



**La qualité: une interaction de toutes les forces en présence dans le domaine médical**

Le récent article sur la qualité des soins propose un cadre de réflexion intéressant pour la qualité des soins [1]. Les auteurs s'inspirent en partie du modèle dominant dans le domaine médical – les soins doivent être sûrs, efficaces, appropriés, donnés au bon moment, centrés sur le patient, efficaces, accessibles et équitables [2]. Toutefois, certains des concepts proposés appellent un commentaire.

Leurs principes 2 et 3 désignent le travail du médecin comme une «co-production» et demandent que le médecin travaille en partenariat avec les «co-producteurs» – les collègues, mais aussi les institutions sociales, les organisations des patients, les assureurs, et les politiciens. Il y a du vrai dans cela, mais comme toutes les demi-vérités, celle-ci est dangereuse. Bien que d'autres acteurs que les médecins participent effectivement à la production de soins (personnellement, je songerais aux infirmières et autres professions de la santé avant de citer les politiciens et les assureurs), il y doit y avoir un pilote dans l'avion, et ce rôle revient au médecin.

Le danger, c'est que si nous sommes tous des co-producteurs, personne n'assume la responsabilité finale. Ou peut-être si – le qualitologue, qui est le seul à avoir une vue d'ensemble. Je ne dis pas que c'était là l'intention des auteurs de l'article, mais on peut tirer cette conclusion de leur argumentaire. Or, la plupart des gens n'aimeraient pas qu'un qualitologue leur prescrive des lunettes ou leur pose une prothèse de hanche. A mon avis, le responsable de la qualité des soins devrait être celui ou celle qui est responsable des soins eux-mêmes – le médecin. En application de ce principe, les Hôpitaux universitaires de Genève ont désigné les médecins chefs de service comme *responsables de la qualité des soins*. La qualité des soins est une préoccupation centrale pour les médecins et les soignants, et ne peut être déléguée.

Ceci ne vise pas à dévaloriser les autres acteurs du système de santé. Mais il n'y a de bonne collaboration – ou co-production – que si chacun connaît son rôle. La responsabilité de gérer le système de remboursement est celle de l'assureur, même si le médecin, qui rédige la facture, un une sorte de co-producteur. La responsabilité de définir les règles de solidarité dans le système de santé est celle des politiciens et des citoyens, même si les médecins ont aussi leur mot à dire là-dessus.

A bord d'*Alinghi*, il y a bien le type qui scrute l'horizon pour trouver des risées, il y a le gros bras avaleur de spi, et même le type qui aligne les billets, mais l'ultime responsabilité d'amener le bateau à bon port est celle du barreur. Le médecin doit assumer la responsabilité de barrer le navire des soins, et la société faitière des médecins devrait défendre ce rôle.

*Prof. Thomas Perneger*

- 1 Peltenburg M, et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Bull Méd Suisses 2006;86(18):1055-8.
- 2 Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the New Century. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

**Replik**

Der Leserbrief von Herrn Prof. Perneger berührt einen wichtigen Aspekt, den die Autoren des «Leitbildes ärztliche Qualität» ebenfalls betonen. Die Ärzteschaft übernimmt unbedingt die Führung im Bereich der Qualität und des Qualitätsmanagements. So wird verhindert, dass immer mehr Leistungen und Qualität willkürlich definiert werden. Mit dem vorliegenden Leitbild sind nun die Voraussetzungen geschaffen, um aktiv diese Rolle zu übernehmen und koordiniert vorzugehen.

Herr Prof. Perneger weist zu Recht darauf hin, dass der Arzt – wie ein Pilot – eine hohe und zentrale Verantwortung trägt und tragen muss. Auch die vielen technischen Errungenschaften haben diese zentrale Rolle nicht eingeschränkt. Qualität hat aber – wie im Leitbild dargestellt – sehr viele Facetten, auch solche, welche nur in einer engen Zusammenarbeit definiert und erreicht werden können. In vielen Situationen führt nur das Zusammenspiel aller Beteiligten, eine gute Ko-Produktion, zum gewünschten Ergebnis.

So verlangt eine Ko-Produktion, dass jeder seine ihm zustehende Verantwortung übernimmt und die des Partners anerkennt. So verschreibt z.B. der Arzt dem Patienten die wirkungsvollsten Medikamente; der Patient nimmt diese zur richtigen Zeit und in der richtigen Menge ein. Der Physiotherapeut aktiviert die neuromuskulären Strukturen und instruiert; der Patient führt zu Hause seine Übungen eigenständig durch.

Ko-Produktion heisst aber auch, dass manchmal die Ziele gemeinsam entwickelt werden müssen. Diese können je nach Ausgangslage, sozialer oder auch finanzieller Situation anders aussehen. Während die eine Patientin ein Symptom

mit einem chirurgischen Eingriff lösen will, wählt die andere eine Alternativmethode, der eine Patient möchte eher schnell aus dem Spital nach Hause, der andere noch etwas bleiben. Beim Zahnarzt leistet sich der eine eine Keramikfüllung, der andere eine Amalgamfüllung. Ko-Produktion kann aber auch bedeuten, dass die Ärztin in der Rolle als Fachexpertin einsam über einen Eingriff entscheiden, ein anderes Mal in der Rolle einer «Case-Managerin» das Zusammenspiel der verschiedenen Einflusskräfte koordinieren muss. Aber auch der beste Pilot, um das Bild von Herrn Prof. Perneger aufzunehmen, ist in einem hohen Mass abhängig von seiner Bodencrew, vom

Fluglotsen, von seinem Management und seinen Investoren. Wie schnell sonst auch ein qualitativ erfolgreiches Unternehmen scheitern kann, hat die Swissair schmerzlich gezeigt. Das Qualitätsleitbild versucht deshalb, die Rollen und Aufgaben der Ärzteschaft sicherzustellen, und zu verhindern, dass von einzelnen Partnern willkürlich Teilaspekte der ärztlichen Qualität herausgeplückt werden, ohne diese in einer ganzheitlichen Qualitätsbetrachtung zu sehen.

*AG Qualität, FMH: Georg von Below, Hans Kernen, Michael Peltenburg, Jean-Claude Roches, Philipp Schneider, Werner Schoop, Hans-Anton Vogel, Gertrud Waldis*



### Qualität – Ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld [1]

Dieser Artikel ist von hoher Qualität, nicht nur, weil er, wie das heute üblich ist, von vielen Autoren verschiedener Provenienz, sozusagen vernetzt geschrieben ist, sondern weil er sich auf etwas besinnt, was für uns Ärzte teilweise verschüttet ist. Früher habe ich immer gesagt: Das Qualitätsmanagement wurde nur geschaffen, weil die Politiker und vor allem die GesundheitsökonomInnen sparen wollen und trotzdem gegenüber den Bürgern beweisen wollen, dass die Qualität dadurch nicht schlechter wird. Heute bin ich der Ansicht, dass es auch andere Gründe gibt,

uns nicht nur um TARMED und Alternativmedizin zu streiten, sondern uns auf unsere ärztlichen Grundlagen zu besinnen. Die definitive Fassung der Arbeit kennen ja erst die Notablen der FMH, aber wenn ich das winzig geschriebene, herunterzuladende Mindmap so vergrössere, dass ich es lesen kann, komme ich zur Überzeugung, dass diese Grundlagen wieder erstehen, so wie sie schon früher, etwas kürzer, aber ebenso treffend, von drei profunden Kennern der Medizin aufgeschrieben wurden:

- Das alles ist der Arzt: Ein Wissenschaftler, ein Krieger, ein Erbarmer, ein Erzieher, ein Priester und ein Künstler. Sein höchstes ärztliches Wirken und Können setzt da ein, wo die Heilbarkeit der Krankheit aufhört. *Prof. Jakob Kläsi-Blumer (1883–1980).*
- Der Einbruch der technischen Hilfsmittel hat unser diagnostisches Flair gelähmt. Die moderne Technik hat sich zum diagnostischen Faulbett entwickelt. Das Primat des Laboratoriums hat sich durchgesetzt, zum Schaden des Patienten, der eine «Berührung» durch die Hand des Arztes wünscht. *Prof. Albert Schüpbach (1895–1955).*

*Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*

1 Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G, Vogel HA, et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86(18):1055-8.

So fordert, Arzt, Dein Patient, dass Du des Körpers Wirken kennst,  
dass Du ihn regelst, die gestörten Funktionen richtig lenkst,  
den Schmerz vertreibst, ihm körperliches Wohlergehen schenkst –  
doch will als Mensch er von Dir voll genommen werden.  
Als Freund steh Du ihm bei, im Leben und im Sterben.  
Zeig seiner Seele einen Spiegel, dass er selbst sich finde  
und aus Gebundenheit des Ichs zu wahrer Freiheit sich entwinde.  
Behutsam zeige einen Sinn ihm auf im Leben  
und weise hin ihn auf den letzten Halt im Sterben,  
auf dass er klug sein irdisch Leben wohl gestalte  
und schöpferisch die eigne Möglichkeit entfalte.  
Sei ein Begleiter ihm auf seiner Lebensreise  
als Fachmann, Mitmensch, Freund in der Dir eignen Weise.

*Reinhold Streit (1934–2002)*



### Keine Diskriminierung von psychisch Kranken!

Man hat dieses Lamento langsam satt: Die armen Psychischen, denen es die Gesellschaft nie recht machen kann [1]. Einmal sollen sie trotz ihrer Krankheit in die Gesellschaft aufgenommen werden, und man bezeichnet ihren Zustand taktvoll als Störung. Jetzt kommen Sie wieder und wollen, dass sie trotz ihrer Störung zulasten der Krankenkassen behandelt werden sollen! Haben Sie denn schon einmal einen psychisch Kranken gesehen, der von seiner Krankheit dank medizinischer Behandlung geheilt wurde? Jede Behandlung ist doch bloss Chronifizierung des Zustandes und mithin Verlängerung der Behandlungsbedürftigkeit.

Man möchte es ja noch anerkennen, wenn Depressiven und Schizophrenen dank ärztlicher Behandlung und Fürsprache ihr schweres Los etwas erleichtert werden könnte. Meinetwegen auch Suchtkranke und Demente, denen in unserer Welt irgendwie Raum geschaffen werden muss. Aber die sind erstens wirklich krank und zweitens in der Minderzahl.

Die wirkliche Belastung unseres Gesundheitswesens sind die neurotischen Reaktionen: Menschen, welche dem Stress in der Partnerschaft und am Arbeitsplatz nicht gewachsen sind, wobei ich hier nicht das Klagelied anstimmen will von der bösen Wirtschaft, welche Arbeitskräfte aussaugt und liegenlässt wie Spinnen ihre Beute. Viel gefährlicher ist die Beziehungsunfähigkeit, die emotionale Verkümmern, welche die Menschen stets am Rande ihres Gleichgewichtes balancieren lässt, so dass sie von der kleinsten Windbewegung zum Absturz gebracht werden, weil sie nicht gelernt haben, mit Belastungen und Verzicht umzugehen. Der globale Hedonismus lässt alle funktionsuntüchtig werden, die in ihrem unrealistischen Anspruch auf maximales psychosoziales Wohlbefinden frustriert sind. Das aber ist trotz WHO nicht krank, vor allem nicht medizinisch zu behandeln und schon gar nicht zulasten der Krankenversicherung, die den wirklich Kranken vorbehalten bleiben soll.

Ungefähr die Hälfte der Gesundheitskosten werden verursacht durch Nervensystem und Sinnesorgane (9,9%), psychische Erkrankungen (11,2%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (11,8%) und des Herz-Kreislauf-Systems (12,8%). Jeder praktisch tätige Arzt weiss, wie selten die tatsächlichen organischen Erkrankungen sind und wie häufig die psychoreaktiven. 21% der

Verordnungen betreffen denn auch das zentrale Nervensystem, überwiegend Psychopharmaka, wogegen das nächsthäufige Herz-Kreislauf-System lediglich 14,7% in Anspruch nimmt. Dabei tritt nicht in Erscheinung das Heer der Ratsuchenden bei Alternativ- und Paramedizinern. Sie alle will das EVG, wollen Sie bzw. die FMH – denn das ist die Implikation – ebenfalls den Prämien- und Steuerzahlern aufhalsen.

Wer die Behandlung jeder beliebigen Befindlichkeitsstörung zulasten der Solidargemeinschaft fordert, muss bereit sein, entsprechende Beiträge zu entrichten. Davon lese ich in Ihrem Kommentar nichts. Auch nichts davon, welche Mittel Sie den Krankenkassen in die Hand geben möchten, um das zu bezahlen, z.B. durch weitere Abwertung des Taxpunktes. Es ist viel zuwenig bekannt, welche fatale Politik das EVG mit seinen Entscheiden betreibt. Eine Politik nota bene ausserhalb der demokratischen Kontrolle, denn EVG-Urteile sind nicht anfechtbar, EVG-Richter nicht absetzbar. Wenn die FMH diese Politik unterstützt, so nimmt sie aus einem an sich verständlichen Humanismus heraus das Interesse der Patienten wahr, nicht aber dasjenige ihrer beitragspflichtigen Mitglieder, weder als Standesangehörige noch als Steuer- /Prämienzahler. Ich hätte zu einem derart heiklen Thema – wenn schon – von unserer Standesorganisation eine etwas differenziertere Stellungnahme erwartet.

*Dr. med. P. Waelchli, Nussbaumen*

1 Steiner-König U. Keine Diskriminierung von psychisch Kranken! Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(20):1168.

### Replik

Sie fragen, ob ich schon einmal einen psychisch kranken Menschen gesehen hätte, der von seiner Krankheit dank medizinischer Behandlung geheilt wurde. Frage: Was stellen Sie sich in diesem Zusammenhang unter «medizinischer Behandlung» vor?

Auf Ihre Frage kann ich mit ruhigem Gewissen antworten: Ja, sogar mehrere, viele; eine sehr grosse Zahl von Patienten und Patientinnen kann dank psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Arbeit und Gesellschaft integriert bleiben. Dadurch bleiben Psychischkranke auch Menschen wie Sie und ich.

In meinem Editorial ging es nicht um die von Ihnen angeprangerten «beliebigen Befindlichkeitsstörungen», sondern um Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, bei denen eine stationäre Behandlung vermieden werden kann und soll. Psychiatrische Hospitalisationen

bedeuten eben leider immer noch Stigmatisierung und zusätzliche Traumatisierung. Solcherlei Aspekte hat das Eidgenössische Versicherungsgericht berücksichtigt und anerkannt.

Zudem kann ich mir nicht denken, dass Sie sich vorstellen, Pflegepersonal solle sich in Zukunft der Menschen mit den von Ihnen beklagten neurotischen Reaktionen annehmen. Und: gegen eine allfällige Unterstellung, wir unterstützten als Zentralvorstand der FMH womöglich eine willkürliche Verordnung von psychiatrischen Spitex-Leistungen, müsste ich mich entschieden verwahren. Meinen Sie nicht, dass psychisch kranke Menschen die gleichen Rechte haben sollen wie körperlich erkrankte Patienten und Patientinnen?

Vielleicht lesen Sie nach diesen paar Ausführungen das Editorial noch einmal?

*Dr. med. Ursula Steiner-König,  
Vizepräsidentin FMH*



#### **Unbeantwortete Fragen über die Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis**

*Gedanken über die Veranstaltung des Bernischen Ärztevereins vom 7. April 2005*

Organisiert vom Bernischen Ärzteverein wurde am 7. April 2005 eine Veranstaltung über die Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis durchgeführt. Im Gegensatz zu unseren Zürcher Kolleginnen, die dieses Thema schon im Januar 2005 abgehandelt hatten, waren wir Berner anständig und verliessen bis Ende der Vorträge den Raum nicht. Das Thema der Wirtschaftlichkeit bleibt brisant, obwohl niemand fähig ist, diesen Begriff zu definieren. Frau Sommaruga, Ständerätin des Kt. Bern, spricht von einem Projekt, welches sie in ihrem stillen Kämmerlein entwickelt hat. Leider hat sie anscheinend keine Ahnung über den Ist-Zustand der medizinischen Tätigkeit, über die bereits vorhandenen Netzwerke (denn ohne diese ginge alles nicht!) und über das Wissen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Wie fadenscheinig ist doch der Vergleich der Gesundheitskosten des Kt. Graubünden gegenüber dem Kt. Genf. Fordert Frau Sommaruga doch einen mündigen oder gemäss ihren Worten «partnerschaftlichen» Patienten, so kann dies nur erreicht werden durch einen Patienten, welcher sich selbst über die Medizin informiert und sich weitere Informationen beim Arzt ein-

holt, wenn möglich vom Arzt das ganze Medienmaterial auf seine verständliche Sprache übersetzen lässt und dann noch eine Second Opinion einholt. Wer kann dies tun? – Sicher eher die städtische Bevölkerung! – Können Sie sich vorstellen, dass die Behandlung und Betreuung eines informierten Patienten kostengünstiger wird?

Wo und wann wird der Patient für seine Gesundheit mit zur Verantwortung gezogen? Warum setzt man nicht mehr präventiv an? Warum gibt es nicht höhere Krankenkassenprämien für Raucher und Konsumenten von anderen Genussgütern? Warum kann man nicht jährliche Mammographien gratis in der Schweiz präventiv durchführen?

Die sogenannte billige Medizin macht auch Runden unter unseren Kollegen. Ist es nicht sinnvoll, einem Symptom gründlich am Anfang auf den Grund zu gehen, um jemanden eventuell eine Heilungschance zu geben, als zu warten, bis beispielsweise ein Tumorleiden im metastasierten Zustand diagnostiziert wird?

Noch eine Frage an Frau Sommaruga: Wo und wie erfassen Sie den Anfang und das Ende eines Behandlungsprozesses? Von Geburt bis Tod? oder erst ab dann, wenn eine chronische Erkrankung früher oder später erfasst wird?

Wie geht man mit dem Dilemma um, wenn man ethisch sich verpflichtet hat, gemäss heutigem Wissen die heutige etablierte beste Medizin anzuwenden, auch wenn die aktuelle Medizin teuer ist und die Zukunftsmedizin noch viel teurer wird?

Wie gefährliche Auswirkungen haben doch budgetdeckende Verträge! Es gibt's sie schon heute, vor allem in gewissen Pflegeheimen, wo der Bewohner kein Recht mehr hat auf adäquate Medizin, nur weil das Budget nicht überschritten werden darf, und dies, obwohl er eventuell immer noch Zusatzprämien für die 2. Klasse bezahlt.

Vieles ist doch ein Bla-bla von den Politikern, welche leider noch nie persönlich ernsthaft in Kontakt mit unserem kranken Gesundheitssystem gekommen sind. Frau Sommaruga, darf ich Sie einladen, mich in der Praxis an zwei aufeinanderfolgenden Tagen von morgen früh bis in die späte Nacht zu begleiten?

Wissen Sie, die schwer kranken Patienten haben keine Kraft mehr, an die Öffentlichkeit zu gelangen, und unsere Politiker haben leider auch keine Ohren, um zu hören.

*Dr. med. L. Hasler, Biel*

### Replik

Der Leserbrief von Frau Dr. Hasler tönt zwar nicht gerade nach einer freundlichen Einladung. Ich hab's trotzdem so aufgefasst. Als Politikerin, die in den verschiedensten Sachgebieten wichtige und schwierige Entscheide fällt, versuche ich ohnehin, mich stets aus erster Hand zu informieren. Gerade im Gesundheitswesen stehe ich in regelmässigem Austausch mit praktizierenden Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden. Deshalb haben mich die Aussagen von Frau Dr. Hasler, ich hätte «über den Ist-Zustand der medizinischen Tätigkeit» keine Ahnung, etwas überrascht. Und das Projekt, welches ich vorgestellt habe, ist alles andere als «in meinem stillen Kämmerlein» entwickelt worden. Vielmehr habe ich dieses gemeinsam mit Leistungserbringern über mehrere Jahre hinweg erarbeitet.

Da ich für Kritik offen bin und konstruktiv darauf reagieren möchte, habe ich mich also bei Frau Dr. Hasler gemeldet und mich bereit erklärt, sie während eines Tages bei ihrer Tätigkeit zu begleiten.

Es war ein eindrücklicher Tag, den ich vor knapp zwei Wochen mit Frau Hasler verbrachte. Dabei habe ich festgestellt, dass es zwischen der Arbeit einer Ärztin und einer Politikerin eine ganz Reihe von Parallelen gibt. Der Beruf erfordert sehr hohe Sachkompetenz, gleichzeitig aber auch die Fähigkeit, mit Menschen umzugehen, ihre jeweiligen Schwierigkeiten zu erfassen und für sie oder mit ihnen nach Lösungen zu suchen. Der Erwartungsdruck an eine Ärztin, aber auch

an eine Politikerin ist enorm, sowohl was die Belastbarkeit wie auch die zeitliche Verfügbarkeit anbelangt. Umgekehrt spielt sowohl in der Politik – dort ist es etwas offensichtlicher – wie in der Medizin die Macht keine unbedeutende Rolle. Damit ist nichts Negatives gemeint. Es bedingt aber, dass man sich die Frage nach der eigenen Motivation und nach dem Umgang mit der Macht, welche einem durch eine bestimmte Funktion zugeteilt wird, immer wieder stellt. Hier könnte sich zwischen Politik und Medizin ein interessanter Dialog entwickeln. Darüber zu diskutieren hatten Frau Dr. Hasler und ich – angesichts ihres mit Terminen gefüllten Tages – leider keine Zeit. Ich hoffe aber sehr, dass wir den Dialog weiterführen können und habe Frau Dr. Hasler bereits eingeladen, mich als Politikerin auch einen Tag lang zu begleiten. Denn nur der Austausch bringt uns weiter, und dieser ist für die politische Konsensfindung – gerade im komplexen Gesundheitswesen – von grösster Bedeutung.

*Simonetta Sommaruga, Ständerätin SP, Kt. Bern*

PS: Beim «Projekt», welches Frau Dr. Hasler anspricht, handelt es sich um eine verbesserte Koordination in der medizinischen Behandlung (im Sinne von Care Management). In Schweizer HMO-Praxen arbeiten Ärzte seit Jahren mit Budgetverantwortung, und sie tun dies sehr erfolgreich.