

Britische Grundversorger: Bezahlt je nach Qualität

Für eine qualitativ hoch stehende Grundversorgung stellt die britische Regierung den Hausärzten eine zusätzliche Milliarde Pfund zur Verfügung. Mehr Geld erhält aber nur, wer die Qualität seiner Arbeit belegen kann.

Brigitte Casanova

Die britischen Grundversorger erhalten zusätzlich eine Milliarde Pfund (ca. 2,2 Milliarden Schweizer Franken), wenn sie eine qualitativ hoch stehende Medizin nachweisen können. Ärzteverbandsvertreter der «British Medical Association» und die Regierung unterzeichneten einen entsprechenden Vertrag im April 2004. Er hebt das Grundversorgungsbudget um 20 Prozent. Dies gilt als weltweit ehrgeizigstes Projekt, um die Qualität in der Grundversorgung zu verbessern. Der Vertrag ist eines der Elemente eines grossangelegten Reformprogramms¹ des britischen National Health Service NHS (siehe *Kasten 1*).

Martin Roland, wissenschaftlicher Berater bei den Verhandlungen zwischen der britischen Regierung und den Grundversorgern, beschrieb kürzlich im *New England Journal of Medicine*, wie es zum Vertragsabschluss kam, was der Vertrag beinhaltet und wie er sich voraussichtlich auswirken wird. [1]

Politische Wende

Noch Mitte der Achtzigerjahre lehnten gemäss Roland die britischen Grundversorger einen Vertrag ab, welcher Qualität und Bezahlung verknüpfen wollte. Damals fehlte das Bewusstsein dafür, dass es bei medizinischen Behandlungen grosse Unterschiede gibt.

Mit dem Aufkommen der Evidence based Medicine in den Neunzigerjahren mussten die Ärzte anerkennen, dass es grosse Variationen in der medizinischen Versorgung gab und dass Patienten oft auch wirkungsvolle Behandlungen nicht erhalten. Qualität galt fortan als definier- und messbar.

Wenn ein grosser Teil des Einkommens der Ärzte von der Qualität abhängig gemacht wird, so bedeutet dies gemäss Roland auch, dass es Gewinner und Verlierer geben wird. Ein Berufsverband kann jedoch bei Verhandlungen nicht in Kauf nehmen, dass ein grosser Teil seiner Mitglieder Einkommenseinbussen hinnehmen muss. Die britische Regierung hatte jedoch beschlossen, substanziell in die Grundversorgung zu investieren und so das Gesamtbudget zu erhöhen. Dieser Beschluss war gefällt worden, weil Grossbritannien in Outcome-Vergleichen mit ähnlichen Ländern schlecht abgeschnitten hatte und die Öffentlichkeit beunruhigt war über die Qualität des staatlichen Gesundheitsdienstes.

Während 18 Monaten verhandelten der NHS und die «British Medical Association», unterstützt durch wissenschaftliche Berater. Fast 80 Prozent der Hausärzte stimmten anschliessend dem neuen Vertrag zu.

Bezahlung mit Qualität verknüpft

Im neuen Qualitäts- und Outcome-Vertrag können Hausärzte gemäss Roland bis zu 1050 Punkte sammeln, wenn sie die Qualitäts- und Outcome-Indikatoren erreichen, welche im Vertrag beschrieben sind (siehe *Kasten 2*). Die gesammelten Punkte werden in Pfund umgerechnet, und die Ärzte können sie jährlich einfordern. Die Umrechnungsformel ist komplex und berücksichtigt die Praxisgrösse und die Häufigkeit der beschriebenen Krankheiten in der Praxis. Die Punktezahl widerspiegelt den Arbeitsaufwand, sie wurde aufgrund von Erfahrungswerten festgelegt.

Bei der Entwicklung der klinischen Indikatoren war es das Ziel, dass diese auf dem aktuellsten Wissenstand beruhen. Die Anzahl sollte möglichst klein sein und trotzdem eine angemessene Behandlung abbilden können. Die Indikatoren erfassen bei Krankheiten wie Diabetes oder Herzerkrankungen die behandlungsbestimmenden Faktoren gut. Bei Krebs oder psychischen Erkrankungen können sie jedoch nur einen Teil des klinischen Geschehens abdecken. Deshalb werden bei diesen Krankheitsbildern Behandlungsüberprüfungen (Audits) speziell mit Punkten belohnt.

Die Daten sollen aus den elektronischen Patientendossiers der Hausärzte gezogen werden können. Dies erfordert digitale Krankengeschichten und erhöht den administrativen Aufwand der Grundversorger. Heute gebrauchen 90 Prozent der britischen Hausärzte den Computer für Verschreibungen, und ein Drittel bis die Hälfte führen elektronische Krankengeschichten.

¹ Vergleiche auch: Mike Farrar. Die jüngsten Reformen im britischen NHS aus Sicht eines Gesundheitsdirektors. In: *MC 8/2004*, S. 15–17.

Finanzielle Anreize sind gemäss Roland wirkungsvoll, um professionelles Verhalten zu verändern, insbesondere wenn sie mit den Werten der Berufsgruppe übereinstimmen und sich auf klinisch bedeutende Bereiche beziehen. Wie es sich gezeigt hatte, kann Aus- und Weiterbildung alleine die Qualität nur geringfügig beeinflussen.

Positive und negative Auswirkungen

Zweifellos werden die britischen Hausärzte auf die neuen finanziellen Anreize reagieren. Folgende Vorteile erwartet Roland:

- Der Gebrauch von Computern für klinische Aufzeichnungen wird sich rasch erhöhen.
- Pflegefachpersonen werden in Hausarztpraxen eine grössere Rolle spielen.

■ Es wird vermehrt Praxen geben, die sich auf chronische Krankheiten spezialisieren.

■ Die Health-Outcomes werden sich verbessern.

Befürchtete Nachteile:

■ Das biomedizinische Menschenbild wird wichtiger werden.

■ Die Versorgung wird fragmentierter sein, vor allem für Patienten, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden.

■ Verlust eines ganzheitlichen Zugangs zum Patienten.

■ Eine Qualitätseinbusse bei Krankheiten, welche nicht im Anreizsystem angeführt werden.

■ Erhöhte administrative Kosten.

Roland erwartet auch subtilere negative Wirkungen: Finanzielle Anreize können die berufliche Motivation beeinträchtigen, und die Ärzte werden unflexibler in der Behandlung. Im Vertrag wird nirgends erwähnt, dass die Ärzte eine anwaltschaftliche Rolle für den Patienten übernehmen sollen. Wenn das biomedizinische Menschenbild betont wird, so entsteht ein Konflikt zwischen den bevölkerungsbezogenen Public-Health-Zielen und dem Fokus auf das Individuum.

Die Hoffnung ist laut Roland, dass die Vorteile gegenüber den Nachteilen überwiegen werden, das heisst, dass der neue Qualitäts- und Out-

Kasten 1

Der National Health Service NHS und seine Reform

Der National Health Service NHS wurde 1948 gegründet und garantiert allen Menschen, die in Grossbritannien leben, eine kostenlose medizinische Versorgung. Der NHS wird hauptsächlich durch Steuergelder finanziert. PatientInnen zahlen bei Medikamenten, Zahnbehandlungen und Brillen einen eigenen Anteil. Von diesen Zahlungen sind ältere Menschen, Menschen mit geringem Einkommen und Schwangere befreit. Die PatientInnen wenden sich zuerst an den Hausarzt (General Practitioner), der sie dann durch das System lotst. Die meisten Hausärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren. [2]

Über 90 Prozent der Ärzte sind im NHS beschäftigt, ohne jedoch Staatsangestellte zu sein. Der britische Ärzteverband (British Medical Association) handelt die Arzthonorare mit dem Gesundheitsministerium aus.

Grossbritannien gab im Jahr 2000 7,3 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts fürs Gesundheitswesen aus, was im Vergleich zum OECD-Durchschnitt (8 Prozent) sehr wenig ist. Sein Gesundheitswesen galt als unterfinanziert, wenig effektiv, aber sehr effizient, mit schlechter Grundausrüstung, wenig Wahlmöglichkeiten und schlechtem Service. [3,4] Als Land mit den «längsten Wartelisten Westeuropas» hat Grossbritannien im Juli 2000 ein weitreichendes Reformprogramm gestartet. Es beinhaltet unter anderem Investitionen in NHS-Einrichtungen und ins Personal (die Zahl der Allgemeinärzte soll z.B. bis 2009 von 28 600 auf 31 600 erhöht werden), es verändert wesentliche Vertragsbedingungen (für Hausärzte, für Spitäler), und es verbessert die Patientenrechte (z.B. Schutz, Vertretung in Gesundheitsverwaltungen).

Kasten 2

Punkte sammeln mit Qualität und Outcome

Grundversorger können mit dem neuen Qualitäts- und Outcome-Vertrag in den drei Bereichen «medizinische Versorgung», «Praxis-Organisation» und «Erfahrungen der Patienten» Punkte sammeln. Folgende Indikatoren werden dabei angewendet:

- Klinische Indikatoren beziehen sich zum Beispiel auf die regelmässige Überwachung von Kontrollwerten. Sie beachten zehn chronische Krankheiten, die wegen ihrer Häufigkeit oder der grossen Krankheitslast ausgewählt wurden. Bei ischämischen Herzkrankheiten erhält der Arzt beispielsweise Punkte, wenn er regelmässig den Blutdruck und das Cholesteroll kontrolliert. Zusätzliche Punkte gibt es für «intermediäre Outcomes», wenn sich zum Beispiel Risikofaktoren verbessern. Generell gibt es mehr Punkte für Ergebnisse als für Prozessmassnahmen.
- Organisatorische Indikatoren umfassen fünf Bereiche: Krankengeschichte und Informationen über die Patienten (z.B. «der Raucherstatus ist bei 75 Prozent der Patienten erhoben»), Kommunikation mit den Patienten (z.B. «die Praxis ist von Montag bis Freitag während mindestens 45 Stunden erreichbar»), Aus- und Weiterbildung, fachliche Besprechungen (z.B. «zwölf klinisch auffällige Fälle der letzten drei Jahre wurden diskutiert») und Praxismanagement (z.B. «die Praxis macht regelmässig ein Computer-Backup, und sie lagert die Daten an einem sicheren Ort»).
- Erfahrungen der Patienten: Die Grundversorger erhalten Punkte für die Länge der Konsultationen und wenn sie Patientenbefragungen durchführen. Es wird angeregt, für eine Konsultation zehn oder mehr Minuten zu reservieren. Bei Patientenbefragungen sind nicht die Resultate wichtig. Ziel ist es vielmehr, dass die Ärzte mit den Patienten die Antworten diskutieren.

come-Vertrag die Gesundheit der britischen Bevölkerung verbessert. ■

Zusammenfassung und Übersetzung aus dem Englischen:
Brigitte Casanova
 Redaktion «Managed Care»

Literatur:

1. Martin Roland: Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 351;14. 30. September 2004.

2. Das Gesundheitssystem in Grossbritannien. Dokument der britischen Botschaft in Berlin. Internet: www.britischebotschaft.de/pdf/NHS_ger.pdf

3. Bandelow, Nils: Gesundheitspolitik unter Thatcher/Major und Kohl. Internet: <http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/nils.bandelow/gbd12f.htm>

4. Die längsten Wartelisten Westeuropas. Grossbritanniens National Health Service – Zuteilung durch den Staat. In: Sonderausgabe EU-Gesundheitssysteme. BÄK intern, Informationsdienst der Bundesärztekammer, 7/2004.