

Peter Groenewegen und Stefan Greß

Der Hausarzt in den Niederlanden – Auslaufmodell oder Reformperspektive für die GKV?

Einleitung

Die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden gilt in Deutschland im allgemeinen als vorbildlich – zuletzt wurde der Gesundheitspreis der Bertelsmann-Stiftung im Jahr 2000 an die wissenschaftliche Vereinigung der Hausärzte in den Niederlanden (Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG) vergeben. In der Laudatio hieß es zur Begründung: »In den Niederlanden ist es gelungen, beispielhaft die medizinische Qualitätssicherung mit hoher Effizienz zu entwickeln und faktisch zu etablieren. Gemeint ist nicht Hightech-Medizin, sondern eine hervorragende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung durch Primärärzte.« (Woessner 2000)

Zwar wurde auch in Deutschland die Position des Hausarztes gestärkt – zuletzt in der Gesundheitsreform 2000 und in der Koalitionsvereinbarung 2002¹ – es verbleiben allerdings zentrale Unterschiede im Vergleich zu den Niederlanden. Diese betreffen vor allem die Honorierung der Hausärzte und die freie Arztwahl. Während die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden also in Deutschland weiterhin als Vorbild betrachtet wird, gerät der Hausarzt alten Typs in den Niederlanden unter Druck. Dafür sorgen gesellschaftliche Trends wie Individualisierung (Patienten wünschen mehr Wahlmöglichkeiten) und professionelle Trends wie der höhere Anteil von Frauen in der Ärzteschaft (höherer Bedarf nach Teilzeitarbeit und geregelten Arbeitszeiten). Ein weiterer Trend in Form der wettbewerblichen Orientierung des niederländischen Gesundheitswesens gefährdet darüber hinaus gewohnte Formen der Kooperation.

Das niederländische Hausarztmodell wird auf der einen Seite in Deutschland als eine Reformperspektive für die GKV angesehen, während gleichzeitig gesellschaftliche Trends die Situation der Hausärzte rasant verändern. Weil diese Trends wahrscheinlich nicht einzigartig für die Niederlande sind, ist es für die deutsche Reformdebatte wichtig, sie ebenso zu kennen wie die Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. Vor diesem doppelten Hintergrund wollen wir daher in diesem Beitrag folgenden Fragestellungen nachgehen:

1. Welche Merkmale zeichnen die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden aus (Abschnitt 2)?
2. Welche gesellschaftlichen Trends nehmen derzeit Einfluss auf die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden (Abschnitt 3)?
3. Wie könnte die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden reformiert werden, um Rücksicht auf die Trends zu nehmen und doch ihren Kern zu erhalten (Abschnitt 4)?
4. Welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen lassen sich für die deutsche Reformdiskussion ziehen (Abschnitt 5)?

Merkmale der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

Der Hausarzt hat in den Niederlanden eine doppelte Funktion – er ist zugleich Lotse und Torwächter (Gatekeeper) für den Patienten. Einerseits begleitet der Hausarzt den Patienten durch das Gesundheitssystem, andererseits entscheidet er auch, welche Einrichtungen der Patient nutzen darf – und welche nicht. Der erste Aspekt – der *Hausarzt als Lotse* – ist im Hinblick auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung bedeutsam. Über-, Unter- und Fehlversorgung sollen auf diese Weise vermieden werden. Der zweite Aspekt – der *Hausarzt als Gatekeeper* – wird in der Regel von der Gesundheitspolitik im Hinblick auf Kostendämpfung hervorgehoben (Groenewegen/Delnoij 1997).

Das niederländische Hausarztmodell basiert darauf, dass alle Einwohner einen festen Hausarzt haben, der die Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Leistungen der bei ihm eingeschriebenen Patienten steuert. Die Anzahl der Einwohner pro Hausarzt (ca. 2 200 Personen) ist gleichzeitig die durchschnittliche Praxisgröße, weil sich praktisch alle Einwohner der Niederlande bei einem festen Hausarzt eingetragen haben.

Alle gesetzlich Versicherten müssen bei einem festen Hausarzt eingetragen sein – die Einschreibung muss erfolgen, sobald sich jemand gesetzlich versichern will. Ein Wechsel zwischen Hausärzten ist möglich, es besteht aber kein Zwang für Hausärzte, neue Patienten anzunehmen. Weil derzeit eher ein Mangel an Hausärzten herrscht, ist faktisch die Wahlmöglichkeit der Versicherten begrenzt. Wechsel von Hausarzt zu Hausarzt sind am einfachsten innerhalb von Gruppenpraxen möglich.

Der Trend in der niederländischen hausärztlichen Versorgung geht weg von der Einzelpraxis. Weniger als die Hälfte der niederländischen Hausärzte arbeitet inzwischen in einer Einzelpraxis; ein Drittel arbeitet in einer Doppelpraxis, und ein Viertel in einer größeren Gruppe oder in einem Gesundheitszentrum (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl Hausärzte in den Niederlanden nach Praxisform und Einwohner pro Hausarzt

| | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Einwohner pro Hausarzt | 2 949 | 2 682 | 2 330 | 2 215 |
| Einzelpraxis (%) | 91 | 72 | 54 | 43 |
| Doppelpraxis (%) | 8 | 20 | 31 | 33 |
| Gruppenpraxis (%) | 1 | 8 | 15 | 24 |

Quelle: Groenewegen/Delnoij 1997; Hingstman/Kenens/Van der Windt (2001)

Niederländische Hausärzte arbeiten in zunehmendem Ausmaß innerhalb von eng miteinander kooperierenden Strukturen. Die Hausärzte selbst sind für die Organisation der gegenseitigen Vertretung in den Abendstunden, in der Nacht und an Wochenenden verantwortlich. Hierzu haben sich die Hausärzte in sogenannten Vertretergruppen zusammengetan. Im Laufe der Zeit haben sich diese Vertretergruppen weiter zu *Hausärztegruppen* entwickelt, die sich gegenseitig konsultieren und sich darüber hinaus als Anlaufstelle für andere Akteure aus dem Gesundheitswesen verstehen. Zusätzlich haben Hausärzte gemeinsam mit Apothekern Diskussionsgruppen im Bereich der Pharmakotherapie gebildet, um rationellere Arzneimittelverschreibungen zu fördern.

Die Organisation der gegenseitigen Vertretung in den Abendstunden, in der Nacht und an Wochenenden hat sich in letzten zwei Jahren allerdings rapide verändert. Wie in England und Dänemark auch, haben sich Gruppen von Hausärzten zusammengeschlossen. Für diese Gruppen nehmen zu diesem Zweck dauerhaft eingestellte Hausärzte sowie erfahrene Praxisassistenten oder Krankenschwestern für eine Bevölkerung bis zu etwa 100 000 Personen die Notfallversorgung vor.

Die Medikamentenverordnung erfolgte zumindest bis 1996 im internationalen Vergleich sehr zurückhaltend. Pro hundert eingeschriebenen Patienten betrug im Jahr 2000 die Anzahl der *Arzneimittelverordnungen* weniger als 800 für Frauen und weniger als 500 für Männer pro Jahr. Es gibt Hinweise darauf, dass die feste Einschreibung von Patienten bei einem Hausarzt und die Steuerung der hausärztlichen Versorgung durch Leitlinien mit dazu beiträgt, dass niederländische Hausärzte zurückhaltender bei der Verordnung von Arzneimitteln und bei der Überweisung an Fachärzte sind.

Die Anzahl der *Überweisungen* durch Hausärzte ist in den Niederlanden ebenfalls niedrig, auch im Vergleich zu anderen Ländern mit einem Gatekeeper-System. Pro hundert eingeschriebenen Patienten werden nur etwa zwanzig Patienten pro Jahre an einen Facharzt überwiesen. Der

Rückgang der Überweisungen in den letzten Jahren hat vermutlich damit zu tun, dass die Krankenkassen die Überweisungen nicht mehr konsequent überprüfen und damit auch nicht mehr vollständig erfassen.²

Tabelle 2: Überweisungen und Arzneimittelverordnungen pro 100 pflichtversicherte Patienten 1996-2000 (jeweils pro Jahr)

| Jahr | Arzneimittelverordnungen | | Überweisungen an Fachärzte | |
|------|--------------------------|--------|----------------------------|--------|
| | Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| 1996 | 720 | 440 | 22,1 | 16,7 |
| 1997 | 770 | 470 | 21,6 | 16,5 |
| 1998 | 810 | 500 | 20,7 | 15,9 |
| 1999 | 810 | 490 | 19,8 | 15,2 |
| 2000 | 780 | 480 | 18,9 | 14,6 |

Quelle: De Bakker/Jabaaïj/Abrahamse 2001

Durch die wissenschaftliche Vereinigung der Hausärzte werden – ohne Beteiligung der Krankenkassen – für häufig vorkommende Krankheiten mehr und mehr *Leitlinien* hinsichtlich der optimalen Diagnostik und Behandlung ausgearbeitet. Diese Standards basieren auf Übersichten der wissenschaftlichen Literatur und – falls es diese Literatur nicht gibt – auch auf Einsichten erfahrener Hausärzte sowie Empfehlungen anderer Fachleute. Es gibt heute über siebzig Leitlinien, die alle regelmäßig aktualisiert werden. Leitlinien gibt es beispielsweise für die folgenden Anwendungsgebiete: Acne vulgaris, Bakterielle Hautinfektionen, Demenz, Funktionserstörungen der Schilddrüse, Kinder mit Fieber, Augenmedizinische Diagnostik, Psoriasis und Ulcus cruris venosum.

Neben den Leitlinien für die Hausärzte gibt es auch eine Art gemeinschaftlicher Leitlinien für Haus- und Fachärzte, die sogenannten nationalen transmuralen Vereinbarungen (Landelijke Transmurale Afspraken oder LTAs). Diese LTAs sind Leitlinien für die ärztliche Arbeit an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und sollen Ausgangspunkt für die Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sein. Bislang gibt es sechs LTAs – zum Beispiel über die Behandlung von Asthma.

Ein nicht erwarteter Nebeneffekt der Erarbeitung von Standards durch die Hausärzte lag darin, dass die größte Verbraucherorganisation der Niederlande den Inhalt der Standards veröffentlicht hat. Verbunden mit der Veröffentlichung war die Aufforderung, nur solche Hausärzte aufzusuchen, die den in den Standards festgelegten Leitlinien in Diagnose

und Therapie tatsächlich folgen. Die Anwendung der Standards durch den individuellen Hausarzt wurde damit zu einem für den individuellen Patienten nachvollziehbaren Qualitätskriterium (Consumentenbond 1992). Darüber hinaus verknüpfen die Krankenkassen die Qualitätsvereinbarungen in den Verträgen mit den Hausärzten an die Einhaltung der von den Hausärzten aufgestellten Standards.

Die Leitlinien bilden damit ein wesentliches Instrument zur *Qualitätssicherung* der hausärztlichen Versorgung. Hinzu kommen der Ausbau der Fortbildung, regelmäßige Weiterbildung und der Zwang zur Rezertifizierung. Die Dauer der obligatorischen Fortbildung zum Hausarzt wurde Mitte der siebziger Jahre von einem Jahr auf inzwischen drei Jahre verlängert. Die Zulassung zum Hausarzt muss alle fünf Jahre erneuert werden (Rezertifizierung). Im Schnitt müssen die Hausärzte für die Rezertifizierung 40 Stunden Weiterbildung pro Jahr nachweisen, hinzu kommen Tätigkeitsnachweise für die gesamte Reichweite hausärztlicher Versorgung.

Niederländische Hausärzte erhalten für ihre gesetzlich Versicherten (etwa 60 Prozent der Bevölkerung) eine jährliche *Kopfpauschale*. Die Pauschale ist höher für ältere Patienten sowie für Patienten in Stadtteilen mit schwachen Sozialstrukturen (vgl. Tabelle 3).³ Damit sollen Unterschiede zwischen den Patientenkategorien bezüglich des Arbeitsvolumens für den Hausarzt kompensiert werden. Seit 1.10.2002 sind Konsultationen am Abend, in der Nacht und am Wochenende nicht mehr Bestandteil der Kopfpauschale, sondern werden per Einzelleistung vergütet. Für die Behandlung von privat Versicherten (etwa 40 Prozent der Bevölkerung) werden die Hausärzte per Einzelleistung vergütet. Alle niederländischen Hausärzte haben einen Mix von gesetzlich und privat Versicherten.

Tabelle 3: *Kopfpauschalen für unterschiedliche Patientengruppen (Stand 1.10.02)*

| Patientengruppe | Kopfpauschale in Euro pro Jahr |
|---|--------------------------------|
| Patienten unter 65 Jahren | 73,00 |
| Patienten ab 65 Jahren | 86,20 |
| Patienten unter 65 Jahren in Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur | 80,40 |
| Patienten über 65 Jahren in Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur | 93,60 |

Quelle: *Landelijke Huisartsen Vereniging*

Die Hausärzte haben für lange Zeit im niederländischen Gesundheitssystem eine dominante und stabile Position eingenommen. Innerhalb der medizinischen Profession gibt es durch die institutionell verankerte Gatekeeper-Funktion klar geregelte Beziehungen zu den Fachärzten, die in den Niederlanden im Gegensatz zur deutschen Situation in den Krankenhäusern tätig sind. Die Einführung der obligatorischen Fortbildung von Hausärzten Mitte der siebziger Jahre und die graduelle Ausbreitung von Weiterbildungsmaßnahmen haben die Hausärzte zu Spezialisten in ihrem eigenen Gebiet gemacht. Sowohl die klar definierte Position der Hausärzte im Versorgungssystem als auch der hohe Qualifikationsstand haben zu einem positiven Selbstbild beigetragen.

Auch außerhalb der medizinischen Profession hatten die Hausärzte ein hohes Ansehen. Durch die Einschreibung hat nahezu jeder Bewohner der Niederlande einen eigenen Hausarzt, der seine Patienten über eine längere Zeit kennt und versorgt. Dies gilt nicht nur für die gesetzlich Versicherten, sondern auch für die privat Versicherten. Der Großteil der privat Versicherten – für die in der Regel der Hausarzt zumindest formal keine Gatekeeper-Funktion einnimmt – sind für kurze oder längere Zeit gesetzlich versichert gewesen und sind an das Hausarztmodell gewöhnt.⁴ Die Akzeptanz des Hausarztmodells in der niederländischen Bevölkerung war also hoch (Groenewegen/Delnoij 1997).

Auch der Staat stärkte die Position der Hausärzte. Zwar sind die Ursprünge der Gatekeeper-Funktion der Hausärzte nicht im staatlichen Bestreben nach Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung zu suchen. Eine erste Gatekeeper-Funktion der Hausärzte war bereits im Jahre 1902 erkennbar, als Hausärzte die ungesteuerte Abwanderung von Patienten zu an Krankenhaus tätigen Fachärzten verhindern wollten (Companje 1997). Allerdings wurde den Hausärzten vom Staat seit Mitte der siebziger Jahre mit der Gatekeeper-Funktion für die fachärztliche Versorgung und für die Krankenhausversorgung eine wichtige Rolle bei der Kostendämpfung im niederländischen Gesundheitswesen zugewiesen.

Letztlich hatten auch die Krankenkassen eine neutrale bis positive Einstellung den Hausärzten gegenüber. Da in den Niederlanden der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung bei den Krankenkassen liegt, waren diese seit jeher daran interessiert, eine qualitativ hochwertige und kontinuierliche Grundversorgung sicherzustellen. Dieses wurde von den Hausärzten gewährleistet – durch die Vergütung über Kopfpauschalen mit geringem administrativen Aufwand. Darüber hinaus wurden eine Reihe von Krankenkassen zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch Ärzte gegründet, die zum einen die für sie unvorteilhaften Vertragsbedingungen der gewerkschaftlichen Krankenkassen umgehen

und zum anderen den Markt für ihre Leistungen vergrößern wollten (Van Bottenburg/De Vries/Mooij 1999). Diese enge personelle und organisatorische Verflechtung von Leistungsanbietern und Krankenkassen wirkte noch lange nach.

Die Änderung der Lage der niederländischen Hausärzte

Die Lage der niederländischen Hausärzte trägt seit Ende der neunziger Jahre alle Merkmale einer Krise. Unzufriedenheit und Entmutigung unter den Hausärzten wachsen. In der politischen Diskussion werden Reformvorschläge gemacht, die wesentliche Elemente des Hausarztmodells ändern wollen. So hat der Vorsitzende der Hausärzterverbandes kürzlich gefordert, die Vergütung der Hausärzte von Kopfpauschalen auf Einzel Leistungsvergütung umzustellen (Vos 2002).⁵ Schon heute gehen Krankenkassen dazu über, die Überweisungen zu Fachärzten nicht mehr zu überprüfen. Diese Verhaltensweise lässt sich bei einem gut funktionierenden System mit von den Versicherten akzeptierten Zugangskontrollen als administrative Vereinfachung interpretieren. Es lässt sich aber auch nicht ausschließen, dass Krankenkassen zunehmend wettbewerbsorientiert auf diese Weise um solche Versicherte werben wollen, die ohne Überweisung eine zweite Meinung eines Facharztes einholen wollen. Angesichts der Wartelisten bei vielen Fachärzten ist dies nicht ganz unproblematisch. Neu ist auch die Regelung, dass Betriebsärzte das Recht erhalten haben, Arbeitnehmer direkt an einen Facharzt zu überweisen – bislang mussten sie diese Patienten zunächst an ihren jeweiligen Hausarzt verweisen.

Die Bereitschaft, Hausärzte als zentrale Gatekeeper und Lotsen in der Gesundheitsversorgung anzuerkennen, schwindet bei wichtigen Akteuren im Gesundheitssystem – bei Patienten, Krankenkassen und Staat. Andere Akteure sehen eine Chance, in das Territorium der Hausärzte einzudringen. Beispielsweise werden die Abend- und Wochenenddienste von Hausärzten in den oben angesprochenen zentralisierten Zusammenschlüssen teilweise in den Räumlichkeiten von Krankenhäusern durchgeführt. In erster Linie geschieht dies aus praktischen Gründen. Als Folge werden Krankenhäuser jedoch unter Umständen zunehmend dazu bereit sein, diese Dienste gleich vollständig – mit eigenem Personal – zu übernehmen.

Was sind nun die Ursachen der heutigen Krise der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden? Wir verfolgen zu deren Analyse zwei Argumentationsstränge (Tabelle 4). Der erste Argumentationsstrang konzentriert sich vor allem auf die langfristige Entwicklungstendenz – vor allem im Hinblick auf die soziale Definition hausärztlicher Leistungen.

Hausärztliche Leistungen werden zunehmend als Ware betrachtet, die auf einem Markt angeboten werden; es besteht mit andern Worten ein Trend zu deren Kommodifizierung (Irvine 2002). Der zweite Argumentationsstrang bezieht sich eher auf die derzeitige spezifische Situation der hausärztlichen Versorgung und berücksichtigt medizinisch-demographische Ursachen, die Folgen von Knappheit in anderen Sektoren des Gesundheitswesens und weitere soziale Veränderungsprozesse.

Tabelle 4: Ursachen für die wachsende Unzufriedenheit unter den niederländischen Hausärzten

| <i>Langfristige gesellschaftliche Entwicklungen</i> | | <i>Spezifische Situation der hausärztlichen Versorgung</i> |
|--|--|--|
| Innerhalb des Arztberufs | Außerhalb des Arztberufs | Medizinisch-Demografische Veränderungen |
| Entwicklung des freien Berufs zu einer gewöhnlichen Tätigkeit | Trend zum mündigen Patienten | Knappheit in anderen Sektoren des Gesundheitswesens |
| Rationalisierung der beruflichen Tätigkeit | Mehr Verantwortlichkeit (Accountability) | Wachsende Arbeitsbelastung |
| | Steuerung durch Verträge | |
| Folge: Kommodifizierung der ärztlichen Leistungen; Patient wird zum Verbraucher, Leistung zum Produkt | | |

Langfristige gesellschaftliche Entwicklungen

Entwicklungen sowohl innerhalb die medizinische Profession als auch in ihrer Umgebung haben allmählich zu einer neuen Definition der professionellen Leistungen der Hausärzte geführt. Wie in anderen freien Berufen auch geht das Ansehen der ärztlichen Profession in der Gesellschaft zurück. Die Angehörigen der klassische freien Berufe – wie etwa Ärzte, Anwälte und Notare – haben sich lange selbst als einzigartig angesehen und sich von »gewöhnlichen« Berufen abgegrenzt (Arts/Batenburg/Groenewegen 2001). Diese Selbstdefinition korrespondierte mit dem hohen Ansehen dieser Professionen in der Bevölkerung. Schon Mitte der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts ging allerdings das Ansehen der Hausärzte im Vergleich mit anderen Professionen zurück (Tabelle 5).⁶

Tabelle 5: Ansehen von Berufsgruppen in der Bevölkerung

| Beruf | Rang im Jahr 1953 | Rang im Jahr 1982 |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Hochschullehrer | 1 | 2 |
| Niedergelassener Hausarzt | 2 | 7 |
| Bürgermeister | 3/4 | 3 |
| Richter | 3/4 | 1 |
| Ingenieur | 5 | 11 |
| Notar | 6 | 6 |
| Anwalt | 7 | 8 |
| Zahnarzt | 8/10 | 10 |
| Manager | 8/10 | 5 |
| Tierarzt | 8/10 | 12 |

Quelle: Sixma 1991

Die Vergütung der Angehörigen dieser Professionen war weniger Lohn für geleistete Arbeit als vielmehr eine Art »Ehrenlohn«. Ärzte waren danach weniger von finanziellen Anreizen motiviert, sondern fühlten sich eher berufen, ihren kranken Mitmenschen zu helfen – unabhängig von deren finanzieller Leistungsfähigkeit (Parsons 1951). Diese soziale Definition ändert sich gleichermaßen wie die Selbstdefinition der medizinischen Profession rapide. Auch die medizinische Profession unterliegt mehr und mehr kommerziellen Einflüssen (Rodwin 1983). Der Selbstdefinition des Helfers und Heilers lag auch zugrunde, jederzeit zum Helfen und Heilen zur Verfügung zu stehen. Die generelle Tendenz in modernen Gesellschaften nach einem erhöhten Bedarf an Freizeit und geregelten Arbeitszeiten hat auch die medizinische Profession erfasst. Die demographischen Änderungen, auf die wir unten noch zurückkommen werden, spielen hier ebenfalls eine Rolle. Insbesondere junge Ärztinnen, die auch Erziehungsarbeit leisten, streben regelmäßige Arbeitszeiten ohne exzessive Überstunden an. Mit anderen Worten, auch der Beruf des Hausarztes wird zu einem ganz gewöhnlichen Beruf.

Die zweite Entwicklung innerhalb der Profession ist die zunehmende Rationalisierung der beruflichen Arbeit. Im Allgemeinen sind die hausärztlichen Praxen in Ländern mit einem Sozialversicherungssystem – wie in den Niederlanden und in Deutschland – im Vergleich zu denen in nationalen Gesundheitssystemen – wie in Großbritannien – eher klein (Groenewegen/Dixon/Boerma 2002). Die Betriebsgrößen in der hausärztlichen Versorgung der Niederlande werden aber zunehmend größer. Nur eine Minderheit der Hausärzte arbeitet noch in Einzelpraxen, und entsprechend nimmt der Anteil der Gruppenpraxen weiter zu. Oberhalb der Praxisebene entstehen in den Niederlanden Zusammenschlüsse, wie

etwa lokale Hausarztgruppen. Durch die wachsende Gruppengröße wird analog der Entwicklung etwa in Großbritannien ein modernes Management notwendig, um die hausärztliche Versorgung zu steuern (Laing et al. 1997). Entweder es entstehen innerhalb der Hausärzteschaft Hierarchien oder es werden fachfremde Manager eingestellt. Beides führt zu Autonomieverlusten auf Seiten der Hausärzte. Die Rationalisierung professioneller Arbeit äußert sich auch in einer zunehmenden Standardisierung (Brunsson/Jacobsson 2000). Zwar haben Leitlinien und Standards lediglich Empfehlungscharakter, und die medizinische Behandlung ist noch immer durch individuelle Kenntnisse und Fertigkeiten des Arztes geprägt. Dennoch ist die Bedeutung von Standards und Leitlinien für das ärztliche Alltagshandeln gewachsen. Beide Entwicklungen – der Hausarztberuf als zunehmend gewöhnlicher Beruf und die zunehmende Rationalisierung der beruflichen Arbeit – sind als Ursache dafür anzusehen, dass medizinische Leistungen mehr und mehr als eine Ware definiert werden.

Dieser Trend wird zudem noch durch Entwicklungen außerhalb der Profession unterstützt. Die Individualisierung in der Bevölkerung und das wachsende Ausbildungsniveau auf der einen Seite und die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheiten auf der anderen Seite begünstigen eine Entwicklung hin zum mündigen Patienten, der mehr Wahlmöglichkeiten einfordert und sich zunehmend als Konsument definiert. Das System des Gatekeepers entspricht nicht passgenau dem Bedarf der chronisch Erkrankten, die wechselnde Versorgung auf unterschiedlichen Spezialisierungsebenen benötigen. Chronische Erkrankte brauchen vielleicht eher einen *case manager* – eine Rolle die dem Selbstverständnis der Hausärzte nur teilweise entspricht (Moll van Charante et al. 2002).

Das System der obligatorischen Einschreibung bei einem festen Hausarzt und mit beschränktem Zugang zu Fachärzten kann als paternalistisch bezeichnet werden. Auch im Rahmen der allmählichen Konvergenz von sozialen Sicherungssystemen innerhalb der Europäischen Union liegt die Betonung auf Konsumentensouveränität. Der Trend zum mündigen Patienten erhöht auch die Belastung der Hausärzte. Informationsaustausch und Kommunikation werden wichtiger und kosten mehr Zeit (Jung/Wensing/Grol 2001; Van Daalen/Verbeek-Heida 2001).

Auch im niederländischen Gesundheitswesen gibt es – wie generell in modernen Gesellschaften – die Forderung nach mehr Verantwortlichkeit (*Accountability*) (Carter/Klein/Day 1992). Krankenkassen und Staat fordern auch von der ärztlichen Profession, ihre Tätigkeit transparenter zu gestalten. In Krankenhäusern und Gesundheitszentren ist die Einführung von Systemen zur Qualitätssicherung bereits verpflichtend, in der

hausärztlichen Versorgung geschieht dies weitgehend auf freiwilliger Basis. Als unbeabsichtigte Nebenwirkung der Entwicklung von Leitlinien haben nun Patienten, Gesundheitsbehörden und die Krankenkassen die Möglichkeit zur externen Qualitätsprüfung bekommen. Generell sind die Hausärzte und ihre Verbände dazu aufgerufen, das von ihnen erstellte Produkt genau zu definieren.

Im Verhältnis zu den Krankenkassen sind für die Hausärzte in den letzten Jahren die Steuerung durch individuelle Verträge wichtiger geworden. Bis zum Beginn der neunziger Jahre hatten die Kassen ein regionales Monopol. Sie hatten Verträge mit allen zugelassenen Leistungsanbietern und waren verpflichtet, mit jedem neu zugelassenen Leistungsanbieter einen Vertrag abzuschließen. Die Verträge wurden kollektiv zwischen den Spitzenorganisationen ausgehandelt, aber formell individuell abgeschlossen. Als Folge der wettbewerbsorientierten Reformen in den Niederlanden haben die Kassen ihr regionales Monopol verloren. Die Kontrahierungspflicht wurde im ambulanten Bereich abgeschafft. Die Versicherten haben die Wahlfreiheit zwischen untereinander konkurrierenden Krankenkassen. Verträge sind das wichtigste Instrument für die Krankenkassen die Versorgung zu steuern. Zwar wird die Effektivität dieses Instruments durch Kapazitätsmängel in der hausärztlichen Versorgung gemindert. Die Kassen können jedoch die Vertragsinhalte beeinflussen. Beispielsweise erhalten die Hausärzte im Süden der Niederlande für Einsparungen bei Arzneimittelverordnungen zusätzliche Mittel für die Organisation ihrer Abend-, Nacht- und Wochenenddienste. Die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen (College voor Toezicht Zorgverzekeringen) fordert die Kassen mehr und mehr dazu auf, die Einhaltung der Verträge mit den Leistungsanbietern zu überprüfen.

Die Entwicklungen innerhalb und außerhalb des Hausärzterberufs führen damit zu einer zunehmenden Kommodifizierung der professionellen Leistungen der Hausärzte – Patienten werden zu Verbrauchern und Hausärzte zu Produzenten. Dieser Trend kollidiert mit tradierten ideologischen Einstellungen der niederländischen Hausärzte (van der Werf/Zaat 2001).

Spezifische Situation des Hausarztberufs

Neben den oben skizzierten langfristigen gesellschaftlichen Entwicklungen gibt es derzeit auch spezifische Umstände, die zur Krise des niederländischen Hausarztmodells beitragen. Dazu zählen medizinisch-demographische Veränderungen, die Folgen von Ressourcenknappheit in anderen Sektoren des Gesundheitssystems und der wachsende Arbeitsdruck auf die Hausärzte.

Die Anzahl der Älteren wächst auch in der niederländischen Gesellschaft und damit der Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung. Allein der Bedarf an Hausärzten wächst bis zum Jahr 2012 um etwa zehn Prozent, der an Fachärzten um etwa 13 Prozent (Van der Velden et al. 2002). Durch die Beschränkung von Medizinstudienplätzen und Fortbildungsmöglichkeiten liegt die faktische Wachstumsrate darunter. Außerdem steigt der Anteil der Frauen in der medizinischen Profession. Inzwischen sind mehr als die Hälfte die Studienanfänger weiblich. Viele ausgebildete Ärztinnen streben keine Vollzeitstelle an, wodurch das Angebot an Hausärzten weiter eingeschränkt wird (Hingstman/Van der Velden 1998). Der Mangel an Hausärzten äußert sich darin, dass es zunehmend schwieriger wird, Nachfolger für pensionierte Hausärzte zu finden. Außerdem steigt der Anteil überlasteter Praxen, die keine neuen Patienten mehr annehmen.

Der Mangel an Kapazitäten ist ein im niederländischen Gesundheitssystem verbreitetes Problem und nicht nur auf die Hausärzte beschränkt. Auch die Zahl der Fachärzte wächst im Vergleich zum Bedarf zu langsam. Gleiches gilt in der jüngsten Vergangenheit für die Budgets der Krankenhäuser und andere Formen der (langfristigen) Versorgung. Die personelle und finanzielle Knappheit in andere Sektoren des Gesundheitswesens hat zum Beispiel zu lange Wartezeiten für bestimmte Krankenhausbehandlungen und Pflegeheimaufnahmen geführt. Das hat auch Folgen für die Hausärzte. Eigentlich stationär zu versorgende Patienten müssen länger zu Hause bleiben und vom Hausarzt versorgt werden. Gleiches tritt ein, wenn Patienten eher aus das Krankenhaus entlassen werden. Darüber hinaus haben Hausärzte viel Mühe, Krankenhausaufenthalte für ihre Patienten zu erreichen als Folge von Wartelisten und Knappheit von Personal in den Krankenhäusern. Solche Situationen wirken auf die Hausärzte oftmals besonders demotivierend, da sie zeitintensiv sind. Mitunter lösen sie bei den Hausärzten auch ein Gefühl von Ohnmacht aus.

All diese Trends deuten darauf hin, dass die Arbeitsbelastungen der Hausärzte zugenommen haben. In wie weit dies tatsächlich der Fall ist, gilt jedoch als umstritten (Mechanic 2001). Faktisch empfinden die Hausärzte dies jedenfalls so. Der allgemeine gesellschaftliche Trend nach kürzeren Arbeitszeiten in anderen Berufsgruppen macht bei einer gleichbleibend hohen Arbeitszeit den Arztberuf unattraktiver. Ähnliche Effekte sind auch bei den Einkommen feststellbar. Das Normeinkommen der Hausärzte (Kopfpauschale multipliziert mit einer durchschnittlichen Patientenzahl) basierte auf dem Einkommen hoher Beamter, zuzüglich von Komponenten um sowohl die besonderen Anforderungen des freien Berufes als auch die Einsatzfähigkeit außerhalb normaler Arbeitszeiten

zu berücksichtigen (Groenewegen/Van der Zee/Van Haaften 1991). Mit der Privatisierung vieler öffentlichen Einrichtungen haben die Leiter der frisch privatisierten Unternehmen zunächst einmal ihr Einkommen kräftig erhöht, um sich mit Managern in anderen Privatbetrieben vergleichen zu können. Im Vergleich zu dieser Gruppe haben die Hausärzte deutlich geringere Einkommen.

Perspektiven des niederländischen Hausarztmodells

Die bisherige Analyse hat gezeigt, dass der langfristige Trend zur Kommodifizierung der hausärztlichen Leistungen im Zusammenwirken mit der derzeitigen Situation der hausärztlichen Versorgung dazu geführt hat, dass sich die bislang dominanten Sichtweisen innerhalb und außerhalb der Hausärzte nachhaltig ändern. Die daraus resultierenden Veränderungen ziehen konkrete institutionelle Veränderungen nach sich. Während die ersten beiden Entwicklungen dieses Prozesses vergleichsweise weit fortgeschritten sind, lässt sich die dritte Entwicklungstendenz derzeit erst nur sehr schemenhaft erkennen.

Die beiden Spitzenorganisationen der Hausärzte haben ein gemeinsames Papier entwickelt, in dem sie die heutige Lage analysieren und mögliche Lösungen für die Zukunft vorstellen (LHV/NHG 2002). Eine Vision für die Zukunft des Hausarztberufs scheint angesichts der Krise schwierig. Nach Ansicht mancher Kritiker orientiert sich diese Vision weniger an dem, was die Patienten in der Zukunft benötigen, sondern vielmehr an der als misslich empfundenen Situation der Hausärzte selbst (Zaat 2002).

Die Suche nach dem Kern der hausärztliche Versorgung

Der Kern der hausärztlichen Versorgung bestand in den Niederlanden seit Ende der fünfziger Jahre in der kontinuierlichen, integrierten und persönlichen Versorgung von Individuen und Familien (van der Werf/Zaat 2001). Mit dieser Definition als Grundlage hat der Hausärzteverband (Landelijke Huisartsen Vereniging) in den achtziger Jahren ein Basisleistungspaket der Hausärzte definiert. Dieses Basisleistungspaket kann von den Hausärzten selbst definiert werden, weil im System der Kopfpauschale Einzelleistungen nicht festgelegt sind und das Krankenkassengesetz (Ziekenfondswet) das Leistungspaket in der hausärztlichen Versorgung als das definiert, was im Hausärzteberuf üblich ist. Die Konkretisierung dieser Leistungen erfolgt damit durch die Hausärzte selbst. Formal spielt die Definition des Leistungsangebots in der hausärztlichen

Versorgung in den Verhandlungen mit den Krankenkassen keine Rolle. Die Festschreibung des Basisleistungspakets war vielmehr Folge der Forderung nach mehr Verantwortlichkeit der Hausärzte (*Accountability*).

Sowohl die grundsätzliche (Selbst-)Definition als auch das Basisleistungspaket stehen zur Debatte. Das Basisleistungspaket wird als zu umfangreich gesehen; die meisten Hausärzte werden nicht in der Lage sein, alle Aufgaben des Pakets in vollem Umfang anbieten zu können. Das wirft die Frage auf, welche Aufgaben durch andere Leistungsanbieter ausgeführt werden können. So wird diskutiert, dass Hausärzte sich etwa bei der Behandlung psychischer Beschwerden und psychosozialer Probleme auf die Erstdiagnostik beschränken und die Patienten zur Behandlung und Beratung an Fachärzte überweisen (van der Horst/de Vries 2001). Ein weiterer Vorschlag besteht darin, dass Hausärzte nicht mehr alles selbst machen müssen, sondern vor allem standardisierte Behandlungen an ausgebildetes medizinisches Personal – wie etwa Krankenschwestern – delegieren können (Achterberg 2002). Die wachsende Betriebsgröße der Hausarztpraxen ermöglicht zudem eine Spezialisierung auf einzelne Leistungen des Basisleistungspakets. Das hat allerdings Folgen für die Idee des Allgemeinarztes.

Neue Organisationsmodelle

Die erwähnte wachsende Betriebsgröße der hausärztlichen Zusammenschlüsse macht es schon heute in Ansätzen notwendig, Verwaltungs- und Managementaufgaben zu delegieren. Das hat zur Folge, dass die Hausärzte sich zukünftig auf neue Kooperationspartner einstellen müssen (Moll van Charante et al. 2002). Auch die Krankenhäuser suchen nach Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Kooperation. Darüber hinaus bieten sich Pflegeeinrichtungen zur organisatorischen Kooperation an.

Ein weiterer Trend hinsichtlich neuer Organisationsmodelle besteht darin, dass schon heute die Krankenkassen versuchen, die Auswirkungen der Kapazitätsprobleme in der hausärztlichen Versorgung für ihre Versicherten zu minimieren und sich damit im Kassenwettbewerb Vorteile zu verschaffen. So koordinieren die Krankenkassen den Einsatz mobiler Hausärzteams und organisieren wie beim medizinischen Informationstelefon durch Krankenschwestern in Großbritannien (NHS direct) vergleichbare Informationsdienste.

Die Debatte um den Inhalt und die Organisation der zukünftigen hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden ist derzeit noch in vollem Gang. Ob die Position der Hausärzte am Ende gestärkt werden wird, ist im Augenblick eine offene Frage.

Die beschriebene institutionelle Struktur des niederländischen Hausarzt-systems weist deutliche Unterschiede zur deutschen Situation auf. Patienten schreiben sich verbindlich bei einem Hausarzt ein und können nur auf Überweisung einen Facharzt aufsuchen. Leitlinien spielen bei der Behandlungen von Patienten eine große Rolle. Der Hausarzt in den Niederlanden wird mit einer Kopfpauschale vergütet, deren Höhe unabhängig vom tatsächlichen Arbeitsaufwand ist. Dieses System galt in den Niederlanden lange Zeit als akzeptiert – sowohl von Patienten und Krankenkassen als auch von der Ärzteschaft selbst und vom Staat.

In Deutschland können die Patienten selbst bestimmen, wie viele Fachärzte sie aufsuchen. Die Haus- bzw. Allgemeinärzte werden überwiegend nach Einzelleistungsvergütung honoriert, befinden sich aber mit anderen Facharztgruppen im ständigen Wettbewerb um den Anteil an der gedeckelten Gesamtvergütung. Gleichzeitig gewährleistet das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich allenfalls eine durchschnittliche Versorgungsqualität bei weit überdurchschnittlichem Ressourceneinsatz und ist geprägt von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Vor diesem Hintergrund steht die hausärztliche Versorgung in Deutschland auf dem Prüfstand.

Viele der langfristigen gesellschaftlichen sowie der für die hausärztlichen Versorgung spezifischen Trends, die in den Niederlanden den Hausarzt demotivieren und delegitimieren, treffen ohne Zweifel auch für die deutschen Gesellschaft zu. So wird auch in Deutschland der Arztberuf immer mehr zu einer gewöhnlichen Tätigkeit und unterliegt einer zunehmenden Rationalisierung – wenn auch bislang nur in Ansätzen einer Standardisierung. Die hitzige und kontroverse Diskussion um die Leitlinien im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) macht allerdings deutlich, dass sich die Ärzteschaft in Deutschland diesem Trend mittel- bis langfristig nicht entziehen kann. Auch in Deutschland verlangen Patienten in zunehmendem Maße mehr Informationen von ihrem behandelnden Arzt und wollen in den Behandlungsprozess partnerschaftlich einbezogen werden. Zudem ist abzusehen, dass die Krankenkassen das Verhalten der Vertragsärzte in zunehmendem Ausmaß durch Verträge zu steuern versuchen. Die wachsende Arbeitsbelastung ist bei den Allgemeinärzten in Deutschland allerdings weniger durch eine Knappheit in anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung bedingt als vielmehr durch fragwürdige Anreize im ambulanten Vergütungssystem selbst.

Wie in den Niederlanden auch unterminieren diese Trends die traditionelle Position der Haus- bzw. Allgemeinärzte in Deutschland. Ohne Zweifel führt dies ebenso wie in den Niederlanden zu wachsender Unzufriedenheit und Unsicherheit unter den betroffenen Ärzten. Aus der Sicht der Patienten wird das derzeitige System der haus- bzw. allgemeinärztlichen Versorgung in Deutschland weniger kritisch beurteilt.

Ohne Zweifel könnte die Übertragung des niederländischen Hausarztmodells auf die deutsche Situation das Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Dafür sprechen vor allem eine Kontinuität der Versorgung, der vereinfachte Informationsfluss und die potenzielle Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen. Diese Effekte sollten allerdings nicht überschätzt werden. Erstens ist mit einer Übertragung der wesentlichen Elemente »im Paket« auf die GKV nicht zu rechnen, zweitens ändert eine stärkere Position des Hausarztes allein noch nichts an der sektoralen Zersplitterung des deutschen Gesundheitssystems.

Wie beschrieben besteht das niederländische Hausarztmodell aus den eng miteinander verknüpften Elementen Einschreibung, Einschränkung der freien Arztwahl, Kopfpauschale und Leitlinien. Keines dieser Elemente ist derzeit im deutschen System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verankert. Nur in Kombination der Elemente sind nachhaltige Effekte auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erwarten. Es ist zwar anzunehmen, dass eine engagierte Minderheit der deutschen Ärzteschaft ein solches Modell auch für sich als erstrebenswert ansieht. Allerdings ist dem Gesetzgeber nicht zuzutrauen, das komplette Modell gegen den Widerstand der Mehrheit der Ärzteschaft durchzusetzen. Ähnliches gilt für die Akzeptanz bei den Patienten. Während ein Teil der Patienten ein Hausarztmodell akzeptieren würde – vor allem dann, wenn es mit Beitragsrabatten verbunden wäre – wird ein anderer Teil die Beschränkung der freien Arztwahl ablehnen. Damit ist allenfalls für einen Teil der Ärzte und einen Teil der Patienten ein solches Hausarztmodell attraktiv.

Dass die Einführung eines solchen Wahlmodells möglich ist, zeigen die Erfahrungen in Dänemark. Dort haben die Patienten die Wahl zwischen dem Hausarztmodell und eine Versorgungsvariante ohne Gatekeeper. Der Wechsel zwischen beiden Modellen ist jährlich möglich.⁷

Vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag angestrebten Stärkung der hausärztlichen Versorgung erscheint für die GKV in erster Linie eine Stärkung der einzelvertraglichen Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen zielführend. Hausarztmodelle könnten dann eine Art innovativer Versorgungsformen sein, die in einem solchen

Vertragswettbewerb entwickelt werden und aus denen die Versicherten wählen könnten.

Ein konsequent umgesetztes Hausarztssystem à la Niederlande könnte allenfalls die Symptome der sektoralen Zersplitterung kurieren. Sektorspezifische Regulierungen, besondere Zuständigkeiten, Vergütungssystem und Budgets blieben dagegen davon unberührt. Zu begrüßen ist die Absichtserklärung zur gleichzeitigen Stärkung der hausärztlichen und integrierten Versorgung im Koalitionsvertrag.⁸ Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen aber auch, dass es alleine mit einer besseren *Abstimmung* der Sektoren nicht getan ist, notwendig ist vielmehr deren *Integration*.

Korrespondenzadresse:

Dr. Stefan Greß

Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement

Universität Greifswald

Friedrich-Loeffler-Straße 70

D-17487 Greifswald

Tel.: +49 3834 86 2456

Fax: +49 3834 86 2475

E-Mail: gress@uni-greifswald.de

Anmerkungen

- 1 Auf Seite 54 des Koalitionsvertrages ist zu lesen: »Wir stärken die Handlungsmöglichkeiten der Hausärzte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ... Der Hausarzt wird als »Lotse« in dem komplexen System moderner Versorgung, Prävention und Rehabilitation tätig werden.«
- 2 Im Vergleich Deutschland/Niederlande liegen für die Überweisungsfrequenz nur veraltete Zahlen vor. Im Jahr 1989/90 wurden in West-Deutschland 55,4 Personen pro 1000 *Arztkontakten* überwiesen, in den Niederlanden waren es 44,8 Personen (Fleming 1993).
- 3 Das NIVEL untersucht in regelmäßigen Abständen, welche Stadtviertel als förderungswürdig anzusehen sind. Diese Untersuchungen werden vom Hausärzterverband und dem Spitzenverband der Krankenkassen in Auftrag gegeben (Verheij/De Bakker/Reijneveld 2001).
- 4 Die Berechtigungsgrenze für den Eintritt in die private Krankenversicherung ist ähnlich wie die Versicherungspflichtgrenze in Deutschland durch die Höhe des Einkommens bestimmt. Demzufolge war der Großteil der Beschäftigten mit einem zunächst niedrigeren Einkommen erst gesetzlich versichert, bevor mit wachsendem Einkommen der Zugang zur privaten Krankenversicherung möglich wurde.
- 5 Es ist anzumerken, dass dieser Vorsitzende nur wenige Jahre als Hausarzt und danach als Unternehmensberater tätig war.

- 6 Aktuellere Erhebungen zum beruflichen Ansehen von Berufsgruppen in der Bevölkerung sind leider nicht verfügbar.
- 7 Der Großteil der Wohnbevölkerung in Dänemark ist in Hausarztmodellen eingeschrieben.
- 8 Im schon zitierten Koalitionsvertrag ist ebenfalls auf Seite 54 zu lesen: »Wir werden die Systeme der integrierten Versorgung stärken, eine bessere Abstimmung zwischen stationärem, teilstationärem und ambulantem Bereich ermöglichen und das Honorar- bzw. Entgeltsystem entsprechend ausrichten ... Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Anreiz- und Bonussysteme zu etablieren.« Bereits heute ist es gemäß § 65a SGB V den Krankenkassen möglich, ihren Versicherten einen Bonus zu gewähren, wenn diese vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen. Allerdings muss sich die Höhe des Bonus nach den erzielten Einsparungen richten.

Literatur

- Achterberg, D. (2002): Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort. In: *Huisarts & Wetenschap* 45: 15-18.
- Arts, W.; Batenburg, R.; Groenewegen, P.P. (2001): Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen. Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Brunsson, N.; Jacobsson, B. (2000): *A world of standards*. Oxford, Oxford University Press.
- Carter, N.; Klein, R.; Day, P. (1992): *How organisations measure success: the use of performance indicators in government*. London, Routledge.
- Companje, K.P. (1997): Over artsen en verzekeraars: een historische studie naar factoren die de relatie ziekenfondsen - artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed. Twello, Van Tricht.
- Consumentenbond (1992): Uw huisarts tegen het licht en wat u zelf kan doen aan veel voorkomende kwalen. In: *Consumentengids Juli 1992*: 442-45.
- De Bakker, D.; Jabaaij, L.; Abrahamse, H. (2001): Jaarrapport LINH: contactfrequenties, verrichtingen en monitoring griepvaccinaties en cervixscreening in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht, NIVEL.
- Fleming, D. (1993): *The European study of referrals from primary to secondary care*. Amsterdam, Thesis Publishers.
- Groenewegen, P.; Dixon, J.; Boerma, W. (2002): The regulatory environment of general practice: an international perspective. In: R. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (ed.): *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*.
- Groenewegen, P.P.; Delnoij, D.M.J. (1997): *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* Utrecht, ELSEVIER/De Tijdstroom.
- Groenewegen, P.P.; Van der Zee, J.; Van Haaften, R. (1991): *Remunerating general practitioners in Western Europe*. Aldershot, Avebury.
- Hingstman, L.; Van der Velden, L. (1998): *Behoeftering huisartsen 1998-2010*. Utrecht, NIVEL.
- Hingstman, L.; Kenens, R.; Van der Windt, W. (2001): *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001*. Tilburg, OSA.
- Irvine, R. (2002): *Fabricating 'health consumers' in health care politics*. In: S. Henderson, A. Petersen (ed.): *Consuming health: the commodification of health care*. London, Routledge.

- Jung, H.P.; Wensing, M.; Grol, R. (2001): Tussen paternalisme en consumetisme: het dilemma van de huisarts. In: *Huisarts & Wetenschap* 44: 594-600.
- Laing, A. et al. (1997): Administration to innovation: the evolving management challenge in primary care. In: *Journal of Management in Medicine* 11: 71-87.
- LHV/NHG (2002): Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht, NHG.
- Mechanic, D. (2001): How should hamsters run? Some observations about sufficient time in primary care. In: *British Medical Journal* 323: 266-268.
- Moll van Charante, E.P. et al. (2002): Van spelverdeler tot speelbal: de veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts. In: *Huisarts & Wetenschap* 45: 7075.
- Parsons, T. (1951): *The social system*. Ch. 10: Social structure and dynamic processes: the case of modern medical practice. London, Routledge.
- Rodwin, M.A. (1983): *Medicine, money and morals: physicians' conflict of interest*. New York, Oxford University Press.
- Sixma, H. (1991): De huisarts: van ›heer van stand‹ tot ›middenklasser‹? In: *Huisarts & Wetenschap* 34: 111-116.
- Van Bottenburg, M.; De Vries, G.; Mooij, A. (1999): *Zorg tussen staat en markt: de maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad, 1949-1999*. Zutphen, Walburg Pers.
- Van Daalen, R.; Verbeek-Heida, P. (2001): Het bestaansrecht van de huisarts. In: *Huisarts & Wetenschap* 44: 601-604.
- van der Horst, H.; de Vries, H. (2001): Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. In: *Huisarts & Wetenschap* 44: 226-229.
- Van der Velden, L. et al. (2002): *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002-2012/2017/2020*. Utrecht, NIVEL, Prismant.
- van der Werf, G.; Zaat, J. (2001): De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. In: *Huisarts & Wetenschap* 44: 428-435.
- Verheij, R.; De Bakker, D.; Reijneveld, S. A. (2001): GP income in relation to workload in deprived urban areas in the Netherlands before and after the 1996 pay review. In: *European Journal of Public Health* 11: 264-66.
- Vos, B. (2002): Abonnementstarief afschaffen? In: *Medisch Contact* 57: 1419.
- Woessner, M. (2000): *Laudatio aus Anlass der Verleihung des Bertelmann-Preises 2000*.
- Zaat, J. (2002): Visie op de huisarts: een Brownse beweging. In: *Huisarts & Wetenschap* 45: 230-231.