

Durch ärztliches Budgetmanagement zu einer Wertsteigerung der Grundversorgung

T. Abelin^a, L. Malcolm^b

^a Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

^b University of Otago School of Medicine, Wellington, New Zealand

Der Ärzteschaft wird nicht selten vorgeworfen, sie trage die Schuld an den ausser Kontrolle geratenen Gesundheitskosten, indem sie bei der Wahl ihrer Interventionen und Verschreibungen zu wenig sparsam sei. Aber wie kann sie die Schuld daran tragen, wenn im ärztlichen Versorgungssystem die wirksamsten Beeinflussungsmöglichkeiten auf ein sparsames Verhalten gar nicht ausgenützt werden? Tatsächlich gibt es in der Schweiz keinen klar geregelten und in den ärztlichen Alltag integrierten Mechanismus der Rechenschaftsablegung über eine fachgerechte und sparsame Verwendung der vorhandenen Mittel, und anstelle von Anreizen zum Sparen bestehen solche zu unsparbarem Verhalten.

Die berufliche Befriedigung des Arztes erfordert, dass er die Verantwortung für die Wahl seines Vorgehens selbst tragen kann, und es kann für ihn frustrierend wirken, wenn ihm dies verwehrt ist. Dies ist bei der Rationierung der Fall, bei der gewisse Leistungen grundsätzlich von der Vergütung durch die Grundversicherung ausgeschlossen werden, oder in kommerziell motivierten Versorgungssystemen, wo betriebswirtschaftliche und ökonomische Überlegungen zu einengenden Vorgaben für die Praxisausübung führen [1, 2]. In solchen Fällen ist auch eine Verschlechterung der Versorgungsqualität festgestellt worden [3].

Umgekehrt können, zumindest in der Schweiz, praktizierende Ärzte fast ohne Einschränkung über Untersuchungen, Medikamente und andere Zusatzleistungen zur Grundkonsultation beschliessen und dadurch in Versuchung geraten, höhere Kosten auszulösen als medizinisch nötig wären. Erbringt der Arzt diese zusätzlichen Leistungen selbst, so wird der in Aussicht stehende Einkommensgewinn zudem kaum geeignet sein, sparsamkeitsfördernd zu wirken.

Doch auch wenn die verschriebenen Leistungen nicht selbst erbracht werden und keine Einkommenssteigerung resultiert, besteht bei ärztlichen Entscheidungen eine hohe Variabilität [4, 5]. Zahlreiche Gründe kommen dafür in Betracht, wie Unterschiede in der Angebotsstruktur, die Vielfalt möglicher Techniken oder unterschiedliche Therapieziele [6]. Doch auch Unsicherheit über das medizinisch angezeigte Vorgehen kann unterschiedliche Vorgehensweisen erklären, indem aus Vorsicht mehr Untersuchungen und therapeutische Massnahmen als nötig verschrieben werden [5]. Die Folge wäre nicht nur eine teurere, sondern aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen auch eine schlechtere Medizin. Durch systematische Fallbesprechungen im Rahmen ärztlicher Fortbildungszirkel kann das ärztliche Entscheidungsverhalten jedoch in der Richtung einer gezielteren und zweckmässigeren Verschreibungspraxis beeinflusst werden [7].

Die Frage stellt sich deshalb, durch welche Rahmenbedingungen die ärztliche Praxis so beeinflusst werden kann, dass sie Anreize für sparsames Verhalten enthält, eine Rechenschaftsablegung über eine fachgerechte und sparsame Verwendung der vorhandenen Mittel besteht, eine systematische Fortbildung gewährleistet ist und dem Arzt die Kontrolle über sein Handeln erhalten bleiben kann.

Die seit 1993 in Neuseeland entwickelten *Unabhängigen Praktikervereine (Independent Practitioner Associations, IPA)* zeigen, dass ein solches Modell tatsächlich möglich ist und sich bewährt [8–10].

Eine evidenzgestützte, kostenwirksame, gesundheitsfördernde Grundversorgung unter ärztlicher Kontrolle und Verantwortung

Das Schlüsselprinzip des neuseeländischen Modells ist die *Rechenschaftsablegung («accountability»)* des *ärztlichen Grundversorgers gegenüber seinen Kollegen*, mit denen zusammen er seine berufliche Verantwortung trägt. Sie betrifft sowohl die Gesundheit der betreuten Patienten und Bevölkerung als auch den sparsamen Umgang mit den vorhandenen Mitteln. Aufgrund einer weitgehenden Selbstverwaltung werden die Handlungsmöglichkeiten der Ärzte nicht durch medizinfremde administrative Regeln beschränkt, sondern es wird ihnen Gelegenheit gegeben, für ihre Patienten diejenigen Entscheidungen zu treffen, die dem Ziel einer bestmöglichen Gesundheit bei möglichst geringen Kosten dienen.

Dieses Vorgehen wird dadurch optimiert, dass für die teilnehmenden Ärzte aufgrund ihres Datenaustausches Untersuchungen oder Therapien, die ohne fachliche Notwendigkeit verschrieben worden sind, identifiziert werden, worauf die Ärzte einander im Rahmen ihrer selbstorganisierten Fortbildung darin unterstützen, die von ihrer eigenen Organisation entwickelten wissenschaftlich abgestützten Handlungsempfehlungen (Guidelines) besser auf ihre Patienten zu beziehen und damit besser zu befolgen.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Theodor Abelin

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

Finkenhübelweg 11

CH-3012 Bern

E-mail: abelin@ispm.unibe.ch

Von der Unabhängigen Ärztevereinigung «Pegasus» aus Einsparungen zusätzlich finanzierte Leistungen

Milderung sozialer Härtefälle

- Übernahme aller Selbstbehalte für Konsultationen für unter Sechsjährige.
- Durch einen Fonds Bezahlung von Rollstühlen und anderen Geräten für bedürftige Patienten.
- Terminale Krebspatienten: Übernahme der Selbstbehalte für ärztliche Konsultationen.

Prävention

- Kontrolle und Erhöhung des Abdeckungsgrades bei Impfungen und anderen präventiven Leistungen.
- Raucherentwöhnung: 60% an Kosten für Nikotinersatzprodukt; kostenlose Kurse für verschreibende Ärzte.
- Vorbeugung von Teenagerschwangerschaften: Kostenlose Sexualberatung und Kontrazeptiva.
- Brustkrebsfrüherfassung: Gratismammographie für 50- bis 70jährige Frauen (Einkauf bei ausgewiesenen privaten Röntgeninstituten) (Programm abgeschlossen nach Übernahme als nationales Programm).

Qualitätsförderung der ärztlichen Tätigkeiten

- Finanzierung von Fortbildungszirkeln und deren fachlichen Unterstützung.
- Ermöglichung spezifischerer therapeutischer Entscheide: Einkauf und Finanzierung spezieller Untersuchungen beim Spezialarzt (z.B. Echokardiographien, Spirometrien zur Reduktion unnötiger Steroidverordnungen bei chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten).
- Methadonprogramm in der Praxis: Finanzierung einer Zweitmeinung bei einem von drei besonders bezeichneten, erfahrenen Kollegen.

Qualitätsförderung im Umfeld und im Versorgungssystem

- Finanzierung von Qualitätskontrollen für Geräte in den Praxen.
- Fortbildungsprogramm für die Praxisschwestern.
- Finanzierung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin zur wissenschaftlichen Untersuchung von Fragen im Zusammenhang mit dem Reformprojekt.

Als Anreiz erhalten die Grundversorger – sofern sie in ihrer Praxis sparsam mit den Mitteln umgegangen sind – die Möglichkeit, Dienstleistungen, z.B. im präventiven oder sozialmedizinischen Bereich zu fördern, für welche die Grundversorger in der Gemeinde einen Bedarf festgestellt haben.

Bedeutet eine solche Systemänderung für die Ärzte einen Einkommensverlust?

Praktizierende Ärzte sehen sich oft in der Rolle von Kleinunternehmern, die zwar eine gesellschaftlich hoch eingestufte Ware (Gesundheit) «verkaufen», deren Schicksal es aber ist, gleichzeitig auf ihre Einkommenssicherung achten zu müssen. Um dies zu erreichen, müssen sie ein gewisses Volumen bezahlter Leistungen aufrechterhalten. Die angebotenen Leistungen nach dem Gesundheitsgewinn der Patientenschaft statt nach der Einkommenssicherung auszuwählen, könnte dabei ein ökonomisches Risiko mit sich bringen.

Um die in der Grundversorgung tätige Ärzteschaft für eine Systemänderung zu gewinnen, ist es deshalb unentbehrlich, deren wirtschaftliche Sicherheit zu gewährleisten. In Neuseeland hatten die ärztlichen Grundversorger vor der dortigen Gesundheitsreform

von 1993 aufgrund ihrer Grundleistungen ein nach dem Honorarprinzip vergütetes Einkommen, wobei die Grundvergütung pro Konsultation vom Alter und Einkommen des Patienten abhängig war. Zusätzlich stellten sie den Patienten Rechnung für einen selbst festgelegten Selbstbehalt, dessen Höhe vom Markt bestimmt wurde und zu dessen Vergütung der Bevölkerung Privatversicherungen zur Verfügung standen.

An diesem dem schweizerischen nicht unähnlichen Rahmen hat sich nichts geändert: Weiterhin besteht über das nationale soziale Versicherungssystem hinaus ein privates Versicherungsangebot. Die meisten Ärzte beziehen einen Teil ihres Einkommens im Rahmen der Grundversicherung, einen anderen aufgrund privater Zahlungen. Spezialisten, die ihre besonderen Leistungen (elektive Chirurgie, Chirurgie ohne Warteliste, komplementärmedizinische Angebote usw.) gegen private Bezahlung, bzw. Bezahlung durch die Privatversicherung leisten, gibt es noch immer und nehmen einen bedeutenden Teil des ärztlichen Angebots ein. Die Grundleistungen sind jedoch diejenigen, die über die IPAs organisiert sind, wobei natürlich auch die von den Grundversorgern als erforderlich erkannten Konsultationen bei Spezialärzten sowie Hospitalisationen von der allgemeinen Krankenversicherung abgedeckt sind.

Budgetmanagement durch die Unabhängigen Praktikervereine

Das neue Angebot, an dem mittlerweile landesweit rund 85% der Grundversorger («general practitioners») und ein entsprechender Teil der Bevölkerung teilnehmen, fasst pro IPA zwischen 10 und 340 (Durchschnitt: 74) Ärzte zusammen. Die IPAs erhalten von einem Amt des Gesundheitsministeriums Leistungsverträge für die gesundheitliche Grundversorgung der bei ihren Mitgliedern (Ärzten) registrierten Patienten. Der Geldbetrag, der für diese Leistungen zur Verfügung gestellt wird, schliesst nicht nur den staatlichen Teil der Grundversorgungshonorare der Ärzte ein, sondern auch die *Kosten für die von diesen Ärzten verschriebenen Untersuchungen und Medikamente*.

Je mehr die Ärzte verschreiben, desto weniger bleibt in ihrer gemeinsamen Kasse. Andererseits sind die Labor- und Medikamentenkosten um so geringer, und es bleibt um so mehr in der gemeinsamen Kasse, je gezielter die Verschreibungen (im Sinne der evidenzgestützten Medizin) sind. Sollte eine IPA ihr Budget überschreiten, so kann sie keine Mittel zur eigenen Verwendung einsetzen, und die «Health Funding Agency» wirkt in einem vorgegebenen Rahmen als Rückversicherer.

Wie sind Unabhängige Praktikervereine organisiert?

Die IPAs sind von Ärzten geschaffen worden. Sie werden durch Ärzte präsiert und durch ärztliche Vorstände geleitet – wobei es auch IPAs gibt, in denen Vertreter/innen der in der Grundversorgung ebenfalls beteiligten Berufe (Gemeindepflege, Physiotherapie usw.) mitbeteiligt sind. Fachkommissionen innerhalb jeder IPA beschliessen, welche Aspekte der ärztlichen Tätigkeit durch Informationsbulletins und Fortbildungsprogramme behandelt oder welche Tätigkeiten speziell gefördert werden sollen. Fortbildungsgruppen von etwa 12 Ärzten, ähnlich den in der Schweiz üblichen Ärztezirkeln, treffen sich regelmässig und besprechen spezielle Themen. Geht es um die längerfristige Änderung einer Praxisroutine (z. B. Reduktion der Verschreibung von ACE-Hemmern zur Hypertoniebehandlung durch geeignetere und gleichzeitig kostengünstigere Alternativen), so werden aufgrund der durch die IPA im Zusammenhang mit der Abrechnung geführten Datengrundlage die Verschreibungspraktiken der beteiligten Ärzte betrachtet und in der Gruppe von Kollegen im einzelnen unterstützend besprochen.

Die Verwaltung der IPAs umfasst Management- und administratives Personal, das die Honorarzahungen an die Ärzte veranlasst, über den Fluss der Mittel Buch führt und statistische Überblicke vornimmt. Dazu kommen bei grösseren Vereinigungen 1–2 Apotheker/Pharmakologen, die als Ressourcepersonen an den Fortbildungszirkeln teilnehmen und die Recherchen bei der Bearbeitung neuer Themen vornehmen.

Was geschieht mit den Einsparungen der Unabhängigen Praktikervereine?

Eindeutig klar ist, dass die Einsparungen der neuseeländischen IPAs nicht in die private Tasche der beteiligten Ärzte fliessen dürfen. Dies würde als ethisch nicht vertretbar betrachtet, denn es würde den Anreiz, alle Entscheidungen nach der Gesundheit der Patienten, der Erhaltung eines hohen Qualitätsstandards und der Möglichkeit von Einsparungen zu richten, entscheidend stören. Trotzdem bleibt das Einkommen der beteiligten Ärzte erhalten oder nimmt zu, indem die Grundleistungen pro Konsultation so hoch angesetzt sind, dass ein Einkommen aus Zusatzuntersuchungen und Medikamentenverkauf nicht erforderlich ist. Zudem setzen die IPAs einen Teil ihrer Ersparnisse für neue Dienstleistungen ein, für die sie neben beauftragten Spezialärzten oder anderen Stellen auch ihre eigenen Mitglieder vergüten.

Die Pegasus-Gruppe in Christchurch und ihre Zusatzangebote

Als Beispiel sei die Pegasus-Gruppe genannt, die in der 300 000 Einwohner zählenden Stadt Christchurch 85% aller Grundversorger umfasst und einen entsprechenden Teil der Bevölkerung hausärztlich versorgt. Die Pegasus-Vereinigung nahm ihre Tätigkeiten 1993 auf und erwirtschaftete seither im Vergleich zur der Reform vorangehenden Zeit regelmässig beträchtliche Einsparungen, die ihr erlauben, eine ganze Reihe von Tätigkeiten finanziell zu unterstützen (s. Kasten).

Auch Budgetmanagement für Hospitalisationen?

Immer wieder ist diskutiert worden, ob die Leistungsaufträge an die IPAs auch das Budget für Hospitalisationen einschliessen sollten, da so der Hausarzt motiviert wird, von Fall zu Fall zu entscheiden, ob die vorhandenen Mittel besser für eine Hospitalisation oder für eine intensiviertere Betreuung zu Hause einzusetzen sind. Aus Erfahrungen mit HMOs kann erwartet werden, dass so zahlreiche unnötige Hospitalisationen vermieden werden könnten, was wiederum zu beträchtlichen Kosteneinsparungen führen würde. Der grosse Schritt zur Übertragung des Spitalbudgets an die einweisenden Ärzte ist jedoch bisher nicht erfolgt.

Pegasus erprobt aber einzelne Programme, in denen eine enge Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgern und den Spitälern angestrebt wird. So werden zurzeit durch eine multiinstitutionelle Arbeitsgruppe Vorgehensweisen bei Schenkelhalsfraktur ausgearbeitet.

Alle Schritte, von der Bestellung der Ambulanz über die chirurgische Intervention, Physiotherapie, Spitalentlassung und Rehabilitation bis zur präventiven Anpassung eines Hüftschutzes und zur Osteoporoseprophylaxe, werden neu überdacht. Die Orthopäden im Spital werden entlastet, indem die alle 6 Monate notwendigen Nachkontrollen nicht mehr im Ambulatorium des Spitals sondern beim Grundver-

sorger durchgeführt werden, was den Orthopäden wiederum mehr Zeit für den Abbau ihrer Wartelisten für die nicht notfallmässige orthopädische Chirurgie gibt. Die Meldeformulare zuhanden des Orthopäden sind genau vorstrukturiert, damit die Erhebung aller zuvor im Spitalambulatorium erhobenen Informationen gewährleistet bleibt.

Ähnliche Programme sind für Apoplexien und Verwirrungszustände im Alter in Vorbereitung, während für das Kindesalter ein spezielles koordiniertes Programm zwischen dem Grundversorger, der Gemeindekrankenpflege und dem schulärztlichen Dienst entwickelt worden ist.

Ergebnisse

Pegasus als eine der ersten IPAs in Neuseeland besteht nun seit bald 7 Jahren. Es war möglich, durch die Reduktion der Zahl der Laboruntersuchungen auf diesem Budgetposten zu Einsparungen von 23% in einem Jahr zu gelangen [11] und durch gezielte Reduktion medizinisch nicht erforderlicher Verschreibungen die Medikamentenkosten ebenfalls in einem Jahr um 5 bis 10% zu senken [12, 13]. Gleichzeitig wurde die Durchimpfungsrate für Zweijährige auf 93% erhöht [14]. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass die Einsparungen in der Grundversorgung für praktisch die gesamte Bevölkerung einer Stadt von 300 000 Einwohnern erzielt werden konnten. Sie können nicht durch eine Selektion von Patienten mit geringem Risiko oder durch eine Auswahl von ohnehin günstig arbeitenden Ärzten erklärt werden, wie dies bei gewissen HMO- oder Hausarztprojekten in der Schweiz vermutet wird. Das neuseeländische Modell hat damit einen Beweisvorsprung gegenüber all denjenigen alternativen Versorgungsmodellen, die nicht bevölkerungsabdeckend angelegt sind.

Das Einsparungspotential scheint noch lange nicht ausgeschöpft zu sein. Noch bestehen in bezug auf die Ausgaben pro Konsultation und pro Patient zwischen Ärzten grosse Unterschiede, wobei es gewisse Evidenz dafür gibt, dass eine qualitativ bessere Versorgung weniger kostet [13]. Gleichzeitig haben die Ärzte weiterhin innovative Ideen für weitere präventive und sozialmedizinische Leistungen.

Die anderen neuseeländischen IPAs weisen ähnlich günstige Abschlüsse auf, obwohl je nach den Umständen sehr unterschiedliche Programme geschaffen wurden [13]. So gibt es in anderen Städten IPAs, die die Grundversorgung in besonders desorganisierten und armen Stadtteilen gewährleisten und teils ebenfalls bis über 300 Ärzte umfassen, während andere in ländlichen Gegenden für Gemeinden oder Gemeindegruppen von nur 6000 Einwohnern gebildet wurden. Auch für Maori-Gemeinschaften, wo kulturelle Eigenheiten und besondere Gesundheitsprobleme ein anderes Gleichgewicht zwischen den Diensten von Ärzten, Gesundheitsschwestern und Gesundheitsförderungsprogrammen erfordern, haben sich die unter demselben System konzipierten Leistungsaufträge mit Budgetverantwortung bewährt [13].

Wie zufrieden sind die Ärzte mit dem System?

Evaluationsgespräche zeigen, dass unter den neuseeländischen Grundversorgern ein beträchtlicher Umdenkprozess stattgefunden hat [13]. Sie betrachten sich mehr und mehr als Teilhabende an einer gemeinsamen Anstrengung, der Bevölkerung bei der Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit zu helfen. Zu wissen, dass die Reduktion der Verschreibungen für Labortests und Medikamente keinen negativen Einfluss auf ihr Einkommen hatte, war für sie wichtig, und der Druck der Kollegen, Vorgehensweisen zu überprüfen, die nicht mehr als gute ärztliche Praxis gelten, ist als Teil des wünschbaren ärztlichen Verhaltens akzeptiert worden. Ärzte beteiligen sich gemeinsam an der Verwaltung öffentlicher Mittel, und die Erfüllung einer finanziellen wie auch fachlichen Rechenschaftsablegung, die damit verbunden ist, hat zu einem neuen Gefühl der Zufriedenheit mit dem ärztlichen Beruf geführt. Das System der IPAs hat den neuseeländischen Ärzten erlaubt, ein Stück berufliche Souveränität zurückzugewinnen. Austritte aus den IPAs, die durchaus möglich wären, hat es kaum gegeben.

Über eine ähnliche Zunahme der Berufszufriedenheit durch die gemeinsame inhaltliche Bearbeitung medizinischer Themen wird von einem Berliner «Praxisnetz» berichtet, in dem zurzeit rund 16 000 Versicherte einbezogen sind und das wichtige Ähnlichkeiten mit dem neuseeländischen Modell aufweist [15].

Ist das System auf die Schweiz anwendbar?

Nachdem es in der Schweiz unter dem KVG möglich wurde, alternative Versorgungsmodelle einzuführen, ergriffen mehrere Krankenkassen entsprechende Initiativen (z.B. [16]), und auch von Ärzteseite sind innovative Projekte eingeleitet worden. So wird im Zusammenhang mit einem geplanten «Managed-Care-Modell» wie im neuseeländischen Modell von einer integrierten Versorgung mit einer Führungsrolle der Ärzte, Rechenschaftsablegung ihrer Leistungen und partnerschaftlichem Datenaustausch gesprochen [17]. Die Programme reichen jedoch unseres Wissens nicht bis zur Übernahme eines Budgetmanagements, und eine Ausweitung des Betreuungskonzepts vom einzelnen Patienten auf die Ebene definierter Bevölkerungen, wie sie auch im WHO-Projekt «Towards Unity for Health» zum Ausdruck kommt [18], war bisher nur im kleineren Rahmen von HMO-Praxen ein Thema. Tatsächlich wird der Wert des Systems durch die im neuseeländischen Beispiel verwirklichte Bevölkerungsorientierung sowie die damit verbundene Möglichkeit einer Überwachung der Bevölkerungsabdeckung in der Prävention beträchtlich erhöht, so dass für die Schweiz die Frage einer neuen Option nach dem neuseeländischen Modell der Unabhängigen Praktikervereine durchaus von Interesse sein muss. Die freie Arztwahl bliebe gewahrt, denn der Patient kann den Arzt, bei dem er sich einschreibt, wechseln.

Eine Übertragung des neuseeländischen Modells auf die Schweiz ist allerdings aufgrund tiefgreifender Unterschiede in der Infrastruktur und Regelung der medizinischen Versorgung nicht ohne weiteres denkbar und erfordert schrittweise Umstellungsdispositive. Stichworte sind das in der Schweiz äusserst ungünstige Zahlenverhältnis zwischen Grundversorgern und sich an einer hochentwickelten und kostspieligen Krankenhausmedizin orientierenden Spezialisten; der in der Schweiz mögliche direkte Zugang der Patienten zu diesen Spezialisten; der bereits auf der Stufe der Grundversorgerpraxis bestehende hohe technische Ausrüstungsgrad; und die einkommenswirksame Medikamentenabgabe durch den Arzt. Hier müsste eine Entflechtung stattfinden, damit im Fortbildungszirkel fachliche Diskussionen nicht von praxisökonomischen Überlegungen überlagert werden können.

Das Prinzip des Budgetmanagements im Rahmen von Unabhängigen Praktikervereinen enthält Aspekte des von der Ärzteschaft bisher abgelehnten Modells des Globalbudgets [19]. Im Unterschied zu den in der Schweiz bisher diskutierten Modellen wird hier jedoch nicht innerhalb eines fixen Schemas für einzelne Sektoren ein nach oben begrenztes Budget vorgegeben, sondern es enthält systemregulierende Anreize, die die Ärzte zur Zusammenarbeit und Optimierung des Ressourceneinsatzes motiviert.

Während die neuseeländischen IPAs ihre Verträge mit einer einzigen Amtsstelle aushandeln können, wird die Grundversicherung in der Schweiz durch eine Mehrzahl von Krankenversicherern offeriert. Dieses Problem wäre jedoch durch parallele Verträge mit den verschiedenen Krankenversicherern lösbar.

Schlussfolgerungen

Obwohl es nicht möglich sein wird, das neuseeländische Modell in einfacher Weise in der Schweiz anzuwenden, scheinen doch verschiedene Prinzipien und Vorteile übertragbar zu sein. Seine Grundlage liegt im kleinen, lokalen Rahmen und weitgehend im kollegialen Fortbildungszirkel. Dieser ist so eingebettet, dass eine grössere Organisation die fachlichen Anreize und das Know-how der evidenzgestützten Medizin einbringt, die dann aber lokal in die Wirklichkeiten der Alltagspraxis eingefügt werden. Das Modell geht davon aus, dass ärztliche Grundversorger erst dann den Idealen ihres Berufs voll dienen können, wenn sie ihre beruflichen Entscheidungen ohne wirtschaftlichen Druck und gestützt von einem Team mit anderen Kollegen treffen können. Es gibt der Ärzteschaft die Möglichkeit, in ihrer Praxis die Kontrolle zu behalten oder zurückzugewinnen, erlaubt wirtschaftliche Sicherheit und verstärkt durch die Bevölkerungsbezogenheit der sie tragenden Organisation zugleich die Schlüsselrolle, die der Arzt im Gesundheitswesen zu spielen hat. Die Verhandlungsposition der Ärzte wird aufgrund der durch sie gleichzeitig

erfolgenden Verwaltung der Ressourcen, Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung und Führung eines Informationssystems verbessert.

Wir möchten ein entsprechendes System für die Schweiz zur Diskussion stellen und anregen, es für Pilotprojekte in Betracht zu ziehen, aber auch die Möglichkeiten längerfristiger infrastruktureller Korrekturen, die für eine generelle Einführung erforderlich wären, ernsthaft zu prüfen.

Literatur

- 1 Kassirer JP. Managed care and the morality of the market place. *N Engl J Med* 1995;333:50-2.
- 2 Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998; 339:1534-5.
- 3 Himmelstein DU, Woolhandler S, Hellander I, Wolfe SM. Quality of Care in Investor-Owned vs Not-for-Profit HMOs. *JAMA* 1999;282:159-63.
- 4 Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: A proposal for action. *Health Aff* 1984;3:6-32.
- 5 Davis P, Gribben B, Scott A, Lay-Yee R. The supply hypothesis and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med* (in publication).
- 6 Mannebach H. Varianz im ärztlichen Handeln: Schwäche oder Stärke der Medizin? In: Badura B, Siegrist J (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim u. München: Juventa Verlag; 1999.
- 7 von Ferber L, Köster I, Schubert I, Ihle P. Fortbildung in Pharmakotherapie zirkeln – Ein evaluiertes Verfahren zur Optimierung der Arzneimitteltherapie. In: Badura B, Siegrist J (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim u. München: Juventa Verlag; 1999.
- 8 Malcolm L. GP budget holding in New Zealand: Lessons for Britain and elsewhere? *Br Med J* 1997;314:1890-2.
- 9 Malcolm L, Wright L, Barnett P. Emerging clinical governance: developments in independent practitioner associations in New Zealand. *N Z Med J* (in press).
- 10 Malcolm L, Mays N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance. *Br Med J* 1999;329:1340-2.
- 11 Kerr D, Malcolm L, Schousboe J, Pimm F. Successful implementation of laboratory budget holding by Pegasus Medical Group. *N Z Med J* 1996;109:354-7.
- 12 Malcolm L, Wright L, Seers M, Guthrie J. An evaluation of pharmaceutical management and budget holding in Pegasus Medical Group. *N Z Med J* 1999;112:162-4.
- 13 Malcolm L, Wright L, Barnett P. The development of primary care organisations in New Zealand. Report prepared for the Ministry of Health and Treasury, Wellington, 1999 (www.moh.govt.nz/moh.nsf).
- 14 Bell DW, Ford RPK, Slade B, McCormack SP. Immunization coverage in Christchurch in a birth cohort. *N Z Med J* 1997; 110:440-2.
- 15 Koring HD, Bialas E. Das «Praxisnetz Berliner Ärzte und Betriebskrankenkassen/Techniker Krankenkasse»: eine zukunftsgerichtete Versorgungsalternative. *Managed Care* 1999;5:21-3.
- 16 Hausarztverein WintiMed und SanaCare AG. Das Hausarzt-system «WintiMed». Bilanz und Auswertung nach vier Jahren. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:1663-8.
- 17 Peltenburg M. Das Managed-Care-Modell 2003. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:1414-5.
- 18 Bollag U. Towards Unity for Health. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:2777-81.
- 19 Brunner HH. Globalbudget – kritische Würdigung der Teilrevision des KVG. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:1089-91.