

Heilen nach britischem Rezept

Auf den ersten Blick kann man fast keine Gemeinsamkeiten erkennen zwischen dem paritätisch ausgerichteten deutschen Gesundheitswesen und dem steuerfinanzierten National Health Service (NHS), dem staatlichen Gesundheitsdienst von Großbritannien. Doch der Schein trügt. Denn mit der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) kommen auf hiesige Patienten und Ärzte Änderungen zu, die durchaus Parallelen zu Großbritannien ziehen lassen. Hochgepriesene, zukunftsweisende Modelle wie integrierte Versorgung oder Hausarzt-zentrierte Versorgung sind auf der britischen Insel längst zur Realität geworden. Ob sie zu mehr Effizienz und Qualität im System beitragen, kann man nur im Gespräch mit Insidern ergründen. Deshalb sprachen wir mit zwei bayerischen Vertragsärzten, die während ihrer Ausbildung in Großbritannien tiefe Einblicke in das dortige Gesundheitssystem erhalten haben.

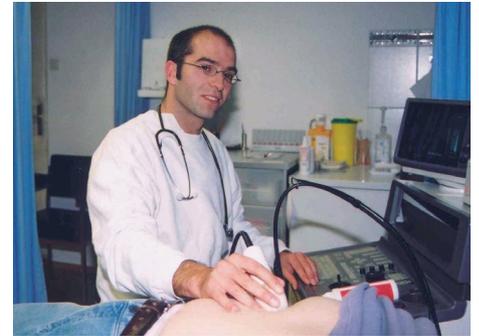
NHS – „der englische Patient“

Eigentlich war der Grundgedanke des britischen Gesundheitsdienstes nicht nur sozial ausgewogen, sondern sogar fortschrittlich. „Gute Medizin für alle, unabhängig von Einkommen und gesellschaftlichem Status“, lautete der Slogan im Jahr 1948, als das NHS ins Leben gerufen wurde. Doch seitdem wurde es stetig von finanzieller Not geplagt, sodass immer wieder nach Lösungsansätzen gesucht werden musste. Die ersten tief greifenden Reformen vollzog die konservative Regierung von Margaret Thatcher. Mehr Wettbewerb und Verantwortung der Primärärzte (General Practitioners), weniger staatliche Lenkung und Zentralisierung strebte der eingeführte interne Markt an. Eine Schlüsselbedeutung in der Grundversorgung der Bevölkerung kam den staatlichen Primärärzten zu, die als Gatekeeper agierten. In ihren Händen liegt auch heutzutage die Entscheidungskompetenz über die Höhe und die Richtung der vom Patienten beanspruchten Gesundheitsleistungen, denn nur sie können Patienten an Fachärzte überweisen. Mit Hilfe der ihnen zugewiesenen Budgets fungierten die Primärärzte als „Einkäufer“ von stationären und fachärztlichen Leistungen. Dazu wurde es ihnen ermöglicht, sich zusammenzuschließen und Verträge direkt mit den „Verkäufern medizinischer Leistungen“, vor allem Krankenhäusern, zu unterzeichnen. „Die meisten Primärärzte arbeiteten in Gemeinschaftspraxen zusammen. Oft waren es sechs Ärzte, die etwa 12 000 Patienten betreuten“, erzählt der

Allgemeinarzt Dr. Stefan Amling, der die Ausbildung eines britischen Primärarztes in Südostengland abgeschlossen hat. „Angesichts solcher Zahlen ist es nachvollziehbar, dass die Patienten teilweise vier Wochen auf einen Termin warten sollten und dass den Kollegen nicht viel Zeit für ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch übrig blieb. Trotzdem haben sie es ganz gut gemanagt.“ Schätzungen zufolge stehen britischen Primärärzten für Beratungsgespräche sieben Minuten zur Verfügung.

Die Arbeitsbelastung der Primärärzte hängt von der Zahl und dem Alter der eingeschriebenen Patienten ab. Dennoch blieb die zweite Korrelation im Honorierungsverfahren unberücksichtigt. „Die Primärärzte wurden pauschal für jedes eingetragene Listenmitglied entlohnt“, erklärt Amling. „Zusätzlich hat man versucht, eine Beziehung zwischen den erbrachten Leistungen und der Arztvergütung herzustellen. Wiesen die Patienten eines Primärarztes zum Beispiel stabile Blutdruck- oder Zuckerwerte auf, dann wurde dies extra honoriert.“ Dass solch eine Budgetierung die Mediziner unter Druck setzte, liegt klar auf der Hand. Sie versuchten preisgünstige Leistungen zu erbringen, um ihren Etat nicht zu sprengen. Ein anderer Ausweg: die schnelle Überweisung an einen Facharzt. Spätestens dann bekamen es die Patienten deutlich zu spüren, dass das NHS selbst zu einem „englischen Patienten“ geworden war. Wartezeiten von über sechs Monaten für eine fachärztliche bzw. stationäre Behandlung, Terminabsagen mangels Operationspersonal gehörten zu der traurigen Realität des kranken Gesundheitsdienstes.

Die sekundäre Versorgung der Bevölkerung wird in Großbritannien durch staatliche NHS-Krankenhäuser und ambulante Tageskliniken gewährleistet, in denen die Fachärzte als Angestellte spezialisierte Behandlungen durchführen. Die Höhe ihres Gehalts richtet sich nach dem Ausbildungsgrad und der Funktion im Krankenhaus. „Die Hospitäler der Sekundärversorgung (District Hospitals) entsprechen etwa den deutschen Krankenhäusern der Regelversorgung. Im Durchschnitt verfügen diese Einrichtungen über 500 Akutbetten für einen Einzugsbereich von 200 000 Menschen“, sagt Amling. „Die tertiäre Versorgung (Maximalversorgung) dagegen wird in Zentren wie London erbracht.“ Auch in den britischen Krankenhäusern



Dr. Stefan Amling erinnert sich gern an die Zeit in Großbritannien.

gibt es einen hierarchischen Aufbau. „Jeder Mediziner durchläuft nach dem Abschluss des Studiums vier Stationen, nämlich Junior House Officer (JHO), Senior House Officer (SHO), Registrar und Consultant“, erklärt Maria Renner, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die einen großen Teil ihrer Facharztausbildung in Nordengland absolviert hat. „Die Consultants leiten die Fachabteilungen und behandeln zugleich Patienten im Krankenhaus. Manche von ihnen unterhalten ebenfalls Privatpraxen“, so die Psychiaterin. Dazu könnten die Fachärzte auf Bitte des Primärarztes Patienten vor Ort, also in den Primärarztpraxen, betreuen, aber auch in den Tageskliniken Ambulanzen abhalten. „Die Versorgungsstrukturen sind miteinander eng verzahnt, was sich auf dem Gebiet der Psychiatrie durch Verbesserungen der Infrastruktur und zusätzliche finanzielle Mittel positiv ausgewirkt hat. Leider kann man den gleichen Trend für andere Facharztgebiete nicht bestätigen, wo es aufgrund akuter Fälle zu langen Wartezeiten kam.“ Im Zuge der Bemühungen der konservativen Regierungen um eine Dezentralisierung wurden die regionalen NHS-Verwaltungen Anfang der Neunzigerjahre in NHS-Trufts mit eigenen Budgets umgewandelt. Dazu wurden den NHS-Kliniken Kooperationen mit privaten Anbietern als Case-Management-Programme ermöglicht. „Die verschiedenen Versorgungsstandards in Nord- und Südengland gehörten ebenso nicht zu den NHS-Stärken“, so Renner. „Die Versorgungsinfrastruktur im Norden war nicht flächendeckend ausgebaut. So herrschte zum Beispiel in diesen Regionen Mangel an Primärärzten.“



Sieht ihre Tätigkeit im Ausland als Bereicherung: Maria Renner.

Neues Modell für das neue Jahrhundert

Mit seinem Amtsantritt 1997 erklärte Tony Blair die NHS-Umstrukturierung zur Chefsache. Im Juli 2000 wurde der NHS-Plan als „ein neues Modell für das neue Jahrhundert“ vorgestellt. Es galt, das NHS langfristig zu modernisieren, das System durch Bürokratieabbau flexibler zu gestalten. Der NHS-Plan rückte den Patienten in den Mittelpunkt. Statt Wettbewerb forderte er effizientere Kooperation zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, um den durchschnittlichen EU-Standard zu erreichen. Integrierte Versorgung und Stärkung der Prävention lauteten die Schlüsselwörter. Den Patienten versprach der NHS-Plan unter anderem Verkürzung der Wartezeiten für eine stationäre Sprechstunde auf drei Monate, Zugang zur Primärversorgung innerhalb von 48 Stunden bis zum Jahr 2004, Errichtung von 100 neuen Krankenhäusern und von 3000 modernen Primärarztpraxen, Erhöhung der Krankenhausbettenzahl auf 7000 sowie bessere Hygiene und Verpflegung im stationären Bereich. Für die Bekämpfung von Krebs- und Herzkrankheiten wurde die Implementierung von einheitlichen Nationalen Versorgungsrichtlinien, so genannten National Service Frameworks, vorgesehen. Zudem stand eine Lockerung der eingeschränkten Arztwahl bei spezialisierten Behandlungen auf der liberalen Reform-Agenda. Die britischen Bürger haben das Recht, sich bei einem Primärarzt in ihrer Umgebung anzumelden. „Der Wechsel innerhalb der Primärärzte eines Wohnge-

biets oder einer Praxis erfolgte relativ unproblematisch“, sagt Renner. „Schwierigkeiten entstanden bei der fachärztlichen Überweisung. Dann sollte der Patient den ihm zugewiesenen Arzt akzeptieren.“

Zum Erreichen der hochgesteckten Ziele des NHS-Plans kündigte Tony Blair an, zusätzliche finanzielle Mittel in das marode NHS zu investieren und eine Einstellungsoffensive für Ärzte- und Pflegekräfte zu starten. Bis dahin lagen die finanziellen und personellen Ressourcen unter dem OECD-Durchschnitt. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt belief sich in 2001 auf 7,6 %, immerhin 0,7 % mehr als 1998. In Großbritannien ist die Arztdichte mit 1,8 Medizinern pro Tausend Einwohner wesentlich dünner als in Deutschland. Dies erklärt auch die längeren Arbeitszeiten der britischen Ärzte. Dem Ärzteverband British Medical Association (BMA) zufolge beträgt die wöchentliche Arbeitszeit eines Primärmediziners 70 Stunden. „Die Arbeitszeit der Fachärzte war nicht kürzer“, bestätigt Renner. „Man sollte jedoch beachten, dass in den etwa 60 Stunden mindestens 15 Stunden Unterricht für andere Ärzte enthalten waren.“ Eine zusätzliche Senkung der Verwaltungskosten erhoffte man sich durch die neue Ausgestaltung der „Einkäufer-Verkäufer-Struktur“. So plante man mit der Errichtung von Primary Care Trusts (PCT) die Einkäuferzahl auf 500 zu reduzieren. Um die Primärversorgung zu stärken, entfallen auf die PCT drei Viertel des gesamten NHS-Etats. Jeder von ihnen stellt eine erste Anlaufstelle für circa 100 000 Personen dar und beschäftigt etwa 50 Primär-, Zahn- und Augenärzte. Das Ärzteteam verfügt über ein Budget, das sowohl für stationäre als auch für ambulante Behandlungen ausreichen muss. Damit wurde der Etat des einzelnen Primärarztes zwar aufgehoben, aber die Erbringung medizinischer Leistungen durch Budgetierung der Gruppe weiterhin eingeschränkt. Die neu gegründeten PCT arbeiten bei der Planung und Gewährleistung medizinischer Hilfe mit den NHS-Trusts zusammen, deren Auftrag in der Sicherstellung

einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung, in der Entwicklung von Versorgungsstrategien und in der Kontrolle über die effiziente Verwendung finanzieller Mittel besteht. Für die Optimierung der Primärversorgung wurden die NHS-Walk-In-Centers, wo Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung behandelt werden, sowie eine Hotline für Patientenberatung errichtet. Gleichzeitig erhielten NHS-Kliniken mehr Handlungsspielraum für die Patientenbehandlung, indem alle Hindernisse für Kooperationen mit privaten Kliniken beseitigt werden.

Synergieeffekte nutzen

Den geradezu sensationellen Zahlen aus dem letzten Bericht des britischen Gesundheitsministeriums – Verkürzung der Wartelisten für stationäre Behandlungen von 21 869 auf 73 Patienten, für stationäre Sprechstunden von 40 000 auf 64 Patienten sowie Vergabe von Primärarztterminen innerhalb von zwei Arbeitstagen bis Ende März 2003 – stehen die beiden deutschen Ärzte eher skeptisch gegenüber. Gespräche mit ihren britischen Kollegen würden solche schnellen Verbesserungen nicht bestätigen. „Das grundsätzliche Problem des eingeschränkten Zugangs der Patienten zur Therapie und Diagnostik ist nach wie vor vorhanden“, sagt Amling. Trotzdem: Es gelte Positives aus der britischen Erfahrung zu übernehmen, meinen beide Mediziner. „Das System ist zwar zentralisiert aufgebaut, dafür aber besser steuerbar“, stellt Amling fest. „So bleibt den Ärzten zum Beispiel viel Ärger mit Krankenversicherungsträgern erspart. Therapieverfahren werden in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit überprüft. Denn viel Therapie bedeutet nicht unbedingt mehr Effizienz.“ Dass die Vernetzung zwischen primärer und sekundärer Versorgung auch Synergieeffekte bringen könne, betont Renner. Für die gute Zusammenarbeit zwischen Primär- und Fachärzten Sorge der Zugang zu Datenbanken, in denen Daten der Patientenuntersuchungen erfasst seien. „So können die behandelnden Ärzte unabhängig voneinander die Blutdruckdaten eines Patienten abrufen.“ Zudem verweisen beide deutschen Ärzte auf die gute Ausbildung, die durch den Input der älteren Kollegen, durch die zahlreichen kollegialen Gespräche und wöchentliche Tutorien auch im Berufsalltag gewährleistet sei und schließlich den Patienten zugute komme.

Maria Akalska-Rutzmoser (KVB)

	Großbritannien	Deutschland	OECD-Durchschnitt
Anteil am Bruttoinlandsprodukt	7,6 %	10,7 %	8,4 %
Pro-Kopf-Ausgaben in US\$ (private und öffentliche Mittel)	1992	2808	2117
Erhöhung der Gesundheitsausgaben pro Kopf (1990 bis 2001)	4,2 %	2 %	3,4 %

Tabelle: Gesundheitsausgaben im Vergleich in 2001. Quelle: OECD Health Data 2003.

„Medizin ist kein freier Markt“



Dr. Angela
Schedlbauer

„Wir werden mehr Geld ins National Health Service (NHS) investieren“, versprach Tony Blair in dem Vorwort des NHS-Plans. „Mehr Geld muss aber von Modernisierung begleitet werden; Investition von Reformen.“ Wie viel und was sich seitdem im NHS verändert hat, wollte das Bayerische Ärzteblatt im Gespräch mit Dr. Angela Schedlbauer, Forschungsstipendiatin am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Bristol, herausfinden.

BÄBL: Frau Schedlbauer, Presseberichten zufolge kam es in der medizinischen Versorgung der britischen Bevölkerung zu gravierenden Engpässen, sodass Notbetten in Krankenhausern aufgestellt und OP-Termine mangels OP-Personal abgesagt werden mussten. Dazu sollten die Patienten mit Wartezeiten von über sechs Monaten für fachärztliche Behandlungen rechnen. Würden Sie diese Tatsachen bestätigen?

SCHEDLBAUER: Die Vorwürfe über Versorgungsengpässe treffen teilweise zu. Dabei müssen Sie bedenken, dass die Auslastung in englischen Krankenhäusern höher ist und die Kapazitäten besser ausgeschöpft werden. Das macht das englische System effizienter. Der Preis, den alle zahlen müssen, sind Engpässe in Zeiten außergewöhnlicher Belastungen, zum Beispiel während Grippeepidemien. Für fachärztliche Beratung bei nicht akuten medizinischen Problemen muss grundsätzlich mit einer Wartezeit von wenigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten gerechnet werden. Niedergelassene Spezialisten gibt es nur im Privatmedizinischen Bereich. Die fachärztliche Versorgung erfolgt normalerweise von den fachärztlichen Abteilungen der Krankenhäuser aus. Lassen Sie mich als Beispiel eine Überweisung zum Dermatologen für ein chronisches Hautleiden wie Neurodermitis nehmen. Das kann dauern. Bei Verdacht auf eine maligne Hautveränderung sieht die ganze Sache anders aus. Hier wird der Patient garantiert

in den nächsten zwei Wochen gesehen. Schwierig sind die Situationen, wo man sich über die wahre Pathologie noch nicht im Klaren ist, was ja häufiger vorkommt in der Allgemeinmedizin. Hier gibt es aber immer die Möglichkeit, eine Überweisung nach persönlicher Absprache mit dem jeweiligen Facharzt voranzutreiben. Im Zweifelsfall kann man einen Patienten jederzeit akut in die Klinik überweisen, dann werden sie auch immer und gleich gesehen.

BÄBL: Mit der Einführung des so genannten internen Marktes steuerte die Thatcher-Regierung auf mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung im Gesundheitsmarkt hin. Hat man damit die gewünschten Ergebnisse erreicht?

SCHEDLBAUER: Nein, dies ist auch alles rückgängig gemacht worden. Meiner Meinung nach zu Recht, denn Medizin ist kein freier Markt. Weder Kunden (Patienten) noch Verkäufer (Ärzte) haben viel Ahnung davon, was die jeweiligen Leistungen tatsächlich kosten, und es interessiert beide Gruppen auch nicht sonderlich. Patienten zahlen einen Pauschalbeitrag – in England ein Teil der Steuern – und Nichtverdiener bekommen die medizinische Versorgung ganz umsonst. Das Ganze gleicht vielmehr einem großen Buffet, bei dem manche eine gewisse Summe bezahlt haben, aber alle ein Anrecht darauf haben, sich satt zu essen (Hummer inklusive).

BÄBL: Nach dem Wahlgewinn der Labour-Partei 1997 erklärte Tony Blair die Modernisierung von NHS zu den obersten Prioritäten seiner Regierungszeit. Durch Aufstockung des NHS-Etats und durch die gestartete Einstellungs-offensive erhoffte man sich, die Reformen schneller voranzutreiben. Die Rede war von 7500 Fachärzten, 2000 General Practitioners (GP) und 20 000 Krankenschwestern. Wurde dies in der Praxis umgesetzt?

SCHEDLBAUER: Soweit die Ärzte vorhanden waren, ja. Das NHS hat nach wie vor einen hohen Bedarf an Ärzten, der zum Teil durch ausländische Kollegen gedeckt wird.

BÄBL: Sind die den Primärärzten zugewiesenen Budgets ausreichend oder fungieren sie eher als Instrument zur Kostendämpfung?

SCHEDLBAUER: Die Budgets dienen in erster Linie der Beeinflussung, wofür eine Praxis Geld ausgibt, und dass sie einen guten und effizienten Service anbietet, vor allem in den Bereichen Diabetes, Asthma, Impfen und Vorsorge. Das muss die Praxis beweisen, indem sie der Gesundheitsbehörde regelmäßig Daten über die Behandlung der Patienten vorlegt. Es gibt bestimmte Ziele (Targets), bei deren Erfüllung es extra Geld gibt. Dies hat eine sehr einheitliche medizinische Grundversorgung zur Folge verglichen mit dem viel facettenreicheren deutschen System. Der Spielraum für den einzelnen Arzt wird unweigerlich enger.

BÄBL: 1999 wurde das National Institute for Clinical Excellence (NICE) ins Leben gerufen, das unter NHS-Aufsicht steht. Zu seinem Aufgabengebiet gehören die Überprüfung der Wirksamkeit und der Kosten von verschriebenen Arzneimitteln sowie medizinischen Verfahren und die Ausarbeitung von einheitlichen Leitlinien für ihre Verordnung bzw. Verwendung. Handelt es sich hierbei nicht um Beschränkung der Therapiefreiheit?

SCHEDLBAUER: Nein, nicht unbedingt. Ein Arzt kann immer noch alles Mögliche verschreiben, auch wenn es nachweislich keinen Nutzen erbringt. Nur: Englische Allgemeinärzte sind viel mehr in das System der Evidence Based Medicine eingebunden. Würde ein Allgemeinarzt ein teures Medikament verschreiben wollen, dessen Wirksamkeit umstritten ist, könnte er das schon machen. Die meisten Ärzte wollen aber möglichst einheitlich nach dem neuesten Stand der Forschung verschreiben und suchen oft den Konsens mit ihren direkten Kollegen (innerhalb der Gemeinschaftspraxis) und der übergeordneten Behörde (Trusts). NICE wird von den meisten als willkommene Instanz angesehen, die einen Weg durch das oft sehr undurchdringliche Dickicht der medizinischen Forschung bahnt. Die Ärzte sehen dies als ein Hilfsmittel, zeitgemäß und einheitlich zu praktizieren und zu verschreiben, und weniger als eine Beschränkung.

Vielen Dank. Das Gespräch führte Maria Akalska-Rutzmoser (KVB).