

Thema ein ewiger Zankapfel zwischen Versicherern und Leistungserbringern bleiben, zumal heute die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Versicherer zu Versicherer sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Dies führt für die Leistungserbringer zu einem erheblichen administrativen Aufwand und für den Patienten zu einer «Lotterie», weil Kostengutsprachen nicht selten vom Zufall abhängen, bei welcher Versicherung man versichert ist. Verstärkt wird der durch diese Mängel entstehende administrative Aufwand durch die Arbeitsweise mancher vertrauensärztlicher Dienste: Durch stark unterschiedliche Bearbeitungsabläufe und teilweise stark divergierende Entscheidungskriterien entsteht enorme Verunsicherung bei Ärzteschaft und Patienten und gleichzeitig ein enormes Potential zum Abbau von Administration. Bei allem Verständnis für die Forderung der Ver-

trauensärzte nach Entscheidungsfreiheit ist ihnen zuzumuten, sich an vereinheitlichte Abläufe bei allen Versicherern und ein einheitliches Minimum an Entscheidungskriterien zu halten.

Leistungsorientierung und Effizienz sind keine Gegensätze zu Patienteninteressen

Effizienzsteigerung soll auch dazu führen, dass Patienten bei gleichbleibender Qualität rascher behandelt und unnötige medizinische Massnahmen vermieden werden. Ausserdem sollte der Ärzteschaft dank Optimierung der Prozesse wieder mehr Zeit für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen.

Leistungsorientierung ist sinnvoll, sofern es darum geht, den besten Nutzen beim Patienten mit vertretbarem Aufwand zu erzielen, dies nach transparenten und fairen Rahmenbedingungen.

Leistungsorientierung ist der richtige Weg, leistungsgetriebenes Handeln muss demgegenüber vermieden werden, denn sonst besteht die Gefahr, unter unverhältnismässigem Zeitdruck in Routine zu verfallen und den Patienten zu wenig Zeit widmen zu können. Routine kann die Behandlungsqualität und Patientensicherheit gefährden, weil dabei das Fehlerisiko zunimmt.

Und natürlich gilt das Gebot der Effizienzsteigerung und Leistungsorientierung auch für die Versicherer, deren Vertrauensärzte und ihre Arbeit.

Die Ärzteschaft sollte an diesen Entwicklungen aktiv und konstruktiv teilnehmen und damit nicht nur die eigene berufliche Zukunft, sondern vor allem auch die Zukunft ihrer Patienten mitprägen.

Andreas Faller, Lic. iur., Advokat, Basel

«Überzeugung steckt an!»



Johannes Manggold

Persönliche Eindrücke der Ärztetagung aus der Sicht eines Tagungs- und Podiumsteilnehmers.

«Jeder Patient ist komplex, seien Sie sorgfältig und lassen Sie sich dieser ärztlichen Heilkunst nicht berauben.» So oder so ähnlich ist mir das von Professor Maio Gesagte in Erinnerung geblieben und hat mir Mut gemacht, dass trotz einer Entprofessionalisierungs-Entwicklung der Medizin (hin zu einem reinen Performancebetrieb mit volkswirtschaftlicher und sozioökonomischer Ausrichtung) ein medizinischer Mehrwert vorhanden ist, der verteidigt werden muss.

Dieses Selbstverständnis unserer ärztlichen Heilkunst, das erarbeitet werden muss und der Erfahrung bedarf, muss mit Vehemenz – und nicht nur als Beiwerk in den Verhandlungen um Taxtpunkte, Qualitätslabels und Labortarife – vertreten werden. Die zunehmende Entmachtung der Ärzteschaft ist bedenklich. Damit meine ich eine positiv besetzte «Macht», die durch das Wissen und deren dem Patienten zugewandte Anwendung sozusagen im Arztsein impliziert und nach Auffassung von Professor Maio uns auch eigen ist.

Wie wichtig es ist, dies wieder ins Bewusstsein und in unser Selbstverständnis zu bringen und es auch offen und ohne falsche Scham und Zurückhaltung zu vertreten, hat Professor Maio eindrücklich erläutert. Der komplexe Patient braucht einen komplex denkenden Arzt, um adäquate Lösungen zu finden. Dieser Arzt ist nicht ersetzbar, auch nicht in Teilen.

Dies sollte sich auch in den Tarifverhandlungen abbilden. Das sorgfältige Denken und durchdachte Abwägen und das damit in der allgemeinen Wahrnehmung verhinderte Therapiechaos sollten aufgewertet und adäquat vergütet werden. Die komplexe Leistung des ärztlichen Denkens ist mehr wert und effizient, aber schlecht messbar. Dies ist im zunehmend von Controlling geprägten Gesundheitswesen ein grosser Nachteil.

Gesundheitspolitische und medizinethische Denkweisen

Wie stark sich die Denkweise eines Medizinethikers von der eines im Politbetrieb versierten Akteurs unterscheidet, zeigte sich für mich in den Aussagen von Herrn Faller, welcher genau dieses Controlling als Mittel zur Kostendämpfung und Verbesserung der aktuellen Situation ansieht. «Pay for performance» heisst dabei das Zauberwort. Die Aufwertung des ärztlichen Denkprozesses und Abwägens sei zwar bedenkenswert, aber wegen der Kosten dem Prämienzahler nicht zu vermitteln. Dass darin aber ein Einspar-

potential grösseren Ausmasses liegt, als es mit «pay for performance» erzielt werden könnte, war auch in der Diskussion nicht zu vermitteln. Dabei zeigte sich für mich einmal mehr das Problem der unterschiedlichen Lebenshintergründe und angewendeten Tools. Vielleicht kann man nicht erwarten, dass ohne direkte Arbeit am und mit dem Patienten diese Erkenntnis überzeugend gewonnen werden kann. Daraus ergeben sich aber auch unterschiedliche Zielvorgaben. Einerseits die Versorgung des Patienten im medizinischen Sinne mit Verhinderung unnötiger Therapien und individualisierter Betreuung und andererseits die politischen und ökonomischen eher auf aus der Wirtschaft extrapolierten Ziele und Herangehensweisen.

Dabei halte ich das Wahlvolk (sprich unsere Patienten) für nicht ganz so einfach gestrickt, als dass man ihnen diesen Entscheidungsprozess vorab abnehmen müsste. Dass unsere wählenden Patienten sehr wohl unsere sorgfältige, patientenorientierte Arbeit schätzen und aufgewertet sehen möchten, hat sich ja bei der Hausarztinitiative gezeigt. Da unsere Patienten auch in Befragungen genau diese Tätigkeit als extrem wichtig erachten (und wenn fehlend als elementaren Makel), sollte vielleicht nachdenklich stimmen.

Dass «pay for performance» sogar lebensgefährlich und letztendlich tödlich sein kann, hat man bei der Bezahlung für

tiefe HbA_{1c}-Werte bei Diabetikern ja bereits bewiesen. Denn wer bestimmt, was gute Performance ist, und legt Zielwerte fest? Der komplex denkende Arzt oder der Ökonom? Was macht ein nicht gut performender, aber erfahrener Orthopäde? Wird er von der Krankenkasse entsorgt? Oder wird er einfach seine Strategie ändern, um der Performanceanforderung gerecht zu werden? Wird, wenn das Performanceziel falsch gesteckt ist (siehe HbA_{1c}), die Medizin besser oder der noch ethisch praktizierende Arzt einfach schlechter bezahlt?

Es ist eben die von Herrn Maio angeführte individuelle Komplexität eines Patienten, welche die Performanceevaluation zum Scheitern bringt.

Sinnentleerte Tätigkeiten, die weit weg vom Patienten sind, sind bereits auf dem Vormarsch und wären noch mehr die Folge. Billiger kann es schon wegen der notwendigen Controller und «Performancemesser» nicht werden. Zumal diese nicht einmal über den notwendigen medizinischen Sachverstand verfügen können und falls es fähige Sachverständige wären, diese am Patienten fehlen.

Lösungsansatz: personifizierte Guidelines

Im Referat von Herrn Stoffel wurden die Probleme der Guidelines und deren Stellung, aber auch das Missbrauchspotential gut dargestellt.

Personifizierte Guidelines als Lösung sind meiner Ansicht nach aber nur bedingt eine Lösung, und die in sie hineingesetzten Hoffnungen könnten der Performanceidee weiter Vorschub leisten. Die Annahme, damit das Grundproblem der individuellen Komplexität zu lösen, ist per se nicht anzunehmen. Guidelines sind gut und sollten eine Art Checkliste sein, welche man durchgeht, um zu sehen, ob man in seinen Überlegungen etwas vergessen hat oder nicht. Sie dürfen aber nie in der Therapie zum Mass oder Muss werden, ob personifiziert oder nicht. Die Personifizierung muss der Arzt in seiner Beziehung zum Patienten und unter Einsatz seiner individuell auf Wissen und Erfahrung beruhenden Einschätzung (informed and wisely chosen consent) treffen. Unterschätzen wir diese Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen nicht, sondern treten wir für diese ein und för-

dern sie in Aus- und Weiterbildung. Die Gefahr der Überbewertung und Einsatz als Controlling-/Performanceinstrument ist dabei aus meiner Sicht grösser zu bewerten als der zusätzliche Nutzen.

Fazit

Insgesamt war es eine spannende Veranstaltung. Es bleibt für mich die Frage, ob das etwas idealisiert gezeichnete, aber elementare Bild des Arztberufes wirklich so durchgesetzt werden kann oder ob es ein aussichtsloses Unterfangen ist? Ich glaube, dass es unsere Entscheidungen auch politisch anders prägen würde, wenn wir mit der gleichen Vehemenz dafür eintreten würden wie für Taxpunkte und Labortarife. Wer hätte noch vor fünf Jahren gedacht, dass sich die Hausarztmedizin wieder etablieren kann und auch politisch wieder Akzeptanz findet? Überzeugung steckt an. Es wäre einen Versuch wert. Danke für den Weckruf, Herr Maio!

Dr. med. Johannes Manggold, Hausarzt in Reigoldswil