

Dr. Johannes Schmidt, Einsiedeln

Allgemeinmedizin in der Zukunft Einschränkung der freien Arztwahl?*

Wenn im Rahmen von Erörterungen über die (künftige) Rolle der Allgemeinmedizin die Organisationsform der «Health Maintenance Organization» (HMO) dargestellt wird, so hat dies gute Gründe. Die Zugänglichkeit der Patienten zum Gesundheitssystem über den gewählten Hausarzt und die Rolle des Hausarztes als erste Anlaufstelle, als «Gatekeeper», gestaltet sich in der HMO nämlich fast gleich wie etwa in den Gesundheitssystemen von England und Holland, in welchen die Allgemeinmedizin einen wichtigeren Status hat als hierzulande. Die Job-Zufriedenheit englischer Ärzte ist im allgemeinen grösser als auf dem Kontinent oder in den USA. Es ist deshalb gut, dass sich Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) über das HMO-Modell informieren wollen.

Faktische und formale Arztwahl-Einschränkung

Die freie Arztwahl ist nicht nur eine rein formale, legalistische Frage auf der Ebene der Patientenrechte oder der freien Berufsausübung, sondern pragmatisch gesehen auch eine Frage der praktischen Zugangsmöglichkeiten zu einem Arztkontakt. Erst seit die Zugangsmöglichkeiten gewachsen sind, scheint der bisherige Regel- oder Einschränkungsmechanismus des knappen Zugangs die Wirkung verloren zu haben. Ärzte, die früher in der Regel durch Arbeit überlastet waren, hatten durchaus ein Interesse an «health maintenance», hatten also kein Interesse an zu vielen Kranken bzw. zu vielen Kranken-Konsultationen, weil die Arbeitsbelastung ohnehin eher zu gross war.

Mit einer zunehmenden Ärztedichte nimmt von Ärzteseite das Interesse zu, von der Angebotsseite her den Bedarf zu erhöhen. Es besteht von Ärzteseite her also ein grösseres Interesse, Krankheitsrollen zu schaffen oder solche zu perpetuieren. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren werden in dieser Situation auch bei fraglichem Nutzen eher überbewertet und zu oft angewendet, obschon die An-

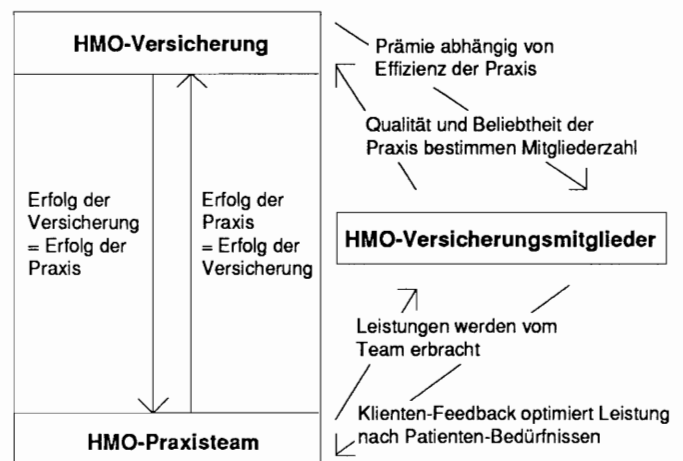
* Überarbeitete Fassung eines Referates am Kaderseminar der SGAM, Neggio (TI), 15. Juni 1990

nahme sicher falsch wäre, das ärztliche Interesse und Handeln seien nur durch diesen Faktor bestimmt. Es geht darum, dass tendenziell eine gewisse Verschiebung von «health maintenance» nach «sickness maintenance» stattgefunden hat.

In Untersuchungen über die Entwicklung der Zahl der Ärztekonsultationen bei zunehmender Ärztedichte lassen sich solche Entwicklungen tatsächlich beobachten. Hinter dieser Angebotsausweitung stehen sicher teilweise auch echte Verbesserungen, so dass die zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu einem gewissen Teil auch als erwünscht zu betrachten ist. Die offene Frage bleibt – das HMO-Experiment könnte hier zu einer Klärung beitragen –, wie gross der Anteil der erwünschten und unerwünschten Angebotsausweitung ist.

Die Organisationsform der HMO

Von den verschiedenen neuen Modellen, die derzeit in der Schweiz diskutiert und ausprobiert werden, ist nun die HMO die einzige Organisationsform, welche durch Einschränkungen der Arztwahl eine Steuerung der Zugänglichkeit zum medizinischen System vorsieht. In der HMO wird den Versicherten gegen eine Prämie eine umfassende Gesundheitsversorgung garantiert, welche diese jedoch nur in HMO-eigenen Praxen in Anspruch nehmen können. Der «Tarif» für die HMO-Ärzte wird nicht an Einzelleistungen, sondern pauschal pro Arbeitsaufwand oder



Versichertenzahl bemessen. (Zum Vergleich: auch englische oder holländische Allgemeinpraktiker werden hauptsächlich pro eingeschriebene Patienten honoriert.)

Die HMO könnte für einige der anstehenden Probleme im Gesundheitswesen ein Ei des Kolumbus sein. Zu denken ist insbesondere an die neuen Mechanismen, welche eine effizienzorientierte Gesundheitsversorgung und damit wirksame Gesundheitsleistungen fordern und fördern. Dennoch bringt die HMO auch neue, ungewohnte Probleme mit sich, und die Einschränkung der freien Arztwahl wirkt zuerst einmal störend.

Unsere ehemalige Mitarbeit in einer HMO hat zur eingehenden Beschäftigung mit dieser Frage herausgefordert. Bei näherer Betrachtung zeigen sich neben dem Verlust des Privilegs der freien Arztwahl auch mögliche Vorzüge. So hat der HMO-Arzt aufgrund des Arrangements kaum Möglichkeiten, «schwierige» Patienten immer wieder zu überweisen, und muss sich deshalb wahrscheinlich intensiver um die Patienten kümmern. In der HMO kann ein Patient also erwarten, weniger im Gesundheitssystem «umhergeschoben» zu werden. Die am SGAM-Seminar dargelegten Erfahrungen aus Holland weisen auf einen solchen möglichen echten Vorteil hin.

Die freie Arztwahl ist keine heilige Kuh

Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass einerseits bis zu $\frac{3}{4}$ der Patienten von einer vorhandenen Auswahlmöglichkeit nicht Gebrauch machen, weil subjektiv gesehen nur der einmal gewählte Arzt in Frage kommt, andererseits, dass $\frac{1}{4}$ der Versicherten spontan, bis $\frac{3}{4}$ der Versicherten nach Überlegung allenfalls Abstriche in der freien Arztwahl in Kauf nehmen, wenn sie eine akzeptable Qualität und Vorteile in der medizinischen Versorgung erwarten können. Der anfängliche Zulauf zur ersten HMO-Praxis in der Schweiz zeigt auch, dass viele Versicherte bereit sind, eine solche Wahl zu treffen, auch wenn diese Erwartungen noch durch keinerlei Erfahrungswerte abgesichert sind. Der längerfristige Zulauf zur HMO wird wie bei einer konventionellen Praxis allerdings massgeblich vom Ruf der HMO-Praxis bestimmt werden.

HMO-Versicherte haben die Möglichkeit, nach einer gewissen Kündigungsfrist wieder in eine konventionelle Kasse zu wechseln. Es geht also nicht um einen lebenslänglichen Verlust der freien Arztwahl; bei allenfalls schlechten Erfahrungen mit einer HMO kann durch Austritt die Beitrittswahl wieder korrigiert werden. Auch bei einer HMO werden deshalb der gute Ruf und die Qualität der Praxis für den Erfolg ausschlaggebend sein.

Amerikanische Untersuchungen zeigen denn auch erwartungsgemäss, dass für die Patientenzufriedenheit nicht entscheidend ist, ob die medizinische Versorgung in einer HMO mit eingeschränkter Arztwahl oder im konventionellen System erfolgt, sondern es kommt darauf an, wie eine HMO-Praxis oder eine konventionelle Praxis an Ort arbeitet. Folgende Faktoren sind es, welche aufgrund der genannten Studie die Patientenzufriedenheit, unabhängig von der Art des Systems, determinieren: 1) *Die Sensibilität und das Gespür für Patientenbedürfnisse*; 2) *die Pünktlichkeit, d.h. kurze Wartezeiten*; 3) *das prompte Durchführen und Veranlassen von notwendigen Massnahmen*; 4) *die Individualität in der Betreuung*. Eine andere Studie erwähnt: 1) *Die Wartezeit für einen Arzttermin*; 2) *das Vorhandensein von Parkplätzen*; 3) *die Aufnahmemöglichkeit in ein Spital* (wahrscheinlich nur für USA bedeutsam); 4) *die Kontinuität in der Betreuung* als entscheidende Faktoren für die Patientenzufriedenheit.

Sicherlich soll die freie Arztwahl nicht leichtfertig geopfert werden. Die offensichtlichen Realitäten, das Verhalten und die Erwartungen der Patienten, sind andererseits kaum dazu angetan, aus der freien Arztwahl eine heilige Kuh zu machen. Dies schafft offensichtlich genug Raum, um «Gatekeeper»-Systeme mit beschränkter Arztwahl auch hierzulande offen zu diskutieren und in Betracht zu ziehen.

HMO: Chance für die Allgemeinmedizin

Die HMO bietet die Chance eines sehr kommunikativen und interaktiven Systems mit vielfältigen Regel- und Rückmeldungsmechanismen. Die HMO kann, mit einem guten «Management», zu einer sehr dynamischen Organisation entwickelt werden, in welcher berufliche Kreativität und Innovation wieder vermehrt möglich werden. HMO wird deshalb häufig mit dem Begriff «managed care» gleichgesetzt. Massstab der «managed care» sind nicht am verbandspolitischen Verhandlungstisch ausgehandelte Tarife, sondern Wirksamkeit und Effizienz der durchgeführten oder veranlassten Interventionen. Voraussetzung dazu ist eine praxisbegleitende Evaluation. Evaluation gehört zu einem guten «Management» – auch bei Gesundheitsdiensten.

Schematisch sieht die Organisationsform der HMO etwa folgendermassen aus:

Es ergeben sich folgende möglichen Interaktionen:

- Die ökonomische Verantwortlichkeit kehrt in der HMO, obschon noch immer eine Versicherung, in die Arzt-Patienten-Beziehung zurück. Der Arzt im Interesse eines finanziell prosperierenden Unternehmens und der Versicherte im Interesse niedriger Prämien können die Verantwortung wahrnehmen, auf eine Übermedikalisierung zu verzichten.

- Die Themen der Übermedikalisierung und der Verantwortlichkeit können in einem Dialog zwischen HMO-Team und Versicherten gesundheits-erzieherisch aufgearbeitet werden. Es ist denkbar, dass ein Versicherten Ausschuss Ombudsfunktionen übernimmt. Beide Seiten sind in der HMO daran interessiert.
- Eine mögliche Unterversorgung mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit der Versicherten ist für die HMO einerseits aufgrund möglicher Folgekosten, die der Arzt mitträgt, uninteressant, andererseits würde eine ruchbare Unterversorgung zum unerwünschten Austritt von Versicherten führen.
- Das Team ist daran interessiert, Schwerpunkte in Diagnostik, Behandlung und Prävention aufgrund von Wirksamkeits- und Relevanzkriterien zu setzen, und ist dabei von Kassentarifvorgaben unabhängig. Diagnostik ohne therapeutische Konsequenzen, Verlegenheitsbehandlungen bei den häufigen funktionellen Syndromen usw. sind in der HMO uninteressant. Interessant ist andererseits beispielsweise die Entwicklung wirksamer Strategien zur Verhinderung chronischer Krankheitskarrieren von Hypochondern.
- Die gemeinsame Sorge für die Gesundheit in einem überschaubaren System fördert familiäre Beziehungen und eine Kommunikation über Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsproblemen bzw. Schicksalsschlägen. Ausgereifte Bewältigungsstrategien können in vielen Situationen entscheidender sein als medizinische Möglichkeiten. Aufgrund des Interesses der HMO an einer wirksamen Medizin tritt auch das Wissen um die Grenzen der Medizin und um die Beschränktheit rein medizinischer Bewältigung von Gesundheitsproblemen mehr in den Vordergrund. Eine gute Gesundheitserziehung soll deshalb auch in diese Richtung wirken und ist um so erfolgreicher, je mehr eine gegenseitige Bewältigungshilfe existiert.
- Bedarf und Notwendigkeit von Abklärungen und spezialärztlicher Betreuung werden durch die hausärztliche Erstabklärung durch den HMO-Arzt bestimmt. Eine starke Rolle («Gatekeeper») dieses Hausarztes ist von Bedeutung, damit Spezialisten gezielt und effizient eingesetzt werden und damit auch eine gewisse Management-Philosophie von Wirksamkeit und Relevanz medizinischer Leistungen durchgesetzt werden kann. Schlägt der HMO-Arzt allfällige Patientenwünsche nach spezialärztlicher Abklärung jedoch zu stark in den Wind, riskiert er unerwünschte Austritte aus «seiner» Versicherung.

Da die HMO mit mehreren Ärzten zusammenarbeitet und praktisch nur Gruppenpraxen eine anspruchsvolle qualifizierte «Gatekeeper»-Funktion übernehmen können, besteht für den HMO-Versicherten mindestens die Wahl zwischen einigen HMO-Ärzten als Erst-Arzt. Der HMO-Versicherte wird vertretungshalber oder konsiliarisch aber auch mit den anderen HMO-Ärzten in Kontakt kommen.

HMO: Verhinderung fachfremder Verwaltungsdiktate in der Medizin

In der HMO wird durch die «Gatekeeper»-Funktion die Rolle der Hausärzte aufgewertet und dabei auch das Kosten-Management hauptsächlich in die Hand der Ärzte gegeben. Wenn durch ein neues Anreizsystem Wirksamkeit und Effizienz gefördert werden sollen, so wird auf die täglichen Entscheide der Ärzte abgezielt.

Im konventionellen System sind diese Entscheide oft durch ungünstige Anreize gesteuert. Alle standespolitischen Beteuerungen einer hochstehenden medizinischen Versorgung ohne Bereitstellung entsprechender Evaluationsdaten werden auf die Dauer nicht genügen. Einige Kritiken von Seiten der Ökonomen und Politiker an der herrschenden medizinischen Praxis mögen einseitig und übertrieben sein, doch der Bedarf an medizinischer Versorgung hat in unserer Konsumismuskultur praktisch keine Grenzen, und dadurch sind die Mittel begrenzt. Falls die Ärzte sich aus diesem Problem heraushalten, führt dies dazu, dass andere Berufe die Grenzen markieren und dass Verwaltungen Finanzierungsregelungen treffen, welche medizinisch unsinnig sein können.

Die HMO, falls sie sich tatsächlich am Prinzip der «managed care» orientiert, bietet einen Ausweg aus diesem Dilemma, denn das Budget kann von den beteiligten Ärzten nach medizinischen Gesichtspunkten verwaltet werden. (Eines der Hauptprobleme in der HMO Zürich besteht gerade darin, dass die verantwortlichen Kassen das zentrale Konzept der «managed care» nicht begriffen haben.)

HMO: Förderung einer klinisch-epidemiologisch fundierten Praxis

Die HMO bietet insofern eine neue beruflich-fachliche Herausforderung, als Bewertungsmaßstäbe und Beurteilungsparameter für die Nützlichkeit und Relevanz medizinischer Massnahmen an Bedeutung gewinnen. Ein gesundheitlicher Nettonutzen ist nur zu erzielen, wenn eine Behandlung mehr Nutzen als

Schaden bewirkt, und dazu müssen alle erwünschten und unerwünschten Effekte einer gewissen Intervention berücksichtigt und quantifiziert werden. Ein einfaches klinisches Modell von Diagnose und Therapie genügt nicht, denn Diagnose per se bringt noch keinen Nutzen. Eine Diagnose kann nur nützlich sein, wenn relevante therapeutische Konsequenzen zu erwarten sind. Diagnostik ist auch unter Verwendung aller technischen Mittel mit Fehlern behaftet. Wird zu grosszügig diagnostiziert, so sind deshalb unerwünschte Wirkungen durch falsch positive Diagnosen oder durch diagnostische Risiken unvermeidlich. Das klinische Modell genügt auch dort nicht, wo zuerst alle somatischen Untersuchungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden, bevor zum Beispiel psychodiagnostisch vorgegangen wird.

Entscheidend ist nicht die klinische oder psychologische Natur eines diagnostischen Verfahrens, sondern der prädiktive Wert eines diagnostischen Kriteriums oder Verfahrens, das heisst die situationsabhängige diagnostische Aussagekraft, sowie allfällige therapeutische Konsequenzen. Während im klinischen Modell zum Beispiel Wert darauf gelegt wird, möglichst keinen Krebs zu «verpassen», bestünde die Kunst des Hausarztes ja auch darin zu sorgen, dass möglichst viele Menschen mit einem okkulten Krebs ohne Krebsdiagnose schliesslich an anderen Krankheiten sterben.

Solche Fragestellungen und Beurteilungsmethoden kommen aus dem Fachbereich der klinischen Epidemiologie. Will die Allgemeinmedizin als fachlich ansprechende Disziplin überleben und eine grössere Bedeutung erlangen, so muss sie neben klinischen Fertigkeiten vermehrt solche Fragen bearbeiten und sich zum eigentlichen Spezialgebiet für «managed care» entwickeln. Dazu gehört die kritische Evaluation von Spezialisten- und stationären Diensten und ein entsprechend rationaler Gebrauch solcher sekundär- und tertiärmedizinischen Einrichtungen.

Die HMO fordert zu solch einem Paradigma-Wechsel auf und sorgt gleichzeitig für die ökonomische Basis solcher Anstrengungen, denn der Arzt kann sich unabhängig vom heutigen unbeweglichen Tarifsysteem diesen Fragen widmen. Führen kritisches Denken und Kreativität bei einer Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung zu Verbesserungen, hat der Arzt eine grössere fachliche Befriedigung und wird auch finanziell honoriert. In dieser Beziehung bietet die HMO auch eine Chance, die fachliche Berufsfreiheit zu wahren oder dort zu retten, wo arbiträre Tarifabsprachen notwendige Veränderungen behindern. Da die Konzepte und das Wissen der klinischen Epidemiologie als Grunddisziplin einer Effizienzbeurteilung vorhanden und in internationalen Fachzeitschriften beschrieben sind und in Ländern wie England oder Holland zum Teil praktiziert werden, wird der Druck solcher Fragen zunehmen.

Mit den herkömmlichen Krankenkassen und deren Verwaltungsaufgaben hat eine HMO allerdings sehr wenig zu tun. Das Wegfallen von Abrechnungen nach Einzelleistungen dürfte in einer HMO deshalb wesentliche Einsparungen in der Versicherungsadministration mit sich bringen. Wird die Organisationsform der HMO genauer betrachtet, so ist nämlich evident, dass die Krankenkassen in ihrer heutigen Struktur als Rechnungsprüfer und -begleicher quasi überflüssig werden; das heutige «Know-how» und Personal der Krankenkassen wird in einer HMO gar nicht benötigt.

Die Initiative für HMOs sollte deshalb von Ärzteseite, vor allem von Allgemeinpraktikern, ausgehen.

Die HMO bietet deshalb eine Chance für die Allgemeinmedizin, die mindestens ausprobiert und sorgfältig verfolgt werden sollte. Eine gewisse Einschränkung der freien Arztwahl ist dabei ein möglicher Nachteil, welchem mögliche Vorteile gegenüberstehen. Das Ausmass von Vor- und Nachteilen kann erst im Experiment erfahren werden. Die Frage der freien Arztwahl in der Zukunft verdient auf jeden Fall eine pragmatische und ideologiefreie Annäherung. □

(Literatur beim Verfasser)