mediziner im ÖGD im besonderen gelegt, um die Quelle der negativen Erscheinungen darzulegen. Sozialprestige, Einkommen, Befriedigung durch die Arbeit, Grad der Qualifikation und der Leistungen sind Punkte, die einer Bewertung unterzogen und mit der freipraktizierenden Ärzteschaft verglichen wurden. Alle diese Punkte zusammengenommen, ergaben ein übersichtliches Bild über die Situation des ÖGD heute und ließen Rückschlüsse zu, warum die Nachwuchssituation des ÖGD so desolat ist. Gleichzeitig boten sich Anhaltspunkte zur Reformierung des ÖGD, einer Reform, die bei den eigentlichen Gründen ansetzt und langfristig die Situation dieser so wichtigen Institution verbessert. Denn daß der ÖGD insgesamt gesehen eine wichtige Funktion in unserem Gesundheitswesen einnimmt, ist die Meinung aller Beteiligten.

2. Biographische Daten der Befragten

Bei der Auswertung der biographischen Daten wird versucht herauszufinden, ob sich anhand der Daten über Schulausbildung, Alter bei Reifeprüfung bzw. Entschluß zum Medizinstudium allgemeine Berufsvorstellungen oder spezifische Vorstellungen des Arztberufes eine Gruppe von Studenten herauskristallisiert, die besonders ansprechbar für einen späteren Eintritt in den ÖGD wären.

Zunächst kann anhand der Daten vermutet werden, daß es eine solche Gruppe nicht gibt, daß der Werdegang der Befragten zu der Ausbildung vergleichbarer Gruppen - auch anderer Ärzte - keine signifikanten Unterschiede aufweist. Trotz häufig fehlender Vergleichszahlen - dies muß ausdrücklich betont werden - lassen sich aber dennoch Rückschlüsse ziehen aufgrund von Erkenntnissen über gesellschaftliche Zusammenhänge der jeweiligen Zeit. So läßt z.B. das Ergebnis, daß ein Viertel der Befragten eine altsprachlich-humanistische Ausbildung genossen haben, trotz fehlender Vergleichszahlen den Schluß zu, daß sich die Gruppe damit nicht von anderen vergleichbaren Gruppen unterscheidet, wenn man bedenkt, daß das Bildungsideal der gehobenen sozialen Schichten im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts im allgemeinen humanistisch geprägt war.

Wenn bei der Frage, in welchem Alter eine Entscheidung für den Arztberuf erwogen bzw. beschlossen wurde, die größte Gruppe (68 %) den Zeitraum von 14 bis 19 Jahre nannte, so unterscheidet sich das nicht von anderen Medizinern; zumindest stellt auch Pflanz fest: "Künftige Medizinstudenten ziehen schon relativ früh während ihrer Schulzeit den Beruf des Arztes in Erwägung"¹⁾. Der definitive Entschluß, Medizin zu studieren, wurde lt. Befragung mit oder kurz vor Schulabschluß

1) Pflanz, M., Motivation: Amtsarzt, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 35, 1973, S. 147 bis 151.

gefaßt (52 % entschlossen sich zum Medizinstudium im Alter zwischen 17 und 19 Jahren)¹⁾, zu einem Zeitpunkt also, da eine definitive Berufsentscheidung getroffen werden muß.

Noch ein Ergebnis der Befragung unterstützt die Hypothese, daß die Ausbildung der Befragten keine Auffälligkeiten gegenüber Vergleichsgruppen zeigt: 52 %, d.h. mehr als die Hälfte, hatte bei der Berufswahl einen anderen Beruf gar nicht oder nicht ernsthaft in Erwägung gezogen. Dieses Ergebnis deckt sich in etwa mit der Zahl von Pflanz, der bei einer Befragung von Medizinstudenten 1963 feststellte, daß nur ein Drittel der Bewerber um einen Studienplatz im Fach Medizin überhaupt an einen anderen Beruf gedacht hat²⁾, und daß sich viele immer wieder um einen Studienplatz bemühen, selbst wenn sie jahrelang warten müssen³⁾.

Die Frage, ob Alternativberufe in die engere Wahl gezogen worden sind, beantworteten 45 % mit "Ja". Zunächst fällt auf, daß der am häufigsten genannte Alternativberuf offenbar der Lehrerberuf ist (22 % der Nennungen). Diese "Affinität zum Lehrerberuf" stellt auch die Untersuchung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit⁴⁾ als typisch für den Arztberuf fest, und Depner⁵⁾ bestätigt dies: Ein Drittel der befragten Studenten nannten diesen Berufs als mögliche Alternative. In der vorliegenden Befragung entschieden sich 21 % für den Beruf des Chemikers, Apothekers, Biologen, ein Ergebnis, das wiederum von der Untersuchung des BMJFG bestätigt wird: 21 % nannten hier ebenfalls

1) Ähnlich sind auch die Befragungsergebnisse von Depner, R., Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild, Stuttgart 1974, S.133, vgl. Tabelle 1.

2) Pflanz, M., a.a.O., S.147. Vgl. hierzu auch Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner, Schriftenreihe des BMJFG, Bd.11, Stuttgart 1973, S.27, wo ebenfalls festgestellt wird, "daß vor allen Dingen die Alternativberufsmöglichkeiten nicht als interessant oder als Notlösung angesehen werden."

3) Pflanz, a.a.O., S. 147.

4) BMJFG, a.a.O., S.27.

5) Depner, r., a.a.O., S. 134.

Tabelle 1:

Alter bei endgültiger Entscheidung, Medizin zu studieren

	Eigene Unter- suchung	Deutsche Medizin- student. ¹⁾		US-Medi- zinstu- dent ²⁾
Alter	Anzahl (%)	Anzahl (%)		Anzahl (%)
			Jünger als 10 J.	8
bis 15 Jahre	4	4,8	14 od. 15 Jahre	10
16 - 18 Jahre	42	39,6	16 od. 17 Jahre	26
19 - 21 Jahre	34	46,6	18 - 20 Jahre	41
22 - 24 Jahre	13	6,8	21 od. 22 Jahre	10
25 Jahre oder älter	7	2,4	23 Jahre oder älter	5
Insgesamt	100	100,0	Insgesamt	100
N	189	250	N	747

1) Depner, R., a.a.O., S.133

2) Rogoff, N., The Decision to Study Medicine, zit. in:
Depner, a.a.O., S.133

Biologie/Chemie. An dritter Stelle rangieren die Disziplinen Architektur, Ingenieurwesen, Bergbau (18 %), Disziplinen, die nach Depner sogar von über 50 % der Kliniker und einem Drittel der niedergelassenen Ärzte als Alternativen gesehen würden. Wenig attraktiv erscheint den Befragten die Zahnmedizin bzw. Veterinärmedizin (6 %), was wiederum mit der BMJFG-Untersuchung übereinstimmt: "Tier- und Zahnmedizin sind keine Alternativen"¹⁾.

Die Antworten auf die Frage, ob bestimmte Vorstellungen über die spätere Ausübung des Berufes zur Zeit der Berufswahl bestanden, decken sich zwar nicht vollständig mit dem Ergebnis von Pflanz, daß zu Beginn des Studiums eine starke Motivation zum Arztberuf bestehe, diese aber wenig spezifisch sei. Zu dieser Schlußfolgerung gelangt Pflanz aufgrund der Tatsache, daß die meisten Mediziner ihre Ausbildung mit dem Ziel beginnen, praktischer Arzt zu werden, dieser Wunsch jedoch während des Studiums in dem Maße schwächer wird, in dem andere Berufssparten kennengelernt werden²⁾. Bei der vorliegenden Befragung hatte bereits ein Viertel (25 %) definitiv geplant, Facharzt bzw. Fachzahnarzt zu werden (nahezu die Hälfte, 47 %, wollten Kinderarzt werden) und 24 % (nur 16 % ausschließlich) entschieden sich für den praktischen Arzt (Hausarzt)³⁾.

Jedoch ist die Feststellung, daß die Motivation fast ausschließlich auf die Ausbildung individualistischer Medizin von Arzt zu Patient gerichtet ist (auf dieses Problem wird -----

1) BMJFG, a.a.O., S. 27

2) Vgl. auch BMJFG, a.a.O., S. 53: "Die Absicht, das Berufsziel Allgemeinpraktiker anzustreben, verliert an Stärke im Verlauf der Ausbildung. Viele Studenten und auch noch Assistenten geben ihren anfänglichen Vorsatz, Allgemeinpraktiker zu werden, im Verlauf der Ausbildung auf." Vgl. auch "Infratest": Berufsabsichten und Motivationen deutscher Mediziner, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 36, 1974, S. 74 bis 77.

3) Bei dieser Frage ist jedoch zu berücksichtigen, daß sie auf Vorstellungen abzielt, die 30 bis 40 Jahre zurückliegen; es ist zu vermuten, daß man sich heute nicht mehr richtig daran erinnern kann.

später noch ausführlicher eingegangen) auch den Ergebnissen der vorliegenden Befragung zu entnehmen: nur 7% (2% ausschließlich) waren von vornherein zum Eintritt in den ÖGD entschlossen (90 % haben ihn bei der Befragung nach den Berufsvorstellungen nicht genannt). In einer bei Pflanz zitierten Befragung von Medizianalassistenten von Rohde aus den Jahren 1968/69, lehnten sogar 42 % eine unter der Bezeichnung "Amtsmedizin" subsumierte Tätigkeit ausdrücklich ab¹⁾.

Wenn auf die Frage nach "Idealen" 90 % keine Angaben machen (bei einer Untersuchung von Donike/Pittrich 1967/70, stehen im Vordergrund der Motive zur Wahl des Arztberufes humanitäre Aspekte, Interesse an Medizin, Streben nach finanzieller Sicherheit, Selbständigkeit und Unabhängigkeit²⁾) - auf diese Motive wird in einem anderen Zusammenhang noch eingegangen - so ist das heute insofern nicht mehr relevant, da entsprechende Vorstellungen der Befragten infolge langjähriger Berufsausübung sicher in einer derartigen Form abgeschwächt sind, daß ihre Nennung nicht mehr wesentlich oder erwähnenswert erscheint. Von den restlichen 10 % der Befragten wurden "Kranken helfen" mit 4 % und "Bekämpfung von Krankheiten" mit 2 % vorrangig genannt. Auch hier ist eine große Übereinstimmung mit der übrigen Ärzteschaft festzustellen.

In einem scheinen sich die Mitglieder des ÖGD jedoch von der übrigen Ärzteschaft zu unterscheiden: Der prozentuale Anteil an Ärztinnen ist sehr hoch, nahezu ein Drittel (31 %) der Ärzte im ÖGD sind Frauen, während lt. einer Statistik von 1970³⁾ der Anteil der weiblichen Ärzte in der Bundesrepublik nur 19,2 % beträgt, bei den Zahnärzten sogar nur 15,6 %.

1) Vgl. Pflanz, M., a.a.O., S. 148

2) Vgl. Pflanz, M., a.a.O., S. 148 und BMJFG, a.a.O., S.25

3) Vgl. Deininger, D., Statistik der Berufe des Gesundheitswesens, 1970, in: Bundesgesundheitsblatt, 13, 1973, S. 196ff.

Zusammenfassend läßt sich zu diesem Punkt feststellen, daß der ÖGD bei der Berufswahl bzw. den Berufsvorstellungen keine oder eine nur untergeordnete Rolle spielt, sehr häufig sogar abgelehnt wird. Das gilt sowohl für die im ÖGD tätigen Ärzte, für die anderen Ärzte als auch für die heute noch in der Ausbildung stehenden Mediziner¹⁾. Aus dieser Erkenntnis ergeben sich zwei Fragen:

- Warum ist der Beruf des Amtsarztes so wenig attraktiv, daß er bei der Entscheidung für ein bestimmtes Berufsziel von vornherein ausscheidet?
- Welche Gründe haben die heute im ÖGD Tätigen veranlaßt, diesen Beruf doch zu ergreifen?

Wenn man nun nach diesen besonderen Umständen forscht

- um mit dem zweiten Punkt zu beginnen -, läßt sich erkennen, daß ein großer Teil der heute im ÖGD tätigen Ärzte in den Nachkriegsjahren eingetreten ist, nach 1951 bis zum Zeitpunkt der Befragung 1971 haben sich kaum noch Ärzte in größerer Zahl um eine Einstellung in den ÖGD bemüht (lediglich 19 %). D.h., der Entschluß für eine Tätigkeit im ÖGD wurde wahrscheinlich durch Kriegs- bzw. Nachkriegsereignisse beeinflusst. Zunächst fällt bei der Untersuchung auf,

- daß 44 % der Befragten nicht unmittelbar nach dem Abitur mit dem Medizinstudium begannen²⁾ und von diesen wiederum zwei Drittel (28 % aller Befragten) Kriegs-, Wehr-, Reichsarbeitsdienst, Kriegsgefangenschaft und Haft als Gründe für die Verzögerung des Medizinstudiums nannten;

1) Vgl. Schöngart, K., Vorstellungen und Ziele der Studenten der Zahnmedizin, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 36, 1974, S. 756 bis 761, der ähnliche Ergebnisse auch bei der Befragung von Studenten der Zahnmedizin fand: Der Wunsch, freipraktizierender Zahnarzt zu werden, wurde von 97 % angegeben; von 224 Befragten nannten nur 4 den Jugendzahnarzt als späteren Berufswunsch.

2) Eine relativ hohe Zahl - 13 % machten keine Angaben zu dieser Frage; es kann vermutet werden, daß auch von diesen noch ein gewisser Prozentsatz nicht sofort mit dem Studium begann.

- weiterhin bemerkenswert ist die relativ hohe Zahl von Studienunterbechern (27 % der Befragten), wobei 23 % dies mit Kriegsdienst bzw. Kriegsgefangenschaft begründeten.

Diese Zahlen lassen den Schluß zu, daß Kriegs- und Nachkriegsjahre diese Ärzte in ihrer beruflichen Karriere bzw. medizinischen Ausbildung derart benachteiligten, daß der ÖGD ihnen im Gegensatz zur Niederlassung, Ausbildung zum Facharzt oder Tätigkeit im Krankenhaus als eine durchaus akzeptable Möglichkeit zur Berufsausübung erschien. Auch die Dienstverpflichtung zum ÖGD Ende der 30er Jahre scheint für einige ein Grund gewesen zu sein, in dieser Institution zu bleiben, zumal in der Nachkriegszeit das Geld für die weitere Ausbildung fehlte. Überdies war die Bezahlung junger Ärzte im Krankenhaus gering, die Niederlassung abhängig von der Zulassung durch Krankenkassen und Ärzteverbänden, sie bedeutete zudem ein großes finanzielles Risiko; der ÖGD dagegen bot Sicherheit, geregelte Arbeitszeit und Altersversorgung. Mit der Durchsetzung der Niederlassungsfreiheit und der besseren Bezahlung der Krankenhausärzte verliert konsequenterweise der ÖGD für die Mediziner einen großen Teil seiner Anziehungskraft, was sich auch deutlich in den gefundenen Zahlen widerspiegelt. Die Hypothese, daß Kriegs- und Nachkriegsjahre sich positiv auf den Ärztebestand auswirkten, während unter normalisierten Bedingungen der ÖGD seine Attraktivität verliert, scheint sich damit zu bestätigen.

Die häufig geäußerte Vermutung, die im ÖGD tätigen Ärzte stellten eine negative Auswahl unter den Ärzten dar, kann aufgrund der Auswertung der Benotung bei Physikum, Staatsexamen und Dissertation nicht bestätigt werden - obwohl auch hier Vergleichszahlen fehlen:

- 60 % der Befragten schlossen das Physikum mit gut (47 %) bzw. sehr gut (13 %) ab,
- Beim Staatsexamen waren es sogar 86 % (66 % gut und 20 % sehr gut),

- und bei der Dissertation waren es 31 % - das sind nahezu alle, die überhaupt eine Note angaben - (19 % gut und 12 % sehr gut).

Tabelle 2:

Abschlußnoten bei Physikum, Staatsexamen und Dissertation

Benotung	Physikum		Staatsexamen		Dissertation	
	N	%	N	%	N	%
1 (sehr gut)	24	13	37	20	23	12
2 (gut)	88	47	125	66	35	19
3 (befriedigend)	41	22	11	6	6	3
4 (genügend)	5	3	-	-	2	1
5 (mangelhaft)	-	-	-	-	-	-
6 (ungenügend)	-	-	-	-	-	-
keine Angaben	31	16	16	8	123	65

Damit soll nunmehr der zweite Punkt untersucht werden, nämlich die Frage, warum der ÖGD so wenig Anziehungskraft auf die Befragten und vermutlich auch auf die Medizinstudenten (die Untersuchung wird zeigen, daß das gleiche für fertige Ärzte im besonderen und für die Öffentlichkeit im allgemeinen ebenso gilt) ausübt, und daher als Berufsziel abgelehnt wird. Dieser Punkt ist jedoch so wichtig, daß weiter ausgeholt werden muß:

- über die Vorstellungen vom Beruf des Arztes im allgemeinen,
- über die Vorstellungen des Arztes im ÖGD aus der Sicht der Öffentlichkeit und des Amtsarztes selber sowie
- über das Verhältnis von niedergelassenen Ärzten und ihrer Berufsverbände zum Arzt im ÖGD.

3. Das Berufsbild des Mediziners im allgemeinen sowie des Arztes im ÖGD im besonderen

3.1 Die Vorstellungen vom Beruf des Arztes im allgemeinen

Wie aus anderen Untersuchungen hervorgeht, erhebt die freipraktizierende Ärzteschaft den Anspruch, im Gesundheitswesen eine Schlüsselposition einzunehmen, die alle anderen Gesundheitsberufe ihrer dominierenden Stellung unterordnet¹⁾. Dieses Selbstverständnis führt dazu, daß man sich

- als weitgehend allein sachverständig glaubt und
- diesen Sachverstand zum Maßstab in gesundheitspolitischen Fragen erklärt²⁾.

1) "Die Ärzteschaft betrachtet sich in dieser Diskussion als die gesellschaftliche Gruppe mit dem meisten Sachverstand, und sie führt diese Diskussion in erster Linie aus dieser Position heraus." So Weinhold in seinem Grundsatzzreferat auf dem Deutschen Ärztetag 1974.

2) Vgl. hierzu Rohde, J.J., Die Selbsteinschätzung des Arztes und seiner Einschätzung in der modernen Gesellschaft, in: H. Kaupen-Haas (Hrsg.) Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Abhandlungen zur Mittelstandsforschung, Heft 36, Köln/Opladen 1963, S.44.

Selbstverständnis entspringt in erster Linie dem individuellen Arzt-Patient-Verhältnis, der Vorstellung von einer Paargemeinschaft bzw. Ich-Du-Beziehung¹⁾, in der der Arzt der Fachmann im Sinne der oben erwähnten fachlichen Kompetenz, der Patient der Laie im Sinne eines Nicht-Wissens ist. Der Arzt trägt die Verantwortung für Gesundheit und Leben und übt damit auch eine partielle Macht über "seinen" Patienten aus. Seine Position bestimmt sich durch eine autoritätsbewußte, patriarchalische Fürsorge, die vom Patienten absolutes Vertrauen und Unterordnung fordert, ja ihn praktisch in die Rolle des Unmündigen abdrängt²⁾.

Aus dieser patriarchalischen Fürsorge des Arztes ergibt sich auch seine rollenmäßige Verpflichtung zur Uneigennützigkeit:

- er muß seine eigenen Interessen zurückstellen, wenn es die Interessen des Kranken erfordern³⁾,
- er muß sich der Gefahr einer Ansteckung aussetzen, d.h. der Arztberuf erfordert Idealismus⁴⁾.

1) Vgl. Wiebel, B., Zur Soziologischen Problematik ärztlichen Selbstverständnisses in unserer Gesellschaft, in: Engelheimer, M.-P., und B. Popkes (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971.

2) Auch H. Kaupen-Haas, zit. bei Depner, R., a.a.O., S.53, kommt zu dem Schluß, daß Ärzte am häufigsten von allen Verhaltensweisen "unbedingte Autorität" gegenüber den Patienten in Anspruch nehmen, und Wessen glaubt, daß es am bekömmlichen für Patienten sei, wenn diese möglichst wenig über ihre Krankheiten und die zu treffenden ärztlichen Maßnahmen erfahren.

3) Eines der Attribute ärztlicher Ethik, das in einer über 2000-jährigen ungebrochenen Tradition steht, lautet denn auch: "Ärzte lassen sich leiten von der Norm der Selbstlosigkeit und der Verantwortung für andere Menschen", vgl. Depner, a.a.O., S.9.

4) Vgl. z.B. Finzen, A., die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft, in: Engelheimer/Popkes, a.a.O., S. 51 bis 59.

Mit dem Beruf des Arztes sind eine Reihe von Verhaltenserwartungen und Wertvorstellungen verknüpft, die ihm einen gesellschaftlichen Ausnahmecharakter verleihen. Die Werte und Normen hat Talcott Parsons mit seinen "pattern variables" in eine soziologische Terminologie zu übersetzen versucht: "Gemeint ist die Beobachtung, daß in modernen industriellen Gesellschaften eine Berufsgruppe existiert, die sich auch ihrem eigenen Verständnis zufolge ausdrücklich nicht an dem in diesen Gesellschaften ansonsten universalen Prinzip der Verfolgung ökonomischer Eigeninteressen orientiert, sondern die im Gegenteil ihren Beruf als Dienst an der Allgemeinheit versteht und als dessen Basis die Nächstenliebe und die Verantwortung für die gesamte Gesellschaft ansieht"¹⁾.

Um diesen an ihn gestellten Forderungen gerecht zu werden, fordert der Arzt für seine Arbeit Selbständigkeit - auch im Sinne einer finanziellen Selbständigkeit -, Unabhängigkeit und Freiheit, d.h. auch das Freisein von Weisungsgebundenheit. In diesem Sinne ist auch die Forderung zu verstehen, daß Arzt und Patient eine Allianz eingehen gegen die Einmischung von Staat, Krankenhaus u.a., um das persönliche Verhältnis der Paargemeinschaft Arzt/Patient aufrechtzuerhalten bzw. wieder herzustellen, wo es im Laufe der Entwicklung verloren gegangen ist (z.B. im Krankenhaus)²⁾.

So sind auch die Klagen um den Verlust des ärztlichen Leitbildes als Angst vor dem Verlust von Status und Prestige zu verstehen, und die heftigen Angriffe gegen jeden, der den Abbau der besonderen "menschlichen" und "sozialen" Prestigeansprüche der Ärzte fordert, haben vor allem als Motiv das Bedürfnis nach Selbstschutz³⁾. Zu diesem Schluß kommt auch

1) Parsons, T., nach Depner, a.a.O., S. 5.

2) Vgl. Wiebel, B., a.a.O., S.37.

3) Vgl. Spiegel/Rösing, i.-S., Leitbilder als Motivationskomplexe, in: Engelheimer/Popkes, a.a.O., S. 15 bis 22, S. 17 und 19.

Depner, der bei der Untersuchung der Funktion des "Berufsethos" von Ärzten die beiden Thesen von Parsons und Freidson gegenüberstellte: Parsons argumentiert, daß "ärztliche Ethik funktional notwendig für die Regulierung des Binnenverhaltens von Ärzten und für die Anwendung moderner Medizin überhaupt ist, während Freidson die Funktion dieser Ethik in dem Streben sieht, die einmal erkämpften Privilegien nach außen zu rechtfertigen und zu sichern." Depners Untersuchungsergebnis ist, daß ärztliche Ethik vornehmlich von denen vertreten wird, die noch keine Ärzte sind, ... "daß Ethos kein genuines Merkmal des ärztlichen Berufes darstellt, sondern allenfalls als eine ... christlich-humanistische Grundhaltung anzusehen ist, die zudem nicht selten zur Rechtfertigung der eigenen Position statt zur Befriedigung der Bedürfnisse von Patienten eingesetzt wird"¹⁾.

So ist es auch zu verstehen, daß beim Ärztetag 1974 der Protest einer Gruppe von Ärzten ohne eingehende Information als "marxistisches" Gedankengut bezeichnet wird. Die Äußerung Weinholds in seinem Grundsatzreferat: "Die Ärzte wissen, daß einflußreiche politische Kräfte ihre Stellungnahme als Interessenvertretung abtun möchten... . Das glasklare und konsequente Programm der marxistischen Gruppe erfordert eine ebenso klare und konsequente Stellungnahme derjenigen, die anderer Meinung sind"²⁾, die von den Repräsentanten der organisierten Ärzteschaft mit Applaus aufgenommen wurde, ist symptomatisch für das zuvor zitierte Selbstschutzbedürfnis.

1) Depner, r., a.a.O., S. 11 und 126.

2) Weinhold, E.E., zit. bei: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, a.a.O., S. 17.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß sich das ärztliche Leitbild an folgenden Kriterien orientiert:

- fachliche Alleinkompetenz resultierend aus
 - wissenschaftlicher Untermauerung des ärztlichen Handelns (verstärkt durch nicht geringe Erfolge in der wissenschaftlichen Medizin und die in der heutigen Gesellschaft besonders ausgeprägte Wissenschaftsgläubigkeit¹⁾),
 - Qualifikation kraft Ausbildung
 - und der fachlichen teilweisen Unwissenheit über medizinische Probleme des Patienten²⁾.
- Die totale Verantwortung für Gesundheit und Leben macht den Arzt in der Paargemeinschaft des
 - Arzt-Patient-Verhältnisses
- zur fürsorgerischen Vaterfigur, die vom Patienten
 - absolute Unterordnung,
 - absolutes Vertrauen und
 - zumindest in medizinischen Problemen Unmündigkeit fordert, sowie die
 - Anerkennung der ärztlichen Autorität³⁾.

1) Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, a.a.O., S.13, nennt das Streben nach naturwissenschaftlich "exakten" Erkenntnissen einen "dominierenden kulturellen Faktor unserer Gesellschaft in diesem Jahrhundert".

2) "Wissenschaftlicher Sachverstand ist der Form medizinischen Wissens und Könnens ist die *differencia specifica* des modernen Arztberufes". Rohde, J.J., a.a.O., S. 47.

3) Vgl. hierzu auch Rohde, J.J.; "Der die Selbsteinschätzung entscheidend bestimmende Autoritätsanspruch leitet sich zunächst her vom Sachverstand, den andere als Ärzte eben nicht besitzen, und der die rationale Legimitationsbasis dafür abgibt, daß sich der Patient dem Urteil und den Anweisungen des Arztes zu unterwerfen hat."

Konsequenterweise muß der Arzt für seine verantwortungsvolle Arbeit

- Selbständigkeit (auch und besonders in finanzieller Hinsicht) sowie
- Unabhängigkeit der Entscheidung und
- Freiheit auch im Sinne eines Nicht-Weisungsgebundenseins fordern.

Dieser Freiheit und Unabhängigkeit bei der Ausübung des Arztberufes schreibt auch Rohde eine entscheidende Rolle im Selbstbild des Arztes zu: "Selbst die Position eines leitenden Arztes im Krankenhaus (ganz zu schweigen von den Positionen nachgeordneter Ärzte) scheint ihre Attraktivität zu verlieren, wenn sie auf eine Funktion innerhalb einer Autoritätshierarchie beschränkt und der freien Praxis beraubt wird"¹⁾.

Im folgenden Abschnitt soll die Hypothese untersucht werden, daß der Arztberuf innerhalb der Verwaltungshierarchie des ÖGD seine Attraktivität zum Teil dadurch eingebüßt hat, daß er in vielen Fällen dem geschilderten Berufsbild des Mediziners nicht mehr entspricht.

3.2 Die Berufsvorstellungen des Arztes aus der Sicht der Öffentlichkeit und des Amtsarztes selber

Der Arzt im ÖGD steht vor dem grundsätzlichen Dilemma zweier sich widersprechender Positionen

- als Arzt - als der er sich primär betrachtet (er ist auch weiterhin Zwangsmittglied der Ärztekammer) - unterliegt er dem ärztlichen Standesrecht, er ist rollenmäßig dem oben skizzierten Leitbild bzw. den für die freiberuflich tätigen Ärzte geltenden Grundsätzen verbunden, mit

¹⁾ Rohde, J.J., a.a.O., S. 44. Daß dieser Wunsch nach Unabhängigkeit und Freiheit in der Berufsausübung dominierend ist, zeigt eine Befragung von Studenten der Zahnmedizin; vgl. Schöngard, K., a.a.O., S. 759.

der Forderung nach Unabhängigkeit, Freiheit, Selbständigkeit, Wahrung des Berufsgeheimnisses und des Arzt-Patient-Verhältnisses;

- als Beamter ist er eingebettet in eine hierarchische Ordnung, in ein besonderes Laufbahnsystem: er ist nicht frei in seinen Entscheidungen, sondern weisungsgebunden, er unterliegt dem Beamtenrecht und er hat "besondere im Beamtenrecht festgelegte Verpflichtungen seinem Dienstherrn gegenüber"¹⁾.

Daraus resultiert die Forderung des Amtsarztes nach einer Sonderstellung:

- Innerhalb der Beamtenschaft fordert er eine Sonderlaufbahn²⁾ mit entsprechender Vergütung und uneingeschränkter Möglichkeit der Nebentätigkeit,
- innerhalb der Ärzteschaft fordert er die Einführung einer besonderen Fachbezeichnung: "Arzt im ÖGD" oder "Arzt für Sozialmedizin"³⁾.

Er will also eine funktionale Zwischenposition erreichen, die ihn von den anderen Ärzten, stärker noch vom Beamtentum abgrenzt, eine Zwischenposition, die eine veränderte statusmäßige Einschätzung durch den Arzt selber und auch durch die Bevölkerung bewirken soll.

Die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes zeichnet sich durch die Heilkunde an einzelnen Menschen aus, durch das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis, auf das er während

1) Vogel, H.R., Sozialbedingte Krankheiten und sozialhygienische Maßnahmen als Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens, Baden-Baden 1975, unveröffentlichtes Manuskript, S.7.

2) Göttsching, Ch., Der Amtsarzt innerhalb der Verwaltung - Strukturprobleme des Gesundheitsamtes der Zukunft, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S. 123 bis 126, S.124.

3) Hopf, E.J., Eingangsreferat, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S. 112.

seiner Ausbildung primär ausgerichtet wurde. Der Amtsarzt dagegen

- entscheidet über gesundheitspolitische Maßnahmen, die die gesamte Bevölkerung betreffen,
- ist Fachkoordinator für alle Gesundheitsfragen,
- Querkoordinator im Rahmen der Gesundheitsverwaltung,
- Gesundheitsdezernent, der für das gesamte Gesundheitswesen eines Kreises einschließlich des Krankenhauswesens zuständig ist¹⁾.

Diese andersartige Funktion des Arztes im ÖGD hat zwei Folgen für seinen Beruf:

- Als Mediziner möchte er kurativ tätig werden und zwar durchaus im Sinne der Paargemeinschaft Arzt/Patient; das geht aber wegen der durchaus unterschiedlichen Funktionen nicht. Erste Folge: Er ist unzufrieden.
- Die Bevölkerung sieht den im ÖGD tätigen Mediziner nicht als Arzt an, Status und Sozialprestige rangieren weit unter denen der niederglassenen Ärzte. Gelegentlich kann man Äußerungen in der Bevölkerung hören: "Der ist ja kein richtiger Arzt, der ist ja n u r Amtsarzt"²⁾.
Zweite Folge: Statusprobleme.

Diese Statusprobleme der Ärzte im ÖGD zeigten sich auch deutlich in dem Ergebnis der vorliegenden Befragung. Um zu einem differenzierten Ergebnis über die statusmäßige

1) Vgl. Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S. 109 bis 111, S.110.

2) Diese negative Einstellung der Bevölkerung gegenüber dem Arzt im ÖGD resultiert aus verschiedenen Gründen: Historisch gesehen wurde der Arzt im ÖGD bis zur Jahrhundertwende als "Armenarzt" betrachtet; danach setzte eine Entwicklung ein zugunsten des Ansehens des Amtsarztes. Heute ist die Minderbewertung sicherlich auch zurückzuführen auf das veränderte Bewußtsein gegenüber dem Staatsdienst und seinen Ordnungsfunktionen. Ganz allgemein hat der Staatsdiener an Sozialprestige verloren. Eine weitere Rolle spielt die Verbindung von Gesundheitsamt mit polizeiärztlichen Eindrücken, mit Impfungen, amtsärztlichen Untersuchungen und dem "üblichen Behördenmief". Vgl. Vogel, H.R., a.a.O., S. 3 und 8.

Einteilung der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Ärzteschaft zu gelangen, wurden bestimmte Dimensionen, die das Prestige einer Gruppe bestimmen, abgefragt:

- Einschätzung von Sozialprestige durch die Bevölkerung
- Einkommen
- finanzielle. Sicherung
- Qualifikation kraft Ausbildung
- subjektive Befriedigung durch die Arbeit
- Grad der Leistung
- Arbeitsbedingungen
 - Freizügigkeit
 - Vielseitigkeit.

3.2.1 Einschätzung von Sozialprestige durch die Bevölkerung

Bei der Einschätzung von Sozialprestige durch die Bevölkerung wurden die Ärzte im ÖGD gefragt, wie die Öffentlichkeit nach ihrer Meinung ihren Beruf im Vergleich zu anderen Medizinberufen einstuft. Die Frage zielt auf die Selbsteinschätzung der Ärzte und stellt damit einen Gradmesser für ihre Berufszufriedenheit dar¹⁾.

Besonders großes Prestige besitzen:

- leitende Ärzte: 42 (22 %) = Chefärzte, Klinikchefs, leitende Ärzte
- Fachärzte: 19 (10 %) = Facharzt allgemein
32 (17 %) = Chirurgen
- prakt. Ärzte: 27 (14 %) = praktischer Arzt, Praktiker, Arzt in freier Praxis
- Ordinarien: 25 (13 %) = o. Professor, Hochschullehrer, hab. Kollegen

1) Zur Problematik der Einschätzung des ärztlichen Berufsprestiges im allgemeinen vgl. die interessante Abhandlung von J.J.Rohde. a.a.O.

- Krankenhausärzte: 17 (9 %) = ohne leitende Ärzte.

Am unteren Ende der Prestigeskala dagegen stufen sich die Ärzte im ÖGD selbst ein:

42 = (Zahn) Arzt im ÖGD, Behördenarzt, beamteter Arzt,
Angehöriger des öffentlichen Dienstes, Stadtarzt

18 = Vertrauensarzt

17 = Amtsarzt

3 = Verwaltungsmediziner, Schreibtischmediziner

2 = nachgeordneter Arzt im ÖGD.

Das sind insgesamt 92 (49 %) Nennungen. Zum Vergleich s. Tabelle 3¹⁾.

1) Vgl. Depner, ., a.a.O., S. 137. Diese Tabelle erwähnt zwar den Arzt im ÖGD nicht, bestätigt aber in noch differenzierterer Form, daß die Selbsteinschätzung des Sozialprestiges bei allen Arztgruppen einheitlich ist.

Tabelle 3: Die nach Meinung der Befragten in der Öffentlichkeit angesehensten
ärztlichen Richtungen (in %)

Studenten und MA (N = 110)	Praktische Ärzte (N = 40)	Internisten (N = 55)	Gynäkologen und Chirurgen (N = 45)
<u>1. Stelle</u>			
Chirurg 68,2	Chirurg 77,5	Chirurg 83,6	Chirurg 75,6
Internist 13,6	Prakt.Arzt 10,0	Internist 14,6	Internist 11,1
Prakt.Arzt 10,9	Internist 5,0	Gynäkologe 1,8	Prakt.Arzt 8,9
Sonst. 7,3	Sonst. 7,5	Sonst. -	Sonst. 4,4
<u>2. Stelle</u>			
Internist 33,6	Internist 35,0	Gynäkologe 43,6	Internist 42,2
Gynäkologe 23,6	Gynäkologe 22,5	Internist 32,7	Gynäkologe 24,4
Chirurg 12,7	Prakt.Arzt 20,0	Chirurg 14,5	Chirurg 20,0
Sonst. 30,1	Sonst. 22,5	Sonst. 9,2	Sonst. 13,4
<u>3. Stelle</u>			
Gynäkologe 30,9	Internist 25,0	Internist 25,5	Gynäkologe 35,6
Internist 20,9	Prakt.Arzt. 22,5	Gynäkologe 25,5	Internist 26,7
Pädiator 11,0	Gynäkologe 20,0	Prakt.Arzt 18,2	Prakt.Arzt 13,3
Sonst. 37,2	Sonst. 32,5	Sonst. 30,8	Sonst. 24,4

Insgesamt läßt sich also sagen, daß Ärzte im ÖGD annehmen, daß ihr Sozialprestige innerhalb der medizinischen Berufe von der Bevölkerung relativ niedrig eingestuft wird¹⁾, während Ärzte in leitender Position, deren Funktionen und Tätigkeit dem überkommenen Leitbild entspricht, auch das entsprechende Ansehen in der Bevölkerung genießen. Die Einstellung zum praktischen Arzt dagegen, dessen Tätigkeit durchaus auch dem Leitbild entspricht, ist ambivalent: 27 Befragte (14 %) glauben, daß er das höchste Ansehen innerhalb der Arztberufe in der Bevölkerung genießt, aber auch 10 Befragte (5 %) nannten ihn bei der Frage nach der "am wenigsten geachteten Berufsgruppe"²⁾.

-
- 1) Dies ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, "daß das Prestige von Ärzten wesentlich dadurch bestimmt wird, wie es ihnen gelingt, in der Öffentlichkeit als Experten für die Heilung und Behandlung von Krankheiten angesehen zu werden...". Depner, R., a.a.O., S. 96. Dies ist auch ein Grund für das hohe Ansehen, das Fachärzte genießen.
 - 2) Das BMJFG stellte bei seiner Befragung fest, daß die Allgemeinpraktiker selber am geringsten in ihrem Beruf einen "unter Kollegen angesehenen" Beruf sehen, a.a.O., S.32. Ähnlich sind auch die Ergebnisse von Depner, a.a.O., S.96: "Nur etwa 10 % der Studenten bzw. Chirurgen und überhaupt keine Internisten meinen, dem Praktiker gebühre der erste Rang" (auf der Prestigeskala ärztlicher Berufe); auch an zweiter Stelle taucht er unter den von diesen drei Gruppen am häufigsten genannten Richtungen nicht auf, und nur 18 % der Internisten bzw. 13 % der Chirurgen und Gynäkologen meinen, er stünde dem Ansehen nach an dritter Stelle. Diese Zahlen lassen aber kaum einen Zweifel an der nicht gerade hohen Meinung der Studenten und Fachärzte über ihre als Allgemeinpraktiker tätigen Ärzte.

3.2.2 Einkommen und finanzielle Sicherung

Die Einschätzung des Prestiges hängt sicherlich mit der Einschätzung des Einkommens zusammen: 116 Befragte (das sind 90 % aller, die auf diese Frage geantwortet haben), zählen sich selber zu der am schlechtesten bezahlten Berufsgruppe, während leitende Ärzte (51 = Chefarzt, Klinikchef usw.) und niedergelassene Ärzte (23 = praktischer Arzt, 6 = niedergelassener Facharzt) nach Ansicht der Befragten das größte Einkommen haben.

Für die finanziell am besten gesicherte Gruppe halten viele der Befragten sich selbst: mehr als 25 % oder 50 Befragte nannten den Arzt im ÖGD. 38 mal wurde der leitende Arzt im Krankenhaus genannt, 12 mal der niedergelassene Arzt und 27 mal der Facharzt. Die Einigkeit über die finanzielle Sicherung des Arztes im ÖGD scheint jedoch nicht durchgängig zu sein: immerhin waren 28 Befragte der Meinung, der Arzt im ÖGD sei finanziell schlecht gesichert. Dieser scheinbare Widerspruch läßt sich dadurch erklären, daß nachgeordnete angestellte Ärzte im Gesundheitsamt nicht die Möglichkeit haben, das reguläre Einkommen durch Nebentätigkeiten (Gutachten) zu verbessern. Insgesamt gesehen ist die Stellung im ÖGD unsicherer als die der beamteten Ärzte. Sie können nicht in leitende Positionen aufsteigen, da Amtsärzte und ihre Vertreter immer Beamte sind; häufig sind es angestellte Ärztinnen, die nur eine Halbtagsbeschäftigung haben, weil keine Planstellen vorhanden sind. Ihr Einkommen und ihre Rechte sind entsprechend eingeschränkt.

3.2.3 Qualifikation kraft Ausbildung

Die Antworten auf die Frage nach der qualifiziertesten bzw. unqualifiziertesten Ausbildung decken sich mit den Vorstellungen über das allgemeine ärztliche Berufsbild: 95 Befragte, das sind 50 %, geben entweder keine Antwort (62) oder halten die Qualifikation ganz allgemein für eine Voraussetzung der Ausübung des ärztlichen Berufes (33). Ähnlich

sind die Antworten auf die Frage nach der unqualifiziertesten Ausbildung gelagert: 130 Antworten enthalten sich entweder des Urteils (98) oder halten die Frage für "nonsens", da es keine unqualifizierten Ärzte gebe (32). Das heißt aber nichts anderes, als daß eine hochqualifizierte Ausbildung als Voraussetzung für den Arztberuf angesehen wird und es zum Selbstverständnis des Arztes gehört, sich selbst als hochqualifizierten Fachmann einzuschätzen. Wie wichtig man seine eigene Tätigkeit beurteilt, zeigt immerhin die Tatsache, daß 36 Antworten auf die Frage nach der qualifiziertesten Ausbildung auf den Amtsarzt (24), den Arzt im ÖGD, Gesundheitsamt usw. entfallen, während bei der unqualifiziertesten Ausbildung der Amtsarzt überhaupt nicht genannt wird. Hier entfällt die größte Zahl der Antworten auf den praktischen Arzt (22) und einige in Behörden und behördenähnlichen Institutionen tätigen Ärzte. Es ist also vor allem der Amtsarzt, dessen Tätigkeit nach Meinung der Befragten hohe berufliche Qualifikation erfordert, während andere im ÖGD tätige Ärzte anscheinend nur eine Spezialistenrolle spielen.

3.2.4 Subjektive Befriedigung durch die Arbeit

Die Frage nach der subjektiven Befriedigung durch die ausgeübte Tätigkeit - eine Schlüsselfrage in der Beurteilung der Berufszufriedenheit des im ÖGD tätigen Arzt überhaupt - scheint die Hypothese, daß die Ärzte im ÖGD unzufrieden sind, dadurch zu bestätigen, daß ein großer Teil überhaupt nicht darauf antwortet (74 nach der am meisten befriedigenden Arbeit und 83 nach der am wenigsten) oder einer Antwort ausweicht, indem man sich auf die allgemeine Position zurückzieht, daß Zufriedenheit bzw. Nichtzufriedenheit ganz allein vom einzelnen Arzt abhängt, dies also keine von Institutionen oder Funktionen beeinflusste Komponente darstellt. Von denen, die eine Antwort geben, halten die meisten die Arbeit im ÖGD bzw. in irgendeiner Verwaltung für am wenigsten und die des

Facharztes, besonders des freipraktizierenden, des Krankenhausarztes und des Chirurgen für am meisten befriedigend. Ein - zwar nur geringer - Teil der Befragten macht zudem subjektive Zufriedenheit davon abhängig, ob man als Arzt kurativ oder therapeutisch tätig ist ("echte ärztliche Tätigkeit") oder "nur präventiv", ohne Kontakte zum Menschen ("Schreibtischarzt").

3.2.5 Grad der Leistung

Im Gegensatz zur Einschätzung der Qualifikation des praktischen Arztes glaubt mehr als ein Drittel der Befragten (65), daß er am meisten arbeitet, daneben wird noch relativ häufig der Landarzt (11) genannt sowie der Chirurg (10). Auffallend ist jedoch auch bei dieser Frage, daß ein großer Teil keine Antwort gibt (69) bzw. sich auf die unverbindliche Position zurückzieht, daß das auf den einzelnen Arzt selbst ankomme. (21). Die gleiche Position wird bei der Beantwortung der Frage, wer am wenigsten arbeitet, bezogen: hier geben sogar 102 (über 50 %) keine Antwort und 23 glauben, daß es vom einzelnen Arzt abhängt. Von dem relativ geringen Rest halten immerhin noch 18 Befragte die Ärzte in Behörden oder behördenähnlichen Institutionen (neben einigen Fachärzten) für die am wenigsten arbeitende Arztgruppe.

3.2.6 Arbeitsbedingungen

Zum Schluß wird die Frage nach den Arbeitsbedingungen untersucht. Hier scheint der niedergelassene Arzt am günstigsten abzuschneiden: Er genießt die größte Freizügigkeit (55, das sind 50 % der spezifizierten Antworten) und hat die vielseitigste Arbeit (54, fast 40 % der spezifizierten Antworten). Große Freiheiten genießen auch leitende Ärzte und Ordinarien, die geringsten Entfaltungsmöglichkeiten die Ärzte im ÖGD, die nichtleitenden Krankenhausärzte und die Assistenzärzte. Dafür wird den Ärzten im ÖGD von einem

großen Teil der Befragten vielseitige Arbeit bescheinigt (mit 57 Nennungen rangieren sie sogar vor dem praktischen Arzt), während der Facharzt, bedingt durch die Spezialisierung, und besonders der Vertrauensarzt einseitige Arbeit zu verrichten hat.

Faßt man nun das Ergebnis der Befragung zusammen, so läßt sich feststellen, daß in der Meinung der Befragten die Punkte: "Sozialprestige", "Einkommen", "Befriedigung durch die Arbeit", "Grad der Leistung" und "Arbeitsbedingungen" für den Arzt im ÖGD negativ besetzt sind. Lediglich bei den Dimensionen "finanzielle Sicherung" und "Qualifikation kraft Ausbildung" wird der eigene Beruf positiv eingeschätzt. Für den Amtsarzt sieht zwar das Berufsbild ein wenig positiver aus als für die nachgeordneten und angestellten Ärzte im ÖGD, da er relativ mehr Abwechslung im Beruf hat, innerhalb des Gesundheitsamtes mehr Achtung genießt, bedingt durch die höheren Anforderungen, die im Gegensatz zu den anderen ärztlichen Mitarbeitern an seine Ausbildung gestellt werden, und durch Nebeneinnahmen ein relativ hohes Einkommen hat¹⁾. Jedoch sind auch für ihn die Dimensionen "Bezahlung", "Achtung", "Freizügigkeit" und "Berufszufriedenheit" im ganzen gesehen negativ ausgeprägt.

3.2.7 Statusprobleme und Rollenkonflikt der Ärzte im ÖGD

Die Hypothese, daß Ärzte im ÖGD infolge dieser negativen Zuordnung Statusprobleme haben, daß sie unzufrieden sind und sich gegenüber der übrigen Ärzteschaft benachteiligt fühlen, scheint sich zu bestätigen. Einen zusammenfassenden Überblick gibt das Schaubild 1. Hier sind die positiven und negativen Nennungen auf allen acht Statusdimensionen für die genannten ärztlichen Berufsgruppen jeweils zusammengefaßt dargestellt. Dadurch ergibt sich ein ungefähres Bild von dem hierarchischen Gefälle der Arztberufe. Die Zahl der Nennungen insgesamt - ablesbar an der Länge der Balken -

1) Auch Wittgen, Gesundheitsfürsorge, München 1965², S.78, meint, daß der leitende Amtsarzt in den meisten Stellen nicht unerhebliche Nebeneinnahmen habe.

Schaubild 1: Status ärztlicher Berufsgruppen

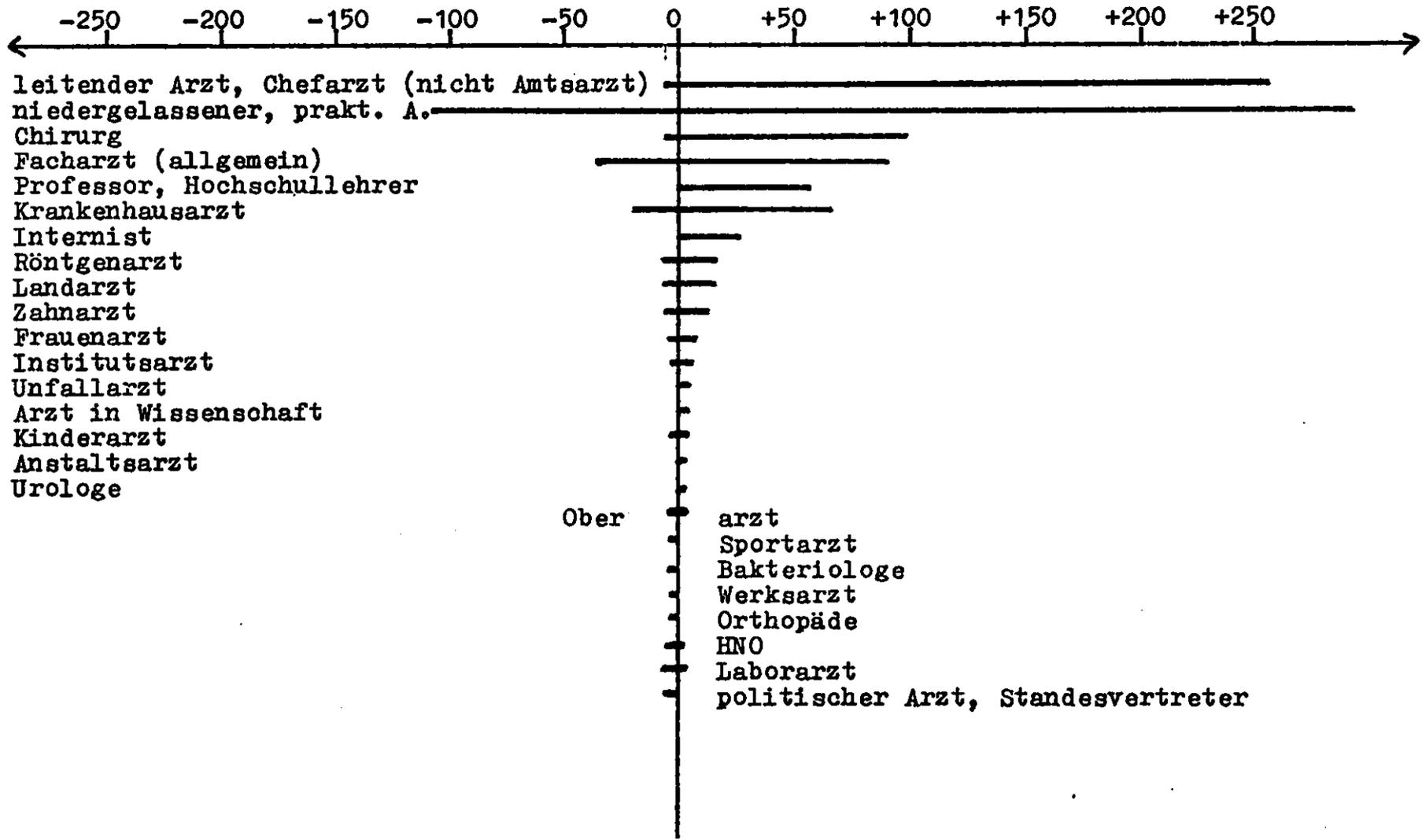
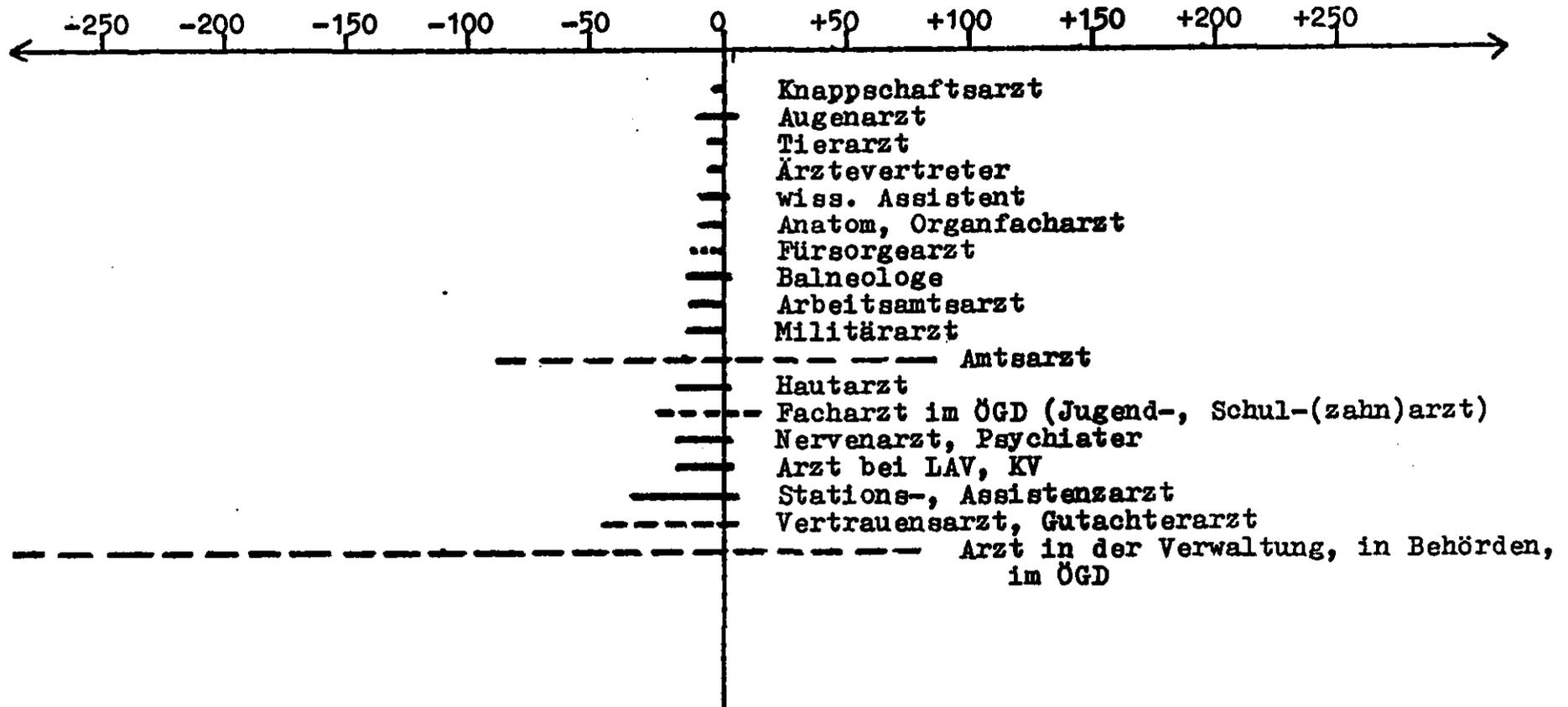


Schaubild 1 (Fortsetzung): Status ärztlicher Berufsgruppen



ist ein Indikator dafür, wie extrem die einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Gesamthierarchie der Arztberufe von der Mitte abweichen: je länger der Balken, umso extremer ist der Status der Berufsgruppen-Angehörigen. Das Schaubild zeigt auch ambivalente Berufsgruppen auf: je mehr positive Nennungen zugleich für eine Berufsgruppe gebraucht wurden, umso wichtiger ist, die einzelnen Statusdimensionen zu berücksichtigen, um mögliche Inkonsistenzen zu ermitteln. Im Schaubild sind außerdem die Differenzen zwischen der Zahl der positiven und der negativen Nennungen berücksichtigt: je positiver diese Differenz ist, umso weiter oben und je negativer die Differenz, umso weiter unten ist die Berufsgruppe eingetragen. Die Bezeichnungen für die Berufsgruppen, die per Saldo ein positives Bild ergeben, sind links und die mit negativem Bild rechts von der Mitte vermerkt.

Die Berufsgruppen innerhalb des ÖGD sind als gestrichelte Balken besonders hervorgehoben. Dabei wurde zwischen "Amtsarzt", "Facharzt im ÖGD", "Vertrauensarzt", "Fürsorgearzt" und einer Restkategorie, die als "Arzt in der öffentlichen Verwaltung" bezeichnet werden kann, unterschieden. Wie aus dem Schaubild zu ersehen ist, lassen sich die Befragten selbst in das untere Extrem der Statushierarchie der Arztberufe einreihen. Die Hypothese, daß Ärzte im ÖGD Statusprobleme haben, wird hier eindeutig bestätigt.

Dieses Vorhandensein von Statusproblemen scheint sich auch im privaten Bereich der Ärzte im ÖGD zu zeigen: Bei der Frage nach dem erlernten Beruf des Ehepartners zeigte sich, daß nur 19 % der befragten Männer mit Frauen verheiratet sind, die einen Akademikerberuf erlernt haben¹⁾. Mehr als drei Viertel aller Ehefrauen haben keinen oder einen nicht-akademischen Beruf. Bei den befragten Ärztinnen sind allerdings fast alle Ehepartner Akademiker (95 %). Bei diesem Ergebnis ist jedoch zu berücksichtigen, daß es früher nicht

1) Insgesamt 10 % sind mit Ärztinnen verheiratet.

allgemein üblich war und gefordert wurde, daß Frauen einen akademischen Beruf erlernten, selbst wenn sie aus Akademikerfamilien stammten. Nur mit Hilfe von Zahlen über vergleichbare Ärztegruppen ließe sich die Hypothese von Statusproblemen im privaten Bereich bestätigen¹⁾.

Zieht man jedoch die Ergebnisse aus der Frage, welche Berufe die Personen haben, die zum engsten Freundeskreis zählen und ob sie am gleichen Ort oder anderswo wohnen, hinzu, so ist eine Schlußfolgerung, daß die Hypothese von Statusproblemen der Ärzte im ÖGD stimmt, eher zu ziehen. Denn hier zeigt sich, daß 14 % der Befragten keine ärztlichen Freunde haben und weitere 14 % keine ärztlichen Freunde, die am gleichen Ort wohnen, d.h. insgesamt 28 % der Befragten leben relativ isoliert von den übrigen Ärztegruppen²⁾. Nimmt man die 14 % Antworten hinzu, die überhaupt keine Freundschaften haben, dann zeigt sich, daß 42 % aller Befragten als Mediziner praktisch isoliert sind. Das scheint mit ziemlicher Sicherheit auf Statusprobleme hinzudeuten, besonders wenn man bedenkt, daß die überwiegende Mehrheit dem Statement "Eigentlich ist man als Arzt im ÖGD nur Beamter und nicht Mediziner" zurückweist und die meisten Befragten darüber hinaus eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den freipraktizierenden Ärzten wünschen.

1) Daß in letzter Zeit der Trend, einen gleich oder ähnlich ausgebildeten Partner zu wählen, immer stärker wird, geht aus der Befragung des BMJFG hervor. Besonders Assistenten haben feste Partner, die den Medizinberuf ausüben (bzw. in der Ausbildung sind) oder aus sonstigen medizinischen Berufen stammen (24 % Mediziner und 16 % aus sonstigen medizinischen Berufen). Es zeigt sich auch, daß Klinikärzte häufig mit Akademikerinnen verheiratet sind. Der Partner ist hier entweder selbst Mediziner oder übt einen Beruf im Bereich der Medizin (MTA, Krankenschwester) aus. Vgl. BMJFG, a.a.O., S. 42, s. Tab.4. Zu gleichen Ergebnissen kommt auch "Infratest", a.a.O., S.75, bei seiner Befragung von deutschen Medizinstudenten und Krankenhausärzten: "Die Ehepartner sich neu niedergelassener Allgemeinpraktiker haben zunehmend in der Medizin fußende Berufe wie Krankenschwester, MTA: Die Ehefrauen der Klinikärzte sind häufig Akademikerinnen."

2) Diese Hypothese gewinnt durch andere Befragungen noch an Gewicht. So stellt das BMJFG, a.a.O., S.43, fest, daß der Freundeskreis der Mediziner weitgehend auf Mediziner ausgerichtet ist.

Tabelle 4:

Ärzte, die einen festen Partner haben oder hatten

Beruf des Partners	Kliniker		Niedergelassen		
	Basis		als Facharzt	als Allgemein- praktiker	auf dem Land
	178		178	83	92
Mediziner	25 %		13 %	13 %	18 %
Sonstiger Beruf im Bereich der Medizin	19 %		28 %	33 %	29 %
Lehrberufe	13 %		6 %	8 %	8 %
Akademischer Beruf	13 %		9 %	14 %	7 %
Sonstiger Beruf/ohne	30 %		44 %	32 %	38 %
	100 %		100 %	100 %	100 %

Die Hypothese, daß die Tätigkeit im ÖGD beim Arzt Rollenkonflikte und Statusprobleme bewirkt, wird sowohl durch eine Reihe von Statements bestätigt, als auch durch die Frage, ob bzw. unter welchen Bedingungen man den eigenen Kindern den Beruf eines Arztes im ÖGD empfehlen könne. Zugrunde gelegt wurde dabei die Erkenntnis, daß der Arzt im ÖGD sich primär als Mediziner und erst sekundär als Beamter fühlt. Dementsprechend müßten vor allem die Kriterien abgelehnt bzw. bemängelt werden, die dem Berufsfeld des Mediziners widersprechen und eher durch die beamtenrechtliche Stellung des Arzts im ÖGD bestimmt sind. Hierbei fällt bei den Statements zunächst auf, daß der Arztberuf im ÖGD nach Meinung des größten Teils der Befragten seine Attraktivität gegenüber dem juristischen bzw. dem freien Arztberuf eingebüßt hat. Dem Statement: "Es ist eine Schande, wie wenig attraktiv der ÖGD gegenüber dem juristischen und dem freien Arztberuf ist", stimmen 80 % der Befragten zu, ein Zeichen dafür, wie unzufrieden man mit der arbeitsrechtlichen Situation im ÖGD insgesamt ist¹⁾.

Der überwiegende Teil der Befragten fordert, daß sich in allernächster Zukunft für die Bediensteten vieles ändern muß, daß die Aufgaben im ÖGD neu zu definieren sind²⁾ und daß eine baldige Umorganisation vorgenommen wird.

Diese Forderungen zielen auf eine umfassende Reform des ÖGD, von der man glaubt, daß sie die Situation des ÖGD und seiner Bediensteten verbessern könne. Was man im einzelnen als besonders reform- und änderungsbedürftig ansieht, läßt sich

1) Die gleichen Statusprobleme stellt auch Hippchen, P., Die Zukunft des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes, in: Öff.Gesundh.-Wesen, 33, 1971, S.82-93, für die Zahnärzte fest. S.86

2) Auf diesen Punkt einer Neufestsetzung des Aufgabenkatalogs soll später noch eingegangen werden.

an den Bedingungen ablesen, die nach Meinung von 102 der Befragten (54 %) zunächst erfüllt werden müssen, bevor man den eigenen Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen könne.

- Allgemeine Verbesserung der Besoldung (46 %), aber immerhin wünschen sich 20 % eine standesgemäße Bezahlung, d.h. an eine Angleichung an den Verdienst von freipraktizierenden Ärzten, Aufhebung des Gefälles zur Praxis und Klinik. Es zeigt sich deutlich, daß man sich standesgemäß unterbewertet fühlt.
- Bei den Aufstiegsmöglichkeiten ein ähnliches Bild: 16 % fordern hier eine allgemeine Verbesserung der und frühzeitigere Aufstiegchancen und 7 % wünschen sich eine gebührende Stellung, eine Verbesserung ihrer Stellung in der Verwaltungshierarchie. Auch hier wieder die Furcht, unterbewertet zu sein.
- Persönliche Entfaltungsmöglichkeiten bzw. bessere Arbeitsbedingungen werden zwar von einem großen Teil nicht genannt (84 bzw. 85 %), jedoch zeigt sich bei den Arbeitsbedingungen deutlich der Wunsch nach arztgerechter Betätigung: Jeweils 6 % wünschen von den nicht-ärztlichen Aufgaben entlastet zu werden bzw. mehr Möglichkeiten zu haben, als Arzt tätig zu sein¹⁾. Beklagt werden insbesondere Massenuntersuchungen, die als einförmig und sinnlos beschrieben werden. Sinnlos hauptsächlich bei Schul- bzw. Berufsschulabgängern, da diese Jugendlichen bei Eintritt in den Beruf ohnehin ärztlich untersucht werden und dem Arzt im ÖGD jegliche Verantwortung für die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe entzogen wird.
- Eine weitere Bedingung bezieht sich auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsamtes bzw. auf seine Strukturierung: 19 % fordern eine Anhebung des Ansehens auch in der Öffentlichkeit, was nach Meinung von 8 % dadurch

1) "Wenn sich die Kinder in ihren beruflichen und finanziellen Ansprüchen beschränken können."

erreicht werden kann, daß die Gesundheitsämter durch die Herauslösung aus der kommunalen Selbstverwaltung größere Eigenständigkeit und Unabhängigkeit erlangen und mit Hilfe neuer gesetzlicher Grundlagen der ÖGD neugestaltet und völlig umorganisiert wird (10%).

Trotz aller Kritik wird insgesamt gesehen von der Mehrheit der Befragten die Arbeit im ÖGD positiv bewertet und als sinnvoll angesehen. Mehr als die Hälfte meint, daß sie Massenerkrankung vorbeugt und daß sie als präventiv-medizinische Tätigkeit (51) - begleitet von wirkungsvoller Aufklärung der Bevölkerung (65) - großen Erfolg haben könne.

Wie auch aus den Tabellen 5 und 6, in denen die Fragen, ob und warum ein Verlassen des ÖGD erwogen wird bzw. wurde, mit der Frage korreliert wurden, ob man den Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen könne, ist man zwar mit seiner eigenen Position unzufrieden, sieht aber für den Fall von Reformen im ÖGD die Möglichkeit, das Berufsbild und Arbeitsfeld so zu gestalten, daß die Arbeit wieder attraktiv wird: Insgesamt 80 % aller, die Gründe angegeben haben (82 = 100 %), würden ihren Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen, aber nur unter Bedingungen (35 %) bzw. eingeschränkt (44%); lediglich 1 % uneingeschränkt. Bei denen, die ein Verlassen erwogen haben, würden sogar 85 % den Eintritt empfehlen: 6 % uneingeschränkt, 37 % eingeschränkt und 42 % unter Bedingungen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß unter den gegebenen Umständen der Arzt im ÖGD ausgesprochen unzufrieden ist, weil der ausgewählte Beruf den ursprünglichen und überkommenen Vorstellungen von der Tätigkeit eines Arztes widerspricht¹⁾.

1) Hopf, E.J., a.a.O., S. 114, stellt fest, daß die Motivation des Amtsarztes für seine Berufswahl und die Einstellung zu sich selbst und seiner Funktion häufig negativ und ohne rechte Befriedigung sei.

Tabelle 5: Angegebene Gründe, warum das Verlassen des ÖGD erwogen wurde bzw. wird, korreliert mit der Frage, ob man den eigenen Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen könne 1).

	Abraten	Eingeschränkt empfehlen	Empfehlen	Unter Bedingungen empfehlen	Insgesamt relevante Antworten
Keine Aufsteigsmöglichkeiten, Unterbewertung der Tätigkeit	9 57 % 11 % ²⁾	9 31 % 11 %	1 100 % 1 %	16 44 % 20 %	27 43 %
Besoldung unzureichend, Schwierigkeiten mit Besoldungsgesetz	4 25 % 6 %	10 34 % 12 %	- - -	8 22 % 9 %	22 27 %
Unärztliche Zumutung	1 6 % 1 %	2 7 % 2 %	- - -	2 6 % 3 %	5 6 %
Keine Fortbildungsmöglichkeiten	- - -	1 4 % 1 %	- - -	1 3 % 1 %	2 2 %
Schwerfällige Verwaltung, Abhängigkeit von Politikern, mangelnde Koordination	- - -	1 4 % 1 %	- - -	3 8 % 4 %	4 5 %
Willkür, Vorgesetzter unfähig	2 12 % 2 %	3 10 % 4 %	- - -	5 14 % 6 %	10 12 %
Insgesamt	- - -	3 10 % 4 %	- - -	1 3 % 1 %	4 5 %

-
- 1) Insgesamt 82 Antworten (100 %) waren hier relevant.
 - 2) Prozent aller Befragten die abraten, bzw. empfehlen usw. .
 - 3) Prozent aller relevanten Antworten; 82 = 100 %.

Tabelle 6: Frage, ob ein Verlassen des ÖGD erwogen wurde, korreliert mit der Frage, ob man den Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen könne 1).

	Abraten	Eingeschränkt empfehlen	Empfehlen	Unter Bedingungen empfehlen	Insgesamt relevante Antworten
Nie	- - -	16 ²⁾ 33 % 12 % ³⁾	6 86 % 5 %	16 29 % 12 %	38 29 %
Kein Grund	1 5 % 1 %	2 4 % 1 %	- - -	- - -	3 2 %
Umstände dagegen	3 15 % 2 %	2 4 % 2 %	- - -	4 7 % 3 %	9 7 %
Früher mal	4 20 % 3 %	11 23 % 9 %	- - -	11 20 % 8 %	26 20 %
Schon mal	8 40 % 6 %	9 19 % 7 %	1 14 % 1 %	13 24 % 10 %	31 24 %
Häufig	4 20 % 3 %	8 17 % 6 %	- - -	11 20 % 9 %	23 18 %
Insgesamt	20 15 %	48 37 %	7 6 %	55 42 %	130 100 %

-
- 1) Insgesamt 130 Antworten (100 %) waren hier relevant.
 - 2) Prozent aller Befragten, die abraten bzw. empfehlen usw. .
 - 3) Prozent aller relevanten Antworten (130 = 100 %).

Als Arzt möchte er die gleiche Freizügigkeit, Unabhängigkeit und Verantwortlichkeit haben, wie seine freipraktizierenden Kollegen. Sozialprestige und berufliche Anerkennung werden ihm nach seiner Meinung verweigert und entsprechend auch eine seiner Ausbildung angemessene Bezahlung, wobei er sein Einkommen nicht nur am Einkommen seiner Amtskollegen mißt, sondern auch an dem nichtakademischer Beamter in der Verwaltungshierarchie. Seine Bezahlung erlaubt ihm nicht den Lebensstil der übrigen Ärzte, der nicht zuletzt auch ein Gradmesser für Status und Prestige einer Persönlichkeit darstellt¹⁾. Als Arzt fühlt er sich finanziell und statusmäßig unterbewertet und als Beamter unfrei und abhängig von Verwaltungsinstanzen. Die Hypothese, daß der im ÖGD tätige Mediziner mit seiner Arbeit unzufrieden ist und Statusprobleme hat, findet hier ihre Bestätigung³⁾. Aber auch die Hypothese, daß die Ärzte im ÖGD glauben, daß mit entsprechenden Änderungen der ÖGD wieder attraktiv gestaltet werden könne, wird durch das vorliegende Untersuchungsergebnis bestätigt.

1) Tabelle 7, Depner, R., a.a.O., S.151, zeigt deutlich, daß sich besonders die "fertigen" Ärzte ihrer hervorragenden Stellung in der Gesellschaft bewußt sind und dies noch durch ihre Lebensführung unterstreichen wollen. Diese Auffassung, daß eine unterschiedliche finanzielle Situation u.a. zu unterschiedlichem Status führt, vertritt auch Renthe-Fink, B., ÖGD und praktischer Arzt, S.23.

2) Vgl. zur Frage der Bestimmungsgründe des Urteils über Sozialprestige Bolte, K.N., Sozialer Aufstieg und Abstieg, Stuttgart 1959, S. 67 ff., der als "Hauptorientierungsmerkmale" den Grad der Leistung, der Verantwortung, der Ausbildung, des geistigen Niveaus und zur "feineren Abstufung" Selbständigkeit, ökonomische Sicherheit, Einkommen und Arbeitsbedingungen unterscheidet.

Tabelle 7: Frage...: "Sollte eigentlich ein Arzt schon durch seine Lebensführung und durch seinen gesellschaftlichen Umgang zum Ausdruck bringen, daß er einen der angesehensten Berufe ausübt?" (in %)

Antwort	Stud. 1.u.2. Sem.	Stud. 10.Sem. u. mehr	Ärzte in Uni-Klinik	Ärzte in Krankhs und MA	Nieder- gel. Ärzte	Zus.	N
Ja	54,0	56,0	60,7	65,9	76,0	62,4	156
nein	46,0	44,0	39,3	34,1	24,0	37,6	94
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
N	50	50	56	44	50		250
$\chi^2 = 6.62, FG : 4, p > 0.10$							

4. Verhältnis Arzt im ÖGD zu den niedergelassenen Ärzten bzw. den Arztverbänden

Das Verhältnis des Arztes im ÖGD zu seinem niedergelassenen Kollegen bzw. den Berufsverbänden ist nicht zuletzt geprägt durch die historische Entwicklung. Als Angehöriger des ÖGD war der Arzt zu keiner Zeit dem harten Konkurrenzkampf innerhalb der Ärzteschaft unterlegen. Finanziell abgesichert war er besonders um die Jahrhundertwende ein ständiger Konkurrent des niedergelassenen Arztes, besonders des Kassenarztes, der, um leben zu können, am Monatsende eine gewisse Mindestanzahl von Krankenscheinen aufweisen mußte. Die Betreuung von Patienten durch den ÖGD bedeutete also für den niedergelassenen Arzt eine Minderung seiner Verdienstmöglichkeiten. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es besonders heftige Setzungen in Fragen der Aufgabenabgrenzung. Die niedergelassenen Ärzte wehrten sich gegen das nichterwerbsneutrale Eindringen der Institutionen des ÖGD in ihre Aufgabenbereiche. Das führte sogar so weit, daß man den Amtsärzten mindere fachliche Qualifikation unterstellte¹⁾.

Hier hat sich zwar in den letzten Jahrzehnten einiges entscheidend geändert - durch die Konkurrenzsituation zwischen beiden Gruppen wurde durch eine eindeutigere Aufgabenverteilung, d.h. eigentlich Aufgabenverlagerung zum niedergelassenen Arzt hin, sehr stark abgebaut²⁾, und auf lokaler Ebene ist die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten

1) Vgl. Stockhausen, J., ÖGD und Ärzteschaft, in: Deutsches Ärzteblatt 49, 1970, S.3671 und Christiani, E., Stellung und Bedeutung des Amtsarztes innerhalb der Ärzteschaft aus der Sicht des niedergelassenen Arztes, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S.133.

2) Die unterschiedlichen Wurzeln des ÖGD und der klinischen Medizin d.h. die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste aus dem gesellschaftspolitischen Verantwortungsbewußtsein den Armen und sozial Schwachen gegenüber und nicht aus der ärztlichen Praxis, sind heute nicht mehr relevant, da es die Pflichtversicherung jedem ermöglicht, mit einem Krankenschein zu jedem beliebigen Arzt zu gehen. Man scheint jedoch auf Seiten des freipraktizierenden Ärzte häufig eine Entwicklung zu befürchten, als deren Folge der Amtsarzt eine Aufsichtsfunktion gegenüber der übrigen Ärzteschaft zugeordnet bekommt, vgl. Vogel, H.R., a.a.O., S. 7.

zum Teil gut organisiert¹⁾ -, jedoch flammte gerade in den letzten Jahren der Konkurrenzkampf zwischen den beiden Gruppen mit großer Heftigkeit wieder auf, als es darum ging, wer die Aufgaben der präventiven Medizin übernehmen sollte²⁾. BMA und BMJFG wollten die Vorsorgemedizin bei den öffentlichen Gesundheitsämtern ansiedeln, nicht zuletzt, um mit der Übernahme von neuen Aufgaben eine strukturelle Reformierung zu erreichen und damit auch das Image des ÖGD und seine Attraktivität zu erhöhen. Bundesärztekammer und KBV forderten mit Nachdruck den Einbau der Präventivmedizin in die gesetzliche Krankenversicherung, d.h. ihre Übernahme durch die niedergelassenen Ärzte. Man befürchtete,

- daß die freipraktizierenden Ärzte ihre Schlüsselstellung in der Gesellschaft verlieren könnten sowie
- den Abbau der standespolitischen Normen der Ärzteschaft wie Freiheit der Arztwahl, Freiheit des ärztlichen Handelns, Beachtung der Gebote der ärztlichen Schweigepflicht³⁾.

So ist es denn auch nicht zu verwundern, daß der Hartmann-Bund in seinen "Gesundheitspolitischen Thesen" kategorisch fordert, daß der ÖGD nur die gesundheitlichen Aufgaben übernehmen solle, die von anderer Seite nicht wahrgenommen werden könnten⁴⁾ - eine deutliche Abschiebung des ÖGD in das gesundheitspolitische Abseits, was dem Ansehen dieser Institution noch mehr geschadet und eine wirkungsvolle Reform zunächst wieder verbaut hat.

-
- 1) Christiani, E., a.a.O., S.136, fordert die Kooperation von Amtsärzten und niedergelassenen Ärzten besonders in den Aufgabenbereichen: Kinderlähmungsschutzimpfung, beim Auftreten von Pocken, beim Umweltschutz und bei der Hinführung des Bürgers zur gesunden Lebensweise.
 - 2) Vgl. Hippchen, P., a.a.O., S. 83.
 - 3) Vgl. Gerlach, K., Sozialpolitische Überlegungen zur Gesundheitsvorsorge in der BRD, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 35, 1973, S.9.
 - 4) Vgl. Gesundheitspolitische Thesen des Hartmann-Bundes, Beitrag zur Vorwärtsstrategie, in: Selecta, 21, 1972, S. 2100.

In der niedergelassenen Ärzteschaft bzw. der Standespolitik der Ärzte wird Vorsorgemedizin als Früherkennung von Krankheiten begriffen und nicht als Maßnahmen der Gesundheits-sicherung, d.h. das Feld der psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit wird ausgeklammert, relevant ist lediglich die weitgehend somatische Krankenbehandlung¹⁾.

Hier bestünde jedoch die Chance, bei einer klaren Begriffsbestimmung der Präventivmedizin zu einer Abgrenzung der Aufgaben zwischen ÖGD und niedergelassenen Ärzten zu kommen: Wenn man sich den Unterschied zwischen Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung verdeutlicht, läßt sich leicht erkennen, daß die Gesundheitsvorsorge, die sich um die Verhütung von Krankheiten bemüht - sie setzt bereits vor Ausbruch der Krankheit an und beschäftigt sich daher primär mit den Umweltbedingungen -, im Bereich des ÖGD anzusiedeln wäre, während die Krankheitsfrüherkennung, die darauf abgestellt ist, Krankheiten, die bereits eingetreten sind, in einem Stadium zu erkennen, wo sie dem Kranken selbst noch nicht bewußt geworden sind²⁾, eine Aufgabe der freipraktizierenden Ärzte bliebe. Eine solche definitivische Unterscheidung

1) Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, a.a.O., S. 15 f.; bemerkenswert mögen in diesem Zusammenhang die Äußerungen amerikanischer Fachleute erscheinen, daß eine wirkungsvolle Präventivmedizin den kurativ tätigen Ärzten die Arbeit und damit Verdienstmöglichkeiten nimmt und daher lieber darauf verzichtet wird; vgl. Renthe-Fink, a.a.O., S.23: "George Rosen (USA) berichtet in seiner Arbeit 'Some substantive limiting conditions in communication between health officers and medical practitioners', 1961, daß vor längerer Zeit eine Ärztegruppe in 'New England Medical Society' im Kongreß gegen einen Gesetzentwurf stimmte, der öffentliche Mittel für das inzwischen international bekanntgewordene 'childrens bureau' in Washington vorsah. 'Wir widersprechen diesem Gesetzentwurf', so heißt es, 'denn wenn das Leben von Müttern und Kindern durch öffentliche Mittel gerettet wird, was sollte dann einen jungen Menschen veranlassen, Medizin zu studieren?' Senator Sheppard unterstützte diesen Einwand mit der gleichen Frage, warum man durch soziale und präventive Maßnahmen das natürliche Spiel der Kräfte stören wolle, das letzten Endes die Grundlage der ärztlichen Praxis bildet?" Vgl. auch Nittner, K.-R., Das Gesundheitsamt von morgen, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S. 266-270

2) Vgl. Jahn, E., u.a., Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik, Köln 1971, S.12

wird bis jetzt jedoch erst von wenigen gemacht. So spricht z.B. die Bundesärztekammer¹⁾ in ihrer "Neufassung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen" davon, daß sich die Gesundheitsvorsorge durch Früherkennung von Krankheiten ... mehr und mehr zu einem Schwerpunkt der modernen Gesundheitspolitik" entwickelt. Hier liegt eine Begriffsverwirrung²⁾ vor, die eine eindeutige Aufgabenabgrenzung noch mehr erschwert.

Die in der BRD bereits vorhandenen Ansätze zur Gesundheitsvorsorge sind:

- Schutzimpfungen (Pocken, Polio, Tetanus, TBC),
- Schwangeren-Vorsorge (hier fehlt zum größten Teil noch die Schwangeren-Beratung),
- Vorsorge im beruflichen Bereich (Jugendschutz, Arbeitsmedizin - ein Bereich, in dem trotz vieler Fortschritte noch viel zu tun bleibt).

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist bis heute noch sehr begrenzt. Die Gründe hierfür sind in zwei Ursachen zu sehen: einmal gibt es keine klare Aufgabenabgrenzung zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Gesundheitsamt, beide befassen sich mit diesem Bereich, was zu Lasten der Einheitlichkeit und vor allem der Übersichtlichkeit geht. Zum anderen ist die Bevölkerung nicht sehr kooperationswillig - was z.B. bei der geringen Beteiligung an der individuellen Krebsfrüherkennung besonders deutlich wird. Hier müßte die breite Öffentlichkeitsarbeit das Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung in weit stärkerem Maße aktivieren.

1) Bundesärztekammer, Neufassung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, S. 116 f.

2) Diese Unterschiedlichkeit der Terminologien und Definitionen im Bereich der Präventivmedizin findet sich in der gesamten, dieses Thema betreffenden Literatur.

Wie die Ärzte im ÖGD selbst ihr Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten bewerten, geht aus den Antworten zu verschiedenen Statements hervor:

- Über 50 % lehnten die Äußerung ab, daß die freipraktizierenden Ärzte nicht bereit seien, mit dem ÖGD zusammenzuarbeiten ($\bar{x} = 2,54$),
- und ein noch größerer Teil (70 %) glaubt, daß man auf lokaler Ebene mit den freipraktizierenden Ärzten gut auskomme ($\bar{x} = 0,88$).
- Jedoch wird auch beklagt, daß die Unterstützung von "außen" zu gering sei; über 70 % glauben, daß eine Intensivierung dieser Unterstützung die Arbeit im ÖGD um vieles erleichtern würde ($\bar{x} = 0,81$).
- Schwierig zu gestalten scheint sich die Zusammenarbeit mit den Kammern der freipraktizierenden Ärzte. Ein großer Teil der Befragten stimmte mit dem Statement überein, daß diese Kammern "gerne Stimmung gegen den ÖGD" machen ($\bar{x} = 1,43$).

Der Wunsch nach Kooperation ist durchaus vorhanden und scheint auch, zumindest auf lokaler Ebene bei den freipraktizierenden Ärzten Erwidern zu finden, während die Hauptwiderstände in der Landespolitik der Verbände gesehen werden¹⁾. Das muß besonders im Zusammenhang mit der Erkenntnis, daß der Arzt im ÖGD sich selbst primär als Mediziner betrachtet, zu Unzufriedenheit führen, da man sich gegenüber

1) Symptomatisch für die Vorurteile gegenüber den beamteten und den angestellten Ärzten im ÖGD ist die Äußerung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in ihrer Broschüre "Patient und Kassenarzt": Von Ambulatorienärzten d.h. der angestellten Ärzte, erwartet man nur "Ladenschlußdenken und Dienstschlußmentalität", das "Nachlassen ärztlichen Leistungstrebens, kein Anreiz zu starkem Verantwortungsgefühl und besonderer Wachsamkeit", S.19 ff. In dieser "permanenten unterschweligen oder offenen Polemik vieler ärztlicher Landesvertreter" sieht das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, a.s.O., S.132, einen Grund für die Verschlechterung der Nachwuchssituation.

den nicht im ÖGD tätigen Ärzten benachteiligt fühlt und überdies der Meinung ist, daß eine Kooperation mit der übrigen Ärzteschaft sich durchaus positiv auf die Arbeit des ÖGD auswirken würde¹⁾.

5. Aufgaben des ÖGD

Die hohe Zustimmung zu Statements wie: "Im öffentlichen Gesundheitswesen muß sich in allernächster Zukunft besonders für die Bediensteten vieles ändern" ($\bar{x} = 0,37$) oder: "Die Aufgaben des ÖGD müssen in allernächster Zukunft neu definiert werden, wenn es nicht zu einem Debakel kommen soll" ($\bar{x} = 0,55$), zusammen mit den oben festgestellten Frustrationserscheinungen der Ärzte im ÖGD, die aus den vielen "unärztlichen" Funktionen resultieren, scheint darauf hinzuweisen, daß die Aufgabenstellung im ÖGD nicht oder nicht mehr den Vorstellungen der Mediziner im ÖGD bzw. den Anforderungen an ein modernes öffentliches Gesundheitswesen entspricht. Eine funktionelle Reform scheint unbedingt erforderlich, um einmal Ärzten im ÖGD die Möglichkeit zu geben, sich mehr mit ihrer Arbeit identifizieren zu können, zum anderen die Effektivität des ÖGD zu erhöhen.

Hier ist zunächst zu fragen, ob es überhaupt einen klar definierten Aufgabenkatalog des ÖGD gibt. Als übergreifende Abgrenzung (die jedoch nur wenig über die einzelnen Tätigkeitsbereiche aussagt) der Funktionen des ÖGD zu denen der niedergelassenen Ärzte läßt sich die Feststellung von Stockhausen²⁾ anführen, daß der ÖGD für das Wohl der Allgemeinheit verantwortlich ist, während sich der niedergelassene Arzt mit der

1) Für eine intensive Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und Ärzten des ÖGD "im Sinne einer kollegialen Partnerschaft mit dem Ziel einer engen Verzahnung aller Tätigkeitsbereiche unseres Gesundheitswesens" plädiert auch Vogel, H.R., a.a.O., S. 9 und 11.

2) Stockhausen, J., ÖGD und Ärzteschaft, in: Deutsches Ärzteblatt, 49, 1970, S. 3672.

individuellen Krankenversorgung und (neuerdings) der individuellen Gesundheitsvorsorge in Form der Früherkennung beschäftigt. Eines läßt sich jedoch aus dieser allgemein gehaltenen Unterscheidung bereits ersehen: Der Arzt im ÖGD hat nicht die Aufgabe, kurativ im Sinne des bereits genannten Arzt-Patient-Verhältnisses tätig zu werden. Statt individueller ärztlicher Funktion hat der ÖGD eine Koordinierungs-, gesundheitliche Schutz- und Aufsichtsfunktion für die Gesamtgesellschaft zu übernehmen¹⁾. Er muß dazu beitragen, daß etwas getan wird, nicht jedoch es selbst tun, d.h. anregen, erproben und koordinieren²⁾. Als Leitfunktionen sind dabei anzusehen³⁾.

- Schutzmaßnahmen bei ansteckenden Krankheiten, d.h. Seuchenüberwachung und -bekämpfung,
- öffentliche Gesundheitsfürsorge für Körperbehinderte und Geisteskranke,
- Arzneimittelkontrolle und
- Lebensmittelüberwachung.

1) Vgl. Seeler, H.J., Begrüßungsansprache, in: Das Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S. 640.

2) Vgl. Beske, F., Struktur des künftigen ÖGD in: Das Öff. Gesundh.-Wesen, 1971, S.97.

3) Nach Seeler, H.J., a.a.O., S. 640 f.

Als Erweiterung dieser bestehenden Funktionen kämen in Betracht¹⁾:

- Umweltschutz²⁾,
- allgemeine Hygiene und
- Sozialhilfe (auch im Sinne einer Sozialtherapie bei Behinderten, psychisch Kranken, vorzeitig Gealterten)³⁾.

Eine weitere wichtige Aufgabe, der sich der ÖGD intensiver zuwenden könnte, ist die vorbeugende Gesundheitserziehung, d.h. eine allgemeine Informierung über ihre Möglichkeiten sowie die Bereitstellung der notwendigen Mittel und die vorbeugende Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen⁴⁾.

1) Nach Seeler, H.J., a.a.O., S. 640 f.

2) Den Anforderungen, die der Umweltschutz an ein modernes Gesundheitswesen stellt, wird in dem hessischen Programm zur Intensivierung des Gesundheitsschutzes und der Umwelthygiene im ÖGD in besonderem Maße Rechnung getragen. Das Hessen-Modell schlägt hierfür einen Arbeitskreis vor, der alle umweltrelevanten Befunde erfaßt und auswertet im Hinblick auf ihre gesundheitliche Bedeutung. Dieser Arbeitskreis soll in verstärktem Maße mit den entsprechenden Universitätsinstituten zusammenarbeiten und künftig umwelthygienische Programme vorbereiten; vgl. Gesundheitsdienst: Modell ohne Mehrkosten, in: Selecta, 20, 1972, S.1991.

3) Hier muß jedoch das bisher strikt gehandhabte Behandlungsverbot für den ÖGD gelockert werden; vgl. Mattheis, R., Wandel der Anforderungen an den ÖGD, in: Gesundheitspolitik, 5/6, 1966, S.291 und Renthe-Fink, B., a.a.O., S.20.

4) Vgl. Döhner, K., Meine Erfahrung als Arzt und Kommunalpolitiker in der Gesundheitspflege des Kreises Wesermünde, in: Der Landarzt, 41, 1965, S.583; vgl. zu diesem wichtigen Teilbereich der Aufgaben des ÖGD auch den zweiten Teil dieser Abhandlung.

Lund¹⁾ weist darüber hinaus noch auf die Aufgaben hin, die sich aus den neuen gesundheitlichen Problemen des Sozialtourismus ergeben: Die Anpassung an fremdes Klima, andere Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Er fordert eine laufende Beobachtung von Änderungsprozesse und die Auswertung dieser Beobachtungen mit einer zeitkonformen Auswertungs- und Dokumentationsmethode.

Mattheis²⁾ zeigt einen weiteren Aspekt der Anforderungen an ein modernes Gesundheitswesen auf, indem er zwischen dem früheren "Heilung durch Tod" und dem heutigen "productive death" unterscheidet, d.h., daß heute chronische Krankheiten lange vor dem biologischen Tod das Ausscheiden aus dem Produktionsprozeß bewirken. Daraus ergebe sich als weitere Aufgabe des ÖGD die Bekämpfung des "produktiven Todes" (Kreislaufkrankheiten, Krebs, Arteriosklerose).

Dieser aus der einschlägigen Literatur zusammengestellte Aufgabenkatalog darf nicht darüber hinwegtäuschen,

- daß es sich zum großen Teil noch um Forderungen handelt, die in dem Bemühen wurzeln, den Anforderungen, die an ein modernes Gesundheitswesen gestellt werden, zu entsprechen,
- daß es aber sowohl an einer zukunftsorientierten Konzeption des ÖGD als auch an einer Systemanalyse und Perspektivplanung bis heute fehlt³⁾.

Allen diesen Stellungnahmen liegt die Einsicht zugrunde, daß wir den ÖGD dringend brauchen, daß wir aber auch die Effektivität dieser heutigen Einrichtung dringend erhöhen

- 1) Lund, P.V., Anforderungen an den Amtsarzt der Zukunft, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S.145.
- 2) Mattheis, R., a.a.O., S. 288.
- 3) Vgl. Schmitt, L., Schwanengesang des ÖGD?, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 1971, S. 233.

müssen¹⁾). Prinzipiell fehlt es auch heute noch an einer einheitlichen Konzeption für einen Aufgabenkatalog des Gesundheitsamtes und seiner Erfüllung im einzelnen²⁾. Denn die Aufgabenzuweisung durch das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 und die dazu erlassene DVO, die heute mehr als 40 Jahre alt ist, entspricht den heutigen Anforderungen an ein modernes Gesundheitswesen schon lange nicht mehr. So ist denn auch das Modell-Gesundheitsamt, das in Marburg eingerichtet wurde, als Versuch zu verstehen, die Funktionen des ÖGD klar zu definieren und die effektivste Aufgabenverteilung zu ermitteln:

Zur Bewältigung der wachsenden Komplexität und finanziellen Ausweitung der Aufgaben wurde das Modell-Gesundheitsamt Marburg in folgende Bereiche gegliedert:

- Umwelt-, Seuchen- und Sozialhygiene,
- Gesundheitsvor- und fürsorge,
- Gutachten,
- Medizinalpersonen und
- Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Sozial- und Jugendhilfe.

Die Sachbearbeitung wurde spezialisiert, und zwar unter dem Aspekt der Zusammenarbeit von:

- Sozialpsychologen
- Erziehungsberatern,

1) Beske, F. a.a.O., S. 96: "Wir brauchen einen ÖGD. Es ist notwendig, ihn so zu strukturieren und personell zu besetzen, daß er funktionstüchtig ist." Vgl. auch Vogel, H.R., a.a.O., S. 8: "Persönlich bin ich fest davon überzeugt, daß der ÖGD im Interesse des Staates und seiner Bürger weiterhin notwendig ist, weil bestimmte (u.a. auch hoheitliche Aufgaben) nur von ihm erledigt werden können."

2) Vgl. Geißler, H., Was erwartet der Gesundheitspolitiker vom ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.97-103.

- besonders im Sozialwesen ausgebildete Verwaltungsfachleuten,
- Sachbearbeitern des Wohnungswesens und
- dem amtsärztlichen Dienst bei individuellen Betreuungsmaßnahmen.

Zur Erhöhung der Effektivität wurde

- die Informationsverarbeitung und Bereitstellung von notwendigen Daten mit Hilfe von EDV, Dokumentation und Statistik rationell gestaltet und
- die Öffentlichkeitsarbeit zur Selbstdarstellung und Werbung um Verständnis in der Bevölkerung intensiviert.
- die Koordination im Gesundheitswesen wurde verstärkt¹⁾.

Hieraus wird klar ersichtlich, daß man eine Aufgabenverlagerung in das Vorfeld der Gefahrenentstehung, der primären Prävention hin versucht und auch Funktionen einbeziehen will, die nur vom Staat erfüllt werden können, und das besonders im sozialen bzw. sozialtherapeutischen Bereich und einer gesamtgesellschaftlichen Sammlung und Verarbeitung von Informationen über alle gesundheitspolitischen Bereiche.

Besonderer Wert wurde auf die Ausweitung bzw. Neustrukturierung der folgenden drei Bereiche gelegt:

- Der Umweltschutz, der immer mehr Bedeutung erlangt muß aus der traditionellen Ortshygiene weiterentwickelt werden zu einer Umwelthygiene, die den Anforderungen einer modernen Industriegesellschaft gerecht werden kann.
- Neue Arbeitsformen müssen für den Bereich der Sozialhygiene entwickelt werden unter besonderer Berücksichtigung des jugendärztlichen Dienstes, der Fürsorge für Behinderte und psychisch Kranke und auch für Suchtkranke.

¹⁾ Vgl. Laux, E., Die Führungs- und Koordinierungsfunktion des Amtsarztes, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, a.a.O., S. 127 ff.

-- Daneben soll die Gesundheitserziehung, d.h. die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung zu einem vordringlichen Aufgabenbereich ausgebaut werden, damit sie die ihrer Bedeutung zukommende Anerkennung auch in der Bevölkerung erhält und über die bisher örtlichen Ansätze hinauskommt¹⁾.

Da die dreijährige Aufbauphase erst in diesem Herbst (1975) abgeschlossen ist, läßt sich eine endgültige Beurteilung dieses Modells noch nicht vornehmen. Positiv ist allerdings zu vermerken, daß fast alle Planstellen, besonders alle Arztplanstellen, besetzt werden konnten. Trotz vieler Anfangsschwierigkeiten wird der Versuch im ganzen positiv bewertet und kann als ein möglicher Ausgangspunkt zur Reform des ÖGD insgesamt dienen²⁾.

Neben der Einrichtung dieses Modell-Gesundheitsamtes wurde mit der Verabschiedung der "Richtlinien für Ländergesetze über das Gesundheitswesen" durch die GMK im Dezember 1972 ein weiterer Anstoß zur Weiterentwicklung des ÖGD gegeben. Diese Richtlinie soll nach dem Willen der Ländergesundheitsminister das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 ablösen und durch neue gesetzliche Regelungen die Aufgaben des ÖGD der Entwicklung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens anpassen.

Sie ist gegliedert in drei Teile, deren erster Teil den Aufbau und die allgemeinen Aufgaben der Gesundheitsverwaltung bestimmt. Das Gesundheitsamt ist dabei die unterste Gesundheitsbehörde, der die eigentliche Aufgabenzuweisung gilt. Unter den allgemeinen Aufgaben wird verstanden: Information und Dokumentation, Planung, gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Überwachungstätigkeit sowie Einleitung von Maßnahmen gegen die Beeinträchtigung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung. (hierbei wird besonderes Gewicht

1) Vgl. Wolters, H.-G., Moderne Gesundheitspolitik im ÖGD, in: Bulletin des BPA vom 25.6.1964, Anlage zur Presse-schau Nr. 110/74, S.6.

2) Vgl. Nittner, K.R., Rückblick auf das erste Jahr des Aufbaues des Modell-Gesundheitsamtes Marburg, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S. 438 ff.

auf die frühzeitige Einschaltung der Gesundheitsfachverwaltung durch die öffentlichen Aufgabenträger des Landes gelegt).

Im zweiten Teil werden die besonderen Aufgaben festgelegt. Darunter sind zu verstehen:

- Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens und
- der Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Gesundheitsschutz (insbesondere Aufgaben der Verhütung und Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten, gesundheitlicher Umweltschutz und Strahlenschutz),
- Gesundheitshilfe, das medizinische Korrelat zur Sozialhilfe und
- das Gutachterwesen.

Teil drei enthält Schlußvorschriften, die sich auf die Bestimmungen über die Grundgesetzeinschränkung und die Auskunftspflichtung, auf die Ordnungswidrigkeiten und die Zuständigkeiten für die Gesundheitsfachverwaltung beziehen¹⁾.

Leitgedanke bei dieser Richtlinie war dabei, die Aufgaben des ÖGD klar zu definieren und abzugrenzen gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitswesens und gleichzeitig die funktionelle Einheitlichkeit in den Bundesländern zu erhalten.

Wie sehen die Mediziner im ÖGD nun selbst ihre Aufgabenstellung? Welches sind nach Meinung der Praktiker die Funktionen, die stärker betont werden sollten bzw. von denen sie entlastet werden möchten? Auskunft hierüber sollten die beiden Fragen geben: "Von welchen Aufgaben Ihrer jetzigen Tätigkeit möchten Sie lieber entlastet sein?" und: "Für welche Aufgaben möchten Sie lieber mehr als bisher tun können?"

1) Vgl. Hopf, E.-J., Die Weiterentwicklung des ÖGD nach der Richtlinie der Ländergesetze - Eine Zwischenbilanz, in: Bundesgesundheitsblatt, 18, 1975, S.333-343.

Mehr als die Hälfte (56 %) geben konkrete Entlastungswünsche an, und zwar rangiert hier an erster Stelle die Gutachter Tätigkeit, die von einem Drittel (37 mal) genannt wird, wobei insbesondere an Gutachten nach dem Sozialhilfegesetz und amtsärztliche Bescheinigungen für das Finanzamt gedacht wird. Tabelle 8 zeigt die Gründe auf, warum man von der Gutachter Tätigkeit entlastet werden möchte, Obwohl hier nur 28 Antworten relevant sind, gibt sie doch Auskunft darüber, warum diese Arbeit abgelehnt wird. Zunächst fällt auf, daß die bereits erwähnten Gutachten nach dem BSHG primär genannt werden (46 %), und zwar glauben 11 % nicht kompetent genug zu sein, 14 % halten diese Arbeit für unbefriedigend und unerfreulich und 7 % meinen, daß es wichtigeres zu tun gebe. Allgemein glaubt man sich durch Gutachtenerstellung zeitlich überfordert (11%) und betrachtet dies als eine sinnlose Tätigkeit (11%)¹⁾.

An zweiter Stelle wird die Entlastung von bürokratischen und administrativen Arbeiten gewünscht (27 %), und über ein Viertel derjenigen, die Entlastungswünsche nannten, möchte den Umfang an durchzuführenden Untersuchungen (besonders Schul- und Reihenuntersuchungen) eingeschränkt wissen bzw. ganz davon befreit werden. Für- und Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere die Betreuung gesellschaftlicher Randgruppen (Betreuung von Heimen, sozial-labilen Personenkreisen, Asoziale und Suchtkranke) werden von einem Fünftel abgelehnt. 9 % der Nennungen entfallen auf hohheitliche Aufgaben (Amthilfe, Aufsichtstätigkeiten, Seuchenbekämpfung und amtsärztliche Funktionen). Von einigen Ärzten werden Termindruck,

1) Bemerkungen zu der Frage nach den Tätigkeiten, von denen man lieber entlastet würde: "Von der Tätigkeit für das BSHG, wobei der Amtsarzt für Kompetenzstreitigkeiten zwischen dem örtlichen und unörtlichen Träger der Sozialhilfe mißbraucht wird und weil die Aufgaben mit Arztsein nichts mehr zu tun haben." "Von allen Tätigkeiten, auch gutachterlicher Art, die nicht der Bevölkerung, sondern nur der Verwaltung dienen." "... von der Flut der von allen möglichen Ämtern und Dienststellen angeforderten amtsärztlichen Stellungnahmen."

Tabelle 11: Gründe für den Wunsch von Gutachtertätigkeiten entlastet zu werden
(28 relevante Antworten = 100 %)

	sinnlos	es gibt wichti- gers	nicht arzt- würdig	fachli- che Unterfor- derung	nicht kompe- tent	zeitli- che Über- forderung	Kon- flikte	unbe- friedi- gend uner- freulich	ande- res	insge- samt rele- vante Ant- worten
allgemein genannt	3	1	-	-	-	3	-	-	-	7
	60 % ¹⁾ 10 % ²⁾	20 % 4 %	- -	- -	- -	100 % 11 %	- -	- -	- -	25 %
Kur, Erholung	-	2	-	-	-	-	1	1	-	4
	- -	40 % 7 %	- -	- -	- -	- -	100 % 3 %	20 % 4 %	- -	14 %
Sozialamt BSHG	1	2	1	1	3	-	-	4	1	13
	20 % 4 %	40 % 7 %	33 % 4 %	100 % 3 %	100 % 11 %	- -	- -	80 % 14 %	50 % 3 %	46 %
Anderes	1	-	2	-	-	-	-	-	1	4
	20 % 4 %	- -	67 % 7 %	- -	- -	- -	- -	- -	50 % 4 %	15 %
insgesamt	5	5	3	1	3	3	1	5	2	28
	18 %	18 %	11 %	3 %	11 %	11 %	3 %	18 %	7 %	100 %

1) Prozent aller Befragten, die "sinnlos" usw. als Grund angeben.

2) Prozent aller relevanten Antworten (28 = 100 %).

Massenbetrieb und Alltagsroutine, zu starke Belastung durch Vertretung vakanter Planstellen¹⁾, Besprechungen und Sitzungen beklagt. 47 % der Befragten geben für die Entlastungswünsche Begründungen an. Dabei rangieren an erster Stelle mit jeweils 18 Nennungen die Sinnlosigkeit bzw. zeitliche Überforderung gekoppelt mit der Ansicht, daß es wichtigeres zu tun gebe (14 Nennungen, vgl. Tabelle 9). Für besonders sinnlos und zeitraubend werden dabei die Büro- und Verwaltungsarbeiten angesehen, die nach Meinung der Befragten von anderen Kräften erledigt werden sollten (vgl. Tabelle 12); Ärzte sind hier falsch eingesetzt und fachlich unterfordert.

Die Frage nach den intensiver zu betreuenden Arbeitsgebieten wird von 70 % der Befragten beantwortet, und zwar rangiert hier an erster Stelle (53 %) der Wunsch nach Intensivierung von Vorsorgemaßnahmen, wobei besonders an Gesundheitserziehung und Präventivmedizin gedacht wird. Als Zielgruppe wird vor allem Kinder (Schulanfänger, Säuglinge, Kleinkinder) genannt. An psychisch Kranke und Ältere wird dabei kaum gedacht (jeweils nur eine Nennung). Weitere, aber selten genannte Probleme (1 - 2 mal), sind Berufskrankheiten, Früherkennung, Diabetes und Zahnanomalien, Kariesprophylaxe, Früherkennung von Behinderungen, Krebs- und Geschlechtskrankheitenvorsorge.

Ein Viertel der Befragten wünscht sich eine Intensivierung der Arbeiten in der allgemeinen Hygiene, der Seuchenbekämpfung und der Gesundheitsaufsicht. Dieses Tätigkeitsfeld

1) Der personelle Fehlbestand im ÖGD betrug 1974 32 %. Beske, F., a.a.O., S. 98 und Geissler, H., a.a.O., S. 87, sprechen von einem Fehlbestand zwischen 20 und 63 %. Die daraus resultierende Mehrbelastung der verbleibenden Ärzte ist sicherlich mit ein Grund für die geringe Bereitschaft junger Ärzte in den ÖGD einzutreten, vgl. Vogel, H.R., a.a.O., S. 2.

Tabelle 10: Entlastungswünsche allgemein aufgeteilt nach Art der Gründe
(82 relevante Antworten = 100 %)

	sinnlos	erfolglos	es gibt wichtigeres	nicht atr arzt- würdig	fachliche Unterfor- derung	nicht kompetent	fachliche Überfor- derung
Wünsche genannt	17 21 %	7 8 %	12 15 %	3 4 %	5 6 %	6 7 %	2 2 %

	zeitliche Überfor- derung	psych., phys. Über- forderung	Konflikte	unbefrie- digend unerfreu- lich	anderes	insgesamt relevante Antworten
Wünsche	14 17 %	4 5 %	1 1 %	7 9 %	4 5 %	82 100 %

Tabelle 12: Gründe für den Wunsch von Verwaltungs- und Schreibearbeit entlastet zu werden
 (22 relevante Antworten = 100 %)

	sinnlos	es gibt wichtigeres	nicht arzt- würdig	fachliche Unterfor- derung	zeitliche Überfor- derung	insgesamt relevante Antworten
genannt	10 46 %	3 14 %	1 4 %	3 14 %	5 22 %	22 100 %

wird jedoch nur allgemein ohne detaillierte Angaben umrissen (22 Nennungen). 8 der Befragten halten eine Beratung der Gemeinden in Fragen der Ortshygiene für notwendig und 7 geben Probleme der Umwelthygiene an (Umweltschutz, Wasser, Lärm, Reinhaltung von Boden und Luft). Die Lebensmittelhygiene und Gewerbeaufsicht sowie Überwachung von Heimen und Krankenhäusern werden nur je 1 mal genannt.

Noch nicht ein Viertel (21 %) wünschten sich eine Intensivierung der fürsorgerischen Aufgaben. Die insgesamt 28 Nennungen beziehen sich vor allem auf die Beratung und Fürsorge für Arme, Behinderte und Suchtkranke sowie auf den Bereich der Erziehungsberatung und Jugendlichenberatung. Gutachterliche Tätigkeiten werden insgesamt gesehen nicht gern durchgeführt. Wie oben bereits erwähnt, möchten 35 Befragte lieber davon entlastet werden. Entsprechend haben nur 5 der Befragten angegeben, daß sie eine Intensivierung dieser Arbeit befürworten. Dieser Wunsch zielt vor allem darauf ab, im Rahmen der Gutachtertätigkeit gezielter arbeiten zu können oder die Nebeneinnahmen durch Erstellen von Gutachten unter den Ärzten eines Gesundheitsamtes gerechter zu verteilen.

Auch die Antworten auf die Frage nach den Gründen, warum man eine bestimmte Tätigkeit intensivieren wolle, bewegen sich in dem bisher gefundenen Rahmen: man möchte den ÖGD auf seine eigentlichen Aufgaben zurückführen und viele glauben, daß ihre Vorschläge dazu geeignet seien. Auffallend ist, daß hier der Zeitmangel, der bei den Entlastungswünschen noch häufiger genannt wurde, seltener angegeben wird. Nur 5 mal wird die Antwort gegeben, daß man für die Aufgaben, die intensiviert werden sollten, bisher keine Zeit hatte. Im Vordergrund steht auch hier wieder der Wunsch nach Ausweitung der therapeutischen und kurativen Tätigkeiten (28 Nennungen), weil dies eine sinnvollere und erfolgsversprechende Arbeit ist, weil man Lücken in dem bisherigen ärztlichen Versorgungssystem sieht und - vor allem - weil man sich als Arzt begreift, der auch im ÖGD seiner "ärztlichen Tätigkeit"

nachgehen und die erlernten ärztlichen Fähigkeiten nutzen möchte. Ganz allgemein werden auch hier von 29 der Befragten bessere Arbeitsbedingungen gefordert, wobei die Überarbeitung des Aufgabenkatalogs und ein arztbezogenes Berufsbild an erster Stelle genannt werden¹⁾. Die Vielfalt der Aufgaben soll durch Beschränkung auf wesentliche Schwerpunkte ersetzt werden, so daß ein klares Berufsbild entsteht, das der ärztlichen Ausbildung der Befragten mehr entspricht.

Vergleicht man nun die in der Literatur gefundenen Vorstellungen über die Funktionen des ÖGD mit denen der in diesen Institutionen tätigen Medizinern, so fällt auf, daß die Praktiker sich häufig im Detail ihrer Kleinarbeit verlieren und weniger an die übergeordneten Aufgaben einer modernen Gesundheitsverwaltung denken. In erster Linie vergleicht man die eigene Tätigkeit mit dem Berufsbild des Arztes im allgemeinen und fühlt sich daher fehl am Platze: Fachliche Unterforderung und Belastung mit unärztlichen Verwaltungsaufgaben, überhaupt zu wenig praktische Arbeit - was durchaus im Sinne kurativer Tätigkeit gemeint ist - läßt die Frage aufkommen, ob die Einsetzung eines Mediziners auf einem derart von Koordinierungs-, Management- und Verwaltungsfunktionen bestimmten Arbeitsplatz überhaupt sinnvoll ist bzw. ob man nicht für den im Gesundheitsdienst tätigen Mediziner ein sich vom allgemeinpraktizierenden Arzt unterschiedliches Berufsbild schaffen sollte sowie eine Ausbildung, die gezielter auf diese übergeordneten Tätigkeiten hin ausgerichtet ist, d.h. auch ein spezifisch auf diesen Berufszweig ausgerichtetes Studium²⁾.

-
- 1) Einer der Befragten: "Der derzeitige Wirrwar (bei der Aufgabenstellung, der Aus- und Weiterbildung und dem Berufsbild - die Verf.) ist katastrophal."
 - 2) Diese Frage wird jedoch in einem späteren Zusammenhang noch einmal aufgegriffen werden.

Zunächst läßt sich hier zusammenfassen, daß das Fehlen eines effektiven Aufgabenkatalogs für den ÖGD von allen Seiten beklagt wird, daß eine definitive Aufgabenbestimmung und sinnvolle Aufgabenverteilung eine Grundvoraussetzung für eine Reform dieser Einrichtung darstellt.

6. Neugestaltung des ÖGD

6.1 Legislative Voraussetzungen

Bei der Frage, wie eine organisatorische Neugestaltung des ÖGD erreicht werden kann, soll zunächst auf die gesetzliche Verankerung dieser Institution eingegangen werden.

Mit dem Gesetz vom 3.7.1934 über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurden die Gesundheitsämter zu selbständigen staatlichen Behörden, deren Funktionen für das gesamte Deutsche Reich einheitlich waren:

- Gesundheitsschutz, der mit Hilfe der Gesundheitspolizei durchgesetzt wurde;
- Gesundheitsfürsorge besonders im Rahmen der Schulgesundheitsfürsorge;
- staatliche Gutachtertätigkeit¹⁾.

Bis 1945 gab es einheitlich nur staatliche Gesundheitsämter. Danach wurden zusätzlich kommunale Einrichtungen geschaffen. Ebenfalls einheitlich geregelt wurde 1937 die Schulzahnpflege durch den Erlaß des Reichs- und Preußischen Minister des Innern, die darin zu einem anerkanntermaßen wichtigen Teil der allgemeinen Gesundheitspflege wurde, durchaus im Sinne einer "prophylaktischen" Maßnahme²⁾.

1) Vgl. Wittken, a.a.O., S. 76 f.

2) Vgl. Hippchen, P., a.a.O., S. 83.

Heute bemüht man sich um eine Ablösung des Vereinheitlichungsgesetzes von 1934 durch Ländergesetze. Auf der 79. und 80. Sitzung der AGLMB vom 19. bis 21. September bzw. 12. und 13. Dezember 1972 wurde ein Mustergesetzentwurf, d.h. eine Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen verabschiedet mit dem Ziel einer Neuordnung des ÖGD.

Dieser Entwurf sieht vor:

- die einheitliche Durchführung der Aufgaben des ÖGD in den Bundesländern,
- eine umfassende Kodifizierung aller Bereiche der "Gesundheitsfachverwaltung" sowie
- die Anpassung der Aufgaben an die Entwicklung des Gesundheitswesens und eine Straffung ihrer Durchführungen¹⁾.

Dieser von der ALGMB vorgelgte Entwurf wurde von der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 14. und 15. Dezember 1972 im Grundsatz gebilligt: Man entschloß sich zur Neuordnung des Rechts des ÖGD entsprechend der Richtlinie der ALGMB zur Wahrung der Einheitlichkeit des ÖGD in den Bundesländern, d.h. diese Richtlinie soll als Grundlage für die Ländergesetze dienen. Ohne näher auf die rechtlichen Auswirkungen dieser Entschliesung einzugehen²⁾, muß hier dennoch auch die Sorge geäußert werden, daß mit 11 Ländergesetzen die Einheitlichkeit des Gesundheitswesens verloren geht³⁾. Sollte diese Einheitlichkeit nicht erreicht werden, wird nur ein Bundesgesetz die weitere Regelung vornehmen können⁴⁾.

1) Vgl. Middelhaue, Aus der Arbeit der AGLMB, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 34, 1973, S.193 f.

2) Eine Untersuchung dieser rechtlichen Fragen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Auf die inhaltliche Regelungen der Richtlinie wurde bereits im vorhergehenden Abschnitt eingegangen, vgl. S.52 f.

3) Beske, F., Neuordnung des Rechts des ÖGD, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 35, 1973, S.133.

4) Beske, F., ebda. und Albrecht, J. Die Neuordnung des ÖGD in der Richtlinie für Ländergesetze, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 1974, S.128.

Voraussetzung für eine effektive Organisation des ÖGD ist aber eine sinnvolle gesetzliche Regelung, so daß dieser Frage im Rahmen einer Reform eine besondere Bedeutung zukommt, denn ohne eine gesetzliche Grundlage geht die Durchsetzbarkeit der Arbeit im Gesundheitswesen verloren.

6.2 Strukturelle Reform

Die Gesundheitsämter sind die untersten Ausführungsbehörden der Gesundheitsverwaltung in der BRD. Neben staatlichen Ämtern, die den Länderbehörden unterstellt sind, gibt es in den Städten und Landkreisen auch kommunale Gesundheitsämter als abhängige und weisungsgebundene Abteilungen der kommunalen Verwaltung. Die Ämter in den einzelnen Bundesländern und Kommunen differieren sehr stark in ihren Organisationsstrukturen, ihrer Größe und dem von ihnen abgedeckten Bereich¹⁾. Diese Uneinheitlichkeit geht zu Lasten der Effektivität der Arbeit der einzelnen Ämter und die Übersichtlichkeit der untersten Stufe der Gesundheitsverwaltung. Um sie zu überwinden, müßten gemeinsame Rahmenbedingungen geschaffen werden²⁾, z.B. ein Rahmengesundheitsdienst oder zumindest eine einheitliche Größenordnung und politische Gewichtung der einzelnen Gesundheitsämter.

- 1) Die sog. Ein-Mann-Gesundheitsämter haben bei der Erfüllung ihrer Funktionen erhebliche Schwierigkeiten und können dabei kaum effektiv arbeiten; die Forderung nach Abschaffung dieser Ämter erscheint konsequent, vgl. Wittgen, a.a.O., S. 79.
- 2) Vgl. Oehmann, A., Überlegungen zur Neugestaltung des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.269.

Böhm¹⁾ schlägt daher vor, daß zunächst einmal eine Synopse erstellt werden sollte, die Aufschluß gibt über

- die Zahl der staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter,
- die Größe eines Gesundheitsamtes in Relation zur betreuten Bevölkerung, die z.Zt. erheblich differiert²⁾,
- die Zahl der ausgewiesenen Planstellen³⁾,
- die Relation zwischen der Soll- und Ist-Besetzung der örtlichen Stellen, die eine Differenz von 5 bis 29 % zuungunsten einer vollständigen Besetzung ausweisen⁴⁾,
- die Besoldungsstruktur und Aufstiegsmöglichkeiten, die in den Ländern sehr stark differieren. Entsprechend unterschiedlich sind auch die einzelnen Titel, die der Übersichtlichkeit wegen auch vereinheitlicht werden sollten⁵⁾.

In der Praxis zeigt sich, daß die unterschiedliche Strukturierung sich negativ auf die Effektivität der einzelnen Ämter auswirkt. Nur der Leiter eines Gesundheitsamtes, das groß genug ist (ein sog. Großamt) - wobei die Größe u.a. auch aus der Zahl der von ihm betreuten Bevölkerung resultiert - , hat die nötige Durchsetzungskraft und Unabhängigkeit den politischen Institutionen gegenüber, ganz gleich ob auf kommunaler oder Länderebene. Ein solches Gesundheitsamt könnte dann nicht mehr länger bei Fragen, die die Gesundheit betreffen, übergangen werden, wie das heute allgemein

- 1) Böhm, A., Stellung des beamteten Arztes im ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 32, 1970, S. 143 f.
- 2) Vgl. hierzu auch Nittner, K.-R., Das Gesundheitsamt von morgen, a.a.O., S. 266 f., der als organisatorische Voraussetzung für ein Funktionieren des Gesundheitsamtes Großämter fordert, die 200 000 bis 300 000 Personen zu betreuen haben, wobei jedoch der Unterschied zwischen einem Flächen- und Stadtstaat zu beachten ist sowie wegen der notwendigen Bürgernähe auf jeden Fall Mammutämter vermieden werden sollten.
- 3) Die Besetzung sollte sich an den personellen und sachlichen Anforderungen orientieren und nicht an dem vorhandenen Personal.
- 4) Die Zahlen über den Fehlbestand differieren in der Literatur z.T. sehr stark, vgl. hierzu auch Anm. 1 S. 56.
- 5) Siehe vorige S.: Vgl. Oehmann, A., a.a.O., S. 269.

üblich ist. Gefordert wird zwar die Mitwirkung und eigene Planung im Gesundheitswesen, z.B. Raumplanung, Bautenplanung, Städtebau- und Siedlungswesen, soziale Infrastruktur (§ 25 Abschn. Wohnungshygiene der 3. VDO: Das Gesundheitsamt soll Ortsbebauungspläne vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege her begutachten), wie diese Mitwirkung jedoch heute vielfach aussieht, zeigt das folgende Zitat eines im ÖGD tätigen Arztes: "Wenn ein Stadtteil geplant wird sind wir nicht dabei, das lesen wir in der Zeitung"¹⁾, oder die Antwort auf die Frage, in welchem Stadium der Planung sie gehört werden: "Wenn der Plan fertig ist"²⁾. Hier wird deutlich, wie gering die Einwirkungsmöglichkeiten der "dritten Säule"³⁾ des Gesundheitswesens in der Praxis tatsächlich ist.

Ein Vorteil großer zentraler Gesundheitsämter ist, daß sie mehr Mittel für moderne Laboreinrichtungen, Röntgenabteilungen, EKG usw. zur Verfügung haben und auch durch die größere Anzahl von Mitarbeitern mehr und unterschiedliche Fachleute aufnehmen können⁴⁾.

Eine multidisziplinäre Fachverwaltung⁵⁾, in der Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Soziologe, Psychologe und Fürsorge-Fachleute, Apotheker, Lebensmittelchemiker und Umweltexperten (Ingenieure für Technische Hygiene) in einer Art Team zusammenarbeiten, könnte den Anforderungen an eine moderne Gesundheitsvor- und fürsorge weitaus gerechter werden als ein einzelner Arzt, der zeitlich und auch fachlich von der

1) Vgl. Mühlich- von Staden, Ch., und W.Mühlich, Gesundheitsversorgung, Planung für die Gesundheitsversorgung als Teilbereich, Stuttgart 1972, S.63.

2) Vgl. Mühlich, ebda., S.62.

3) Die beiden "anderen "Säulen" sind die ambulante und stationäre Versorgung.

4) Geissler, H., a.a.O., S.98 f. glaubt, daß die Möglichkeit, spezialisierte Ärzte und Fachgruppen (u.a. Gesundheitsingenieure) einzusetzen, nicht zuletzt auch die Attraktivität des Arztberufes im ÖGD erhöhen würde.

5) Vgl. Nittner, K.-R., a.a.O., S.270 und Faerber, K.-P., Formen des ÖGD in der Zukunft, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.650 f.

Aufgabenfülle und Komplexität überfordert ist¹⁾. Zudem würde einem Gesundheitsamt, das gesundheitspolitisch eine gewichtige Rolle spielt, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern und auch der Ärztekammer, den Hygieneinstituten, gerichtsmedizinischen und gewerbeärztlichen Diensten erheblich erleichtert werden.

Ein Großamt würde auch die Einteilung in Fachbereiche mit selbständigen Fachabteilungen²⁾, die eigenverantwortlich und initiativ arbeiten können, zulassen, so daß eine rationelle und effektive Arbeit möglich wird und die Anforderungen an einen modernen Gesundheitsdienst besser erfüllt werden können³⁾.

Ein weiterer Vorteil, den ein Großamt bieten würde, wäre die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit, dieses Amt auf Länderebene anzusiedeln und damit aus der kommunalen Selbstverwaltung herauszulösen.

- 1) Teamwork sieht auch Nittner, K.-R., a.a.o., S.438, als ein Grundarbeitsprinzip des ÖGD an. Zusätzlich fordert er, daß einzelne Aufgaben gemeinsam mit den Behörden in "Kommissionsarbeit" zu erledigen seien.
- 2) Vgl. Beske, F., Struktur des künftigen ÖGD, a.a.O., S. 101 und Nittner, Ein Jahr des Aufbaus, a.a.O., S.438, der diese Fachabteilungen für den "Baustein" eines modernen Gesundheitsamtes hält.
- 3) Es soll hier noch einmal betont werden, daß der ÖGD eine der Grundvoraussetzungen für eine wirksame Gesundheitspolitik darstellt und daher auf jeden Fall zu erhalten bzw. funktionsfähig zu gestalten ist.

Diese Kommunalisierung der Gesundheitsämter wird von einem großen Teil der Befragten¹⁾ beklagt, da sie dadurch allzu sehr in den Sog nicht gesundheitspolitisch orientierter Bereiche der Kommunalverwaltung geraten. Diese Probleme werden auch aus den Antworten auf die Frage, warum ein Verlassen des ÖGD erwogen wurde, deutlich: Jeweils 11 Befragte beklagen die Abhängigkeit von der Verwaltung, vom bürokratischen Apparat und auch von den örtlichen Behörden sowie von Politikern. Sie glauben, daß die Behörden aus politischen und nicht aus sachlichen Gründen entscheiden, daß die Entwicklung von vielen außermedizinischen Faktoren abhängig sei und Beförderungen und Berufungen nur nach dem Parteibuch geschähen. 9 der Befragten meinen, nur Handlangerdienste für andere Behörden zu tun, der Arzt sei nur Erfüllungsgelhilfe und die Entwicklung der eigenen Fähigkeiten daher nicht möglich.

Eine stärkere politische Gewichtung der Gesundheitsämter innerhalb der Verwaltungshierarchie würde das Ansehen des ÖGD erhöhen, die Position des Amtsarztes aufwerten¹⁾ und damit auch das Selbstwertgefühl des leitenden Arztes. Er würde bei allen die Gesundheit betreffenden Fragen gehört werden müssen, weil eine Institution wie ein Großamt, das der Länderverwaltung untersteht, nicht so leicht übergangen werden kann und mehr Einflußmöglichkeiten und daher auch Bedeutung erlangt als ein im kommunalen Bereich angesiedeltes, den meisten Behörden untergeordnetes Gesundheitsamt.

Die allgemeine Notwendigkeit einer strukturellen Reform geht auch aus der hohen Zustimmung der befragten Ärzte zu den folgenden Statements hervor:

-
- 1) Siehe unten: Die Untersuchung wurde in NRW durchgeführt, wo die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene angesiedelt sind.
 - 2) Dies ist auch eine Forderung von Beske, F., a.a.O., S.101.

"Im öffentlichen Gesundheitswesen muß sich in allernächster Zukunft besonders für die Bediensteten vieles ändern." "Die Aufgaben des ÖGD müssen in allernächster Zukunft neu definiert werden, wenn es nicht zu einem Debakel kommen soll" und "Der ÖGD muß in allernächster Zukunft umorganisiert werden". Hier wird die große Unzufriedenheit der Beteiligten mit ihrem Tätigkeitsbereich besonders deutlich. Sowohl die arbeitsrechtliche Situation für die Bediensteten als auch der Aufgabenkatalog des ÖGD werden nahezu einhellig als sofort und entscheidend revisionsbedürftig angesehen. Selbst eine schnelle und völlige Neustrukturierung des ÖGD wird nur von jedem fünften Befragten abgelehnt. Wie pessimistisch die allgemeine Situation gesehen wird, zeigt sich darin, daß 62 % der Befragten glauben, daß sogar eine intensivere Informierung der Medizinstudenten über den ÖGD das Nachwuchsproblem nicht lösen könne. Hier wird der Nachwuchsmangel offensichtlich nicht so sehr als personelles Problem, sondern als Strukturproblem bewertet, was darauf schließen läßt, daß nur eine kombinierte umfassende Reform die Situation des ÖGD entscheidend verbessern kann (s. Schaubild

6.3 Technologische Neuorganisation

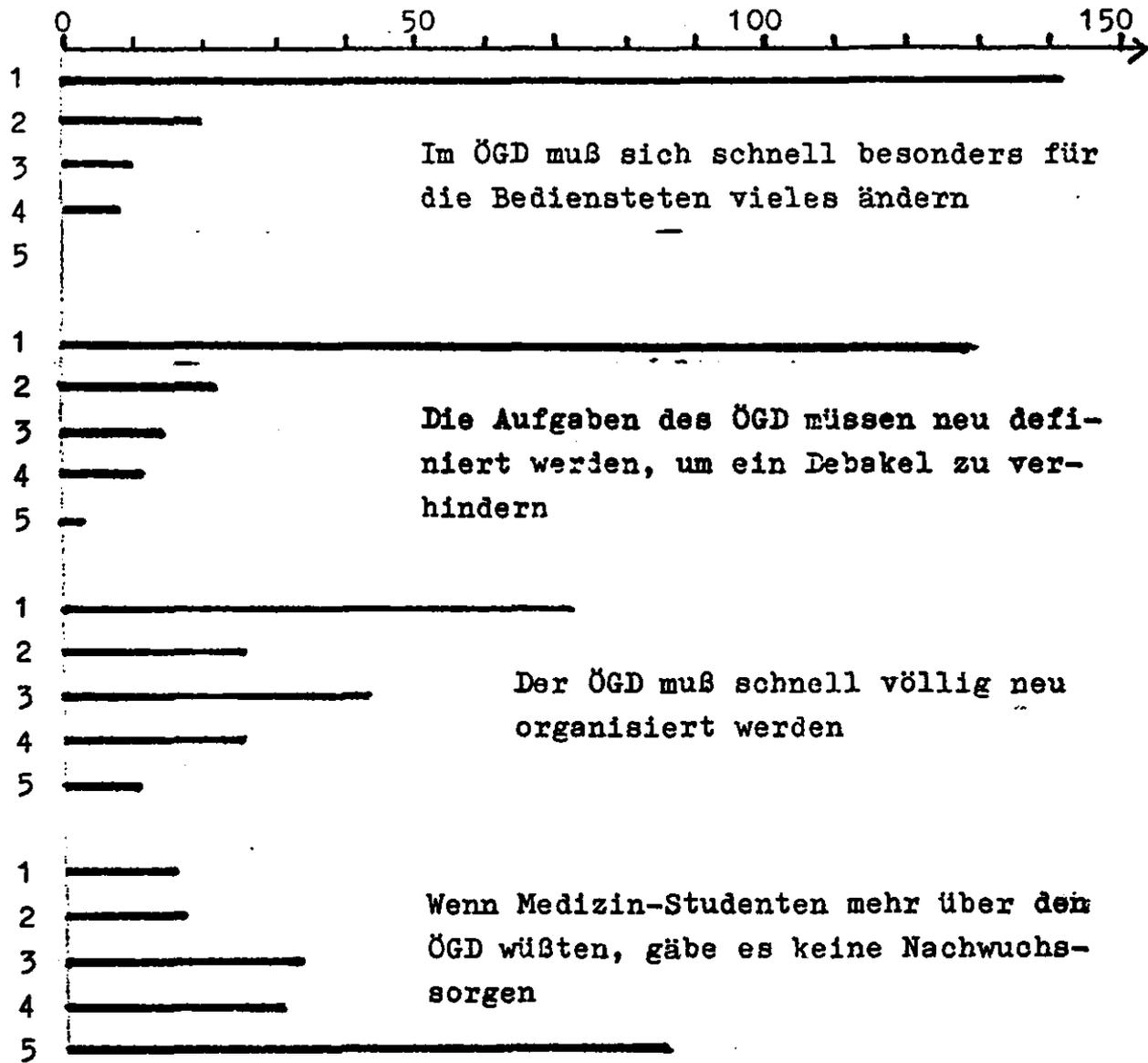
Hand in Hand mit einer strukturellen Reform des ÖGD muß auch der technologische Ausbau der Ämter gehen. Arbeitsrationalisierung läßt sich nur durch den Einsatz moderner technischer Hilfsmittel erreichen¹⁾.

Die Ziele:

- Erledigung der Aufgaben mit möglichst wenig Personal,
 - schnelle Publikumsabfertigung, d.h. keine langen Wartezeiten,
-

¹⁾ Vgl. Bäumer, A., Möglichkeiten der Rationalisierung im Gesundheitsamt, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.399.

Schaubild 2: Notwendigkeit der Neustrukturierung des ÖGD



1 - 5: Skala möglicher Übereinstimmung: von: "stimme völlig überein" (1) bis "bin völlig anderer Meinung" (5)

- physische Entlastung der Personals und Steigerung der Arbeitsfreude und
- Ausrichtung auf mögliche neue Arbeitsgebiete.

setzen das Vorhandensein moderner technischer Einrichtungen voraus:

Eine EDV-Anlage ist Voraussetzung für eine effektive Auswertung des gesamten Datenmaterials, und sie entlastet das Personal bei der Bearbeitung und Speicherung der gesundheitlichen Daten. Hierzu ist ein Hauptarchiv mit allen erhobenen Befunden und Unterlagen über die Patienten erforderlich und gleichzeitig Einheitlichkeit in der Datenerfassung¹⁾; moderne bauliche Unterbringung²⁾, sinnvolle Grundrisse bzw. Raumaufteilung³⁾ erleichtern die Abfertigung des Publikums, das man nach festgelegten Systemen (große und kleine Rundläufe) durch die einzelnen Abteilungen schleusen kann, ohne daß lange Wartezeiten entstehen (die Steuerung des Dienstablaufes müßte durch die Zentrale erfolgen, wobei eine Anwesenheitsanzeige der einzelnen Fachleute unbedingt erforderlich ist). Röntgenfilme sollten automatisch entwickelt werden, um den Patienten sofort über seinen Gesundheitszustand unterrichten zu können, ohne daß er ein zweites Mal erscheinen müßte. Förderband und Rohrpostanlagen müßten Botendienste innerhalb des Hauses ersetzen und die Verbindung zwischen zentralem Archiv und Auskunftsstelle und Labor herstellen.

Zusammenfassend läßt sich die Forderung aufstellen, daß die Schwerpunkte bei einer Reform des ÖGD auf die Schaffung einer funktionsgerechten Organisationsform, auf eine zeitgemäße

1) Vgl. Hoeben, A., Aufbau und Arbeit der modernen Tuberkulosefürsorgestelle, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 33, 1971, S.53.

2) Vgl. Hopf, E.J., a.a.O., S.114: "Modernes Gebäude schafft modernes Image".

3) "Beschränkte apparative Ausrüstung und ein Mangel an geeigneten Räumlichkeiten dürften die Effizienz des Gesundheitswesens beeinträchtigen." Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, a.a.O., S. 133.

Aufgabenstellung im Interesse der Volksgesundheit unter Bildung genügend großer Verwaltungsbereiche und auf technisch gut ausgestattete Einrichtungen zu legen sind¹⁾. Betrachtet man zudem den ÖGD unter dem Aspekt eines kybernetischen Systems - was er ja wohl auch ist - , dann wird deutlich, daß er auch als System plan- und steuerbar ist. Dazu sind aber die wissenschaftlichen Methoden der Strukturanalyse und der Bedarfsermittlung notwendig; Marktforschung und Planung, das Erstellen von Prognosen sowie das Erarbeiten optimierender Lösungen sind eine Voraussetzung für ein optimales Funktionieren dieses Systems²⁾. Die bisherigen Bemühungen, die sich vorwiegend auf eine Verbesserung der Besoldungssituation über eine Sonderlaufbahnregelung konzentrierten, reichen nicht aus, die Situation entscheidend zu ändern. Ganz abgesehen davon, daß auch das BMJFG gegen eine solche Sonderlaufbahn argumentiert.

1) In diesem Sinne argumentiert auch der Bundesverband, der mit diesen Forderungen gegen die Vorschläge der AGLMB, einen Aufgabenkatalog im Sinne eines Muster-gesetzentwurfes zu schaffen, eintritt; vgl. zu der Konkurrenzsituation zwischen Bundesverband und AGLMB Schildwächter, Neugestaltung des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.497-498 und ders., Zum Entwurf eines Rahmengesetzes über das Gesundheitswesen, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.715-716.

2) Vgl. Schmitt, L., a.a.O., S.233.

7. Schlußbetrachtung

Wie aus der vorliegenden Studie hervorgeht, steckt der ÖGD in der BRD zur Zeit in einer schweren Krise, die nicht nur sein effektives Funktionieren bedroht, sondern sogar einen Zusammenbruch befürchten läßt, wenn nicht rechtzeitig, d.h. eigentlich sofort, wirksame Reformen durchgeführt werden.

Die Nachwuchssituation stellt dabei das eigentliche Kernproblem dar, vor dem der ÖGD steht und an dem er in den nächsten Jahren zu scheitern droht. Der ÖGD scheint seit ca. 20 Jahren nur noch wenigen Medizinern so attraktiv, daß man sich zum Eintritt in diesen Dienst entschließt. Überalterung (s.Tab.11) und Personalmangel sind die direkte Folge. Die Gründe hierfür sind, wie sich aus der bisherigen Untersuchung ergeben hat, vielfältig und komplex.

Ein großer Prozentsatz der Medizinstudenten und auch der Medizinalassistenten scheint das Berufsziel "Arzt im ÖGD" gar nicht in Erwägung zu ziehen bzw. von vornherein abzulehnen¹⁾. Die Gründe hierfür liegen einmal in der fehlenden Übereinstimmung zwischen dem Berufsbild des Mediziners und der im ÖGD ausgeübten Tätigkeit, dem negativen Image, das dem ÖGD und besonders den Medizinern in dieser Institution anhaftet, aber auch an der innerärztlichen Kampagne, die gegen den ÖGD geführt wird, gegen eine angebliche Staatsmedizin und ihre Expansion²⁾: zum anderen in der Unsicherheit der Aufgabenstellung, an unklaren Kompetenzen und in dem Einkommensgefälle zwischen Arzt im ÖGD und freipraktizierenden und Krankenhausärzten. Häufig spielt auch die mangelnde Information über diese Fachrichtung eine große Rolle. Wenn man davon ausgeht, daß der Sozialisationsprozeß während des Studiums und der Krankenhaustätigkeit neben der Motivation

1) S.oben S. , s.auch Pflanz, M., a.a.O., S.148.

2) Vgl. Manger-König, L., Begrüßungsansprache, in: Öff. Gesundheitswesen, 34, 1972, S.642.

Tabelle 11:

Geburtsjahr der im ÖGD tätigen Mediziner

Jahrgang	männlich		weiblich		Alter heute
		%		%	
1904-1905	5	4	-	-	70/71 Jahre
1906-1910	21	16	6	10	65/69 Jahre
1911-1915	31	24	14	24	60/64 Jahre
1916-1920	35	27	12	20	55/59 Jahre
1921-1925	24	18	12	20	50/54 Jahre
1926-1930	10	8	9	15	45/49 Jahre
1931-1935	-	-	5	8	40/44 Jahre
1936-1940	1	1	1	2	35/39 Jahre
keine Antwort	3	2	-	-	
insgesamt	130	100	59	100	

und strukturellen Momenten des Berufsziels ein bestimmender Faktor für die endgültige Berufstätigkeit des Arztes ist¹⁾ und daß andererseits die Aufklärung über die amtsärztliche Tätigkeit an den Hochschulen gering ist²⁾, eine derartige Ausbildung häufig sogar als "zweite Wahl" angesehen wird, dann läßt sich leicht erkennen, daß eine spezifische Motivation zum Amtsarzt bei Medizin-Studenten nicht existiert³⁾.

Einer der Vorschläge zur Behebung des akuten Nachwuchsmangels zielt darauf ab, Hausfrauen-Ärztinnen für eine stundenweise Tätigkeit im ÖGD zu gewinnen. Betrachtet man diese Überlegungen unter dem Aspekt der Berufszufriedenheit der Ärztinnen im ÖGD, scheint eine Einstellung von Hausfrauen-Ärztinnen einen Teil der Probleme des ÖGD zu lösen, denn Frauen sind - wie aus der Befragung hervorgeht - im ganzen gesehen zufriedener als ihre männlichen Kollegen: die Tab.15 und 16 zeigen, daß Ärztinnen eher dazu geneigt sind, "alles wieder so (zu) machen" (41 % gegenüber 28 % der Ärzte), ihren Kindern eher den Eintritt in den ÖGD empfehlen (7 % gegenüber 3 % der Ärzte) als davon abraten (10 % gegenüber 17 % der Ärzte). Auch stellen sie weniger Bedingungen, die erfüllt werden müßten, bevor sie ihren Kindern einen solchen Eintritt empfehlen würden (49 % der Ärztinnen empfehlen eingeschränkt bzw. unter Bedingungen gegenüber 68 % der Ärzte) und machen sich weniger Gedanken über ihren weiteren beruflichen Werdegang (Tab.17; 27 % der Ärztinnen geben keine Antwort auf diese Frage oder haben sich keine Gedanken gemacht gegenüber 18 % der Ärzte).

1) Pflanz, M., a.a.O., S.150, wies diesen Sozialisationsprozeß bei deutschen Medizinstudenten nach und Brooks, R., Motive der Berufswahl der Mediziner, in: Soziale Sicherheit, 28, 1975, S.511.

2) Schöngart, K., a.a.O., S.759 f., wies in einer Befragung von Medizinstudenten nach, daß der Informationsgrad der Studenten über die einzelnen medizinischen Berufe sehr niedrig ist. Nur wenige glaubten gut oder zumindest oberflächlich über den Beruf des Jugendzahnarztes informiert zu sein.

3) Vgl. Pflanz, M., a.a.O., S.150.

Tab. 15: Entscheidung heute, aufgeteilt nach Geschlecht

	Alles wieder so	Bemerkungen	Nicht angegeben	Keine Antwort
männlich	37 19 % 1) 28 % 2)	18 10 % 14 %	14 7 % 11 %	61 33 % 47 %
weiblich	24 13 % 3) 41 %	7 4 % 12 %	8 4 % 14 %	20 10 % 33 %
Insgesamt	61 32 %	25 14 %	22 11 %	81 43 %

1) Prozent aller Befragten (189 = 100 %)

2) Prozent aller männlichen Befragten (130 = 100 %)

3) Prozent aller weiblichen Befragten (59 = 100 %)

Tab. 16: Frage, ob man den Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen würde, aufgeteilt nach Geschlecht

	Insgesamt		männlich		weiblich	
	n	%	n	%	n	%
Keine Angaben	35	18	15	8 ¹⁾ 12 ²⁾	20	10 ³⁾ 34 ³⁾
Abraten	28	14	22	11 17	6	3 10
Eingeschränkt empfehlen	59	32	46	24 35	13	8 22
Unter Bedingungen empfehlen	59	32	43	24 33	16	8 27
Empfehlen	8	4	4	2 3	4	2 7
Insgesamt	189	100	130	69	59	31

1) Prozent aller Befragten (189 = 100 %)

2) Prozent aller männlichen Befragten (130 = 100 %)

3) Prozent aller weiblichen Befragten (59 = 100 %)

Tab.17: Weiterer beruflicher Werdegang, aufgeteilt nach Geschlecht

	Insgesamt		männlich ¹⁾		weiblich	
	n	%	n	%	n	%
Keine Antwort	24	13	15	8 ¹⁾ 12 ²⁾	9	5 ³⁾ 15 ³⁾
Keine Gedanken gemacht	15	8	8	4 6	7	4 12
Bleibe im ÖGD	135	69	93	49 72	39	20 65
Bleibe bedingt	7	4	4	2 3	1	1 2
Verlasse ÖGD	4	2	3	2 2	1	1 2
Pensioniert	7	4	7	4 5	-	-
Insgesamt	189	100	130	69	59	31

1) Prozent aller Befragten (189 = 100 %)

2) Prozent aller männlichen Befragten (130 = 100 %)

3) Prozent aller weiblichen Befragten (59 = 100 %)

Trotz dieser vermuteten größeren Zufriedenheit der Ärztinnen würde die Einstellung von Hausfrauen-Ärztinnen neue Probleme für den ÖGD mit sich bringen. Denn diese Ärztinnen sind im ganzen gesehen schlechter gestellt als ihre männlichen Kollegen. Schon jetzt sieht es so aus, daß Frauen häufiger in untergeordneten Positionen eingestuft sind und seltener ihr Einkommen durch Nebentätigkeiten verbessern können (Tab.18). An mangelnden Fähigkeiten oder Interesse kann dies nicht liegen, denn zumindest lesen sie ebenso häufig und viele Fachzeitschriften wie die Ärzte (Tab.19). Es ist eher zu vermuten, daß ihnen als angestellte Teilzeitbeschäftigte der Aufstieg in leitende und damit besser bezahlte Stellungen von ihren beamteten männlichen Kollegen verwehrt wird.

Das Problem für den ÖGD liegt bei einem solchen Vorgehen darin, daß zwar kurzfristig mehr Stellen besetzt werden könnten, daß sich aber langfristig die Einstellung der übrigen Ärzteschaft und der Öffentlichkeit dem ÖGD gegenüber eher noch verschlechtern würde. Dann - wie es heute schon häufig geschieht - wird die Tätigkeit im ÖGD endgültig als ein Beruf für verheiratete Frauen angesehen, als eine Nebentätigkeit für geringer qualifizierte Kräfte. Die Berufszufriedenheit der Frau spielt keine so große Rolle, da sie doch in ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter die eigentliche Erfüllung findet, während der Mann, der primär auf seinen Beruf ausgerichtet ist, nur wenig Zufriedenheit bei seiner Tätigkeit im ÖGD findet. Es ist leicht abzuschätzen, daß eine solche Einstellung eine wirksame Zusammenarbeit des ÖGD mit den für das Gesundheitswesen zuständigen Personen und Institutionen erheblich erschweren würde.

Tab. 18: Nebentätigkeiten im ÖGD, aufgeteilt nach Geschlecht

	Keine Angaben	übliche	alles Mögliche	Gutachten	eigene Praxis	Ärztevertreter	Facharzt	Gefängnisarzt	Arbeitsamtsarzt
männlich	51 27 % ¹⁾ 39 % ²⁾	6 3 % 3 %	- - -	40 21 % 31 %	4 2 % 2 %	4 2 % 3 %	1 1 % 1 %	2 1 % 2 %	1 1 % 1 %
weiblich	43 22 % ³⁾ 73 % ³⁾	- - -	1 1 % 2 %	3 1 % 5 %	- - -	- - -	1 1 % 2 %	1 1 % 2 %	- - -
Insgesamt	94 49 %	6 3 %	1 1 %	43 22 %	4 2 %	4 2 %	2 2 %	3 2 %	1 1 %

	Krankenhaus-tätigkeit	Beratung	Lehr- bzw. wiss. Tätigkeit	Anderes
männlich	2 1 % 2 %	3 2 % 2 %	11 6 % 8 %	5 2 % 3 %
weiblich	- - -	1 1 % 2 %	6 3 % 10 %	3 1 % 4 %
Insgesamt	2 1 %	4 2 %	17 9 %	8 4 %

- 1) Prozent aller Befragten (189 = 100 %)
- 2) Prozent aller männlichen Befragten (130 = 100 %)
- 3) Prozent aller weiblichen Befragten (59 = 100 %)

Tab. 19: Lesen von Fachzeitschriften, aufgeteilt nach Geschlecht

	Eine	Zwei	Drei	Vier	Fünf	Sechs	Sieben u.mehr	Zu wenige	Verschiedene	Keine Angabe
männlich	4 2 % ¹⁾ 3 % ²⁾	16 8 % 12 %	21 12 % 16 %	22 12 % 17 %	14 8 % 11 %	15 8 % 12 %	18 9 % 14 %	6 3 % 4 %	9 4 % 7 %	5 3 % 4 %
weiblich	5 3 % ³⁾ 8 %	9 5 % 15 %	13 6 % 22 %	10 5 % 17 %	11 5 % 19 %	4 2 % 7 %	1 1 % 2 %	1 1 % 2 %	1 1 % 2 %	4 2 % 6 %
Insgesamt	9 5 %	25 13 %	34 18 %	32 17 %	25 13 %	19 10 %	19 10 %	7 4 %	10 5 %	9 5 %

- 1) Prozent aller Befragten (189 = 100 %)
- 2) Prozent aller männlichen Befragten (130 = 100 %)
- 3) Prozent aller weiblichen Befragten (59 = 100 %)

Die AGLMB schlägt als kurzfristigen Ausweg aus der gegenwärtigen Notlage eine spürbare Verbesserung der Besoldung vor, - eine auch bei der vorliegenden Befragung immer wieder im Vordergrund stehende Forderung - , um durch Angleichung des Einkommensgefälles zwischen den Ärzten im ÖGD und den niedergelassenen Ärzten die Attraktivität des ÖGD zu erhöhen¹⁾. Daß das langfristig zu keiner Lösung führen kann, hat die Untersuchung bisher gezeigt; denn obwohl das Einkommen eine wichtige Rolle spielt, gibt es eine ganze Reihe maßgeblicher Faktoren, die eine Tätigkeit im ÖGD unattraktiv erscheinen lassen²⁾. Ein weiteres Problem einer solchen Einkommensangleichung wäre die Überforderung des Besoldungssystems des öffentlichen Dienstes³⁾.

Es kann daher vermutet werden, daß die Anhebung des Einkommens den einen oder anderen Arzt zum Eintritt in den ÖGD bewegen würde, die eigentlichen Ursachen für die Inattraktivität aber, die viel komplexer und vielfältiger sind, blieben davon unberührt.

Diese Ursachen sind zunächst im soziologischen Bereich zu suchen: Wie die Untersuchung gezeigt hat, stimmen Berufsbild und -vorstellungen des Mediziners mit der Tätigkeit im ÖGD nicht überein. Eingebettet in das hierarchische System der Verwaltung und Mitglied der ärztlichen Standesvertretungen, gehört er zu keiner Institution ganz und ist einem tiefgreifenden Rollenkonflikt unterlegen. Um seinen Standpunkt fixieren zu können, und sich selbst

1) Vgl. Middelhaue, a.a.O., S.194.

2) "Einer so schwierigen Situation (gemeint ist der Nachwuchsmangel - die Verf.) ist mit Maßnahmen, die an einzelnen Symptomen ansetzen, nicht beizukommen. Es bedarf vielmehr einer Analyse der tieferen Ursachen und einer Neubestimmung des Standortes und der Aufgaben des ÖGD"; Wolters, H.-G., a.a.O., S. 2.

3) Im Vergleich zu dem Einkommen der Krankenhausärzte ist zudem die Besoldung der Ärzte im ÖGD nicht so negativ zu bewerten.

Anerkennung zu verschaffen, fordert er denn auch eine Sonderstellung, die weder vollständig in der Beamtenhierarchie noch im Gefüge der übrigen Ärzteschaft angesiedelt ist - und er fordert damit praktisch ein eigenes Berufsbild. Seine Ausbildung ist ausgerichtet auf eine kurative und therapeutische Tätigkeit¹⁾, die in Freiheit und Unabhängigkeit ausgeübt werden soll. Dementsprechend empfindet er auch viele Arbeiten im ÖGD als "unärztlich" und fühlt sich fachlich sowohl über- als auch unterfordert. Daher ist er auch bestrebt, von diesen "unärztlichen" Aufgaben befreit zu werden, und er versucht, "freibleibende" Möglichkeiten für eine therapeutische Tätigkeit zu finden, d.h. ein Aufgabengebiet, das seinem Verständnis als Arzt entspricht.

Ausgehend von dieser Erkenntnis wird zur Zeit diskutiert, das sich von dem Aufgabenfeld des kurativ tätigen Mediziners stark unterscheidende Aufgabenfeld des Arztes im ÖGD bereits in der Ausbildung zu berücksichtigen, indem die Studenten während des Studiums über die Probleme des ÖGD informiert werden. Gedacht wird an die Einrichtung von Lehrstühlen oder die Vergabe von Lehraufträgen für das Fach "Öffentliches Gesundheitswesen und Sozialhygiene" bzw. an eine Weiterbildung in Form von Lehrgängen, die mit dem Amtsarztexamen abschließen und deren Absolventen die Anerkennung als "Facharzt für den ÖGD" bekommen²⁾. Eine solche Weiterbildung soll die Teilnehmer wegführen von den Vorstellungen, als Arzt nur individuell therapeutisch tätig zu werden und sie auf die übergeordneten und auf das Gemeinwohl gerichtete Tätigkeiten vorbereiten. Diese Überlegungen beruhen auf der Einsicht, daß die Verantwortung für die kollektive Gesundheit einen Amtsarzt voraussetzt, der neben

1) Auch österreichische Studenten beklagen in einer Befragung von Brooks, R., a.a.o., S.11, die einseitige Ausrichtung auf die Verhältnisse in der Klinik und auf spezialisierte Fachpraxen.

2) Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft a.a.O., S.111.

Beobachtungs- und Kritikfähigkeit wissenschaftliches Interesse und die Gabe zum Erkennen komplexer Vorgänge besitzt¹⁾. Er muß sich gegenüber Behörden und Verwaltungsinstitutionen durchsetzen könne und auch das moderne technologische Instrumentarium beherrschen²⁾.

Erste Ansätze wurden hier bereits mit der Eröffnung der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen in Düsseldorf geschaffen, deren Vorlesungsbetrieb bisher in vier Abteilungen gegliedert ist:

- Epidemiologie und Statistik,
- Öffentliches Gesundheitswesen,
- Sozialhygiene und
- Verwaltung.

Als weitere Ausbaustufen sind vorgesehen:

- Medizinische Soziologie,
- Medizinische Ökologie,
- Operations research und
- Angewandte Forschung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens³⁾.

Daneben werden Kenntnisse vermittelt in:

- modernen Management- und Führungstechniken,
- der medizinischen Datenverarbeitung und
- Dokumentation und Statistik⁴⁾.

1) Vgl. Lund, P.V., a.a.O., S. 143 f.

2) Vgl. Nittner, K.-R., a.a.O., S. 269.

3) Vgl. die Empfehlungen der WHO: Im Rahmen einer Neuordnung des Medizinstudiums sollten sowohl theoretische Kenntnisse in Soziologie und Epidemiologie als auch praktische Ausbildung in Einrichtungen des ÖGW vermittelt werden, in: Renthe-Fink, B., a.a.o., S.22.

4) Vgl. Zylmann, E., Zur Eröffnung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.138.

Wie wichtig eine solche speziell auf die Aufgaben des ÖGD ausgerichtete medizinische Aus- und Weiterbildung ist, läßt sich unmittelbar auch aus den Ergebnissen der vorliegenden Befragung entnehmen.

Auf die Frage, wie man sich heute entscheiden würde, wenn man noch einmal von vorne beginnen könnte, antwortet ein großer Teil, daß man eine bessere Ausbildung anstreben würde, d.h. bessere medizinische Ausbildung, denn nur wenige würden anstelle der Medizin z.B. Philologie oder naturwissenschaftliche Fächer wählen. Das läßt den Schluß zu, daß man sich den Anforderungen im ÖGD - die durchaus groß sind - nicht gewachsen fühlt. Für wichtige Aufgabenbereiche des ÖGD glauben die Ärzte nicht die genügende bzw. adäquate Qualifikation zu besitzen¹⁾. Das erscheint auch durchaus konsequent, wenn man die Aufgaben des ÖGD mit denen eines therapeutisch und kurativ tätigen Arztes vergleicht. Ebenso konsequent erscheint denn auch, das 30 der insgesamt 44 Befragten, die eine Bemerkung zu der oben zitierten Frage machen, angeben, sie würden sich um eine eigene Praxis bemühen bzw. in freier Praxis arbeiten wollen. 26 geben an, sie würden Facharzt werden und 24 würden nicht wieder in den ÖGD gehen. Insgesamt haben 30 sich negativ über den ÖGD geäußert. Lediglich 2 der Befragten würden schneller als geschehen in den ÖGD eintreten, wenn sie noch einmal entscheiden könnten.

Das Medizinstudium motiviert den Studenten nicht für eine Tätigkeit im ÖGD und bildet ihn auch nicht dafür aus. Die Diskrepanz zwischen angestrebtem und schließlich ausgeübtem Beruf ist derart groß, daß Unzufriedenheit und fachliche Unsicherheit eine logische Folge zu sein scheinen. Nur wenn die spätere Tätigkeit im ÖGD bereits während des Studiums als eigenständiges, sich von den anderen medizinischen Berufen in vielen Aspekten deutlich unterscheidendes Berufsfeld vermittelt wird, kann diese Frustrationsquelle

1) Einer der Befragten: "Der Amtsarzt müßte zur Erfüllung seiner Dienstaufgaben ein medizinisches Universalgenie sein!"

erfolgreich abgebaut und auch wieder das Interesse junger Ärzte bzw. Medizinstudenten geweckt werden.

Adäquate Selbstdarstellung des ÖGD, ausreichende und frühzeitige Informierung über Art und Möglichkeit der Berufsausübung im ÖGD und auch die Anerkennung der Ausbildung zum Arzt im ÖGD als Facharztausbildung¹⁾ könnten dabei helfen, die Vorstellung abzubauen, die Arbeit im ÖGD sei eine "unärztliche" Tätigkeit. Die besonderen und für das gesamte Gesundheitswesen so wichtigen unterschiedlichen Ausbildungsanforderungen müssen klar erkennbar gemacht und schon frühzeitig während des Studiums vermittelt werden²⁾.

Neben der frühzeitigen Motivierung der Medizinstudenten wäre auch an eine gezielte Nachwuchsförderung zu denken: Einmal im Rahmen der Berufsberatung durch die Arbeitsämter, zum anderen könnten den Studenten, die sich für den ÖGD verpflichten, durch Stipendiengewährung und möglicherweise Umgehung des numerus clausus Anreize geboten werden³⁾. Eine solche Regelung ist jedoch nicht ganz unproblematisch; so hat Schöngart⁴⁾ in einer Befragung von Studenten der Zahnmedizin ermittelt, daß sich zwar 43 % für eine Arbeit im ÖGD verpflichten würden, wenn sie dadurch leichter einen Studienplatz erhielten, jedoch würden sie dies nur für einige Jahre tun, so daß die Arbeit im ÖGD praktisch nur als eine möglichst schnell abzuleistende Pflichterfüllung angesehen würde, während das eigentliche Berufsziel, eine eigene Praxis zu eröffnen, im Vordergrund bleibt. Es ist zu befürchten, daß diese Tatsache die Effektivität des ÖGD nicht gerade erhöht und die Kontinuität der Arbeit gefährdet.

1) Daß der Facharzt nach Meinung der Mediziner dem Praktiker überlegen ist und ein höheres Sozialprestige genießt, wurde bei der vorliegenden Befragung deutlich, und auch Brooks, a.a.O., S.512, stellte dies bei österreichischen Studenten fest.

2) Vgl. auch Stürzebecher, M., Zur Ausbildung von Ärzten des Öffentlichen Gesundheitswesens, in: Öff.Gesundh.-Wesen, 30, 1968, S. 237, der fordert, daß das Berufsbild des Arztes im ÖGD neu zu definieren sei und Ausbildung und Prüfung auf diese Laufbahn abgestellt werden müssen.

3) Vgl. auch das von der AGLMB erarbeitete NRW-Modell der Nachwuchsförderung, in: Middelhaue, a.a.O., S.194.

4) Vgl. Schöngart, K., a.a.O., S.760.

Zu erwähnen ist noch ein Punkt, der - wie aus der Befragung hervorgeht - als besonders negativ empfunden wird. Beklagt wird die heute bestehende Regelung, daß, bedingt durch den Ärztemangel im ÖGD, lediglich eine Teilnahme an Amtsarztlehrgängen genüge, um in der Hierarchie des ÖGD aufzusteigen, nicht jedoch die Leistung als Kriterium für Aufstieg bzw. Aufstiegsmöglichkeiten gewertet werde. Ein guter Abschluß eines Amtsarztlehrganges heißt nicht unbedingt, daß der Absolvent eine höhere Position bekommt, so daß einerseits Teilnehmer mit guten Noten nicht aufsteigen können und andererseits Teilnehmer mit mittelmäßigen oder unterdurchschnittlichen Leistungen leitende Positionen erhalten. Es ist verständlich, daß diejenigen, denen trotz erfolgreichem Abschluß des Lehrgangs höhere Positionen verwehrt bleiben, in einem noch stärkeren Maße mit ihrer Tätigkeit unzufrieden sind. Eine Ärztin auf die Frage, unter welchen Bedingungen sie ihren Kindern den Eintritt in den ÖGD empfehlen könne: "Wenn die Leistungen zählten und nicht die Beamtenjahre. Wenn eine Facharztausbildung besser bewertet würde bei der Einstellung und den Beförderungen."

Verstärkt wird dieser Effekt noch dadurch, daß es Ärzte in Amtsarztpositionen gibt, die entweder gar nicht an einem Amtsarztlehrgang teilgenommen haben (7 Nennungen = 3,7 %) oder ohne Erfolg abgeschlossen haben (1 = 0,5 %).

Möglicherweise sind hier mit die Gründe für die relativ hohe Zahl von weiterbildungsunwilligen Ärzten im ÖGD zu sehen. Nur etwas über die Hälfte (54 %) haben eine Amtsarztausbildung mit Prüfungsabschluß - bei Ärztinnen beträgt dieser Anteil sogar nur 10 % (S.Tab. 12); eine Facharztausbildung haben nur 40 % und eine Zusatzausbildung (medizinische bzw. nicht-medizinische mit und ohne Notenabschluß) können nur 29 % aufweisen (s.Tab.13 und 14). Ein knappes Drittel ist nicht an einer Fortbildung interessiert, obwohl die Chancen aufzusteigen, d.h. Amtsarzt oder besser bezahlter Facharzt zu werden immerhin für erfolgreiche

Tabelle 12:

Amtsarztausbildung

	insgesamt		männlich		weiblich	
	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	72	38	38	29	34	58
nein	9	5	4	3	5	9
ja, ohne Prüfung	5	3	4	3	1	2
ja, mit Prüfung	103	54	84	65	19	32
insgesamt	189	100	130	100	59	100

Tabelle 13:

Facharztanerkennung

	n	%
keine Antwort	8	4
ja, eine	69	37
ja, zwei	4	2
ja, drei und mehr	1	1
ja, aber nur bedingt gültig beantragt	1	1
nein	2	1
	104	55
insgesamt	189	100

Tabelle 14:

Zusatzausbildung

	n	%
beantragt	2	1
medizinische, noch kein Abschluß	3	2
medizinische, ohne Abschluß	23	12
medizinische, vorläufiger Abschluß	11	6
medizinische, mit Notenabschluß	4	2
nicht-medizinische, kein Abschluß	3	2
nicht-medizinische, vorläufiger Abschluß	2	1
nicht-medizinische, mit Notenabschluß	6	3
keine Angabe, nein	135	71
insgesamt	189	100

Absolventen der Amtsarztlehrgänge größer sind. Es kann vermutet werden, daß eine kritischere Bewertung der Leistungen und Noten bei den Amtsarztlehrgängen sowie die Bevorzugung von erfolgreichen Absolventen bei der Besetzung höherer Positionen die Effizienz des ÖGD erhöhen würde, da einmal die wirklich Interessierten auch ihrer Ausbildung entsprechende Positionen erhielten, zum anderen der Anreiz zur erfolgreichen Weiterbildung sehr viel stärker wäre. Ein geregeltes, nach Leistung und Interesse bewertetes Aufstiegssystem würde auch für junge Mediziner mehr Anreiz bieten, in den ÖGD einzutreten.

Daneben sollte der ÖGD im Rahmen einer Selbstdarstellung auch die Vorteile, die mit einer Tätigkeit hier verbunden sind, in verstärktem Maße darstellen. Denn daß der ÖGD auch viele Vorteile bietet, wird von einem großen Teil der Befragten bestätigt: geregelte und feste Arbeitszeit, bezahlter Urlaub, Beihilfen, Alterssicherung und interessante Arbeit. Dies könnte besondere Anziehungskraft auf die Medizinstudenten ausüben, die wegen "Arbeitsüberlastung" und "unsicherem Einkommen" den Beruf des freipraktizierenden Arztes ablehnen. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, daß die zuvor geschilderten funktionellen, strukturellen und organisatorischen Mängel des ÖGD beseitigt werden.

Eine bessere und verstärkte Selbstdarstellung sollte jedoch nicht nur bei den Medizinern, sondern auch in der Öffentlichkeit erfolgen. Die besondere, für das Allgemeinwohl, und die kollektive Gesundheit so wichtige Funktion des ÖGD muß der Bevölkerung bewußt gemacht werden, damit die heute noch anzutreffende Einstellung, das Gesundheitsamt sei lediglich eine Fürsorgeeinrichtung für Hilflose und Hilfsbedürftige¹⁾, abgebaut werden kann.

1) Vgl. Renthe-Fink, B., a.a.o., S.27.

Im Zusammenhang mit dem Personalbestand der Gesundheitsämter erscheint es wichtig, daß nicht-medizinische Mitarbeiter - der sog. Mittel- und Unterbau - in ausreichendem Maße vorhanden sind. Diese Mitarbeiter müssen den Arzt von allen "unärztlichen" Aufgaben entlasten und ihm dort als Berater zur Seite stehen, wo er als Mediziner fachlich überfordert ist. So sollte z.B. im Bereich des Umweltschutzes, der städtebaulichen Planung usw. ein Ingenieur für Technische Hygiene¹⁾ vorhanden sein, für die sozialen und fürsorgerischen Bereiche ein Sozialarbeiter²⁾, oder für den Verwaltungsbereich entsprechende Hilfskräfte. Der Einsatz von Hilfspersonal kann jedoch nur funktionieren, wenn er mit einer gut durchdachten Aufgabendelegation verbunden ist. So ist es für einen gut ausgebildeten Arzt eine fachliche Unterforderung und - unter dem Aspekt der Kosten, die eine medizinische Ausbildung heute erfordert - ein Verschwendung von volkswirtschaftlichen Ressourcen, wenn ein Mediziner mechanische, sich wiederholende Aufgaben übernimmt, die von nicht-medizinischem Personal nach einiger Einübung genausogut durchgeführt werden könnten. Gedacht ist hier u.a. an die Auswertung von Röntgenreihenuntersuchungen. Hier braucht der Arzt erst eingeschaltet zu werden, wenn auffällige Befunde aufgetreten sind. Entlastung könnte auch die Schaffung eines nicht-ärztlichen Heilberufes unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen des ÖGD bringen³⁾.

Trotz einer funktionellen Reform werden sich aber die grundlegenden Probleme des ÖGD nur lösen lassen, wenn es gelingt, dem ÖGD Aufgaben zu übertragen, die wirklich den Einsatz des Arztes erfordern. Entscheidendes Kriterium für die negative Einstellung aller Ärzte zum ÖGD ist die überwiegende Beschäftigung mit Verwaltungsarbeit, die - und darin ist ihnen zuzustimmen - durchaus von nicht-ärztlichem Fachpersonal erledigt werden könnte. Angesichts der

1) Vgl. Ott, Der Ingenieur für Technisches Gesundheitswesen, in: Öff. Gesundh.-Wesen; 36, 1974, S.143-146.

2) Zu den Schwierigkeiten, genügend Sozialarbeiter für den ÖGD zu finden, vgl. Nittner, a.a.O., S.443.

3) Vgl. Wolters, Moderne Gesundheitspolitik im ÖGD, a.a.O., S.5.

gegenwärtigen Aufgabenstellung des ÖGD wäre es daher sinnvoll, den Arzt zu ersetzen durch den Verwaltungsfachmann.... Ihm zur Seite stehen weiterhin die Fachkräfte (Sozialarbeiter, Therapeuten u.a.), die die einzelnen Funktionsbereiche abdecken; in spezifisch medizinischen Fällen werden niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zur Beratung herangezogen. Gegenüber dem Arzt bietet der Verwaltungsfachmann sogar noch den Vorteil, daß er stärker in die Verwaltungshierarchie integriert ist und - bedingt durch seine besonderen verwaltungstechnischen Kenntnisse - größere Durchsetzungskraft innerhalb der Bürokratie besitzt¹⁾. Er ist unbelastet von Statusproblemen und Rollenkonflikten und wird zudem den übergeordneten Koordinierungs- und Lenkungsfunktionen des ÖGD besser gerecht²⁾. Die Gesundheitsämter könnten durch ein unter dem Gesichtspunkt moderner Management-Methoden geschaffenes Führungssystem größere Effizienz (und damit ein breiteres Image) gewinnen, was - nach den Erkenntnissen der Untersuchung - nicht zuletzt

- 1) Laux, E., a.a.O., S. 131, unterscheidet zwischen dem Prozeßförderer kraft Machtposition und kraft fachlicher Problemorientierung und stellt fest, daß nur der "Macht promoter" in der öffentlichen Verwaltung an der Führung, die in den politischen Raum reicht, teilhaben kann. Der Amtsarzt, der seine Position eher als "Fachpromoter" begreift, könne seiner Funktion als obere Führungskraft kaum gerecht werden. Ein Verwaltungsfachmann würde eher "Gesundheitspolitik" betreiben und könnte sich nicht auf eine Position einer wertfreien Objektivität als medizinischer Berater zurückziehen, was bei dem Amtsarzt, der sich selbst in einer "Sonderposition" sieht, leicht der Fall sein könnte.
- 2) Diese Lenkungsfunktion wird nach Zylmann, E., a.a.O., S.138 f., im Gegensatz zur Versorgungsfunktion für den ÖGD immer wichtiger. Dabei spielen zur mittelbaren Gesundheitsversorgung und -sicherung der Bevölkerung eine besondere Rolle: die Beobachtung von gesundheitlich relevanten Vorgängen, die Planung und Konsequenzen und die Umsetzung der Planung durch Anregung, Koordinierung, Förderung, Anordnung und Aufsicht; vgl. hierzu auch Wolters, H.-G., a.a.O., S.2: "Je mehr die Aufgabenbestimmung sich auf ordnungsbehördliche Kompetenzen reduziert, desto weniger wird sie dem Berufsbild und -wunsch des Arztes gerecht. Je mehr andererseits die Aufgabenzuordnung streng medizinisch orientiert ist, umso weniger umfaßt sie einen immer weiter definierten Gesundheitsbegriff und verschließt sich darüber hinaus der notwendigen interdisziplinären Teamarbeit."

auch die Zusammenarbeit mit allen im Gesundheitsdienst tätigen Institutionen und Personen erleichtern würde.

Alternativ zu dieser Entwicklung wäre eine grundlegende Veränderung des ÖGD denkbar, die zwar auch den stärkeren Einsatz des Verwaltungsfachmannes vorsieht, jedoch mit der Zielsetzung, dem Arzt im ÖGD Aufgaben übertragen zu können, die seiner fachlichen Qualifikation entsprechen. Möglich wäre z.B. eine verstärkte Mitwirkung des Arztes im ÖGD in der Prävention und Rehabilitation - wie sie etwa in einigen gesundheitspolitischen Programmen gefordert wird - sowie im Jugend- und Arbeitsschutz; in diesen Bereichen könnte er therapeutisch tätig werden. Eine mehr sozialmedizinische Ausbildung würde ihn darüberhinaus befähigen, bei Fragen des Umweltschutzes, der Stadtplanung und Stadtsanierung, der Altenbetreuung, der Sozialberatung mitzuwirken. Voraussetzung wäre allerdings eine klare Definition seines Aufgabenbereichs, die ein abermaliges Abgleiten in reine Verwaltungsarbeit verhindert. Auf diese Weise könnte ein moderner, funktionierender ÖGD geschaffen werden, dessen vielseitige Aufgaben und optimale Arbeitsbedingungen gewiß einen Anreiz für junge Ärzte böte, hier tätig zu werden.

Teil II: Meinungen und Einstellungen der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Gesundheitserziehung

1. Einleitung

1.1 Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst

In der gesundheitspolitischen wie fachlich-medizinischen Diskussion nimmt das Problem der präventiven Medizin einen immer breiteren Raum ein. Dabei wird der Gesundheitserziehung - hierzu gehört auch die gesundheitliche Aufklärung - als einer sozialen Komponente präventiver Medizin neben ihren fast schon traditionellen Aspekten wie Vorsorgeuntersuchungen oder Aufdeckung und Ausschaltung krankheitsverursachender Faktoren immer größere Bedeutung beigemessen. Diese Tatsache ist Bestandteil eines allgemeinen Umorientierungsprozesses innerhalb der Medizin weg von ihrer rein naturwissenschaftlichen Richtung und Ausprägung hin zu einer stärkeren Ausrichtung auf ihre sozialen Funktionen und einem gestiegenen Bewußtsein der Mediziner und Ärzte von ihrer sozialen Rolle und gesellschaftlichen Verpflichtung.

Inwieweit die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als einer der drei Säulen des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens an diesem Umorientierungsprozeß teilhaben, wie sie ihrem Aufgabengebiet "Gesundheitserziehung" (GE) gegenüberstehen und inwieweit die Arbeitsbedingungen im ÖGD eine gesundheitserzieherische Tätigkeit der Ärzte zulassen, sollte die vorliegende Befragung feststellen. Sie wurde durchgeführt um abzuklären, ob und in welchem Ausmaß der Arzt im ÖGD objektiv und subjektiv zu betreiben imstande ist, d.h. aufgrund seines Interesses, seiner Qualifikation und der Verhältnisse im ÖGD dazu befähigt ist.

1.2 Fragenkomplexe und Hypothesen

Es ist selbstverständlich, daß die Befrager aufgrund bisheriger Erkenntnisse und Untersuchungen über die Ärzte im ÖGD bestimmte Voraussetzungen zur Grundlage ihrer Fragen machten. Es wurde fünf Fragenkomplexe gebildet, betreffend:

1. Wesen und Aufgaben der Gesundheitserziehung allgemein,
2. Bedeutung der Gesundheitserziehung für den Arzt im ÖGD,
3. Zuständigkeit des Arztes im ÖGD für Gesundheitserziehung,
4. gegenwärtige gesundheitserzieherische Praxis und
5. Aus- und Weiterbildung der Ärzte im ÖGD auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung.

Sodann wurden Einzelfragen formuliert, die sowohl alternativ zu einander als auch auf einer sechsstelligen Skala in sich abgestuft beantwortet werden konnten. Dabei galt die Einkreisung der Ziffern "1", "2" oder "3" als Zustimmung (Bejahung), die Einkreisung der Ziffern "4", "5" oder "6" als Ablehnung (Verneinung) der angeführten Behauptung. Die Ziffer "1" bedeutete immer: "Ich stimme völlig überein" (ja), die Ziffer "6": "Ich bin völlig anderer Meinung" (nein). Die Erwartungshaltung der Befrager gegenüber der Beantwortung der Fragen wurde in Form mehrerer Hypothesen festgehalten. Es zeigte sich, daß die Ergebnisse der Befragung die aufgestellten Hypothesen zum größten Teil verifizierten, allenfalls aber - aufgrund ihrer Absolutheit - modifizierten. Die Hypothesen im einzelnen:

Die Befrager gingen davon aus, daß

1. die Ärzte des ÖGD Gesundheitserziehung grundsätzlich für wichtig erachten würden,
2. gleichzeitig jedoch eine ziemliche Unsicherheit und Ungewißheit unter ihnen herrsche, was GE überhaupt sei und was man dafür tun könne, daß
3. die Ärzte einer Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der GE nur geringes Interesse entgegenbrächten,

4. sie Zweifel am Erfolg gesundheitserzieherischer Maßnahmen anmeldeten,
5. GE wegen der geringen Kapazität der Gesundheitsämter von diesen nicht ausschließlich betrieben werden könne,
6. das Gesundheitsamt jedoch prinzipiell für GE zuständig und ohne seine Mitwirkung unmöglich sei, daß
7. die Ärzte des ÖGD zwar auch anderen Berufsgruppen eine gewisse Bedeutung für GE einräumten, GE aber in erster Linie ein medizinisches Anliegen sei.

Diese Hypothesen gilt es im folgenden anhand der Ergebnisse der Befragung im einzelnen zu überprüfen (Kapitel 3 bis 6). Zuvor sind jedoch noch einige allgemeine Angaben zu Umfang und Zusammensetzung der Stichprobe (Kapitel 2) und zur Aussagekraft der Ergebnisse zu machen. Bei der Befragung stellt sich die Frage, inwieweit von einer doch so kleinen Stichprobe auf die Gesamtheit aller Ärzte im ÖGD geschlossen werden kann, d.h. die vorliegenden Ergebnisse generalisiert werden können. Zum geringen Umfang der Stichprobe kommt die Tatsache hinzu, daß sich nur einige Bundesländer an der Befragung beteiligten und zudem in diesen Ländern der ÖGD unterschiedlich organisiert ist, so daß von einer Repräsentativität keinesfalls gesprochen werden kann. Jedoch kann die Untersuchung für sich beanspruchen, eindeutige Tendenzen zu offenbaren und zumindest die generelle Linie der Ärzteschaft im ÖGD aufzuzeigen.

2. Darstellung der Stichprobe

Von Dezember 1969 bis Februar 1970 wurden in fünf verschiedenen Bundesländern und in West-Berlin insgesamt 522 Ärzte und Ärztinnen des ÖGD schriftlich befragt. Dabei entfielen auf Baden-Württemberg 99 Befragte, auf Bayern 213, Hessen 49, Rheinland-Pfalz 48, das Saarland 18 und auf West-Berlin 95.

Die Befragten setzen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten wie folgt zusammen:

2.1 Alter und Geschlecht

380 (73,5 %) der Befragten sind männlichen, 137 (26,5 %) weiblichen Geschlechts, was einem Verhältnis von 3 : 1 entspricht; 5 Ärzte (4,3 %) machten keine Angaben. Auffallend ist die starke Konzentration in den Altersklassen 41 bis 50 Jahre und 51 bis 60 Jahre: insgesamt 83 % der Befragten gehören in diese Gruppen, wobei nahezu jeder zweite männliche Arzt (49,2 %) 51 bis 60 Jahre und über die Hälfte aller Frauen (57 %) 41 bis 50 Jahre alt sind. Bemerkenswert ist weiterhin, daß die Altersstufe über 60 Jahre stärker besetzt ist als die beiden Stufen bis 30 Jahre und 31 bis 40 Jahre zusammen: es gibt also mehr Ärzte, die älter als 60 Jahre alt sind (9,5 %), als Ärzte, die jünger als 40 Jahre sind (7,9 %). Und nur 0,6 % (3 der männlichen Befragten) sind jünger als 30 Jahre.

2.2 Approbation und Eintritt in den öffentlichen Gesundheitsdienst

Zu dieser aufgewiesenen Altersstruktur trägt die zeitliche Verschiebung zwischen Approbation und Eintritt in den

ÖGD bei. Fast die Hälfte der befragten Ärzte (46,7 %) approbierte vor 1944, nur 8 (1,5 %) in dem Zeitraum von 1966 bis 1970. Die Anzahl der Approbationen nimmt nahezu stetig ab: von 244 vor 1944 über 140 zwischen 1945 und 1950, 76 zwischen 1951 und 1955, 21 zwischen 1956 und 1960 und 26 zwischen 1961 und 1965 bis auf 8 zwischen 1966 und 1970.

Auch die Zahl der Eintritte in das Gesundheitsamt weist seit 1960 eine fallende Tendenz auf. Durchschnittlich beträgt die Verschiebungsspanne zwischen Approbation und Eintritt in das Gesundheitsamt 10 Jahre. So wurde z.B. die Zahl der Ärzte, die bis 1950 approbierten und später dann in den Dienst des Gesundheitsamtes eintraten, erst 1960 erreicht. Häufig vergehen jedoch bis 20 und in ca. 20 % aller Fälle auch mehr als 20 Jahre nach der Approbation, bevor der Arzt zum Gesundheitsamt kommt¹⁾.

2.3 Ausbildung

Zu unterscheiden sind bei dem Kriterium der Ausbildung Facharztausbildung und staatsärztliche Zusatzausbildung. 26 % der Befragten (215) haben eine Facharztausbildung, und zwar in nahezu der Hälfte der Fälle für Lungen- und für Kinderkrankheiten, weiter in abnehmender Anzahl für innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie und Psychiatrie usw. . Häufiger ist der Anteil der Ärzte, die keine Facharztausbildung, wohl aber eine staatsärztliche Zusatzausbildung aufweisen können: 46 % (318). Die Zahl der Ärzte, die sowohl eine Facharzt- wie auch eine staatsärztliche Zusatzausbildung vorweisen (74), hält sich mit der Zahl der Ärzte, die weder über die eine noch über die andere Ausbildung verfügen (70) ungefähr die Waage (14 bzw. 13 %).

1) Zu Nachwuchsmangel, Überalterung, Unterbesetzung des ÖGD vgl. Teil I. S. 72ff.

2.4 Tätigkeit

Insgesamt wurden auf die Frage nach der im Gesundheitsamt ausübten Tätigkeit 20 Funktionsvarianten angegeben - dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Mit 262 Nennungen stand der Leiter des Amtes an erster Stelle: damit ist also über die Hälfte (50,2 %) der Befragten mit der Leitung eines Gesundheitsamtes beauftragt. Dem folgen - weitgehend entsprechend der Häufigkeit der Facharztausbildung - an zweiter Stelle der Lungenfacharzt (64), an dritter Stelle der Arzt für Schul- und Jugendfürsorge (59), an vierter Stelle der Stellvertreter des Leiters des Amtes (38), an fünfter Stelle der Arzt für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (21), an sechster Stelle die Zahnarzt (13), an siebter Stelle diejenigen Ärzte, die alle Funktionen wahrzunehmen haben (12), an achter Stelle die Ärzte für psychiatrische Fürsorge (10), an neunter Stelle die Ärzte der allgemeinen Abteilungen (10), an zehnter Stelle die Medizinalreferenten (9) und weiter in abgestufter Reihenfolge die Ärzte der Seuchenhygiene, des sozialpsychologischen Dienstes, der Lebensmittelhygiene, Körperbehindertenfürsorge, Arbeitsmedizin, Geschlechtskrankenfürsorge, Geschwulstberatung, vertrauensärztlichen Untersuchungen, Hörbehindertenberatung und Strahlenmedizin: Aus dieser Liste ist ersichtlich, daß die Aufgabenstellung des ÖGD vielfältigster Art ist, daß aber auch aufgrund des Variantenreichtums der Tätigkeiten manche Aufgaben - besonders von sog. "Kleinbetrieben" - gar nicht voll wahrgenommen werden können. Daneben werden aber auch noch weitere Tätigkeiten von den Ärzten verlangt, und als denkbar, möglich, wichtig, wünschenswert und notwendig bezeichnet, z.B. im Bereich der Sozialhygiene, allgemeinen Umwelthygiene, Altenfürsorge, Schwangeren- und Mütterfürsorge, allgemeine Vorsorge und Früherkennung und gerade der Gesundheitserziehung.

2.5 Einzugsgebiet

Der formal-statistische Teil der Befragung umfaßte auch die Frage nach dem Einzugsgebiet der Gesundheitsämter. Dabei überwogen die Antworten der befragten Ärzte, deren Gesundheitsamt für einen Landkreis zuständig ist, mit 57,5 % (300) gegenüber denen der Ärzte, deren Amt in Städten liegt, mit 38,3 % (199); 23 Befragte (4,3 %) machten keine Angaben. Das Übergewicht der Ämter auf dem Lande resultiert hierbei aus der hohen Zahl der kleinen Gesundheitsämter und Nebenstellen, den sog. "Ein-Mann-Betrieben", an denen Bayern einen hohen Anteil hat.

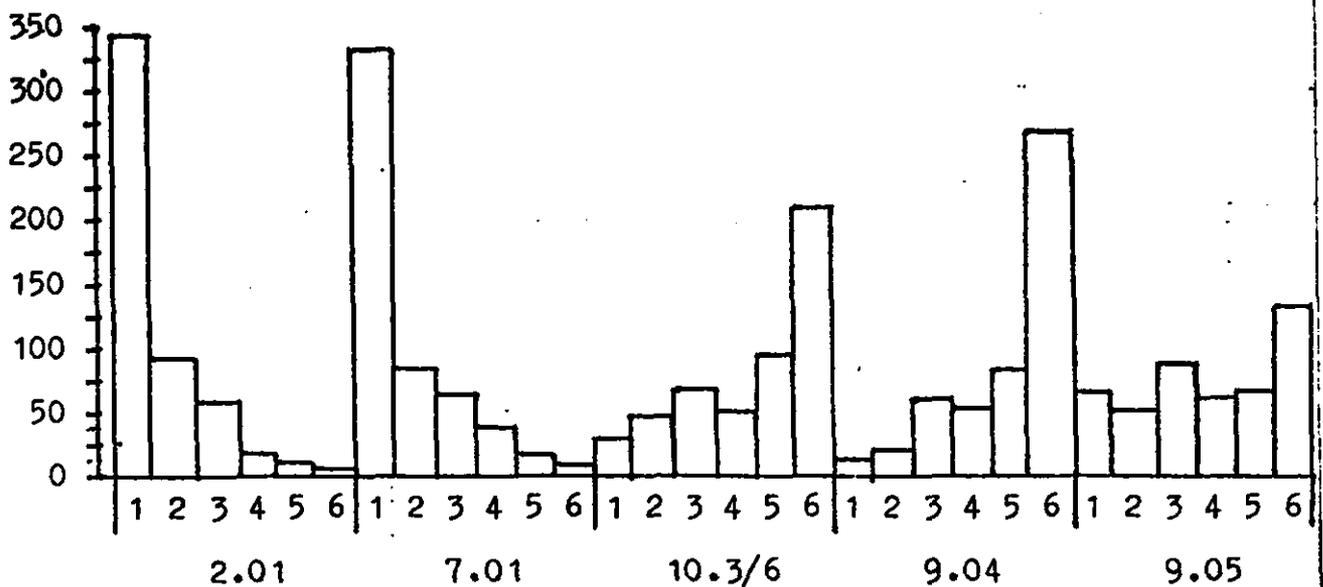
3. Die Bedeutung der Gesundheitserziehung

Der Auswertung der statistischen Angaben soll nun die Analyse der Meinungen und Einstellungen der Ärzte des ÖGD zur GE folgen. Der erste Fragenkomplex gilt dabei der Bedeutung der GE (s.Schaubild 1).

Auf die allgemein gehaltene Frage, ob GE ein wichtiges Arbeitsgebiet sei, antworten 95 % (495) der Befragten mit ja, 66 % (344) stimmen völlig zu. Diese fast einmütige Reaktion auf die Frage nach der allgemeinen Bedeutung der GE wird bestätigt, wenn man nach der Notwendigkeit gesundheitserzieherischer Veranstaltungen in Verbindung mit dem Kriterium der Zivilisationsstufe einer Gesellschaft wie der unsrigen fragt: 91 % (471) der Befragten halten angesichts des vermehrten Auftretens sog. Zivilisationskrankheiten in einer hochtechnisierten Welt gesundheitserzieherische Veranstaltungen für notwendig, 63 % (330) für absolut notwendig. Auch wird GE als ein interessantes Arbeitsgebiet gesehen,

Schaubild 1

- 2.01: Gesundheitserziehung ist ein überaus wichtiges Arbeitsgebiet
- 7.01: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen sind in einer hochzivilisierten Gesellschaft notwendig
- 10.3/6: Gesundheitserziehung ist an sich nicht interessant genug
- 9.04: Die Ärzte des ÖGD interessieren sich für Gesundheitserziehung nicht
- 9.05: Die Ärzte des ÖGD warten auf Anregungen, wie sie sich gesundheitserzieherisch betätigen können



jedoch nicht so häufig, wie sie für wichtig und notwendig gehalten wird. Es zeigt sich bei der Beantwortung der Frage nach dem Interesse der Ärzte an GE eine Abschwächung der eindeutigen Ergebnisse aus den Fragen nach Bedeutung und Notwendigkeit der GE. Ihre für die Ärzte subjektive Bedeutung bleibt hinter ihrer objektiven Bedeutung zurück. Dabei wird das - wenn auch nicht häufige - Desinteresse der Ärzte an GE eher dem Gegenstand selbst zugeschrieben als auf die Person des Arztes bezogen: die Frage, ob GE "an sich" nicht interessant genug sei, wird häufiger bejaht und weniger verneint als die Frage, ob die Ärzte im ÖGD sich subjektiv nicht für GE interessierten. Absolut gesehen besteht jedoch eine klare Interessierfähigkeit der GE und Interessierwilligkeit der Ärzte. Fast jeder zweite Befragte (220) meint, der Unterstützung von außen bedürftig zu sein, um gesundheitserzieherisch wirken zu können. Gesetzgeberische Maßnahmen, Aufgabenübertragung, Kompetenzerweiterung usw. werden von einem beträchtlichen Teil der Ärzteschaft gewünscht. Dieses Bedürfnis der Ärzte nach Anregungen, wie, wo und in welcher Weise sie sich gesundheitserzieherisch betätigen können, ist im Vergleich zu ihrem Interesse an der Materie, aus dem heraus sie ihre gesundheitserzieherische Tätigkeit anreichern könnten, also hoch. Insgesamt werden - wenigstens den Aussagen der Ärzte nach - Bedeutung und Notwendigkeit der GE voll anerkannt und eine Intensivierung der vor allem in den Bereichen TBC-Fürsorge, Jugendzahnpflege, Jugend- und Schulgesundheitspflege und gesundheitsamtliche Kontrollen und Besichtigungen bereits mehr oder weniger stark betriebenen GE, daneben aber auch ihre Ausdehnung auf andere Gebiete des Gesundheitsamtes relativ stark gewünscht (vgl. Tabelle 11). Insgesamt findet damit die Hypothese, daß GE nach Meinung der befragten Ärzte wichtig ist, ihre Bestätigung.

4. Die Zuständigkeit für Gesundheitserziehung

Das Problem der Zuständigkeit für GE ist für den Arzt im ÖGD ein zweiseitiges Schwert. Einerseits klagt er aufgrund des akuten Personalmangels über eine starke Überlastung, andererseits ist er wegen seiner doch zahlreichen reinen Verwaltungstätigkeiten im Gesundheitsamt als ausgebildeter Arzt auch häufig frustriert und sucht deshalb nach neuen Betätigungsfeldern und Aufgaben¹⁾. Diese Ambivalenz der Kompetenzfrage spiegelt sich in den Antworten wieder.

4.1 Allgemeiner Anspruch der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes

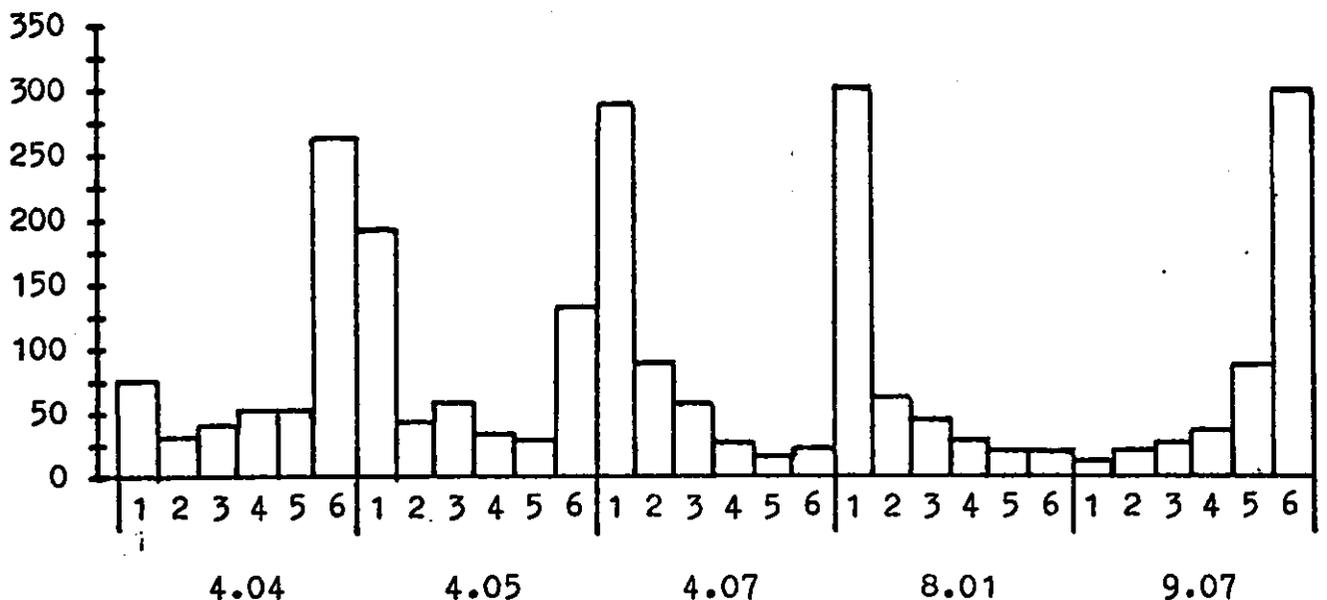
Rund 85 % (433) der befragten Ärzte meinen, gesundheitserzieherische Maßnahmen könnten nur Erfolg haben, wenn der ÖGD nicht ausgeklammert wird. 60 % (309) stimmen dem sogar voll und ganz zu. Doch müssten dafür dann auch zusätzliche Planstellen für ausgebildete, praktische Gesundheitserzieher geschaffen und dem ÖGD erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt werden (s. Schaubild 2).

Hierin äußert sich der starke Wunsch nach Beteiligung am Aufgabengebiet GE, gleichzeitig jedoch auch die Angst vor Mehrbelastung. Darüber hinaus halten sich die Ärzte des ÖGD zwar nicht für so kompetent, daß GE ausschließlich von ihnen durchgeführt werden dürfte - im Gegenteil: GE wird für so wichtig gehalten, daß auch andere Gruppen daran beteiligt werden müssen - , doch fühlen sie sich auch keineswegs durch Aktivitäten anderer in der GE überflüssig. Trotz einer Beteiligung anderer Gruppen bleibt auch dem ÖGD noch ein bedeutender Spielraum. Die Ärzte des ÖGD drängen also auf ihre Beteiligung an der GE, haben jedoch gewisse Vorbehalte, was deren praktische Durchführung angeht.

1) Vgl. Teil I, S. 30ff.

Schaubild 2

- 4.04: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß sie nur unter Einbeziehung des Arztes im ÖGD erfolgen dürfte
- 4.05: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß das Gesundheitsamt für ausgebildete praktische Gesundheits-erzieher Planstellen haben müßte
- 4.07: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß der ÖGD dafür erhebliche Mittel zur Verfügung haben sollte
- 8.01: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn der ÖGD nicht ausgeklammert wird
- 9.07: Die Ärzte des ÖGD sind auf dem Gebiet der Gesundheits-erziehung durch Aktivitäten anderer überflüssig



4.2 Selbsteinschätzung der Kompetenz

Zur näheren Bestimmung des Maßes, in dem sich die Ärzte des ÖGD für GE kompetent fühlen, sollen im folgenden weitere Einstellungen der Ärzte untersucht werden.

Fast die Hälfte der Befragten (44 %) schätzt sich selbst auch als "Gesundheitserzieher" ein. Doch meinen zwei Drittel (69%), daß die Ärzte des ÖGD nicht hauptsächlich Gesundheitserzieher seien, daß sie sich vor allem als Ärzte und nicht als Pädagogen begriffen. Unabhängig davon sollte GE - auch wenn sie nicht ihr wichtigster Aufgabenbereich ist - jedoch eine selbstverständliche Pflicht eines jeden Arztes im ÖGD sein (92 %). So sollte auch jede Gelegenheit bei der routinemäßigen Arbeit des Arztes genutzt werden, gesundheitserzieherisch auf den Patienten einzuwirken (93 %). 42 % der Befragten sind bereit, für GE auch ihre Freizeit zu opfern.

Doch wird diese verhältnismäßig große Bereitschaft durch zwei weitere Ergebnisse relativiert. Zum einen meinen 69 % der Ärzte, GE müsse mit in die routinemäßige Arbeit eingebaut werden, um zum Erfolg zu führen, also während der regulären Arbeitszeit erfolgen - diese Ausweitung der Tätigkeit der nach eigener Aussage ohnehin schon überlasteten Ärzte brächte zwangsläufig, wie auch von ihnen gefordert, eine Kapazitätsausweitung und Stellenvermehrung mit sich. Zum anderen sind mehr als zwei Drittel der Befragten (72 %) der Ansicht, daß die Ärzte des ÖGD keine Zeit für Lehrgänge und Seminare über GE hätten (s. Schaubilder 3 und 4).

Schaubild 3

- 4.01: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß sie eine selbstverständliche Pflicht eines jeden Arztes im ÖGD sein sollte
- 4.02: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß der Arzt im ÖGD dafür sogar Freizeit opfern sollte
- 4.03: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß jede Gelegenheit dazu bei der routinemäßigen Arbeit des Arztes im ÖGD genutzt werden muß
- 4.04: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß sie nur unter Einbeziehung des Arztes im ÖGD erfolgen dürfte
- 4.07: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß der ÖGD dafür erhebliche Mittel zur Verfügung haben sollte
- 8.01: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn der ÖGD nicht ausgeklammert wird

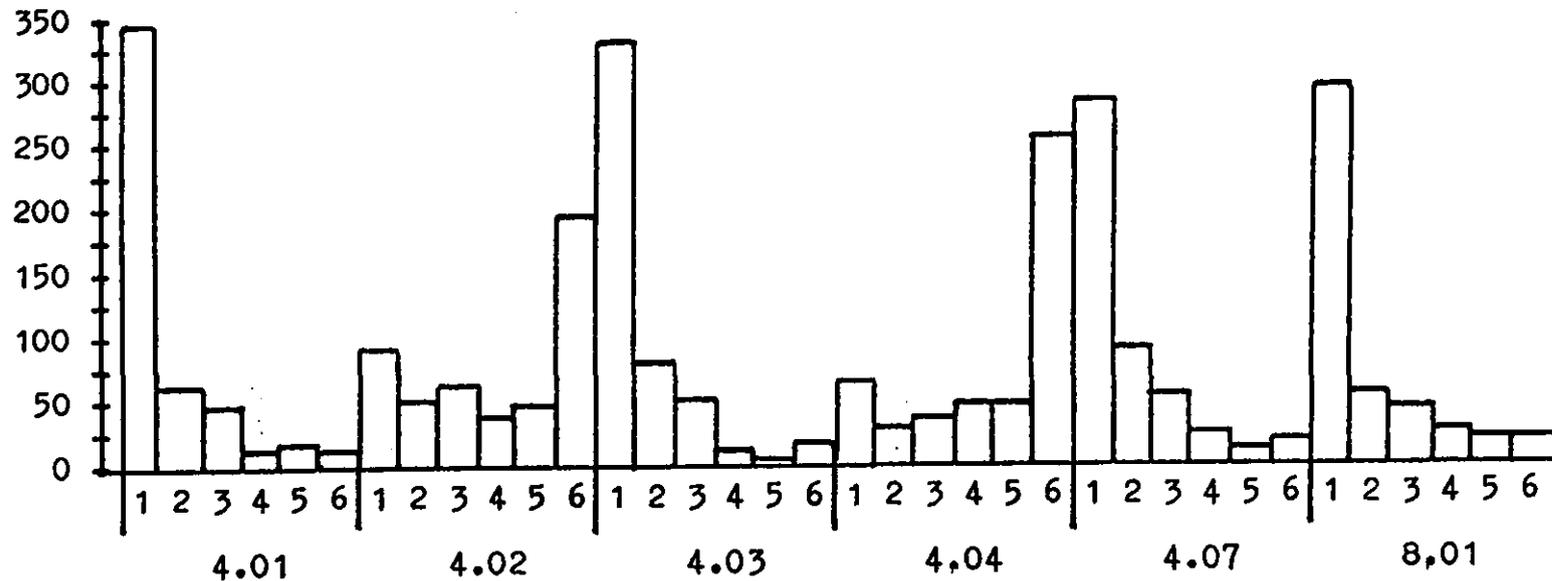
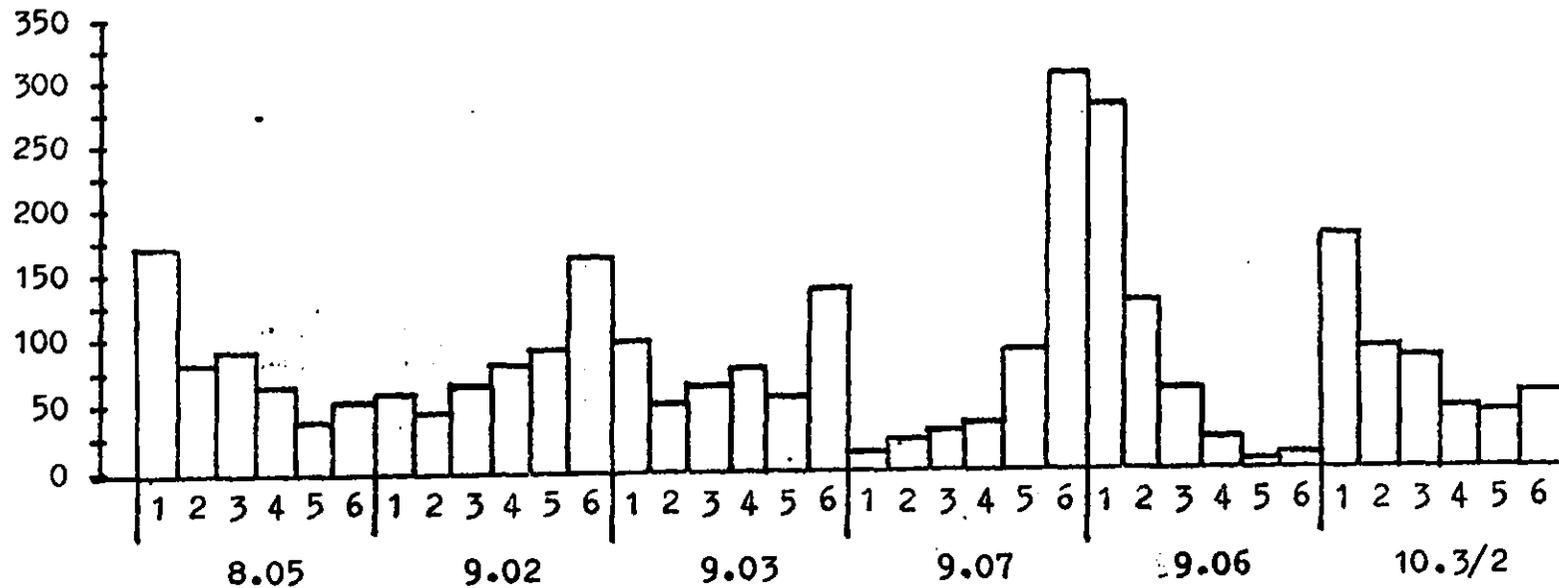


Schaubild 4

- 8.05: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn sie gleichzeitig mit der routinemäßigen Arbeit durchgeführt werden
9.02: Die Ärzte des ÖGD sind vor allem Gesundheitserzieher
9.03: Die Ärzte des ÖGD sind alle Gesundheitserzieher
9.07: Die Ärzte des ÖGD sind auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung durch Aktivitäten anderer überflüssig
9.06: Die Ärzte des ÖGD finden sehr viele Ansatzpunkte für Gesundheitserziehung in ihrer Arbeit
10.3/2: Die Ärzte des ÖGD haben für Lehrgänge und/oder Seminare über Gesundheitserziehung keine Zeit



Hier zeigt sich erneut die zwiespältige Einstellung der Ärzte des ÖGD zur GE. Einerseits erkennen und anerkennen sie die Bedeutung der GE, bekunden auch ihr Interesse an der Thematik und heißen sie als von ihnen zu übernehmende Funktionen durchaus willkommen; andererseits verhalten sie sich aber einer Ausweitung der GE im ÖGD gegenüber skeptisch und gegenüber einer noch gesteigerten Mehrbelastung ihrer selbst eher zurückhaltend. Man möchte auf das Betätigungsfeld GE nicht verzichten und meint, daß ÖGD müsse daran beteiligt werden, ist sich aber - wie oben bereits gesagt - durchaus der Misere der personellen Ausstattung der Gesundheitsämter voll bewußt und leitet daraus dann u.a. die Forderung nach Stellenvermehrung, verstärkter Einstellungswerbung und höheren finanziellen Zuwendungen ab. Festzuhalten bleibt der Anspruch der Ärzte des ÖGD auf Zuständigkeit für GE, da sie vielfältige Möglichkeiten hätten, gesundheitserzieherisch tätig zu werden und es auch bereits seien.

Eine ergänzende Frage richtete sich auf das Verhältnis der Ärzte des ÖGD zu anderen Berufsgruppen, zur freipraktizierenden und im Krankenhaus tätigen Kollegenschaft in bezug auf GE. Dabei sollte sich herausstellen, inwieweit die Ärzte des ÖGD sich von anderen medizinischen und außermedizinischen Berufsgruppen abgrenzen bzw. zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit ihnen bereit sind.

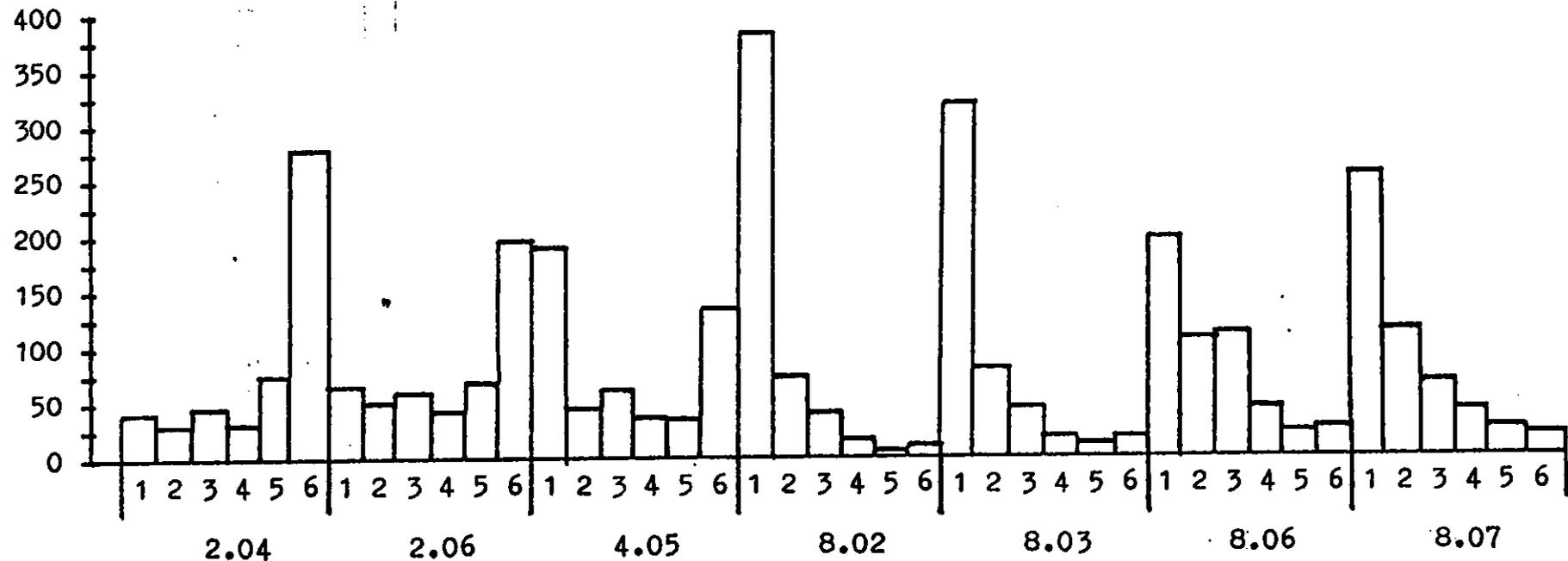
4.3 Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen

Mehr als 93 % der Befragten halten eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen auf dem Gebiet der GE für notwendig, allein 41 % für absolut notwendig. Gesundheitserzieherische Maßnahmen können ihrer Meinung nach nur dann zum Erfolg führen, wenn - neben Krankenhausärzten und Ärzten in freier Praxis - auch Vertreter anderer Berufe mitwirken. Die Ärzte des ÖGD sind also durchaus der Meinung, daß zur erfolgreichen Bewältigung der Aufgabe "GE" im Interesse der Anzusprechenden auch andere Gruppen beteiligt werden müssen. Allerdings setzt die Mitwirkung anderer Berufsgruppen eine vorherige Aus- bzw. Weiterbildung in GE voraus (91 %) - (s.Schaubild 5).

Hieran muß sich die Frage anschließen, welche Berufsgruppen aus der Sicht der Ärzte des ÖGD nun besonders für eine Zusammenarbeit in Frage kommen (vgl. Tabelle 9). An erster Stelle wird dabei der freipraktizierende Arzt genannt; ihm folgen in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen: Lehrer, Krankenhausschwester und -pfleger, Eltern, Fürsorger und Sozialhelfer, Sozialmediziner, Gemeindefschwester, Psychologen und Soziologen, Journalisten, Hebammen, Wissenschaftler, Werbefachmänner. Pfarrer und an letzter Stelle der Krankenhausarzt. Bei zusätzlichen, eigenständigen Nennungen der Befragten wurden besonders die Massenmedien, Kindergärtnerinnen und Sportlehrer herausgehoben. Es handelt sich hierbei also vornehmlich um drei Kategorien von Gruppen und Berufen: medizinische und pflegende (hauptsächlich Ärzte, Schwestern und Fürsorger), pädagogische und erzieherische (vor allem Lehrer und Eltern) und solche mit starker Multiplikatorfunktion, von denen man sich eine große gesundheitserzieherische Breitenwirkung verspricht, also etwa die Massenmedien. Interessant ist nun die Rolle, die Bedeutung, die sich der Arzt im ÖGD gegenüber diesen anderen Berufen bei einer Zusammenarbeit auf dem Gebiet der GE zuspricht.

Schaubild 5

- 2.04: Gesundheitserziehung ist die Angelegenheit von Leuten, die gerne reden
- 2.06: Gesundheitserziehung ist ein medizinisches Randgebiet
- 4.05: Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß das Gesundheitsamt für ausgebildete praktische Gesundheitserzieher Planstellen haben müßte
- 8.02: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn Ärzte des ÖGD mit anderen zusammenarbeiten
- 8.03: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn auch andere Berufe zur Gesundheitserziehung ausgebildet werden
- 8.06: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn man populärwissenschaftliche Aufklärung betreibt
- 8.07: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn viele Leute gleichzeitig angesprochen werden



Die Frage, ob der Arzt im ÖGD oder der freipraktizierende Arzt in der GE wichtiger ist, kann nicht eindeutig entschieden werden. Hier halten sich die Meinungen ungefähr die Waage. 179 Befragte entscheiden sich für den Arzt des ÖGD, 167 für den Arzt in freier Praxis. Das gleiche gilt für die Frage, ob der Arzt im ÖGD oder der Sozialmediziner für die GE von größerer Bedeutung sei (136 gegenüber 143 Nennungen). Eindeutiger sind die Ergebnisse in bezug auf die Zusammenarbeit von Ärzten des ÖGD und Eltern/Lehrern, deren Mitwirkung als wichtiger eingeschätzt wird als die der Ärzte selbst (135 Nennungen für den Arzt im ÖGD gegenüber 181 für Lehrer und 131 Nennungen für den Arzt im ÖGD gegenüber 172 für Eltern). Ganz eindeutig ist der Arzt des ÖGD bei einer Zusammenarbeit mit Krankenschwestern und -pflegern (219 zu 95 Nennungen) und mit Krankenhausärzten (149 zu 76 Nennungen) der bedeutendere Beteiligte. Am größten ist die Kluft jedoch zwischen dem ÖGD und Pfarrern (230 zu 13 Nennungen): dem Geistlichen wird damit kaum eine Bedeutung für GE zugesprochen.

Damit kristallisieren sich zwei Gruppen besonders heraus: Eltern und Lehrer. In der Zusammenarbeit mit dem Arzt des ÖGD übernehmen sie die pädagogischen Aufgaben, während der Arzt seinen medizinischen Sachverstand einbringt. Wegen ihrer Dauereinwirkungen auf die zu Erziehenden, worunter von den Befragten also vor allem Kinder und Jugendliche verstanden werden, kommt ihnen eine höhere Relevanz für GE zu. Eltern und Lehrer üben einen steten Einfluß auf Einzelne und Kleingruppen aus, die Ärzte des ÖGD haben kaum Zeit dazu und z.B. bei schulärztlichen Untersuchungen auch einen viel geringeren Kontakt zu den Schülern als ihre Lehrer. Eine Möglichkeit, diese Beziehung anzureichern, besteht nach Meinung der Ärzte darin, in der Lehrerausbildung mitzuwirken, also in konzentrierter Form schon auf einer Vorstufe das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Die Verschiedenartigkeit der Aufgabenstellung im Bereich der GE zwischen Arzt einerseits (medizinische Funktion) und Eltern/Lehrer andererseits (erzieherische Funktion) ließ eine eindeutige Stellungnahme der Ärzte - wegen des geringen Zeitaufwandes der Ärzte zugunsten der Eltern und Lehrer - zu.

Die Indifferenz der Ergebnisse für die Beziehungen zwischen Ärzten des ÖGD auf der einen Seite und freipraktizierenden Ärzten und Sozialmediziner auf der anderen Seite, resultiert aus der Gleichartigkeit ihrer fachlichen Tätigkeit:

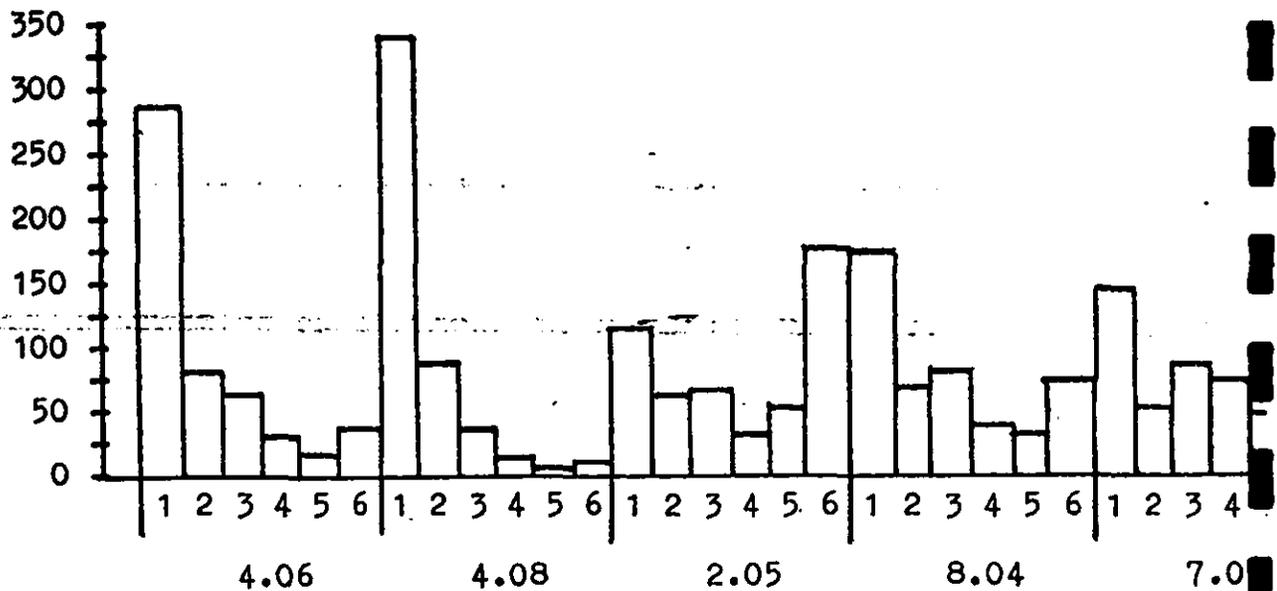
sie sind - wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten -

alle Mediziner. Eine Arbeitsteilung besteht zwischen Ärzten und Massenmedien. Diese tragen den medizinischen Sachverstand in die breite Öffentlichkeit und ergänzen damit die Tiefenwirkung die von Eltern und Lehrern ausgeht. So meinen auch 83 % der Befragten, viele Leute müßten gleichzeitig angesprochen werden, damit GE zum Erfolg führt, und 92 %, das Problem der GE müsse den Massenmedien nahegebracht werden. Außerdem sollte verstärkt populärwissenschaftliche Aufklärung - hier ist an Beiträge in Zeitungen, Zeitschriften der Krankenkassen, Informationsblätter u.ä. gedacht - betrieben werden (s. Schaubilder 5 und 6).

Warum die Rolle des Krankenhausarztes auf dem Gebiet der GE so absolut und relativ niedrig veranschlagt wird, läßt sich aus der Befragung und deren Ergebnissen nicht ohne weiteres ermitteln. Es ist jedoch zu vermuten, daß sich hier die Einstellung der Ärzte des ÖGD widerspiegelt, daß ein Krankenhausarzt - im Vergleich zum Hausarzt - nur geringen Kontakt zum Patienten hat. Die Tatsache, daß die Funktion des Krankenhausarztes ausschließlich darin besteht, körperliche Defekte zu beseitigen bzw. zu mildern, während der Hausarzt und auch der Arzt des Gesundheitsamtes mehr soziale Funktionen wahrnimmt - und damit auch Gesundheitsberatung durchführt -, mag hier mit hineinspielen.

Schaubild 6

- 4.06: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß sie bereits in das Medizinstudium eingeordnet sein muß
- 4.08: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß man sie den Massenmedien nahebringen sollte
- 2.05: Gesundheitserziehung ist ein medizinisches Spezialgebiet
- 8.04: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn man Ärzte als Gesundheitserzieher ausbildet
- 7.02: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen machen klar, welche Krankheiten es gibt



Schlüsselt man die Beziehungen des Arztes im ÖGD zu anderen Berufsgruppen nach bestimmten medizinischen Gebieten, in denen GE stattfindet oder stattfinden könnte, auf, so ergeben sich keine wesentlich neuen Gesichtspunkte, was die Verteilung der Zuständigkeiten angeht (vgl. Tabelle 10). Themen wie spezielle Krankheitsvorsorge, Krankheitszeichen und ihre Behandlung, richtiges Verhalten im Risikofall, Sexualität, Fortpflanzung und Geburtenregelung, chronische und degenerative Krankheiten und vor allem Erste Hilfe fallen gesundheitserzieherisch vornehmlich in den Kompetenzbereich des freipraktizierenden Arztes und teilweise auch des Krankenhausarztes (hier hauptsächlich Erste Hilfe und Krankheitsbehandlung), während sich der Arzt des ÖGD besonders für Bereiche wie Ernährung, Hygiene, Zahngesundheit, Tabak-, Rauschgift- und Alkoholmißbrauch, Lebensgewohnheiten und Umweltbedingungen sowie körperliche und seelische Entwicklung verantwortlich fühlt.

4.4 Ärztliche Autorität

Bei dieser exakten Angabe von konkreten Gebieten fällt jedoch auf, daß sich die Nennungen bei den ärztlichen Berufen konzentrieren. Die Mitwirkung außermedizinischer Gruppen tritt etwas weniger in den Hintergrund, wenn es darum geht, gesundheitserzieherische Fragenkomplexe bestimmten Berufsgruppen zuzuweisen. Man könnte jedoch bezweifeln, daß ein Pädagoge weniger dazu befähigt ist, Kinder und Jugendliche z.B. in Erster Hilfe zu unterweisen, als ein Arzt. Doch für weitaus die Mehrheit der befragten Ärzte des ÖGD ist die Thematik und nicht die Methodik der GE entscheidend. Kompetent ist ihrer Meinung nach, wer medizinisches Fachwissen bereithält, erst in zweiter Linie derjenige, der von der pädagogischen Seite herkommt und gewohnt ist, mit zu Erziehenden umzugehen. So meinen denn auch zwei Drittel der Befragten (67 %), vor allem Ärzte müßten als Gesundheitserzieher ausgebildet und eingesetzt werden und dementsprechend sollte GE auch als Fachgebiet in das Medizinstudium eingeordnet werden (83 %). Davon unberührt bleibt ihre Bereitschaft, mit anderen

Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, jedoch unter der Voraussetzung der vorherrschenden Stellung des Arztes. Zwar begreift die Mehrheit der Ärzte GE nicht als spezielle medizinisches Gebiet, doch aus ihrem Verständnis der Aufgaben der GE wie Information über bestehende Gesundheitseinrichtungen, Anhalten zum regelmäßigen Arztbesuch oder Erleichterung der Selbstbeobachtung, aber keinesfalls der Selbstbehandlung, geht hervor, daß die ärztliche Autorität in allen gesundheitlichen Belangen nicht angetastet werden darf (S. Schaubilder 7 und 8).

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Ärzte des ÖGD sich in ihrer Eigenschaft als Ärzte an sich schon für GE kompetent fühlen, weil GE vor allem als medizinisches Arbeitsgebiet gesehen wird. Mit dem Einsatz des Arztes steht und fällt ihrer Meinung nach weitgehend Sinn, Zweck und Erfolg von GE. So wird denn auch bei partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Berufe, von wenigen Ausnahmen abgesehen, der Arzt als der wichtigere Teil dieser Beziehung angesehen: Der Machtbereich des Arztes darf durch den medizinischen Laien in keiner Weise eingeschränkt, das ärztliche Monopol für die Bekämpfung von Krankheiten in welcher Form auch immer nicht angetastet werden; die ärztliche Autorität darf nicht untergraben werden. Die Mitwirkung außermedizinischer Berufsgruppen ist zwar erwünscht, kann aber immer nur sekundär sein. Und innerhalb der Ärzteschaft sieht sich der Arzt des ÖGD gegenüber dem freipraktizierenden Arzt als gleichberechtigt, gleich notwendig und gleich zuständig, während er dem Krankenhausarzt die nötigen Voraussetzungen, gesundheitserzieherisch wirksam werden zu können, weitgehend abspricht. Seine schwierige Situation - einerseits Überlastung, andererseits Frustration aufgrund des geringen Anteils interessanter medizinischer Tätigkeiten - zwingt ihn objektiv dazu, sich der Kooperation mit anderen Gruppen zu öffnen, er betont jedoch gegenüber außermedizinischen Gruppen seine Priorität. Zusammenarbeit heißt zwar einerseits Mehrbelastung, andererseits aber auch Arbeitsteilung. Arbeitsteilung bedeutet für den Arzt des ÖGD dabei dann Delegation

Schaubild 7

- 2.05: Gesundheitserziehung ist ein medizinisches Spezialgebiet
- 8.02: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn Ärzte des ÖGD mit anderen zusammenarbeiten
- 8.03: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn auch andere Berufe zur Gesundheitserziehung ausgebildet werden
- 8.04: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn man Ärzte als Gesundheitserzieher ausbildet
- 9.10: Die Ärzte des ÖGD sollten vor allem in der Lehrerausbildung mitwirken

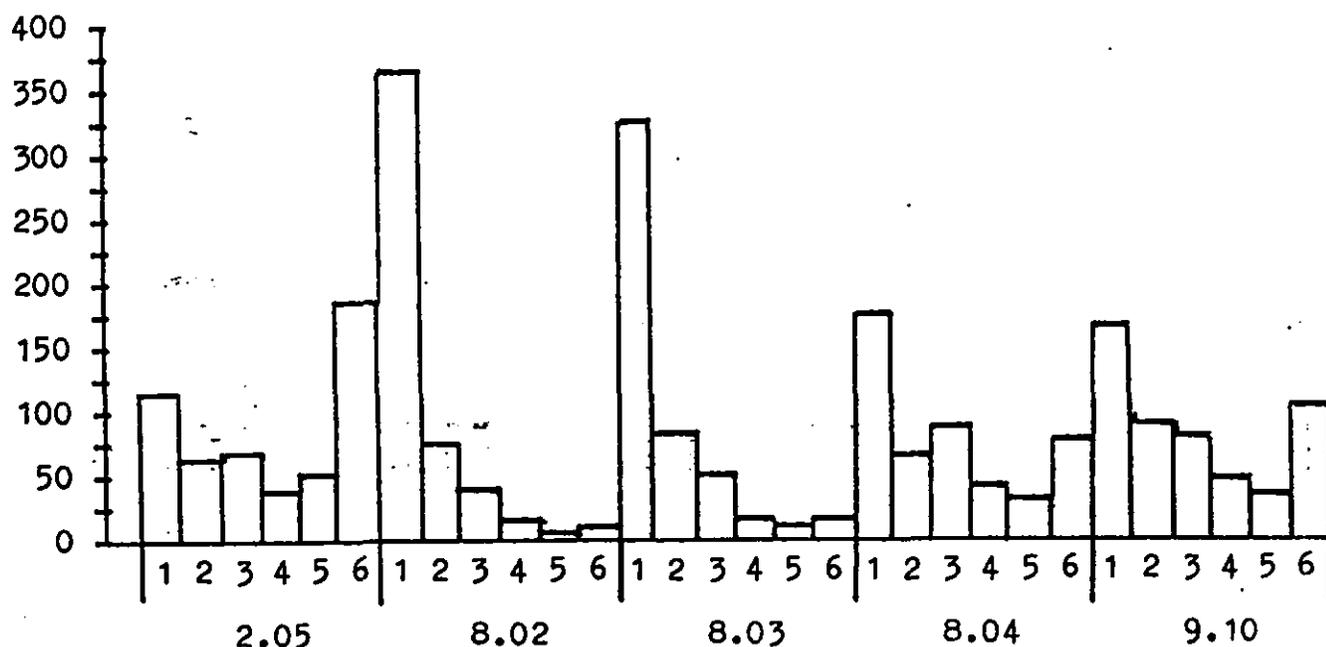
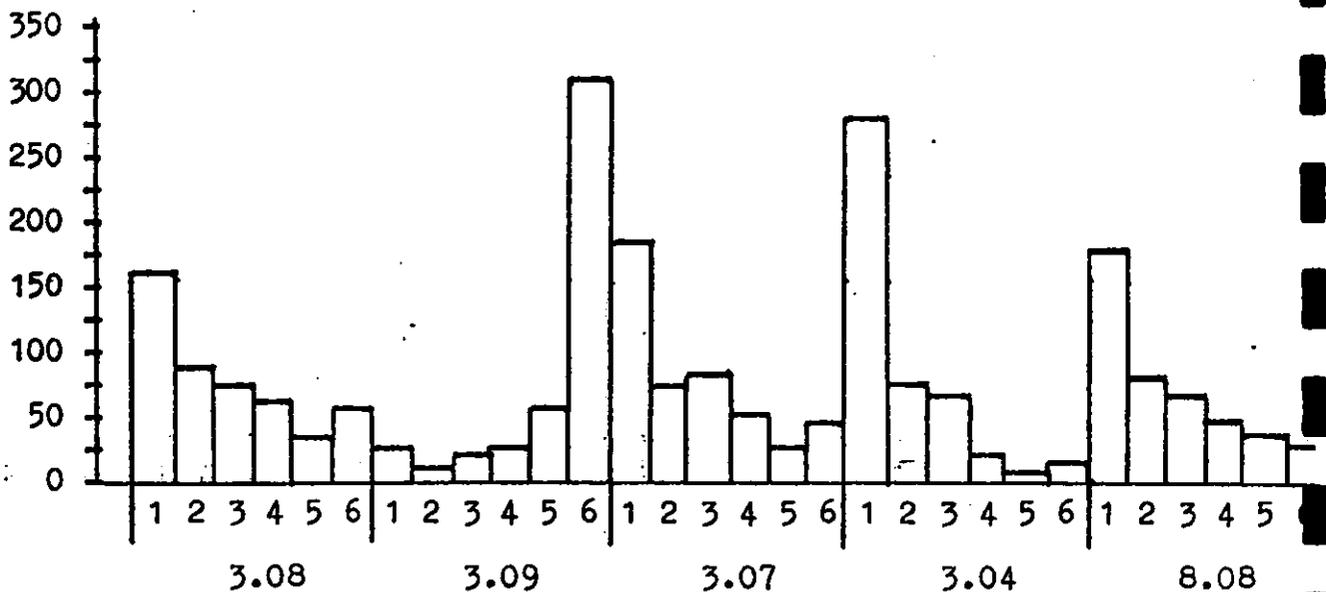


Schaubild 8

- 3.08: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, die Selbstbeobachtung zu erleichtern
- 3.09: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, zur Selbstbehandlung Hinweise zu geben
- 3.07: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, zum regelmäßigen Arztbesuch anzuhalten
- 3.04: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, über bestehende Gesundheitseinrichtungen zu informieren
- 8.08: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn man Einzelne individuell berät



von Tätigkeiten in der GE an andere Gruppen. Der Arzt des ÖGD begreift sich insgesamt als einen der Hauptbeteiligten am Aufgabengebiet "GE".

5. Die Praxis der Gesundheitserziehung

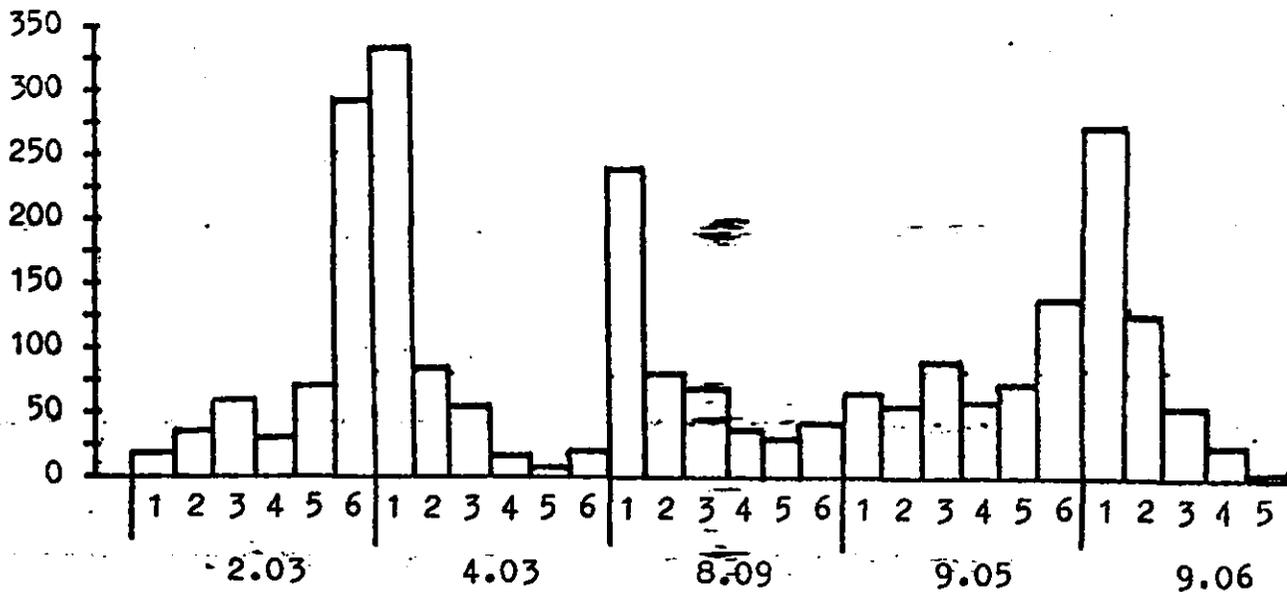
Es gilt nun zu überprüfen, inwieweit diese theoretischen Aussagen auch praktische Bedeutung erlangen, in welchem Maße also die als wichtig und interessant ausgewiesene GE - für die sich die Ärzte des ÖGD kompetent fühlen - im Gesundheitsamt in die Praxis umgesetzt werden kann. Dabei soll geklärt werden, was die Ärzte unter GE verstehen, wie qualifiziert sie sich fühlen, um gesundheitserzieherisch tätig zu sein, ob die Kapazität des Gesundheitsamtes dazu überhaupt die Voraussetzung bildet und ob - damit zusammenhängend - GE in der gegenwärtigen Situation auch erfolgreich sein kann.

5.1 Vorstellungen über Gesundheitserziehung

Obwohl 92 % der befragten Ärzte viele Ansatzpunkte für GE in ihrer Arbeit finden und 93 % meinen, jede Gelegenheit dazu müsse auch bei der routinemäßigen Arbeit genutzt werden, sind es doch immerhin mehr als ein Fünftel (22 %), die mit dem Begriff GE nicht allzu viel anzufangen wissen, und sogar 43%, die äußere Anstöße (z.B. genaue Aufgabenstellung durch gesetzliche Fixierung) benötigen, um sich gesundheitserzieherisch betätigen zu können (s. Schaubild 9). Hier ist zumindest eine gewisse Unsicherheit in bezug auf den Begriff GE festzustellen, die sich natürlich auch auf die Praxis auswirkt. Ein klareres und eindeutigeres Bild erhält man, wenn man die Aussagen der Mediziner über die Aufgaben der GE auswertet.

Schaubild 9

- 2.03: Gesundheitserziehung ist ein so vager Begriff, daß es kaum möglich ist, dafür vernünftige Arbeitskonzepte zu entwickeln
- 4.03: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß jede Gelegenheit dazu bei der routinemäßigen Arbeit eines Arztes im ÖGD genutzt werden muß
- 8.09: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn geklärt ist, auf welchen Gebieten die Bevölkerung einer Aufklärung bedarf
- 9.05: Die Ärzte des ÖGD warten auf Anregungen, wie sie sich gesundheitserzieherisch betätigen können
- 9.06: Die Ärzte des ÖGD finden sehr viele Ansatzpunkte für Gesundheitserziehung in ihrer Arbeit



Danach meinen 92 %, Aufgabe der GE sei es, Krankheiten zu verhüten; 86 % glauben, GE sollte den gesundheitlichen Alltag regulieren; 55 % halten es für eine Funktion der GE, Krankheitsbilder vor Augen zu führen; 94 % sind der Meinung, GE müsse falsche Meinungen beeinflussen; 96 % sehen die Aufgabe der GE auch darin, hygienische Anweisungen zu geben; und ganze 97 % meinen, GE müsse das Gesundheitsverhalten beeinflussen (s. Schaubild 10).

5.2 Selbsteinschätzung der Qualifikation

Daß diese allgemeinen und vagen Aussagen, die jeden konkreten Inhalts entbehren, von einer starken Mehrheit der Befragten akzeptiert werden, läßt den Schluß zu, daß die Ärzte selbst nur unklare Vorstellungen über GE haben. Hier muß man allerdings die Situation berücksichtigen, in der erfahrungsgemäß Fragebogen nur allzu oft ausgefüllt werden. Man erklärt sich schnell mit Aussagen einverstanden, die allumfassend zu sein scheinen und also auch die eigene Meinung beinhalten, so daß der oben gezogene Schluß stark relativiert werden muß. Zwei von drei der befragten Ärzte (64 %) meinen, die Ärzte des ÖGD müßten besser ausgebildet werden, um GE betreiben zu können. Da GE ein Stiefkind der Medizin sei, aber durchaus kein medizinisches Rangebiet sein sollte, wird als einer der ersten Ansatzpunkte ihre Einordnung in das Medizinstudium verlangt, um so Ärzte als Gesundheits-erzieher auszubilden. 45 % der Ärzte meinen sogar, der Arzt im ÖGD müsse von Amts wegen dazu verpflichtet sein, sich in GE auszubilden (s. Schaubild 11). Damit gestehen sie selbst ihre mangelnde Qualifikation in Sachen GE ein und fordern als kompensatorische Maßnahmen eine bessere Aus- bzw. Weiterbildung in Studium und Beruf. Es scheint also ein echter Bedarf zu bestehen, vermehrte Kenntnisse und handfeste Grundlagen zu erwerben und tiefere, spezielle Einblicke in die Problematik der GE durch eine systematische Ausbildung zu erhalten. Diese Bereitschaft wird jedoch im Zusammenhang des Weiterbildungskomplexes noch eingeschränkt.

Schaubild 10

- 3.01: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, Krankheiten zu verhüten
- 3.02: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, den gesundheitlichen Alltag zu regulieren
- 3.03: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, Krankheitsbilder vor Augen zu führen
- 3.05: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, hygienische Anweisungen zu geben
- 3.06: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, falsche Meinungen zu beeinflussen
- 3.10: Die Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, das Gesundheitsverhalten zu beeinflussen

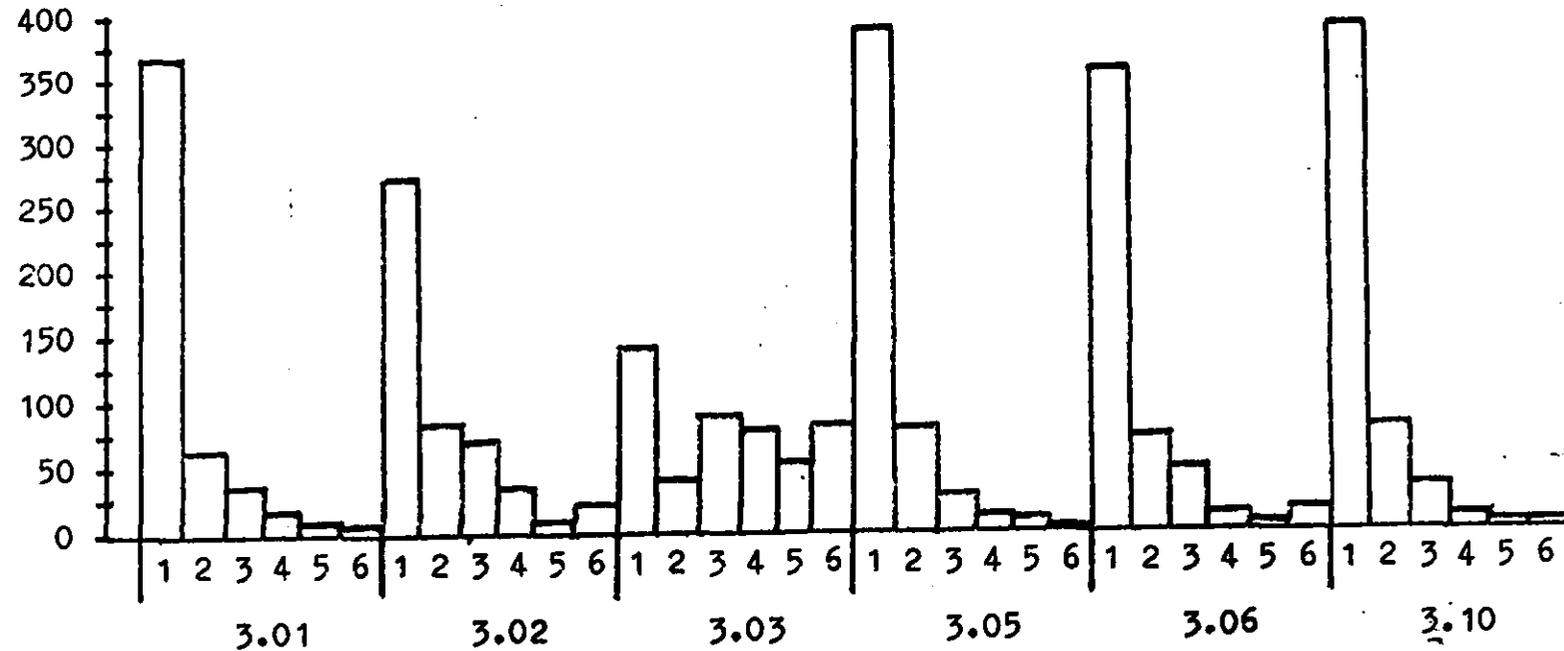
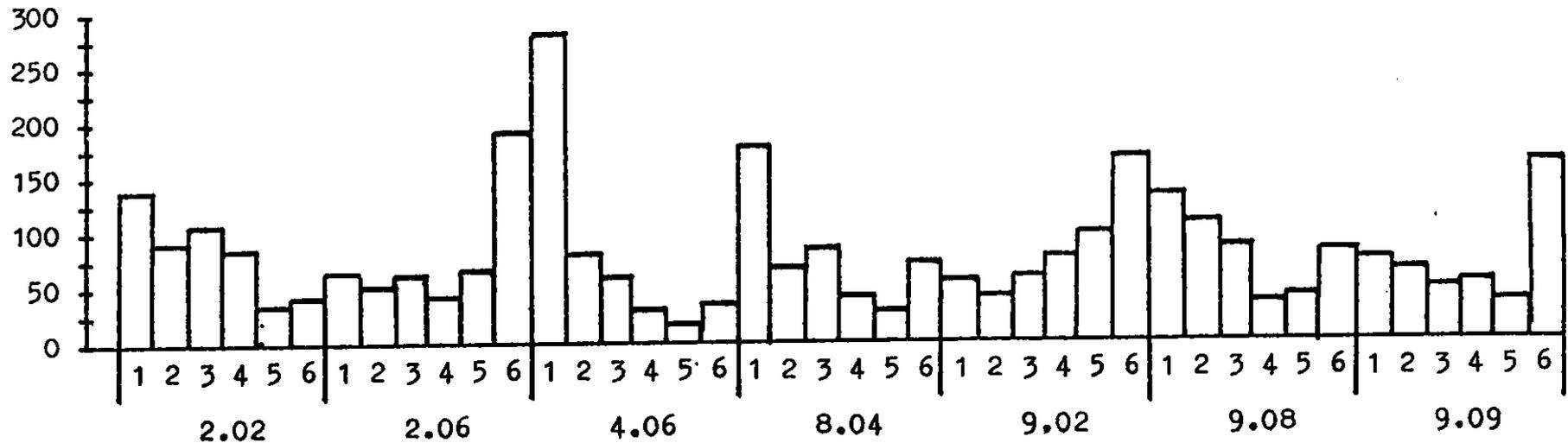


Schaubild 11

- 2.02: Gesundheitserziehung ist praktisch ein Stiefkind der Medizin
- 2.06: Gesundheitserziehung ist ein medizinisches Randgebiet
- 4.06: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß sie bereits in das Medizinstudium eingeordnet sein muß
- 8.04: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn man Ärzte als Gesundheitserzieher ausbildet
- 9.02: Die Ärzte des ÖGD sind vor allem Gesundheitserzieher
- 9.08: Die Ärzte des ÖGD müßten besser ausgebildet werden, um Gesundheitserziehung betreiben zu können
- 9.09: Die Ärzte des ÖGD müßten von amtswegen verpflichtet sein, sich in der Gesundheitserziehung auszubilden

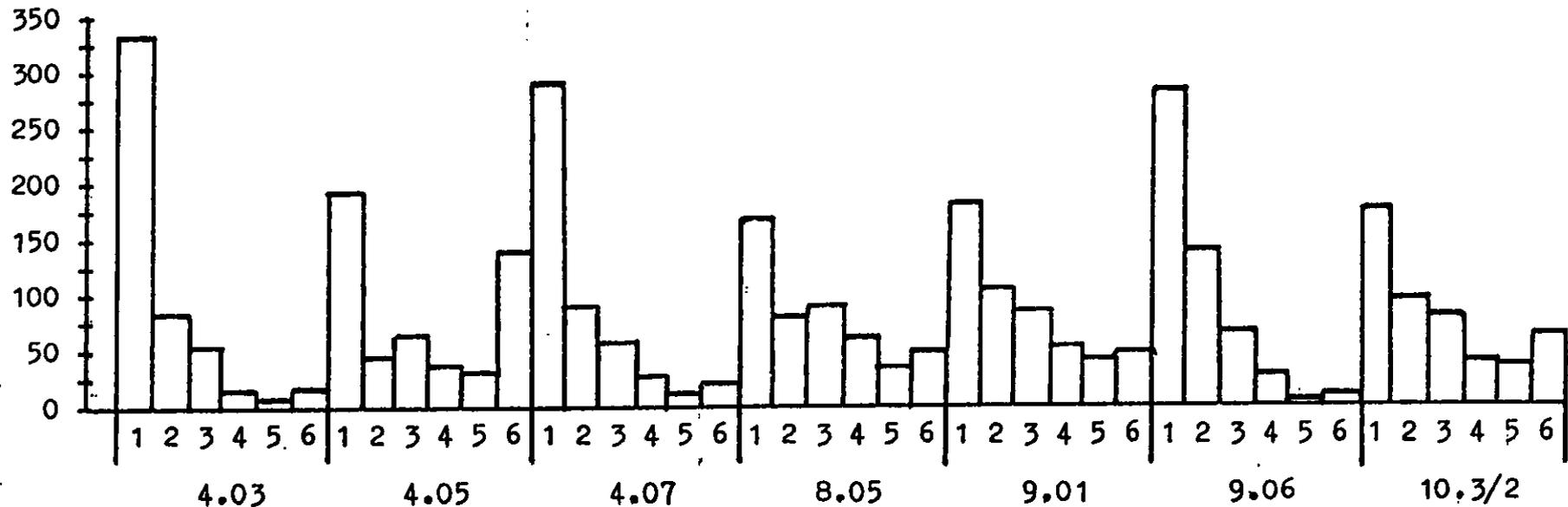


5.3 Kapazität der Gesundheitsämter

Eine notwendig verstärkte und zielgerichtete Weiterbildung der bereits im ÖGD tätigen Ärzte in GE stößt jedoch bald an eine Grenze, nämlich die Kapazität der Gesundheitsämter. Aufgrund des starken Personalmangels - so meinen 73 % der Befragten - seien die Ärzte im ÖGD dermaßen ausgelastet, daß sie keine weitere Zeit für GE erübrigen könnten. Und 77 % der Befragten geben an, auch keine Zeit für Lehrgänge und Seminare zur Weiterbildung zu haben (s. Schaubild 12). Daraus resultiert die Aussicht der Ärzte im ÖGD, daß eine Weiterbildung der Ärzte in GE nur sinnvoll ist, wenn gleichzeitig gewährleistet werden kann, daß mit ihr eine Kapazitätsausweitung der Gesundheitsämter Hand in Hand geht. So fordern die Ärzte des ÖGD auch gleichzeitig die Schaffung von Planstellen für Gesundheitserzieher und eine Vermehrung der finanziellen Zuwendungen speziell für GE. Der Mangel an finanziellen Mitteln, an geeignet ausgebildeten Fachkräften und vor allen Dingen Zeitmangel werden als die Hauptgründe dafür genannt, daß es den Ärzten des ÖGD unmöglich ist, sich ausreichend intensiv und verantwortungsvoll gesundheitserzieherisch einzusetzen. Daß dies aber in vielen Bereichen sinnvoll, möglich und notwendig wäre, zeigt Tabelle 11.

Schaubild 12

- 4.03: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß jede Gelegenheit dazu bei der routinemäßigen Arbeit eines Arztes im ÖGD genutzt werden muß
- 4.05: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß das Gesundheitsamt für ausgebildete praktische Gesundheitsberater Planstellen haben müßte
- 4.07: Die Gesundheitserziehung ist so wichtig, daß der ÖGD dafür erhebliche Mittel zur Verfügung haben sollte
- 8.05: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn sie gleichzeitig mit der routinemäßigen Arbeit durchgeführt werden
- 9.01: Die Ärzte des ÖGD sind so ausgelastet, daß sie keine Zeit für Gesundheitserziehung erübrigen können
- 9.06: Die Ärzte des ÖGD finden sehr viele Ansatzpunkte für Gesundheitserziehung in ihrer Arbeit
- 10.3/2: Die Ärzte des ÖGD haben für Lehrgänge und/oder Seminare über Gesundheitserziehung keine Zeit



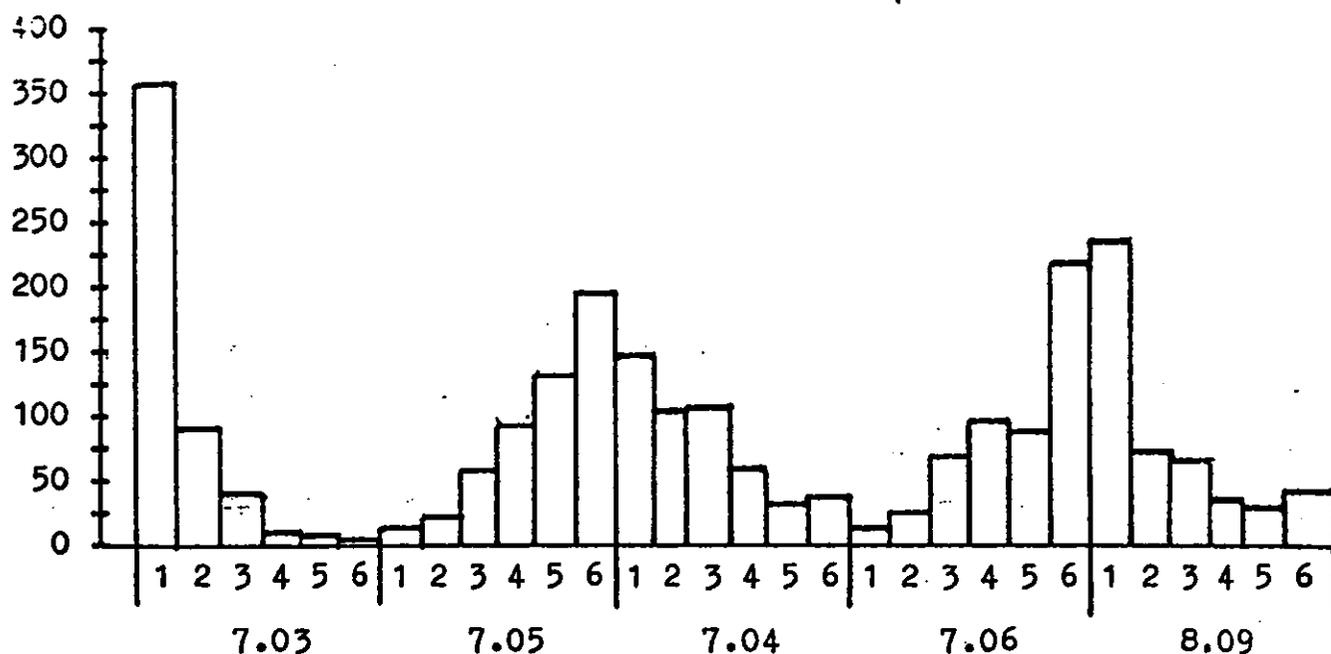
5.4 Erfolg der Gesundheitserziehung heute

Danach wird GE vor allem auf den Gebieten der gesundheitsamtlichen Kontrollen, der TBC-Fürsorge, Jugend- und Schulgesundheitspflege, Jugendzahnpflege und Fürsorge für Körperbehinderte bereits mehr oder weniger intensiv betrieben. Eine Intensivierung der GE wird von den Ärzten am wenigsten in den Bereichen Begutachtungen, TBC-Fürsorge und Geschlechtskrankheiten für erforderlich gehalten. Hier scheint also kein weiterer Bedarf an Gesundheitserziehung zu bestehen. Eine weitere Intensivierung der GE erscheint den Ärzten hauptsächlich in den Bereichen Jugend- und Schulgesundheitspflege, Altenfürsorge, Fürsorge für Suchtkranke sowie geistig und seelisch Behinderte, daneben aber auch auf dem Gebiet der Erziehungsberatung, in der Krebskrankenfürsorge und in Ernährungsfragen möglich und erforderlich zu sein. Dabei wird eine stärkere Berücksichtigung der GE in manchen Bereichen zwar für erforderlich gehalten, jedoch wird gleichzeitig die Realisierungschance gering eingeschätzt. So wird dann auch bei der derzeitigen Organisation (bzw. Nicht-Organisation) und Praxis der GE der Erfolg gesundheitserzieherischer Maßnahmen von den Ärzten des ÖGD stark in Zweifel gezogen. Zwar unterstützen 97 % der Ärzte die Behauptung, gesundheitserzieherische Veranstaltungen machten klar, was man für seine Gesundheit tun könne, und sie seien deshalb auch nicht völlig zwecklos (78 %), doch ist damit noch nichts über ihre Breiten-, geschweige denn über ihre Tiefenwirkung ausgesagt. Denn fast drei Viertel der Ärzte (73 %) meinen, solche Veranstaltungen erreichten nur die ohnehin schon gesundheitlich Interessierten und knapp 20 % glauben sogar, diese würden nur von eingebildeten oder tatsächlich Kranken besucht werden - wobei dann immer noch ungeklärt ist, wie viele aus diesen Gruppen sich dann auch tatsächlich angesprochen fühlen und teilnehmen (s. Schaubild 13).

Die Effektivität gesundheitserzieherischer Veranstaltungen wird also erheblich angezweifelt, da die Form, in der sie stattfinden, nicht den heutigen Erfordernissen entspricht. Nicht Kranke und an sich schon interessierte Gesunde sollten erfaßt werden, sondern die gesamte Bevölkerung soll zur Gesunderhaltung in Eigenverantwortung angeregt werden. Dies

Schaubild 13

- 7.03: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen machen klar, was man für seine Gesundheit tun kann
- 7.05: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen werden nur von Hypochondern und Kranken beachtet
- 7.04: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen erreichen nur die gesundheitlich ohnehin Interessierten
- 7.06: Gesundheitserzieherische Veranstaltungen sind zumeist völlig zwecklos
- 8.09: Gesundheitserzieherische Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn geklärt ist, auf welchen Gebieten die Bevölkerung einer Aufklärung bedarf



zu verwirklichen, so läßt sich aus den Antworten schließen, vermag GE heute eben nicht zu leisten.

Um hier Abhilfe zu schaffen, so meinen 78 % der Befragten, sei es unter anderem notwendig festzustellen, auf welchen Gebieten die Bevölkerung einer Aufklärung bedarf. Es käme also darauf an, die Nachfragesituation nach gesundheitlicher Aufklärung - unter Zugrundelegung von Marktforschungstechniken - zu erhellen, um dann gezielt GE zu betreiben. Und erst wenn diese Voraussetzungen

- Klärung des Bedarfs an gesundheitlicher Aufklärung,
- bessere Aus- und Weiterbildung der Ärzte und angehenden Ärzte auf dem Gebiet der GE,
- Hand in Hand damit eine Ausweitung der Kapazitäten der Gesundheitsämter

erfüllt sind, verspräche praktische GE wirklich effektiv zu werden. Inwieweit die Ärzte des ÖGD selbst fähig und bereit sind, die zweite Voraussetzung zu erfüllen, soll im nächsten Abschnitt geklärt werden.

6. Aus- und Weiterbildung der Ärzte in Gesundheitserziehung

Grundsätzlich ist die Mehrheit der befragten Ärzte der Ansicht, sie müsse für GE besser ausgebildet werden, und fast die Hälfte befürwortet sogar eine Pflichtausbildung oder -weiterbildung. Hierbei sollten vornehmlich Themenbereiche wie Genußmittelsucht (Tabak, Rauschgift und Alkohol) behandelt und Strategien zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Beratung und Betreuung von Süchtigen und deren Familien entwickelt werden. Weiter wären Fragen der Hygiene, Fürsorge für geistig und seelisch Behinderte, Sexualität, Fortpflanzung, Geburtenregelung und Familienplanung, Rehabilitation und Fragen der körperlichen und seelischen

Entwicklung des Kindes zu behandeln. Dieser Katalog der Themen, für die eine Aus- und Weiterbildung der Ärzte des ÖGD als vordringlich erachtet wird, deckt sich weitgehend mit der Liste der Bereiche, für die sich die Ärzte insbesondere zuständig fühlen.

Als Form der Weiterbildung scheinen den Ärzten des ÖGD für sich selbst Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Vorträge und Schriften, dagegen für Fürsorger im ÖGD Lehrgänge, Seminare und Vorträge am geeignetsten zu sein. Hier kommt schon eine gewisse Einschränkung der prinzipiellen Bereitschaft der Ärzte zur Weiterbildung zum Ausdruck. Daß Literatur und Vorträge an erster Stelle genannt werden, bedeutet, daß man eher bereit ist, sich sporadisch und unter eigener Zeiteinteilung weiterzubilden als an zeitaufwendigen und aktive Beteiligung voraussetzenden Seminaren und Lehrgängen teilzunehmen. Diese konzentriertere Form der Weiterbildung sollte den Fürsorgern vorbehalten bleiben. Interessant ist auch, daß Kurse mit Prüfungen relativ geeignet für Fürsorger erscheinen, für Ärzte jedoch überhaupt nicht. Fernunterricht wird für beide Gruppen abgelehnt. Es ist also zu vermuten, daß die Ärzte des ÖGD vor allzu intensiven Formen der Weiterbildung zurückscheuen und daß man sich auf keinen Fall mit zusätzlichem Prüfungsstreß beladen will. Als Hauptgründe für ihre (relative) Abneigung gegen Lehrgänge und Seminare geben die Ärzte an, sie hätten einfach keine Zeit, um daran teilnehmen zu können, die Seminare fänden zu weit von ihrem Heimat- oder Einsatzort entfernt statt und es würden ihnen dann auch zu wenig Reisekosten erstattet, außerdem ergäben sich auch häufig Schwierigkeiten bei der Dienstbefreiung (s. Schaubilder 14 und 15). Hier ergibt sich allerdings ein gewisser Widerspruch zu ihrer doch recht hohen Bereitschaft, für eine Weiterbildung willig ihre Freizeit zu opfern. Außerdem bleibt zu fragen, ob die bloße Konsumtion einer Reihe von Vorträgen ohne aktive Inanspruchnahme der Zuhörer eine intensive Seminartagung aufwiegt, die bei gleichem Zeitaufwand - nur anders verteilt - fundierte Kenntnisse

Schaubild 14

- 9.08: Die Ärzte des ÖGD müßten besser ausgebildet werden, um Gesundheitserziehung betreiben zu können
- 9.01: Die Ärzte des ÖGD sind so ausgelastet, daß sie keine Zeit für Gesundheitserziehung erübrigen können
- 10.3/1: Lehrgänge/Seminare sind nicht für eine Aus- und Weiterbildung der Ärzte des ÖGD geeignet
- 10.3/2: Ärzte des ÖGD haben keine Zeit für Lehrgänge/Seminare über Gesundheitserziehung
- 10.3/3: Die Veranstaltungsorte der Lehrgänge/Seminare sind zu weit weg

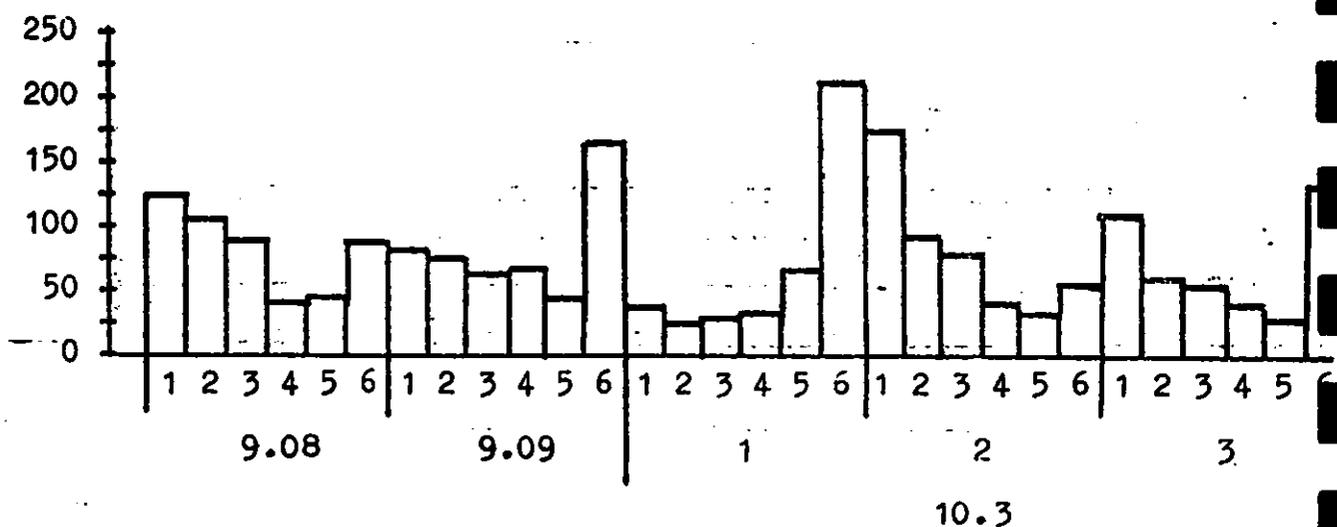


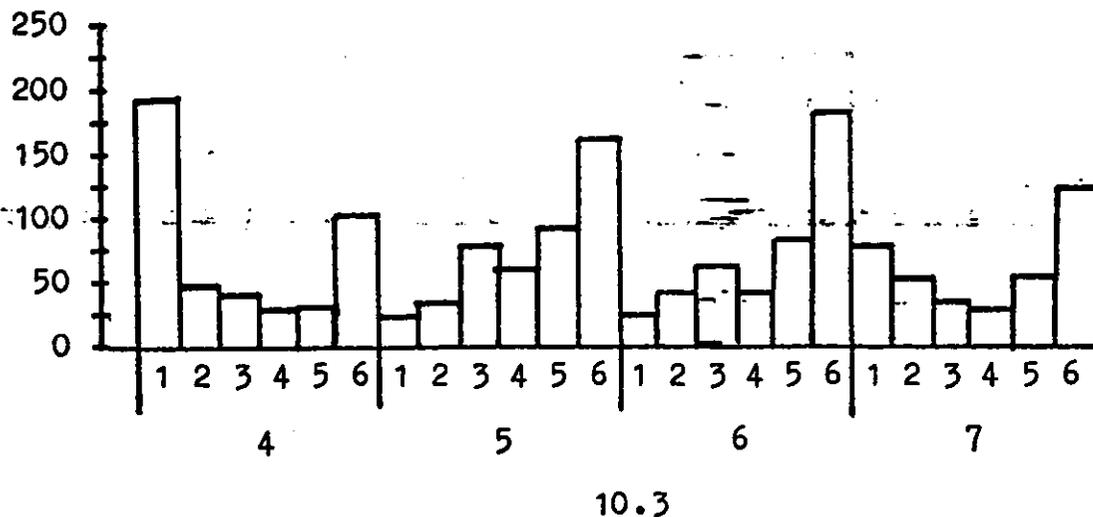
Schaubild 15

10.3/4: Man bekommt für die Teilnahme an Lehrgängen/Seminaren zu wenig Reisekosten

10.3/5: Solche Lehrgänge/Seminare bieten nicht Neues

10.3/6: Gesundheitserziehung an sich ist nicht interessant genug

10,3/7: Man weiß garnicht, wann wo was stattfindet



10.3

vermittelt. Die interessanten Informationen und Schulungen, die den Ärzten auf Lehrgängen und Seminaren angeboten werden, können nur eine Minderheit dazu bewegen, ihre ohnehin schon knapp bemessene Freizeit teilweise zu opfern. Es wird also ein Interesse der Ärzte des ÖGD an Weiterbildung bekundet, jedoch weitgehend lediglich bezogen auf das Studium von Zeitschriften, Presseveröffentlichungen usw. Für ihr - relatives - Desinteresse an Seminaren sind jedoch nicht nur - wie gezeigt - subjektive Widerstände verantwortlich, sondern auch objektive Hindernisse, wie sie z.B. der bürokratische Apparat des ÖGD auslöst. Insgesamt muß man wohl von eingeschränkter Bereitschaft der Ärzte zur Weiterbildung ausgehen.

7. Zusammenfassung

Wie eingangs schon erwähnt bedarf es einer gewissen Vorsicht, die Ergebnisse der Stichprobe auf die Gesamtheit der Ärzte des ÖGD zu übertragen. Doch nimmt die Befragung für sich in Anspruch, zumindest die allgemeine Richtung aufgedeckt zu haben und in ihren Thesen wenigstens tendentiell für die gesamte Ärzteschaft des ÖGD gelten zu können. Somit ergibt sich folgendes Gesamtbild:

1. GE wird von den Ärzten des ÖGD als überaus bedeutend und in unserer Gesellschaft unbedingt notwendig eingeschätzt. Sie ist für die Ärzte ein interessantes Arbeitsgebiet; wird sie für nicht so interessant gehalten, so vielleicht deshalb, weil sie kein rein medizinisches Problem darstellt. Darüber hinaus besteht ein Interesse an Anregungen für die praktische Durchführung gesundheitserzieherischer Theorie und ein Bedarf an "Anstößen", bei Erfüllung sonstiger Aufgaben auch gesundheitserzieherisch tätig zu werden.
2. Die Ärzte des ÖGD fühlen sich für GE zuständig und plädieren für zumindest eine Mitwirkung der Gesundheitsämter auf diesem Gebiet. Doch weisen sie gleichzeitig auf den starken Personalmangel im ÖGD hin und fordern

Stellenvermehrung und Kapazitätsausweitung. Zur Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen und Berufsgruppen - vor allem Lehrer, Eltern und freipraktizierende Ärzte - sind sie durchaus bereit, betonen aber den Primat der Medizin in der GE.

3. Im Gegensatz zu ihrer festen Meinung über Bedeutung, Notwendigkeit und Zuständigkeit für GE haben die Ärzte des ÖGD keine klaren Vorstellungen über Begriff, Wesen und Aufgaben der GE. Ihre Unsicherheit resultiert aus der fehlenden systematischen Ausbildung, und es besteht daher ein echter Bedarf an eingehender Beschäftigung mit der Problematik. Seine Grenze findet dieser Wunsch wieder in der behaupteten personellen und materiellen Beschränkung der Gesundheitsämter, weshalb die Effektivität heutiger GE auch stark in Zweifel gezogen wird.
4. Einer Aus- und Weiterbildung stehen die Ärzte auch positiv gegenüber. Aber deren intensive Formen wie Lehrgänge und Seminare finden bei ihnen nur mäßigen Anklang; einer zwangloseren Weiterbildung stimmen sie jedoch weitgehend zu.
5. Alles in allem zeigt sich durchaus eine Aufgeschlossenheit der Ärzte des ÖGD gegenüber GE. Sie erkennen und anerkennen ihre soziale und gesellschaftliche Bedeutung. Diese Aufgeschlossenheit ist um so höher zu bewerten, zieht man die anfangs angeführte Altersstruktur des ÖGD hinzu. Andererseits ergibt sich aus ihr auch die starke Skepsis der Ärzte gegenüber einer praktischen Verwirklichung von GE und ihre relative Zurückhaltung in Fragen der Weiterbildung. Doch läßt sich ein exakter Zusammenhang zwischen Altersstruktur und den Ergebnissen der Befragung nicht nachweisen. Jedenfalls kann eine Verbindung zwischen der Überalterung der Mitarbeiter der Gesundheitsämter und ihren theoretischen Überzeugungen nicht hergestellt werden. Das Auseinanderklaffen

zwischen Theorie und Praxis der GE in den Meinungen und Einstellungen der Ärzteschaft ist - folgt man ihren Aussagen - wohl weniger auf ihr eigenes Alter zurückzuführen als auf die bescheidenen Möglichkeiten, die der ÖGD einer Verwirklichung von GE aufgrund der mangelnden personellen und materiellen Ausstattung der Gesundheitsämter läßt.

8. Arzt und Gesundheitserziehung

In diesem abschließenden Kapitel soll versucht werden, das Verhältnis zwischen ärztlichem Beruf und Gesundheitserziehung zu untersuchen. Die Verfasser sind sich dabei bewußt, daß mit einem solchen Versuch ein Kernpunkt in der Auseinandersetzung um die Gesundheitserziehung angeschnitten wird, dessen Erwähnung bei den Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen, auch der der Ärzte des ÖGD, die heftigsten Reaktionen ausgelöst hat und auslöst, nämlich die ärztliche Autorität. Sie sind jedoch der Auffassung, daß Wissenschaft ihrem Charakter nach nicht nur sammeln, ordnen und interpretieren darf, sondern auch ihre kritische Potenz erweisen muß, selbst wenn, oder gerade wenn es sich um Auftragsforschung handelt. Denn was nützen Bestandsaufnahmen und Auslegungen von Meinungen, wenn Wissenschaft nicht auch gleichzeitig auf die Kritik aufmerksam machte und selbst Kritik übte, gerade wo gravierende Veränderungen sich anzubahnen beginnen. Und daß im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland vieles in Fluß geraten ist, steht außer Zweifel.

8.1 Begriff und Funktion der Gesundheitserziehung

Die begriffliche Vielfalt des Bereichs, der bisher mit dem Begriff "Gesundheitserziehung" abgedeckt wurde, ist verwirrend. Die Termini reichen von "gesundheitlicher

Volksbelehrung" und "gesundheitlicher Aufklärung" über "Gesundheitsberatung" und "Gesundheitserziehung" bis zu "Gesundheitsbildung", die alle durch die Vermittlung von "Gesundheitswissen" "Gesundheitsgewissen" erzeugen sollen. Hier soll nicht versucht werden, alle diese Begriffe eindeutig zu definieren, wohl aber, sie ein wenig gegeneinander abzugrenzen. Definiert werden soll allerdings der Begriff "Gesundheitserziehung" in dem Sinne, wie er der Untersuchung zugrunde gelegen hat.

Während gesundheitliche Volksbelehrung, gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitsberatung vornehmlich auf die Vermittlung gesundheitlichen Wissens abstellen, kommt der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsbildung eine weitere Qualität zu. Ihre Zielsetzung besteht sowohl in der Vermittlung von Kenntnissen und Erkenntnissen über Gesundheit an Nicht-Mediziner, als auch - stärker als bei den drei ersten Begriffen - in der Vermittlung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen durch kontinuierliche Einwirkung auf die Angesprochenen. Gesundheitsbildung betont dabei eher auch den Zustand, in dem der Einzelne in Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft sich gesundheitsgerecht verhält, beinhaltet aber auch den Prozeß, der zu diesem solidarischen Gesundheitsbewußtsein führt. Gesundheitsgerechtes Verhalten ist in höchstem Maße soziales Verhalten.

Unter Gesundheitserziehung wird die Vermittlung medizinischer Kenntnisse an Nicht-Mediziner mit dem Ziel der positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung allgemein oder einzelner Gruppen verstanden. Dem liegt die Ansicht zugrunde, daß der Einzelne zwar grundsätzlich zu rationalem Gesundheitsverhalten motivierbar ist, sich aufgrund ökonomischer und sozialer Bedingungen aber gesundheitlich irrational verhält. Die Funktion von Gesundheitserziehung besteht demnach

darin, Wissen über Gesundheit bereitzustellen, die Gründe für irrationales Gesundheitsverhalten aufzudecken und Alternativen gesundheitsgerechten Verhaltens als im Interesse des Einzelnen erkennbar zu machen, um so auf eine Verhaltensänderung im Sinne sozialer Verhaltensweisen hinzuwirken. Gesundheitserzieherische Arbeit muß dabei einhergehen mit der Arbeit an den ökonomischen und sozialen Bedingungen, die irrationales, unsoziales - um nicht zu sagen antisoziales - Verhalten veranlassen.

8.2 Arztberuf und Gesundheitserziehung

In der GE kommen - stark vereinfacht ausgedrückt - zwei Komponenten zum Tragen: medizinische Inhalte und pädagogische Methoden; hinzu treten die Mittel der Vermittlung, also etwa die Massenmedien. Zwischen den beiden Elementen Inhalte und Methoden ist aber nicht klar zu trennen. Die Inhaltsbestimmung kann nicht ausschließlich Domäne des Mediziners sein, so wie die Methodenbestimmung nicht ausschließlich die des Pädagogen, da sowohl die Inhaltsauswahl von der Methodenwahl mitbestimmt wird als auch umgekehrt. Manche Inhalte lassen sich besser vermitteln, andere weniger gut; besonders unter Berücksichtigung der Spezifiken des Adressaten wird deutlich, auf welche Methoden man zurückzugreifen hat. Andererseits muß man aber auch die Methoden an den Inhalten ausrichten, da manche Inhalte spezifische Vermittlungsweisen erfordern. Es kommt also auf eine Integration von medizinischem und pädagogischem Fachwissen und auf deren gegenseitige Ausrichtung aneinander an.

Daß dies heute noch in keiner Weise geleistet wird, liegt klar auf der Hand. Weder der Mediziner noch der Pädagoge partizipiert am Fachwissen des anderen. Weder die Ausbildung des Arztes noch die des Erziehers ist hinreichend

befriedigend für eine gesundheitserzieherische Betätigung. Beide Studiengänge bieten nicht die nötigen Voraussetzungen zu sachgerechter gesundheitserzieherischer Praxis. Bei der Frage in welcher Richtung diese Situation verbessert werden müßte, ist zu berücksichtigen, daß zwar der Pädagoge unterqualifiziert ist, der Arzt aber unter- und überqualifiziert ist.

Die eigentliche Domäne des Arztes ist die Kuration. Dazu wird er ausgebildet und in der Gesellschaft eingesetzt. Die Kuration ist seine spezifische Funktion, die nur von ihm wahrgenommen werden kann. In der kurativen Medizin ist der Arzt unersetzlich. Zwar erfüllt er infolge seines Medizinstudiums die fachlich-inhaltlichen Voraussetzungen für GE, ist jedoch als Arzt zu mehr ausgebildet und fähig, auch gesellschaftlich beauftragt und deshalb für GE überqualifiziert. Zudem fehlen ihm die pädagogisch-methodischen Voraussetzungen für GE.

Auf der Gegenseite fehlen pädagogisch oder sozialpädagogisch ausgebildetem Personal die medizinischen Kenntnisse, um sachgerecht und erfolgversprechend GE betreiben zu können. Worauf es aber ankommt, sind Arbeitsweise und Methodik einer Profession. Die Inhalte sind weitgehend austauschbar. "Gesundheitserzieher" wäre also als Beruf innerhalb sozialpädagogischer Ausbildungsgänge anzusiedeln, nicht medizinischer Ausbildungswege.

8.3 Arzt im ÖGD und Gesundheitserziehung

Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, rühren Frustration und berufliche Unzufriedenheit der Ärzte im ÖGD gerade daher, daß der Anteil spezifisch-medizinischer Tätigkeit - und d.h. vor allem kurativer Tätigkeit - an ihrer Arbeit so gering ist. Dies resultiert aber nicht nur daraus, daß im Gegenzug der Anteil verwaltungstechnischer Tätigkeiten so hoch ist, sondern begründet sich

auch durch solche Tätigkeiten, die zwar inhaltlich mit Medizin zu tun haben, aber eben nicht spezifisch-ärztlich sind. Und hierzu gehört eben auch Gesundheitserziehung.

Die Funktion des ÖGD, die Sicherstellung der Gesundheit der Allgemeinheit, umfaßt eine Reihe wichtiger Aufgaben, die teils verwaltungstechnisch-koordinativ, teils inhaltlich-medizinisch und teils individuell-ärztlich sind. Mit der Wahrnehmung aller drei Kategorien von Aufgaben sind aber fast ausschließlich Ärzte beauftragt, die solche Tätigkeiten, die im weitesten Sinne mit Medizin zu tun haben umso mehr begrüßen, je höher der Anteil von Verwaltungsarbeit ist. Hieraus resultiert der Standpunkt der befragten Ärzte, prinzipiell und primär für GE zuständig zu sein, ihr Alleinvertretungsanspruch für GE. Aber selbst wenn es möglich wäre, Ärzte des ÖGD ausschließlich für GE einzusetzen, dann - die Erwägung sei erlaubt - wäre kaum eine größere Berufszufriedenheit zu erwarten, weil GE eben kein spezifisch-ärztliches Aufgabenfeld darstellt. Auch eine von den Ärzten des ÖGD geforderte Kapazitätsausweitung und Stellenvermehrung im Sinne vermehrter und effektiverer GE ohne gleichzeitige strukturelle und funktionale Neugestaltung des ÖGD wird die Situation des ÖGD und der GE im Rahmen der Gesundheitsämter nicht verbessern. Kleinere Veränderungen, z.B. lediglich eine Anhebung der Besoldung u.ä., können eine grundsätzliche Neuorganisation des ÖGD im Interesse der Wiederherstellung seiner Effektivität nicht ersetzen. Sie würden zwar seinen "Verfallsprozeß" verlangsamen, aber nicht abbrechen.

Eine logische Konsequenz und Alternative scheint die Schaffung eines neuen Berufsbildes für Ärzte im ÖGD zu sein.¹⁾ Ihre Funktion müßte in der präventiven Medizin

1) Zu den verschiedenen Möglichkeiten neuer Organisation, Struktur und Funktionalität des ÖGD vgl. Teil I, S. 61ff.

liegen. Vorsorge und Früherkennung als ärztliche Aufgaben im Rahmen des ÖGD erhöhten die Berufszufriedenheit des Arztes und Effektivität des ÖGD. GE sollte dann von speziell dafür - und d.h. primär pädagogisch, nur sekundär medizinisch - ausgebildetem Personal wahrgenommen werden, dem der Arzt als medizinischer Fachmann in Einzelfällen zur Seite stünde. Überhaupt müßte dann die Kooperation der Träger der einzelnen Berufe verstärkt und organisatorisch geregelt werden - nicht zuletzt, damit auch der Arzt im ÖGD aus seiner Isolation heraustritt.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragten

	Alter					Summe Geschl.
	bis 30	31-40	41-50	51-60	über60	
männlich	3	22	126	187	42	380
weiblich	-	16	78	36	7	137
Summe Alter	3	38	204	223	49	517

Keine Angaben: 5

Tabelle 2: Jahr der Approbation und Zeitpunkt des Eintritts
in das Gesundheitsamt (in den ÖGD)

	Approbation	Eintritt ins G.A.
1944	244	60
1945-1950	140	144
1951-1955	76	81
1956-1960	21	101
1961-1965	26	72
1966-1970	8	60
Summe	515	518
K.A.	7	4

Tabelle 3: Zeitspanne zwischen Approbation und Eintritt in den öffentlichen Gesundheitsdienst (Jahre)

Jahre	Zahl der Befragten
0 (sofort)	17
1-2	43
3-4	57
5-6	49
7-8	54
9-10	54
11-15	77
16-20	51
über20	115
K.A.	5

Tabelle 4: Gegenüberstellung: Facharztausbildung -
staatsärztliche Zusatzausbildung

		Facharztausbildung			Summe staats- ärztliche Zu- satzausbildung
		ja	nein	K.A.	
staatsärzt- liche Zusatz- ausbildung	ja	74	244	-	318
	nein	141	70	-	211
	K.A.	-	-	5	5
Summe Facharztausbildung		215	314	5	534

Tabelle 5: Art der Facharztausbildung

- Lungenkrankheiten	58
- Kinderkrankheiten	50
- innere Medizin	44
- Haut- und Geschlechtskrankheiten	16
- Neurologie + Psychiatrie	16
- Neurologie	10
- Chirurgie	8
- Gynäkologie	6
- Orthopädie	3
- Bakteriologie + Serologie	3
- Tropenkrankheiten und Hygiene	2
- HNO	2
- Zahnarzt	2
- Arbeitsmedizin	1
- Sportarzt	1
- Kieferorthopädie	1
- Röntgenologie	1
<hr/>	
- Summe	224
<hr/>	

Tabelle 6: im öffentlichen Gesundheitsdienst ausgeübte
Tätigkeit(en) (Mehrfachnennungen möglich)

- Leiter des G.A. (A.A.)	262
- Lungenfacharzt (TBC)	64
- Schul- und Jugendfürsorge	59
- Stellvertreter des A.A.	38
- Säugling- und Kleinkinderfürsorge	21
- Zahnarzt	13
- alle Funktionen	12
- Psychiatrische Fürsorge	10
- Allgemeine Abteilung	10
- Medizinalreferenten	9
- Seuchenhygiene	7
- Sozialpsychologischer Dienst	6
- Lebensmittelhygiene	6
- Körperbehindertenfürsorge	4
- Arbeitsmedizin	3
- Geschlechtskrankenfürsorge	3
- Geschwulstberatung	2
- Vertrauensärztliche Untersuchungen	2
- Hörbehindertenberatung	1
- Strahlenmedizin	1
- K.A.	10
<hr/>	
- Summe	543
<hr/>	

Tabelle 7: Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes

- Stadt	199
- Land	300
- K.A.	23
<hr/>	
- Summe	522
<hr/>	

Tabelle 8: Bewertung von Aussagen über Gesundheitserziehung

Aussage Nr.	Bewertung						Mittelwert (\bar{x})
	1	2	3	4	5	6	
2.01	344	97	54	19	6	2	1,57
2.02	139	93	107	83	37	42	2,82
2.03	20	31	59	28	74	296	4,95
2.04	40	30	47	32	75	277	4,80
2.05	112	62	67	37	56	170	3,78
2.06	67	54	64	46	70	196	4,18
3.01	371	65	35	20	11	10	1,56
3.02	270	84	74	34	10	24	2,00
3.03	144	44	93	84	59	85	3,25
3.04	284	86	83	25	16	21	1,96
3.05	383	83	29	11	7	3	1,42
3.06	356	74	48	11	5	14	1,58
3.07	191	77	92	57	36	51	2,56
3.08	167	93	77	68	39	60	2,80
3.09	34	13	30	34	55	339	5,14
3.10	379	83	32	7	5	5	1,42
4.01	355	67	48	14	15	14	1,65
4.02	95	51	69	44	52	198	3,98
4.03	330	81	61	14	7	15	1,69
4.04	74	32	37	50	50	263	4,50
4.05	192	48	66	38	35	136	3,16
4.06	281	79	67	28	18	39	2,10
4.07	288	93	59	27	14	24	1,93
4.08	338	89	42	20	9	12	1,65

Tabelle 8: Bewertung von Aussagen über Gesundheitserziehung
(Fortsetzung)

Aussage Nr.	Bewertung						Mittelwert (\bar{x})
	1	2	3	4	5	6	
7.01	330	79	62	27	13	6	1,71
7.02	150	59	93	83	61	68	3,10
7.03	352	96	47	9	7	2	1,50
7.04	151	109	114	67	34	39	2,69
7.05	16	24	54	91	130	195	4,73
7.06	17	26	73	94	88	222	4,68
8.01	309	69	55	29	25	25	1,96
8.02	365	75	41	18	7	10	1,56
8.03	325	84	51	18	12	18	1,74
8.04	178	74	88	49	37	78	2,86
8.05	173	80	95	67	38	52	2,75
8.06	199	104	110	47	22	26	2,34
8.07	251	102	70	43	22	20	2,10
8.08	181	93	36	55	52	40	2,65
8.09	238	81	76	38	31	44	2,36
9.01	186	103	89	55	37	45	2,59
9.02	56	47	64	80	93	165	4,19
9.03	101	53	71	77	60	145	3,74

Tabelle 8: Bewertung von Aussagen über Gesundheitserziehung
(Fortsetzung)

Aussage Nr.	Bewertung						Mittelwert (\bar{x})
	1	2	3	4	5	6	
9.04	18	22	57	54	82	265	4,92
9.05	71	56	93	69	74	144	3,89
9.06	282	128	69	26	4	10	1,79
9.07	13	28	36	40	93	309	5,12
9.08	125	107	93	42	48	92	3,11
9.09	83	78	64	70	46	162	3,80
9.10	158	89	79	47	35	102	3,04

Tabelle 9: a) Standort des Arztes im ÖGD gegenüber
anderen Berufen bei einer Zusammenarbeit
auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung
(Frage 5)

wichtiger ist der.....:				Summe (Bedeutung der Beziehung)
Arzt ÖGD	179	freipraktizierender Arzt	167	346
---	149	Krankenhausarzt	76	225
---	136	Sozialmediziner	143	279
---	189	Wissenschaftler	63	252
---	183	Fürsorger, Sozialhelfer	99	282
---	219	Krankenschwester, -pfleger	95	314
---	180	Gemeindeschwester	88	268
---	178	Hebamme	75	253
---	135	Lehrer	181	316
---	131	Eltern	172	303
---	185	Journalist	74	259
---	230	Pfarrer	13	243
---	190	Werbefachmann	58	248
---	170	Psychologe, Soziologe	96	266

Tabelle 9: b) zusätzlich angegebene wichtige
Gesundheitserziehungs-Berufe

wichtiger ist der....:				Summe (Bedeutung der Beziehg.)
Arzt ÖGD	-	Zentrale	2	2
----	12	Massenmedien	22	34
---	-	Elternschule	1	1
---	3	gutes Ministerium	3	6
---	-	Sportlehrer	9	9
---	7	Kindergärtnerin	5	12
---	2	Jugendgruppenführer	-	2
---	-	Diätassistentin	1	1
---	-	Gesundheitsaufseher	3	3
-----	4	Leiter von Jugendverbänden	3	4
---	1	Volkshochschulen	1	2
---	1	DRK etc.	2	3
-----	-	Arbeitgeber	1	1
---	1	Sozialhygieniker	-	1
-----	3	Ernährungsberater (-wissenschaftler)	-	3
---	3	Sportmediziner	-	3
---	1	Sprechstundenhilfe (sozial-med. Assistentin)	1	2
---	2	Werksarzt	-	2
---	2	Gesundheitserzieher (USA)	4	6
---	-	Apotheker	2	2
---	-	Bundeswehr	3	3

Tabelle 10: Standort des Arztes im ÖGD gegenüber anderen Berufen bei der Behandlung spezieller Gebiete der Gemeinheitserziehung (Frage 6)

Anmerkung: Häufig weigert sich der Befragte, eine Berufsgruppe zu bezeichnen, die ein bestimmtes Thema nicht angehen soll.

		Arzt ÖGD	Freiprakt. Arzt	Krankenhausarzt	Sozialmediziner	Wissenschaftler	Fürsorge	Krankenschwester	Gemeindeschwest.	Hebamme	Lehrer	Eltern	Journalist	Pfarrer	Werbung	Psych., Soziol.
Ernährung	+	249	227	114	39	137	24	10	14	15	93	56	34	4	28	7
	-	2	-	1	8	4	16	19	11	21	13	9	50	116	105	47
Hygiene	+	367	166	40	74	52	51	13	38	15	110	30	25	-	10	3
	-	-	1	2	9	6	6	3	1	6	3	7	38	89	85	42
Zahngesundheit	+	302	255	29	25	26	13	4	9	1	139	88	16	1	29	8
	-	1	-	3	6	7	7	9	6	28	1	1	29	85	65	46
Tabak, Rauschgift, Alkohol	+	312	187	37	100	61	77	7	6	1	130	52	66	18	34	83
	-	1	1	1	2	5	3	11	9	34	3	5	25	34	73	15
Arzneimittelmißbrauch	+	289	289	104	55	72	26	12	10	-	24	20	62	8	17	55
	-	1	-	2	4	3	3	7	3	16	15	7	32	56	75	12
Spezielle Krankheitsvorsorge	+	285	319	206	60	59	41	7	18	3	4	3	28	-	7	4
	-	3	-	1	4	3	7	10	10	13	20	12	46	86	92	30

Tabelle 10: Standort des Arztes im ÖGD gegenüber anderen Berufen bei der Behandlung spezieller Gebiete der Gesundheitserziehung (Frage 6) (Fortsetzung)

	Arzt ÖGD	Frei- prakt. Arzt	Krankenhausarzt	Sozialmediziner	Wissenschaftler	Erz- sorge	Krankenschwest.	Gemeindefschw.	Heb- amme	Lehrer	Eltern	Journalist	Pfarrer	Verbung	Psych., Soziol.
Krankheitszeichen und i. Behandlung	+ 118 - 7	402 1	196 1	15 5	34 5	14 12	24 12	47 12	8 8	5 25	12 14	17 65	1 89	5 90	1 25
Richtiges Verhalten i. Risikofall	+ 172 - 3	212 1	185 1	58 2	41 2	20 8	19 6	21 3	6 16	33 17	23 8	29 36	1 64	12 73	21 14
Lebensgewohnheiten u. Umweltbedingungen	+ 218 - 3	124 4	15 8	170 -	36 4	51 5	1 10	7 9	6 19	101 4	73 8	101 22	26 40	29 65	115 12
Körperl. u. soel. Entwicklung	+ 244 - -	173 2	30 8	45 2	45 5	65 4	3 16	15 7	31 14	130 1	139 4	21 48	27 45	2 84	154 11
Sexualität, Fort- pflanzg., Geb. reglg.	+ 180 - 3	220 3	48 6	66 3	49 4	26 13	1 13	7 11	34 7	153 6	162 3	21 36	35 45	3 94	91 14
Chron. u. degenera- tive Krankheiten	+ 246 - 5	286 2	199 1	97 -	33 5	98 4	24 9	29 8	- 19	4 22	3 11	9 40	7 59	1 77	7 13
Erste Hilfe	+ 134 - 6	345 -	242 1	13 9	14 11	10 9	94 3	48 11	5 8	49 13	17 21	17 49	1 63	4 61	- 20
Summe	+ 3106 - 35	3295 15	1454 36	816 54	660 66	508 96	229 126	264 106	124 203	982 143	723 110	444 514	128 871	181 1036	546 288

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)

bei:	Gesundheitserziehung wird betrieben						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutachtungen	80	62	103	75	67	87	3,52
Kontrollen	244	117	76	34	6	5	1,87
TBC-Fürsorge	312	95	46	19	4	5	1,59
Jugend + Schule	257	108	68	37	6	4	1,83
Jugendzahn	269	101	53	39	7	7	1,81
Fürs.Rehabilit.	180	100	104	59	16	12	2,29
Altenfürsorge	77	36	77	93	86	85	3,73
Suchtkranke	167	81	93	63	34	30	2,57
Behinderte	170	97	107	44	24	24	2,41
Geschlechtskr.	170	64	93	59	45	31	2,65
Säuglingsfürs.	8	2	3	-	-	-	1,62
Schwangerenfürs.	7	2	-	-	-	-	1,22
Kleinkinderfürs.	2	-	3	-	-	1	2,83
Erziehungsbertg.	7	4	3	-	-	1	2,00
Sport	6	1	1	-	2	3	3,00
Diabetesfürs.	-	1	-	-	-	1	4,00
Impfungen	3	1	1	-	-	1	2,33
Fürs.f.Verwahrl.	-	-	-	-	-	1	6,00
Krebskrk.fürs.	5	-	1	-	1	-	1,86
Hörbehindertenf.	1	1	-	-	1	-	2,67

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener
Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)
(Fortsetzung 1)

bei:	Gesundheitserziehung wird betrieben						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Umwelt-Hygiene	2	-	-	-	-	-	1,00
Sexualerziehung	1	-	-	1	-	1	3,33
Vorträge	1	-	-	-	-	1	3,50
Lehrerbildung	-	-	-	-	-	1	6,00
Häusl. Ar. pflege	-	1	-	-	-	-	2,00
Frauenverbände	-	1	-	-	-	-	2,00
DRE-Arbeit	-	-	1	-	-	-	3,00
Körperhygiene	-	-	-	-	1	-	5,00
Eugenik	4	-	-	-	-	1	1,66
Ausläd. betreug.	5	-	3	-	-	-	1,75
Erste Hilfe	1	-	-	-	-	-	1,50
Gesunde Ernährg.	3	2	-	-	-	-	1,40

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener
Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)

(Fortsetzung 2)

bei:	weitere Intensivierung möglich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutachtungen	44	40	70	41	60	152	4,20
Kontrollen	93	74	73	36	46	89	3,38
TBC-Fürsorge	83	66	67	27	46	107	3,53
Jugend + Schule	140	87	63	22	32	67	2,81
Jugendzahn	128	64	58	20	36	94	3,14
Fürs.Rehabilit.	106	94	77	36	28	67	2,97
Altenfürsorge	89	87	81	45	38	57	3,07
Suchtkranke	110	89	97	30	29	61	2,91
Behinderte	109	79	80	37	33	68	3,02
Geschlechtskr.	81	53	77	41	48	92	3,48
Säuglingsfürs.	6	3	-	-	-	-	1,33
Schwangerenfürs.	6	3	1	-	-	-	1,50
Kleinkinderfürs.	2	1	-	-	-	-	1,33
Erziehungsbertg.	7	6	2	-	-	1	1,94
Sport	7	1	-	3	-	-	1,91
Diabetesfürs.	1	1	-	-	-	-	1,50
Impfungen	-	1	1	-	2	1	3,20
Fürs.f.Verwahrl.	1	-	-	-	-	-	1,00
Krebskrk.fürs.	5	1	-	-	1	-	1,71
Hörbehindertenf.	1	1	-	-	-	-	1,50

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener
Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)
(Fortsetzung 3)

bei:	weitere Intensivierung möglich						\bar{x}
	1	2	3	4	5	6	
Umwelt-Hygiene	5	-	1	-	-	-	1,33
Sexualerziehung	2	1	-	-	-	-	1,33
Vorträge	1	1	-	-	-	-	1,50
Lehrerbildung	1	-	-	-	-	-	1,00
Häusl. Er. pflege	-	1	-	-	-	-	2,00
Frauenverbände	-	1	-	-	-	-	2,00
DRZ-Arbeit	-	-	1	-	-	-	3,00
Körperhygiene	-	-	-	1	-	-	4,00
Eugenik	2	-	-	-	-	-	1,00
Ausläd. betreug.	1	-	-	-	-	-	1,00
Erste Hilfe	1	-	-	-	-	-	1,00
Gesunde Ernährg.	-	1	-	-	-	-	2,00

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener
Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)

(Fortsetzung 4)

bei:	weitere Intensivierung erforderlich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutachtungen	68	34	81	36	57	136	3,93
Kontrollen	113	63	63	36	41	77	3,11
TBC-Fürsorge	104	48	65	54	43	108	3,49
Jugend + Schule	183	87	59	27	15	49	2,41
Jugendzahn	165	57	38	23	28	91	2,31
Fürs.Rehabilit.	156	87	71	30	28	48	2,60
Altenfürsorge	162	96	79	26	15	42	2,43
Suchtkranke	186	81	67	20	24	40	2,37
Behinderte	185	74	68	23	18	51	2,45
Geschlechtskr.	113	59	90	32	41	71	3,08
Säuglingsfürs.	5	1	1	-	1	-	1,88
Schwangerenfürs.	4	-	2	-	1	-	2,14
Kleinkinderfürs.	4	-	-	1	-	-	1,60
Erziehungsbertg.	10	5	2	1	-	1	1,89
Sport	9	-	1	-	-	-	1,20
Diabetesfürs.	1	1	-	-	-	-	1,50
Impfungen	2	1	1	-	-	-	1,75
Fürs.f.Verwahrl.	1	-	-	-	-	-	1,00
Krebskrk.fürs.	5	-	1	-	-	-	1,33
Hörbehindertenf.	3	-	-	-	-	-	1,00

Tabelle 11: Übersicht über die Chancen verschiedener
Bereiche im Gesundheitsamt (Frage 9.11)
(Fortsetzung 5)

bei:	weitere Intensivierung erforderlich						\bar{x}
	1	2	3	4	5	6	
Umwelt-Hygiene	1	-	-	-	-	2	4,33
Sexualerziehung	2	1	-	-	-	-	1,33
Vorträge	-	1	1	-	-	-	2,50
Lehrerbildung	1	-	-	-	-	-	1,00
Häusl. Kr. pflege	-	-	-	-	-	-	-
Frauenverbände	-	-	-	1	-	-	4,00
DRK-Arbeit	-	-	-	-	-	-	-
Körperhygiene	1	-	-	-	-	-	1,00
Eugenik	2	-	1	-	-	-	1,66
Ausläd. betreug.	1	-	-	-	-	-	1,00
Erste Hilfe	1	-	-	-	-	-	1,00
Gesunde Ernährg.	4	-	1	-	-	-	1,40

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

	Gesundheitserziehung wird betrieben						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutachtungen							
a) Amtsärzte	25	36	41	33	29	34	3,54
b) Stellvertreter	11	11	9	12	6	7	3,21
Kontrollen							
a) Amtsärzte	101	40	21	9	-	2	1,73
b) keine Zuständgk.	-	-	-	-	-	-	-
TBC-Fürsorge							
a) Amtsärzte	129	45	13	9	-	2	1,54
b) TBC-Fürs.ärzte	45	5	4	3	-1	-1	1,48
Jugend + Schule							
a) Amtsärzte	107	42	32	17	1	3	1,87
b) Schulärzte	30	12	10	-	-	-	1,45
Jugendzahn							
a) Amtsärzte	112	40	21	10	2	5	1,76
b) Zahnärzte	6	3	1	2	-	-	1,92
Rehabilitation							
a) Amtsärzte	69	42	46	21	2	9	2,32
b) Fürs.ärzte f.R.	-	-	-	-	-	-	-
Altenfürsorge							
a) Amtsärzte	27	21	27	34	35	42	3,83
b) Fürs.f.Alte	-	-	-	-	-	-	-
Fürs.f.Suchtkranke							
a) Amtsärzte	69	35	38	20	16	12	2,55
b) Fürs.f.Suchtkr.	-	1	-	-	-	-	-

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

(Fortsetzung 1)

	Gesundheitserziehung wird betrieben						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Fürs.f.Behinderte							
a) Amtsärzte	56	17	40	12	7	9	2,38
b) Fürs.f.Beh.	3	4	3	2	-	-	2,33
Fürs.f.Geschlechtskr.							
a) Amtsärzte	66	29	31	1	20	21	2,80
b) Hautärzte	4	-	1	2	-	-	2,14
Säuglingsfürsorge							
a) Amtsärzte	-	1	3	1	-	-	2,10
b) Säugl.fürs.	-	-	1	-	-	1	4,50
Schwangeren-Fürs.							
a) Amtsärzte	5	2	1	-	1	2	2,64
b) Schw.fürs.	-	-	-	-	-	-	-
Kleinkinderfürs.							
a) Amtsärzte	4	2	2	-	1	-	2,22
b) Kleink.fürs.	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche
im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der
Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden
Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

(Fortsetzung 2)

	weitere Intensivierung möglich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutachtungen							
a) Amtsärzte	19	15	24	15	27	75	4,38
b) Stellvertreter	1	2	7	3	13	20	4,85
Kontrollen							
a) Amtsärzte	27	29	28	15	20	48	3,69
b) keine Zuständgk.	-	-	-	-	-	-	-
TBC-Fürsorge							
a) Amtsärzte	14	13	26	14	20	53	4,01
b) TBC-Fürs.Ärzte	16	5	6	6	2	12	1,92
Jugend + Schule							
a) Amtsärzte	58	35	17	10	16	35	2,98
b) Schulärzte	15	12	9	-	2	5	2,47
Jugendzahn							
a) Amtsärzte	50	27	21	7	16	47	3,32
b) Zahnärzte	5	2	1	-	-	3	2,73
Rehabilitation							
a) Amtsärzte	42	35	26	19	14	33	3,16
b) Fürs.Ärzte f.R.	-	-	1	-	-	-	3,00
Altenfürsorge							
a) Amtsärzte	26	38	35	15	20	33	3,50
b) Fürs.f.Alte	-	-	-	-	-	-	-
Fürs:f:Suchtkranke							
a) Amtsärzte	36	32	31	16	24	49	3,84
b) Fürs.f.Suchtkr.	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

(Fortsetzung 3)

	weitere Intensivierung möglich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Fürs. f. Behinderte							
a) Amtsärzte	45	28	33	10	22	40	3,31
b) Fürs. f. Beh.	4	1	-	-	1	2	2,88
Fürs. f. Geschlechtskr.							
a) Amtsärzte	24	22	33	16	24	49	3,84
b) Hautärzte	3	-	-	1	1	1	3,00
Säuglingsfürsorge							
a) Amtsärzte	3	1	-	-	1	1	3,20
b) Säugl.fürs.	2	-	-	-	-	-	1,00
Schwangeren-Fürs.							
a) Amtsärzte	4	2	1	-	1	1	2,44
b) Schw.Fürs.	-	-	-	-	-	-	-
Kleinkinderfürs.							
a) Amtsärzte	2	-	1	-	-	-	1,66
b) Kleink.fürs.	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

(Fortsetzung 4)

	weitere Intensivierung erforderlich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Begutschtungen							
a) Amtsärzte	24	18	24	14	25	69	4,18
b) Stellvertreter	6	4	5	8	7	15	4,13
Kontrollen							
a) Amtsärzte	51	21	28	15	10	44	3,26
b) Keine Zustdgk.	-	-	-	-	-	-	-
TBC-Fürsorge							
a) Amtsärzte	43	24	23	6	18	49	3,48
b) TBC-Fürs.ärzte	23	3	6	7	6	11	3,05
Jugend + Schule							
a) Amtsärzte	33	19	5	5	7	24	3,06
b) Schulärzte	23	13	7	2	-	3	2,00
Jugendzahn							
a) Amtsärzte	67	29	15	6	11	42	2,95
b) Zahnärzte	8	-	-	1	-	2	2,18
Rehabilitation							
a) Amtsärzte	60	32	30	13	6	25	2,68
b) Fürs.ärzte f.R	1	-	-	-	-	-	1,00
Altenfürsorge							
a) Amtsärzte	44	42	40	8	9	20	2,73
b) Fürs.f.Alte	-	-	-	-	-	-	-
Fürs.f.Suchtkranke							
a) Amtsärzte	68	36	28	7	12	25	2,63
b) Fürs.f.Suchtkr	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 12: Übersicht über die Chancen verschiedener Bereiche im Gesundheitsamt aus der Sicht a) der Leiter der Ämter und b) der Ärzte, die auf dem entsprechenden Gebiet hauptamtlich tätig sind (Frage 9.11)

(Fortsetzung 5)

	weitere Intensivierung erforderlich						
	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
Fürs.f.Behinderte							
a) Amtsärzte	66	26	32	13	15	27	2,81
b) Fürs.f.Beh.	6	1	1	-	-	1	1,88
Fürs.f.Geschlechtskr.							
a) Amtsärzte	48	25	37	7	22	37	3,23
b) Hautärzte	2	-	-	-	1	1	3,25
Säuglingsfürs.							
a) Amtsärzte	5	-	-	-	-	1	1,83
b) Säugl.-Fürs.	2	-	-	-	-	-	1,00
Schwangeren-Fürs.							
a) Amtsärzte	5	2	1	-	-	1	2,00
b) Schw.-Fürs.	-	-	-	-	-	-	-
Kleinkinderfürs.							
a) Amtsärzte	3	1	-	-	-	-	1,22
b) Kleink.-Fürs.	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 13: Welche Form der Aus- bzw. Weiterbildung
erscheinen geeignet? (Frage 10.1)

	geeignet für	
	Ärzte	Fürsorger
Vorträge	345	262
Kurse mit Prüfung	38	135
Seminare	260	274
Lehrgänge	278	306
Fernunterricht	37	37
Fachzeitschriften	336	207
Presseveröffentlichungen	185	133
Schriften	280	251
Wanderausstellungen	1	1
Fernsehsendungen	1	1
Filme	3	3
Magneton-Bänder	1	1
Aufenthalt im Ausland	1	-
Hospitieren	3	1
Med. Kongresse	4	1
monatl. Konferenzen im G.A.	1	1

Tabelle 14: Widerstände gegen Teilnahme an Lehrgängen
bzw. Seminaren (Frage 10.3)

	1	2	3	4	5	6	\bar{x}
nicht geeignet	44	28	31	32	65	215	4,67
keine Zeit	175	95	81	41	39	57	2,68
zu weit	117	58	56	47	36	134	3,51
zu wenig Reisekosten	186	48	44	31	32	100	2,94
nichts Neues w. geboten	24	33	78	62	97	160	4,44
bes. Erz. nicht interessant	24	34	63	42	85	181	4,57
schlecht informiert	83	56	45	40	56	129	3,78
Schwierigkeiten bei Dienstbefreiung	16	4	2	-	2	-	1,67
Bezug auf die Praxis fehlt	6	3	-	4	-	-	2,15
Überforderung der Ärzte (Personalmangel)	4	1	-	-	-	-	1,20
Ausfall von Nebenein- künften	1	-	-	-	-	-	1,00
es finden keine Lehr- gänge und Seminare statt	1	-	-	-	-	-	1,00

Tabelle 15: Vordringliche Themenbereiche für eine Aus- bzw. Fortbildung von Ärzten und Fürsorgern am Gesundheitsamt (Frage 10.2)

	Ärzte		Fürsorgern		Summe
	Ausb.	Fortb.	Ausb.	Fortb.	
1. Fragen der Ernährung	23	18	23	11	75
2. Hygiene	35	26	32	19	112
3. Zahngesundheit	4	3	7	5	19
4. Tabak, Rauschgift, Alkohol	65	54	65	42	226
5. Arzneimittelmisbrauch	5	1	3	1	10
6. Spezielle Krankheitsvorsorge	25	15	21	10	71
7. Krankheitszeichen und ihre Behandlung	5	10	2	9	26
8. Richtiges Verhalten im Risikofall	6	3	8	5	22
9. Bes. Gefährdungen durch Lebensgewohnheiten und Umweltbedingungen	15	16	9	17	57
10. Körperliche und seelische Entwicklung (des Kindes)	22	21	20	17	80

Tabelle 15: Fortsetzung 1

	Ärzte		Fürsorger		Summe
	Ausb.	Fortb.	Ausb.	Fortb.	
11. Sexualität, Fortpflanzung, Geburtenregelung, Familienplanung	32	18	31	8	89
12. Erste Hilfe	10	6	7	7	30
13. Rehabilitation, Fürsorge für Körperbehinderte	19	25	22	18	84
14. Fürsorge für geistig und seelisch Behinderte	18	27	19	27	91
15. Geriatrie, Altenfürsorge	14	11	17	13	55
16. Gesundheitserziehung	16	15	20	10	61
17. Rhetorik	4	4	2	5	15
18. Freizeitverhalten	2	2	2	1	7
19. Bewegungstherapie, Gymnastik, Sport	11	6	5	1	23
20. Sozialmedizin	4	3	2	4	13
21. seelische und körperliche Kinderkrankheiten	14	7	15	12	48
22. Impfwesen	5	8	1	1	15

Tabelle 15: Fortsetzung 2

	Ärzte		Fürsorger		Summe
	Ausb.	Fortb.	Ausb.	Fortb.	
23. Soziologie	3	1	3	1	8
24. Arbeitsmedizin	-	1	-	1	2
25. Statistik	1	1	1	1	4
26. Psychologie, Psychagogik, Psychosomatik, Neurosen- lehre, Werbepsychologie	25	16	13	9	63
27. Hilfsmaßnahmen bei chro- nischen und degenerativen Erkrankungen	-	1	-	1	2
28. Betäubungsmittel	1	-	1	-	2
29. Pädagogik	-	-	1	-	1
30. Sexualprobleme	1	1	1	1	4
31. Seuchenbekämpfung, Tropenme- dizin, Parasitologie, Katastro- phenschutz, Strahlenschutz	15	18	15	6	54
32. Verkehrprobleme	1	-	-	-	1
33. Körperpflege	-	-	1	-	1
34. Mikrobiologie	-	1	-	-	1
35. anderes	15	12	7	7	41

Tabelle 15: Fortsetzung 3

Erläuterungen zu den Themenbereichen, die in Tabelle 15
aufgeführt sind.

- zu 1.: Ernährung allgemein und E. von Kranken + Ernährung
von Säuglingen + Kleinkindern
- zu 2.: körperliche + seelische Hygiene, Hygiene der Frau
- zu 3.: Aufklärung über die Entstehung von Zahnkrankheiten
(Karies z.B.)
- zu 4.: Ausbildung: Suchtgefahren
Fortbildung: Aufklärung der Bevölkerung
Beratung und Betreuung von Süchtigen und deren Familien
- zu 5.: keine
- zu 6.: z.B. Früherkennung von Krebs
- zu 7.: neue diagnostische + therapeutische Methoden
- zu 8.: keine
- zu 9.: z.B. Lärm- und Schmutzbelastung
- zu 10.: seelische Gesunderhaltung des Klein- und Schulkindes,
Kleinkindererziehung (Neurosenprophylaxe), Erziehung
der Mütter (besonders bei Problemkindern), psychogene
Erkrankungen im Kindesalter
- zu 11.: Sexualerziehung von Behinderten
- zu 13.: Rehabilitationsmöglichkeiten + -hilfen, Körperbehin-
dertenfürsorge
- zu 14.: Beratung und Betreuung psychisch Kranker
- zu 21.: vor allem Mißbildungen
- zu 22.: bes. Impfungen im internationalen Reiseverkehr
- zu 35.: Probleme der Früheinschulung
Herstellung von Lehrfilmen
Unfallverhütung

Literaturverzeichnis

Albrecht, J., Neugestaltung des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.135-137

Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.109-111

Arbab-Zadeh, A., Der Arzt in den Ländern der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft. Eine vergleichende Untersuchung der ärztlichen Ausbildung, Rechts- und Standeskunde, Köln/Berlin 1967

Aus der Arbeit der AGLMB, in: Bundesgesundheitsblatt, 4, 1973, S.57-58

Berufe des Gesundheitswesens 1967, in: Wirtschaft und Statistik, 11, 1968, S.543-546

Beske, P., Nachwuchsförderung für Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Akademie für Staatsmedizin, hrsg. im Auftrag der AGLMB, Stuttgart 1967

ders., Neuordnung des Rechts des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.133-134

ders., Der ÖGD und die Parteien, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.209-210

ders., Struktur des künftigen ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 1971, S.96-103

Beumer, A., Möglichkeiten der Rationalisierung im Gesundheitsamt, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.399-404

Böhm, A., Aus der Begrüßungsansprache des 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte im ÖGD e.V., Herrn ObMedDir. Dr. Böhm, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.635-639

- ders., Stellung und Bedeutung des Amtsarztes innerhalb der Ärzteschaft - aus der Sicht des Amtsarztes, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.138-142
- ders., Stellung des beamteten Arztes im ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 32, 1970, S. 143-145
- Brandau, G., Zum gesundheitserzieherischen Auftrag der Schule, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 3, 1970, S. 143ff.
- Brooks, R., Motive der Berufswahl der Mediziner, in: Soziale Sicherheit, 26, 1975, S.511-514
- Bundesärztekammer, Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, beschlossen vom 77. Deutschen Ärztetag 1974 in Berlin, Köln o.J.
- dies., Neufassung der vom 76. Deutschen Ärztetag 1973 in München dem Grundsatz nach gebilligten gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, Vorlage für den 77. Deutschen Ärztetag 1974 in Berlin, o.O.o.J.
- dies., Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1974/75, dem 78. Deutschen Ärztetag vorgelegt von Vorstand und Geschäftsführung, in: Deutsches Ärzteblatt, 1975, H.20a
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner, Schriftenreihe des EMJFG, Bd. 11, Stuttgart 1973
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesundheitserziehung in Europa, Organisationsformen, Aktivitäten, Forschungsprojekte, Berufliche Ausbildung, Pläne für die Zukunft, Köln 1973

- Christiani, E., Stellung und Bedeutung des Amtsarztes innerhalb der Ärzteschaft aus der Sicht des niedergelassenen Arztes, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.133-137
- Claussen, K.E., Begrüßungswort, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.112
- Deininger, D., Statistik der Berufe des Gesundheitswesens 1970, in: Bundesgesundheitsblatt, 13, 1972, S.196-203
- Depner, R., Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild, Eine soziologische Untersuchung zur Entwicklung des Selbstverständnisses von Medizinstudenten und Ärzten, Stuttgart 1974
- Detzel, H., Die Statistik im Vertrauensärztlichen Dienst, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.337-343
- Döhner, K., Meine Erfahrungen als Arzt und Kommunalpolitiker in der Gesundheitspflege des Kreises Wesermünde, in: Der Landarzt, 41, 1965, S.583-587
- Engelheimer, M.-P./B. Popckes (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971
- Faerber, K.-P., Formen des ÖGD in der Zukunft, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.645-654
- Finzen, A., Die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft, in: M.-P. Engelheimer/B. Popckes (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971, S. 51-59
- Focke, K., Grußwort zur Eröffnung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, in: Öff. Gesundheitswesen, 36, 1974, S.140-143

dies., Wirtschaftlichkeit und Planung im Gesundheitswesen, Aussprache anlässlich der Eröffnung der Vollversammlung des Bundesgesundheitsrates am 25. November 1974 in Bonn, Anlage zur Presseschau Nr. 217/74, Bulletin v. 28. November 1974

Freytag-Loringhoven, W.-D. v., Zahngesundheitserziehung aus der Sicht empirischer Untersuchungen, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 33, 1971, Sonderheft 1

Geißler, H., Was erwartet der Gesundheitspolitiker vom ÖGD?, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 36, 1974, S.97-103

Gerlach, K., Sozialpolitische Überlegungen zur Gesundheitsvorsorge in der BRD, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 35, 1973, S.8-14

Deutsche Gesellschaft für Personalwesen e.V., Berufsbildanalyse: Bericht über die Ergebnisse von Arbeitsplatzstudien bei Ärzten und Märsorgerinnen im öffentlichen Gesundheitsdienst zur Frage der gesundheitserzieherischen Tätigkeiten und der für gesundheitserzieherische Aufgaben notwendigen Fortbildung, hrsg. v. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1967

Gesundheitsdienst: Modell ohne Mehrkosten, in: Selecta, 20, 1972, S.1991-1993

Göttsching, Ch., Der Amtsarzt innerhalb der Verwaltung - Strukturprobleme des Gesundheitsamtes der Zukunft, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 35, 1973, S.123-126

Gundermann, Der Arzt im Gesundheitsamt, Seine Aufgaben, seine Stellung, seine Arbeitsweise, Bielefeld 1958

Hippchen, P., Die Zukunft des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes, in: Öff. Gesundheits.-Wesen, 33, 1971, S. 82 - 93

Hoegen, A., Aufbau und Arbeit der modernen Tuberkulosefürsorgestelle, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 33, 1971, S.50-57

Hopf, E.J., Eingangsreferat, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.114-119

ders., Die Weiterentwicklung des ÖGD nach der Richtlinie der Ländergesetze - Eine Zwischenbilanz, in: Bundesgesundheitsblatt, 18, 1975, S.333-334

'Infratest', Berufsabsichten und Motivationen deutscher Mediziner, Zusammenfassung von P. Hülsmann, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.74-77

Inkeles, A./P.H. Rossi, National Comparisons of Occupational Prestige, in: The American Journal of Sociology, LXI, 1956, S.336-337

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Eine Literaturanalyse, Untersuchung im Auftrag der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, bearb.v. P. Rosenberg, Berlin 1974

Jahn, E. u.a., Die Gesundheitssicherung in der BRD, Köln 1971

Kaupen-Haas, H. (Hrsg.), Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Abhandlungen zur Mittelstandsforschung Nr. 36, Köln/Opladen 1968

dies., Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität, Eine Anwendung soziologischer Theorie auf Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart 1969

Kiphard, E.-J., Frühzeitige aktive Gesundheitserziehung als dringende Lehraufgabe für Elternbildung, Kindergarten und Grundschule, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 4, 1975, S.224ff.

- Läpple, F., Profit durch Krankheit?, Das Gesundheitswesen aus Arbeitnehmersicht, Bonn-Bad Godesberg 1975
- Laux, E., Die Führungs- und Koordinierungsfunktion des Amtsarztes, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.127-132
- Lund, P.V., Anforderungen an den Amtsarzt der Zukunft, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.142-147
- Lutz-Dettinger, U., Erfahrungen in der Gesundheitserziehung an einer Pädagogischen Hochschule, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.377ff.
- Manger-König, L., Begrüßungsansprache, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.641-643
- ders., Aktuelle Probleme des Öffentlichen Gesundheitswesens, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 31, 1969, S.525-529
- Marburger Bund, Zur Reform des Gesundheitswesens, beschlossen von der 45. Hauptversammlung am 22./23. Juni in Berlin, Stuttgart 1974
- Mattheis, R., Wandel der Anforderungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Gesundheitspolitik, 5/6, 1966, S.288-292
- Middelhaue, Aus der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1973, S.193-196
- Mühlich-von Staden, Ch./ W. Mühlich, Gesundheitsversorgung, Planung für die Gesundheitsversorgung als Teilbereich, Stuttgart 1972
- Nittner, K.-R., Das Gesundheitsamt von morgen, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.266-270
- ders., Rückblick auf das erste Jahr des Aufbaues des Modellgesundheitsamtes Marburg, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.438-444

- Ochmann, A., Überlegungen zur Neugestaltung des Öffentlichen Gesundheitswesens, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.268-270
- Ott, Der Ingenieur für Technisches Gesundheitswesen, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.143-146
- Pertzborn, H.J., Gesundheitserzieherische Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus kommunaler Sicht, in: Die Ortskrankenkasse, 13, 1971, S.470ff.
- Petri, H., Die Bedeutung der Gesundheitsbildung in der Gesundheitspolitik, Aussprache anlässlich des Festaktes der Verleihung des "Hufeland-Preises 1974", in: Stiftung "Hufeland-Preis", Köln 1975
- Pfau, E., Überlegungen zur Neugestaltung des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.199-201
- Pflanz, M., Motivation: Amtsarzt, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.147-151
- Renthe-Fink, B., ÖGD und praktischer Arzt, in: ?
- Rohde, J.J., Die Selbsteinschätzung des Arztes und seine Einschätzung in der modernen Gesellschaft, in: H. Kaupen-Haas (Hrsg.), Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln/Opladen 1968
- Schicke, R.K., Arzt und Gesundheitsversorgung im gesellschaftlichen Sicherungssystem, Bundesrepublik Deutschland - England - USA, Freiburg 1971
- Schildwächter, Zum Entwurf eines Rahmengesetzes über das Gesundheitswesen, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.715-716
- ders., Neugestaltung des ÖGD, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.497-498
- ders., Vorstandssitzung des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD, in: Middelhaue, Aus der Arbeit der Leitenden

- Medizinalbeamten der Länder, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1973, S.197-198
- Schmitt, L., Schwanengesang des ÖGD?, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 33, 1971, S.232-234
- Schöngart, K., Vorstellungen und Berufsziele der Studenten der Zahnmedizin, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.756-761
- Seeler, H.J., Begrüßungsansprache, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.639-641
- Seidler, E., Grundformen ärztlichen Selbstverständnisses, in: M.-P. Engelheimer/ B. Popckes (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971, S.6-14
- Spiegel-Rösing, I.-S., Leitbilder als Motivationskomplexe, in: M.-P. Engelheimer/ B. Popckes (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971, S.15-22
- Stockhausen, J., Der ärztliche Beruf in der Bundesrepublik Deutschland, 1973, Köln o.J.
- ders., ÖGD und Ärzteschaft, in: Deutsches Ärzteblatt, 49, 1970, S.3671-3676
- Stürzbecher, M., Zur Ausbildung von Ärzten des Öffentlichen Gesundheitswesens, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 30, 1968, S.234-239
- ders., Vom Physikus zum Amtsarzt, in: Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft, Bericht über die 9. Gesundheitspolitische Tagung des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.119-123
- Gesundheitspolitische Thesen des Hartmannbundes, Beitrag zur Vorwärtsstrategie, in: Selecta, 20, 1972, S.2097-2100
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Patient und Kassenarzt, ?

- Vogel, H.R., Sozialbedingte Krankheiten und sozialhygienische Maßnahmen als Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens, Referat anlässlich der Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. am 19. September 1975 in Baden-Baden, als Manuskript vervielfältigt, o.O.o.J.(1975)
- Wegmann, R., Bedeutung der zahnärztlichen Gesundheitserziehung in der Schule, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 35, 1973, S.242ff.
- Wiebel, B., Zur sozialen Problematik ärztlichen Selbstverständnisses in unserer Gesellschaft, in: M.-P. Engelheimer/ B. Popcke (Hrsg.), Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971, S.36-50
- Wittgen, Gesundheitsfürsorge, München 1965²
- Wolff, L., Aufgabenbereich staatlicher Medizinal-Untersuchungsämter, ?
- ders., Die Situation des ÖGD im Hinblick auf den Umweltschutz, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 33, 1971, S.651-658
- Wolters, H.-G., Begrüßungsansprache, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 34, 1972, S.643-644
- ders., Moderne Gesundheitspolitik im ÖGD, in: Bulletin des BPA, 25.6.1974, Anlage zur Presseschau Nr. 110/74
- Zylmann, E., Zur Eröffnung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, in: Öff. Gesundh.-Wesen, 36, 1974, S.138-140

VAR003 SEX

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
MAENNLICH	1	130	68.8	68.8	68.8
WEIBLICH	2	59	31.2	31.2	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

189

MISSING CASES

0

AK004 GEBURTSJAHRGANG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	4	3	1.6	1.6	1.6
	5	1	.5	.5	2.2
	6	2	1.1	1.1	3.2
	7	2	1.1	1.1	4.3
	8	7	3.7	3.8	8.1
	9	6	3.2	3.2	11.3
	10	10	5.3	5.4	16.7
	11	12	6.3	6.5	23.1
	12	10	5.3	5.4	28.5
	13	6	3.2	3.2	31.7
	14	13	6.9	7.0	38.7
	15	5	2.6	2.7	41.4
	16	9	4.8	4.8	46.2
	17	8	4.2	4.3	50.5
	18	6	3.2	3.2	53.8
	19	8	4.2	4.3	58.1
	20	16	8.5	8.6	66.7
	21	11	5.8	5.9	72.6
	22	7	3.7	3.8	76.3
	23	5	2.6	2.7	79.0
	24	9	4.8	4.8	83.9
	25	4	2.1	2.2	86.0
	26	6	3.2	3.2	89.2
	27	3	1.6	1.6	90.9
	28	3	1.6	1.6	92.5

29	2	1.1	1.1	93.5	
30	5	2.5	2.7	96.2	
31	2	1.1	1.1	97.3	
32	1	.5	.5	97.8	
34	2	1.1	1.1	98.9	
39	1	.5	.5	99.5	
40	1	.5	.5	100.0	
KA	0	3	1.6	MISSING	100.0
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES

186

MISSING CASES

3

VAR005 GEBURTSORT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NRW	1	59	31.2	32.6	32.6
UEBRIGE BRD	2	62	32.8	34.3	66.9
DDR	3	34	18.0	18.8	85.6
OSTGEBIETE	4	23	12.2	12.7	98.3
AUSLAND	5	3	1.6	1.7	100.0
KA	0	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	181	MISSING CASES	8
-------------	-----	---------------	---

VAR006 REIFEP RUEFUNG SJAHRGANG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	22	1	.5	.5	.5
	23	1	.5	.5	1.1
	26	1	.5	.5	1.6
	27	4	2.1	2.2	3.8
	28	5	2.6	2.7	6.6
	29	15	7.9	8.2	14.8
	30	7	3.7	3.8	18.6
	31	11	5.8	6.0	24.6
	32	8	4.2	4.4	29.0
	33	8	4.2	4.4	33.3
	34	7	3.7	3.8	37.2
	35	10	5.3	5.5	42.6
	36	7	3.7	3.8	46.4
	37	11	5.8	6.0	52.5
	38	12	6.3	6.6	59.0
	39	21	11.1	11.5	70.5
	40	9	4.8	4.9	75.4
	41	6	3.2	3.3	78.7
	42	9	4.8	4.9	83.6
	43	7	3.7	3.8	87.4
	44	3	1.6	1.6	89.1
	46	2	1.1	1.1	90.2
	47	4	2.1	2.2	92.3
	48	3	1.6	1.6	94.0
	49	1	.5	.5	94.5

50	3	1.6	1.6	96.2
52	3	1.6	1.6	97.8
54	1	.5	.5	98.4
57	1	.5	.5	98.9
60	2	1.1	1.1	100.0
KA 0	6	3.2	MISSING	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

183

MISSING CASES

0

AR007 ART DER SCHULE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
OBERSCHULE	1	116	61.4	62.4	62.4
OBERRREALSCHULE	2	19	10.1	10.2	72.6
REALGYMNASIUM	3	31	16.4	16.7	89.2
REFORM-REALGYMNASIUM	4	11	5.8	5.9	95.2
INTERNAT	5	8	4.2	4.3	99.5
ANDERES	6	1	.5	.5	100.0
KA	0	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	186	MISSING CASES	3
-------------	-----	---------------	---

VAR008 SCHULE-GESCHLECHTSSPEZIFISCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
FUER MAEDCHEN	1	31	16.4	63.3	63.3
FUER JUNGEN	2	16	8.5	32.7	95.9
GEMISCHT	3	2	1.1	4.1	100.0
KA	0	140	74.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	49	MISSING CASES	140
-------------	----	---------------	-----

VAR009 SCHULZWEIG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HUMANIST,ALTSPRACHL	1	50	26.5	58.8	58.8
ALTPHILOLOG	2	1	.5	1.2	60.0
SPRACHLICH	3	5	2.6	5.9	65.9
NEUSPRACHLICH	4	9	4.8	10.6	76.5
NATURWISS	5	18	9.5	21.2	97.6
ANDERES	6	2	1.1	2.4	100.0
KA	0	104	55.0	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 85 MISSING CASES 104

AR010 ALTER:ARZT=BERUFSWUNSCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	5	2	1.1	1.1	1.1
	6	4	2.1	2.2	3.3
	10	6	3.2	3.3	6.5
	11	5	2.6	2.7	9.2
	12	2	1.1	1.1	10.3
	13	3	1.6	1.6	12.0
	14	9	4.8	4.9	16.8
	15	17	9.0	9.2	26.1
	16	38	20.1	20.7	46.7
	17	37	19.6	20.1	66.8
	18	19	10.1	10.3	77.2
	19	9	4.8	4.9	82.1
	20	14	7.4	7.6	89.7
	21	8	4.2	4.3	94.0
	22	2	1.1	1.1	95.1
	23	3	1.6	1.6	96.7
	24	2	1.1	1.1	97.8
	25	2	1.1	1.1	98.9
	27	2	1.1	1.1	100.0
KA	0	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

184

MISSING CASES

5

VAR011 ANDERE BERUFSWUENSCHEN GEHABT?

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NEIN	1	69	36.5	37.3	37.3
NICHT ERNSTHAFT	2	31	16.4	16.8	54.1
JA	3	85	45.0	45.9	100.0
KA-WEISS NICHT	0	4	2.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 185 MISSING CASES 4

VAR012 AND BERUFSW:INGENIEUR,ARCHITEKT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	15	7.9	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	174	92.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	15	MISSING CASES	174
-------------	----	---------------	-----

VAR013 AND BERUFSW:PHYSIKER,MATHEMAT.,STATISKR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	6	3.2	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	183	96.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 6 MISSING CASES 183

VAR014 AND BERUFSW:CHEMKR,APOTHKR,PHARMZT,BIOLG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	17	9.0	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	172	91.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	17.	MISSING CASES	172
-------------	-----	---------------	-----

AR015 AND BERUFSW:MEDIZNR,VETERNRMEDIZNR,ZHNME

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	5	2.6	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR016 AND BERUFSW:JURIST

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	13	6.9	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	176	93.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

13

MISSING CASES

176

VAR017 AND BERUFSW:LEHR,PHILGE,PAEDUE,STDNRT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	19	10.1	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	170	89.9	MISSING	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES	19	MISSING CASES	170
-------------	----	---------------	-----

VAR018 AND BERUFSW:PSYCHLGE,SOZIULGE,VLKSWRT,KF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	6	3.2	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	183	96.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 6 MISSING CASES 183

VAR019 AND BERUFS:THEOLOGE,PHILSPH,MUSKR,HISTRK

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	7	3.7	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	182	96.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 7 MISSING CASES 182

AR020 AND BERUFS:SOLDAT.OFFIZIER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	6	3.2	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	183	96.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 6 MISSING CASES 183

VAR021 AND BERUFS:ANDERER BEAMTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	3	1.6	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	186	98.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 3 MISSING CASES 186

VAR022 AND BERUFS:ANDERES

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ANGEGEBEN	1	11	5.8	100.0	100.0
NICHT ANGEGEBEN	2	178	94.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 11 MISSING CASES 178

VAR023 ALTER:ENTSCHLUSS=MEDIZINSTUDIUM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	6	1	.5	.5	.5
	11	1	.5	.5	1.1
	12	1	.5	.5	1.6
	14	1	.5	.5	2.2
	15	3	1.6	1.6	3.8
	16	17	9.0	9.2	13.0
	17	14	7.4	7.6	20.5
	18	47	24.9	25.4	45.9
	19	36	19.0	19.5	65.4
	20	15	7.9	8.1	73.5
	21	15	7.9	8.1	81.6
	22	10	5.3	5.4	87.0
	23	8	4.2	4.3	91.4
	24	5	2.6	2.7	94.1
	25	3	1.6	1.6	95.7
	26	1	.5	.5	96.2
	27	1	.5	.5	96.8
	28	1	.5	.5	97.3
	29	3	1.6	1.6	98.9
	30	1	.5	.5	99.5
	31	1	.5	.5	100.0
KA	0	4	2.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

185

MISSING CASES

4

VAR024 VORSTELLG D BERUFS AUSUEBUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	6	3.2	3.5	3.5
	2	165	87.3	96.5	100.0
	0	18	9.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	171	MISSING CASES	18
-------------	-----	---------------	----

VAR025 ART D VORSTLLG:KRANKENHAUS,KLINIK

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHLIESSLICH	1	7	3.7	3.7	3.7
N AUSSCHLIESSLICH	2	11	5.8	5.9	9.6
NICHT GENANNT	3	169	89.4	90.4	100.0
BETONT NICHT	0	2	1.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	187	MISSING CASES	2
-------------	-----	---------------	---

VAR026 ART D VORSTLLG:PRIVATPRAXIS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHLIESSLICH	1	30	15.9	15.9	15.9
N AUSSCHLIESSLICH	2	31	16.4	16.4	32.3
NICHT GENANNT	3	128	67.7	67.7	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR027 ART D VORSTLLG:HAUSARZT,ALLGMNPRAKTKR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHLIESSLICH	1	28	14.8	14.9	14.9
N AUSSCHLIESSLICH	2	14	7.4	7.4	22.3
NICHT GENANNT	3	145	76.7	77.1	99.5
AUF KEINEN FALL	4	1	.5	.5	100.0
BETONT NICHT	0	1	.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 188 MISSING CASES 1

VAR028 ART D VORSTLLG:LANDARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHLIESSLICH	1	7	3.7	3.7	3.7
N AUSSCHLIESSLICH	2	2	1.1	1.1	4.8
NICHT GENANNT	3	179	94.7	95.2	100.0
BETONT NICHT	0	1	.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	188	MISSING CASES	1
-------------	-----	---------------	---

VAR029 ART D VORSTLLG:FACHARZT,FACHZAHNARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHLIESSLICH	1	44	23.3	23.7	23.7
N AUSSCHLIESSLICH	2	43	22.8	23.1	46.8
NICHT GENANNT	3	99	52.4	53.2	100.0
BETONT NICHT	0	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	186	MISSING CASES	3
-------------	-----	---------------	---

AR030 FACHRICHTUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN"FACHARZT"	1	8	4.2	12.7	12.7
BESTIM FACHRICHTG	2	55	29.1	87.3	100.0
N GENANNT	0	126	66.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 63 MISSING CASES 126

VAR031 ART DER FACHARZTTAFTIGKEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
INNERE MEDIZIN	1	11	5.8	13.8	13.8
CHIRURGIE	2	8	4.2	10.0	23.8
PAEDIATRIE	3	26	13.8	32.5	56.3
GYNAEKOLOGIE	4	1	.5	1.3	57.5
NEUROLOGIE	5	2	1.1	2.5	60.0
PSYCHOTHERAPIE	6	1	.5	1.3	61.3
ROENTGENOLOGIE	8	1	.5	1.3	62.5
BAKTERIOLOGIE	11	1	.5	1.3	63.8
HNO	12	1	.5	1.3	65.0
AUGENHEILKND	13	2	1.1	2.5	67.5
ARBEITSMEDIZIN	15	1	.5	1.3	68.8
GERICHTSMEDIZIN	16	1	.5	1.3	70.0
TROPENARZT	17	9	4.8	11.3	81.3
SANITAETSARZT	18	2	1.1	2.5	83.7
KIEFERNORTHOPAEDIE	19	3	1.6	3.8	87.5
SCHULZAHNARZT	20	1	.5	1.3	88.8
DOZENT	21	3	1.6	3.8	92.5
WISS U FRSCHG	22	3	1.6	3.8	96.2
CHEFARZT	23	2	1.1	2.5	98.7
LEIT E INSTITUTN	24	1	.5	1.3	100.0
KA:TNZ	0	109	57.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	80		MISSING CASES	109	

VAR032 OEGD,MEDVERWLTG,KREISARZT,AMTSARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AUSSCHL POSITIV	1	4	2.1	2.1	2.1
N AUSSCHL POSITIV	2	8	4.2	4.3	6.4
NICHT POSITIV	3	4	2.1	2.1	8.5
NICHT GENANNT	4	172	91.0	91.5	100.0
KA	0	1	.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 188 MISSING CASES 1

VAR033 NENNUNG VON IDEALEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KRANKEN HELFEN	1	7	3.7	41.2	41.2
KRANKH BEKAEMPFN	2	3	1.6	17.6	58.8
ERZIEHG Z GESUNDHT	4	1	.5	5.9	64.7
NENNG E VORBILDES	5	4	2.1	23.5	88.2
BERUEHMT WERDEN	6	2	1.1	11.8	100.0
KEINS	0	172	91.0	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 17 MISSING CASES 172

VAR034 ENTSCHEIDUNG HEUTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLES WIEDER SO	1	61	32.3	56.5	56.5
BEMERKUNGEN	2	25	13.2	23.1	79.6
N ANGEGEBEN	3	22	11.6	20.4	100.0
KA	4	81	42.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 108 MISSING CASES 81

VAR035 ...WIE HEUTE,ABER:PRAXIS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NIEDERLASSEN	1	15	7.9	57.7	57.7
FREIE PRAXIS	2	11	5.8	42.3	100.0
KA, N GENANNT	0	163	86.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	26	MISSING CASES	163
-------------	----	---------------	-----

VAR036 ...WIE HEUTE, ABER: AUSBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ABSCHLIESSEN	1	3	1.6	5.0	5.0
ERWEITERN	2	7	3.7	11.7	16.7
STRAFFEN	3	4	2.1	6.7	23.3
AND RICHTNG	4	10	5.3	16.7	40.0
FACHARZT WERDEN	5	23	12.2	38.3	78.3
KLINIKLAUFBAHN	6	4	2.1	6.7	85.0
HOCHSCHULLAUFB	7	6	3.2	10.0	95.0
INSTITUTSLAUFB	8	1	.5	1.7	96.7
AND MED LAUFB	9	2	1.1	3.3	100.0
KA	0	129	68.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 60 MISSING CASES 129

VAR037 ...WIE HEUTE, ABER: OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT IN .. GEHEN	1	24	12.7	75.0	75.0
WAHRSCH N IN ..	2	3	1.6	9.4	84.4
GEGEN OEGD	3	3	1.6	9.4	93.8
FRUEHER IN ..	4	2	1.1	6.3	100.0
KA	0	157	83.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	32	MISSING CASES	157
-------------	----	---------------	-----

VAR038 BEMERKUNGEN ZUM OEGD)

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NIDRIGE UMSTAENDE	2	4	2.1	100.0	100.0
KA	0	185	97.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	4	MISSING CASES	185
-------------	---	---------------	-----

VAR039 ALLES ANDERS MACHEN UND ZWAR:

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ZAHNMEDIZIN	1	1	.5	9.1	9.1
PHARMAZIE	2	1	.5	9.1	18.2
NATURWISS	3	3	1.6	27.3	45.5
PHILOLOGIE	4	5	2.6	45.5	90.9
ANDERES	5	1	.5	9.1	100.0
KA	0	178	94.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 11 MISSING CASES 178

VAR040 ALTER BEI REIFEPRUEFUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
18	1	39	20.6	21.5	21.5
19	2	69	36.5	38.1	59.7
20	3	45	23.8	24.9	84.5
21	4	15	7.9	8.3	92.8
22	5	8	4.2	4.4	97.2
23	6	2	1.1	1.1	98.3
24	7	2	1.1	1.1	99.4
25	8	1	.5	.6	100.0
KA	0	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	181	MISSING CASES	8
-------------	-----	---------------	---

VAR041 ALTER ZU BEGINN D MEDIZINSTUDIUMS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMJLATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	17	2	1.1	1.1	1.1
	18	15	7.9	8.4	9.5
	19	46	24.3	25.7	35.2
	20	40	21.2	22.3	57.5
	21	23	12.2	12.8	70.4
	22	21	11.1	11.7	82.1
	23	11	5.8	6.1	88.3
	24	5	2.6	2.8	91.1
	25	4	2.1	2.2	93.3
	26	4	2.1	2.2	95.5
	27	2	1.1	1.1	96.6
	28	2	1.1	1.1	97.8
	30	1	.5	.6	98.3
	31	1	.5	.6	98.9
	32	1	.5	.6	99.4
	33	1	.5	.6	100.0
KA	0	10	5.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

179

MISSING CASES

10

VAR042 TAETIGKEIT ZWISCHEN ABI U STUDIENBEGINN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINE	1	83	43.9	50.3	50.3
STUDIUM O ABSCH	2	10	5.3	6.1	56.4
STUDIUM M ABSCH	3	2	1.1	1.2	57.6
BERUFSAUSB O AB	4	2	1.1	1.2	58.8
BERUFSAUSB M AB	5	5	2.6	3.0	61.8
AND TAETIGT	6	10	5.3	6.1	67.9
WHRDIENST,HAFT	7	48	25.4	29.1	97.0
ANDERES	8	5	2.6	3.0	100.0
KA	0	24	12.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 165 MISSING CASES 24

VAR043 STUDIENUNTERBRECHUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINE	1	121	64.0	71.6	71.6
WEHRD,GEFANGNSCHFT	2	43	22.8	25.4	97.0
ANDERES<BERUF>	3	5	2.6	3.0	100.0
KA	0	20	10.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 169 MISSING CASES 20

VAR044 JAHRGANG DES STAATSEXAMENS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	26	1	.5	.6	.6
	28	1	.5	.6	1.1
	31	1	.5	.6	1.7
	32	3	1.6	1.7	3.4
	33	6	3.2	3.4	6.7
	34	4	2.1	2.2	9.0
	35	14	7.4	7.9	16.9
	36	6	3.2	3.4	20.2
	37	12	6.3	6.7	27.0
	38	4	2.1	2.2	29.2
	39	7	3.7	3.9	33.1
	40	7	3.7	3.9	37.1
	41	3	1.6	1.7	38.8
	42	4	2.1	2.2	41.0
	43	5	2.6	2.8	43.8
	44	12	6.3	6.7	50.6
	45	11	5.8	6.2	56.7
	46	4	2.1	2.2	59.0
	47	5	2.6	2.8	61.8
	48	11	5.8	6.2	68.0
	49	8	4.2	4.5	72.5
	50	14	7.4	7.9	80.3
	51	6	3.2	3.4	83.7
	52	4	2.1	2.2	86.0
	53	3	1.6	1.7	87.6

54	5	2.6	2.8	90.4	
55	3	1.6	1.7	92.1	
56	6	3.2	3.4	95.5	
57	3	1.6	1.7	97.2	
59	1	.5	.6	97.8	
60	1	.5	.6	98.3	
61	1	.5	.6	98.9	
66	1	.5	.6	99.4	
68	1	.5	.6	100.0	
KA	0	11	5.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL	189	100.0	100.0		

VALID CASES

178

MISSING CASES

11

VAR045 STUDIENDAUER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
BIS 5 JAHRE	1	87	46.0	49.2	49.2
	2	53	28.0	29.9	79.1
	3	15	7.9	8.5	87.6
	4	7	3.7	4.0	91.5
	5	7	3.7	4.0	95.5
	6	4	2.1	2.3	97.7
	7	1	.5	.6	98.3
13 JAHRE UND MEHR	9	3	1.6	1.7	100.0
KA	0	12	6.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

177

MISSING CASES

12

VAR046 NOTE B PHYSIKUM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	24	12.7	15.2	15.2
	2	88	46.6	55.7	70.9
	3	41	21.7	25.9	96.8
	4	5	2.6	3.2	100.0
KA	0	31	16.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	158	MISSING CASES	31
-------------	-----	---------------	----

VAR047 NOTE B STAATSEXAMEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	37	19.6	21.4	21.4
	2	125	66.1	72.3	93.6
	3	11	5.8	6.4	100.0
KA	0	16	8.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 173 MISSING CASES 16

YAR048 NOTE B DISSERTATION

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	23	12.2	35.9	35.9
	2	34	18.0	53.1	89.1
	3	5	2.6	7.8	96.9
	4	2	1.1	3.1	100.0
KA	0	125	66.1	MISSING	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES 64 MISSING CASES 125

VAR049 WEITERES STUDIUM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NEIN	1	178	94.2	96.2	96.2
JA	2	7	3.7	3.8	100.0
KA	0	4	2.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 185 MISSING CASES 4

AR050 WEIT STDM:INNERE MEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	6	3.2	3.6	3.6
	1	5	2.6	3.0	6.6
	2	33	17.5	19.9	26.5
	3	61	32.3	36.7	63.3
HOECHSTES INTERESSE	4	61	32.3	36.7	100.0
KA	5	23	12.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	166	MISSING CASES	23
-------------	-----	---------------	----

AR051 WEIT STDM:CHIRURGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEIN INTERESSE	0	14	7.4	9.2	9.2
	1	27	14.3	17.8	27.0
	2	39	20.6	25.7	52.6
	3	48	25.4	31.6	84.2
HOECHSTES INTERESSE	4	24	12.7	15.8	100.0
KA	5	37	19.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 152 MISSING CASES 37

VAR052 WEIT STDM:PAEDIATRIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	20	10.6	14.0	14.0
	1	20	10.6	14.0	28.0
	2	23	12.2	16.1	44.1
	3	40	21.2	28.0	72.0
HOECHSTES INTERESSE	4	40	21.2	28.0	100.0
KA	5	46	24.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	143	MISSING CASES	46
-------------	-----	---------------	----

VAR053 WEIT STDM:GYNAEKOLOGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	32	16.9	23.7	23.7
	1	22	11.6	16.3	40.0
	2	29	15.3	21.5	61.5
	3	33	17.5	24.4	85.9
HOECHSTES INTERESSE	4	19	10.1	14.1	100.0
KA	5	54	28.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	135	MISSING CASES	54
-------------	-----	---------------	----

VAR054 WEIT STDM:PSYCHIATRJE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	23	12.2	16.9	16.9
	1	24	12.7	17.6	34.6
	2	25	13.2	18.4	52.9
	3	36	19.0	26.5	79.4
HOECHSTES INTERESSE	4	28	14.8	20.6	100.0
KA	5	53	28.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	136	MISSING CASES	53
-------------	-----	---------------	----

VAR055 WEIT STDM:PSYCHOTHERAPIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	40	21.2	32.5	32.5
	1	17	9.0	13.8	46.3
	2	25	13.2	20.3	66.7
	3	25	13.2	20.3	87.0
HOECHSTES INTERESSE	4	16	8.5	13.0	100.0
KA	5	66	34.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	123	MISSING CASES	66
-------------	-----	---------------	----

VAR056 WEIT STDM:ANATOMIE.PATHOLOGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	24	12.7	17.4	17.4
	1	30	15.9	21.7	39.1
	2	40	21.2	29.0	68.1
	3	30	15.9	21.7	89.9
HOECHSTES INTERESSE	4	14	7.4	10.1	100.0
KA	5	51	27.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	138	MISSING CASES	51
-------------	-----	---------------	----

VAR057 WEIT STD:PHYSIOLOGIE,BIOCHEMIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	27	14.3	19.6	19.6
	1	23	12.2	16.7	36.2
	2	35	18.5	25.4	61.6
	3	35	18.5	25.4	87.0
HOECHSTES INTERESSE	4	18	9.5	13.0	100.0
KA	5	51	27.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	138	MISSING CASES	51
-------------	-----	---------------	----

VAR058 WEIT STOM:ROENTGENOLOGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	29	15.3	21.0	21.0
	1	30	15.9	21.7	42.8
	2	22	11.6	15.9	58.7
	3	45	23.8	32.6	91.3
HOECHSTES INTERESSE	4	12	6.3	8.7	100.0
KA	5	51	27.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	138	MISSING CASES	51
-------------	-----	---------------	----

VAR059 WEIT STD:HAUTKRANKHEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	37	19.6	26.4	26.4
	1	45	23.8	32.1	58.6
	2	31	16.4	22.1	80.7
	3	17	9.0	12.1	92.9
HOECHSTES INTERESSE	4	10	5.3	7.1	100.0
KA	5	49	25.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	140	MISSING CASES	49
-------------	-----	---------------	----

VAR060 WEIT STDM:ORTHOPAEDIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	30	15.9	22.2	22.2
	1	46	24.3	34.1	56.3
	2	36	19.0	26.7	83.0
	3	18	9.5	13.3	96.3
HOECHSTES INTERESSE	4	5	2.6	3.7	100.0
KA	5	54	28.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	135	MISSING CASES	54
-------------	-----	---------------	----

VAR061 WEIT STDM:KIEFERNORTHOPAEDIE A

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	147	77.9	84.5	84.5
	1	8	4.2	4.6	89.1
	2	4	2.1	2.3	91.4
	3	5	2.6	2.9	94.3
HOECHSTES INTERESSE	4	10	5.3	5.7	100.0
KA	5	15	7.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	174	MISSING CASES	15
-------------	-----	---------------	----

VAR062 WEIT STDM:KIEFERNORTHUPALDIE 0

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	56	29.6	82.4	82.4
	2	2	1.1	2.9	85.3
	3	2	1.1	2.9	88.2
HOECHSTES INTERESSE	4	8	4.2	11.8	100.0
KA	5	121	64.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES	68	MISSING CASES	121
-------------	----	---------------	-----

VAR063 WEIT STDM:KONSRV ZAHNHEILKUNDE A

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	151	79.9	86.8	86.8
	1	2	1.1	1.1	87.9
	2	3	1.6	1.7	89.7
	3	12	6.3	6.9	96.6
HOECHSTES INTERESSE	4	5	3.2	3.4	100.0
KA	5	15	7.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 174 MISSING CASES 15

VAR064 WEIT STDM:KONSRV ZAHNHEILKUNDE B

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	52	27.5	83.9	83.9
	1	4	2.1	6.5	90.3
	2	3	1.6	4.8	95.2
	3	1	.5	1.6	96.8
HOECHSTES INTERESSE	4	2	1.1	3.2	100.0
KA	5	127	67.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	62	MISSING CASES	127
-------------	----	---------------	-----

VAR065 WEIT STDM:ANDER FACHGEBIETE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	10	5.3	5.3	5.3
	1	94	49.7	49.7	55.0
	2	85	45.0	45.0	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR066 AND FCHGBT:PROTHETIK

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	8.3	8.3
	3	5	2.6	41.7	50.0
HOECHSTES INTERESSE	4	6	3.2	50.0	100.0
KA	5	177	93.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	12	MISSING CASES	177
-------------	----	---------------	-----

VAR067 AND FCHGBT:ZAHN-,KIEFERNCHIRURGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	8.3	8.3
	2	1	.5	8.3	16.7
	3	5	2.6	41.7	58.3
HOECHSTES INTERESSE	4	5	2.6	41.7	100.0
KA	5	177	93.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	12	MISSING CASES	177
-------------	----	---------------	-----

VAR068 AND FCHGBT:KINDERZAHNHEILKUNDN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	25.0	25.0
	3	1	.5	25.0	50.0
HOECHSTES INTERESSE	4	2	1.1	50.0	100.0
KA	5	185	97.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	4	MISSING CASES	185
-------------	---	---------------	-----

VAR069 AND FCMGBT:ZAHNMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	14.3	14.3
	3	2	1.1	28.6	42.9
HOECHSTES INTERESSE	4	4	2.1	57.1	100.0
KA	5	182	96.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	7	MISSING CASES	182
-------------	---	---------------	-----

VAR070 AND FCHGBT:HNO

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	2	1.1	13.3	13.3
	1	1	.5	6.7	20.0
	2	4	2.1	26.7	46.7
	3	2	1.1	13.3	60.0
HOECHSTES INTERESSE	4	6	3.2	40.0	100.0
KA	5	174	92.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 15 MISSING CASES 174

VAR071 AND FCHGBT:AUGENHEILKUNDE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	2	1.1	18.2	18.2
	1	1	.5	9.1	27.3
	2	3	1.6	27.3	54.5
	3	2	1.1	18.2	72.7
HOECHSTES INTERESSE	4	3	1.6	27.3	100.0
KA	5	178	94.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	11	MISSING CASES	178
-------------	----	---------------	-----

VAR072 AND FCHGBT:PULMOLOGIE, BRONCHIALHEILKUND

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	7.7	7.7
	3	3	1.6	23.1	30.8
HOECHSTES INTERESSE	4	9	4.8	69.2	100.0
KA	5	176	93.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	13	MISSING CASES	176
-------------	----	---------------	-----

VAR073 AND FCHGBT:HYGIENE.BAKTERIOLOGIE.UMWELT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	2	1.1	8.0	8.0
	2	4	2.1	16.0	24.0
	3	5	2.6	20.0	44.0
HOECHSTES INTERESSE	4	14	7.4	56.0	100.0
KA	5	164	86.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	25	MISSING CASES	164
-------------	----	---------------	-----

VAR074 AND FCHGBT:UROLOGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	20.0	20.0
	3	2	1.1	40.0	60.0
HOECHSTES INTERESSE	4	2	1.1	40.0	100.0
KA	5	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR075 AND FCHGBT:SPORTMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	50.0	50.0
HOECHSTES INTERESSE	4	1	.5	50.0	100.0
KA	5	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 2 MISSING CASES 187

VAR076 AND FCHGBT:ARBEITSMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	50.0	50.0
HOECHSTES INTERESSE	4	1	.5	50.0	100.0
KA	5	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR077 AND FCHGBT:SOZIALMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	50.0	50.0
HOECHSTES INTERESSE	4	1	.5	50.0	100.0
KA	5	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 2 MISSING CASES 187

VAR078 AND FCHGBT:STAATSMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	2	1.1	100.0	100.0
KA	5	187	98.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 2 MISSING CASES 187

VAR079 AND FCHGBT:GERICHTSMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	6.3	6.3
	1	1	.5	6.3	12.5
	2	1	.5	6.3	18.8
	3	8	4.2	50.0	68.8
HOECHSTES INTERESSE	4	5	2.6	31.3	100.0
KA	5	173	91.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	16	MISSING CASES	173
-------------	----	---------------	-----

VAR080 AND FCHGBT:FLUGMEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	50.0	50.0
	3	1	.5	50.0	100.0
KA	5	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR081 AND FCHGBT:TROPENMEDIZIN,-HYGIENE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	3	2	1.1	40.0	40.0
HOECHSTES INTERESSE	4	3	1.6	60.0	100.0
KA	5	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR082 AND FCHGBT:GESCHICHTE U MEDIZIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	33.3	33.3
	3	1	.5	33.3	66.7
HOECHSTES INTERESSE	4	1	.5	33.3	100.0
KA	5	186	98.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 3 MISSING CASES 186

VAR083 AND FCHGBT:PHARMAZIE,PHARMAKOLOGIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	3	1.6	50.0	50.0
	3	2	1.1	33.3	83.3
HOECHSTES INTERESSE	4	1	.5	16.7	100.0
KA	5	183	96.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	6	MISSING CASES	183		

VAR084 AND FCHGBT:PSYCHLGIE,PAEDGK,ANDERES

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	1	.5	33.3	33.3
HOECHSTES INTERESSE	4	2	1.1	66.7	100.0
KA	5	186	98.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	3	MISSING CASES	186
-------------	---	---------------	-----

VAR085 AND FCHGBT:ANDERES MEDIZINISCHES

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEIN INTERESSE	0	9	4.5	60.0	60.0
	3	2	1.1	13.3	73.3
HOECHSTES INTERESSE	4	4	2.1	26.7	100.0
KA	5	174	92.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	15	MISSING CASES	174
-------------	----	---------------	-----

VAR086 HAEUFIGKEIT: PRAKTIKUM, ASSISTENT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	129	68.3	69.4	69.4
EINMAL	1	32	16.9	17.2	86.6
	2	17	9.0	9.1	95.7
	3	4	2.1	2.2	97.8
	4	4	2.1	2.2	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 186 MISSING CASES 3

VAR087 DAUER INSGSMT:PRAKTIKUM,ASSISTENT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	129	68.3	70.1	70.1
BIS 6 MONATE	1	2	1.1	1.1	71.2
6 BIS U 12	2	11	5.8	6.0	77.2
12 BIS U 18	3	31	16.4	16.8	94.0
18 BIS U 24	4	5	2.6	2.7	96.7
2 BIS U 4 JAHRE	5	4	2.1	2.2	98.9
4 BIS U 6 JAHRE	6	1	.5	.5	99.5
6 BIS U 10 JAHRE	7	1	.5	.5	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	184	MISSING CASES	5		

VAR088 MAEUFGKT: MEDASS, WISS. ASS, PRIVATASS, LNDAS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	78	41.3	42.4	42.4
EINMAL	1	51	27.0	27.7	70.1
	2	21	11.1	11.4	81.5
	3	17	9.0	9.2	90.8
	4	10	5.3	5.4	96.2
	5	6	3.2	3.3	99.5
	7	1	.5	.5	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

INVALID CASES

184

MISSING CASES

5

VAR089 DAUER :MEDASS,WISS.ASS,PRIVATASS,LNDAS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	78	41.3	42.2	42.2
BIS 6 MONATE	1	9	4.8	4.9	47.0
6 BIS U 12	2	9	4.8	4.9	51.9
12 BIS U 18	3	27	14.3	14.6	66.5
18 BIS U 24	4	11	5.8	5.9	72.4
24 BIS U 4 JAHRE	5	27	14.3	14.6	87.0
48 BIS U 6 JAHRE	6	11	5.8	5.9	93.0
60 BIS U 10 JAHRE	7	10	5.3	5.4	98.4
10 JAHRE U LAENG	8	3	1.6	1.6	100.0
KA	9	4	2.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

185

MISSING CASES

4

VAR090 MAEUFGKT:HLFSARZT,UNITARZT,VOLARZT,HUARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	59	31.2	31.9	31.9
EINMAL	1	42	22.2	22.7	54.6
	2	41	21.7	22.2	76.8
	3	26	13.8	14.1	90.8
	4	11	5.8	5.9	96.8
	5	4	2.1	2.2	98.9
	6	1	.5	.5	99.5
	7	1	.5	.5	100.0
KA	9	4	2.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

185

MISSING CASES

4

VAR091 DAUER :HLFSARZT,UNTARZT,VOLARZT,HOARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	59	31.2	32.1	32.1
BIS 6 MONATE	1	4	2.1	2.2	34.2
6 BIS U 12	2	6	3.2	3.3	37.5
12 BIS U 18	3	13	6.9	7.1	44.6
18 BIS U 24	4	10	5.3	5.4	50.0
2 BIS U 4 JAHRE	5	34	18.0	18.5	68.5
4 BIS U 6 JAHRE	6	26	13.8	14.1	82.6
6 BIS U 10 JAHRE	7	27	14.3	14.7	97.3
10 JAHRE U LAENG	8	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 184 MISSING CASES 5

VAR092 MAEUFGKT:LAZRTTARZT,LAGARZT,TRUPPARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	140	74.1	75.3	75.3
EINMAL	1	36	19.0	19.4	94.6
	2	6	3.2	3.2	97.8
	3	2	1.1	1.1	98.9
	4	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	186	MISSING CASES	3
-------------	-----	---------------	---

VAR093 DAUER :LAZRTTARZT,LAGARZT,TRUPPARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	141	74.6	76.2	76.2
BIS 6 MONATE	1	5	2.6	2.7	78.9
6 BIS U 12	2	4	2.1	2.2	81.1
12 BIS U 18	3	5	2.6	2.7	83.8
18 BIS U 24	4	2	1.1	1.1	84.9
2 BIS U 4 JAHRE	5	11	5.8	5.9	90.8
4 BIS U 6 JAHRE	6	12	6.3	6.5	97.3
6 BIS U 10 JAHRE	7	4	2.1	2.2	99.5
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	4	2.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 185 MISSING CASES 4

VAR094 HAEUFGKT:ANGEST, ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	162	85.7	86.6	86.6
EINMAL	1	20	10.6	10.7	97.3
	2	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	187	MISSING CASES	2
-------------	-----	---------------	---

VAR095 DAUER :ANGEST, ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	162	85.7	87.1	87.1
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.5	87.6
6 BIS U 12	2	3	1.6	1.6	89.2
12 BIS U 18	3	2	1.1	1.1	90.3
2 BIS U 4 JAHRE	5	9	4.8	4.8	95.2
4 BIS U 6 JAHRE	6	4	2.1	2.2	97.3
6 BIS U 10 JAHRE	7	4	2.1	2.2	99.5
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	186		MISSING CASES	3	

AR096

HAEUFGKT:GASTARZT,VERTR.ARZT,MITHLF.ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
EINMAL	0	135	71.4	73.4	73.4
EINMAL	1	35	18.5	19.0	92.4
	2	12	6.3	6.5	98.9
	3	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

184

MISSING CASES

5

VAR097 DAUER :GASTARZT,VERTR.ARZT,MITHLF.ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	135	71.4	74.6	74.6
BIS 6 MONATE	1	7	3.7	3.9	78.5
6 BIS U 12	2	9	4.8	5.0	83.4
12 BIS U 18	3	11	5.8	6.1	89.5
2 BIS U 4 JAHRE	5	11	5.8	6.1	95.6
4 BIS U 6 JAHRE	6	3	1.6	1.7	97.2
6 BIS U 10 JAHRE	7	4	2.1	2.2	99.4
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.6	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 181 MISSING CASES 8

VAR098 HAEUFGKT:GUTACHTARZT,VERTRARZT,BETRBARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	166	87.8	88.3	88.3
EINMAL	1	19	10.1	10.1	98.4
	2	2	1.1	1.1	99.5
	4	1	.5	.5	100.0
KA	9	1	.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 188 MISSING CASES 1

VAR099 DAUER :GUTACHTARZI,VERTHARZT,BETRBARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	163	86.2	89.1	89.1
BIS 6 MONATE	1	3	1.6	1.6	90.7
6 BIS U 12	2	1	.5	.5	91.3
12 BIS U 18	3	1	.5	.5	91.8
2 BIS U 4 JAHRE	5	3	1.6	1.6	93.4
6 BIS U 10 JAHRE	7	7	3.7	3.8	97.3
10 JAHRE U LAENG	8	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR100 MAEUFGKT:UBERARZT,SANUFFZR,KOMPANIECHEF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	160	84.7	86.5	86.5
EINMAL	1	21	11.1	11.4	97.8
	2	3	1.6	1.6	99.5
	4	1	.5	.5	100.0
KA	9	4	2.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 185 MISSING CASES 4

VAR101 DAUER : OBERARZT, SANUFFZK, KUMPANIECHEF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	160	84.7	87.4	87.4
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.5	88.0
6 BIS U 12	2	1	.5	.5	88.5
12 BIS U 18	3	2	1.1	1.1	89.6
18 BIS U 24	4	1	.5	.5	90.2
24 BIS U 4 JAHRE	5	7	3.7	3.8	94.0
4 BIS U 6 JAHRE	6	7	3.7	3.8	97.8
6 BIS U 10 JAHRE	7	4	2.1	2.2	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR102 HAEUFGKT:FACHARZT,FREIPRAKTKR,PRAK.ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	143	75.7	76.9	76.9
EINMAL	1	38	20.1	20.4	97.3
	2	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 186 MISSING CASES 3

VAR103 DAUER :FACHARZT,FREIPRAKTKR,PRAK.ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	142	75.1	77.6	77.6
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.5	78.1
6 BIS U 12	2	2	1.1	1.1	79.2
12 BIS U 18	3	3	1.6	1.6	80.9
2 BIS U 4 JAHRE	5	7	3.7	3.8	84.7
4 BIS U 6 JAHRE	6	9	4.8	4.9	89.6
6 BIS U 10 JAHRE	7	4	2.1	2.2	91.8
10 JAHRE U LAENG	8	15	7.9	8.2	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

183

MISSING CASES

6

VAR104 HAEUFGKT:SOLDAT,GEFANGENSCHAFT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	164	86.8	88.2	88.2
EINMAL	1	17	9.0	9.1	97.3
	2	4	2.1	2.2	99.5
	3	1	.5	.5	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 186 MISSING CASES 3

VAR105 DAUER :SOLDAT,GEFANGENSCHAFT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	164	86.8	89.6	89.6
6 BIS U 12	2	2	1.1	1.1	90.7
12 BIS U 18	3	2	1.1	1.1	91.8
18 BIS U 24	4	1	.5	.5	92.3
2 BIS U 4 JAHRE	5	7	3.7	3.8	96.2
4 BIS U 6 JAHRE	6	4	2.1	2.2	98.4
6 BIS U 10 JAHRE	7	3	1.6	1.6	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR106 HAEUFGKT:ARBEITSLUS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	179	94.7	96.2	96.2
EINMAL	1	7	3.7	3.8	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 186 MISSING CASES 3

VAR107 DAUER :ARBEITSLUS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	178	94.2	96.7	96.7
BIS 6 MONATE	1	3	1.6	1.6	98.4
12 BIS U 18	3	1	.5	.5	98.9
2 BIS U 4 JAHRE	5	1	.5	.5	99.5
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	184	MISSING CASES	5
-------------	-----	---------------	---

VAR108 HAEUFGKT:AND.BSCHFTG,HAUSFRAU,PHARMAZIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	179	94.7	95.7	95.7
EINMAL	1	7	3.7	3.7	99.5
	2	1	.5	.5	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	187	MISSING CASES	2
-------------	-----	---------------	---

VAR109 DAUER :AND.BSCHFTG,HAUSFRAU,PHARMAZIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	180	95.2	96.3	96.3
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.5	96.8
12 BIS U 18	3	2	1.1	1.1	97.9
2 BIS U 4 JAHRE	5	1	.5	.5	98.4
4 BIS U 6 JAHRE	6	1	.5	.5	98.9
6 BIS U 10 JAHRE	7	1	.5	.5	99.5
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 187 MISSING CASES 2

VAR110 HAEUFGKT: SCHULARZTL. DIENST. JUGENDARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	135	71.4	73.8	73.8
EINMAL	1	40	21.2	21.9	95.6
	2	6	3.2	3.3	98.9
	3	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR111 DAUER :SCHULARZTL. DIENST, JUGENDARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	138	73.0	74.6	74.6
6 BIS U 12	2	1	.5	.5	75.1
2 BIS U 4 JAHRE	5	3	1.6	1.6	76.8
4 BIS U 6 JAHRE	6	6	3.2	3.2	80.0
6 BIS U 10 JAHRE	7	9	4.8	4.9	84.9
10 JAHRE U LAENG	8	28	14.8	15.1	100.0
KA	9	4	2.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	185	MISSING CASES	4
-------------	-----	---------------	---

VAR112 MAEUFGKT:FUERSRGARZI,LEITER U FUERSRGSTL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	160	84.7	86.0	86.0
EINMAL	1	23	12.2	12.4	98.4
	2	2	1.1	1.1	99.5
ACHTMAL U OEFTER	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	3	1.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 186 MISSING CASES 3

VAR113 DAUER :FUERSRGARZI,LEITER U FUERSHGSTL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	162	85.7	86.6	86.6
6 BIS U 12	2	2	1.1	1.1	87.7
12 BIS U 18	3	2	1.1	1.1	88.8
2 BIS U 4 JAHRE	5	3	1.6	1.6	90.4
4 BIS U 6 JAHRE	6	4	2.1	2.1	92.5
6 BIS U 10 JAHRE	7	6	3.2	3.2	95.7
10 JAHRE U LAENG	8	8	4.2	4.3	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 187 MISSING CASES 2

VAR114 HAEUFGKT:IMPFARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	182	96.3	97.3	97.3
EINMAL	1	3	1.6	1.6	98.9
	4	1	.5	.5	99.5
	6	1	.5	.5	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 187 MISSING CASES 2

VAR115 DAUER :IMPFFARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	184	97.4	98.4	98.4
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.5	98.9
12 BIS U 18	3	1	.5	.5	99.5
10 JAHRE U LAENG	8	1	.5	.5	100.0
KA	9	2	1.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	187	MISSING CASES	2
-------------	-----	---------------	---

VAR116 HAEUFGKT:STELLV. AMTSARZT,AMTSARZTL.TAET

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	109	57.7	59.6	59.6
EINMAL	1	53	28.0	29.0	88.5
	2	16	8.5	8.7	97.3
	3	3	1.6	1.6	98.9
	4	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

183

MISSING CASES

6

VAR117 DAUER :STELLV. AMISARZT,AMISARZTL.TAET

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	109	57.7	60.9	60.9
12 BIS U 18	3	1	.5	.6	61.5
2 BIS U 4 JAHRE	5	6	3.2	3.4	64.8
4 BIS U 6 JAHRE	6	5	2.6	2.8	67.6
6 BIS U 10 JAHRE	7	9	4.8	5.0	72.6
10 JAHRE U LAENG	8	49	25.9	27.4	100.0
KA	9	10	5.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 179

MISSING CASES 10

VAR118 HAEUFGKT:GESUNDHEITSAMT,KREIS-,STADTARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	119	63.0	66.9	66.9
EINMAL	1	48	25.4	27.0	93.8
	2	5	2.6	2.8	96.6
	3	2	1.1	1.1	97.8
	4	4	2.1	2.2	100.0
KA	9	11	5.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 178 MISSING CASES 11

VAR119 DAUER :GESUNDHEITSAMT,KREIS-,STADTARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	120	63.5	67.8	67.8
12 BIS U 18	3	3	1.6	1.7	69.5
2 BIS U 4 JAHRE	5	9	4.8	5.1	74.6
4 BIS U 6 JAHRE	6	3	1.6	1.7	76.3
6 BIS U 10 JAHRE	7	8	4.2	4.5	80.8
10 JAHRE U LAENG	8	34	18.0	19.2	100.0
KA	9	12	6.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 177 MISSING CASES 12

VAR120 MAEUFGKT:BEAMTER ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	168	88.9	94.4	94.4
EINMAL	1	9	4.8	5.1	99.4
	2	1	.5	.6	100.0
KA	9	11	5.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	178	MISSING CASES	11
-------------	-----	---------------	----

VAR121 DAUER :BEAMTER ARZT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	167	88.4	94.4	94.4
BIS 6 MONATE	1	1	.5	.6	94.9
2 BIS U 4 JAHRE	5	1	.5	.6	95.5
4 BIS U 6 JAHRE	6	2	1.1	1.1	96.6
6 BIS U 10 JAHRE	7	3	1.6	1.7	98.3
10 JAHRE U LAENG	8	3	1.6	1.7	100.0
- KA	9	12	6.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 177 MISSING CASES 12

VAR122 HAEUFGKT:ANGESTELLTER ARZT I OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINMAL	0	162	85.7	91.0	91.0
EINMAL	1	14	7.4	7.9	98.9
	2	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	11	5.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	178	MISSING CASES	11
-------------	-----	---------------	----

VAR123 DAUER :ANGESTELLTER ARZT I OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NICHT	0	161	85.2	91.0	91.0
2 BIS U 4 JAHRE	5	5	2.6	2.8	93.8
4 BIS U 6 JAHRE	6	3	1.6	1.7	95.5
5 BIS U 10 JAHRE	7	5	2.6	2.8	98.3
10 JAHRE U LAENG	8	3	1.6	1.7	100.0
KA	9	12	6.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 177 MISSING CASES 12

VAR124 LETZTGENANNTTE TAETIGKEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
PENSIONIERT	1	4	2.1	2.3	2.3
UND TAETIGKT	2	1	.5	.6	2.9
SCHULARZT	3	40	21.2	23.3	26.2
FUERSORGEARZT	4	10	5.3	5.8	32.0
IMPFFARZT	5	1	.5	.6	32.6
AMTSARZT	6	67	35.4	39.0	71.5
STADTARZT	7	37	19.6	21.5	93.0
BEAMT. ARZT	8	7	3.7	4.1	97.1
ANGEST. ARZT	9	5	2.6	2.9	100.0
KA	0	17	9.0	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

172

MISSING CASES

17

VAR125 NEBENTAETIGKEITEN IM OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINE	2	30	15.9	24.0	24.0
UEBLICHE	3	6	3.2	4.8	28.8
ALL MOEGLICH	4	1	.5	.8	29.6
GUTACHTEN	5	43	22.8	34.4	64.0
EIGENE PRAXIS	6	4	2.1	3.2	67.2
AERZTEVERTRETER	7	4	2.1	3.2	70.4
FACHARZT	8	2	1.1	1.6	72.0
GEFAENGNISARZT	10	3	1.6	2.4	74.4
ARBEITSAMTARZT	11	1	.5	.8	75.2
KRNKHSTAETG	12	2	1.1	1.6	76.8
BERATUNG	13	4	2.1	3.2	80.0
LEHRTAETGKEIT	14	15	7.9	12.0	92.0
WISS TAETGKT	15	2	1.1	1.6	93.6
ANDERES	16	8	4.2	6.4	100.0
KA	0	64	33.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 125 MISSING CASES 64

VAR126 FACHARZTANERKENNUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
EINE	1	67	35.4	37.4	37.4
ZWEI	2	4	2.1	2.2	39.7
DREI U MEHR	3	2	1.1	1.1	40.8
JA, ABER BEDINGT	4	1	.5	.6	41.3
BEANTRAGT	5	2	1.1	1.1	42.5
NEIN	6	103	54.5	57.5	100.0
KA	0	10	5.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 179 MISSING CASES 10

VAR127 JAHR ERSTER FACHARZTANERKENNUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	38	1	.5	1.4	1.4
	39	4	2.1	5.4	6.8
	41	1	.5	1.4	8.1
	42	1	.5	1.4	9.5
	44	2	1.1	2.7	12.2
	46	5	2.6	6.8	18.9
	47	2	1.1	2.7	21.6
	48	3	1.6	4.1	25.7
	49	1	.5	1.4	27.0
	50	2	1.1	2.7	29.7
	51	6	3.2	8.1	37.8
	52	6	3.2	8.1	45.9
	53	6	3.2	8.1	54.1
	54	2	1.1	2.7	56.8
	55	5	2.6	6.8	63.5
	56	5	2.6	6.8	70.3
	57	4	2.1	5.4	75.7
	58	6	3.2	8.1	83.8
	59	1	.5	1.4	85.1
	60	2	1.1	2.7	87.8
	61	1	.5	1.4	89.2
	62	3	1.6	4.1	93.2
	64	2	1.1	2.7	95.9
	65	2	1.1	2.7	98.6
	68	1	.5	1.4	100.0

KA	0	115	60.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 74 MISSING CASES 115

VAR128 JAHR ZWEITER FACHARZTANERKENNUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	48	1	.5	25.0	25.0
	55	1	.5	25.0	50.0
	58	1	.5	25.0	75.0
	59	1	.5	25.0	100.0
KA	0	185	97.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 4 MISSING CASES 185

VAR129 JAHR DRITTER FACHARZTANERKENNUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	61	1	.5	100.0	100.0
KA	0	188	99.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 1 MISSING CASES 188

VAR130 ART D FACHARZTANERKENNUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
PULMOLOGIE	1	22	11.6	30.6	30.6
INNERE MEDIZIN	2	21	11.1	29.2	59.7
PAEDIATRIE	3	16	8.5	22.2	81.9
PSYCHIATRIE	4	3	1.6	4.2	86.1
CHIRURGIE	5	5	2.6	6.9	93.1
DERMATOLOGIE	6	1	.5	1.4	94.4
ROENTGENOLOGIE	7	1	.5	1.4	95.8
ANDERES	9	3	1.6	4.2	100.0
KEINE	0	117	61.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 72 MISSING CASES 117

VAR131 ZUSATZAUSBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
BEANTRAGT	1	2	1.1	3.7	3.7
MED NOCH K ABSCH	2	3	1.6	5.6	9.3
MED, OABSCH	3	23	12.2	42.6	51.9
MED, VORL ABSCH	4	11	5.8	20.4	72.2
MED NOTENABSCH	5	4	2.1	7.4	79.6
N-MED, K ABSCH	6	3	1.6	5.6	85.2
N-MED, VORL ABSCH	7	2	1.1	3.7	88.9
N-MED, NOTENABSCH	8	6	3.2	11.1	100.0
KA, NEIN	0	135	71.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 54 MISSING CASES 135

VAR132 AMTSARZTAUSBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NEIN	1	9	4.8	7.7	7.7
OHNE PRUEFG	2	5	2.6	4.3	12.0
MIT NOTE	3	103	54.5	88.0	100.0
KA,TNZ	0	72	38.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 117 MISSING CASES 72

VAR133 NOTE DER AMTSARZTAUSBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	1	7	3.7	8.0	8.0
	2	75	39.7	86.2	94.3
	3	4	2.1	4.6	98.9
	4	1	.5	1.1	100.0
KA	0	102	54.0	MISSING	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES 87 MISSING CASES 102

VAR134 WEIT. BERUFL. WERDEGANG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
K GEDANK GEMACHT	1	15	7.9	9.1	9.1
BLEIBE IM OEGD	2	132	69.8	80.0	89.1
BLEIB NUR BEDNGT	3	7	3.7	4.2	93.3
VERLASSE OEGD	4	4	2.1	2.4	95.8
PENSIONIERT	5	7	3.7	4.2	100.0
KA	0	24	12.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 165 MISSING CASES 24

VAR135 WERDEGANG INNERHALB D OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
BLEIBE	1	34	18.0	23.9	23.9
BALDIGE PENS	2	46	24.3	32.4	56.3
K AMBITIONEN	3	16	8.5	11.3	67.6
ZIEL ERREICHT	4	9	4.8	6.3	73.9
RESIGNATION	5	2	1.1	1.4	75.4
ORTSGEBUNDEN	6	1	.5	.7	76.1
HOFFNG A NEUGLDRG	7	1	.5	.7	76.8
HOFFNG A VORZ PENS	8	4	2.1	2.8	79.6
HOFFNG A HOEH BESOLD	9	7	3.7	4.9	84.5
WEITERKOMMEN	10	2	1.1	1.4	85.9
INTENSIVIERNG	11	5	2.6	3.5	89.4
AUSBAU V ARBTSGBH	12	11	5.8	7.7	97.2
NEBRFTGKT AUSBN	14	1	.5	.7	97.9
MITARB N PENS	15	2	1.1	1.4	99.3
AND.	16	1	.5	.7	100.0
KA TNZ	0	47	24.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

142

MISSING CASES

47

VAR136 MAENDEL D OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
VERM AUFSTGCHNC	2	1	.5	50.0	50.0
SCHLCHT BAHLG	3	1	.5	50.0	100.0
TNZ	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR137 VERLASSE OEGD WEIL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SO SCHNELL W MOEGLCH	1	1	.5	20.0	20.0
PRXS EROEFF	3	4	2.1	80.0	100.0
KA	0	184	97.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR138 AUSBILDUNG D VORGESETZTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEISS NICHT	0	3	1.6	1.6	1.6
GENANNT	2	180	95.2	98.4	100.0
KA	3	6	3.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR139 AUSBLDG D VORGSTZT:MEDIZINISCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	145	76.7	100.0	100.0
NEIN	0	44	23.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	145	MISSING CASES	44
-------------	-----	---------------	----

VAR140 AUSBLDG D VORGSTZT: JURISTISCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	36	19.0	100.0	100.0
NEIN	0	153	81.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 36 MISSING CASES 153

VAR141 AUSBLDG D VORGSTZT:ANDERS AKADEMISCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	4	2.1	100.0	100.0
NEIN	0	185	97.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	4	MISSING CASES	185
-------------	---	---------------	-----

VAR142 AUSBLDG D VORGSTZT:NICHT AKADEMISCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	2	1.1	100.0	100.0
NEIN	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR143 ENTLASTUNGSWUENSCH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEISS NICHT	1	7	3.7	5.2	5.2
KEIN WUNSCH	2	24	12.7	17.8	23.0
N NOTWENDIG	3	1	.5	.7	23.7
WUENSCH GENANNT	4	103	54.5	76.3	100.0
KA	0	54	28.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	135	MISSING CASES	54
-------------	-----	---------------	----

VAR144 ENTLSTG V:VRWLTGS,STATISTIKSCHREIBARBEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	28	14.8	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	161	85.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	28	MISSING CASES	161
-------------	----	---------------	-----

VAR145 ENTLSTG V:AMTHILFE.HOHEITL AUFGABEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	8	4.2	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	181	95.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	8	MISSING CASES	181
-------------	---	---------------	-----

VAR146 ENTLSTG V:GUTACHTERIAETIGKEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLG GENANNT	1	8	4.2	23.5	23.5
KUR,ERHOLUNG	2	5	2.6	14.7	38.2
SOZIALAMT,BSHG	3	16	8.5	47.1	85.3
ANDERES	5	5	2.6	14.7	100.0
NICHT GENANNT	0	155	82.0	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

34

MISSING CASES

155

VAR147 ENTLSTG V:FUER- U VORSORGEAERZTL TAETGKT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SPRECHSTUNDE	1	1	.5	6.3	6.3
TBC-FUERSORGE	2	1	.5	6.3	12.5
HEIMBETREUNG	3	2	1.1	12.5	25.0
SOZIALHYGIENE	4	5	2.6	31.3	56.3
SUCHTKRANKFUERSG	5	1	.5	6.3	62.5
PSYCHIATR TAETGKT	6	3	1.6	18.8	81.3
MUETTBRTG	7	2	1.1	12.5	93.8
MASSNBRTG	8	1	.5	6.3	100.0
NICHT GENANNT	0	173	91.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	16	MISSING CASES	173
-------------	----	---------------	-----

VAR148 ENTLSTG V:IMPFUNGEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	2	1.1	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	187	98.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 2 MISSING CASES 187

VARI49 ENTLSHG V:UNTERSUCHUNGEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SCHULUNTRSUCHG	1	7	3.7	28.0	28.0
UNTRSG V SCHLABGNG	2	2	1.1	8.0	36.0
UNTRSG V BERFSCHLRN	3	3	1.6	12.0	48.0
REIHNUNTRSG	4	8	4.2	32.0	80.0
AND PERSONKREIS	6	4	2.1	16.0	96.0
KLINIKWAGNEINSTZ	7	1	.5	4.0	100.0
NICHT GENANNT	0	164	86.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	25	MISSING CASES	164
-------------	----	---------------	-----

VAR150 ENTLSTG V:AUFSICHT,SEUCHENBEMERKUNGEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLG GENANNT	1	2	1.1	33.3	33.3
VON GEWERBBTRB	2	1	.5	16.7	50.0
VON APOTHEKEN	3	1	.5	16.7	66.7
WASSER-ABWASSER	4	2	1.1	33.3	100.0
NICHT GENANNT	0	183	96.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 6 MISSING CASES 183

VAR151 ENTLSTG V:ANDERE AUFGABENBEREICHE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AMTSARZTL TAETGKT	1	1	.5	16.7	16.7
BESPRCHNG	2	1	.5	16.7	33.3
SITZUNGEN	3	2	1.1	33.3	66.7
VERTRG V VAKNT STEL	4	1	.5	16.7	83.3
N-AERZTL TAETGKT	5	1	.5	16.7	100.0
NICHT GENANNT	0	183	96.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	6	MISSING CASES	183
-------------	---	---------------	-----

VAR152 ENTLSGT V:ALLGEMEINE AUFGABEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
TERMINDRUCK	1	1	.5	20.0	20.0
ROUTINE	2	1	.5	20.0	40.0
MASSNBETRIEB	3	1	.5	20.0	60.0
ANDERES	4	2	1.1	40.0	100.0
NICHT GENANNT	0	184	97.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR153 GRUENDE GENANNT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEISS NICHT	1	2	1.1	2.9	2.9
GRUENDE GENANNT	2	67	35.4	97.1	100.0
KA	0	120	63.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	69	MISSING CASES	120
-------------	----	---------------	-----

VAR154 ART D GRUENDE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SINNLOS	1	17	9.0	20.0	20.0
ERFOLGLOS	2	7	3.7	8.2	28.2
ES GIBT WICHTGRS	3	12	6.3	14.1	42.4
NICHT ARZTWUERDG	4	4	2.1	4.7	47.1
FACHL UNTRFORDRG	5	5	2.6	5.9	52.9
N KOMPETENT	6	6	3.2	7.1	60.0
FACHL UEBRFORDRG	7	2	1.1	2.4	62.4
ZEITL UEBRFORDRG	8	16	8.5	18.8	81.2
PSYCH,PHYS UEBRFRDRG	9	4	2.1	4.7	85.9
KONFLIKTE	10	1	.5	1.2	87.1
UNBEFRIEDIGEND	11	3	1.5	3.5	90.6
UNERFREULICH	12	4	2.1	4.7	95.3
ANDERES	13	4	2.1	4.7	100.0
KA	0	104	55.0	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 85 MISSING CASES 104

VAR155 MEHR EINSATZ FUER AUFGABEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
KEINE WUENSCH	1	7	3.7	5.0	5.0
ALLE	2	1	.5	.7	5.7
AND WUENSCH	3	132	69.8	94.3	100.0
KA	0	49	25.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	140	MISSING CASES	49
-------------	-----	---------------	----

VAR156 FUERSORGEMASSNAHMEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	23	12.2	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	166	87.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	23	MISSING CASES	166
-------------	----	---------------	-----

VAR157 ART DER FUERSORGERISCHEN AUFGABEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	5	2.6	19.2	19.2
SUCHTKRANKFS	2	4	2.1	15.4	34.6
BEHINDRTNFS	3	2	1.1	7.7	42.3
PAEDIATRSCHE	5	8	4.2	30.8	73.1
ARMENFS	6	3	1.6	11.5	84.6
ERZIEHUNGSBRTG	7	3	1.6	11.5	96.2
BRTG F JUGENDL	8	1	.5	3.8	100.0
KA	0	163	86.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES 26 MISSING CASES 163

VAR158 VORSORGE MASSNAHMEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	68	36.0	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	121	64.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 68 MISSING CASES 121

VAR159 ART DER VORSORGE MASSNAHMEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
PRAEVENTIVMEDIZIN	1	21	11.1	30.4	30.4
AUFKLAERUNG	2	22	11.6	31.9	62.3
SUCHTBEKMP	3	6	3.2	8.7	71.0
PERSONALUNTRSG	4	2	1.1	2.9	73.9
DIABETES	5	1	.5	1.4	75.4
TBC-BEKAEMPG	6	4	2.1	5.8	81.2
FRUEHERKENNG	8	1	.5	1.4	82.6
PSYCHOHYGIENE	9	1	.5	1.4	84.1
VERHUETNG V ZAHNANOM	12	2	1.1	2.9	87.0
KLEINKINDER	14	4	2.1	5.8	92.8
SCHULARZTL TAETGKT	15	5	2.6	7.2	100.0
KA*TNZ	0	120	63.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

69

MISSING CASES

120

VAR161 ART D ALLG.HYGIENE.SEUCHENBKMPFG,ETC.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	21	11.1	65.6	65.6
UMWELTSCHUTZ	2	6	3.2	18.8	84.4
ORTSHYGIEN	3	4	2.1	12.5	96.9
UEBRWG V KINDRHEIM	6	1	.5	3.1	100.0
NICHT GENANNT	0	157	83.1	MISSING	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES 32 MISSING CASES 157

VAR162 GUTACHTERLICHE TAEITIGKEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	5	2.6	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR163 ART D GUTACHTERLICHEN TAETIGKEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	5	2.6	83.3	83.3
GUTACHTN F BSHG	4	1	.5	16.7	100.0
NICHT GENANNT	0	183	96.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 6 MISSING CASES 183

VAR164 AERZTL. AUFG.BEHANDLUNG.THERAPIE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	24	12.7	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	165	87.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 24 MISSING CASES 165

VAR165 ART D AERZTL. AUFGABEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	17	9.0	65.4	65.4
ZAHNSANIERUNG	2	2	1.1	7.7	73.1
HAUSBESUCHE	3	2	1.1	7.7	80.8
KLINISCHE ARBEIT	4	1	.5	3.8	84.6
FREIE PRAXIS	5	2	1.1	7.7	92.3
INDIVIDBETREUNG	6	1	.5	3.8	96.2
ANDERES	8	1	.5	3.8	100.0
NICHT GENANNT	0	163	86.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES

26

MISSING CASES

163

VAR166 FORTBILDUNG,LITERATUR,FACHBESPR.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	7	3.7	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	182	96.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 7 MISSING CASES 182

VARI67 NEBENTAETIGKEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	1	.5	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	188	99.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 1 MISSING CASES 188

VAR168 FACHL., WISSENSCHAFTL. ARBEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	5	2.6	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR169 FUEHRUNG, KOORDINATION, ORGANISATION

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	5	2.6	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 5 MISSING CASES 184

VAR170 WICHTIGE PROBLEME

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	1	.5	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	188	99.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 1 MISSING CASES 188

VAR171 EIGENE FACHARBEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	1	.5	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	188	99.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 1 MISSING CASES 188

VAR172 PRAKTISCHES ARBEITEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	2	1.1	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR173 ANDERES

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GENANNT	1	5	2.6	100.0	100.0
NICHT GENANNT	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 5 MISSING CASES 184

VAR174 GRUENDE FUER INTENSIVIERUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
BISHER UNZULAENGL	1	16	8.5	15.1	15.1
BISHER K ZEIT	2	10	5.3	9.4	24.5
ERFLGVERSPRCHEND	3	16	8.5	15.1	39.6
ZUKUNFTSAUFGBE	4	11	5.8	10.4	50.0
CHANCE F OEGD	5	5	2.6	4.7	54.7
D PRAK AERZTE	6	6	3.2	5.7	60.4
BESSR HELF KOEN	7	7	3.7	6.6	67.0
NOTWENDIG	8	17	9.0	16.0	83.0
AERZTL AUFGABE	9	7	3.7	6.6	89.6
PERS NEIGNG	10	5	2.6	4.7	94.3
SONST AUS UEBUNG	11	2	1.1	1.9	96.2
SONSTIGES	12	4	2.1	3.8	100.0
KA	0	83	43.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 106 MISSING CASES 83

VAR175 BEWERTUNG D TAETIGKI DURCH DIENSTSTELLE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ZU HOCH	1	1	.5	.6	.6
ZU NIEDRIG	2	93	49.2	52.8	53.4
GERAD RICHTIG	3	80	42.3	45.5	98.9
TEILS ZU GRNG,RCHTG	4	1	.5	.6	99.4
TEIS ZU GRNG,HOCH	5	1	.5	.6	100.0
KA,WEISS NICHT	0	13	6.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 176 MISSING CASES 13

VAR176 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:OEFFENTLKI

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	10	5.3	5.4	5.4
FAST GUT	2	1	.5	.5	6.0
INFORMIERT	3	52	27.5	28.3	34.2
FAST SCHLECHT	4	1	.5	.5	34.8
SCHLECHT	5	109	57.7	59.2	94.0
UEBERHAUPT NICHT	7	11	5.8	6.0	100.0
KA,WEISS NICHT	0	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	184	MISSING CASES	5
-------------	-----	---------------	---

VAR177 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:AND AERZTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	18	9.5	9.9	9.9
FAST GUT	2	2	1.1	1.1	11.0
INFORMIERT	3	62	32.8	34.1	45.1
FAST SCHLECHT	4	1	.5	.5	45.6
SCHLECHT	5	92	48.7	50.5	96.2
FAST GARNICHT	6	1	.5	.5	96.7
UEBERHAUPT NICHT	7	4	2.1	2.2	98.9
TEILS,TEILS	8	2	1.1	1.1	100.0
KA,WEISS NICHT	0	7	3.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

182

MISSING CASES

7

VAR178 INFORMIERTHEIT UE TAETIGKT:AND BEHOERDEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	11	5.8	6.1	6.1
INFORMIERT	3	65	34.4	36.3	42.5
FAST SCHLECHT	4	2	1.1	1.1	43.6
SCHLECHT	5	85	45.0	47.5	91.1
FAST GARNICHT	6	1	.5	.6	91.6
UEBERHAUPT NICHT	7	13	6.9	7.3	98.9
TEILS,TEILS	8	2	1.1	1.1	100.0
KA,WEISS NICHT	0	10	5.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

179

MISSING CASES

10

VAR179 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT: MEDZINSTUDENTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
INFORMIERT	3	10	5.3	5.8	5.8
FAST SCHLECHT	4	1	.5	.6	6.4
SCHLECHT	5	67	35.4	38.7	45.1
FAST GARNICHT	6	1	.5	.6	45.7
UEBERHAUPT NICHT	7	94	49.7	54.3	100.0
KA, WEISS NICHT	0	16	8.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

173

MISSING CASES

16

VAR180 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:AND GRUPPEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	55	29.1	100.0	100.0
KA,WEISS NICHT	0	134	70.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	55	MISSING CASES	134
-------------	----	---------------	-----

VAR181 INFORMIERTHEIT UE TAETIGKT:BEHOERDEN,ETC.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
INFORMIERT	3	1	.5	5.0	5.0
SCHLECHT	5	17	9.0	85.0	90.0
UEBERHAUPT NICHT	7	1	.5	5.0	95.0
TEILS,TEILS	8	1	.5	5.0	100.0
KA,WEISS NICHT	0	169	89.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	20	MISSING CASES	169
-------------	----	---------------	-----

VAR182 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:POLITIKER,ETC.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	2	1.1	16.7	16.7
SCHLECHT	5	7	3.7	58.3	75.0
FAST GARNICHT	6	1	.5	8.3	83.3
TEILS,TEILS	8	2	1.1	16.7	100.0
KA,WEISS NICHT	0	177	93.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	12	MISSING CASES	177
-------------	----	---------------	-----

VAR183 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:AMTSAERZTE,ETC

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SCHLECHT	5	2	1.1	100.0	100.0
KA,WEISS NICHT	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR184 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:VERBAENDE,ETC.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	1	.5	14.3	14.3
INFORMIERT	3	1	.5	14.3	28.6
SCHLECHT	5	3	1.6	42.9	71.4
TEILS,TEILS	8	2	1.1	28.6	100.0
KA,WEISS NICHT	0	182	96.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	7	MISSING CASES	182
-------------	---	---------------	-----

VAR185 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:PAEDAGOGEN,ETC

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	8	4.2	30.8	30.8
FAST GUT	2	1	.5	3.8	34.6
INFORMIERT	3	6	3.2	23.1	57.7
SCHLECHT	5	6	3.2	23.1	80.8
UEBERHAUPT NICHT	7	3	1.6	11.5	92.3
TEILS,TEILS	8	2	1.1	7.7	100.0
KA,WEISS NICHT	0	163	86.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	26	MISSING CASES	163
-------------	----	---------------	-----

VAR186 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:MEJ.HILFSBERUF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SCHLECHT	5	2	1.1	66.7	66.7
TEILS,TEILS	8	1	.5	33.3	100.0
KA.WEISS NICHT	0	186	98.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	3	MISSING CASES	186
-------------	---	---------------	-----

VAR187 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT: PRESSE, FUNK

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
SCHLECHT	5	5	2.6	100.0	100.0
KA, WEISS NICHT	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR188 INFORMIERTHEIT UE TAETGKT:ANDERE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
GUT	1	6	3.2	46.2	46.2
INFORMIERT	3	2	1.1	15.4	61.5
SCHLECHT	5	3	1.6	23.1	84.6
UEBERHAUPT NICHT	7	1	.5	7.7	92.3
TEILS,TEILS	8	1	.5	7.7	100.0
KA,WEISS NICHT	0	176	93.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	13	MISSING CASES	176
-------------	----	---------------	-----

VAR189 FREUNDE AM GLEICH ORT:AERZTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	60	31.7	57.1	57.1
	2	16	8.5	15.2	72.4
	3	15	7.9	14.3	86.7
	4	7	3.7	6.7	93.3
	5	5	2.6	4.8	98.1
	6	1	.5	1.0	99.0
	7	1	.5	1.0	100.0
NICHT GENANNT	0	84	44.4	MISSING	100.0
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 105 MISSING CASES 84

VAR190 FREUNDE AM GLEICH ORT: APOTHEKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1. STELLE GENANNT	1	2	1.1	20.0	20.0
	2	2	1.1	20.0	40.0
	3	4	2.1	40.0	80.0
	4	2	1.1	20.0	100.0
NICHT GENANNT	0	179	94.7	MISSING	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES 10 MISSING CASES 179

VAR191 FREUNDE AM GLEICH ORT:BEAMT.AKADEMIKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)	
AN 1.STELLE GENANNT	1	11	5.8	22.4	22.4	
	2	19	10.1	38.8	61.2	
	3	9	4.8	18.4	79.6	
	4	5	2.6	10.2	89.8	
	5	4	2.1	8.2	98.0	
	8	1	.5	2.0	100.0	
	NICHT GENANNT	0	140	74.1	MISSING	100.0
	TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 49 MISSING CASES 140

VAR192 FREUNDE AM GLEICH ORT:AND.AKADEMIKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	21	11.1	30.4	30.4
	2	15	7.9	21.7	52.2
	3	15	7.9	21.7	73.9
	4	9	4.8	13.0	87.0
	5	4	2.1	5.8	92.8
	6	4	2.1	5.8	98.6
	7	1	.5	1.4	100.0
NICHT GENANNT	0	120	63.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 69 MISSING CASES 120

VAR193 FREUNDE AM GLEICH ORT:AND.BEAMTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	1	.5	7.7	7.7
	3	5	2.6	38.5	46.2
	4	4	2.1	30.8	76.9
	5	2	1.1	15.4	92.3
	6	1	.5	7.7	100.0
NICHT GENANNT	0	176	93.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 13 MISSING CASES 176

VAR194 FREUNDE AM GLEICH ORT:NICHT AKADEM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	8	4.2	20.0	20.0
	2	2	1.1	5.0	25.0
	3	11	5.8	27.5	52.5
	4	9	4.8	22.5	75.0
	5	2	1.1	5.0	80.0
	6	4	2.1	10.0	90.0
	7	2	1.1	5.0	95.0
	8	1	.5	2.5	97.5
AN 9.STELLE GENANNT	9	1	.5	2.5	100.0
= NICHT GENANNT	0	149	78.8	MISSING	100.0
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES 40 MISSING CASES 149

VAR195 FREUNDE AM GLEICH ORT:N KLASSFZRBAR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	13	6.9	40.6	40.6
	2	4	2.1	12.5	53.1
	3	6	3.2	18.8	71.9
	4	2	1.1	6.3	78.1
	5	4	2.1	12.5	90.6
	6	1	.5	3.1	93.8
	7	1	.5	3.1	96.9
AN 9.STELLE GENANNT	9	1	.5	3.1	100.0
NICHT GENANNT	0	157	83.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 32 MISSING CASES 157

VAR196 FREUNDE AM ANDERN ORT:AERZTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	34	18.0	37.4	37.4
	2	25	13.2	27.5	64.8
	3	9	4.8	9.9	74.7
	4	15	7.9	16.5	91.2
	5	4	2.1	4.4	95.6
	6	4	2.1	4.4	100.0
NICHT GENANNT	0	98	51.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 91 MISSING CASES 98

VAR197 FREUNDE AM ANDERN ORT:APOTHEKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	2	1.1	22.2	22.2
	2	3	1.6	33.3	55.6
	3	3	1.6	33.3	88.9
	4	1	.5	11.1	100.0
NICHT GENANNT	0	180	95.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

INVALID CASES	9	MISSING CASES	180
---------------	---	---------------	-----

VAR198 FREUNDE AM ANDERN ORT:BEAMT.AKADEMIKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	10	5.3	25.6	25.6
	2	12	6.3	30.8	56.4
	3	6	3.2	15.4	71.8
	4	4	2.1	10.3	82.1
	5	3	1.6	7.7	89.7
	6	3	1.6	7.7	97.4
AN 9.STELLE GENANNT	9	1	.5	2.6	100.0
NICHT GENANNT	0	150	79.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 39 MISSING CASES 150

VAR199 FREUNDE AM ANDERN ORT:AND AKADEMIKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	10	5.3	20.4	20.4
	2	9	4.8	18.4	38.8
	3	11	5.8	22.4	61.2
	4	7	3.7	14.3	75.5
	5	7	3.7	14.3	89.8
	6	2	1.1	4.1	93.9
	7	2	1.1	4.1	98.0
	8	1	.5	2.0	100.0
NICHT GENANNT	0	140	74.1	MISSING	100.0
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES	49	MISSING CASES	140
-------------	----	---------------	-----

VAR200 FREUNDE AM ANDERN ORT:AND.BEAMTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	1	.5	9.1	9.1
	2	5	2.6	45.5	54.5
	3	2	1.1	18.2	72.7
	6	2	1.1	18.2	90.9
	7	1	.5	9.1	100.0
NICHT GENANNT	0	178	94.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 11 MISSING CASES 178

VAN201 FREUNDE AM ANDERN ORT:NICHT AKADEMIKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	3	1.6	11.5	11.5
	2	8	4.2	30.8	42.3
	3	6	3.2	23.1	65.4
	4	4	2.1	15.4	80.8
	5	3	1.6	11.5	92.3
	6	2	1.1	7.7	100.0
NICHT GENANNT	0	163	86.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	26	MISSING CASES	163
-------------	----	---------------	-----

VAR202 FREUNDE AM ANDERN ORT:N KLASSIFZRBAR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AN 1.STELLE GENANNT	1	3	1.6	10.0	10.0
	2	4	2.1	13.3	23.3
	3	9	4.8	30.0	53.3
	4	7	3.7	23.3	76.7
	5	5	2.6	16.7	93.3
	6	1	.5	3.3	96.7
	7	1	.5	3.3	100.0
NICHT GENANNT	0	159	84.1	MISSING	100.0
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES 30 MISSING CASES 159

VAR203 BEMERKNGN ZUR AUSBILDG D VORGESETZTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
K BEMERKNG	2	150	79.4	66.2	86.2
TITEL,FACHL QUAL	3	19	10.1	10.9	97.1
LAESST VIEL FRHEIT	4	2	1.1	1.1	98.3
BESOND QUAL	6	1	.5	.6	98.9
SCHLCHT VORGSTZTR	7	2	1.1	1.1	100.0
KA	0	15	7.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 174 MISSING CASES 15

VAR204 EMPFEHLUNG D KINDRN FUER OEGU

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ABRATEN	1	28	14.8	18.2	18.2
EINGSCHRANKT EMPFHL	2	59	31.2	38.3	56.5
EMPFEHLEN	3	8	4.2	5.2	61.7
UNTER BEDINGUNG	4	59	31.2	38.3	100.0
KA,K KINDER	0	35	18.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 154 MISSING CASES 35

VAR205 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON: BESOLDUNGSFR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLG BESSER	1	45	23.8	50.0	50.0
ANGLCHG A PR ARZT	2	16	8.5	17.8	67.8
ANGLCHG U SICHRG	3	1	.5	1.1	68.9
ANGLCHG A GYMLEHR	4	1	.5	1.1	70.0
ANGLCHG A RICHR	5	1	.5	1.1	71.1
ANGLCHG A AUSBLDG	6	4	2.1	4.4	75.6
LEISTGSGRCHT BEZ	7	6	3.2	6.7	82.2
VERANTWGMAES ZHLG	8	1	.5	1.1	83.3
SCHNELLR ANHEBG	9	2	1.1	2.2	85.6
N M A NEBNTGKT ANGW	10	3	1.6	3.3	88.9
N-BSCHRNG V NEBENTG	11	7	3.7	7.8	96.7
ERLBN D BRUFSTGKT	12	1	.5	1.1	97.8
ANDERES	13	2	1.1	2.2	100.0
NICHT GENANNT,KA	0	99	52.4	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

90

MISSING CASES

99

VAR206 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON:AUFSTIEGSM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	16	8.5	59.3	59.3
AUSREI AUFSTGCHNC	2	2	1.1	7.4	66.7
SONDERLAUFBAHN	3	1	.5	3.7	70.4
GEBUEHRND STELLG	4	6	3.2	22.2	92.6
ANDERES	6	2	1.1	7.4	100.0
NICHT GENANNT	0	162	85.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 27 MISSING CASES 162

VAR207 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON:PERS ENTFAL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	4	2.1	28.6	28.6
FORTBILDGSMOEGLKT	2	4	2.1	28.6	57.1
MITARB AN WISS	3	5	2.6	35.7	92.9
MITSPRACHERECHT	4	1	.5	7.1	100.0
NICHT GENANNT	0	175	92.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 14 MISSING CASES 175

VAR208 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON:BES ARBTSBD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
INTRSSNT AUFGBSTG	1	12	6.3	48.0	48.0
ENTLSTG N-ARZTL AUF	2	5	2.6	20.0	68.0
BES PERS SITUAT	4	3	1.6	12.0	80.0
BINDNG AN MEDIZIN	5	4	2.1	16.0	96.0
ANGENHM ARBTSKLIMA	6	1	.5	4.0	100.0
NICHT GENANNT	0	164	86.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	25	MISSING CASES	164
-------------	----	---------------	-----

VAR209 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON:LEISTFT GHA

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALLGEMEIN	1	1	.5	3.3	3.3
VERB AUSBILDG	2	11	5.8	36.7	40.0
PRSTGEHEBUNG	3	18	9.5	60.0	100.0
NICHT GENANNT	0	159	84.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 30 MISSING CASES 159

VAR210 EMPFEHLUNG UNT BEDINGUNG VON:STRUKTURFRA

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
POLIT NEUTRLTT	1	2	1.1	7.4	7.4
EIGENSTAENDGKT	2	8	4.2	29.6	37.0
EINDEUTG POSITION	4	2	1.1	7.4	44.4
STAATL LENKNG	5	4	2.1	14.8	59.3
NEUGESTALTNG	7	8	4.2	29.6	88.9
ANDERES	8	3	1.6	11.1	100.0
NICHT GENANNT	0	162	85.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 27 MISSING CASES 162

VAR211 VERLASSEN DER OEGD ERWUEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NIE	1	47	24.9	30.9	30.9
KEIN GRUND	2	4	2.1	2.6	33.6
UMSTAEND DAGEGN	3	10	5.3	6.6	40.1
FRUEHER MAL	4	32	16.9	21.1	61.2
SCHON MAL	5	36	19.0	23.7	84.9
HAEUFIG	6	23	12.2	15.1	100.0
KA	0	37	19.6	MISSING	100.0
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES	152	MISSING CASES	37
-------------	-----	---------------	----

VAR212 ANLASS ZUM VERLASSEN DER OEGD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
K AUFSTGSCHANCE	1	32	16.9	34.0	34.0
UNTRBEWRTG	2	8	4.2	8.5	42.6
BESLDG UNZUREICHND	3	14	7.4	14.9	57.4
UNGERECHT	4	7	3.7	7.4	64.9
SCHWGKT M BES-GES	5	3	1.6	3.2	68.1
UNAERZTL ZUMUTNG	6	6	3.2	6.4	74.5
K FORTBILDGSMOEGE	7	2	1.1	2.1	76.6
UNZUFRIEDNHT	8	4	2.1	4.3	80.9
RESIGNATION	10	1	.5	1.1	81.9
K ZEIT,MOEGLKT	11	1	.5	1.1	83.0
VRWLTG ZU SCHWRFLLG	12	6	3.2	6.4	89.4
ABHAENG V POL	13	3	1.6	3.2	92.6
WILLKUER	14	2	1.1	2.1	94.7
MANG KOORDINATION	15	2	1.1	2.1	96.8
VORGSTZTR UNFAEHIG	16	3	1.6	3.2	100.0
KA,TNZ	0	95	50.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	94		MISSING CASES	95	

VAR213 AKTIV MITARB. IN:STANDESVERTRETUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	45	23.8	80.4	80.4
NEBEN TAETGKT OEGD	2	11	5.8	19.6	100.0
WEDERNOECH,KA	0	133	70.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	56	MISSING CASES	133
-------------	----	---------------	-----

VAR214 AKTIV MITARB. IN:POLIT.PARTEIEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	4	2.1	16.7	16.7
NEBEN TAETGKT OEGD	2	20	10.6	83.3	100.0
WEDERNOCH,KA	0	165	87.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	24	MISSING CASES	165
-------------	----	---------------	-----

VAR215 AKTIV MITARB. IN:SOZIALAUSSCHUSS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	29	15.3	90.6	90.6
NEBEN TAETGKT OEGD	2	3	1.6	9.4	100.0
WEDERNOCH,KA	0	157	83.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	32	MISSING CASES	157
-------------	----	---------------	-----

VAR216 AKTIV MITARB. IN: JUGENDWOHLFAMRTSAUSSCHS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	80	42.3	96.4	96.4
NEBEN TAETGKT OEGD	2	3	1.6	3.6	100.0
WEDERNOECH,KA	0	106	56.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	83	MISSING CASES	106
-------------	----	---------------	-----

VAR217 AKTIV MITARB. IN:ELTERNBEIRAT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	6	3.2	20.0	20.0
NEBEN TAETGKT OEGD	2	24	12.7	80.0	100.0
WEDERNOCH,KA	0	159	84.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	30	MISSING CASES	159
-------------	----	---------------	-----

VAR218 AKTIV MITARB. IN:FREIE WOHLFAHRTVERB.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	32	16.9	42.1	42.1
NEBEN TAETGKT OEGD	2	44	23.3	57.9	100.0
WEDERNÖCH,KA	0	113	59.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	76	MISSING CASES	113
-------------	----	---------------	-----

VAR220 AKTIV MITARB. IN:ERWACHSENENBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	7	3.7	22.6	22.6
NEBEN TAETGKT OEGD	2	24	12.7	77.4	100.0
WEDERNOCH,KA	0	158	83.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	31	MISSING CASES	158
-------------	----	---------------	-----

VAR221 AKTIV MITARB. IN:KREISJUGENDRING

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	4	2.1	80.0	80.0
NEBEN TAETGKT OEGD	2	1	.5	20.0	100.0
WEDERNOECH,KA	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 5 MISSING CASES 184

VAR222 AKTIV MITARB. IN:SPORTVEREIN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	12	6.3	22.6	22.6
NEBEN TAETGKT OEGD	2	41	21.7	77.4	100.0
WEDERNOCH,KA	0	136	72.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	53	MISSING CASES	136
-------------	----	---------------	-----

VAR223 AKTIV MITARB. IN:ANDERE AUSSCHUESSE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	11	5.8	44.0	44.0
NEBEN TAETGKT OEGD	2	14	7.4	56.0	100.0
WEDERNOCH,KA	0	164	86.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	25	MISSING CASES	164
-------------	----	---------------	-----

VAR224 AKTIV MITARB. IN:FUEHSORGEVERBAND

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	1	.5	20.0	20.0
NEBEN TAETGKT OEGD	2	4	2.1	60.0	100.0
WEDERNOECH,KA	0	184	97.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	5	MISSING CASES	184
-------------	---	---------------	-----

VAR225 AKTIV MITARB. IN:LEHRTAETIGKEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	5	2.6	71.4	71.4
NEBEN TAETGKT OEGD	2	2	1.1	28.6	100.0
WEDERNOCH,KA	0	182	96.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	7	MISSING CASES	182
-------------	---	---------------	-----

VAR226 AKTIV MITARB. IN:LANDESVERBAND

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	1	.5	33.3	33.3
NEBEN TAETGKT OEGD	2	2	1.1	66.7	100.0
WEDERNOCH,KA	0	186	98.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	3	MISSING CASES	186
-------------	---	---------------	-----

VAR227 AKTIV MITARB. IN:GEWERKSCHFT,MEDIZINLBD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NEBEN TAETGKT OEGD	2	1	.5	100.0	100.0
WEDERNOCH,KA	0	188	99.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	1	MISSING CASES	188
-------------	---	---------------	-----

VAR228 AKTIV MITARB. IN:VERBND GESUNDHEITSAUFS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	5	2.6	45.5	45.5
NEBEN TAETGKT OEGD	2	6	3.2	54.5	100.0
WEDERNOCH,KA	0	178	94.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

INVALID CASES	11	MISSING CASES	178
---------------	----	---------------	-----

VAR229 AKTIV MITARB. IN:KULTURELL VEREINIGNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
NEBEN TAETGKT OEGD	2	2	1.1	100.0	100.0
WEDERNOCH,KA	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR230 AKTIV MITARB. IN:FREIZEIT-CLUBS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	2	1.1	33.3	33.3
NEBEN TAETGKT OEGD	2	4	2.1	66.7	100.0
WEDERNOCH,KA	0	183	96.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	6	MISSING CASES	183
-------------	---	---------------	-----

VAR231 AKTIV MITARB. IN:AND POLIT.SUZ VEREINGNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
WEGEN TAETGKT OEGD	1	2	1.1	25.0	25.0
NEBEN TAETGKT OEGD	2	6	3.2	75.0	100.0
WEDERNOCH,KA	0	181	95.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	8	MISSING CASES	181
-------------	---	---------------	-----

VAR232 KONTAKTE MIT :GEMEINDEVERTRETUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	30	15.9	18.3	18.3
GELEGENTLICH	2	100	52.9	61.0	79.3
NIE	3	34	18.0	20.7	100.0
KA	0	25	13.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 164 MISSING CASES 25

VAR233 KONTAKTE MIT :KIRCHL. VEREINIGUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	22	11.6	14.3	14.3
GELEGENTLICH	2	96	50.8	62.3	76.6
NIE	3	36	19.0	23.4	100.0
KA	0	35	18.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	154	MISSING CASES	35
-------------	-----	---------------	----

VAR234 KONTAKTE MIT :FORTBILDUNGSORGANISATIONEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	37	19.6	24.3	24.3
GELEGENTLICH	2	77	40.7	50.7	75.0
NIE	3	38	20.1	25.0	100.0
KA	0	37	19.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	152	MISSING CASES	37
-------------	-----	---------------	----

VAR235 KONTAKTE MIT :FRAUENVEREINE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	4	2.1	3.0	3.0
GELEGENTLICH	2	41	21.7	30.6	33.6
NIE	3	69	47.1	66.4	100.0
KA	0	55	29.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	134	MISSING CASES	55
-------------	-----	---------------	----

VAR236 KONTAKTE MIT :JUGENDVERBAENDE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	10	5.3	7.2	7.2
GELEGENTLICH	2	67	35.4	48.6	55.8
NIE	3	61	32.3	44.2	100.0
KA	0	51	27.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES 138 MISSING CASES 51

VAR237 KONTAKTE MIT :SPORIVEREINE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	18	9.5	12.9	12.9
GELEGENTLICH	2	60	31.7	43.2	56.1
NIE	3	61	32.3	43.9	100.0
KA	0	50	26.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 139 MISSING CASES 50

VAR238 KONTAKTE MIT :ALTE LEUTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	68	36.0	42.0	42.0
GELEGENTLICH	2	78	41.3	48.1	90.1
NIE	3	16	8.5	9.9	100.0
KA	0	27	14.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	162	MISSING CASES	27
-------------	-----	---------------	----

VAR239 KONTAKTE MIT :ALTENPFLEGEPEKSONAL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	52	27.5	34.4	34.4
GELEGENTLICH	2	77	40.7	51.0	85.4
NIE	3	22	11.6	14.6	100.0
KA	0	38	20.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 151 MISSING CASES 38

VAR240 KONTAKTE MIT :JUNGE EHEPAARE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	29	15.3	19.3	19.3
GELEGENTLICH	2	62	32.6	41.3	60.7
NIE	3	59	31.2	39.3	100.0
KA	0	39	20.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	150	MISSING CASES	39
-------------	-----	---------------	----

VAR241 KONTAKTE MIT :FREIE WOHLFAHRTSVERB.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	50	26.5	32.5	32.5
GELEGENTLICH	2	72	38.1	46.8	79.2
NIE	3	32	16.9	20.8	100.0
KA	0	35	18.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 154 MISSING CASES 35

VAR242 KONTAKTE MIT :SOZIALAUSSCHUESSE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	61	32.3	39.9	39.9
GELEGENTLICH	2	61	32.3	39.9	79.7
NIE	3	31	16.4	20.3	100.0
KA	0	36	19.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	153	MISSING CASES	36
-------------	-----	---------------	----

VAR243 KONTAKTE MIT :GESUNDHEITSORGANISATION

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	26	13.8	20.3	20.3
GELEGENTLICH	2	63	33.3	49.2	69.5
NIE	3	39	20.6	30.5	100.0
KA	0	61	32.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 128 MISSING CASES 61

VAR244 KONTAKTE MIT :LEHRER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	133	70.4	74.7	74.7
GELEGENTLICH	2	42	22.2	23.6	98.3
NIE	3	3	1.6	1.7	100.0
KA	0	11	5.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 178 MISSING CASES 11

VAR245 KONTAKTE MIT :SCHUELER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	128	67.7	73.1	73.1
GELEGENTLICH	2	42	22.2	24.0	97.1
NIE	3	5	2.6	2.9	100.0
KA	0	14	7.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 175 MISSING CASES 14

VAR246 KONTAKTE MIT :ELTEKN V SCHUELERN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	74	39.2	44.0	44.0
GELEGENTLICH	2	83	43.9	49.4	93.5
NIE	3	11	5.8	6.5	100.0
KA	0	21	11.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	168	MISSING CASES	21
-------------	-----	---------------	----

VAR247 KONTAKTE MIT :BERUFSSCHUELER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	80	42.3	48.2	48.2
GELEGENTLICH	2	79	41.8	47.6	95.8
NIE	3	7	3.7	4.2	100.0
KA	0	23	12.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 166 MISSING CASES 23

VAR248 KONTAKTE MIT :KINDERPFLEGEPERSONAL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	90	47.6	54.2	54.2
GELEGENTLICH	2	70	37.0	42.2	96.4
NIE	3	6	3.2	3.6	100.0
KA	0	23	12.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

- VALID CASES 166 MISSING CASES 23

z
u
K
I
u
a
h

VAR249 KONTAKTE MIT :ELTERN V KINDERN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	58	30.7	36.5	36.5
GELEGENTLICH	2	69	36.5	43.4	79.9
NIE	3	32	16.9	20.1	100.0
KA	0	30	15.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	159	MISSING CASES	30		

VAR250 KONTAKTE MIT :ERHOLUNGSBEDUERFTIGE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	101	53.4	59.1	59.1
GELEGENTLICH	2	55	29.1	32.2	91.2
NIE	3	15	7.9	8.8	100.0
KA	0	18	9.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	171	MISSING CASES	18
-------------	-----	---------------	----

VAR251 KONTAKTE MIT :MUETTER,ELTERN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	98	51.9	60.1	60.1
GELEGENTLICH	2	54	28.6	33.1	93.3
NIE	3	11	5.8	6.7	100.0
KA	0	26	13.8	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	163	MISSING CASES	26
-------------	-----	---------------	----

VAR252 KONTAKTE MIT :KRKNPFLGEPERSONAL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	51	27.0	33.1	33.1
GELEGENTLICH	2	72	38.1	46.8	79.9
NIE	3	31	16.4	20.1	100.0
KA	0	35	18.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	154	MISSING CASES	35
-------------	-----	---------------	----

VAR253 KONTAKTE MIT :KRANKENHAUSAERZTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	65	34.4	39.4	39.4
GELEGENTLICH	2	70	37.0	42.4	81.8
NIE	3	30	15.9	18.2	100.0
KA	0	24	12.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 165 MISSING CASES 24

VAR254 KONTAKTE MIT :PSYCHISCH KRANKE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	56	29.6	35.2	35.2
GELEGENTLICH	2	69	36.5	43.4	78.6
NIE	3	34	18.0	21.4	100.0
KA	0	30	15.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	159	MISSING CASES	30
-------------	-----	---------------	----

VAR255 KONTAKTE MIT : ANGENEHRIGE V SUECHTIGEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	33	17.5	21.6	21.6
GELEGENTLICH	2	74	39.2	48.4	69.9
NIE	3	46	24.3	30.1	100.0
KA	0	36	19.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 153 MISSING CASES 36

VAR256 KONTAKTE MIT :GESCHLECHTSKRANKE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	25	13.2	16.4	16.4
GELEGENTLICH	2	48	25.4	31.6	48.0
NIE	3	79	41.8	52.0	100.0
KA	0	37	19.6	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	152	MISSING CASES	37
-------------	-----	---------------	----

VAR257 KONTAKTE MIT :INFERTIONSKRANKE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	58	30.7	37.2	37.2
GELEGENTLICH	2	58	30.7	37.2	74.4
NIE	3	40	21.2	25.6	100.0
KA	0	33	17.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	156	MISSING CASES	33
-------------	-----	---------------	----

VAR258 KONTAKTE MIT : ANGEMOERIGE V INFEKTIONSKR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	38	20.1	30.6	30.6
GELEGENTLICH	2	47	24.9	37.9	68.5
NIE	3	39	20.6	31.5	100.0
KA	0	65	34.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	124	MISSING CASES	65
-------------	-----	---------------	----

VAR259 KONTAKTE MIT :WERDENDE MUETTER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	18	9.5	11.9	11.9
GELEGENTLICH	2	88	46.6	58.3	70.2
NIE	3	45	23.8	29.8	100.0
KA	0	38	20.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	151	MISSING CASES	38
-------------	-----	---------------	----

VAR260 KONTAKTE MIT :TBC-VERDACHTIGE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	54	28.6	34.0	34.0
GELEGENTLICH	2	69	36.5	43.4	77.4
NIE	3	36	19.0	22.6	100.0
KA	0	30	15.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	159	MISSING CASES	30
-------------	-----	---------------	----

VAR261 KONTAKTE MIT :TBC-KRANKE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	56	29.6	35.0	35.0
GELEGENTLICH	2	67	35.4	41.9	76.9
NIE	3	37	19.6	23.1	100.0
KA	0	29	15.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 160 MISSING CASES 29

VAR262 KONTAKTE MIT :KONTAKTPEKS. V TBC-KRANK

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	50	26.5	32.3	32.3
GELEGENTLICH	2	64	33.9	41.3	73.5
NIE	3	41	21.7	26.5	100.0
KA	0	34	18.0	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 155 MISSING CASES 34

VAR263 KONTAKTE MIT :TEILN V T&C REIHNUNTRSG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	48	25.4	32.4	32.4
GELEGENTLICH	2	49	25.9	33.1	65.5
NIE	3	51	27.0	34.5	100.0
KA	0	41	21.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	148	MISSING CASES	41
-------------	-----	---------------	----

VAR264 KONTAKTE MIT :KOERPERVERSEHRTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	80	42.3	49.4	49.4
GELEGENTLICH	2	66	34.9	40.7	90.1
NIE	3	16	8.5	9.9	100.0
KA	0	27	14.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 162 MISSING CASES 27

VAR265 KONTAKTE MIT : ANGENOERIGE V KOERPERVER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	49	25.9	35.0	35.0
GELEGENTLICH	2	67	35.4	47.9	82.9
NIE	3	24	12.7	17.1	100.0
KA	0	49	25.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	140	MISSING CASES	49
-------------	-----	---------------	----

VAR266 KONTAKTE MIT :PERS M AMTSAERZTL GUTACH

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	132	69.8	77.2	77.2
GELEGENTLICH	2	29	15.3	17.0	94.2
NIE	3	10	5.3	5.8	100.0
KA	0	18	9.5	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	171	MISSING CASES	18
-------------	-----	---------------	----

VAR267 KONTAKTE MIT :MITARBEITERN IN LEBENSJAHREN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	59	31.2	39.9	39.9
GELEGENTLICH	2	44	23.3	29.7	69.6
NIE	3	45	23.8	30.4	100.0
KA	0	41	21.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	148	MISSING CASES	41
-------------	-----	---------------	----

VAR268 KONTAKTE MIT :LEBENSMITTELHANDEL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	75	39.7	49.7	49.7
GELEGENTLICH	2	40	21.2	26.5	76.2
NIE	3	36	19.0	23.8	100.0
KA	0	38	20.1	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	169	100.0	100.0	
VALID CASES	151		MISSING CASES	38	

VAR269 KONTAKTE MIT :INDUSTRIE,ARBEITER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	2	1.1	50.0	50.0
GELEGENTLICH	2	2	1.1	50.0	100.0
KA	0	185	97.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 4 MISSING CASES 185

VAR270 KONTAKTE MIT :LANDWIRTSCHAFT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	1	.5	50.0	50.0
GELEGENTLICH	2	1	.5	50.0	100.0
KA	0	187	98.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	2	MISSING CASES	187
-------------	---	---------------	-----

VAR271 KONTAKTE MIT :BEHOERDEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	5	2.6	71.4	71.4
GELEGENTLICH	2	2	1.1	28.6	100.0
KA	0	182	96.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	7	MISSING CASES	182
-------------	---	---------------	-----

'AR272 KONTAKTE MIT :FUERSORGE,PFLËGEPERSONAL

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAUEFIG	1	3	1.6	75.0	75.0
GELEGENTLICH	2	1	.5	25.0	100.0
KA	0	185	97.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 4 MISSING CASES 185

VAR273 KONTAKTE MIT :AERZTE,APOTHEKER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	5	2.6	83.3	83.3
GELEGENTLICH	2	1	.5	16.7	100.0
KA	0	183	96.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	6	MISSING CASES	183
-------------	---	---------------	-----

'AR274 KONTAKTE MIT :SOZIALFUERSURGEEMPFGNR

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	12	6.3	92.3	92.3
GELEGENTLICH	2	1	.5	7.7	100.0
KA	0	176	93.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	13	MISSING CASES	176
-------------	----	---------------	-----

VAR275 KONTAKTE MIT :PRESSE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	1	.5	33.3	33.3
GELEGENTLICH	2	2	1.1	66.7	100.0
KA	0	186	98.4	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	3	MISSING CASES	186
-------------	---	---------------	-----

VAR276 KONTAKTE MIT : ANDERE PERSONENKREISE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
HAEUFIG	1	22	11.6	78.6	78.6
GELEGENTLICH	2	6	3.2	21.4	100.0
KA	0	161	85.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	28	MISSING CASES	161
-------------	----	---------------	-----

VAR277 BERUFGSRUPPE-MEIST GEACHTET

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	1	.5	.7	.7
AMTSARZT	2	4	2.1	2.7	3.4
ARZT IM OEGD	3	1	.5	.7	4.0
CHEFARZT	4	32	16.9	21.5	25.5
UNI-PROF	5	15	7.9	10.1	35.6
CHIRURG	6	28	14.8	18.6	54.4
INTERNIST	7	4	2.1	2.7	57.0
LEITEND ARZT	8	2	1.1	1.3	58.4
KRNKHS-ARZT	9	13	6.9	8.7	67.1
PRAKT ARZT	10	25	13.2	16.8	83.9
FACHARZT	11	11	5.8	7.4	91.3
KINDERARZT	12	1	.5	.7	91.9
FRAUENARZT	13	1	.5	.7	92.6
ANDERER	15	2	1.1	1.3	94.0
MILITAERARZT	18	2	1.1	1.3	95.3
NERVENARZT	22	1	.5	.7	96.0
ANATOM	41	1	.5	.7	96.6
ROENTGENOLOGE	42	4	2.1	2.7	99.3
GYNAEKOLOGE	46	1	.5	.7	100.0
KA,WEISS NICHT	0	40	21.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 149 MISSING CASES 40

VAR278 BERUFSGRUPPE-WENIGSTEN GEACHTET

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	2	1.1	1.8	1.8
AMTSARZT	2	17	9.0	15.2	17.0
ARZT IM OEGD	3	41	21.7	36.6	53.6
CHEFARZT	4	1	.5	.9	54.5
CHIRURG	6	3	1.6	2.7	57.1
PRAKT ARZT	10	9	4.8	8.0	65.2
FACHARZT	11	1	.5	.9	66.1
VERTRAUENSARZT	17	15	7.9	13.4	79.5
MILITAERARZT	18	4	2.1	3.6	83.0
LANDARZT	19	4	2.1	3.6	86.6
ZAHNARZT	21	1	.5	.9	87.5
GUTACHTER	26	3	1.6	2.7	90.2
AUGENARZT	28	2	1.1	1.8	92.0
HNO-ARZT	29	7	3.7	6.3	98.2
DERMATOLOGE	30	1	.5	.9	99.1
BADEARZT	31	1	.5	.9	100.0
KA-WEISS NICHT	0	77	40.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 112 MISSING CASES 77

VAR279 BERUFSGRUPPE-MEISTE FREIZUEGIGKT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	1	.5	.9	.9
AMTSARZT	2	2	1.1	1.8	2.7
CHEFARZT	4	21	11.1	18.9	21.6
UNI-PROF	5	5	2.6	4.5	26.1
CHIRURG	6	3	1.6	2.7	28.8
KRNKHS-ARZT	9	3	1.6	2.7	31.5
FACHARZT	11	8	4.2	7.2	38.7
ZAHNARZT	21	1	.5	.9	39.6
ASSTZARZT	24	1	.5	.9	40.5
GUTACHTER	26	2	1.1	1.8	42.3
LEITEND AERZT	27	3	1.6	2.7	45.0
AUGENARZT	28	3	1.6	2.7	47.7
DERMATOLOGE	30	1	.5	.9	48.6
BADEARZT	31	1	.5	.9	49.5
FREIER ARZT	50	56	29.6	50.5	100.0
KA,WEISS NICHT	0	78	41.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

111

MISSING CASES

78

VAR280 BERUFSGRUPPE-WENIGSIE FREIZUEGIGKT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	1	.5	.9	.9
AMTSARZT	2	15	7.9	13.8	14.7
ARZT IM OEGD	3	18	9.5	16.5	31.2
CHEFARZT	4	1	.5	.9	32.1
UNI-PROF	5	1	.5	.9	33.0
CHIRURG	6	1	.5	.9	33.9
KRNKHS-ARZT	9	8	4.2	7.3	41.3
PRAKT ARZT	10	15	7.9	13.8	55.0
FACHARZT	11	1	.5	.9	56.0
VRWLTGS-MEDZNR	16	1	.5	.9	56.9
VERTRAUENSARZT	17	2	1.1	1.8	58.7
ZAHNARZT	21	2	1.1	1.8	60.6
ORTHOPAEDE	23	1	.5	.9	61.5
ASSTZARZT	24	10	5.3	9.2	70.6
BEAMT ARZT	32	30	15.9	27.5	98.2
ANGEST ARZT	33	1	.5	.9	99.1
WERKSARZT	34	1	.5	.9	100.0
KA,WEISS NICHT	0	80	42.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

109

MISSING CASES

80

VAR281 BERUFGSRUPPE-VIELSFITIGSTE ARBEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	9	4.8	6.2	6.2
AMTSARZT	2	24	12.7	16.6	22.8
ARZT IM OEGD	3	14	7.4	9.7	32.4
CHEFARZT	4	4	2.1	2.8	35.2
UNI-PROF	5	2	1.1	1.4	36.6
CHIRURG	6	49	25.9	33.8	70.3
INTERNIST	7	8	4.2	5.5	75.9
KRNKHS-ARZT	9	15	7.9	10.3	86.2
FACHARZT	11	1	.5	.7	86.9
LANDARZT	19	3	1.6	2.1	89.0
ZAHNARZT	21	2	1.1	1.4	90.3
NERVENARZT	22	5	2.6	3.4	93.8
LEITEND AERZT	27	3	1.6	2.1	95.9
BEAMT ARZT	32	3	1.6	2.1	97.9
SCHULARZT	36	2	1.1	1.4	99.3
UNFALLARZT	37	1	.5	.7	100.0
KA-WEISS NICHT	0	44	23.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

145

MISSING CASES

44

VAR282 BERUFSGRUPPE-EINSEITIGSTE ARBEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	10	5.3	8.8	8.8
AMTSARZT	2	12	6.3	10.6	19.5
ARZT IM OEGD	3	14	7.4	12.4	31.9
CHIRURG	6	2	1.1	1.8	33.6
KRNKHS-ARZT	9	1	.5	.9	34.5
PRAKT ARZT	10	6	3.2	5.3	39.8
FACHARZT	11	16	8.5	14.2	54.0
VRWLTGS-MEDZNR	16	1	.5	.9	54.9
VERTRAUENSARZT	17	13	6.9	11.5	66.4
ZAHNARZT	21	4	2.1	3.5	69.9
NERVENARZT	22	2	1.1	1.8	71.7
ASSTZARZT	24	1	.5	.9	72.6
GUTACHTER	26	3	1.6	2.7	75.2
AUGENARZT	28	4	2.1	3.5	78.8
HNO-ARZT	29	1	.5	.9	79.6
DERMATOLOGE	30	2	1.1	1.8	81.4
BEAMT ARZT	32	4	2.1	3.5	85.0
SCHULARZT	36	6	3.2	5.3	90.3
TBC-ARZT	38	1	.5	.9	91.2
RHEN-UNTERSUCHR	40	2	1.1	1.8	92.9
ANATOM	41	3	1.6	2.7	95.6
ROENTGENOLOGE	42	2	1.1	1.8	97.3
BAKTERIOLOGE	43	1	.5	.9	98.2
LABORARZT	44	1	.5	.9	99.1
SPORTARZT	45	1	.5	.9	100.0

KA,WEISS NICHT

0	76	40.2	MISSING	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	169	100.0	100.0	

VALID CASES

113

MISSING CASES

76

VAR283 BERUFGSRUPPE-FINANZIELL GESICHERSTE

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	4	2.1	3.0	3.0
AMTSARZT	2	4	2.1	3.0	6.0
ARZT IM OEGD	3	1	.5	.7	6.7
CHEFARZT	4	36	19.0	26.9	33.6
UNI-PROF	5	6	3.2	4.5	38.1
CHIRURG	6	7	3.7	5.2	43.3
INTERNIST	7	2	1.1	1.5	44.8
KRANKHS-ARZT	9	2	1.1	1.5	46.3
PRAKT ARZT	10	11	5.8	8.2	54.5
FACHARZT	11	7	3.7	5.2	59.7
ANDERER	15	2	1.1	1.5	61.2
MILITAERARZT	18	1	.5	.7	61.9
ZAHNARZT	21	1	.5	.7	62.7
BEAMT ARZT	32	45	23.8	33.6	96.3
UNFALLARZT	37	1	.5	.7	97.0
ROENTGENOLOGE	42	4	2.1	3.0	100.0
KA,WEISS NICHT	0	55	29.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

134

MISSING CASES

55

VAR284 BERUFGSRUPPE-FINANZIELL KAUM GESICHT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	2	1.1	1.9	1.9
AMTSARZT	2	8	4.2	7.8	9.7
ARZT IM OEGD	3	11	5.8	10.7	20.4
CHEFARZT	4	1	.5	1.0	21.4
KRNKHS-ARZT	9	7	3.7	6.8	28.2
PRAKT ARZT	10	41	21.7	39.8	68.0
ANDERER	15	3	1.6	2.9	70.9
LANDARZT	19	3	1.6	2.9	73.8
TIERARZT	20	1	.5	1.0	74.8
NERVENARZT	22	2	1.1	1.9	76.7
ASSTZARZT	24	7	3.7	6.8	83.5
DERMATOLOGE	30	3	1.6	2.9	86.4
ANGEST ARZT	33	7	3.7	6.8	93.2
ANFAENGR. JUNGARZT	47	4	2.1	3.9	97.1
N-BEAMT ARZT	48	2	1.1	1.9	99.0
FREIER ARZT	50	1	.5	1.0	100.0
KA, WEISS NICHT	0	86	45.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

103

MISSING CASES

86

VAR285 BERUFGSRUPPE-ARBEITET AM MEISTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	23	12.2	19.2	19.2
AMTSARZT	2	1	.5	.8	20.0
ARZT IM OEGD	3	1	.5	.8	20.8
CHEFARZT	4	3	1.6	2.5	23.3
CHIRURG	6	9	4.8	7.5	30.8
PRAKT ARZT	10	64	33.9	53.3	84.2
LANDARZT	19	9	4.8	7.5	91.7
ZAHNARZT	21	5	2.6	4.2	95.8
ASSTZARZT	24	3	1.6	2.5	98.3
GYNAEKOLOGE	46	1	.5	.8	99.2
ANFAENGR,JUNGARZT	47	1	.5	.8	100.0
KA,WEISS NICHT	0	69	36.5	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 120 MISSING CASES 69

'AR286 BERUFSGRUPPE-ARBEITET AM WENIGSTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	23	12.2	28.8	28.8
MTSARZT	2	6	3.2	7.5	36.3
RZT IM OEGD	3	3	1.6	3.8	40.0
HEFARZT	4	1	.5	1.3	41.3
INI-PROF	5	1	.5	1.3	42.5
INTERNIST	7	1	.5	1.3	43.8
EITEND ARZT	8	1	.5	1.3	45.0
ACHARZT	11	6	3.2	7.5	52.5
VERWLTGS-MEDZNR	16	1	.5	1.3	53.8
VERTRAUENSARZT	17	6	3.2	7.5	61.3
MILITAERARZT	18	3	1.6	3.8	65.0
NERVENARZT	22	1	.5	1.3	66.2
ORTHOPAEDE	23	1	.5	1.3	67.5
AUGENARZT	28	2	1.1	2.5	70.0
DERMATOLOGE	30	2	1.1	2.5	72.5
BADEARZT	31	6	3.2	7.5	80.0
BEAMT ARZT	32	10	5.3	12.5	92.5
KASSENARZT	35	5	2.6	6.3	98.7
ANATOM	41	1	.5	1.3	100.0
KA, WEISS NICHT	0	109	57.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

80

MISSING CASES

109

VAR287 BERUFGSRUPPE-AM BESTEN BEZAHLT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	1	.5	.8	.8
AMTSARZT	2	3	1.6	2.3	3.1
ARZT IM OEGD	3	1	.5	.8	3.9
CHEFARZT	4	41	21.7	32.0	35.9
UNI-PROF	5	3	1.6	2.3	38.3
CHIRURG	6	21	11.1	16.4	54.7
INTERNIST	7	3	1.6	2.3	57.0
LEITEND ARZT	8	2	1.1	1.6	58.6
PRAKT ARZT	10	18	9.5	14.1	72.7
FACHARZT	11	11	5.8	8.6	81.3
ANDERER	15	1	.5	.8	82.0
ZAHNARZT	21	3	1.5	2.3	84.4
AUGENARZT	28	1	.5	.8	85.2
HNO-ARZT	29	1	.5	.8	85.9
ANATOM	41	1	.5	.8	86.7
ROENTGENOLOGE	42	6	3.2	4.7	91.4
LABORARZT	44	9	4.8	7.0	98.4
FREIER ARZT	50	2	1.1	1.6	100.0
KA,WEISS NICHT	0	61	32.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	
VALID CASES	128	MISSING CASES	61		

VAR288 BERUFGGRUPPE-AM SCHLECHTESTEN BEZAHLT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
AMTSARZT	2	18	9.5	14.1	14.1
ARZT IM OEGD	3	28	14.8	21.9	35.9
KRNKHS-ARZT	9	5	2.6	3.9	39.8
PRAKT ARZT	10	4	2.1	3.1	43.0
FACHARZT	11	1	.5	.8	43.8
KINDERARZT	12	2	1.1	1.6	45.3
ZAHNARZT	21	1	.5	.8	46.1
NERVENARZT	22	1	.5	.8	46.9
ASSTZARZT	24	5	2.6	3.9	50.8
WISS. ASSTNT	25	1	.5	.8	51.6
BADEARZT	31	1	.5	.8	52.3
BEAMT ARZT	32	56	29.6	43.8	96.1
ANGEST ARZT	33	2	1.1	1.6	97.7
KASSENARZT	35	2	1.1	1.6	99.2
ANFAENGR, JUNGARZT	47	1	.5	.8	100.0
KA, WEISS NICHT	0	61	32.3	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 128 MISSING CASES 61

VAR289 BERUFGSRUPPE-MEIST BEFRIEDIGENDE ARBEIT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	32	16.9	27.8	27.8
AMTSARZT	2	1	.5	.9	28.7
CHEFARZT	4	7	3.7	6.1	34.8
UNI-PROF	5	1	.5	.9	35.7
CHIRURG	6	12	6.3	10.4	46.1
KRNKHS-ARZT	9	17	9.0	14.8	60.9
PRAKT ARZT	10	17	9.0	14.8	75.7
FACHARZT	11	18	9.5	15.7	91.3
KINDERARZT	12	2	1.1	1.7	93.0
ANDERER	15	1	.5	.9	93.9
ZAHNARZT	21	4	2.1	3.5	97.4
BEAMT ARZT	32	1	.5	.9	98.3
WISSENSCHFTLR	52	2	1.1	1.7	100.0
KA,WEISS NICHT	0	74	39.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		189	100.0	100.0	

VALID CASES

115

MISSING CASES

74

AR290 BERUFSGRUPPE-WENIGST BEFRIEDIGENDE ARBT

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICH,KOM DR AN	1	31	16.4	29.2	29.2
AMTSARZT	2	9	4.8	8.5	37.7
ARZT IM OEGD	3	20	10.6	18.9	56.6
INTERNIST	7	1	.5	.9	57.5
LEITEND ARZT	8	3	1.6	2.8	60.4
KRANKHS-ARZT	9	2	1.1	1.9	62.3
PRAKT ARZT	10	10	5.3	9.4	71.7
FACHARZT	11	1	.5	.9	72.6
ANDERER	15	1	.5	.9	73.6
VRWLTGS-MEDZNR	16	4	2.1	3.8	77.4
VERTRAUENSARZT	17	5	2.6	4.7	82.1
MILITAERARZT	18	2	1.1	1.9	84.0
ZAHNARZT	21	2	1.1	1.9	85.8
NERVENARZT	22	1	.5	.9	86.8
ASSTZARZT	24	4	2.1	3.8	90.6
GUTACHTER	26	1	.5	.9	91.5
DERMATOLOGE	30	1	.5	.9	92.5
KASSENARZT	35	1	.5	.9	93.4
SCHULARZT	36	2	1.1	1.9	95.3
IMPFTARZT	39	1	.5	.9	96.2
ANATOM	41	1	.5	.9	97.2
ROENTGENOLOGE	42	1	.5	.9	98.1
LABORARZT	44	1	.5	.9	99.1
VORSRG TAETGKT	54	1	.5	.9	100.0
KA,WEISS NICHT	0	83	43.9	MISSING	100.0

TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0
-------	--------------	----------------	----------------

VALID CASES

106

MISSING CASES

83

VAR291 BERUFSGRUPPE-QUALIFIZIERTESTE AUSBILDG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	36	19.0	28.8	28.8
AMTSARZT	2	10	5.3	8.0	36.8
ARZT IM OEGD	3	6	3.2	4.8	41.6
CHEFARZT	4	14	7.4	11.2	52.8
UNI-PROF	5	5	2.6	4.0	56.8
CHIRURG	6	10	5.3	8.0	64.8
INTERNIST	7	2	1.1	1.6	66.4
LEITEND ARZT	8	1	.5	.8	67.2
KRANKHS-ARZT	9	4	2.1	3.2	70.4
PRAKT ARZT	10	2	1.1	1.6	72.0
SPEZIALFACHARZT	11	16	8.5	12.8	84.8
ZAHNARZT	21	2	1.1	1.6	86.4
NERVENARZT	22	1	.5	.8	87.2
ANATOM	41	4	2.1	3.2	90.4
ROENTGENOLOGE	42	1	.5	.8	91.2
LABORARZT	44	6	3.2	4.8	96.0
SPORTARZT	45	2	1.1	1.6	97.6
GYNAEKOLOGE	46	1	.5	.8	98.4
STADT-AMT ARZT	48	1	.5	.8	99.2
HAUS-ARZT	49	1	.5	.8	100.0
KA, WEISS NICHT	0	64	33.9	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES

125

MISSING CASES

64

VAR292 BERUFSGRUPPE-UNQUALIFIZIERTESTE AUSBILD

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ALL GLEICHKOM DR AN	1	55	29.1	61.8	61.8
AMTSARZT	2	1	.5	1.1	62.9
ARZT IM OEGD	3	6	3.2	6.7	69.7
CHIRURG	6	1	.5	1.1	70.8
FACHARZT	11	1	.5	1.1	71.9
FRAUENARZT	13	2	1.1	2.2	74.2
ANDERER	15	5	2.6	5.6	79.8
VRWLTGS-MEDZNR	16	1	.5	1.1	80.9
VERTRAUENSARZT	17	2	1.1	2.2	83.1
GUTACHTER	26	2	1.1	2.2	85.4
BADEARZT	31	3	1.6	3.4	88.8
BEAMT ARZT	32	7	3.7	7.9	96.6
SCHULARZT	36	2	1.1	2.2	98.9
FUERSORGEARZT	49	1	.5	1.1	100.0
KA,WEISS NICHT	0	100	52.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 89 MISSING CASES 100

'AR293 A:EIGENTLICH IST MAN ALS ARZT...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	17	9.0	9.3	9.3
	1	10	5.3	5.5	14.8
	2	38	20.1	20.8	35.5
	3	51	27.0	27.9	63.4
VOLL AND MEINUNG	4	67	35.4	36.6	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR294 B:WENN MEDIZINSTUDENTIN MEHR UEBER DIE...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	15	7.9	8.3	8.3
	1	17	9.0	9.4	17.7
	2	33	17.5	18.2	35.9
	3	31	16.4	17.1	53.0
VOLL AND MEINUNG	4	85	45.0	47.0	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	181	MISSING CASES	8
-------------	-----	---------------	---

VAR295 C: DIE ARBEIT IN EINER BEHÖRDE WIE ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL ÜEBREIN	0	37	19.6	20.3	20.3
	1	23	12.2	12.6	33.0
	2	49	25.9	26.9	59.9
	3	37	19.6	20.3	80.2
VOLL AND MEINUNG	4	36	19.0	19.8	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 182 MISSING CASES 7

VAR296 D:FREIPRAKT AERZTE SIND SO GUT WIE ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	12	6.3	6.6	6.6
	1	25	13.2	13.7	20.2
	2	42	22.2	23.0	43.2
	3	61	32.3	33.3	76.5
VOLL AND MEINUNG	4	43	22.8	23.5	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	183	MISSING CASES	6
-------------	-----	---------------	---

VAR297 E:IN EINER DIENSTSTELLE WIE DIESEK ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	37	19.6	20.6	20.6
	1	20	10.6	11.1	31.7
	2	35	18.5	19.4	51.1
	3	38	20.1	21.1	72.2
VOLL AND MEINUNG	4	50	26.5	27.8	100.0
KA	9	9	4.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	180	MISSING CASES	9
-------------	-----	---------------	---

VAR298 F:ALS MEDIZINER IM OEFFENTL. DIENST ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	82	43.4	45.1	45.1
	1	37	19.6	20.3	65.4
	2	38	20.1	20.9	86.3
	3	12	6.3	6.6	92.9
VOLL AND MEINUNG	4	13	6.9	7.1	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	182	MISSING CASES	7
-------------	-----	---------------	---

VAR299 G:NUR DIE NEBENEINNAHMEN MACHEN D BERUF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	58	30.7	32.0	32.0
	1	27	14.3	14.9	47.0
	2	44	23.3	24.3	71.3
	3	23	12.2	12.7	84.0
VOLL AND MEINUNG	4	29	15.3	16.0	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	181	MISSING CASES	8
-------------	-----	---------------	---

VAR300 H:DURCH SEINE PRAEVENTIV-MEDIZINISCHE..

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	75	39.7	41.0	41.0
	1	31	16.4	16.9	57.9
	2	47	24.9	25.7	83.6
	3	18	9.5	9.8	93.4
VOLL AND MEINUNG	4	12	6.3	6.6	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	183	MISSING CASES	6
-------------	-----	---------------	---

VAR301 I:DIE ARBEIT IM OEFFENTL. GESUNDHEITSD.

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	103	54.5	57.5	57.5
	1	32	16.9	17.9	75.4
	2	23	12.2	12.8	88.3
	3	12	6.3	6.7	95.0
VOLL AND MEINUNG	4	9	4.8	5.0	100.0
KA	9	10	5.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 179 MISSING CASES 10

VAR302 J:DIE AUFSTIEGSCHANCEN SIND IN EINER...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	4	2.1	2.2	2.2
	1	2	1.1	1.1	3.3
	2	10	5.3	5.5	8.8
	3	28	14.8	15.4	24.2
VOLL AND MEINUNG	4	138	73.0	75.8	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 182 MISSING CASES 7

VAR303 K:DAS SCHOENE AN DER TAETIGKEIT IST ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	65	34.4	35.7	35.7
	1	23	12.2	12.6	48.4
	2	49	25.9	26.9	75.3
	3	18	9.5	9.9	85.2
VOLL AND MEINUNG	4	27	14.3	14.8	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 182 MISSING CASES 7

VAR304 L:IM OEFFENTL. GESUNDHEITSDIENST IST ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	18	9.5	9.9	9.9
	1	14	7.4	7.7	17.7
	2	31	16.4	17.1	34.8
	3	33	17.5	18.2	53.0
VOLL AND MEINUNG	4	65	45.0	47.0	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 181 MISSING CASES 8

AR305 MIDIE KAMMERN D FREIPRAKTIZIERENDEN ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	60	31.7	33.0	33.0
	1	39	20.6	21.4	54.4
	2	45	23.8	24.7	79.1
	3	20	10.6	11.0	90.1
VOLL AND MEINUNG	4	18	9.5	9.9	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 182 MISSING CASES 7

VAR306 N:AUF LOKALER EBENE KANN MAN SEHR GUT..

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	86	45.5	46.7	46.7
	1	48	25.4	26.1	72.8
	2	34	18.0	18.5	91.3
	3	14	7.4	7.6	98.9
VOLL AND MEINUNG	4	2	1.1	1.1	100.0
KA	9	5	2.6	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 184 MISSING CASES 5

VAR307 0:IN KLINIKEN KOENNEN ERFABRENE ASS ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	36	19.0	22.0	22.0
	1	25	13.2	15.2	37.2
	2	41	21.7	25.0	62.2
	3	23	12.2	14.0	76.2
VOLL AND MEINUNG	4	39	20.6	23.8	100.0
KA	9	25	13.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 164 MISSING CASES 25

VAR308 P:IM OEFFENTL. GESUNDHEITSWESEN MUSS ...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	141	74.6	77.9	77.9
	1	20	10.5	11.0	89.0
	2	10	5.3	5.5	94.5
	3	10	5.3	5.5	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	181	MISSING CASES	8
-------------	-----	---------------	---

VAR309 Q:DIE AUFGABEN D OEFF GESUNDHEITSDIEN...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	129	68.3	71.3	71.3
	1	23	12.2	12.7	84.0
	2	15	7.9	8.3	92.3
	3	10	5.3	5.5	97.8
VOLL AND MEINUNG	4	4	2.1	2.2	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 181 MISSING CASES 8

VAR310 R:DER OEFFENTL GESUNDHEITSD. MUSS IN...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	73	38.6	40.8	40.8
	1	25	13.2	14.0	54.7
	2	44	23.3	24.6	79.3
	3	26	13.8	14.5	93.9
VOLL AND MEINUNG	4	11	5.8	6.1	100.0
KA	9	10	5.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 179 MISSING CASES 10

VAR311 S:ALS ARZT IM OEFF GESUNDHEITSDIENST...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	22	11.6	12.0	12.0
	1	11	5.8	6.0	18.0
	2	23	12.2	12.6	30.6
	3	34	18.0	18.6	49.2
VOLL AND MEINUNG	4	93	49.2	50.8	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR312 T:ES IST EINE SCHANDE, WIE WENIG ATTRA..

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	130	68.8	71.4	71.4
	1	19	10.1	10.4	81.9
	2	25	13.2	13.7	95.6
	3	3	1.6	1.6	97.3
VOLL AND MEINUNG	4	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	7	3.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 182 MISSING CASES 7

VAR313 U:FUER DIE IM OEFF. GESUNDHEITSDIENST...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	104	55.0	56.8	56.8
	1	24	12.7	13.1	69.9
	2	35	18.5	19.1	89.1
	3	15	7.9	8.2	97.3
VOLL AND MEINUNG	4	5	2.6	2.7	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	183	MISSING CASES	6
-------------	-----	---------------	---

WAR314 V:DURCH BESSERE AUFKLAERUNG D BEVOELK...

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	74	39.2	40.4	40.4
	1	23	12.2	12.0	53.0
	2	55	29.1	30.1	83.1
	3	22	11.6	12.0	95.1
VOLL AND MEINUNG	4	9	4.8	4.9	100.0
KA	9	6	3.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 183 MISSING CASES 6

VAR315 W:ALS ARZT IM OEFF. GESUNDHEITSDIENST..

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
STIMME VOLL UEBREIN	0	2	1.1	1.1	1.1
	1	4	2.1	2.2	3.3
	2	8	4.2	4.4	7.7
	3	34	18.0	18.8	26.5
VOLL AND MEINUNG	4	133	70.4	73.5	100.0
KA	9	8	4.2	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 181 MISSING CASES 8

VAR316 LESEN VON FACHZEITSCHRIFTEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
EINE	1	9	4.8	5.0	5.0
	2	25	13.2	13.9	18.9
	3	34	18.0	18.9	37.8
	4	32	16.9	17.8	55.6
	5	25	13.2	13.9	69.4
	6	19	10.1	10.6	80.0
SIEBEN U MEHR	7	19	10.1	10.6	90.6
ZU WENIGE	8	7	3.7	3.9	94.4
VERSCHIEDENE	9	10	5.3	5.6	100.0
KA+KEINE	0	9	4.8	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 180 MISSING CASES 9

VAR317 ERLERNTER BERUF D CHEFRAU

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
OHNE BER,HAUSFRAU	1	26	13.8	22.8	22.8
AERZTIN	2	12	6.3	10.5	33.3
MEDIZINSTUDIUM	3	2	1.1	1.8	35.1
LEHRERIN	4	9	4.8	7.9	43.0
AND AKAD BERUF	5	2	1.1	1.8	44.7
KRANKSCHWSTR	6	17	9.0	14.9	59.6
HELFERIN,MTA	7	10	5.3	8.8	68.4
KINDERGAERTNRN	8	2	1.1	1.8	70.2
ANDERES	9	34	18.0	29.8	100.0
KA,N VERHEIR	0	75	39.7	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 114 MISSING CASES 75

VAR318 ERLEHNTER BERUF D EHEMANNS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
ARZT	1	10	5.3	31.3	31.3
JURIST	2	4	2.1	12.5	43.8
CHEMKR,PHYSKR	3	5	2.6	15.6	59.4
DIPL-ING,ARCHTKT	4	5	2.6	15.6	75.0
LEHRER,PHILOLGE	5	3	1.6	9.4	84.4
VET-MEDIZINER	7	1	.5	3.1	87.5
ANDERER	9	4	2.1	12.5	100.0
KA,N VERHEIR	0	157	83.1	MISSING	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	32	MISSING CASES	157
-------------	----	---------------	-----

VAR319 UEBT EHEGATTE BERUF NOCH AUS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	39	20.6	31.2	31.2
NEIN	2	86	45.5	68.8	100.0
KA+TNZ	0	64	33.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	125	MISSING CASES	64
-------------	-----	---------------	----

VAR320 UEBT EHEGATTE ANDEREN BERUF AUS

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
JA	1	7	3.7	5.0	5.0
NEIN	2	133	70.4	95.0	100.0
KA, TNZ	0	49	25.9	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 140 MISSING CASES 49

VAR321 ZAHL D KINDER:MAEDCHEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	50	26.5	31.3	31.3
	1	57	30.2	35.6	66.9
	2	38	20.1	23.8	90.6
	3	11	5.8	6.9	97.5
	4	4	2.1	2.5	100.0
KA	9	29	15.3	MISSING	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	160	MISSING CASES	29
-------------	-----	---------------	----

VAR322 ZAHL D KINDER:JUNGEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	76	40.2	40.2	40.2
	1	66	34.9	34.9	75.1
	2	34	18.0	18.0	93.1
	3	9	4.8	4.8	97.9
	4	2	1.1	1.1	98.9
	5	1	.5	.5	99.5
	8	1	.5	.5	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES

189

MISSING CASES

0

VAR323 ZAHL D KINDER:NICHT SCHULPFLICHTIG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	159	84.1	84.1	84.1
	1	15	7.9	7.9	92.1
	2	9	4.8	4.8	96.8
	3	3	1.6	1.6	98.4
	4	1	.5	.5	98.9
	7	2	1.1	1.1	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR324 ZAHL D KINDER:AUF WEITERFUEHR. SCHULEN

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	116	61.4	61.4	61.4
	1	31	16.4	16.4	77.8
	2	21	11.1	11.1	88.9
	3	18	9.5	9.5	98.4
	4	1	.5	.5	98.9
	7	2	1.1	1.1	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR325 ZAHL D KINDER:IN AUSBILDUNG

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	183	96.8	96.8	96.8
	1	4	2.1	2.1	98.9
	2	2	1.1	1.1	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR326 ZAHL D KINDER: MEDIZINSTUDIUM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	166	87.8	87.8	87.8
	1	18	9.5	9.5	97.4
	2	5	2.6	2.6	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES 189 MISSING CASES 0

VAR327 ZAHL D KINDER:KEIN MEDIZINSTUDIUM

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	133	70.4	70.4	70.4
	1	39	20.6	20.6	91.0
	2	14	7.4	7.4	98.4
	3	2	1.1	1.1	99.5
	5	1	.5	.5	100.0
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	189	MISSING CASES	0
-------------	-----	---------------	---

VAR328 ZAHL D KINDER: MEDIZINERBERUF

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	180	95.2	95.2	95.2
	1	8	4.2	4.2	99.5
	2	1	.5	.5	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	189	100.0	100.0	

VALID CASES	189	MISSING CASES	0
-------------	-----	---------------	---

AR329 ZAHL D KINDER:ANDEKE KINDER

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQUENCY	RELATIVE FREQUENCY (PERCENT)	ADJUSTED FREQUENCY (PERCENT)	CUMULATIVE ADJ FREQ (PERCENT)
	0	157	83.1	83.1	83.1
	1	21	11.1	11.1	94.2
	2	6	3.2	3.2	97.4
	3	4	2.1	2.1	99.5
	5	1	.5	.5	100.0
	TOTAL	----- 189	----- 100.0	----- 100.0	

VALID CASES

189

MISSING CASES

0

POSITIONAL INDEX

VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE
VAR003	1	VAR055	56	VAR107	108	VAR159	161
VAR004	2	VAR056	57	VAR108	109	VAR161	162
VAR005	4	VAR057	58	VAR109	110	VAR162	163
VAR006	5	VAR058	59	VAR110	111	VAR163	164
VAR007	7	VAR059	60	VAR111	112	VAR164	165
VAR008	8	VAR060	61	VAR112	113	VAR165	166
VAR009	9	VAR061	62	VAR113	114	VAR166	167
VAR010	10	VAR062	63	VAR114	115	VAR167	168
VAR011	11	VAR063	64	VAR115	116	VAR168	169
VAR012	12	VAR064	65	VAR116	117	VAR169	170
VAR013	13	VAR065	66	VAR117	118	VAR170	171
VAR014	14	VAR066	67	VAR118	119	VAR171	172
VAR015	15	VAR067	68	VAR119	120	VAR172	173
VAR016	16	VAR068	69	VAR120	121	VAR173	174
VAR017	17	VAR069	70	VAR121	122	VAR174	175
VAR018	18	VAR070	71	VAR122	123	VAR175	176
VAR019	19	VAR071	72	VAR123	124	VAR176	177
VAR020	20	VAR072	73	VAR124	125	VAR177	178
VAR021	21	VAR073	74	VAR125	126	VAR178	179
VAR022	22	VAR074	75	VAR126	127	VAR179	180
VAR023	23	VAR075	76	VAR127	128	VAR180	181
VAR024	24	VAR076	77	VAR128	130	VAR181	182
VAR025	25	VAR077	78	VAR129	131	VAR182	183
VAR026	26	VAR078	79	VAR130	132	VAR183	184
VAR027	27	VAR079	80	VAR131	133	VAR184	185
VAR028	28	VAR080	81	VAR132	134	VAR185	186
VAR029	29	VAR081	82	VAR133	135	VAR186	187
VAR030	30	VAR082	83	VAR134	136	VAR187	188
VAR031	31	VAR083	84	VAR135	137	VAR188	189
VAR032	32	VAR084	85	VAR136	138	VAR189	190
VAR033	33	VAR085	86	VAR137	139	VAR190	191
VAR034	34	VAR086	87	VAR138	140	VAR191	192
VAR035	35	VAR087	88	VAR139	141	VAR192	193
VAR036	36	VAR088	89	VAR140	142	VAR193	194
VAR037	37	VAR089	90	VAR141	143	VAR194	195
VAR038	38	VAR090	91	VAR142	144	VAR195	196
VAR039	39	VAR091	92	VAR143	145	VAR196	197
VAR040	40	VAR092	93	VAR144	146	VAR197	198
VAR041	41	VAR093	94	VAR145	147	VAR198	199
VAR042	42	VAR094	95	VAR146	148	VAR199	200
VAR043	43	VAR095	96	VAR147	149	VAR200	201
VAR044	44	VAR096	97	VAR148	150	VAR201	202
VAR045	46	VAR097	98	VAR149	151	VAR202	203
VAR046	47	VAR098	99	VAR150	152	VAR203	204
VAR047	48	VAR099	100	VAR151	153	VAR204	205
VAR048	49	VAR100	101	VAR152	154	VAR205	206
VAR049	50	VAR101	102	VAR153	155	VAR206	207
VAR050	51	VAR102	103	VAR154	156	VAR207	208
VAR051	52	VAR103	104	VAR155	157	VAR208	209
VAR052	53	VAR104	105	VAR156	158	VAR209	210
VAR053	54	VAR105	106	VAR157	159	VAR210	211
VAR054	55	VAR106	107	VAR158	160	VAR211	212

POSITIONAL INDEX

VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE
VAR212	213	VAR242	243	VAR272	273	VAR302	305
VAR213	214	VAR243	244	VAR273	274	VAR303	306
VAR214	215	VAR244	245	VAR274	275	VAR304	307
VAR215	216	VAR245	246	VAR275	276	VAR305	308
VAR216	217	VAR246	247	VAR276	277	VAR306	309
VAR217	218	VAR247	248	VAR277	278	VAR307	310
VAR218	219	VAR248	249	VAR278	279	VAR308	311
VAR219	220	VAR249	250	VAR279	280	VAR309	312
VAR220	221	VAR250	251	VAR280	281	VAR310	313
VAR221	222	VAR251	252	VAR281	282	VAR311	314
VAR222	223	VAR252	253	VAR282	283	VAR312	315
VAR223	224	VAR253	254	VAR283	285	VAR313	316
VAR224	225	VAR254	255	VAR284	286	VAR314	317
VAR225	226	VAR255	256	VAR285	287	VAR315	318
VAR226	227	VAR256	257	VAR286	288	VAR316	319
VAR227	228	VAR257	258	VAR287	289	VAR317	320
VAR228	229	VAR258	259	VAR288	290	VAR318	321
VAR229	230	VAR259	260	VAR289	291	VAR319	322
VAR230	231	VAR260	261	VAR290	292	VAR320	323
VAR231	232	VAR261	262	VAR291	294	VAR321	324
VAR232	233	VAR262	263	VAR292	295	VAR322	325
VAR233	234	VAR263	264	VAR293	296	VAR323	326
VAR234	235	VAR264	265	VAR294	297	VAR324	327
VAR235	236	VAR265	266	VAR295	298	VAR325	328
VAR236	237	VAR266	267	VAR296	299	VAR326	329
VAR237	238	VAR267	268	VAR297	300	VAR327	330
VAR238	239	VAR268	269	VAR298	301	VAR328	331
VAR239	240	VAR269	270	VAR299	302	VAR329	332
VAR240	241	VAR270	271	VAR300	303		
VAR241	242	VAR271	272	VAR301	304		

ALPHABETIC INDEX

VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE
VAR003	1	VAR055	56	VAR107	108	VAR159	161
VAR004	2	VAR056	57	VAR108	109	VAR161	162
VAR005	4	VAR057	58	VAR109	110	VAR162	163
VAR006	5	VAR058	59	VAR110	111	VAR163	164
VAR007	7	VAR059	60	VAR111	112	VAR164	165
VAR008	8	VAR060	61	VAR112	113	VAR165	166
VAR009	9	VAR061	62	VAR113	114	VAR166	167
VAR010	10	VAR062	63	VAR114	115	VAR167	168
VAR011	11	VAR063	64	VAR115	116	VAR168	169
VAR012	12	VAR064	65	VAR116	117	VAR169	170
VAR013	13	VAR065	66	VAR117	118	VAR170	171
VAR014	14	VAR066	67	VAR118	119	VAR171	172
VAR015	15	VAR067	68	VAR119	120	VAR172	173
VAR016	16	VAR068	69	VAR120	121	VAR173	174
VAR017	17	VAR069	70	VAR121	122	VAR174	175
VAR018	18	VAR070	71	VAR122	123	VAR175	176
VAR019	19	VAR071	72	VAR123	124	VAR176	177
VAR020	20	VAR072	73	VAR124	125	VAR177	178
VAR021	21	VAR073	74	VAR125	126	VAR178	179
VAR022	22	VAR074	75	VAR126	127	VAR179	180
VAR023	23	VAR075	76	VAR127	128	VAR180	181
VAR024	24	VAR076	77	VAR128	130	VAR181	182
VAR025	25	VAR077	78	VAR129	131	VAR182	183
VAR026	26	VAR078	79	VAR130	132	VAR183	184
VAR027	27	VAR079	80	VAR131	133	VAR184	185
VAR028	28	VAR080	81	VAR132	134	VAR185	186
VAR029	29	VAR081	82	VAR133	135	VAR186	187
VAR030	30	VAR082	83	VAR134	136	VAR187	188
VAR031	31	VAR083	84	VAR135	137	VAR188	189
VAR032	32	VAR084	85	VAR136	138	VAR189	190
VAR033	33	VAR085	86	VAR137	139	VAR190	191
VAR034	34	VAR086	87	VAR138	140	VAR191	192
VAR035	35	VAR087	88	VAR139	141	VAR192	193
VAR036	36	VAR088	89	VAR140	142	VAR193	194
VAR037	37	VAR089	90	VAR141	143	VAR194	195
VAR038	38	VAR090	91	VAR142	144	VAR195	196
VAR039	39	VAR091	92	VAR143	145	VAR196	197
VAR040	40	VAR092	93	VAR144	146	VAR197	198
VAR041	41	VAR093	94	VAR145	147	VAR198	199
VAR042	42	VAR094	95	VAR146	148	VAR199	200
VAR043	43	VAR095	96	VAR147	149	VAR200	201
VAR044	44	VAR096	97	VAR148	150	VAR201	202
VAR045	46	VAR097	98	VAR149	151	VAR202	203
VAR046	47	VAR098	99	VAR150	152	VAR203	204
VAR047	48	VAR099	100	VAR151	153	VAR204	205
VAR048	49	VAR100	101	VAR152	154	VAR205	206
VAR049	50	VAR101	102	VAR153	155	VAR206	207
VAR050	51	VAR102	103	VAR154	156	VAR207	208
VAR051	52	VAR103	104	VAR155	157	VAR208	209
VAR052	53	VAR104	105	VAR156	158	VAR209	210
VAR053	54	VAR105	106	VAR157	159	VAR210	211
VAR054	55	VAR106	107	VAR158	160	VAR211	212

ALPHABETIC INDEX

VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE	VARIABLE	PAGE
VAR212	213	VAR242	243	VAR272	273	VAR302	305
VAR213	214	VAR243	244	VAR273	274	VAR303	306
VAR214	215	VAR244	245	VAR274	275	VAR304	307
VAR215	216	VAR245	246	VAR275	276	VAR305	308
VAR216	217	VAR246	247	VAR276	277	VAR306	309
VAR217	218	VAR247	248	VAR277	278	VAR307	310
VAR218	219	VAR248	249	VAR278	279	VAR308	311
VAR219	220	VAR249	250	VAR279	280	VAR309	312
VAR220	221	VAR250	251	VAR280	281	VAR310	313
VAR221	222	VAR251	252	VAR281	282	VAR311	314
VAR222	223	VAR252	253	VAR282	283	VAR312	315
VAR223	224	VAR253	254	VAR283	285	VAR313	316
VAR224	225	VAR254	255	VAR284	286	VAR314	317
VAR225	226	VAR255	256	VAR285	287	VAR315	318
VAR226	227	VAR256	257	VAR286	288	VAR316	319
VAR227	228	VAR257	258	VAR287	289	VAR317	320
VAR228	229	VAR258	259	VAR288	290	VAR318	321
VAR229	230	VAR259	260	VAR289	291	VAR319	322
VAR230	231	VAR260	261	VAR290	292	VAR320	323
VAR231	232	VAR261	262	VAR291	294	VAR321	324
VAR232	233	VAR262	263	VAR292	295	VAR322	325
VAR233	234	VAR263	264	VAR293	296	VAR323	326
VAR234	235	VAR264	265	VAR294	297	VAR324	327
VAR235	236	VAR265	266	VAR295	298	VAR325	328
VAR236	237	VAR266	267	VAR296	299	VAR326	329
VAR237	238	VAR267	268	VAR297	300	VAR327	330
VAR238	239	VAR268	269	VAR298	301	VAR328	331
VAR239	240	VAR269	270	VAR299	302	VAR329	332
VAR240	241	VAR270	271	VAR300	303		
VAR241	242	VAR271	272	VAR301	304		