

## Editorial

Das Hausarztmodell: Für die einen ist es die Zukunft der ambulanten Versorgung, die für mehr Versorgungsqualität und eine bessere Koordination ärztlicher Leistungen steht. Andere bezweifeln Qualitätsgewinne ebenso wie Kostensenkungen und sehen die Interessen mündiger Patienten an der freien Arztwahl missachtet. Dass Zweifel bei der heutigen Ausgestaltung der Modelle aufkommen können, dafür finden sich erste Hinweise in den Daten des Gesundheitsmonitors. Die Daten zeigen aber auch: Die Patienten bewerten – ganz unabhängig vom Hausarztmodell der GKV – einen Hausarzt als „feste Anlaufstelle“ positiv. In diesem Newsletter stellen wir die grundsätzlichen Effekte einer engen Bindung des Patienten an seinen Hausarzt in den Mittelpunkt – und blicken auf innovative Beispiele für die Ausgestaltung der Primärversorgung in anderen Ländern.

Die Amerikaner z. B. haben das „medizinische Zuhause“ erfunden. Die Niederländer setzen auf eine Professionalisierung und Diversifizierung der Pflege. Auch in England, Australien oder Spanien geht der Trend in eine ähnliche Richtung. Israel geht einen besonderen Weg: Hier wird die herkömmliche Arztpraxis abgeschafft. Aus den Einzelpraxen werden kleine Gesundheitszentren mit einer Doppelspitze aus Arzt und Pflegekraft. Jede Praxis arbeitet fest mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen zusammen und bekommt einen „Versorgungsbezirk“ zugewiesen. Dort kümmert das Team sich um alles, was zum Thema Gesundheit anfällt. Arzt und Pflegekraft sind präsent und suchen ihre Patienten auf: mit Angeboten zur Gesundheitsförderung, zu Screenings sowie zur Nachsorge für chronisch Kranke.

All diese Beispiele sind, selbst wenn belastbare Evaluationsstudien vorliegen, nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar. Sie geben jedoch Denkanstöße, wie auch hierzulande mutiger und innovativer mit den Herausforderungen in der Primärversorgung umgegangen werden kann.

## Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem

Von Dr. Gerd Marstedt

Die Einführung des Hausarztmodells im deutschen Gesundheitssystem soll langfristig sowohl Verbesserungen der Versorgungsqualität als auch Kosteneinsparungen bewirken. Bislang vorliegende Bilanzen zeigen für beide Ziele allerdings noch keine empirisch überzeugenden Belege (vgl. etwa: Erlinghagen/Pihl 2001, Wasem/ Greß/ Hessel 2003, Böcken 2006, Prognos AG 2005, Prognos AG 2007, IKK Bundesverband 2007, Aqua-Institut 2008, Bertelsmann Stiftung 2008).

In einer international vergleichenden Studie des Commonwealth Fund wurden andererseits erst vor kurzem Strukturmerkmale, die sich teilweise auch im Hausarzt-Modell wiederfinden, als zentrale Einflussfaktoren für die Qualität der medizinischen Versorgung erkannt. Danach zeigt eine Befragung von etwa 11.000 erwachsenen Patienten in sieben Ländern, dass ein „medizinisches Zuhause“ („medical home“), also eine feste Anlaufstelle im Versorgungssystem, für Patienten einige Vorteile bietet. Diese Gruppe ist zufriedener mit der Therapie und der Arzt-Patient-Kommunikation und erlebt – nach eigener Meinung – seltener Behandlungsfehler oder unnötige Doppeluntersuchungen (Schoen u. a. 2007).

Definiert wurde das „medical home“ als feste medizinische Anlaufstelle, die auch die Koordination mit anderen Ärzten übernimmt und die Krankengeschichte des Patienten recht gut kennt (vgl. American Academy of Family Physicians u. a. 2007). Ein Vorteil dieses Modells gegenüber dem deutschen Hausarztmodell ist, dass es nicht nur den Hausarzt, sondern ein multidisziplinäres Praxisteam ins Zentrum der Versorgung stellt (für eine ausführliche Darstellung vgl. z. B. Mappes-Niediek/Blum 2007). Bereits zuvor hatte eine andere Studie deutlich gemacht, dass in den USA jene Bundesstaaten eine bessere Versorgungsqualität aufwiesen, in denen der Anteil der Allgemeinärzte im Vergleich zu Spezialisten deutlich höher lag (Baicker/Chandra 2004).

Der folgende Beitrag soll das Konzept des „medical home“ oder genauer: eine enge Bindung von Patienten an einen Hausarzt und



daraus resultierende Effekte für die Patientenzufriedenheit und die wahrgenommene Versorgungsqualität noch einmal anhand von Daten aus der Befragung des Gesundheitsmonitors im Frühjahr 2007 näher überprüfen. Dabei untersuchen wir hier nicht, dies sei noch einmal ausdrücklich hervorgehoben, Effekte des Hausarztmodells auf die Versorgungsqualität.

Vielmehr steht in der Analyse ein Aspekt im Vordergrund, der zwar im Rahmen von Hausarztmodellen weiter gestärkt werden soll, der sich teilweise aber schon jetzt bei einer bestimmten Gruppe von Patienten wiederfindet: eine hohe zeitliche Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung und daraus resultierend eine engere soziale und kommunikative Nähe. Idealtypisch ist dies bei Patienten der Fall, die seit Jahren einen Allgemeinarzt regelmäßig als erste Anlaufstelle nutzen und deren Krankengeschichte und persönliche Lebensumstände der Arzt infolge dessen auch sehr detailliert kennt.

Wir nehmen an, dass bei einer solchen Konstellation die Chancen für eine engere und stärker auf individuelle Besonderheiten (Informationsbedürfnisse, medizinisches Laienwissen, Gesundheitsverhalten, Interesse an Shared Decision Making usw.) zugeschnittene Arzt-Patient-Kommunikation wachsen. Dies könnte die Patientenerfahrung einer besseren Versorgungsqualität erhöhen – im Hinblick auf die wahrgenommene Kommunikation und Information, möglicherweise aber auch im Hinblick auf darüber hinausreichende Aspekte wie Früherkennungsmaßnahmen oder die Koordination der ärztlichen Zusammenarbeit.

Im Folgenden soll allerdings zunächst aufgezeigt werden, welche Aspekte der Kommunikation und Information beim Hausarzt von Patienten eher kritisch und

**Bewertung des Kommunikations- und Informationsverhaltens des Hausarztes beim letzten Arztkontakt (N=1.269 bis 1.357)**

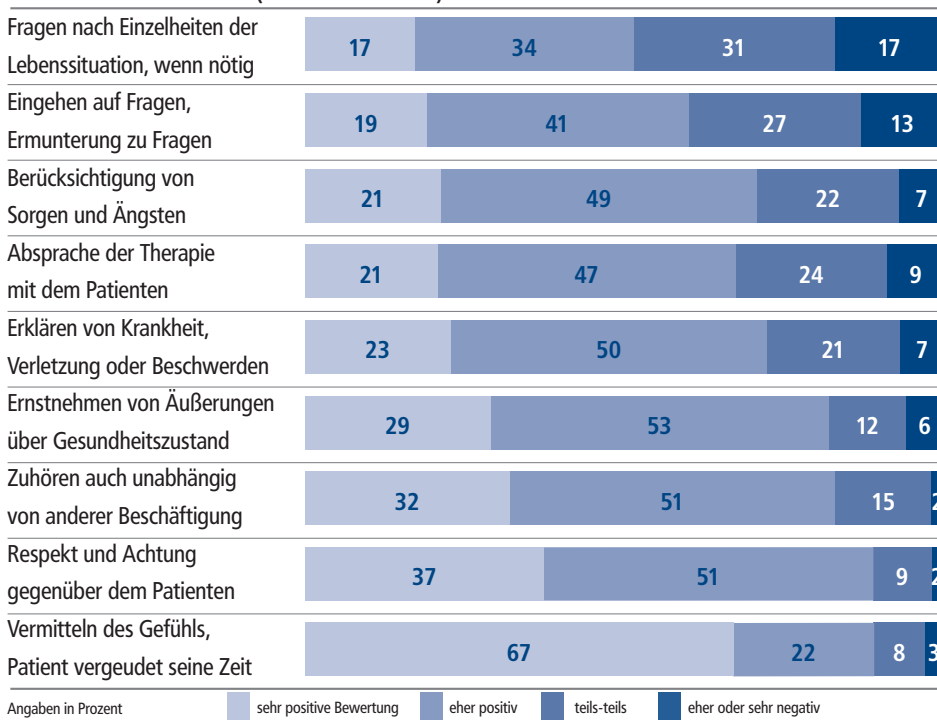


Abbildung 1

BertelsmannStiftung

welche eher positiv bewertet werden. Daran soll sich die Frage anschließen, ob es in dieser Hinsicht Unterschiede zwischen Patienten gibt, je nach dem, wie eng und vertraut das Verhältnis zum Hausarzt ist. Abschließend soll überprüft werden, ob Patienten mit einem besonders engen Hausarztkontakt auch darüber hinaus reichende Aspekte der medizinischen Versorgung besser bewerten.

**Festgestellte Mängel in der Hausarzt-Patient-Kommunikation**

Die in der ärztlichen Sprechstunde erfahrene Kommunikation und Information hat zwar nicht den Charakter „harter“ medizinischer Messergebnisse. Gleichwohl ist die Qualität dieser Erfahrungen für den Therapieerfolg maßgeblich mitbestimmend. Welche Aspekte der ärztlichen Kommunikation und Information

werden nun von Patienten eher kritisch wahrgenommen? Für diese Datenanalyse wurden nur Aussagen von Patienten berücksichtigt, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Kontakt mit ihrem Hausarzt hatten. Abbildung 1 gibt einen Überblick über diese Befunde.

Am häufigsten kritisiert wird das bisweilen unzureichende Interesse des Arztes, sich – wenn nötig – nach näheren Umständen der Lebenssituation zu erkundigen, die für die Krankheitsursache oder auch Therapie womöglich bedeutsam sein könnten. An zweiter Stelle der Kritik steht ein Aspekt, der dasselbe Verhaltensmuster anspricht: Der zu ein-dimensionale Kommunikationsstil von Ärzten und der zu schwach ausgeprägte dialogische Charakter.

### Patientengruppen

	N =	Prozent
festе Anlaufstelle, gesund	376	27
keine feste Anlaufstelle, gesund	540	39
festе Anlaufstelle, krank	268	19
keine feste Anlaufstelle, krank	205	15
<b>insgesamt</b>	<b>1.389</b>	<b>100</b>

Einschluss nur derjenigen, die im letzten Jahr mindestens einmal Kontakt mit dem Hausarzt hatten „gesund“ – „krank“: Als „krank“ definiert wurden Befragte, wenn sie angaben, sie seien chronisch erkrankt oder wenn sie ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ bewerteten  
 „feste Anlaufstelle“: Patienten, die a) sagten, sie hätten einen Hausarzt und b) sagten, ihr Hausarzt wisse „sehr viel“ über ihre gesundheitliche Entwicklung und die c) keinmal oder höchstens einmal im letzten Jahr ohne Überweisung direkt zum Facharzt gegangen sind

Tabelle 1

| BertelsmannStiftung

Nur sehr wenig Kritik findet sich für Aspekte, welche die Gesprächsatmosphäre und die innere Haltung des Arztes ansprechen. Nur jeweils 11 Prozent der Befragten heben hervor, der Arzt würde ihnen das Gefühl vermitteln, seine Zeit zu vergeuden oder er würde ihnen nicht mit Respekt und Achtung gegenüber treten. Etwas verallgemeinert lässt sich das Fazit ziehen: Während die Kommunikationsatmosphäre und respektvolle Haltung des Hausarztes fast durchweg positiv bewertet werden, wird zugleich ein stärkerer dialogischer Charakter des Gesprächs und ein wechselseitiges Frage-Antwort-Verhalten häufiger vermisst.

Gibt es Patientengruppen, bei denen sich kritische Anmerkungen zur Kommunikation des Hausarztes häufen? Wir haben zur Beantwortung dieser Frage einen Gesamtwert über alle angesprochenen Aspekte errechnet und vier etwa gleich große Gruppen gebildet: Mit sehr schwacher, eher schwacher, eher starker und sehr starker Kritik. Überprüft man dann, ob der Anteil derjenigen mit sehr starker Kritik (in der Gesamtstichprobe sind dies etwa 25 Prozent) bei einzelnen Patientengruppen deutlich höher ausfällt, dann zeigt sich für alle soziodemografischen Merkmale kein oder fast kein signifikanter Effekt. Die Abweichungen zwischen Männern und Frauen,

Jüngeren und Älteren, Befragten mit hohem und niedrigem Bildungsniveau usw. liegen im Bereich von maximal 4-5 Prozentpunkten. Zwei Ausnahmen sind jedoch hervorzuheben. Dies ist zum einen der Gesundheitszustand. Hier finden sich bei weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand auch häufiger kritische Äußerungen über die Qualität der hausärztlichen Kommunikation. Zum anderen hat die Vertrautheit des Arztes mit der Krankengeschichte des Patienten eine große Bedeutung: Patienten, deren Hausarzt ihre persönlichen Lebensumstände und Vorerkrankungen sehr genau kennt, bewerten auch die Kommunikation und Information des Arztes durchweg besser.

### Effekte einer festen Anlaufstelle für die Patientenzufriedenheit

Diese beiden Einflussfaktoren sind daher auch die Basis für eine Konstruktion verschiedener Patientengruppen. Die Vertrautheit des Hausarztes mit der Krankengeschichte des Patienten sagt einiges darüber aus, ob der Arzt vom Patienten tatsächlich als feste Anlaufstelle im Versorgungssystem genutzt wird. Bei Patienten, die häufiger den Allgemeinarzt wechseln, die öfter direkt (d.h. ohne Überweisung) einen Facharzt aufsuchen, dürfte die Krankengeschichte dem Arzt, wenn überhaupt, nur lückenhaft bekannt

sein. Die Unterscheidung nach dem Gesundheitszustand berücksichtigt andererseits Unterschiede hinsichtlich der Kontakthäufigkeit und der Versorgungsbedürfnisse. Die genaue Definition der vier Gruppen und die Häufigkeitsverteilungen gehen aus Tabelle 1 hervor.

Überprüft man nun, ob diese Patientengruppen auch unterschiedliche Bewertungen der ärztlichen Kommunikation abgeben, dann zeigen sich tatsächlich sehr markante Differenzen (Abbildung 2). Für alle untersuchten Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation wird deutlich, dass chronisch Erkrankte und Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand häufiger ihre Unzufriedenheit artikulieren als „Gesunde“. Die Differenz ist hier zwar über alle Befragungseffekte hinweg zu beobachten, aber sie ist eher gering und beträgt im Durchschnitt nur 4-6, maximal 10 Prozentpunkte. Wesentlich markanter sind die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne feste Anlaufstelle. Hier betragen die Differenzen im Durchschnitt knapp 20 Prozentpunkte, wenn man Gesunde und Kranke jeweils im Paarvergleich bei den Antworthäufigkeiten betrachtet.

Bildet man einen Gesamtwert für alle acht hier betrachteten Kommunikationsaspekte und unterscheidet dann vier etwa gleich große Gruppen nach dem Ausmaß ihrer Kritik, dann zeigt sich (vgl. Abbildung 3) sehr deutlich: Patienten, die einen Hausarzt als feste Anlaufstelle im Gesundheitssystem nutzen, kommen zu einer deutlich besseren Bewertung der hausärztlichen Kommunikation und Information. Der Anteil positiver Urteile ist bei vergleichbarem Gesundheitszustand mehr als dreimal so hoch (44 und 46 Prozent im Vergleich zu 12 und 13 Prozent).

Man kann nun die Frage stellen, ob diese Urteile der Patienten tatsächlich Effekt

**Kritik am Kommunikations- und Informationsverhalten des Hausarztes, nach Patientengruppen (N= 1.262 bis 1.341)**

Patienten der jew. Gruppe (in Prozent), die sagen, dass der Hausarzt nicht ausreichend ...

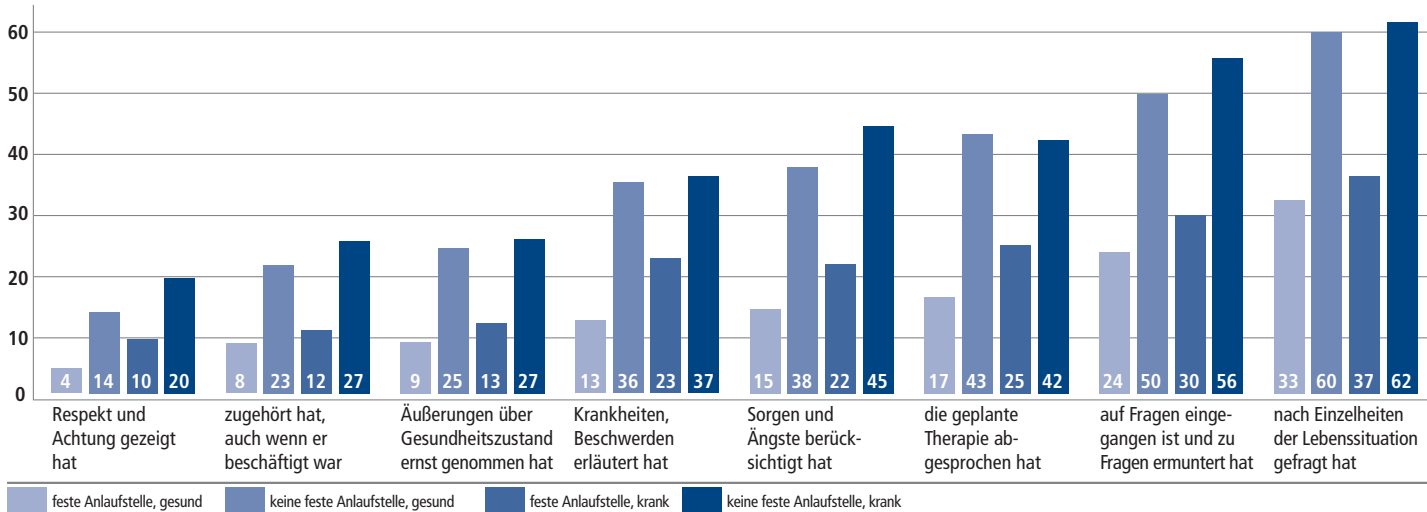


Abbildung 2

BertelsmannStiftung

einer als besser erfahrenen Versorgungsqualität sind oder eher aus besonderen Einstellungen und Sichtweisen der Patientengruppen resultieren. Es könnte ja sein, dass Ältere häufiger einen Hausarzt als feste Anlaufstelle nutzen und Ältere zugleich weniger kritisch und anspruchsvoll sind, was ärztliche Kommunikation und Information anbetrifft. Auch das Bildungsniveau, Geschlecht oder andere soziodemografische Merkmale könnten hier eine Rolle spielen und die maßgeblichen Hintergrundbedingungen sein, die ihrerseits sowohl die Hausarztnähe als auch das Anspruchsniveau gegenüber Medizinern steuern.

Um diese Frage zu beantworten, sind multivariate Verfahren der Datenanalyse unerlässlich, die den Effekt einer größeren Zahl von Einflussdimensionen auf einen abhängigen Faktor (hier: Bewertung der Hausarzt-Kommunikation) gleichzeitig überprüfen. Als Ergebnis dieser Analyse (bivariate logistische Regression) zeigt sich dann, dass von den einbezogenen Variablen (Lebensalter,

**Patientengruppen und Gesamtbewertung der Hausarztkommunikation (alle Einzelaspekte, N= 1.162)**

keine feste Anlaufstelle, krank	12	24	28	36
keine feste Anlaufstelle, gesund	13	22	35	30
feste Anlaufstelle, krank	44	24	14	18
feste Anlaufstelle, gesund	46	28	17	8

Angaben in Prozent: sehr positiv, eher positiv, eher negativ, sehr negativ

Abbildung 3

BertelsmannStiftung

Geschlecht, Haushalts-Nettoeinkommen, Bildungsniveau, Patientengruppe) einzig die Zugehörigkeit zu einer der vier Patientengruppen einen statistisch signifikanten Effekt für die Bewertung der Hausarzt-Kommunikation hat. Quantitativ bedeutet dies: Die Wahrscheinlichkeit einer negativen Bewertung der Arzt-Patient-Kommunikation ist bei Patienten ohne feste Anlaufstelle etwa fünfmal so hoch wie bei Patienten mit fester Anlaufstelle (sog. Odds Ratio = 5,2; p<0.001). Für den Gesundheitszustand beträgt diese Wahrscheinlichkeit 1,3. Für die übrigen Variablen ergeben sich keine signifikanten Werte (0,9 – 1,1).

Das bedeutet: Auch wenn man den Gesundheitszustand mitberücksichtigt („Gesunde“ sind im Durchschnitt zufriedener als „Kranke“), sind nicht Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Bildungsniveau maßgeblich für die Zufriedenheit von Patienten mit der Arzt-Patient-Kommunikation, sondern Versorgungsstrukturen bzw. der Zugang hierzu, also die Tatsache, ob jemand einen Hausarzt als feste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung nutzt oder nicht.

**Gibt es auch weiterreichende Effekte?**  
Verändert eine feste Anlaufstelle im Gesundheitssystem nicht nur die Zufrieden-

heit mit der Kommunikation und Information des Arztes, sondern hat dies möglicherweise „Transfer-Effekte“, die auch andere Erfahrungen in der ambulanten Versorgung berühren? Wir haben zur Beantwortung dieser Frage verschiedene Patientenurteile herangezogen: a) Erfahrungen einer unzureichenden Kooperation bei der Zusammenarbeit mehrerer Ärzte, b) Kenntnisse über und Erfahrungen mit Früherkennungsmaßnahmen, c) Bewertungen der hausärztlichen Untersuchung im Hinblick auf Sorgfalt und Gründlichkeit sowie d) die generelle Bewertung des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland.

Zunächst zeigt sich, dass kritische Urteile im Hinblick auf eine unzureichende Koordination der Leistungen verschiedener Ärzte (also zum Beispiel so erlebte und vermeintliche Doppeluntersuchungen, widersprüchliche Befunde oder Informationen verschiedener Ärzte, lange Wartezeiten usw.) tatsächlich auch zwischen den vier Patientengruppen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Diese Differenzen stehen im Einklang mit den bisherigen Befunden: Patienten mit fester Anlaufstelle äußern seltener Kritik. Da solche Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mehrerer Ärzte in unserer Stichprobe allerdings eher selten sind, fallen auch die Gruppengrößen eher klein aus (N=53 bis 84). Die Ergebnisse stimmen insofern zwar in der Tendenz mit den bisherigen Befunden überein, sind aber doch mit Vorbehalt zu betrachten.

Anders verhält es sich mit Erfahrungen und Kenntnissen zur Früherkennung. Hier zeigt sich (auch bei deutlich größeren Untergruppen, N=181 bis 427) eindeutig: Patienten mit einer festen Anlaufstelle wissen häufiger Bescheid über ihre Ansprüche und haben Untersuchungen auch öfter durchführen lassen. Für das Beispiel „Gesundheits-Checkup“ sind die Daten

### Versorgungs-Erfahrungen nach fester Anlaufstelle und Gesundheitszustand

Befragte (in Prozent der jew. Gruppe), die ...

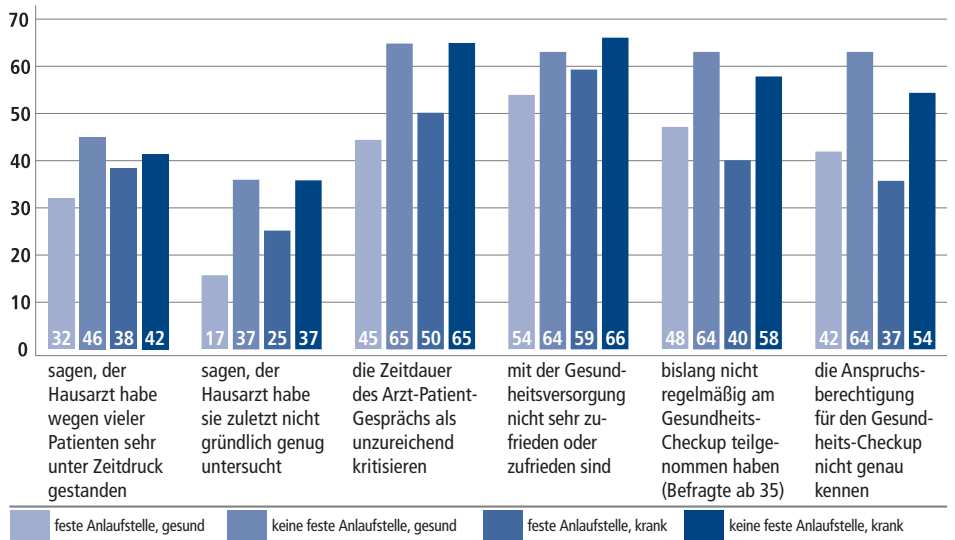


Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

hierzu in Abbildung 4 wiedergegeben. Befunde mit derselben Tendenz und in ähnlicher Größenordnung, was Differenzen zwischen den Patientengruppen anbetrifft, gibt es jedoch auch für die Krebsfrüherkennung (ohne Abbildung).

Auch im Hinblick auf hausärztliche Leistungen werden die Gründlichkeit der Untersuchung sowie der Zeitdruck in der Sprechstunde sehr unterschiedlich eingeschätzt. Und auch für Aspekte, die Bewertungen des Versorgungssystems generell betreffen, bestätigt sich die bislang beobachtete Tendenz. Zusammengefasst heißt dies, dass Patienten mit einem Hausarzt als fester Anlaufstelle im Gesundheitssystem:

- häufiger ihre Ansprüche auf Früherkennungsuntersuchungen kennen,
- entsprechende Früherkennungsuntersuchungen (Gesundheits-Checkup, Krebsfrüherkennung) häufiger in Anspruch genommen haben,
- seltener mit der Gesundheitsversorgung insgesamt unzufrieden sind,

- weniger oft kritisieren, dass in der medizinischen Versorgung die Zeit für das Arzt-Patient-Gespräch zu kurz ausfällt,
- die Gründlichkeit und Sorgfalt der ärztlichen Untersuchungen besser bewerten und
- die beim Hausarzt erfahrene Kommunikation und Information sehr viel besser bewerten.

### Fazit und Diskussion

Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen, dass Patienten, die einen Hausarzt als feste Anlaufstelle im Versorgungssystem nutzen, deutlich zufriedener sind hinsichtlich der Kommunikation mit diesem Arzt, der Gesprächsatmosphäre in der Sprechstunde, dem Umfang und der Verständlichkeit von Erläuterungen zu Krankheiten und Beschwerden sowie den Möglichkeiten zu Verständnisfragen und Nachfragen. Ebenso wird die Haltung des Arztes (Respekt und Achtung gegenüber dem Patienten, Ernstnehmen von Sorgen und Ängsten) von dieser Patientengruppe positiver dargestellt.

Dieser Zusammenhang hat mehrere Ursachen, deren Effekte wir im Einzelnen allerdings nicht quantifizieren können. Zum einen ist denkbar, dass in Fällen, in denen der Patient den Arzt schon seit längerer Zeit als feste Anlaufstelle nutzt, das Arzt-Patient-Gespräch tatsächlich länger dauert oder dies von Patienten zumindest so erlebt wird. Die Zeitangaben der Befragungsteilnehmer über die Dauer des letzten Behandlungsgesprächs jedenfalls deuten diesen Zusammenhang an. Diese Zeitspanne wird von Patienten mit fester Anlaufstelle auf 14,2 Minuten (Gesunde) bzw. 15,5 Minuten (Kranke) geschätzt. Die anderen Patienten ohne feste Anlaufstelle schätzen diese Zeitdauer um etwa 2-3 Minuten kürzer ein, auf 12,7 Minuten (Gesunde) bzw. 12,2 Minuten Kranke. Die Zeitdauer des Behandlungsgesprächs ist ein wesentlicher Faktor dafür, ob auch die Kommunikation selbst als befriedigend oder unbefriedigend erlebt wird.

Zum zweiten dürfte aus der Wahl eines Hausarztes als feste Anlaufstelle im zeitlichen Verlauf eine engere Arzt-Patient-Beziehung erwachsen. Hausärzte kennen dann bei ihren „Stammkunden“ persönliche Interessen und Verhaltensorientierungen, aber auch die beruflichen und familiären Hintergründe genauer und finden so sehr viel eher Anknüpfungspunkte für ein individuell zugeschnittenes Gespräch. Für diese Interpretation sprechen auch Ergebnisse einer unlängst veröffentlichten US-amerikanischen Studie (Street u. a. 2007). Auch überaus „weiche“ Faktoren wie Sympathie oder Antipathie, Emotionen und Einschätzungen des Patienten spielen danach eine große Rolle für die Kommunikation des Arztes und seine Haltung gegenüber dem Patienten, was Respekt und Achtung anbetrifft.

In dieser Perspektive wäre dann die bessere Bewertung der ärztlichen Kommunikation und Information durch sol-

che Patienten, die den Hausarzt als feste Anlaufstelle nutzen, ein sozialpsychologisch recht einfach zu erklärendes Phänomen. Der Arzt-Patient-Kontakt ist dann nicht mehr als rein zweckrationale Dienstleistungs-Beziehung oder als Verhältnis eines „Kunden“ zum „medizinischen Leistungsanbieter“ definiert, sondern es werden zumindest in begrenztem Umfang auch Strukturen erkannt, wie sie in lebensweltlichen Zusammenhängen wie Freundschaft oder Partnerschaft wirksam sind.

Unsere Befunde reichen allerdings noch darüber hinaus. Die bessere Kenntnis der Ansprüche für Früherkennungsmaßnahmen beispielsweise und ebenso die häufigere Teilnahme daran machen deutlich, dass die Wahl eines Hausarztes als feste Anlaufstelle im Gesundheitssystem Transfer-Effekte für die Versorgungsqualität haben kann, die über das Kommunikations- und Informationsverhalten in der hausärztlichen Sprechstunde hinausreichen.

Es wäre wohl lohnenswert, die exakten Mechanismen und Strukturen, die diese Effekte in Gang setzen, im Rahmen empirischer Forschung möglichst sowohl mit Befragungsdaten als auch mit Abrechnungsdaten der Krankenkassen noch differenzierter zu erhellen. Unsere Interpretation der gefundenen Ergebnisse ging dahin, dass sich aus einem engeren und zeitlich stabilen Kontakt von Hausarzt und Patient auch die Kommunikationsstruktur ändert und mit ihr die Qualität der Informations- und Beratungsleistungen. Der Arzt kann das laienmedizinische Grundwissen des Patienten (seine „Gesundheitskompetenz“) besser einschätzen und entsprechend seine Erläuterungen und Auskünfte in sprachlicher Hinsicht besser justieren. Er lernt auch die Informationsbedürfnisse des Patienten besser kennen: Ist dieser eher ein „Informations-sammler“, der alles ganz exakt wissen

möchte oder eher ein „Informationsverdränger“, der potentiell unangenehmen Mitteilungen ausweicht? Ebenso kennt er auch das gesundheitliche Risikoverhalten und die individuellen Bedürfnisse im Hinblick auf eine partizipative Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) genauer. Vor diesem Hintergrund fällt es dann auch leichter, Empfehlungen auszusprechen, sei es für eine Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen oder zur Veränderung des gesundheitlichen Lebensstils.

Die hier dargestellten empirischen Befunde resultierten im Wesentlichen aus einer Konstellation, in der eine Teilgruppe von Versicherten sich freiwillig und ohne materiellen Anreiz für eine spezifische Versorgungsstruktur entschieden hat: den Hausarzt als feste Anlaufstelle. Man weiß jedoch, dass die freie Facharztwahl in Deutschland für eine Vielzahl von Patienten als Verhaltensoption überaus bedeutsam ist. Hier dürften für viele Versicherte Konflikte auftauchen, wenn diese „Freiheitsgrade“ bei der Arztwahl in zukünftigen Hausarztmodellen tatsächlich gegen die Vorteile abzuwägen sind, die die Modelle versprechen – zum Beispiel in Form materieller Anreize, vor allem aber in Form einer verbesserten Versorgungsqualität.

Ob dieses Versprechen auch eingehalten und real erfahrbar wird, ist ganz wesentlich davon abhängig, dass Hausärzte ihre in den Verträgen ausgehandelten Verpflichtungen auch inhaltlich ausfüllen und nicht nur formal erledigen. Die in einigen Verträgen genannte Verpflichtung zu einer ausführlichen Ersterhebung der Krankengeschichte des Patienten („umfassender Überblick über die Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer [z. B. Arzneimittel, Fachärzte, HKP etc.]“, vgl. Vertrag 2004) könnte etwa als ein Baustein genutzt werden auf dem Weg zu einer

größeren sozialen Dichte der Arzt-Patient-Beziehung. Die darin enthaltene Chance wäre verspielt, wenn diese Aufgabe durch ein vom Patienten im Wartezimmer auszufüllendes Formular erledigt würde. Es scheint darüber hinaus unabdingbar zu sein, vertragliche Regelungen zu implementieren, die z.B. die Budgetverantwortung der Hausärzte erhöhen, das interne Praxismanagement verbessern und ein indikatorengestütztes Qualitätsmanagement verpflichtend festschreiben.

In jüngsten Erhebungen des Gesundheitsmonitors konnten keine Anzeichen dafür gefunden werden, dass Teilnehmer an Hausarztmodellen zurzeit eine bessere Versorgungsqualität erleben als Nicht-Teilnehmer (Bertelsmann Stiftung 2008). Eine Erklärung hierfür liegt wohl darin, dass es kaum Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen gibt, was das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt ausmacht, die Kontinuität des Kontakts und die Kenntnis des Arztes über persönliche Lebensumstände und Krankheitserfahrungen des Patienten. 53 Prozent der Teilnehmer an Hausarzt-Modellen sagen etwa, der Hausarzt wisse sehr viel über ihre Krankengeschichte und Lebensumstände. Dieser Wert liegt aber bei Nicht-Teilnehmern (mit 43 Prozent) nur geringfügig darunter (Böcken 2006). Hier wird deutlich, dass eine zentrale Voraussetzung für eine bessere Versorgungsqualität im Rahmen der ambulanten Versorgung bislang noch verfehlt wurde: Die Kontinuität und kommunikative Dichte der Arzt-Patient-Beziehung ist innerhalb von Hausarztmodellen nicht nennenswert größer als außerhalb. Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist jedoch ein entscheidender Faktor im Spektrum der hausärztlichen Versorgungsqualität.

## Literatur

- American Academy of Family Physicians u.a. (2007): Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home, March 2007, [www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf](http://www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf)
- Aqua-Institut (2008): Presseerklärung, Evaluation von Hausarztverträgen der Ersatzkassen: Erste Zwischenbilanz in fünf Regionen, Göttingen, 11.01.2008; [www.aqua-institut.de/pdf/AQUA\\_Presseerklaerung\\_HZV-Eval\\_2008-01-11.pdf](http://www.aqua-institut.de/pdf/AQUA_Presseerklaerung_HZV-Eval_2008-01-11.pdf)
- Baicker, K., Chandra, A. (2004): Medicare Spending, The Physician Workforce, And Beneficiaries' Quality Of Care; in: Health Affairs, Web Exclusive, 7 April 2004, [www.ccpr.ucla.edu/ccprwpseries/ccpr\\_026\\_05.pdf](http://www.ccpr.ucla.edu/ccprwpseries/ccpr_026_05.pdf)
- Bertelsmann Stiftung (2008): Pressemeldung, Umfrage: Hausarztmodelle in der heutigen Form weitgehend wirkungslos, Gütersloh, 10.01.2008; [www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-A3DF9C6D/bst/hs.xsl/nachrichten\\_84748.htm](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-A3DF9C6D/bst/hs.xsl/nachrichten_84748.htm)
- Böcken, J. (2006): Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt, in: Böcken J., Braun B., Amhof R.: Gesundheitsmonitor 2006, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, S. 247-271
- Erlinghagen, M., Pihl, C. (2004): Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Diskussionspapiere aus der Fakultät für Sozialwissenschaft – 04-4, Ruhr-Universität Bochum, ISSN 0943 – 6790; [www.ruhr-uni-bochum.de/sowi/forschung/profil/dkpaper/dp04-4.pdf](http://www.ruhr-uni-bochum.de/sowi/forschung/profil/dkpaper/dp04-4.pdf)
- Mappes-Niediek, N., Blum, K. (2007): Von „medizinischem Zuhause“ bis „Rent-A-Doctor“: neue Versorgungsformen weltweit. in: Gesundheitsmonitor 2/2007, Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung.
- IKK Bundesverband (2007): Presseinformation, Hohe Zufriedenheit von IKK Versicherten mit Hausarztzentrierter Versorgung in Sachsen-Anhalt, Berlin, 20. Juni 2007; [www.ikk.de/ikk-generator/ikk/presse/pressearchiv/87634.pdf](http://www.ikk.de/ikk-generator/ikk/presse/pressearchiv/87634.pdf)
- Prognos AG (2005): 1. Zwischenbericht „Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell)“, Basel, [www.aok.de/bawue/download/pdf/hausarztmodell/zwischenbericht.pdf](http://www.aok.de/bawue/download/pdf/hausarztmodell/zwischenbericht.pdf)
- Prognos AG (2007): 2. Zwischenbericht „Wissenschaftliche Begleitung des hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodells Südbaden (Hausarztmodell)“, Basel, [www.prognos.com/pdf/2ZWB%20HQM.pdf](http://www.prognos.com/pdf/2ZWB%20HQM.pdf)
- Schoen C., Osborn, R., Doty, M.M., u. a. (2007): Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries, 2007; in: Health Affairs, 26, no. 6, 2007, w717-w734; <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/6/w717.pdf>
- Street, R.L., Gordona, H., Haideta, P. (2007): Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? in: Social Science & Medicine, Volume 65, Issue 3, August 2007, Pages 586-598
- Vertrag (2004) zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus in Sachsen-Anhalt, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (...) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung („Hausarztvertrag“); [www.hausaerzteverband-sachsen-anhalt.de/img\\_haupt/vertrag/vertrag1.pdf](http://www.hausaerzteverband-sachsen-anhalt.de/img_haupt/vertrag/vertrag1.pdf)
- Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003): Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen; Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswiss., Universität Duisburg-Essen, Nr. 130, November 2003; [www.uni-essen.de/medman/Lehrstuhl/Forschung/Berichte/Diskussionsbeitrag\\_130.pdf](http://www.uni-essen.de/medman/Lehrstuhl/Forschung/Berichte/Diskussionsbeitrag_130.pdf)

# Primärversorgung weltweit im Wandel

von Norbert Mappes-Niediek und Kerstin Blum

## Israel: Anlauf auf vielen Bahnen

Israel nimmt auf mehreren Bahnen Anlauf, seine Primärversorgung zu verbessern. Die wohl gewichtigste Neuerung: Maccabi, zweitgrößte Krankenkasse und Anbieter ambulanter Versorgung, verabschiedet sich von der Einzelpraxis und setzt auf ein modernes, integriertes System der Chronikerversorgung.

### Versorgungsteams statt Einzelpraxen

Bisher arbeitete Maccabi für die Primärversorgung mit freiberuflichen Ärzten in Einzelpraxis zusammen. Vorbeugung und Gesundheitsförderung fanden nur vereinzelt und oft zufällig statt. Angeregt vom Chronic-Care-Modell, das in den USA längst als Goldstandard für die Versorgung chronisch Kranker gilt (siehe auch Newsletter 2/2007 „Neue Versorgungsformen“), richtete Maccabi jetzt landesweit fünfzig Gesundheitszentren ein. Unter der Leitung eines Arztes und einer Pflegekraft ist ein multidisziplinäres Team für alle Aspekte der Gesundheit seiner Patienten zuständig. Die Versorgung wird auf den einzelnen Patienten zugeschnitten; kein Patient soll mehr von Arzt zu Arzt laufen müssen. Jeder Arzt ist für eine definierte Bevölkerungsgruppe zuständig und soll von sich aus – etwa mit Angeboten zur Gesundheitsförderung – an seine Zielgruppe herantreten. Die mit ihm kooperierende Pflegekraft koordiniert die Versorgung und sorgt dafür, dass chronisch Kranke in ihrem Wohnumfeld bekommen, was sie brauchen. Regelmäßige, organisierte Praxisbesuche sollen Raum für Lebensberatung, Fallmanagement und Stressbewältigung geben. Das Praxisteam unterstützt den Patienten

dabei, durch Selbstmanagement seinen Gesundheitszustand selbst zu verbessern.

### Versorgungsqualität fair messen

Schon 2001 hatte das israelische Gesundheitsministerium ein Messsystem für die Qualität der Primärversorgung eingeführt. Die vier Krankenkassen, die für die Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind, sollen so Anreize für Qualitätssteigerungen bekommen. Sie erhalten ihre eigenen Daten und den nationalen Schnitt als Referenzwert. Gemessen werden u. a. die Mortalitätsrate, Behandlungsergebnisse und Prävention. Jetzt wird debattiert, wie die Daten aufbereitet und publiziert werden sollen. Denn das Material ermöglicht auch Aussagen über die gesundheitlichen Erfolge in verschiedenen Orten, bei verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen und die Versorgungsqualität einzelner Kassen. Maccabi plädiert dafür, alles unterschiedslos zu veröffentlichen. Kleine Versicherer wollen, dass die Daten um sozioökonomische Faktoren, etwa die Risikoverteilung, bereinigt werden. Nur so könnten die Versicherten fair urteilen. Der Minister würde die Ergebnisse am liebsten getrennt für jede Kasse publizieren, um deren Management zu Verbesserungen anzuspornen.

### Schulung für Umgang mit Sterbenden

Erfahrene Palliativpfleger, Ärzte und Pflegekräfte haben ein Weiterbildungsprogramm entwickelt: In mehrtägigen Kursen werden Ärzte, Krankenschwestern und Sozialarbeiter in der Versorgung Sterbender geschult. Die Kurse fanden regen Zuspruch, besonders beim Pflegepersonal.

Finanzielle Anreize für die Teilnahme gab es keine. Eine Umfrage nach dem Kurs ergab, dass die meisten Teilnehmer sich für den Umgang mit den somatischen und psychischen Problemen der Kranken besser gerüstet fühlen. Am wichtigsten war der Kontakt zu Kollegen mit ähnlichen Problemen. Trotz des großen Zuspruchs droht dem erfolgreichen Programm das Aus. Gesichert ist nur eine Anschubfinanzierung.

### Herausforderung weibliche Gesundheit

Clalit, Israels größter Versicherer, bietet Mitarbeitern seiner Polikliniken ein E-Learning-Programm zur Frauengesundheit. Hintergrund ist die späte Erkenntnis, dass Medizin sich zu stark am männlichen Organismus und männlicher Lebensweise orientiert hat: als Folge ist in Israel der Gesundheitszustand von Frauen durchschnittlich schlechter als der von Männern. Das E-Learning-Programm zielt auf Ärzte wie andere Gesundheitsfachkräfte. Nach den audiovisuellen Lektionen am Computer, inklusive konkreter Fallpräsentationen, besprechen die Teilnehmer sich untereinander oder in einem Intranet-Forum mit Experten anderer Kliniken. Die Teilnehmer waren mit der Methode des E-Learning am eigenen Arbeitsplatz sehr zufrieden. Der Wissensstand über die Bedürfnisse weiblicher Patienten stieg signifikant.

Informationen zu allen Ansätzen auf [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

## Spanien: Mehr Staat, mehr Markt – Gesundheitszentrum neuen Typs übernimmt Primärversorgung

Kataloniens autonome Regierung will die Vorteile privater und öffentlicher Gesundheitszentren verbinden. Zu diesem Zweck wurde in der Kleinstadt Castelldefels das Pilotprojekt eines privat wirtschaftenden, aber staatlich finanzierten „Konsortiums“ ins Leben gerufen. Anderswo in Katalonien obliegt Primärversorgung meist den Zentren des „Katalanischen Gesundheitsinstituts“. Diese Zentren wirtschaften mit öffentlichen Mitteln nach den Regeln der öffentlichen Verwaltung. Daneben existieren lediglich „assozierte Basiseinheiten“, so genannte ABEs – private Firmen, die nach dem Vorbild britischer Fundholdings von mehreren frei praktizierenden Ärzten getragen werden. Um diese ABEs hatte es von Anfang an politischen Streit gegeben: Von der früheren konservativen Provinzregierung gefördert, galten sie der neuen, sozialistischen Administration als Vorreiter einer Privatisierung des Gesundheitswesens. Eine öffentlich-private Mischform wie jetzt in Castelldefels gab es bisher nur im Krankenhauswesen.

2005 erhielt der Küstenort Castelldefels am südlichen Stadtrand von Barcelona als erste Gemeinde in Spanien für seine 24.000 Einwohner ein öffentliches und

zugleich autonom wirtschaftendes „Consortori Castelldefels de Salut d'Atenció Primària“ (CASAP). Das Konsortium richtete der Stadt ein Primärversorgungszentrum neuen Typs ein. Zusätzlich zu der üblichen Versorgung übernimmt das Zentrum auch Aufgaben wie Ernährungsberatung, Tageschirurgie, Kampf gegen Nikotinsucht. Träger des Konsortiums sind zu 70 Prozent das Katalanische Gesundheitsinstitut und zu 30 Prozent die Gemeinde. Das CASAP-Management kann wirtschaften wie eine Firma und auch Personal nach privatrechtlichen Grundsätzen einstellen. An das öffentliche Dienstrecht ist es nicht gebunden.

Bisher kann das Gesundheitszentrum von Castelldefels gute klinische Ergebnisse vorweisen; Wartelisten gibt es nicht. Qualitätsprüfungen verliefen positiv. Das Personal ist nicht weniger motiviert als bei privaten Einrichtungen. Die Skepsis unter Gesundheitsberuflern gegenüber der neuen Institution hat sich inzwischen gelegt. Kritiker fürchten allerdings mögliche staatliche Einflussnahme auf Management-Entscheidungen.

[www.hpm.org/survey/es/a10/2](http://www.hpm.org/survey/es/a10/2)

## USA: „Medizinisches Zuhause“ wird Realität

Das „medizinische Zuhause“, jüngstes Produkt der Versorgungsforschung, wird Wirklichkeit. Das Konzept sieht eine enge, technisch unterstützte Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis, Hauskrankenpflege, Sozialarbeit und Apotheke vor, basierend auf dem Chronic-Care-Modell, Leitlinien und evidenzbasierter Medizin. Davon profitieren vor allem Ältere, die mit der Steuerung der vielen Hilfsangebote überfordert sind, aber auch Kinder. Erste Pilotprojekte zeigen gute Ergebnisse: Weniger Krankenhauseinweisungen, weniger Notaufnahmen, weniger Krankheitstage.

North Carolina zahlt Ärzten, die das „Zuhause“ einführen, einen Bonus. Der Ostküstenstaat hat mit integrierten Systemen gute Erfahrungen gemacht: Zwischen 2002 und 2004 sparten die acht Millionen Einwohner über 60 Millionen Dollar mit Fallmanagement für chronisch Kranke.

[www.hpm.org/survey/us/a10/5](http://www.hpm.org/survey/us/a10/5)  
[www.hpm.org/Downloads/Newsletter\\_HPNGemo/0207\\_Neue\\_Versorgungsformen.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0207_Neue_Versorgungsformen.pdf)

## Dänemark: Kommunen für günstigere Kliniken

Dänemarks Gemeinden, bisher schon für die Primärversorgung zuständig, zahlen nun auch für die Krankenhäuser mit. Die Neuregelung soll für Kommunen einen Anreiz schaffen, die Versorgung Älterer sowie Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern: Je weniger Einweisungen ins Krankenhaus nötig werden, desto günstiger kommt die Gemeinde davon. Daneben sollen die Gemeinden Alternativen zur Krankenhausbehandlung schaffen. Fachleute bezweifeln allerdings, dass die Ziele erreicht werden. Die Kommunen kommen insgesamt für ein Fünftel der

Krankenhauskosten auf; die anderen vier Fünftel zahlt der Nationale Gesundheitsdienst. Für einen echten Anreiz ist die Beteiligung der Gemeinden damit wohl zu niedrig. Von ihrem 20-Prozent-Anteil entfällt das meiste auf einen festen Grundbetrag von 150 Euro pro Einwohner. Pro Einweisung werden dann noch einmal 30 Prozent der tatsächlichen Kosten fällig, maximal aber 670 Euro.

[www.hpm.org/survey/dk/a10/3](http://www.hpm.org/survey/dk/a10/3)

## Estland: Gesundheits-Hotline etabliert sich

Bei Gesundheitsproblemen geht in Estland der erste Griff nicht zur Hausapotheke, sondern zum Telefon: Unter der Nummer 1220 beraten rund um die Uhr dreizehn Ärzte und zwölf Krankenschwestern auf Estnisch und Russisch. Die Hotline wurde eingeführt, um vor allem die ländliche Bevölkerung besser zu erreichen und Notarzteinsätze zu vermeiden. Nutzen kann die Nummer jeder, versichert oder nicht. Täglich rufen über 400 Hilfesuchende an; zu zwei Dritteln Frauen, Tendenz steigend. Die Krankenkasse zahlt für einen Anruf umgerechnet 2,86 Euro, während ein Arztbesuch – ohne Laboruntersuchungen und andere Befunde – schon 6,39 Euro kostet. Um einen wirklichen Spareffekt auszumachen, ist es allerdings noch zu früh: noch bleibt die Zahl der Anrufer hinter den Erwartungen zurück. Die Probleme, mit denen jemand anruft, so die Vermutung, sind andere als die, mit denen er zum Hausarzt geht. Experten bescheinigen der Hotline aber positive Effekte auf die Zugangsgerechtigkeit.

## Großbritannien: Spielräume zum Investieren

Britische Allgemeinärzte sollen mit den Geldern, die sie für ihre Leistungen bekommen, autonom und weitsichtig wirtschaften. Die lokalen Primary Health Trusts, die ihnen ihre Kosten erstatten, vergeben deshalb auch Investitionsmittel. Bemessen werden die Fonds nach Erfahrungswerten. Wer als Arzt günstig investiert, kann aus der Ersparnis indirekt auch persönlichen Vorteil ziehen: 70 Prozent des gewonnenen Betrages behält der Arzt selbst, der Rest muss an den Trust abgeführt werden. Voraussetzung für den Einbehalt ist, dass der Arzt seinen Gewinn in die Praxis investiert. Das neue System war zunächst freiwillig, jetzt gilt es flächendeckend. Skeptiker hatten befürchtet, dass die Ärzte künftig nur noch „leichte Fälle“ und billig behandelbare Patienten annehmen würden, um so Gewinne abzuschöpfen. Bestätigt hat die Befürchtung sich bisher nicht – die Aufsicht ist zu streng.

[www.hpm.org/survey/uk/a8/2](http://www.hpm.org/survey/uk/a8/2)

## Australien: Ärzte-Lerngruppen gegen Diabetes und Herzkrankheit

Australiens Allgemeinärzte werden auch weiterhin von Staats wegen organisiert zur Weiterbildung eingeladen. Lerngruppen zur Verbesserung der Primärversorgung, in den letzten drei Jahren als Pilotprogramm betrieben, werden nun für weitere vier Jahre mit aufgestockten Mitteln weitergeführt.

Als klar wurde, dass Vorbilder für gute Arbeit nur sehr langsam in die Allgemeinpraxen Eingang fanden, rief das Gesundheitsministerium Lerngruppen ins Leben. Das Programm betrifft den Umgang mit Diabetes und koronarer Herzkrankheit und den Zugang zur Allgemeinpraxis. Ziele der Initiative sind bessere klinische Ergebnisse, weniger Risikofaktoren in der Lebensweise und Gesundheitserhaltung unter chronischen und komplexen Bedingungen. In den ersten drei Jahren wurden 600 Praxen ein-

bezogen, jede für anderthalb Jahre. Für jedes der drei Felder, auf denen sie Verbesserungen erreichen wollen (Diabetes, koronare Herzkrankheit, Zugang zum Arzt), formulieren die Lerngruppen genaue Ziele und visieren konkrete Vorbilder an. Die teilnehmenden Praxen wurden nach einem Orientierungstag zu Lehrgängen auf landesweiter, lokaler und virtueller Ebene eingeladen. Zwischendurch erhielten die Praxen für die Umsetzung vor Ort Hilfe vom Programm-Manager der Lerngruppe, dem einzigen Beschäftigten pro Team. Um den Fortschritt auch messbar zu machen, schicken die Praxen monatlich ihre Daten an einen Zentralcomputer.

Die Kosten betragen in den ersten Jahren 15 Millionen australische Dollar, umgerechnet 8,8 Millionen Euro. Bezahlt werden müssen für jede Kooperative das Ge-

halt des Managers, Verdienstausschlag für die beteiligten Ärzte an den Tagen der Workshops sowie Unterkunft und Verpflegung. Finanzielle Anreize für die Praxen gibt es keine.

Vorbild für Australiens Lerngruppen war ein ähnliches Programm der britischen Agentur für die Modernisierung des Gesundheitswesens, das Verbesserungen möglichst schnell durchsetzen sollte. Auf australische Verhältnisse zurechtgeschnitten wurde das Programm vom US-Institute for Healthcare Improvement. Träger der Initiative war bisher eine private Consulting-Firma im Eigentum der Universität von Adelaide. Die zweite Phase wurde nun neu ausgeschrieben.

[www.npcc.com.au](http://www.npcc.com.au)

## Niederlande: Neue Pflegeberufe und Gesundheitszentren

Um einer Patientenstruktur mit mehr älteren, oft unter chronischen Erkrankungen leidenden Patienten zu begegnen, setzt man in den Niederlanden nicht nur auf einen Hausarzt als persönlichen Ansprechpartner, sondern auch auf eine Differenzierung und Professionalisierung der Pflegeberufe. Nurse practitioners, physician assistants und mental health nurses heißen die neuen Helfer des Arztes, die den Patienten im Team betreuen und einen Teil der ärztlichen Aufgaben übernehmen. In Gesundheitszentren finden Patienten zudem alle Elemente einer umfassenden Primärversorgung auf einem Fleck: Neben der Hausarztpraxis z. B. Apotheke, Physiotherapie, Ernährungsberatung und psychologische Betreuung. Unterstützt wird der Wandel hin zu einem Mix professioneller Gesundheitsdienstleister durch eine neue Finanzierungsstruktur, Behandlungsleitlinien und ein intensives System der Qualitätssicherung.

Studien zeigen einen besseren durchschnittlichen Gesundheitszustand und eine höhere Versorgungsqualität bei niedrigeren Kosten. Aber ganz ohne Schwierigkeiten geht der Wandel auch in den Niederlanden nicht von statten: Patienten haben weniger Wahlmöglichkeiten, denn der Gang in die Hausarztpraxis als erster Arztkontakt ist Pflicht. Nicht immer sind Patient und Arzt sich einig, ob eine Überweisung zum Spezialisten notwendig ist. Dennoch schildern niederländische Patienten ihre Erfahrungen mit dem neuen System der Primärversorgung im Allgemeinen als sehr positiv.

[www.minvws.nl/en/folders/cz/2005/primary-health-care.asp](http://www.minvws.nl/en/folders/cz/2005/primary-health-care.asp)

## Neuseeland: „Versorgung plus“ mit Minuspunkten

Patienten, die wegen einer chronischen Krankheit oder vor dem Lebensende besonders intensive Versorgung benötigen, hilft in Neuseeland seit 2004 ein Programm mit dem Namen „Care plus“. Eine Arztpraxis oder eine kommunale Gesundheitsstation ist dann für alle Aspekte ihrer Versorgung zuständig. Die regionalen Organisationen der Primärversorgung werden für den Aufwand, den sie mit pflegeintensiven Kranken haben, aus einem besonderen Steuertopf entschädigt.

Die Bilanz nach zwei Jahren ist gemischt. Zwar beteiligen sich von den 81 regionalen Organisationen Neuseelands 64 an dem Programm. Aber die Zahl der beteiligten Patienten stieg viel langsamer als erwartet. Die Gründe sind vielfältig: Praxen müssen detaillierte Versorgungspläne für die Versorgung-plus-Patienten aufstellen und beklagen, dass der bürokratische Aufwand zu umständlich ist und die Vergütung zu langsam kommt und oft nicht ausreicht. Manchmal haben Praxen auch einfach nicht genug Platz oder personelle Kapazität, um versorgungsintensive Patienten aufzunehmen. „Versorgung plus“ scheint für chronisch Kranke besser geeignet als für Sterbenskranke, bei denen plötzliche Interventionen an der Tagesordnung sind.

Trotzdem zählen sich die meisten Allgemeinärzte und Gemeindeschwestern zu den Anhängern des neuen Modells. Besonders groß ist die Zufriedenheit unter den teilnehmenden Patienten. Sie erhalten eine strukturiertere Versorgung, mehr Beratung über den richtigen Umgang mit ihrer Erkrankung und einen schriftlichen Behandlungsplan.

[www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567?Open](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567?Open)

## International: Zugang zu Haus- und Fachärzten

Ein Patient, der in Deutschland ärztliche Hilfe sucht, hat die Wahl: Gehe ich zu diesem oder jenem Allgemeinmediziner? Oder suche ich gleich den Facharzt auf und nehme weitere zehn Euro Praxisgebühr in Kauf?

Andere Länder sind strenger bei der Arztwahl. Das beginnt beim Hausarzt, der oft eine Lotsenfunktion einnimmt. In Australien und Neuseeland kann der Patient zwar wie hierzulande bei jedem Besuch entscheiden, welchen Allgemeinmediziner er aufsucht. Doch Patienten in den Niederlanden, Dänemark, Großbritannien oder Finnland müssen sich fest bei einem Hausarzt anmelden; die drei letzteren können dabei nur unter den Ärzten wählen, die für ihren Wohnbezirk zugelassen sind.

Ein Facharztbesuch ohne Überweisung ist in anderen Ländern selten möglich. Nur in Dänemark können Versicherte aus dem gängigen Gatekeeper-Modell aussteigen und sich direkt an Fachärzten wenden, dafür müssen sie aber höhere Versicherungsprämien und Zuzahlungen in Kauf nehmen. In allen anderen hier genannten Ländern müssten Patienten einen Facharztbesuch ohne Überweisung entweder komplett selbst zahlen oder würden gar nicht zum Arzt vorgelassen. Nur in Notfällen gilt überall: Wer dringend ärztliche Hilfe braucht, kann sich immer an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden. Ausführliche Informationen zum Zugang zu primär- und fachärztlicher Versorgung im internationalen Vergleich finden sich in „Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries.“ WHO 2006.

## Stiftung Praxissiegel e.V. Qualitätsmanagement als Beitrag zu besserer Primärversorgung



Mit der wachsenden Bedeutung des Hausarztes als Lotse im Gesundheitswesen steigt auch der Anspruch an die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis. Ein sinnvolles Qualitätsmanagement kann helfen, die Strukturen und Prozesse der Praxis zu optimieren und eventuelle Schwachstellen aufzudecken und zu beheben. Seit Anfang 2008 müssen niedergelassene Ärzte in Deutschland beginnen, konkrete Maßnahmen eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements umzusetzen. Dafür haben sie zwei Jahre Zeit. Die Vielfalt der auf dem Markt angebotenen QM-Systeme macht es für Ärzte jedoch nicht leicht, das richtige Verfahren auszuwählen.

Eines der am Markt etablierten Verfahren ist das Europäische Praxisassessment (EPA). Es umfasst indikatorengestützte Selbst- und Fremdbewertungen der Arztpraxis, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen sowie Praxisbesuche durch Visitoren. EPA erlaubt zudem einen anonymen Vergleich mit strukturgleichen Praxen. Eine im Jahr 2007 von Stiftung Praxissiegel e.V. beauftragte Studie konnte nachweisen, dass Praxen, die EPA erfolgreich eingeführt haben, bereits nach einem Jahr deutliche Fortschritte in der Praxisorganisation verzeichnen.

Stiftung Praxissiegel e.V. ist eine unabhängige Institution für Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung. Der gemeinnützige Verein verleiht an Praxen, die EPA erfolgreich eingeführt haben und hohen Qualitätsanforderungen gerecht werden, ein Zertifikat. Der Verein wurde 2004 von der Bertelsmann Stiftung und TOPAS Germany e.V. gegründet. Deutschlandweit haben bisher rund 900 Arztpraxen das „Praxissiegel“ erhalten, darunter 750 Hausärzte.

Weitere Informationen und Kontakt unter [www.praxissiegel.de](http://www.praxissiegel.de)

## Bertelsmann Stiftung

### Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

[www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de)  
[www.hpm.org](http://www.hpm.org)

### Verantwortlich

Robert Amhof  
Sophia Schlette

### Redaktion

Robert Amhof  
Kerstin Blum

### Autoren

Kerstin Blum  
Norbert Mappes-Niediek  
Dr. Gerd Marstedt

### Kontakt

Martina Krause  
Tel.: (05241) 81-8 13 81  
Fax: (05241) 81-68 13 81  
[martina.krause@bertelsmann.de](mailto:martina.krause@bertelsmann.de)