

Interview mit Prof. Thomas Rosemann

Damit der Hausarzt nicht zum «Aldi-Mediziner» wird

Professor Thomas Rosemann, seit acht Monaten Direktor des Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Zürich, plädiert für ein neues Selbstverständnis des Hausarztes als langfristig ausgerichteter Manager oder Koordinator von chronisch Kranken. Gleichzeitig beklagt Rosemann die Tendenz in Managed-Care-Modellen, zu stark auf die Kosten zu fokussieren: Damit würden die Ärzte Gefahr laufen, zu «Aldi-Medizinern» gestempelt zu werden.

Care Management: Herr Rosemann, was ist Ihr erster Eindruck von der Hausarztmedizin in der Schweiz?

Thomas Rosemann: Die medizinische Versorgung in der Schweiz geniesst einen exzellenten Ruf, dies gilt auch für die Hausarztmedizin ...

... Sie sagen «geniesst einen exzellenten Ruf». Haben Sie einen anderen Eindruck gewonnen und kaschieren dies mit der Höflichkeit des Gastes?

Nein, überhaupt nicht. Im Vergleich mit Deutschland und Holland – den beiden Systemen, die ich wirklich gut kenne – ist die hausärztliche Versorgung führend.

Wo sehen Sie Unterschiede zwischen diesen Ländern?

Die Hausarztmedizin in der Schweiz hat ein breiteres Spektrum. In Deutschland gibt es praktisch keine Praxislabors und kein Röntgen mehr. Umso bedauerlicher ist es, dass auch hierzulande von behördlicher Seite versucht wird, die diagnostischen Möglichkeiten zu beschneiden, zum Beispiel durch die Senkung der Labortarife. Es mag sein, dass eine einzelne Analyse in einem zentralen Labor günstiger ist als in der Praxis. Doch in der Gesamtrechnung kommt es teurer zu stehen: Der Patient muss zweimal kommen und fällt zweimal als Arbeits- oder Betreuungsperson aus. Ähnliches gilt fürs Röntgen: Die Gefahr der Überversorgung in radiologischen Zentren ist beträchtlich, schliesslich müssen die teuren Apparate amortisiert werden.

Ich gehe aber davon aus, dass Sie auch in der Schweiz Optimierungspotential sehen?

Natürlich, zum Beispiel bei der Betreuung von chronisch Kranken. Hier braucht es ein neues Selbstverständnis: der Hausarzt als langfristig ausgerichteter Manager oder Koordinator dieser Patienten. Dies würde dazu führen,

dass die Ärzte mehr vorausschauend handeln, die chronisch kranken Patienten proaktiv für die nächste Kontrolle aufbieten, statt zu warten, bis diese von sich aus kommen. Schade finde ich es ausserdem, wenn Entwicklungen aus dem Ausland unreflektiert übernommen werden, zum Beispiel DRG: Es gibt keine Evidenz, dass damit die gewünschten Effekte erzielt werden.



Thomas Rosemann

In der Zeitschrift «PrimaryCare» haben Sie über Ihre Zeit an der Universität Heidelberg geschrieben: «Im Mittelpunkt unserer Forschung stand immer, die Qualität des hausärztlichen Arbeitens zu dokumentieren.» Welche Forschungsschwerpunkte sehen Sie in der Schweiz?

Der erste Schwerpunkt ist gleich geblieben: die Qualität der hausärztlichen Leistung transparenter machen, Stichwort «Pay for Performance». In Grossbritannien, wo die Vergütung an die Qualität geknüpft ist, ist das Einkommen der Grundversorger knapp ein Viertel gestiegen. Voraussetzung ist allerdings, dass kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht, das heisst die Performance – also die Qualitätsindikatoren – sollte aus der Routinedokumentation ableitbar sein. Dafür sind allerdings die Praxen technisch aufzurüsten, Stichwort «Elektronische Krankengeschichte». Sinnvoll ist zudem die Verwendung der ICPC-Codierung.

«Es ist bedauerlich, dass auch hierzulande von behördlicher Seite versucht wird, die diagnostischen Möglichkeiten der Hausärzte zu beschneiden.»

Ein zweiter Schwerpunkt ist die Multimorbidität: Mit der Betreuung solcher Patienten können sich die Hausärzte ein eigenständiges Profil geben. Gerade das Aufeinander-Abstimmen von mehreren Therapien erfordert einen Arzt, der den Überblick hat und den Patienten kontinuierlich begleitet. Das kann und will der Spezialist alleine in der Regel nicht leisten. Ziel muss es sein, die

Hausarztpraxis als Medical Home zu positionieren, als «medizinische Heimat», in die die Leute immer wieder zurückkehren, weil sie dort umfassend und individuell betreut werden.

Die Schweiz gilt – zumindest in Europa – als Entwicklungswerkstatt für Managed Care, namentlich in der Grundversorgung. Sehen Sie das bestätigt?

Ja, ich kann das nur unterstreichen. Der Bottom-up-Ansatz der Schweiz, wo die Grundversorger die Managed-Care-Bewegung antreiben, erachte ich als wegweisend. In Deutschland dagegen sind es vor allem Klinikgruppen, die Grundversorger anstellen oder Praxen aufkaufen, um Managed-Care-Konzepte umzusetzen. Allerdings: Wie zukunftstauglich Managed Care ist, wissen wir auch in der Schweiz nicht, da viele notwendige Daten fehlen.

Managed Care, namentlich im Verständnis der Krankenversicherer, wird mit Kostensparen gleichgesetzt. Das ist für Hausärzte aber nicht erstrebenswert?

Tatsächlich ist der Fokus viel zu stark auf die Kosten ausgerichtet. Und tatsächlich setzt sich der Managed-Care-Arzt dem Ruf aus, das Gleiche zu machen wie die anderen Ärzte, nur günstiger. Damit läuft er aber Gefahr, zum «Aldi-Mediziner» gestempelt zu werden. Wer es sich leisten kann, geht hingegen in die «Feinkost-Praxis».

Was ist zu tun, damit der Hausarzt nicht zum Discounter des Gesundheitswesens wird?

Die Hausärzte müssen konsequent die Qualität ihrer Arbeit in den Vordergrund stellen. Umso mehr, als hohe Qualität und Kostenbewusstsein durchaus vereinbar sind. Das Problem ist aber, dass die Kostenerhebungen nach wie vor viel zu eng gefasst sind: Betrachtet wird die unmittelbare medizinische Leistung, statt dass eine längerfristige gesamtwirtschaftliche Rechnung gemacht wird.

Was antworten Sie vor diesem Hintergrund einem Assistenzarzt oder einer Assistenzärztin auf die Frage: «Herr Rosemann, weshalb soll ich mich auf Hausarztmedizin spezialisieren? Was macht diesen Beruf in 10 oder 15 Jahren attraktiv?»

Das Gleiche wie heute: die Vielseitigkeit der Arbeit. Zudem ist der steigende Frauenanteil als Chance zu sehen, denn diese Frauen haben neue Lebensplanungen, wollen eine bessere Work-Life-Balance.

Kann die Work-Life-Balance beim Hausarzt oder der Hausärztin wirklich besser werden? Schliesslich würden die Patienten am liebsten sieben Tage rund um die Uhr Termine wahrnehmen. Da haben es die Spezialisten doch besser: Sie können ihre Apparate sehr präzise zwischen 8 und 18 Uhr belegen.

**«Die Hausärzte müssen konsequent
die Qualität ihrer Arbeit in den Vordergrund
stellen.»**

Das Bild des Hausarztes, der bei Nacht und Nebel durch den Schnee zu einer Alphütte stapft und ein Kind entbindet, ist veraltet. Trotzdem schreckt die Notfallversorgung viele ab, deshalb muss sie überdacht werden. Neue Konzepte sind gefragt, zum Beispiel Notfall- oder Walk-in-Praxen. Auch die differenzierte Aufhebung des Zulassungsstopps – Aufhebung für Grundversorger, keine Aufhebung für Spezialisten – würde die Arbeit von Hausärzten attraktiver machen.

Könnten auch Managed-Care-Konzepte und stärkere Vernetzung die Bedeutung der Grundversorgung erhöhen?

Auf jeden Fall. Die Vernetzung macht viele innovative Ansätze erst möglich, zum Beispiel im Chronic Care Management.

Interview: Urs Zannoni

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann (PhD)
Institut für Hausarztmedizin
Universitätsspital
8091 Zürich
thomas.rosemann@usz.ch