

EUR/ICP/GPVD 94 01/MT01
08805
ORIGINAL: ENGLISCH

AUSARBEITUNG EINER CHARTA FÜR DIE ALLGEMEINARZTPRAXIS IN EUROPA

Bericht über eine WHO-Arbeitsgruppentagung

Utrecht
9. – 11. Juni 1994

1995

EUR/GFA-Ziel 28

ZUSAMMENFASSUNG

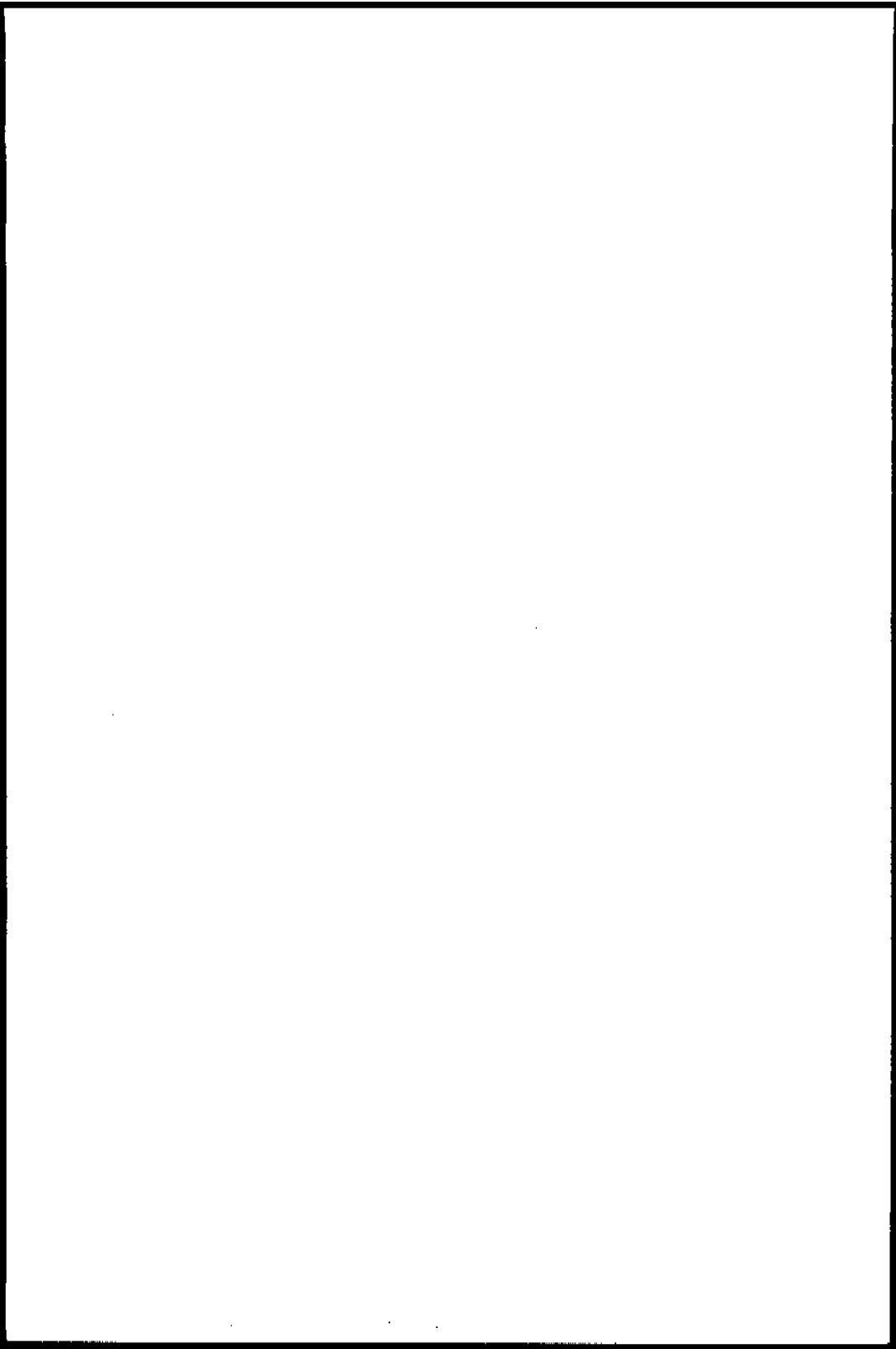
Die Berufspraxis des Allgemeinarztes in Europa wandelt sich, weshalb bereits auf vorherigen Tagungen die Ansicht geäußert worden war, daß eine Charta für die Allgemeinarztpraxis in Europa ein nützliches Instrument zur Ausrichtung und Stärkung dieses Prozesses sein würde. Ziel der Arbeitsgruppe war es, sich auf den ersten Entwurf der Charta zu einigen, damit weitere Schritte zu ihrer Fertigstellung unternommen werden können. Grundlage der Erörterungen bildete der vom Gastgeber der Tagung, dem Niederländischen Institut für Primäre Gesundheitsversorgung erarbeitete Vorentwurf. Während der Tagung konzentrierte man sich auf verschiedene Aspekte der Charta: Zweck der Charta, allgemeine Kennzeichen der Allgemeinarzt-/Hausarztpraxis, strukturelle, organisatorische und professionelle Bedingungen der Allgemeinarztpraxis und mögliche Strategien für die Umsetzung des Konzepts. Die Arbeitsgruppe einigte sich auf einen Textentwurf, der vom WHO-Regionalbüro für Europa redaktionell überarbeitet und anschließend mit der Bitte um Kommentare an einzelstaatliche und internationale Organisationen von Allgemeinärzten verschickt wird. Diese Kommentare werden danach in die Endfassung eingearbeitet.

Schlüsselwörter

FAMILY PRACTICE
HEALTH POLICY
EUROPE

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung.....	1
Diskussion.....	3
Präambel.....	4
Sinn dieser Charta.....	4
Kennzeichen der Allgemeinarztpraxis/klassischen Hausarztpraxis.....	4
Bedingungen.....	5
Implementationsstrategien.....	5
Nachschrift.....	6
Schlußfolgerungen und Empfehlungen.....	6
Anhang 1: Hintergrunddokumente.....	8
Anhang 2: Teilnehmer.....	9



EINLEITUNG

Im letzten Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts werden die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO und andernorts einer genauen Prüfung unterzogen und sehen sich gezwungen, auf Veränderungen hinzuwirken. Die wichtigsten an diesem Prozeß beteiligten Faktoren sind die Suche nach Möglichkeiten der Kostendämpfung, die Einführung oder Ausweitung von Marktmechanismen in bezug auf die Zugänglichkeit und das Leistungsspektrum der Dienste, ein Trend zur Dezentralisierung bestimmter Leitungs- und Organisationsfunktionen sowie die in der Öffentlichkeit herrschende Erwartung, daß die Gesundheitsdienste einer Vielfalt wachsender Bedürfnisse genügen werden. Eine zunehmende transparente Rechenschaftslegung und ein wachsendes Interesse der Öffentlichkeit an der Qualität der geleisteten Versorgung sind einige Resultate dieser Trends. Dabei erheben sich die Fragen, welchen Bedarf die Veränderungen im Bereich Schulung und Weiterentwicklung personeller Ressourcen bewirken und welche Public Health-Funktionen von den Gesundheitsdiensten erwartet werden können. Die fortschreitende Schwerpunktverlagerung aus dem Krankenhaus und von anderen Strukturebenen der Sekundärversorgung auf die ambulante Versorgung, die mit wirtschaftlichen und technologischen Argumenten gerechtfertigt wird, trägt dazu bei, das Bild zu verwirren. Die Hauptfrage bleibt weiterhin: Was könnten die Gesundheitsdienste zu einem Mehr an Gesundheit für die Bevölkerung beitragen? Diese Frage ist für die Allgemeinarztpraxis durchaus relevant, da der Allgemeinarzt als erste Kontaktebene der Gesundheitsdienste im Laufe von fünf Jahren praktisch einmal von fast jedem Bürger aufgesucht wird. Die derzeitigen Trends der Gesundheitsreformen in den MOE-Ländern (und hier insbesondere der Schritt vom Modell der Distriktarztversorgung zum klassischen Hausarztmodell) machen eine Reaktion nur um so dringlicher.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist davon überzeugt, daß die Gesundheitsdienste nur dann zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ beitragen können, wenn die Allgemeinärzte aktiv in die Arbeit einbezogen werden, und zwar durch eine Ausweitung ihres Funktionsspektrums und die Integration von gesundheitsfördernden,

präventiven und stützenden Aspekten und den Grundfunktionen der kurativen Versorgung, weshalb das Regionalbüro in den letzten Jahren zu einer Reihe von Tagungen eingeladen hat, bei denen es um eine Analyse dieses Bereichs ging.

Der Allgemeinarzt ist zwar ein alter Beruf, doch das derzeitige Berufsprofil wurde in einigen westeuropäischen Ländern während der letzten Jahrzehnte umgestaltet, und mittlerweile ist offensichtlich, daß sich die Allgemeinartzpraxis nur dann in die gewünschte Richtung entwickelt, wenn man diese Entwicklung strategisch richtig fördert und die geeigneten Instrumentarien findet, um diesen Prozeß abzustützen. Ein solches Instrument ist eine Charta für die Allgemeinartzpraxis in Europa. Im März 1992 wurden bei einer Beratungstagung über die Abfassung einer Charta für die Allgemeinartzpraxis in Europa in Utrecht, Niederlande, die praktischen Fragen erörtert, die sich bei der Unterstützung und Ausweitung der Entwicklung der Allgemeinartzpraxis im Zusammenhang mit der Erbringung von Primärversorgung ergeben.

Die Teilnehmer der vom 9. – 11. Juni in Utrecht veranstalteten Arbeitsgruppentagung über die Ausarbeitung einer Charta für die Allgemeinartzpraxis in Europa sollten auf der Grundlage der bereits geleisteten Arbeit und gestützt auf die zunehmend gewichtigere Rolle und die Funktionen der Primärversorgungsdienste in der Region einen ersten Entwurf der Charta ausarbeiten und sich darauf einigen. Die Tagung wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit dem Niederländischen Institut für Primäre Gesundheitsversorgung (NIVEL) ausgerichtet und veranstaltet. Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern von fünf Kooperationszentren für primäre Gesundheitsversorgung in Universitätsabteilungen und Forschungsinstituten für Allgemeinartzpraxis und primäre Gesundheitsversorgung sowie der beiden wichtigsten wissenschaftlichen europäischen Organisationen für Allgemeinärzte. Die Teilnehmer wurden vom wissenschaftlichen Leiter des NIVEL, Professor J. van der Zee, und im Namen des WHO-Regionaldirektors für Europa von Dr. J. Goicoechea begrüßt. Professor van der Zee war Vorsitzender, Herr W. Boerma und Dr. Goicoechea fungierten als Ko-Berichterstatter.

Diskussion

Die Teilnehmer erkannten zwar, daß bereits von seiten mehrerer wissenschaftlicher und berufsständischer Organisationen für Allgemeinärzte in Europa Papiere über die Rolle des Allgemeinarztes vorliegen, waren jedoch der Ansicht, daß sich die Charta davon erheblich unterscheiden würde. Es wurde vereinbart, die Charta als einfaches Statement abzufassen, das nicht präskriptiv sein dürfe, für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region akzeptabel sein und eine Zusammenfassung gewichtiger wissenschaftlicher und fachlicher Aussagen enthalten müsse, die deutlich machen sollten, daß es sich bei der Allgemeinarztpraxis bzw. der klassischen Hausarztpraxis um einen effektiven, sinnvollen und chancengleichen Weg der Leistungserbringung handeln könnte. Die Charta sollte ein WHO-Dokument sein, das einzelstaatlichen und internationalen Organisationen von Allgemeinärzten zur Debatte und Verabschiedung vorgelegt werden mußte.

Die Teilnehmer verwiesen darauf, daß es notwendig sei, das Zielpublikum nach Prioritäten einzustufen. Die vorrangigste Zielgruppe sind die Politiker und Entscheidungsträger, die Gesundheitsministerien und alle Ebenen der staatlichen Gesundheitsbehörden. Andere wichtige Zielgruppen umfassen die Ärzte aller Fachgebiete, Patienten und Öffentlichkeit, da diese Gruppen ein Interesse daran haben zu wissen, welche Leistungen sie vom Allgemeinarzt erwarten können.

Man vereinbarte, in den Titel der Charta beide Konzepte, das des Allgemeinarztes und das des klassischen Hausarztes, aufzunehmen. Im gesamten Papier würde man mit dem Begriff „Allgemeinarzt/Hausarzt“ arbeiten.

Nachdem der Ausgangstext von der gesamten Gruppe eingehend diskutiert worden war, wurden die verschiedenen Kapitel des Entwurfs von kleinen Gruppen redaktionell bearbeitet. Dieser Prozeß wurde so oft wiederholt, bis man zu einem befriedigenden Ergebnis gelangt war. Die Ergebnisse werden im folgenden zusammengefaßt.

Präambel

Die Präambel sollte positiv, prägnant, detailliert und zukunftsweisend sein. Sie sollte die auf Familie und Gemeinschaft ausgerichtete Orientierung der Allgemeinanzpraxis ansprechen, gut untermauert sein, deutlich darlegen, welche Art von Gesundheitsdiensten ein Allgemeinarzt leistet, darauf verweisen, daß sich seine Leistungen auf das Konzept der Chancengleichheit und auf die Bedürfnisse des Patienten gründen, und ausdrücklicher herausarbeiten, daß dem Allgemeinarzt die Rolle als Fürsprecher der gesundheitlichen Interessen seiner Patienten zukommt. Außerdem sollte sie auf den Beitrag hinweisen, den die Allgemeinärzte gegenwärtig zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ leisten, und die optimale Erbringung von Leistungen der primären Gesundheitsversorgung ansprechen.

Sinn dieser Charta

Diese Charta soll die außerordentlich wesentliche Rolle des Allgemeinanztes/Hausarztes im Gesundheitssystem der Länder der Europäischen Region fördern und deutlich machen, was er potentiell dazu beitragen kann, die Leistungen der Primärversorgung zugänglich und akzeptabel zu machen, eine gerechte Ressourcenverteilung, die integrierte und koordinierte Erbringung einer umfassenden Versorgung und Kostenwirksamkeit zu erzielen. In diesem Teil der Charta sollte auch deutlich werden, daß sich die Prinzipien der Allgemeinanzpraxis mit einer Vielfalt organisatorischer Modelle verfolgen lassen, die den verschiedenen in der Region bestehenden Gesundheitssystemen und Ressourcenniveaus angepaßt sind.

Kennzeichen der Allgemeinanzpraxis/klassischen Hausarztpraxis

In diesem Abschnitt sollten die Schlüsselaspekte der Allgemeinanzpraxis/klassischen Hausarztpraxis dargelegt werden: Einbeziehung aller Bevölkerungsteile und aller Krankheitskategorien, leichte Zugänglichkeit, der umfassende Charakter der Dienste, die Kontinuität der Versorgung, eine eher personen- als krankheitsorientierte Versorgung und die Betonung der Teamarbeit.

Hervorgehoben werden sollte die Bedeutung des Konzepts der Gesundheit von Familie und Gemeinschaft und die Rolle des Allgemeinarztes bei der Koordinierung der Versorgung. Außerdem sollte unterstrichen werden, daß die Vertraulichkeit gewahrt werden und der Allgemeinarzt als Fürsprecher der gesundheitlichen Interessen seiner Patienten auftreten muß.

Bedingungen

Der Abschnitt über die Bedingungen der Allgemeinarztpraxis sollte sich in drei Teile gliedern: strukturelle Bedingungen, organisatorische Verbesserungen und berufliche Weiterentwicklung.

Der die strukturellen Bedingungen behandelnde Teil sollte die Grundelemente abdecken, die zur Ausfüllung aller Funktionen der Allgemeinarztpraxis notwendig sind. Dazu gehört, daß man für einen fest umrissenen Bevölkerungsausschnitt zuständig und imstande ist, alle Klienten, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Charakteristika zu versorgen. An dieser Stelle sollten auch Arbeitsumfeld, Überweisungs- und Vergütungssystem angeführt werden.

Die organisatorischen Verbesserungen sollten den Ablauf der täglichen Arbeit abdecken: z. B. das Führen der Patientenunterlagen, Teamarbeit und Organisation der Praxis.

Zur beruflichen Weiterentwicklung gehören die Aspekte, die den Allgemeinarzt bzw. eine Art „Familienmedizin“ als ein anderen gesundheitlichen Fachdisziplinen ebenbürtiges Gebiet stärken können, d. h. mehr Ausbildung, Qualitätssicherung, Forschung und Lehrstellen für Allgemeinmedizin sowie eine sichtbarere Rolle der berufsständischen Organisationen.

Implementationsstrategien

Der Abschnitt sollte sich mit zwei Gruppen von Strategien befassen. Erstens mit Strategien, die von den Fachkräften selbst eingesetzt werden könnten, um unter Kollegen und anderen Ärzten, bei Entscheidungsträgern und in der Öffentlichkeit das Bewußtsein für die potentiellen Funktionen des Allgemeinarztes zu schärfen. Ein Beispiel wäre die Schaffung wissenschaftlicher und berufsständischer

Organe für Allgemeinärzte in den einzelnen Ländern. Die zweite Form von Strategien richtet sich auf die Entscheidungsträger der verschiedenen Ebenen, soll sie davon überzeugen, daß es wichtig ist, die Allgemeinarztpraxis/Hausarztpraxis weiterzuentwickeln, und ihnen die potentiellen Vorteile verdeutlichen.

Nachschrift

In einer kurzen Nachschrift sollte die wichtige Rolle der Allgemeinärzte anerkannt werden, die seit Jahren ohne jegliche Unterstützung oder organisatorische Struktur daran arbeiten, zusammen mit anderen Kollegen die vielfältigsten Funktionen ausfüllen zu können. Das schien vor allem für die Länder besonders wichtig zu sein, in denen die Allgemeinarzt-/Hausarztpraxis weniger gut entwickelt und strukturell verankert ist, was insbesondere für die MOE-Länder gilt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die Charta ist ein Element eines größeren Prozesses. Sie sollte als Rahmengrundlage dienen und zusammen mit einer den Hintergrund liefernden Veröffentlichung und einem Diskussionspapier unter den Interessenten in den Ländern der Region die Debatte anregen, um die Form der Allgemeinarztpraxis zu fördern, die zur „Gesundheit für alle“ beiträgt. Dazu gehört, daß bei allen Beteiligten das Bewußtsein dafür wächst, daß sich die Allgemeinarztpraxis möglichst breit entwickeln sollte und welche Rolle ihr bei der Erfüllung aller Funktionen zufällt, die den Bedürfnissen der Gemeinschaft gerecht werden sollen.

Der von der Arbeitsgruppe überprüfte und erörterte Textentwurf wird im Regionalbüro redaktionell überarbeitet. Diese Fassung geht an die einzelstaatlichen und internationalen Organisationen für Allgemeinärzte, die um ihre Kommentare und Vorschläge gebeten werden. Nach Eingang dieser Beiträge arbeitet das Regionalbüro die endgültige Fassung der Charta aus. Der Kern der Diskussion wird

im Rahmen der thematischen Beiträge zur Reform der Allgemeinanzpraxis auf der 1996 geplanten WHO-Konferenz über Gesundheitsreformen dargestellt. Es wurde empfohlen, die Endfassung der Charta auf verschiedenen europäischen und weltweiten Veranstaltungen vorzustellen, die sich thematisch mit der Allgemeinanz-/Hausanzpraxis und den Gesundheitsdiensten befassen. Als Möglichkeit wurde die Ausarbeitung einzelstaatlicher Fassungen im Rahmen der europäischen Charta bezeichnet, was die gründlichere Weiterführung einiger für verschiedene Mitgliedstaaten relevanterer Aspekte fördern würde.

*Anhang 1***HINTERGRUNDDOKUMENTE¹**

- EUR/ICP/PHC 354 Reforms in family medicine or general practice in countries of central and eastern Europe: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994.
- EUR/ICP/PHC 350 The formulation of a Charter for General Practice in Europe, unedited report on a WHO consultation, Utrecht, March, 1992. WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.
- EUR/ICP/PHC 352 Development of general practice in countries of central and eastern Europe: report on a WHO Working Group. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.
- EUR/ICP/PHC 348 The contribution of family doctors/general practitioners to health for all: report on a WHO Working Group. Copenhagen WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.
- EUR/ICP/PHC 340 Needs assessment in local areas and its consequences for health care provision: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.
- EUR/ICP/NCD 218 The role of the general practitioner in the CINDI Programme: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.
- EUR/ICP/ADA 038 The role of general practice settings in the prevention and management of the harm done by alcohol use: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992.

¹ Kopien sind erhältlich beim Referat Primäre Gesundheitsversorgung, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark.

*Anhang 2***TEILNEHMER****Berater auf Zeit**

Dr. Giora Almagor

Vorsitzender des Kollegiums der World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, (WONCA), Haifa, Israel

Wienke Boerma

Forscher, Niederländisches Institut für primäre Gesundheitsversorgung (NIVEL), WHO-Kooperationszentrum für primäre Gesundheitsversorgung, Utrecht, Niederlande (*Ko-Berichterstatter*)

Lesley Hallam

Centre for Primary Care Research, Department of General Practice, Rusholme Health Centre, University of Manchester, Vereinigtes Königreich

Professor Zelimir Jaksic

Andrija Stampar Hochschule für Öffentliche Gesundheit, WHO-Kooperationszentrum für primäre Gesundheitsversorgung, Zagreb, Kroatien

Dr. José M. de la Higuera González

Leiter des Büros für Gesundheitsförderungsprogramme des andalusischen Gesundheitsdepartements, Sevilla, Spanien

Professor Pertti Kekki

Leiter der Abteilungen für Allgemeinmedizin und primäre Gesundheitsversorgung, Universität Helsinki, Finnland

Professor Jouke van der Zee

Wissenschaftlicher Direktor des Niederländischen Instituts für primäre Gesundheitsversorgung (NIVEL), WHO-Kooperationszentrum für primäre Gesundheitsversorgung, Utrecht, Niederlande (*Vorsitzender*)

Vertreter anderer Organisationen

Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (IGAM)

Dr. A.J.B.I. Sips

Präsident, Vught, Niederlande

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)

Dr. L.T. Newman

European Regional Vice-President, London, Vereinigtes Königreich

WHO-Regionalbüro für Europa

Dr. Josep Goicoechea

Regionalberater für primäre Gesundheitsversorgung (*Sekretär und Ko-Berichterstatter*)