

*Mag. PhDr. Heinz Neumann*

*Fakultät für Management, FH Oberösterreich, Campus Steyr*

# **Bedeutung, Stellenwert und Herausforderungen einer hausarztorientierten Primärversorgung**

## **Betrachtungen auf basisinternationaler Evidenz**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Einleitung</b>   | <b>10</b> |
| <b>2. Verständnis von Primärversorgung</b>                     | <b>11</b> |
| <b>3. Zuordenbare Effekte – die internationale Evidenzlage</b> | <b>14</b> |
| <b>4. Herausforderungen aus einer Systemperspektive</b>        | <b>22</b> |
| <b>5. Implikationen für die Primärversorgung in Österreich</b> | <b>25</b> |
| <b>6. Fazit</b>  | <b>28</b> |

*Zusammenfassung: Im Rahmen dieses Artikels soll die Bedeutung einer gut ausgebauten Primärversorgung beleuchtet werden. Dabei wird die international vorliegende Evidenz zu Effekten einer hausarztorientierten Primärversorgung auf die Gesundheit einer Bevölkerung sowie die vorliegende Evidenz zu Effekten einer mit der Primärversorgung verbundenen Steuerungsfunktion (Gatekeeping) anhand von Ergebnissen aus aktuellen Meta Reviews dargestellt. Abschließend werden punktuell Herausforderungen an eine Primärversorgung aufgrund demografischer Entwicklungen, auch unter Bezugnahme auf den österreichischen Systemkontext, andiskutiert.*

# 1. Einleitung

Ein Großteil aller Erstkontakte mit einem Gesundheitssystem findet unbestritten im Primärbereich statt. Schon lange gilt die Erkenntnis, dass 70–80% der Kosten im Gesundheitsbereich direkt oder indirekt durch Entscheidungen in diesem Bereich verursacht werden.<sup>1</sup> International spricht man dem Primärbereich einen maßgeblichen Einfluss auf die Ergebnisse einer Gesundheitsversorgung zu. So senkt bspw. nach Studien aus Großbritannien jeder zusätzliche Allgemeinmediziner<sup>2</sup> auf 10.000 Einwohner die Sterberate um sechs Prozent.<sup>3</sup>

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität bestimmen zunehmend den Versorgungsalltag. Nicht zuletzt angesichts dieser Situation stellt in der Gesundheitspolitik international nahezu unstrittig die Stärkung der Primärversorgung in der Ausrichtung eines zentralen Steuerungsinstruments einen entscheidenden Faktor dar, um in Zukunft den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten zu können.<sup>4</sup>

Schon 1998 war im 13. Gesundheitsziel des WHO Programms „*Gesundheit 21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert*“ die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors angeführt, innerhalb dessen die Primärversorgung ein stärkeres Gewicht erhalten sollte.<sup>5</sup> 2004 wurde an der EU-Konferenz „*Shaping the EU Health Community*“ in Den Haag das EU-Konzept zur Primärversorgung vorgestellt.<sup>6</sup> Ausgehend von einem Vergleich der Gesundheitssysteme innerhalb der EU und von wissenschaftlicher Evidenz gab es die Empfehlung, die Rolle der Primärversorgung zu stärken und als wünschenswertes Grundprinzip die Versorgung um einen Hausarzt zu zentrieren. Patienten sollten sich in einer Hausarztpraxis registrieren<sup>7</sup>, um die Patientenbindung an eine Praxis zu erhöhen.

Im Oktober 2008 kritisierte die WHO im World Health Report 2008 unter dem Titel: „*Primary Health Care, now more than ever*“, dass selbst in entwickelten Ländern in den letzten 30 Jahren zu wenig Fortschritt hin zu einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung stattgefunden habe und dass weiterhin ein überwiegender Fokus auf medizinischer Spezialisierung liegen würde. Weiters betonte die WHO abermals, dass eine hausarztbasierte primärmedizinische Versorgung in allen Ländern zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der

---

1 vgl. NERA (1993)

2 general practitioner

3 vgl. Starfield et al. (2005), 462

4 vgl. Schlette et al. (2009), 11ff.

5 vgl. WHO (1998), 29

6 vgl. Health Council of the Netherlands (2004)

7 Dies wird jedoch nicht zwingend mit Gatekeeping verknüpft

Bevölkerung führen könnte. Die WHO forderte Staaten deshalb auf, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary (Health) Care-Orientierung zu geben.<sup>8</sup> In diesem Zusammenhang wird angemerkt: „*It is remarkable that an industry that currently mobilizes 8,6% of the World's GDP invests so little in research on two of its most effective and cost-effective strategies: primary care and the public policies that underpin and complement it*“.<sup>9</sup> 2009 fand sich in der WHO Resolution „Primary health care, including health system strengthening“<sup>10</sup>, die von allen WHO Mitgliedsstaaten angenommen wurde, eine nochmalige Bekräftigung dieses Ansatzes.

Autoren argumentieren in einer Reihe von Fachpublikationen ebenfalls seit längerem für eine Stärkung der Primärversorgung.<sup>11</sup> In einem Gutachten des deutschen Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009 stellt ebenfalls eine starke Primärversorgung den Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem dar, um eine qualitativ hoch stehende, kosteneffektive und (verteilungs-)gerechte Versorgung bereitstellen zu können.<sup>12</sup>

## 2. Verständnis von Primärversorgung

Der Ansatz einer (hausarztzentrierten) Primärversorgung stellt ursprünglich ein in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickeltes Konzept dar.<sup>13</sup> In der internationalen Betrachtung zeigt sich inzwischen eine große Variationsbreite in der Bedeutung der Inhalte, die mit dem Begriff der Primärversorgung als Versorgungskonzept verbunden werden. Es ergibt sich eine paradoxe Situation. Wenn auch die Stärkung der Primärversorgung in Theorie und Praxis pauschal als Schlüsselement postuliert und mit positiven Effekten assoziiert wird, existiert bislang nicht einmal eine verbindliche kontext- und professionsunabhängige und damit international unumstrittene Definition von Primärversorgung. Viel eher ent-

---

8 vgl. Van Lerberghe (2008)

9 ebd., 57

10 vgl. WHO (2009)

11 vgl. bspw. Macinko et al. (2003), Starfield et al. (2005), Schlette et al. (2009), Sottas, Brügger (2012)

12 vgl. SVR-G (2009), 540

13 vgl. Starfield et al. (2005), 457

standen und entstehen situativ Konzepte, während theoretische Begründungen, wie diese konkret auszugestalten sind, weitgehend fehlen. Zu wenig reflektiert scheint auch, wie sich Rollenverständnis und Ausbildung von Health Professionals im Rahmen dieser Konzepte verändern müssen. Während in Westeuropa und insbesondere im deutschsprachigen Raum Primärversorgung stark mit hausärztlicher Versorgung und Ärztezentrierung assoziiert wird, sind im angelsächsischen wie auch im skandinavischen Raum Allgemeinärzte in ein breites Spektrum von unterschiedlichen Leistungserbringern einzuordnen. Damit wird viel stärker ein multidisziplinärer und interprofessioneller Ansatz verfolgt und betont.<sup>14</sup>

Die Bandbreite der unter Primärversorgung international verfolgten und umgesetzten Konzepte umfasst unterschiedlichste mehr oder weniger weit reichende, bereits etablierte bis neuartige Zugänge, Modelle, Organisationsformen, Instrumente sowie Kombinationen daraus. Damit ergibt sich eine umfangreiche Vielfalt in der theoretischen Befassung wie auch in der Praxis mit einer Vielzahl landesspezifischer (Detail-)Varianten, was eine repräsentative Aufarbeitung schwierig macht. Nach Schlette et al. stellt damit die Primärversorgung eine „*sehr dynamische Reformbaustelle (dar), die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird*“.<sup>15</sup> Primärversorgung geht jedenfalls über allgemeinmedizinische Versorgung hinaus und greift je nach Versorgungsaufgabe, jeweiliger Profession und länder- und ressourcenspezifischer Ausprägung unterschiedlich weit.<sup>16</sup>

Zu unterscheiden wäre in diesem Zusammenhang auch noch zwischen den international gebräuchlichen Begriffen Primary Health Care und Primary Care, wenngleich auch diese Begriffe in Theorie und Praxis nicht immer trennscharf und definitorisch eindeutig Verwendung finden. Schon 1978 wurde von der WHO in dem als sogenannten „Alma-Ata-Deklaration“<sup>17</sup> vertretenen Konzeptansatz von Primary Health Care die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen sowie die Beteiligung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und nicht zuletzt der Bevölkerung selbst betont. Die primärärztliche Versorgung (Primary Care) stellt dabei einen zentralen, aber eben nur einen von mehreren Bestandteilen dar, die zusammen Primary Health Care ausmachen.

Muldoon et al. bringen diesen Sachverhalt auf den Punkt: *“Primary Care and Primary Health Care are very similar terms which are often employed interchangeably, but which are also used to denote quite different concepts. Much time and energy is spent discussing which term is the appropriate one for a particular application. (...) Primary Care, the shorter term, describes a narrower concept of*

---

14 vgl. Sottas, Brügger (2012), 13

15 Schlette et al. (2009), 8

16 vgl. SVR-G (2009), 539

17 vgl. WHO (1978)

*“family doctor-type” services delivered to individuals. Primary Health Care is a broader term which derives from core principles articulated by the World Health Organization and which describes an approach to health policy and service provision that includes both services delivered to individuals (Primary Care services) and population-level “public health-type” functions.*”<sup>18</sup>

Primäre Gesundheitsversorgung im Verständnis von Primary Health Care wird somit dem WHO-Ansatz folgend als umfassende gesellschaftliche Aufgabe aufgefasst und geht damit weit über ein Gesundheitssystem im engeren Sinn hinaus.<sup>19</sup>

In Bezug auf primäre Gesundheitsversorgung im Verständnis von Primary Care wurde 2002 von der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) eine umfassende Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin für Europa vorgelegt, die als zentrale Wesensmerkmale einer hausarztbasierten Versorgung Zugänglichkeit, Kontinuität, längere bzw. intensivere Arzt-Patientenbeziehung, Koordinierung und umfassende Versorgung festhält. Gemäß WONCA Europe stellt die Hausarztmedizin den ersten Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet den Zugang bei allen Gesundheitsprobleme für alle Nutzer unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen.<sup>20</sup>

Geht man von einem pragmatischen Ansatz aus, dann ist Primärversorgung jedenfalls unstrittig zunächst die erste Anlaufstelle für Patienten und umfasst Diagnose, Therapie, Rehabilitation, Palliativmedizin sowie Angebote zur Prävention. Der Patient soll dabei in seinem gesamten persönlichen und sozialen Kontext betrachtet und Kontinuität in der Versorgung auch unter Einbezug von lokalen sozialen Angeboten sichergestellt werden.<sup>21</sup> Die Gewährleistung einer wohnortnahen kontinuierlichen Versorgung dient letztlich auch dem Erhalt der Autonomie älterer Menschen und hat eine gesellschaftlich integrierende Funktion. In dem bereits angeführten Gutachten des deutschen Sachverständigenrates (2009) wird Primärversorgung – gewissermaßen in Zusammenführung der Schlüsselbegriffe – wie folgt definiert: *„Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen. International: primary (health) care.“*<sup>22</sup>

---

18 Muldoon et al. (2006), 409

19 vgl. Sottas, Brügger (2012), 12

20 vgl. WONCA EUROPE (2002), 37

21 vgl. Wienke, Boerma (2006), 14

22 SVR-G (2009), 536

### 3. Zuordenbare Effekte – die internationale Evidenzlage

Dem theoretischen Ansatz, Effektivität und Effizienz von Gesundheitssystemen durch verstärkten Fokus auf Konzepte im Rahmen der Primärversorgung zu verbessern, steht einerseits das Erfordernis einer entsprechenden Belegbarkeit tatsächlich damit verbundener positiver Effekte gegenüber. Andererseits scheint praktische Evidenz vorzuliegen, dass Versorgungsketten und Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems insgesamt – mehr oder weniger – neu zu ordnen sind, damit Primärversorgung eine angenommene positive Wirkung im Gesamtsystem überhaupt erreichen kann.<sup>23</sup> So geht aus Erhebungsdaten in Deutschland hervor, dass Patienten, die im Rahmen eines sogenannten hausarztzentrierten Versorgungsmodells einen Hausarzt als reguläre Erstinstanz bei gesundheitlichen Beschwerden nutzen und deren Arzt ihre Krankengeschichte gut kennt, u.a.:

- deutlich zufriedener sind mit der Arzt-Patienten-Kommunikation,
- Umfang und Verständlichkeit von Erläuterungen zu Krankheiten und Beschwerden sowie die Möglichkeiten zu Verständnisfragen und Nachfragen besser bewerten,
- in höherem Maß ihre Ansprüche auf Früherkennungsuntersuchungen kennen und diese entsprechend auch öfter in Anspruch nehmen,
- häufiger mit der Gesundheitsversorgung insgesamt zufrieden sind.<sup>24</sup>

Insgesamt betrachtet liegen jedoch aus Deutschland nach Einführung des Hausarztmodells sowohl in Bezug auf Versorgungsqualität als auch Kosteneinsparungen keine empirisch überzeugenden Belege vor.<sup>25</sup>

Im Folgenden werden die Ergebnisse von aktuellen systematischen Reviews zur Evidenzlage des Beitrags hausarztorientierter Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung und zu nachweislichen Effekten einer hausarztzentrierten Steuerung (Gatekeeping) dargestellt. Diese belegen einerseits klar tendenziell positive Effekte, verdeutlichen andererseits aber auch die Problematik derzeit weitgehend fehlender valider Studien.

---

23 vgl. Schlete et al. (2009), 13

24 vgl. Böcken (2008), 109ff.

25 vgl. Marstedt (2008), 1

### 3.1. Beitrag der hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung

Über die Evidenzlage zu Effekten einer hausarztorientierten Versorgung auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung gibt ein im Auftrag des deutschen Sachverständigenrates durch Haller et al.<sup>26</sup> durchgeführter umfassender Meta-Review Aufschluss. In diesem Evidenzreport wird der Frage nachgegangen, in welcher Form eine hausarztorientierte Versorgung tatsächlich Einfluss auf bestimmte Gesundheitsindikatoren, auf die Zufriedenheit der Patienten (bzw. der Bevölkerung) und/oder auf die Kosten der Versorgung nimmt. Insgesamt wurden die Ergebnisse von 22 Übersichtsarbeiten, die mehr als 1.000 Studien umfassen, berücksichtigt. Aus den in den Übersichten zusammengefassten internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen ergibt sich insgesamt betrachtet eine klare Tendenz insofern, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind. In diesem Report wurden die Ergebnisse in Anlehnung an die von WONCA (2002) definierten Merkmale einer hausarztorientierten Versorgung gegliedert, im Einzelnen in Zugang, Kontinuität, Arzt-Patienten-Beziehung, Koordinierung, hochwertige und umfassende Versorgung (Qualität) sowie Kosteneffektivität. In den Übersichtsarbeiten finden sich Belege für die Bedeutung aller dieser Kernelemente allgemeinmedizinischer Versorgung. Nachstehend werden wesentliche Aussagen aus der Übersichtstudie zu diesen Kernelementen angeführt und die entsprechenden Definitionen laut WONCA (2002) jeweils vorangestellt.

**Zugang:** Die Allgemeinmedizin stellt „normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“.<sup>27</sup>

Es zeigt sich, dass sich nur wenige Studien mit dem Zugang in das medizinische Versorgungssystem auseinandersetzen. Nach den vorliegenden Studien liegt Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung

- Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann,
- mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderten Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergeht sowie auch einer höheren Zufriedenheit verbunden ist.

---

26 vgl. Haller et al. (2009)

27 WONCA EUROPE (2002), 37

**Kontinuität:** Eine hausarztorientierte Versorgung ist „für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich“.<sup>28</sup>

Positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung sind laut Evidenz-Report in zahlreichen Studien belegt. Eine hohe Kontinuität in der Versorgung führt demnach zu

- besseren gesundheitlichen Outcomes,
- höherer Patientenzufriedenheit,
- niedrigeren Hospitalisierungsraten,
- verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen,
- weniger Laboruntersuchungen,
- häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen und besserer Compliance
- sowie geringeren Kosten.

Die generelle Aussagekraft einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass in den Studien durchaus unterschiedliche Konzepte von Kontinuität zu Grunde gelegt wurden.

**Arzt-Patienten-Beziehung:** Diese erfolgt „mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.“ Die Allgemeinmedizin „bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht“.<sup>29</sup>

Der Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf patientenrelevante Outcomes ist in mehreren Studien untersucht, wobei auch hier unterschiedliche Aspekte berücksichtigt wurden. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, gekennzeichnet durch längere Konsultationszeiten,

- führt zu einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltener Überweisungen,
- führt zu weniger Medikamentenverschreibungen und ist verknüpft mit mehr Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen,
- unterstützt die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten-Beziehung.

---

28 ebd., 37

29 ebd., 37

**Koordinierung:** Die Allgemeinmedizin nutzt „die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patienten Anliegen übernimmt“.<sup>30</sup>

Auch eine Untersuchung der Koordinierung der Versorgung in Verbindung mit Kontinuität liegt in mehreren Studien vor. Eine durch Primary-Care-Teams koordinierte Versorgung

- zeigt demnach positive Wirkungen auf ambulanter Ebene für Parameter der Prozessqualität, wie bspw. Angemessenheit, Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang,
- ist hingegen für Gesundheitsparameter in der Evidenzlage uneinheitlich und lässt damit keine klaren Schlussfolgerungen zu.

Hervorzuheben ist, dass der Wert einer koordinierten Gesundheitsversorgung Messprobleme aufwirft, da Koordinierung immer mit anderen Versorgungsaufgaben eng verbunden bleibt. Auf die Evidenzlage zu Auswirkungen des Gatekeepings als einem zentralen Instrument zur Förderung der Koordinierung und der Kontinuität der Versorgung wird noch gesondert in Pkt. 3.2 eingegangen.<sup>31</sup>

**Qualität:** Die Allgemeinmedizin fördert „Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention“.<sup>32</sup>

Eine einheitliche Studienlage zu Vorteilen einer ausgeprägten allgemeinmedizinischen gegenüber einer spezialisierten Versorgung insgesamt ist laut Studienreport nicht gegeben. Tendenziell zeigt sich, dass

- eine allgemeinmedizinische Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft ist,
- hingegen bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten zu bestehen scheint.

---

30 ebd., 37

31 Gatekeeping wurde in den von Haller et al. in diesem Metareview erfassten Übersichtsarbeiten nicht ausreichend berücksichtigt

32 ebd., 37

**Kosteneffektivität:** Leistungen, die im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung erbracht werden, sollen nach WONCA nicht nur qualitativ hochstehend erbracht werden, sondern auch in Form einer kosteneffektiven Patientenbetreuung. *„Interventionen müssen angemessen, wirksam und, soweit wie möglich, nachweisbezogen sein.“*<sup>33</sup>

Insgesamt zeigt sich im Evidenzreport einerseits in mehreren Studien sehr deutlich, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Andererseits zeigt die Evidenzlage für kompliziertere Verläufe bestimmter Erkrankungen wie bspw. Asthma tendenzielle Vorteile der Versorgung durch Experten in Form von besseren klinischen Outcomes als auch niedrigeren Gesundheitsausgaben.

Kritisch anzumerken bleibt zu diesen Ergebnissen, dass laut Haller et al. die Studienlage derzeit sehr heterogen ausfällt. So wird angeführt, dass Definitionen in den Studien uneinheitlich verwendet wurden, die Qualität der Primärstudien nahezu durchgängig als mangelhaft zu bewerten ist und die Objektivität einiger Übersichtsarbeiten infolge unvollständiger methodischer Angaben zu hinterfragen ist. Hinzu kommt, dass qualitativ hochstehende gesundheitsökonomische Evaluationen zu Vergleichen zwischen hausarztorientierter und spezialistenbasierter Versorgung nicht vorlagen. Eine im Einzelnen eindeutige Interpretation erscheint damit letztlich aufgrund der Unzulänglichkeiten der gegebenen Studienlage nicht möglich.

In ähnlicher Weise, wenn auch nach einem anderen Ansatz strukturiert, wurden auch in einem systematischen Review von Kringos et al.<sup>34</sup> positive Zusammenhänge zwischen Kernaspekten von hausarztorientierter Versorgung und Outcomeparametern ausgewiesen. Aber auch hier wird kritisch angemerkt: *“The main difficulty in interpreting the included studies is the lack of proven causalities between primary care dimensions and outcome measures. The evidence is limited to associations and key findings.”*<sup>35</sup>

---

33 vgl. WONCA EUROPE (2002), 15

34 vgl. Kringos et al. (2010)

35 ebd., 10

## 3.2. Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte

Einer expliziten Koordinierungsrolle der Primärversorgung wird besondere Bedeutung zugemessen. Als sogenannter Gatekeeper soll vornehmlich der Hausarzt für einen einheitlichen und abgestimmten Behandlungsprozess sorgen, den Informationsfluss zwischen allen an der Versorgung Beteiligten koordinieren und damit Schnittstellenprobleme lösen. Gatekeeping bedeutet so im Grundsatz, dass jeder Behandlungsfall mit einem Besuch bei einem dafür festgelegten Gatekeeper beginnt. Ausgenommen sind Notfälle und vorab definierte Leistungsbereiche. Sämtliche Leistungen werden somit vom Gatekeeper erbracht oder – idealtypisch in Abstimmung und Übereinstimmung mit dem Patienten – koordiniert und damit veranlasst.<sup>36</sup>

Das Gatekeeping-Konzept weist in der Theorie bestechende Stärken auf. So soll eine kontinuierliche Betreuung – idealtypisch über den gesamten Lebenszyklus – sichergestellt werden. Durch die langfristige Beziehung können präventive Maßnahmen gestärkt und eine unnötige spezialisierte Versorgung vermieden werden. Infolgedessen werden mit diesem System auch niedrigere Gesundheitsausgaben assoziiert.<sup>37</sup> Gatekeeping-Modelle werden speziell beim Zugang für vulnerable Gruppen (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Schicht, Ethnien), also Gruppen, die üblicherweise insbesondere mit Koordinationsproblemen konfrontiert sind, als überlegen angesehen.<sup>38</sup> Diese Koordinationsfunktion wird v.a. angesichts multimorbider und chronisch kranker Patienten als besonders wesentlich erachtet.

Auch die Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte<sup>39</sup> wurden in Form eines systematischen Reviews im Auftrag des deutschen Sachverständigenrates durch Zentner et al.<sup>40</sup> aufgrund der vorliegenden Studienlage analysiert. Der einbezogene Studienpool, in dem Effekte von Gatekeeping durch Hausärzte im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs zu spezialisierter gesundheitlicher Versorgung untersucht wurden, bestand aus 24 Studien. In diesem Report wurden Studiergebnisse zu als relevant erachteten klinischen Ergebnisparametern, Zufriedenheitsparametern und ökonomischen Ergebnisparametern ausgewertet. Nachstehend werden wesentliche Aussagen zu diesen Parametern in komprimierter Form angeführt.

---

36 vgl. Amelung, Schumacher (2004), 151ff.

37 ebd., 158

38 vgl. Shi et al. (2003), 142f.

39 Studien, in denen die gatekeeping Funktion durch nichtärztliches Personal ausgeübt wurde, wurden explizit nicht berücksichtigt

40 vgl. Zentner et al. (2008)

**Klinische Ergebnisparameter, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit:** Aufgrund der vorliegenden Evidenz

- sind Hinweise gegeben, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen,
- sind Auswirkungen von Gatekeeping auf die Zufriedenheit der Patienten und die Prozessqualität der Versorgung aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse nicht abschließend qualifizierbar,
- gehen tendenziell eine strikte Registrierungspflicht und/oder zusätzliche finanzielle Steuerungskomponenten für Hausärzte mit einer geringeren Patientenzufriedenheit einher,
- kann zur Zufriedenheit der Leistungserbringer mit Gatekeepingsystemen keine Aussage gemacht werden, da in keiner der eingeschlossenen Studien dieser Parameter untersucht wurde.

**Ökonomische Parameter:** Laut Review

- sind Hinweise gegeben, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt, wobei die Einsparpotenziale aber einer großen Streuung unterliegen. Insgesamt betrug die Größenordnung an potenziellen Einsparungen durch Gatekeeping je nach Studie zwischen 5% und 65% der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, bei Studien mit Daten aus europäischen Ländern zwischen mindestens 25% in der Schweiz und 40% in Dänemark,
- sind hingegen Effekte zu anderen Parametern der Nutzung spezialisierter Leistungen, wie Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen in den Studien uneinheitlich oder unterschiedslos.

Die einzige eingeschlossene internationale Vergleichstudie zeigte für die Niederlande als einem Land mit expliziter Gatekeeping-Regelung, dass signifikant weniger Patienten mehrfach Fachärzte konsultierten. In der betreffenden Studie wurde dies als höhere Kontinuität und bessere Versorgungskoordination durch ein hausarztzentriertes System gegenüber freiem Zugang interpretiert. Andere mögliche wesentliche Einflussfaktoren wie unterschiedliche Vergütungssysteme, Facharztdichte etc. wurden jedoch nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Auswertung fallen damit ernüchternd aus. Nach Zentner et al. ist es auch bei keiner der eingeschlossenen Studien mit Sicherheit möglich, Effekte des Gatekeepings von anderen Systemfaktoren zu isolieren und spezifische Mechanismen und Strukturen des Gatekeepings, die Effekte im Einzelnen auslösen, zu differenzieren. Allerdings waren die Effekte von Gatekeeping verbunden mit Registrierungspflicht und finanziellen Steuerungskomponenten in ihrer Wirkungsrichtung eindeutiger. Erschwerend für eine schlüssige Interpretation kommt hinzu, dass

- sich ein Großteil der Studien (rund 70%) auf Gatekeeping-Umsetzungen in den USA bezieht,
- nur rund 10% der Studien eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität aufwiesen und damit letztlich nur eine qualitativ wie auch quantitativ schwache Studiengrundlage (derzeit) vorliegt.

Hinzuzufügen ist, dass ein Gatekeeping-Konzept ohne entsprechende Qualifikationen für die Koordinations- und Management-Funktion eines Gatekeepers nicht sinnvoll durchgeführt werden kann. Weiters können Rollenkonflikte auftreten, da sich die Rolle des Allgemeinmediziners von einer ausschließlichen und untergeordneten Kollegenfunktion zu einem Auftraggeber des Facharztes verändert. Zu hinterfragen ist, inwieweit die mit Gatekeeping einhergehende Einschränkung der freien Arztwahl in Widerspruch zu der Vorstellung eines kompetenten autonom entscheidenden Patienten steht.<sup>41</sup>

Für eine Wirksamkeit in der Versorgungspraxis sind damit eine entsprechende Einbindung in den Systemkontext und auch mehr oder weniger umfangreiche Veränderungen im gesamten Versorgungssystem notwendig. Voraussetzung ist letztlich die grundsätzliche Akzeptanz eines Gatekeepings durch die Bevölkerung.

---

41 vgl. Amelung, Schumacher (2004), 159ff.

## 4. Herausforderungen aus einer Systemperspektive

Sieht man die Versorgungsaufgabe im Vordergrund, stellt sich insbesondere die Frage, wie in einer älter werdenden Bevölkerung eine adäquate Versorgung von chronisch erkrankten Patienten, häufig verbunden mit Multimorbidität, Polypharmazie und Pflegebedürftigkeit, sicherzustellen ist. Bemühungen, die Versorgungssituation chronisch Kranker zu verbessern, müssen in der Primärversorgung ansetzen, da ein Großteil dieser Patienten zugleich auch einen Großteil der Versorgung in Hausarztpraxen bekommt. Auch nach der klinischen Epidemiologie chronischer Erkrankungen kommt der Primärversorgung eine zentrale Rolle zu.<sup>42</sup> So bestimmen chronische Erkrankungen und Multimorbidität zunehmend den Versorgungsalltag in der Primärversorgung.<sup>43</sup> Bereits heute sind über 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis durch chronische Krankheiten ausgelöst.<sup>44</sup> Weiters dominieren Multimorbiditäten. Laut Ergebnissen des Projekts MultiCare in Deutschland waren insgesamt 62,1 % der Personen in der Untersuchungspopulation, die als repräsentativ für das ältere multimorbide (hausärztliche) Patientenkollektiv angesehen wird, multimorbid mit durchschnittlich 5,7 chronischen Erkrankungen.<sup>45</sup> Die Erhöhung der Inanspruchnahmen in der primären Versorgung durch chronische Krankheiten und Multimorbidität wird in vielen Studien bestätigt.<sup>46</sup>

Trotz international unterschiedlicher Systeme und Zugänge zur Primärversorgung lassen sich Übereinstimmungen hinsichtlich wesentlicher zu berücksichtigender Faktoren in der Ausrichtung und Ausgestaltung von hausarztorientierter Primärversorgung ableiten – dies nicht zuletzt unter dem Aspekt der Dominanz chronischer Erkrankungen. Die Übereinstimmungen können als Empfehlungen im Sinn von Good Practice von Primärversorgung dienen, um zugeschriebene positive Effekte realisieren zu können. Unter Bezugnahme u.a. auf das sogenannte Chronic-Care-Modell<sup>47</sup>, das auch den Aspekt der Einbettung der Primärversorgung in lokale (= gemeindenahе) Ressourcen und Angebote sowie die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten selbst betont, beinhalten diese

---

42 vgl. Rothman, Wagner (2003), 256

43 vgl. Gerlach et al. (2006), 335

44 vgl. bspw. SVR (2001), Wilson (2005), Sottas, Brügger (2012)

45 vgl. Van den Bussche, Scherer (2011), 81

46 vgl. Gijssen et al. (2001)

47 vgl. Wagner et al. (1996)

- eine konsequente (Neu)Orientierung in der hausärztlichen Versorgung an den veränderten Morbiditätsbedingungen mit dem Überwiegen chronischer Erkrankungen sowie damit verbundenen veränderten Bevölkerungs- bzw. Patientenerwartungen,
- die Anerkennung einer guten Primärversorgung als wesentliche Erfolgsbedingung bzw. Grundvoraussetzung für integrierte Versorgungsmodelle,
- damit einhergehend das Erfordernis einer systematischen Veränderung auf allen Systemebenen in der Versorgung, d.h. auf der Ebene der direkten Interaktion zwischen Patienten und Versorgenden, der Ebene der Organisation der Leistungserbringung wie auch der Ebene des gesamten Gesundheitssystems.<sup>48</sup>

Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung werden insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- die Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung einer persönlichen Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung auch unter unterschiedlichen Organisationsbedingungen,
- eine stärkere Berücksichtigung von Patientenpräferenzen sowie ein partnerschaftlicher Entscheidungsstil,
- ein aktiver Einbezug der Patienten in den Versorgungsprozess.

Auf Ebene der Organisation der Leistungserbringung in der hausärztlichen Praxis gehen alle internationalen Modellkonzepte unter dem Aspekt einer zweckmäßigen Versorgungsorganisation von einem notwendigen Größenwachstum zukünftiger Hausarztpraxen aus, da die Versorgung chronisch Kranker die Möglichkeiten einer traditionellen Einzelpraxis überfordert. Größenvorstellungen reichen dabei von einer typischen Gemeinschaftspraxis, wie in vielen europäischen Ländern bereits etabliert, mit etwa zwei bis vier Hausärzten bis zu größeren Zusammenschlüssen auf der Grundlage von fünf bis zehn Hausärzten, zuständig dann für ungefähr 10.000 bis 20.000 Personen. Davon ausgehend haben insbesondere folgende Aspekte Bedeutung:

- das Erfordernis von grundsätzlich neu strukturierten Arbeits- und Kompetenzverteilungen, wobei Aufgaben und Qualifikation nichtärztlicher Praxismitarbeiter zunehmen,

---

48 vgl. SVR-G (2009), 855

- die Umdefinition und die Neukonzeption von bestehenden Behandlerrollen: Dies bedeutet die Übernahme einer eigenständigen (Teil-)Verantwortung für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen durch dafür entsprechend qualifizierte Berufsgruppen in enger Kooperation mit den Patienten und die verstärkte Konzentration ärztlicher Praxismitglieder auf rein ärztliche Aufgaben<sup>49</sup> im Sinn eines „Facharztes“ für komplexe Betreuungssituationen. In diesem Zusammenhang zeigt ein Cochrane Review<sup>50</sup>, der internationale Studien zur Substitution von Ärzten durch Pflegefachpersonen in drei spezifischen Primärversorgungssituationen<sup>51</sup> auswertete, dass adäquat ausgebildete Pflegefachpersonen in diesen spezifischen Situationen die gleiche Qualität der Versorgung und dieselben Behandlungsergebnisse erzielten wie Ärzte.
- die Sicherung der personellen Kontinuität in Form von geeigneten Kooperationsmodellen wie bspw. (interdisziplinären) Kleinteamen, bestehend aus einem Arzt und einem bis zwei weiteren Gesundheitsprofessionals unter aktivem Einschluss des Patienten,
- die intensivierete Kooperation und qualitätsgesicherte Prozessabstimmung mit anderen Leistungserbringern der gleichen Versorgungsstufe wie auch nachgelagerter Versorgungsstufen,
- die verstärkte Einbindung und Nutzung der Potenziale neuer Informationstechnologien,

insgesamt die Stärkung von spezifischen Kompetenzen wie Beratungsfähigkeiten, Kompetenzen zur Patientenaktivierung etc. im gesamten Team einer Hausarztpraxis.<sup>52</sup>

Die Erhaltung persönlicher Arzt-Patient-Beziehungen kann dabei als eine besondere Herausforderung bei einer Veränderung hin zu größeren Einheiten angesehen werden. So zeigt eine Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern, dass Patienten sich in kleineren Praxen signifikant besser betreut fühlten als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern.<sup>53</sup>

---

49 ebd., 855f.

50 vgl. Laurant et al. (2009)

51 Erstkontakt und Folgekontakte der gesamten Patientenpopulation; Erstkontakt in dringlichen Situationen; Management von chronisch Kranken

52 vgl. SVR-G (2009), 856f.

53 vgl. Wensing et al. (2008)

Auf der Ebene der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wird u.a. international mehr oder weniger übereinstimmend eine stärkere Patientenbindung an die Hausarztpraxis im Sinne eines Einschreibesystems empfohlen. So ist davon auszugehen, dass eine zukünftige Gesundheitsversorgung ohne Instrumente des Gatekeepings nicht auskommen kann, obwohl, wie bereits angeführt, die wissenschaftliche Evidenz für eine Wirksamkeit durchaus nicht eindeutig ist. Weitgehende Übereinstimmung gibt es auch über die Grundzüge eines adäquaten Vergütungssystems für die Primärversorgung, das von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlicher Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein sollte.<sup>54</sup>

## 5. Implikationen für die Primärversorgung in Österreich

In einer aktuellen IHS-Studie<sup>55</sup> wird der Performance des österreichischen Gesundheitssystems ein eher ernüchternder Befund ausgestellt. In Bezug auf den Outcome wird zusammenfassend angeführt: *„Gegenwärtig liegt die outcomeorientierte Performance Österreichs sowohl in internationalen Vorbildstudien als auch in vorliegender IHS-Studie nur im (hinteren) Mittelfeld.“*<sup>56</sup> Und in Bezug auf die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems heißt es: *„In Österreich ergibt ein hoher Ressourceneinsatz bei mittelmäßiger Performance eine eher geringe Gesundheitssystemeffizienz im Vergleich zu anderen hochentwickelten Ländern“.*<sup>57</sup>

Struktur- und Steuerungsdefizite im österreichischen Gesundheitssystem sind in zahlreichen Analysen und Studien hinreichend aufgearbeitet.<sup>58</sup> Gerade der Primärversorgung kommt bis dato in Österreich nur eine vglw. untergeordnete und zugleich unklare Rolle zu. Die Aufgaben in der Primärversorgung werden dabei vor allem von Allgemeinmedizinerinnen wahrgenommen, deren Zahl und Anteil an der Ärzteschaft im internationalen Vergleich sehr niedrig liegt<sup>59</sup>. Auf der Basis ei-

---

54 vgl. SVR-G (2009), 857

55 vgl. Cypionka et al. (2012)

56 ebd., 38

57 ebd., 38

58 vgl. bspw. Arbeitsgruppe Verwaltung neu (2010)

59 Die Anzahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner wird für 2011 mit 6.459 von 40.093 Ärzten insgesamt und damit 16,11% angegeben, vgl. Österreichische Ärztekammer (2011) in Stigler (2011)

nes von Starfield<sup>60</sup> entwickelten Evaluierungsrasters mit als wesentlich erkannten Prinzipien einer guten Primärversorgung wurde die österreichische Primärversorgung 2010 von Stigler analysiert. Dazu wurden insgesamt neun Funktionen<sup>61</sup> als Eigenschaften des Gesundheitswesens als Ermöglichungsfaktoren einerseits und sechs Funktionen<sup>62</sup> der allgemeinmedizinischen Praxis als Umsetzung der Prinzipien von Primärversorgung andererseits beurteilt. Demnach wurde keine einzige Funktion als stark entwickelt eingestuft und Österreich insgesamt mit Rang 10 von 14<sup>63</sup> bis dato untersuchten Ländern als „Low Care Primary“-Land klassifiziert.<sup>64</sup> Eine international bereits evident belegte Beziehung einer klaren Wechselwirkung zwischen System- und Praxischarakteristik<sup>65</sup> wurde auch für Österreich bestätigt. Greß et al. zeigen ferner in einer Studie zu Koordination und Management chronischer Erkrankungen in Europa auf, dass in Österreich ein Mangel im Bereich der Vorsorgemedizin, eine inadäquate Koordination zwischen medizinischer Primär- und nachgeordneten Versorgungsbereichen sowie eine Lücke zwischen angewandter Versorgungspraxis und vorhandener Evidenz besteht. Weiters wird angeführt, dass sich die Versorgungsqualität von unterschiedlichen Regionen und Gruppen zum Teil deutlich unterscheidet.<sup>66</sup>

In der am 30. Jänner 2013 im Nationalrat verabschiedeten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit<sup>67</sup> im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 heißt es unter Artikel 3 „Begriffsbestimmungen“: „*Primärversorgung (Primary Health Care): Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen*“<sup>68</sup> Der Artikel 5 „Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung Gesundheit“ betont u.a. die Stärkung der Primärversorgung: „*Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationa-*

60 vgl. Starfield (1998)

61 financing; type of primary care practitioner; per cent active physicians who are specialists; professional earnings of primary care physicians relative to specialists; cost sharing for primary care services; patient lists; requirements for 24-hour coverage; and strength of academic departments of family medicine

62 first contact; longitudinality (person-focused care over time); comprehensiveness; coordination; family centeredness; and community orientation.

63 Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Kanada, Niederlande, Schweden, Spanien, Vereinigte Staaten

64 vgl. Stigler et al. (2012)

65 vgl. Starfield, Shi (2002)

66 vgl. Greß et al. (2009)

67 vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

68 ebd. 4

lem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.“<sup>69</sup> Ebenso findet sich unter dem Artikel 18 „Steuerungsbereich Versorgungsprozesse“ kurz und bündig die Festlegung: „*Stärkung der Primärversorgung (Primary Health Care) auch im niedergelassenen Bereich.*“<sup>70</sup>

Dies ernst genommen bedeutet – in Ableitung von den beschriebenen internationalen Erkenntnissen – das Erfordernis grundlegender Veränderungen im bestehenden österreichischen Gesundheitssystem. Neue bzw. veränderte Versorgungsmodelle, das hat sich ebenfalls international zur Genüge bewiesen, haben nur dann eine Chance auf Umsetzung, wenn letztlich alle Akteure diese vollinhaltlich mittragen<sup>71</sup>. Dazu zählen im österreichischen System die Gebietskörperschaften in Form von Bund, Ländern und bei einer dezentraleren Versorgung entscheidend die Gemeinden, weiters die Leistungserbringer, die Berufsverbände, die Aus- und Weiterbildungsinstitutionen, die Sozialversicherungsträger und nicht zuletzt die Patienten sowie deren Angehörige als wichtige Partner in einer künftigen Versorgung. Stellen Patienten sowie deren Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) doch laut WHO<sup>72</sup> die am stärksten unterbewertete Ressource im Gesundheitswesen dar.

Es bleibt abzuwarten, ob ein ernsthafter Primärversorgungsansatz nunmehr in Form des neuen partnerschaftlichen Zielsteuerungsmodells durch Bund, Länder und Sozialversicherung gelingen wird. So hieß es bereits im Regierungsprogramm 2008–2013: „*Eine wesentliche Vertrauensposition in der Versorgung kommt den Hausärzten zu. Diese Position soll gestärkt und ausgebaut werden.*“<sup>73</sup>

---

69 ebd. 5

70 ebd. 20

71 vgl. bspw. Czipionka et al. (2010), Schibli (2012), 4

72 vgl. WHO (2002), 46

73 vgl. Regierungsprogramm (2008 – 2013), 183

## 6. Fazit

Positive Effekte einer ausgeprägten Primärversorgung in Form eines hausarzt-orientierten Versorgungsmodells auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung wie auch die Effizienz eines Gesundheitssystems sind in aktuellen internationalen Meta-Reviews eindeutig belegbar, wengleich auch die derzeitige Studienlage insgesamt Qualitätsdefizite aufweist. Striktere Zugangsregelungen in Form eines Gatekeepings sind hingegen aufgrund der derzeit vorliegenden Studienlage in Bezug auf ihre Effekte nicht eindeutig bewertbar. Aus internationalen Erfahrungen sind auch Übereinstimmungen zu bestimmten Ausprägungen einer Primärversorgung ableitbar, die gegeben sein müssen, um positive Potenziale der Primärversorgung – nicht zuletzt angesichts der Bedeutung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität – auch tatsächlich realisieren zu können. So kommt mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen speziell der Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe und einem interdisziplinären und multiprofessionellen Aufgabenverständnis in der Primärversorgung zentrale Bedeutung zu. Patienten müssen entsprechend ihrer Möglichkeiten als wesentliche Partner in die Versorgung eingebunden werden. Primärversorgung ist weiters immer im Gesamtkontext eines Systems zu betrachten und eine Neuausrichtung erfordert damit mehr oder weniger Veränderungen auf allen Systemebenen. Um dem Primärbereich in Österreich einen international vergleichbaren Stellenwert zu verschaffen, müssen deshalb nicht nur derzeit bestehende Ausbildungs-, Aufgaben-, Organisations- und Vergütungsstrukturen, sondern vor allem auch Kulturen verändert werden.

## Verzeichnis der verwendeten Literaturquellen

- Amelung E.A., Schumacher H.: „Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement“, 3. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2004
- Arbeitsgruppe Verwaltung neu (Rechnungshof, IHS, WIFO), Arbeitspaket 10: „Gesundheit und Pflege“ (Stand: 31.05.2010), abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf)
- Böcken J.: „Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsrealität“, Böcken J., Braun B., Amhof R. (Hrsg.): „Gesundheitsmonitor 2008, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung“, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2008: 105-121
- Czypionka T., Riedel M., Röhring G., Mayer S.: „Erfolg und Scheitern von Gesundheitsreformen: Ursachen und Reformanalysen für die USA und Ungarn“, Health System Watch I, IHS Health Econ, Beilage zur Zeitschrift Soziale Sicherheit, 2010: 1-16
- Czypionka T., Röhring G., Schönplugg K.: „Public Sector Performance: Gesundheit“, Research Report 2012, Institute for Advanced Studies (IHS), 2012
- Gerlach F.M., Beyer M., Muth C., Saal K., Gensichen J.: „Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen 1“, ZaeFQ, 100, 2006: 335-343
- Gijsen R., Hoeymans N., Schellevis F.G., Ruwaard D., Satariano W.A., Bos G.A.M. van den: „Causes and consequences of comorbidity: a review“, Journal of Clinical Epidemiology, 54, 7, 2001: 661-674
- Greß S., Baan C., 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.: „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, 1, 2009: 75-86
- Haller S., Garrido M.V., Busse R.: „Hausarztorientierte Versorgung, Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung“, Berlin, Ein Evidenz-Report, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang\\_6.1.3\\_Evidenzreport\\_Hausarztorientierte\\_Versorgung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_6.1.3_Evidenzreport_Hausarztorientierte_Versorgung.pdf)
- Health Council of the Netherlands: „European primary care“, The Hague, 2004, 20E
- Kringos D.S., Wienke G., Boerma W., Hutchinson A., van der Zee J., Groenewegen P.P.: „The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions“, BMC Health Services Research, 2010, 10, 65: 1-13
- Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B.: „Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care“, Cochrane Database of Systematic Reviews 2005“, 4, CD001271, 2009
- Macinko J., Starfield B., Shi L.: „The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998“, Health services research, 2003, 38.3, 831-865
- Marstedt G.: „Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem“, Gesundheitsmonitor 2008 – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, 1: 1-7
- Muldoon L.K., Hogg W.E., Levitt M.: „Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?“, Can J Public Health, 2006, 97, 5: 409-411
- NERA (National Economics Research Associates): „Health Care Systems in Eleven Countries: An Overview“, 1993, 23
- Regierungsprogramm 2008-2013: „Gemeinsam für Österreich“, abgerufen am 05.02.2013 unter <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>
- Rothman A.A., Wagner E.H.: „Chronic illness management: What is the role of primary care?“, Ann Intern Med, 138, 2003: 256-261.

- Schibli D.: „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“, Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG, Bern, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.fmh.ch/files/pdf6/versorgungsmodelle\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf6/versorgungsmodelle_d.pdf)
- Schlette S., Blum K., Busse R. (Hrsg.): „Gesundheitspolitik in Industrieländern II. Im Blickpunkt: Primärversorgung, Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien“, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2009
- Shi L., Forrest C.B., Von Schrader S., Ng J.: „Vulnerability and the Patient-Practitioner Relationship: The roles of Gatekeeping and Primary Care Performance“, *American Journal of Public Health*, 93, 1, 2003: 138-144
- Sottas B., Brügger S.: „Anspruchstrukturen, Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung“, Zürich, Careum, 2012
- Starfield, B.: „Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology“, Oxford University Press, 1998
- Starfield B., Shi L.: „Policy relevant determinants of health: an international perspective“, *Health Policy*, 60, 2002: 201–218
- Starfield B., Shi L., Macinko J.: „Contribution of primary care to health systems and health“, *Milbank Q*, 2005, 83: 457–502
- Stigler F., Starfield B., Sprenger M., Salzer H., Campell St.: „Assessing primary care in Austria: room for improvement“, *Family Practice*, 2012: 1-5
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Band III: „1 Grundlagen, Übersicht, Versorgung chronisch Kranker, Gutachten 2000/2001“, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen): „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, Sondergutachten, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter <http://www.ifpsbonn.de/publikationen-1/koordination-und-integration-2013-gesundheitsversorgung-in-einer-gesellschaft-des-laengeren-lebens>
- Van den Bussche H., Scherer M.: „Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare)“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44, 2011: 73-100
- Van Lerberghe, W.: „The world health report 2008: primary health care: now more than ever“, WHO (World Health Organization), 2008
- Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M.: „Organizing care for patients with chronic illness“, *The Milbank Quarterly*, 1996: 511-544
- Wensing M., Hermsen J., Grol R., Szecsenyi J.: „Patient evaluations of accessibility and coordination in general practice in Europe“, *Health Expectations*, 11, 2008: 384-390
- Wienke G., Boerma W.: „Coordination and integration in European primary care“, Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.: „Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care“, Maidenhead, Open University Press, 2006: 3 -21
- Wilson T., Buck D., Ham C.: „Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions?“, *BMJ* 330.7492, 2005: 657-661
- WHO (World Health Organization): „Alma Ata Declaration“, Geneva, 1978, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO (World Health Organization): „Gesundheit 21–Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle für die Europäische Region der WHO“, Kopenhagen, Europäische Schriftenreihe: „Gesundheit für alle“, 1998, 6
- WHO (World Health Organization): „Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action“, Copenhagen, 2002
- WHO (World Health Organization): „Resolution WHA62. 12. Primary health care, including health system strengthening“, Geneva, Sixty-Second World Health Assembly, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.who.int/hrh/resources/A62\\_12\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf)
- WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General

Practitioners) EUROPE: "Die europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin", 2002, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE\\_DEFINIION%20DER\\_ALLGEMEINMEDIZIN\\_HAUSARZTMEDIZIN.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINIION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf)

Zentner A., Garrido M.V., Busse R.: „Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte“, Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin, 2008, abgerufen am 25.01.2013 unter [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang\\_7.7.2.3\\_Systematischer\\_Review\\_Gatekeeping.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_7.7.2.3_Systematischer_Review_Gatekeeping.pdf)

VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, abgerufen am 05.02.2013 unter [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I\\_02140/fname\\_285285.pdf](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02140/fname_285285.pdf)