

Was ist gute Medizin?

Willy Oggier^a, Urs Stoffel^b

^a Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG;

^b Dr. med., Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Departement eHealth Sicherheitsinfrastruktur und Datenerhebung

Im Rahmen von zwei Workshops haben sich verschiedene Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens in Kemmeriboden mit der Frage beschäftigt, was gute Medizin bedeutet. Sie liessen sich dabei durch jeweils ein Einleitungsreferat – im ersten Fall durch Dr. med. Andreas Tecklenburg, Präsidiumsmitglied für das Ressort Krankenhaus-Versorgung der Medizinischen Hochschule Hannover, im zweiten Fall durch Frau Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder, Curriculumsdirektorin Humanmedizin und Leiterin des Instituts für Sozialmedizin und des Zentrums für Public Health der Medizinischen Universität Wien – inspirieren. Die beiden Autoren des Artikels fassen die gewonnenen Erkenntnisse zusammen. Diese sind in gemeinsamer Arbeit der Gruppe* entstanden, die vorliegenden Zeilen verantworten ausschliesslich die beiden Autoren.

Wenn der Frage nach guter Medizin nachgegangen wird, kommt es entscheidend auf den Blickwinkel an. Sehr schnell wird über die fehlenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Hindernisse für gute Medizin gesprochen. Dieser Anteil ist wichtig, aber nicht alles entscheidend. Er wird im zweiten Teil dieses Artikels erörtert. Nach dem leicht abgewandelten Motto John F. Kennedys («Frage nicht, was das System für Dich tun kann, sondern frag, was Du für das System tun kannst») soll ganz bewusst zuerst auf die endogenen Faktoren eingegangen werden. Diese sind in der Regel einfacher aus eigener Kraft zu verändern. Durch eine solche Verhaltensweise erhöht sich die Legitimation, Veränderungen exogener Art zu postulieren.

Endogene Faktoren

Gute Medizin beginnt mit der Frage, was Patienten wollen und brauchen. Gesund werden, Schmerzen lindern, würdevoll sterben sind mögliche Antworten. Nicht jeder Patient will das Gleiche. Wir leben in einer Multi-Options-Gesellschaft. Deshalb sollte diese Frage immer wieder und vor allem zuerst gestellt werden. Es ist evident, dass sich die Prioritäten im Laufe der individuellen Biographien, aber auch durch die Alterungsprozesse der Gesellschaften ändern können. Da es auf gesellschaftlicher Ebene kaum

Qu'est-ce qu'une «bonne» médecine?

Lors de deux ateliers qui se sont tenus à Kemmeriboden, différents acteurs de la santé se sont penchés sur la signification de la «bonne» médecine. A cette occasion, ils ont pu s'inspirer de deux exposés d'introduction – tenus par le Dr Andreas Tecklenburg, membre du présidium pour le domaine des soins hospitaliers de la Haute école de médecine d'Hanovre lors du premier atelier, et par la Prof. Anita Rieder, directrice du cursus de médecine humaine et responsable de l'Institut de médecine sociale et du Centre pour la santé publique de l'Université médicale de Vienne lors du deuxième atelier. Dans ces colonnes, les deux auteurs reviennent sur les résultats des travaux de groupe en formulant leur avis personnel.

oder gar keine eindeutigen Zielsysteme gibt, ist diese Frage von besonderer Bedeutung. Sie stellt eine Chance für im Gesundheitswesen tätige Akteure dar, weil damit auch Freiraum erhalten werden kann, unterschiedliche Therapiemodelle zu leben. Dies ist gerade in einem Land wie der Schweiz auch nötig, weil unterschiedliche Ausgangslagen durch die Topographie und Bevölkerungsdichte auch unterschiedliche Versorgungsformen benötigen. Gute Medizin bedarf dafür vor allem neuer flexibler Versorgungsstrukturen und der Sicherung des dafür notwendigen Gesundheitspersonals. Das Bild des klassischen Hausarztes, der eine Familie über Generationen betreut, ist nicht mehr zeitgerecht. Es würde auch der mobilen Gesellschaft widersprechen. Gute Medizin benötigt eine breite Palette von Versor-

* Der Arbeitsgruppe gehörten an: Altmann Serge, Dr., Spitaldirektor, Universitätsklinik Balgrist (nur 1. Workshop); Baumberger Urs, Spitaldirektor, Kantonsspital Nidwalden; Brenn Tremblau Claudia, Klinikleiterin, Eulachklinik Winterthur; Brunnschweiler Christina, CEO, Spitex Zürich Limmat; Cauzza Dino, Capo area finanze e controlling, Ente Ospedaliero Cantonale; Conen Dieter, Prof. Dr.; Präsident Stiftung für Patientensicherheit; Gautschi Markus, CEO, Psychiatrische Dienste Aargau AG; Napierala Christoph, Health Innovation, Siemens Schweiz AG; Oggier Willy, Dr., Gesundheitsökonomische Beratungen AG; Reichlin Serge, Dr., Leiter Direktionsstab, Universitätsspital Basel; Rhiner Robert, Dr., CEO, Kantonsspital Aarau AG; Stoffel Urs, Dr., Mitglied des Zentralvorstands der FMH; Suter Urs, Geschäftsbereichsleiter Healthcare Sector, Imaging & IT/Workflow & Solutions, Siemens Schweiz AG.



Gute Medizin beginnt mit der Frage, was Patienten wollen und brauchen.

gungsstrukturen, die den unterschiedlichen und damit auch den urbanen Lebensstilen entgegenkommen. Dazu gehören Gruppen- und Walk-in-Praxen, sowie Permanenzen, die den Patienten ohne Voranmeldung und auch zu Randzeiten zur Verfügung stehen. Gute Medizin benötigt dazu auch reziproke Mobilität – also mobile Equipen, die für mehrere Dörfer zuständig sind bzw. nicht nur mobile, sondern auch chronisch kranke Patienten versorgen können. In ländlichen Regionen wird der Hausarzt weiterhin wichtig sein, die Zusammenarbeit dürfte aber vermehrt vertikal erfolgen. Eigentliche Gesundheitszentren mit anderen nicht-ärztlichen angestellten und/oder selbstständig arbeitenden Gesundheits-Fachpersonen können verstärkt entwickelt werden. Solche Zentren verlangen eine stärkere Fokussierung auf die einzelnen Kern-Tätigkeiten des Arztes bzw.

Der Arzt muss wieder vermehrt diagnostizieren und betreuen.

der anderen Gesundheits-Fachpersonen. Struktur- und Prozessqualität sind zwar wichtig, im Vergleich zur Indikationsqualität aber zu relativieren. Gerade in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist die in der Vergangenheit geförderte, durch die vermehrte Sub-Spezialisierung der Medizin aber teilweise wieder verlorengegangene Bedeutung der Differential-Diagnostik wiederzubeleben.

Damit rückt das Wichtigste vermehrt in den Vordergrund: Zu schauen, was der Patient hat. Denn nur dann kann die Frage beantwortet werden, was der Patient braucht. Der höhere Stellenwert der Indikationsqualität verlangt auch andere Organisationsformen innerhalb der Versorgungsstrukturen. Der Arzt

muss wieder vermehrt diagnostizieren und betreuen. Vor- und nachgelagerte Arbeiten gehören nicht zu seinen Kernkompetenzen und sollten vermehrt an persönliche Assistenten mit entsprechendem Know-how delegiert werden.

Während der Patient also vermehrt in seinen individuellen Bedürfnissen wahrgenommen werden sollte, wird gerade in der Diagnostik und Erst-Triage eine höhere Generalisierung verlangt. Damit wird Interdisziplinarität zu einer grossen Herausforderung, die beispielsweise eine vermehrte und verbesserte Abstimmung zwischen den verschiedenen Zielsystemen von Chirurgen, Anästhesisten und Operations-Personal benötigt.

Dies ist das, was Medizin heute schon in bestimmten Situationen gut kann: im Management des Chaos bzw. des Notfalls. Es ist das, was Medizin organisatorisch betrachtet so stark gemacht hat: gute Diagnostik und Triage, klare Chefs und Verantwortlichkeiten und eine gute Zusammenarbeit im Team. Gute Medizin verlangt in diesem Sinn auch nach einer Positivliste, die definiert, was Pflegende und andere Gesundheits-Fachpersonen machen sollen. Hier kann die Psychiatrie über weite Teile Vorbild sein.

Wo Medizin besser werden kann (und nach Auffassung der Autoren auch muss), ist vor allem in der Routine. Dies ist auch erforderlich, weil die technisch möglich gewordenen gezielten Therapien anhand von Biomarkern (sogenannte stratifizierte Medizin) Diagnostik sowie richtiger und möglichst schneller Indikationsstellung vermehrte Beachtung verschaffen. Solche Arbeiten können nur interdisziplinär erfolgen. Selbstverständlich benötigt gute Medizin eine gewisse Wohnortnähe vorab für ältere Patienten, eine Rund-um-Versorgung, wo nötig, und eine konstruktive Kommunikation. Diese Faktoren sind alle wichtig, aber ohne gute Diagnostik bedeutungslos. Das immer wieder postulierte «Shared decision making» beispielsweise kann nicht funktionieren, wenn gute Diagnostik und Indikation nicht gegeben sind. Daher gilt es, vorne am Prozess anzusetzen. Und vorne am Prozess zu beginnen, heisst Führung. Gute Medizin muss Führung ändern, nicht die Prozesse. Denn gute Prozesse sind Ausdruck von guter Führung.

Führung wird in Zukunft auch in der Medizin vermehrt über harte Daten erfolgen. Evidenz-Basierung erhält auf diesem Hintergrund vermehrte Relevanz. Hierarchien werden dadurch verändert. Chefärzte werden vermehrt entsprechende Tätigkeiten an fachlich qualifizierte Oberärzte übertragen (müssen). Wenn Chefärzte dies nicht tun würden, geraten sie in Gefahr, ihre Sorgfaltspflicht zu verletzen oder sogar Kunstfehler zu begehen.

Und last but not least: Wenn alle diese endogenen Faktoren nachhaltig beeinflusst werden können, kann gute Medizin das schaffen, was es letztlich braucht, um die unterschiedlichsten Patienten-Bedürfnisse nicht nur abzudecken, sondern vor allem zu erfahren: Vertrauen. Die Empathie der Betreuenden wird so steigen, um den Patienten redlich zu sagen, welche Möglichkeiten es gibt bzw. nicht mehr gibt oder geben könne. Dieses Vertrauensverhältnis ist essentiell und die Basis für die zunehmend wichtige Bedeutung der ärztlichen Beratung. Gerade wenn es im politischen Prozess darum geht, exogene Faktoren zu verändern.

Exogene Faktoren

Auch wenn all diese endogenen Faktoren positiv verändert werden können und sollen, braucht es darüber hinaus weitere exogene Massnahmen. Diese dürften hauptsächlich in den Bereichen Finanzierung und Aus-, Weiter- und Fortbildung liegen.

Rehabilitationsmedizin und psychosoziale Aspekte kommen im heutigen System oft zu kurz.

Gute Medizin verlangt, dass das DRG-System nicht nur Diagnosen und Prozeduren, sondern vor allem den Patienten und Menschen sieht. Aus diesem Grund sollte das System vermehrt pflegerische und soziale Aspekte berücksichtigen.

Gruppenarbeiten verlangen nach einer entsprechenden Tarifierung, die Gruppenarbeiten auch ermöglicht und fördert. Dies gilt auch für den ambulanten Bereich, wo beispielsweise die systematische Ausgrenzung sozialer Aufgaben, insbesondere in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie, faktisch jedes sinnvolle teilstationäre Angebot zum Verlustgeschäft für die Patienten und die Versorger macht.

Ärztliche und pflegerische Ausbildung erfolgt heute nach wie vor fast rein professionell. Interdisziplinarität würde das Gegenteil erfordern, mehr teamorientierte Bildung. Ähnlich wie bei der medizinischen

Gute Medizin muss Führung ändern, nicht die Prozesse. Denn gute Prozesse sind Ausdruck von guter Führung.

Versorgung im Raum braucht es bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung mehr Möglichkeiten für eine Multi-Options-Gesellschaft. Medizinische und/oder pflegerische Fakultäten können und sollen auch nicht auf alles eine Antwort sein. Dies wäre weder effektiv noch effizient. Neuere im Ausland zu beobachtende, vorab von Privaten initiierte Ansätze wie Medical Schools sollen ihren Beitrag leisten können. Analog sollte angesichts der in der Schweiz wichtigen und zunehmenden Stellung des Belegarztsystems für die Versorgung diese Ärzte-Kategorie aktiver in die Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert werden. Monopolistische Angebotsstrukturen durch Medizinische Fakultäten oder Universitätsklinika gilt es genauso zu unterbinden wie das systematische Ablehnen eines Engagements durch Belegärzte in der Aus-, Weiter- und/oder Fortbildung.

Gute Medizin verlangt zudem, veränderten Versorgungsrealitäten vermehrte Beachtung zu verschaffen. Rehabilitationsmedizin und psychosoziale Aspekte beispielsweise kommen im heutigen System angesichts des zu erwartenden steigenden Bedarfs als Folge einer älter werdenden Gesellschaft und vor dem Hintergrund der Zunahme der chronisch kranken Patienten, oft zu kurz. Eine verstärkte Berücksichtigung dieser Disziplinen gerade auch in der Erstausbildung ist dringend geboten. Denn es ist das, was der Patient in einer älter werdenden Gesellschaft auch häufiger braucht.

Korrespondenz:
Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht
gesundheitsoekonom.
willyoggier[at]bluewin.ch