

Der Arzt: Ein Athlet? Eine Maschine?

Antoine de Torrenté

Wir leben in einer Leistungsgesellschaft – das Zauberwort heisst «Performance»: plus so und soviel, so und soviel Mal mehr, so und soviel Prozent Gewinn bei den Banken, bei den Exporten, bei der Anlagenrendite; so und so viele Millisekunden schneller im Hundertmeterlauf oder im Schwimmen ... naheliegende Konsequenz in einer Welt, in der sich alles ums Geld dreht. Leistung ist auch zu bezahlen bzw. zu belohnen. Haben Sie etwa gedacht, Sie könnten sich diesem Trend in der Intimität Ihrer privaten Praxis entziehen? Da haben Sie sich aber gründlich verrechnet! Zwei kürzlich erschienene Artikel behandeln diese Problematik im Bereich der Medizin [1, 2]. Problematisch ist dabei nicht der Aspekt der Bezahlung, sondern jener der Leistung bzw. die Frage, wie man diese definieren soll. Hilfe bietet, wie immer, «Le Petit Robert» (französisches Wörterbuch, in dem die Begriffe nicht nur alphabetisch, sondern auch nach Sinnzusammenhängen organisiert sind). Unter «Performance» finden wir: «messbares, durch ein Pferd [...], durch einen Athleten erreichtes Resultat [...]. Bestes von einer Maschine erreichbares Ergebnis [...]»¹ Zwar kann der Begriff «Performance», zum Beispiel in der Psychologie, durchaus auch einen weniger quantifizierenden und normativen Charakter haben. Trotzdem besteht die Gefahr, dass man jede menschliche Tätigkeit, insbesondere auch in der Medizin, zu beziffern versucht. Und diese Maschine läuft bereits auf Hochtouren: Der amerikanische Kongress will angesichts der ständig wachsenden Gesundheitskosten ein leistungsbezogenes Vergütungssystem für die Spitäler und letztlich auch für die Ärzte selbst einführen. Als Belohnung für gute Leistungen sind finanzielle Anreize vorgesehen oder auch Werbung durch die Versicherer für Ärzte mit einer guten Performance, allenfalls auch administrative Vorteile. Die Helsana geht mit ihrem Versicherungsprogramm «Hausarztversicherung – Qualität in der Hausarztpraxis» genau in diese Richtung; ich werde darauf zurückkommen.

Gewisse Qualitätsaspekte der Tätigkeit eines Arztes oder eines Spitals lassen sich zweifellos auch ohne strenge Quantifizierung beurteilen. Schicken wir nicht selber unsere Patienten zu einem «guten» Chirurgen oder einem «guten» Spezialisten, ohne dass wir immer klar ausführen könnten, weshalb wir ihn als gut erachten! Sicherlich gibt es zuverlässige Kriterien für die «technische» Qualität der ärztlichen Arbeit. Zum Beispiel: Wie viele Patienten erhalten nach einem Infarkt einen Betablocker? Wie viele Patienten über 65 Jahre mit erhöhtem Risiko werden gegen die saisonale Grippe geimpft? Diese technischen Kriterien umfassen aber nur einen Teilbereich der ärztlichen Tätigkeit. Vieles andere lässt sich kaum quantifizieren: die Beziehung zum Patienten, die Empathie, das Engagement. Wahrscheinlich würden Fragebogen zur Patientenzufriedenheit aufschlussreiche Antworten zu diesen Aspekten liefern. Zwar kann die Leistungsmessung vermutlich eine

Motivation für eine korrektere Arbeitsweise sein, und da liegt vielleicht tatsächlich ein Vorteil. Trotzdem bleiben zahlreiche Fragen teilweise oder ganz unbeantwortet, und diese vielen Grauzonen sollten für die Ärzteschaft ein Warnsignal sein [1]. Dazu gehört unter anderem:

- die Gefahr, dass lediglich die Leistung, das heisst deren Preis gemessen und die Qualität der Betreuung nicht berücksichtigt wird;
- die Frage, wie sich nichttechnische Aspekte wie die Qualität der Langzeitnachsorge bei chronisch kranken Patienten oder die Betreuung von Patienten, für deren Situation es keine Guidelines gibt, einbeziehen lassen;
- die Frage, wer darüber entscheidet, welche Daten für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen sind: Die Versicherer? (Die Helsana hat für ihr oben erwähntes Programm einseitige Qualitätskriterien festgelegt, wobei sie sich zugegebenermassen auf gewisse öffentlich zugängliche Daten stützt.) Der Staat? Die Spezialisten? Die Allgemeinmediziner?
- der Aspekt der Praxistauglichkeit: Die Ärzte müssen die Daten selbst erheben, was zusätzliche administrative Arbeit bedeutet, die bald unzumutbar werden könnte.
- die Frage, wie die «Belohnung» der Ärzte mit «guter Leistung» festzulegen ist;
- die Möglichkeit unerwünschter Konsequenzen: zum Beispiel eine Patientenselektion zugunsten einfacher Fälle, die gut ins System passen und voraussichtlich mehr rentieren als «schwierige» (sehr alte Patienten, «Sozialfälle» ...);
- die Frage, wer die Daten kontrollieren soll: Neutrale «Inspektoren»? Könnten Sie sich vorstellen, einen lebenswürdig lächelnden Kontrolleur bei sich zu empfangen, der in Ihren Akten wühlt, um die Zuverlässigkeit Ihrer Angaben zu überprüfen?

Zum Schluss noch dies: Ein derartiges System dürfte unter dem zunehmenden Druck zur Effizienzsteigerung in nicht allzu ferner Zukunft eingeführt werden, zumindest für die messbaren Aspekte der medizinischen Tätigkeit. Entscheidend ist, dass die Ärzte sich keine unmöglichen, von Schreibtischexperten in angenehm belüfteten Büros – Patienten duften im Gegensatz dazu nicht immer ganz angenehm – ausgebrüteten Normen aufzwingen lassen. Etwa nach dem Motto: «Eine gute Performance ist, wenn Sie eine 80jährige Dame mit Arthrose und Husten in weniger als drei Minuten ausziehen und an den Lungen auskultieren können!» – Nein, das ist (noch??) keine Medizin ...

Literatur

- 1 Fisher ES. Paying for performance – risks and recommendations. *N Engl J Med.* 2006; 355:1845–7.
- 2 Rowe JW. Pay for performance and accountability: related themes in improving health care. *Ann Intern Med.* 2006;145: 695–9.

¹ Leider fand sich kein deutsches Wörterbuch, dessen «Performance» mit dem grossen «Petit Robert» hätte mithalten können.