

Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch ein Primärarztsystem

1. Einleitung

Anknüpfend an die Entwicklungen und Errungenschaften der klassischen Naturwissenschaften etablierte sich die moderne Medizin in der konsequenten Anwendung der physikalischen Sichtweise der Welt auch auf den Menschen. Der Körper wurde als Maschine begriffen, zunächst in der Physiologie und Pathologie, später auch auf zellulärer und schließlich auf molekularer und genetischer Ebene. Begleitet wurde dieser Prozeß durch immer differenziertere Systematisierungen von Krankheiten, die die beschriebenen pathologischen Phänomene ordneten. Krankheiten wurden damit als unabhängig von dem einzelnen, individuellen kranken Menschen als eigenständige Entitäten begreifbar und handlungsweisend. Der Patient wurde folglich zum passiven Träger objektiver Zeichen (vgl. Murrhardter Kreis 1995). Die Suche nach diesen objektiven Zeichen, die sich als Organstörungen lokalisieren lassen und durch die Sektion verifiziert werden, stellte aber die subjektive Wahrnehmung und individuelle Erfahrung des Arztes in Frage, das eine Abqualifizierung als sogenannte vorwissenschaftliche Medizin erfuhr. Parallel zur Ausdifferenzierung der Naturwissenschaften kam es während der letzten Jahrzehnte in der Medizin zur Spezialisierung und der Herausbildung weiterer Subdisziplinen. Waren es 1958 noch 16 Spezialgebiete, so gibt es 1998 bereits 42 (ohne die zahlreichen Subspezialgebiete).¹ Dieser Ausdifferenzierungsprozeß führte dazu, daß eine Gesamtübersicht über das medizinische Wissen und seine Anwendung lediglich als Addition von Spezialwissen erzeugt wird und die Anleitung zum ärztlichen Handeln mehr und mehr in den Hintergrund tritt (vgl. Stellungnahme des Wissenschaftsrates zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen). Eine Integration und Vernetzung dieser zahlreichen Spezialgebiete erscheint notwendiger denn je. Dies zu bewerkstelligen, ist durch die Stärkung eines Generalisten in der gesundheitlichen Versorgung möglich.

Neben dieser enormen strukturellen Ausdifferenzierung der Medizin werfen allerdings auch noch andere Aspekte die Frage nach einem Generalisten auf. Bevölkerungsmedizinisch gesehen hat sich das Krank-

heitsspektrum verändert. Waren es zu Beginn dieses Jahrhunderts noch vornehmlich die akuten Krankheiten, so sind es heute chronische Herz- und Kreislauf-, Stoffwechsel-, Krebs-, muskuloskelettale und psychische Erkrankungen, die das Krankheitsspektrum bestimmen. Die wachsende Bedeutung dieser chronischen Krankheiten – mitbedingt durch die demographische Alterung der Gesellschaft – erfordert zum einen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und umfassenden Versorgung im Krankheitsfall, die neben medizinisch-somatischen Aspekten auch psychische und soziale Problembereiche aufwirft. Zum anderen eröffnet die Tatsache, daß viele dieser chronischen Erkrankungen erst im fortgeschrittenen Lebensalter auftreten, ein großes Feld für präventive Aufgaben. Außer ärztlichen Versorgungsleistungen sind während der letzten Jahre auch das Angebot und die Nachfrage nach Leistungen anderer Gesundheitsberufe in den verschiedenen Sektoren der Versorgung gewachsen, die es ebenfalls sinnvoll und effektiv zu nutzen gilt.

Zentrale Bedeutung in der gesundheitspolitischen Diskussion über eine effizientere Steuerung der medizinischen Versorgung erhält die Stärkung des Hausarztes, dessen Aufgaben gegenüber der fachärztlichen Versorgung bereits im § 73,1 SGB V abgegrenzt werden. Die dafür notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen finden sich in Deutschland am umfassendsten beim Facharzt für Allgemeinmedizin. Seine Aufgaben und Funktionen werden im folgenden dargestellt. Die Diskussion, seine Rolle als möglicher Generalist in der gesundheitlichen Versorgung zu stärken, wird in den letzten Jahren unter dem Begriff des Primärarztsystems geführt. In vielen europäischen Ländern ist ein solches bereits etabliert oder befindet sich in Entwicklung. Exemplarisch wird das Primärarztsystem in den Niederlanden und Dänemark dargestellt, bevor fünf zentrale Argumente für die Etablierung eines Primärarztsystems in Deutschland aufgeführt werden. Die Argumentation fußt zum einen auf empirischen Belegen aus der Gesundheitssystem- und Outcomeforschung, die diesbezüglich erst sehr spärlich vorhanden sind. Zum anderen Teil werden für die Begründung eines Primärarztsystems wertvolle Beiträge der Ethnomedizin, der Wissenssoziologie und des radikalen Konstruktivismus herangezogen. Abschließend werden die für die Umsetzung eines kompetenten Primärarztsystems notwendigen Bedingungen formuliert.

2. Aufgaben und Funktionen der Allgemeinmedizin

In Anlehnung an Definitionen aus dem Angloamerikanischen² und an Vorstellungen der WHO³ wird die Allgemeinmedizin definiert als die

»lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfaßt die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit« (Deutsches Ärzteblatt 1997).

Von der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin wurden bereits 1969 die wesentlichen Elemente der ärztlichen Primärversorgung benannt (Fischer et al. 1993, S. 5f.):

- *Primary Care*: Der Allgemeinarzt als erste konsultierte Instanz im Gesundheitswesen sollte wohnortnah, unmittelbar erreichbar sein und über den weiteren Weg des Patienten im Gesundheitswesen entscheiden (der Arzt als Gate-Keeper).
- *Personal Care*: Der Allgemeinarzt widmet sich dem Patienten persönlich und erbringt die erforderlichen Leistungen selbst. Hierbei kommt der Arzt-Patienten-Beziehung selbst eine bedeutende therapeutische Rolle zu.
- *Continual Medical Care*: Es wird die allgemeinärztliche Langzeitbetreuung desselben Patienten in den unterschiedlichsten gesundheitlichen Belangen herausgestellt und von der Betreuung durch den Spezialisten abgegrenzt, der stets die gleichen Krankheitsbilder seines jeweiligen Fachgebietes bei immer wieder anderen Patienten behandelt.
- *Comprehensive Care*: Der Allgemeinarzt, der im Vergleich zu allen anderen Versorgungsbereichen der persönlichen Alltagswelt des Kranken am nächsten steht, muß für die vielfältigen sozialen, psychologischen, biographischen Belange des Kranken offen sein.

Für die Allgemeinmedizin in Deutschland werden in Anlehnung an die internationale Übereinkunft folgende fünf Funktionen des Allgemeinarztes als zentral erachtet: die primärärztliche Funktion, die Koordinationsfunktion, die haus- und familienärztliche Funktion, die soziale Integrationsfunktion sowie die Funktion der Gesundheitsförderung und -bildung.

Funktionen des Allgemeinmediziners

Primärärztliche Funktion (einschließlich Sieb- und Notfallfunktion)

- Ärztliche Basisversorgung in der ersten Linie (primary medical care) einschließlich des Aussiebens gefährlicher Krankheitszustände und der Notfallversorgung.

Haus- und familienärztliche Funktion

- Langzeitige ärztliche Behandlung und Betreuung von Patienten, unabhängig von Alter und Geschlecht, im häuslichen Milieu und im Bereich der Familie (Familienmedizin) bei Identität der Lebensbereiche von Patient und Arzt, Hausbesuchstätigkeit.

Soziale Integrationsfunktion

- Integration von allen Hilfen in die Behandlung des Patienten und Vertretung des gesundheitlichen Interesses der zu Behandelnden.

Gesundheitsbildungsfunktion

- Umfassende Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung des Patienten einschließlich von Maßnahmen der Prophylaxe und Rehabilitation.

Koordinationsfunktion

- Abstimmung aller Behandlungsmaßnahmen aufeinander und die Beurteilung der Zumutbarkeit für den Patienten.

(vgl. Kruse 1995)

Für das allgemeinmedizinische Handeln werden neben dem Prinzip der Ganzheitsbetrachtung die bleibende Verantwortung und die aktive wie planvolle Langzeitbetreuung als zentrale Handlungsstrategien angesehen (vgl. Braun 1990).

In diesem Zusammenhang sind in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin folgende Besonderheiten zu beschreiben:

- ärztliche Behandlung von Patienten in ihrem häuslichen Milieu und ihrer weiteren sozialen Umwelt;
- ärztliche Hausbesuchstätigkeit;
- haus- und familienärztliche Funktion einschließlich präventiver Tätigkeit;
- allgemeinmedizinische Geriatrie;
- Langzeitbehandlung chronisch Kranker;
- Koordination der ärztlichen Gesamtbehandlung durch den Allgemeinarzt als Hausarzt. (Vgl. Schwantes 1999)

Durch die Deklaration von WHO und UNICEF in Alma-Ata 1978 erhielt die Stärkung der »Primary Health Care« (primäre Gesundheitsversorgung)

als gemeinschaftliche Aufgabe der Gesundheitssicherung erste internationale Aufmerksamkeit. Parallel dazu entwickelte sich zunächst in der ehemaligen DDR ein neues Selbstverständnis der Allgemeinmedizin in Deutschland, das unterschiedliche Aspekte in der hausärztlichen Versorgung betonte. In der alten Bundesrepublik wurden erste Schritte der Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch die Verabschiedung einer vierjährigen Weiterbildung für das Fachgebiet Allgemeinmedizin 1975 unternommen. Seitdem wurde in der Bundesrepublik Deutschland die primärärztliche Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten, Gynäkologen und Pädiater wahrgenommen. 1990 waren 38% aller berufstätigen Ärzte in freier Praxis tätig, 40% davon als Ärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte, 60% als Fachärzte (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 162). Das Qualifikations- und Tätigkeitsspektrum der Hausärzte ist außerordentlich inhomogen. Neben Ärzten ohne Gebietsbezeichnung finden sich Ärzte nach längerer Krankenhaus­tätigkeit in einem oder mehreren Bereichen. Darüber hinaus finden sich auch Fachärzte, die dann als praktische Ärzte arbeiten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 85). Mit dem Argument der europäischen Harmonisierung wurde 1992 die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf drei Jahre verkürzt. Zum Ausgleich für die verlorengegangene Weiterbildungszeit wurde erstmals in einer Facharztweiterbildung eine Seminarweiterbildung von insgesamt 240 Stunden verankert, die die Möglichkeit der Reflexion des praktisch Erlernten eröffnete (Schwantes 1999). Durch den Beschluß, daß eine vertragsärztliche Tätigkeit nur noch mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem Fachgebiet möglich sein soll, ist es seit Anfang des Jahres 1995 nicht mehr möglich, die Berechtigung, als Praktischer Arzt vertragsärztlich tätig zu werden, zu erwerben. Um der wachsenden Bedeutung der Allgemeinmedizin Ausdruck zu verleihen, beschloß der 100. Deutschen Ärztetag 1997 mit großer Mehrheit die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin auf 5 Jahre zu verlängern.

Eine Differenzierung in haus- und fachärztliche Versorgung nimmt bereits die aktuell geltende Fassung des Sozialgesetzbuches im § 73, 1 SGB V vor. Die hausärztliche Versorgung wird darin durch bestimmte kommunikative, kooperative und integrative Aufgaben beschrieben. Die Vorstellungen der Konferenz von Alma-Ata zur Stärkung der primärärztlichen Gesundheitsversorgung sind damit gesetzlich verankert.

Sozialgesetzbuch V, § 73,1 SGB V

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere:

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Durch die Gesundheitsreform 2000 soll auch in Deutschland die hausärztliche Versorgung unter Beachtung der freien Arztwahl gestärkt werden und die Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern verbessert werden (vgl. Koalitionsvertrag der Bundesregierung 1998). Fachärzte für Allgemeinmedizin sollen vorrangig neben Kinderärzten und Gynäkologen perspektivisch diese Versorgung wahrnehmen. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und überflüssigen Behandlungen soll der Hausarzt die gesamte Behandlung dokumentieren, nicht nur die Schritte, die er selbst leitet. Ein weiterer Ansatz der Gesundheitsreform besteht in der Integration der Hausärzte in kooperative Praxisformen, wie z.B. Praxisnetze, um damit die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten zu verbessern.

Bereits 1989 wurde von dem Sachverständigenrat der Bundesregierung bei einem Entwurf eines alternativen Versorgungs- und Vergütungssystems dem Primärarzt künftig eine zentrale Stellung zugewiesen. Er soll über möglichst lange Zeiträume die umfassende haus- und familienärztliche Betreuung sicherstellen. Der Zugang zu weiteren Fachärzten soll nur über ihn möglich sein. Die Versicherten schreiben sich bei Hausärzten ihrer Wahl ein. Die Vergütung der Hausärzte erfolgt nach diesem Modell unabhängig von den erbrachten Leistungen nach der Anzahl der bei ihnen eingeschriebenen Patienten. Nach diesem Entwurf soll der Primärarzt beliebig oft gewechselt werden können. Die Höhe der Kopfpauschalen sollen differenziert werden nach Patientenstruktur (Alter, Geschlecht und Krankheitsarten), ärztlicher Kompetenz und apparativer Ausstattung.

Von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) wird die Diskussion um die Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter dem Begriff des Primärarztsystems geführt. Darunter versteht Abholz (1998) ein Versorgungssystem, in dem ein ärztlicher Generalist aufgesucht werden muß, um über ihn gegebenenfalls Zugang zu weiteren Versorgungsleistungen in anderen ambulanten (sekundären) und stationären (tertiären) Institutionen zu erhalten. Der Primärarzt bekommt in diesem System zusätzlich zu den oben beschriebenen integrativen Aufgaben noch weitere Funktionen. So trifft er darin als erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen eine Entscheidung über Versorgungsart und -intensität und nimmt dabei eine Sortierfunktion (Dispatcher) wahr. Durch »abwartendes Offenhalten« vermeidet er Überdiagnostik und Übertherapie. Durch gezielte statt breite Diagnostik garantiert er bei möglichen gefährlichen Verläufen eine frühzeitige Intervention. Des weiteren leistet er auf der primären Versorgungsstufe als »Gate-Keeper« den Zugang zur weiteren medizinischen Versorgung. In dieser Funktion obliegt ihm die Überweisung zu Fachärzten (Sekundärstufe) und die Einweisung in Krankenhäuser (Tertiärstufe). Hierzulande ist die Diskussion über die Notwendigkeit und Leistungsfähigkeit eines solchen Systems nach wie vor durch eine starke Polarisierung gekennzeichnet: während es die einen als zentralen Ansatzpunkt für ein rationales und effizienteres Gesundheitssystem betrachten, sehen die anderen darin einen Verlust an Freiheit – eine Beschränkung der freien Arztwahl – und ein Mehr an Dirigismus. Dennoch konnten in einem Literaturüberblick von Marzi und Abholz (1999) zahlreiche Hinweise zusammengestellt werden, daß Primärarztsysteme nicht nur kosteneffektiver arbeiten, sondern auch die gleiche Ergebnisqualität liefern. Erste Erfahrungen mit Einsparungspotentialen konnte in Deutschland eine private Krankenversicherung durch die Einführung eines speziellen Elementar-Tarifes mit integriertem Primärarztmodell sammeln. Für die Diagnosegruppen Schilddrüsenvergrößerung, Bluthochdruck, Bronchitis, Halswirbelsäulen-Syndrom und Muskelerkrankungen wurde nachgewiesen, daß die Kosten der Gesamtbehandlung in jedem Fall niedriger waren, wenn die Erstbehandlung durch den Allgemeinarzt erfolgte (Deutsches Ärzteblatt 1999).

3. *Das Primärarztsystem in anderen Ländern Europas*

In den meisten anderen westeuropäischen Ländern – mit Ausnahme von Belgien, Frankreich und Österreich – ist ein Primärarztsystem mittlerweile etabliert oder in Entwicklung. Auch in außereuropäischen Ländern,

wie z.B. Neuseeland, wird ein Primärarztsystem praktiziert (vgl. Wilm 1998).

In den Niederlanden beispielsweise bindet sich jede Person, die ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, an einen Hausarzt ihrer Region, wird dort in eine Patientenliste eingetragen und anschließend von dem gewählten Hausarzt langfristig versorgt und betreut. Alle Mitglieder einer Familie werden von dem selben Hausarzt behandelt. Eine Überweisung zu Spezialisten, eine Einweisung in Krankenhäuser oder ein Hinzuziehen anderer sozialer Einrichtungen des Gesundheitswesens kann stets nur über den Hausarzt erfolgen, wenn die Interventionsmöglichkeiten der Hausarztpraxis in bezug auf das vorliegende Problem ausgeschöpft sind. Die Honorierung des Hausarztes erfolgt im wesentlichen über eine Kopfpauschale für die in seiner Liste eingeschriebenen Patienten, gleichgültig ob diese erkrankt oder gesund sind. Zusätzlich werden Gutachten, bestimmte Präventionsleistungen sowie Leistungen in der Aus- und Weiterbildung honoriert. Im Vergleich zur Bundesrepublik ist das Aufgabenspektrum breiter, da primärärztliche Versorgungsaufgaben wahrgenommen werden, die hierzulande niedergelassenen Spezialisten (wie Pädiatern, Gynäkologen oder Hautärzten) obliegen. Kommunikative und nicht apparative Leistungen dominieren, apparative Leistungen hingegen werden in deutlich geringerem Umfang erbracht. Die Hausärzte in den Niederlanden sind Selbständige mit einem über Pauschalen gesteuerten Einkommen, das es ermöglicht, die ärztliche Arbeit ohne Zeitdruck, orientiert an den Versorgungsbedürfnissen ihrer Patienten auszuüben (vgl. Mildenstein et al. 1998; Schrijvers 1997; van den Bussche et al. 1995).

Im zweiten Beispiel, in Dänemark, kommen auf 5,5 Millionen Einwohner 3400 praktizierende Ärzte. Mit Ausnahme des HNO-Facharztes und des Augenarztes kann die Konsultation eines Facharztes nur durch die Überweisung von einem Primärarzt, der damit eine Gate-Keeper-Funktion wahrnimmt, erfolgen. 85 % der Patienten verbleiben in den Händen der Primärärzte. Die übrigen werden temporär in Fachambulanzen oder an Krankenhäusern behandelt. Sämtliche Befunde und Berichte werden in den Praxen der Primärärzte gesammelt. Ähnlich wie bei der Versorgung durch den National Health Service in Großbritannien kommt es allerdings zu Engpässen bei spezifischen Leistungen, so daß beispielsweise Wartezeiten bei elektiven Operationen entstehen. So beträgt die Wartezeit für eine Operation nicht akuter Leistenhernien ein Jahr, für männliche Sterilisationen zwei Jahre. Patienten müssen sich für sechs Monate auf einen Primärarzt festlegen. Ein vorzeitiger Wechsel ist möglich, kostet allerdings eine Gebühr von umgerechnet ca. 40,- DM (Hansen 1999).

4. *Argumente für ein Primärarztsystem in Deutschland*

a) Spezialisierung führt zu verengten und partikularistischen Sichtweisen

Die medizinische Versorgung ist in Deutschland vor allem durch Konzepte und Systematisierungen einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin geprägt, die Krankheit auf biologische Veränderungen im menschlichen Organismus zurückführt. Ausgehend von bestimmten individuellen Beschwerden und weiteren, mit Hilfe spezifischer Techniken am kranken Menschen erlangten medizinischen Befunden wird vom Arzt die Diagnose einer Krankheit gestellt. Krankheit wird konzeptualisiert als ein vom Individuum unabhängiges Phänomen, das sich durch eine spezifische Ätiologie, Pathogenese oder Symptomatik auszeichnet. Dieses ist Grundlage für die Prognose und die Einleitung therapeutischer Schritte. Durch das Fortschreiten medizinischer Erkenntnis, die sich u.a. in der Zunahme möglicher Diagnosen – mittlerweile über 30 000 – und der Etablierung neuer Fachgebiete und Subdisziplinen ausdrückt, kam es zwangsläufig zur Vermehrung der Perspektiven, aus denen pathologische Phänomene betrachtet und beschrieben werden. Trotz der Multikausalität vieler Erkrankungen wird dabei in der Regel naturwissenschaftlichen Deutungsmustern gefolgt. Die pathophysiologischen, genetischen, biochemischen oder immunologischen Erklärungsmodelle für Krankheit sind gesellschaftlich fest verankert, ihre Plausibilität wird selten in Frage gestellt. Wie Fleck bereits 1935 aufgezeigt hat, handelt es sich bei der Popularisierung eines neuen Erkenntnisgedankens in der Medizin um einen sozialen Konstruktionsprozeß im Rahmen spezifischer Denkgewohnheiten und Traditionen, der in der Regel andere Sichtweisen ausschließt (vgl. Fleck 1980). Soziologische Theorien und auch Reflexionen des radikalen Konstruktivismus, der mittlerweile in den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen Eingang gefunden hat, bestätigen diese Auffassung der gesellschaftlichen Konstruktion von Wissen (vgl. Berger/Luckmann 1969; Glasersfeld 1981; Schmidt 1987). Im Sinne dieser Theorien fassen Diagnosen Beschreibungen und Klassifikationen pathologisch relevanter Merkmale zusammen, die durch spezifische apparatemedizinische Instrumente erst erzeugt werden. Der zunehmend technikintensive und nicht selten auch invasive Zugang zu pathologischen Phänomenen wirkt unmittelbar auf ärztliches Denken und Handeln (vgl. Herrmann 1997). Psychosoziale und lebensweltliche Kontexte des Kranken finden meist keine Berücksichtigung bei Diagnostik und therapeutischer Intervention durch einen Spezialisten. In der Regel kann dieser nur auf eng umrissene, hochspezialisierte Fragen eine adäquate Antwort

geben. Die Effizienz spezialisierter Versorgungsangebote hängt nun nicht alleine von der dazu notwendigen fachlichen Qualifikation ab, sie unterliegt ebenfalls der Güte der Anfragen. So werden hochtechnisierte Apparaturen und Verfahren wie z.B. Computer- oder Kernspintomographie in Staaten mit einem relativ schwachen primärärztlichen System (USA, Deutschland, Australien) deutlich intensiver eingesetzt als in Ländern mit Primärarztsystem, etwa den Niederlanden, Schweden oder Großbritannien. Medizinische Technologien, die noch stärker an menschliche Interaktion gebunden sind, wie z.B. Sonographie, werden hingegen stärker in Staaten mit primärärztlicher Ausrichtung genutzt (Starfield 1997). Eine Untersuchung der Versorgungsqualität in drei verschiedenen medizinischen Institutionen mit unterschiedlicher Ausstattung an Ressourcen (Hausarztpraxen, Gesundheitszentren und Polikliniken) konnte aufzeigen, daß eine stärkere Nutzung der medizintechnischen Leistungen zu keiner höheren Versorgungsqualität führt (Starfield et al. 1994). Zieldiagnosen waren u.a. Diabetes mellitus, Hypertonie, Asthma, Otitis media bei Kindern.

b) Der unregelmäßige Zugang zu Spezialisten führt zu Verlusten an Versorgungsqualität

Die in der spezialisierten Versorgung angewandten Interventionen haben einen um so geringeren Wirkungsgrad, je weniger eine Vorselektion der Patienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, stattfindet. Die Treffsicherheit eines positiven Mammographiebefundes beispielsweise ist nach einer spezifischen klinischen Vorauswahl bedeutend höher als ohne (vgl. Schmidt 1992). Obgleich bei der Mammographie als Krebserkennungstest in den Händen eines geübten Radiologen eine recht hohe Spezifität mit 95 % vorliegt, d.h. auf 95 richtig-negative Untersuchungsbefunde 5 falsch-positive kommen, hängt der positive Vorhersagewert von der Vorauswahl ab. Während bei der mammographischen Abklärung eines klinisch verdächtigen Knotens mit 80%iger Wahrscheinlichkeit eine richtige Karzinomdiagnose zu erwarten ist, liegt die Wahrscheinlichkeit beim Mammographie-Screening ohne Vorselektion bei lediglich 10%.

Entwicklung, Erprobung und Evaluierung neuer medizinischer Techniken finden meist in Universitätsambulanzen oder hochspezialisierten stationären Einrichtungen an einem hochselektierten Patientenkontingent statt. Wirkungsforschung bleibt in der Regel darauf beschränkt. Eine Ausweitung neuer Techniken auf den ambulanten Bereich führt nun aber zu einer Ausweitung der Leistungen auf ein minderelektiertes Klientel mit niedrigerer Prävalenz. Damit nimmt die Treffsicherheit diagnostischer Tests ab, die Anzahl falsch-positiver Testergebnisse wird größer.

Zudem steigt die Anzahl unauffälliger diagnostischer Befunde. Diese binden nicht nur finanzielle Ressourcen. Gleichmaßen können für die Arzt-Patienten-Interaktion negative Auswirkungen angenommen werden. Es ist vorstellbar, daß es auf Seiten der Spezialisten zur beruflichen Demoralisierung führt, wenn er seine Techniken im wesentlichen nur noch zur Ausschlußdiagnostik realisiert und den unauffälligen Befunden keine therapeutischen Konsequenzen folgen. Diagnostisches Handeln wird folglich zu einem Ritual. Auf Seiten des Patienten, der aufwendige und unangenehme Untersuchungen über sich hat ergehen lassen müssen, entstehen Enttäuschungen und weitere Konsultationen, wenn er kein pathologisch faßbares Korrelat für seine Beschwerden erhält. Einer Chronifizierung von Beschwerden ohne somatischen Befund, die nicht einmal selten vorkommen, wird dadurch Vorschub geleistet.

c) Spezialisierte Versorgung bedarf der Koordinierung (Gate-Keeper)
Um einem ungesteuerten Zugang zu spezialisierter Versorgung und einer ungezielten Diagnostik vorzubeugen, bedarf es der kompetenten Zuweisung und Koordination von Versorgungsleistungen. Durch die mittlerweile hochgradig spezialisierte und arbeitsteilige Struktur der Gesundheitsversorgung, die die Gefahr mit sich bringt, daß sowohl für den Patienten als auch für den Leistungserbringer der Überblick verloren geht, ist bei optimaler Zuweisung zum rechten Zeitpunkt und zum geeigneten Experten ein Maximum an medizinischer Hilfe möglich. Um dieses zu gewährleisten, ist aber auch ein Optimum an Wissen und Zuweisungskompetenz in den Händen eines Generalisten nötig, der die geeigneten Versorgungsangebote kennt. Das aber bedeutet, daß eine Weiterbildung erforderlich ist, die Wissen, Können und Haltung für die Aufgaben des Arztes in der Primärversorgung vermittelt und darüber hinaus zur Übernahme der Funktionen im Primärarztsystem befähigt. Die Erwartungen sind vielfältig. Da die Versorgungsaufgaben meist komplex sind, sind spezifische diagnostische und therapeutische Interventionen nicht ausreichend. Krankheit erfordert auch die Berücksichtigung psychischer und soziokultureller Aspekte der Bewältigung von Krankheit und damit verbundener Folgen für das Alltagsleben. Vornehmlich bei chronischer Krankheit wird letzteres zugunsten von Überdiagnostik und Übermedikalisierung vernachlässigt. Modelle des Case-Managements versuchen dies zu korrigieren (vgl. Wendt 1995). Zur Umsetzung müssen aber auch strukturelle Voraussetzungen gegeben sein.

Eine Untersuchung in 26 Health-Care-Areas der USA fand, daß die Rate der Krankenhauseinweisungen in Regionen mit Primärarztdichte niedriger ist als in Gebieten mit höherer Spezialistendichte. Eine gute

Erreichbarkeit von Hausärzten führt demnach zu deutlich niedrigeren Einweisungszahlen, vor allem der Anteil vermeidbarer Einweisungen ist geringer (Parchman et al. 1994). In den Niederlanden ließ sich in den Jahren 1971 bis 1985, parallel zur Etablierung des Primärarztsystems, eine signifikante Abnahme der Krankenhauseinweisungen um 32 % konstatieren (Lisdonk/van Weel 1996). Umfassende Versorgung und Kontinuität der Betreuung sind als die wesentlichen Faktoren anzusehen, die der Primärmedizin einen »Vorsprung« gegenüber der Medizin der Spezialisten verschaffen (Shi 1994).

d) Hausärzte zeichnen sich als Generalisten eines nicht selektierten Patientenlientels aus

Im Vorfeld der hausärztlichen Versorgung wird keine Auswahl hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozialer Schicht oder Krankheit getroffen. Auch sind die Beschwerden, die zu einer hausärztlichen Konsultation führen, oftmals unspezifisch und vieldeutig. Deutlich häufiger als bei Spezialisten werden bei Hausärzten Beratungsgründe vorgebracht, die einen rein psychosozialen Hintergrund haben. Für etwa ein Drittel aller allgemeinärztlichen Arzt-Patienten-Kontakte soll dies zutreffen. Der Anteil der Befindensstörungen und Beschwerden ohne eindeutige Diagnose, die Anlaß für die hausärztliche Konsultation sind, ist beträchtlich. Gleichermaßen bei intensiver medizinischer Abklärung der Behandlungsanlässe sind bestenfalls 50 % einer medizinischen Diagnose zuzuordnen (Kroenke/Mangelsdorff 1989). Diese Tatsache bedeutet, daß der Primärarzt in einem Bereich arbeitet, in dem gefährlichere Verläufe weniger wahrscheinlich sind. Im Unterschied zu dem an einem hochselektierten Patientenlientel mit größeren Risiken weitergebildeten Spezialisten führt der Allgemeinarzt seltener eine breit angelegte Diagnostik durch, da er bei seinem Klientel mit geringeren Inzidenzen die Erfahrung gemacht hat, daß eine breite Diagnostik nur zu zahlreichen falsch-positiven Befunden führt. Sein Handeln wird folglich von dem sogenannten »abwartenden Offenlassen« unter Vermeidung von abwendbaren gefährlichen Verläufen bestimmt. Es wird gewartet, bis die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Erkrankung entweder gegen Null gegangen oder soweit angestiegen ist, daß weiterführende Diagnostik oder Therapie sinnvoll ist. Diese Strategie wird von Allgemeinärzten eher bei Patienten eingesetzt, die ihnen bekannt sind (Nazreth/King 1993).

Die Haltung des »abwartenden Offenlassens« bedeutet nicht, untätig zu sein. Sie erfordert vielmehr, sehr genau auf gefährliche Verläufe zu achten, d.h. eine genaue Beobachtung des Krankheitszustandes und -verlaufes. Zusätzliche Follow-up-Konsultationen sind notwendig. Es bedarf ferner

der Information und Mitarbeit des Patienten, damit dieser über mögliche gefährliche Verläufe Bescheid weiß. Für dieses Vorgehen ist ein subtiles Zusammenspiel mit dem Patienten vonnöten, das um so eher gelingt, je besser das Lebensumfeld des Patienten bekannt ist und je länger der Arzt seinen Patienten kennt (vgl. Schwantes 1999). Es konnte gezeigt werden, daß die persönliche Kenntnis des Arztes über die Vorgeschichte seines Patienten (die »erlebte Anamnese«) besonders bei der Betreuung von Kindern, älteren Menschen, Patienten mit psychosozialen Problemen und chronischen Krankheiten einen signifikanten Einfluß auf die Angemessenheit des zeitlichen Betreuungsaufwandes darstellt. Bei bekannten Patienten wurde das abwartende Offenlassen eines Falles signifikant häufiger eingesetzt als bei weniger bekannten Patienten. Auch wurden weniger Labortests durchgeführt, wenn Ärzte ihre Patienten gut kannten (Hjortdahl 1991).

Ein weiterer Aspekt des »abwartenden Offenlassen« besteht darin, daß die vorzeitige Festlegung auf eine bestimmte Diagnose vermieden wird, die dazu führen kann, daß andere Deutungsmöglichkeiten der Symptomatik ausgeblendet bleiben. In der allgemeinärztlichen Praxis bedarf es der Orientierung mit Hilfe einfacher Techniken ärztlicher Diagnostik, zugeschnitten auf die Bedingungen eines unselektierten Patientenkollektivs bei der primärärztlichen Versorgung – anders als beim überwiegend krankheits- und diagnoseorientierten Vorgehen der Spezialisten und Subspezialisten nach erfolgter Vorselektion. Eine Algorithmik allgemeinärztlichen Handelns muß sich in erster Linie an relativ unspezifischen Beschwerden und Beratungsanlässen orientieren. Die allgemeinärztliche Praxis bewegt sich somit stets im Spannungsfeld zwischen subjektiver Krankheitsdeutung und objektiver Krankheitsklassifikation. Im Angloamerikanischen wird, stärker als im Deutschen, aus diesem Grunde zwischen *illness* (der subjektiven Sicht von Krankheit) und *disease* (der ärztlich-professionellen Sichtweise) unterschieden, um den Unterschieden zwischen den beiden Perspektiven Rechnung zu tragen.

- e) Notwendigkeit eines professionellen Spagats zwischen subjektiver Krankheitsdeutung und objektiver Krankheitsklassifikation

Nach ethnologischer Ansicht ist das medizinische System immer auch Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems. Krankheit und Gesundheit haben somit nicht in allen Gesellschaften die gleiche Bedeutung, da die Medizin einer Gesellschaft durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen und kulturelle Praktiken sowie Techniken der Heilung oder Vorbeugung von Krankheit mitbestimmt wird. In jeder Kultur stehen Krankheit, die Individuen, die sie fühlen und behandeln,

sowie die sozialen Institutionen, in denen sie bearbeitet werden, in systemischen Beziehungen zueinander (vg. Pfeiderer et al. 1995; Sich 1993). Die Ethnomedizin differenziert die innere Struktur der Gesundheitssysteme in unterschiedlichsten Kulturen und Gesellschaften nach drei Sektoren: dem populären, dem professionellen und dem volksmedizinischen Sektor (vgl. Kleinman 1978, 1980).

- Der *populäre Sektor* beinhaltet die gesundheitliche Unterstützung innerhalb einer Gruppe oder Familie durch Selbsthilfe und altbewährte Hausmittel. Er spielt die größte Rolle im Gesundheitssystem.
- Der *professionelle Sektor* ist der Bereich von Medizinern, die eine standardisierte, überregional anerkannte, medizinische Ausbildung haben.
- Der *volksmedizinische Sektor* umfaßt nicht-professionalisierte und nicht-bürokratisierte Heiler, d.h. alle Arten von Heilern, die zwar u.U. auch eine Ausbildung erfahren haben, die allerdings nicht überall anerkannt ist, wie z.B. bei Heilpraktikern.

In fast jeder Gesellschaft gibt es einen medizinischen Pluralismus; d.h. den Patienten stehen bei der Wahl einer Behandlungsmethode verschiedene, parallel existierende Medizinsysteme zur Verfügung. Aus ethnomedizinischer Sicht ist ein solcher medizinischer Pluralismus notwendig, um den Zugang zu unterschiedlichen Krankheitsdeutungen und deren Vermittlung mit dem jeweiligen sozialen Kontext zu ermöglichen, was die Perspektiven der modernen naturwissenschaftlich geprägten Medizin alleine nicht vermag. Die Entwicklungen der modernen Medizin haben zu einer Polarisierung zwischen der subjektiven Krankheitsdeutung des Kranken und dem durch die Medizin ermittelten, objektiven Krankheitsbefund geführt. Ursprünglich ergab sich dieser aus der unmittelbaren ärztlichen Anamnese und der körperlichen Untersuchung, heute hingegen setzen die meisten Diagnosestellungen die Anwendung bestimmter apparativer Techniken voraus. Die dadurch gewonnenen medizinischen Parameter können hinsichtlich ihrer pathognomonischen Bedeutung nur noch von dem darin geschulten Spezialisten überprüft werden. Es gilt nicht nur die Zuweisung zu einer solchen spezifischen Diagnostik effizient zu steuern, es bedarf auch zunehmend eines Vermittlungsprozesses zwischen den divergenten Betrachtungsweisen des Spezialisten und des Patienten. Die Sichtweisen und Interessen der Spezialisten müssen mit den Bedürfnissen und Ängsten des Patienten »ausbalanciert« werden. Am ehesten kann diese Aufgabe durch den Hausarzt wahrgenommen werden, der zum einen die Lebenswelt des Kranken kennt und zum anderen im Denken der modernen Medizin geschult ist. Dazu sind neben dem tiefen medizinischen Fachwissen auch differenzierte kommunikative Fähigkeiten nötig.

5. Einige gesundheitspolitische Schlußfolgerungen

Es sind unterschiedliche medizinische Versorgungsmodelle denkbar. Nur selten folgt die Planung und Steuerung medizinischer Versorgung wissenschaftlicher Evidenz. Vielmehr erfolgt sie nach Maßgabe der vorherrschenden gesundheitspolitischen Interessenskonstellationen und Kräfteverhältnisse. Diese konservierten bislang den weitgehend ungesteuerten Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und dessen relativ unkoordinierte Inanspruchnahme. Primärarztsysteme bieten den idealen Rahmen für eine allgemeinärztlich-hausärztliche Arbeitsweise, die auf kontinuierliche und umfassende Versorgung ausgerichtet ist und dabei eine enge Arzt-Patienten-Beziehung gewährleistet. Das Modell der »diagnostischen Schiene« (Donner-Banzhoff 1999) kann als teuer, nebenwirkungsträchtig und häufig auch redundant angesehen werden. Allgemeinärztliches Handeln folgt idealerweise einer anderen Logik, dem abwartenden Offenlassen unter Vermeidung von abwendbaren gefährlichen Verläufen, um Aufwand ärztlicher Leistung und Ertrag in ein sinnvolles Verhältnis zu bringen. Die Spezialisierung und Zunahme der Fachrichtungen in einer Ära schier unbegrenzter Ressourcen in der medizinischen Versorgung hat dazu geführt, daß die Lobby der Hausärzte gegenüber den zahlreichen Fachgesellschaften, die in ihren Interessen nicht selten eine starke Rückendeckung durch pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen erhielten, zu lange geschwächt wurde. In dem Maße, in dem die finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem knapper wurden und deren effizientere Nutzung bedeutsamer wurde, erfolgte eine gesundheitspolitische Aufwertung der hausärztlichen Versorgung. Obgleich im Rahmen der Allgemeinmedizin ein klares Profil für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung entwickelt wurde, verhinderten Differenzen zwischen einzelnen Interessensgruppierungen der hausärztlich tätigen Ärzte ein gesundheitspolitisch einheitliches Vorgehen.

Die politische Empfehlung einer Stärkung des Hausarztes allein reicht nicht aus. Es bedarf konkreter Vorgaben, die den Zugang zu den medizinischen Leistungen über den Hausarzt regeln. Das heißt:

- Es sind Maßnahmen zu treffen, die dazu führen, daß Patienten – bis auf medizinisch begründbare Ausnahmen – zunächst ihren Hausarzt aufsuchen, bevor sie weitere Leistungen der medizinischen Versorgung in Anspruch nehmen. Das impliziert einen restriktiveren Umgang mit der Krankenversicherungskarte als bisher. Das durch die Gesundheitsreform 2000 geplante Bonussystem, das eine Rückerstattung für die Versicherten vorsieht, die stets zunächst den Hausarzt aufsuchen,

bevor sie weitere fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, beinhaltet die Gefahr, daß hausärztliche Medizin als »Billigmedizin« eine kollektive Entwertung erfährt.

- Es ist zu empfehlen, die Anzahl der Weiterbildungsstellen für angehende Spezialisten zu reduzieren, um nicht künftige arbeitslose Fachärzte zu produzieren. Statt dessen sind Rotationsstellen für angehende Allgemeinmediziner zu schaffen. Das Verhältnis von ambulant tätigen Spezialisten zu Hausärzten – derzeit 60 zu 40 – gilt es umzukehren. Das ist auch eine Forderung der Gesundheitsreform 2000.
- Bereits in der medizinischen Ausbildung ist es notwendig, auf die zentrale Bedeutung der hausärztlichen Versorgung vorzubereiten. Der Murrhardter Kreis faßt in seinen Analysen über die künftigen Anforderungen an den Arzt die dafür notwendigen Konsequenzen für die Ausbildung zusammen, die durch Allgemeinärzte der Primärversorgung im Rahmen des studentischen Unterrichts wahrgenommen werden sollten.

*Durch Allgemeinärzte in der Primärversorgung
wahrzunehmende Lehrinhalte in der studentischen Ausbildung*

- Die Vermittlung von Handlungsstrategien für ein nichtselektiertes Patientenkollektiv;
- die Vermittlung psychosomatischer und psychosozialer Betreuungskonzepte, welche die Biographie und familiäre Situation des Patienten einschließen;
- die Vermittlung von Kenntnissen und praxisgerechten diagnostischen und therapeutischen Strategien bei häufigen Krankheiten und Beschwerden, die keiner klinischen Behandlung bedürfen;
- Übungen zum angemessenen Umgang mit Patienten in ihrer häuslichen Umgebung und zur Vermittlung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen;
- wirtschaftliche Gebote der Kassenpraxis, Umgang mit vielfältigen Ansprüchen und Wünschen der Patienten;
- Dimensionen des Arzt-Patient-Verhältnisses bei langjähriger Kontinuität der Bezugspersonen;
- ambulante Betreuungskonzepte für alte Menschen, Patienten mit Multimorbidität und gerontopsychiatrischen Problemen;
- Kooperation mit anderen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, den Krankenkassen, dem betriebsärztlichen Dienst und Selbsthilfegruppen.

(Murrhardter Kreis 1995, S.165)

- Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin muß stärker als bisher auf die erforderlichen Funktionen und Aufgaben eines Primärarztes vorbereiten. Hierzu müssen entsprechende Curricula entwickelt und etabliert werden. Ein Schritt in die richtige Richtung ist die fünfjährige Weiterbildung Allgemeinmedizin, die derzeit in den Ländern nach und nach umgesetzt wird. In der Weiterbildung sind neben einem breiten medizinischen Wissen auch verstärkt psychosoziale Kompetenzen und die Fähigkeit der psychotherapeutischen Begleitung zu erlernen. Dabei können die Assistenzärzte auch mit den notwendigen Fertigkeiten des Case-Managements vertraut gemacht werden. Ebenfalls sollten interdisziplinäre Begegnungs- und Kooperationsformen geübt werden. Strukturell bedarf es finanzieller wie politischer Unterstützung bei der Etablierung von Weiterbildungsstellen in Praxis und Klinik.
- Ferner ist es notwendig, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und die Kompetenzgrenzen der einzelnen Gesundheitsberufe zu definieren. Diese finden sich nicht nur innerhalb des medizinischen Berufsfeldes, sondern auch in Richtung psychotherapeutischer, pflegerischer, sozialarbeiterischer und rehabilitativer Fertigkeiten.
- Außerdem ist es notwendig zu reflektieren, inwieweit die klassische hausärztliche Einzelpraxis die geeignete Organisationsform für primärärztliches Handeln ist oder ob nicht vielmehr neue Formen von Gemeinschaftspraxis, Gesundheitszentrum oder vernetzten Praxen geeigneter sind, um die verschiedenen neuen Aufgaben des Primärarztes wahrzunehmen.
- Schließlich sollte die Etablierung eines Primärarztsystems durch Evaluations- und Gesundheitssystemforschung begleitet und durch notwendige Maßnahmen der Qualitätssicherung sichergestellt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A.

Abteilung für Allgemeinmedizin

Campus Charité Mitte

Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

Invalidenstraße 5

10115 Berlin – Mitte

E-mail: Markus.Herrmann@charite.de

Anmerkungen

- 1 Nicht unwesentlich zur gesellschaftlichen Etablierung dieses Spezialisierungsprozesses hat der Mythos beigetragen, die Errungenschaften der modernen Medizin zeichneten im wesentlichen dafür verantwortlich, daß seit Mitte des letzten Jahrhunderts die Lebenserwartung in den Industrieländern kontinuierlich gewachsen ist. Eine kritische Einschätzung der Bedeutung der modernen Medizin kommt aber zu einem anderen Ergebnis. Denn sozialpolitische, reproduktive, wirtschaftspolitische und hygienische Maßnahmen waren weit bedeutender für den Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie den rückläufigen Anteil der Infektionskrankheiten am Sterblichkeitsgeschehen als die Leistungen der modernen Medizin (vgl. McKeown 1982).
- 2 »The Family Physician provides continuing, comprehensive health maintenance and medical care to the entire family regardless of sex, age or type of problem. Family Practice is the speciality in breadth which integrates the biological, clinical and behavioural sciences. It encompasses each organ system and every disease entity.« (Vgl. Taylor 1994, Rakel 1995)
- 3 Die WHO definiert Primary Health Care als die alle Arten von Beschwerden und gesundheitsbezogenen Problemen umfassende, eher personen- als krankheitsbezogene kurative und rehabilitierende Betreuung, unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem Stand etc. der Patienten (vgl. Wissenschaftsrat 1999).

Literatur

- Abholz, H.-H. (1998): Das Primärarzt-System. In: M. Knoche; G. Hungeling (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Berger, P. L.; Luckmann, T. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Braun, V. (1990): Allgemeinmedizin im Osten, Vortrag im Rahmen des 16. Symposiums, Hochschule und Allgemeinmedizin, Oktober 1990 in Berlin
- Donner-Banzhoff, N. (1999): Wie stellt der Allgemeinarzt eine Diagnose? Z. Allg. Med. 75: 744-749
- Deutsches Ärzteblatt (1997): Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, Änderung der Weiterbildungsordnung, Allgemeinmedizin. Entschliefungen des 100. Deutschen Ärztetages. Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 24, 13. Juni, A-1658
- Deutsches Ärzteblatt (1999): Private Krankenversicherung – Gute Erfahrungen mit dem Primärarztmodell. Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 43, 29. Oktober, A-2722
- Fischer, G.C. (1993): Allgemeinmedizin. Berlin: Springer
- Fleck, L. (1980): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Glasersfeld, E.v. (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: P. Watzlawick (Hg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München: Piper
- Hansen, E. (1999): Erfahrungen mit einem Primärarztsystem – Vortrag im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Dresden, 24.9.1999
- Herrmann, M. (1997): Schlafapnoe als Krankheitskonstrukt – die Mechanisierung und Medikalisierung des Schlafes. Frankfurt a.M.: Campus

- Hjortdahl, P.; Borchgrevinck, C.F. (1991): Continuity of care: influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Brit. Med. J.* 303: 1181-1184
- Kleinman, A. (1978): Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. Med.* 12B: 85-93
- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press
- Koalitionsvertrag der Bundesregierung (1998): Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert, Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen, Bonn, 20.10.1998
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, A.D. (1989): Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Amer. J. Med.* 86:262-266
- Kruse, W. (1995): Entwicklungen und Grundlagen der Allgemeinmedizin. In: W. Kruse; G. Schettler (Hg.): *Allgemeinmedizin*. Berlin, New York: de Gruyter
- Marzi, C.; Abholz, H.-H. (1999): Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems. *Z. Allg. Med.* 75: 736-743
- McKeown, T. (1982): *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Mildenstein, K.; Doering, T.; Konitzer, M.; Lichte, T.; Fischer, G. (1998): Das niederländische Primärarztsystem. *Z. Allg. Med.* 74:1022-26
- Murrhardter Kreis (1995): *Das Arztbild der Zukunft – Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*. Gerlingen: Bleicher
- Nazareth, I.; King, M. (1993): Decision making by general practitioners in diagnosis and management of lower urinary tract symptoms in women. *Br. Med. J.* 306: 1103-1106
- Parchman, M.; Culler, S. (1994): Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J. Fam. Pract.* 39: 123-128
- Pfleiderer, B. (1995): Der Blick nach Drinnen: zur kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens. In: B. Pfleiderer; K. Greifeld; W. Bichmann (1995): *Ritual und Heilung – Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag
- Rakel, R.E. (1995): *Textbook of Family Practice*. 5th Ed. Philadelphia
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): *Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Sachstandsbericht: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): *Sondergutachten: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung*. Baden-Baden: Nomos
- Schrijvers, A.J.P. (1997): *Health and Health Care in the Netherlands*. Elsevier
- Schmidt, J.G. (1992): Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: M.M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Hippokrates, S. 133-149
- Schmidt, S.J. (1987): Der radikale Konstruktivismus: ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs. In: S. J. Schmidt (Hg.): *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Schwantes, U. (1999): Abwartendes Offenlassen – Praktisches Handeln im hausärztlichen Alltag. *KV Blatt – Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin* 46, 6

- Schwantes, U. (1999): Hausarztmodelle – pro und contra. *Gesundh.ökon.Qual.manag.* 4: 62-66
- SGBV (1998): Gesetzliche Krankenversicherung – Sozialgesetzbuch V mit Neubestimmungen. 7. Aufl. München: Beck
- Shi, L. (1994): Primary care, speciality care, and life changes. *Int. J. Health Serv.* 24: 431-458
- Sich, D. (1993): Kulturanthropologischer Interpretationsrahmen für Kommunikationsprobleme mit Migranten in der Medizin. In: K.F.v. Wessel; F. Naumann; M. Lehmann (Hg.): *Migration. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik*, Bd. 4. Berlin: Kleine
- Starfield, B. (1997): The future of primary care in a managed care era. *Int. J. Health Serv.* 27: 687-696
- Starfield, B.; Powe, N.R., Weiner, J.R. et al (1994): Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA* 272: 1903-1908
- Taylor, R.B. (1994): *Family medicine*. 4th Ed. New York
- Van de Lisdonk, E.; Van Weel, C. (1996): New referrals, a decreasing phenomenon in 1971-94: analysis of registry data in the Netherlands. *Brit. Med. J.* 313: 602
- Van den Bussche, H.; Dunkelberg, S.; Middel, B.; van Dijk, J. (1995): Mythos und Realität des Hausarztes in den Niederlanden. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 25: Weltgesundheit. Hamburg: Argument, S. 147-165
- Wendt, W.R. (1995): Unterstützung fallweise. Casemanagement in der Sozialarbeit. Freiburg: Lambertus
- Wilm, S. (1998): Allgemeinmedizin am anderen Ende der Welt – Durch innere Stärken an die Weltspitze: Neuseeland. *Z. Allg. Med.* 74: 1034-1038
- Wissenschaftsrat (1999): Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen