

«Etwas sehr Technisches in einer Beziehungssituation» – Controlling in der Grundversorgung

«Managed Care» sprach mit Bruno Kissling, Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM, über Controlling in der Grundversorgung. Kissling plädiert dafür, dass vor dem Controlling die Hausarzt-kompetenz gefördert wird. Er verdeutlicht, dass in der Grundversorgung weiche Faktoren entscheidend sind.

Kissling: Diese Unterstützung beinhaltet, dass die Hausarztmedizin lernbar gemacht wird: durch spezifische Trainingsprogramme und vor allem durch die erweiterte, mehrere Monate dauernde Praxisassistentz in einer bestehenden Hausarztpraxis. Man lernt die Hausarztmedizin nicht im Spital, wo ein Patientengut mit einer anderen Epidemiologie, nämlich mit vorselektionierten Leiden, behandelt wird. In die Hausarztpraxis kommen Patienten mit unselektionierten Leiden. Da können hinter einem Symptom verschiedenste Ursachen stehen: von einer harmlosen Krankheit bis zur lebensbedrohlichen Situation. Die Förderung der Hausarztkompetenz kommt bei mir vor jedem Controlling.

Voraussetzungen, einen diagnostischen und therapeutischen Prozess einzuleiten, bei dem der Patient und der Arzt in einer partnerschaftlichen Grundhaltung in die gleiche Richtung arbeiten. Gemeinsam wird ein angemessenes Ziel definiert, unter Einbezug der Lebensumstände des Patienten und vereinbart mit dessen Lebenszielen.

MC: Können diese Kriterien – das Zuhören, das Aufbauen der Beziehung, die partnerschaftliche Grundhaltung – gemessen und überprüft werden?

Kissling: Ja, sie können gemessen werden:

Das Qualidoc-Instrument⁴ misst die Patientenzufriedenheit. Patienten nehmen zu verschiedenen Parametern des Arzt-Patient-Kontaktes Stellung, und der Hausarzt kann sich nachher mit andern Ärzten vergleichen. Dies ist ein delikater Prozess, weil nicht nur schmeichelnde Sachen zum Vorschein kommen, sondern auch die knallharte Wahrheit.

Messbar werden sie auch durch ein

Managed Care: Was verstehen Sie unter Controlling in der Praxis des Grundversorgers?

Bruno Kissling: Controlling wird in der Hausarztmedizin als Kontrolle, als Eingriff in die Arzt-Patienten-Beziehung verstanden. Controlling wird als etwas sehr Technisches in einer Beziehungssituation empfunden.

MC: Sehen Sie positive Aspekte an diesem technischen Eingriff?

Kissling: Am technischen Eingriff kann ich wenig Positives finden. Ich sehe viel mehr Positives da, wo das hausärztliche Denken und Handeln unterstützt wird im Sinne der Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin, die 2002 von der WONCA¹ im internationalen Konsens definiert wurden.

MC: Was beinhaltet diese Unterstützung konkret?

MC: Wenn Hausarztmedizin lernbar ist, so impliziert dies, dass es gewisse Kriterien gibt, wann ein Arzt ein guter Hausarzt ist.

Kissling: Ein guter Hausarzt zu sein ist ein lebenslänglicher Prozess. Wichtig ist, dass man nicht mit Spitalmedizin-Vorstellungen in die Praxis geht. Wichtig ist auch, dass man während der ganzen Tätigkeit in der freien Praxis den Kontakt zu Hausarztkollegen pflegt, in Qualitätszirkeln, in Balint-² und in systemtherapeutischen Interventionsgruppen³. Bereits in der Weiterbildung muss gezeigt werden, dass der Hausarzt nicht ein Einzelkämpfer ist, sondern in Beziehung zu anderen Kollegen das Hausarztsein lernt.

Ein guter Hausarzt ist derjenige, der gut zuhört. Der vom ersten Moment an nicht einfach eine Diagnose sieht, sondern eine kranke, hilfeschende Person, die zu ihm kommt. Wenn dies gelingt, dann hat er die besten

¹ WONCA: World Organization of Family Doctors, Weltorganisation der Hausärzte

² Balintgruppen: ein Austausch mit einer Gruppe von Kollegen über problematisch erlebte Patientensituationen, der von einem Psychotherapeuten moderiert wird. Es geht darum, die Arzt-seitigen psychologischen Anteile zu erkennen, welche sich der Suche nach einer Lösung für das Problem des Patienten in den Weg stellen.

³ Systemtherapeutische Interventionsgruppen: von einem Gruppenmitglied moderierter Austausch mit einer Gruppe von Kollegen (Peers) über problematisch erlebte Patientensituationen. Der systemische Ansatz geht davon aus, dass sich Gesund- und Kranksein des hilfeschenden Patienten in einem ganz spezifischen, für ihn grundsätzlich sinnstiftenden Kontext entwickeln; erfolgreiche Lösungsansätze müssen diesem Umstand sorgfältig Rechnung tragen. Zudem spielt im therapeutischen Arzt-Patienten-Kontakt, neben dem fachlichen Hintergrund, auch der persönliche Lebenskontext des Arztes eine wesentliche Rolle – mit allen möglichen Fallstricken, deren man sich immer bewusst sein muss.

⁴ Qualidoc-Instrument: Praxisevaluation von swisspep, Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen.

neues Projekt, durch die PASS-Studie (Physician Assessment System Study). Beteiligt sind die SGAM, das Kollegium für Hausarztmedizin KHM und Krankenversicherer. Das Projekt setzt sich unter Einbezug internationaler Studien damit auseinander, welche Kriterien einen guten Hausarzt ausmachen, welches Fundament eine gute Hausarztmedizin braucht. Es besteht die Möglichkeit, einzelne Praxen zu evaluieren und zu schauen, wo Förderungsmöglichkeiten sind.

Weichere Daten ergeben sich aus den Gesprächen mit Kollegen. Darin findet man heraus, wo man steht. Dies ist mindestens so hilfreich wie die soeben genannten Methoden, weil weiche Daten viel besser von der Persönlichkeit aufgenommen werden können. Je weicher eine Methode ist, um genau hinzuschauen, desto offener ist man für einen Veränderungsprozess.

MC: *Sie haben verschiedene Kriterien aus dem medizinischen Bereich genannt. Werden in der Hausarztpraxis auch betriebswirtschaftliche Kennzahlen erhoben?*

Kissling: Der Arzt sieht den Betriebserfolg am Ende des Jahres. Er kann in seinem Computersystem Kennzahlen herausholen, wie beispielsweise die Konsultationszahlen, die Laborkosten und so weiter. Er kann sie zum Beispiel mit dem Vorjahr vergleichen. Wichtig sind auch die Roko-Zahlen (Rollende-Kosten-Studie), welche die kantonalen Gesellschaften in Hinblick auf ihre Tarifverhandlungen, bereits vor dem TarMed, erheben. Wenn man da mitmacht, können die ökonomischen Kennzahlen mit der eigenen Facharztgruppe verglichen werden.

MC: *Sehen Sie eine Möglichkeit, die medizinische und die betriebswirtschaftliche Seite zu verbinden? Sieht der Arzt zum Beispiel, dass er dieses Jahr weniger verdient hat, weil er zu lange mit den Patienten geredet hat?*

Kissling: Dies geschieht auch wieder relativ «weich». Im Qualitätszirkel ist ab und zu Thema, was mir meine Arbeit wert ist. Wir thematisieren zum Beispiel, wie was verrechnet

wird. Die betriebswirtschaftliche und medizinische Handlungsweise kann man so verbinden.

MC: *Gibt es Informationen, die dem Arzt helfen könnten, die Behandlung zu optimieren oder die Praxis besser zu führen?*

Kissling: Primär muss ein Tarifsystem vorhanden sein, das bei einer vernünftigen Handlungsweise ein genügendes Einkommen generiert. Zudem ist es prioritär, mit dem Patienten zusammen den richtigen Weg zu finden ist. Der Rest ergibt sich, ist sekundär.

MC: *Sie hatten bei anderer Gelegenheit ausgesagt, dass sich die Kosten bei einer medizinischen Behandlung von hoher Qualität automatisch optimieren.*

Kissling: Optimierte Kosten sind noch immer die Kosten, welche nötig sind, um die für den Patienten richtige Abklärung und Behandlung machen zu können. Kosten optimieren heisst einen angemessenen Weg finden, der keine übertriebene Forderungen beinhaltet und der sowohl für den Arzt als auch für den Patienten stimmt. Der Begriff «angemessen» ist wichtig, es ist auch ein weicher Begriff. Wenn man eine angemessene Behandlung macht, entstehen gewisse Kosten, die aber nicht mehr gesenkt werden können, ohne die Behandlung zu verschlechtern. Man kann mit dem Patienten über die Angemessenheit der Behandlung diskutieren. Dies gelingt aber nur, wenn man sich innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung einigt. Sonst wird der Patient zum nächsten Arzt gehen, und der wird dann möglicherweise eine unangemessene Behandlung machen.

MC: *Gibt es einen Grenznutzen von hoher Qualität?*

Kissling: Mit dem Begriff der Angemessenheit der Behandlung kommt man relativ selten in den Grenznutzenbereich. Da wir aber nicht alleine handeln können, sondern auch mit Spezialisten zusammenarbeiten, wird unter Umständen das Spezialistensystem Überhand gewinnen und dann wird man sich im Grenznutzenbe-



Bruno Kissling (54) war bis anfangs September und zum Zeitpunkt des Interviews Sekretär und Vorstandsmitglied bei der SGAM, der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. An deren Generalversammlung ist er zurückgetreten, er bleibt aber weiterhin Delegierter bei der WONCA (World Family Doctors) und Redaktionsmitglied bei der Zeitschrift «PrimaryCare». Kissling führt eine Hausarztpraxis in Bern.

reich bewegen. Der Hausarzt versucht sich so zu verhalten, dass er möglichst wenig in den Grenznutzenbereich kommt.

MC: *Wie merkt der Hausarzt, dass er sich im Grenznutzenbereich bewegt?*

Kissling: Wenn die Vorstellungen des Arztes und des Patienten nicht mehr übereinstimmen, dann muss man schauen, ob man sich im Grenznutzenbereich befindet. Dies muss klar thematisiert werden mit dem Patienten.

MC: *Wo würden Sie trotzdem den Zusatznutzen von Controlling sehen?*

Kissling: Zusatznutzen entsteht dort, wo Vertrauen ist in die Unterstützungsmassnahmen der Hausarztmedizin. Wo man spürt, dass das Sich-darauf-Einlassen einen persönlich weiterbringt. Wo man sich sicher fühlt in der Situation, wo man sich gefördert fühlt. Wenn es einem System gelingt, dies zu vermitteln, dann werden sich die Ärzte problemlos darauf einlassen. Dies ist bis jetzt noch nicht gelungen.



«Je weicher eine Methode ist, um genau hinzuschauen, desto offener ist man für einen Veränderungsprozess»: Bruno Kissling im Gespräch mit der Redaktorin.

Foto: Kathrin Censier

MC: Wo oder wie macht Controlling in Ihren Augen keinen Sinn?

Kissling: Controlling macht dort keinen Sinn, wo fixe Rahmenvorgaben prioritär werden und es die Entwicklung der Beziehung und der diagnostischen und therapeutischen Ansätze dominiert. Da entsteht ein ungutes Gefühl, das eher hinderlich ist als förderlich. Es braucht etwas wahnsinnig Behutsames, es ist ein weiches System. Ein komplexes System. Auch Kontrollsysteme müssen angemessen sein. ■

Interview:

Brigitte Casanova

Redaktion «Managed Care»

KOLUMNE

Der Patient steht im Zentrum – und da stört er

von Lorenz Borer, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Die kürzlich veröffentlichte Studie «The Patient of the Future» zeigt es: Patientinnen und Patienten wünschen mehr Mitsprache bei allen gesundheitsrelevanten Entscheidungen. Sie wollen mehr «Empowerment». Was juristisch ohnehin sonnenklar ist, fordern die Betroffenen in zunehmendem Mass auch in der Praxis für sich ein. Dieser Trend weg vom Paternalismus hin zur Partizipation gilt für die Schweiz noch stärker als für andere Länder Europas. Für viele Leistungserbringer ist das schmerzlich, geht es doch mit einem veränderten Rollenverständnis einher. Eigentlich darf dieser Wunsch nach Übernahme von mehr Verantwortung aber nicht überraschen, schliesslich hat die Einbindung der Bürgerinnen und Bürger in Entscheidungen gerade in unserer halbdirekten Demokratie starke Wurzeln. Was die Studie ebenfalls dokumentiert: Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist hierzulande grösser als an-

derswo. Das ist erfreulich, hat bekanntlich aber seinen Preis. Der Schlüssel für das Patienten-«Empowerment» liegt unter anderem im freien Zugang zu Informationen. Qualitätslabel werden sich durchsetzen, vor allem im Internet, um dem Patienten und der Patientin einen günstigen Weg durch den Informationsdschungel zu leuchten. Nicht mehr, sondern bessere Information wird gemäss Studie erwartet. Am liebsten ist den Patientinnen und Patienten ein Expertenrat, wobei dem Arzt und der Ärztin eine zentrale Rolle zugewiesen wird, da sie das grösste Vertrauen geniessen. Hier dürften sich – gerade in Zusammenhang mit Managed Care – neue Felder und Berufsbilder (nicht nur für Ärzte) auf tun. Solche Ansätze sind bereits heute in der telefontgestützten Beratung erkennbar. Ist der aufgeklärte Patient nicht ein teurer Patient, der bloss noch fordernd konsumieren will? Informa-

tion per se ist kein Kostentreiber, sondern hat das Potenzial, die Ressourcennutzung zu optimieren. Die starke Reduktion der Zahl der Gebärmutterentfernungen im Tessin im Anschluss an eine Informationskampagne ist nur eines von vielen Beispielen, die das belegen.

Um der Selbstbedienungsmentalität vorzubeugen, sollte die engere Einbindung der Betroffenen allerdings auch dazu führen, dass sie vermehrt in die Pflicht genommen werden und die Konsequenzen ihres Tuns (oder Lassens) stärker mittragen. Und dann gilt:

Der Patient steht im Zentrum – und da gehört er hin!

Lorenz Borer, MSc, BBA, Manager Healthcare Affairs, Merck Sharp & Dohme-Chibret AG; Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»