

Allgemeinpraxis und regulierter Markt

Ein Beitrag zur Entwicklung der ambulanten Versorgung im Großbritannien*

Das englische Gesundheitssystem, National Health Service (NHS), ist von einem System staatlichen Monopols mit einer Kommando-Kontroll-Struktur zu einem System verflochtener Netzwerke von Anbietern (Krankenhäuser, ambulante Dienste und Allgemeinpraktiker) verändert worden. Diese Anbieter stehen alle im Wettbewerb um öffentliche Gelder in Form von Budgets. Die englischen Allgemeinärzte sind dabei als Hebel für diese Veränderung in Richtung auf einen »regulierten Markt«² benutzt worden, weil sie niemals voll integriert in die Kontrollstruktur des »alten« NHS gewesen sind. Sie waren immer nur Vertragspartner, die vom Gesundheitsministerium dazu benutzt wurden, einen »Schutzgürtel« um das – so teure – stationäre Versorgungssystem zu bilden. Daher werden insbesondere die Konflikte in der Allgemeinmedizin, die sich mit der skizzierten Veränderung in Richtung auf mehr Markteingebundenheit ergeben, die Zukunft des NHS entscheidend bestimmen.

Die Allgemeinpraxis: ein öffentlicher Konzessionsbetrieb

Die Unabhängigkeit der britischen Allgemeinpraktiker von der Bürokratie und dem Management des NHS ist nicht so groß wie die der deutschen Ärzte von den Krankenversicherungen, aber sie ist weiterhin für den einzelnen Arzt sehr real vorhanden. Diese Unabhängigkeit ist leicht zu verstehen, wenn man einmal das gesamte allgemeinärztliche Versorgungssystem als Konzessionsbetrieb ansieht. Bei einem Konzessionsbetrieb im ökonomischen Sinne gibt eine zentrale Organisation ihren Handelsnamen als auch ihre logistische Unterstützung den lokal arbeitenden, im Privatbesitz sich befindenden Konzessionsbetrieben, deren Besitzer die finanziellen

* Übersetzung aus dem Englischen: Heinz-Harald Abholz.

Risiken des Betriebes übernehmen (1). Im NHS hat das Gesundheitsministerium die Rolle des Konzessionsgebers übernommen und bekommt dafür ein Netzwerk an hausärztlichen Konzessionsbetrieben – die Allgemeinpraxen; dies bei geringen Kosten und einem minimalen Risiko für das Ministerium. Die Praxen, die Konzessionsbetriebe, sind mit einer engagierten und relativ stabilen Belegschaft, den Ärzten, ausgestattet, die selbst gute Kenntnisse der jeweiligen, zu versorgenden Bevölkerung und ihrer Probleme sowie der lokalen medizinischen und sozialen Gegebenheiten haben.

Die Allgemeinpraktiker in ihrer Rolle als Konzessionsnehmer bekommen dafür vom Konzessionsgeber eine Protektion gegen Risiken in Form von:

- großzügiger finanzieller Unterstützung (zinslose Darlehen) für den Ankauf bzw. den Umbau der Praxis;
- Grundgehalt, wenn auch klein, das unabhängig von der zu bewältigenden Arbeit bezahlt wird;
- Organisationsstruktur eines Patientenregistrierungs-Systems für den jeweiligen Arzt, der wiederum auf Pro-Kopf-Basis und damit erst einmal unabhängig von der jeweilig anfallenden Arbeit pro Patient bezahlt wird;
- Bezahlung von angestellten Schwestern und Verwaltungsangestellten;
- abschätzbaren und zuverlässigen Geldflüssen in bezug auf Renten- und Krankenversicherung;
- weiteren Formen finanzieller Unterstützung sowie günstige Steuerbedingungen;
- Assistenz beim Management der Praxis unter Beibehaltung lokaler und auf die Praxis bezogener Autonomie.

Konzessionswirtschaft kann eine Form wirtschaftlicher Organisation sein, in der der Erfolg sich schnell fortsetzt und dies bei begrenzten Kosten für die zentrale Management-Ebene. Dies mag einer der Gründe dafür sein, daß die Regierung im Rahmen der 1991er Reform des NHS Krankenhäuser und Gemeindedienste auf Konzessionsbetriebe umorganisierte. Dies geschah über sich selbst verwaltende Trusts, die innerhalb des simulierten Marktes um Geld vom NHS im Wettbewerb standen. Damit wurde die Finanzierung mittels Haushaltsvolumen in Abhängigkeit von Planungsdaten ersetzt. Wie auch immer man diesen Prozeß sieht, die natürliche Entwicklung einer Konzessionswirtschaft hat Charakteristika, die die Allgemeinmediziner bis in den Beginn der neunziger Jahre nicht zu verstehen schienen (1).

Ein Konzessionsunternehmen, das z.B. Pizzas verkauft, möchte, daß sein Produkt in Berlin ebenso wie in Birmingham identisch ist. Das gleiche gilt für medizinische Konzessionsbetriebe, die durch Regierungsgeld budgetiert werden. Um dafür Garantie zu tragen, daß die Produkte oder Dienstleistungen einem Qualitätsstandard entsprechen, versucht der Konzessionsgeber seine Kontrolle über die Konzessionsnehmer immer mehr auszudehnen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn das Netzwerk der Konzessionsbetriebe sich vergrößert und mehr Komplexität in seinen Leistungen aufweist.

Diese Expansion und Diversifikation spielte sich in der britischen Allgemeinpraxis in den achtziger Jahren ab. Entsprechend kam es zur einseitigen Modifikation der Verträge durch den Konzessionsgeber: Die Unabhängigkeit der Konzessionsnehmer wurde zunehmend durch spezifische, vertragsmäßig festgehaltene Auflagen unterminiert, so daß eines Tages der Punkt erreicht sein kann, bei dem die Konzessionsnehmer die Verantwortlichkeiten eines Angestellten, nicht aber dessen Rechte haben. In den späteren Entwicklungsstadien einer Konzessionswirtschaft kann diese selbst zum Motor von Verbreitungsstrategien für qualitativ neue Industriebereiche werden und dabei eine so schnelle Entwicklung von Leistungsbereichen ermöglichen, daß diese dann selbst zu komplex und zu kostenaufwendig für die lokalen Unternehmen werden. Dies mit dem Ergebnis, daß der Konzessionsgeber eine eigene Managementstruktur den Diensten auferlegen kann.

Vertragliche Regelungen 1990

Die neuen vertraglichen Regelungen für die Allgemeinpraxis, die von der Regierung 1989 (2) vorgeschlagen und dann – trotz unterschiedener professioneller Opposition – 1990 eingeführt wurden, stellen ein Beispiel für eine einseitige Einschränkung von Konzessionsverträgen durch den Konzessionsgeber mit dem Ziel der Standardisierung eines zunehmenden Anteils der Dienste dar. Rückblickend scheint es fast eine unvermeidliche Konsequenz der Ausdehnung und Entwicklung in der Allgemeinmedizin der achtziger Jahre darzustellen. In den achtziger Jahren hatte sowohl die Zahl der Allgemeinpraxen als auch deren Praxisgröße und angebotenes Leistungsspektrum zugenommen. Einige Praxen scheiterten sogar an dieser Entwicklung (3). Der Sinn der von der Regierung vorgeschlagenen und dann auch durchgesetzten neuen vertraglichen Regelungen war:

- a) den Konsumenten medizinischer Leistung eine bessere Auswahlmöglichkeit dadurch zu geben, daß man ihnen mehr Information über die jeweiligen lokalen Dienstleistungen gab und zugleich den Wettbewerb unter den Anbietern erhöhte – dies bei gleichzeitiger Erleichterung des Vorganges eines Arztwechsels;
- b) die Abläufe der medizinischen Dienstleistungen spezifischer zu gestalten und dabei darauf zu achten, daß neue Dienstleistungen überall im Lande sich dem Standard der besseren Praxen angleichen;
- c) das Bezahlungssystem der Ärzte enger an die konkrete Arbeit, die sie tun, zu binden, so daß der Allgemeinpraktiker mehr Anreiz hat, auf die Wünsche sowohl des Patienten als auch die des Konzessionsgebers einzugehen;
- d) die vertragliche Verbindung der einzelnen Allgemeinmediziner mit den lokalen Family Health Service Authorities (FHSA) zu forcieren, die als Managementorgane für die Entwicklung in den Praxen und nicht als deren Ausführungsorgane angesehen wurden;
- e) dafür Sorge zu tragen, ein mehr an Dienstleistung für das ausgegebene Geld aus der Allgemeinpraxis zu bekommen.

Die primär vorgelegten gesetzlichen Regelungen wurden mit einem Proteststurm auf seiten zahlreicher Allgemeinpraktiker beantwortet, über eine veränderte Version des Gesetzentwurfs wurde mit den gewählten Vertretern der Allgemeinmedizin, dem General Medical Service Committee, verhandelt, dann aber wiederum in einer Abstimmung von 70% der Allgemeinärzte abgelehnt. Dennoch wurden sie durch die konservative Regierung eingeführt.

Die neuen gesetzlichen Bestimmungen von 1990 führten zu erheblichen Veränderungen: Sie vergrößerten den Anteil des Arzteinkommens über die Zahl versorgter Patienten (Kopfpauschalen) von 45% auf 60% und verminderten den Anteil der Grundvergütung (unabhängig von der Zahl der Patienten gezahlt) am Gesamteinkommen des Arztes. Andere Veränderungen beinhalteten die Bereitstellung von Geld, um Ärzte zusätzlich zu belohnen, wenn sie in unterversorgten oder einsam gelegenen Regionen arbeiten. Gleiches galt für die Versorgung von alten Patienten. Es wurde eine Fortbildungsbeihilfe gezahlt, um einen Anreiz zur Teilnahme zu bieten. Spezielle Zusatzzahlungen wurden denen gegeben, die besondere Organisationsansätze in bezug auf präventive Medizin anboten. Und Zusatzpauschalen wurden für all die Kinder gezahlt, die

im Rahmen der Versorgung einem Screening unterzogen wurden. Schließlich wurden spezielle Zahlungen für Gesundheitserziehung und Krankheitsverhütung am Arbeitsplatz – dies als Teil des Programms »The Health of the Nation« (4) – eingeführt. Zusatzzahlungen wurden auch für die Kleine Chirurgie und Gesundheitschecks bei Erstvorstellung eines neuen Patienten geschaffen. Ein zweigleisiges Bezahlungssystem für nächtliche Hausbesuche wurde in der Weise entwickelt, daß diejenigen Allgemeinmediziner, die ihre eigenen nächtlichen Hausbesuche durchführten (oder kooperativ lokal arbeiteten) belohnt wurden, und diejenigen bestraft wurden, die kommerziell angebotene Notdienste für ihren Versorgungsbereich nutzten.

Die Abgabe eines jährlichen Praxisberichtes, der über die Praxis, ihre Entwicklung und ihre Entwicklungsziele Auskunft gibt, wurde zur Pflicht erklärt. Allgemeinmediziner hatten mit den neuen gesetzlichen Regelungen mindestens 26 Stunden pro Woche in der Praxis für besondere Sprechstunden und für Hausbesuche zur Verfügung zu stehen. Von den Allgemeinpraktikern oder deren dafür speziell ausgebildeten Mitarbeitern wurde erwartet, daß sie einmal im Jahr ihren alten Patienten (über 75 Jahre) einen Gesundheitscheck – bezogen auf mentale und körperliche Aspekte der Gesundheit sowie die sozialen Lebensbedingungen – anbieten. Patienten im Alter zwischen 16 und 74 Jahren, die sich innerhalb der letzten drei Jahre nicht einem Gesundheitscheck unterzogen hatten, sind hierzu explizit einzuladen.

Der Widerstand der Allgemeinmedizin

Nicht nur die einseitige Auferlegung der neuen Arbeitsbedingungen, sondern auch die inhaltliche Aspekte ließen die Allgemeinmediziner in Widerstand zu den neuen Bedingungen treten. Sie äußerten ihre Sorge, daß diese Mischung von Anreizen und Verpflichtungen die Qualität der Versorgung einschränken würde, weil der reine Konsultationsprozeß verkürzt werden würde und die Betonung von Gesundheitserziehung und Präventivmedizin weit über das hinaus ginge, was einen Nutzenbeleg aufzuweisen hat. Viele Allgemeinpraktiker fürchteten, daß der höhere Anteil des Einkommens aus den Kopfpauschalen zu größeren Patientenzahlen in den Praxen und damit zu weniger Zeit für den einzelnen führen würde. Viele Praxen – besonders jene mit hoher Patientenmobilität – befürchteten, daß sie nicht die hohen vorgegebenen Beteiligungsraten bei der

Prävention – wie z.B. bei Impfungen und Cervix-Krebsfrüherkennung – erreichen könnten. Sie sahen daher in der vorgegebenen Zielsetzung einen paradoxen Effekt, weil bei Nichterreichen der gesteckten Ziele die präventiven Tätigkeiten überhaupt nicht mehr finanziert werden sollten. Es wurde daher als möglich angesehen, daß die neuen vertraglichen Bedingungen die Unterschiede zwischen der Qualität der besten und der schlechtesten Praxen vergrößern könnte (5).

Die Regierung hingegen glaubte, daß mehr Wettbewerb innerhalb des NHS nötig ist, und hatte daher von den Praxen verlangt, daß sie mehr Information über die Art ihrer Dienstleistung anbieten sollten. Zugleich wurde der Arztwechsel erleichtert. Von vielen wurde dies als eine potentielle Vergeudung von Ressourcen angesehen, da das favorisierte Konsumentenmodell für den Bereich und die Bedingung der Allgemeinversorgung nicht als das adäquateste erscheint. Die Mehrzahl der Menschen schreibt sich bei dem ihnen am nächsten gelegenen Arzt ein, weiß nicht über neue Praxen in der Umgebung Bescheid und zeigt wenig Neigung, Informationen über die unterschiedlichen Praxen zu sammeln (6). Viele Menschen schreiben sich überhaupt nur dann ein, wenn sie krank sind, und diejenigen mit den größten Gesundheitsproblemen, sind die, die am wenigsten in der Lage sind, aus dem Angebot von Diensten unterschiedlich »einzukaufen«.

Die besondere Betonung von Prävention und Gesundheitserziehung im neuen Vertrag führte auch deswegen zu Besorgnis, weil dadurch zumindest potentiell die Tagesaufgaben der Versorgung eingeschränkt werden könnten. Obwohl es Hinweise dafür gibt, daß britische Allgemeinmediziner einen kleinen, wenn auch signifikanten Einfluß bei der Aufgabe des Rauchens (7) und der Reduktion des Alkoholabusus (8) haben, waren in den vertraglichen Bedingungen weitere präventive Aktivitäten vorgesehen, für die es keinen Nutznachweis gab. Eine Meta-Analyse zur Screening-Aktivität bei älteren Menschen legte nahe, daß dies zu einer vermehrten Versorgung und einer Reduktion der Mortalität führt (9). Dennoch sind die wesentlichen Anteile des vorgegebenen Screening-Programmes weiterhin Inhalt von Debatten: Es ist nicht klar, welchen Anteil des vertraglich festgelegten Screenings bei alten Menschen von Relevanz ist, und es ist weiterhin unklar, ob ein Screening-Programm der opportunistischen Fallfindung überlegen ist (10). Fernerhin ist unklar, wie effektiv die Gemeindedienste überhaupt auf die ansteigenden Gesundheitsbedürfnisse, die aus einem systematischen

Screening bei alten Menschen resultieren können, einzugehen in der Lage sind. Dennoch hat die Regierung sich geweigert, die Verpflichtung zum Screening in der versorgten Population älterer Menschen aufzugeben. Diese Screening-Aktivitäten werden als wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Alten angesehen; das Thema hatte einen hohen politischen Stellenwert.

Der regulierte Markt

Die vertraglichen Regelungen mit den Allgemeinpraktikern von 1990 sind Teil einer größeren marktorientierten Reform des NHS. Sie beinhalten auch die Möglichkeit für Allgemeinärzte, über ein eigenes Budget zu verfügen, mit dessen Hilfe sie innerhalb eines Spektrums von Dienstleistungen, die von Spezialisten an den Krankenhäusern angeboten werden, »einkaufen« können. Dies bedeutete, daß Allgemeinpraxen als Konzessionsnehmer dafür votieren können, ihre Autonomie auszudehnen; dies um den Preis größerer Risiken und mit dem Ziel, den simulierten Markt im NHS in Gang zu bringen.

Zur gleichen Zeit wurden Krankenhäuser und Gemeindedienste organisatorisch von einer zentralen Managementstruktur auf eine Konzessionsstruktur umgestellt, für die die Allgemeinpraktiker zugleich die Pioniere waren. Die Managementstruktur, die bisher für die Allgemeinpraxis zuständig war – die Family Health Service Authorities (FHSA) –, wurde nach der Form von Wirtschaftsunternehmen und deren Eigenverantwortlichkeit umstrukturiert. Es wurden fernerhin indikationsbezogene Verordnungsbudgets geschaffen, die den Allgemeinarzt mit einem nominellen Budget ausstatten, aus dem heraus er verschreiben kann. Zugleich wurden monatliche Rückmeldungen über die dann jeweils realisierten Ausgabenvolumina eingeführt, um den Druck zur Senkung der Medikamentenkosten zu erhöhen.

Budget-Halter: Während einige Allgemeinpraxen das Konzept der Budgets voller Enthusiasmus begrüßten (11), gab es bei vielen Sorge über die möglicherweise negativen Auswirkungen einer Praxisführung mittels Budgets. So bestand die Sorge, daß die Gleichheit in der Zugänglichkeit der medizinischen Dienste unterminiert werden würde und daß für die Budgetverwaltung eine administrative Struktur gebraucht wird, die eine nennenswerte Belastung für große Praxen darstellt, und daher nur wenigen für Budgets zu votieren erlaubte (12). Der Sorge bezüglich der Bedrohung der Gleichheit in

der Versorgung wurde nicht näher Rechnung getragen. Der Sorge nach administrativer Überforderung wurde mit geldlichen Unterstützungen zur Investition in Management und Informationstechnologie entgegengetreten, so daß eine zunehmende Anzahl der Allgemeinpraktiker sich dem Budgetsystem anschlossen. Trotz der Zunahme der Praxen mit Budgetsystem, die 1995 40% der gesamten Bevölkerung Englands versorgen, ist gerade diese Entwicklung zu einem wesentlichen Problem für den NHS geworden. Anfangs noch als Erfolg hochgejubelt (13) scheint das Budget-System nun – bei wenig Vorteilen – von hohen Kosten und unerwünschten Folgen charakterisiert zu sein. Der einzige Bereich, in dem die Praxen mit Budget einen nachweisbaren Vorteil über die traditionellen Praxisführungen aufweisen, ist der Bereich verminderter Medikamentenverordnung (14, 15). Dies war eine zentrale Zielsetzung der Regierung. Aber ein Erfolg bei den Kosten gibt uns weder Auskunft weder über die Qualität der Versorgung, die sich auch aufgrund verminderter Verschreibung verschlechtern könnte, noch über die längerfristigen ökonomischen Kosten, die aufgrund kurzfristiger Einsparungen in der Verschreibung entstehen und die nennenswert sein können (16).

Die Kosten eines Budgetsystems sind erheblich und schließen sowohl die direkten Kosten für das Management, die elektronische Datenverarbeitung und die Administration ein als auch die versteckten Kosten, die durch die Arbeit der Family Health Service Authorities der Krankenhaustrusts und der Qualitätssicherungsinstitutionen entstehen. Die politischen Kosten könnten ebenfalls von gleicher Bedeutung sein, wenn man den Schaden sieht, der der Gleichheit des Versorgungsanspruchs durch die Praxen angetan wurde, die mittels eines Budgetsystems einen »Schnelldurchlauf« der Versorgung institutionalisierten. Das System von Budgets wurde aufgrund von dreierlei Gründen so problematisch:

1. Praxen mit Budgetsystem können nicht wie rücksichtslose Käufer auftreten. Hiergegen spricht nicht nur der Widerspruch, der sich daraus ergibt, daß der Arzt zwischen den Interessen seines Patienten und den Rationierungszwängen, die sich bei einem limitierten Budget ergeben, steht, sondern hiergegen spricht auch die Tatsache, daß die lokal vorhandenen Anbieter – seien es Krankenhaus oder Gemeindedienste – sich nicht immer von den Interessen der Praxis mit Budgetsystem leiten lassen. Schließlich mag die Auswahl der Anbieter lokal begrenzt oder überhaupt nicht vorhanden sein (17).

2. Praxen mit Budgetsystem sind sowohl eine Bedrohung als auch eine Chance für eine lokale Gesundheitsplanung. Die Entscheidungen derartiger Praxen bezüglich der Ressourcenverteilung sind immer primär budgetgeleitet, weil der Druck, eine Überschreitung des Budgets zu vermeiden, sehr groß ist. Praxen mit Budgetüberschreitung mangelt es an dem Geld, das für weitergesteckte Ziele der Gesundheitsplanung gebraucht wird.
3. Keine Richtung der Allgemeinmedizin sieht sich nur in der Funktion des reinen »gate keepers«, der den Zugang zu den Spezialisten regelt. Das Budgetsystem, wie es jetzt eingeführt wurde, betont die Rolle des gewissenhaften, verantwortlichen gate keepers. So mögen die Kosten für spezialistische Versorgung durch sowohl eine bessere Versorgung chronischer Erkrankungen in der Gemeinde als auch durch Primär- und Sekundärprävention in der Allgemeinpraxis vermindert werden. Aber wir können hiervon nicht mit Sicherheit ausgehen, das Gegenteil mag sogar der Fall sein: Inadäquate Screening-Bereiche, Gesundheitsberatung und Gesundheitsversorgung bei einem zu sehr auf Kosten orientierten Allgemeinpraktiker etc. könnten größere Probleme für den Bereich der spezialistischen Versorgung schaffen, was dann mehr Geld, nicht weniger, zu deren Lösung verlangt. Ein Budgetsystem mit einem Mechanismus, das die Verminderung in Überweisungsaktivität und Verschreiben in der Annahme belohnt, daß inzwischen hierfür schon andere Behandlungsmethoden entwickelt worden sind, die dies möglich machen, hat sich meilenweit von der Realität entfernt.

Hierzu ist es gekommen, weil das System der Budgets als ein ideologisches Konstrukt, nicht als ein wissenschaftlich belegtes entwickelt wurde. Budgetsysteme in der Gesundheitsversorgung sind aus mikroökonomischen Modellen der Allgemeinpraxis entwickelt worden (18) und wurden durch »ignorante Experten« (Allan Maynard) gefördert, jedoch nie in Pilotprojekten untersucht und dies trotz des fachlichen Rates, ein solches erst zu tun (19). Entwickelt als eine politische Lösung, um das NHS in einem Blitzstart zu reguliertem Markt zu bringen, wurde das Budgetsystem zum Ziel und nicht zum Mittel, ein Ziel zu erreichen.

Die Förderung eines vorher nicht erprobten Marktmechanismus traf sich mit den Bedürfnissen einiger Allgemeinpraktiker, da hier die Trennung der englischen Medizin in Generalisten und Spezialisten mitangesprochen war (21). Das Budgetsystem versprach nämlich die Machtstruktur zwischen den »mächtigen« Krankenhauspezialisten

und den »unterlegenen« Allgemeinpraktikern auf den Kopf zu stellen. Es sprach zudem Omnipotenzansprüche an, die auch hinter dem Anspruch des Generalismus stehen können: der Generalist kann alles einschließlich der Einschätzung und Veranlassung der Spezialversorgung.

Qualitätssicherung: Die Einrichtung von indikationsgebundenen Verschreibungsbudgets ist eine Illustration momentaner Schwerpunktlegung auf ökonomische Effizienz. Entsprechend ist die Gefahr gegeben, daß ökonomische Maßnahmen die Oberhand über Maßnahmen der Versorgungsqualität gewinnen, indem erstere die Entwicklung der Allgemeinpraxis formen. In dem Regierungspapier »Working for the Patients« (22) wird als Gegensteuerung gegen eine solche Entwicklung vorgegeben, daß ein umfassendes Programm der Qualitätssicherung entwickelt werden muß. Als organisatorischer Teil hierfür wurde eine Medical Audit Advisory Group (MAAG) bei jeder Family Health Service Authority (FHSA) eingerichtet. Es wird verlangt, daß die Allgemeinmediziner regelmäßig an Qualitätssicherung spätestens dann teilnehmen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen hierfür geschaffen sind. Aber nur wenige Manager und Ärzte stimmen darin überein, was Qualitätssicherung beinhaltet, wie sie in der Praxis angewendet werden kann, was sie kostet und was ihr Gewinn sein wird (23). Die übergeordnete Institution der Qualitätssicherung auf nationaler Ebene, die National Audit Office, fand zudem, daß die zur Qualitätssicherung aufgeforderten Institutionen, die Family Health Service Authorities, keine kohärenten Informationsstrategien haben und in ihren Informationen über die Qualität und die Effektivität der von ihnen kontrollierten Bereiche im wesentlichen auf Beschwerden, formale oder informelle Kontakte mit Allgemeinärzten und die Darstellungen lokaler Konsumentenvereinigungen angewiesen sind (24).

Zukünftige Entwicklung

Das weite Spektrum von Dienstleistungen und deren Qualität in der Allgemeinpraxis ist zur Quelle vieler Sorgen der Profession als auch der Politiker und der Öffentlichkeit geworden. Dennoch ist es unwahrscheinlich, daß irgendeine zukünftige Regierung zu der Situation zurückkehren will, in der die Allgemeinpraxis nicht durch vertraglich festgelegte Mechanismen überwacht und reguliert wird, die alle mehr oder minder eine Einheitlichkeit der Versorgung zum Ziele haben. Die Logik der Konzessionswirtschaft scheint

unausweichbar. Dabei gibt es aber Hinweise, daß die Inhalte und Charakteristika eines Gesundheitssystems, die von den Patienten als wichtig angesehen werden, erheblich von den Prioritäten der Regierung abweichen (24). Patienten beurteilen als besonders wichtig: das freundliche und sie unterstützende Praxispersonal, das sie persönlich kennt; den ungehetzten Doktor, der Zeit zum Zuhören hat; die Möglichkeit, immer wieder von dem gleichen Arzt gesehen zu werden; die Tatsache, daß eine ausgebildete Krankenschwester in der Praxis tätig ist. Ferner gehören zu den Prioritäten der Patienten die schnelle kurzfristige Terminvergabe sowie kurze Wartelisten. Dies alles sind Zielsetzungen, die nicht gerade eng mit den Inhalten und Charakteristika, die durch die vertraglichen Bedingungen von 1990 gefördert wurden, im Zusammenhang stehen. Von den im Regierungsprogramm geforderten Bereichen werden nur die Gesundheitschecks als auch das Krebs-Screening von weiten Teilen der Patienten als wichtig angesehen.

Alternativen für die Allgemeinpraxis

Obwohl die Allgemeinmediziner auf wesentliche Teile der Veränderungen im NHS negativ reagiert haben (25), gibt es jetzt dennoch eine breite Akzeptanz der Rolle der FHSA bei der Überwachung des Verschreibens und der Überweisungstätigkeit zu Spezialisten. Ein Universitätsallgemeinmediziner (26) hat sogar vorgeschlagen, daß die MAAGs die Praxen auf der Basis der folgenden Größen beurteilen sollen: Gebäude, Einrichtung, Karteisystem, Teamwork, angebotene Leistung, Lehre und Forschung, Beteiligung an allgemeinen Gesundheitsprojekten in der Gemeinde. Die Einschätzung hiernach – zusammengenommen mit dem jährlichen Bericht der Praxis – könnte die Basis für eine Graduierung zwischen 1 und 5 bieten, nach der dann ein Basisgehalt für die Praxis gezahlt werden könnte.

Diejenigen, die die Autonomie des Allgemeinpraktikers als wesentliche Quelle für inakzeptable Variationen im Standard der Versorgung ausgemacht haben (27), legen die Betonung zukünftiger Entwicklung auf das Management, die Planung, die Schaffung von Gehaltszahlung für die Allgemeinpraxis und ein breiteres Konzept von Primärversorgung (28). Dieser Ansatz mag sogar stärker praktisch orientiert sein als das reine System der Konzessionsbetriebe. Er würde zumindest den Allgemeinpraktikern die Flucht aus den sich zunehmend ergebenden Problemen einer Konzessionswirtschaft erlauben. In einem Diskussionspapier des General Medical

Service Committee werden z. B. die Vor- und Nachteile von Gehaltszahlungen für Allgemeinpraxen gegenübergestellt und dabei kommentiert, daß frühere Argumente für oder gegen diese Option häufig etwas zugespitzt nur dargestellt wurden (29). Eine Befragung von Allgemeinpraktikern erbrachte eine Majorität für die Option des Gehaltes und mehr als 10 % waren für Gehaltszahlungen in allen Gesundheitsbereichen (30).

Die amerikanische Erfahrung mit Gehaltszahlungen von Allgemeinärzten, die in Health Maintenance Organizations arbeiten, legen nahe, daß es hier positive Auswirkungen auf die integrierte Versorgung, die Aufrechterhaltung von technischen Fähigkeiten und Wissen sowie die Vermeidung von sich paradox auswirkenden Anreizsystemen gibt (31). Aber hierdurch sind auch Möglichkeiten zur Ausbeutung medizinischer Arbeitskraft mittels einer profitorientierten Organisation gegeben (32). In Großbritannien ist der größte Druck in Richtung auf Gehaltszahlung von den Ärzten gekommen, die in unterversorgten Gebieten mit einem hohen Arbeitsaufkommen, hohen Anforderungen bei gleichzeitig schlechter Ausstattung der Praxen arbeiten (33). Die neuen gesetzlichen Bestimmungen für die Allgemeinmedizin scheinen diese Bedingungen für einige Ärzte, insbesondere Ärztinnen, verschlechtert zu haben und damit die Forderung nach Gehaltszahlungen mit neuem Leben erfüllt (30, 34, 35).

Korrespondenzadresse: Steve Iliffe, University College London Medical School, Whittington Hospital, London N19 5N, England

Anmerkungen

- 1 Regulierter Markt, managed market oder »internal market«, meint die Simulation von Markt-, Wettbewerbsbedingungen unter zahlreichen kontrollierten Rahmenbedingungen. Grundidee eines solchen Konzepts ist die Hoffnung auf Effektivitätssteigerungen aufgrund von Konkurrenz und ökonomischem Eigeninteresse an effektiver Leistungserbringung.

Literaturverzeichnis

- 1 Stanworth J. & Smith B.: Franchising for the small business. Blackwell, Oxford 1991
- 2 Health Departments of Great Britain, General Practice in the National Health Service. The 1990 Contract, 1989.
- 3 Iliffe, S.: The modernisation of general practice 1980-1995 and beyond. Postgraduate Medical Journal 1995, in press
- 4 Department of Health: Health of the Nation: a strategy for health in England. HMSO, London 1992
- 5 Pringle, M.: The Quality Divide in Primary Health Care. BMJ 1989;299:470
- 6 Salisbury, C.J.: How do people choose their doctor? BMJ 1989; 299:608-10

- 7 Russell, M.A.H., Wilson, C., Baker, C.D: Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979;2-231-5
- 8 Wallace, P., Cutler, S., Haines, A.P.: Randomised trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-8
- 9 Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, G.D., Adams, J., Rubinstein, L.Z.; Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6
- 10 Iliffe, S.: Screening the elderly: two steps forward, on step back? *The Medical Annual* 1993/4, eds: Fry, H. & Bouchier-Hayes, T., Kingham Publications, Avon 1993
- 11 Houghton, K.: Peak practices. *Health Service Journal* 1989;96:1310
- 12 Leese, B., Smedley, E.: Costing GP budgets. *Health Service Journal* 1989;96:1310
- 13 Glennerster, H., Owens, P. & Matsaganis, M.: A foothold for fundholding. London: Kings Fund Institute 1992
- 14 Badlow, J., & Coulter, A.: Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners' prescribing costs. *BMJ* 1993;307:1189-9
- 15 Maxwell, M., Heaney, D.; Howie, J.G.R., Noble, S.: General practice fundholding observations on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method. *BMJ* 1993;307;1190-4
- 16 Teeling-Smith, G.: The economics of prescribing and under-prescribing. (In: Wells, F.O. ed.): *Medicines responsible prescribing*. Queens University Belfast 1992
- 17 Freudenstein, U.: Fundholding from the inside. *Medical World* 1993;13:10-11
- 18 Bosanquet, N. & Leese, B.; *Family doctors and economic incentives*, Dartmouth, Aldershot 1989
- 19 Smith, R.: Words from the source: an interview with Alain Enthoven. *BMJ* 1989;298:1166-8
- 20 Willis, A.: Who needs fundholding? *Health Service Journal* 30/4/92, 24-25
- 21 Honigsbaum, F.; *The division in British medicine*. Kogan Page, London 1979
- 22 Secretaries of State for Health, Wales: *Norther Ireland & Working for Patients*, HMSO, London 1989
- 23 Walshe, K.: A clear case for audit. *Health Service Journal* 1989;96:1244-5
- 24 Haigh-Smith, C., Armstrong, D.: Comparison of criteria derived by Government and patients for evaluation general practitioner services. *BMJ* 1989;299:494-6
- 25 Whitfield, M., Wood, N. & Wright, F., Responses by general practitioners in Avon to proposals for general practice in the White Paper *Working for Patients*: *BMJ* 1989;298:1224-6
- 26 Morrell, D.; The new general practitioner contract: is there an alternative? *BMJ* 1989;298:1005-7
- 27 Hart, J.T.: *A New Kind of Doctor*. Merlin Press London. 1989
- 28 *The future of primary care* Medical Practitioners Union 1992
- 29 *General Medical Services Committee: Your choices for the future*. British Medical Association, London 1991
- 30 *Electoral Reform Ballot Services: Your choices for the future: a survey of GP opinion*. General Medical Services Committee, London 1992
- 31 Relman, A.S.; Salaried physicians and economic incentives. *New Engl J Med* 1988;319(12):784
- 32 Scovern, H.: Hired help; a physician's experience in a for-profit staff-model HMO. *New Engl J Med* 1988;319(12):789-790
- 33 Robson, J.: Salaried Service – a basis for the Future? *BMJ* 1981;283:1225-7
- 34 Gibbons, B.: The case for salaried GPs. *Health Service J* 1991;101(5249):10
- 35 *A Salaried Service – Why Now, and How?* Medical Practitioners Union, London 1991