

EUR/ICD/PHC 352

ENTWICKLUNG DER  
ALLGEMEINMEDIZIN  
IN DEN MITTEL- UND OST-  
EUROPÄISCHEN LÄNDERN



WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
Regionalbüro für Europa  
KOPENHAGEN

## ZIEL 22

### LEBENSMITTELQUALITÄT UND -SICHERHEIT

*Bis zum Jahr 2000 sollten die von Mikroorganismen und ihren Toxinen, von Chemikalien und Radioaktivität in Lebensmitteln ausgehenden Gesundheitsrisiken in allen Mitgliedstaaten deutlich zurückgegangen sein.*

---

Dieser Bericht wird in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch vom WHO-Regionalbüro für Europa herausgegeben; alle Rechte vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, dieses Dokument zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen, sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht. Name und Emblem der WHO sind geschützt und dürfen ohne Genehmigung nicht für Nachdrucke oder Übersetzungen benutzt werden. Für den Inhalt der mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge ist ausschließlich der Verfasser verantwortlich. Das WHO-Regionalbüro für Europa bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung.

E: 41852

F: 42465

EUR/ICP/PHC 352

01904

ORIGINAL: ENGLISCH

# ENTWICKLUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN IN DEN MITTEL- UND OSTEUROPÄISCHEN LÄNDERN

Bericht über eine WHO-Arbeitsgruppe

Benesov, Tschechoslowakei

22. – 25. April 1992

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Allgemeinmedizin hat als Schlüsselement der primären Gesundheitsversorgung bei der Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ eine anerkanntermaßen wesentliche Rolle zu spielen. Noch aber ist sie den anderen medizinischen Fachgebieten nicht gleichgestellt. Bei der Tagung einer WHO-Arbeitsgruppe wurde der Entwicklungsstand der Allgemeinmedizin, vor allem in den mittel- und osteuropäischen Ländern, evaluiert. Die Teilnehmer definierten Rolle und Profil des Allgemeinmediziners und stellten fest, wie die qualifizierende Aus- und Weiterbildung sowie Finanzierung, Struktur und Organisation der Allgemeinmedizin geändert werden müßten, um eine solche Gesundheitsfachkraft hervorzubringen. Außerdem empfahlen sie, daß akademische und internationale Gremien in Westeuropa ihre Erfahrungen bei der Entwicklung der Allgemeinmedizin an die mittel- und osteuropäischen Länder weitergeben sollten, damit dort auf den sich bereits vollziehenden Veränderungen weiter aufgebaut werden könnte.

### *Schlüsselwörter*

PRIMARY HEALTH CARE

FAMILY PRACTICE - organization/administration

FAMILY PRACTICE - education

PHYSICIANS, FAMILY

PHYSICIAN'S ROLE

CCBE

# INHALT

	<i>Seite</i>
Zweck .....	1
Teilnehmer .....	1
Hintergrund .....	2
Veränderungen in der Allgemeinmedizin/primären Gesundheitsversorgung der mittel- und osteuropäischen Länder .....	3
Diskussion .....	4
Profil und Aufgaben des Allgemeinarztes .....	4
Aus- und Fortbildung .....	8
Finanzierung, Struktur und Organisation .....	10
Schlußfolgerungen und Empfehlungen .....	14
Rolle und Profil des Allgemeinmediziners .....	14
Qualifikationen und Weiterbildung .....	15
Finanzierung, Struktur und Organisation .....	17
Qualitätssicherung und gesundheitliche Resultate ..	18
Institutionalisierung der Allgemeinmedizin .....	19
Übergangsmaßnahmen .....	20
 Anhang 1: Teilnehmer .....	 22



## ZWECK

Zweck der Arbeitsgruppentagung war es, den Entwicklungsstand der Allgemeinmedizin und ihrer örtlichen Entsprechungen in den unterschiedlichen europäischen Ländern unter besonderer Berücksichtigung der Lage in den mittel- und osteuropäischen Ländern zu evaluieren. Die Gruppe war gebeten, ausgehend von dieser Evaluierung die potentielle Rolle und die Aufgaben des Allgemeinarztes in diesen Ländern abzuklären, mögliche Entwicklungen zu diskutieren und zu überlegen, wie diese Aufgaben zu verwirklichen wären, sowie Empfehlungen zur künftigen Entwicklung der Allgemeinmedizin in den mittel- und osteuropäischen Ländern abzugeben. Diese Empfehlungen sollten so abgefaßt sein, daß sie für die verschiedenen Aktivitäten auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin in ausgewählten Ländern als Anleitung und als Einfallswinkel für die intensivierte internationale Zusammenarbeit in dieser Frage dienen können.

## TEILNEHMER

Anhang 1 enthält eine vollständige Teilnehmerliste. Angesichts des Tagungszwecks schien es angemessen, die meisten Teilnehmer aus den mittel- und osteuropäischen Ländern, einschließlich dem Gastgeberland, Tschechoslowakei, kommen zu lassen. Zu dieser Kerngruppe gesellten sich Teilnehmer aus Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Österreich, Portugal und dem Vereinigten Königreich. Zwei dieser Teilnehmer vertraten zudem internationale Organisationen für die Entwicklung der Allgemeinmedizin, nämlich die Europäische Vereinigung der Allgemeinärzte (UEMO) und die Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (IGAM). Dr. Vaclav Benes, ein Vertreter des Gastlandes, wurde zum Vorsitzenden der Tagung, Prof. Zelimir Jaksic zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Berichterstatter war Dr. David Wilkin.

## HINTERGRUND

Nach der Begrüßung durch einen Vertreter des Tschechischen Ministeriums für Gesundheit eröffnete Dr. Walter Hubrich die Tagung im Namen des WHO-Regionaldirektors für Europa, Dr. Jo Asvall. Die Tatsache, daß sich die mittel- und osteuropäischen Länder allgemein auf eine Demokratisierung zubewegen, daß sich marktwirtschaftliche Strukturen entwickeln, wirtschaftliche und nationale Grenzen neu definiert werden und größere Bevölkerungsbewegungen stattfinden, verändert das Umfeld der Gesundheitsversorgungssysteme radikal und stellt sie damit auch vor grundlegend neue Sachzwänge. Mittlerweile hat es sich zu einer wichtigen Grundsatzfrage entwickelt, wie die Gesundheitsversorgungssysteme so reformiert werden könnten, daß sie diesen Herausforderungen gewachsen sind. Dabei sehen sich die europäischen Gesundheitssysteme einigen gemeinsamen Problemen gegenüber, und nach Auffassung der WHO sollte der primären Gesundheitsversorgung bei der Lösung dieser Probleme eine strategische Rolle zukommen. Bereits jetzt gilt die Allgemeinmedizin, vor allem in der Krankheitsbehandlung, weitgehend als wichtigstes Element der primären Gesundheitsversorgung, doch ihr Arbeitsrahmen muß so erweitert werden, daß er auch die Krankheitsprävention, die Gesundheitsförderung sowie die psychosoziale Unterstützung umfaßt. Den Allgemeinärzten als Teil des Teams der primären Gesundheitsversorgung fällt bei der Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ eine wesentliche Rolle zu, doch wenn sie diese Funktion wirklich wahrnehmen sollen, müssen in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern Finanzierung, Struktur und Organisation der Dienste neu gestaltet werden. Diese Veränderungen sind jedoch nur möglich, wenn sich auch in Aus- und Fortbildung grundlegende Entwicklungen vollziehen.

Die Europäische Vereinigung der Allgemeinärzte bietet ein Modell für die Hausarztpraxis an, das sich für alle europäischen Länder eignen könnte. Trotz der sich in allen europäischen Ländern, vor allem aber in Mittel- und Osteuropa, vollziehenden wirtschaftlichen, sozialen und politischen Veränderungen bietet die Familienmedizin ein sachgerechtes Modell für die Weiterentwicklung des ärztlichen Elements der primären

Gesundheitsversorgung in allen Ländern, da die Familie auch weiterhin die Grundeinheit der Gesellschaftsstruktur bleibt.

## VERÄNDERUNGEN IN DER ALLGEMEIN- MEDIZIN/PRIMÄREN GESUNDHEITS- VERSORGUNG DER MITTEL- UND OSTEUROPÄISCHEN LÄNDER

Die Diskussionen der Arbeitsgruppe wurden durch eine Reihe kurzer Sachstandsberichte und Überblicke über die Aussichten der einzelnen auf der Tagung vertretenen Länder erleichtert. Diese kurzen Übersichten verdeutlichten zwar die Unterschiede in der Organisation und Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ländern, hoben jedoch auch viele der wichtigen Ähnlichkeiten hervor. Entscheidend ist vor allem, daß sich alle mittel- und osteuropäischen Länder von Systemen einer sogar auf der Primärversorgungsebene stark spezialisierten Medizin wegbewegen und als Kern des Systems der primären Gesundheitsversorgung irgendeine Form der Allgemeinmedizin/Familienmedizin entwickeln. Zweitens erwägen alle, die staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung durch verschiedene Formen der versicherungsfinanzierten Versorgung zu ersetzen. Drittens ist in allen Ländern die Privatpraxis mittlerweile in irgendeiner Form zugelassen, was bei den Ärzten voraussichtlich zu einer Einkommenssteigerung führen wird. Viertens vollziehen sich in allen mittel- und osteuropäischen Ländern diese Veränderungen der Gesundheitsversorgungssysteme vor dem Hintergrund schwerwiegender Wirtschaftsprobleme und einer politischen Instabilität unterschiedlichen Ausmaßes. Die einzelnen Länderüberblicke bildeten die Grundlage für die Diskussion der Teilgruppen. Diese Untergruppen beschäftigten sich mit der Rolle der Allgemeinmedizin in der primären Gesundheitsversorgung der mittel- und osteuropäischen Länder unter drei breiten Überschriften.

Unter der ersten Überschrift, Profil und Aufgaben der Allgemeinmedizin, wurden folgende Fragen aufgegriffen: Inwieweit ist es zweckgerecht, für alle diese Länder eine gemeinsame Definition für die Rolle der Allgemeinmedizin zu finden? Wie sollte die Beziehung zwischen Allgemeinärzten und anderen Gebietsärzten aussehen? Inwieweit nehmen die vorhandenen Ärzte die Rolle eines niedergelassenen Allgemeinarztes wahr, und welche Veränderungen könnten notwendig sein?

Unter der zweiten Überschrift, Aus- und Fortbildung für die Allgemeinmedizin, wurden folgende Fragen gestellt: Wie muß das System der ärztlichen Grundausbildung und postgradualen Weiterbildung umgestaltet werden? Was sollte kennzeichnend sein für ärztliche Weiterbildungsprogramme, die zur Qualifikation des Allgemeinmediziners führen, und welche Systeme der Fort- und Weiterbildung sind dafür erforderlich? Welche Voraussetzungen für ein verändertes System der Mediziner Ausbildung müssen erfüllt sein?

Unter der dritten Überschrift, strukturelle und organisatorische Bedingungen für die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin, fragte man: Welche grundsätzlichen Optionen für die Finanzierung der Allgemeinmedizin und die Vergütung der niedergelassenen Allgemeinärzte gibt es, und wie sehen die wahrscheinlichen Konsequenzen der unterschiedlichen Systeme aus? Welche organisatorischen Methoden zum Aufbau der primären Gesundheitsversorgung sind für die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin am förderlichsten? Wie könnte man Systeme der Qualitätssicherung schaffen? Welche Funktion kommt den berufsständischen Organisationen zu?

## DISKUSSION

### **Profil und Aufgaben des Allgemeinarztes**

Die Gegebenheiten der einzelnen Länder unterscheiden sich zwar erheblich, dennoch aber waren sich die Teilnehmer über die Grundelemente der Rolle des Allgemeinarztes einig. Die von der Leeuwenhorster Gruppe erarbeitete Definition beschreibt sie in prägnanter Form.

Der Allgemeinarzt ist ein approbierter graduierter Mediziner, der für die persönliche primäre und kontinuierliche Versorgung von Einzelpersonen, Familien und einer Praxispopulation zuständig ist, und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht und Krankheit. Die Synthese dieser Funktionen ist einzigartig.

Er kümmert sich um seine Patienten in der Praxis und in der häuslichen Umgebung der Patienten, zuweilen auch in einer Klinik oder in einem Krankenhaus. Sein Ziel ist die Frühdiagnose. In seine Überlegungen über Gesundheit und Krankheit fließen physische, psychologische und soziale Faktoren ein. Das kommt in der Betreuung seiner Patienten zum Ausdruck. Zu jedem, ihm als Arzt vorgelegten Problem trifft er eine Erstentscheidung. Er übernimmt die kontinuierliche Versorgung seiner Patienten mit chronischen, wiederkehrenden oder terminalen Krankheiten. Der ausgedehnte Kontakt bietet ihm wiederholte Möglichkeiten, in dem jedem Patienten angemessenen Tempo Informationen zu sammeln und ein Vertrauensverhältnis herzustellen, das er professionell nutzen kann. Er praktiziert zusammen mit anderen Kollegen mit ärztlicher und nichtärztlicher Ausbildung. Er weiß, wie und wann er durch Behandlung, Prävention und Aufklärung intervenieren muß, um die Gesundheit seiner Patienten und ihrer Familien zu fördern. Er erkennt, daß er professionell auch gegenüber der Gemeinschaft verantwortlich ist.

Nach Ansicht der Gruppe handelte es sich dabei nicht um die einzige angemessene Definition, weshalb sie auch die von der Europäischen Vereinigung der Allgemeinärzte ausgearbeitete Alternative als zweckdienlichen Rahmen anerkannte. In der Lage, in der sich viele Länder gegenwärtig befinden, lassen sich die in diesen Definitionen niedergelegten Ideale natürlich nicht kurzfristig verwirklichen. Dennoch bieten sie ein Modell, das Handlungskonzepte, Organisation, Struktur und Ausbildung leiten sollte. Vielleicht legen die vorliegenden Definitionen nicht genügend Gewicht auf die Rolle des Allgemeinarztes als Mitglied im Team der primären Gesundheitsversorgung sowie auf die Funktion von Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung.

Ein grundlegendes Problem besteht in den mittel- und osteuropäischen Ländern darin, daß die Entwicklung einer Allgemeinarztrolle im oben skizzierten Sinne eine grundlegende Abwendung von der relativ hohen Spezialisierung voraussetzt. Selbst dort, wo es Generalisten gibt, nehmen sie oft nur äußerst begrenzte Funktionen

wahr und überweisen sehr viele Fälle, zuweilen über 50%, an Gebietsärzte. Außerdem dienen bestimmte Facharzkategorien (wie Kinderärzte und Gynäkologen) für spezielle Patientengruppen als Primärversorgungsgeneralisten. Man erörterte eingehend, ob diese Gebietsärzte als Allgemeinärzte angesehen werden könnten. Die Teilnehmer gelangten zu dem Konsens, daß während einer notwendigerweise länger dauernden Übergangszeit, in der sich die eigentliche Allgemeinmedizin entwickeln kann, örtliche Gegebenheiten die unterschiedlichsten Übergangsrollen zulassen werden, wozu möglicherweise auch gehört, daß diese Gebietsärzte quasi als Allgemeinärzte weiterarbeiten. Man sollte jedoch deutlich klarmachen, daß es sich dabei eher um eine Übergangsphase als um eine akzeptable Dauerlösung handelt. In einigen Ländern könnte es jedoch sein, daß sich diese Fachärzte künftig zu Allgemeinmedizinern weiterbilden wollen.

Eine Praxiszulassung als Allgemeinarzt muß sich auf die durch die entsprechende Aus- und Weiterbildung erworbenen Qualifikationen gründen (vgl. unten). In einer Übergangsphase müßte man jedoch kurzfristig unter Umständen auch den bereits arbeitenden Ärzten erlauben, ohne formale Ausbildung oder Qualifikationen in die Allgemeinmedizin zu gehen. Dabei sollte man jedoch die Kategorien der Ärzte, denen die Praxis als Allgemeinarzt ohne formale Ausbildung erlaubt wird, sowie den Geltungszeitraum dieser Bestimmungen eindeutig begrenzen. Nach dieser Zeit müssen alle neuen Allgemeinmediziner die Qualifikation und Approbation als Allgemeinarzt besitzen. Ohne entsprechende Approbationsverfahren lassen sich die Qualitätsstandards nur äußerst schwer aufrechterhalten, und die Patienten haben möglicherweise kein Vertrauen in die niedergelassenen Allgemeinärzte.

Doch die großen Unterschiede im Hinblick auf die Rolle und die Profile der Primärversorgungsärzte bestehen zur Zeit nicht nur zwischen den Ländern, sondern sogar innerhalb der Länder. Ungeheure Unterschiede gibt es vor allem oft zwischen Stadt- und Landgebieten. In ländlichen Gebieten fungieren die Ärzte bereits jetzt häufig als niedergelassene Allgemeinärzte, obwohl sie oftmals nicht

entsprechend ausgebildet sind und die strukturellen sowie organisatorischen Voraussetzungen für eine wirksame Erfüllung dieser Aufgabe fehlen.

Die bereits in der Primärversorgung arbeitenden Generalisten sind oft außerstande, mehr als nur einen Bruchteil der ihnen vorgelegten Probleme zu diagnostizieren und zu behandeln. Dabei hat man es nicht nur mit einer äußerst ineffizienten Ressourcennutzung zu tun, sondern diese Tatsache wirkt sich auch negativ auf das Berufsethos aus. Das Ziel für künftige Allgemeinärzte sollte lauten, daß sie imstande sind, bis zu 90% der ihnen vorgelegten Probleme zu diagnostizieren und zu behandeln, ohne auf die Intervention eines Gebietsarztes zurückgreifen zu müssen, doch ob sich dieses Ziel tatsächlich verwirklichen läßt, wird von vielen Faktoren abhängen. Auf jeden Fall wird es nur möglich sein, wenn bedarfsgerecht ausgebildete Allgemeinmediziner ihre berufliche Arbeit aufnehmen. Der Bereich der psychischen Krankheiten könnte besondere Probleme bereiten, da man in einigen Ländern der Auffassung ist, daß sie aus der Zuständigkeit der Primärversorgungsärzte herausfallen. Dennoch müßten die künftigen Allgemeinärzte imstande sein, kleinere psychische Störungen zu behandeln.

Damit die Allgemeinärzte imstande sind, mit einem hohen Prozentsatz der ihnen vorgelegten Probleme umgehen zu können, müssen die Beziehungen zwischen Allgemeinärzten und anderen Gebietsärzten definiert werden. Die Patienten sollten zwar idealerweise von einem niedergelassenen Allgemeinarzt an einen Gebietsarzt überwiesen werden, doch die Wahrnehmung einer solchen „Türhüterfunktion“ wird auf viele Widerstände stoßen. Dazu zählt nicht zuletzt die Erwartung der Patienten, daß sie das Recht haben, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen. Das Recht der freien Arztwahl ist eindeutig eng mit den sich in den mittel- und osteuropäischen Ländern vollziehenden politischen und wirtschaftlichen Veränderungen verbunden. Deshalb kann der Allgemeinarzt diese Türhüterfunktion auf die Dauer nur dann erfolgreich wahrnehmen, wenn die Patienten darauf vertrauen, daß ihr Hausarzt sie bedarfsgerecht überweist. Ein Mißerfolg könnte es werden, wenn diese Funktion nur als administrative Einschränkung des Patientenrechts auf freie Arztwahl gesehen wird.

Zur primären ärztlichen Versorgung gehören notwendigerweise auch einige administrative Funktionen, vor allem, wenn es darum geht, zu bescheinigen, daß ein Patient aufgrund von Krankheit nicht arbeitsfähig ist. Der Hausarzt ist der Arzt, der den Patienten am besten kennt, und sollte deshalb diese Aufgabe auch weiterhin wahrnehmen, die jedoch eher dem Interesse des Patienten dienen als eine Administrationsfunktion für den Staat erfüllen sollte. In vielen Ländern ist aufgrund der Verwaltungsbestimmungen für die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz zur Zeit für die gesamte Abwesenheitsdauer ein ärztliches Attest beizubringen, weshalb der Patient den Arzt überflüssigerweise auch wegen geringfügiger Unpäßlichkeiten aufsuchen muß. Das ist nicht nur ineffizient, sondern trägt auch nicht zur Verbesserung der Rolle und des Status der Ärzte in der ärztlichen Primärversorgung bei.

Die Arbeit des Allgemeinmediziners im Team der primären Gesundheitsversorgung ist äußerst wichtig, und dasselbe gilt für die Funktion der Pflegenden. In der Primärversorgung arbeiten zwar zahlreiche Pflegende, doch ihre Aufgaben sind zur Zeit normalerweise äußerst begrenzt. Die Rollen und Zuständigkeiten aller Mitglieder des Primärversorgungsteams müßten ausgebaut werden, wenn die Allgemeinärzte als Teammitglied fungieren sollen.

Berufsständischen Organisationen kommt bei der Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin eine wichtige Funktion zu. In einigen mittel- und osteuropäischen Ländern gibt es solche Organisationen zwar bereits, sie sind allerdings noch klein. Soll das Fachgebiet Allgemeinmedizin innerhalb wie außerhalb des Berufsstandes allgemeine Anerkennung erfahren, sind starke und unabhängige Berufsverbände unabdingbar.

### **Aus- und Fortbildung**

Eine Umgestaltung der Aus- und Fortbildungssysteme ist für die künftige Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin grundlegend wichtig. Zur Zeit wird in keinem mittel- und osteuropäischen Land die Allgemeinmedizin allgemein als Fachgebiet anerkannt und deshalb auch weder im Vordiplomstudium noch in der postgradualen Weiterbildung gelehrt. Das Fachgebiet kann jedoch nur gedeihen, wenn es auf allen Ebenen der Aus- und Weiterbildung Anerkennung

erfährt. Dazu gehört die Einrichtung von Abteilungen für Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten. In den westeuropäischen Ländern hat es jedoch zwei bis drei Jahrzehnte gedauert, bis diese Hochschulabteilungen ihre jetzige Größe erreicht hatten, und in einigen Ländern bilden solche Abteilungen noch immer die Ausnahme. Die in den mittel- und osteuropäischen Ländern erforderliche rasche Entwicklung setzt voraus, daß die akademische Grundlage innerhalb einer äußerst kurzen Zeitspanne geschaffen wird. Die Ministerien für Gesundheit und Bildung müssen zusammenarbeiten und gemeinsam mit dem Berufsstand die Ressourcen für die Einrichtung von Hochschulabteilungen für Allgemeinmedizin verfügbar machen. Wichtiger ist noch, daß innerhalb kürzester Zeit eine erste Generation von Lehrenden für Allgemeinmedizin rekrutiert und ausgebildet werden muß. Das läßt sich wahrscheinlich nur durch Zusammenarbeit mit westeuropäischen Ländern erreichen, wo bereits etablierte Abteilungen umgehend Hochschulausbildungsgänge in diesem Fachgebiet und Beistand für die Entwicklung von Vordiplomstudiengängen und postgradualen Curricula anbieten können. Außerdem gibt es bereits zahlreiche internationale Kurse, und einige Abteilungen arbeiten gemeinsam an der Einrichtung von Kurzlehrgängen, die sich spezifisch an die erste Generation von Lehrenden und Ausbildern richten. Beistand von seiten der Allgemeinmedizin an den Hochschulen anderer Länder ist eine Möglichkeit, eine zweite wäre es, daß andere medizinische Fachgebiete beim Aufbau der Allgemeinmedizinerausbildung eine Führungsrolle übernehmen. Das ist allerdings nicht erstrebenswert, da von Anfang an das Prinzip gelten sollte, daß die Aus- und Weiterbildung der Allgemeinärzte in den Händen von Allgemeinmedizinern liegen und keinem anderen Fachgebiet untergeordnet sein sollte.

Wenn das System der postgradualen Aus- und Weiterbildung für Allgemeinmedizin erst einmal existiert, sollte dieses Studium die einzige Approbationsmöglichkeit für dieses Fachgebiet sein. Doch wie in anderen Fachgebieten, sollte auch hier der Fortbildungsprozeß die gesamte berufliche Laufbahn eines Allgemeinarztes begleiten. Eine wirksame Fortbildung wird in den mittel- und osteuropäischen Ländern dafür besonders wichtig sein, da viele der niedergelassenen Allgemeinärzte der ersten Stunde ihre Berufsausbildung in

der Allgemeinmedizin nicht abgeschlossen haben werden. Durch ein Fortbildungssystem muß deshalb gewährleistet sein, daß sie die Möglichkeit haben, ihr Wissen und Können weiter zu entwickeln. Auch hier gilt, daß viele westeuropäische Länder erhebliche Fortbildungserfahrungen haben, die für die mittel- und osteuropäischen Länder bei der Planung von ihren jeweiligen Bedürfnissen angemessenen Systemen hilfreich sein können.

Bei der Tagung ging es inhaltlich zwar hauptsächlich um die sich entwickelnde Rolle der Allgemeinmedizin in den mittel- und osteuropäischen Ländern, die Teilnehmer stellten jedoch fest, daß es auch wichtig sei, für die übrigen Mitglieder des Primärversorgungsteams, und hier vor allem für die Pflegenden, entsprechende Ausbildungsprogramme zu entwickeln und dafür zu sorgen, daß die Allgemeinärzte dazu geschult werden, in einem multidisziplinären Primärversorgungsteam zu arbeiten.

Sowohl die inhaltliche Ausgestaltung der Allgemeinmediziner-ausbildung als auch ihr Umfang im Vergleich zu anderen Fachgebieten werden davon abhängen, inwieweit es ihr gelingt, eine tragfähige Forschungsgrundlage zu schaffen. Zwar wird sich nur ein geringer Teil der Allgemeinärzte tatsächlich mit Forschungsaufgaben befassen, doch Forschung ist ein unabdingbares Element eines starken Fachgebiets. Klinische Forschung, Bildungs- und Gesundheitssystemforschung sollten zur inhaltlichen Gestaltung der Aus- und Fortbildung beitragen und die Grundlage der Gesundheitspolitik- und -praxis abgeben. Das setzt voraus, daß auch andere Disziplinen, wie Sozialwissenschaften, Epidemiologie sowie die Allgemeinmedizin selbst, dazu beitragen.

### **Finanzierung, Struktur und Organisation**

Die Entwicklung der Allgemeinmedizin, ihre Rolle in der primären Gesundheitsversorgung und ihr Stellenwert im Gesundheitsversorgungssystem insgesamt werden stark durch die sich gegenwärtig in allen mittel- und osteuropäischen Ländern vollziehenden grundlegenden Veränderungen in der Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung beeinflußt werden. Die Allgemeinmedizin entwickelt sich nicht getrennt von den breiteren politischen, wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen in allen diesen Ländern.

Die wirtschaftlichen und politischen Sachzwänge, die zur Einführung von Marktmechanismen sowie dazu führen, daß die Gesundheitsversorgung aus der Zuständigkeit des Staates herausgenommen wird, haben wichtige Konsequenzen für die Organisation der primären Gesundheitsversorgung und die Entwicklung der Allgemeinmedizin. Die Notwendigkeit, bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung nach kostenarmen Lösungen zu suchen, steht potentiell im Widerspruch zu der Notwendigkeit einer Einführung marktwirtschaftlicher Kräfte, die die Kosten unweigerlich nach oben treiben werden. Doch wie immer man sich politisch im Hinblick auf die Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung entscheidet, diese Entscheidungen sollten sich im Rahmen einer übergeordneten Gesundheitspolitik bewegen, die auch für die Allgemeinmedizin eine eindeutige Rolle vorsieht.

Die Wahl der Methode für die Finanzierung und Leistungsvergütung der Ärzte gilt zuweilen als einfache Dichotomie zwischen dem staatlichen und dem privaten Sektor, wobei von politischer Seite starke Kräfte für die Privatisierung der bestehenden staatlichen Systeme arbeiten. Doch die Wahlmöglichkeiten sind eigentlich sehr viel komplexer, und die Finanzierungsmethoden sollten von den Methoden für ärztliche Vergütungssysteme getrennt gesehen werden. In allen westeuropäischen Ländern existieren unterschiedliche Finanzierungs- und Zahlungssysteme. In den meisten Fällen wird die Gesundheitsversorgung aus den unterschiedlichsten Quellen finanziert, u. a. über Versicherungen, Steuereinnahmen und direkte Patientenbeteiligung. Ebenso gehören zur Bezahlung der niedergelassenen Allgemeinärzte Elemente von Besoldung, Pro-Kopf-Pauschale und Einzelleistungsvergütung. Die mittel- und osteuropäischen Länder wären gut beraten, wenn sie sich genauestens mit unterschiedlichen Ansätzen und den unterschiedlich zusammengesetzten Elementen der westeuropäischen Länder beschäftigen würden, bevor sie darüber entscheiden, welche Zusammensetzung sie für ihre eigene Situation am geeignetsten halten. Wahrscheinlich wird die zweckmäßigste Zusammensetzung in jedem Land anders aussehen und kein westeuropäisches System als unmittelbar nachahmbares Modell dienen können.

Jedes Land wird für die Probleme der Finanzierung der Gesundheitsversorgung und für die Schaffung neuer Zahlungssysteme seine eigenen Lösungen entwickeln. Die meisten Regierungen erwägen die Einführung von versicherungsbasierten Finanzierungssystemen und lassen ärztliche Privatpraxen zu. Das schafft tendenziell das Potential für ein gemischtes System, das neben einem gesetzlich verankerten Grundleistungssystem die Privatpraxis zuläßt. Für die Motivation der Ärzte und die Qualität der erbrachten Leistungen ist wichtig, daß die Vergütung der in die Allgemeinpraxis gehenden Ärzte erheblich angehoben wird. Das bedeutet mit ziemlicher Sicherheit, daß Gehälter als die wichtigste Bezahlungsmethode aufgegeben werden müssen, wobei jedoch zu bedenken ist, daß sich auf die Einzelleistungsvergütung gründende Systeme wahrscheinlich teuer sind und eine Einflußnahme auf die Quantität und Qualität der geleisteten Versorgung erschweren. Systeme mit Pro-Kopf-Pauschalen, in denen den niedergelassenen Allgemeinärzten für jeden bei ihnen gemeldeten Patienten ein Festbetrag gezahlt wird, ermöglichen eine bessere Kostenkontrolle und fördern die Kontinuität der Versorgung sowie die Teamarbeit. Die beste Möglichkeit für die meisten Länder sind unter Umständen verschiedene Kombinationen von Pro-Kopf-Pauschalen und Einzelleistungsvergütung, da damit anerkannt wird, daß man direkte Anreize für die niedergelassenen Allgemeinärzte schaffen, zugleich aber die Kosten im Griff haben muß.

Die freie Arztwahl des Patienten ist unabdingbar für den Wettbewerb und eine verbesserte Qualität, zugleich aber auch ein politischer Sachzwang. Es braucht sich dabei allerdings nicht um eine absolute Wahlfreiheit zu handeln, und die Patienten müssen möglicherweise akzeptieren, daß die Facharztwahl nicht ganz frei ist. In den Fällen, in denen Systeme mit Pro-Kopf-Pauschalen eingeführt werden, beschränkt sich die Wahlfreiheit unweigerlich, da die Patienten für einen festgelegten Zeitraum bei demselben Allgemeinarzt bleiben müssen. Doch auch in diesen Systemen läßt sich ein erhebliches Element an Wahlfreiheit für die Patienten beibehalten. Erörtert wurde auch die Frage, ob es den niedergelassenen Allgemeinärzten freistehen sollte, sich ihre Patienten aussuchen zu können. Einige Teilnehmer waren der Ansicht, daß die Allgemeinärzte das Recht

haben sollten, Patienten abzuweisen, während andere die Ansicht vertraten, daß das unangemessen sei.

In den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern läuft die ärztliche Grundversorgung über die Poliklinik oder das Gesundheitszentrum, was vor allem für Stadtgebiete gilt. In den Fällen, in denen sie Bevölkerungen von mehr als 100 000 oder sogar 200 000 Einwohnern versorgen, sind sie möglicherweise zu groß, um der Entwicklung einer guten Allgemeinmedizin förderlich sein zu können. Das Schwergewicht sollte deshalb auf der Entwicklung von kleineren Gruppenpraxen von zwei bis vier Allgemeinärzten liegen, die am Ort wohnen. Das erleichtert die multidisziplinäre Teamarbeit. In einigen Ländern besteht allerdings die Gefahr, daß die Tendenz zur Privatpraxis viele Ärzte dazu ermutigt, Ein-Mann-Praxen mit schlechter Einrichtung einzurichten oder unzulängliche Teams für die primäre Gesundheitsversorgung zu bilden.

Gebraucht werden Systeme zur Sicherung der Versorgungsqualität, wenngleich sich diese auf die unterschiedlichste Art und Weise erreichen läßt. Das Schwergewicht auf der Finanzierung und der Einführung von Marktmechanismen sollte die Aufmerksamkeit nicht von den übergeordneten Zielsetzungen des Gesundheitsversorgungssystems ablenken, nämlich die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu verbessern. Die Qualitätssicherung sollte sich, soweit möglich, auf die mit den Patienten erzielten Resultate gründen, und auf der primären Versorgungsebene sollten Informationssysteme geschaffen werden, die u. a. auch durch den Einsatz von Computern Daten produzieren, die eine begleitende Überwachung der Versorgung ermöglichen. Die niedergelassenen Allgemeinärzte können bei der Festlegung und Umsetzung von Gesundheitszielen für die Bevölkerung eine wichtige Rolle spielen und sollten durch finanzielle Anreize dazu ermutigt werden.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

### Rolle und Profil des Allgemeinmediziners

1. Die Allgemeinmedizin und der Allgemeinmediziner, so wie sie in der Leeuwenhorster Erklärung und in anderen, ähnlichen definiert sind, sollten in der Praxis der primären Gesundheitsversorgung aller europäischen Länder eine Schlüsselrolle spielen. Die WHO sollte sich mit Unterstützung der Regierungen und berufsständischen Organisationen durch die Ausarbeitung und Bekanntmachung einer Charta für Allgemeinmedizin eindeutig auf diese Rolle verpflichten.
2. Die genaue Rolle des Allgemeinarztes wird sich an den historischen Tatsachen und den besonderen demographischen, wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten eines jeden Landes ausrichten.
3. Der Allgemeinarzt sollte als erster ärztlicher Kontakt imstande sein, mit den meisten ihm vorgetragenen gesundheitlichen Problemen fertig zu werden, ohne auf einen anderen Facharzt zurückgreifen zu müssen. Trotzdem aber müssen Allgemeinarzt und Gebietsärzte wirksame Wege der Kommunikation und Zusammenarbeit finden.
4. Wenn eine Gebietsarztintervention notwendig ist, sollte sie idealerweise durch die Überweisung des Allgemeinarztes und nicht durch den direkten Patientenzugang zu den Gebietsärzten erfolgen. Das liegt im Interesse der Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung, doch inwieweit sich der Allgemeinarzt dieser Türhüterrolle erfolgreich stellen kann, hängt von dem Vertrauen ab, das die Patienten zu ihrem Hausarzt haben.
5. Die Allgemeinmedizin erreicht ihre maximale Effektivität und Effizienz nur, wenn sich der Allgemeinarzt am Team der primären Gesundheitsversorgung beteiligt. Vor allem muß der Allgemeinarzt mit den Pflegefachkräften zusammenarbeiten. In vielen mittel- und osteuropäischen Ländern ist dazu allerdings eine Neudefinition der derzeitigen Funktionen der Pflegenden in der Primär- und Gemeindeversorgung erforderlich.

6. Der Allgemeinarzt sollte in Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern des Primärversorgungsteams in den Gebieten, in denen Interventionen nachweislich wirksam gewesen sind, Vorsorge und Gesundheitsförderung betreiben.

7. Die administrative Funktion des Allgemeinarztes im Hinblick auf die Attestation von krankheitsbedingtem Arbeitsausfall sollte sich stärker beschränken, so daß ein Großteil geringfügiger Krankheiten von kurzer Dauer, bei denen die ärztliche Versorgung keine erhebliche Rolle spielt, davon ausgeschlossen werden.

8. In allen mittel- und osteuropäischen Ländern, vor allem in Landgebieten, arbeiten Ärzte als niedergelassene Allgemeinärzte. Hinsichtlich ihrer Qualifikationen bestehen allerdings große Unterschiede. Zahlreiche Gebietsärzte (wie Kinderärzte und Gynäkologen) praktizieren in der ambulanten Versorgung auch als Generalisten.

9. Künftige niedergelassene Allgemeinärzte werden vermutlich mit dem unterschiedlichsten Hintergrund kommen, und auch die bereits jetzt arbeitenden Generalisten, die Gebietsärzte, die zur Zeit ambulant praktizieren sowie neu ausgebildete Allgemeinmediziner umfassen.

### **Qualifikationen und Weiterbildung**

10. Alle Allgemeinmediziner sollten ungeachtet ihres bisherigen Ausbildungshintergrunds oder ihrer Gebietsqualifikationen zu gegebener Zeit eine Approbation als praktizierender Allgemeinarzt haben, die sich auf eine einheitliche Prüfung der Gebietsqualifikationen stützt. Die Regierungen sollten sicherstellen, daß der gesetzliche Rahmen der Gesundheitsversorgung eine solche Approbation vorschreibt. Die berufsständischen Organisationen sollten zu gewährleisten suchen, daß alle praktizierenden Allgemeinärzte diese Approbation haben.

11. In allen Ländern sollte es ein System der postgradualen Weiterbildung in Allgemeinmedizin geben, die dann letztlich den einzigen Zugang zu diesem Fachgebiet bilden wird. Die

berufsständischen Organisationen sollten beim Aufbau und der Weiterentwicklung solcher Systeme der postgradualen beruflichen Weiterbildung eine entscheidende Rolle spielen.

12. In allen Ländern sollte es gut ausgebaute Fortbildungssysteme geben, die dem Bedarf der Allgemeinmediziner an Weiterentwicklung und Aktualisierung ihres beruflichen Wissens und Könnens während ihrer gesamten beruflichen Laufbahn gerecht werden. Die berufsständischen Organisationen sollten beim Aufbau und der Weiterentwicklung dieser Systeme eine entscheidende Rolle spielen.

13. Die berufsständischen Organisationen sollten dafür eintreten, daß Allgemeinmedizin als wichtiger Teil der Grundausbildung aller Ärzte gelehrt wird. Alle Zweige der Ärzteschaft sollten die Allgemeinmedizin als unabhängiges Spezialgebiet anerkennen, dem der gleiche Status und die gleichen Rechte gebühren wie anderen medizinischen Fachgebieten.

14. Neben der beruflichen Fortbildung müssen die Ärzte auch Gelegenheit haben, Forschungsmethodik zu lernen.

15. Die Aus- und Fortbildung in Allgemeinmedizin sollte auf allen Ebenen hauptsächlich von Gebietsärzten für Allgemeinmedizin übernommen und kontrolliert werden, obwohl sie dabei von den unterschiedlichsten anderen Disziplinen unterstützt werden müssen.

16. Die Gesundheitsministerien müssen eng mit den Bildungsministerien, mit berufsständischen Organisationen und Ausbildungsstätten zusammenarbeiten, damit die für die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von bedarfsgerecht ausgebildeten Allgemeinmedizinern erforderlichen Veränderungen in der Grundausbildung und postgradualen Weiter- und Fortbildung eingeführt werden können. Bei der Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung in Allgemeinmedizin sollte man sich auch um internationale Zusammenarbeit bemühen.

17. Die Entwicklung hoher Standards für die Aus- und Fortbildung setzt voraus, daß diese Systeme formal etabliert werden und unter

die eindeutige Zuständigkeit eines kompetenten Gremiums fallen, das auch für die Festlegung und Aufrechterhaltung der Standards verantwortlich ist.

### **Finanzierung, Struktur und Organisation**

18. Die bedarfsgerechte Finanzierung, Strukturierung und Organisation der Allgemeinmedizin werden von Land zu Land unterschiedlich ausfallen. Doch ungeachtet dessen sollten die Systeme alle imstande sein, allen Patienten bei Bedarf den gleichberechtigten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen primären medizinischen Versorgung zu bieten und zu gewährleisten, daß sie die weitestgehende Möglichkeit haben, sich ihren eigenen Hausarzt auszusuchen und den Arzt auch zu wechseln.

19. Angesichts der wirtschaftlichen Umstände in den mittel- und osteuropäischen Ländern sollte man bei den Methoden für die Finanzierung und Vergütung der Allgemeinärzte auch die vermutlichen Auswirkungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung berücksichtigen und deshalb in Betracht ziehen, inwieweit die Wirtschaft fähig ist, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung aufrechtzuerhalten.

20. Eine Mischung aus Pro-Kopf-Pauschalen, Einzelleistungsvergütung und finanziellen Anreizen stellt wahrscheinlich das kostenwirksamste Vergütungssystem für die niedergelassenen Allgemeinärzte dar.

21. Die Finanzierungs- und Vergütungsmethoden für die niedergelassenen Allgemeinärzte werden sich zwar von Land zu Land unterscheiden, doch die Regierungen sollten zu gewährleisten suchen, daß die gewählten Systeme nicht nur eine ausreichende Kostendämpfung sichern, sondern es auch möglich machen, Einfluß auf Inhalt und Qualität der Versorgung zu nehmen und die Ärzte ausreichend dazu zu motivieren, in die Allgemeinmedizin zu gehen.

22. Finanzielle Anreize (z. B. für besondere Dienste, für besondere Organisationsformen oder zusätzliche Fortbildung) sollten bei der

Förderung der wünschenswerten Charakteristika und Aktivitäten eine wichtige Rolle spielen.

23. Das gegenwärtige Einkommensniveau der Allgemeinärzte muß erheblich angehoben werden, wenn man die besten Ärzte anziehen, die Motivation verbessern und das Prestige der Allgemeinärzte in der Medizin selbst und in der Bevölkerung insgesamt stärken will. Eine solche Einkommensanhebung sollte jedoch mit klaren Qualitätsstandards und einer verbesserten Dienstleistungspraxis verknüpft werden.

24. Die organisatorische Gestaltung wird sowohl in den einzelnen Ländern als auch innerhalb der Länder (beispielsweise in Stadt- und Landgebieten) notwendigerweise unterschiedlich ausfallen, man sollte jedoch unter allen Umständen für eine stark örtlich orientierte Gesundheitsversorgung eintreten, durch die gewährleistet ist, daß die Patienten für die bedarfsgerechte Versorgung keinen weiten Anfahrtsweg haben.

25. Die Allgemeinärzte sollten aufgefordert werden, mit anderen Allgemeinärzten zusammen zu praktizieren (z. B. in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit drei oder vier anderen Ärzten) und darüber hinaus auch mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten, statt sich isoliert als Allgemeinarzt niederzulassen.

26. Die einzelne Managementeinheit sollte relativ klein gehalten werden und die größtmögliche Einbeziehung aller gesundheitlichen Leistungserbringer fördern.

### **Qualitätssicherung und gesundheitliche Resultate**

27. Alle Länder müssen Systeme der Qualitätssicherung entwickeln, die imstande sind, auf der Grundlage der für die Patienten erzielten Ergebnisse einen hohen Versorgungsstandard zu gewährleisten. Die berufsständischen Organisationen sollten sich öffentlich auf die Qualitätssicherung verpflichten. Bei der Entwicklung solcher Systeme zur Qualitätssicherung sollte man sich um internationale Zusammenarbeit bemühen.

28. Zur Verbesserung der klinischen Praxis und zur Durchführung von Forschungsarbeiten sollte die Datensammlung über die gesundheitlichen Resultate der Allgemeinmedizin besondere Aufmerksamkeit erhalten. Diese Daten sollten für die Allgemeinmediziner in der klinischen Praxis und im medizinischen Audit zugänglich und brauchbar sein.

29. Alle Regierungen sollten ausgehend von gründlichen Analysen der bestehenden Gesundheitsprobleme und der Methoden zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerungen Strategien für die Verbesserung der Gesundheit ausarbeiten. Diese Strategien sollten eindeutige, meßbare Ziele umfassen, die sich innerhalb festgelegter Zeiträume verwirklichen lassen. Bei der Festlegung und Verwirklichung dieser Ziele kommt dem Fachgebiet Allgemeinmedizin eine wichtige Rolle zu.

### **Institutionalisierung der Allgemeinmedizin**

30. Die Gesundheitsministerien sollten dazu angeregt werden, eine eindeutige Grundsatzerklärung zur Rolle der Allgemeinmedizin in ihren eigenen Gesundheitsversorgungssystemen abzugeben, in der der wichtige Stellenwert einer starken Allgemeinmedizin sowie ihr verpflichtendes Eintreten für die Weiterentwicklung der Disziplin unterstrichen wird.

31. Starke berufsständische Organisationen für Allgemeinmediziner können bei der Weiterentwicklung der Fachdisziplin wichtige Arbeit leisten, wobei diese Verbände jedoch nicht mit Gewerkschaften verwechselt werden sollten.

32. Der Stellenwert der Allgemeinmedizin als medizinisches Fachgebiet macht die Schaffung von Universitätsabteilungen und Lehrstühlen für Allgemeinmedizin erforderlich, und diese Entwicklungen sollten von den berufsständischen Organisationen gefördert werden.

33. Der allgemeinmedizinischen Forschung fällt die Schlüsselrolle zu, entscheidend zur verbesserten Effektivität und Effizienz der geleisteten Versorgung beizutragen und den Rang der Disziplin neben anderen medizinischen Fachgebieten zu stärken. In diese Forschungsarbeiten sollten Allgemeinmediziner einbezogen werden.

34. Durch ihr internationales Beraternetz sollte die WHO den Ländern, die die Allgemeinmedizin auszubauen oder zu stärken suchen, Rat und Unterstützung anbieten. Am besten ließe sich das vielleicht durch ständige Expertenteams erreichen, die den Ländern über längere Zeiträume eine kontinuierliche Unterstützung anbieten können.

35. Die WHO kann durch die Zusammenarbeit mit zahlreichen internationalen Gremien (wie der Europäischen Union, der Weltbank und Verbänden für Allgemeinmedizin) eine äußerst nützliche Rolle spielen; diese Organisationen könnten die Entwicklung der Allgemeinmedizin in den mittel- und osteuropäischen Ländern unterstützen.

### **Übergangsmaßnahmen**

36. In allen mittel- und osteuropäischen Ländern muß eine zur Durchsetzung der in diesem Bericht skizzierten Veränderungen erforderliche mittel- bis langfristige Strategie entwickelt werden. Das setzt eine Übergangszeit voraus, in der Elemente der alten und neuen Systeme nebeneinander bestehen. Die Gesundheitsministerien sollten detaillierte Übergangspläne ausarbeiten, in denen anzugeben ist, welche Veränderungen innerhalb welcher Zeitspannen umzusetzen sind. Diese Pläne sollten auch zeitlich begrenzte Maßnahmen enthalten, die notwendig sein mögen, damit für die Umgestaltung der Aus- und Fortbildung sowie der Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung ausreichend Zeit bleibt.

37. Höchste Priorität sollte die Weiterbildung der Allgemeinmediziner haben, die für die Entwicklung der Grundausbildung und beruflichen Weiterbildung in Allgemeinmedizin verantwortlich zeichnen.

38. Für eine Übergangszeit wird man Umschulungsprogramme brauchen. In dieser Zeit können sich die bereits tätigen Ärzte für eine Umschulung zur Allgemeinmedizin entscheiden. Das Weiterbildungsangebot muß auf die Bedürfnisse der speziellen Ärztekategorien (wie Generalisten, Kinderärzte oder Gynäkologen) zugeschnitten werden.

---

39. In vielen Fällen wird man auf vorhandene Gebäude und Einrichtungen (wie Polikliniken und Gesundheitszentren) zurückgreifen müssen, auch wenn sie nicht den idealen Rahmen bieten. Sie stellen jedoch im Gesundheitsversorgungssystem ein erhebliches Anlagevermögen dar. Man sollte deshalb versuchen, im Rahmen eines Übergangsplans die vorhandenen Gebäude und Einrichtungen bestmöglich zu nutzen.

40. Während einer Übergangszeit wäre es unter Umständen sinnvoll, weiterhin sowohl Allgemeinmediziner als auch Gebietsärzte in der ambulanten Versorgung arbeiten zu lassen. Unter diesen Gegebenheiten sollten die Patienten möglicherweise den direkten Zugang zu den Gebietsärzten behalten. Wenn die Gebietsärzte allmählich aus der ambulanten Versorgung verschwinden, könnte man die Überweisung durch einen Allgemeinarzt zur Bedingung für die gebietsärztliche Versorgung machen.

*Anhang 1***TEILNEHMER****Berater auf Zeit**

- Dr. Vaclav Benes  
Institut für Ärztliche und Pharmazeutische Weiterbildung, Abteilung  
für Allgemeinmedizin, Prag, Tschechoslowakei (*Vorsitzender*)
- Dr. Wienke Boerma  
Niederländisches Institut für primäre Gesundheitsversorgung  
(NIVEL), WHO-Kooperationszentrum für primäre Gesundheitsver-  
sorgung, Utrecht, Niederlande
- Dr. Uldis Brouveris  
Ministerium für Wohlfahrt der Republik Lettland, Riga, Lettland
- Dr. Istvan Hidas  
Generalsekretär, Ungarischer Verband für Allgemeinmedizin,  
Pilisvörösvár, Ungarn
- Dr. Dimitar Ignatov  
Präsident, Bulgarische Ärztekammer, Sofia, Bulgarien
- Prof. Zelimir Jaksic  
Direktor, WHO-Kooperationszentrum für Primäre Gesundheitsversor-  
gung, Andrija-Stampar-Hochschule für Öffentliches Gesundheits-  
wesen, Zagreb, Kroatien (*stellvertretender Vorsitzender*)
- Prof. Pertti Kekki  
Leiter, Abteilung für Allgemeinmedizin und primäre Gesundheitsver-  
sorgung, Universität Helsinki, Finnland
- Dr. Margus Lember  
Forschungsstipendiat und Dozent für Innere Medizin, Universität  
Tartu, Estland
- Dr. E. V. Markova  
Leitende Wissenschaftlerin, Nationales Zentrum für Präventivmedizin,  
Moskau, Russische Föderation

Dr. Robertas Petkevicius

Leiter, Abteilung für Gesundheitsstrategie und -politik, Ministerium für Gesundheit der Republik Litauen, Vilnius, Litauen

Dr. Jacek Putz

Dozent, Leiter, Abteilung für Primäre Gesundheitsversorgung, Medizinisches Zentrum für Postgraduale Weiterbildung, Warschau, Polen

Dr. Vitor Ramos

Dozent, Abteilung für Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens, Nationale Hochschule für öffentliches Gesundheitswesen, WHO-Kooperationszentrum für Primäre Gesundheitsversorgung, Lissabon, Portugal

Frau Majda Slajmer-Japelj

Internationale Managerin, WHO-Kooperationszentrum für Primäre Gesundheitsversorgung in der Pflege, Gesundheitszentrum Maribor, Slowenien,

Dr. Christian Stefan

Allgemeinmediziner/Kinderarzt, Bukarest, Rumänien

Dr. Milica Stefanovic

Dr.-M.-Ivkovic-Zentrum für Primäre Gesundheitsversorgung, Belgrad, Jugoslawien

Dr. Libuse Valkova

Institut für ärztliche und Pharmazeutische Weiterbildung, Prag, Tschechoslowakei

Dr. David Wilkin

Associate Director, Centre for Primary Care Research, Department of General Practice, Universität Manchester, Vereinigtes Königreich  
(*Berichterstatter*)

### Vertreter anderer Organisationen

*Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (IGAM)*

Dr. Gertraud Rothe, Wien, Österreich

*Europäische Vereinigung der Allgemeinärzte (UEMO)*

Dr. Ole Asbjørn Jensen

Präsident, Europäische Vereinigung der Allgemeinärzte (UEMO),

Dänische Ärztekammer, Kopenhagen, Dänemark

**Weltgesundheitsorganisation**

*Regionalbüro für Europa*

Dr. Walter Hubrich

Regionalbeauftragter für Primäre Gesundheitsversorgung