

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft

Bericht über die Ergebnisse einer internationalen Arbeitsgruppe der EG-Kommission/Brüssel

A. Labisch

Zusammenfassung

„Primary Health Care“ – zu deutsch: „primäre Gesundheitsversorgung“ oder „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ – ist seit 1975 das neue gesundheitspolitische Programm der Weltgesundheitsorganisation (WHO); Ziel und zugleich Devise ist „Gesundheit für alle im Jahre 2000“.

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ ist nicht nur – wie häufig angenommen – für Entwicklungsländer von Bedeutung. Aus der Erklärung von Alma-Ata von 1978 folgen vielmehr für das Europäische Büro der WHO vier Prinzipien, die gleichermaßen für Entwicklungsländer wie Industrieländer gültig sind:

1. Die Gesundheitssicherung muß den Bedürfnissen der Menschen entsprechen.
2. Die Konsumenten sollen individuell und kollektiv an der Planung und Durchführung der Gesundheitssicherung teilnehmen.
3. Die verfügbaren Ressourcen müssen bestmöglich eingesetzt werden.
4. Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ ist kein isolierter Ansatz zur Gesundheitssicherung, sondern der am meisten auf die Gemeinde – und damit auf den Bürger – bezogene Teil eines umfassenden Gesundheitssicherungssystems.

Im Auftrag des Generaldirektorats Beschäftigung und soziale Angelegenheiten der EG-Kommission/Brüssel arbeitete eine internationale Arbeitsgruppe Empfehlungen an die Gesundheitsminister der EG-Länder aus, wie die Gesundheitssysteme in der EG im Sinne der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ gemeinsam fortzuentwickeln seien. Übergeordnete Gesichtspunkte dieser Empfehlungen sind (A) die allgemeine Politik, (B) die Organisation und (C) das Personal der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ sowie die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ und (D) die Gemeinde und (E) soziale Versuche.

Key-Words: Primary Health Care – Primäre Gesundheitsversorgung – Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung – Gemeindebezogene Gesundheitssicherung – Gesundheitspolitik (Bundesrepublik Deutschland) – Gesundheitspolitik (EG)

„Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ (Primary Health Care) – das neue gesundheitspolitische Programm der WHO

Seit 1973 deutete sich ein fundamentaler Wandel in den Vorstellungen der WHO darüber an, wie insbesondere in Entwicklungsländern eine wirksame Gesundheitssicherung durchzuführen sei. Man hatte nämlich feststellen müssen, daß die unter den Konzeptionen der „local health servi-

ces“ und später der „basic health services“ verfolgte Gesundheitssicherung nicht den erhofften Erfolg hatte: Die durch medizinische Eliten in die internationale Peripherie der Entwicklungsländer und ebendort in die nationale, meist agrarische Peripherie eingeführte, an der spezialisierten und kostenintensiven Hochleistungsmedizin westlicher Industriestaaten orientierten medizinischen Versorgung hatte insgesamt nur geringen Einfluß auf das Krankheitspektrum und die allgemeinen Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten. Nach öffentlich diskutierten, internationalen Vorarbeiten (5, 12) übernahm die jährliche Generalversammlung der WHO im Mai 1975 das Programm der „primary health care“ (18, 19), damit wurde der Wandel in der gesundheitspolitischen Konzeption der WHO auch öffentlich vollzogen. Das Ziel der neuen Gesundheitspolitik der WHO wurde in die Devise „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ gefaßt (10).

Nach Mai 1975 wurde das neue Programm „primary health care“ in den sechs verschiedenen Regionen der WHO und in anderen internationalen Organisationen, insbesondere der UNICEF, auf breiter Basis diskutiert (11, 16, 24). Im September 1978 fand in Alma-Ata, USSR, eine von der WHO und der UNICEF gemeinschaftlich durchgeführte Konferenz über „primary health care“ statt. Ziel dieser bisher größten internationalen gesundheitspolitischen Konferenz war, den Gedanken der „primary health care“ in alle Länder der Welt zu tragen, Erfahrungen und Informationen über die Entwicklung der „primary health care“ im Rahmen umfassender nationaler Gesundheitssysteme auszutauschen und Prinzipien und operationale Strategien der „primary health care“ auszuarbeiten. Die wesentlichen Ergebnisse der Konferenz wurden in der „Deklaration von Alma-Ata“ niedergelegt (17).

Nach der Erklärung von Alma-Ata ist „primary health care“ „die wesentliche Gesundheitsversorgung, welche sich auf durchführbaren, wissenschaftlich erwiesenen und sozial akzeptierbaren Methoden und Techniken gründet. Sie wird Individuen und Familien in der Gemeinde zugänglich gemacht durch deren volle Beteiligung und zu einem Preis, den Gemeinde und Land sich in jedem Stadium ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie bildet einen voll integrierten Teil sowohl des Gesundheitssystems eines Landes – dessen zentrale Funktion und Hauptbrennpunkt sie ist – als auch der allgemeinen sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinde. Sie ist die erste Stufe des Kontaktes von Individuum, Familie und Gemeinde mit dem

nationalen Gesundheitssystem, sie bringt die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an den Ort, an dem Menschen leben und arbeiten und bildet das erste Glied in einer Kette eines kontinuierlichen Ablaufs der Gesundheitsversorgung“ (Erklärung von Alma-Ata, VI). „Primary health care“ schließt zumindest ein: „Erziehung bezüglich der vorkommenden Gesundheitsprobleme und Methoden zu ihrer Prävention und Kontrolle; Förderung geeigneter Lebensmittel und Ernährung, einer adäquaten Versorgung mit sicherem Wasser und grundlegenden sanitären Anlagen; gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind einschließlich der Familienplanung; Immunisierung gegen die schweren Infektionskrankheiten; Prävention und Kontrolle der regional vorkommenden Krankheiten; angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen; zur Verfügungstellung der essentiellen Arzneimittel“ (Erklärung von Alma-Ata, VII 3).

„Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ in Industriestaaten

Anlaß und Zielgruppe der „primary health care“ sind eindeutig Entwicklungsländer (1, 3, 6). Insbesondere in der europäischen Region der WHO wurde indes die Bedeutung der neuen Konzeption auch für Industriestaaten betont, obschon in diesen Staaten anerkanntermaßen vielfach ein umfassendes und hochorganisiertes medizinisches Versorgungssystem besteht (7, 15). Die für Entwicklungsländer wie für Industriestaaten gleichermaßen geltenden Basisprinzipien der Idee der „primary health care“ sind gemäß der Definition der europäischen Region der WHO:

1. Zwischen Gesundheitsbedürfnissen, den damit verbundenen Aufgaben und den einzelnen Betreuungsfunktionen innerhalb der Gesundheitsversorgung muß eine enge Verbindung bestehen.
2. Die Gemeinschaft muß an der Gesundheitssicherung beteiligt werden.
3. Die Gesundheitssicherung muß so wirksam und effizient wie möglich erbracht werden.
4. Die „primary health care“ ist kein isolierter, eigenständiger Ansatz zur Gesundheitssicherung, sondern der „bürgernäheste“, in der Gemeinde verankerte Teil eines integrierten und umfassenden Gesundheitssicherungssystems.

Die Diskussion dieser vier Grundsätze ergibt, daß „primary health care“ nicht mit „primary medical care“ gleichzusetzen ist; vielmehr ist „primary health care“ ein breiter, umfassender und ökologisch befriedigender Ansatz zur Gesundheitssicherung, der insbesondere die Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Verbindung mit notwendigen kurativen und rehabilitativen Maßnahmen betont. „Primary health care“ beginnt damit nicht erst beim bereits Erkrankten, sondern erwartet eine Verbesserung des Gesundheitsstandes durch soziale Maßnahmen und Umweltsanierung. Auf der Seite der Dienstleistungen müssen Integration und Kooperation gefördert werden, auf der Seite der Konsumenten Laienmedizin und medizinische Selbsthilfe mit dem Ziel eines besseren Gesundheitsbewußtseins. „Community-orientated“ bedeutet für europäische Verhältnisse, daß die Gemeinschaft, zumindest aber die

örtliche Gemeinde die Gesundheitssicherung nach den jeweiligen lokalen Bedürfnissen in Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle mitbestimmen darf. Als wirksam wird allein das Gesundheitswesen angesehen, das Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Krankenversorgung mit der Betonung auf vorbeugende Maßnahmen miteinander verbindet. Als effizient gilt die Gesundheitssicherung, die die vorhandenen Ressourcen schonend nutzt, indem sie dem jeweiligen Ökosystem der Gemeinde angepaßt ist. „Primary health care“ bringt schließlich die verschiedenen Dienste und Versorgungsebenen des nationalen Gesundheitswesens zusammen, indem horizontal die Koordination der verschiedenen medizinischen und sozialen Dienste und vertikal ein Kontinuum primärer, sekundärer und tertiärer Versorgungsebenen hergestellt wird. Grundvoraussetzung für eine wirksame Gesundheitssicherung nach dem Konzept der „primary health care“ ist auch in Industriestaaten eine dem wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungsstand entsprechende gesamtstaatliche Gesundheitspolitik in Kooperation aller die Gesundheitssicherung berührenden Teilbereiche.

Zur Übersetzung und Reaktion auf das neue Programm der WHO in der Bundesrepublik

Dieses Programm der „primary health care“ führt schließlich zur deutschen Übersetzung, für die drei Wortgruppen als gleichwertig vorgeschlagen werden:

- „primäre Gesundheitsversorgung“ oder „gesundheitliche Primärversorgung“ als offizielle Übersetzung der WHO,
 - „gemeindenähe Gesundheitssicherung“ oder „gemeindebezogene Gesundheitssicherung“ und schließlich
 - „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“,
- als Versuche, die Bedeutung von „primary health care“ in einem deutschen Leitwort zu fassen.

Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern blieb die Reaktion in der Bundesrepublik Deutschland auf die geänderte gesundheitspolitische Konzeption der WHO und die Konferenz von Alma-Ata bisher denkbar gering. Die wenigen in der medizinischen Fachliteratur zu diesem Thema erschienenen Arbeiten beschäftigen sich meist mit Entwicklungsländern (2, 4, 8, 14, 21, 22, 23). Überlegungen zur deutschen Übersetzung und zur Bedeutung des Begriffs „primary health care“ für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland wurden kaum angestellt.

EG-Arbeitsgruppe zu „Primary Health Care in the European Community“

Demgegenüber berief das Generaldirektorat Beschäftigung und soziale Angelegenheiten der Europäischen Kommission in Brüssel bereits im Sommer 1978 eine internationale Arbeitsgruppe ein, in der unabhängige Gutachter aus allen Mitgliedsstaaten das Thema „Primary Health Care in the European Community“ untersuchen sollten (13, 25). Ziel der Arbeitsgruppe sollte sein, auf der Grundlage einer sekundärstatistischen Erhebung Empfehlungen an die Gesundheitsminister zu erarbeiten, wie das Gesundheitswesen der EG-Länder im Sinne der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ weiterzuentwickeln sei.

Hauptproblem der Arbeitsgruppe war zunächst, das vielschichtige und vieldeutige Programm der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ für eine international vergleichende Studie zu konzeptualisieren und zu operationalisieren. Schließlich einigte man sich auf eine sehr eingeschränkte Arbeitsdefinition; danach ist „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ die Versorgung von Individuum und Familie, die auf einer nichtstationären ambulanten oder häuslichen Basis erbracht wird“. Ferner einigte man sich auf die Methode des „Questionnaire“, um das empirische und statistische Material nach einheitlichen Kriterien zu erheben.

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ in der Bundesrepublik Deutschland nach dem „Questionnaire“ der EG-Arbeitsgruppe

Unter Berücksichtigung der stark eingeschränkten Konzeptualisierung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“, wie sie etwa in der sehr eingeschränkten Arbeitsdefinition zu sehen ist, sowie unter Berücksichtigung der weiteren Einschränkungen, die sich während der Bearbeitung des auf Funktionen und Dienstleistungsträger ausgerichteten Fragebogens ergaben, stellt sich die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ in der Bundesrepublik Deutschland gemäß dem „Questionnaire“ folgendermaßen dar (9): Für die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ steht in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl von verschiedenen Diensten in unterschiedlicher Trägerschaft, mit unterschiedlicher Finanzierung und unterschiedlicher personeller und apparativer Ausstattung zur Verfügung, und zwar sind dies für die Hauptfunktionen „Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung“ niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, der öffentliche Gesundheitsdienst, der betriebsmedizinische Dienst u.a., für „Diagnose und Behandlung von Kranken“ niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, Krankenhausambulanzen, Rettungsdienste u.a. und schließlich für „Versorgung und Rehabilitation von chronisch Kranken“ wiederum niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, der öffentliche Gesundheitsdienst, Gemeinde-/Sozialstationen, der sozialmedizinische Dienst u.a.

Den bei weitem größten Anteil an der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ stellen jedoch in freier Praxis einzeln niedergelassene Ärzte. An der ambulanten medizinischen Versorgung sind Allgemein-/praktische Ärzte und auch Fachärzte, hier insbesondere Internisten, Gynäkologen und Kinderärzte, beteiligt. Unter den niedergelassenen Ärzten nimmt der relative Anteil der Allgemein-/praktischen Ärzte seit vielen Jahren ständig ab; der prozentuale Anteil der Fachärzte nimmt demgegenüber ständig zu. Ferner ist in der Bundesrepublik seit Jahrzehnten die stationäre Versorgung ständig intensiviert worden. Der ÖGD hat demgegenüber einen ständigen Verlust an Funktionen und Personal, insbesondere an Ärzten, hinnehmen müssen. Die ambulanten häuslichen Pflegedienste haben ebenfalls ständige Einbußen erlitten und leben erst seit wenigen Jahren unter dem Konzept „Sozialstationen“ wieder auf. Seit einigen Jahren ist in der Bundesrepublik insbesondere bei Praxisneugründungen ein Trend zu erkennen, verschiedene Formen von „Gruppenpraxen“ einzurichten und zu betreiben. Legt man die internationale angelsächsische Definition

zugrunde, daß in einer Gruppenpraxis drei oder mehr Ärzte arbeiten, stellen Gruppenpraxen in der Bundesrepublik Deutschland jedoch nur einen verschwindend kleinen Anteil an der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“. Für den Funktionsablauf der Praxis ist allein und ausschließlich der Praxisinhaber verantwortlich; Individuum, Familie und Gemeinde haben keinerlei formale Rechte zur Mitwirkung. Durch die GKV ist sichergestellt, daß über 90% der Bevölkerung freien Zugang zur ärztlichen Versorgung haben. Die medizinische Versorgung der restlichen Bevölkerung entspricht im groben den Leistungen der GKV, so daß faktisch die gesamte Bevölkerung freien und umfassenden Zugang zu medizinischen Leistungen hat.

Die Planung im Bereich der ambulanten Versorgung ist nicht funktionsbezogen, sondern im wesentlichen eine räumliche Verteilungsplanung. Sie wird durch die KV und damit durch die Anbieter von Gesundheitsleistungen durchgeführt. Eine lockere Koordinierung gibt es lediglich mit der Krankenhausplanung auf Landesebene. Eine formale Koordinierung der verschiedenen Dienste der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ auf lokaler Ebene gibt es nicht. Ebenfalls hat die Gemeinde keinerlei formalen Einfluß auf die Planung der ambulanten medizinischen Versorgung. Einfluß hat die Gemeinde lediglich auf die örtlichen Gesundheitsämter, sofern diese in den betreffenden Bundesländern kommunalisiert sind; ferner kann die Gemeinde bei der Einrichtung und dem Betrieb von Sozialstationen Einfluß nehmen. Eine allgemeine Haushaltsplanung gibt es in der ambulanten medizinischen Versorgung ebensowenig wie eine funktionsbezogene Haushaltsplanung. Die Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung wird vielmehr im Rahmen der GKV von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst organisiert. Allgemein anerkannte und angewandte Evaluationsverfahren gibt es nicht. Diese befinden sich vielmehr noch im Anfang der wissenschaftlichen Diskussion.

Die Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik im Sinne der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ ist derzeit ebenfalls nicht zu erkennen. Das Konzept der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ ist in der Bundesrepublik vom politisch-administrativen System und von den maßgeblichen Interessengruppen nicht zur Kenntnis genommen worden. Ein sozialer Träger für die Idee der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“, der aufgrund seiner Position Einfluß auf die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens im Sinne dieses Programms nehmen könnte, ist nicht in Sicht: Die Zielrichtung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ und die historisch bedingten Interessen beispielsweise der Verbände in der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung klaffen von vornherein weit auseinander, ja sind zum Teil völlig entgegengesetzt. Es ist nicht ohne eine gewisse Ironie, daß ausgerechnet ein nach Zahl und Einfluß im Gesundheitswesen nachgeordneter Verband, der Berufsverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, sich als einziger – und übrigens in der Begründung völlig zu Recht – öffentlich zu den Prinzipien der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ bekannt hat (20).

Die Bundesrepublik Deutschland ist damit einerseits ebenso ein Musterbeispiel für die Vorzüge und Nachteile eines

umfassenden und hochorganisierten medizinischen Versorgungssysteme, wie es für alte Industriestaaten kennzeichnend ist, wie sie auf der anderen Seite ein ebenso konträres Gegenbeispiel zu einer Gesundheitssicherung im Sinne der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ darstellt.

Allgemeine Ergebnisse der EG-Arbeitsgruppe

In einer allgemeinen Diskussion der Arbeitsergebnisse stellte die EG-Arbeitsgruppe zunächst fest, daß sich die meisten Gesundheitsminister in der europäischen Region der WHO in zwei Punkten einig seien:

- Die Notwendigkeit, die Grundversorgung auszubauen und aus den Krankenhäusern die Fälle herauszuholen, die anderswo besser und möglicherweise auch billiger versorgt werden können;
- ein solcher Ausbau würde es mit sich bringen, daß diese Grundversorgung nicht mehr in angemessener Weise von einem einzigen Arzt gewährleistet werden kann, sondern das erforderliche Personal und die nötigen Einrichtungen bereitgestellt werden müssen, zu deren Koordinierung eine gewisse Art von Organisation erforderlich ist.

Die Arbeitsgruppe konnte ferner feststellen, daß einige Länder der Europäischen Gemeinschaft bereits die Initiative ergriffen haben, die Krise des Gesundheitssystems durch den Ausbau und die Entwicklung der medizinisch-sozialen Grundversorgung zu überwinden. Ärztezentren und Ärzteteams nehmen zu, die Hausversorgung gewinnt an Bedeutung, die Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Diensten beginnt Wirklichkeit zu werden, und es gibt bereits Modelle für die Mitwirkung der Bevölkerung am Gesundheitswesen.

Gründe für die (Weiter-)Entwicklung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“

Nach übereinstimmender Meinung der Arbeitsgruppe kann die eher abstrakte Aussage der WHO, daß die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ der Schlüssel zur Erlangung eines annehmbaren Gesundheitsstandes für alle ist, in verschiedene konkrete Aspekte übertragen werden, die die Entwicklung einer „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ im Rahmen der einzelstaatlichen Politiken erforderlich machen, bzw. – wo bereits ein Anfang gemacht sei – ihre Weiterentwicklung unterstützen:

In erster Linie – und das ist der wichtigste Aspekt – wären die sich ändernden Lebens- und Gesundheitsmuster zu nennen.

Das Umsichgreifen chronischer degenerativer Krankheiten sowie die Zunahme von Unfällen sind die größte Bedrohung des menschlichen Lebens, das Überaltern der Bevölkerung ist eine Herausforderung an die medizinische Versorgung; genetisch, umwelt- und verhaltensbedingte pathologische Zustände sowie die ständig wachsende Nachfrage nach medizinischer Versorgung sind die wichtigsten Merkmale des europäischen Gesundheitswesens in unseren Tagen.

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ bietet eine bedarfsgerechtere Gesamtkonzeption wegen

- der Integration von Vorsorge und Heilung,
- dem Gleichgewicht zwischen sachlicher Hilfe und gesellschaftlicher Verantwortung,
- der ganzheitlichen Grundanschauung bei der Bestimmung und Lösung von Gesundheitsproblemen und
- der Bremswirkung auf eine Eskalation der Nachfrage.

Zweitens haben immer umfangreichere Kenntnisse zu einer starken Spezialisierung im medizinischen Bereich und zu einer weitgehend unkontrollierten Zersplitterung des Gesundheitswesens geführt. Das hat wiederum einige Länder dazu veranlaßt, unzusammenhängende Gesundheitssysteme zu entwickeln. Daß Krankenhäuser einer immer komplexeren Organisation bedürfen, ist eine anerkannte Tatsache. Die außerhalb der Krankenhäuser liegenden Gesundheitsdienste – die elementare, ambulante oder überindividuelle Versorgung – sind hingegen in den meisten Ländern weitgehend unzusammenhängend und bruchstückhaft geblieben.

Die Organisation der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ ist ein notwendiger Schritt für die Aufwertung der bürgernahen Dienste, um diese in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben in effektiverer und effizienterer Form zu erfüllen.

Drittens hat die Kostenexplosion im Gesundheitswesen vielen Ländern vor Augen geführt, daß ihre Ressourcen für die Lösung der Gesundheitsprobleme begrenzt sind. Bei der Suche nach Alternativen für die hochentwickelte, aber auch sehr kostspielige Krankenhauspflege hat man den Aufbau einer „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ als eine unter finanziellen Gesichtspunkten effizientere Lösung erkannt. Das soll keinesfalls heißen, daß die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ unbedingt billiger wäre, aber die zur Verfügung stehenden Mittel könnten so bedeutend besser genutzt werden und zu einem effizienteren Funktionieren des gesamten Gesundheitssystems beitragen.

Schließlich haben die begrenzten medizinischen Erfolge bei der Heilung von chronischen oder degenerativen Erkrankungen das Interesse an der Gesundheitsförderung und -vorsorge wieder geweckt, die sich gerade in bezug auf übertragbare Krankheiten so sehr bewährt haben. Die Grundkonzeption der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“, die auch ein neues Verständnis von den Auswirkungen der Lebensweise und der Umwelt auf die Gesundheit des Menschen einschließt, bietet neue Möglichkeiten für die Erhaltung der Gesundheit und die Prävention von Krankheiten.

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ soll die Fachärzte, Krankenhäuser oder die medizinische Spitzentechnologie nicht ersetzen, sie soll lediglich deren effizienteren Einsatz möglich machen. Da die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ ein unabdingbares Bindeglied in einer Dienstleistungskette darstellt, können diese anderen Dienste auf effizientere und ausgewogenere Weise genutzt werden.

„Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ und die Europäische Gemeinschaft

Die Arbeitsgruppe ist sich der Kostenexplosion im Bereich der medizinisch-sozialen Versorgung in einer Situa-

tion bewußt, in der das Durchschnittsalter der Bevölkerungen der EG-Mitgliedstaaten immer weiter ansteigt und zu erwarten ist, daß die medizinischen und sozialen Dienste in Zukunft mehr – und nicht weniger – in Anspruch genommen werden. Sie strebt auch eine bessere Verwendung der begrenzten Mittel an und möchte gleichzeitig die Qualität und die Annehmbarkeit ihrer Dienstleistungen für alle Teile der Bevölkerung, und insbesondere für diejenigen, die der medizinischen Vorsorge und Pflege am meisten bedürfen, verbessern.

Erste Empfehlungen der EG-Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe stellt die folgenden ersten Empfehlungen für die Planung und Entwicklung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft zur Diskussion:

A. Allgemeine Politik

Entsprechend der Erklärung von Alma-Ata (WHO) sollten alle Regierungen nationale Politiken, Strategien und Aktionspläne ausarbeiten, um die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ als Teil eines nationalen Gesundheitssystems und im Zusammenwirken mit anderen Sektoren aufzubauen und zu unterhalten.

- A.1. Weil der größte Teil der Gesundheitsprobleme eine ununterbrochene Dienstleistungskette erfordert, sollte das Gesundheitssystem als ein zusammenhängendes Ganzes aus mehreren Untersystemen mit spezifischen Funktionen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben entwickelt werden. Die Regierungen sollten Strategien erarbeiten, um eine Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Unterabteilungen des Gesundheitssystems zu fördern und um Modelle für eine Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen diesen Teilbereichen zu entwickeln.
- A.2. Nachdem die Funktionen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Rahmen des nationalen Programms einmal genau abgegrenzt sind, müssen Strategien mit klar umrissenen Zielsetzungen ausgearbeitet werden, um die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ als erste Stufe dieser Dienstleistungskette aufzubauen und weiterzuentwickeln.
- A.3. Um die politische Bedeutung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ deutlich zu machen, sollten die Regierungen diesem Posten innerhalb der für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel immer mehr Bedeutung beimessen. In Anbetracht der Schwierigkeiten finanzieller Art könnte dieses Ziel dadurch erreicht werden, daß die Mittel für die anderen Stufen des Gesundheitswesens langsamer angeho-ben werden.

B. Organisation der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“

Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ erhält eine solche Tragweite, daß sie nicht mehr von einem einzigen Arzt sichergestellt werden kann; er braucht vielmehr die Unterstützung durch zusätzliches Personal und zusätzliche Einrichtungen.

Die Koordinierung der verschiedenen Grundversorgungseinrichtungen erfordert eine gewisse Organisation.

- B.1. Die Regierungen sollten die Teamarbeit in der Grundversorgung fördern. Mit entsprechenden finanziellen Regelungen oder Beihilfen muß ein Anreiz für organisatorische Strukturen geschaffen werden, in denen die verschiedenen Dienstleistungen koordiniert und/oder integriert sind.
- B.2. Da die Organisationsformen und -mittel im Bereich des Gesundheitswesens, die Finanzierungs- und Buchführungsmethoden sowie der Ursprung des gegebenen Anreizes für die Entwicklung dieser Grundversorgung von Land zu Land unterschiedlich sind, können mehrere Organisationsmodelle (z.B. Gemeinschaftspraxen, Hausversorgungsteams, Gesundheitszentren, Polykliniken) in Betracht gezogen werden. Versuche mit den verschiedenen Organisationsmodellen und deren Evaluierung könnten anregend und lenkend auf den Entscheidungsprozeß einwirken.
- B.3. In Anbetracht des multidimensionalen und multikausalen Charakters der meisten Gesundheitsprobleme unserer Tage sollte zwischen den medizinischen und den sozialen Diensten ein gewisser Grad an Integration angestrebt werden.

C. Personal der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“

Die Entwicklung und die Verwirklichung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ erfordern ein Personal, das nicht nur die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten, sondern auch die innere Haltung mitbringt, die den jeweiligen Aufgaben auf dieser Stufe des Gesundheitswesens entspricht.

- C.1. Gesteigerte Aufmerksamkeit muß dem Anteil der Medizinstudenten gewidmet werden, die sich dazu entschließen, an den spezifischen Ausbildungsprogrammen für Tätigkeiten im Bereich der medizinisch-sozialen Grundversorgung teilzunehmen. Es muß untersucht werden, inwieweit die Selektion beim Zugang zum Medizinstudium und die medizinischen Lehrpläne einen Einfluß darauf haben, welche Laufbahn die Medizinstudenten einschlagen; dann sollten die Faktoren gefördert werden, die die Wahl der Studenten zugunsten der medizinisch-sozialen Grundversorgung beeinflussen.
- C.2. Die Regierungen sollten die Durchführung von Umschulungs- und Ausbildungskursen für alle im Bereich der Gesundheit tätigen Personen organisieren oder unterstützen, wobei die besonderen Fähigkeiten des einzelnen im Hinblick auf die spätere Funktion im Rahmen des Grundgesundheitswesens zu fördern sind. Das bedeutet, daß die Ausbildungsprogramme sektorale Aktivitäten einschließen, sich in stärkerem Maße auf die Verhaltenswissenschaften stützen, der Vorbeugung und Gesundheitserziehung mehr Aufmerksamkeit schenken und die Bereitschaft zur ständigen Weiterbildung und Kooperation entwickeln sollten.
- C.3. Da die verschiedenen Kategorien von Mitarbeitern im Bereich der medizinisch-sozialen Grundversorgung in einer Art Team zusammenarbeiten sollen, sollten die Fähigkeiten und die innere Einstellung zur Teamarbeit in den Ausbildungsprogrammen besonders berücksichtigt werden. Die Regierungen sollten Versuche durchführen und unterstützen, die darauf abzielen,

integriertere Ausbildungssysteme für die verschiedenen Mitarbeiterkategorien im Grundgesundheitsdienst zu entwickeln.

D. „Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ und die Gemeinde

Weil der Mensch das Recht und die Pflicht hat, zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit beizutragen, sollten die Regierungen die volle Mitwirkung der Gemeinde auf allen Stufen der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ sicherstellen.

- D.1. Sowohl auf der örtlichen als auch auf der regionalen und nationalen Ebene des Gesundheitswesens sollten die Regierungen für die Entwicklung der erforderlichen institutionellen Einrichtungen (z.B. Gesundheits- oder Sozialräte) sorgen, über die einzelne Personen, Familien und Gemeinschaften an der Planung, Organisation, Verwaltung und Kontrolle der medizinisch-sozialen Grundversorgung mitwirken können.
- D.2. Es sollten Programme für die Gesundheitserziehung erstellt werden, mit deren Hilfe die Bevölkerung ihre eigenen Probleme so lange wie möglich selbst lösen kann.
- D.3. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Hindernisse, die sich derzeit noch einer Inanspruchnahme der Grundversorgungsdienste in den Weg stellen, und die sich nicht zuletzt aus den bestehenden Krankenversicherungssystemen ergeben. Die Krankenversicherungen sollten die Inanspruchnahme der medizinisch-sozialen Grundversorgung fördern.

E. „Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ und soziale Versuche

Obwohl sehr viele umfangreiche und komplexe Probleme gelöst werden müssen und im Laufe der Zeit auch immer wieder neue Probleme entstehen, müssen die Forschung im Bereich des Gesundheitswesens und die sozialen Versuche auf dem Gebiet der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ fortgesetzt werden.

- E.1. Die Regierungen sollten einen bestimmten Prozentsatz der Mittel, die für die Forschung im Bereich der Gesundheitsdienste und für soziale Versuche zur Verfügung stehen, der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ vorbehalten. Eine besondere Aufmerksamkeit sollte der Evaluierung und dem „feedback“ dieser Programme gewidmet werden.
- E.2. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften sollte aufgefordert werden, Modellvorhaben in den Mitgliedstaaten zu organisieren und zu entwickeln (z.B. die Organisation von Teamarbeit, die Mitwirkung der örtlichen Bevölkerung, die unterstützende und beratende Beaufsichtigung der medizinisch-sozialen Grundversorgung durch Fachkräfte, Hausversorgungsprogramme).
- E.3. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften sollte aufgefordert werden, ihre Bemühungen im Bereich des Austauschs von Informationen, Erfahrungen und Fachkenntnissen auf dem Gebiet der Entwicklung der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ zwischen den Mitgliedstaaten fortzusetzen und zu verstärken.

Literatur

- Bennett, F.J.: Primary Health Care and Developing Countries. In: Soc. Sci. & Med. 13 A, 1979, 505–514
- Bichmann, W.: Elementare Gesundheitsbedürfnisse und traditionelle Medizin. Zum Hintergrund des Konzeptionswandels medizinischer Versorgung in Afrika. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 4 (1979) 143–165
- Bichmann, W.: Primary Health Care and Traditional Medicine. Considering the Background of Changing Health Care Concepts in Africa. In: Soc. Sci. & Med. 13 B (1979) 175–182
- Bremer OECD-Konferenz: Vom Hausarzt zum Gesundheitsteam? Bremer Diskussion über „gesundheitliche Primärversorgung“, Kooperation der Gesundheitsberufe und „integrierte Ausbildung“. In: DÄ 76 (1979) 687–691
- Djukanovic, V., E.P. Mach: Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries. A Joint UNICEF/WHO Study, Genf 1975
- Gish, O.: The Political Economy of Primary Care and „Health by the People“. A Historical Exploration. In: Soc. Sci. & Med. 13 C (1979) 203–211
- Kaprio, L.A.: Primary Health Care in Europe (= EURO Reports and Studies, 14) Kopenhagen 1979
- Kromberg, M.: Eine eminent politische Aufgabe. In: Forum Vereinte Nationen (Development Forum) 5, 1978
- Labisch, A.: Die gemeindenahere medizinisch-soziale Grundversorgung (Primary Health Care) in der Europäischen Gemeinschaft. Beantwortung des „Questionnaire“ für die Bundesrepublik Deutschland (= unveröffentlichtes Gutachten für die EG-Arbeitsgruppe „Primary Health Care in the European Community“), Brüssel 1979
- Mahler, H.: Health for all by the Year 2000. In: WHO-Chronicle 29 (1975) 457–461
- Mahler, H.: Promotion of Primary Health Care in Member Countries of WHO. In: Public Health Report 93 (1978) 107–113
- Newell, K.W. (Hrsg.): Health by the People, Genf 1975
- Nuyens, Y., L. Verluyt: Die gemeindenahere medizinisch-soziale Grundversorgung (Primary Health Care) in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Zusammenfassender Bericht über die Tätigkeiten einer auf Initiative der Kommission der Europäischen Gemeinschaften aus unabhängigen Sachverständigen gebildeten Arbeitsgruppe, Löwen 1980 (Brüssel, Kommission der EG/Generaldirektorat Beschäftigung und soziale Angelegenheiten (V/476/80-DE) 1980).
Leider enthält der empirische Teil dieses zusammenfassenden Berichts, zumindest für die Bundesrepublik Deutschland, aus unerfindlichen Gründen – offensichtlich wegen mehrfacher Hin- und Rückübersetzungen – dermaßen viele Fehler und irreführende Interpretationen, daß eine sachgerechte Information unmöglich ist. Es scheint dem Autor des Gutachtens (9) daher gerechtfertigt, eine eigene Bestandsaufnahme zur „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ in der Bundesrepublik Deutschland vorzulegen, die voraussichtlich im Medizinsoziologischen Jahrbuch, Bd. 2, 1982, erscheint.
- Planz, M.: Primäre Gesundheitsversorgung und Allgemeinmedizin. Bericht über die Konferenz für primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata. In: der Praktische Arzt (1978) 3987–3989
- Primary Health Care in Industrialized Countries. In: Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 310, 1978
- Primary Health Care in the WHO regions. In: WHO Chronicle, 32 (1978) 431–438
- Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6.–12. Sept. 1978. Genf 1978
- Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care. Report by the Director-General (A 28/9–18. April 1975). In: Official Records of the WHO, No. 226, Genf 1975, 112–119
- Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care. Resolution WHO 28.88. In: Official Records of the WHO, Nr. 226, Genf 1975, S. 53 f.
- Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der gesundheitlichen Primärversorgung der Bevölkerung. In: Öff. Gesundh.-Wesen 41 (1979) 655 (= Beschlüsse der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD am 12.6.79 in Malente)

- 21 Trojan, A., H. Waller (Hrsg.): Gemeindebezogene Gesundheits-sicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizini-sche und psycho-soziale Berufe (= Medizin und Sozialwissen-schaften, 7) München 1980
- 22 Wedel, G.: Primary Health Care – ein Bericht aus der Praxis. Vom Gesundheitsdienst in Kenia. In: DÄ 76 (1979) 3323–3327
- 23 Werner, R.: Medizinmänner (traditionelle Heilkundige) im Bas-isgesundheitsdienst und die Rolle der traditionellen Medizin im Hinblick auf die moderne Medizin. In: Öff. Gesundh.-Wesen 42 (1980) 637–656
- 24 The Work of the WHO 1976–1977. Biennial Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations (= Official Records of the WHO, No. 243) Genf 1978, S. 34–38
- 25 Die EG-Arbeitsgruppe setzte sich aus folgenden Personen zu-sammen: Für die EG-Kommission/Generaldirektorat Beschäfti-gung und soziale Angelegenheiten E. Crijns als Direktor sowie J. Degimbe und H. Joossen; als wissenschaftlicher Berater B. Abel-Smith, London; als Mitglieder der Arbeitsgruppe E. Duhr (Luxemburg), R. Fery (Frankreich), E. Fitzgerald (Irland), E. Holst (Dänemark), F. Huygen (Niederlande), M. Jefferys (Groß-britannien), A. Labisch (Bundesrepublik Deutschland), Y. Nuyens (Belgien), L. Pignataro (Italien). Als Sprecher der AG fungierte Y. Nuyens, seine Mitarbeiterin war L. Versluys (beide Univer-sität Leuven).

Prof. Dr. A. Labisch, M.A., Fachbereich Sozialwesen der Gesamthochschule Kassel, Universität des Landes Hessen, Heinrich-Plett-Straße 40, D-3500 Kassel

BUCHBESPRECHUNGEN

Meyer-Wahl, L.: Anfallkrankheiten. Ein Leitfadens für alle Betroffen-ten. 1980. VIII, 137 S., 14 Abb., 2 Tab. (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.) Kart. DM 12,80.

Aus eigenem Wissen und eigener Erfahrung schöpfend, schildert die fachkundige Kollegin sympathisch, sachlich und interessant. Er-klärt werden in klaren Zügen der Begriff Epilepsie, das Wesen und das Erscheinungsbild. Im Rahmen der Diskussion der Therapie wird neben der medikamentösen Versorgung auf die Wiedereingliederung in die Societas größter Wert gelegt. Anschauliche Beispiele vermit-teln klare Hinweise. Den Problemen des sozialen Bereiches ist unter Beachtung der verschiedensten Bereiche des täglichen Lebens an-schaulich Raum gegeben. Zwischenmenschliche Beziehungen werden ebenso wie Lebensgewohnheiten und Freizeitbeschäftigungen beispielhaft geschildert. Auf die notwendige Sozialgesetzgebung ist hingewiesen, Literaturangaben und Sachregister vervollständigen die-ses kleine Handbüchlein von 137 Seiten. Es ist für Laien, Kranke, Medizinstudenten und weniger fachlich gebildete Ärzte ein den heutigen Anforderungen in jeder Beziehung angepaßter Leitfadens.

Saalmann, Freiburg

Edwards, G., A. Arif: Drug Problems in the Sociocultural Context: A Basis for Policies and Programme Planning. (Public Health Pa-pers, No. 73). 1980. 258 pp. (World Health Organization, Geneva.) Paperbound, Sw.fr. 18,-

Es wurde von Edwards u. Arif der geglückte Versuch unternom-men, in einem überschaubaren Rahmen das soziokulturelle Bedin-gungsgefüge von Drogengebrauch und Mißbrauch (Alkohol, Niko-tin, psychotrope Pharmaka, illegale Drogen) exemplarisch aufzuzu-igen. Es gilt meine Hochachtung den beiden Autoren besonders, weil sie Wissenschaftlern aus der 3. Welt ausgiebig zu Wort kommen ließen. Es wird in der Beschreibung der jetzigen Situation ein Teil der in den hochentwickelten Ländern gemachten Entwicklung und die weltweite Bedeutung und Ähnlichkeit dieser Problematik bei ähnlichen sozialen Umwerfungen, aber auch der immer noch prä-gende Einfluß des jeweiligen spezifischen soziokulturellen Hinter-grundes deutlich. Die Analyse soll als Grundlage für die Entwick-lung von Behandlungsprogrammen dienen: und hier zeigt sich für den Leser unseres Kulturraumes Erstaunliches, aus der Not einer mangelnden soziomedizinischen Grundversorgung bei schwierigsten

ökonomischen Problemen kann etwas dadurch getan werden, daß verschiedenste soziale Kräfte und Institutionen mit in Prävention und Therapie einbezogen werden, ohne daß es eines großen (teu-ren) professionellen Apparates bedarf, was nicht bedeutet, daß es sich hier um einfache Lösungsversuche handelt. Auch Fehler werden weltweit aufgezeigt, die um so gravierender sind, je mehr von oben herab Gesamtlösungen mit wenigen Maßnahmen angestrebt werden. Beispiele erstaunlicher Symptomverschiebungen aus dem westlichen und ostasiatischen Raum werden berichtet.

Dieses Buch öffnet die Tür zu einem weltweiten Gedankenaustausch und sollte allen, die in der Suchtarbeit tätig sind (z.B. auch Politik-ern) zur Verfügung stehen.

Schwarz, Bredstedt

Dahmer, J.: Anamnese und Befund. Die systematische ärztliche Untersuchung. Mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog. 4., neube-arb. u. erw. Aufl., 1981. X, 504 S., 227 Abb., 77 Schemata und Tabellen, 629 Fragen zur Selbstkontrolle. (Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York.) (Flexibles Taschenbuch.) DM 28,80.

Die Vorlage der 4. Auflage seit Erscheinen des Buches „Anamnese und Befund“ von Dahmer im Jahre 1970 unterstreicht die Qualität und die positive Aufnahme dieses Buches. Nach einführenden Be-merkungen über die ärztliche Diagnostik, die Anamnesetechnik, den Befund und den allgemeinen Eindruck werden die Untersuchungen der einzelnen Organe besprochen. Es schließen sich an die gynäko-logisch-geburtshilfliche Untersuchung, die Untersuchung von Kin-dern, von Bewußtlosen einschließlich der Notfalluntersuchung so-wie die problemorientierte Patientenbetreuung und Dokumentation. Lernziele und am Gegenstandskatalog orientierte Fragen und Lö-sungsvorschläge finden sich in allen Kapiteln.

Das Buch ist klar gegliedert, didaktisch hervorragend aufgebaut und mit einprägsamen Zeichnungen und Abbildungen versehen. Es ori-entiert sich unabhängig von vermuteten Krankheiten an dem möglichst vollständigen Erfassen des Patienten und damit von Symptomen zur Diagnose und Therapie. Insofern entspricht es dem ganzheit-lichen Denkansatz in der Medizin.

Der „Dahmer“ ist das wohl beste Buch dieser Art im deutschspra-chigen Raum und sollte zur Standardausstattung jedes Medizinstu-denten gehören. Für den praktizierenden Arzt jeder Fachrichtung ist es eine wertvolle Hilfe.

Beske, Kiel