„Primary Health Care“ – Schnee von gestern oder brennend aktuell?

„Primary health care – now more than ever“ – so lautet der Titel des Weltgesundheitsberichts 2008. Dr. Margaret Chan, die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation WHO, betont in ihren einleitenden Worten, dass die Gesundheitspolitik die Gesundheitssysteme so gestalten muss, dass alle Menschen Zugang haben und gesundheitliche Chancengleichheit zumindest annähernd erreicht wird. Dazu muss die Gesundheitspolitik noch viel umfassender denken, als sie es bislang tut: Sie muss nicht nur das ganze Gesundheitssystem, sondern auch verwandte Themenfelder wie Ernährungssicherung, Wasserversorgung und Bildung im Blick haben. Kurzum, es ist eine „Basisgesundheitsversorgung“ im Sinne der ursprünglichen Idee von „Primary Health Care“ (PHC) nötig, wie sie 1978 die WHO in Alma Ata beschlossen hat. Nur mit einem solchen umfassenden Ansatz werden wir die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere der benachteiligten Schichten, verbessern können.

In den 1980er und 1990er Jahren geriet die Idee der PHC in Misskredit. Erfolge stellten sich viel langsamer ein, als dies die optimistischen Vertreter der damaligen Neuausrichtung wahrhaben wollten. Vor allem aber wurde deutlich, dass die Effektivität der PHC nicht zum Nulltarif zu haben war. Eine (schmerzliche) Umverteilung von Ressourcen, z. B. von Krankenhäusern der Maximalversorgung zu Distriktgesundheitsdiensten, würde eine Beschneidung der Budgets wichtiger Stakeholder bedeuten. Selektive PHC und neue vertikale Interventionen wurden bis Ende des 20. Jahr-

hunderts favorisiert, ohne jedoch wirklich die Gesundheitssituation in den ressourcenarmen Ländern durchschlagend verbessern zu können. Wenn PHC heute eine Wiedergeburt erlebt, dann auch aus der Erfahrung heraus, dass alternative Ansätze ebenfalls keine schnellen und kostengünstigen Lösungen bieten.

In diesem Schwerpunkttheft analysieren wir Vergangenheit und Zukunft von PHC. Die Beiträge entstammen einem Symposium zu „30 Jahre Primary Health Care“, das im November 2008 in Berlin stattfand. Zusammengefasst zeigen die Beiträge auf, dass PHC eine Zukunft hat – trotz oder gerade wegen aller Probleme und aller neuen Herausforderungen, die sich in der globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts stellen.

Im ersten Beitrag zieht H.J. Diesfeld Parallelen zwischen den gesundheitlichen Herausforderungen im 21. Jahrhundert und den Erkenntnissen und Forderungen von Rudolf Virchow im Deutschland des 19. Jahrhunderts. Eine schlechte gesundheitliche Lage war und ist mit Armut assoziiert. Verbesserungen der Gesundheit erfordern eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von weiten Teilen der Bevölkerung. Im zweiten Beitrag zeigt S. Fleßa, dass PHC keineswegs nur für die sog. Entwicklungsländer relevant ist. Kriterien der Effizienz der Gesundheitsversorgung sind vielmehr auch für dünn besiedelte und wirtschaftlich benachteiligte Regionen Deutschlands und anderer Industrieländer von höchster Relevanz.

Seit Alma Ata hat sich PHC weiterentwickelt. K. Bozorgmehr et al. zeigen dies

an einer Analyse des Weltgesundheitsberichts 2008 und des Berichts „Global Health Watch 2“. Der letztgenannte Bericht greift ein Element des ursprünglichen Ansatzes von PHC, die Beteiligung der Bevölkerung, explizit auf. Der Vergleich der beiden Berichte regt zur Diskussion darüber an, wie groß der Beitrag des „Empowerment“ der Bevölkerung zur Verbesserung der Gesundheit sein kann und soll. In allen Gesundheitssystemen gibt es einen privaten Sektor. Welche Rolle der Privatsektor für PHC spielt, diskutiert W. Bichmann in seinem Beitrag.

Eine der besonderen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts liegt in der zunehmenden Urbanisierung. Erstmals in der Geschichte der Menschheit leben mehr Menschen in städtischen als in ländlichen Gebieten. O. Razum u. S. Voigtländer beschreiben Urbanisierung als gesundheitliche Herausforderung. Sie zeigen die Möglichkeiten von PHC zur Verbesserung der Gesundheit von Stadtbewohnern auf und diskutieren kritisch, wo PHC an seine Grenzen stößt.

Globale Gesundheitsinitiativen nehmen zunehmend Rollen ein, die früher die Weltgesundheitsorganisation WHO inne hatte. Ob solche Gesundheitsinitiativen Chancen für Gesundheitssysteme bieten oder den PHC-Ansatz unterlaufen, diskutieren M. Marx u. C. Benn in einem Kommentarbeitrag. M. Krawinkel setzt sich abschließend am Beispiel der Ernährungssicherung mit den weiteren Sektoren auseinander, die PHC einbeziehen muss.

Das Symposium „30 Jahre Primary Health Care“ sowie die Verbreitung dieses

Themenbandes wurden großzügig durch einen Finanzierungsbeitrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) über die KfW-Entwicklungsbank unterstützt. Es ist ein ermutigendes Zeichen, dass in vielen großen Institutionen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit die Bedeutung von PHC erkannt wird. PHC ist auch im 21. Jahrhundert kein Patentrezept, aber der Systemansatz ist unverzichtbar, wenn es darum geht, nicht nur einzelne Krankheiten zu bekämpfen, sondern die Gesundheit der Bevölkerungen in unserer Welt zu verbessern.

O. Razum

S. Fleßa

M. Krawinkel

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Razum

Abteilung Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 100131, 33501 Bielefeld
oliver.razum@uni-bielefeld.de

Ärztliche Beiträge zu Ökonomischen Entscheidungen

Veranstaltung Schloss Reisensburg/ Günzburg am Sonntag, 13. Juni 2010 – Montag, 14. Juni 2010

Ärztliche Beiträge zu Ökonomischen Entscheidungen

Bei allen Entscheidungen im Gesundheitssystem gilt es eine Abwägung zwischen Nutzen und Risiken vorzunehmen. Das betrifft politische Entscheidungsträger ebenso wie Versicherungen, die Gesundheitsindustrie, Ärzte und Patienten. Deshalb sind alle diese Gruppen in die Diskussion zur Abwägung von Nutzen und Risiken einzubinden. Besonders möchten wir Ärzte aufrufen, sich an dieser interdisziplinären Diskussion zu beteiligen. Unter dem Primat wirtschaftlicher Zwänge und institutioneller Bedingtheiten kommen ökonomische Handlungsperspektiven im klassischen Sinne oft zu kurz. Ein „Haushalten“ mit eigenen – auch nicht pekuniären – Ressourcen ist oft zu wenig an Rationalität und langfristiger Wirkung orientiert. Nutzen und Risiken werden auf dieser Basis nur unzureichend reflektiert, wodurch rationale Entscheidungsfindungen schwieriger werden. Machbares, Sinnvolles, Valides, Zieldefiniertes und Finanzierbares muss in Handlungs- und Entscheidungsprozessen in der ärztlichen Praxis in Einklang gebracht werden.

Mit unserem Workshop auf Schloss Reisensburg möchten wir die besten Konzepte und Ergebnisse für medizinisch ökonomisches Entscheiden zur Nutzen-Risikoabwägung diskutieren und laden Sie ein, Ihren Beitrag zur Abwägung von Nutzen und Risiken unter mindestens einem der folgenden Gesichtspunkte einzureichen.

Klinische Epidemiologie – Ökonomie – Ethik

Wir erwarten Beiträge zum Beispiel zur Professionalität im Gesundheitswesen, Schadensvermeidung, Wert von Gesundheitsleistungen, Optimierung von Outcomes, Nachhaltigkeit des Zeithorizonts, Personalmanagement, Rationalisierung, Qualitätsmanagement, Zielorientierung.

Alle Beiträge sollten eine Abwägung von Nutzen und Risiken unter mindestens einem der oben genannten Aspekte vornehmen.

Die Präsentationen werden ausschließlich aus den eingereichten Abstracts ausgewählt. Ihr Abstract ist auf 250 Worte begrenzt. Es ist gegliedert in: Hintergrund und Fragestellung, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung.

Deadline: 16. April 2010.

Senden Sie Ihr Abstrakt bitte an:
sekretariat.klinoek@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Heiner Fangerau
Abt. Geschichte, Theorie
Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. Franz Porzsolt
Klinische Ökonomik
Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. Manfred Weiss
Klinik für Anästhesiologie
und Ethik in der Medizin
Universität Ulm

Franz Porzsolt (Ulm)