

Thomas Schang and [Laura K. Schang](#)  
Ärzteneetze erhalten im NHS mehr  
Verantwortung als in Deutschland

Article (Published version)

**Original citation:**

Schang, Thomas and Schang, Laura K. (2011) *Ärzteneetze erhalten im NHS mehr Verantwortung als in Deutschland*. [Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt](#) (9).

© 2011 [Ärzttekammer Schleswig-Holstein](#)

This version available at: <http://eprints.lse.ac.uk/46325/>

Available in LSE Research Online: October 2012

LSE has developed LSE Research Online so that users may access research output of the School. Copyright © and Moral Rights for the papers on this site are retained by the individual authors and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any article(s) in LSE Research Online to facilitate their private study or for non-commercial research. You may not engage in further distribution of the material or use it for any profit-making activities or any commercial gain. You may freely distribute the URL (<http://eprints.lse.ac.uk>) of the LSE Research Online website.

## Vernetzung

# Ärztennetze erhalten im NHS mehr Verantwortung als in Deutschland

*Dr. Thomas Schang und Laura K. Schang beschreiben, wie das englische Gesundheitswesen Vorbild bei der Vernetzung sein kann.*

Deutsche Ärztenetze sollten in der ursprünglichen Fassung des geplanten Versorgungsgesetzes verbesserte Optionen zur regionalen sektorenübergreifenden Gestaltung der Versorgung erhalten. Nach einem negativen Votum der KBV-Vertreterversammlung wurde der entsprechende Passus aus dem Referentenentwurf des Gesetzes gestrichen. Demgegenüber verfolgt die aktuelle englische Gesundheitsreform den Ansatz, staatliche Institutionen zur Steuerung der Versorgung flächendeckend durch Ärztenetze (GP Consortia) zu ersetzen.

Das englische Gesundheitssystem gilt hierzulande als Inbegriff eines staatlichen Gesundheitssystems, geprägt von langen Wartezeiten und Rationierung. Insbesondere in der Thatcher-Ära hatten radikale Kürzungen im Bereich der Sozialsysteme für einen starken Imageverlust des Gesundheitssystems gesorgt. Unter der Blair-Regierung begannen daher unter erheblicher Ausgabensteigerung Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems. Ziel ist eine allgemeine Erhöhung der Versorgungsqualität, ein guter Zugang zur Versorgung unabhängig vom Wohnort, Abbau der Wartezeiten und eine bessere Steuerung des Systems.

Der englische National Health Service (NHS), funktionell und finanziell abgegrenzt von den drei anderen britischen Gesundheitssystemen (NHS: Nordirland, Schottland und Wales) untersteht direkt dem englischen Gesundheitsminister, der auch für die Festlegung des Leistungskatalogs verantwortlich ist. Der NHS gliedert sich in zehn Strategic Health Authorities, die wiederum 152 Primary Care Trusts (PCTs) beaufsichtigen. Die PCTs steuern die Versorgung in Regionen von im Mittel ca. 340.000 Einwohnern. Jeder PCT erhält ein nach landeseinheitlichen Regeln berechnetes jährliches Budget abhängig von den Parametern Bevölkerungsstruktur, Morbiditätslast, ländliches Gebiet oder städtische Problemzone und regionale Betriebskosten. Auf der Ebene der PCTs erfolgen Entscheidungen über die Aufteilung des re-

gionalen Budgets auf die Bereiche Medikation, ambulante und stationäre Klinikbehandlung, Pflege und Hausarztbehandlung, insgesamt etwa 80 Milliarden £ (90 Milliarden Euro) jährlich, ca. 80 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben in 2009/10 für ca. 52 Millionen Einwohner.

Lokale sektorenübergreifende Bedarfs- und Ressourcenplanung in Absprache mit Akteuren des Gesundheitswesens, Kommunen, Unternehmen, der Polizei und NGOs gilt, eingerahmt von nationalen Richtlinien, als Schlüssel zur Berücksichtigung der in der Versorgungsforschung nachgewiesenen regionalen Verschiedenheiten. Fachärzte (Consultants) sind ausschließlich Klinikangestellte, ggf. mit Berechtigung zur Führung einer Privatpraxis außerhalb der vorgeschriebenen Versorgungszeiten für NHS-Patienten. Hausärzte (General Practitioners, GPs) sind in der Regel selbstständige Praxisinhaber, meist in größeren Gemeinschaftspraxen, aber auch in Einzelpraxen, die angestellte Ärzte beschäftigen können. Nur wenige GP-Praxen sind Eigeneinrichtungen der PCTs mit angestellten Ärzten.

Praxis- und Klinikärzte werden von der British Medical Association (BMA) vertreten, die für ihre Mitglieder kollektivvertraglich Art und Höhe der Honorierung mit dem Gesundheitsministerium verhandelt. Die BMA wird in ihrer Interessenvertretung nicht von einem Sicherstellungsauftrag gehemmt.

Die Honorierung der GP-Praxen erfolgt zur Hälfte als Kopfpauschale für in der Praxis eingeschriebene Patienten, unabhängig von tatsächlich erfolgter Behandlung, und optional zur Hälfte nach einem 1.000-Punkte-System für bestimmte Qualitäts- und Ausstattungsstandards der Praxen, Behandlungsergebnisse wie Blutdruck- und Diabeteseinstellung sowie Service für Patienten wie kurzfristige Terminvergabe (Quality and Outcomes Framework). Die Punktzahl der Praxen wird aufgeschlüsselt nach Diagnosebereichen und im Vergleich zum PCT- und Landesdurchschnitt im Internet veröffentlicht.

Ein erster Versuch, niedergelassene Ärzte in die Budgetverantwortung einzubinden, hatte bereits unter der konservativen Regierung zwischen 1991 und 1997 unter der Bezeichnung „GP-Fundholding“ stattgefunden. GPs durften Kosteneinsparungen bei der Medikation und der stationären Versorgung teilweise in ihre Praxen investieren. Mit dem Wechsel zur Labour-Regierung wurde das Konzept zunächst als zu teuer und zu „neoliberal“ verworfen.

In die Lenkung der PCTs wurden niedergelassene Ärzte allerdings von vornherein eingebunden. Seit 2005 hat die Labour-Regierung zunehmend GPs ermutigt, auf freiwilliger Basis und in Kooperation mit PCTs indikative Budgets zu übernehmen. Einsparungen werden zwischen GPs und PCTs aufgeteilt. Doch hat diese Form der Steuerung regionaler Budgets offenbar noch nicht ausreichend zu der gewünschten Qualitätsverbesserung und Effizienz geführt.

Die Health and Social Care Bill (2. Lesung 31.03.2011) sieht daher die schrittweise Auflösung aller PCTs bis April 2013 vor. Die Steuerung der regionalen Versorgung soll flächendeckend auf regionale Zusammenschlüsse von GP-Praxen übergehen (GP-Consortia). In 52 Pilot-Regionen („Pathfinder“) erfolgt dies schon jetzt. Die GP-Consortia sind am ehesten mit unseren Ärztenetzen vergleichbar, soweit diese sich bereits professionell organisiert haben. Diese Consortia wählen aus ihren Reihen ein kollegiales Gremium, das für die Steuerung der Versorgung und die Einhaltung des Budgets verantwortlich zeichnet. Zunächst handelt es sich im Gegensatz zu den meisten deutschen Netzen um reine Hausarztnetze. Der im Juni revidierte Gesetzestext sieht allerdings auch die Beteiligung von (im Krankenhaus tätigen) Fachärzten und Pflegepersonal in den Lenkungsgremien vor. Diese Consortia sollen ambulante und stationäre Leistungen in ihrer Region zulasten ihres Budgets sozusagen „einkaufen“ (Commissioning). Dabei versuchen sie, z.B. Medikation, ambulante und stationäre Klinikleistungen durch kollegiale Diskussionen und gezielte Fortbildungen auf das medizinisch notwendige Maß zu begrenzen, um das Budget für die wirklich wichtige Versorgung zu schonen. Der unkluge Verzicht auf notwendige Leistungen würde allerdings langfristig zu umso höheren Behandlungskosten der Region und zu einer Verschlechterung der Qualitätsmerkmale (also auch der Honorierung) der GP-Praxen führen.

In Deutschland ist die unter Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) eingeführte Integrierte Ver-

sorgung (§ 140 SGB V) bis auf sehr wenige Modellprojekte über rein indikationsbezogene Verträge nicht hinausgekommen. Diese Verträge sind häufig „Rabattverträge“, die mit der eigentlichen Idee der sektorenübergreifenden regionalen Planung der gesamten medizinischen Versorgung wenig zu tun haben. Dabei ist es einsichtig, dass Kostenvermeidung in einem Sektor zu Kostensteigerung in einem anderen Sektor führen kann, wenn kein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept besteht.

Deshalb wäre die ursprünglich im geplanten Versorgungsgesetz vorgesehene Stärkung der Ärztenetze als Leistungserbringer mit der Option zur regionalen sektorenübergreifenden Gestaltung der Versorgung und Übernahme von Budgetverantwortung ein Schritt in die richtige Richtung gewesen. Die Streichung dieses Ansatzes im Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes lässt die Frage aufkommen, warum eigentlich liberale Ansätze einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgung in der Mitverantwortung selbstständiger niedergelassener Ärzte in einem staatlichen Gesundheitssystem wie dem NHS offenbar bessere Chancen haben als im deutschen System der gemeinsamen Selbstverwaltung unter einer bürgerlichen Koalition.

Bemerkenswert erscheint aus deutscher Sicht, dass Kernfragen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in England bis in die höchsten Regierungskreise, aber auch in der breiten Öffentlichkeit, auf hohem Niveau diskutiert werden. Gesundheitsreformen sind in Großbritannien offenbar Chefsache. Die durchaus auch kontroverse Diskussion zum GP-Commissioning wird auf Regierungsseite von Premierminister David Cameron persönlich geführt. *Dr. Thomas Schang, Vorsitzender Ärztenetz Eutin-Malente e.V.*

*Laura K. Schang: BSc in European Public Health, Maastricht University, MSc Student in International Health Policy, London School of Economics*



### Weitere Informationen

Vertiefende Informationen zum Thema und Quellen zum vorliegenden Artikel finden Sie bei:

Séan Boyle: United Kingdom (England). Health System Review. Health Systems in Transition; 2011, 13 (1): 1-486.

Health and Social Care Bill 2010-11. <http://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare.html>