

Zusammenfassung

Mehrfach wurde die Hypothese aufgestellt, dass ein von Hausärzten dominiertes Versorgungssystem Vorteile hat gegenüber einem System, welches von Spezialisten dominiert wird. Im Zuge der jüngst eingeleiteten Reformen des britischen Primärarztsystems wird jedoch befürchtet, dass ein Teil dieser Vorteile gefährdet ist.

Schlüsselwörter

Primärarztssystem · hausarztzentriertes Versorgungssystem · Gesundheitssysteme · Versorgungsqualität

Abstract

It has been stated that a health care system which is characterized by a strong position of general practitioners might be superior to a system which is dominated by specialists. The recent reforms of the British primary care system might jeopardise some of those advantages.

Key words

Primary health care system · general practitioner as gatekeeper · health care systems · gatekeeping · quality of care

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Zurzeit sind sich alle politischen Parteien einig darüber, die Position des Hausarztes stärken zu wollen.

Die Diskussion darüber, ob ein Versorgungssystem, in welchem Hausärzte eine herausragende Stelle einnehmen, wirklich „besser“ ist als ein facharztzentriertes System, gewinnt zunehmend an Brisanz.

In der Vergangenheit wurde schon mehrfach die Hypothese aufgestellt, dass ein solches System effizient, bei Patienten beliebt und dazu noch kostengünstig sei.

In einem jüngst erschienenen Kommentar weist Starfield [1] darauf hin, dass eine gute primärärztliche Versorgung mit niedrigen Sterblichkeitsraten einhergeht – eine gute spezialistische Versorgung hingegen jedoch nicht.

Marzi und Abholz [2] untersuchten 1999 die Literatur nach Hinweisen für die mögliche Überlegenheit eines hausarztzentrierten Versorgungssystems. Insgesamt wurden 34 Arbeiten zitiert, die meisten davon aus den USA, einige aus Großbritannien und einzelne aus den Niederlanden und Norwegen. Die Ausgangshypothese konnte bestätigt werden: Weil sie ihre Patienten in der Regel wesentlich besser kennen, verschreiben Hausärzte zum Beispiel deutlich weniger Antibiotika bei Atemwegsinfekten als Spezialisten. Auch gehen Hausärzte verantwortungsvol-

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Burkhard Sonntag · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: burkhard@sonntag.co.uk

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 499–502 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-872583
ISSN 0014-336251

ler mit knappen Diagnostik-Ressourcen um und veranlassen deutlich weniger unnötige Krankenhauseinweisungen als Spezialisten.

„Hausarztzentriertes Versorgungssystem“

Unter verschiedenen nationalen (z.B. DEGAM) [3] und internationalen (z.B. WONCA [4]) Berufsorganisationen sowie in all-gemeinmedizinischer Lehrmeinung [5] gibt es einen breiten Konsens über eine Reihe von Kriterien, die ein idealtypischer Hausarzt erfüllen sollte. Solche Kriterien sind:

- **Umfassende Versorgung:** Der Hausarzt sollte im Regelfall der erste Ansprechpartner des Patienten sein. Fachlich sollte er zumindest bei den wichtigsten Beratungsanlässen in allen medizinischen Teilgebieten im Regelfall die Versorgung erbringen.
- **Kontinuität der Versorgung:** Der Hausarzt – im Idealfall immer derselbe Arzt – begleitet seine Patienten ein Leben lang „von der Wiege bis zur Bahre“. In vielen Ländern gibt es – anders als in Deutschland – keine strikte Trennung zwischen ambulante und stationärem Sektor. In einigen Ländern ist es zum Beispiel auch üblich, dass Hausärzte in Krankenhäusern über Belegbetten verfügen und ihre Patienten auch stationär betreuen (was auch in Deutschland als Modellversuch geplant ist [6]).
- **Lotsen- und Koordinationsfunktion:** Der Hausarzt informiert seinen Patienten umfassend. Wenn notwendig, überweist der Hausarzt seinen Patienten zu einem Spezialisten. Hierbei wird der Spezialist umfassend über Vorgeschichte und akuten Überweisungsanlass informiert, der Spezialist hingegen informiert den Hausarzt über Verlauf und Ergebnisse seiner Behandlung. Der Hausarzt ist jederzeit über seinen Patienten informiert und somit in der Lage, diesen „durch die Wirren des Gesundheitswesens“ zu leiten.

Begriff des „Primärarztsystems“

In vielen Gesundheitssystemen ist der Zugang zum Spezialisten nur nach vorheriger Überweisung durch den Hausarzt möglich. Der Hausarzt hat hier nicht nur die Funktion eines „Lotsen“, sondern auch die eines „Türhüters“ („Gatekeeper“), welchem es obliegt, den Zugang zu den kostenintensiven Ressourcen einer spezialistischen Behandlung zu rationieren.

Solche Systeme werden als Primärarztsysteme bezeichnet.

In einem Primärarztsystem¹ ist ein Patient in irgendeiner Form langfristig an einen „Primärarzt“ gebunden, welcher grundsätzlich zuerst aufgesucht werden muss.

¹ Auch wenn der Begriff „Primärarztsystem“ im Grunde eine Übertragung aus dem Englischen ist, so trifft die hier gegebene Definition nur für die deutschsprachige Literatur zu. Im Englischen wird unter „Primary Care System“ allgemein ein hausärztliches Versorgungssystem bezeichnet. Für den Begriff „Primärarztsystem“, wie er hier verwendet wird, gibt es im Englischen kein Äquivalent.

Der „Primärarzt“ hat idealerweise eine weitgefächerte fundierte Weiterbildung durchlaufen, welche er mit einer Qualifikation abgeschlossen hat. Seine primäre Aufgabe ist die langfristige, umfassende Betreuung des Patienten – das „Gatekeeping“ ist nur ein kleiner Teilaspekt davon.

Primärarztsysteme weisen von Land zu Land große Unterschiede auf: In Dänemark, Finnland, Großbritannien, Schweden und Spanien sind sie weitgehend staatlich organisiert, in den Niederlande hingegen gibt es ein System aus Versicherungen. Primärärzte werden in den meisten Systemen nicht für Einzelleistungen vergütet, sondern häufiger über Kopfpauschalen (z.B. in Großbritannien bis 2004) oder als Angestellte mit einem festen Gehalt (z.B. in Schweden).

Naturgemäß haben die „Primärärzte“ in einem solchen Versorgungssystem eine sehr starke Position. Hierdurch können die Prinzipien der umfassenden Versorgung, der Kontinuität und der Lotsenfunktion gut wahrgenommen werden.

Die „Gatekeeper“-Funktion wird allerdings kontrovers diskutiert, da befürchtet wird, dass unter Umständen eine notwendige Facharztbehandlung verhindert oder verzögert wird. Von anderer Seite wird argumentiert, dass ein System, welches den Zugang zu Spezialisten von der vorherigen Überweisung durch einen Primärarzt abhängig macht, nicht nur kostengünstiger arbeitet, sondern auch zu qualitativ besseren Ergebnissen führt, da es dem Patienten unter Umständen unnötige Diagnostik und überflüssige, potenziell schädliche Behandlungen erspart. Auch werden die Spezialisten von unnötiger Arbeit entlastet und können sich auf die Behandlung „wichtiger“ Fälle konzentrieren.

Gegenteil eines Primärarztsystems

Kein medizinisches Versorgungssystem begründet sich ausschließlich auf Spezialisten. Es gibt aber Systeme, in denen ein Patient einen mehr oder weniger freien, direkten Zugang zu vielen Spezialisten hat. Wer in Deutschland an einer Augenkrankheit leidet, kann einen Ophthalmologen aufsuchen, ohne vorher seinen Hausarzt kontaktieren zu müssen. Dies beschleunigt möglicherweise die Behandlung.

Ein Patient, der an Schwindelzuständen leidet, hat die Qual der Wahl zwischen Internisten, Neurologen oder Orthopäden und ist mit der Vielfalt der Möglichkeiten vielleicht überfordert.

Selbstverständlich gibt es auch in Deutschland gut qualifizierte Hausärzte, die ihre Patienten treu als „Lotsen“ begleiten und langfristig, kontinuierlich und umfassend betreuen. Allerdings: Der Hausarzt ist nur hier eine von mehreren möglichen Alternativen.

Großbritannien und Deutschland

Sowohl in Großbritannien als auch in Deutschland wird momentan heftig darüber diskutiert, die hausärztliche Versorgung zu reformieren. Wenn man die Diskussion in beiden Ländern verfolgt, trifft man auf Unterschiede, aber auch auf Gemeinsamkeiten.

ten. Die Diskussion in Großbritannien mit seinem traditionell starken Primärarztsystem ist deutlich von dem im April 2004 erneuerten Hausarzt-Rahmenvertrag geprägt. Es wird befürchtet, dass dieser Vertrag zu einer Einbuße in der Versorgungsqualität führen könnte [7]. In der Tat beinhaltet der neue Vertrag einige Änderungen, welche nicht unbedingt dem oben genannten Bild des „idealtypischen Hausarztes“ entsprechen:

Patienten sind nicht mehr mit einem Hausarzt, sondern mit einer Praxis „registriert“. Die meisten Praxen sind große Gruppenpraxen mit durchschnittlich drei bis sieben Partnern. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass der Patient bei jedem Praxisbesuch einen anderen Arzt sieht, so dass der Aufbau einer persönlichen kontinuierlichen Arzt-Patientenbeziehung erschwert wird.

Seit Anfang 2005 haben die meisten britischen Hausärzte die Verantwortung für die Versorgung ihrer Patienten abends, nachts und an Wochenenden und Feiertagen an unabhängige Organisationen („Out of Hours Care Providers“) abgegeben. Damit bewegt man sich jedoch einen Schritt weg von der „umfassenden Versorgung“.

In städtischen Ballungsgebieten gibt es eine Anzahl von „Walk-In“-Gesundheitszentren, in denen man sich ohne vorherige Terminvereinbarung von speziell ausgebildeten Krankenschwestern und -Pflegerinnen (meist nicht von Ärzten!) behandeln lassen kann. Diese Zentren dienen fast ausschließlich der Behandlung von akuten Beschwerden, eine Langzeitbetreuung findet nicht statt. Die Kommunikation zwischen diesen Zentren und den Hausärzten ist nicht immer optimal. In einigen Orten betreiben die „Out of Hours Provider“ auch tagsüber spezielle „Entlastungs-Praxen“ für Patienten, die bei ihren eigenen Hausärzten keinen Termin bekommen konnten.

Telefonische „Triage“ – oft durch Krankenschwestern – spielt eine zunehmend größere Rolle. Patienten, die einen Arzttermin vereinbaren wollen, müssen in manchen Praxen zunächst ihr Anliegen telefonisch einer Krankenschwester vortragen, welche dann entscheidet, ob und wann ein Arzttermin gewährt wird. Bei Notdiensten ist ein solches Vorgehen inzwischen fast flächendeckend überall üblich, auch wenden viele Praxen dieses Prinzip für die Vereinbarung von kurzfristigen Notfall-Terminen während der normalen Öffnungszeiten tagsüber unter der Woche an. Einige wenige Praxen „triagieren“ in der Tat jeden einzelnen Terminwunsch. Die Zugänglichkeit eines Arztes – und damit die „umfassende Betreuung“ kann darunter leiden.

Ein zunehmend stärkerer Druck hin zum evidenzbasierten, leitliniengemäßen Arbeiten widerspricht dem „hermeneutischen Fallverständnis“. Insbesondere bei der Betreuung chronisch kranker Patienten (z.B. Diabetiker) befürchten viele Hausärzte eine Tendenz hin zur „Checklisten-“ bzw. „Kochbuch-Medizin“.

Es ist unbestreitbar, dass in Großbritannien auch weiterhin ein Primärarztsystem besteht, in welchem der Hausarzt eine zentrale Schlüsselstellung hat. Ob aber auch unter den neuen Bedingungen weiterhin eine gute Versorgungsqualität gewährleistet werden kann, wird sich zeigen. Bei vielen Ärzten zeigt sich eine gewisse Skepsis [8].

Interessant ist auch, dass von verschiedener Seite die mangelnden Wahlmöglichkeiten kritisiert werden und dass Ansätze gesucht werden, um Patienten mehr Wahlmöglichkeiten zu bieten

Deutschland

In Deutschland hat der Begriff der „freien Arztwahl“ einen hohen Stellenwert und ist oft Anlass für eine teilweise sehr emotional geführte Debatte. In der Diskussion ist der Begriff des „Primärarztsystems“ oft negativ besetzt. Ein „Primärarztsystem“ wird oft pauschalisiert als „ein System ohne freie Arztwahl“ gesehen. Dies stimmt aber nicht. Zwar ist die „freie Arztwahl“ in vielen Primärarztsystemen eingeschränkt, aber nur selten wirklich aufgehoben. In den meisten Systemen kann man „seinen“ Primärarzt durchaus frei wählen.

Andererseits ist ja auch in Deutschland die Arztwahl nicht völlig frei: Die „Kassenzulassung“ eines Arztes wird bekanntlich nicht allein aufgrund von Qualifikation (i. e. abgeschlossene Facharztweiterbildung) erteilt, sondern eher aufgrund von standespolitisch-ökonomischen Erwägungen.

Interessanterweise ist – wie Kunstmann et al. [9] gezeigt haben – die „freie Arztwahl“ historisch nicht auf emanzipatorische Forderungen von Patientenseite, sondern auf innerärztliche Verteilungskämpfe zurückzuführen.

Dennoch wird die freie Arztwahl von weiten Bevölkerungskreisen als wichtig empfunden und eine allzu starke Einschränkung ließe sich politisch wohl kaum durchsetzen. So stellen sich die kassenärztlichen Vereinigungen gerne als „Garanten der freien Arztwahl“ dar [10]. Hausarztmodelle werden unter anderem von Internisten heftig und emotional kritisiert [11]. Hausarztmodelle werden als „staatliche Zuteilungsmedizin“ bezeichnet, und es wird sogar von einem „Teilberufsverbot“ für Internisten gesprochen, die nun zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Betreuung wählen müssen [12]. Gerne wird auch auf die USA verwiesen [13].

Allgemeinmediziner wird die Fähigkeit abgesprochen, adäquate Diagnosen und Indikationen für apparative Diagnostik zu stellen. Dem Patienten solle daher der freie Zugang zu Spezialisten nicht verwehrt werden. Gerne wird in diesem Zusammenhang auch mit Studien argumentiert, die zeigen, dass z. B. maligne Melanome von Spezialisten – in diesem Falle von Dermatologen – besser und schneller erkannt werden als von Hausärzten [14].

Abschließende Bemerkungen

Versorgungssysteme mit einer starken Stellung des Hausarztes sind geeignet, eine kontinuierliche und umfassende Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies wird von den Patienten gewünscht und es korreliert mit besseren klinischen Ergebnissen und niedrigeren Kosten.

Sehr kontrovers wird der „Gatekeeping“-Aspekt von Primärarztsystemen diskutiert. Gibt es zu wenige Spezialisten, so kann Gatekeeping helfen, die vorhandenen Ressourcen effektiver zu nutzen.

Besteht jedoch eine Überversorgung im spezialistischen Bereich – wie zum Beispiel in den USA [15] oder auch in Deutschland –, so geht es eher um die Frage der Kosten-Effizienz im Gesundheitssystem. Das gegenwärtige deutsche Versorgungssystem hat neben dem schnellen Zugang zu spezialistischer Versorgung noch andere Vorteile, die man nicht übersehen sollte: Die meisten Hausärzte arbeiten entweder in Einzelpraxen oder in relativ kleinen Einheiten, so dass eine gute personelle Versorgungskontinuität gewährleistet sein kann, wie sie möglicherweise heute in dem Land mit dem klassischen Hausarztansatz, Großbritannien, zunehmend bedroht ist.

Bei der Planung künftiger Reformen des Versorgungssystems ist daher darauf zu achten, dass diese Vorteile nicht gefährdet werden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- ¹ Starfield B, Shi L, Grover A, et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health affairs web exclusive. March 15, 2005
- ² Marzi C, Abholz HH. Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarzt-systems. Z Allgemeinmed 1999; 75: 736–743
- ³ DEGAM. Fach-Definition der Deutschen Gesellschaft für Allgemein-medizin (DEGAM) laut Webseite www.degam.de. 30.6.2005
- ⁴ WONCA. The european definition of general practice/family medicine. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/Family Medicine), 2002 downgeloaded von: <http://www.woncaeurope.org>, 10.10.2005
- ⁵ Kochen MM. Allgemeinmedizin und Familienmedizin Thieme, Stuttgart 1998
- ⁶ Jakob A. Belegbetten für Allgemeinmediziner?! ZFA 2003; 79: 132–134
- ⁷ De Maeseener J, Hjortdahl P, Starfield B. Fix what's wrong, not what's right, with general practice in Britain. BMJ 2000; 320: 1616–1617
- ⁸ Doctors for reform. "Launch Leaflet". <http://www.doctorsforreform.com>, 4.4.2005
- ⁹ Kunstmann W, Butzlaff M, Bocken J. Freie Arztwahl in Deutschland – eine historische Perspektive. Gesundheitswesen 2002; 64: 170–175
- ¹⁰ KBV. KBV konkret: Garanten der freien Arztwahl. Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundes Vereinigung vom 1.2.2005, von Webseite <http://www.kbv.de/publikationen/6477.htm> 15.3.2005
- ¹¹ Stier J. Schlechtes wird durch Wiederholung nicht besser. Primärarztmodell wird wieder einmal diskutiert. Internist 2001; 42: M248–M249
- ¹² Knuth P. Positionspapier der Inneren Medizin zur Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Hausarzt/Facharztfrage. Internist 2001; 10: M249–M253
- ¹³ Alper PR. The Decline of the Family Doctor. Policy Review: April–May 2004 (No. 124) (<http://www.policyreview.org/apr04/alper.html> 30.3.2005)
- ¹⁴ McKenna DB, Marioni JC, Lee RJ, et al. A comparison of dermatologists', surgeons' and general practitioners' surgical management of cutaneous melanoma. Br J Dermatol 2004; 151: 636–644
- ¹⁵ Bindman AB, Majeed A. Primary care in the United States: organisation of primary care in the United States. BMJ 2003; 22: 326

Zur Person



Burkhard Sonntag
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Zuvor Abschluss der Weiterbildung zum General Practitioner in England und Berufserfahrung als Partner in einer Gruppenpraxis.