

Zusammenfassung

Das britische Primärarztsystem verändert sich derzeit. Nach wie vor gibt es gewaltige Unterschiede zum deutschen Gesundheitswesen. Im April 2004 ist ein neuer Rahmenvertrag in Kraft getreten, der die Aufgaben und die Vergütung von Hausärzten neu regelt. Außerdem sind von 2005 an alle Ärzte verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden, die eigene kontinuierliche Weiterentwicklung mit einem Mentor zu besprechen und dies zu dokumentieren.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Allgemeinarzt · Großbritannien · Primärarzt-system · Weiterbildung

Abstract

The system of primary care in the UK is currently undergoing a number of changes. The new contract for General Medical Services (GMS 2) introduces a new system of remuneration for GPs and re-defines their duties. Further changes include the introduction of appraisal and revalidation from 2005.

Key words

Primary care · general practitioner · Great Britain · vocational training · revalidation · continuing professional development

Das britische Gesundheitssystem wird in Deutschland immer wieder gerne diskutiert, insbesondere wenn es um Begriffe wie „Hausarztmodell“ oder „Integrative Versorgungszentren“ geht.

Einerseits lobt man das in mancher Hinsicht vorbildliche Primärarztsystem und die Kultur der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Team. Andererseits klagt man über die schwerfällige Erreichbarkeit fachärztlicher Behandlung und apparativer Diagnostik sowie über die „Wartelisten“ bei elektiven chirurgischen Eingriffen.

Das britische Gesundheitssystem unterscheidet deutlich zwischen „primärer“ – also hausärztlicher und „sekundärer“ – also spezialistisch-fachärztlicher, krankenhausgebundener Versorgung. Für den Hausarzt bedeutet dies eine ganz besondere Ver-

antwortung: ist er doch einerseits der „Lotse“, der den Patienten im Idealfall „von der Wiege bis zum Grab“ begleitet und im Erkrankungsfall durch das Gesundheitssystem führt, andererseits aber auch der gefürchtete „Türhüter“, der den Zugang zu den knappen Ressourcen drosseln muss.

Was ist ein General Practitioner?

Jeder Einwohner Großbritanniens sollte bei einem Hausarzt – einem General Practitioner, kurz GP – „registriert“ sein. Säuglinge werden gleich nach der Geburt beim GP ihrer Eltern eingetragen. Bei jedem Umzug sucht man sich an seinem neuen Wohnort baldmöglichst einen neuen GP, den man meist vor Ort frei wählen kann. Fast alle Briten sind bei einem GP registriert, egal ob

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Burkhard Sonntag · Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf · Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · E-mail: bsonntag@doctors.org.uk

Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 455–459 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-832352
ISSN 0014-336251

man zufällig gerade medizinische Behandlung benötigt oder aber kerngesund ist. Manch einer hat „seinen“ Hausarzt seit Jahren oder gar Jahrzehnten nicht mehr gesehen, steht aber weiterhin auf dessen Patientenliste. Wenn man als Patient unzufrieden mit seinem GP ist, kann man sich bei einem anderen GP registrieren lassen.

Im Gegensatz zu Deutschland sind in Großbritannien Gemeinschaftspraxen die Regel. Drei bis sieben Partner pro Praxis sind durchaus „normal“, und auch größere Praxen mit bis zu zehn Partnern sind nicht ungewöhnlich. Nur ganz wenige GPs arbeiten allein. Ein britischer GP betrachtet sich selbst immer als Mitglied eines Teams, welches auch andere Berufsgruppen umfasst: In fast jeder Praxis gibt es gut ausgebildete Krankenschwestern, die oft selbständig eigene Sprechstunden für chronisch kranke Patienten (z. B. Asthmatiker, Diabetiker, KHK-Patienten) durchführen. Gemeindeschwestern betreuen alte und gebrechliche Patienten weitgehend in eigener Regie. Ein Großteil der Routine-Schwangenvorsorge liegt in der Hand von Gemeinde-Hebammen, die eng mit den Hausärzten zusammenarbeiten. „Health Visitors“ – das sind speziell weitergebildete Krankenschwestern – betreuen junge Familien und sind überwiegend präventiv tätig. Mit Physiotherapeuten besteht ebenfalls oft eine enge Zusammenarbeit. Eine „durchschnittliche“ GP-Praxis hat so oft 20 bis 30 Angestellte.

Der GP ist im Regelfall erster Ansprechpartner für jedes Gesundheitsproblem. Von einem GP wird erwartet, dass er auf jedem medizinischen Fachgebiet zumindest über Grundkenntnisse verfügt und gängige oder einfache Probleme selbst behandeln kann.

Patienten haben normalerweise keine Möglichkeit, sich direkt an einen Spezialisten zu wenden.

Alle spezialistischen Fachärzte arbeiten grundsätzlich vom Krankenhaus aus, wo sie nicht nur stationäre Patienten behandeln, sondern auch ambulante Sprechstunden durchführen („Outpatients Clinics“). Die Wartezeiten für einen Termin in einer solchen Facharzt-Sprechstunde können mehrere Monate betragen. Der GP ist also angehalten, erst dann zu überweisen, wenn er wirklich alle eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft hat. In jedem Fall wird erwartet, dass der GP einen ausführlichen Überweisungsbrief schreibt, aus welchem die relevante Symptomatik, Vorgeschichte und genaue Fragestellung hervorgeht.

Hat ein Patient einen Facharzt-Termin wahrgenommen, so wird der Spezialist im Gegenzug einen mindestens genauso ausführlichen Brief an den GP schreiben. Dies zu unterlassen, gälte es als schwerer Faux Pas.

Der Hausarzt hat daher einen guten Überblick über die Situation „seiner“ Patienten und weiß jederzeit, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen die Fachärzte bereits unternehmen oder geplant haben.

Auch mit apparativer Diagnostik ist ein britischer GP normalerweise zurückhaltend. Nur einige technische Untersuchungen kann er selbst durchführen: Zwar gibt es in fast allen Praxen EKGs, aber fast nirgendwo ein Ultraschallgerät. Auch hierfür muss der Patient ins Krankenhaus überwiesen werden, und auch hierfür gibt es Wartezeiten.

Prinzipiell wird eine Untersuchung nur dann angesetzt, wenn das Ergebnis eine Auswirkung auf das weitere Management des Patienten hat. Der in Deutschland oft gehörte Begriff der „diagnostischen Sicherheit“ ist in Großbritannien so gut wie unbekannt.

Selbstverständlich kann ein GP einen Patienten im Notfall auch direkt stationär einweisen. In diesem Fall ist es üblich, vorher mit dem Dienst habenden Kollegen im Krankenhaus persönlich zu sprechen und dem Patienten einen Einweisungsbrief mitzugeben.

Wie sieht ein typischer Arbeitstag aus?

In der Regel fängt man zwischen 8 und 9 Uhr morgens mit seiner Sprechstunde an.

Die Bandbreite dessen, was man sieht variiert extrem: Das reicht vom verstauchten Knöchel bis hin zur palliativen Betreuung schwerstkranker Tumor-Patienten, von der gesunden jungen Frau mit leichten Halsschmerzen bis hin zum Rentner mit schweren psychischen und sozialen Problemen. Ein GP ist ein echter Generalist. Die Verordnung von Kontrazeptiva ist genauso Teil seines Alltags wie die Betreuung von schwangeren Patientinnen oder Routineuntersuchungen und Impfungen von kleinen Kindern.

Im Normalfall vereinbart ein Patient seinen Behandlungstermin telefonisch im Voraus. Wer unangemeldet „hereinschneit“ kann nur dann erwarten, direkt gesehen zu werden, wenn es sich um ein echtes Notfallproblem handelt. So wird gewährleistet, dass für jeden Patienten durchschnittlich zehn Minuten zur Verfügung stehen. In einer dreistündigen Sprechstunde konsultiert man also etwa 18 Patienten. Wer morgens und nachmittags je eine Sprechstunde abhält, sieht demnach 36 Patienten pro Tag.

Ein GP ist kein Einzelkämpfer. Einen Patienten mit Rückenschmerzen kann er zum Beispiel an „seine“ Physiotherapeutin überweisen, die in derselben Praxis arbeitet. Ist die Physiotherapeutin der Ansicht, dass der Patient doch weitergehender diagnostischer Abklärung oder einer Überweisung zum Orthopäden bedarf, so wird der GP in der Regel auf diese Vorschläge eingehen oder sie mit der Physiotherapeutin erneut diskutieren. Die Praxis-Krankenschwestern bewältigen in ihren eigenständigen Sprechstunden einen großen Teil der Routinebehandlung für chronisch kranke Patienten, z. B. für Diabetiker. Hat die Krankenschwester jedoch eine Frage oder fühlt sich überfordert, so kann sie sich jederzeit an den GP wenden. Krankenschwestern und Physiotherapeuten werden nicht in erster Linie als „Gehilfen“ des Arztes betrachtet, sondern als eigenständige, wertvolle Mitglieder des Praxis-Teams.

Darüber hinaus spielen telefonische Konsultationen eine wesentlich größere Rolle als in Deutschland. So manche einfache Krankheitsepisode lässt sich durch einen kurzen Anruf klären, aber auch unkomplizierte Resultate von Labortests oder Diagnostik werden oft telefonisch mitgeteilt. Natürlich macht ein britischer GP auch Hausbesuche. Da jedoch ein Hausbesuch bekanntermaßen wesentlich länger dauert als eine Konsultation in

der Praxis (und nicht extra vergütet wird), legen die meisten GPs relativ strenge Maßstäbe an. Prinzipiell gilt, dass jeder transportfähige Patient in der Praxis gesehen werden sollte, auch wenn dies für ihn mit Unbequemlichkeiten oder einer kostspieligen Taxifahrt verbunden ist.

Mehrere Stunden pro Woche verbringt ein GP mit Bürotätigkeiten: die eingehende Post und Befunde müssen gesichtet, Überweisungsbriefe, Berichte und Gutachten müssen diktiert werden. Auch die Verwaltung der Praxis macht Arbeit: Ein GP ist nicht nur Arzt, sondern auch Leiter eines Betriebes von beachtlicher Größe. Außerdem ist er Arbeitgeber für die anderen Mitglieder seines Teams. Die meisten Praxen haben einen hauptamtlichen „Praxis-Manager“ eingestellt, der quasi wie ein Geschäftsführer agiert.

Mehr oder weniger regelmäßig finden Meetings statt: über klinische Themen, oder auch über Arbeitsabläufe innerhalb der Praxis oder Geschäftliches. Manche großen Praxen organisieren ihre eigenen Fortbildungsveranstaltungen. Und selbstverständlich gibt es auch auf der Insel Pharmareferenten, über die jeder Kollege seine eigenen Ansichten hat.

Die effektive wöchentliche Arbeitszeit eines Vollzeit-GP's beträgt – je nach Größe und Organisation der Praxis – zwischen 40 und 50 Stunden. Die meisten Kollegen richten sich ihre Zeit so ein, dass sie einen halben Tag pro Woche frei haben.

Als GP im National Health Service

Der GP ist formal selbständig, wird aber vom National Health Service (NHS) bezahlt.

Der NHS untersteht dem Gesundheitsministerium und wird aus generellen Steuermitteln finanziert. Eine besondere „Gesundheitssteuer“ gibt es genauso wenig wie Krankenkassen. Auf lokaler Ebene ist der NHS in Form von „Primary Care Trusts“ (PCTs) organisiert. Ein PCT kontrolliert den größten Teil des regionalen NHS-Budgets und hat nicht nur die „Oberaufsicht“ über die GPs, sondern auch eine teilweise indirekte Kontrolle über Krankenhaus-Budgets.

Jede Praxis ist ein unabhängiger Dienstleistungsbetrieb und schließt mit dem NHS einen Vertrag ab („Independent Contractor Status“). Ein Rahmenvertrag legt landesweit Pflichten und Vergütung von GPs fest. Dieser Rahmenvertrag wurde kürzlich gründlich reformiert: Anstatt fixer Kopfpauschalen gibt es seit April 2004 eine leistungsgerechtere Bezahlung.

Zum deutschen System der Einzelleistungsvergütung bestehen dennoch nach wie vor gewaltige Unterschiede. Der neue Vertrag über „General Medical Services“ definiert zunächst drei verschiedenen Klassen von Dienstleistungen:

1. Die „Essenzielle Dienstleistungen“ („Essential Services“), die jede Praxis unbedingt anbieten muss. Dies umfasst die primärärztliche Grundversorgung für alle bei der Praxis registrierten Patienten an Werktagen zwischen 8 und 18.30 Uhr.
2. Die „Zusätzlichen Dienstleistungen“ („Additional Services“), welche von den meisten Praxen angeboten werden sollten.

Eine Praxis hat jedoch die Möglichkeit, diese Leistungen nicht anzubieten, wenn sie bereit ist, finanzielle Einbußen in Kauf zu nehmen. Hierzu gehören etwa Kontrazeption, Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern (Ausnahme: während der Geburt), Zervix-Abstriche, Routine-Untersuchungen von Kleinkindern und kleine chirurgische Eingriffe. Auch die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst „Out of Hours“, also nachts, am Wochenende und an Feiertagen fällt in diese Kategorie.

3. „Erweiterte Dienstleistungen“ („Enhanced Services“), die zusätzlich übernommen werden können und zusätzlich vergütet werden. Ein Teil dieser Aufgaben wird bereits jetzt von vielen Praxen gemacht, zum Beispiel Impfungen und Einsetzen von Intrauterin-Pessaren. Andere Dienstleistungen sollen von Krankenhäusern zu entsprechend qualifizierten GPs verlagert werden, zum Beispiel zusätzliche ambulante chirurgische Eingriffe bis hin zu Vasektomien oder auch erweiterte apparative Diagnostik. Weitere Beispiele sind spezielle Angebote für Drogenabhängige, Alkoholabhängige oder obdachlose Patienten. Solche Aufgaben können vom örtlichen „Primary Care Trust“ ausgeschrieben werden.

Eine weitere Neuerung ist, dass Praxen „Punkte“ für qualitativ gute Patientenversorgung sammeln können („Quality Points“). Wenn zum Beispiel bei allen Hypertonie-Patienten in der Praxispopulation gute Blutdruckwerte gemessen worden sind, erhält die Praxis dafür „Punkte“ und damit am Ende des Jahres eine Bonus-Zahlung. Punkte werden nicht nur für das Management von chronisch kranken Patienten, sondern auch für gute Organisation der Praxis und für positives Feedback von Patienten vergeben.

Dahinter stand die Idee, Ärzten einen Anreiz zu geben, mehr präventiv zu arbeiten und sie direkt für ein positives „Outcome“ zu belohnen. Kritiker verweisen auf den immensen Dokumentationsaufwand, der möglicherweise zu einer erheblichen Bürokratisierung der Arbeit führen kann.

Wie viel verdient ein GP?

Das Einkommen einer Praxis setzt sich zusammen aus:

- der so genannten „Global Sum“, einer pauschalen Vergütung für „essenzielle“ und „zusätzliche“ Dienstleistungen, welche mindestens die Hälfte des gesamten Praxiseinkommens ausmachen sollte. Sie wird nach einer komplizierten Formel berechnet und richtet sich nach Anzahl der registrierten Patienten, ist allerdings um einen „Korrekturfaktor“ gewichtet um unter anderem Altersstruktur und soziale Gegebenheiten der Praxisbevölkerung zu berücksichtigen. Sie reduziert sich entsprechend, wenn einige „zusätzliche“ Dienstleistungen nicht angeboten werden (z. B. Notdienste nachts und an Wochenenden),
- der Vergütung für „Erweiterte Dienstleistungen“
- der Vergütung für erreichte „Quality Points“.

Hinzu kommen noch Rückerstattungen für Gebäude- und Computerkosten durch den NHS.

Insgesamt ist das betriebswirtschaftliche Risiko in Großbritannien bedeutend geringer ist als in Deutschland. Obwohl jeder

GP formell selbständig ist, handelt er doch im staatlichen Auftrag, hat ein quasi garantiertes Mindesteinkommen und kann eigentlich nicht Bankrott gehen.

Ein junger GP, der in eine bestehende Praxis einsteigt, geht oft gar kein finanzielles Risiko ein: Von einem neuen Partner „Goodwill“ zu verlangen ist verboten. Wenn man Geld auf den Tisch legen muss, dann lediglich um sich in den Wert des Gebäudes einzukaufen. Bei den ständig steigenden Immobilienpreisen kann das langfristig eine gute Investition sein. Wenn die Praxis-Räumlichkeiten gemietet sind oder wenn der Verkehrswert des Gebäudes nicht höher ist als die darauf liegende Hypothek, wird von einem neuen Partner gar kein Geld verlangt.

Ein Vollzeit als Partner arbeitender GP kann nach Abzug von Unkosten zwischen 50 000 und 120 000 Pfund (ca. 75 000 bis 180 000 Euro) im Jahr verdienen (vor Steuern), wobei der Mittelwert bei ca. 70 000 Pfund liegt.

Erwähnenswert ist, dass es in Großbritannien die Möglichkeit gibt, auch in angestellter Position als General Practitioner zu arbeiten („Salaried GP“). Man wird in diesem Fall entweder von einer Praxis (d. h. von den Partnern) oder direkt vom „Primary Care Trust“ angestellt. Als angestellter GP hat man deutlich weniger administrative Aufgaben, stattdessen geregelte Arbeitszeiten mit bezahltem Urlaub und ein Gehalt, welches ca. 10 bis 20 Prozent niedriger ist als das Einkommen eines Partners.

Nacht- und Wochenenddienste („Out of Hours Care“)

Bislang war jeder GP vierundzwanzig Stunden am Tag, dreihundertfünfundsechzig Tage im Jahr für „seine“ Patienten verantwortlich. Zwar konnte er manche Aufgaben – zum Beispiel die Patientenversorgung nachts, an Wochenenden oder während seines Urlaubs – an einen Kollegen delegieren, letztendlich trug er aber selbst die Verantwortung für die Taten seines Vertreters.

Diese Verpflichtung führte in den 90er-Jahren zu einer zunehmenden Unzufriedenheit und zu „Burnout“ bei vielen GPs.

In den meisten Regionen haben sich Praxen seither zu Kooperativen („Co-Ops“) zusammengeschlossen und stellen einen gemeinsamen Notdienst. Eine Co-Op versorgt typischerweise ca. ein- bis zweihunderttausend Patienten in einem Gebiet von ca. 30 km Durchmesser. Die Ärzte führen ihre Dienste gewöhnlich von einer Einsatzzentrale aus. Hier befinden sich Aufenthaltsräume und ein einfaches Behandlungszentrum. Für Hausbesuche steht ein Fahrzeug mit Fahrer zur Verfügung. Kaum ein GP ist genötigt, nachts bei unbekanntem Patienten mit seinem eigenen Fahrzeug Hausbesuche durchzuführen.

Dennoch würden viele GPs gerne völlig aus den Notdiensten aussteigen. Der neue Vertrag gibt ihnen nun von 2005 an die Möglichkeit dazu.

Ein Hausarzt, der sich entschließt auszusteigen, ist nur noch von Montag bis Freitag jeweils von 8 Uhr morgens bis 18 Uhr abends für seine Patienten verantwortlich und braucht auch nur in die-

sen Zeiten erreichbar zu sein. Dies ist mit vergleichsweise moderaten finanziellen Einbußen verbunden.

Die Verantwortung für die Versorgung in den übrigen Zeiten geht an den örtlichen „Primary Care Trust“ über. Dieser ist von nun an verpflichtet, auf seinem Gebiet eine flächendeckende hausärztliche Notdienstversorgung nachts und an Wochenenden aufzubauen.

Weiterbildung zum GP

Nach 5 Jahren Medizinstudium und dem Universitäts-Examen muss in Großbritannien jeder junge Arzt ein Jahr als „Pre-Registration House Officer“ arbeiten, was in der Verantwortlichkeit in etwa dem gerade abgeschafften deutschen AiP entspricht. Zwingend notwendig sind ein halbes Jahr Innere Medizin und ein halbes Jahr Chirurgie. Anschliessend bekommt man die volle Approbation („Full Registration“ beim „General Medical Council“).

Will man GP werden, dauert die Weiterbildung von hier an noch drei Jahre: Zwei Jahre im Krankenhaus und ein Jahr in einer GP-Praxis. Die Krankenhaus-Zeit sollte idealerweise in möglichst vier verschiedenen Fachrichtungen jeweils ein halbes Jahr lang abgeleistet werden, wenn möglich ein Jahr im operativen und ein Jahr im nichtoperativen Bereich. Das kann aber sehr variabel gehandhabt werden. Beliebt und üblich sind Kombinationen aus Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie oder Notaufnahme („Accident and Emergency“). Viele angehende GPs absolvieren erheblich längere Zeit in verschiedenen Krankenhaus-Fachrichtungen als die vorgeschriebenen zwei Jahre.

Das Jahr in der GP-Praxis verbringt man als „GP Registrar“, was nur bedingt dem deutschen Weiterbildungsassistenten entspricht. Es wird streng darauf geachtet, dass die Praxis den Registrar auch wirklich weiterbildet. Der Registrar ist einem „Trainer“ zugeordnet: Dies ist ein erfahrener GP, der eine entsprechende Zusatzfortbildung absolviert hat.

Der Registrar führt zwar nach einer Einarbeitungsphase weitgehend selbständig eigene Sprechstunden durch, kann sich aber bei Problemen jederzeit an seinen Trainer wenden. Der Trainer steht jede Woche einen halben Tag lang zu „Tutorials“, also intensiven Lehrveranstaltungen mit Eins-zu-Eins-Betreuung zur Verfügung. Einen weiteren halben Tag verbringt der Registrar jede Woche in einer regional organisierten Weiterbildungsveranstaltung. Zusätzlich steht ihm Bildungsurlaub für die Teilnahme an externen Kursen und zum Selbststudium zu. Die Teilnahme an diesen Kursen wird ihm selbstverständlich finanziert. Das Gehalt des Registrars wird direkt vom NHS bezahlt. Für die Praxis ist die Einstellung eines Registrars daher ein Gewinn. Die Weiterbildung wird oft im Rahmen eines „Vocational Training Schemes“ absolviert: Das ist ein Arbeitsvertrag über die gesamten drei Jahre an einem Ort in einem Weiterbildungs-Verbund. Der Vertrag garantiert die Rotation durch die verschiedenen Krankenhaus-Jobs und das anschließende Registrar-Jahr. Während dieser Zeit lernt und arbeitet man in der Regel gemeinsam in einer Gruppe von Gleichgesinnten. Die Kollegen trifft man nicht nur bei gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen, sondern auch bei gelegentlichen „Social Events“.

Selbstverständlich kann man sich aber auch sein eigenes Weiterbildungsprogramm „zusammenstricken“, etwa dann, wenn man bereits schon einige Zeit im Krankenhaus gearbeitet hat.

Prüfungen und lebenslange Weiterentwicklung

Den Abschluss der Weiterbildung bildet das „Summative Assessment“. Diese Prüfung besteht aus vier Teilen: Einer Multiple Choice-Klausur, einer kurzen selbständigen schriftlichen Arbeit („Audit Project“), einem ausführlichen Zeugnis seines „Trainers“ und einem Videoband mit Mitschnitten aus Patientenkonsultationen. Insgesamt sind die Durchfallquoten dieser Prüfung – bei adäquater Vorbereitung – eher gering. Das Schwierigste ist das Video – weil es ungewohnt ist, eine Menge Vorbereitung erfordert und das Schneiden und Aufbewahren der Filme logistisch schwierig sein kann.

Hat man diese Hürde genommen, dann kann man als GP arbeiten.

Im Gegensatz zum „Summative Assessment“ ist die Prüfung zur Mitgliedschaft im „Royal College of General Practitioners“ nicht obligatorisch, wird aber dennoch gerne gesehen, insbesondere bei Kollegen, die eine akademische Karriere anstreben. Sie besteht ebenfalls aus vier Teilen: Zwei schriftlichen Klausuren, einer mündlichen Prüfung und ebenfalls einem Videoband. Dieses Examen ist etwas anspruchsvoller, die Durchfallquote liegt in jedem Abschnitt bei etwa bei 30 Prozent.

Auch nach vollendeter Weiterbildung muss sich ein GP während seines weiteren Berufslebens kontinuierlich fortbilden. Von 2005 an wird das so genannte „Continuing Professional Development“ verpflichtend für die Aufrechterhaltung der Approbation für jeden Arzt, nicht nur für GPs. Das zentrale Element ist das so genannte „Appraisal“. Eigentlich bedeutet „Appraisal“ so viel wie „Leistungsbewertung“. In der Praxis soll es sich hierbei allerdings weder um eine Prüfungssituation noch um eine disziplinarische Maßnahme handeln, sondern vielmehr um ein ausführliches regelmäßiges Gespräch mit einem erfahrenen Kollegen.

Auf dieses Gespräch sollte man sich vorbereiten: Zunächst fertigt man eine Art Logbuch an, einen „Personal Development Plan“. Man führt Buch über regelmäßige Fortbildungsaktivitäten, ver-

sucht aber auch seine Stärken und seine Schwächen selbst einzuschätzen. Vor allem seine Wissenslücken sollte man versuchen offen zu legen.

Beim „Appraisal“ bespricht man nun die Aktivitäten des vorangegangenen Zeitraumes mit dem Mentor und stellt anschließend einen Plan für die Zukunft auf.

Der Verlauf des Gesprächs wird protokolliert und das Protokoll in den nächsten „Personal Development Plan“ aufgenommen.

Die regelmäßige Teilnahme an Appraisals wird ab 2005 zur Bedingung gemacht, um die Approbation aufrecht zu erhalten. Künftig wird die Approbation alle 5 Jahre überprüft. Wer nicht an Appraisals teilgenommen hat, muss auf andere – wesentlich bürokratischere Art und Weise – nachweisen, dass er „fit“ und „up to date“ ist um weiterhin mit Patienten zu arbeiten.

Zusammenfassung

Die Stärke des britischen Systems liegt eindeutig darin, bei sehr begrenzten Ressourcen eine trotz aller Kritik immer noch erstaunlich gute gesundheitliche Grundversorgung zu gewährleisten. Patienten haben allerdings wesentlich weniger Wahlmöglichkeiten als in Deutschland. Der Verzicht auf Einzelleistungsvergütung gibt britischen GPs wenig Anreiz, unwirtschaftliche Mehrfachuntersuchungen zu veranlassen. Der „neue Vertrag“ enthält mit dem System der „Quality Points“ ein Element, welches den Arzt direkt dafür belohnt, wenn die Praxisbevölkerung möglichst gesund ist. Ob dies jedoch „im Sinne des Erfinders“ wirkt oder lediglich zu einer Bürokratisierung führt, wird sich zeigen müssen.

Weitere Informationen im Internet:

- <http://www.doh.gov.uk> – das britische Gesundheitsministerium (Department of Health)
- <http://www.rcgp.org.uk> – Das Royal College of General Practitioners
- <http://www.agms.net> – Homepage der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung (Anglo German Medical Society)
- <http://www.german-doctors.org.uk> – private Seite des Autors

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Zur Person



Burkhard Sonntag,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Zuvor Abschluss der Weiterbildung zum General Practitioner in England und Berufserfahrung als Partner in einer Gruppenpraxis.