

Brain-Drain statt Qualität

Heiner Lachenmeier

Die FMH will in Fragen der Qualität eine zentrale Rolle einnehmen [1, 2]. Anstrengungen zu Qualitätsverbesserungen in Medizin und Gesundheitswesen sind sinnvoll. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass

1. die Wahl der Anstrengungen zweckdienlich ist, also auch die Wechselwirkungen mit den bestehenden Umständen berücksichtigt;
2. die Anstrengungen tatsächlich der Qualitätsverbesserung dienen sollen und der Begriff nicht als Tarnung für andere Zwecke missbraucht wird.

Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, dann sind «Qualitätsmassnahmen» nicht einfach verlorenes Geld und qualitätsneutral. In der Regel resultiert vielmehr eine nachhaltig negative Wirkung auf die Qualität.

Unter diesem Blickwinkel stelle ich einige Überlegungen modellhaft zur Diskussion. Als Muster betreffen sie die gesamte Medizin, auch wenn die Beispiele meinem Fachgebiet entstammen.

Minenfeld der Arbeitsunfähigkeit

Die Beurteilung der psychischen Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit ist von zwei Seiten her heikel.

- Die eine, fachliche Seite verlangt hohe Kompetenz. Dabei geht es nicht einfach um das aktuell im Fokus der Aufmerksamkeit liegende Erkennen fingierter Angaben von Patienten. Vor allem geht es um die Kunst des Einschätzens, wo das heilende Gleichgewicht zwischen Schonen und Fordern der kranken Psyche liegt. Und auf pragmatischer Ebene – angesichts der herrschenden Nachwuchsproblematik der Psychiatrie zunehmend entscheidend –, ob die *quantitative* Kapazität im Medizinalwesen überhaupt gegeben ist, die therapeutisch mögliche Verminderung einer Arbeitsunfähigkeit zu realisieren.
- Die andere heikle Seite ist rein geschäftlicher Natur: Arbeitsunfähigkeit verursacht Leistungen von Versicherungen, sei es im Bereich der Privatversicherungen wie Taggeld- und Haftpflichtversicherungen oder im Bereich obligatorischer Versicherungen wie Invalidenversicherung und Pensionskassen.

Dabei müssen wir vorweg beachten, dass geschäftliche Faktoren *nicht per se* amoralisch sind, solange sie sich – um einen Begriff des Kalten Krie-

Exode des Spezialisten au lieu de qualité

La FMH entend jouer un rôle central en matière de qualité [1, 2]. Des efforts pour améliorer la qualité en médecine et dans le domaine de la santé sont certainement utiles. Toutefois, il convient au préalable 1. de cibler judicieusement ces efforts en tenant compte de leur interaction avec les circonstances réelles et 2. de s'assurer que ces efforts servent réellement à améliorer la qualité et qu'on n'abuse pas de ce concept pour atteindre d'autres objectifs.

Si ces préalables ne sont pas remplis, les «mesures de qualité» ne sont pas simplement de l'argent perdu avec un effet neutre sur la qualité, mais elles ont généralement des répercussions négatives durables sur celle-ci.

Dans cette optique, je mets en discussion quelques réflexions qui, présentées à titre d'exemple, concernent l'ensemble de la médecine même si les cas cités émanent de mon domaine spécialisé.

ges zu verwenden – in einem «Gleichgewicht des Schreckens» mit der fachlich-medizinischen Seite befinden.

Genau hier liegt ein aktuelles Problem. Dieses Gleichgewicht ist bereits in mehrfacher Weise massiv gestört.

Negieren der ärztlichen Funktion im «Gleichgewicht des Schreckens»

Auf ärztlicher Seite wird die naturgegebene Tatsache, dass Versicherungen aus normalem Selbsterhaltungstrieb schlicht und einfach auf ihren finanziellen Erfolg schauen *müssen*, nicht erkannt. Geschweige denn anerkannt. Es gehört eben auch zu den Kernaufgaben einer Versicherung zu versuchen, *keine* Leistungen erbringen zu müssen. (Die Dualität, Leistungen erbringen zu müssen und Leistungserbringung zu verhindern, ist eine Gemeinsamkeit von Versicherern und Ärzten mit tendenziell entgegengesetzter Gewichtung.)

Korrespondenz:
Dr. med. Heiner Lachenmeier
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH
Zürichstrasse 49
CH-8910 Affoltern am Albis
hlachenmeier@hin.ch

So reagieren wir Ärzte (und die Patienten) moralisch entrüstet, wenn sich eine Versicherung gegen eine Leistung sträubt. Wir gehen aufgrund unserer wissenschaftlich geprägten Ausbildung davon aus, dass medizinische Sachargumente genügen, um eine Versicherungsleistung zu erlangen, und ignorieren die Realität des Existenzsicherungstriebes der Versicherung.

Weil wir *diese* Realität ignorieren, stellen weder wir noch (meist) die Patienten ausreichend das erforderliche Gegengewicht her. Wir nutzen ausschliesslich die medizinischen Sachargumente und zeigen kaum den Willen, die gegebenenfalls für ein Gleichgewicht notwendigen Machtargumente (rechtliche Schritte, politische Schritte, mediale Schritte usw.) einzusetzen. Die Beurteilungen der Versicherungsärzte mit den konsekutiven Entscheiden der Versicherungen entsprechen somit de facto «Verurteilungen ohne Prozess».

Dadurch erlauben *wir* den Selbsterhaltungskräften der Versicherungen ein karzinös entartetes, infiltrativ und metastasierend ungehindertes Ausbreiten ihrer Herrschaft. Durch die Verweigerung unserer Rolle im «Gleichgewicht des Schreckens» lassen *wir* es zu, dass der Schrecken herrscht und nicht das Gleichgewicht.*

Begutachtungsboom als vermeintliche Qualitätssicherung

Zur Existenzsicherung bedienen sich die Versicherungen der Machtnaivität der Ärzteschaft als Kollektiv sowie des Überlebenstriebes der ärztlichen Individuen. Erleichtert wird ihnen das zumindest im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie durch die Tarifsituation. Persönlich erlebte ich dies vor ein paar Jahren, als mich eine Begutachtungsfirma anfragte, Vollzeit für sie zu arbeiten. Sie bot ein Einkommen, das fast dem doppelten Praxiseinkommen entsprach. Wohlgermerkt ohne die beschwerliche Arbeit des Therapierens (die letztlich die entscheidende Qualität für die ärztliche Daseinsberechtigung darstellt).

Wenn Sie als Praxispsychiater ein solches Angebot erhalten, dann stellt diese Versuchung eine reale Kraft dar. Auf einen Schlag wird es möglich, ein Einkommen wie andere Fachärzte zu erzielen. Ich kann jeden verstehen, der sich dafür entscheidet (auch meine Kinder möchten mehr Möglichkeiten des Mittelstandes nutzen).

– Diese reale Kraft zieht immer mehr des vorhandenen therapeutischen Potentials ab. Die begrenzte Ressource an Menschen, die fähig und willens sind, ihre Hirn-Herz-Leistung in den Dienst der Psychiatrie/Psychotherapie zu stellen, wird reduziert.

– Gleichzeitig besteht in der Psychiatrie ein bereits kritischer Nachwuchsmangel, da die wirtschaftlichen Aussichten schlicht und einfach nicht den Aufwand an Ausbildung und Arbeitsbelastung rechtfertigen.

Unter diesen herrschenden Rahmenbedingungen verursachen die sonst hochgelobten Wettbewerbskräfte einen regelrechten Brain-Drain, der wiederum eine sich vergrössernde therapeutische Wüste verschuldet.

Risiko durch Negativauswahl und durch abhängige Gutachter

Endgültig grotesk wird die Lage dadurch, dass nicht nur fachlich hochqualifizierte Psychiater diesem Sog folgen. Die gutachterliche Tätigkeit bietet auch denjenigen Fachärzten einen Ausweg, die therapeutisch wenig erfolgreich sind. Die Bewährung im Behandeln stellt sich nicht mehr. Dafür erlebt man viel direkter als in der üblichen Praxisarbeit den Einfluss der eigenen Arbeit. Die eigenen Stellungnahmen führen direkt zu Entscheidungen der Versicherungen.

Dieser Faktor darf nicht unterschätzt werden. Der Geltungs- und Machttrieb von Menschen, speziell auch derer, die sich als wenig wichtig erleben, ist Realität. Wohl jeder von uns hat dies bei weniger guten Vorgesetzten während der Assistenzzeit oder im Militärdienst erlebt. Hier jedenfalls begünstigt er eine fachliche Nivellierung nach unten. Die Qualität sinkt, wenn zunehmend weniger Qualifizierte die Arbeit der Behandelnden bestimmen.

Besonders risikoreich wird es, wenn sich ein Facharzt Vollzeit in den Dienst der Versicherungen stellt. Dabei entsteht eine Abhängigkeit, die leicht in die «fachlichen» Beurteilungen der Gutachten einfließen kann. Mir ist klar, dass ich mir mit solchen Bemerkungen kaum Freunde mache. Doch bin ich zu lange Psychiater und habe zu viele Ärzte in Behandlung gehabt, als dass ich mich der Illusion hingeben würde, dass wir Ärzte übermenschlich (statt menschlich-allzumenschlich) wären.

Brain-Drain durch Überregulation

Als Beispiel dient das «Meldeformular» der neuen Psychotherapieverordnung. Dieser Bereich könnte gut möglich einen Probelauf für die gesamte medizinische Grundversorgung darstellen, auch wenn er vorläufig ausschliesslich die ärztliche Psychotherapie trifft. Schon die Wahl des irreführenden Begriffs «Meldeformular» demonstriert, dass die Regulatoren den Qualitätsbegriff missbrauchen. Tatsächlich müssen Psy-

* Sowohl die FMH als auch praktisch sämtliche Fachgesellschaften mit Ausnahme der früheren FMS unter Führung des früh verstorbenen Kollegen Jürg Ammann und der Radiologen mit dem langen Atem von François Bossard tragen durch ihre Unterlassung einen guten Teil der Verantwortung für die karzinöse Entwicklung dieses in der Tat ungerechten Ungleichgewichts.

chotherapien nicht gemeldet werden, vielmehr muss ein Antrag um Kostengutsprache gestellt werden. Wohlgermerkt flächendeckend in einem wichtigen Bereich der Grundversicherung.

Im Kontext des aktuellen Diskussionsbeitrags sei lediglich darauf hingewiesen, dass solch überregulierende Verordnungen

- sowohl einen erheblichen Teil des produktiven Leistungspotentials der noch behandelnd tätigen Fachärzte absorbieren
- als auch durch den anfallenden Mehraufwand beim Personal der Krankenkassen eine Nachfrage nach mehr Vertrauensärzten schaffen.

Mithin auf zwei Schienen einen Brain-Drain verursachen, nach dem Motto «1 Jahr Psychotherapieverordnung = Vernichtung von 10 Mannjahren Arbeit» [3].

Zusammenhang mit Managed-Care- und Gatekeeper-Hoffnungen

Managed Care ist nicht per se «böse», so wie Kommunismus nicht per se böse ist. Nur ignorieren beide die Natur menschlichen Verhaltens. Das Vernachlässigen dieses zentralen Faktors in einem menschlichen System ist ein Hochrisikofaktor, so dass andere als die gewünschten Effekte eintreten. Bei politischer und finanzieller Bevorzugung von Managed-Care-Systemen drohen schon alleine aufgrund dieses Human Factors mindestens zwei Gefahren:

1. Die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und zum Sammeln von Erfahrung im Entscheiden in unsicheren Situationen droht zu sinken. Damit würde in der Praxismedizin der unselige Trend fortgesetzt, der in Studium und Weiterbildung bereits durch Überregulationen besteht.

(Vor einem Vierteljahrhundert durfte ich noch als Student Praxisvertretungen machen. Dabei war ich gezwungen, die notwendigen Erfahrungen zu sammeln, mit dem angehäuften Wissen zu paaren und weiter anzuwenden. Es bestand keine andere Möglichkeit, als aus wenigen Fakten das Ganze zu extrapolieren und zu entscheiden. Heute ist diese grundlegende Lernmöglichkeit für Studenten verboten. Für Assistenzärzte scheint es länger zu dauern, bis sie selbst entscheiden müssen und dann auf der Basis von mehr Fakten, mit weniger forciertem Training in abwägendem Extrapolieren. Zumindest in meinem Fach scheint dadurch ein schematischer «Symptomenfetischismus» Boden gegenüber dem strukturellen und funktionellen Verständnis zu gewinnen mit verminderter Entwicklungsmöglichkeit für eine «klinische Nase».)

2. Zu wenig entwickelte und trainierte Kompetenz, Verantwortung zu tragen und entsprechend zu handeln, geht beim Betroffenen einher mit der Angst vor der ärztlichen Kernaufgabe selbst. Managed-Care-Modelle können diese Angst ein Stück weit abfedern. Gleichzeitig kreieren sie aber zahlreiche ärztliche Nischenarbeitsplätze, bei denen die Kernaufgabe des integrierten Diagnostizierens und Behandelns nicht mehr vonnöten ist (z. B. wachsender Bedarf – und damit zunehmend Vollzeitstellen – an «Vertrauensärzten» für Versicherungen sowie weitere Nischenplätze in den Managed-Care-Systemen selbst). Der Brain-Drain wird verschärft.

Gefahr droht vor allem daher, dass potentiell ängstliche und wenig Erfahrene de facto in eine Position gelangen, in der sie weitgehend ohne persönliche Kenntnis der Patienten, und ohne die Verantwortung in der Behandlung tragen zu müssen, über Patienten und Behandlungen entscheiden dürfen. Bei derart anonymen Entscheidungen ist die Angst sehr viel geringer, allerdings in negativem Sinn. Erfahrungsgemäss lassen anonyme Entscheidungen einen menschlich schnell abstumpfen. Das Risiko für «den Arbeitsplatz des Entscheidenden erhaltende», unsachliche Entscheide steigt, die Qualität sinkt (siehe auch Bemerkungen über Geltungs- und Machttrieb).

Schlussbemerkungen

Wenn wir die drei Bereiche betrachten, dann fällt auf, dass im ersten Fall der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit durch Versicherungsärzte noch Fachärzte entscheiden, wenn auch oft auf dürftiger Basis. Im zweiten Fall der Kostengutsprache für ärztliche Psychotherapie liegt die Entscheidung bei einer Mischung von wenigen Fachärzten und einer Mehrzahl von Nichtpsychiatern. Auf sehr dürftiger Basis. Im dritten Fall würden im schlimmsten Fall, falls bei den Managed-Care-Modellen der freie Zugang zum Psychiater blockiert würde, per definitionem ausschliesslich Nichtpsychiater über die Behandlungsindikation entscheiden. Auf noch dürftigerer Basis. Denn die Mehrzahl der Gatekeeper hätte keine ausreichende diagnostische Ausbildung, geschweige denn Erfahrung in Psychiatrie. Nur eine Minderheit würde ein Jahr Erfahrung in Institutionspsychiatrie mitbringen. Fundierte Psychotherapieausbildung oder auch nur systematische theoretische Kenntnisse der Möglichkeiten und Limiten der verschiedenen Therapiemethoden dürften absoluten Seltenheitswert haben.

Im Klartext heisst das: Wenn bei Managed Care der freie Zugang zum Psychiater blockiert wird, dann entscheiden zukünftig weitgehend psychiatrisch-psychotherapeutische Laien über die psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapieindikationen.

In aller Klarheit zeigt sich hier, dass Überregulation letztlich zu Unterregulation führt (ausschliessliches Recht zur Therapieindikation durch Laien).

Systemisch sind solche Rückkoppelungen längst bekannt: Erzieherische Überprotektion führt nicht zu mehr Sicherheit, sondern zu einer ängstlich-unsicheren, weniger fähigen, abhängigeren Folgegeneration.

Die beschriebenen Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit zunehmender Verlagerung der Entscheidungsbefugnis zu spezifisch-fachlich weniger qualifizierten sowie das inadäquate Einkommen sind arbeitsmedizinisch gesehen unzumutbar. Sie fördern Zynismus und Resignation, gleichzeitig hemmen sie Idealismus und Einsatzfreude. Der Brain-Drain verstärkt sich.

Sinngemäss betreffen diese Vorgänge sämtliche Fachrichtungen. Es ist in höchstem Mass

erstaunlich, dass dieses Faktum und der sich damit beschleunigende Brain-Drain sowie die absehbaren Qualitätseinbussen kaum beachtet werden.

Soweit sichtbar gibt es nur einen Ausweg aus dieser Sackgasse: Qualität kann sich wieder besser entwickeln, wenn die Überregulation in Ausbildung und Berufsausübung reduziert wird. Und gleichzeitig wieder vermehrt die Fähigkeit zur sinnvollen Übernahme von Verantwortung real trainiert wird. Kurz gefasst heisst das, wir müssen uns daran erinnern, dass zur Erreichung einer hohen ärztlichen Qualität nicht nur Schulung des Wissens und der Fertigkeiten gehört, sondern ebenso unverzichtbar die Denk-, Entscheidungs- und Charakterschulung.

Literatur

- 1 Herren D. Qualität gestalten und prägen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(33):1389.
- 2 Stucki I. Erstes Treffen der Qualitätsverantwortlichen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(33):1391-2.
- 3 Lachenmeier H. 1 Jahr Psychotherapieverordnung = Vernichtung von 10 Mannjahren Arbeit. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(15):628-9.

Psychiater, Kinderpsychiater und Netzwerke – heutige Allianzen

Jacqueline Caillat^a,
Claude-France Carrel^a,
Pierre-André Mayor^a,
Marie-Pascale Paccolat^a,
Marie-Christine Pillet^a,
Florence Quartier^a,
Alain Souche^a,
Luisa Jacot-Descombes^b

a im Auftrag des Groupe des psychiatres, AMG, Genève

b Präsidentin des Groupe des psychiatres genevois

Auf dem Feld der Psychiatrie gehört die bereichsübergreifende Zusammenarbeit schon längst zum Alltag – der beste Beweis hierfür ist die zentrale Rolle, die die «integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung» (IPPB) heute im FMH-Weiterbildungsprogramm einnimmt. Dieser Behandlungsansatz ist für Patienten relevant, für die und mit denen wir häufig ein ganzes Versorgungsnetz unter Einbeziehung mehrerer Spezialisten aufbauen müssen. Bei einer solchen Behandlung ist die Multidisziplinarität ein integraler Bestandteil des therapeutischen Nutzens.

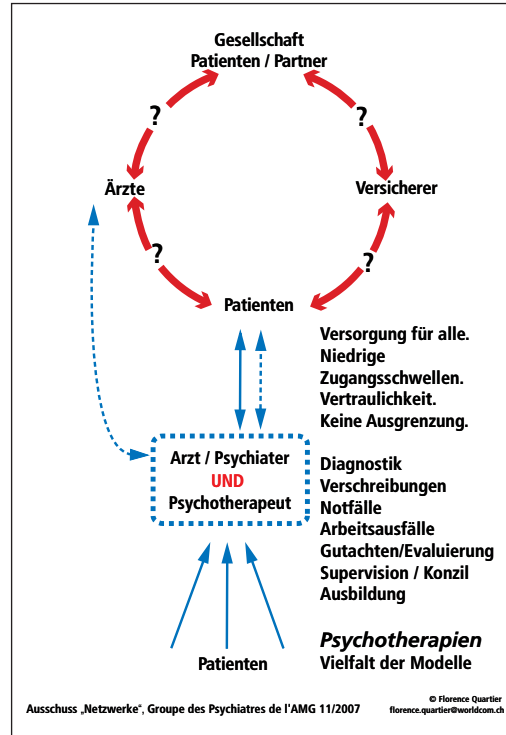
Insgesamt sind wir der Überzeugung, dass Isolationsdenken in unserem kostbaren helvetischen Gesundheitssystem fehl am Platz ist. Aber die gegenwärtige Lage und die Bemühungen um Strukturierung und Klärung, über die derzeit überall gesprochen wird, sind auch nicht unproblematisch.

Um es deutlich zu sagen:

- Wir sind nicht bereit, Netzwerke zu unterstützen, deren Struktur und Funktionsweise unklar sind und in denen die Rollen der einzelnen Akteure schwammig und unscharf definiert sind.
- Wir sind ebenso wenig bereit, uns für Netzwerke einzusetzen, in denen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bzw. des Profits eine kaum verhüllte Selektion «guter» Risiken stattfindet, mithin der Ausschluss «schlechter» Risiken unter dem Deckmantel von Franchisesystemen, verlockenden Prämien und anderen Tricks. Das bedeutet keinesfalls, dass wir nicht auf die Wirtschaftlichkeit unserer Arbeit achten würden. Dies belegen auch zahlreiche internationale Studien, denen zufolge Psychotherapien die Kriterien der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Korrespondenz:
Dr. med. Florence Quartier
40, rue de l'Athénée
CH-1206 Genf

florence.quartier@worldcom.ch



Wir meinen, dass wir in unserer Mehrfachfunktion als Ärzte, als Psychiater und Psychotherapeuten viel zu einem Netzwerk beizutragen haben: Weiterverweisen von Notfällen, Beteiligung an der Verschreibung, punktuelle Evaluierung von Problemfällen, Krisenintervention. All das ist möglich, wenn die Ablaufkriterien transparent sind, wenn der direkte Zugang zu den Spezialisten möglich und gewährleistet ist und wenn Patientenvertreter in die Entscheidungsgremien eingebunden werden. Langfristig kön-

nen wir auch zur Versorgung von Patienten mit somatischen Beschwerden beitragen, dem Allgemeinarzt bei seiner Behandlung beratend zur Seite stehen und uns an der Beurteilung von Arbeitsausfällen beteiligen.

In Qualitätssicherungsgremien können wir unsere Erfahrung sowohl mit individueller Pathologie als auch mit Beziehungsstörungen einbringen, sowohl zwischen Arzt und Patient, unter Mitgliedern des Netzwerks als auch zwischen dem Netzwerk und anderen Akteuren des Gesundheitswesens.

Ein Grundsatz bleibt dabei jedoch für uns unantastbar: der *freie Zugang* zum Psychiater. Sich an einen Psychiater zu wenden bedeutet, den Aufbruch auf einen Weg auf sich zu nehmen, der ganz allein Sache des betroffenen Menschen ist. Dieser Aufbruch stellt eine freie Entscheidung dar, und jeder Arzt, ganz gleich welcher Fachrichtung, kann es nur gutheissen, wenn solche Entscheidungsspielräume im Gesundheitsbereich bestehen bleiben. Hier geht es um Stellungnahmen, die für die gesamte Medizin relevant sind.

Diese Entscheidungsfreiheit in der Gesellschaft wollen die Psychiater verteidigen, zusammen mit all denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die entschlossen sind, die Freiheit aller – die Freiheit der Ärzte ebenso wie die der Patienten – zu erhalten.

Literatur

- Zimmermann G, de Roten Y, Desplands J-N. Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question. Schweiz Arch Neurol Psych. 2008;159(3):119-26.