

Z Allg Med 2024 · 100:205–212
<https://doi.org/10.1007/s44266-024-00226-4>
Angenommen: 27. März 2024
Online publiziert: 8. Mai 2024
© The Author(s) 2024



Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Norwegen, Großbritannien, den Niederlanden und Italien – eine Übersicht

Klaus Linde¹ · Robert Bayer¹ · Jan Gehrmann^{1,2} · Bianca Jansky³ · Kirsten Zimmermann-Sigterman⁴ · Adolf Engl⁵ · Jens Föll⁶ · Peter Wapler⁷ · Antonius Schneider¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Technische Universität München, München, Deutschland; ² Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, Fakultät für Medizin, Technische Universität München, München, Deutschland; ³ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland; ⁴ Olching, Deutschland; ⁵ Institut für Allgemeinmedizin und Public Health, Claudiana, Bozen, Italien; ⁶ Penrhosgarnedd, Großbritannien; ⁷ Mühldorf am Inn, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesundheitssysteme und mit ihnen die Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung unterscheiden sich in den einzelnen europäischen Ländern erheblich. Ziel des vorliegenden Beitrags ist die vergleichende Darstellung der Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Norwegen.

Methoden: Der Vergleich beruht primär auf den International Health Care System Profiles des Commonwealth Fund aus dem Jahre 2020, ergänzt durch publizierte Analysen einzelner Länder, internationale Befragungen und Vergleiche sowie publizierte Berichte von Hausärzt:innen über das Arbeiten in anderen Ländern.

Ergebnisse: Gemessen am Brutto sozialprodukt hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben, die Zahl der Krankenhausbetten ist mit Abstand am höchsten, gleichzeitig ist auch die Liegedauer vergleichsweise lang. Die unmittelbaren Rahmenbedingungen für die Primärversorgung unterscheiden sich in vieler Hinsicht deutlich zwischen den einzelnen Ländern, z. B. im Hinblick auf die Gatekeeper-Funktion, das Vergütungssystem, die Praxisgröße und die Teamzusammensetzung. Internationale Befragungen zeigen, dass die mittlere Wochenarbeitszeit und die Zahl der Patientenkontakte in Deutschland mit Abstand am höchsten sind. Die Arbeitszufriedenheit ist in Deutschland und aktuell in Großbritannien geringer als in den anderen Ländern.

Diskussion: Unser Vergleich verdeutlicht die zum Teil massiven Unterschiede in den betrachteten Ländern. Mehrere Indikatoren sprechen dafür, dass die Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland trotz der insgesamt hohen Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich nicht besonders günstig sind.

Schlüsselwörter

Internationaler Vergleich · Hausärztliche Versorgung · Gesundheitssystem · Rahmenbedingungen · Arbeitszufriedenheit



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hintergrund

Die Gesundheitssysteme und mit ihnen die Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung unterscheiden sich in den einzelnen europäischen Ländern erheblich [1–3]. So erfolgt z.B. die Finanzierung des Gesundheitssystems in einigen Ländern über Steuern, in anderen über Pflichtbeiträge zur Krankenversicherung. Das Ausmaß der staatlichen Eingriffe und die Organisation der Gesundheitssysteme variieren stark. Während in vielen Ländern Spezialist:innen nicht ohne eine Überweisung durch Hausärzt:innen innerhalb der regulären Versorgung aufgesucht werden können (Gatekeeping-Funktion), ist dies in einzelnen Ländern wie z.B. Deutschland vergleichsweise einfach möglich [4]. Auch die Verfahren zur Leistungserstattung unterscheiden sich deutlich [1, 2].

Im Rahmen einer qualitativen Studie hat ein Teil der Autor:innen des vorliegenden Artikels Hausärzt:innen befragt, die außer in Deutschland auch in Großbritannien, Italien, den Niederlanden oder Norwegen in der Primärversorgung tätig waren. Ergebnisse aus dieser Studie werden in einem Folgeartikel berichtet [5]. Bei der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass für deren weitergehende Interpretation und Einordnung zusätzliche Informationen eingeholt werden sollten. Daher wurde die vorliegende Übersicht erstellt. Ziel ist die vergleichende Darstellung der Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Norwegen.

Methoden

Die wichtigste Quelle für den Vergleich waren die International Health Care System Profiles des Commonwealth Fund aus dem Jahre 2020 [2, 6]. In den „Profilen“ werden wichtige Grundmerkmale der Gesundheitssysteme von 20 Ländern systematisch auch in Bezug auf die Primärversorgung dargestellt. Allerdings ist statt Großbritannien hier lediglich England berücksichtigt. Großbritannien ist jedoch in den vom European Observatory for Health Systems and Policies herausgegebenen Profilen [7] enthalten. Außerdem wurde auf die Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD;

z. B. [1]), auf die Länderprofile der Länder der Europäischen Kommission (EU; [8]) sowie die umfangreichen Einzelländerprofile der 5 Länder [4, 7–11] zurückgegriffen. Neben diesen gesundheitssystembezogenen Daten wurde (mit Kombinationen aus Suchbegriffen zum Setting Primärversorgung und den einzelnen Länder bzw. internationalen Vergleichen) über PubMed und Google nach Befragungen von Allgemeinmediziner:innen aus mehreren europäischen Ländern mit dem Ziel eines Ländervergleichs gesucht. Ebenso wurde nach Berichten über „Auslandserfahrungen“ von Hausärzt:innen und spezifische Vergleiche der 5 Länder gesucht.

Die Darstellung erfolgt mit einer Fokussierung der Unterschiede der anderen Länder im Vergleich zu Deutschland. Die 4 „Vergleichsländer“ wurden im Rahmen der im Folgeartikel beschriebenen qualitativen Studie gewählt, da sich ihre Gesundheitssysteme deutlich unterscheiden. Um die hausärztliche Perspektive zu berücksichtigen und die gesammelten Informationen zu überprüfen, wurde gewährleistet, dass für jedes der 5 hier verglichenen Länder mindestens eine der Autor:innen dieses Artikels über praktische, hausärztliche Erfahrung im jeweiligen Land verfügt.

Ergebnisse

Allgemeine Kennzahlen zu den 5 Ländern

Die 5 betrachteten Länder unterscheiden sich stark nach Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte (■ Tab. 1). Der Urbanisierungsgrad, d. h. der Anteil der Bevölkerung, die in Orten mit mehr als 10.000 Einwohnern lebt, ist jedoch in allen 5 Ländern hoch. Insbesondere in Norwegen hat die Urbanisierung in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen. Der Anteil der Bevölkerung, der 65 Jahre oder älter ist, ist in Italien (23,9%) und in Deutschland (22,1%) am höchsten, die Lebenserwartung in Italien (82,7 Jahre) und in Norwegen (83,2 Jahre).

Gemessen am Bruttonettoprodukt hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben. Die meisten Ärzt:innen pro 1000 Einwohner gibt es in Norwegen (5,1), die wenigsten in Großbritannien (3,0). Der Anteil an Allgemeinmediziner:innen und

allen Ärzt:innen ist laut den OECD-Daten in Großbritannien (26%) und den Niederlanden (24%) besonders hoch. Die Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner ist in Deutschland (7,8) doppelt (Norwegen 3,4) bis 3-mal (Großbritannien 2,4) so hoch wie in den anderen Ländern. Gleichzeitig ist aber auch die mittlere Liegedauer mit 7,4 Tagen hoch. Die Niederlande haben bei 2,9 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner eine mittlere Liegedauer von 5,2 Tagen. Der Anteil der Bevölkerung, der keinen angemessenen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen hat (in den Statistiken bezeichnet als ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung), ist in den Niederlanden (0,2%) und in Deutschland (0,3%) am geringsten; in Italien (1,8%) und vor allem in Großbritannien (4,5%) ist er höher.

Basismerkmale der Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme in Großbritannien, Italien und Norwegen sind steuerfinanziert und alle Bürger:innen können automatisch deren Leistungen in Anspruch nehmen. Dagegen erfolgt in den Niederlanden und in Deutschland die Finanzierung durch Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung [2]. Jeder niederländische Bürger ist verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen, wobei die Beiträge in der Regel einkommensabhängig sind. Nur in Deutschland gibt es für Personen, deren Jahreseinkommen eine definierte Grenze überschreitet, eine private Krankenversicherung als Alternative zur gesetzlichen Versicherung. Ungewöhnlich in Deutschland ist auch, dass sich Träger des Gesundheitswesens – hierunter vor allem die gesetzlichen Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen – selbst organisieren, um in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, und der Staat eine vergleichsweise geringe Rolle bei deren Ausgestaltung hat.

Gatekeeping-Funktion der Hausärzt:innen

■ Tab. 2 gibt eine Übersicht der unmittelbaren Rahmenbedingungen der Primärversorgung in den betrachteten Ländern.

Tab. 1 Wichtige Kennzahlen zu den 5 betrachteten Ländern					
	Deutschland	UK	Italien	Niederlande	Norwegen
Einwohner (Millionen) ^a	83,2	67,4	59,1	17,5	5,4
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro Quadratkilometer) ^b	234	277	201	518	15
Anteil Einwohner in Orten mit > 10.000 Einwohnern ^c	77,5 %	84,2 %	71,3 %	92,6 %	83,3 %
Anteil ≥ 65 Jahre ¹	22,1 %	18,9 %	23,9 %	20,1 %	18,3 %
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt (Jahre) ^a	80,8	81,8	82,7	81,4	83,2
Bruttosozialprodukt pro Kopf (\$) ^d	56.454	45.872	43.122	59.821	65.136
Anteil Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt ^{e,z}	11,7 %	10,3 %	8,7 %	10,0 %	10,5 %
Pro-Kopf-Ausgaben Gesundheit (€) ^{e,z}	4504	3154	2473	3908	4505
Ärzte/1000 Einwohner ^d	4,5	3,0	4,0	3,8	5,1
Anteil Hausärzt:innen an Ärzt:innen ^d	16 %	26 %	18 %	24 %	17 %
Univ.-Abschlüsse Medizin/Jahr und 100.000 Einwohner ^e	12	13	18	15	11
Pflegekräfte/1000 Einwohner ^d	12,1	8,5	6,3	11,1	18,0
Krankenhausbetten/1000 Einwohner ^d	7,8	2,4	3,2	2,9	3,4
Krankenhausentlassungen/1000 Einwohner ^d	219	104	93	77	142
Mittlere Liegedauer (Tage) ^f	7,4	7,1	7,4	5,2	5,8
Ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung (%) ^d	0,3	4,5	1,8	0,2	0,8
^a OECD-Daten für 2022 [12] ^b GlobalEconomy.com., Daten für 2021 [13] ^c World Bank zitiert nach [14] ^d OECD-Daten für 2020 bzw. ^e 2019 oder ^f 2022 aus [1] ^z Rückgriff auf Zahlen von 2019, da 2020 länderspezifisch unterschiedlich deutliche Abweichungen im Vergleich zu den Vorjahren im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie					

Wie bereits erwähnt ist das Aufsuchen von Spezialist:innen ohne Überweisung innerhalb der gesetzlichen Regelversorgung in größerem Umfang nur in Deutschland möglich. In den anderen 4 Ländern müssen sich Bürger:innen, die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, bei Hausärzt:innen bzw. Praxen einschreiben. Die Gatekeeping-Funktion der Hausärzt:innen ist in Großbritannien, Norwegen und den Niederlanden stark und intakt. Die pädiatrische und gynäkologische Primärversorgung liegt in der Verantwortung der Hausärzt:innen. Spezialist:innen sind fast ausschließlich in Krankenhäusern tätig oder nur durch erhebliche Selbstzahlungen zugänglich. In Italien hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend ein Parallelsystem mit privatärztlich tätigen Spezialist:innen entwickelt, das das Gatekeeping schwächt. In Italien gibt es außerdem Pädiater:innen als Primärversorger für Kinder.

list:innen entwickelt, das das Gatekeeping schwächt. In Italien gibt es außerdem Pädiater:innen als Primärversorger für Kinder.

Abrechnung der Leistungen

In allen 5 Ländern ist die Mehrheit der Hausärzt:innen formal selbständig, wobei Verträge mit Kommunen (z.B. Norwegen), regionalen Gesundheitsbehörden (z.B. Italien) oder Ärzteorganisationen (z.B. Großbritannien) strukturierte Rahmenvorgaben enthalten, die in der Regel auch das wirtschaftliche Risiko vermindern. Eine quartalsweise Abrechnung mit komplexer Einzelleistungsvergütung und relevantem Regressrisiko gibt es nur in Deutschland. In Italien beziehen die Hausärzt:innen 70 % und in Norwegen 35 %

ihres Einkommens aus Kopfpauschalen, gleichgültig ob die Patient:innen die Praxis aufsuchen oder nicht. In Großbritannien machen Kopfpauschalen ca. 60 % des Praxiseinkommens aus, sind aber mit langen, vorgegebenen Öffnungszeiten (montags bis freitags von 8:00 bis 18:30 Uhr mit Ausnahme von Feiertagen) verknüpft, innerhalb derer alle Basisleistungen („essential services“) erbracht werden müssen. In Italien soll die Kopfpauschale ebenfalls alle Basisleistungen abdecken. In den Niederlanden, in denen an Wochentagen Praxisöffnungszeiten von 8:00 bis 17:00 Uhr vorgegeben sind, werden Kopfpauschalen mit leistungsabhängigen Konsultationspauschalen kombiniert, die zusammen ca. 75 % des Einkommens ausmachen. In Norwegen macht die (im Vergleich zu Deutschland deutlich einfachere) Einzelleistungsvergütung weitere 35 % des Einkommens aus. In Großbritannien und Italien tragen zusätzliche bzw. Sonderleistungen über Einzelleistungsabrechnungen zum Einkommen bei, in den Niederlanden Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen. Nur in Norwegen tragen Einnahmen aus Selbstzahlungen von Patienten (in der Regel pro Konsultation) in relevanter Weise zum Einkommen bei. In Großbritannien und den Niederlanden machen „Pay-for-performance“-Leistungen, bei denen Zielvorgaben für die Erfüllung evidenzbasierter Vorgaben honoriert werden, etwa 10 % der Einnahmen aus.

Praxisstruktur

In Großbritannien, Norwegen und den Niederlanden werden Einzelpraxen zunehmend zur Seltenheit. Während in Norwegen und den Niederlanden kleinere Gruppenpraxen am häufigsten sind, wächst in Großbritannien die Zahl von Großpraxen und zum Teil großen Praxisverbänden. In Deutschland sind kleine Praxen mit ein bis 2 Inhabern nach wie vor besonders häufig. In allen 5 Ländern steigt der Anteil der angestellten Ärzt:innen. In Italien teilen sich zwar zunehmend 2 oder mehr Hausärzt:innen die Räumlichkeiten, auch um sich eine:n Mitarbeiter:in für die Praxisorganisation leisten zu können. Die ärztliche Arbeit erfolgt aber meist nicht im Team, delegiert wird kaum und die Öff-

Tab. 2 Rahmenbedingungen der Primärversorgung in den 5 betrachteten Ländern ^a	
Deutschland	<p><i>Universitäre Repräsentanz:</i> allgemeinmedizinische Institute inzwischen an den meisten medizinischen Fakultäten</p> <p><i>Weiterbildung:</i> 5 Jahre, davon mindestens 2 Jahre in hausärztlicher Praxis</p> <p><i>Niedergelassene Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung:</i> in großer Zahl und ohne größere Einschränkung zugänglich</p> <p><i>Gatekeeping:</i> nein (bzw. nur in der hausarztzentrierten Versorgung)</p> <p><i>Registrierung:</i> nein</p> <p><i>Abrechnung:</i> primär Quartalspauschalen und Einzelleistungsvergütung</p> <p><i>Praxisgrößen:</i> 56 % Einzelpraxen, 33 % mit 2 Inhabern</p> <p><i>Gängige Teammitglieder:</i> medizinische Fachangestellte</p>
Großbritannien	<p><i>Universitäre Repräsentanz:</i> allgemeinmedizinische Institute an allen medizinischen Fakultäten seit vielen Jahren</p> <p><i>Weiterbildung:</i> 3 Jahre, davon 1 Jahr in hausärztlicher Praxis</p> <p><i>Niedergelassene Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung:</i> nur in geringer Zahl</p> <p><i>Gatekeeping:</i> ja</p> <p><i>Registrierung:</i> bei einer lokalen Praxis erforderlich; durchschnittlich 1400 Patient:innen pro Arzt/Ärztin</p> <p><i>Abrechnung:</i> üblicherweise ca. 60 % gewichtete Kopfpauschale kombiniert mit Verpflichtung für „essential services“, ca. 15 % „fee for additional services“, ca. 10 % „pay for performance“, zusätzlich weitere optionale, vereinbarte Leistungen möglich</p> <p><i>Praxisgröße:</i> 11 % Einzelpraxen, 46 % mit ≥ 5 Allgemeinmediziner:innen; Trend zu immer größeren Praxisverbänden</p> <p><i>Gängige Teammitglieder:</i> „nurse practitioner“, „team manager“, „pharmacist“; darüber hinaus seit 2019 weitgehende Verpflichtung zur Mitwirkung in „primary care networks“ zur Vernetzung mit kommunalen Gesundheitseinrichtungen und anderen Praxen</p>
Italien	<p><i>Universitäre Repräsentanz:</i> keine allgemeinmedizinischen Institute an medizinischen Fakultäten; Allgemeinmedizin nicht Teil der Curricula</p> <p><i>Weiterbildung:</i> 3 Jahre, davon mindestens 1 Jahr in hausärztlicher Praxis</p> <p><i>Niedergelassene Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung:</i> fast nur privatärztlich</p> <p><i>Gatekeeping:</i> prinzipiell ja, jedoch nur teilweise funktional; außerdem Pädiater:innen als „primary care provider“ für Kinder bis 14 Jahre</p> <p><i>Registrierung:</i> bei einer/einem festen Hausärztin/-arzt erforderlich; max. 1500 Personen pro Hausärztin/-arzt erlaubt</p> <p><i>Abrechnung:</i> ca. 70 % über Kopfpauschalen (unabhängig von tatsächlichen Patientenkontakten), weiteres Einkommen über abrechenbare Sonderleistungen und Zulagen</p> <p><i>Praxisgrößen:</i> Einzelpraxen und Praxen in gemeinsamen Räumen oft mit geringer Kooperation und häufig begrenzte Öffnungszeiten</p> <p><i>Gängige Teammitglieder:</i> ein relevanter Teil der Praxen ohne Angestellte</p>
Niederlande	<p><i>Universitäre Repräsentanz:</i> allgemeinmedizinische Institute an allen medizinischen Fakultäten seit vielen Jahren</p> <p><i>Weiterbildung:</i> 3 Jahre, davon 2 Jahre in hausärztlicher Praxis</p> <p><i>Niedergelassene Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung:</i> nur in geringer Zahl</p> <p><i>Gatekeeping:</i> ja</p> <p><i>Registrierung:</i> bei einer Ärztin/Arzt oder einer Praxis; typischerweise 2200 Patient:innen pro Ärztin/Arzt</p> <p><i>Abrechnung:</i> 75 % über Kopfpauschale und Kontaktpauschalen, 15 % über Disease-Management-Programme (DMP), 10 % „pay for performance“</p> <p><i>Praxisgrößen:</i> 82 % in Praxen mit 2–7 Ärzt:innen, 18 % Einzelpraxen</p> <p><i>Gängige Teammitglieder:</i> „practice assistants“, „nurses“ (mit Fachhochschulabschluss, in der Regel mit medizinischem Spezialgebiet), „primary care psychologists“</p>
Norwegen	<p><i>Universitäre Repräsentanz:</i> allgemeinmedizinische Institute an allen medizinischen Fakultäten seit vielen Jahren</p> <p><i>Weiterbildung:</i> 5 Jahre, davon mind. 3 Jahre in hausärztlicher Praxis</p> <p><i>Niedergelassene Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung:</i> nur in geringer Zahl</p> <p><i>Gatekeeping:</i> ja</p> <p><i>Registrierung:</i> bei Ärztin/Arzt oder Praxis; durchschnittliche „panel size“ 1120 Personen pro Ärztin/Arzt</p> <p><i>Abrechnung:</i> 35 % über Kopfpauschalen von den Kommunen, 35 % „fee for service“, 30 % Eigenbeteiligung der Patient:innen</p> <p><i>Praxisgrößen:</i> typischerweise mit 1–6 Ärzt:innen</p> <p><i>Gängige Teammitglieder:</i> medizinische Fachangestellte (mit mehr Aufgaben als in Deutschland)</p>

^aInformationsquellen: zu universitärer Repräsentanz und Weiterbildung von den Autor:innen mit Erfahrungen im jeweiligen Land; zu den anderen Merkmalen aus [2], gegengeprüft von den Autor:innen mit Erfahrungen im jeweiligen Land

nungszeiten der einzelnen Ärzt:innen sind häufig begrenzt. In Großbritannien, den Niederlanden und Norwegen wird vieles, was in Deutschland als ärztliche Leistung erbracht wird, an Teammitglieder delegiert, z. B. an für bestimmte Erkrankungen besonders qualifizierte Pflegekräfte. Die Zusammenarbeit mit kommunalen Einrichtungen ist im Vergleich zu Deutschland stärker ausgeprägt. Mit der zunehmenden Größe der Praxen und der praktisch seit 2019 bestehenden verpflichtenden

Mitwirkung in Praxisverbänden („primary care networks“) wird vor allem in Großbritannien systematisch versucht, die Versorgungskoordination über Interdisziplinarität und die Zusammenarbeit mit kommunalen Stellen zu intensivieren.

Arbeitsbelastung der Hausärzt:innen

Wiederholt wurden durch den Commonwealth Fund in den vergangenen Jahren internationale Querschnittserhebun-

gen durchgeführt, in denen in Zufallsstichproben von Hausärzt:innen diese unter anderem nach ihrer Arbeitsbelastung befragt wurden [15–17]. Bei den letzten 3 Befragungswellen mit dieser Frage zwischen 2005 und 2022 waren nicht immer alle hier betrachteten Länder beteiligt (■ Tab. 3) und die Auswertungsmethodik war zum Teil etwas unterschiedlich. Die Ergebnisse zeigen insgesamt aber sehr konsistent, dass die mittlere Wochenarbeitszeit und die Zahl der Patientenkontakte in

Tab. 3 Ergebnisse zur Arbeitsbelastung aus internationalen Befragungen von Hausärzt:innen					
	Deutschland	UK	Italien	Niederlande	Norwegen
<i>Mittlere Wochenarbeitszeit (Stunden)</i>					
Commonwealth Fund 2005/Koch et al. (2007; [11])	51	45	–	48	–
Commonwealth Fund 2009/Koch et al. (2012; [15])	51	42	38	44	41
Commonwealth Fund 2022/Beech et al. (2023; [16])	53	39	–	47	–
<i>Mittelwert Patientenkontakte/Woche</i>					
Commonwealth Fund 2005/Koch et al. (2007; [11])	243	154	–	141	–
Commonwealth Fund 2009/Koch et al. (2012) [15]	250	130	171	123	81
Commonwealth Fund 2022/Beech et al. (2023; [16])	254	110	–	111	–
<i>Mittelwert Minuten pro Patientenkontakt</i>					
Commonwealth Fund 2005/Koch et al. (2007; [11])	8	11	–	13	–
Commonwealth Fund 2009/Koch et al. (2012; [15])	9	13	10	15	21
Commonwealth Fund 2022/Beech et al. (2023; [16])	8	9	–	10	–
Irwing et al. (2017; systematischer Review [17])	7	9	–	10	18

Tab. 4 Ergebnisse zur Bewertung der eigenen Tätigkeit und zur Gesamtsystem des Gesundheitssystem aus internationalen Befragungen von Hausärzt:innen (Commonwealth Fund) ^a					
	Deutschland (%)	UK (%)	Italien (%)	Niederlande (%)	Norwegen (%)
<i>„Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation“</i>					
2009 Anteil „zufrieden/sehr zufrieden“ [15]	39	81	77	88	89
<i>„Overall, how satisfied are you with practising medicine?“</i>					
2012 Anteil „satisfied/very satisfied“ [19]	54	84	–	88	87
2015 Anteil „satisfied/very satisfied“ [19]	63	67	–	84	91
2019 Anteil „very satisfied/extremely satisfied“ [20]	43	39	–	53	60
2022 Anteil „very satisfied/extremely satisfied“ [16]	30	24	–	38	–
<i>„Compared to before the COVID-19 pandemic, would you say that overall the quality of care you are currently able to provide to your patient has...?“</i>					
2022 Anteil „worsened a lot/worsened somewhat“ [16]	37	50	–	18	–
<i>„How would you rate the overall performance of the health care system in your country?“</i>					
2019 Anteil „very good/good“ [20]	73	59	–	78	87

^aDa die tatsächliche Übersetzung der Fragen ins Deutsche (bzw. die englische Originalformulierung für 2009) in den verfügbaren Publikationen nicht berichtet und nicht eindeutig nachvollziehbar ist, wurden hier die Angaben in der Sprache der jeweiligen Publikation übernommen

Deutschland am höchsten sind, während die mittlere Zeit pro Patientenkontakt am kürzesten ist. Bei den Zahlen aus Großbritannien ist zu beachten, dass sehr viele Hausärzt:innen nicht an allen Wochentagen arbeiten. Norwegische Hausärzt:innen berichten die mit Abstand wenigsten Patientenkontakte und längsten Kontaktzeiten. Norwegen war zwar nur in der Befragung im Jahr 2009 beteiligt, die Ergebnisse eines systematischen Reviews [18] zu Kontaktzeiten, der auch Studien zu einzelnen Ländern mit zum Teil besserer Methodik (z. B. tatsächliche Erhebung der Daten in den Praxen) einschloss, bestätigen aber die Resultate der Commonwealth-Fund-Befragung. Wie Norwegen war Italien nur an der Commonwealth-Fund-Befragung 2009 beteiligt; die im Vergleich geringe Wochenarbeitszeit passt aber gut zu den in einem anderen Systemvergleich [19] berichteten

kurzen Öffnungszeiten vieler italienischer Hausarztpraxen.

Arbeitszufriedenheit und Gesamtbewertung

Die Erhebungen des Commonwealth Fund enthielten auch wiederholt Fragen zur Arbeitszufriedenheit (■ Tab. 4, oberer Teil). Die Formulierung der Frage und die Antwortoptionen waren jedoch nicht immer gleich, was vor allem die Interpretationen der Entwicklung über die Zeit erschwert [16, 17, 20, 21]. Insofern sind zeitliche Trends zwischen 2009 und 2022 nicht sicher bewertbar; die Veränderungen zwischen 2019 und 2022 dürften z.T. auch durch die SARS-CoV-2-Pandemie mit beeinflusst sein. Im Ländervergleich jedoch ist die Arbeitszufriedenheit der deutschen Hausärzt:innen mit Ausnahme des Jahrs

2022 (hier waren die Werte für Großbritannien noch niedriger) immer am geringsten, in Norwegen am höchsten. Auffällig ist auch, dass Großbritannien im Ländervergleich zunehmend schlechter abscheidet und die schlechteste Gesamtbewertung des Gesundheitssystems in der Befragung 2022 erreicht.

Diskussion

Die hier vorgestellten Zahlen und Informationen verdeutlichen, wie stark sich die Rahmenbedingungen der Primärversorgung zwischen den 5 betrachteten Ländern unterscheiden. Die Unterschiede beginnen mit der Finanzierung und basalen Organisation der Gesundheitssysteme und setzen sich über Strukturen, Prozesse und Regelungen der Primärver-

sorgung bis hin zur Arbeitsbelastung und -zufriedenheit der Hausärzt:innen fort.

Gesundheitssysteme, die das Ziel haben, möglichst der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, werden meist in 2 grobe Kategorien eingeteilt: steuerfinanzierte (National Health Service oder Beveridge-)Systeme oder über Pflichtbeiträge an Sozialversicherungen bzw. Krankenkassen finanzierte (Bismarck-)Systeme. Laut einer Analyse aus dem Jahr 2007 hatten westeuropäische Länder mit einem Bismarck-System in der Regel höhere Gesundheitsausgaben, aber auch eine bessere Zufriedenheitsbewertung durch die Versicherten sowie tendenziell eine etwas höhere Lebenserwartung als Länder mit einem Beveridge-System [22]. Bei Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen scheinen die Vorteile von Beveridge-Systemen klar zu überwiegen [23]. In Beveridge-Systemen ist der staatliche Einfluss meist größer, die Position der Primärversorger stärker, gleichzeitig ist das Risiko der Unterfinanzierung höher [22, 24]. Der Vergleich der hier betrachteten 5 Länder verdeutlicht jedoch, dass die konkrete Ausgestaltung innerhalb des Systems die Strukturen und die Versorgung enorm beeinflussen kann. So haben z.B. die Niederlande ein Bismarck- und Italien ein Beveridge-System, die Position der Primärversorgung ist in den Niederlanden jedoch deutlich stärker als in Italien.

Ein hervorstechendes Ergebnis unseres Vergleichs ist die große Kapazität und Inanspruchnahme der stationären Versorgung in Deutschland bei gleichzeitig hoher Arbeitslast und mäßiger Arbeitszufriedenheit der Hausärzt:innen – und dies, obwohl im Vergleich zu den anderen Ländern deutlich mehr Spezialist:innen in der ambulanten Versorgung tätig sind. Die Gesundheitsausgaben sind am höchsten, die mittlere Lebenserwartung ist am geringsten. Diese – bekannten – Indikatoren sprechen dafür, dass Verbesserungsbedarf, auch in Bezug auf die Rahmenbedingungen der Primärversorgung, besteht.

Ein zweites auffallendes Ergebnis ist die in den vergangenen Jahre stark abnehmende Berufszufriedenheit der britischen Hausärzt:innen. Obwohl diese in den zitierten Befragungen deutlich kürzere Arbeits-

zeiten und weniger Patientenkontakte als deutsche Hausärzt:innen angeben, sind sie in hohem Maße gestresst und frustriert [17]. Neben der chronischen Unterfinanzierung und der zunehmend kritischen Situation des britischen Gesundheitssystem [25] und den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie spielen Faktoren eine Rolle, die spezifisch die hausärztliche Versorgung betreffen: Genannt werden z.B. die Verdichtung der Arbeitsintensität durch die Delegation vieler weniger komplexer Aufgaben an nichtärztliche Teammitglieder und zunehmende administrative Aufgaben und Störungen in den Arbeitsabläufen. Ein wichtiger Teil dieser Störungen hängt mit den anspruchsvollen Aufgaben bei der Koordinierung der Versorgung zusammen, bei der inkompatible IT-Systeme und suboptimale Kommunikation große Probleme zu bereiten scheinen [26].

Die Situation der Allgemeinmedizin in Italien erscheint im Ländervergleich ebenfalls auffällig. So gibt es keine allgemeinmedizinischen Institute an den Fakultäten. Eine offizielle Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin existiert ebenfalls nicht; eine solche könnte nach geltender Regelung nur von den Universitäten vergeben werden. Die 3-jährige Spezialisierung erfolgt an „scuole di specializzazione“ (Spezialisierungskursen), die in der Regel von den Ärztekammern der Regionen organisiert werden [19]. Gemeinsam mit weiteren, im Ergebnisteil genannten, Faktoren führen diese Bedingungen zu einem vergleichsweise schwachen „Standing“ der Allgemeinmedizin, obwohl ihr grundsätzlich vom Gesundheitssystem eine starke Gatekeeping-Funktion zugeordnet ist.

In Norwegen und den Niederlanden erscheinen die Rahmenbedingungen für die Primärversorgung bzw. die Allgemeinmedizin vergleichsweise günstig zu sein, obwohl sich auch diese Länder den oben genannten Herausforderungen stellen müssen. Die Gatekeeping-Funktion ist intakt, die akademische Position der Allgemeinmedizin gut und die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im internationalen Vergleich hoch.

Die vorliegende Übersicht folgte nicht einer in einem Protokoll festgelegten Methodik. Das Vorgehen und die Auswahl der hier verglichenen 5 Länder erfolgte im Hinblick auf die im Folgeartikel be-

richtete qualitative Studie [5]. Dabei sollten die Länder ein deutlich anderes Gesundheitssystem haben. Alle stehen jedoch vor ähnlichen, großen Herausforderungen wie dem demografischen Wandel, steigenden Gesundheitsausgaben, der Digitalisierung und der zunehmenden Bürokratisierung. Die Gesundheitssysteme und mit ihnen die Gestaltung der Primärversorgung sind daher kontinuierlich Gegenstand von Reformversuchen. In dieser dynamischen Situation können sich einzelne Indikatoren wie stationäre Liegedauern oder Arbeitszufriedenheit innerhalb weniger Jahre ebenso ändern wie Abrechnungsbedingungen und Anreize. Gleichzeitig geben die über Jahrzehnte gewachsenen Strukturen und Kulturen der Situation bzw. der Entwicklung in den einzelnen Ländern sehr eigene Prägungen, die auch in den nächsten Jahren wirksam sein werden. Ein Vergleich von statistischen Kennzahlen, Systemmerkmalen und Rahmenbedingungen ermöglicht keinen wirklichen Einblick in die hausärztliche Praxis. In einem Folgeartikel [5] stellen wir daher Erfahrungsberichte aus einer qualitativen Studie mit Allgemeinmediziner:innen vor.

Fazit

Unser Vergleich verdeutlicht die zum Teil massiven Unterschiede in den betrachteten Ländern. Mehrere Indikatoren sprechen dafür, dass die Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland trotz der insgesamt hohen Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich nicht besonders günstig sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Institut für Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung, Technische Universität
München
Orleanstr. 47, 81667 München, Deutschland
klaus.linde@mri.tum.de

Danksagung. Die Autor:innen bedanken sich bei Dr. Christian Wiedermann und Thomas Brandhuber für ihr Feedback zu Vorversionen des Manuskriptes.

Förderung. Die Erstellung der Übersicht erfolgte ausschließlich aus Institutsmitteln.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Linde, R. Bayer, J. Gehrman, B. Jansky, K. Zimmermann-Sigterman, A. Engl, J. Föll, P. Wapler und A. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G (Hrsg) (2020) International Health Care System Profiles. 2020 edition. New York: The Commonwealth Fund. Verfügbar unter: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg) (2015) Building primary care in a changing Europe [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. Verfügbar unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/pdf/Bookshelf_NBK459010.pdf
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R (2022) Germany: Health System Review. Health Syst Transit 22(6):1–272
- Bayer R, Gehrman J, Jansky BL (2024) Hausärztlich arbeiten in. und anderswo – Erfahrungsberichte. Ztschr Allgmed, Deutschland
- Commonwealth Fund T Country profiles 2020. Verfügbar unter: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries>
- Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E (2022) The United Kingdom: Health system review. Health Syst Transit 24(1):i–192
- de Belvis AG, Mereaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A, Scarpetti G (2022) Italy: health system review. Health Syst Transit 24(4):i–203
- Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A (2020) Norway: health system review. Health Syst. Trans 22(1):i–163
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016) Health Systems in Transition, Bd. 18. health system review, The Netherlands, Si–239
- European Commission. Country health profiles. Verfügbar unter: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en#country-health-profiles-2021
- OECD Data, Population. <https://data.oecd.org/pop/population.htm>. Zugegriffen: 20.04.2024
- GlobalEconomy.com. Population density – Country rankings, Europe, 2021. https://www.theglobaleconomy.com/rankings/population_density/Europe/. Zugegriffen: 20.04.2024
- Länder_nach_Urbanisierung. https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_L%C3%A4nder_nach_Urbanisierung. Zugegriffen: 02.04.2024
- Koch K, Gehrman U, Sawicki PT (2007) Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Dtsch Arztebl 104: (A–2584)
- Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT (2011) The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int 108:255–261
- Beech JFC, Gardner G, Buzelli L, Williamson S, Alderwick H (2023) Stressed and overworked. Health Foundation. Verfügbar unter: <https://www.health.org.uk/publications/reports/stressed-and-overworked> <https://doi.org/10.3737/HF-2023-P12>
- Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, Holden J (2017) International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. Bmj Open 7:e17902
- Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A (2023) General practice in the EU: countries you see, customs you find. Eur J Health Econ 24:153–156. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01549-4>
- Martin S, Davies E, Gershlick B (2016) Under pressure—What the Commonwealth Fund's 2015 international survey of general practitioners means for the UK. Health Foundation. Verfügbar unter: <https://www.health.org.uk/publications/under-pressure>
- Fisher R, Turtton C, Gershlick B, Alderwick H, Thorlby R (2020) Feeling the strain. What the Commonwealth Fund's 2019 international survey of general practitioners means for the UK. Health Foundation. Verfügbar unter: <https://www.health.org.uk/publications/reports/feeling-the-strain>
- van der Zee J, Kroneman MW (2007) Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv Res 7:94
- Gabani J, Mazumdar S, Suhrcke M (2023) The effect of health financing systems on health system outcomes: A cross-country panel analysis. Health Econ 32:574–619
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al (2015). Diversity of primary care systems analysed. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg). Building primary care in a changing Europe. World

Frameworks of primary care in Germany, Norway, Great Britain, the Netherlands and Italy—an overview

Background: Health care systems and with them the design of primary care differ considerably in the individual European countries. The aim of this article is to provide a comparative description of the framework conditions of primary care in Germany, Great Britain, Italy, the Netherlands, and Norway.

Methods: The comparison is primarily based on the Commonwealth Fund's International Health Care System Profiles from 2020, supplemented by published analyses of individual countries, international surveys and comparisons, and published reports from general practitioners (GPs) about working in other countries.

Results: Measured in terms of gross national product, Germany has the highest health care expenditure, the number of hospital beds is by far the highest, and at the same time the length of stay is comparatively long. The immediate framework conditions for primary care differ significantly between the individual countries in many respects, e.g., with regard to the gatekeeper function, the remuneration system, the practice size, and the team composition. International surveys show that the average weekly working hours and the number of patient contacts are by far the highest in Germany. Job satisfaction is lower in Germany and currently in the UK than in the other countries.

Conclusion: Our comparison illustrates the partly massive differences in the countries considered. Several indicators suggest that the framework conditions of primary care in Germany are not particularly favorable in an international comparison, despite the overall high health care expenditure.

Keywords

International comparison · General practice care · Health care systems · Framework conditions · Job satisfaction

Health Organization. Regional Office for Europe, S 103–118. <https://iris.who.int/handle/10665/154350>

25. Cooksley T, Clarke S, Dean J, Hawthorne K, James A, Tzortziou-Brown V, Boyle A (2023) NHS crisis: rebuilding the NHS needs urgent action. *BMJ* 380:1
26. Sinnott C, Dorban-Hall B, Dixon-Woods M (2023) Tackling the crisis in general practice. *BMJ* 381:966

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



#13: ZFA TALKS

Acne inversa in der allgemeinmedizinischen Praxis früh erkennen

Die Acne inversa ist eine extrem belastende Erkrankung, bei der es wiederholt zu tief in der Haut liegenden, entzündlichen Knoten und Abszessen kommt. Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto besser sind die therapeutischen Aussichten. Doch in Deutschland vergehen bis zu neun Jahre, bis die Diagnose gestellt wird. Die Hausärztin Dr. med. Anne Lodde bietet in ihrer Gemeinschaftspraxis in Münster-Amelsbüren eine Acne inversa Sprechstunde an und erzählt in dieser Folge, wie Fehldiagnosen vermieden und den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Therapie angeboten werden kann.



Dr. med. Anne Lodde ist Fachärztin für Innere Medizin und arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis. In der Podcast-Reihe ZFA TALKS spricht sie über die Erkrankung Acne inversa (© Dr. Anne Lodde).



ZFA TALKS ist das Podcast-Format der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* in Kooperation mit Springer Medizin. Themen der Zeitschrift werden informativ und unterhaltsam besprochen, vertieft und auch mal kontrovers diskutiert. Hören Sie rein!