

Hausarztorientierte Versorgung

Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung

Ein Evidenz-Report

Berlin 16.02.2009

Sebastian Haller

Marcial Velasco Garrido

Reinhard Busse

Inhaltsverzeichnis

1.	HAUSARZTORIENTIERTE VERSORGUNG - WESENSMERKMALE	1
2.	METHODEN	5
2.1.	SELEKTION DER RELEVANTEN ÜBERSICHTSARBEITEN.....	5
2.2.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	5
3.	ERGEBNISSE.....	5
3.1.	CHARAKTERISTIKA DER ÜBERSICHTSARBEITEN	5
3.2.	ZUGANG	12
3.3.	KONTINUITÄT.....	13
3.4.	ARZT-PATIENTENBEZIEHUNG.....	15
3.5.	KOORDINIERUNG.....	16
3.6.	QUALITÄT	17
3.7.	KOSTENEFFEKTIVITÄT.....	19
4.	ZUSAMMENFASSUNG/ DISKUSSION	20
4.1.	INHALTLICHE DISKUSSION	20
4.2.	METHODISCHE ANMERKUNGEN	21
5.	LITERATURVERZEICHNIS	23
6.	ANHANG	25

HINWEIS

In diesem Bericht wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit immer Personen beider Geschlechter gemeint.

1. Hausarztorientierte Versorgung - Wesensmerkmale

Die Begriffe Primärversorgung, Hausarztversorgung, hausarztorientierte Versorgung und ihre englischen Äquivalente, wie *primary care*, *family medicine*, *general practice* werden im Allgemeinen zwar synonym verwendet; die Bedeutung der Inhalte, die mit *primary care* in Verbindung gebracht werden, variieren jedoch international stark. Entsprechend den verschiedenen Definitionen von *primary care* existieren unterschiedliche Definitionen von primärmedizinischer Versorgung in Abgrenzung zu spezialisierter Versorgung, sei diese ambulant oder stationär.

Der Begriff *primary care* drang erstmalig mit dem Erscheinen des Dawson Reports 1920 an die Öffentlichkeit. Eine der ersten Amtshandlungen des 1919 gegründeten britischen Gesundheitsministeriums bestand darin, Lord Dawson zum Leiter eines Beratungsgremiums zur Gesundheitsversorgung zu ernennen. In dessen Zwischenbericht zur Zukunft der Gesundheitsversorgung wurden Gesundheitszentren („*primary health care centres [...] institutions equipped for services of curative and preventive medicine [...]*“) beschrieben, die den Mittelpunkt der regionalen Gesundheitsversorgung bilden sollten (Dawson 1920).

Mitten in einer Epoche, in der technischer Fortschritt in der Medizin und die zunehmende Ausdifferenzierung medizinischer Spezialgebiete im Vordergrund standen, wurde 1974 von einer Gruppe europäischer Vordenker das Berufsbild des Allgemeinmediziners definiert. In ihrer Erklärung „*The General Practitioner in Europe*“ (Der Allgemeinmediziner in Europa) beschreibt die Leeuwenhorst-Gruppe die Allgemeinmediziner als die Berufsgruppe, die persönliche Primär- und Langzeitversorgung bietet und die Langzeitbetreuung von Patienten mit chronischen, wiederkehrenden oder unheilbaren Erkrankungen übernimmt (Leeuwenhorst-Gruppe 1974) (siehe Box 1. „*The General Practitioner in Europe*“ – Statement der Leeuwenhorst-Gruppe). Diese Definition unterstreicht den allumfassenden und langfristigen Charakter der Beziehung zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und ihren Patienten, wobei diese Kontinuität die Gelegenheit bietet, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, dass für die Förderung der Gesundheit der einzelnen Patienten nützlich ist.

Box 1. „*The General Practitioner in Europe*“ – Statement der Leeuwenhorst-Gruppe (1974)

„The general practitioner is a licensed medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families and a practice population, irrespective of age, sex and illness. It is the synthesis of these functions which is unique. He will attend his patients in his consulting room and in their homes and sometimes in a clinic or a hospital. His aim is to make early diagnoses. He will include and integrate physical, psychological and social factors in his considerations about health and illness. This will be expressed in the care of his patients. He will make an initial decision about every problem which is presented to him as a doctor. He will undertake the continuing management of his patients with chronic, recurrent or terminal illnesses.

Prolonged contact means that he can use repeated opportunities to gather information at a pace appropriate to each patient and build up a relationship of trust which he can use professionally.

He will practice in cooperation with other colleagues, medical and non-medical. He will know how and when to intervene through treatment, prevention and education to promote the health of his patients and their families. He will recognise that he also has a professional responsibility to the community.“

Quelle: Leeuwenhorst-Gruppe 1974.

Im Jahr 1978 wurde gemeinsam von der WHO und UNICEF die „*Conference on Primary Health Care*“ (Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung) in Alma-Ata¹ organisiert, bei der unter anderem ein Konzept von „*primary health care*“ klar umrissen wurde (siehe Box 2. Auszug aus der Alma-Ata Deklaration). Im

¹ Heute Almaty

Vordergrund dieses Konzepts steht die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sowie die Partizipation der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und der Bevölkerung selbst. Entsprechend der Alma-Ata Deklaration ist *primary care* lediglich die primärärztliche Versorgung, einer von mehreren Bestandteilen, die zusammen *primary health care* ausmachen. Einige Merkmale sind für eine hausarztbasierte Versorgung relevant: es handelt sich um die erste Kontaktstelle zwischen Bevölkerung und Gesundheitswesen und sie bietet eine umfassende Versorgung, die nicht auf kurative Interventionen begrenzt ist, sondern auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einbezieht.

Box 2. Auszug aus der Alma-Ata Deklaration

[...]

Punkt VI

„Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.“

Punkt VII

Primary health care:

- reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
- addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
- includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
- involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
- requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
- should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
- relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

[...]

Quelle: WHO 1978

Im Jahr 1998 legte die WHO-Europe Merkmale fest, die „*general practice*“ charakterisieren, um die Allgemeinmedizin für die Erfüllung der in der Alma-Ata Deklaration beschriebenen Aufgaben zu qualifizieren (WHO Europe 1998):

- Allgemein (*general*): befasst sich mit der gesamten Bevölkerung, unabhängig von Erkrankungen und Beschwerden.
- Kontinuierlich (*continuous*): langfristige Beziehung zu den Patienten, nicht auf eine Krankheitsepisode beschränkt.
- Umfassend (*comprehensive*): umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, kurative sowie rehabilitative und palliative Medizin.
- Koordinierend (*coordinated*): sorgt nach dem ersten Kontakt für notwendige Überweisungen zu Spezialisten oder anderen Gesundheitsberufe und koordiniert die gesamte Versorgung.
- Kooperativ (*collaborative*): arbeitet mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen zusammen.
- Familienorientiert (*family-oriented*): befasst sich mit den Gesundheitsproblemen der Patienten im familiären Kontext
- Gemeinschaftsorientiert (*community-oriented*): befasst sich mit Gesundheitsproblemen der Patienten im gesellschaftlichen Kontext, befasst sich mit Gesundheitsproblemen, die die lokale Bevölkerung betreffen und kooperiert mit anderen Sektoren, um diese anzugehen.

2002 wurde von der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) eine umfassendere Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin für Europa vorgelegt, mit dem Ziel Anforderungskataloge für Ausbildung, Forschung und Qualitätssicherung ableiten zu können, die eine Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin zur Erfüllung der gesundheitlichen Bedürfnisse der europäischen Bevölkerung ermöglichen. In dieser Definition wird unterschieden zwischen den Wesensmerkmalen der Allgemeinmedizin als Disziplin, der Allgemeinmedizin als Spezialgebiet und den Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin (WONCA 2002) (siehe Box 3. Auszug aus der europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin). Die zentralen Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin bzw. einer hausarztbasierten Versorgung sind: Zugänglichkeit, Kontinuität, längere bzw. intensivere Arzt-Patientenbeziehung, Koordinierung und umfassende Versorgung.

Box 3. Auszug aus der europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin

I. Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin:

A) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme[...]

B) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung , Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patienten anliegen übernimmt.

C) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist,

D) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses [...]

E) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.

F) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.

G) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen [...]

H) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens[...] darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.

I) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.

J) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.

K) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.

II. Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet

Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen [...]

III. Die Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin / Hausarztes

[...]

Die elf zentralen Wesensmerkmale der Disziplin beziehen sich auf elf Fähigkeiten, die jeder Hausarzt als Spezialist beherrschen sollte. Sie lassen sich in sechs Kernkompetenzen zusammenfassen (unter Bezugnahme auf die entsprechenden Wesensmerkmale):

1. Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben (A, B)
2. Personenbezogene Betreuung (C, D, E)
3. Spezifische Problemlösungsfertigkeiten (F, G)
4. Umfassender Ansatz (H, I)
5. Gemeinschaftsorientierung (J)
6. Ganzheitliches Modell (K)

§2.

In der Ausübung seines Fachs setzt der kompetente Allgemeinmediziner diese Fähigkeiten in drei Bereichen um:

- a) klinische Aufgaben
- b) Kommunikation mit den Patienten, und
- c) Praxismanagement.

§3.

[...]

Quelle: WONCA 2002

Am 14. Okt 2008 hat die WHO ein weiteres Mal die weltweite Aufmerksamkeit auf die Primärversorgung gerichtet, mit der Veröffentlichung des World Health Report 2008 unter dem Titel: „*Primary Health Care, now more than ever*“ (WHO 2008). Der Bericht, der 30 Jahre nach Verabschiedung der Alma-Ata Deklaration symbolträchtig in Almaty vorgestellt wurde, verdeutlicht, dass selbst in entwickelten Ländern in den letzten 30 Jahren zu wenig Fortschritt hin zu einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung stattgefunden hat. Der World Health Report kritisiert, dass in reichen Ländern weiterhin ein Fokus auf einer Spezialisierung der Medizin liegt und dass zu kurzfristige Prioritätensetzungen zu einer Fragmentierung der Gesundheitssysteme geführt haben (WHO 2008). Laut diesem Bericht könnte eine hausarztbasierte primärmedizinische Versorgung in allen Ländern der Welt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung führen.

Es stellt sich die Frage, in welcher Form eine hausarztorientierte Versorgung tatsächlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in einer Bevölkerung beitragen kann. Dabei ist von Interesse, welche Evidenz für einen Einfluss von hausarztbasierter Versorgung auf Gesundheitsindikatoren, auf die Zufriedenheit der Patienten (bzw. der Bevölkerung) oder auf die Kosten der Versorgung besteht. Darüber hinaus ist zu erörtern, welche der Wesensmerkmale der hausarztorientierten Versorgung zu diesen Outcomes beitragen und wie dies geschieht. Diese Aspekte sind in den letzten Jahren in verschiedenen Studien analysiert worden und in einer Reihe von Übersichtsarbeiten zusammengefasst worden.

2. Methoden

Um den aktuellen Stand der Forschung zur Bedeutung von hausarztorientierter Versorgung darzustellen, werden hier die Ergebnisse von 22 Übersichtsarbeiten in Form eines narrativen Reviews zusammengestellt.

2.1. Selektion der relevanten Übersichtsarbeiten

Die Reviews wurden nach dem Schneeballprinzip identifiziert. Sechs Reviews wurden bei einer Expertenbefragung als herausragende Übersichtsarbeiten, die sich mit dem potentiellen Beitrag einer hausarztbasierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung befassen, identifiziert (Engström *et al.* 2001, Smetana *et al.* 2007, Sans-Corrales *et al.* 2006, Atun 2004, Health Council of the Netherlands 2004, Starfield *et al.* 2005). Die Literaturlisten dieser Reviews wurden nach weiteren relevanten Übersichtsarbeiten durchsucht. Darüber hinaus wurde eine Literaturrecherche in Medline durchgeführt, mit dem Ziel aktuelle, relevante Übersichten zu identifizieren. Durch diese beiden Schritte, sind insgesamt 16 weitere Reviews identifiziert worden, die verschiedene Aspekte einer hausarztorientierten Versorgung beleuchten. In diesem Bericht werden keine primären Studien bewertet.

2.2. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeiten werden im folgenden Kapitel dargestellt und sind in Anlehnung an die von der WONCA definierten Wesensmerkmale einer hausarztbasierten Versorgung gegliedert: Zugang, Kontinuität, Arzt-Patientenbeziehung, Koordinierung, hochwertige und umfassende Versorgung (Qualität) und Kosteneffektivität. In Tabelle 2 findet sich eine Einteilung der Übersichtsarbeiten entsprechend der methodischen Qualität, eine detaillierte Zusammenfassung der Methoden (Suchstrategien, Selektionskriterien und Qualitätsbewertungen der Literatur) wird in Tabelle A-1 dargestellt.

Im Rahmen der Diskussion wird insbesondere auf die Limitationen der hier zusammengefassten Übersichtsarbeiten eingegangen.

3. Ergebnisse

3.1. Charakteristika der Übersichtsarbeiten

Insgesamt wurden 22 Übersichtsarbeiten für diesen Bericht berücksichtigt (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**; Details siehe Tabelle A-1. Übersichtsarbeiten zur hausarztorientierten Versorgung und ihrer verschiedenen Aspekte im Anhang).

Hypothesen und Fragestellungen der selektierten Übersichtsarbeiten decken sehr verschiedene Bereiche der Versorgungsforschung ab. Die ausgewählten Reviews fassen weit mehr als 1000 Publikationen zusammen und stellen so einen Großteil der aktuellen internationalen Forschungsergebnisse zu den verschiedenen Aspekten einer hausarztbasierten Versorgung dar. Die Übersichten zeigen dabei wenig Überlappung. So fanden sich bei den 263 Primärstudien der oben genannten sechs Übersichtsarbeiten, die als Ausgangspunkt verwendet wurden, lediglich 43 Studien, die in mehr als einer Arbeit zitiert wurden.

Tabelle 1. Zusammenfassung ausgewählter Übersichtsarbeiten zur hausarztorientierten Versorgung

Autoren	Jahr	Methodik der Übersicht			Thematik
		Recherche Strategie	Selektionskriterien	Bewertung der Qualität	
Smetana <i>et al.</i>	2007	Suche: 1980-2005 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien berichtet	Studien zu Therapieerfolgen von Hausärzten und Spezialisten werden auf methodische Defizite untersucht
Sans-Corrales <i>et al.</i>	2006	Suche: bis 2005 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Keine Angaben	Sammlung von Evidenz zum Nutzen von Kern-Attributen der Primärversorgung: Zugänglichkeit, Kontinuität, Dauer der Konsultation, Arzt-Patientenbeziehung. (Outcome: Gesundheit, Zufriedenheit, Kosten)
Starfield <i>et al.</i>	2005	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Internationale Vergleiche von PC (wie z.B. Assoziation von Allgemeinmediziner / 10000 Personen zu Gesundheit, zu Zufriedenheit und zu Kosten), Versorgungsunterschiede innerhalb Regionen der USA
Stille <i>et al.</i>	2005	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Effekte verschiedener ambulanter Modelle zur Koordinierung der Gesundheitsversorgung auf patientenrelevante Outcomes
Atun	2004	Suche: 1980-2003 Suchwörter nicht dokumentiert Datenbanken dokumentiert	Nicht eindeutig beschrieben	Ja, Kriterien nicht berichtet	Literatur zu Vor- und Nachteilen einer stärker auf PC ausgerichteten Gesundheitsversorgung: internationale Vergleiche und Studien zu Equity und Access, Qualität und Effizienz, Kosteneffektivität, Patientenzufriedenheit und Generalisierbarkeit
The Health Council of the Netherlands	2004	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Studien zu internationalen Vergleichen von PC, Organisationsformen von PC in Europa, perspektivische Überlegungen zur Zukunft von PC in Europa
Cabana & Jee	2004	Suche: 1966-2002 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Keine Angaben	Evidenz zu Effekten nachhaltiger Kontinuität im Sinne einer langandauernden vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung
Starfield & Shi	2004	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Evidenzsammlung zur Bedeutung eines „medical home“
Reid <i>et al.</i>	2002	Suche: bis 2002 Suchwörter und	Nicht eindeutig	Keine Angaben	Kontinuierliche Gesundheitsversorgung: Definitionen, Konzepte, Evidenz

		Datenbanken dokumentiert	beschrieben		
Wilson & Child.	2002	Suche: 1966-1999 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben	Sammlung von Evidenz zur Assoziation der Konsultationslänge mit patientenrelevante Outcomes
Di Blasi <i>et al.</i>	2001	Suche: bis- 2001 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben, Score	Effekte unterschiedlicher Arzt-Patientenbeziehungen auf patientenrelevante Outcomes
Engström <i>et al.</i>	2001	Suche: 1988-2001 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Nicht eindeutig beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben, Score	PC und gesundheitliche Outcomes, PC und Kosten im Gesundheitssystem, Studien zu Kostenerstattungssystemen, Studien zum Effekt von Gatekeeping und Studien zur Kontinuität der Versorgung, Versorgungsqualität
Seddon <i>et al.</i>	2001	Suche: 1995-1999 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben	Anwendungsunterschiede leitliniengerechter Therapie zwischen PC und SC in Großbritannien, Australien und Neuseeland
Go <i>et al.</i>	2000	Suche: 1980-1997 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben	Studien zu Vergleichen zwischen Kardiologen und Allgemeinmedizinern bei der Behandlung von Koronarer Herzkrankheit (fokussiert auf die USA)
Roberts & Mays	1998	Suche: bis- 1997 Suchwörter nicht dokumentiert Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien nicht beschrieben	Evaluationen zu Neuausrichtungen an der Schnittstelle zwischen spezialisierter Notfallmedizin und PC, Fokus auf Prozess und Kosteneffektivität
Cram <i>et al.</i>	1998	Suche: 1992-1997 Suchwörter nicht dokumentiert Datenbanken dokumentiert	Nicht eindeutig beschrieben	Ja, Kriterien nicht beschrieben	Versorgungsunterschiede durch Spezialisten und Allgemeinmediziner hinsichtlich Qualität, Patientenzufriedenheit und Kosten
Donohoe	1998	Suche: 1966-1998 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Nicht eindeutig beschrieben	Ja, Kriterien nicht beschrieben	Qualitätsunterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten bei der Diagnostik und Behandlung spezifischer Erkrankungen
Griffin & Kinmonth	1998	Suche: bis 1996 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien beschrieben	Cochrane Review zu Unterschieden in Prozess- und Outcomeparametern bei Therapie von Diabetes mellitus durch Spezialisten oder Allgemeinmediziner
McCull <i>et al.</i>	1998	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Methode zur Identifizierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren

Godber <i>et al.</i>	1997	Suche: 1985-1996 Suchwörter und Datenbanken dokumentiert	Ausführlich beschrieben	Ja, Kriterien nicht beschrieben	Sammlung Gesundheitsökonomischer Evaluationen von Programmen zur Stärkung von PC
Freeman & Hjortdahl	1997	Suchwörter und Datenbanken nicht dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Evidenz zu verschiedenen Aspekten von Kontinuität, insbesondere zu persönlicher Kontinuität
Bartter & Pratter	1996	Suche: 1986-1996 Suchwörter nicht dokumentiert Datenbank dokumentiert	Keine Angaben	Keine Angaben	Unterschiede bei der Versorgung von Asthmatikern durch Allgemeinmediziner und Spezialisten

Einige Autoren evaluieren die Evidenz zu Kontinuität in der Versorgung, andere nehmen sich der Frage nach ökonomischer Effizienz an, oder es werden Unterschiede in der Versorgung einer Einzelerkrankung zwischen Spezialisten und Allgemeinmedizinern evaluiert. Darüber hinaus wird Evidenz zu Einflüssen einer hausarztbasierten Versorgung auf die Effizienz nationaler Gesundheitssysteme gesammelt, sowie Evidenz zu Effekten veränderter Aufgabenverteilungen zwischen den Berufsgruppen „Allgemeinmediziner“ und „Spezialisten“.

Die hier vorgestellten Arbeiten unterscheiden sich auch hinsichtlich der methodischen Herangehensweise. Reid *et al.* (2002) stellen eine sehr breite Literatursuche vor, deren Ziel es war, möglichst alle publizierten Definitionen von kontinuierlicher Versorgung aufzulisten. Dafür wurden 583 Veröffentlichungen eingeschlossen. Im Gegensatz dazu haben Griffin & Kinmonth (1998) sich auf eine detaillierte Analyse von fünf randomisierten, kontrollierten Studien beschränkt. In diesem Cochrane-Review werden Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nachvollziehbar dargelegt. In anderen der hier zusammengefassten Arbeit kann unterstellt werden, dass eher subjektive Einschätzungen der Evidenz getroffen wurden, da eine Darstellung der zugrunde liegenden Methodik unterbleibt. In mehreren Reviews fehlt eine detaillierte Darstellung der Strategien zur Informationsgewinnung sowie der zur Literatursuche genutzten Selektionskriterien. Dementsprechend zeigt sich auch bei den Ergebnissen und Schlussfolgerungen der Übersichtsarbeiten ein heterogenes Bild.

Erschwert wird eine Zusammenfassung dieser Übersichtsarbeiten auch dadurch, dass keine einheitlichen Definitionen für hausarztorientierte und spezialistenzentrierte Versorgung, beziehungsweise für die Begriffe Allgemeinmediziner und Spezialist verwendet werden.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Themenfelder, die in den jeweiligen Übersichtsarbeiten behandelt wurden und eine Qualitätsbewertung .

Tabelle 2. Übersicht der behandelten Themenfelder

Übersicht	Aspekte einer hausarztorientierte Versorgung						Internationale Vergleiche	Qualität
	Zugang	Kontinuität	Arzt-Patientenbeziehung	Koordinierung	Qualität der Versorgung	Kosteneffektivität		
Smetana et al. 2007								SR
Wilson & Child. 2002								SR
Di Blasi et al. 2001								SR
Seddon et al. 2001								SR
Go et al. 2000								SR
Griffin & Kinmonth 1998								SR
Sans-Corrales et al. 2006								quasi SR
Atun 2004								quasi SR
Cabana & Jee 2004								quasi SR
Reid et al. 2002								quasi SR
Engström et al. 2001								quasi SR
Roberts & Mays 1998								quasi SR
Godber et al. 1997								quasi SR
Cram et al. 1998								nicht SR
Donohoe 1998								nicht SR
Starfield et al. 2005								nicht SR
Stille et al. 2005								nicht SR
The Health Council of NL 2004								nicht SR
Starfield & Shi 2004								nicht SR
McColl et al. 1998								nicht SR
Freeman & Hjortdahl 1997								nicht SR
Bartter & Pratter 1996								nicht SR

Qualität: SR = systematische Übersichtsarbeit (wenn wesentlichen Merkmalen der Recherchestrategie, Selektions- und Bewertungskriterien berichtet wurden), quasi-SR = quasi systematische Übersichtsarbeiten (wenn wesentlichen Merkmalen der Recherchestrategie, Selektions- oder Bewertungskriterien berichtet wurden), nicht-SR = nicht systematische Übersichtsarbeit (wenn weder Recherchestrategie, Selektions- oder Bewertungskriterien berichtet wurden).

3.2.Zugang

Entsprechend der Definition der WONCA stellt die Allgemeinmedizin „normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“ (WONCA 2002).

In einem Land wie den USA, wo große soziale Unterschiede im Zugang zum Gesundheitssystem existieren², hat sich gezeigt, dass durch die Teilnahme von sozial benachteiligten Gruppen an hausarztorientierten Versorgungsprogrammen, Zugangsbarrieren deutlich reduziert werden können und sich die Versorgungslage dieser Gruppen verbessert (Starfield & Shi 2004). Missstände in der Versorgung von benachteiligten Minderheiten in den USA sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern sind durch das Fehlen eines spezifischen Hausarztes, durch längere Wartezeiten und durch die regelmäßige Benutzung von Rettungswachen als ambulante Primärversorgung gekennzeichnet. Diese Probleme lassen sich durch Zuweisung zu einem Hausarzt (d.h. die Errichtung eines sogenannten „*medical home*“, siehe unter 3.3 Kontinuität) reduzieren (Starfield *et al.* 2005, Starfield & Shi 2004).

In internationalen Vergleichen zeigt sich, dass bei höheren anteiligen Gesundheitsausgaben für *primary care*, die Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsversorgung sinken (erhöhte Versorgungsgerechtigkeit), und zwar bei insgesamt niedrigerer Mortalität und Morbidität (Atun 2004). Andererseits kann in Entwicklungsländern beobachtet werden, dass eine zunehmende Spezialisierung in der Medizin mit vermehrter sozialer Ungleichheit beim Zugang zum medizinischen System einhergeht (Atun 2004).

Es liegt Evidenz vor, dass eine hausarztbasierte Versorgung mit niedrigeren Zugangsbeschränkungen (einschließlich niedrigerer Wartezeiten) assoziiert ist, und diese wiederum mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit verminderten Rettungswachenbesuchen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergehen (Engström *et al.* 2001, Sans-Corrales *et al.* 2006). Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem sei auch mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert, wie das Beispiel von Dänemark zeige, einem Land mit einem ausgedehnten *primary care*-System, in welchem 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche allgemeinmedizinische Versorgung angeboten wird (Atun 2004).

Unter dem Aspekt des Zugangs werden sehr häufig hausarztorientierte Gesundheitssysteme mit Gatekeeping-Systemen gleichgesetzt, was der Bedeutung einer hausarztorientierten Versorgung nicht gerecht wird (Atun 2004). Beim *gatekeeping* geht es darum, durch eine Beschränkung des Zugangs zur spezialisierten Versorgung die Rolle der hausärztlichen Versorgung zu stärken. Durch die Verpflichtung einen Hausarzt zu besuchen, um Zugang zur weiteren spezialisierten Versorgung zu erlangen, wird erwartet, dass die Grundprinzipien von *primary care* (allgemein, kontinuierlich, umfassend und koordinierend) gestärkt werden können, unter der Voraussetzung, dass die *gatekeeper* tatsächlich nach den Prinzipien der hausarztbasierten Versorgung arbeiten. In Gatekeeping-Systemen wird v.a. Potential für Kosteneinsparungen gesehen (Cram *et al.* 1998).

In wenigen Übersichtsarbeiten wird dieser Gesichtspunkt des Zugangs und die dazu gehörende Evidenz zur Bedeutung von Gatekeepingmodellen gesondert dargestellt.

Engström *et al.* fassen vier Studien zusammen, in denen Gatekeeping untersucht wurde. Zwei Studien betrachten mittels OECD-Daten Einflüsse von Gatekeeping auf Gesundheitssysteme. Zwei andere Untersuchungen

² Unterschiede im Zugang zum Gesundheitssystem entstehen einerseits durch das Fehlen einer Krankenversicherung bei vielen US-Amerikanern. Andererseits bestehen auch bei vorhandener Krankenversicherung Unterschiede im Zugang, die auf Unterschieden im sozioökonomischen Status beruhen.

randomisierten einen Teil der Patienten in ein Gatekeeping-System. Dabei zeigen sich Belege dafür, dass es durch Gatekeeping tendenziell zu einer Kostenreduktion sowie zu einer Reduktion der Anzahl an Krankenhaus- und Poliklinikbesuchen kommt und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden kann (Engström *et al.* 2001).

In der Publikation des Health Council of the Netherlands wird die Organisation der hausarztorientierten Versorgung in verschiedenen europäischen Ländern verglichen. In Systemen mit Gatekeeping nimmt die Bevölkerung tatsächlich häufiger über den Allgemeinmediziner den Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem auf. Eine Registrierung aller Versicherten bei einem Hausarzt bei gleichzeitigem Gatekeeping scheint zudem Kontinuität, Umfang und Koordination der gesundheitlichen Leistungen zu verbessern helfen (Health Council 2004). Dieser Bericht befindet die Studienlage zu Gatekeeping allerdings für nicht ausreichend um klare Aussagen treffen zu können, und weist auf die Notwendigkeit von Evaluationen zu Effekten von Gatekeeping auf der Makroebene hin.

Einschränkungen der freien Arztwahl, die insbesondere in Gatekeeping-Systemen auftreten können, könnten jedoch gut funktionierenden Arzt-Patientenbeziehungen entgegenstehen, da sie eine persönliche Auswahl einschränken (Freeman & Hjortdahl 1997). Da Gatekeeping-Modelle das Ziel haben, die Nutzung der spezialisierten Versorgung zu reduzieren, müssen sie so konzipiert werden, dass eine Einschränkung der Zugänglichkeit zu angemessenen Versorgungsangeboten unbedingt vermieden wird (Stille *et al.* 2005).

Es zeigt sich, dass Gatekeeping in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zwar thematisiert wird und, dass diesem Gesichtspunkt der hausarztorientierten Versorgung eine besondere Bedeutung bei der Patientenversorgung beigemessen wird, jedoch die Studienlage dazu bisher wenig evaluiert wurde.

3.3.Kontinuität

Kontinuität wird in den oben vorgestellten Definitionen als ein zentrales Attribut von *primary care* gesehen. Die hausarztorientierte Versorgung „*ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich*“ (WONCA 2002). Entsprechend wird Kontinuität in 19 der ausgewählten Arbeiten zumindest erwähnt, drei Übersichtsarbeiten befassen sich ausschließlich mit der Untersuchung der Evidenz zur Bedeutung von Kontinuität in der Patientenversorgung. Auch für kontinuierliche Versorgung bestehen verschiedene Definitionen und es werden unterschiedliche Versorgungsaspekte darunter subsumiert.

Reid *et al.* versuchen, die gesamte Vielfältigkeit von Kontinuität in *primary care* darzustellen. Sie gingen der Frage nach, was in der Literatur unter kontinuierlicher Gesundheitsversorgung verstanden wird und welche unterschiedlichen Konzepte bestehen. Aus 465 Publikationen extrahierten sie unterschiedliche Definitionen von Kontinuität, die dann auf einem Workshop Gesundheitsexperten vorgelegt wurden. Bei diesem Workshop wurden Kernelemente von Kontinuität identifiziert. Nach Reid *et al.* bestehen zwei zentrale Elemente die eine Versorgungskontinuität charakterisieren. Kontinuität kann nur bestehen in einer Versorgung, die:

- von einem Individuum erfahren wird und
- über einen Zeitraum aufrechterhalten wird.

Diese beiden Elemente müssen vorhanden sein, damit eine Versorgungskontinuität bestehen kann, sie sind allein jedoch nicht ausreichend um eine Kontinuität herzustellen. Zusätzlich zu den Kernelementen bestehen drei Varianten von Kontinuität:

- Informationskontinuität (Transfer und Nutzung von Patienteninformationen)
- Kontinuität in der Beziehung (Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer über Zeit ohne personelle Wechsel)

- Management Kontinuität (zeitnahe, auf sich ändernde Bedürfnisse des Patienten abgestimmte, unterschiedliche Leistungserbringer integrierende Versorgung)

Diese Varianten von Kontinuität können parallel bestehen und sind nicht immer scharf voneinander trennbar. So ist beispielsweise eine Informationskontinuität auch gegeben, wenn Kontinuität in der Arzt-Patientenbeziehung und damit Kontinuität in der Beziehung besteht. Weiterhin ergeben sich verschiedene Sichtweisen auf eine kontinuierliche Versorgung:

Kontinuität aus politischer Sicht ergibt sich aus einem adäquaten Zugang für die Patienten zur Versorgung, einer funktionierenden Arzt-Patientenbeziehung, gutem Informationsfluss zwischen verschiedenen Leistungserbringern und einer guten Koordinierung der Versorgung.

Aus Patientensicht ist Kontinuität gekennzeichnet durch eine zusammenhängende und zeitlich kohärente Versorgung.

Aus der Leistungserbringersicht ist Kontinuität überwiegend durch Kenntnis der Krankengeschichte und des Patienten gekennzeichnet.

Diese Übersichtsarbeit, die im Auftrag des kanadischen Beratungsgremiums zur Gesundheitspolitik erstellt wurde, zeigt, dass Ergebnisse aus Evaluationen von kontinuierlicher Versorgung immer vor dem Hintergrund der vorangestellten Definition betrachtet werden müssen. Einheitliche Indikatoren zur Messung von Kontinuität werden bisher nicht verwendet. Kritisiert wird von den Autoren, dass bei Evaluationen kontinuierlicher Versorgung zu häufig lediglich Systeme, denen eine Förderung der Versorgungskontinuität zugeschrieben wird, evaluiert und verglichen werden mit Systemen, die theoretisch weniger Kontinuität in der Versorgung begünstigten. Selten jedoch wird untersucht, ob es aus Leistungserbringer- und Patientensicht durch Systemveränderungen wie zum Beispiel *gatekeeping* tatsächlich zu einer Zunahme der Kontinuität gekommen ist (Reid *et al.* 2005).

Cabana unterscheidet zwischen zwei Konzepten von Kontinuität (Cabana 2004):

Nachhaltige Kontinuität (*sustained continuity of care*), zeichnet sich durch eine langandauernde, vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung aus.

Kontinuität, die sich dadurch auszeichnet, dass der Patient denselben Arzt bei jeder Sitzung sieht (*continuity of care*).

In dieser Übersichtsarbeit wird der Zusammenhang zwischen nachhaltiger Kontinuität und Versorgungsqualität untersucht. Dabei wurden nur Studien berücksichtigt, in denen Kontinuität nicht nur angenommen, sondern tatsächlich gemessen wurde. In keiner der eingeschlossenen Studien³ fanden sich negative Effekte nachhaltiger Kontinuität, vielmehr bestand eine Assoziation nachhaltiger Kontinuität mit höherer Patientenzufriedenheit, niedrigeren Hospitalisierungsraten und mit einer häufigeren Durchführung präventiver Maßnahmen, wobei insbesondere Patienten mit chronischen Erkrankungen von nachhaltiger Kontinuität profitieren (Cabana 2004).

Freeman und Hjortdahl gehen in ihrer Übersichtsarbeit der Frage nach, ob die Arztwahl zugunsten einer verbesserten Versorgungskontinuität eingeschränkt werden sollte. Die Autoren unterscheiden zwischen persönlicher Kontinuität, wobei der Schwerpunkt auf der Arzt-Patientenbeziehung liegt (ähnlich dem Konzept der nachhaltigen Kontinuität von Cabana) und einer Kontinuität, die sich nur durch die Häufigkeit der Arztbesuche beim selben Arzt auszeichnet (Freeman & Hjortdahl 1997). Die Studienlage spricht für eine höhere Relevanz persönlicher Kontinuität für die Qualität der Versorgung im Vergleich zu der einfachen Kontinuität.

³ Insgesamt 18 Studien, wobei 15 aus den USA stammen. 5 Studien befassten sich ausschließlich mit chronischen Erkrankungen.

Aus diesem Grund, plädieren sie für eine freie Arztwahl, die ihrer Ansicht nach einer persönlichen Beziehung förderlich sei, während eine Einschränkung der Arztwahl nur der longitudinalen Kontinuität zugute käme (Freeman & Hjortdahl 1997).

Eine besonders hohe Kontinuität in der Versorgung soll durch das sogenannte „*medical home*“ begünstigt werden. Der Begriff „*medical home*“ („medizinisches Zuhause“) steht hier für folgende Vorstellungen einer hausarztbasierten Versorgung (Starfield *et al.* 2004):

- Individueller Kontakt über lange Zeit
- Gute Zugänglichkeit
- Ganzheitliche Versorgung
- Koordinierung der Versorgung

Kontinuität ist als eine Säule des medizinischen Zuhauses der Patienten von Bedeutung. In dieser Übersichtsarbeit⁴ werden Belege dafür zusammengestellt, dass es durch ein solches medizinisches Zuhause zu verbesserter Effektivität und Qualität der Versorgung kommt und die sozialen Ungleichheiten in der Versorgung reduziert werden können (Starfield & Shi 2004).

Eine hohe Kontinuität in der Versorgung – wie auch immer diese definiert wurde – scheint mit besseren gesundheitlichen Outcomes (Atun 2004, Sans-Corrales *et al.* 2006), höherer Patientenzufriedenheit (Starfield *et al.* 2005, Engström *et al.* 2001, Sans-Corrales *et al.* 2006), weniger Laboruntersuchungen (Engström 2001), niedrigeren Hospitalisierungsraten bzw. Krankenhauseinweisungen (Starfield *et al.* 2005, Engström *et al.* 2001), verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen (Starfield *et al.* 2005, Engström *et al.* 2001), häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen (z.B. Gewichtsreduktion, Impfungen oder Thematisieren des Rauchverhaltens) (Sans-Corrales *et al.* 2006), besserer Compliance (Starfield *et al.* 2005, Engström *et al.* 2001) sowie geringeren Gesundheitskosten (Engström *et al.* 2001, Sans-Corrales *et al.* 2006) assoziiert zu sein. Insbesondere Patienten mit psychosozialen Problemen profitieren von einer hohen Kontinuität, da diese Art von Problemen durch die kontinuierliche Betreuung eher identifiziert und thematisiert werden (Starfield *et al.* 2005, Engström *et al.* 2001, Sans-Corrales *et al.* 2006).

In der „*roadmap*“ für 2007 stellt das Royal College of General Practitioners seine Visionen zur zukünftigen Entwicklung der Allgemeinmedizin vor. Kontinuität wird auch hier als wichtige Säule der Gesundheitsversorgung identifiziert, wobei diese durch die Weiterentwicklung elektronischer Krankenakten in Zukunft gefördert werden sollte, da sie den Verlust von Patienten-Informationen reduziere und dadurch eine Kontinuität der Patienteninformationen gewährleistet werden könne (Lakhani *et al.* 2007).

3.4.Arzt-Patientenbeziehung

Als ein Wesenmerkmal der hausarztorientierten Versorgung wird in der Definition der WONCA die Arbeit mit einem personenbezogenem Ansatz beschrieben, *„der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist. Sie [die Allgemeinmedizin] bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht“* (WONCA 2002).

Die Qualität der Arzt-Patientenbeziehung steht im Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung. Patienten zeigen sich am zufriedensten mit Ärzten, die warm, freundlich und mit einer beruhigenden Art selbstsicher

⁴ Diese Übersichtsarbeit legt nicht dar, nach welchen Kriterien die eingeschlossene Literatur ausgewählt wurde.

auftreten, eine auf den Patienten abgestimmte Versorgung anbieten und ein Interesse an den Erwartungen und Sorgen der Patienten zeigen (Sans-Corrales *et al.* 2006). Ärzte, die eine warme freundliche, den Patienten positiv bestärkende Beziehung zu führen versuchen, erreichen konsistent bessere Behandlungsergebnisse für ihre Patienten (Di Blasi *et al.* 2001).

Eine gute Arzt-Patientenbeziehung – die sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten auszeichnet – steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltenere Überweisungen (Sans-Corrales *et al.* 2006). Wilson und Child berichten, dass Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten weniger Medikamente verschreiben und eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Aktivitäten abgeben. Es sei aber nicht auszuschließen, dass die Konsultationslänge nur einen Marker für andere relevante Attribute der Ärzte – beispielsweise hatten Ärztinnen durchschnittlich längere Konsultationszeiten als ihre männlichen Kollegen – darstelle (Wilson & Child 2002).

Nicht zuletzt durch die längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten, wird im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten Beziehung unterstützt (Di Blasi *et al.* 2001).

3.5. Koordinierung

Eine hausarztorientierte Versorgung bzw. die Allgemeinmedizin „nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt“ (WONCA 2002). Eine gute Koordinierung zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten stellt die Basis für die Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung dar (Reid *et al.* 2002). Wie oben dargestellt, hat eine hohe Kontinuität eine große Bedeutung für den Erfolg einer hausarztorientierten Versorgung. Aufgrund der zentralen Rolle des Allgemeinmediziners in einer hausarztbasierten Gesundheitsversorgung, sollte dieser als Mediator zwischen verschiedenen Spezialisten und als Bindeglied zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen (sozialer, primärer und spezialisierter Versorgung) agieren (Lakhani *et al.* 2007). Neben Kontinuität ist die Koordinierung durch Allgemeinmediziner eine weitere tragende Säule des sogenannten „medical home“ (siehe 3.3 Kontinuität), die zur Reduktion von Ungerechtigkeiten in der Versorgung beitragen kann (Starfield & Shi 2004).

Mängel in der Koordination zwischen verschiedenen Fachrichtungen werden insbesondere von Patienten mit chronischen Erkrankungen häufig angegeben (Smetana *et al.* 2007). Verschiedene Patientenbefragungen zeigen, dass eine Verbesserung der Koordinierung der Versorgung, selbst in Ländern mit einer starken Orientierung an Prinzipien der hausarztorientierten Versorgung, von herausragender Bedeutung ist und noch ein großes Potenzial für Qualitätsverbesserungen birgt (Lakhani *et al.* 2008).

Der Vergleich zwischen OECD-Ländern zeigt, dass solche mit einer hausarztbasierten Versorgung und einer starken Ausrichtung der Primärversorgung auf die koordinierende Rolle des Hausarztes bessere Gesundheitsindikatoren aufweisen (Atun 2004). Niedrigerer Ressourcenverbrauch sowie niedrigere Hospitalisierungsraten sind zum Teil auf eine besser koordinierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen (Starfield *et al.* 2005).

Verschiedene Veröffentlichungen zeigen einen positiven Effekt einer durch *primary care teams* koordinierten Versorgung auf ambulanter Ebene, insbesondere für Parameter der Prozessqualität, z. B. Angemessenheit,

Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang, während für Gesundheitsparameter (z. B. Morbidität, Mortalität oder Lebensqualität) die Evidenzlage uneinheitlich ist, so dass hier weiterer Forschungsbedarf besteht⁵ (Stille *et al.* 2005)

Die Koordinierung der Versorgung durch den Hausarzt bedeutet eine nicht zu unterschätzende Arbeitsbelastung für diese Berufsgruppe, berücksichtigt man, dass zwischen 13% und 20% der Patienten einer durchschnittlichen Praxispopulation pro Jahr überwiesen werden (Starfield *et al.* 2005).

3.6. Qualität

Entsprechend den oben dargestellten Konzepten von allgemeinmedizinischer und hausarztorientierter Versorgung, soll diese „*Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention*“ fördern (WONCA 2002). In mehr als 50 Studien ist die Frage untersucht worden, ob qualitative Unterschiede (Prozess- bzw. Ergebnisqualität) zwischen Allgemeinmedizinern (*general practitioners, family doctors*) und Spezialisten bestehen. Im Allgemeinen folgen diese Studien der Annahme, dass unabhängig von gesundheitspolitischen und organisatorischen Rahmenbedingungen, Allgemeinmediziner aufgrund ihrer Ausbildung und dem Berufsbild eher die Grundprinzipien einer hausarztorientierten Versorgung erfüllen als Spezialisten. Somit könnten beispielsweise bessere klinische Outcomes bei Therapie durch Allgemeinmediziner für eine hausarztbasierte Versorgung sprechen.

In einer hochwertigen Übersicht fassen Smetana *et al.* Studien zusammen, die Therapieerfolge von Hausärzten und Spezialisten bezogen auf einzelne Erkrankungen verglichen haben. Diese werden insbesondere hinsichtlich ihrer adäquaten Berücksichtigung von Confoundern – wie etwa einer Adjustierung für die Faktoren Erfahrung der Ärzte, Unterschiede im behandelten Patientenkollektiv und Multimorbidität – diskutiert. Die Autoren zeigen, dass in Untersuchungen, die einen Behandlungsvorteil bei Spezialisten sahen (ca. 50% der eingeschlossenen Studien zeigten Behandlungsvorteile durch Spezialisten, ca. 10% sahen einen Behandlungsvorteil bei Allgemeinmedizinern, in ca. 40% fanden sich keine Unterschiede), seltener versucht wurde, einen Einfluss von Störgrößen auf die Studienergebnisse zu minimieren (Smetana *et al.* 2007). Aufgrund der von ihnen gefundenen methodischen Schwächen plädieren Smetana *et al.* für die Durchführung weiterer qualitativ hochwertiger Forschung in diesem Bereich.

Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) oder Herzinsuffizienz erhalten in den USA häufiger eine leitliniengerechte Therapie, wenn sie von Kardiologen behandelt werden als wenn Allgemeinmediziner ihre Versorgung übernehmen (Go *et al.* 2000). Unter Berücksichtigung gesundheitlicher Outcomes zeigten sich jedoch nur tendenziell bessere Behandlungsergebnisse durch Spezialisten, die meisten Studienergebnisse waren nicht signifikant (Go *et al.* 2000). Die Autoren dieser Übersichtsarbeit bemängeln die Qualität der vorliegenden Evidenz: nur eine der selektierten Studien war randomisiert, der Nachbeobachtungszeitraum lag meistens unter einem Jahr und in zu wenigen Publikationen wurden gesundheitliche Outcomes betrachtet (Go *et al.* 2000).

Auch bei der Versorgung von Asthmatikern – vor allem bei komplizierten Verläufen – gibt es Hinweise dafür, dass die Versorgung durch Experten zu besseren Ergebnissen führt (Bartter *et al.* 1996). Als Experten wurden jedoch nicht nur Pneumologen gewertet, sondern alle Ärzte – einschließlich Allgemeinmediziner –, die sich z. B.

⁵ Nicht zuletzt auch, weil in den Arbeiten „Koordinierung“ mit anderen Elementen von Managed Care vermischt wurde, so dass der alleinige Effekt einer verbesserten Koordinierung zwischen Hausärzten und Spezialisten schwer abgrenzbar war.

in Fortbildungen intensiv mit Asthma auseinandergesetzt hatten, was die Aussagekraft dieser Übersichtsarbeit sehr einschränkt.

Randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass eine hausarztbasierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus innerhalb von Programmen bzw. Strukturen, die eine hohe Kontinuität und Koordination gewährleisten (z. B. mit Hilfe von computergesteuerten Termin-Erinnerungen an Ärzte und Patienten), zu besseren Ergebnissen führt als die Versorgung durch Spezialisten (Griffin & Kinmonth 1998). Allerdings ist die ambulante Versorgung außerhalb solcher Strukturen mit erhöhter Mortalität und schlechterer Kontrolle der Glykämie im Vergleich zur Versorgung durch Spezialisten assoziiert (Griffin & Kinmonth 1998).

Auch bei spezifischen Erkrankungen wie Myokardinfarkt, HIV oder Depression deutet die Evidenz auf eine Überlegenheit der Fachärzte hinsichtlich medizinischem Fachwissen und Versorgungsqualität hin (Donohoe 1998). Allerdings scheint sich diese Überlegenheit teilweise mit den negativen Folgen einer vermehrten Verordnung diagnostischer Tests und Therapien durch Spezialisten aufzuheben. Insgesamt zeigen die selektierten Studien, dass auch Spezialisten leitliniengerechte Therapie und Krankheitsprävention häufig unterlassen. Donohoe schätzt die Auswirkungen von Versorgungsdefiziten durch Allgemeinmediziner auf die Gesundheit der Bevölkerung in diesem Vergleich weniger schwerwiegend ein als die Folgen durch Management- und Behandlungsfehler sowie unterlassener Krankheits-Prävention seitens der gesamten Ärzteschaft (Donohoe 1998).

Im Allgemeinen weisen Spezialisten mehr Fachwissen zu Erkrankungen ihres Fachgebietes auf und therapieren häufiger als Allgemeinmediziner leitliniengerecht (Cram *et al.* 1998, Seddon *et al.* 2001), allerdings scheinen diese Unterschiede keinen Einfluss auf gesundheitliche Outcomes bei der Behandlung chronischer Erkrankungen zu haben (Cram *et al.* 1998).

Mehrere Autoren weisen kritisch auf die eingeschränkte Interpretierbarkeit der von ihnen selektierten Studien zu Vergleichen zwischen Spezialisten und Allgemeinmediziner hin. Insgesamt liegt eine große Varianz zwischen den Behandlungsergebnissen innerhalb der Gruppe der Spezialisten und der Gruppe der Allgemeinmediziner vor (Cram *et al.* 1998). Wie von Smetana *et al.* (2007) ausführlich dargelegt, werden Unterschiede weiterer Einflussfaktoren (wie z. B. Einfluss der Erfahrung des Arztes auf den Behandlungserfolg) nicht ausreichend berücksichtigt. Die größten Probleme bei diesen Literaturzusammenfassungen ergeben sich dadurch, dass unterschiedliche Definitionen zu Spezialisten und Allgemeinmediziner genutzt werden. So werden zum Beispiel in der Übersicht von Bartter *et al.* Experten mit Allgemeinmediziner in der Versorgung von Asthmatikern verglichen, wobei als Experten nicht nur Pneumologen gewertet wurden, sondern auch alle Allgemeinmediziner und Internisten, die sich auf dem Gebiet der Asthmatherapie besonders fortgebildet hatten (Bartter *et al.* 1996).

Darüber hinaus wurden in den meisten Studien lediglich Patienten mit Einzelerkrankungen berücksichtigt, so dass zu den potentiellen Vorteilen einer hausärztlichen Versorgung von multimorbiden Patienten – was dem Spektrum der primärärztlichen Versorgung eher entspräche – wenig Daten vorliegen.

Weiterhin wurden in vielen aus den USA stammenden Studien die Therapiemethoden von Spezialisten und Allgemeinmediziner im besonderen Setting der Rettungsstellen bzw. Notfallambulanzen untersucht, so dass diese die Effekte einer hausarztorientierten Versorgung nicht annähernd abbilden können.

Ob und in wie fern eine hausarztbasierte Versorgung zu einer höheren Qualität führt, sollte in adäquaten Studien besser untersucht werden. Dabei sollten als Indikatoren der Prozess-Qualität Interventionen verwendet werden,

die zu den Kernaufgaben der Allgemeinmedizin gehören. McColl *et al.* schlugen schon vor 10 Jahren, folgende evidenzbasierte Qualitätsindikatoren zur Evaluation der hausärztlichen Versorgung vor (McColl *et al.* 1998):

- Aspiringabe bei Arteriosklerose
- Blutdruckeinstellung
- Rauchentwöhnung
- ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz
- Statine bei KHK (als Primär- und Sekundärprävention)
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern
- Influenza-Impfung bei Über-65-Jährigen

Ihrer Schätzung nach könnten durch die optimale Implementierung dieser Interventionen in der gesamten Zielbevölkerung jährlich zwischen 25 und 100 Todesfälle pro 100.000 Einwohner zusätzlich verhindert werden (McColl *et al.* 1998).

3.7. Kosteneffektivität

Von einer hausarztorientierten Versorgung wird auch erwartet, dass sie in der Lage ist, die Kosten der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu reduzieren, bzw. eine effizientere Nutzung der Ressourcen zu erreichen. Die Leistungen, die im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung erbracht werden, sollen nach den Vorstellungen der WONCA nicht nur höchsten Qualitätsanforderungen entsprechen, sondern auch eine kosteneffektive Patientenbetreuung erlauben (WONCA 2002). In internationalen Vergleichen zeigt sich, dass in Ländern mit einer stärkeren Orientierung der medizinischen Versorgung an den Prinzipien einer hausarztbasierten Versorgung, die Gesamtausgaben für Gesundheit niedriger ausfallen als in Ländern mit einer weniger ausgeprägter Hausarztzentrierung (Starfield *et al.* 2005). Sowohl in Ländern mit niedrigem als auch in Ländern mit hohem Bruttoinlandsprodukt sind die Ausgaben niedriger, wenn die Versorgung auf Primärärzten basiert, ohne dass dies zu Qualitätsverlusten zu führen scheint (Atun 2004). Regionen mit einem höheren Anteil an Allgemeinmedizinern weisen nicht nur verbesserte Gesundheitsindikatoren auf, sondern auch geringere Gesundheitsausgaben (Starfield *et al.* 2005).

Es gibt Hinweise darauf, dass die medizinische Versorgung durch Allgemeinmediziner kostengünstiger ist (Engström *et al.* 2001), auch wenn diese die Notfallversorgung übernehmen (z. B. in Rettungsstellen oder Notfallambulanzen) (Roberts & Mays 1998). Andererseits besteht Evidenz, dass bei komplizierten Verläufen bestimmter Erkrankungen (z. B. Asthma) die Versorgung durch Experten nicht nur mit besseren klinischen Outcomes einhergeht, sondern auch mit niedrigeren Gesundheitsausgaben (Bartter *et al.* 1996).

Eine Arbeit ging der Frage nach, ob durch die Verlagerung bestimmter Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich eine höhere Effizienz erreicht werden kann. Vor dem Hintergrund methodischer Mängel der eingeschlossenen Studien zeigten sich dabei Tendenzen für eine erhöhte Kosteneffektivität bei einer Verlagerung von Leistungen in die primärärztliche Versorgung (Godber *et al.* 1997). Es bestehen auch Hinweise dafür, dass ein ausgedehnter Zugang zur primärärztlichen Versorgung eine Entlastung der Rettungsstellen bzw. Notfallambulanzen von Krankenhäusern bewirken kann (Roberts & Mays 1998).

Eine Schwierigkeit bei der Evaluation der Kosteneffektivität der hausarztorientierten Versorgung liegt darin, dass in vielen Studien, die keine gesundheitsökonomischen Evaluationen im eigentlichen Sinne darstellen, Annahmen über die Kosteneffektivität der einen oder anderen Versorgungsform getroffen wurden. Auch die Autoren der Übersichtsarbeiten nehmen zum Teil an, eine Maßnahme sei kosteneffektiv, wenn sich eine einzelne

Kostenstelle – wie zum Beispiel die für Diagnostik – verringere. Da aber nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle anderen Kostenstellen bei so komplexen Vergleichen, wie denen zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten, identisch sind, ist der wissenschaftliche Wert solcher Annahmen begrenzt.

4. Zusammenfassung/ Diskussion

In den 22 Übersichtsarbeiten finden sich Belege für die Bedeutung aller Kernelemente allgemeinmedizinischer Versorgung aus der Definition der WONCA 2002.

Aus den in den Übersichten zusammengefassten internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen lässt sich erkennen, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung besser abschneiden. So zeigt sich zum Beispiel, dass in Regionen (Bundesländer bzw. Bundesstaaten der USA) mit einer höheren Dichte von Hausärzten eine höhere Lebenserwartung bzw. eine niedrigere Gesamtmortalität, sowie eine niedrigere Kindersterblichkeit zu verzeichnen ist (Starfield *et al.* 2005, Starfield & Shi 2004, Engström *et al.* 2001). Auch in internationalen Vergleichen zeigt sich, dass in den Ländern, deren Versorgung in höherem Maße die Kriterien für eine hausarztbasierte Versorgung erfüllt, auch ein besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung vorherrscht (Starfield *et al.* 2005, Health Council of the Netherlands 2004). Insbesondere benachteiligte gesellschaftliche Gruppen scheinen dabei von einer hausarztorientierten Versorgung zu profitieren (Atun 2004, Starfield *et al.* 2005). Mit solchen ökologischen Studien konnten Belege dafür gefunden werden, dass eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf *primary care* zur Verringerung der Morbidität und Mortalität bei gleichzeitig verringerten Gesundheitsausgaben führen kann (Starfield *et al.* 2005). Besonders hilfreich sind solche Studien, wenn sie zusammen mit Evidenz aus Interventionsstudien vorgestellt werden können, um die Gefahr ökologischer Trugschlüsse zu verringern.

4.1. Inhaltliche Diskussion

Überraschend wenige Studien befassten sich mit dem Zugang in das medizinische Versorgungssystem. Es finden sich Untersuchungen, die belegen, dass eine hausarztorientierte Versorgung Zugangsbarrieren verringern kann (Atun 2004, Engström 2001, Starfield *et al.* 2005). Eine Ausweitung der Zugangsforschung, insbesondere hinsichtlich Fragen nach Versorgungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft erscheint wünschenswert.

Für positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gab es in zahlreichen Studien Belege, auch wenn unterschiedliche Konzepte von Kontinuität vorgestellt wurden (Reid *et al.* 2002, Cabana *et al.* 2004). Vor allem wurde die Arzt-Patientenbeziehung nicht einheitlich in die Definition von kontinuierlicher Versorgung einbezogen. Evidenz zum Einfluss der Arzt-Patientenbeziehung auf patientenrelevante Outcomes konnte von mehreren Autoren gezeigt werden (DiBlasi *et al.* 2001, Sans-Corrales *et al.* 2006). Mittels innovativer Studiendesigns wurde Evidenz zu unterschiedlichen Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung erzeugt. Interessant ist auch die Überlegenheit einer längeren Konsultationszeit, allerdings fehlen hierzu Interventionsstudien zur Überprüfung eines Kausalzusammenhanges (Wilson & Child 2002).

In mehreren Arbeiten wurde die Koordinierung der Versorgung in Verbindung mit Kontinuität untersucht (Starfield *et al.* 2004, Stille *et al.* 2005). Der Wert einer koordinierten Gesundheitsversorgung scheint schwer messbar, da die Koordinierung nur schwer losgelöst von anderen Versorgungsaufgaben betrachtet werden kann. Die Notwendigkeit einer Überweisung vom Hausarzt, um die fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen zu können – sogenanntes Gatekeeping –, stellt ein Instrument zur Förderung der Koordinierung und der Kontinuität

der Versorgung dar. Diese wurde in den vorgestellten Übersichtsarbeiten zwar thematisiert, aber die Studienlage zu Gatekeeping-Modellen wird in diesen Arbeiten wenig evaluiert.

Ob es eine Überlegenheit der Allgemeinmediziner/Generalisten, der Haus- bzw. Familienärzte in der Versorgung chronisch Kranker bzw. multimorbider Patienten gibt, lässt sich nicht abschließend beantworten. Cram *et al.* publizierten ihre Übersichtsarbeit unter dem Titel: „*Generalists or specialists – who does it better?*“ (Cram *et al.* 1998). Bei der kritischen Einschätzung der selektierten Studienergebnisse schlussfolgerten sie, dass aufeinander abgestimmte Versorgungsprogramme mit einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Spezialisten und Allgemeinmedizinern Forschungsgegenstand hätten sein sollen. Eine kürzlich erschienene Studie – die in den hier zusammengefassten Übersichten nicht berücksichtigt wurde – zeigt hier widersprüchliche Ergebnisse: einerseits wurden Patienten die von beiden Fachgruppen betreut werden häufiger Leitliniengerecht behandelt werden, allerdings wurden dabei mehr Todesfälle beobachtet (McAlister *et al.* 2007). In mehreren der von Cram *et al.* zusammengefassten Studien fanden sich deutlich ablehnende Untertöne im Bezug auf die eine oder andere Versorgungsform. Smetana *et al.* zeigen zudem, dass methodische Mängel zu dieser Forschungsfrage nicht nur zu einer hohen Variabilität der Ergebnisse, sondern auch zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnten. Die Studienergebnisse zeigen folgende Tendenz: allgemeinmedizinische Versorgung ist besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft, ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten scheint bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen zu bestehen (Smetana *et al.* 2007).

Wiederholt konnte in mehreren der hier berücksichtigten Übersichten gezeigt werden, dass eine hausarztorientierte Versorgung eine kosteneffektivere Versorgung ermöglichen kann. Es scheint allerdings ein Mangel an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen zu Vergleichen zwischen hausarztorientierter und einer spezialisten-basierten Versorgung zu bestehen. Dieser Mangel an verwertbaren Daten wird zwar durch internationale und interregionale Vergleiche, die Kosteneffektivität untersuchten, aufgefangen. Solche Vergleiche vermögen allerdings nur ungenügend diese Lücke in der Evidenz zu schließen, handelt es sich dabei doch überwiegend um Querschnittsuntersuchungen basierend auf ökologischen Daten.

4.2. Methodische Anmerkungen

Es ist zu bemerken, dass in einigen der 22 Arbeiten deutliche Bevorzungen der einen oder der anderen Versorgungsform herauszulesen waren. Es ist nicht auszuschließen, dass dies auch Einfluss auf Auswahl, Bewertung und Interpretation von Studien genommen haben könnte. In einigen Übersichtsarbeiten waren im Methodenteil die Angaben zu Suchstrategie, Selektion und Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien leider unvollständig, so dass diese Arbeiten nicht als systematische Übersichten bezeichnet werden können und ihre Objektivität in Zweifel gezogen werden muss. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass die Autoren der methodisch höherwertigen Arbeiten sich in ihren Beurteilungen der Studienlage zurückhaltender zeigten und deutlicher auf Schwierigkeiten bei der Interpretation der Evidenzlage aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten hinwiesen.

Insbesondere bei Vergleichsstudien über die Performance der Berufsgruppen „Allgemeinmediziner“ und „Spezialisten“ waren sowohl der Nachbeobachtungszeitraum, als auch die Auswahl an Outcomeparametern der Forschungsfrage zum Teil nicht angemessen. Interessant war, dass zu einigen Säulen der allgemeinmedizinischen Versorgung die Evidenz schwächer war, wenn gesundheitliche Outcomes berücksichtigt wurden. Auf eine Durchführung von Studien, mit die Gesundheit betreffenden Outcomes sollte zukünftig mehr Wert gelegt werden.

Die größten Unsicherheiten bei der Beurteilung der aktuellen Evidenz entstehen allerdings durch die Verwendung uneinheitlicher Definitionen. Hier scheint ein allgemeines Problem zu bestehen. Je klarer und genauer der Forschungsgegenstand definiert ist, desto schwieriger gestaltet sich die Generalisierbarkeit der Untersuchungen. Da große regionale und internationale Unterschiede bei der Patientenversorgung bestehen, ist das Interesse an allgemeingültigen Forschungsergebnissen jedoch groß. In dieser Beziehung scheinen Ansätze, bestehende Evidenz innovativ zu nutzen, besonders interessant. McColl *et al.* (1998) präsentieren hier eine interessante Methode zur Identifikation evidenzbasierter Indikatoren, an denen sich eine hausarztorientierte Versorgung zukünftig messen lassen könnte.

Bei mehr als 1000 zusammengefassten Studien kann nicht wirklich von einem Mangel an Studien zu den verschiedenen Aspekten einer hausarztorientierten Versorgung gesprochen werden. Allerdings ist die Qualität der Studien sehr heterogen. Dies mag auch an dem schwierigen Forschungsgegenstand liegen, zeigt aber, dass mehr Mittel für wenige, dafür qualitativ hochwertige Studien zur Verfügung gestellt werden sollten.

5. Literaturverzeichnis

- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. HEN Synthesis Report. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Barter T, Pratter MR. Asthma: better outcome at lower cost? The role of the expert in the care system. *Chest* 1996; **110**: 1589-96.
- Cabana MD. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; **53**: 974-80.
- Cram P, Ettinger WH. Generalists or specialists--who does it better? *Physician Exec* 1998; **24**: 40-5.
- Dawson of Penn, Lord. Interim report on the future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London, HMSO, 1920.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; **357**: 757-62.
- Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. *Arch Intern Med* 1998; **158**: 1596-608.
- Engstrom S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001; **19**: 131-44.
- Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; **314**: 1870-3.
- Go AS, Rao RK, Dauterman KW, Massie BM. A systematic review of the effects of physician specialty on the treatment of coronary disease and heart failure in the United States. *Am J Med* 2000; **108**: 216-26.
- Godber E, Robinson R, Steiner A. Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: definitions, evidence and methodological issues. *Health Econ* 1997; **6**: 275-94.
- Griffin S, Kinmonth AL. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD000541.
- Health Council of the Netherlands (2004). European Primary Care. The Hague: Health Council of the Netherlands (Publication No. 2004/20E)
- Lakhani M, Baker M, Field S. The future direction of General Practice – a roadmap. The Royal College of General Practitioners, London 2007.
- Leeuwenhorst-Gruppe. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Niederlande 1974.
- McAlister et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24 232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Qual Saf Health Care* 2007; **16**: 6-11.
- McCull A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; **317**: 1354-60.

- Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002
- Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 1998; **44**: 191-214.
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; **23**: 308-16.
- Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 2001; **10**: 152-8.
- Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, *et al.* A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Arch Intern Med* 2007; **167**: 10-20.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; **83**: 457-502.
- Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics* 2004; **113**: 1493-8.
- Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med* 2005; **142**: 700-8.
- Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; **52**: 1012-20.
- WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2002.
- World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All Series, No 1) Geneva, 1978
- WHO-Europe (1998). Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
- World Health Organization. The world health report 2008. primary health care now more than ever. WHO Geneva, 2008

6. Anhang

Tabelle A-1. Übersichtsarbeiten zur hausarztorientierte Versorgung und ihrer verschiedenen Aspekten.

Autoren	Jahr	Ziel, Fragestellung	Methoden (Suche, Qualitätsbewertung)	Eingeschlossene Studien/ Betrachtungsebene	Ergebnis	Schlussfolgerungen der Autoren
Smetana <i>et al.</i>	2007	Korrelieren Ergebnisse in Vergleichsstudien PC ↔ Spezialisten bei Therapien von Einzelerkrankungen mit methodischen Ungenauigkeiten? 1. Wird für Selektionsbias adäquat adjustiert? 2. Wird für den Confounder ärztliche Berufserfahrung adäquat adjustiert? 3. Ärztliche Eigenschaften und Arbeitsumfeld adäquat charakterisiert?	Systematische <u>Suche</u> : 1980-2005 Medline- und Cochrane-Datenbank, Handsuche <u>Selektion</u> : klare nachvollziehbare Selektionskriterien <u>Qualitätsbewertung</u> : Studiendesign und methodische Qualität werden ausführlich analysiert	49 Studien: 2 RCT 28 Kohort. 19 Querschnittstudien Mikroebene	-Methoden der Einzelstudien zur Kontrolle von Verzerrungen durch Bias und Confounder tabellarisch -Studien gruppiert nach: Behandlung durch Spezialisten favorisiert, kein Unterschied, Behandlung durch Allgemeinmediziner favorisiert -Anteil an Studien mit adäquatem Design in den Ergebnisgruppen dargestellt	Vergleichsstudien PC ↔ Spezialisten weisen methodische Defizite auf. In Studien, die Versorgung durch Spezialisten favorisieren wurden seltener Verzerrungen durch Bias und Confounder adäquat adressiert
Sans-Corrales <i>et al.</i>	2006	Evidenzsammlung zur Bedeutung der Kern-Attribute von PC => Patientenzufriedenheit, Gesundheit, Kosten?	Systematische <u>Suche</u> : Studien –2005 Medline- und Cochrane-Datenbank, keine Handsuche <u>Selektion</u> : einheitliche Selektionskriterien, Selektion durch drei	20 Studien, davon: 1 RCT 2 Kohort. 13 Querschnitt. 5 Reviews	Studien zu folgenden Attributen von PC wurden identifiziert: Zugänglichkeit, Kontinuität, Länge der Konsultation, Arzt-Patientenbeziehung, präventive Aktivitäten. Als Outcomes wurden Patienten-zufriedenheit,	Patientenzufriedenheit zeigte sich assoziiert mit Zugänglichkeit, Kontinuität, Länge der Konsultation und der Arzt-Patientenbeziehung. Verbesserte gesundheitliche Outcomes standen im Zusammenhang mit allen Kernattributen von PC. Es konnte Evidenz gefunden werden für die Kosteneffektivität von Kontinuität, Länge der Konsultation, Arzt-Patientenbeziehung und Prävention im PC-

			Autoren <u>Qualitätsbewertung:</u> keine Angaben	Fokussiert auf Mikroebene	Parameter der Gesundheit und Kosteneffektivität berücksichtigt.	Setting. Die Ergebnisse zu einer Verbesserung der Koordination der Gesundheitsleistungen durch PC waren uneindeutig.
Starfield <i>et al.</i>	2005	-Effekt von PC auf Gesundheitsversorgung in internationalen Vergleichen. -Kosteneffektivität von PC	Nicht-systematische Übersichtsarbeit Literatur aus drei Übersichtsarbeiten verwendet zusätzlich zur eigenen Literatursammlung von Starfield <i>et al.</i>	119 Veröffentlichungen, davon 116 Primärstudien Fokussiert auf Makro-Ebene	-Studien mit gesundheitlichen Outcomes -Internationale Vergleiche -Studien zu sechs Mechanismen gruppiert: Zugang, Qualität, Prävention, frühzeitige Intervention, kumulative Effekte von PC Kernattributen, PC zur Reduktion von SC	Die hier präsentierte Studienlage zeigt einen deutlich positiven Effekt von PC auf die Gesundheit der Bevölkerung. PC scheint besonders positive Auswirkungen auf benachteiligte Bevölkerungsschichten zu haben.
Stille <i>et al.</i>	2005	-Evidenz zu Koordinierung der Gesundheitsversorgung auf ambulanter Ebene -Rolle von Allgemeinmediziner bei Koordinierung	Nicht-systematische Übersichtsarbeit: Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nicht beschrieben	81 Publikationen zitiert Fokussiert auf Mikroebene	Die Mehrzahl der Studien, die einen positiven Effekt einer durch PC-Teams koordinierten Versorgung fanden, nutzten Gesundheitsversorgungs- Outcomes (z.B. Angemessenheit). Studien die gesundheitliche Outcomes nutzten, zeigten weniger einheitliche Ergebnisse.	Koordinierung in der Gesundheitsversorgung bleibt eine Kernaufgabe von PC-Teams. Bei uneindeutiger Evidenz bedarf es auf diesem Gebiet weiterer Forschung. Der Hausarzt ist aufgrund seiner zentralen Position in der Gesundheitsversorgung am besten geeignet eine Lotsenfunktion wahrzunehmen. <u>Gatekeeping:</u> Gatekeeping sollte so ausgestaltet werden, dass der Überblick der PC Akteure genutzt wird, ohne auf eine verbesserte Zugänglichkeit zu angemessenen Versorgungsangeboten zu verzichten. Allgemeinmediziner sollten in Behandlungsentscheidungen von Spezialisten mit eingebunden werden, da dies gesundheitliche Outcomes zu verbessern scheint und sich als

						kosteneffektiv herausgestellt hat.
Atun	2004	<p>Vor- und Nachteile einer stärkeren Fokussierung auf PC im Gesundheitswesen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Internationale Gesundheitssystemvergleiche 2. Zugang zu PC 3. Qualität und Effizienz von PC 4. Kosteneffektivität 5. Patienten-Zufriedenheit 	<p>Nicht-systematische Übersichtsarbeit</p> <p><u>Suche:</u> 1980 -2003</p> <p>Datenbanken: PubMed; Medline; EMBASE; Social Science Citation Index (BIDSS); National Centre for Reviews (UK); DARE; CRD Reports; NHS Economic Evaluation Database; Agency for Health Care Policy and Research; ScHARR; World Bank Registers, World Health Organisation und Cochrane Library</p> <p><u>Selektion:</u> wenige Selektionskriterien erwähnt</p> <p><u>Qualitätsbewertung:</u> subjektive Gewichtung</p>	<p>111 Publikationen</p> <p>Makro-, Meso- und Mikroebene</p>	<p>Evidenz wird entsprechend untersuchter Outcomes sortiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheit der Bevölkerung und Gesundheitsausgaben 2. Gerechtigkeit (Equity) und Zugänglichkeit 3. Qualität und Effizienz der Versorgung 4. Kosteneffektivität 5. Patientenzufriedenheit <p>Nur wenige Publikationen untersuchten die Bedeutung von PC in Europa.</p>	<p>Internationale Vergleiche zeigen Überlegenheit von PC-zentrierten Systemen. Eine stärkere Gewichtung von PC führt zu einer Senkung der Kosten bei konstanter Qualität. Offene Fragen bleiben hinsichtlich der besten Ausgestaltung von PC.</p> <p>Der Autor fordert eine Ausweitung der europäischen Versorgungsforschung zugunsten einer verbesserten Generalisierbarkeit der Ergebnisse.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> PC zentrierte Systeme werden häufig mit Gatekeeping-Systemen gleichgesetzt, was der Bedeutung und Vielschichtigkeit von PC nicht gerecht wird.</p>
The Health Council of the Netherlands	2004	<p>-PC charakterisierende Attribute</p> <p>-PC und internationale Unterschiede in Qualität der Gesundheitsversorgung</p> <p>-Organisation von PC und Versorgungsqualität</p> <p>-Zukunft von PC in der EU</p>	<p>Nicht-systematische Übersichtsarbeit</p> <p>Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nicht beschrieben</p>	<p>215 Publikationen</p> <p>Fokussiert auf Makro-Ebene</p>	<p>-PC-Attribute: gut zugänglich, patientenzentriert, nah am Wohnort, wenn nötig zuhause, umfassende Versorgung, Prävention, koordinierend wenn nötig mit SC</p> <p>-Internationale Studien zu PC</p>	<p>Die Literatur und andere Definitionen von PC einbeziehend, gibt das Komitee eine eigene Definition von PC.</p> <p>Bei Gesundheitssystemvergleichen zeigt sich eine Überlegenheit von auf PC ausgerichteten Systemen. Gatekeeping und eine Pro- Kopf- Entlohnung sind von Vorteil.</p> <p>Zukünftig könnte ein europäisches Forum für PC unterstützt von der EU-</p>

					-Pläne für die Weiterentwicklung einer evidenzbasierten PC	Kommission etabliert werden. <u>Gatekeeping:</u> In Ländern mit Gatekeeping-Systemen zeigt sich, dass der PC-Arzt für die Allgemeinbevölkerung und Menschen mit psychosozialen Problemen häufig erster Ansprechpartner ist.
Cabana & Jee	2004	-Nachhaltige Kontinuität in der Patientenversorgung (sustained continuity of care)	Systematische <u>Suche:</u> 1966-2002 Datenbanken: Medline, ERIC, Psych Info, Handsuche in Referenzen selektierter Artikel und in relevanten Lehrbüchern, zusätzlich Expertenbefragung <u>Selektion:</u> Ein und Ausschlusskriterien transparent <u>Qualitätsbewertung:</u> Nicht beschrieben	18 Studien, 1 RCT 5 Kohort. 12 Querschnitt. Fokussiert auf Mikroebene	5 der 18 Studien evaluieren die Behandlung chronischer Erkrankungen. In keiner Studie fanden sich negative Effekte nachhaltiger Kontinuität. In 4 Studien zeigte sich erhöhte Patientenzufriedenheit, in 7 Studien verminderte Hospitalisierungen und in 5 Studien eine Ausweitung präventiver Maßnahmen.	Es werden zwei Konzepte von Kontinuität unterschieden: 1. Nachhaltige Kontinuität, die sich durch eine Langandauernde Arzt-Patientenbeziehung auszeichnet. 2. Kontinuität, die sich dadurch auszeichnet, dass der Patient denselben Arzt bei jeder Sitzung sieht. Nur der Effekt von nachhaltiger Kontinuität wird hier untersucht. Nachhaltige Kontinuität verbessert die Versorgungsqualität besonders bei chronischen Erkrankungen. Negative Effekte finden sich nicht. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt
Starfield & Shi	2004	-Bedeutung von „medical home“ -Einfluss von allgemeiner Krankenversicherung auf „medical home“	Nicht-systematische Übersichtsarbeit: Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nicht beschrieben	49 Publikationen zitiert Makro-, Meso-, Mikroebene	-Internationale und interregionale Vergleiche zeigen Assoziation von „medical home“ mit verbesserten Gesundheitsparametern, niedrigeren Gesundheitsausgaben und einer Reduktion von sozialer Ungleichheit in der Versorgung.	Ein „medical home“ umfasst: Individuellen Kontakt über lange Zeit, gute Zugänglichkeit, ganzheitliche Versorgung, Koordinierung der Versorgung durch PC Eine allgemeine Krankenversicherung erhöht die Wahrscheinlichkeit dass „medical homes“ entstehen, kann dies aber nicht garantieren. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt

					-Allgemeine Krankenversicherung garantiert nicht ein „medical home“	
Reid <i>et al.</i>	2002	-Was wird in der Literatur unter kontinuierlicher Gesundheitsversorgung verstanden? -Was für Konzepte bestehen?	Systematische <u>Suche</u> : Studien-2002 Medline, HealthStar, EMBASE, CINAHL, Current Contents; PsychINFO, AIDSLINE, CancerLit, Cochrane Library, Dissertation Abstracts, Papers1st, Web of Science, WorldCat, UBC Library Catalog, B.C. Ministry of Health Library Catalogue, Google Expertengespräch in Workshop <u>Selektion</u> : Einschlusskriterien transparent <u>Qualitätsbewertung</u> : nicht durchgeführt	583 Publikationen zitiert 465 extrahiert Fokussiert auf Mikroebene	Eine Vielzahl von Definitionen konnte identifiziert werden. Bei einem Workshop mit Experten wurden Kernelemente von Kontinuität identifiziert. Einheitliche Qualitätsindikatoren zur Messung von Kontinuität im Gesundheitswesen wurden nicht festgelegt.	Kontinuität ist ein Resultat von adäquatem Zugang für die Patienten, Arzt-Patientenbeziehung, gutem Informationsfluss zwischen Leistungserbringern und Providern und einer guten Koordinierung der Versorgung. Aus Patientensicht ist Kontinuität gekennzeichnet durch eine zusammenhängende und zeitlich kohärente Versorgung. Aus der Leistungserbringersicht ist Kontinuität hauptsächlich durch Kenntnis der Krankengeschichte und des Patienten gekennzeichnet. <u>Gatekeeping</u> : Nicht erwähnt
Wilson & Child	2002	Besteht eine Assoziation zwischen der Zeit, die Ärzte für Patienten haben und patientenrelevanten Outcomes?	Systematische <u>Suche</u> : 1966-1999 Medline, Embase (1981-99) und NHS research register Handsuche in Referenzen selektierter Artikel <u>Selektion</u> : Einschlusskriterien transparent <u>Qualitätsbewertung</u> :	13 Observationsstudien Mikroebene	-Konsistentestes Ergebnis: Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschrieben durchschnittlich weniger Medikamente, gaben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Aktivitäten -In zwei Studien war eine	Die Studienlage zeigt, dass die Länge der Konsultation mit wichtigen Komponenten einer guten Gesundheitsversorgung assoziiert ist. Unabhängig vom Gesundheitssystem zeigten sich deutliche Vorteile für Patienten, einen Arzt aufzusuchen, der sich mehr Zeit pro Patient nimmt. Keine Interventionsstudien zu Konsultationszeit, daher nicht möglich, abzugrenzen, ob die durchschnittliche

			Subjektiv durch zwei Reviewer, kein Ranking		längere Konsultationszeit mit einer erniedrigten Konsultationsrate vergesellschaftet. -Effekte zeigten sich in Studien aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Europa, USA)	Konsultationslänge nur ein Marker für andere Attribute des Arztes darstellen könnte. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt
Di Blasi <i>et al.</i>	2001	-Arzt-Patientenbeziehung, Effekt auf patientenrelevante Outcomes	Systematische <u>Suche:</u> Studien -2001 MEDLINE, Cochrane library, Cinahl, PsycLIT, Amed, Sociofile, Social Science Citation Index, Science Citation Index, EMBASE, SIGLE, Abstracts von Dissertationen Keine Handsuche, Expertenbefragung durchgeführt <u>Selektion:</u> Einschlusskriterien transparent <u>Qualitätsbewertung:</u> Standardisierte Datenextraktion, Bewertung mittels Score	25 RCT Mikroebene	Studien gruppiert nach: -randomisiert zu unterschiedlichen Diagnosen bei gleichen Symptomen (6 RCTs) -randomisiert zu unterschiedlichen Erfolgserwartungen für die Behandlung (19 RCTs) In 4 Studien wurde zusätzlich der Effekt von warmen freundlichen Verhalten untersucht.	Die Autoren bemängeln, wie wenig Energie und Ressourcen in die Erforschung menschlicher Aspekte der Gesundheitsversorgung fließen. Die Studienlage zu wichtigen Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung befinden sie für unzureichend. Eine warme und freundliche Beziehung und ein positives Bestärken der Patienten positive Informationen zu Behandlung oder Erkrankung zeigte sich mit einer Verbesserung gesundheitlicher Outcomes vergesellschaftet. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt
Engström <i>et al.</i>	2001	1. Assoziation zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben für PC und Gesundheitsparametern der Bevölkerung? 2. Assoziation zwischen	Systematische <u>Suche:</u> 1988-2001 Medline- und Cochrane-Datenbank, keine Handsuche <u>Selektion:</u> unzureichend	47 Studien (davon 6 Reviews) Makro-, Meso-	Tabellarische Auflistung der Einzelstudien: - Einfluss von PC auf gesundheitliche Outcomes - PC und Kosten im	Verbesserter Zugang zu PC trägt zu verbesserten Gesundheitsparametern in der Bevölkerung, einer verminderten Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und zu verringerten Gesundheitsausgaben bei. Im Vergleich zu Spezialisten können Allgemeinmediziner

		<p>Anteil der Gesundheitsausgaben für PC und der Höhe der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen?</p> <p>3. Haben verschiedene Organisationsformen von PC Einfluss auf den Nutzen von PC?</p> <p>4. Unterschiede bei Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten?</p>	<p>beschrieben</p> <p><u>Qualitätsbewertung:</u> mittels standardisiertem Score methodische Qualität und Repräsentativität transparent bewertet und eingeordnet</p>	, Mikro-Ebene	<p>Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterschied von Kostenerstattungssystemen -Effekte von Gatekeeping -Kontinuität der Versorgung -Versorgungsqualität Allgemeinmediziner ↔ Spezialisten 	<p>viele Erkrankungen qualitativ gleichwertig behandeln, bei oftmals deutlicher Reduktion der Kosten. Die Organisationsform von PC hat einen deutlichen Einfluss auf die Qualität, wobei Kostenerstattung pro Kopf, Gemeinschaftspraxen, personelle Kontinuität und eine allgemeinmedizinische Ausbildung der PC-Ärzte von Vorteil waren.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Gatekeeping-Systeme sind tendenziell günstiger, reduzieren die Anzahl an Krankenhaus- und Poliklinikbesuchen und erhöhen die Patientenzufriedenheit.</p>
Seddon <i>et al.</i>	2001	Versorgungsqualität in PC-Praxen in GB, Australien und Neuseeland	<p>Systematische <u>Suche:</u> 1995-1999 Medline, Embase und Health Star Datenbank, Handsuche durchgeführt</p> <p><u>Selektion:</u> Einschlusskriterien ausführlich dargelegt</p> <p><u>Qualitätsbewertung:</u> strukturierte methodische Evaluation</p>	<p>90 Studien, (80 aus GB)</p> <p>Fokussiert auf Mikro-Ebene</p>	<p>Studien entsprechend Grunderkrankung gruppiert: Asthma, KHK, Diabetes, Hypertonus, sonstige.</p> <p>Outcome: Prozessparameter wie Abweichung von nationalen Standards</p>	<p>In fast allen Untersuchungen fanden sich Hinweise auf von nationalen Standards abweichende Behandlungsmethoden. Die Studien untersuchten vornehmlich die Behandlung chronischer Erkrankungen, die Behandlungsqualität von akuten Krankheiten war zu wenig Forschungsgegenstand. Qualität der selektierten Studien teilweise unzureichend.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt</p>
Go <i>et al.</i>	2000	Therapie von koronarer Herzkrankheit Kardiologen ↔ Allgemeinmediziner und Internisten anderer Fachrichtungen	<p>Systematische <u>Suche:</u> 1980-1997 Medline, Handsuche in zitierten Artikeln durchgeführt</p> <p><u>Selektion:</u> Einschlusskriterien ausführlich dargelegt</p>	<p>24 Studien (Fokussiert auf USA)</p> <p>Fokussiert auf Mikro-Ebene</p>	<p>Studien gruppiert nach Outcome:</p> <p>Fachwissen, Behandlungsmethoden laut eigener Angaben, Behandlungsmethoden (objektiv) und gesundheitlichen</p>	<p>In dieser Übersichtsarbeit zeigt sich, dass Patienten in den USA von Kardiologen häufiger eine leitliniengerechte Therapie erhielten und möglicherweise eine Verbesserung des Gesundheitsstatus profitieren.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Nicht untersucht</p>

			<u>Qualitätsbewertung:</u> Studiendesign tabellarisch dargestellt		Outcomes (6 Studien)	
Roberts & Mays	1998	-PC Substitution von Notfallversorgung durch Rettungsstellen -Verlagerungen der Aufgabenbereiche kosteneffektiv?	Systematische <u>Suche:</u> Studien –1997 Medline, Health Star, DHSS-Data, CINAHL, King’s Fund library Datenbank, Handsuche in relevanten Zeitschriften und selektierten Artikeln <u>Selektion:</u> Einschlusskriterien ausführlich dargelegt <u>Qualitätsbewertung:</u> subjektiv	34 Studien Fokussiert auf Mikroebene	Studien gruppiert nach: PC Interventionen, Integrierte Versorgung durch PC und SC, Notfallinterventionen in PC	In dieser Übersichtsarbeit zeigt sich, dass durch PC Aufgaben von konventionellen Rettungsstellen übernommen werden können. Besonders dann, wenn an beiden Seiten der Schnittstelle die Aufgabenverteilung neu ausgerichtet wurde, zeigten diese Maßnahmen einen Effekt. Evidenz zu Kosteneffektivität wurde allein bei Untersuchungen zur Substitution von Notfallmedizinern durch Allgemeinmediziner in Rettungsstellen gefunden. Hier wurden bei gleichem klinischem Erfahrungsschatz weniger Ressourcen von Allgemeinmedizinern verbraucht. <u>Gatekeeping:</u> Nicht untersucht
Cram <i>et al.</i>	1998	PC ⇔ Versorgung durch Spezialisten hinsichtlich Qualität und Kosten	Nicht-systematische Übersichtsarbeit <u>Suche:</u> 1992-1997 Medline, Health Star Datenbank, Handsuche nicht erwähnt <u>Selektion:</u> Prozess unklar, nur ein Ausschlusskriterium <u>Qualitätsbewertung:</u> subjektiv	21 Publikationen Fokussiert auf Mikroebene	Studienergebnisse gruppiert hinsichtlich untersuchter Outcomes: Ärztliches Fachwissen, Leitliniengerechte Therapie, Behandlungserfolg, Kosteneffektivität und Patientenzufriedenheit.	Spezialisten wiesen mehr Fachwissen zu Erkrankungen ihres Fachgebietes auf und therapierten häufiger leitliniengerecht. Gesundheitliche Outcomes zeigten keine deutliche Assoziation zu Spezialisierung. Allerdings profitierte die Gruppe der schwer Akuterkrankten von einer Behandlung durch Kardiologen. Keine eindeutigen Ergebnisse zu Kosteneffektivität oder Patientenzufriedenheit. Große Varianz der Ergebnisse innerhalb der Ärztegruppen deuteten die Autoren als Hinweis dafür, dass die Persönlichkeit des Arztes eine entscheidende Rolle spielt.

						<p>In vielen Primärstudien war eine deutliche Voreingenommenheit hinsichtlich der einen oder anderen Versorgungsform festzustellen.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Kostengünstiger, da Allgemeinmediziner tendenziell weniger Ressourcen verbrauchen als Spezialisten.</p>
Donohoe	1998	Medizinisches Fachwissen und Versorgungsqualität von Allgemeinmedizinern ↔ Spezialisten	<p>Nicht-systematische Übersichtsarbeit</p> <p><u>Suche:</u> 1966-1998 Medline, Datenbank Handsuche in selektierten Artikeln</p> <p><u>Selektion:</u> Prozess unklar</p> <p><u>Qualitätsbewertung:</u> subjektiv</p>	<p>217 Publikationen zitiert</p> <p>Fokussiert auf Mikroebene</p>	<p>Studienergebnisse zu Vergleichen zwischen Spezialisten und Allgemeinmedizinern, gruppiert nach Erkrankungen.</p> <p>Studien zu Verschreibungsverhalten: Defizite und übermäßige Verschreibung/Nutzung</p>	<p>Bei Untersuchungen zu spezifischen Erkrankungen wie Myokardinfarkt, HIV und Depression zeigt sich Evidenz für eine Überlegenheit der Versorgung durch Fachärzte, hinsichtlich medizinischem Fachwissen und Versorgungsqualität. Allerdings wird diese Überlegenheit teilweise durch die negativen Folgen einer übermäßigen Anordnung diagnostischer Tests und Therapien durch Spezialisten wieder aufgehoben.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Nicht untersucht</p>
Griffin & Kinmonth	1998	Prozess- und Outcomeparametern bei der Therapie von Diabetes mellitus durch Spezialisten ↔ Allgemeinmediziner	<p>Systematische <u>Suche:</u> Studien-1996 MEDLINE, CINAHL, National Research Register, PsycLIT, Healthstar, EMBASE, Cochrane library, Handsuche in selektierten Artikeln</p> <p><u>Selektion:</u> Ein- und Ausschlusskriterien ausführlich dargelegt</p> <p><u>Qualitätsbewertung:</u> standardisiert und</p>	<p>5 RCT</p> <p>Mikroebene</p>	<p>5 klinische Studien, 1058 Patienten, Nachbeobachtungszeitraum in nur einer Studie >2 Jahre, Lebensqualität, kardiovaskuläre Risikofaktoren und Komplikationen waren unzureichend erfasst.</p> <p>Zwei Systeme zu unterscheiden: Studien mit PC Nachbetreuung unterstützt durch ein strukturiertes System mit Terminerinnerungen</p>	<p>Nicht strukturierte ambulante Versorgung ist assoziiert mit erhöhter Mortalität und schlechterer Kontrolle der Glykämie, als krankenhausbasierte Versorgung. Allerdings können strukturierte PC-Programme eine ähnliche und zum Teil bessere Versorgung aufweisen. In dieser Übersicht zeigt sich, dass Programme, beispielsweise mit regelmäßigen Terminerinnerungen an Allgemeinärzte und Diabetiker, eine adäquate Therapie ermöglichen.</p> <p><u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt</p>

			transparent <u>Metaanalyse</u>		Studien zu PC ohne strukturiertes Behandlungsprogramm	
McColl <i>et al.</i>	1998	-nachweislich wirksame Interventionen von PC-Teams -Wie viele Todesfälle ließen sich vermeiden, wenn in einer Population alle Bedürftigen von diesen Interventionen profitieren könnten? -Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für PC-Versorgung	Nicht-systematische Übersichtsarbeit: Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nicht beschrieben	43 Publikationen zitiert Fokussiert auf Mikroebene	Ausgewählte Interventionen: Aspirin bei Arteriosklerose, Blutdruckeinstellung, Rauchentwöhnung, ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz, Statine bei KHK (als Primär- und Sekundärprävention), Antikoagulation bei Vorhofflimmern und Influenza-Impfung bei >65-Jährigen	Es werden 8 evidenzbasierte Interventionen vorgestellt (z.B. Grippeimpfung) die hauptsächlich von PC-Teams durchgeführt werden. Die relative Risikoreduktion für eine Bevölkerung von 100000 wird dargestellt, eine optimale Behandlung voraussetzend. Dem wird eine aktuelle Schätzung der tatsächlich durchgeführten Interventionen gegenübergestellt. So wird das Potential einer verbesserten Durchführung dieser Interventionen verdeutlicht. Weiterhin werden Outcomeparameter vorgestellt, die als Qualitätsindikatoren der einzelnen Interventionen genutzt werden können. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt
Godber <i>et al.</i>	1997	-Kosteneffektivität einer Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf PC -Zukunft gesundheitsökonomischer Evaluationen von PC	Systematische <u>Suche:</u> 1985-1996 Social Sciences Citation Index, EMBASE, Medline (nur 1992-96) und Datenbank des Zentrums für PC-research der Universität Manchester, Handsuche wurde durchgeführt <u>Selektion:</u> Einschlusskriterien ausführlich dargelegt <u>Qualitätsbewertung:</u> Studiendesign und	23 Studien 11 RCT 5 Kohorten 1 Fall-Kontroll 3 quasi-experimentell (19 Studien aus GB) Fokussiert auf Mikro-Ebene	Die Datenlage zu dieser Fragestellung ist für eindeutige Aussagen unzureichend	In dieser Literaturübersicht von 23 Studien zeigen sich methodische Schwächen in allen selektierten Studien. Es finden sich jedoch Hinweise auf eine erhöhte Kosteneffektivität durch PC. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt

			methodische Qualität werden bewertet			
Freeman & Hjortdahl	1997	Freie Arztwahl ⇔ Arztwahl eingeschränkt zugunsten verbesserter Versorgungskontinuität?	Nicht-systematische Übersichtsarbeit: Suchkriterien, Selektion und Qualitätsbewertung nicht beschrieben	44 Publikationen zitiert Fokussiert auf Mikroebene	Studienlage zu persönlicher- ⇔ longitudinaler- Kontinuität Outcome: Kosten, Patientenzufriedenheit, Compliance	Kontinuität ist ein herausragendes Attribut von PC, wodurch eine individuelle und kosteneffektive Versorgung ermöglicht werden kann. Die Autoren unterscheiden zwischen persönlicher Kontinuität, wobei der Schwerpunkt auf der Arzt-Patienten Beziehung liegt und Kontinuität die sich nur durch die Häufigkeit der Arztbesuche beim selben Arzt auszeichnet. Persönliche Kontinuität zeigt sich assoziiert mit verbesserter Patientenzufriedenheit, verbesserter Compliance und sinkenden Ausgaben für Hospitalisierungen <u>Gatekeeping:</u> Nicht untersucht
Bartter & Pratter	1996	-Probleme im Behandlungssystem von Asthmatikern in den USA -Versorgung von Asthmatikern durch Experten ⇔ Allgemeinmediziner	Nicht-systematische Übersichtsarbeit <u>Suche:</u> 1986-1996 Medline, Handsuche in Referenzen selektierter Artikel <u>Selektion:</u> Nicht beschrieben <u>Qualitätsbewertung:</u> Nicht beschrieben	57 Publikationen zitiert Fokussiert auf Mikroebene	Gruppiert nach: Retrospektive Studien zu Ursachen von Asthamortalität Vergleichsstudien Experten ⇔ PC Studien zur Evaluation von Asthma self-management	Die Studienlage zeigt, dass eine Versorgung durch Experten von Fällen mit kompliziertem Asthma zu besseren Outcomes bei erniedrigten Kosten führt. Da nicht alle Asthmatiker von einem Experten behandelt werden können ist es wünschenswert, dass Kriterien festgelegt werden, ab denen ein komplizierter Verlauf vorliegt, der dann von einem Experten behandelt werden sollte. <u>Gatekeeping:</u> Nicht erwähnt