

**Thomas Bergmair**

**Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung**

# Primärversorgung in Europa

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

<b>1. Deutschland</b>	<b>112</b>
<b>2. Norwegen</b>	<b>115</b>
<b>3. Großbritannien</b>	<b>117</b>
<b>4. Niederlande</b>	<b>120</b>
<b>5. Dänemark</b>	<b>125</b>
<b>6. Belgien</b>	<b>128</b>

*Der vorliegende Beitrag gewährt einen Einblick in die Primärversorgungsstrukturen europäischer Länder mit unterschiedlich ausgeprägter Primärversorgung. Interessanterweise zeichnen sich länderübergreifend oftmals sehr ähnliche Probleme im Gesundheitswesen ab. Probleme, die man in Österreich durch eine Stärkung der Primärversorgung (PV) zu lösen hofft, bestehen in Ländern mit stark ausgeprägter Primärversorgung nach wie vor. In ganz Europa ist man auf der Suche nach Strategien, dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu begegnen. Ebenso zeichnet sich über die Grenzen der Länder hinweg ein einheitlicher Trend eines ärztlichen Nachwuchsproblems ab. Dieser Beitrag zeigt die unterschiedliche Herangehensweisen europäischer Staaten und ihrer Sozialsysteme an die Herausforderungen der Gesundheitspolitik auf.*

# 1. Deutschland

Charakteristisch für das deutsche Primärversorgungswesen ist die hohe Anzahl an Arztbesuchen. Mit etwa 18 Arztkontakten pro Jahr und Kopf erweisen sich die Deutschen als leidenschaftliche Arztbesucher. Ein Hausarzt behandelt dabei im Durchschnitt 34 Patienten pro Tag, was eine durchschnittliche Konsultationsdauer von etwa 8 Minuten zulässt. Die Zahl der Arztbesuche nimmt mit dem Alter zu.<sup>95</sup>

## 1.1. Medizinische Fachangestellte

Einer stetig schrumpfenden Zahl an primärversorgungswirksamen Ärzten stehen immer komplexere Bedürfnisse der Patienten gegenüber. Daher wurde der Kompetenzbereich medizinischer Fachangestellter in der Vergangenheit auf anspruchsvollere medizinische Aufgaben ausgeweitet.<sup>96</sup> Mit der Zusatzausbildung zum Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) wurde eine zusätzliche Qualifizierung für medizinische Fachangestellte geschaffen. Neue Vergütungsmechanismen erlauben es, die Anstellung derartiger Fachkräfte auch in Rechnung zu stellen.<sup>97,98,99,100</sup>

## 1.2. Ärztenetze

Modelle integrierter Versorgung sind bestrebt, die sektorale Abschottung im Gesundheitsbereich durch ein integriertes System zu ersetzen. Aus diesem Grund bildeten sich in Deutschland zu Beginn der 1990er Jahre, nach Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen, erste Ärztenetzwerke. Man strebt damit nach einer Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität, möchte Kooperation fördern und durch ein verbessertes Patientenmanagement überflüssige Doppeluntersuchungen vermeiden, um so größere wirtschaftliche Effizienz zu erreichen.<sup>101</sup> Diese Ärztenetze haben sich mittlerweile zu wichtigen Faktoren der ambulanten Versorgung entwickelt. Man schätzt ihre Zahl deutschlandweit auf etwa 700.<sup>102</sup>

95 Gerlach, Szecsesenyi (2014)

96 Freund et al. (2015)

97 <https://www.verah.de/>

98 Freund et al. (2015)

99 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

100 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

101 Schweighofer (2015)

102 Versorgungsforschung (2009)

### 1.3. MVZ (medizinische Versorgungszentren)

Seit dem Jahr 2004 besteht die Möglichkeit, ärztliche Gruppenpraxen, sogenannte medizinische Versorgungszentren, zu betreiben.<sup>103,104</sup> Vorbild dafür sind die in der ehemaligen DDR weit verbreiteten Polikliniken.<sup>105</sup> Seit kurzem können diese Gruppenpraxen nicht nur fächerübergreifend, sondern auch auf einzelne Fachrichtungen spezialisiert betrieben werden. Die Leitung eines MVZ muss einem Arzt obliegen, der selbst in diesem Zentrum tätig ist und medizinisch weisungsfrei agiert. Ärzte sind in diesen Versorgungszentren entweder angestellt oder fungieren als Vertragsarzt.<sup>106,107</sup> Dies ermöglicht vor allem jungen Ärzten, Erfahrungen in der Niederlassung zu sammeln, ohne die ökonomischen Risiken einer eigenen Praxis tragen zu müssen.

MVZ bilden als wichtiges Element der integrierten Versorgung eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung. Seit 2012 können MVZ nur noch von Vertragsärzten, Krankenhäusern und gemeinnützigen Trägerorganisationen gegründet werden, um zu verhindern, dass profitorientierte Betreiber medizinische Entscheidungen beeinflussen.<sup>108</sup>

Mittlerweile versorgen deutschlandweit 6.000 Ärzte in 1.200 MVZ ihre Patienten. Auch Kooperationen mit Apotheken oder Physiotherapeuten sind keine Seltenheit, um Synergieeffekte zu nutzen und den Patienten kurze Wege zu ermöglichen. Die Koordination der Behandlungsprogramme erfolgt durch enge Abstimmung der unter einem Dach vereinigten Mediziner, so dass eine bessere Abstimmung von Untersuchungen und Medikamenten erfolgen kann – und den Patienten gleichzeitig unnötige Wartezeiten erspart bleiben.<sup>109</sup>

103 Czypionka et al. (2011)

104 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

105 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html>

106 Czypionka et al. (2011)

107 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

108 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

109 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html>

## 1.4. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Seit 2009 sind Krankenkassen verpflichtet, Hausarztmodelle als Vertragsvariante anzubieten. Durch die Wahl einer solchen Polizza verpflichten sich die Versicherten für 12 Monate, ihren Hausarzt als erste Anlaufstelle zu konsultieren. Dieser kann dann die weitere medizinische Vorgehensweise koordinieren. Wenn Bedarf besteht, kann er etwa den Patienten an einen Facharzt überweisen.<sup>110</sup> Diese Leistungen werden als Selektivverträge vergeben und ihre Honorierung ist außerhalb des Kollektivvertragssystems der kassenärztlichen Vereinigung geregelt. Die Reglementierung erfolgt auf Bundesländerebene. In Baden-Württemberg erfolgt die Vergütung beispielsweise anhand kontaktabhängiger und kontakunabhängiger Pauschalen sowie verschiedener Zuschläge, beispielsweise für chronisch Kranke. Zusätzlich erfolgt eine Verrechnung nach Einzelleistungen oder ergebnisabhängigen Parametern.<sup>111</sup> Die Teilnahme an den Programmen der HzV ist sowohl für Patienten als auch für die Hausärzte freiwillig.<sup>112</sup>

---

110 Cypionka et al. (2011)

111 Dragosits (2013)

112 Dragosits (2013)

## 2. Norwegen

Das Gesundheitswesen in Norwegen wird durch Steuern und private Zuzahlungen (vorwiegend im ambulanten Bereich) finanziert.<sup>113</sup> Die Allgemeinmediziner übernehmen im norwegischen PV-System eine Gatekeeper-Funktion für die fachärztliche Versorgung und den intramuralen Bereich.<sup>114</sup> Seit 1984 tragen Gemeinden die Verantwortung für die Finanzierung und Bereitstellung der PV und werden dabei vom Staat unterstützt. So steht es den Gemeinden beispielsweise frei, ob sie Allgemeinmediziner als öffentliche Bedienstete anstellen oder Verträge mit selbständigen Ärzten schließen möchten. Tatsächlich sind die meisten Allgemeinmediziner in der norwegischen Primärversorgung selbständig und schließen Verträge mit den Gemeinden ab. Typischerweise bestehen Praxen aus zwei bis sechs Ärzten und unterstützendem Personal.<sup>115</sup> Etwa 15 Prozent der Arztpraxen werden als Einzelpraxis geführt. Ein Arzt behandelt am Tag etwa 15 bis 20 Patienten, ein Patientengespräch dauert etwa 20 Minuten.<sup>116</sup> Man arbeitet im kommunalen Gesundheitsdienst eng mit anderen Gesundheitsberufen, wie Hebammen oder Krankenpflegekräften, zusammen. Diese behandeln Patienten mitunter auch eigenständig, ohne ärztliche Weisung, so dass Hausarztarbeit mitunter als wahrhaftige Teamarbeit angesehen werden muss.<sup>117</sup> Schon aufgrund der geografischen Gegebenheiten im norwegischen Landschaftsbild haben sich Allgemeinmediziner als wichtigste Versorgungsfunktion in der PV etabliert.<sup>118</sup> Die Telemedizin stellt daher ein wichtiges Werkzeug zur Einholung von Zweitmeinungen und zur intersektoralen medizinischen Abstimmung dar.<sup>119</sup>

### 2.1. Leistungsvergütung

Die Leistungsvergütung in der hausärztlichen Primärversorgung erfolgt anhand von Einzelleistungsverrechnung durch die Krankenversicherung, den Zuzahlungen der Patienten und einer Kopfpauschale. Arztbesuche außerhalb der Ordinationsöffnungszeiten sowie Facharztconsultationen erfordern höhere Zuzahlungen.<sup>120</sup>

113 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

114 HiT Norway

115 HiT Norway

116 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010);

117 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010);

118 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

119 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

120 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

## 2.2. RGP-Programm

Seit 2001 besteht die optionale Möglichkeit, sich im Zuge eines RGP- (regular general practitioner) Programmes in die Liste eines Allgemeinmediziners eintragen zu lassen. Dies bringt Vorteile bei der dortigen Terminvergabe sowie geringere Zuzahlungen mit sich. 99 Prozent der Versicherten und 97 Prozent aller Allgemeinmediziner nehmen diese Möglichkeit auch an und beteiligen sich an dem RGP-Programm. Die Listen umfassen in der Regel zwischen 1200 und 1500 Patienten je Arzt.<sup>121</sup> Wartezeiten sind im norwegischen Gesundheitswesen vergleichsweise hoch, werden aber von der Bevölkerung gelassen hingenommen. Neben langer Wartelisten für Elektiv-Behandlungen kann es auch vorkommen, 2 bis 3 Wochen auf einen Termin beim Hausarzt warten zu müssen, wenn ein Problem nicht akut ist.<sup>122</sup>

## 2.3. Legevakt

Allgemeinmediziner müssen aufgrund ihrer Verträge auch für Bereitschaftsdienste außerhalb ihrer Praxiszeiten zur Verfügung stehen.<sup>123</sup> Die Steuerung und Koordinierung übernimmt eine akutmedizinische Notfallzentrale mit intensivmedizinisch geschultem Personal.<sup>124</sup>

In Städten und größeren Orten gibt es zusätzlich Ambulanzzentren (Legevakt), die bei akuten Krankheiten, Notfällen oder Schwierigkeiten in der Terminabstimmung konsultiert werden können. Dort gibt es je nach Bedarf unterschiedliche medizinische Abteilungen sowie Sozial- und Pflegedienste. Je nach Ausprägung des Legevakt wird dieser entweder von den lokalen niedergelassenen Ärzten besetzt, oder es werden Ärzte dort eigens angestellt. Aufgrund der leichten Zugänglichkeit zu dieser Versorgungseinrichtung ist ihre Auslastung mitunter sehr hoch, so dass es zu langen Wartezeiten kommen kann.<sup>125</sup>

---

121 HiT Norway

122 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

123 HiT Norway

124 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

125 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

## 3. Großbritannien

Seit 1948 wird die Gesundheitsversorgung in Großbritannien zentral vom NHS (National Health Service) geregelt und finanziert, die regionale Steuerung der PV übernehmen Primary Care Trusts oder Health Boards. Die Leistungen umfassen alle Versorgungsebenen. Während die Primärversorgung vorwiegend von Allgemeinmedizinern bereitgestellt wird, erfolgt die fachärztliche Versorgung durch sogenannte Specialists zumeist in Krankenhäusern. Die medizinischen Leistungen stehen den Versicherten zum Zeitpunkt des Leistungsbezuges großteils kostenfrei zur Verfügung.<sup>126</sup> Auch Pharmazeuten übernehmen einzelne primärversorgungsrelevante Leistungen, wie etwa Screening-Maßnahmen oder Beratungsfunktionen. Sie besitzen auch das Recht, gewisse Medikamente zu verschreiben.<sup>127</sup>

### 3.1. General Practitioner

Allgemeinmediziner fungieren als Gate-Keeper. Jeder Bürger in Großbritannien muss sich in die Liste eines frei wählbaren Allgemeinmediziners seiner Region einschreiben. Etwa 95 Prozent der Gesundheitsprobleme werden dadurch gleich vom Hausarzt behandelt.<sup>128</sup> Vom Arzt wird eine umfassende, meist elektronische Patientenakte angelegt, die im Falle eines Arztwechsels weitergegeben wird.<sup>129</sup>

Der Großteil dieser Familienmediziner (Family Practitioner) ist in kleinen, arztgeführten Gruppenpraxisformen mit 4 bis 6 Medizinern zusammengeschlossen. Zunehmend werden sie dort auch von Pflegepersonal und administrativen Assistenten unterstützt. Neben einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit als Teilhaber besteht außerdem die Möglichkeit, Ärzte in solchen Gruppenpraxen mit etwas niedrigerem Gehalt auch anzustellen. Die Konzentration der primärärztlichen Versorgung nahm durch diese Leistungsverdichtung in den vergangenen Jahren deutlich zu.<sup>130</sup> Heute werden nur noch etwa 15 Prozent aller Praxen von einem einzigen Arzt betrieben, in nur 5 Prozent der Praxen arbeitet ein Arzt tatsächlich komplett allein.<sup>131,132</sup> Auch private Unternehmen können Praxen betreiben und

126 Roland, Guthrie, Thomé (2012)

127 Freund et al. (2015)

128 Czypionka (2011)

129 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

130 Czypionka (2011)

131 Czypionka (2011)

132 Roland, Tuthrie, Thomé (2012)

Mediziner anstellen.<sup>133</sup> Eine Praxis betreut im Schnitt etwa 6600 Patienten, pro Arzt sind im Durchschnitt 1500 Patienten registriert – Tendenz sinkend. Neue Patienten können auch abgewiesen werden.<sup>134</sup>

In einer typischen Praxis arbeiten 5 bis 6 Allgemeinmediziner, ein Nurse Practitioner (Fachgesundheits- und Krankenpfleger mit erweiterter Ausbildung und diagnostischer Kompetenz), 2 bis 3 Krankenpflegekräfte und 6 bis 10 Praxisassistenten im administrativen und organisatorischen Bereich.<sup>135</sup> Zusätzlich arbeitet man eng mit einem weiter gefassten PHC-Team zusammen, das etwa geriatrische, pädiatrische oder psychiatrische Pflege umfasst, sowie Hebammen und Sozialarbeiter. In der näheren Vergangenheit hat die Zahl der Hausbesuche stark abgenommen, während Konsultationen generell zugenommen haben. Gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg bei der Zahl der Konsultationen durch Pflegekräfte oder Nurse Practitioners, aber auch bei Konsultationen per Telefon zu verzeichnen. Auch die durchschnittliche Dauer einer Konsultation ist angestiegen.<sup>136</sup>

### 3.2. Vergütung

Die Leistungsvergütung erfolgt anhand unterschiedlicher Schemata. Etwa zwei Drittel des Praxis-Einkommens wird über populationsabhängige<sup>137</sup> Kopfpauschalen generiert, 25 Prozent werden über ein anreizgebendes Pay-for-Performance-System anhand von 150 Kennzahlen lukriert und 5 Prozent kommen aus einem Topf für erweiterte Leistung. Das durchschnittliche Gehalt eines Allgemeinmediziners liegt leicht über dem durchschnittlichen Gehalt eines Facharztes im NHS.<sup>138</sup> Unter bestimmten Gegebenheiten besteht zudem die Möglichkeit, eine Hausapotheke zu betreiben.

Im Gesundheitswesen in Großbritannien sind in der Vergangenheit wiederholt Maßnahmen zur Reform des Gesundheitswesens gesetzt worden, die aber auch immer wieder scheiterten. Zum Beispiel versuchte man sich an der Organisation der Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten durch kommerzielle Organisationen, kehrte aber im Jahr 2013 wieder dazu zurück, diese Notversorgung durch Notdienste von Allgemeinmediziner-Verbänden bereitzustellen.<sup>139</sup>

133 Freund et al. (2015)

134 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

135 Roland, Tuthrie, Thomé (2012)

136 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

137 Czypionka (2011)

138 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

139 Roland, Guthrie, Thomé (2012)

### 3.3. Nurse Practitioner (akademische Krankenpflegekraft)

Patienten können frei entscheiden, ob sie ihren Arzt oder einen bei ihm angestellten Nurse Practitioner konsultieren möchten.<sup>140</sup> Diese speziell geschulten Fachpflegekräfte verfügen sogar über das Recht, selbstständig sämtliche Arzneimittel zu verschreiben.<sup>141</sup> Vor allem in der routinemäßigen Betreuung chronisch Kranker hat sich der Einsatz von geschulten Fachpflegekräften bewährt.

### 3.4. Advanced-Access-Modell

Um der fortwährenden Kritik langer Wartezeiten auf Arzttermine zu begegnen, wurde in einigen Regionen die Einführung eines Advanced-Access-Modells unterstützt. Ziel soll dabei sein, Patienten noch am Tag ihrer Anfrage einen Termin anbieten zu können. Wichtig ist es dafür, die Patientenströme annäherungsweise vorhersagen zu können und über entsprechende Kapazitäten zu verfügen, um der fortwährenden Nachfrage gerecht zu werden. In einem Übergangszeitraum muss eine bestehende Warteliste abgearbeitet werden, um zukünftig alle Termine am selben Tag bewältigen zu können. Eine erste Evaluierung dieses Konzepts bestätigt die Erwartungen. 85 Prozent der Patienten erhalten einen Termin am Tag ihrer Wahl, die durchschnittliche Terminwartezeit verkürzt sich von 3,6 auf 1,9 Tage.<sup>142</sup>

---

140 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

141 Freund et al. (2015)

142 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

## 4. Niederlande

In der niederländischen PV finden 90 Prozent der medizinischen Versorgung bei Hausärzten statt, verursachen damit aber nur 4 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen.<sup>143</sup> 96 Prozent dieser Konsultationen werden auch gleich in der hausärztlichen Praxis abgeschlossen, nur 4 Prozent der Fälle werden weitergegeben.<sup>144</sup>

Die Primärversorgung in den Niederlanden genießt eine hohe internationale Reputation und wird oft in einem Atemzug mit starken PV-Systemen im Nordwesten Europas genannt. Allerdings ist das dortige PV-System weniger einheitlich gestaltet, als oftmals angenommen wird. Eine ganze Reihe an Professionen und Organisationen beteiligt sich an der niederländischen PV. Die wichtigsten Vertreter sind aber die Allgemeinmediziner als Kernelement. Weitere Professionen der PV umfassen Apotheker, Physiotherapeuten, Hebammen, Heimpflege-Organisationen, PV-Psychologen und Sozialarbeiter. Unterschiedliche Berufsgruppen der PV weisen durchwegs monodisziplinäre Finanzierungs- und Organisationsformen auf, was einer Zusammenarbeit wenig förderlich ist. Kooperationsformen sind daher oft von den Einzelpersonen der beteiligten Professionen abhängig.

### 4.1. Allgemeinmediziner

Allgemeinmediziner haben einen hohen Stellenwert in den Niederlanden, obwohl ihre Anzahl relativ niedrig ist.<sup>145</sup> Sie erfüllen eine Gatekeeping-Funktion für Facharzt oder Spitalsbehandlungen.<sup>146</sup> Selbstzuweisung ist nur bei Augenärzten oder in Notfallaufnahmen der Spitäler möglich. De Bakker und Groenewegen (2009) sind der Meinung, diese Gatekeeping-Funktion der Allgemeinmedizin widerspreche dem Grundsatz der europäischen Konsumentensouveränität und befürchten daher, dass dieses System langfristig keine Zukunft haben wird.<sup>147</sup> Die hohe Stellung der Allgemeinmedizin im niederländischen PV-System verdeutlicht die Tatsache, dass Patienten für Besuche bei Allgemeinmedizinern, im Gegensatz zu anderen Behandlungsformen, keinen Selbstbehalt entrichten müssen. Die Bewohner einer Region müssen sich in die Behandlungsliste eines Arztes eintra-

143 Freund et al. (2015) zitieren Wiegers et al. (2011)

144 Czypionka et al. (2011)

145 De Bakker, Groenewegen (2009)

146 Van Weel, Schers, Timmermans (2012)

147 De Bakker, Groenewegen (2009)

gen.<sup>148</sup> Aus der soziodemografischen Zusammensetzung der Bevölkerung ergibt sich der genaue Versorgungsauftrag einer Praxis.<sup>149</sup> Die Zahl der Bewohner, die auf einen Allgemeinmediziner fällt, ist dabei mit 2250 bis 2500 im europäischen Vergleich ausgesprochen hoch. Nur vereinzelt sind Einwohner nicht bei einem Allgemeinmediziner registriert, man befürchtet aber, dass diese Rate bis 2020 auf zwei bis acht Prozent der Bevölkerung ansteigen könnte.

## 4.2. Vergütung

Das Honorarsystem der Allgemeinmediziner setzt sich aus einer generellen Kopfpauschale sowie einer Behandlungsgebühr zusammen.<sup>150</sup> Dabei macht die Kopfpauschale etwa 70 Prozent der Einkünfte aus.<sup>151</sup> Man experimentiert mit neuen, gebündelten Formen der Honorierung, etwa für Behandlungspakete im Zuge der Behandlung chronischer Krankheiten.<sup>152</sup> Diese sogenannten Chain Diagnosis Treatment Combinations (chain-DTCs) bündeln Leistungen und Vergütungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder COPD. Dadurch sollen Anreize geschaffen werden, Behandlungen über mehrere Versorgungsebenen hinweg zu koordinieren.<sup>153</sup>

Eine zunehmende Tendenz ist erkennbar, dass sich Ärzte seit den 70er Jahren<sup>154</sup> vermehrt von der Ordinationsform einer Einzelpraxis abkehren und sich in Gruppenpraxen zusammenschließen. Zwischen 1997 und 2007 halbierte sich der Anteil der Ärzte, die eine Einzelpraxis betrieben, von beinahe 40 Prozent auf 22 Prozent. Der Staat fördert integrierte, multidisziplinäre Gesundheitszentren, die rund 10 Prozent der niederländischen Bevölkerung versorgen.<sup>155</sup> Trotz zahlreicher Veränderungen im Gesundheitswesen ist die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der PV ungebrochen.<sup>156</sup>

148 De Bakker, Groenewegen (2009)

149 Van Weel, Schers, Timmermans (2015)

150 De Bakker, Groenewegen (2009)

151 Van Weel, Schers, timmermans (2015)

152 Nolte (2015)

153 Czypionka et al. (2011)

154 Freund et al. (2015)

155 De Bakker, Groenewegen (2009)

156 De Bakker, Groenewegen (2009)

### 4.3. Dysbalance Angebot und Nachfrage

In den letzten Jahren zeichnet sich eine zunehmende Dysbalance zwischen Angebot und Nachfrage nach primärmedizinischen Dienstleistungen ab. Die Ursache dafür liegt beispielsweise im Anstieg der Nachfrage durch chronisch kranke Patienten sowie in einem relativen Rückgang der Ärzteschaft aufgrund eines zunehmenden Frauenanteils und einer Veränderung in der Wahrnehmung der Work-Life-Balance junger Nachwuchsmediziner. Man hat die bevorstehende Unterversorgung mit Allgemeinmedizinern schon vor einigen Jahren erkannt und damals begonnen, die Zahl der Ausbildungsstellen entsprechend zu erhöhen.

Zwischen 1987 und 2001 nahm die Zahl der durchschnittlich bei einem Allgemeinmediziner gelisteten Patienten um 10 Prozent auf 2500 pro VZÄ zu. Auch die Zahl der Konsultationen erhöhte sich auf 3,9 pro Patient und Jahr. Diesem Anstieg der Arbeitslast begegnete man mit veränderten Arbeitsmustern. So wurde etwa die Zahl der Hausbesuche halbiert, während sich die Zahl der Telefonkonsultationen verdreifachte. Auch die Möglichkeit einer Konsultation ohne vorherige Terminvereinbarung wurde begrenzt.<sup>157</sup>

### 4.4. Delegation und Substitution

Eine bedeutende Reduktion der Arbeitslast brachte die Delegation und Substitution von Aufgaben. Neu geschaffene Gesundheitsberufe werden durchwegs gut angenommen und sind bereits in einem Großteil der Praxen als fixer Bestandteil etabliert. Ihre Aufgabenfelder wurden in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet, aber auch untereinander ausgetauscht.<sup>158</sup>

Praxissekretäre (Praktijk-/Doktersassistent) übernahmen ursprünglich vorwiegend administrative und organisatorische Aufgaben, ihr Aufgabengebiet wurde aber auf medizinisch-technische Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Behandlung von Warzen, Blutdruckmessungen, Entfernung von Nähten etc., ausgeweitet. Bereits 2009 kam schon beinahe auf jeden Arzt ein Praxissekretär.<sup>159,160</sup>

Praxis-Pflegekräfte (Praktijkondersteuner/-verpleegkundige) kümmern sich vorwiegend um chronisch kranke Patienten mit Diabetes, Asthma, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zu ihren Aufgaben zählen die Aufklärung der Patien-

157 De Bakker, Groenewegen (2009)

158 De Bakker, Groenewegen (2009)

159 De Bakker, Groenewegen (2009)

160 Freund et al. (2015)

ten, Anleitung zur Medikamenteneinnahme, Patientenüberwachung, oder Präventionsgespräche. Die Anstellung solcher Praxis-Pflegekräfte wird unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenversicherung zusätzlich abgegolten. Schon 2006 verfügten 60 Prozent aller Hausarztpraxen über eine solche Pflegekraft.<sup>161,162</sup>

Durch den hausärztlichen Einsatz spezieller Pflegekräfte, die auf psychische Probleme spezialisiert sind, wurde zudem die primärmedizinische Betreuung von psychisch Kranken vereinfacht. Im Jahr 2013 waren derartige Pflegekräfte in 60 Prozent der Hausarztpraxen angestellt.<sup>163,164</sup>

Auch die verstärkte Einbindung anderer Berufsgruppen, wie etwa Physiotherapeuten (freier Zugang) oder Pharmazeuten, trug dazu bei, die Arbeitslast für Allgemeinmediziner bewältigbar zu machen.<sup>165</sup> Zusätzlich gibt es in den Niederlanden andere Pflegekräfte mit erweiterter Ausbildung, sogenannte Nurse Practitioner und Physician Assistants, die ärztliche Tätigkeiten substituieren sollen. Diese durchlaufen eine zumindest zweijährige zusätzliche universitäre Ausbildung, stoßen aber auf großen Widerstand durch ärztliche Berufsverbände und sind nur in geringem Ausmaß in der PV tätig.<sup>166</sup>

## 4.5. Akutversorgung außerhalb der Ordinationszeiten

Die primärmedizinische Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten wird von Ärzte-Konglomeraten auf regionaler Ebene organisiert. 128 derartiger Kooperativen versorgen die niederländische Bevölkerung dabei zumeist im Umfeld eines Krankenhauses. Ein standardisiertes telemedizinisches Triage-System erleichtert dabei die Zuteilung der Fälle. Rund 60 Prozent der Anfragen – meist handelt es sich um akute Erkrankungen – erfordern tatsächlich einen Behandlungstermin oder einen Hausbesuch. Da auch diese Versorgungsform verstärkt nachgefragt wird, versucht man in einem Pilotprojekt, Mediziner durch den Einsatz speziell geschulter akademischer Pflegekräfte zu unterstützen. In einer solchen Dienst-

161 De Bakker, Groenewegen (2009)

162 Freund et al. (2015)

163 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

164 Freund et al. (2015)

165 De Bakker, Groenewegen (2009)

166 Freund et al. (2015)

schicht arbeiten beispielsweise vier Ärzte und eine akademische Pflegekraft als Team zusammen.<sup>167,168</sup>

Vor Einführung dieser Organisationsform betrieben meist 8 bis 12 Allgemeinmediziner in kleinen Verbänden einen Notdienst. Dank der neuen Organisationsform verringerte sich die Belastung der Mediziner durch Sonderschichten um das Fünffache.<sup>169</sup>

## 4.6. Elektronische Patientendaten

Zwar bestehen elektronische Patientendaten bereits seit längerem auf beinahe allen unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung, allerdings wird zum Beispiel in der Primärversorgung von allen Disziplinen jeweils andere Software eingesetzt. Man möchte daraus ein einheitliches System entwickeln, betont in diesem Zusammenhang aber, dass keine Datenansammlung den persönlichen Arzt ersetzen kann, der den Patienten und seine ganze Familie ein Leben lang begleitend und durch ein zunehmend komplizierter werdendes Gesundheitssystem lotst.<sup>170</sup>

---

167 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

168 De Bakker, Groenewegen (2009)

169 De Bakker, Groenewegen (2009)

170 De Bakker, Groenewegen (2009)

## 5. Dänemark

Dänemark verfügt, genau wie andere skandinavische Länder, über einen ausgeprägten Wohlfahrtsstaat und zeichnet sich durch ein universelles, steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit starker PV aus. Die Allgemeinmedizin ist der Grundstein der Primärversorgung und wird von selbstständigen Vertragsärzten bereitgestellt.<sup>171</sup> Name und Telefonnummer des Hausarztes sind auf der Versicherungskarte der Dänen vermerkt.<sup>172</sup> Privatärzte gibt es de facto nicht. Zunehmend wird die bisher vorherrschende Struktur der Einzelpraxen durch Gruppenpraxen abgelöst.<sup>173</sup> 2003 lag der Anteil der Einzelpraxen bei 64 Prozent, 1973 lag dieser Anteil noch bei 74 Prozent.<sup>174</sup> Zusätzlich sind im Durchschnitt etwa 1,5 weitere Personen in einer solchen Praxis angestellt, zumeist handelt es sich um Krankenpflegepersonal oder Arztsekretäre.<sup>175</sup> Patientenbefragungen zeigen eine besonders hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen.<sup>176</sup>

### 5.1. Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin als Hauptbestandteil der PV ist für rund 8 Prozent der dänischen Gesundheitsausgaben verantwortlich. Durchschnittlich sieben Mal pro Jahr kontaktieren die Dänen ihren Hausarzt – entweder persönlich oder aber per Telefon oder E-Mail. Die Zugehörigkeit eines Patienten zu seinem Hausarzt wird über eine fakultative Eintragung in das Listensystem eines frei wählbaren Arztes geregelt. Dieser Empfehlung kommen etwa 98 Prozent der Bevölkerung nach. Ein Wechsel ist nach drei Monaten möglich. Den restlichen zwei Prozent steht der Zugang zur Primärversorgung gegen eine Zuzahlung frei, allerdings können sie dann auch ohne Zuweisung fachärztliche Konsultationen in Anspruch nehmen.<sup>177</sup> Patienten haben ein Recht darauf, innerhalb von 5 Werktagen einen Termin bei ihrem Arzt zu erhalten.<sup>178</sup> Sobald die Patientenliste eines Arztes 1.600 Einträge übersteigt, steht es ihm frei, keine weiteren Patienten aufzunehmen. In der Liste eines Allgemeinmediziners sind im Durchschnitt etwa 1.560 Personen eingetragen. Er

171 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

172 Egidi (2006)

173 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

174 Egidi (2006)

175 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

176 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

177 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

178 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

fungiert damit als Gatekeeper und erster Ansprechpartner in medizinischen Belangen. Zwischen 10 und 20 Prozent aller Fälle werden an weitere Versorgungsebenen weitergegeben. Ohne Überweisung ist es nur in wenigen Fällen möglich, einen Facharzt aufzusuchen oder die stationäre und ambulante Spitalsversorgung in Anspruch zu nehmen.<sup>179</sup>

## 5.2. Vergütung

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf Basis eines Mischsystems aus Kopfpauschalen (ein Drittel) und Einzelleistungsvergütung (zwei Drittel). Das Einzelleistungssystem schafft Anreize, Behandlungen selbst durchzuführen, anstatt Patienten an andere Versorgungsebenen zu verweisen. Das Einkommen eines Hausarztes liegt typischerweise über dem eines angestellten Arztes im Krankenhaus. Dahinter steckt die vorsätzliche Bestrebung, den Beruf des Allgemeinmediziners zu attraktivieren, um einem bevorstehenden Mangel entgegenzuwirken.<sup>180</sup>

## 5.3. Delegation

Zur Entlastung der Ärzteschaft wurden weitere Berufsgruppen geschaffen und ihre Kompetenzen ausgeweitet. Arztsekretäre etwa übernehmen mittlerweile neben administrativen Tätigkeiten zunehmend auch medizinische Aufgabenfelder. Dazu zählen etwa telefonische Konsultationen, bei denen sie anhand eines internetbasierten Tools eine Basisanamnese durchführen und so Termine nach Dringlichkeit vergeben können.<sup>181</sup> Der Großteil der Routineversorgung chronisch Kranker wird von Pflegekräften übernommen. So findet etwa von vier Routinekontrollen eines Diabetes-Patienten im Jahr nur eine Jahreskontrolle tatsächlich beim Doktor statt. Den Pflegekräften wurden dafür umfangreiche Kompetenzen zugeteilt, nur im Bedarfsfall ist eine absichernde Absprache mit dem Arzt erforderlich.<sup>182</sup> Durch konsequente Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen und effiziente Praxisorganisation mit Hilfe eines Arztsekretärs konnte die Zahl der täglichen Patientenkontakte auf 24 gesenkt und die Dauer dieser Kontakte auf durchschnittlich 15 Minuten erhöht werden.<sup>183</sup>

179 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

180 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

181 Carmienke et al. (2014)

182 Carmienke et al. (2014)

183 Carmienke et al. (2014)

## 5.4. Notfallversorgung

In der Notfallversorgung außerhalb der regulären Dienstzeiten organisieren Ärzte in Dänemark eine regionale Rotation und besetzen damit Notfallambulanzen, die oft in den Notaufnahmen von Krankenhäusern untergebracht, aber unabhängig davon organisiert sind. Dieser Bereitschaftsarzt steht in einem Zentrum für telefonische Konsultation zur Verfügung und entscheidet dann etwa, ob ein Hausbesuch notwendig ist.<sup>184,185</sup> Das selbstständige Aufsuchen derartiger Notfallaufnahmezentren ist oftmals nur nach Zuweisung möglich.<sup>186</sup>

## 5.5. e-Health

Digitale Patientenakten enthalten alle relevanten Befunde, Zuweisungen, Rezepte und Ähnliches, so dass eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern vereinfacht wird.<sup>187</sup>

---

184 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

185 Carmienke et al. (2014)

186 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

187 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

## 6. Belgien

Das Gesundheitswesen in Belgien ist als Sozialversicherungssystem nach dem Geldleistungsprinzip organisiert. Den Patienten steht dabei der Zugang zur medizinischen Versorgung sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Spitalssektor offen. Aus diesem Grund stellt oftmals ein Facharzt den ersten Einstiegspunkt in Gesundheitswesen dar.<sup>188</sup> Trotzdem gibt der Großteil der Bevölkerung (95%<sup>189</sup>) an, regelmäßig denselben Hausarzt aufzusuchen.<sup>190</sup> Der Großteil der Ärzte arbeitet unabhängig und selbstständig in einer Praxis, Fachärzte tun dies oftmals auch neben einer Anstellung in einem Krankenhaus. Auch andere Gesundheitsberufe spielen eine wichtige Rolle in der PV. So übernehmen beispielsweise Pflegekräfte oftmals die Betreuung chronisch Kranker.<sup>191</sup>

### 6.1. Offener Zugang

Pro Person und Jahr haben Belgier durchschnittlich 7 Kontakte mit dem ambulanten Gesundheitssektor, trotz uneingeschränktem Zugang ist damit die Zahl der Arztbesuche sehr niedrig.<sup>192</sup> Die Zahl der Hausbesuche nimmt insgesamt immer weiter ab. Nur bei den Allgemeinmedizinerinnen sind nach wie vor ein Drittel aller Kontakte Hausbesuche. Wartezeiten für Termine beim Haus- oder Facharzt sind durchwegs gering.<sup>193</sup> 10 Prozent der Hausarztbesuche erfordern eine weitere Zuweisung zu einem Facharzt. Dieser vergleichsweise geringe Wert wird als Resultat der selbstständigen Arztwahl angesehen. Trotzdem möchte man die Allgemeinmedizin stärken.<sup>194</sup>

Sowohl Fachärzte als auch Allgemeinmediziner lassen sich vorwiegend in Einzelpraxen nieder, oftmals werden mit Ausnahme einer Sekretariatskraft keine weiteren Gesundheitsberufe angestellt. Gruppenpraxen sind dagegen meist in Form von multidisziplinär besetzten Gesundheitszentren (Maison Médicale/Wijkgezondheidscentra) mit mehreren Allgemeinmedizinerinnen, administrativen Assis-

---

188 HiT Belgium

189 HiT Belgium

190 Groenewegen et al. (2013)

191 HiT Belgium

192 HiT Belgium

193 HiT Belgium

194 HiT Belgium

tenzkräften, Krankenpflegekräften, einem Physiotherapeuten und einem Psychotherapeuten organisiert.<sup>195</sup>

## 6.2. Vergütung

Arztbesuche werden grundsätzlich nach Einzelleistungen abgerechnet und erfordern generell eine private Zuzahlung. Gesundheitszentren erhalten zusätzlich Kopfpauschalen, deren Höhe sich an soziodemografischen Faktoren sowie Gesundheitsparametern der versorgten Bevölkerung orientiert. Die Zahl dieser Zentren ist zwar ansteigend, aber immer noch gering. 2009 gab es 99 davon.<sup>196</sup>

## 6.3. Hausärztliche Notversorgung

Die hausärztliche Notversorgung wird in Belgien von regionalen Allgemeinmedizinerverbänden organisiert. In bevölkerungsarmen Regionen sowie für besonders patientenfreundliche Organisationsformen, beispielsweise durch die Einrichtung einer zentralen Telefonnummer, winken den Verbänden zusätzliche finanzielle Fördermittel. Zunehmend versucht man, auch in der Notdienstversorgung Tätigkeiten an nicht ärztliche Berufsgruppen auszulagern. So übernimmt beispielsweise ein Telefonist anhand eines Triageprotokolls die Zuteilung der Notrufe und entscheidet so, ob ein umgehender Arztkontakt notwendig ist und in welcher Form er zu erfolgen hat.<sup>197</sup>

## 6.4. Centralized Medical Record (global medisch dossier/dossier médical)

Die zentrale medizinische Akte (CMR) wurde 1999 eingeführt und war vorerst für Patienten über 60 vorgesehen. Diese Altersuntergrenze wurde kontinuierlich gesenkt und im Jahr 2002 dann ganz aufgehoben. Patienten wählen einen Hausarzt aus, der mit der Verwaltung der Patientenakte betraut wird. Die Teilnahme an dem Programm ist für beide Seiten freiwillig, allerdings werden Anreize gesetzt, um zur Teilnahme zu motivieren. Dem Patienten winkt eine verringerte Zuzahlung für Besuche bei jenem Arzt, der die Akte verwaltet. Außerdem gibt es Vergüns-

---

195 HiT Belgium

196 Groenewegen et al. (2013)

197 HiT Belgium

tigungen, falls eine Zuweisung zu einem Spezialisten erfolgt. Den Ärzten winkt eine zusätzliche Einnahmequelle für die Betreuung der Akte. Den entsprechenden Betrag (rund 30 Euro jährlich) bekommen die Patienten komplett von der Versicherung erstattet. Etwa die Hälfte der belgischen Bevölkerung partizipiert am CMR-Programm, besonders hoch sind die Teilnahmeraten unter chronisch Kranken und älteren Patienten. Es hat sich gezeigt, dass bei CMR-Teilnehmern die Zahl der Arztbesuche insgesamt und beim Hausarzt anstieg, sich die Zahl der Besuche bei Fachärzten und in Notfallambulanzen aber verringerte.<sup>198</sup>

---

198 Groenewegen et al. (2013)

## Quellenverzeichnis

- Carmienke, S.; Freitag, M.H.; Gensichen, J.; Schmidt, K. (2014): Allgemeinmedizin in Dänemark; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 90 (1); S. 43–47
- Czypionka, T.; Riedel, M.; Obradovits, M.; Sigl, C.; Leutgeb, J. (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich
- De Bakker, D.H.; Groenewegen, P.P. (2009): Primary care in the Netherlands: current situation and trends; *Italian Journal of Public Health*, Year 7; Vol. 6, Nr. 2; S. 128–135
- Dragosits, A. (2013): Darstellung der Hausarztzentrierten Versorgung am Beispiel des Baden-Württemberger Modells; *Kurzrecherche*; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Egidi, G. (2006): Hausarzt-Medizin in Dänemark – ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 82; S. 11–17
- Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M. (2015): Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?; *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52; S. 727–743
- Gerlach, F.; Szecsesenyi, J. (2014): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HVZ) in Baden-Württemberg – Zusammenfassung der Ergebnisse zur Evaluationsphase 2013–2014
- Greß, S.; Baan, C.A.; Calnan, M.; Dedeu, T.; Groenewegen, P.; Howson, H.; Maroy, L.; Nolte, E.; Redaelli, M.; Saarelma, O.; Schmacke, N.; Schumacher, K.; van Lente, E.J.; Vrijhoef, B. (2009): Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care; *Quality in Primary Care*; 17; S. 75–86
- Groenewegen, P.P.; Dourgnon, P.; Greß, S.; Jurgutis, A.; Willems, S. (2013): Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy* (2013); <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.024>
- Karsch-Völk, M.; Kamps, H.; Schneider, A. (2010): Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 14; S. 468–473
- Neumann, K.; Gierling, P.; Dietzel, J. (2014): Gute Praxis in der ambulanten Versorgung – Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele; IGES Institut, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes
- Nolte, E. (2015): Strengthening Primary Health Care: Moving from experiments to routine practice; *Eurohealth incorporating Euro Observer*; Vol. 21; Nr. 3; S. 33–36
- Pedersen, K.M.; Andersen, J.S.; Søndergaard, J. (2012): General Practice and Primary Health Care in Denmark; *Journal of the American Board of Family Medicine*; Vol. 25; March-April 2012; S. 34–38

- Roland, M.; Guthrie, B.; Thomé, D.C.; (2012): Primary Medical Care in the United Kingdom; *Journal of the American Board of Family Medicine*; Vol. 25; March-April 2012; S. 6–11
- Schweighofer, C. (2015): Styriamed – Medizin im Netzwerk; *ärztemagazin* 13-14/2015; S. 12–15
- Suominen-Taipale, A.L.; Koskinen, S.; Martelin, T.; Holmen, J.; Johnsen, R. (2004): Differences in older adults' use of primary and specialist care service in two Nordic countries; *European Journal of Public Health*, Vol. 14; Nr. 4; S. 375–380
- Van Weel, C.; Schers, H.; Timmermans, A. (2012): Health Care in the Netherlands; *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 25 (Supplement), S. 12–17
- Wiegiers, T.; Hopman, P.; Kringos, D.; de Bakker, D. (2011): Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory health-care centre in Germany.; *BMC Health Serv. Res.* 12; 355
- Versorgungsforschung (2009); Ausgabe 02: Status: Ärztenetze in Deutschland; <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/downloads/m-vf-02-2009-Arztenetze.pdf>
- HiT Belgium: <http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=5.3%20Primary%20/%20ambulatory%20care&Type=Section> Health Systems in Transition (HiT) profile of Belgium; online HiT; abgerufen am 14.12.2015
- HiT Norway: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/livinghit.aspx?Section=5.3> Primary / ambulatory care&Type=Section Health Systems in Transition (HiT) profile of Norway; online HiT; abgerufen am 11.1.2016
- <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html> abgerufen am 21.1.2016
- <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html> abgerufen am 21.1.2016
- <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192> abgerufen am 21.1.2016
- <https://www.verah.de/> abgerufen am 21.1.2016