



*Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse (Hrsg.)*

# Gesundheitspolitik in Industrielländern 11

- Primärversorgung
- Angemessenheit und Transparenz
- Nationale Politikstrategien

*Sophia Schlette, Kerstin Blum,  
Reinhard Busse (Hrsg.)*

# **Gesundheitspolitik in Industrieländern 11**

Im Blickpunkt: Primärversorgung,  
Angemessenheit und Transparenz,  
nationale Politikstrategien

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 E-Book-Ausgabe (PDF)

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Dr. Arno Kappler, Soest*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

Satz und Druck: *Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld*

ISBN 978-3-86793-094-9

[www.bertelsmann-stiftung.de/verlag](http://www.bertelsmann-stiftung.de/verlag)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>Stärkung der Primärversorgung</b> .....	11
<b>Organisation, Kompetenz und Versorgungsebenen</b> .....	17
<i>Dänemark:</i> Allgemeinmedizin wird aufgewertet .....	18
<i>Finnland:</i> Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen .....	22
<i>Großbritannien:</i> Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung .....	24
<i>Estland:</i> Neue Zentren übernehmen Primärversorgung .....	25
<i>Österreich:</i> Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren .....	28
<b>Fachkräfte in der Primärversorgung</b> .....	33
<i>Neuseeland:</i> Positive Erfahrungen mit »Primary Care Nursing« .....	36
<i>Frankreich:</i> Nationale Empfehlung für einen Fachkräftemix .....	38
<i>Japan:</i> »Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe? .....	41
<b>Versorgung chronisch Kranker</b> .....	45
<i>Dänemark:</i> Das Chronic-Care-Modell wird importiert ....	47
<i>Singapur:</i> Disease-Management-Programm für Chroniker erfolgreich .....	50

<b>Angemessenheit, Fairness und Transparenz</b> .....	53
<i>Slowenien</i> : Erste Schritte zum Health Technology	
Assessment (HTA) .....	58
<i>Polen</i> : Herausforderung HTA .....	61
<i>Australien</i> : Einführung von HTA auf lokaler Ebene .....	63
<i>Finnland</i> : Mehr Kooperation bei Beurteilung	
medizinischer Methoden .....	67
<i>Dänemark</i> : Weiterentwicklung der Leistungsmessung .....	70
<i>Australien</i> : Mehr Information soll Zahl der	
Kaiserschnitte reduzieren .....	73
<i>Niederlande</i> : Patientenerfahrungen fließen	
in Qualitätsportal ein .....	77
<i>Südkorea</i> : Mehr Übersicht über Arzneimittelverbrauch .....	80
<i>Frankreich</i> : Elektronische Arzneimittelakte für Patienten .....	81
<b>Nationale Politikstrategien</b> .....	85
<i>Finnland</i> : Entwicklungsplan für	
Wohlstand und Gesundheit .....	88
<i>Schweiz</i> : Nationale eHealth-Strategie startet mit eCard .....	91
<i>Niederlande</i> : Zahl der unabhängigen	
Behandlungszentren steigt .....	94
<b>Weitere Nachrichten</b> .....	97
<i>Estland</i> : Nationales Gesundheitsinformations-	
system startet .....	97
<i>Österreich</i> : Erstattungskodex dämpft Anstieg der	
Arzneimittelausgaben .....	100
<i>USA</i> : Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung .....	103
<i>USA</i> : Rettung des »Oregon Health Plan«? .....	107
<b>Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik</b> .....	113
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung .....	115
Auswahlkriterien .....	115
Politikbewertung .....	117
Projektmanagement .....	118
<b>Reformverzeichnis nach Ländern</b> .....	119
<b>Reformverzeichnis nach Themen</b> .....	135

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 2003 berichten wir Ihnen in dieser Buchreihe über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen in den 20 Partnerländern des »Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik«. Um Ihre Meinung zu unseren halbjährlichen Publikationen zu erfahren, hatten wir der Ausgabe 10 eine Leserbefragung beigelegt. Allen, die uns ihr Feedback haben zukommen lassen, danken wir; alle anderen laden wir herzlich ein, dies noch nachzuholen.

Die Rückmeldungen haben uns in unserer Arbeit bestärkt. Besonders erfreulich ist, dass »Gesundheitspolitik in Industrieländern« von ganz unterschiedlichen Lesergruppen als interessant und hilfreich bewertet wird: von politischen Entscheidungsträgern und Mitarbeitern im politischen Umfeld ebenso wie von Vertretern der Selbstverwaltung, Journalisten und Wissenschaftlern. Unser Ziel ist, gesundheitspolitische Entwicklungen und Lösungsansätze objektiv, interessenunabhängig und verständlich darzustellen und dabei eine Brücke zwischen Wissenschaft und Politik zu schlagen – dabei sind wir mit der Buchreihe laut unseren Lesern auf einem guten Weg. Ein Teil von ihnen würde kompakte Themenhefte zu einzelnen Schwerpunkten nützlich finden. Wir werden diese Anregung wie auch Ihre Themenvorschläge in unsere Projektarbeit der nächsten Zeit miteinbeziehen.

Im Zentrum von »Gesundheitspolitik in Industrieländern 11« steht die Primärversorgung. Damit befinden wir uns in guter Gesellschaft. Dreißig Jahre nach der Erklärung von Alma Ata hat die WHO im Weltgesundheitsbericht 2008 ihr damaliges Konzept von »Primary Health Care« wieder aufgegriffen und betont, dass

**Brücke zwischen  
Wissenschaft und  
Politik**

**»Now more  
than ever«**

die damalige Erklärung nichts an Aktualität eingebüßt habe, vielmehr sei Primary Care nötiger denn je.

Ein von Mediziner\*innen wie Politikern lange Zeit eher stiefmütterlich bis abschätzig behandeltes Fach gewinnt so in Zeiten demographischen Wandels und veränderter Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Patienten an Bedeutung. Primärversorgung ist viel mehr als allgemeinmedizinische Versorgung. Sie überwindet im Idealfall die Kluft zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Abgrenzung zu anderen medizinischen Disziplinen, indem sie Leistungen und Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren koordiniert. Die Einbettung in Versorgungs- und Dienstleistungssysteme außerhalb des Gesundheitswesens und ein klarer Fokus auf Prävention und Hilfe zum Selbstmanagement sind in einigen Industrieländern bereits wesentliche Bestandteile von Primärversorgung.

**Reformbaustelle  
Primärversorgung**

Der Trend zu einer Stärkung der Primärversorgung ist deutlich erkennbar: In vielen Ländern werden die Mittel für Versorgungsforschung aufgestockt, neue Lehrstühle eingerichtet, Modellprojekte gefördert. Primärversorgung ist derzeit eine sehr dynamische Reformbaustelle, die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird. Wir stellen Ihnen interessante Entwicklungen aus neun Ländern vor.

**Angemessenheit,  
Fairness und  
Transparenz**

Mit »Angemessenheit, Fairness und Transparenz« haben wir einen anderen Themenbereich betitelt, der Gesundheitspolitiker und Experten in aller Welt umtreibt. Wie kann der Nutzen von Medizin so geprüft werden, dass dies zu einer kostenbewussten und nachvollziehbaren Verteilung der vorhandenen Ressourcen führt? Wie können entsprechende Prüfverfahren transparent und für alle nachvollziehbar gestaltet werden? Wie misst man zuverlässig die Qualität von Versorgung und macht sie transparent? Unsere Beispiele aus neun Partnerländern zeigen auf, wie verschiedene Gesundheitssysteme mit diesen Fragen umgehen. Dazu gehört das von immer mehr Ländern angewandte Health Technology Assessment, ein Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, aber auch soziale, rechtliche und ethische Aspekte.

Informationsquellen für dieses Buch waren wie immer die Expertenberichte des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik. Dieser Band stellt die Ergebnisse der elften halbjährlichen Befragung vor, die den Zeitraum Oktober 2007 bis Mai 2008 umfasst. Von den 81 Reformmeldungen haben wir 26 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.

Unser besonderer Dank gilt Susanne Werner, freie Journalistin und Beraterin (Agentur Kommunikation – Gesundheit – Netzwerk), für ihre Hilfe bei der Erstellung des ersten Entwurfs sowie Ines Galla (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei der organisatorischen Betreuung dieser Publikation.

Unser Dank gilt aber vor allem auch allen Experten aus den Partnerinstitutionen und ihren externen Koautoren: Ain Aaviksoo, Tit Albrecht, Gerard Anderson, Benjamin Bittschi, Yann Bourgeuil, Chantal Cases, Terkel Christiansen, Elena Conis, Luca Crivelli, Stefan Eichwalder, Anne Frølich, Gisselle Gallego, Kees van Gool, Peter Groenewegen, Maria M. Hofmarcher, Minna Kaila, Troels Kristensen, Markus Kraus, Christian Kronborg, Soonman Kwon, Siret Läänelaid, Lim Meng Kin, Philippe Le Fur, Hans Maarse, Ryozo Matsuda, Carol Medlin, Adam Oliver, Gerli Paat, Tanaz Petigara, Michaela L. Schiøtz, Martin Strandberg-Larsen, Eva Turk, Lauri Vuorenkoski und Cezary Włodarczyk.

Kommentare und Anregungen zu Ausgabe 11 von *Gesundheitspolitik in Industrieländern* sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschläge.

*Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse*

# Stärkung der Primärversorgung

Primärversorgung ist ein zentrales Steuerungsinstrument für effektive und effiziente Gesundheitsversorgung. Staaten mit einer gut strukturierten Grundversorgung schneiden bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren in der Regel besser ab: Evidenzbasierte Studien aus England beispielsweise zeigen, dass jeder zusätzliche praktische Arzt (general practitioner) auf 10.000 Einwohner die Sterberate um sechs Prozent senkt (Starfield et al. 2005: 462).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Bedeutung der Primärversorgung in verschiedenen Grundsatzserklärungen unterstrichen. In der bis heute grundlegenden Deklaration von Alma Ata von 1978, die die WHO in ihrem Weltgesundheitsbericht 2008 erneut als Ziel bestätigt hat, wird Primärversorgung definiert als »... unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptabler Methoden und Technologie, die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. [...] Sie ist die erste Berührungsebene des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung« (Declaration of Alma Ata, Abschnitt VI).

Im WHO-Programm »Gesundheit21: Gesundheit für das 21. Jahrhundert« von 1998 findet sich als 15. Gesundheitsziel die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors, innerhalb

**Primärversorgung  
nach Alma Ata**

**WHO-Vision des  
integrierten  
Gesundheitssektors**

dessen die Primärversorgung (primary care) ein stärkeres Gewicht erhalten sollte. Patienten, so die Idee, sollten sich als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen zunächst an eine gut ausgebildete Pflegekraft und einen Hausarzt wenden können. Dieses Team koordiniert dann die weitere Versorgung gemeinsam mit kommunalen Einrichtungen (Gesundheit21 1998: 29).

**Primärversorgung  
ist immer Teil der  
Versorgungskette**

Primärversorgung als Versorgungskonzept ist bislang nicht verbindlich definiert – die Debatte um Begrifflichkeiten und Festlegungen steht daher oft am Anfang jeglicher Annäherung an das Thema. Auf einer Tagung des WHO-Regionalbüros Europa zum Thema »Primärversorgung, Familienmedizin/Hausarztpraxis: Definition und Querverbindungen zu anderen Versorgungsebenen« 2002 in Barcelona einigten sich die teilnehmenden Experten darauf, Primärversorgung immer »als Teil der Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen« anzusehen. Sie darf demnach nicht isoliert von anderen Leistungen betrachtet werden.

**Mehr als das  
Hausarztmodell**

Anders als der in Deutschland fest verankerte Begriff der hausärztlichen Versorgung beschreibt der Begriff Primärversorgung das umfassendere Konzept, das auch ergänzende Leistungen außerhalb des Gesundheitswesens in die Versorgung der (kranken) Bevölkerung einbezieht und das den engen, auf den einzelnen Patienten bezogenen Behandlungsbegriff um eine Bevölkerungsperspektive erweitert. Da eine verbindliche, international unumstrittene Definition fehlt, kann Primärversorgung je nach Land, System oder Profession über Versorgungsebenen, über Funktionen und Aktivitäten oder eben über Organisationsstrukturen definiert werden.

**Primärversorgung  
ist immer die  
erste Anlaufstelle**

Angesichts der Unschärfe des Begriffs erscheint es pragmatisch, von dem auszugehen, was sich in allen Industriestaaten längst ausgebildet hat. Die Primärversorgung ist in den meisten Systemen zunächst die erste Anlaufstelle für die Patienten. Sie umfasst Diagnose, Therapie, Rehabilitation sowie Palliativmedizin, aber auch Angebote zur Prävention. Sie sieht den Patienten in seinem ganzen persönlichen und sozialen Kontext und gewährleistet Kontinuität in der Behandlung (Saltman, Rico und Boerma 2006: 14, vgl. auch Starfield, Shi und Macinko 2005: 465). Primärversorgung vermag daher vieles zu vereinen: praktische Ärzte, Haus-, Familien- und Kinderärzte, aber auch Internisten und Frauenärzte. Im weiteren Sinne bindet sie auch nicht ärztliche Ge-

sundheitsberufe – wie etwa die Pflege – ein und koordiniert zudem die eigenen Leistungen mit lokalen, sozialen Angeboten.

In der Theorie geht es dabei also um mehr als um die allgemeinmedizinische Versorgung; in der Theorie überwindet Primärversorgung die vielerorts stark ausgeprägte Fragmentierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Abgrenzung zu anderen medizinischen Disziplinen, indem sie Leistungen und Leistungserbringer aus unterschiedlichen Bereichen koordiniert. Die Einbettung in Versorgungssysteme außerhalb des Gesundheitswesens und eine ausgefeilte Koordination und Kommunikation mit diesen Bereichen sind in einigen Industrieländern bereits wesentliche Bestandteile von Primärversorgung.

Angesichts der vielerorts von der Gesundheitspolitik geförderten Initiativen zur Stärkung der Primärversorgung zeigt sich, dass dieses Konzept aller Evidenz zum Trotz noch mehr praktische Erfahrungen, gute Ergebnisse sowie weitere theoretische Untermauerung braucht. Viele Gesundheitssysteme sind neu zu ordnen, damit die Primärversorgung ihre Wirkung im Gesamtsystem entfalten kann. Dabei geht es nicht nur um innovative Formen der Versorgung, der Organisation und der Steuerung, sondern auch um das berufliche Selbstverständnis und um neue Kooperationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Und es geht auch nicht um die hausärztliche Patientensteuerung als Sparmodell für klamme Krankenkassen. Norbert Schmacke, Professor an der Universität Bremen, und Kollegen haben angehende Allgemeinmediziner in Deutschland zu ihrem beruflichen Selbstverständnis befragt. Sie kommen zu dem Schluss, dass es notwendig sei, »ein neues Bild der Rolle von Allgemeinmedizin (primary care) zu entwickeln, das den Patientenerwartungen wie den Selbstbildern der nachwachsenden Arztgeneration gleichermaßen entspricht« (Schmacke et al. 2008: 41).

Mit dem Thema Primärversorgung begeben wir uns in diesem Kapitel also auf ein in Bewegung geratenes Gebiet. Primärversorgung – ein von Medizinern wie Politikern lange Zeit eher stiefmütterlich bis abschätzig behandeltes Fach – gewinnt in Zeiten demographischen Wandels und veränderter Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Patienten an Bedeutung. So werden in vielen Ländern Mittel für die Versorgungsforschung aufgestockt, neue Lehrstühle eingerichtet, Modellprojekte gefördert. Mancher-

**Koordination und Kommunikation**

**Neue Rollenbilder notwendig**

**Vielfältige Initiativen, um Primärversorgung zu stärken**

orts ist die Gesundheitspolitik der Praxis voraus (so in Deutschland), anderswo – in den USA – sind es die Versorger, die aus sehr pragmatischen Gründen selbst aktiv werden, um die Versorgungs- und Koordinationsdefizite zu beheben, mit denen ihre Patienten zu kämpfen haben und deren Auswirkungen sich tagtäglich in der Praxis zeigen. So ist Primärversorgung derzeit eine sehr dynamische Reformbaustelle, die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird.

Dieses Kapitel betrachtet drei Aspekte:

- Primärversorgung vor Ort im Kontext regionaler und kommunaler Strukturen: Dänemark, Finnland, Großbritannien, Estland, Österreich
- Gesundheitsberufe, neuer Professionen-Mix, Rollen- und Arbeitsteilung: Neuseeland, Frankreich, Japan
- Chronikerversorgung in der Primärversorgung: Dänemark, Singapur

**Vielfältige  
Ansätze mit  
ähnlichen Zielen**

Egal ob sich die Reformen mit Organisationsstrukturen, Fachkräfte-Mix oder Chronikerversorgung beschäftigen, die Erwartung ist immer die gleiche: Funktionen, Aufgaben und Dienstleistungen von Primärversorgung sollen das Gesundheitswesen effizienter gestalten und die Versorgung dauerhaft absichern. Die in diesem Kapitel vorgestellten Initiativen zeigen die Vielfalt, aber zum Teil auch die Parallelen der verschiedenen Strategien auf, mit denen Industrienationen daran arbeiten, Primärversorgung zu stärken.

*Literatur und Links*

Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« für die europäischen Regionen der WHO. Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle«; Nr. 5, 1998. [www.euro.who.int/document/ehfa5-g.pdf](http://www.euro.who.int/document/ehfa5-g.pdf).

Mappes-Niediek, Norbert, und Kerstin Blum. »Primärversorgung weltweit im Wandel«. *Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung* 1/2008. 8–11.

Marstedt, Gerd. »Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem«.

*Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung* 1/2008. 1–7.

Saltman, Richard B., Ana Rico und Wienke Boerma (Hrsg.). *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care*. Maidenhead 2006.

Schmacke, Norbert, Heidi Niehus, Maren Stamer und Bettina Berger. »Wanted: Der Hausarzt«. *Gesundheit und Gesellschaft* (11) 7–8 2008. 37–42.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi und James Macinko. »Contribution of Primary Care to Health Systems and Health«. *The Milbank Quarterly* (83) 3 2005. 457–502.

WHO. Grundsatzerklärung von Alma Ata. 12. September 1978. [www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=German).

WHO-Tagung zum Thema Primärversorgung/Familienmedizin/Hausarztpraxis, Definitionen und Querverbindungen zu anderen Versorgungsebenen, Barcelona, Spanien, 1.–2. November 2002. [www.euro.who.int/InformationSources/MtgSums/2002/20030506\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/MtgSums/2002/20030506_1?language=German).

# Organisation, Kompetenz und Versorgungsebenen

Im Folgenden geht es zunächst um die Ausgestaltung von Versorgung im Kontext regionaler und kommunaler Strukturen. Nicht selten wird mit der Stärkung der Primärversorgung die Erwartung verbunden, den stationären Sektor zu entlasten und darüber das gesamte System kostengünstiger zu gestalten.

In Dänemark hat man bereits 2007 die spezialisierte Versorgung in den Krankenhäusern stärker zentralisiert. Allgemeinmediziner sollen daher künftig mehr Aufgaben übernehmen, zu Managern ihrer Patienten werden und dabei sowohl eine hohe Versorgungsqualität als auch möglichst geringe Kosten erzielen. Dafür setzt man auf größere Gruppenpraxen mit einem Fachkräfte-Mix (siehe den Bericht über Dänemark, S. 18).

In Finnland wurde Primärversorgung bisher in den Gesundheitszentren der Gemeinden erbracht. Da der Median der Gemeinden nur 5.000 Bewohner beträgt, sind die meisten Gemeinden zu klein, um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung gewährleisten zu können. Ein Gesetz von 2007 legte fest, dass Primärversorgungszentren für mindestens 20.000 Bewohner zuständig sein sollen. Die Gemeinden protestierten zunächst, doch inzwischen führt das Gesetz zu neuen Kooperationen (siehe den Bericht über Finnland, S. 22).

Neben Effizienzgewinnen kann auch eine bessere Koordination von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten im Sinne einer umfassenden Primärversorgung das Ziel struktureller Veränderungen sein. Großbritannien hat im Juli 2008 ein neues Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung verabschiedet (»Health and Social Care Act 2008«). Wichtigste Neuerung ist dabei die Einrichtung einer sektorübergreifenden Qualitätskommission, die zur Aufgabe hat, gesundheitliche und soziale Versorgung besser

**Dänemark: Mehr Verantwortung für Allgemeinmediziner**

**Finnland: Größere Einheiten für Primärversorgung**

**Großbritannien: Gesundheit und Soziales enger verknüpft**

miteinander zu verzahnen (siehe den Bericht über Großbritannien, S. 24).

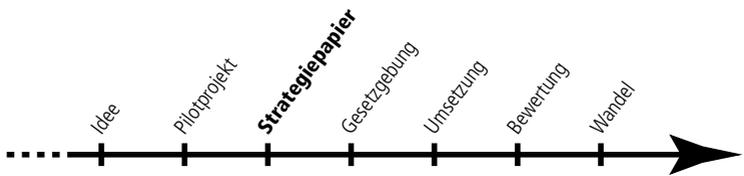
**Estland:  
Versorgungszentren  
und regionale  
Steuerung**

Ein Trend ist in zahlreichen Ländern auszumachen: Primärversorgung wird zunehmend nicht mehr in Einzelpraxen, sondern in Versorgungszentren erbracht (siehe auch das Beispiel aus Israel in *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 39). Hier von verspricht man sich sowohl einen Effizienzgewinn als auch eine bessere Koordination der Versorgung. In Estland will man bis zum Jahr 2015 die Primärversorgung um Primärversorgungszentren ergänzen, die möglichst in der Nähe von bestehenden Hausarztpraxen anzusiedeln sind und neben Gesundheitsversorgung auch soziale Dienste anbieten. Regionale Koordinationsbüros sollen darüber hinaus die Primärversorgung für Regionen mit 40.000 Einwohnern zentral planen und steuern (siehe den Bericht über Estland, S. 25).

**Österreich:  
Ambulante  
Versorgungszentren  
vorerst gestoppt**

Auch die österreichische Regierung wollte die ambulante Versorgung um Versorgungszentren ergänzen, unter anderem um so die Zahl der Krankenhauseinweisungen einzudämmen. Der Gesetzentwurf war zunächst jedoch kein Erfolg; vor allem Ärzte hatten ihn harsch kritisiert. Jetzt wurde das Projekt erst einmal gestoppt und einer Arbeitsgruppe übertragen (siehe den Bericht über Österreich, S. 28).

### Dänemark: Allgemeinmedizin wird aufgewertet



Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung	■				
Übertragbarkeit		■			

Die dänischen Allgemeinmediziner stehen vor grundlegenden Veränderungen. Sie werden künftig zu einer neuen Aufgaben – speziell Patientenmanagement und Koordination – übernehmen, zum anderen wird es neue Organisationsformen für die Zusammenarbeit geben. Die Modernisierung der Allgemeinmedizin ist eine Reaktion auf strukturelle Veränderungen im stationären Sektor.