

DER GESUNDHEITSPOLITISCHE KONTEXT DER WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION UND ANMERKUNGEN ZUR UMSETZBARKEIT DES NEUEN WHO-KONZEPTS DER "PRIMÄREN GESUNDHEITSVERSORGUNG" IN GESUNDHEITSPOLITIK IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Stefan Wilm, München

1. Der gesundheitspolitische Kontext der World Conference on Medical Education 1988

1.1. World Conference on Medical Education

Die World Federation on Medical Education (WFME) (Präsident: Prof. H.J. Walton, Edinburgh) veranstaltet im August 1988 in Edinburgh eine World Conference on Medical Education unter dem Titel "Medical Education for The Future: an Action-Oriented World Conference". Ihre Themen werden derzeit in nationalen (1986) und regionalen Konferenzen (Afrika, Nor-/Südamerika, Europa, Mittlerer Osten, Süd-Ost-Asien, West-Pazifik) (1987) vorbereitet. Die Weltkonferenz ist Hauptkomponente des Programms der WFME, eine weltweite Bestandsaufnahme aller Stufen der Ausbildung von Ärzten und eine Zusammenstellung wichtiger Empfehlungen zu erarbeiten, um die medizinische Ausbildung in Einklang zu bringen mit den Bedürfnissen der jetzigen Gesellschaft und den Gesundheitszielen der Gemeinschaften für das Jahr 2000. Dabei wird die Übernahme eines international anerkannten Herangehens an medizinische Ausbildung durch die für die Ausbildung von Ärzten verantwortlichen Institutionen angestrebt sowie ein einflußreicher, allgemein anerkannter Kodex der Aufgaben und Verantwortungen, für die die zukünftigen Ärzte ausgebildet werden sollen (20, S.1).

Die WFME und ihre Regionalgesellschaften unterhalten enge Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihren Regionalbüros. Die WHO hat bereits ähnliche Konferenzen in regionalem Rahmen unterstützt bzw. veranstaltet (u.a. "Towards Future Health and Medical Man-

power: New Strategies in Education for the XXI. Century", 9.-15. April 1985, Tokio).

Die Weltkonferenz der WFME und ihre Themen stehen explizit im Kontext des Programms der WHO "Health for All by the Year 2000" und sind indirekt Bestandteil der Kampagne "Mobilizing Universities for Health".

1.2. "Health for All by the Year 2000" and "Primary Health Care"

Seit Beginn der siebziger Jahre entstand weltweit aus dem Unbehagen an einem fast ausschließlich bio-medizinisch ausgerichteten kurativen Gesundheitssystem ein Trend zur Rück- und Neubesinnung auf eine breiter verstandene, primäre gesundheitliche Versorgung und Betreuung. Wichtigste internationale Manifestation dieser Entwicklung ist die Konferenz der WHO über primäre Gesundheitsversorgung (primary health care) in Alma-Ata, UdSSR, im September 1978, deren Deklaration (32) auch von allen europäischen Nationen einschließlich der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet wurde.

Schon seit 1973 deutete sich dieser fundamentale Wandel in den Vorstellungen der WHO an. Nach internationalen Vorarbeiten (7; 17) übernahm die jährliche Generalversammlung der WHO im Mai 1975 das Programm der "primary health care" und vollzog damit offiziell die Neuorientierung in der gesundheitspolitischen Konzeption (14; S.500). Das Ziel dieser Kurskorrektur wurde in die Devise "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" gefaßt und auf der 30. Generalversammlung im Mai 1977 beschlossen. Zwischen 1975 und 1978 wurden die neuen Konzepte in den sechs Regionen der WHO auf breiter Basis diskutiert; die Be-

richte der WHO-Regionaldirektoren (21) und der gemeinsame Bericht des WHO-Generaldirektors und des Exekutivdirektors von UNICEF (32, S33ff) sowie die Ergebnisse einer Reihe von Vorkongressen in den Jahren 1977 und 1978, darunter auch die für Europa wichtige Conference on Primary Health Care in Industrialized Nations in New York (5), bildeten die Arbeitsgrundlage für die Konferenz von Alma-Ata 1978 (1).

Dabei war den Teilnehmern klar, daß die Deklaration, die eine erste Handlungsstrategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle" entwickeln sollte, nicht als Organisationsmodell auf alle Nationen gleichermaßen anwendbar war; sie forderte vielmehr ausdrücklich die Formulierung von angepaßten Regional- und Nationalstrategien für Entwicklungs- wie Industrieländer. Als Basis und Leitlinie veröffentlichte die WHO 1979 ein weiteres Dokument (33).

Aufbauend auf nationalen Beiträgen verabschiedete das Nationalkomitee für Europa auf seiner 30. Tagung 1980 in Fez eine europäische Regionalstrategie (41), die seitdem weiter ausgebaut (43-47) und in verschiedenen Symposien (39; 40) näher beleuchtet wurde.

Wiederholt, zuletzt in einer Resolution 1984 (48), wurden die europäischen Mitgliedsstaaten eindringlich gebeten, nationale Programme zu entwickeln, um ihre Anstrengungen zu einer effizienteren und bedarfsgerechteren Medizin durch Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung als Teil des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems zu intensivieren.

Parallel dazu kondensierte die WHO aus

den Regionalstrategien als korrigierende Leitlinie eine globale Strategie (34), die ebenfalls weiter verfeinert wurde (u.a. 35; 36; 38).

Unter Primärversorgung wird dabei nicht nur medizinische Versorgung verstanden, sondern eine umfassende, gemeindenahe Gesundheitsbetreuung und Behandlung des Einzelnen und der Familie in akzeptabler und auch finanziell erschwinglicher Weise unter bewußter Betonung der Eigenverantwortung (8, S.199). Vier Prinzipien für den europäischen Raum werden hervorgehoben und prägen auch die europäische Regionalstrategie:

- Die Gesundheitsversorgung sollte an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert sein;
- die Verbraucher sollten persönlich und in der Gemeinschaft an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitwirken;
- die verfügbaren Ressourcen sollten optimal genutzt werden;
- primäre Gesundheitsversorgung ist keine isolierte Strategie, sondern die bürger nächste Komponente eines umfassenden Gesundheitssystems (13, S.V).

1.3. "Mobilizing Universities for Health"

Durch ihr "Mobilizing Universities for Health"-Programm versucht die WHO, die reichhaltigen ideellen Ressourcen der Universitäten (10, S.3) für das "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000"-Konzept nutzbar zu machen. Thema der Technical Discussions während der 37. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1984 war daher "The role of universities in the strategies for health for all". In einer zum Abschluß erstellten Resolution (37) werden die Mitgliedsstaaten u.a. aufgefor-

dert, die Universitäten in der Ausrichtung ihrer Curricula auf primäre Gesundheitsversorgung zu unterstützen und in die nationale Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Die Universitäten werden u. a. ermuntert, Forschung und Ausbildung vermehrt an PHC zu orientieren. Der Bereich der Primär- bzw. Allgemeinmedizin (primary medical care/general practice) wird dabei in der europäischen Region weithin als die Grundlage angesehen, auf die die neuen Elemente der primären Gesundheitsversorgung aufbauen können (42, S.1).

Dabei sind diese Aufforderungen nicht nur an medizinische Fakultäten gerichtet; da health education ein erheblich breiteres Spektrum als medical education umfaßt, sollten Kooperationsformen mit anderen Fakultäten gesucht werden (29, S.1).

Für die medizinischen Fakultäten wird nicht nur die Bedeutung der engen Kooperation zwischen primärmedizinischen und spezialisierten Fächern betont, sondern daneben auch die Rolle von Ausbildungs-entwicklungsgruppen und Studiendekanaten hervorgehoben (49, S.26).

Schon seit längerem findet sich die Forderung, die Hochschulen aus ihrer akademischen Isolation herauszuführen. Sie sollten:

- enge wechselseitige Beziehungen zu Gesundheitsministerien und politischen Planungsinstanzen aufnehmen (ohne allerdings unter deren Kontrolle zu geraten), um beratend das Gesundheitssystem mitzugestalten;
- ihre Lehrpläne an den wirklichen Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung orientieren (9, S.27);
- sich in Ausbildung und Versorgung ih-

rer Verantwortung für die regionale Gemeinde bewußt werden (31, S.3).

Eine Umsetzung dieser Ziele ist allerdings an die Implementierung der neuen Konzepte der primären Gesundheitsversorgung auf politischem Wege gebunden.

2. Anmerkungen zur Umsetzbarkeit des neuen WHO-Konzepts der "primären Gesundheitsversorgung" in Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Im politischen und gesundheitspolitischen Bereich in der Bundesrepublik Deutschland stoßen die oben skizzierten Konzepte der WHO auf wenig Interesse. Wie in anderen Industriestaaten auch (28, S.400), wurden die WHO-Ziele als unrealistisch belächelt; die europäische Regionalstrategie stufte man als zu zentralistisch und dirigistisch und dem föderalistisch-pluralistischen System der Bundesrepublik Deutschland als nicht angemessen und ohnehin rechtlich unverbindlich ein, die Regionalziele als in weitesten Teilen nicht evaluationsfähig (3, S.2).

Die negative Beurteilung der Übertragbarkeit auf die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland dürfte in erster Linie auf die Fehleinschätzungen zurückzuführen sein, die Konzeption von PHC sei nur auf Entwicklungs- oder sozialistische Länder zugeschnitten bzw. sei ein neues Phänomen ohne Tradition in industrialisierten Ländern (27, S.7). Sie reflektieren auch das ebenso vordergründige Argument, es seien keine neuen Anstrengungen erforderlich, da die Industriestaaten in ihrer primären medizinischen Versorgung bereits über ein gut funktionierendes und vollauf zufriedenstellendes System der primären Gesundheitsversorgung verfügten (28, S.401).

Dabei wird übersehen, daß primäre Gesundheitsversorgung weit über primäre medizinische Versorgung hinausgeht.

Konkrete Beispiele für eine Umsetzung des theoretischen Modells in die Praxis liegen für den deutschsprachigen Raum vor (z.B. 8; 11; 12; 16; 18; 24-26).

Sie kommen überwiegend aus den Bereichen:

- Prävention und Gesundheitserziehung;
- Rehabilitation;
- Inter- und intrainstitutionelle Kooperation von psychosozialer und medizinischer Betreuung (Poliklinik, Tagesklinik, ambulante häusliche Betreuung, Sozialstationen);
- Interdisziplinarität;
- Gemeindebeteiligung und Selbsthilfe;
- Bedarfsgerechte regionale Verteilung interdisziplinärer Betreuungszentren;
- Funktionale Differenzierung;
- Neue Praxismodelle.

Nicht zuletzt haben sich auch Gruppen wie der Berufsverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (2, S.655) oder die Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SIMG) (23, S.4) zur primären Gesundheitsversorgung bekannt.

Die Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik im Sinne einer primären Gesundheitsversorgung ist derzeit aber nicht sichtbar, zumal ihre Ziele und die historisch bedingten Interessen beispielsweise der Verbände in der ambulanten und stationären Versorgung z.T. völlig entgegengesetzt sind (15, S.148). Die Bundesregierung läßt zwar in ihrem Bericht zur Lage des Gesundheitswesens (4, S.13) einige Ansätze zur Selbstkritik erkennen; insbesondere weist sie auf das im internationalen Vergleich ungünstige Verhält-

nis von Kosten und Effektivität/Effizienz im bundesdeutschen Gesundheitssystem hin und nimmt durchaus auch einige Kritikpunkte an der medizinischen bzw. primärmedizinischen Versorgung auf. Eine Antastung der primärärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird unter Hinweis auf die historisch gewachsenen und insgesamt bewährten pluralistischen Strukturen des Gesundheitssystems (4, S.4) aber nicht in Erwägung gezogen, noch weniger eine aus der Selbstkritik resultierende Korrektur des Gesamtkonzepts im Sinne einer primären Gesundheitsversorgung.

Als einzige politische Gruppierung haben bislang die GRÜNEN versucht, aus der europäischen Regionalstrategie eine nationale Strategie zu entwickeln, allerdings mit ideologischer Überlagerung (22).

Am ehesten geht der bislang trotzdem erfolgte Wandel (s.o.) auf eine Gesundheitspolitik "von unten" zurück - ob mit zunehmendem Erfolg, bleibt abzuwarten. Kritische Analysen der hindernden Strukturen (6; 19) lassen zumindest - wenn überhaupt - auf einen langen Weg zur Verwirklichung der primären Gesundheitsversorgung schließen.

3. Literatur

- (1) (Alma-Ata Conference): The Alma-Ata Conference on primary health care. WHO Chronicle 32 (1978) 409-430.
- (2) Berufsverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der gesundheitlichen Primärversorgung der Bevölkerung. Öff. Gesundheitswes. 41 (1979) 655.
- (3) Bundesärztekammer: Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zu "Regionalziele für Gesundheit 2000". Bundesärztekammer, Köln, Sitzung vom 10.2.1984.
- (4) Bundesregierung (Hrg.): Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage Drucksache 10/1080 vom 29.2.1984 "Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung". Drucksache 10/3374 vom 22.5.1985; Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode.
- (5) Burrell, C.D.; Sheps, C.G. (Hrg.): Primary health care in industrialized nations. The New York Academy of Sciences, New York 1978 (Annals of the New York Academy of Sciences Vol.310).
- (6) Deppe, H.U.: Vernachlässigte Gesundheit. Klempner & Witsch, Köln 1980.
- (7) Djukanovic, V.; Mach, E.P.: Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. WHO, Genf 1975.
- (8) Fuchs, A.: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. In: Fink, U. (Hrg.): Wie krank ist unsere Gesundheit? Ullstein, Frankfurt/M.-Berlin-Wien 1982.

- (9) Fulöp, T.: Trends in education of health personnel worldwide. In: Mc Neur, R.W. (Hrsg.): The changing roles and education of health care personnel worldwide in view of the increase of basic health services. Society for Health and Human Values, Philadelphia/Penna. 1978.
- (10) Hamburg, D.A.: Universities' role in Health for All. Development Forum 12 (1984) 9, 3-4.
- (11) (Hausarzt): Hausarzt und "primäre Gesundheitsbetreuung". Prakt. Arzt 17 (1980) 1269-1270.
- (12) Irrniger, W.: Primäre Gesundheitsversorgung. Allgemeinmed. Intern. 10 (1981) 179-180; 11 (1982) 37-41.
- (13) Kayrio, L.A.: Primary health care in Europe. WHO, Regional Office for Europe, Kopenhagen 1979.
- (14) Labisch, A.: Die "gemeinschaftliche Gesundheitssicherung" (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft. Öff. Gesundh.-Wes. 43 (1981) 500-506.
- (15) Labisch, A.: Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik - Bericht über Arbeit und Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der EG-Kommission, Brüssel. In: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege (Hrsg.): Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Primäre Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe. Kongressbericht. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt/M. 1982.
- (16) Labisch, A.: Medizinische Versorgung ohne Konzept. Gesamthochschule Kassel, Kassel 1982.
- (17) Newell, K.W. (Hrsg.): Health by the people. WHO, Genf 1975.
- (18) Müssel, E.; Lams, G. (Hrsg.): Prävention im Gemeindeframen. Zuckschwerdt, München-Bern-Wien 1983.
- (19) Pflanz, M.: Die sozialpolitische Lage des Arztes. In: Jahrbuch für kritische Medizin Bd.2. Argument, Berlin 1977.
- (20) Planning Commission of the World Federation for Medical Education: World Conference on Medical Education, 1988. Six major themes to be considered at National Conferences. WFME, Edinburgh 1985.
- (21) (Primary Health Care): Primary health care in the WHO regions. WHO Chronicle 32 (1978) 431-438.
- (22) Projektgruppe "Nationale Strategie Gesundheit 2000"; Fuß, R. (Red.): Gesund sein 2000 - Wege und Vorschläge. Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin 1984.
- (23) Smet, R.de: Zusammenarbeit: WHO - SIMG. Allgemeinmed. Intern. 12 (1983) 4.
- (24) Tietze, K.W.; Garas-Homolova, V.; Korporal, J.; Zink, A.: Was bedeutet die Deklaration von Alma-Ata für die primäre Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland? Bundesgesundheitsbl. 24 (1981) 121-126.
- (25) Trojan, A.; Waller, H. (Hrsg.): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1980.
- (26) Troeschke, J.v.: Koordination präventiver Angebote auf Gemeindeebene. Referat auf dem internationalen Kongress von DSHG/ASPHEER/WHO, "Gemeindebezogene Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung", 16.-20. März 1986, Düsseldorf.
- (27) Vuori, H.: Primary health care in industrialized countries. Allgemeinmed. Intern. 12 (1983) 6-9; 61-64.
- (28) Vuori, H.: Ist primäre Gesundheitsversorgung in Europa nötig? Öff. Gesundh.-Wes. 45 (1983) 400-403.
- (29) Walton, H.J.: A reorientation in medical education? Medical Education 18 (1984) 1-2.
- (30) Walton, H.J.: Primary health care in European medical education: a survey. Medical Education 19 (1985) 167-188.
- (31) Wojtczak, A.: Addresses given at the opening ceremony. Medical Education 14 (1980) Supplement, 2-4.
- (32) World Health Organization: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO, Genf 1978.
- (33) World Health Organization: Formulating strategies for health for all by the year 2000. WHO, Genf 1979.
- (34) World Health Organization: Global strategy for health for all by the year 2000. WHO, Genf 1981.
- (35) World Health Organization: Entwicklung von Indikatoren für die Beobachtung des Fortschreitens auf dem Wege zur Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt/M. 1983.
- (36) World Health Organization: Aktionsplan zur Durchführung der globalen Strategie für die "Gesundheit für alle". Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt/M. 1983.
- (37) World Health Organization: The role of universities in the strategies for health for all. Resolution during the 37th World Health Assembly, 17 May 1984 (WHA 37.31).
- (38) World Health Organization: Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care. WHO, Genf 1985.
- (39) World Health Organization, Regional Office for Europe: Die Definition von Effizienz-Parametern in der Primärversorgung und die Rolle der Krankenpflege in der primären Gesundheitsversorgung. Bericht über zwei Arbeitskonferenzen. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt/M. 1981.
- (40) World Health Organization, Regional Office for Europe: Primary health care - from theory to action. Report on a WHO Symposium. WHO/ROE, Kopenhagen 1982.
- (41) World Health Organization, Regional Office for Europe: Regionale Strategie zum Erreichen des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". WHO/ROE, Kopenhagen 1982.
- (42) World Health Organization, Regional Office for Europe: Seminar on primary health care in undergraduate medical education, Exeter, 18-22 July 1983. Summary report. WHO/ROE, Kopenhagen 1983.
- (43) World Health Organization, Regional Office for Europe: Auszug des Berichts über die 33. Tagung des Regionalkomitees für Europa. WHO/ROE, Kopenhagen 1983.
- (44) World Health Organization, Regional Office for Europe: Ziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für Gesundheit 2000. WHO/ROE, Kopenhagen 1983.
- (45) World Health Organization, Regional Office for Europe: Chronologisches Verzeichnis der Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000". WHO/ROE, Kopenhagen 1983.
- (46) World Health Organization, Regional Office for Europe: Numerisches Verzeichnis der Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000". WHO/ROE, Kopenhagen 1983.
- (47) World Health Organization, Regional Office for Europe: Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000". WHO/ROE, Kopenhagen 1984.
- (48) World Health Organization, Regional Office for Europe: Umsetzung der Regionalstrategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". Resolution während der 34. Tagung des Regionalkomitees für Europa, 28. September 1984 (ZUR/RO34/R5).
- (49) World Health Organization, Regional Office for Europe: Primary health care in undergraduate medical education. Report on a WHO meeting, Exeter, 18-22 July 1983. WHO/ROE, Kopenhagen 1984.

Stefan Wilm

Balanstr. 204

D 8000 München 90