

Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität?

Antonius Schneider, Joachim Szecsenyi

Zusammenfassung

Die Disease-Management-Programme werden zu deutlichen Veränderungen im Gesundheitssystem führen. Einerseits müssen sich hausärztliche Praxen durch Umstrukturierungen neuen Anforderungen anpassen, auf der anderen Seite kann dies zu einer Stärkung des Hausarztes in der Versorgungslandschaft führen. Wie sich das Bild des Hausarztes/der Hausärztin entwickeln kann, soll durch einen Blick auf andere Länder aufgezeigt werden, deren Primärarztssystem vorwiegend durch Allgemeinärzte/-innen sichergestellt wird. Dabei kann aus bereits gemachten Erfahrungen gelernt werden und es lassen sich Chancen und Risiken für den hausärztlichen Beruf aufzeigen. In diesem Kontext ist die weitere Entwicklung auch abhängig von Möglichkeiten und Ressourcen, die für die Neustrukturierung zur Verfügung gestellt werden. Abschließend werden Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung der Disease-Management-Programme aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Disease-Management, Managed Care, Primärarztssystem

Summary

Disease Management Programme – chance or threat to the identity of the general practitioner

The Disease Management Programmes are going to lead to considerable changes in the health system. On the one hand, the general practices must adjust to new conditions under the restructuring measures and on the other hand this can lead to the strengthening of the position of the family doctor in the health care landscape. How far the image of the family doctor is likely to develop is shown by reference to other countries whose primary health care system is mainly secured by general practitioners. Thereby one can learn from the already made experiences by highlighting the chances as well as risks for the family doctor profession. In this context, further development is also dependent on the possibilities and resources that are available in the new health care structure. Conclusively, the conditions for the successful implementation of the Disease Management Programme are highlighted.

Key words

Disease Management, managed care, primary health care system

Welche Faktoren führen zu dieser Fragestellung?

Das zum Teil romantisch verklärte und idealisierte Bild des traditionellen Hausarztes¹ unterliegt derzeit einem Wandel (1), der sich auch in Diskussionen um Begrifflichkeiten und dem Bedürfnis nach Neudefinition ausdrückt (2, 3). Es scheint sich im Kontext des immer schnelleren medizinischen Fortschrittes mit zunehmender Spezialisierung und relativer Ressourcenverknappung ein Paradigmenwechsel für den Hausarzt abzuzeichnen, der sich durch Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) beschleunigt. Bedeuten diese Veränderungen eine Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität oder sind hier auch Entwicklungschancen für das Fach zu sehen? Um diese Frage differenziert beantworten zu können, wollen wir zunächst den Hintergrund dieser Veränderungen näher untersuchen. Dem angedeuteten Paradigmenwechsel liegt eine demographische Veränderung zugrunde: Die zunehmende Überalterung der Gesellschaft führt zu einer Ressourcenverknappung, der man – zumindest vorübergehend – eine Effizienzsteigerung entgegensetzt. Eine Effizienzsteigerung ist letztlich nur durch Erhöhung der Effektivität des ärztlichen Handelns gewährleistet. Im Kontext der DMPs kann eine höhere Effektivität durch die folgenden Punkte erreicht werden: Strukturierung der Versorgung, Evidenzbasierung durch Leitlinien und eine stärkere Einbindung der Patienten, z.B. durch Schulungen.

Dr. med. Antonius Schneider, Medizinische Klinik und Poliklinik

Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Bergheimer Straße 147, 69115 Heidelberg
E-Mail: Antonius_Schneider@med.uni-heidelberg.de
Wissenschaftlicher Assistent der Sektion seit Juni 2002

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi

Medizinische Klinik und Poliklinik
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 347, 69120 Heidelberg
Mail: Joachim_Szecsenyi@med.uni-heidelberg.de
Leiter der Sektion

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter

Identität des Faches

Zwei wesentliche Elemente, von denen man eine Erhöhung der Effizienz erhofft, werden in die ärztliche Ebene transportiert und sind für die ärztliche Tätigkeit zunehmend bedeutsam: Qualitätssicherung und Dokumentation. Diese häufig als fachfremd erlebten Anforderungen rufen in der Regel Ablehnung hervor und sind ein wesentlicher Faktor für die häufig beklagte berufliche Überlastung (4). Weiterhin werden in Zukunft immer mehr Managementelemente das Berufsbild (5, 6), prägen.

Wie kann sich unter diesen Bedingungen die Situation des Allgemeinarztes entwickeln?

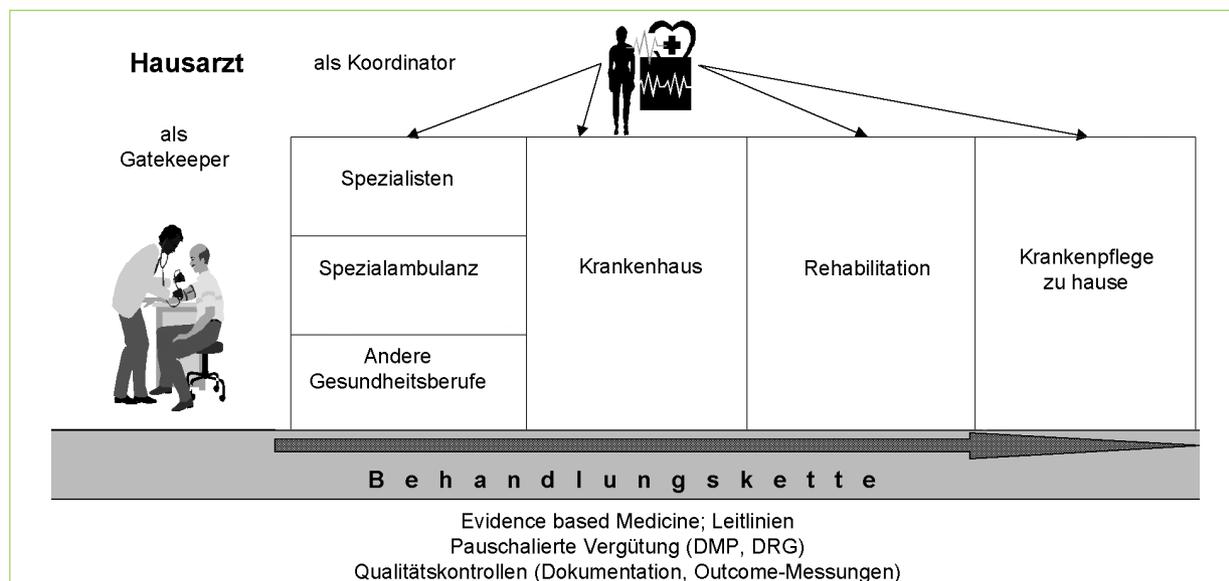
Der Wandel des Hausarztbildes bei uns

Im Rahmen der oben aufgezeigten Veränderungen entwickelt sich der traditionelle Hausarzt als lokale Autorität mit »dankbaren Patienten« in isolierter Tätigkeit und vorwiegend erfahrungsbasiert handelnd zu einem Berater für »kritische Konsumenten«, mit Teamgeist in arbeitsteiliger Umgebung auf evidenzbasierte Konzepte zurückgreifend (Abb. 1). Durch Einführung der DMPs werden diese »modernen« Arbeitsweisen gestärkt, so dass sich diesbezüglich bereits neue Begriffe wie »Der Arzt als Disease-Manager« (7) oder »Gatekeeper« (8) abzeichnen. Diese Veränderung des Aufgabenfeldes erfordert deutliche Umstrukturierungsmaßnahmen auf Ebene der Hausarztpraxen, wenn man den Disease-Management-Programmen gerecht werden will. Gerlach und Szecsenyi (9) hatten bereits wesentliche Elemente

benannt: Dazu gehören EDV-basierte Patientenregister, Recallsysteme, Dokumentation/Monitoring, Patientenbuch, Patientenschulung, Qualifizierung der Arzthelferinnen und Einbindung der DMPs in Qualitätszirkel. Diese Umstrukturierung wird auf Ebene der Hausarztpraxen weitreichende Folgen haben, kann damit aber auch zu einer neuen Sichtweise des Faches im Versorgungssystem führen.

DMPs sind ein wesentliches Element von »Managed Care«, einer Versorgungsform, die sich über eine populationsbezogene Versorgung von chronischen Erkrankungen definiert (10). »Managed Care« beinhaltet die Bereitstellung einer Versorgungskette, häufig mit einem koordinierenden Hausarzt als Gatekeeper. Entscheidungen innerhalb der Behandlungskette sind an Kriterien der »Evidence based Medicine« orientiert (11). Erfahrungen hierzu bestehen vor allem in den USA (11) und in der Schweiz (8).

Da »Managed Care« häufig von »Primary Care Physicians« (Grundversorger, dazu gehören u. a. Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte) gesteuert wird, bekommen in diesem System die Hausärzte als Primärärzte ein hohes Gewicht. Diese Gewichtung könnte sich bei erfolgreicher Lösung der schwierigen bevorstehenden Aufgaben analog in Deutschland entwickeln und mit einer erheblichen Aufwertung von Hausärzten in der gesundheitspolitischen Bedeutung einhergehen. Wie die Rolle eines Hausarztes der Zukunft aussehen könnte, lässt sich am besten durch einen Blick auf diejenigen Länder erfassen, die bereits Erfahrungen im allgemeinärztlichen Primärversorgungssystem gesammelt haben.



■ **Abbildung 1: Disease-Management: auf Basis von EBM, pauschalierter Vergütung und Qualitätsförderung fungiert der Hausarzt als Gatekeeper/Koordinator in der Behandlungskette**

Primärarztssysteme in Schweden und Norwegen

In diesen beiden Ländern (12, 13) wird die Primärversorgung hauptsächlich von »General Practitioners« (GP) sichergestellt, eine Überweisung zu Fachspezialisten und Spezialambulanzen erfolgt nur bei komplexen Fragestellungen. Dabei wurde die Rolle des Hausarztes nicht a priori als Gatekeeper definiert, sondern sie entwickelte sich aufgrund der spezifischen Versorgungssituation in den beiden Ländern. Ein flächendeckendes Angebot ist nur durch GPs gewährleistet, somit werden diese bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst aufgesucht. Damit übernehmen GPs eine organisatorische Funktion in dem Sinne, wie sie dem Bild des traditionellen Hausarztes am nächsten kommt.

Darüber hinaus ist die Entwicklung des Gesundheitssystems im Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Verhältnissen zu sehen. Der Staat hat in Schweden einen großen Einfluss auf die pharmazeutische Industrie und vertreibt selbst Medikamente über landesweite Niederlassungen. Schweden hat damit im Vergleich zu den anderen EU-Ländern niedrige Ausgaben im pharmazeutischen Bereich. In Norwegen werden ebenfalls Preisvorgaben zu den Medikamenten gemacht. Außerdem ist das Gesundheitssystem in beiden Ländern zu großen Teilen steuerlich finanziert, eine zusätzliche Krankenversicherung spielt vor allem in Norwegen nur eine marginale Rolle. Das heißt im Verbund »Patient-Arzt-Pharmazie-Krankenversicherung« greifen ausgeprägte staatliche Regulationsmechanismen, die einerseits eine marktwirtschaftliche Entwicklung hemmen, aber dafür sicherlich weniger Reibungsverluste und Lobbykämpfe zur Folge haben. Bei aller Kritik, die man am Ranking im World Health Report 2000 (14–16) haben kann, drückt sich hier jedoch die Effizienz der beiden Gesundheitssysteme in der Einschätzung der Gesamtleistung aus: Norwegen liegt auf Platz 3, Schweden auf Platz 4 (17).

Primärarztssysteme und Managed Care in der Schweiz und den USA

Da die Gesundheitsausgaben in der Schweiz kontinuierlich zunahm, wurden seit Anfang der 90er Jahre wiederholt Reformen durchgeführt mit dem Ziel, Kapazitäten zu limitieren und Gesundheitsversorgung zu koordinieren (18). Hierdurch konnten Einsparungen bei anerkannter Versorgungsgerechtigkeit erreicht werden, diese Effizienz drückt sich durch den erreichten zweiten Platz im World Health Report 2000 aus. Die Reformen führten letztlich zu einem auf der Basis von gesetzlichen Krankenversicherungen ruhenden System, das je nach Bedarf eine staatliche finanzielle Unterstützung erhält. In der relativ großzügigen Regelleistung werden auch Verfahren wie Krankengymnastik und Akupunktur fi-

nanziert. Bei Ansprüchen, die darüber hinausgehen, greift eine individuelle Zusatzversicherung, falls diese abgeschlossen wurde. Eine Koordination der Gesundheitsversorgung findet auf Ebene der Kantone statt, zunehmend wird diese auch durch neue Organisationen sichergestellt, die den »Health Maintenance Organizations« (HMOs) der USA ähneln. Dieses »Managed Care System« mit definierter Versorgungskette und GPs als Gatekeeper, die den Eintritt in dieses Versorgungssystem koordinieren, hat in der Schweiz bislang eine hohe Akzeptanz erfahren (18). Besonders erfolgreich sind dabei ärzteigene Organisationen in Zürich oder Basel, die dort inzwischen über erhebliche Marktanteile verfügen.

Hier besteht ein markanter Gegensatz zur Stellung der HMOs in den USA, die sich im Land selbst und international harter Kritik stellen müssen (10, 19, 20), da es immer wieder zu Ungerechtigkeiten in der Versorgung gekommen war. Der Unterschied im Erfolg und der Akzeptanz besteht jedoch im Wesentlichen darin, dass die beiden Länder deutliche strukturelle Unterschiede aufweisen (8). In der Schweiz sind die HMOs in ein Sozialversicherungssystem integriert, in den USA handelt es sich um Wall-Street-Unternehmen, angelegt, um am Gesundheitsmarkt Profite zu erwirtschaften (10, 11, 20). Die Anwendung der Gesetze der freien Marktwirtschaft führte letztlich dazu, dass die vertraglich eingebundenen Ärzte, sei es in eigener Praxis oder als Angestellte, einen Spagat zwischen den Anforderungen des Patienten und den Kostenrestriktionen von Managed-Care-Organisationen leisten mussten (21). Dennoch gelang es den HMOs wenigstens in Teilbereichen, eine weitere Ausuferung der Leistungssysteme und damit der Gesundheitsausgaben zu begrenzen (11, 21).

Was können wir durch den Blick auf die anderen Länder lernen?

Nach Kühn (22) besteht das organisatorische Problem darin, dass Disease Management die traditionellen Grenzen zwischen den Leistungserbringern überschreiten muss, DMPs sollen somit die bisher fehlende Integration vorantreiben. Dadurch sollen synergistische Effekte erreicht und Doppeldiagnostik vermieden werden. Lernen kann man dabei vor allem von den USA, da hier die meiste Erfahrung und Publikationen vorliegen. Auch wenn die HMOs der USA größtenteils durch marktwirtschaftlich orientierte Unternehmen unterhalten werden, die nicht altruistische sondern ökonomische Ziele verfolgen, konnten positive Qualitäts- und Kostenwirkungen erzielt werden (11, 21, 22). Integration und Vernetzung von Versorgungsinstitutionen, Verfügbarkeit medizinischer und ökonomischer Daten, Qualitätssicherung, Feedbacksysteme, Transparenz durch Qualitätsindikatoren sind in regionalen US-Zentren stärker entwickelt als

hierzulande (22). Dabei besteht aufgrund dieser Vorerfahrungen bei uns die Chance, dort gemachte Fehler und Ungerechtigkeiten im System zu vermeiden (10, 11, 19 - 23). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der effizienten Versorgungssysteme von Norwegen, Schweden und Schweiz lässt sich als gemeinsamer Nenner abbilden:

- Auffallende Merkmale der effizienten Versorgungssysteme im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relation ist die Sicherstellung der Primärversorgung auf allgemeinärztlicher Basis. In den staatlich geregelten Systemen besteht auch Verteilungsgerechtigkeit, während die privatwirtschaftlichen HMOs partielle Versorgungungerechtigkeiten begünstigen und unmittelbare Spannungsfelder zwischen Medizin und Ökonomie bei den Ärzten provozieren.
- Ein weiteres wesentliches Element der effektiv arbeitenden Systeme ist die Koordination innerhalb der Versorgung. Hierdurch werden Reibungsverluste durch Doppeldiagnostik und -therapie vermieden. Eine Koordination wird a priori in Schweden und Norwegen durch den GP vorgenommen, im System der »Managed Care« hat der Hausarzt die Funktion des »Gatekeepers«, der den Zugang und die Steuerung innerhalb der Versorgungskette koordiniert.
- Wichtig ist auch eine Strukturierung der medizinischen Versorgung. Hiermit werden jedoch auch Freiheiten beschnitten. Der Patient kann nicht beliebig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, das viel zitierte »Doctor-hopping« wird unterbunden. Die ärztliche Seite kann nicht mehr alle Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie unstrukturiert nebeneinander anbieten, eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Leistungen wird somit reglementiert. Den amerikanischen HMOs war diese Strukturierung besonders gelungen, aufgrund von Gewinnstreben ist dies zum Teil jedoch auch mit ungerechtfertigten Leistungseinschränkungen einhergegangen.

Fazit: Ob sich die DMPs als Chance oder Bedrohung entwickeln, hängt von den Möglichkeiten zur Umsetzung ab

Die Effizienz des deutschen Gesundheitssystems ist in letzter Zeit häufig in Diskussion (24, 25), nicht zuletzt aufgrund des mittelmäßigen Platzes (Rang 14) in der Einschätzung der Gesamtleistung im World Health Report 2000. Obwohl dieses Ranking deutliche Kritik bezüglich der Methodik hervorrief (14-16), wurden die hohen Gesundheitsausgaben bei fraglicher Effizienz ins Bewusstsein gerückt. Wie der Blick auf die oben beschriebenen Länder zeigt, kommt man bei einer Umstrukturierung im Gesundheitssystem unter dem Ge-

sichtpunkt der Kosten-Nutzen-Relation an den Elementen der »Managed Care« und an einer Stärkung des Primärarztsystems nicht vorbei. Die große Chance für die Allgemeinmedizin liegt darin, dass durch dieses Fach die Primärversorgung und Koordination in einem derartigen System sichergestellt wird. Ob diese Umstellung gelingt, hängt davon ab, welche Möglichkeiten und Ressourcen für die Neustrukturierung zur Verfügung gestellt werden. Folgende Punkte hierfür wären zu berücksichtigen:

- Auf Ebene der hausärztlichen Versorgung müssen die Bereitschaft und Flexibilität vorhanden sein, Umstrukturierungen durchzuführen, die den Anforderungen an DMPs genügen (9).
- Wenn für eine gute Umsetzung von DMPs neue Qualifikationen (z.B. der Arzthelferinnen) und neue Strukturen (wie z.B. ein Recall der Patienten) gebraucht werden, muss dies auch wirtschaftlich sein. Keine Praxis wird hier investieren, wenn keine Aussicht besteht, dass sich diese Investition mittelfristig lohnt.
- Es muss die Möglichkeit zu Modifikationen bzw. Verbesserungen der DMPs gegeben sein, wenn erste Ergebnisse nach Einführung vorliegen. So bezieht sich z.B. die bisherige Diskussion nur auf das Management im Erkrankungsfall, sekundär präventive Ansätze wurden in den bisherigen Programmen nicht ausreichend berücksichtigt.
- Die anstehenden Entscheidungen und Verantwortlichkeiten können nicht von der ärztlichen Berufsgruppe alleine getragen werden. Das zugrunde liegende Problem ist der Zielkonflikt zwischen Ökonomie und dem Machbaren in der Medizin. Diesen Konflikt entscheiden muss die Politik, am besten in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft.
- Eine Steigerung der Effizienz darf nicht zu Lasten der Ärzte alleine gehen. Wie die Beispiele Norwegen und Schweden zeigen, müssen auch pharmazeutische Industrie und Krankenversicherungen ihren Beitrag leisten und gegebenenfalls in ihren Freiheiten und Gewinnstreben limitiert werden. »Ablasszahlungen«, wie z.B. durch die Pharmaindustrie in der Größenordnung von ca. 200 Mio. Euro (25), um sich aus Verantwortlichkeiten zu stehlen und Gewinne wie gewohnt einfahren zu können, dürfen nicht akzeptiert werden. Wer in einem demokratischen System Freiheit wünscht, muss Verantwortung übernehmen – auch in der Marktwirtschaft.
- Zusammenfassend ist unter entsprechendem Rückhalt im Versorgungssystem durch eine potenzielle Stärkung des Berufsbildes eine große Chance für die Zukunft abzusehen. Die Fähigkeit unseres Gesundheitssystems, DMPs umzusetzen, wird einen Ausblick auf künftige Entwicklungen geben. In diesem Zu-

sammenhang ist eine Stärkung der Forschungsstrukturen der Allgemeinmedizin zu fordern, um die gesellschaftlichen Anforderungen wissenschaftlich abgestützt erfüllen und Versorgung optimieren zu können.

Literatur

- Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem - Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2002; 96 (4): 243-249.
- Abholz, H.-H. Definition des Faches Allgemeinmedizin - Ein Beitrag zur Vorbereitung einer DEGAM-Definition. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 4002; 78: 202-206.
- Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice - time for a new definition. BMJ 2000; 320 (7231): 354-357.
- Clade H. Kassenärzte: Klagen über hohe Arbeitsbelastung und Dauerstress. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (27): A-1871.
- Kern D. Veränderungsmanagement in der Praxis: Integrativer Lösungsansatz. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (23): [7].
- Sens B, Gernreich C. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: innovatives Kurskonzept. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (11): [8].
- Müller de Cornejo G, Hoyer JM, Baas JC. Disease-Management-Programme: eine Chance zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (10): Suppl 4-11.
- Baumberger J. Managed Care in Europa. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2000; 76 (12): 587-591.
- Gerlach FM, Szecsenyi J. Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? Gründe, Grenzen und Herausforderungen. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (10): Suppl 20-26.
- Bodenheimer T. Disease management - promises and pitfalls. N Engl J Med 1999; 340 (15): 1202-1205.
- Amelung V. Managed Care - Impulse für das deutsche Gesundheitswesen? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2000; 76 (12): 581-586.
- Health Care Systems in Transition - Norway. www.observatory.dk: 2000.
- Health Care Systems in Transition - Sweden. www.observatory.dk: 2001.
- Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet 2001; 357 (9269):1692-1697.
- Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. Lancet 2001; 357 (9269): 1671-1672.
- Weber I, Brenner G, Weisner E. WHO-Studie: Gewogen - und zu leicht befunden. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98 (45): A2932-2936.
- The World Health Report 2000. WHO, 2000.
- Health Care Systems in Transition - Switzerland. www.observatory.dk: 2000.
- Ginzberg E. The uncertain future of managed care. N Engl J Med 1999; 340 (2): 144-146.
- Kuttner R. The American health care system: Wall Street and health care. N Engl J Med 1999; 340 (8): 664-668.
- Iglehart J. Managed Care and Quality Assurance - Lessons from the U.S. Health Care System. In: Henke K-D, Dräger C, editors. Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001: 144-149.
- Kühn H. Disease Management - Erfahrungen in den USA. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2002; 78 (4): 175-180.
- Bodenheimer T. The American health care system-the movement for improved quality in health care. N Engl J Med 1999; 340 (6): 488-492.
- Hasselblatt D. Medizinbetrieb: Ärzte im Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98 (38): A-2406-2409.
- Korzilius H. Arzneimittel-Sparpaket: Kuh-Handel. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98 (46): A-2989.

BUCHTIPP

Streptokokken-Erkrankungen, Prävention, Diagnostik und Therapie

Ralf Rene Reinert, Thieme 2002, 100 S., 32 z.T. farb. Abb., Euro 17,95

Das kleine Taschenbuch entstand aus einem Treffen von Experten zu Streptokokken-Erkrankungen im Juli 2001 und möchte den Leser auf den aktuellen Stand des Wissens zu diesem Thema bringen. Aufmachung, Format und Layout sind in gewohnter Weise sehr gut gewählt.

Die elf kleinen Kapitel beschäftigen sich wohl jeweils mit den Spezialgebieten der Autoren, hierdurch wird eine hohe Spezifität der Beiträge erreicht, leider kommt es jedoch dadurch auch wiederholt zu inhaltlichen Überschneidungen (allein der Satz: ...Streptokokken gehören zu den häufigsten Infektionskrankheiten... kommt fünfmal vor).

Irritierend für den Leser auch (unkommentierte) Widersprüche und variierende Inzidenzen. Die durchgängig farbigen Bilder und Abbildungen sind teils sehr informativ, teils jedoch von geringer Bedeutung für den klinisch tätigen Arzt.

Mit den einzelnen Autoren wechselt auch die Qualität und Aktualität der Beiträge, so liest sich z. B. das Kapitel Prävention von Streptokokken Infektionen (vom Herausgeber selber geschrieben) hervorragend. Die für den Hausarzt bedeutungsvollen Therapieempfehlungen sind dagegen weniger klar und zum Teil auch recht praxisfern (...die Behandlung des Erysipels erfolgt in der Regel parenteral...).

Vielleicht aber waren Hausärzte auch nicht die Zielgruppe.

Dr.med.Hans-Michael Mühlenfeld, Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen,