

Hendrik van den Bussche, Sandra Dunkelberg,
Berry Middel und Jitse van Dijk

Mythos und Realität des Hausarztes in den Niederlanden*

1. Einleitung: Idol oder Schreckgespenst?

In der Diskussion um die künftige Gestaltung des Gesundheitssystems hat kaum ein Modell die bundesdeutsche Vertragsärzteschaft so bewegt, wie das des niederländischen Hausarztes. Von den hiesigen Spezialisten wird sein Überweisungsmonopol (gatekeeping-Funktion) als eine Art Staudamm gefürchtet, viele hiesige Allgemeinärzte sehen in ihm einen »Barfußarzt« ohne »eigentliche« ärztliche Kompetenz.

In dieser Wahrnehmung erscheinen die Niederlande – wie andere Staaten, die eine vergleichbare Konzeption der Hausarztmedizin aufweisen – dann als ein Staat Europas, der seinen Bürgern in fahrlässiger Weise die Segnungen der modernen Medizin vorenthält.¹ Auf keinen Fall käme das »Primärarztmodell« für die Bundesrepublik in Frage, seine Einführung käme einem historischen Rückschritt gleich und würde unweigerlich zu einer »Zweiklassenmedizin« führen².

Auf der anderen Seite steigt die Zahl der Autoren aus dem Bereich der Allgemeinmedizin, die dem »Primärarztmodell« eine Schlüsselrolle bei der Lösung der Probleme der ambulanten Versorgung in der BRD zuschreiben³.

Die hier kurz skizzierte Diskussion läuft leider in weiten Teilen auf einem relativ oberflächlichen, oft polemischen Niveau. Detaillierte Informationen über Stellung und Tätigkeit des Hausarztes im niederländischen Gesundheitswesen sowie über Formen und Probleme der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern sind kaum vorhanden. Dieser Aufsatz ist ein Versuch, zu einer Versachlichung der Diskussion beizutragen.

* Unser Dank gilt Prof. Doeke Post, Abteilung für Sozialmedizin, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Northern Centre for Healthcare Research der Universität Groningen für wertvolle Insider-Informationen und Literaturhinweise.

2. Die Stellung des Hausarztes im niederländischen Gesundheitswesen

2.1 Stufen des Gesundheitswesens

In den Niederlanden wird das System der Gesundheitsversorgung in vier »Linien« oder auch Stufen eingeteilt (vgl. Abbildung 1).

Die Grundstufe (»Linie 0«) umfaßt die allgemeine Gesundheitsvorsorge (Impfwesen, Mütterberatung, Schulgesundheits), für die neben öffentlichen auch in großem Umfang private Organisationen zuständig sind. Auch die Selbsthilfe durch den Patienten und andere Laien kann man zur Grundstufe rechnen.

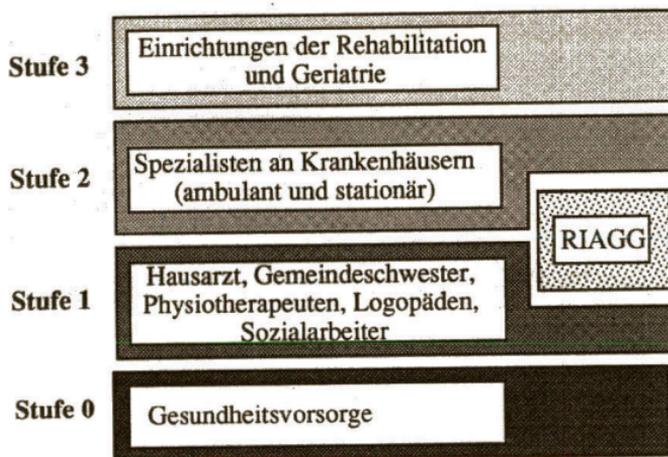
Als »erste Linie« wird diejenige Stufe des Gesundheitswesens bezeichnet, die hierzulande »Primärversorgung« genannt wird. Die Anbieter auf dieser Stufe arbeiten alle ambulant und bieten personenbezogene, kurative Leistungen an. Hierzu gehören eben die Hausärzte, aber auch ambulante Pflegekräfte und Haushaltshilfen, Sozialarbeiter, Hebammen, Apotheker, Physiotherapeuten und Logopäden. Der Hausarzt hat in der ersten Linie eine Koordinationsfunktion. Der Zugang zu den anderen Anbietern in der ersten Linie erfolgt aber nicht nur über ihn: So kann z.B. auch der Spezialist an den Physiotherapeuten überweisen, und ein Patient kann selbst Pflege oder Haushaltshilfe beantragen.

Am Übergang zur »zweiten Linie« nimmt der Hausarzt die berühmte-berühmte gatekeeper-Funktion wahr: Alle Kassen- und fast alle Privatpatienten sind verpflichtet, bei allen Erkrankungen – mit Ausnahme von dringlichen Notfällen – zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, und dieser entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführt oder den Patienten an einen Spezialisten in der zweiten Linie überweist. In eigener Praxis niedergelassene Spezialisten kennen die Niederlande kaum. Die Spezialisten sind als Selbständige an Krankenhäusern tätig, sie haben in der Regel einen Nutzungsvertrag mit dem Krankenhaus. Sie können für die Behandlung des Patienten ein Bett in Anspruch nehmen, behandeln jedoch die Mehrzahl der Patienten ambulant in der angegliederten Poliklinik. Ein Drittel der Inanspruchnahmen der Polikliniken sind Direktinanspruchnahmen ohne Überweisung des Hausarztes, die Tendenz zur Direktinanspruchnahme ist in den Städten steigend.

An der Grenze zwischen Stufe 1 und Stufe 2 ist das RIAGG (»Regionales Institut für Ambulante Psychosoziale Gesundheitsversorgung«) angesiedelt, eine interdisziplinäre Einrichtung, die ein breites Angebot in den Bereichen Psychiatrie, psychosoziale Betreuung

und Altenhilfe vorhält (vgl. Abschnitt 5.2.2). – In der dritten Linie sind nichtkurative Spezialeinrichtungen, z.B. der Rehabilitation und der Geriatrie, angesiedelt.

Abbildung 1: Stufen des niederländischen Gesundheitswesens



2.2 Soziale Sicherung und Versicherte

Für alle Bürger existiert – im Rahmen der »Algemene Wet bijzondere Ziekenkosten (AWBZ)« – eine staatliche Grundsicherung auf steuerlicher Basis, die in erster Linie für die Langzeitversorgung (Krankenhäuser, Heime, ambulante Pflege, RIAGG) aufkommt⁴. Ca. 43 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens werden über diese Schiene abgedeckt.

Ein vergleichbarer Kostenanteil im Gesundheitswesen wird über die Krankenversicherungen finanziert. Die gesetzlichen Krankenkassen, die 60 Prozent der Bevölkerung versichern und 27 Prozent der Kosten tragen, arbeiten in der Regel regional, die privaten Kassen (40 Prozent der Bevölkerung; 12 Prozent der Kosten) in der Regel überregional. Wie in der Bundesrepublik ist ein bestimmtes Gehalt (z.Z. ca. 55 000 NLG) zur Befreiung von der Gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Die privaten Krankenkassen unterscheiden sich im Leistungsspektrum kaum von den gesetzlichen Kassen (vgl. Abschnitt 3.2). Allerdings kann man mit einer privaten Kasse Teilbereichsversicherungen abschließen und so z.B. die hausärztliche Versorgung aus dem Versicherungsschutz herausnehmen.

2.3 Kosten des Gesundheitswesens

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen entsprechen denen in der Bundesrepublik (BRD 1990 8,2 Prozent; NL 1990 8,1 Prozent des Brutto-Inlandprodukts), beide Länder liegen im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Die Verteilung auf die einzelnen Ausgabenkomponenten unterscheidet sich allerdings deutlich, die Kosten für die ambulante ärztliche Versorgung sind anteilmäßig geringer, dafür entfällt ein hoher Ausgabenanteil auf den in den Niederlanden stark ausgebauten Pflegesektor⁵ (vgl. Tabelle 1).

Der starken Kostensteigerung in der spezialärztlichen ambulanten Versorgung, in der die Ärzte nach einer Kombination aus Leistungskomplexhonoraren und Einzelleistungen vergütet werden, wird seit 1990 durch eine Budgetierung dieses Sektors entgegengewirkt. Die seit 1983 eingeführte Budgetierung der stationären Leistungen führte inzwischen zu zunehmend langen Wartelisten für einzelne spezialärztliche Leistungen (im operativen Bereich z.B. bei Herz-, Hüft- und Augenoperationen; im nichtoperativen bei Internisten und Psychiatern).

Tabelle 1: Anteil einzelner Leistungen in Prozent der Ausgaben für Gesundheit (Stand 1990)

Leistungsart	BRD	NL
ambulante Leistungen von Hausärzten und Spezialisten	16,9	10
zahnärztliche Leistungen	11,2	5,3
Arzneimittel	16,3	9,6
Heil- und Hilfsmittel	6,8	5,6
Krankenhaus	34,8	42,9
Pflege	8,5	18,1
Sonstige Leistungen	5,4	8,5
Total	100	100

3. Praxisstruktur und Honorierung des Hausarztes

3.1 Praxisstruktur

Im Januar 1992 betrug das Verhältnis Hausärzte zu Einwohnern 1: 2300, was im Vergleich zur Bevölkerungsentwicklung ein überproportionales Wachstum in den letzten zehn Jahren bedeutet (1982: 1: 2600). Die Zahl der Spezialisten ist ca. doppelt so hoch wie die Zahl der Hausärzte, das Wachstum beider Berufsgruppen verlief in den letzten zehn Jahren parallel⁶. Im Vergleich dazu ist die Zahl der spezialisierten Fachärzte in der Bundesrepublik 1994 fast vier mal

so hoch wie die Summe der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin⁷.

Knapp 60 Prozent der weiblichen und 30 Prozent der männlichen Hausärzte sind jünger als vierzig Jahre. Der Anteil der Frauen an den Hausärzten hat kontinuierlich zugenommen und steigt weiter: Zur Zeit sind vierzehn Prozent der Hausärzte und die Hälfte der Hausärzte in Weiterbildung weiblich.

Hausärzte sind Selbständige, die in eigener Praxis arbeiten. Fünfzig Prozent der Hausärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, die anderen in Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten (ca. 32 Prozent) oder größeren Gemeinschaftspraxen bzw. Gesundheitszentren (je ca. 9 Prozent). Zu einem solchen Gesundheitszentrum gehören mindestens ein Hausarzt, eine Gemeindeschwester und ein Sozialarbeiter. Jüngere Hausärzte lassen sich gerne außerhalb der großen Städte nieder, so daß es in den Großstädten inzwischen einen relativen Hausärztemangel gibt. Der Grund dafür ist, daß der Arbeitsaufwand bei gleichem Gehalt erheblich höher ist, da der Anteil an Problempatienten in der Stadt wesentlich höher ist als auf dem Land.

Ein Hausarzt in den Niederlanden arbeitet – wie in der Bundesrepublik – durchschnittlich 50 Stunden in der Woche (ohne Bereitschaftsdienste), davon entfallen 28 Stunden auf die Sprechstunde und elf Stunden auf Hausbesuche. Der Rest wird für nicht patientengebundene Aktivitäten wie Fortbildung, Besprechungen mit anderen, etc. aufgebracht. Die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung wird rund um die Uhr durch einen kollegial organisierten Notdienst sichergestellt. Norm ist, daß ein Hausarzt innerhalb von fünfzehn Minuten zur Stelle ist.

Die Krankenkassen schließen mit den Hausärzten Einzelverträge ab, eine der Kassenärztlichen Vereinigung vergleichbare Institution gibt es nicht. Die Hausärzte sind zu 95 Prozent in der einflußreichen »Landelijke Huisartsen Vereniging« (LHV) zusammengeschlossen. Zu deren Aufgaben gehört neben Berufspolitik auch die Erarbeitung einer verbindlichen Berufsfeldbeschreibung (vgl. Abschnitt 4.1). Das »Nederlands Huisartsen Genootschap« (NHG) ist als akademische Fachgesellschaft federführend bei der Formulierung von nationalen Behandlungsleitlinien (»Standards« genannt) (vgl. Abschnitte 4.4 und 6.1). Zwei Drittel der Hausärzte sind Mitglied dieser Fachgesellschaft. An allen acht Universitäten des Landes existieren personell gut ausgestattete Abteilungen für Hausarztmedizin⁸, die auch wichtige Aufgaben in der Facharztweiterbildung erfüllen.

3.2 *Honorierung und Einkommen*

Die Honorierung des Hausarztes für die Betreuung der Kassenpatienten erfolgt im wesentlichen über eine Kopfpauschale für die in seiner Liste eingeschriebenen Patienten, ob gesund oder krank. Er erhält (1992) 116 Gulden für die ersten 1600 eingeschriebenen Patienten und 69 Gulden für jeden weiteren Patienten pro Jahr. Die Listengröße einer durchschnittlichen Praxis beträgt 2 300 Patienten. Zusätzlich honoriert werden Gutachten, bestimmte Präventionsleistungen (z.B. Screening für Cervixcarcinom) sowie Leistungen in der Aus- oder Weiterbildung. Die Höhe der Pauschale wird von der Regierung auf der Basis einer Normpraxis festgelegt.

Für die Betreuung seiner Privatpatienten erhält er pro Besuch in der Praxis eine feste Pauschale (1992: 33 Gulden, für einen Hausbesuch etwas mehr). Somit besteht theoretisch für Hausärzte ein erhöhter Anreiz, Privatpatienten häufiger einzubestellen, die Wiederbestellungsrate ist aber faktisch identisch mit der von Kassenpatienten. Da von den eingeschriebenen Privatpatienten ein geringerer Anteil den Hausarzt innerhalb eines Jahres aufsucht, ist ihr Verbrauch an medizinischen Leistungen und somit auch ihr durchschnittlicher Anteil am Jahreseinkommen des Hausarztes niedriger als bei Kassenpatienten. (Einkommen pro Kassenpatient: 116 Gulden, pro Privatpatient: 90 Gulden)

Im internationalen Vergleich standen die Hausärzte 1985 mit einem Einkommen von ca. 70 000 ECU nach Abzug der Kosten aber vor Steuern relativ gut da, das heißt auf dem dritten Platz der »Eurologia«, nach den Hausärzten in Deutschland und Österreich. Durch den Einkommensverlust der deutschen Allgemeinärzte in den letzten Jahren dürfte sich der damals noch bestehende Unterschied aber mittlerweile angenähert wenn nicht gar umgekehrt haben⁹.

4. *Aufgabenbeschreibung und Tätigkeitsspektrum*

4.1 *Funktions- und Aufgabenbeschreibung*

Wie bereits erwähnt, hat der Berufsverband 1987 eine noch heute gültige, verbindliche Beschreibung des Berufsfeldes des Hausarztes herausgegeben. Diese umfaßt auf vierundneunzig Seiten eine detaillierte, systematische Aufstellung seiner Funktionen und Aufgaben. Dieses »Basisaufgabenpaket« beschreibt, worauf die Bevölkerung gewissermaßen ein Anrecht hat, da diese Aufgaben von allen Hausärzten wahrzunehmen sind¹⁰. Es stellt den Versuch dar, die Funktionen des Hausarztes (direkter und permanenter Ansprechpartner für

alle medizinischen Belange der Bevölkerung, »gatekeeper-Funktion«, Koordinationsfunktion, Sicherung einer ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung) in konkrete Aufgaben und Tätigkeiten zu übersetzen. Das Basisaufgabenpaket ist auch die Grundlage für die Entwicklung und Revision der Curricula in der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung¹¹.

4.2 Klientele und Diagnosen

Vergleicht man das Diagnosenspektrum, so fällt zunächst einmal auf, daß die Klassifikationssysteme beider Länder sich deutlich unterscheiden. Doch trotz aller Unterschiede ergeben sich wesentliche Gemeinsamkeiten: Die zwanzig häufigsten Diagnosen und Kontaktpunkte unterscheiden sich in ihrer Gewichtung, es finden sich aber die gleichen Gruppen von Krankheiten bzw. Kontaktpunkten: In den Niederlanden werden Diagnosen aus dem psychosomatischen Formenkreis und auch die Bezeichnung »keine Diagnose« häufiger vergeben. Entsprechend der fehlenden Konkurrenz durch andere niedergelassene Fachärzte werden mehr kinderheilkundliche, gynäkologische und dermatologische Probleme hausärztlicherseits bearbeitet, und so werden die internistischen Diagnosen relativ etwas seltener als in Deutschland vergeben¹².

4.3 Tätigkeiten und Leistungsspektrum¹³

Der niederländische Durchschnittsbürger hat pro Jahr 4,5 Kontakte mit dem Hausarzt. Hinzu kommen im Durchschnitt 1,2 poliklinische Kontakte pro Jahr. Der präzise Vergleich mit der Bundesrepublik ist schwierig, da diese kein hausärztliches Überweisungsmonopol kennt. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte mit niedergelassenen Ärzten liegt in den alten Bundesländern – je nach Studie – bei 12 bis 15 pro Jahr, die sich auf zwei bis drei niedergelassene Haus- und Fachärzte verteilen. Auch der Prozentsatz der Bevölkerung, der innerhalb eines Jahres zum niedergelassenen Arzt geht, liegt mit mehr als 85 Prozent deutlich höher als in den Niederlanden¹⁴. Im Unterschied zur Bundesrepublik gehört die Krankschreibung nicht zu den Aufgaben des behandelnden Arztes, was die unterschiedliche Kontakthäufigkeit miterklären könnte¹⁵. Die unterschiedliche Kontakthäufigkeit wirkt sich natürlich auch auf die Zahl der behandelten Patienten pro Zeiteinheit aus: Die Zahl der Praxiskontakte und Hausbesuche des einzelnen Hausarztes liegt in der Bundesrepublik pro Woche um ein Drittel höher als in den Niederlanden¹⁶.

Die Praxiskontakte finden in den Niederlanden zu achtzig Prozent mit dem Arzt persönlich und zu zwanzig mit der Praxishelferin (z.B. für Wiederholungsrezepte) statt. Auf vier Praxisbesuche kommt ein Hausbesuch. Der Hausarzt sieht ca. dreißig Prozent der eingeschriebenen Patienten im jeweiligen Jahr nicht, ein Viertel der Patienten verursacht ca. drei Viertel der Arbeit.

Bei 60 Prozent der Kontakte findet in den Niederlanden eine diagnostische Verrichtung und im gleichen Umfang eine Behandlung statt. Die häufigsten Behandlungsarten sind das »Gespräch« sowie die »Aufklärung und Beratung« (in 26 bzw. 36 Prozent der Kontakte). In 52 Prozent der Kontakte werden Medikamente verschrieben¹⁷, was im internationalen Vergleich eine relativ geringe Häufigkeit darstellt. Einer Studie über die Versicherten der AOK Dortmund ist z.B. zu entnehmen, daß im Durchschnitt auf einen Praxiskontakt eine Arzneimittelverordnung folgt¹⁸.

Die apparative Ausstattung der Praxen ist wesentlich einfacher als in Deutschland. So haben z.B. nur ca. acht Prozent der Praxen ein eigenes EKG-Gerät. Dies kommt dadurch zustande, daß alle Hausärzte Zugang zu einem sogenannten »Hausarztlabor«, einem meist am Krankenhaus angesiedelten diagnostischen Zentrum haben, das Lungenfunktionsprüfungen, Labor-, Sonographie, Röntgen- und einfache endoskopische Untersuchungen auf Kosten der Krankenkassen durchführt. Die Befunde werden den Hausärzten direkt zur Verfügung gestellt. Von dieser Möglichkeit wird bei fünf Prozent der Patientenkontakte Gebrauch gemacht. Praxisinterne Labordiagnostik ist selten: Blutuntersuchungen (Hämoglobin und Glukose) in 1,5 Prozent, Urinuntersuchung in 4,5 Prozent der Kontakte.

Der niederländische Hausarzt übernimmt auch wesentliche Aufgaben der pharmakotherapeutischen, pädiatrischen, gynäkologischen und geburtshilflichen Grundversorgung: 25 Prozent der Hausärzte führen noch selbständig Entbindungen durch¹⁹ und 11 Prozent, vor allem in ländlichen Gebieten, geben Arzneimittel aus.

Bei sechs Prozent der Kontakte wird zum Spezialisten, bei weiteren drei Prozent zu anderen Dienstleistern in der ersten Linie überwiesen²⁰. Die Überweisungsrate an andere Fachärzte liegt 25 Prozent niedriger als in der Bundesrepublik²¹. Ca. ein Drittel der Patienten eines Hausarztes befinden sich in einer längerfristigen (Mit-) Behandlung bei Spezialisten. (vgl. Abschnitt 5.1).

Zusammenfassend betrachtet kann das Aufgabenspektrum eines niederländischen Hausarztes im Vergleich zu seinem Kollegen in der Bundesrepublik einerseits als breiter angesehen werden, da er

primärärztliche Versorgungsaufgaben für Personengruppen bzw. Erkrankungen wahrnimmt, die in Deutschland durch niedergelassene Spezialisten (mit-) versorgt werden (z.B. Kinderheilkunde, Gynäkologie, Hautkrankheiten). Auf der anderen Seite dominieren im Leistungsspektrum des niederländischen Hausarztes die kommunikativen und die einfachen, nicht apparativen Leistungen (Gespräch und körperliche Untersuchung). Apparative Untersuchungen werden in einer Situation, wo sie dem Hausarzt weder Geld einbringen noch ihn etwas kosten, in deutlich geringerem Umfang verordnet als in der Bundesrepublik. Das Selbstverständnis der Hausarztmedizin in den Niederlanden ist sicherlich eher eine »sprechende« und »betreuende« als eine »technikgestützte« Medizin.

4.4 Qualitätssicherung

In den letzten Jahren wurden vermehrte Anstrengungen in der Qualitätssicherung unternommen. Inzwischen existiert ein ausgearbeitetes Qualitätssicherungsprogramm, wobei die internen Maßnahmen überwiegen²².

Ausgehend von der Arbeit von »peer-groups«, die unseren hausärztlichen Qualitätszirkeln entsprechen, wurden nationale Standards für Hausarztmedizin entwickelt²³. Dies geschah in einem vorbildhaften Rückkopplungsprozeß zwischen den niedergelassenen Ärzten, Spezialisten und universitären Einrichtungen für Hausarztmedizin. Inzwischen sind diese Standards allgemein akzeptiert, fungieren auch als Grundlage in der Weiterbildung und werden laufend aktualisiert. Im Jahr 1993 nahmen ca. dreißig Prozent der niederländischen Hausärzte freiwillig an Qualitätszirkeln teil, die Tendenz ist steigend. In bezug auf das Verschreibungsverhalten gibt es seit 1991 Qualitätszirkel, in denen das pharmakotherapeutische Handeln in einer Gruppe zusammen mit einem Apotheker diskutiert wird. Für die Teilnahme an solchen Zirkeln erhalten die Hausärzte eine Aufwandsentschädigung. Auch in der Weiter- und Fortbildung wird viel Wert auf die Vermittlung von Methoden zur regelmäßigen Selbstkontrolle gelegt.

Zu den externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind an erster Stelle die Kontrollen durch die Krankenkassen zu erwähnen, die dem Hausarzt Daten zwecks Selbstüberprüfung zur Verfügung stellen (Überweisungs- bzw. Verschreibungsverhalten, Anforderung diagnostischer Leistungen etc.). Weicht ein Hausarzt stark vom Durchschnitt ab, so kann die Krankenkasse ihn zu einem Gespräch bitten und auch einzelne Patienten zur Kontrolle einbestellen.

Die Qualitätssicherung wird in den Niederlanden durch eine beeindruckende Intensität an Forschung in und über Hausarztmedizin innerhalb und außerhalb der Universitäten unterstützt²⁴. Abgesehen von den bereits erwähnten universitären Einrichtungen für Hausarztmedizin, verfügte z.B. das Niederländische Institut für die Erforschung der Ersten Linie (NIVEL, Utrecht) 1991 über ca. 50 vollbeschäftigte Wissenschaftler.

5. *Verhältnis zu anderen Leistungsanbietern*

5.1 *Ärztliche Spezialisten in der 2. Linie*

In Prinzip begünstigt das niederländische Honorierungssystem Überweisungen: Hausärzte, die schnell überweisen, verdienen nicht weniger als solche, die eine arbeitsintensivere Strategie wählen, indem sie mehr selbst machen. Die Spezialisten, die nach Einzelleistungen vergütet werden, haben ein finanzielles Interesse daran, möglichst viele Patienten möglichst lange zu behandeln. Daraus ergibt sich eine doppelte Stimulierung in Richtung spezialistischer Versorgung, die nur durch das professionelle Selbstverständnis der Hausärzte, das dahin geht, die Patienten möglichst selbst zu behandeln, gedämpft wird.

Wenn Patienten sich in spezialärztliche Behandlung begeben, kommt es auch in den Niederlanden häufig zu Doppeluntersuchungen, selbst wenn der Spezialist am gleichen Krankenhaus tätig ist wie das Hausarztlabor, das die Untersuchungen für den Hausarzt durchführt. Der Grund hierfür ist die strikte Trennung beider Bereiche innerhalb des Krankenhauses.

Über das Thema Überweisungen streiten sich die Hausärzte und die Spezialisten seit Jahrzehnten. Die Spezialisten werfen den Hausärzten vor, die Patienten zu spät zu überweisen. Die Hausärzte ihrerseits beklagen, daß Patienten nicht, zu spät oder mit zu wenig Informationen versehen zurücküberwiesen werden. Sie werfen den Spezialisten vor, Überweisungen zu »provokieren«, indem sie Patienten dazu anstiften, den Hausarzt unter Druck zu setzen und Überweisungen zu verlangen. Die hausärztlichen Funktionen bezüglich Koordination und Kontinuität würden nach Meinung der Hausärzte auf diese Weise ausgehöhlt. Mindestens verbal verlangen die Hausärzte den Ausbau ihrer Funktion als Zuständige für die Kontinuität der Versorgung und für die Vermeidung einer »Leistungs-explosion« in der zweiten Linie. Im allgemeinen verlangen die Hausärzte mehr Zuständigkeiten als die Spezialisten ihnen zubilligen

wollen. Die Einen haben – wie in der Bundesrepublik – vielfach ein falsches Bild von der Tätigkeit der Anderen, wechselseitige Vorurteile im Bezug auf die professionelle Qualität bestimmen das Verhältnis.

Auch die Einführung eines neuen Überweisungssystems im Jahr 1991²⁵ mit dem Ziel, kurze Überweisungen für konsultative Zwecke zu ermöglichen, hat offenbar – von der Tatsache einmal abgesehen, daß zwischen den Arzthelferinnen der beiden Arztgruppen ein ausgedehnter administrativer Überweisungskartenverkehr in Gang gekommen ist – bis heute keine Änderung der Überweisungsrate gebracht. Eine neue Reform wird dementsprechend vorbereitet²⁶.

Die patientenbezogene Kommunikation zwischen beiden Berufsgruppen ist im wesentlichen auf Arztbriefe anlässlich Überweisung und Rücküberweisung bzw. auf Diskussionen über den Platz auf der Warteliste des Spezialisten beschränkt. In Bezug auf die Qualität der Arztbriefe bestehen viele Klagen, genauso in bezug auf die telefonische Erreichbarkeit des Spezialisten²⁷.

Bei der Aufnahme bzw. Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus scheint nur in fünf Prozent der Fälle eine gemeinsame Beratung zwischen Hausarzt und Spezialist stattzufinden. Die Kommunikation findet eher auf der nichtärztlichen Ebene statt: Braucht ein Patient z.B. Nachsorge, so werden solche Maßnahmen vom Pflegepersonal (Krankenhauspflegepersonal einerseits und ambulante Dienste andererseits) besprochen. Etwas besser scheint die direkte Kommunikation zwischen Patient und Hausarzt nach der Einweisung zu funktionieren. Der Hausarzt nimmt immerhin mit einem Drittel der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes Kontakt auf und führt in der Entlassungsphase sogar mit der Hälfte der Patienten bzw. dessen Angehörigen Gespräche.

Insgesamt betrachtet muß festgestellt werden, daß die Kooperations- und Kommunikationsproblematik zwischen Hausärzten und Spezialisten in den Niederlanden genauso wenig gelöst zu sein scheint wie in der Bundesrepublik.

5.2 *Die Kooperation mit anderen Berufen*

5.2.1 *Pflege und andere Anbieter in der ersten Linie*

Wie schon erwähnt, hat der Hausarzt innerhalb der ersten Linie neben einer beschränkten gatekeeper-Funktion vor allem eine Koordinationsaufgabe. Er erfüllt aber auch hier eine wichtige »Zulieferaufgabe«: So münden 2,3 Prozent der hausärztlichen Kontakte in eine Überweisung zum Physiotherapeuten. Auch überweist der

Hausarzt in größerem Umfang an Sozialarbeiter: 37 Prozent von deren Klienten werden durch Hausärzte zugewiesen.

Auf dem Sektor der häuslichen Pflege und Haushaltshilfe ist der Hausarzt nicht die häufigste Entscheidungsinstanz, nur ein Fünftel der Patienten erhält auf Initiative des Hausarztes häusliche Pflege. Die Kooperation zwischen Hausarzt und ambulanter Pflege wird von beiden Seiten oft als nicht zufriedenstellend bezeichnet. Die Pflegeanbieter sind häufig auf Stadteilbasis organisiert, während die Hausärzte überall in der Stadt Patienten betreuen. Die Folge ist, daß der einzelne städtische Hausarzt es mit einer Vielzahl von Pflegeteams zu tun hat. Jüngst wurde auch der Pflegesektor für den Wettbewerb geöffnet, so daß viele kleinere private Anbieter neu auf den Markt kommen.

Aufgrund der – z.B. durch Aufbaustudiengänge – gestiegenen Qualifizierungsmöglichkeiten für Krankenschwestern verhalten sich die ambulanten Pflegekräfte sich gegenüber den Hausärzten deutlich selbstbewußter. Auch das Verhältnis zu den Hebammen ist nicht immer reibungslos. Konkurrenz bekamen die Hausärzte daneben auch durch Kollegen: In den Pflegeheimen sind häufig Ärzte für Pflegeheime («Verpleeghuisarts») mit einer anderen Weiterbildung tätig.

Die Organisationsform der Gesundheitszentren, die von einzelnen Kommunen getragen werden und in denen alle Mitarbeiter angestellt sind, schien eine Möglichkeit, die traditionell eher schlechte Kooperationen zwischen den Anbietern der ersten Linie zu verbessern. Nach zunächst ansteigender Beteiligungen von Ärzten an diesen Gesundheitszentren stagniert die Entwicklung, die Hoffnungen scheinen verflogen. Dafür sind die kleineren Praxisgrößen – insbesondere die Zweierpraxis – wieder in Mode gekommen. Auch in den Niederlanden bleiben – zusammenfassend betrachtet – die Kooperationsprobleme zwischen den Berufen, mitbedingt durch Statusunterschiede und Anbietervielfalt, an der Tagesordnung.

5.2.2 *Das RIAGG*

Diese interdisziplinären Zentren der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung, in denen ein breites Spektrum an Berufsgruppen eine Vielzahl von psychischen und sozialen Problemen bearbeitet, sind relativ jung aber inzwischen weit verbreitet. 57 Prozent der Patienten, die dort betreut werden, wurden von Ihrem Hausarzt dorthin überwiesen²⁸. Für die Hausärzte bedeutet das Angebot des RIAGG eine Entlastung, aber auch eine weitere Beschneidung des traditionellen Tätigkeitspektrums.

6 *Zukünftige Entwicklungen*

6.1 *Im Gesundheitswesen insgesamt*

Die begrenzten Ressourcen führen zu Rationalisierungs- und Rationierungsmaßnahmen²⁹. Auch für die Niederlande gilt in Medizin und Pflege die Devise des Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Dienste bzw. der Verbesserung der Kooperation zwischen beiden Linien. Auf der instrumentellen Ebene werden die Steuerungsmöglichkeiten vor allem in Veränderungen der Honorierungssysteme, einer Stärkung der Position der Krankenkassen beim Einkauf von Leistungen, der Einführung von begrenzten Marktmechanismen sowie in einer Verbesserung des Instrumentars zur Qualitätssicherung gesehen.

Nach der Einführung von Budgets für die Versorgung der Patienten durch Spezialisten gibt es jetzt erhebliche Bestrebungen, die auch in den Niederlanden wesentlich höheren Einkünfte dieser Arztgruppe langfristig zu senken. Es wird auch vermehrt dafür plädiert, daß der Status des Spezialisten als Selbständiger im Krankenhaus künftig wegfallen soll, und Spezialisten von den Krankenhausträgern angestellt werden. Dagegen allerdings haben sich die Spezialisten bislang energisch und erfolgreich zur Wehr gesetzt.

Auf der Krankenkassenebene sind einerseits ein zunehmender Wettbewerb und andererseits Fusionsprozesse zu beobachten, so daß in Zukunft eine geringere Zahl von ausschließlich regional wirkenden Krankenkassen gegeben sein dürfte. Dies hätte für den Hausarzt in erster Linie zur Folge, daß er es mit mehr Krankenkassen zu tun hat, was zu einer Zunahme administrativer Arbeiten führen dürfte. Es gibt jedoch auch Überlegungen, HMO-ähnliche Strukturen³⁰ einzurichten, was eine direkte Anbindung des Hausarztes an Krankenkassen zur Folge hätte. Die Tendenzen zur Überregionalisierung der Krankenkassen führen auf ärztlicher Seite zu Bestrebungen des LHV, sich als nationale ärztliche Anbieterorganisation – vergleichbar einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung – zu etablieren.

6.2 *Tendenzen in der Hausarztmedizin*

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Hausarztmedizin in den Niederlanden in der Vergangenheit durch eine Reihe von Funktionsverlusten gekennzeichnet war. Bestimmte Leistungsarten gingen bzw. gehen allmählich – vornehmlich im städtischen Bereich – mehrheitlich oder ganz an andere Anbieter der ersten oder Spezialisten der

zweiten Linie über. Hierzu gehören in erster Linie die Notfallversorgung, die Geburtshilfe, der Jugendgesundheitschutz, vom RIAGG übernommene Anteile der psychosozialen Versorgung, die Versorgung in Pflegeheimen durch besonders weitergebildete Ärzte (»Verpleeghuisarts«) sowie die Dispensärtätigkeit für Medikamente. Diese Funktionsverluste bedeuten natürlich auch eine kontinuierliche, schleichende Bedrohung für die gatekeeping-Funktion als solche.

Die Erweiterung des Spektrums an Diensten und Berufen in der ersten Linie sowie die offenbar nicht konfliktfreie Zusammenarbeit der Hausärzte mit diesen führt jüngst zu einer Art »Rückbesinnung« der Hausärzte auf das »eigentlich medizinische« in der hausärztlichen Tätigkeit. Unterstützt wird diese Entwicklung durch Versuche, die beschriebenen Funktionsverluste in Teilen rückgängig zu machen bzw. durch Bestrebungen, Leistungen aus der zweiten Linie in die Hausarztmedizin zu überführen und diese gesondert zu honorieren (z.B. Audiometrie, Notfallversorgung, kleine Chirurgie³¹). Vergleichbares gilt für die Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten in den beschriebenen Diagnostikzentren (z.B. um Endoskopien).

Um eine belastungsgerechtere Honorierung der Hausärzte zu erreichen wird heute eine Differenzierung der Pauschalen nach folgenden Gesichtspunkten diskutiert:

- Berücksichtigung der Altersstruktur der Klientele: Für drei Altersklassen (<65 J., 65-75 J. und >75 J.) sollen Pauschalen von 80, 158 und 262 Gulden eingeführt werden (d. h. ein Verhältnis von 1: 2 : 3,3).
- Die Tätigkeit in städtischen sozialen Brennpunkten soll stärker honoriert werden.
- Schließlich sollen für Ergänzungen des Tätigkeitsspektrums (vgl. oben) sowie für adäquates Überweisungs- bzw. Verschreibungsverhalten Zuschläge eingeführt werden.

In Zukunft dürften Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Hausarztmedizin eine noch stärkere Rolle spielen als das bisher schon der Fall ist. Hierüber besteht ein grundlegender Konsens zwischen Regierung, Krankenkassen und ärztlichen Verbänden. Die LHV unterstützt seit 1989 lokale Hausarzt-Gruppen von ca. zehn Personen, die untereinander Kooperationsvereinbarungen bezüglich Vertretung, Fortbildung, Praxisführung und gegenseitiger Qualitätskontrolle abschließen. Ferner ist mit einer Erweiterung der unter der Ägide des NHG erarbeiteten, national gültigen Behandlungsleitlinien

zu rechnen. Schließlich dürfte die Lizenz zur Berufsausübung von der Teilnahme an gegenseitiger Qualitätskontrollverfahren und ggf. zielgerichteten Fortbildungsmaßnahmen abhängig werden.

6.3 Verbesserung der Kooperation zwischen 1. und 2. Linie

Um die Kooperation zwischen Krankenhäusern bzw. Spezialisten und der 1. Linie zu verbessern, gibt es verschiedenste Ansätze. So gehen zum Teil Impulse vom Krankenhaus nach außen aus, zum Teil werden die anderen Berufe auch vermehrt in die Krankenhausarbeit eingebunden. Allen Ansätzen gemein ist das Ziel einer »Versorgung als Kontinuum« und »nach Maß«, d.h. eine individuelle bedarfsgerechte Versorgung mit möglichst wenig Bruchstellen und Zuständigkeitswechslern. Gesucht wird nach flexiblen, institutionsübergreifenden und interprofessionellen Kooperationszusammenhängen. Zum Brückenschlag zwischen der Versorgung in der ersten und in der zweiten Linie werden Modelle der »transmuralen Versorgung« propagiert und erprobt. Unter dem Begriff der transmuralen Versorgung lassen sich kooperative Formen der Krankenhausversorgung außerhalb des Krankenhauses sowie der komplexen häuslichen Versorgung³² zusammenfassen, wie z.B.:

- Entwicklung von Beratungssystemen aus dem Krankenhaus heraus für die erste Linie. Hierunter fallen:
- Fortbildungen für ambulant tätiges Pflegepersonal z.B. im Bereich technologisch aufwendiger Pflege.
- Beratungssprechstunden der Spezialisten für Hausärzte.
- Spezialistenkonzile in bezug auf hausarztveranlaßte Untersuchungen im Diagnostikzentrum des Krankenhauses.

Direkte Leistungserbringung durch Pflegepersonal bzw. Spezialisten außerhalb des Krankenhauses. Hierunter fallen:

- Krankenhausgestützte Haus- oder Heimpflege: Pflegepersonal des Krankenhauses betreut Patienten, die eine technologisch aufwendige Pflege bedürfen, außerhalb des Krankenhauses.
- Einführung von Konsultspezialisten, der vom Hausarzt in der Praxis bzw. in der Wohnung des Patienten angefordert werden können.
- Einführung hausärztlicher Belegarztmodelle im Krankenhaus.

Auf der inhaltlichen Ebene soll die Kommunikation zwischen Hausärzten und Spezialisten mittels gemeinsamer Qualitätszirkel gefördert werden. Zusätzlich werden Absprachen getroffen, um spezielle Problembereiche zu entschärfen. So versucht man, die in den Großstädten aufgetretene Verschiebung der Unfallversorgung – weg vom Hausarzt und hin zur Poliklinik – zurückzudrehen. Diese

speziellen Vereinbarungen zeigten zwar wohl Erfolg, gingen aber nicht mit der Zufriedenheit der Patienten einher und zeigten Probleme hinsichtlich der Erreichbarkeit und Qualifikation der Hausärzte auf. Es gibt jetzt Experimente, Hausärzte in der Weiterbildung ebenfalls einige Zeit auf den Unfallstationen der Polikliniken tätig werden zu lassen.

Schlußfolgerungen

Die Niederlande verfügen insoweit über ein zufriedenstellendes System der Primärversorgung als nirgendwo – weder in der Profession, der öffentlichen Meinung noch in der Politik – Stimmen hörbar sind, die eine grundlegende Reform dieses Systems fordern. Es herrscht im Gegenteil ein mehr als breiter Konsens darüber, daß die Bedeutung des Hausarztkonzepts im Zuge der Reform des Gesundheitswesens gesteigert und einzelne Systemschwächen abgebaut werden sollen³³. Politisch gesehen ist das Hausarztmodell in den Niederlanden eine unumstrittene, zukunftsfruchtbare Konzeption.

Die Hausärzte selber sind Selbständige mit einem pauschalen-gesteuerten, quasi-garantierten Einkommen, das es ermöglicht, die ärztliche Arbeit ohne Zeitdruck ausschließlich an den Versorgungserfordernissen der Patienten auszurichten. Bei einem um ca. einem Drittel geringeren Konsultationsvolumen und einem wesentlich geringeren Aufwand für Abrechnungen und sonstige bürokratische Erfordernisse, darf – bei einem vergleichbaren Einkommen – ein Mehr an Raum für patientenunabhängige Aktivitäten (Weiter- und Fortbildung, Qualitätssicherung etc.) und ein Mehr an Lebensqualität für die Hausärzte angenommen werden.

Das niederländische Hausarztmodell sieht die vorrangige Aufgabe des Hausarztes in der Abklärung von Art und Schweregrad der Beschwerden des Patienten mit vergleichsweise einfachen technischen Mitteln sowie in der sprechenden Begleitung des Patienten über die Zeit, d.h. in der Koordination und Kontinuität der Versorgung. Für eine effektive und effiziente Wahrnehmung dieser Aufgabenbestimmung sprechen sowohl die Morbiditäts- als auch die Kostenstatistiken für die ambulante Versorgung, in denen die Niederlande günstiger abschneiden als die Bundesrepublik³⁴. Die primärärztliche Zuständigkeit für eine bestimmte Population, das Überweisungsmonopol und die betreuend-beratende Konzeption von Medizin gehen hier eine befruchtende Verbindung ein, die zwar mit den im Gesundheitsstrukturgesetz beschriebenen Aufgaben des

künftigen bundesdeutschen Hausarztes gut übereinstimmt, mit dem beruflichen Selbstverständnis und dem Leistungsspektrum der hiesigen Hausärzte jedoch nur bedingt kompatibel ist.

Festzustellen ist aber auch, daß das niederländische Konzept der Hausarztmedizin zwar als solches funktioniert, die Einbindung in und die Verzahnung mit anderen Linien und Dienstleistern im Gesundheitswesen nur als unbefriedigend bezeichnet werden kann. Dies aber ist nicht als Manko der Hausarztmedizin zu begreifen und ihr gewissermaßen zuschreiben, sondern ein Problem des niederländischen Sozial- und Gesundheitswesens als Ganzes, das bei aller »community«-Orientierung *auch* durch institutionelle Zersplitterung und interprofessionelle Konkurrenz gekennzeichnet ist. Das gatekeeping wird – bei 36 Prozent dauerüberwiesenen Patienten – noch nicht als befriedigend angesehen und auch das Überweisungen fördernde Honorierungssystem bleibt – nicht im Grundsatz, dennoch im Detail – in der Kritik. Diese Probleme werden aber als solche anerkannt, und die »Philosophie« der Reform ist es ja, eine »Versorgung als Kontinuum und nach Maß« unter Überwindung der gegebenen institutionellen und professionellen Barrieren zu realisieren. Inwieweit und zu welchen Kosten dies gelingt, kann heute allerdings noch nicht beantwortet werden.

Aus deutscher Sicht besticht die niederländische Freudigkeit am Experiment jedenfalls genauso wie die Sorgfalt der Planung und Evaluation der Versuche. Hervorzuheben sind ferner die Bereitschaft zur rationalen Diskussion auf der Grundlage von reichhaltigen Forschungsergebnissen über die Funktionsweise und die Defizite des niederländischen Gesundheitswesens. Wären wir hier genauso weit, dürften primärärztliche Konzeptionen in der deutschen Diskussion weniger mit Ängsten und billigen Hämen überzogen werden können.

Es ist also nicht der Fall, daß eine Einführung des Primärarztsystems alle Probleme einer ambulanten Versorgung lösen könnte. Doch muß bei genauerer Betrachtung festgestellt werden, daß es für die Umsetzung der im Gesundheitsstrukturgesetz formulierten Aufgaben einer künftigen deutschen Hausarztmedizin gute Rahmenbedingungen schaffen könnte.

Korrespondenzadresse: Rik van den Bussche, Universität Hamburg
Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf
Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung
Martinstr. 52, 20246 Hamburg

Anmerkungen

- 1 Vgl. u.a. Kleeberg, U. R.: Primärmedizin in Deutschland? In: Hamburger Ärzteblatt 48 (1994), S.209-211.
- 2 So plädiert der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburgs in einem »Eckwertepapier« vom 9.2.1995 für die »Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch Ablehnung des Primärarztmodells«.
- 3 Exemplarisch Abholz, H.-H.: Der Allgemeinarzt im Jahre 2000 – Schreckens- und Wunschvorstellungen. In: Der Praktische Arzt 31 (1994), S.12-18 und S.44- 55.
- 4 Für eine ausführlichere Beschreibung des niederländischen Sozial- und Gesundheitswesens vgl. Schneider, M. et al.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg 1993, 323-343 sowie OECD (Ed.): The Reform of Health Care. Paris 1992, S.87-102.
- 5 Nach Schneider (Anm. 4).
- 6 Vgl.: Gedeelde zorg: betere zorg – Rapport van de commissie modernisering curatieve zorg. o. O., 1994, S.18 und 29.
- 7 Vgl. Deutsches Ärzteblatt 92 (1995), Supplement zu Heft 20, S.18.
- 8 Die Zahl schwankt zwischen 10 und 30 Mitarbeitern, viele davon mit einer Halbtagsstelle in der Universität und einer Halbtagsstätigkeit in der Praxis.
- 9 Nach mündlichen Informationen verdient ein Hausarzt in den Niederlanden zur Zeit durchschnittlich 150 000 Gulden vor Steuern nach Abzug der Praxiskosten im Jahr. Im Jahr 1991 betrug diese Summe in Deutschland 154 000 DM (Medical Tribune, 38/1993). Der Einkommenseinbruch von 1993/94 ist dabei noch nicht berücksichtigt.
- 10 Landelijke Huisartsen Vereniging: Basistakenpakket van de huisarts. Selbstverlag, Utrecht 1987.
- 11 Vgl.: van den Bussche, H., Dunkelberg, S.: Die Weiterbildung zum Hausarzt in den Niederlanden. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 71 (1995), 974-984.
- 12 Vgl. für Deutschland: Schach, E., u.a.: Die EVaS-Studie. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1989. Vgl. auch Moehr, J.R., Haehn, K.D. (Hg.): Verdienststudie. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1977. Für die Niederlande: van der Velden, J. et al.: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1991.
- 13 Details in Groenewegen, P. P. et al.: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1992.
- 14 Vgl. Köster, I.: Die Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme. In: von Ferber, L. (Hg.): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Leipzig und Köln 1994, S.383-398, sowie die dort angegebene Literatur. Vgl. auch: Fleming, D. M.: The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. In: Fracchia, G. N., Theofilatou, M. (Eds.): Health Services Research. Amsterdam 1993, 127-144.
- 15 Ist der Patient arbeitsunfähig, so meldet er dies seinem Arbeitgeber, der die Meldung wiederum an eine paritätisch besetzte berufenossenschaftliche Institution weiterleitet (»Bedrijfsvereniging«), deren Arbeitsmediziner den Kranken zu Hause aufsuchen.
- 16 Vgl. Fleming (Anm. 14), S.127-144. Vgl. auch Fry, J. und Horder, J. Primary Health Care in an International Context. London 1994, S.62 und 80.
- 17 Vgl. Stokx, L. J. et al.: Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1992.
- 18 Vgl. Köster (Anm. 14), S.383-398. OECD (Anm. 4), S.134. Vgl. auch die Anteile für Arzneimittel in Tabelle 1.
- 19 Die ambulante Geburtshilfe (ein Drittel aller Geburten waren 1991 Hausgeburten) liegt zwar vorwiegend in der Zuständigkeit von Hebammen, ein Drittel der Hausgeburten wurde jedoch von Hausärzten begleitet. Diese Tätigkeit ist auf die Gruppe der Privatpatienten beschränkt und wird nur wahrgenommen, wenn eine Hebamme nicht vorhanden ist.
- 20 Vgl. Groenewegen (Anm. 13). Zwar hat der durchschnittliche Anteil der Überweisungen in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen, es gibt aber große Unterschiede bei den Hausärzten in bezug auf die Überweisungshäufigkeit (vgl. Gloericht, A. B. M. und van der Zee, J.: Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijn. NIVEL, Utrecht 1992).
- 21 Eigene Berechnungen auf der Basis von Fleming (Anm. 14), S.127-144.
- 22 Vgl. Grol, R.: Qualitätssicherung und Qualifizierung in der Hausarztmedizin der Niederlande. In: Hamburger Ärzteblatt 48 (1994), S.205-209. Zur Qualitätssicherungsmethodologie allgemein: Grol, R., Lawrence, M.: Quality Improvement by Peer Review. Oxford 1995.

- 23 Vgl.: Nederlands Huisartsen Genootschap: NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht 1993.
- 24 Vgl. die Übersicht in Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (Ed.): General Practice Research in Dutch Academia. Amsterdam 1994.
- 25 Zur Administration des Überweisungsgeschehens vgl. Stox, L. J. et al.: Verwijscijfers belicht. NIVEL, Utrecht 1992.
- 26 Vgl.: Gedeelde zorg (Anm. 6), S.28-31.
- 27 Vgl. Engelsman, C., Geertsma, A.: De kwaliteit van verwijzingen. Dissertation. Universität Groningen 1994.
- 28 Zitiert nach: Gedeelde zorg (Anm. 6), S.24.
- 29 Vgl. Government Committee on Choices in Health Care (Ed.): Choices in Health Care. Rijswijk 1992 und OECD (Anm. 4), S.87-102.
- 30 Zum Prinzip des HMO vgl. Schmidt, J.: Health Maintenance Organisation als Entwicklungsmodell für eine moderne Medizin? In: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 20. Argument Verlag 1993, S.94-104; Luft, H. S.: Health Maintenance Organizations: Is the United States Experience Applicable Elsewhere? In: OECD (Ed.): Health – Quality and Choice. Paris 1994, S.45-62.
- 31 Vgl. Zitiert nach: Gedeelde zorg (Anm. 6), S.44-45.
- 32 Vgl. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg: Toekomstscenario's gezondheidszorg voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten/Zaventem 1992; van Linschoten, C. P. et al.: Thuiszorg: onbegrensdde mogelijkheden of mogelijke begrenzingen? Groningen 1991.
- 33 Vgl insbesondere der jüngste Bericht einer Regierungskommission: Gedeelde zorg (Anm. 6).
- 34 Vgl. Starfield, B.: Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. New York 1992.

C LIO

EINE FEMINISTISCHE ZEITSCHRIFT ZUR
GESUNDHEITLICHEN SELBSTHILFE

Informationen zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Sexualitäten, gynäkologischen Erkrankungen, Möglichkeiten der Selbsthilfe, feministische Analysen, aktuelle Berichte, Buchbesprechungen...

Clio erscheint halbjährlich und kostet im Abonnement (4 Ausgaben) 34.- DM, Frei-Abo bei Jahresspende ab 150.- DM, Bestellungen gegen Vorauszahlung

F Feministisches
F Frauen
G Gesundheits
Z Zentrum e.V.

Bamberger Str. 51, 10777 Berlin-Schöneberg
Tel.(030) 213 95 97 Fax (030) 214 19 27
Postbank Berlin Kontonr. 78338-104 BLZ 10010010