

Von Managed Care zu «Care Managing»

Bericht aus dem SGAM-Vorstand, März 2003



B. Kissling in Salzburg
(Foto von R. Glehr)

Liebe KollegInnen, sehr geehrte Leserinnen und Leser,

kürzlich war ich in Salzburg an der Vorstandstagung¹ der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), an welcher unsere Partnergesellschaft ihre Zukunftsstrategie entwickelt hat.

Meine Rolle als ausländischer Gast bestand darin, die Lösungsansätze der SGAM in die Diskussionen einzubringen – denn die Allgemeinmedizin muss sich in den verschiedenen Ländern trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme etwa ähnlichen Herausforderungen stellen; und «mehr als alle anderen ärztlichen Berufe ist die Allgemeinmedizin eng mit den gesellschaftlichen Entwicklungen konfrontiert».² Die Entwicklungsprozesse sind in beiden Ländern ähnlich weit fortgeschritten; jeder kann vom anderen lernen.

In Vorbereitung auf diese Salzburger Tagung habe ich unsere aktuelle Schweizer Situation detailliert vor meinem inneren Auge Revue passieren lassen.

Die Gedanken im ersten Teil dieses Berichts sind das Resultat eines jahrelangen stetigen Austausches innerhalb der SGAM, unter den Grundversorger-Gesellschaften sowie im Rahmen der FMH. Zudem fliessen Inhalte aus Gesprächen mit EntscheidungsträgerInnen unterschiedlicher Bereiche des Gesundheitswesens, aus Berichterstattungen der Medien und aus internationalen Papers mit ein.

Anhand des sehr reduziert dargestellten Beispiels von Österreich – mit seiner Vertragsfreiheit – möchte ich schemenhaft zeigen, dass im komplexen Gesundheitssystem die einzelnen Subsysteme (PatientInnen, ÄrztInnen, PolitikerInnen und Versicherer) in einer intensiven Wechselbeziehung untereinander sowie zu den sie steuernden Massnahmen stehen; kurz, dass lineare rigide Einwirkungen auf das System zu rigiden Reaktionen seiner Subsysteme führen können.

Schliesslich möchte ich die *Angemessenheit* als möglichen steuernden *Attraktor* einfließen lassen und die Politikerinnen – es mag paradox klingen – zum *Mut zu angemessener Freiheit* aufrufen.

Hausarztmedizin in den Managed Care Systemen – ein Bumerang

Die Idee der Hausarztmedizin bildet die Grundlage aller Managed-Care-Modelle. Dem Grundversorger mit seinem breiten medizinisch-technischen Wissen, mit seiner Kenntnis über die PatientInnen und seiner niederschweligen Erreichbarkeit wird die zentrale Rolle des Gatekeepers zugeteilt. Der Hausarztmedizin sollte durch diese Türhaltefunktion, als Win-win-Effekt, eine Aufwertung zuteil werden ...; doch leider hat sich, zumindest in den USA, nicht selten das Gegenteil eingestellt. Der Gatekeeper der ökonomisch dominierten Versicherungsmodelle wird dort in seiner Doppelrolle als Therapeut und Finanzverwalter von etwelchen PatientInnen eher als Tür-Schliesser denn als Tür-Öffner wahrgenommen. Dies führt zu einer emotionalen Abwendung von der Hausarztmedizin.

Diese paradoxe Reaktion war nicht beabsichtigt, aber sie ist daraus erklärbar und könnte sich auch in der Schweiz einstellen, denn in den Managed-Care-Modellen – sowie bei der geplanten Aufhebung des Kontrahierungszwangs – fehlt eine ganz zentrale Facette der Hausarzt-Idee, nämlich die *freie Wahl der Partnerschaft*.

Hausarztmedizin ist, wenn man ...

Die Hausarztmedizin ist unter anderem³ die qualitativ und quantitativ optimale erste Anlaufstelle bei allen Krankheiten, der schnellste und niederschwelligste direkte Weg zum Ziel in 90% der Fälle, oder aber der «schnellste Umweg» bei Überweisungsbedarf in ca. 10% der Erkrankungen. Dies führt in der Regel zur raschen und richtigen Therapie am richtigen Ort und zur richtigen Zeit. Daraus resultiert eine optimale *angemessene* Nutzung der schier unendlichen diagnostischen und therapeutischen Angebote ... zu den bestmöglichen Kosten.

Eine so verstandene, auf Angemessenheit zielende Hausarztmedizin baut auf *kreativer Freiheit* und einer frei wählbaren *Arzt-Patienten-*

1 Diese Tagung fand vom 7. – 9.3.2003 statt.

2 Reiner Brettenthaler, Präsident des Comité Permanent des Médecins Européens und Präsident der Salzburger Ärztekammer.

3 Eine vollumfängliche Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin findet sich in der European Definition of General Practice / Family Medicine. Diese ist zu finden auf der Homepage der SGAM unter www.sgam.ch. Eine Broschüre mit der deutschen Version der Definition wird nächstens allen deutschsprachigen SGAM-Mitgliedern per Post zugestellt werden. Die französische Übersetzung ist noch in Arbeit und wird in den folgenden Monaten folgen.

ten-Beziehung auf. Dabei gibt sie der «Emotio» einen gerade so zentralen Stellenwert wie der «Ratio». Alle genannten Elemente werden besonders bedeutsam, wenn ein Mensch in Folge einer Erkrankung in einen emotionalen Ausnahmezustand geraten ist und sich durch emotionale personenbezogene Überlegungen besser leiten lassen dürfte als durch rationale – ökonomisch basierte – Sachentscheide.

Jeder Hausarzt, jede Hausärztin arbeitet eingebunden in ein Netzwerk von ärztlichen KollegInnen mit verschiedenen Spezialisierungen, mit Angehörigen von nichtärztlichen Medizinalberufen und einer Reihe von Spitälern. Dieses Beziehungsgeflecht unterliegt ebenfalls den soeben geschilderten Gesetzmässigkeiten. Eine grösstmögliche Freiheit ist auch hier der gegenseitigen Beziehung sowie dem Ziel einer angemessenen therapeutischen Arbeit mit den gemeinsamen PatientInnen förderlich.

Diese Elemente könnte sich ein Gesundheitssystem, das auf eine angemessene Gesundheitsversorgung zielt, zunutze machen. Es müsste lediglich alle Leute mit tieferen Prämien belohnen, welche ihren Zugang zum Gesundheitswesen über einen Hausarzt wählen ... einen Hausarzt nach freier Wahl ... einen Hausarzt in einem frei gewählten Netzwerk.

Managed Care ist, wenn man ...

Managed Care baut auf der Hausarzt-Idee auf. Das ist gut so; doch legt Managed Care ein rational-ökonomisches Dach über deren emotional geprägte Grundsätze. Dadurch wird die Hausarztmedizin in unterschiedliche, untereinander in Konkurrenz stehende, technische Versicherungsprodukte umgewandelt – und damit verliert sie etwas ganz Wesentliches, schwierig zu Benennendes, das Urvertrauen sozusagen ...

Dieser rationale Touch mit seinem Credo in das finanzielle Controlling mag einer der wesentlichen Gründe dafür sein, dass die Managed-Care-Bewegung nicht aus ihrem Schattendasein herauszukommen vermag, dass sie weder bei den PatientInnen noch bei den ÄrztInnen ein Feu sacré entzünden kann – trotz all ihrer guten Ansätze, trotz ihrer Qualitätsbeteuerungen, trotz der zweifellos guten Arbeit ihrer kompetenten ÄrztInnen, trotz aller kostspieligen Werbemassnahmen

in den Medien und selbst trotz der ökonomischen Vorteile für ihre PatientInnen wie beispielsweise Prämiensenkungen sowie Wegfall der Franchisen und Selbstbehalte. Managed Care wird letztlich von den Menschen überwiegend als ein künstliches, kühl-rationales und etwas bedrohliches Versicherungssystem wahrgenommen und vermag deren emotionales Vertrauen nicht zu gewinnen.

Einige Versicherer mögen sich wegen dieses mangelnden (finanziellen) Erfolges bereits aus dem Managed-Care-«Geschäft» zurückgezogen haben. Und dieser Rückzug wiederum «erhärtert» bei den potentiellen Managed-Care-«Kunden» die Wahrnehmung, dass es in diesen Systemen – unabhängig davon, ob dem so sei oder nicht – letztlich mehr ums Geld als um die Qualität gehe – ein für Managed Care fataler emotionaler Teufelskreis.

Von Managed Care zu «Care Managing»

Ein komplexes System wie das Gesundheitswesen lässt sich nur mit *Attraktoren* steuern, nicht durch übergestülpte, meist lineare Zwangsmassnahmen. Attraktoren entsprechen dem kleinsten gemeinsamen Nenner, einem Ziel, auf das sich alle in ein komplexes System eingebundenen Subsysteme einigen können.

Die Hausarztmedizin in ihrer ganz ursprünglichen Form versehen mit dem Attraktor der *Angemessenheit* – nennen wir es «Care Managing» – könnte zu einem durchaus geeigneten Steuerungsinstrument werden, um das Gesundheitswesen auf Kurs zu bringen ...

Im Einzelfall dürfte «Care Managing» erfolgreich sein, weil entsprechend den Kriterien der Hausarztmedizin die PatientInnen mit ihren Bedürfnissen im Zentrum des Interesses stünden, weil sich die PatientInnen in ihrem emotionalen Zustand verstanden fühlen könnten, weil ÄrztInnen und PatientInnen auf der Basis einer frei gewählten, auf Vertrauen basierenden, therapeutischen Partnerschaft ihre Entscheide gemeinsam (shared decision making) treffen könnten – kurz deswegen, weil ein patientenbezogener Grundsatz über allem stünde.

Für das Gesundheitssystem als Ganzes dürfte sich «Care Managing» als Führungsinstrument ebenfalls positiv auswirken. Mit

seiner – unter dem Attraktor der *Angemessenheit* – offenen und wohlwollenden Grundhaltung, anstelle von wettbewerbsorientierten Druckmassnahmen und Ausschlussstrategien, würde es die auf allen Stufen nötigen Verhaltensänderungen fördern. Während eines angemessenen Zeitraumes könnte sich das Patient empowerment entwickeln; die ÄrztInnen könnten sich ohne dauernde Angst vor dem drohenden Ausschluss auf Massnahmen der Qualitätsförderung einlassen und zu freien Netzwerken zusammenschliessen. Aus all diesen Elementen dürften letztlich die bestmöglichen finanziellen Folgen resultieren.

Sich auf ein solch ungewohntes komplexes Führungsmodell einzulassen, dürfte den PolitikerInnen einigen Mut abverlangen. Sie müssten sich einem radikalen Umdenken öffnen, weg von der Idee, dass sie mit linearen Zwangs(gegen)massnahmen nach dem Ursache-Wirkung-Prinzip die rasenden Entwicklungen der vergangenen Jahre aufzuhalten vermöchten.

Forderungen und Angebote zur Förderung der Hausarztmedizin

«Care Managing» existiert bereits in Form unserer gut funktionierenden und stark entwickelten Hausarztmedizin. Diese muss aber in jedem Fall auf verschiedenen Ebenen weiter gefördert werden, um den Anforderungen der *Angemessenheit* bestmöglich gewachsen zu sein.

Wie soll das geschehen?

Ganz allgemein muss in der Bevölkerung eine emotionale und mediale Überzeugungsarbeit für die Allgemeinmedizin gestartet werden, um auch diejenigen Personen, denen die Bedeutung der Hausarztmedizin nicht genügend bekannt ist, für die Hausarztmedizin zu gewinnen.

Die Allgemeinmedizin muss lehr- und lernbar gemacht werden. Die Aus-, Weiter- und Fortbildungsstrukturen sind auf der Basis der *Europäischen Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin* zu gestalten. Praktizierende ÄrztInnen müssen als kurzfristige Massnahme in den bisher mehr oder weniger rein universitären Lehrkörper der Ausbildung einbezogen werden. Längerfristig wird die Einrichtung eigener allgemeinmedizinischer Lehrinstitutionen unabdingbar nötig sein. Die bereits gut eingeführte und von al-

len gut benotete Praxisassistenten in der Weiterbildungsphase braucht eine zusätzliche öffentliche finanzielle Unterstützung.

Die Qualitätsförderung muss in einem spannungsfreien Umfeld möglich sein, so dass KollegInnen fördernder Beistand gegeben werden kann, wenn sie ihn benötigen.

Die Kultur des Forschens in Hausarztmedizin braucht eine ideelle Förderung, aber nicht minder auch finanzielle Unterstützung.

Die SGAM unterstützt eine neue Fehlerkultur mit dem Aufbau eines – anonymen – grundversorgerrelevanten Meldesystems – CIRSMedical – von Beinahezwisehenfällen und Fehlern.

Die Vernetzung der HausärztInnen mit den SpezialistInnen soll durch ein günstiges Umfeld gefördert werden.

Die SGAM ist bereit zur Mitarbeit an Projekten zur Förderung des «patient empowerment».

Eine ethische Berichterstattung in den Medien über ärztliche und medizinische Erregenschaften und Fehler ist notwendig.

Die Versicherungsprämien aller, die via ihren frei wählbaren Hausarzt in das Gesundheitswesen eintreten, sollen begünstigt werden.

Systemunabhängige Faktoren – Österreich und die Vertragsfreiheit

Zumindest in den westlichen Ländern ist eine permanente Steigerung der Gesundheitskosten zu verzeichnen. Offenbar sind überall systemunabhängige Kräfte am Werk. Als Beispiel dafür möchte ich einige Strukturelemente des österreichischen Gesundheitswesens, wie ich sie in Salzburg mit meinem Blick von aussen verstanden habe, kurz skizzieren und Eurer eigenen Beurteilung überlassen.

Die Österreicher Regierung will die Folgen des massiven ÄrztInnenüberschusses, der sich bei fehlendem Numerus clausus entwickelt hat, korrigieren. Deswegen gewährt sie nur einer limitierten Anzahl ÄrztInnen einen Kassenvertrag. Als Folge davon haben sich zwei parallele Medizinalsysteme entwickelt.

Innerhalb des Vertragssystems gelten für die Konsultationen rigide Bedingungen mit kurzen Zeit- und tiefen Kostenlimiten. Die AllgemeinmedizinerInnen weisen eine sehr hohe Zahl von Konsultationen von sehr kurzer Dauer, oft im Fünfminutenbereich, auf.

Sie wenden sehr viele Injektionen und Infusionen zur Schmerztherapie an. Die ÄrztInnen sind überlastet. Doctor-Shopping ist weit verbreitet und wird als problematisch betrachtet. Die PatientInnen tragen keinen Selbstbehalt und wehren sich vehement gegen politische Vorstösse in diese Richtung.

Die ÄrztInnen ohne Vertrag sind trotzdem beruflich tätig, sehr oft im alternativen Bereich. Viele möchten diese Freiheit, in welcher sie gut leben, nicht gegen einen Kassenvertrag eintauschen. Es gibt hier keine Preisbindung. Die PatientInnen beanspruchen viele Leistungen von diesen vertragslosen ÄrztInnen; dabei tragen sie einen Teil der Arztkosten⁴ selber. Das parallel existierende Schatten-Gesundheitswesen steht ausserhalb des ordnenden Einflussgebiets der Fachgesellschaften.

Auch das Österreichische Gesundheitswesen mit seiner Vertragsfreiheit läuft aus dem finanziellen Ruder, und man sucht nach neuen Steuerungsmechanismen.

Mut zu angemessener Freiheit – zum Wohl der PatientInnen

Welches Ziel leitet denn unsere politischen EntscheidungsträgerInnen, die Freiheit, welche für eine erfolgreiche medizinische Therapie unabdingbar ist, zunehmend zu beschneiden?

Würden die PolitikerInnen ihre Energie nicht viel besser zur Förderung der Hausarztmedizin im Sinne des «Care Managing» verwenden, damit die künftigen HausärztInnen ihrer Aufgabe vom ersten Praxistag an gerecht werden können und sich die dafür nötigen Kompetenzen nicht mehr im Verlaufe der ersten Jahre ihrer Praxistätigkeit autodidaktisch aneignen müssen ...

... zum Wohl der PatientInnen, um die es bei allen Bemühungen im Gesundheitswesen letztlich ja geht. Die SGAM bietet Hand dazu!

Mit einem «Care Managing»-Gruss
Bruno Kissling, Sekretär der SGAM

⁴ Die Rückerstattung der Versicherungen für Leistungen, die bei einem Arzt ohne Vertrag im Rahmen des Wahlarztsystems bezogen werden, liegt bei höchstens 80% des Betrages, den die Kasse einem Vertragsarzt zahlen würde.