Claudia Kilbinger und Hendrik van den Bussche

Primärarztssystem in Frankreich

Diskussion und erster Umsetzungsversuch nach der Gesundheitsreform von 1996

1. Einleitung

In Deutschland wurde 1989 vom Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen ein Primärarztssystem vorgeschlagen (Sachverständigenrat 1989). Ein Primärarztssystem ist dadurch gekennzeichnet, dass alle Versicherten bei einem Primärarzt – in der Regel auch als Hausarzt bezeichnet – eingeschrieben sind. Der Besuch eines Gebietsarztes ist in diesem System nur nach Überweisung durch den Primärarzt möglich. Diese Form der Zugangsregelung, im Englischen als »gate-keeping« bezeichnet, wird beispielsweise in den Niederlanden, in Dänemark oder in Großbritannien praktiziert (zur Beschreibung der Primärarztssysteme in europäischen Staaten vgl. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1998). Als Argumente für diese Form der Gesundheitsversorgung werden sowohl qualitative wie ökonomische Aspekte hervorgehoben: Das System würde zu Kostenersparnissen führen, da z. B. weniger unnötige Doppeluntersuchungen (Beispiel Bildgebung) vorgenommen würden, wenn ein Primärarzt als Koordinator vorhanden sei. Das Primärarztssystem könne ferner die Qualität der Gesundheitsversorgung positiv beeinflussen, da die Patienten nicht mit einem Übermaß an invasiven Eingriffen oder Krankenhausaufenthalten belastet würden und die Prävention (wie z. B. Impfungen) bei kontinuierlicher primärärztlicher Betreuung besser funktionieren würde (Überblicke über die Vorzüge bei Hermann et al. 2000 sowie bei Marzi/Abholz 1999). Kritiker entgegenen jedoch, dass bei Vorschaltung des Primärarztes den Patienten möglicherweise der Besuch beim Gebietsarzt vorenthalten und somit eine frühzeitige Diagnosestellung und Therapie durch den »Experten« verzögert würde.

Seit dieser in der Folgezeit heftig umstrittenen Empfehlung des Sachverständigenrates wurden in der deutschen Gesundheitspolitik einige Schritte zur Stärkung der Position des Hausarztes vorgenommen. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 gliederte in § 73,1 SGB V die vertragsärztliche Versorgung in eine haus- und eine gebietsärztliche Versorgung und umschrieb zum ersten Mal die Funktion des Hausarztes. Auch die Verlängerung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt auf fünf

Jahre sowie das »Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung«, das die Finanzierung der Weiterbildung sichern sollte, hatten einen gestärkten Hausarzt zum Ziel. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 der rot-grünen Koalition intendierte eine weitere Aufwertung des Hausarztes, indem es u. a. einen Bonus (z.B. Beitragsminderung) für solche Patienten vorsah, die einen Gebietsarzt nur noch auf Überweisung ihres Hausarztes konsultieren.

Allerdings stößt die Idee der *verbindlichen* Einführung eines Primärarztsystems in Deutschland auf starke Widerstände, da hier die freie Arztwahl für die Versicherten ein tradiertes hohes Rechtsgut darstellt. Abgesehen von den mehrheitlich gebietsärztlich dominierten Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen scheinen auch die Krankenkassen wenig geneigt, das primärärztliche Organisationsmodell aufzugreifen. Dementsprechend verwundert es nicht, dass spätestens seit dem Ministerwechsel von Frau Fischer auf Frau Schmidt eine »Beruhigung« der Diskussion eingetreten zu sein scheint.

Ähnlich wechselhaft und widersprüchlich verläuft die Diskussion in Frankreich, wo der Zugang zum Gesundheitssystem genauso frei und unregelt verläuft wie in Deutschland. Auch dort gilt die freie Arztwahl als quasi unantastbar. Allerdings zeigten sich auch in Frankreich in den vergangenen Jahren Tendenzen, die schwache Allgemeinmedizin aufzuwerten. Im Jahre 1996 setzte sich die damalige Gesundheitsreform (der sogenannte Juppé-Plan) zum Ziel, »dem Hausarzt einen zentralen Platz zurückzugeben« (Ordonnance n° 96-345). In dieser Arbeit soll untersucht werden, wie sich die Funktion des Hausarztes und die Idee des Gatekeepings in den neunziger Jahren in Frankreich entwickelt haben und welche Parallelen in der gesundheitspolitischen Debatte über die Allgemeinmedizin in Frankreich und Deutschland gegeben sind.

2. *Das Gesundheitssystem und die Situation der Allgemeinmedizin in Frankreich*

Das französische Krankenversicherungssystem ist dem deutschen in wesentlichen Aspekten vergleichbar (vgl. Huteau/Le Bont 1997). Etwa 80 Prozent der Bevölkerung sind in der Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS; zu deutsch: Nationale Krankenversicherung der abhängig Beschäftigten) pflichtversichert. Die Beiträge werden anteilmäßig von den Beschäftigten und den Arbeitgebern bezahlt. Das Budget der nationalen Krankenversicherung betrug 1997 ca. 600 Mrd. FF (180 Mrd. DM). Diese Summe verteilte sich wie folgt (ebd.: 184):

Tabelle 1:
Budget der nationalen Krankenversicherung in Frankreich nach Sektoren (1997)

Sektor	Budgetsumme
Krankenhauswesen (öffentlich und privat)	291,6 Mrd. FF
Ambulante Versorgung	261,8 Mrd. FF
Medizinisch-sozialer Sektor (Rehabilitation etc.)	46,8 Mrd. FF

Innerhalb des Budgets für die ambulante Versorgung werden die ärztlichen Honorare und die Kosten der Verschreibungen für die Allgemeinärzte und die Spezialisten gesondert ausgewiesen (Arrêté du 28 mars 1997):

Tabelle 2:
Kostenstruktur der allgemeinärztlichen und spezialärztlichen Versorgung (1997)

	Allgemeinärzte	Spezialisten
Honorare	36,7 Mrd. FF	49,4 Mrd. FF
Verschreibungen	144,0 Mrd. FF	31,6 Mrd. FF
Gesamt	180,7 Mrd. FF	81,0 Mrd. FF

Die Übersicht macht deutlich, dass französische Allgemeinärzte Verschreibungen um ein Vielfaches ihres eigenen Honorars tätigen. Aus einer Untersuchung am Ende der 80er Jahre geht hervor, dass die Kosten der Verschreibungen der Allgemeinärzte das 3,5-fache ihrer eigenen Honorare betragen, wovon die Arzneimittelverordnungen mehr als 80 Prozent ausmachten (Mizrahi/Mizrahi 1991). Eine neuere Studie über die Arzneimittelverordnungen im Jahr 1994 ermittelte, dass 90 Prozent aller Kontakte beim Allgemeinarzt mit dem Ausstellen eines Rezeptes enden. Dieses kostet im Durchschnitt 276 FF, d.h. mehr als 80 DM (Le Fur et al. 1998).

Die Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt im Gegensatz zu Deutschland nach dem Kostenerstattungsprinzip (d.h. ein Arztbesuch wird zuerst vom Patienten in bar bezahlt und später von der Krankenkasse erstattet) bei relativ hoher Eigenbeteiligung (30 Prozent für Arztbesuche). Viele Haushalte schließen deshalb eine private Zusatzversicherung ab.

Die Tarife für ärztliche Leistungen werden durch nationale Abkommen (conventions nationales) zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kassen jährlich neu festgelegt. Aus der nachfolgenden Übersicht gehen die Tarife einiger ärztlicher Leistungen im Jahr 1999 (gemäß Arrêté du 4 décembre 1998) hervor. Die Übersicht zeigt bereits, dass die Spezialisten für vergleichbare Leistungen besser honoriert werden als die Allgemeinärzte.

Tabelle 3: Honorarsätze für verschiedene ärztliche Leistungen 1999

Art der Leistung	Honorar (FF)	Honorar (DM)
Gespräch und Beratung beim Allgemeinarzt (Tarif C)	115 FF	34,50 DM
Gespräch und Beratung beim Gebietsarzt (Tarif CS)	150 FF	45,00 DM
Hausbesuch des Allgemeinarztes (Tarif V)	110 FF	33,00 DM
Hausbesuch des Gebietsarztes (Tarif VS)	135 FF	40,50 DM
Gastroskopie (Tarif K30)	378 FF	114,00 DM
Oberbauchsonographie (Tarif K30)	378 FF	114,00 DM

In den Tarifverhandlungen werden die Ärzte durch Ärztegewerkschaften vertreten. Dies sind Vereinigungen mit freiwilliger Mitgliedschaft. Die größte Ärztegewerkschaft ist die CSMF (Confédération des syndicats médicaux français), die ca. 5 000 Allgemeinärzte und 6 000 Spezialisten, d.h. knapp 10 Prozent der niedergelassenen Ärzte, organisiert. Daneben gibt es u.a. die Gewerkschaft MG-France (Fédération des médecins généralistes de France). Sie ist die einzige Ärztegewerkschaft, die ausschließlich allgemeinmedizinische Interessen vertritt.

Bereits 1989 beschrieb Lachaux (1998) in einer Studie für die französische Regierung die Situation der Allgemeinmedizin als kritisch. Als wichtige Problembereiche nannte er die demographische Entwicklung der niedergelassenen Ärzte und die Einengung des Aktivitätsfeldes der Allgemeinärzte. Das Wachstum der Arztzahlen insgesamt sowie der schnellere Anstieg der Zahl der Spezialisten habe zu einem wachsenden Konkurrenzdruck unter den niedergelassenen Ärzten sowie zur »Plünderung« (Duprez 1991) des Aufgabengebietes der Allgemeinmedizin durch die Spezialisten geführt. Ein Mitglied der Gewerkschaft MG-France beschrieb 1993 die Situation wie folgt: »Nach und nach verlor die Allgemeinmedizin an Substanz, (...) immer mehr Gebiete wurden (dem Allgemeinarzt) faktisch verboten. Es ist z.B. schwierig für einen Allgemeinarzt geworden, Kontrazeptiva zu verschreiben oder eine Akne zu behandeln. Die Allgemeinmediziner haben sich durch die demographische Explosion der Spezialisten komplett belagert gefühlt.« (zit. n. Hassenteufel 1997: 207) Auch finanzielle Schwierigkeiten, ein Absinken des Lebensstandards oder gar ein Gefühl der Verarmung werden von Allgemeinärzten beschrieben. Die Krise mache sich durch mangelnde soziale Anerkennung des Allgemeinarztes bemerkbar, die ihm sowohl von Seiten der spezialisierten Kollegen als auch von Patientenseite entgegengebracht wird (Baszanger/Bungener 1995).

Die Zahlen bestätigen das Gefühl der Benachteiligung, das unter den Allgemeinärzten herrscht. Die Daten der CNAMTS zur demographischen Entwicklung der niedergelassenen Ärzte belegen das schnellere

Wachstum der Zahl der Spezialisten. Das Verhältnis der niedergelassenen Allgemeinärzte zu den Spezialisten hat sich von 58 zu 42 Prozent (1983) auf eine Relation von 53 zu 47 Prozent (1997) verschoben. Das Zahlenverhältnis von Hausärzten und Spezialisten beträgt heute ca. 50:50.

Tabelle 4: Zahl der niedergelassenen Ärzte in Frankreich 1983-1997

Jahr	Niedergelassene Allgemeinärzte	Niedergelassene Spezialisten	Gesamtzahl niedergelassene Ärzte
1983	49015	35227	84242
1989	57217	48062	105279
1993	59967	51963	111930
1997	60496	53034	113530

Das durchschnittliche Jahreseinkommen eines Allgemeinarztes (vor Steuern) betrug 1997 337 000 FF (ca. 101 000 DM), das eines Kardiologen lag bei 547 000 FF (ca. 164 000 DM) (Roumigières 1999; vgl. auch Chabrun-Robert 1999). Der Einkommensunterschied beträgt dementsprechend ca. 40 Prozent. Auch die meisten anderen Spezialisten weisen ein höheres durchschnittliches Jahreseinkommen auf als die Allgemeinärzte. Der Unterschied erklärt sich u.a. durch die bessere Bezahlung technischer Leistungen (häufiger vom Spezialisten abgerechnet) sowie durch die höheren Tarife für Gespräch und Beratung beim Spezialisten gegenüber dem Allgemeinarzt.

Neben der demographischen Entwicklung und dem Einkommensunterschied trägt schließlich vor allem die Situation der Aus- und Weiterbildung zur Krise der Allgemeinmedizin bei. Die Geringschätzung des französischen Allgemeinarztes liegt wesentlich im Zugangsmodus zur Weiterbildung begründet: Nach dem sechsjährigen Medizinstudium und einer Abschlußprüfung an der Universität müssen die Studierenden noch an einem nationalen Wettbewerb um die Weiterbildungsplätze in den Spezialgebieten teilnehmen (concours de l'internat). Wer in diesem Examen durchfällt oder gar nicht erst teilnimmt, kann nur Allgemeinarzt werden. Dessen Ansehen wird durch dieses Verfahren verständlicherweise stark geschmälert. Überdies ist die Weiterbildung zum Allgemeinarzt auch kürzer (zweieinhalb Jahre) als die zu den Spezialgebieten (vier bis fünf Jahre).

Seit vielen Jahren gibt es Forderungen nach Veränderungen. Die Abschaffung des concours de l'internat, eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer und mehr Praxisbezug in der Weiterbildung sowie eine festere Verankerung der Allgemeinmedizin an der Universität sind immer wieder aufgeworfene Diskussionsthemen (exemplarisch: Gay 1997;

Mattéi et al. 1997). Darüber hinaus sind – vorwiegend aus den Reihen der Hausärztegewerkschaft MG-France – Forderungen nach einer gesonderten Honorierung für typisch allgemeinmedizinische Leistungen (z.B. eine Pauschalvergütung für die kontinuierliche Betreuung eines Patienten und das Führen seiner Krankenakte), nach gleicher Bezahlung von Spezialisten und Allgemeinärzten für Gespräch und Beratung sowie nach einer Begrenzung des Zugangs zum Spezialisten zu hören (vgl. z.B. Hassenteufel 1997: 206ff.).

3. *Die Diskussion über eine Zugangsbegrenzung zum Spezialisten vor der Gesundheitsreform von 1996*

Die Befürwortung eines Primärarztsystems bzw. erster Schritte in diese Richtung erfolgte in Frankreich in zwei wichtigen Stellungnahmen zum Gesundheitssystem. An erster Stelle ist hier das »Weißbuch über das Gesundheitssystem und die Krankenversicherung« (Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie; Soubie et al. 1994) zu nennen. Es handelt sich hierbei um ein Expertengutachten, das im Sommer 1994 im Auftrag der Regierung angesichts der wachsenden finanziellen Schwierigkeiten der französischen Sozialversicherung erstellt wurde. Die drei Autoren aus Wirtschaft und Medizin machten in erster Linie die hohe Arztdichte und die zu Mengenausweitung führende Einzelleistungsvergütung für die Ausgabenentwicklung verantwortlich. Hinzu komme noch, dass neue Techniken alte oft nicht ersetzen, sondern ihnen einfach hinzugefügt würden (z.B. bei den bildgebenden Verfahren). Man müsse sich fragen, so die Autoren, ob ein Patient auf Kosten der Allgemeinheit an einem Tag zehn verschiedene Ärzte besuchen dürfe und ob bei bestimmten gängigen Krankheitsbildern ein sofortiger Besuch beim Spezialisten gerechtfertigt sei.

Neben Budgetierungsverfahren, Angebotsbegrenzungen (Bettenabbau, Beschränkung der Niederlassungsfreiheit) und mengenbegrenzenden Honorierungsformen wurden als Lösungsmöglichkeiten auch folgende Elemente eines Primärarztsystems unterbreitet:

- die Einschreibung der Versicherten bei einem Hausarzt;
- eine Berechtigung zur Inanspruchnahme eines Spezialisten nur noch nach Kontakt mit dem Hausarzt;
- eine Vergütung des Hausarztes über Pauschalen.

In Bezug auf die Umsetzung dieser Vorschläge blieben die Autoren jedoch vorsichtig. Sie forderten ein hohes Qualifikationsniveau der Allgemeinärzte, da die Patienten bei Beschränkung des Zugangs zum Spezialisten ein besonders hohes Vertrauen in ihren Hausarzt haben müssten. Ferner

müsste sich auch das Zahlenverhältnis von Allgemein- zu Gebietsärzten zugunsten der Allgemeinärzte ändern. Da eine solche Reform zu tiefgreifenden Änderungen in Aus- und Weiterbildung sowie im Verhalten und in der Struktur der Ärzteschaft führen würde, begnügten sich die Autoren vorerst mit der vorsichtigen Empfehlung: »Die Möglichkeit eines ›Abonnements‹ beim Allgemeinarzt könnte man zweifellos denjenigen Versicherten anbieten, die gegen einen finanziellen Vorteil einen Verzicht auf einen Teil der freien Arztwahl akzeptieren würden.« (Soubie et al. 1994: 171)

Eine etwas vehementere Befürwortung eines Primärarztssystems fand sich in einem im gleichen Jahr veröffentlichten Bericht des Haut Comité de la Santé Publique (HCSP; Hohes Komitee für die Gesundheit der Bevölkerung), das seit 1991 als Gutachtergremium für das Gesundheits- und Sozialministerium arbeitet. Die Aufgabe der Kommission ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu überwachen, Gesundheitsprobleme zu analysieren, Vorschläge zur Verbesserung von Prävention und Gesundheitserziehung zu machen und gesundheitspolitische Ziele zu definieren.

Im o.g. Bericht aus dem Jahr 1994 wurde in erster Linie die hohe Prävalenz von Risikoverhalten (Alkohol-, Tabak-, Drogenkonsum) und die dadurch bedingte verfrühte und vermeidbare Sterblichkeit kritisiert. Als weiteren Missstand wies das HCSP auf die geringe Lebensqualität chronisch kranker, abhängiger und behinderter Menschen hin. Es läge ein viel zu geringes (finanzielles) Gewicht auf der Prävention im Vergleich zur kurativen Medizin. Das HCSP kritisierte ferner die mangelnde Koordination zwischen verschiedenen Leistungsanbietern (z.B. Verzahnungsprobleme der ambulanten und stationären Versorgung).

Als Abhilfe schlug das HCSP vor, dass die Politik zunächst übergeordnete gesundheitspolitische Ziele unter Betonung der Prävention definieren müsse. Eine konkrete Umsetzung müsste dann durch Umstrukturierung des Gesundheitssystems erfolgen. Mittelfristig müsse dieses in zwei Tätigkeitsfelder aufgetrennt werden. Die erste Ebene müsse um einen Allgemeinarzt herum strukturiert werden, der für Prävention, Aufdeckung von Risikoverhalten, medizinisch-soziale Betreuung, Rehabilitation und palliative Versorgung am Lebensende zuständig sein sollte. Ferner wäre er verantwortlich für die Steuerung des Patienten im Gesundheitssystem: »Mangels eines Beraters in Form eines Allgemeinarztes kann ein Patient, der einmal das Gesundheitssystem durch eine der zahlreichen vor ihm offen stehenden Türen betreten hat, nur schwer den kürzesten, effektivsten und billigsten Weg erkennen, um die beste Versorgung zu erlangen.« (HCSP 1994: 170) Die spezialisierte medizinische Versorgung

solle der Gebietsarzt nur nach Überweisung durch den Hausarzt übernehmen, wobei eine einheitliche Krankenakte benutzt werden solle.

In einem 1996 erschienenen Folgebericht konkretisierte das HCSP, dass auch die Honorierungsform in der Primärversorgung geändert werden müsste, da die bisherige Einzelleistungsvergütung den präventiven Aufgaben nicht gerecht werde. Die Einzelleistungsvergütung »bewertet nicht die für Prävention und Gesundheitserziehung notwendige Zeit« (HCSP 1996: 183). Eine neue Honorierungsform könnte z.B. eine Pauschale für Präventivmaßnahmen mit Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung für kurative Leistungen kombinieren. Man könne aber auch eine Jahrespauschale für das Führen der Krankenakte eines Patienten mit der Einzelleistungsvergütung verbinden (ebd.: 187).

4. Die französische Gesundheitsreform von 1996

Die französische Gesundheitsreform von 1996, die auf den damaligen Premierminister Alain Juppé zurückging und daher im Volksmund als »plan Juppé« bekannt geworden ist, hatte zunächst zum Ziel, Maßnahmen zur Senkung der Kosten des Gesundheitswesens durchzusetzen. Wichtigster Punkt hierbei war die Einführung einer Budgetierung sämtlicher Gesundheitsausgaben. Über die Ausgabenentwicklung der Sozialversicherung im folgenden Jahr entscheidet seit der Reform das französische Parlament durch ein jährlich verabschiedetes Finanzierungsgesetz. Das Budget für den niedergelassenen Bereich wurde aufgespalten in einen Anteil für die Spezialisten und einen für die Allgemeinärzte. Bei Überschreitung des Budgets müssen die Ärzte seit 1996 offiziell mit finanziellen Sanktionen rechnen. Es blieb jedoch lange Zeit ungeklärt, wie diese aussehen und auf die Ärzteschaft umgelegt werden sollten. Im Jahr 2000 hat sich ein Modell durchgesetzt, das es den Krankenkassen erlaubt, bei einer Überschreitung des Budgets die ausgehandelten Tarife um bis zu 20 Prozent abzusenken. Weitere Umstrukturierungsmaßnahmen beinhalteten Schritte zur Beschränkung des Angebots an niedergelassenen Ärzten (Frührente für Ärzte, Anreize zu einer schulärztlichen bzw. arbeitsmedizinischen Tätigkeit) sowie Maßnahmen zur Einhaltung von diagnostischen und therapeutischen Leitlinien.

In Bezug auf die einleitend beschriebene Aufwertung des Hausarztes dürfen seit der Reform sogenannte »Versuchsprojekte und -aktionen« zur Erprobung neuer Formen der Patientenversorgung durchgeführt werden. Zielsetzung hierbei ist die rationellere Organisation des Zugangs zum Gesundheitssystem sowie eine bessere Koordination in der medizinischen und präventiven Versorgung. Als eine Möglichkeit solcher Versuchs-

projekte werden sogenannte »Versorgungsketten« (filières de soins) beschrieben, in denen der Hausarzt als erste Anlaufstelle für den Patienten gilt und diesen ggf. zum Spezialisten überweist. In allen Modellversuchen sollen ausdrücklich auch neue Honorierungsformen (z.B. Abweichungen von den vertraglichen Tarifen oder auch prinzipiell andere Vergütungsformen als die Einzelleistungsvergütung) ausprobiert werden (Ordonnance n° 96-345, Art. 6).

Eine weitere Stärkung der Hausärzte erfolgte durch die Verlängerung der allgemeinärztlichen Weiterbildung auf zweieinhalb Jahre. Hier wurde ein sechsmonatiges Praktikum bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt verpflichtend eingeführt. (Die Weiterbildung der Allgemeinärzte hatte bis zur Reform 1996 nur zwei Jahre gedauert und sich ausschließlich im Krankenhaus abgespielt.)

5. *Die erste Umsetzung der »Versorgungsketten« durch die Krankenkassen und die Gewerkschaft MG-France*

Im Anschluss an den Juppé-Plan mussten Ärzte und Kassen neue Abkommen treffen, um hierin u. a. die neuen Bestimmungen zur Budgetierung aufzunehmen. Eine entscheidende Rolle bei diesen Verhandlungen spielte die Tatsache, dass die beiden Gewerkschaften MG-France und CSMF den Juppé-Plan völlig konträr bewerteten. Während die meisten Spezialisten in Frankreich und die CSMF als deren Wortführer den Juppé-Plan wegen der Budgetierung ablehnten, standen viele Allgemeinärzte der Reform eher aufgeschlossen gegenüber. Die Gewerkschaft MG-France kritisierte zwar auch die mit der Reform eingeführten Zwänge für die Ärzte. Trotzdem unterstützte sie die Reform als Ganzes, u. a. wegen der Einführung der Versorgungsketten mit der Möglichkeit eines gestärkten Hausarztes sowie wegen der Einrichtung gesonderter Budgets für die Hausärzte (Chabrun-Robert 1997).

Die mangelnde Kompromissbereitschaft der CSMF gegenüber den Kassen wurde von der MG-France genutzt, um ein separates Abkommen für die Allgemeinärzte mit den Kassen auszuhandeln. Hierin verankerten beide Vertragspartner einen konkreten Plan zur Umsetzung der Versorgungsketten. Dieses sogenannte Referenzarztmodell (médecin référent) wird bis heute in Frankreich praktiziert.

5.1 *Das Konzept des Referenzarztes*

Gemäß der Vereinbarung vom 4. Dezember 1998 (Arrêté du 4 décembre 1998) kann jeder Hausarzt freiwillig an dem Modell teilnehmen. Hierzu

muss er mit der Krankenkasse einen Vertrag abschließen, in dem er zum Referenzarzt ernannt wird und verschiedene Verpflichtungen (die sogenannte Qualitätscharta, s.u.) übernimmt. Jeder Referenzarzt kann nun seinen Patienten vorschlagen, an dem Projekt teilzunehmen. Durch ihren Beitritt verpflichten sich die Versicherten (für die Dauer eines Jahres), bei jedem gesundheitlichen Problem ausschließlich ihren Referenzarzt aufzusuchen. Als Gegenleistung brauchen die Versicherten die Leistungen ihres Referenzarztes nicht mehr im voraus selbst zu bezahlen, sondern der Arzt rechnet nun direkt mit der Kasse ab (Umstieg vom Kostenerstattungs- auf das Sachleistungsprinzip). Außerdem wird ihnen aufgrund der vom Referenzarzt unterschriebenen »Qualitätscharta« eine bessere Versorgungsqualität in Aussicht gestellt.

Ein wichtiges Anliegen dieser Qualitätscharta ist die Verbesserung der *Kontinuität und Koordination* im Gesundheitssystem. So muss der Referenzarzt sicherstellen, dass für seine Patienten auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten ein Notdienst bereit steht, an dem er möglichst selbst beteiligt ist und von dem er auch erfährt, wann und warum seine Patienten diesen Notdienst in Anspruch genommen haben. Bei längerer Abwesenheit muss der Referenzarzt seinen Patienten einen Vertreter vorschlagen, mit dem er eng kooperiert und dem er evtl. Patientenakten überlässt. Außerdem soll für den Fall der Abwesenheit des Referenzarztes auch auf regionaler Ebene ein Dienstleistungszentrum eingerichtet werden, über das die Patienten telefonisch beraten werden können.

Es wird angestrebt, dass Referenzärzte einer Region sich zu Gruppen zusammenschließen, um einen »kritischen und konstruktiven Dialog« über häufig in der Praxis angetroffene Probleme in Gang zu setzen. Der Referenzarzt soll für seine Patienten auch ein sogenanntes Synthesedokument (eine detaillierte Krankenakte) erstellen. Hierin sollen Berichte und Befunde anderer konsultierter Ärzte, besonders aus dem Krankenhaus, gesammelt werden. Der Referenzarzt soll sich möglichst selbst darum kümmern, dass jeder weitere von seinen Patienten konsultierte Arzt ihm einen Bericht zukommen lässt. Das Synthesedokument soll langfristig elektronisch gespeichert werden.

Weitere Anliegen der Qualitätscharta sind *Präventivmaßnahmen* (der Referenzarzt bemüht sich in besonderem Maße um Vorsorgeuntersuchungen und Beratung bei Risikoverhalten, Nikotin-, Alkohol-, Drogenabusus), *Fortbildungspflicht* der Ärzte und die Einhaltung von bestimmten *Leitlinien*, die in Frankreich regelmäßig von der staatlichen Einrichtung ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) veröffentlicht und aktualisiert werden. In Bezug auf die Kostensenkung

muss sich der Referenzarzt überdies verpflichten, mindestens 15 Prozent seines Verschreibungsvolumens mit Generika zu bestreiten.

Als Gegenleistung für diese Verpflichtungen erhält der Referenzarzt für jeden Patienten, mit dem er einen Vertrag abgeschlossen hat, eine Pauschale von 150 FF (45 DM) pro Jahr. Diese wurde Ende 2000 auf 300 FF erhöht.

5.2 Die Umsetzung des Referenzarztmodells

Im Juni 2000 waren etwa 5 800 Hausärzte (etwa 9 Prozent der niedergelassenen Allgemeinärzte) als Referenzärzte tätig. Zwei Jahre zuvor hatte es bereits einmal 8 500 Referenzärzte gegeben (Cour des comptes 2000). Dieser negative Trend scheint mehrere Gründe zu haben. Zum einen war die juristische Basis des Referenzarztmodells von dessen Gegnern zwischenzeitlich angefochten worden, so dass das Modell vorübergehend ausgesetzt wurde. Bei der Wiedereinführung Ende 1998 zeigten einige Ärzte nun Zurückhaltung. Auch scheint vielen Ärzten das Ausmaß der Verpflichtungen, die mit dem Referenzarztmodell einhergehen, zu groß oder nicht überschaubar. Besonders kritisiert wird auch, dass die Kassen mit der Organisation der Honorarzahmung an die Ärzte zumindest anfangs große Schwierigkeiten hatten und die Ärzte zum Teil sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten und müssen. Diese Abhängigkeit sind die französischen Ärzte, die ihr Honorar bisher immer bar auf die Hand erhielten, nicht gewöhnt. Schließlich hat sicherlich auch die Stimmungsmache der anderen Gewerkschaften gegen das Referenzarztmodell bei einigen Hausärzten zu Vorsicht und Zurückhaltung geführt. Vor allem der Präsident der CSMF hat sich massiv gegen das Referenzarztmodell ausgesprochen und es als Einstieg in eine Zwei-Klassen-Medizin bezeichnet. Da das Referenzarztmodell nur in dem Vertrag der Allgemeinärzte und nicht in dem der Spezialisten aufgenommen wurde, könne es außerdem auch keine echte Verbesserung der Koordination bewirken (Delorme 1997).

Die Teilnahme der Versicherten hingegen hat kontinuierlich – von 270 000 im Juni 1998 auf 460 000 im Juni 2000 – zugenommen. Jedoch sind dies insgesamt nur knapp über 1 Prozent aller Versicherten. Einer Studie des CREDES, einem französischen Forschungszentrum für gesundheitsökonomische Fragen, zufolge setzten sich die Teilnehmer (1998) vorwiegend aus alten oder chronisch kranken Patienten zusammen. Die Teilnehmer waren auch bereits vor ihrem Beitritt zum Referenzarztmodell seltener zum Spezialisten gegangen als Nichtteilnehmer. Als wichtiges Argument für ihren Beitritt nannten die Teilnehmer neben dem

Sachleistungsprinzip auch, dass ihr Hausarzt ihnen die Teilnahme ganz einfach vorgeschlagen habe (Aguzzoli et al. 1999).

In Bezug auf die *inhaltliche* Umsetzung hat der französische Rechnungshof über das Referenzarztmodell im September 2000 ein vernichtendes Urteil gesprochen: »Die Umsetzung der Hauptvereinbarungen des Modells bleibt weitgehend unvollendet.« (Cour des comptes 2000: 341) Weder die Teilnahme an Not- oder Bereitschaftsdiensten sei umgesetzt worden, noch die geforderte Zirkelarbeit der Referenzärzte. Auch sei weiterhin unklar, welche Rubriken das eigentlich als »essentielles Mittel der Koordination und Versorgungsqualität« bezeichnete Synthesedokument enthalten solle. Genausowenig habe es spezielle Präventionskampagnen gegeben, in denen die Referenzärzte in besonderem Maße involviert gewesen seien. Auch der Fortbildungspflicht werde immer noch nicht nachgekommen. Außerdem sehe das Referenzarztmodell keinerlei Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten vor, die die Einhaltung der eingegangenen Verpflichtungen sicherstellen könnten. Kritisiert wird schließlich auch, dass es keine Begleitstudie zur Entwicklung der Ausgaben im Referenzarztmodell gebe. Bekannt seien nur die Kosten, die das Referenzarztmodell bisher durch die Zahlung der Pauschale von 150 FF pro eingeschriebenem Patienten verursacht habe.

Befürworter des Referenzarztmodells halten diesem zugute, dass die Verschreibung von Generika in Frankreich seit der Einführung des Referenzarztes stark zugenommen hat (Aguzzoli et al. 1999). Als positiver Effekt des Modells wird auch genannt, dass hierdurch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung ins Bewusstsein der Patienten dringe. Die Krankenkassen betonten gegenüber dem Rechnungshof auch die erstmalige Einführung einer pauschalen Vergütungsform als bedeutenden Fortschritt (Cour des comptes 2000: 626).

6. Zusammenfassung und Diskussion

6.1 Deutsch-französische Parallelen in der hausärztlichen Versorgung

Seit geraumer Zeit findet in Frankreich – bedingt durch Demographie, Einkommensunterschiede zwischen Spezialisten und Allgemeinärzten und eine hierarchisierende Weiterbildungsregelung – eine öffentliche Debatte über eine Aufwertung der Allgemeinmedizin statt. Zwei weitere wichtige Entwicklungen im französischen Gesundheitswesen haben die Diskussion über die Allgemeinmedizin beeinflusst. Die eine besteht in der Problematik der Kostenbewältigung im Gesundheitswesen. Im Rahmen

der Überlegungen zur Kostenbegrenzung wird der Hausarzt als Instrument gesehen, Patientenströme besser durch das Gesundheitssystem zu leiten und somit vermeintlich überflüssige Kosten einzusparen. Die zweite Tendenz resultiert aus dem wachsenden französischen Bewusstsein für eine Politik, die sich für Bevölkerungsgesundheit und Präventivmedizin einsetzt (Public Health – santé publique). Dieses Bewusstsein spiegelt sich z. B. in der Schaffung des Hohen Komitees für die Gesundheit der Bevölkerung (HCSP) Anfang der 90er Jahre wider. Das HCSP betont die Bedeutung einer besseren Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Gesundheitswesen und sieht im Hausarzt eine Chance zur verbesserten Koordination der verschiedenen Berufsgruppen, zur Entwicklung eines weniger technikorientierten, sondern eher gesprächs- und beziehungsorientierten medizinischen Ansatzes und schließlich zur Verbreitung von mehr Präventivmedizin.

Allen Strömungen ist gemeinsam, dass sie einerseits die Aus- und Weiterbildung zum Hausarzt reformieren wollen, um ihm mehr Kompetenzen und Verantwortung übertragen zu können (vgl. u. a. Gay 1997). Andererseits wollen sie auch in die Berufspraxis der Allgemeinärzte eingreifen: Durch neue Honorierungsformen für Hausärzte soll erprobt werden, das Leistungsgeschehen in andere Bahnen zu lenken und die Hausärzte für koordinierende und präventive Leistungen besser zu entlohnen. Gleichzeitig sprechen sich die verschiedenen Gruppierungen auch für den Versuch aus, mit Hilfe eines Hausarztes den Direktzugang der Patienten zum Spezialisten zu begrenzen und den Zugang zum Gesundheitssystem klarer zu organisieren.

Beim Vergleich der hausärztlichen Versorgung in Deutschland und Frankreich, die beide über ein Sozialversicherungssystem mit uneingeschränktem Zugang zu haus- und spezialärztlicher Versorgung verfügen, fallen überraschend viele Parallelen auf. Auch in Deutschland war in den vergangenen Jahrzehnten ein schnelleres Wachstum der Gebietsärzte zu beobachten, und auch in Deutschland verdienen Allgemeinärzte im Durchschnitt weniger als ihre spezialisierten Kollegen. Eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird auch in Deutschland seit langem als vordringliches Thema zur Förderung der Allgemeinmedizin diskutiert (vgl. u. a. Kochen 1994). Die Weiterbildung wurde bis zur Verlängerung von drei auf fünf Jahre als zu kurz und schlecht finanziert kritisiert, obwohl sie damals schon länger dauerte als die französische.

Die Ähnlichkeit der berufspolitischen Forderungen der jeweiligen allgemeinärztlichen Verbände (MG-France in Frankreich und BDA in Deutschland) wird auch in Frankreich wahrgenommen (Hassenteufel

1997: 206ff.). Zur Verbesserung der Einkommenssituation und zur Stärkung der Stellung des Hausarztes werden auf beiden Seiten des Rheins eine spezifische Vergütung für typisch hausärztliche Leistungen, ein begrenzter Zugang zum Spezialisten und eine Aufteilung der Versorgung in einen klar definierten haus- und einen spezialärztlichen Sektor gefordert. Schließlich lassen sich dem deutschen Gutachten des Sachverständigenrates von 1989 mit dem Vorschlag eines Primärarztsystems (Sachverständigenrat 1989) die beiden französischen Expertengutachten von 1994 gegenüberstellen, die ähnliche Vorschläge unterbreiteten (Soubie et al. 1994; Haut Comité de la Santé Publique 1994).

Diese Übereinstimmungen bieten beiden Ländern eine gute Voraussetzung dafür, die gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Maßnahmen des jeweils anderen Landes intensiv zu verfolgen und hieraus Lehren und Konsequenzen für die eigene Politik zu ziehen.

6.2 Die Problematik des Referenzarztmodells

In Frankreich ist nun durch den Juppé-Plan die Erprobung einer Zugangsbeschränkung zum Gebietsarzt möglich geworden. Der erste Versuch, das Referenzarztmodell, basiert auf einem 1998 geschlossenen Vertrag zwischen der nationalen Krankenkasse und der hausärztlichen Gewerkschaft MG-France. Dieser Modellversuch griff eine Reihe derzeitiger Probleme der medizinischen Versorgung auf. Die mangelnde Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte z.B. durch Dokumentation von Arztbriefen und Befunden in dem »Synthesedokument« verbessert werden. Die Kommunikation zwischen den Hausärzten und den Notdiensten, zwischen denen der Informationsfluss häufig brach liegt, sollte verbessert, die Bedeutung präventiver Maßnahmen fester im Bewusstsein der Ärzte und Patienten verankert und durch eine Pauschalvergütung honoriert werden. Die Qualitätssicherung der Versorgung sollte durch die kontinuierliche Fortbildung der Referenzärzte gesichert werden. Nicht zuletzt soll der Referenzarzt als zwingender erster Ansprechpartner des Patienten eine stringenter Versorgung gewährleisten und damit zu einer Vermeidung unnötiger Kosten beitragen. Kosteneinsparungen sollten zusätzlich auch durch die forcierte Verordnung von Generika möglich werden.

Neben der beschriebenen Vielzahl der Zielsetzungen des Konzepts lag und liegt ein Grundproblem des Referenzarztmodells darin, dass Konzeption und Umsetzung ausschließlich in den Händen von einer Ärztegwerkschaft und der nationalen Krankenversicherung lagen. Beide haben starke Eigeninteressen: Dem Ziel schneller Kosteneinsparungen

bei den Kassen steht die berufspolitische Stärkung der Hausärzte bei der Gewerkschaft MG-France gegenüber.

Beide Interessensverbände versuchten nach dem Juppé-Plan die Gunst der Stunde zu nutzen, um möglichst schnell möglichst viele der eigenen Interessen umzusetzen. Ein in diesem Sinne politisches Projekt ist aber nicht identisch mit einem rational geplanten Projekt der Organisationsentwicklung.

Der Versuch, viele schwierige Probleme auf einmal zu lösen, erwies sich als unrealistisch. Das Konzept scheint inhaltlich überladen mit Verpflichtungen, die die Kassen den Ärzten aufzwingen wollten und die von MG-France angesichts der Patientenpauschale und der Zugangsbeschränkung zum Spezialisten in Kauf genommen wurden. Das Ausmaß an Verpflichtungen führte jedoch dazu, dass nicht nur die Spezialisten Munition zur Kritik des Konzepts erhielten, sondern auch viele Allgemeinärzte abgeschreckt wurden. Auch der Verzicht auf einen regional begrenzten Modellversuch zugunsten einer sofortigen vertraglichen Ausdehnung auf ganz Frankreich hat keineswegs zu einer hohen Beteiligung der Hausärzte geführt.

Schließlich wurde auch keine umfassende Evaluation durchgeführt. Ein anfängliches Begleitforschungsprojekt des Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) wurde nicht fortgesetzt. Die Tatsache, dass die erste Erprobung eines Primärarzt-systems allein in den Händen von Kassen und Ärztegwerkschaft lag, hat dazu geführt, dass das vordringliche gesamtgesellschaftliche Ziel dieses Versuches bisher nicht konsequent verfolgt wurde. Das Ziel der Erprobung müsste die methodisch einwandfreie (und kostspielige) Erörterung der Frage sein, welchen Einfluss ein Primärarztssystem auf Qualität und Wirtschaftlichkeit im französischen Gesundheitssystem nimmt.

Zur Zeit tritt das Projekt auf der Stelle, ein Durchbruch ist unter den gegebenen Umständen eher unwahrscheinlich. Die Macht des Faktischen in Frankreichs ambulantem Medizinsystem und die vielfältigen darauf basierenden Bedenken gegen ein Primärarztssystem bei niedergelassenen Ärzten und Versicherten lassen sich allem Anschein nach nicht mit gutgemeinten, aber dennoch kurzatmigen Schnellschüssen durchbrechen. Auch hier ist die Parallele zu Deutschland nicht zu übersehen.

Korrespondenzadresse:
Claudia Kilbinger
Schwedenstraße 63
65239 Hochheim
e-mail: c.kilbinger@gmx.de

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Herrn Dr. Bernard Gay, département de médecine générale, Université de Bordeaux 2, sowie Herrn Dr. François Vedelago, Institut Universitaire de Technologie (IUT), Université de Bordeaux 3, denen die Autoren wertvolle Informationen über das französische Gesundheitssystem und die Situation der Allgemeinmedizin in Frankreich verdanken.

Literatur

- Aguzzoli, F.; Aligon, A.; Com-Ruelle, L.; Frérot, L. (1999): Choisir d'avoir un médecin référent. Paris: CREDES
- Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. Journal officiel de la République Française du 29 mars 1997: 4908
- Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins spécialistes. Journal officiel de la République Française du 29 mars 1997: 4932
- Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. Journal officiel de la République Française du 5 décembre 1998: 18330-60
- Baszanger, I.; Bungener, M. (1995): Heureux, moi non plus. Vingt ans d'enquête. Regard sur les médecins généralistes. *Le Généraliste* 1638: 6-11
- Chabrun-Robert, C. (1997): Convention des généralistes: Pourquoi MG-France a signé. Un entretien avec R. Bouton. *Le Concours médical* 119: 1055-1057
- Chabrun-Robert, C. (1999): La démographie médicale et le revenu des médecins libéraux en 1997. *Le Concours médical* 121: 659-663
- CNAMTS (jährlich): Le secteur libéral des professions de santé. Bloc-Notes statistiques. Paris
- Cour des comptes (2000): La sécurité sociale. Septembre 2000. Paris: Les éditions des Journaux officiels
- Delorme, J. (1997): L'opposition de la CSMF à l'option conventionnelle. *Le Concours médical* 119: 2368-2369
- Duprez, A. (1991): Quelles études, quelle formation, pour quelle médecine générale? In: *Médecins généralistes: le malaise. Projections. La santé au futur* 5/6: 23-27
- Gay, B. (1997): L'enseignement de la médecine générale à l'université. *La revue du praticien – médecine générale* 11 (404): 23-25
- Hassenteufel, P. (1997): Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne. Paris: Presses de Sciences Po
- Haut Comité de la Santé Publique (1994): La santé en France. Rapport général. Paris: La documentation française
- Haut Comité de la Santé Publique (1996): La santé en France 1996. Paris: La documentation française
- Hermann, M.; Braun, V.; Schwantes, U. (2000): Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch ein Primärarztssystem. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 32: »... aber vieles besser«? Gesundheit »rot-grün«. Hamburg: Argument, S. 38-57
- Huteau, G.; Le Bont, E. (1997): Sécurité sociale et politiques sociales. 2e éd. Paris: Colin

- Kochen, M. (1994): Auf dem Weg zu einem Primärarztssystem in Deutschland? Die Ersatzkasse 9: 343-346
- Lachaux, A. (1989): Rapport sur la médecine générale. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale et au ministre d'Etat, ministre de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports. Paris: La documentation française
- Le Fur, P.; Le Pape, A.; Sermet, C. (1998): La prescription pharmaceutique des médecins libéraux. Etude n°1212. Paris: CREDES
- Marzi, C.; Abholz, H.-H. (1999): Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarzt-systems. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 75: 736-743
- Mattéi, J.F.; Etienne, J.C.; Chabot, J.M. (1997): Le même internat pour tous: la fin de la sélection par l'échec. La revue du praticien – médecine générale 11 (404): 11-14
- Mizrahi, An.; Mizrahi, Ar. (1991): Prescriptions et revenus: le poids de la médecine générale en France. In: Médecins généralistes: le malaise. Projections. La santé au futur 5/6: 73-78
- Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal officiel de la République Française du 25 avril 1996: 6311-6324
- Roumiguères, E. (1999): Le revenu libéral moyen des médecins en 1997. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques, janvier 1999, n° 3
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos
- Soubie, R.; Portos, J.L.; Prieur, C. (1994): Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Rapport au Premier Ministre. Paris: La documentation française
- Zeitschrift für Allgemeinmedizin (1998): Primärarztssysteme. 74: 1019-1038