



Dr. Max Wudy

„The Times They Are A-Changing“

Zur Primärversorgung in Niederösterreich

Es gibt kaum ein Ärztetreffen, keine einzige standespolitisch orientierte Zeitung, kaum eine Tageszeitung wo das Wort „Primärversorgung“ in den verschiedensten Facetten nicht Thema ist. Betrachtet man die Veröffentlichungen, hört man den Diskussionen zu oder stöbert in älteren Zeitungen, fällt auf, dass eigentlich kaum jemand weiß, wovon er redet. Nicht einmal die Begriffe sind ident. Da wird von Zentren (AVZ – „allgemeines Versorgungszentrum“, PHC – „Primary Health Centrum“...), von Einheiten (PVE – „Primäre Versorgungseinheit“) von Netzwerken („styriamed.net“) und vielem mehr gesprochen. Politiker auf allen Ebenen sehen die PHCs als allseligmachende Institution, die gleichzeitig den vermeintlichen Ärztemangel beheben, die wohnortnahe Versorgung verbessern, billiger und omnipräsent sein sollen. So ein alchemistisches Universalmedikament halt. Lokalpolitiker hoffen auf Subventionen von oben, GesundheitsökonomInnen verweisen auf Einsparungen in Milliardenhöhe. Eine Vielzahl ähnlicher unrealistischer Vorstellungen stehen im Raum. Ganz im Zeichen des Föderalismus versteht jedes Bundesland unter Primärversorgung etwas anderes. Und so wird in jedem Bundesland ein eigenes Primärversorgungsprojekt verhandelt, auch in Niederösterreich. Zeit also, die Begriffe zu klären.

Declaration of Alma-Ata

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978

www.euro.who.int → Publikationen → Grundsatzdokumente → Erklärung von Alma-Ata (1978)

Der Terminus „PHC“ geht auf die WHO Konferenz zurück, die vor fast 40 Jahren in Alma-Ata stattfand. Alma-Ata heißt heute Almaty, lag damals in der UdSSR, nun in der Republik Kasachstan. Fast schaut es so aus, als ob die Begriffsverwirrung schon damals begann.

Damals wurde die Primary Health Care erarbeitet und verabschiedet. In der Folge wurde diese Deklaration in den nächsten fünf Jahren von nahezu allen Staaten der Erde ratifiziert – auch von Österreich!

Primary Health Care heißt wörtlich übersetzt primäre Gesundheitsversorgung. Auch mit Fürsorge, Pflege oder Betreuung könnte man CARE übersetzen, was allerdings immer auf dasselbe hinausläuft. CARE steht aber sicher nicht für Zentrum oder Einheit und meint ein virtuelles Konzept zur Betreuung der Bevölkerung sowohl für individuelle Personen als auch aus der Perspektive der Public-Health. Dabei steht die flächendeckende Versorgung durch wissenschaftlich fundierte und sozial

anerkannten Methoden und Technologien für alle Teile der Bevölkerung im Mittelpunkt. PHC ist als wohnortnahe und niederschwellige Versorgung definiert!

„Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“ (Originalzitat)

PHC ist aber mehr. Primary Health Care ist ein allumfassendes Konzept zur Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Dieses Konzept umfasst unter anderem auch Zugangsbeschränkung und Triage:

„6. sollte durch integrierte, funktionsfähige und einander unterstützende Überweisungssysteme aufrechterhalten werden, die eine allmähliche Verbesserung der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle ermöglichen und den am meisten Bedürftigen Vorrang einräumen.“ (Originalzitat)

Auch werden in diesem Konzept die Förderung der Eigenverantwortlichkeit und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als wesentliche Eckpunkte sogar mehrmals erwähnt. Gerade dies ist anscheinend in Österreich in der Diskussion völlig untergegangen, Qualtinger als „Herr Karl“ würde dies wahrscheinlich so kommentieren: „Wos brauch ma des, waun i graung bin, geh i zum Oazt, der sui ma a Pulverl gem und mi kraunkschreim und die Kassa suis zoin.“

Tatsache jedenfalls ist es, dass in Systemen mit starker Primärversorgung LANGFRISTIG die Gesundheit der Bevölkerung ansteigt und die Kosten sogar zurückgehen. Als Beispiel sei eine Grafik von Frau Ass. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Kathryn Hoffmann, MPH gezeigt, die verschiedene Länder mit starker und schwacher Primärversorgung vergleicht (siehe nebenstehende Seite). Man sieht schön, dass Norwegen, aber auch Nordirland mit fast der Hälfte der Krankenhausentlassungen wie Österreich, aber auch Deutschland auskommt, wodurch das Risiko intramuraler nosokomialer Infektionen minimiert wird, aber wo auch die Zahl der gesunden Lebensjahre über 65 Jahre um einiges ansteigt, was zusätzlich langfristig Kosten spart und die wertvollen Ressourcen sinnvoll einzusetzen hilft.

Von entscheidender Bedeutung ist es, die Primärversorgung als bio-psycho-soziale Idee zu betrachten, die das Primat des gesamten Menschen achtet und ihn nicht auf seine biologischen Krankheiten reduziert.

	Österreich		Deutschland		Irland		Norwegen	
Mind. 1x pro Jahr zum Hausarzt/ Hausärztin	78.8%		74.7%		72.8%		74.8%	
Mind. 1x pro Jahr zum Facharzt/ Fachärztin	67.4%		67.9%		24.8%		17.0%	
Krankenhausentlassungen pro 1000 Personen	267		232		140		172	
Gesunde Lebensjahre ab 65a	f	m	f	m	f	m	f	m
	9.5	8.9	6.9	6.7	11.9	10.9	15.9	15.4

Hoffmann et al., 2013 Eur J Public Health, Stirbu et al., 2011, OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database

Zur gesetzlichen Lage

Laut den aktuellen Landeszielsteuerungsverträgen sollte eigentlich bis Ende 2016 in jedem Bundesland ein Prozent der Bevölkerung durch PHC-Einrichtungen versorgt werden.

Wenn man bedenkt, dass die Primärversorgung ein umfassendes Konzept ist, ist zumindest für mich nicht nachvollziehbar, wie die Vision einer funktionierenden Grundversorgung lediglich mit ein oder zwei Zentren ohne Einbeziehung der übrigen Strukturen umgesetzt werden soll. Seit Mitte dieses Jahres ist ein neues Gesetz mit der Abkürzung „GRUG“ in Kraft. Der offizielle Titel sagt, glaube ich, bereits viel aus:

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Unterbringungsgesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017)

In diesem Gesetz ist bereits in der Überschrift von Einheiten die Rede, das Konzept ist auf der Strecke geblieben. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ebenso auf der Strecke geblieben wie der wohnortnahe niederschwellige Zugang. Zwar finden sich rudimentär Ansätze in §3, Absatz 2, Ziffer (2), aber mit der Umsetzung der Deklaration von Alma-Ata hat das GRUG nichts zu tun.

Öffentliches Interesse § 3.

(1) Die Errichtung und der Betrieb von Primärversorgungseinheiten zur Erbringung von multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen der Primärversorgung erfüllen im Sinne der strukturierten und verbindlichen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten ein wichtiges öffentliches Interesse.

(2) Dieses öffentliche Interesse ist insbesondere an Hand folgender qualitativer Kriterien begründet:

1. eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten,
2. ein erweitertes Angebot der Primärversorgungseinheit an diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und gegebenenfalls auch sozialen Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
3. die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung,

4. die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen,

5. ein Beitrag zur Sicherstellung der öffentlichen Versorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

(3) Das öffentliche Interesse ist weiters durch die Schaffung zusätzlicher Kooperationsmöglichkeiten begründet, die einen Beitrag zur Attraktivierung der beruflichen Rahmenbedingungen der beteiligten Berufsgruppen leisten.

Tatsächlich richtet sich ein Hauptaugenmerk auf eine bessere Versorgung durch bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der PVEs. Ohne an der Struktur etwas zu ändern, ist dieses Vorhaben zum Scheitern verurteilt. Solange der seitliche barrierefreie Zugang zum Gesundheitssystem in allen Ebenen möglich ist, werden auch PVEs nichts Grundlegendes ändern. Man weiß aus vielen Studien, dass die Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte sicher nicht der Hauptgrund für den Ambulanzbesuch sind. Hier ein Zitat aus einer rezenten niederösterreichischen Studie:

„Mehr als die Hälfte der Kontakte (52,4 %) finden in einer Zeit statt, in welcher niedergelassene ÄrztInnen im Rahmen ihrer Ordinationszeiten geöffnet haben (07:00 bis 19:00 Uhr) oder in Rufbereitschaft sind.“

Auch die im „GRUG“ vorgesehenen 75 PVEs in Österreich, (14 sind in NÖ geplant und werden schätzungsweise 7 bis 10 % der Bevölkerung erreichen), können an der Situation wenig bis nichts ändern, solange nicht ein Gesamtkonzept, welches von der kleinsten Einheit, der Hausärztin, dem Hausarzt bis zur größten, den Universitätskliniken, endlich umgesetzt wird. Studien und Konzepte dafür gibt es genug. Wesentliche Systemänderungen wie verbesserte Ausbildung, funktionierende Lehrpraxis, Integration der Universitäten, Finanzierung aus einem

Topf, die erst die Strukturverschiebung vom Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich möglich macht, sind die Basis für eine langfristige, nachhaltige Umsetzung der Primärversorgung in Österreich.

Hier sei noch ein Zitat aus der hervorragenden Arbeit aus dem Jahre 2015(!) über Primärversorgung in unserem Lande erwähnt: „In Österreich soll gegenwärtig das weitläufigere Konzept von PHC gestärkt werden, um so das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Dabei reicht es nicht aus, an den Stellschrauben einzelner Komponenten zu drehen. Wie Kringos et al. darlegen, sind die Elemente der PV gezeichnet von Wechselbeziehungen und wirken gemeinsam auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.“

„...Wie sooft im Zuge derartiger Reformvorhaben ist die Liste der Erwartungen lang, es entsteht der Eindruck, als könnten sämtliche Probleme des Gesundheitswesens durch die Stärkung der PV behoben werden.“ (aus Thomas Bergmair, Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung, „Primärversorgung in Österreich“).

Die Verhandlungen in NÖ

Seit geraumer Zeit verhandelt die Kurie der niedergelassenen Ärzte NÖ über die Modernisierung der Grundversorgung mit der GKK. Die Gespräche wurden mehrmals ausgesetzt, da die neuesten Änderungen abzuwarten waren. Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass es nicht zielführend erscheint, weiter zuzuwarten. Bis Ende 2018 soll ein Gesamtvertrag zwischen Hauptverband und der Bundeskurie ausverhandelt sein. Ob sich das ausgeht, steht in den Sternen. Daher versuchen wir gemeinsam mit der NÖGKK und in Parallelgesprächen mit dem Land, derzeit zumindest zwei bis drei Pilotprojekte in Rechtsform der Gruppenpraxis umzusetzen. Warum machen wir das? Die Antwort ist eigentlich ganz einfach. Reinhold Messner hat einmal auf die Frage, warum er denn mühsam auf die Berge klettert, geantwortet: „Weil sie da sind.“ Diese Antwort passt auch hier, wir verhandeln über Primärversorgung, weil es sie eben gibt.

Nach der politisch gelenkten Ausdünnung der Allgemeinmedizin über die letzten Jahrzehnte, bietet sich trotz eines mangelhaften Gesetzes die Möglichkeit, einen ersten Schritt in die richtige Richtung zu setzen. Eine Aufwertung des Hausarztes mit höheren Honoraren, verbesserter Ausbildung und Vernetzung. Die zwei bis drei Gruppenpraxen sind ein erster Schritt, Netzwerkpraxen mit angepassten Öffnungszeiten und Kooperationen mit anderen Berufsgruppen ein zweiter. Die Politik wagt nun erstmals einen Schritt in Richtung Ärzte zu tun.

Es stellte sich die Frage, wollen wir mitmachen oder nicht? Der erste Fall gibt uns die Möglichkeit zu gestalten, zu steuern, das

ganze Projekt positiv zu beeinflussen, die „Grauslichkeiten“ des Gesetzes zu entschärfen oder weg zu verhandeln. Im zweiten Fall beschließt der Gesetzgeber PVEs als Ambulatorien ohne Einbindung der Ärztekammern abseits des Stellenplanes.

Obwohl die Verhandlungen zu Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen sind, möchte ich die Grundzüge bereits hier darlegen. Volle Berücksichtigung im Stellenplan, Rückkehrrecht in den Einzelvertrag, sollte das PVE scheitern oder der Bedarf wegfallen. Zusätzlich arbeiten wir an einem gänzlich neuen Honorarsystem. Dies besteht aus einer fallunabhängigen Grundpauschale als Abgeltung der Vorhalteleistung (längere Öffnungszeiten, erweitertes Leistungsspektrum), aus einer altersabhängigen Fallpauschale und aus der Verrechnungsmöglichkeit von spezifischen Einzelleistungen. Leistungen des erweiterten Teams wie z.B. Therapeuten werden zusätzlich abgegolten. Dies natürlich mit dem Hintergedanken, dieses Honorarmodell nach der positiven Evaluierung auch allgemein zu übernehmen, um so das Einkommen der Hausärzte an das internationale Niveau heranzuführen. Zusätzlich werden die Pilotprojekte engmaschig wirtschaftlich begleitet, um zeitnahe steuernd und korrigierend eingreifen zu können.

Wir hoffen, die Verhandlungen noch heuer abschließen zu können. Sobald die zuständigen Gremien das Ergebnis abgesegnet haben, werden diese veröffentlicht und es erfolgt eine landesweite Ausschreibung der Pilotprojekte.

Vielleicht kann durch eine neue Form der Zusammenarbeit der Mangel an Hausärzten gemildert werden. Kaum ein junger Arzt kann sich die Ausbildung mit hundert und mehr Wochenstunden, wie sie ich und viele meiner Generation ertragen mussten, vorstellen. Noch weniger vorstellen kann sich die heutige Generation eine 24 Stunden Bereitschaft von Montag bis Freitag, abgelöst durch 48 Stunden durchgehenden Wochenenddienst jedes zweite oder dritte Wochenende. Wie schon im Titel gesagt, „The Times They Are A-Changing“ und dies erfordert eine Neubewertung der Positionen.

Der Hausarzt wie wir ihn kennen, ist durch unsere Verhandlungen sicher nicht in Gefahr. Selbst wenn der Vollausbau, der im GRUG gefordert wird, tatsächlich klappt, werden höchstens sieben bis zehn Prozent der Bevölkerung durch PVEs versorgt. Für den großen Rest stehen wir frei niedergelassenen Hausärzte weiter zur Verfügung, vorausgesetzt, es finden sich genügend Nachfolger, die bereit sind, die Verantwortung für die Grundversorgung der Bevölkerung zu tragen.

DR. MAX WUDY

Kurienobmann-Stellvertreter niedergelassene Ärzte

Erklärung von Alma-Ata

Die Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, die am 12. September 1978 in Alma-Ata stattfand, gibt angesichts des dringenden Handlungsbedarfs für alle Regierungen und alle im Gesundheitswesen und in der Entwicklungshilfe Tätigen sowie die Weltgemeinschaft insgesamt zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen auf der Welt die folgende Erklärung ab:

I Die Konferenz bekräftigt mit Nachdruck, dass Gesundheit, die der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen ist, ein grundlegendes Menschenrecht darstellt und dass das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert.

II Die schwerwiegenden Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitszustand der Menschen, wie sie insbesondere zwischen entwickelten Ländern und Entwicklungsländern, aber auch innerhalb von Ländern bestehen, sind aus politischer, sozialer und ökonomischer Sicht nicht hinnehmbar und deshalb ein gemeinsames Anliegen für alle Länder.

III Eine wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Grundlage einer neuen Weltwirtschaftsordnung ist von grundlegender Bedeutung für die möglichst weitgehende Verwirklichung von Gesundheit für alle und für die Verringerung der Kluft zwischen entwickelten Ländern und Entwicklungsländern in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Menschen sind eine wesentliche Voraussetzung für eine anhaltende wirtschaftliche und soziale Entwicklung und ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und zum Frieden in der Welt.

IV Die Menschen haben das Recht und die Verpflichtung, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

V Die Regierungen sind für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich; dieser Verpflichtung können sie nur durch geeignete Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens nachkommen. Ein zentrales soziales Ziel für Regierungen, internationale Organisationen und die Weltgemeinschaft insgesamt sollte in den kommenden Jahrzehnten darin

bestehen, allen Völkern der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Die primäre Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel zur Verwirklichung dieses Ziels im Rahmen einer Entwicklung im Sinne sozialer Gerechtigkeit.

VI Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft durch deren vollständige Beteiligung im Geiste von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird. Sie bildet einen integralen Bestandteil sowohl im Gesundheitssystem eines Landes, dessen zentrale Aufgabe und hauptsächlichen Schwerpunkt sie darstellt, als auch in der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Bevölkerung insgesamt. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.

VII Die primäre Gesundheitsversorgung:

1. spiegelt die ökonomischen Rahmenbedingungen und die soziokulturellen und politischen Merkmale eines Landes und der darin lebenden Gemeinschaften wider und entwickelt sich in Abhängigkeit von diesen und ist auf der Anwendung der wesentlichen Ergebnisse der sozialen und biomedizinischen Forschung, der Gesundheitswesensforschung und der Erfahrungen im Bereich öffentliche Gesundheit begründet;
2. befasst sich mit den wichtigsten gesundheitlichen Problemen in der Gesellschaft und stellt die erforderlichen Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Heil- und Rehabilitationsangebote bereit;
3. beinhaltet mindestens folgende Elemente: Aufklärung in Bezug auf vorherrschende Gesundheitsprobleme und die Methoden zu ihrer Verhütung und Bekämpfung; Förderung der Nahrungsmittelversorgung und einer angemessenen Ernährung; eine ausreichende Versorgung mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen; Gesundheitsschutz für Mütter und Kinder, einschließlich Familienplanung; Impfung gegen die schwersten Infektionskrankheiten; Prävention und Bekämpfung

fung endemischer Krankheiten; angemessene Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen; und Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln;

4. bezieht neben dem Gesundheitsbereich auch alle damit verbundenen Bereiche der Entwicklung von Ländern und Bevölkerungen ein, insbesondere Landwirtschaft, Viehzucht, Ernährung, Industrie, Bildung, Wohnungsbau, öffentliche Arbeiten, Kommunikation, und setzt sich für aufeinander abgestimmte Anstrengungen in all diesen Bereichen ein;
5. erfordert und fördert bei Individuum und Gesellschaft ein Höchstmaß an Eigenverantwortung und Beteiligung an Planung, Organisation, Betrieb und Überwachung der primären Gesundheitsversorgung unter größtmöglicher Nutzung der auf lokaler und nationaler Ebene oder anderweitig vorhandenen Mittel und entwickelt zu diesem Zweck durch angemessene Aufklärung der Bevölkerung deren Fähigkeit zu einer aktiven Beteiligung;
6. sollte durch integrierte, funktionsfähige und einander unterstützende Überweisungssysteme aufrechterhalten werden, die eine allmähliche Verbesserung der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle ermöglichen und den am meisten Bedürftigen Vorrang einräumen;
7. ist auf der lokalen Ebene und bei Überweisungen auf Gesundheitsfachkräfte wie Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Hilfskräfte und Sozialarbeiter, gegebenenfalls aber auch auf die Hilfe traditioneller Mediziner angewiesen, die allesamt sozial wie fachlich angemessen für die Arbeit als Gesundheitsteam und für eine Antwort auf die erklärten gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung geschult sein müssen.

VIII Alle Regierungen sollten nationale Konzepte, Strategien und Aktionspläne ausarbeiten, durch die die primäre Gesundheitsversorgung in Abstimmung mit anderen Politikbereichen als Bestandteil eines umfassenden nationalen Gesundheitssystems eingeführt bzw. erhalten wird. Zu diesem Zweck muss der nötige politische Wille aufgebracht werden, um die Ressourcen eines Landes zu mobilisieren und einen vernünftigen Umgang mit vorhandenen externen Ressourcen zu gewährleisten.

IX Alle Länder sollten im Geiste von Partnerschaft und gegenseitigem Nutzen zusammenarbeiten, um allen Menschen eine primäre Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, da die Gesundheit von Menschen in einem Land jedes andere Land unmittelbar betrifft und ihm zugutekommt. Vor diesem Hintergrund bildet der gemeinsame Bericht von WHO und UNICEF über die primäre Gesundheitsversorgung eine solide Grund-

lage für die weitere Entwicklung und Erbringung der primären Gesundheitsversorgung in der ganzen Welt.

X Ein annehmbares Gesundheitsniveau für alle Menschen auf der Welt bis zum Jahr 2000 lässt sich durch eine umfassendere und wirksamere Nutzung der weltweiten Ressourcen verwirklichen, von denen heute noch ein erheblicher Teil für Rüstungsgüter und militärische Konflikte ausgegeben wird. Bei einer Politik, mit der Unabhängigkeit, Frieden, Entspannung und Abrüstung wirksam gefördert werden sollen, könnten und sollten zusätzliche Mittel freigemacht werden, die friedlichen Zielen und namentlich der Beschleunigung sozialer und ökonomischer Entwicklung dienen können, wobei die primäre Gesundheitsversorgung als wesentlicher Bestandteil den ihr gebührenden Stellenwert einnehmen sollte.

Die Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung ruft dringend zu wirksamen nationalen und internationalen Maßnahmen zur Entwicklung und Verwirklichung der primären Gesundheitsversorgung auf der ganzen Welt und insbesondere in den Entwicklungsländern im Geiste fachlicher Zusammenarbeit und nach Maßgabe einer neuen Weltwirtschaftsordnung auf.

Sie appelliert dringend an die Regierungen, die WHO und das UNICEF sowie an andere internationale Organisationen, multilaterale und bilaterale Organisationen, Finanzierungseinrichtungen, alle Beschäftigten im Gesundheitsbereich und die gesamte Weltgemeinschaft, das nationale und internationale Engagement für die primäre Gesundheitsversorgung zu unterstützen und die fachliche wie finanzielle Unterstützung für diese zu erhöhen, insbesondere in den Entwicklungsländern.

Die Konferenz ruft sämtliche der genannten Akteure zur Zusammenarbeit bei der Einführung, Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung der primären Gesundheitsversorgung im Einklang mit Geist und Inhalt dieser Erklärung auf.

**Besuchen Sie uns auch auf
[facebook.com/arztnoe](https://www.facebook.com/arztnoe)**

