

Realisierbare Qualität in der Primärversorgung – Lernen von einem niederländischen Praxismodell

A. Schneider, G.-J. Dinant¹, J. Szecsenyi

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen bekommt eine qualitativ hochwertige Primärversorgung zunehmende Bedeutung. Insbesondere in den Niederlanden wurde durch frühzeitige Neustrukturierungen im Gesundheitswesen mit einhergehender Stärkung der hausärztlichen Rolle eine hohe Effizienz erreicht. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist auch die prägende Rolle der allgemeinmedizinischen Lehre und Forschung an der Universität. Wesentliche Qualitätsmerkmale sind eine elektronische Vernetzung der einzelnen Leistungsanbieter innerhalb einer Region, ausgeprägte Leitlinienorientierung und Einführung von so genannten Nurse Practitioners in die Praxisroutine. Diese Umstrukturierungen bringen allerdings auch Veränderungen des ärztlichen Rollenverständnisses mit sich. Wie eine Realisierung dieses Qualitätsmodells aussehen kann, wird anhand einer niederländischen Gemeinschaftspraxis aufgezeigt, die im Rahmen von Modellprojekten mit der Universität Maastricht und mit Krankenkassen kooperiert.

Summary

Realizable quality in primary health care – Lessons of experience from a Dutch model

Good quality in primary care is gaining importance considering the lack of resources in health care in Germany. In the Netherlands health care seems to be more cost effective because of a clearly defined role of general practitioners. General practice has also an important role in medical education and vocational training there. Regional electronic networks of health care providers, guideline oriented practice and nurse practitioners are some structural elements which are different from the German situation. The case of a Dutch group practice shows how these new structures influence the role of doctors and the quality of care.

Key words

Primary care, Netherlands, electronic networks, nurse practitioners

Einführung

Das Bedürfnis nach Qualität und deren kontinuierlicher Förderung ist in allen entwickelten Gesundheitssystemen mittlerweile ein häufig diskutiertes Thema (9), denn mit der Qualitätsförderung ist die Hoffnung auf Mobilisierung immer knapper werdender Ressourcen verbunden. Eine effektive Gestaltung des Praxisablaufes und optimierte Kommunikation mit anderen Versorgern im Gesundheitswesen bieten hier Verbesserungsmöglichkeiten, von denen Ärzte und Patienten² profitieren können. Wie unter günstigen Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung aussehen kann, soll durch nachfolgende Darstellung der Organisation der niederländischen Praxisgemeinschaft »Gesundheitszentrum Heer« aufgezeigt werden. Wesentliche Elemente, die nachfolgend ausgeführt werden, beinhalten eine elektronische Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern, die Mitarbeit eines Nurse Practitioners zur Betreuung chronisch Kranker und die Bereitstellung von Informationsmaterial für Patienten und Ärzte durch das Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Elektronische Vernetzung

Die niedergelassenen Hausärzte haben zur Bereitstellung eines hausärztlichen Bereitschaftsdienstes für Zeiten außerhalb der Sprechstunden, für die Feiertage, Wochenenden und Nächte eine Ambulanz organisiert, die sich in den Räumen der Universitätsklinik Maastricht befindet. Die Ansiedelung direkt in der Universitätsklinik bietet den Vorteil, dass bei Komplikationen konsiliarisch Spezialisten hinzugezogen werden können bzw.

Dr. med. Antonius Schneider

Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik und Poliklinik
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Bergheimer Strasse 147, 69115 Heidelberg
E-Mail: antonius_schneider@med.uni-heidelberg.de

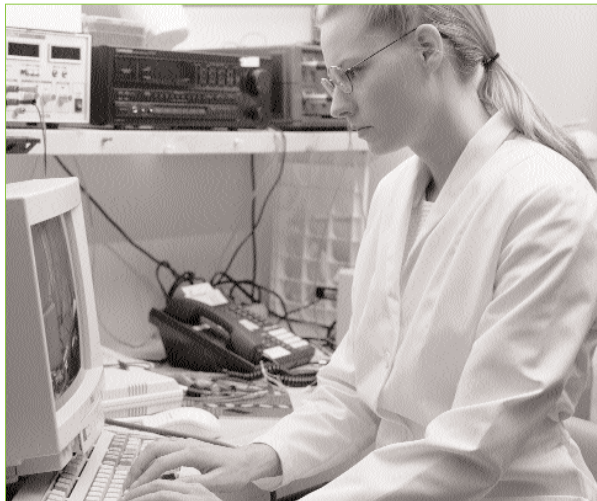
¹ Universität Maastricht, Holland

² Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form verwendet, gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

Forum Qualität

eine sofortige stationäre Aufnahme erfolgen kann. Prinzipiell wird jeder Patient zuerst von einem Hausarzt gesehen. Durch dieses Vorgehen konnten 20 % an Facharztkonsultationen eingespart werden.

Alle Praxen im Raum Maastricht sind mit der Ambulanz des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes via PC vernetzt. Die Zugänge werden über Codes geregelt, wobei Informationen nur durch die niedergelassenen Ärzte abgerufen werden können. Die Ambulanz kann keine Daten der Niedergelassenen einsehen. Anamnese, Diagnosen, Befunde, Medikation und Prozeduren werden durch den Notdienst in den PC eingegeben und per E-Mail an den Hausarzt gesendet, bei dem sich der Patient normalerweise in Behandlung befindet. Somit kann der Hausarzt bei der nächsten Konsultation des Patienten sofort alle wichtigen Informationen einsehen. Auf diesem Weg lassen sich Informationsdefizite oder Verzögerungen von Mitteilungen vermindern.



■ **Abbildung 1:** Die elektronische Vernetzung der Hausarztpraxen mit der Ambulanz des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes, mit dem labordiagnostischen Zentrum und der Universität Maastricht ist ein zentrales Element des niederländischen Praxismodells.

Feedback des labordiagnostischen Zentrums

Darüber hinaus werden Befunde der radiodiagnostischen und labordiagnostischen Zentren über E-Mail an die überweisenden Hausarztpraxen gesandt. Die Labors führen in den Niederlanden die Blutentnahme durch, manche Praxen lassen auch das EKG im labordiagnostischen Zentrum schreiben und befunden. Zudem gibt es auch die Möglichkeit, über elektronische Datenübermittlung ein EKG direkt online bei einem Kardiologen begutachten zu lassen.

Eine weitere Besonderheit in der Zusammenarbeit speziell mit dem kooperierenden labordiagnostischen Zentrum besteht im Feedback, das vom Labor bezüglich der angeforderten Werte gegeben wird. Sollten nicht indizierte oder übermäßig viele Laborparameter angefordert werden, weisen die Mitarbeiter darauf hin und helfen gegebenenfalls bei der diagnostischen Fragestellung weiter. Dies mutet für deutsche Verhältnisse erstaunlich an, da im deutschen Gesundheitssystem Labors durch Doppel- und Fehldiagnostik Gewinn machen und daher entsprechendes Feedback nicht etabliert ist. Allerdings ist auch in den Niederlanden eine derartige Zusammenarbeit nicht überall etabliert.

Datenerhebung für die Forschung

Bezüglich Forschungsfragestellungen ist interessant, dass die Praxen auch mit dem Department of General Practice der Universität Maastricht elektronisch vernetzt sind. Entsprechend einer erstellten »Problemliste« im Rahmen von Forschungsprojekten ruft die Universität alle drei Monate anonymisierte Daten aller Patienten, die damit einverstanden sind, ab. Dies beinhaltet die in Form von ICPC-Codierungen eingegebenen Diagnosen oder Symptome, die verordneten Medikamente und Prozeduren, wie z. B. Überweisungen und veranlasste diagnostische Untersuchungen. Somit sind ausgedehnte epidemiologische Untersuchungen im primärärztlichen Bereich möglich, die den hohen Stellenwert der Allgemeinmedizin in der Gesellschaft und im universitären Bereich etabliert haben.

Ermöglicht wird die Kooperation durch Verwendung einheitlicher Computerprogramme zur Archivierung von Patientendaten, wie z. B. MicroHIS oder ProMedico. Wichtig ist zu betonen, dass die elektronische Vernetzung mit keinerlei Kontrollfunktionen verbunden ist.

Nurse Practitioner

Die Einführung dieser Berufsgruppe bedeutet zweifelsohne die größte Neuerung in der Organisation der Primärversorgung. Es handelt sich um eine erstmals in Großbritannien entstandene Berufsgruppe, die seit drei Jahren im Rahmen von Modellprojekten auch in niederländischen Praxen etabliert ist. Ausgeübt wird dieser Beruf von examinierten Krankenpflegern und –schwestern, die im Rahmen einer speziellen Weiterbildung ihre Kenntnisse von bestimmten Krankheiten intensiviert haben. Grundlegend hierbei ist eine vierjährige Ausbildung zum Krankenpfleger/Schwester an einer Art Fachhochschule. Die Ausbildung berechtigt zum Führen des

Titels »Bachelor«. Die Spezialisierung zum Nurse Practitioner erfolgt berufsbegleitend und dauert pro Erkrankung ein halbes Jahr.

Der Nurse Practitioner des Gesundheitszentrums Heer ist zuständig für die Versorgung chronisch Kranker und betreut selbständig Patienten mit Asthma, COPD, Diabetes mellitus Typ II und Herzinsuffizienz. Er bestellt die Patienten durchschnittlich einmal pro Halbjahr ein und kontrolliert diese bezüglich des Krankheitsverlaufes. Einmal jährlich werden die Patienten vom betreuenden Hausarzt gesehen, bei Auftreten von Komplikationen oder Verschlechterungen im Krankheitsverlauf selbstverständlich häufiger. Anpassungen der Medikation dürfen durch den Nurse Practitioner nicht selbständig vorgenommen werden, sondern müssen durch den Arzt erfolgen.

Umgang mit Asthma-Patienten

Bei Patienten mit Asthma / COPD führt der Nurse Practitioner die Spirometrie durch, demonstriert und erklärt dem Patienten den Verlauf der Fluss-Volumen-Kurve und die Entwicklung der Einsekundenkapazität im Verlauf. Anhand von Bildern und Plastiken werden pathophysiologische Zusammenhänge eingehend erklärt und beispielsweise medikamentöse Wirkungen oder Nebenwirkungen des Rauchens aufgezeigt. Außerdem gibt er Empfehlungen zur Nikotinentwöhnung über Nikotinpflaster, Verhaltenstherapie, Medikamente oder Akupunktur. Damit übernimmt er die zur Versorgung chronisch Kranker dringend wichtigen Funktionen wie Krankheitsschulung, Schulung im Tagebuchführen, Instruktion im Notfall und bei Krankheitsverschlechterung.

Umgang mit Diabetes-Patienten

Bei Patienten mit Diabetes mellitus werden Blutzuckereinstellung, Blutdruckeinstellung und eventuelle Sensibilitätsstörung der Extremitäten kontrolliert. Auch auf Glukosurie, Durchblutungsstörungen und potentielle



■ **Abbildung 2: Der Nurse Practitioner übernimmt die Patientenschulung bei Diabetes-Patienten**

Entzündungsherde der Extremitäten wird geachtet. Darüber hinaus wird die regelmäßige Kontrolle des Augenhintergrundes durch den Augenarzt überwacht. Auch hier übernimmt der Nurse Practitioner mit der Krankheitsschulung, Schulung im Tagebuchführen und Instruktionen für den Notfall wichtige Funktionen.

Genügend Zeit für den Patienten

Insgesamt steht dem Nurse Practitioner mit 30 Minuten pro Patient ausreichend Zeit zur Verfügung, um eine eingehende Sprechstunde zu führen. Durch die Übernahme der Betreuung chronisch Kranker wird den Ärzten zeitintensive Arbeit abgenommen, so dass sie deutlich entlastet werden. Darüber hinaus wird eine effizientere und strukturierte Betreuung der chronisch Kranken möglich. Auffallend ist, dass der Nurse Practitioner mit seinen Aufgaben Teile der traditionell ärztlichen Rolle übernimmt. Die Patienten besprechen neben ihren Krankheitsbeschwerden auch ihre Alltagssorgen mit ihm und holen sich diesbezüglich Rat. Selbst Pharmavertreter kommen zu ihm und besprechen zum Beispiel Medikamente und medizinische Geräte, wie es eigentlich traditionellerweise bei Ärzten durchgeführt wird.

Verantwortlich für den Patienten und dessen korrekte Behandlung sind stets die Ärzte des Behandlungszentrums. Der Nurse Practitioner ist als Halbtagskraft angestellt und als höher qualifizierte Kraft circa 1000 h teurer als eine Arzthelferin. Die Abrechnung erfolgt für Kassenpatienten als Quartalspauschale und für Privatpatienten als Privatrechnung, ähnlich wie im deutschen Gesundheitswesen. Aufgrund der hohen Beschäftigungskosten entstehen hier relativ hohe Investitionen, deren Rentabilität wohl derzeit unklar ist. Es besteht eine tendenziell kostenneutrale Arbeitsteilung, die jedoch zu deutlich höherer Versorgungseffizienz führt.

Faltblätter für Patienten und Leitlinien

Auch das Dutch College of General Practitioners (Niederlands Huisartsen Genootschap, NHG) trägt zu einem optimierten Behandlungskontext bei (12). So hat die niederländische Gesellschaft der Allgemeinärzte 40 evidenzbasierte Faltposter zu den wichtigsten und häufigsten Krankheiten entwickelt, die für die Patienten in verständlicher Sprache geschrieben sind. Diese können, wie z.B. im Gesundheitszentrum Heer, in der Nähe des Wartezimmers ausgehängt werden. Somit erhalten die Patienten die Möglichkeit, sich bereits im Vorfeld über Aspekte ihrer Erkrankung zu informieren. Der Vorteil ist, dass diese evidenzbasierten Faltposter frei sind von

Forum Qualität

pharmazeutischer Werbung, auch Manipulationen durch sonstige Interessengruppen entfallen.

Einen wichtigen Beitrag stellt die Entwicklung von Leitlinien für die hausärztliche Praxis dar. Insgesamt wurden bereits 90 international anerkannte Leitlinien entwickelt, die sowohl in ausführlicher Fassung als auch in einseitiger Kurzfassung den Hausärzten zur Verfügung stehen. Aufgrund der regelmäßigen Überarbeitung und Auffrischung durch die NHG können sich die Hausärzte über neueste Entwicklungen zu evidenzbasierter Diagnostik und Therapie zu den wichtigsten Erkrankungen auf dem Laufenden halten.

Organisatorischer Hintergrund

Für die Umstrukturierung und Optimierung des Praxisablaufes waren selbstverständlich zuerst finanzielle Investitionen notwendig, die im Rahmen einer durchschnittlichen Praxis nicht alleine zu bewältigen sind.

So erhielten die kooperierenden Praxen für die elektronische Vernetzung mit der Ambulanz und dem Labor eine finanzielle Unterstützung von der Universität, die wiederum selbst eine Förderung durch das niederländische Gesundheitsministerium erlangen konnte. Ein Anliegen ist hierbei, dass sich das System in kürzerer Zeit selbst trägt und die Fremdfinanzierung damit ausläuft. Die Integration eines Nurse Practitioners in den Praxisalltag wurde ermöglicht im Rahmen eines Modellprojektes, das von Krankenversicherungen gefördert wurde. Da sich eine Verbesserung der Effizienz bei Kostenneutralität zeigte, wird die Stelle mittlerweile durch die Praxis selbst unterhalten.

Umstrukturierung war nur mit Anpassung der Rahmenbedingungen möglich

Der Blick auf die Praxisorganisation innerhalb eines anderen Gesundheitssystems zeigt unterschiedliche Facetten. So ist zum einen durch die elektronische Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer ein effizienteres Arbeiten mit geringerem Zeit- und Informationsverlust möglich. Zum anderen ist durch gute Organisation und vor allem durch Arbeitsteilung mit dem Nurse Practitioner eine Erhöhung der Behandlungsqualität, aber auch eine Entlastung der Ärzte möglich.

Notwendig hierfür war aber auch eine Anpassung von Rahmenbedingungen, wie z.B. Berufserlaubnis und Ausbildungsmöglichkeiten für Nurse Practitioner. Zudem war die Umstrukturierung nur durch eine finanzielle Unterstützung durch Krankenkassen und Universität im Rahmen von Modellprojekten möglich, mit der

Intention, ein sich selbst tragendes Konzept zu entwickeln.

Somit geschehen diese Veränderungen auch im gesellschaftlichen Kontext, im engeren Sinne vor dem Hintergrund einer prägenden Rolle der Allgemeinmedizin in der Primärversorgung und an der Universität. Das Fach Allgemeinmedizin entwickelte sich in den Niederlanden seit der krisenhaften Situation der 40er und 50er Jahre von der negativen Prägung eines »Nicht-Spezialisten« zu einer professionellen Identität mit zahlreichen eigenen Forschungsaktivitäten (6). Im niederländischen Gesundheitssystem dient der Allgemeinarzt als »gatekeeper« zur spezialisierten Versorgung. Um hier einen hohen Standard zu gewährleisten, unterstützt die Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) die Allgemeinärzte in zahlreichen Aspekten der Qualitätsförderung durch Entwicklung von Leitlinien und Patienteninformationsblätter. Darüber hinaus bietet sie eine kontinuierliche Weiterbildung durch Qualitätszirkel an (12).

Enge Kooperationen bereits in der Weiterbildung

Diese enge Verknüpfung der hausärztlichen Tätigkeit mit ständiger qualitätsfördernder Kommunikation und Feedback beginnt bereits in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Die Weiterbildungsassistenten arbeiten zwei Jahre vier Tage die Woche in einer Allgemeinpraxis mit, einen Tag pro Woche erhalten sie einen berufsbegleitenden Unterricht an der Universität. Darüber hinaus wird im Rahmen ihrer dreijährigen Ausbildung noch eine einjährige Tätigkeit im Krankenhaus absolviert, ebenfalls flankiert von einer berufsbegleitenden Weiterbildung, die für Assistenten verpflichtend ist. Die starke Rolle der Allgemeinmedizin in den Niederlanden wird letztlich auf die enge Verknüpfung von klinischer Tätigkeit, Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin zurückgeführt, wodurch zahlreiche internationale Forschungsprojekte und Publikationen in renommierten Zeitschriften ermöglicht wurden (6). Eine beispielhafte Auflistung findet sich im Literaturverzeichnis (1–5, 7, 8, 10, 11, 13–17).

Letztlich bildet sich hier vielleicht auch ein gesellschaftlicher Gewinn ab, wenn man unser Gesundheitswesen mit dem niederländischen im Hinblick auf die Finanzierbarkeit vergleicht. Allerdings haben auch die Niederlanden inzwischen Probleme, ausreichend Allgemeinärzte zu finden bzw. weiterzubilden. Zurückgeführt wird dies auf mehrere Faktoren, wie hohe Arbeitsbelastung und verhältnismäßig geringe Entlohnung. Es bleibt eine Herausforderung für das niederländische Gesundheitssystem, sich den Vorsprung zu sichern, der durch gelun-

gene Strukturierungen im Versorgungssystem erreicht wurde (18).

Literatur

1. Dinant GJ, de Kock CA, van Wersch JW: Diagnostic value of C-reactive protein measurement does not justify replacement of the erythrocyte sedimentation rate in daily general practice. *Eur J Clin Invest* 1995; 25(5): 353–359
2. Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA: The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *JAMA* 1994; 272(21): 1661–1665
3. Grol R: Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001; 286(20): 2578–2585
4. Grol R: Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001; 39(8 Suppl 2): II46–II54
5. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R: Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(4): 315–319
6. Knottnerus JA: The Netherlands. Research in general practice. *Lancet* 1996; 347(9010): 1236–1238
7. Knottnerus JA, Dinant GJ: Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997; 315(7116): 1109–1110
8. Knottnerus JA, Van Weel C, Muris JW: Evaluation of diagnostic procedures. *BMJ* 2002; 324(7335): 477–480
9. Marshall M: Quality indicators for general practice. London: Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
10. Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH, Knottnerus JA: Somatisation in primary care: clinical judgement and standardised measurement compared. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(6): 276–282
11. Thoonen BP, Schermer TR, Van Den BG, Molema J, Folgering H, Akkermans RP et al.: Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003; 58(1): 30–36
12. Timmermans AE, in 't Veld CJ: The implementation of guidelines in The Netherlands. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2001; 95(10): 719–724
13. Van den AM, Buntinx F, Metsemakers JF, van der AM, Knottnerus JA: Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res* 2001; 50(2): 95–102
14. Van der WT, van Bokhoven MA, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol RP: Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a

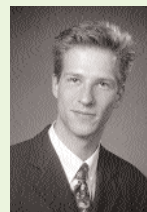
qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52(485): 974–980

15. Van Weel C, Knottnerus JA: Evidence-based interventions and comprehensive treatment. *Lancet* 1999; 353(9156): 916–918
16. Vroomen PC, de Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA: Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999; 340(6): 418–423
17. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al.: Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2): 111–118
18. WHO: The World Health Report 2000. WHO 2000

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bedanken bei den Drs. Geert-Jan Dinant, Frans Vissers, Annemarie Muysken und Giel Peeters für die herzliche Bereitschaft, eine Woche in ihrer Praxis hospitieren zu dürfen. Darüber hinaus möchte ich mich bei den Mitarbeitern der Universität Maastricht bedanken, insbesondere bei Dr. Yvonne van Leeuwen und Dr. Jos op't Root, für die Gastfreundschaft und geduldige Einführung in das niederländische Ausbildungssystem für Hausärzte.

Zur Person



Dr. med. Antonius Schneider, in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in einer städtischen Praxis in Ladenburg, seit 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkt: Versorgung von chronisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis. Promotionspreis 2001 des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin.

Buchtip

Kommunikation in der Medizin – Leitfaden für die erfolgreiche Praxisführung

H. Welling, *ecomед*, Landsberg, 2003, 224 S., 24,00 Euro

Ausgehend von eigenen Möglichkeiten der Stressbewältigung und eigenen Ressourcen entwickelt der Autor Grundlagen für eine erfolgreiche Kommunikation im Arzt-Patienten-Kontakt wie auch in der Mitarbeiterführung.

Dabei vermittelt er einerseits ein solides theoretisches Grundwissen über Kommunikation und Kommunikationsmodelle,

dessen Anwendung der Leser anhand praktischer Aufgaben üben kann.

Andererseits geben eine Vielzahl praktischer Tips Impulse für den Praxisalltag – insbesondere für die Konsultation und den Umgang mit dem Praxisteam.

Insgesamt ein sehr lohnendes Buch mit guter Umsetzbarkeit in der Praxis.

Hans-Michael Schäfer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Zingst