

Freiheit und Kontrolle – was brauchen wir, um gute Arbeit zu leisten?

Walter Oswald
Beat Künzi



W. O.

Die medizinische Grundversorgung wird in der Bevölkerung als Teil «der Medizinindustrie» wahrgenommen. Diese wird in ihrem Gesamtnutzen zunehmend ambivalent erlebt und als medizinischer «Overkill» kontrovers beurteilt.

Einerseits ist da die *Faszination* des Konsums und der *Wahn* der Machbarkeit. Medizinische Dienstleistungen sind heute sehr attraktiv, leicht zugänglich und führen tendenziell zur Medikalisierung der Bevölkerung.

Auf der anderen Seite stehen die *Kosten*. Ihr Stellenwert wird von vielen Ärzten (als Nochgutverdiener) unterschätzt. Krankenkassenprämien, Franchisen und Extraleistungen fressen dem Normalverbraucher ein grosses Loch ins Budget. Da er einigermaßen gesund ist, hat er dafür keinen Gegenwert, nicht einmal die Sicherheit, vor schwerer Erkrankung gefeit zu sein. Die wirkliche Bedrohung erlebt er schon längst an einem anderen Ort: am Arbeitsplatz als Stress und Mobbing, privat als Suchtverhalten und als Schwierigkeiten im sozialen Kontext.

Wo hat hier das *Selbstbild* der Grundversorgung seinen Platz? Hausärztliche Arbeitskonzepte: «abwartendes Offenlassen», Beziehungspflege, Verbindlichkeit, vorausschauende Konstanz, Sozialarbeit, «Empowering» und «Enabeling» sind unspektakulär. Versuche zur Kostenregulierung (Managed Care) sind zuwenig effizient und – bei fehlender Partizipation des Patienten – oft kontraproduktiv.

Braucht es für unser Selbstbild mehr «rationale Evidenz» oder mehr «emotionale Intelligenz»? Wieviel hausärztliche Führung (Coaching) erträgt der «Markt»?

Auch wir HausärztInnen haben *kein Konzept* für das Dilemma und bieten *keine Lösung*. «Die Materie sei halt komplex. Aber nur wir als Ärzte könnten das wahre Wohl des Patienten schützen.» Dignität wird zu Cash. Es geht aber um Klärung von Sinn und Ziel der medizinischen Versorgung, der verfügbaren Mittel und des sinnvollen Einsatzes. Dass wir hier nichts vorlegen, wird von der

Öffentlichkeit als Verweigerung empfunden, als Finanzfilz und als *Machtmissbrauch*.

Der Exekutive muss sich einmischen, *Kontrollen* anordnen, muss Korrekturen suchen, die das System regulieren. Die Mediziner finden die Kontrolle von Kosten und Entscheidungswegen eine Zumutung, mangelnde *Wertschätzung* einer komplexen Arbeit. Die Ärzteschaft «rächt» sich, indem sie die Komplexität betont. Kampf statt Kooperation. Die Patienten entziehen sich durch Medizintourismus. Viele ÄrztInnen reagieren mit einem Burnout oder steigen aus.

Die Standesorganisation FMH hat den Konflikt erkannt. Sie setzt auf Änderung in der *Struktur* von Aus- Weiter- und von Fortbildung sowie der Leistungsverrechnung. Das reicht natürlich nicht, denn ein Wandel der Struktur ist kein Beweis für die *Wirksamkeit* und kein Beweis für den Sinn von ärztlichen Massnahmen. Das ist als *Rechenschaft* und als Kooperation mit den Kontrollbehörden (EDI, BSV, Versicherungen) ungenügend.

Der *gemeinsame Nenner* von Rechenschaft, Kostenkontrolle, Glaubwürdigkeit und Selbstbild wäre, wenn wir unsere Entscheidungswege offenlegen und sie verhandeln könnten. Dazu müsste man uns trauen können. Hier liegt der Hund begraben: Man traut uns nicht mehr zu, dass wir aus unseren Fehlern *lernen können*. Lange haben wir Ärzte so getan, als ob «die Medizin» keine Fehler und keine Fehlentscheide macht, und immer nur von «Fortschritten» gesprochen. Das Dogma «Kunstfehler» hinderte uns, rechtzeitig umzulernen. Auch überliessen wir es den Medien, Berichte anzulegen über Hysterektomien usw., die nicht nötig waren. Als Fachleute dürfen wir aber keine *Verantwortung* scheuen, unsere Fehler wahrzunehmen. Es ist so viel einfacher, die gute Absicht und die Qualität der Arbeit zu *beschwören*, als sie zu hinterfragen und den Nutzen für den Patienten zu verbessern.

Im komplexen Gesundheitsmarkt bewährt sich das Konzept des selbstlernenden Systems [1]. Das «*selbstlernende System*» anerkennt, dass es sich im eigenen Interesse selber verbessern und verändern will. Es lässt sich hinterfragen, lernt aus den Fehlern, zieht die Konsequenzen, lässt neue Ideen zu und kontrolliert den Effekt, indem es die Auswirkungen dokumentiert und in Frage stellt. Alles mit der Triebfeder, sich rechtzeitig und im Einklang mit bewährten Erfahrungen auf

Beat Künzi und Walter Oswald sind Hausärzte und Mitarbeiter der SwissPEP, Programme zur Evaluation ärztlicher Praxis.

Dr. med. Beat Künzi
Dr. med. Walter Oswald
SwissPEP
Mattenstrasse 9
CH-3073 Gümligen
E-mail: info@swisspep.ch
Internet: http://www.swisspep.ch

neue Anforderungen einzustellen und Neues entstehen zu lassen.

Wir HausärztInnen können beweisen, dass wir lernfähig sind. Dass wir uns mit der Beurteilung unserer Arbeit ernsthaft *auseinandersetzen*. Dass wir die Kritik und die (vorübergehende) Kontrolle nicht scheuen, besonders nicht die Beurteilung durch unsere Kollegen und *Patienten* [2]. Wir haben gemerkt, dass wir lebenslang von unseren Patienten lernen wollen. Weil wir nur so erkennen, was in unserer Arbeit Sinn macht, was uns die Wertschätzung und die Befriedigung erhalten kann, die wir aus unserer Arbeit zurückbekommen. Das ist der Weg, wie unsere Patienten zum Mitentscheid und zur *Mitarbeit befähigt* werden. Wo wir zur rechten Zeit erfahren, was zur jeweils verbindlichen, «zweckmässigen» Versorgung gehört und was man besser unterlassen würde.

Aber erst wenn diese «interne Verbesserungskultur» nach aussen hin sichtbar wird, dann wird die externe Kontrolle sinnlos, da Transparenz, Anpassung an die Bedürfnisse und Verbesserung schneller erkannt und realisiert sind, als sie von aussen vorgeschlagen werden können.

Was wir also brauchen, sind äussere Zeichen für andere, die ihnen zeigen, dass wir lernfähig sind. Dass wir bereit sind und die Konsequenz ziehen aus der Undurchsichtigkeit der heutigen komplexen Medizin. Wir brauchen die Freiheit und den Mut, uns und unsere Nützlichkeit zu hinterfragen, auch wenn es manchmal schmerzhaft wird.

Wenn wir aber zeigen, dass wir uns im Fortschritt sonnen und nicht begreifen, dass wir neue Zeichen setzen müssen, dann ist es höchste Zeit, dass andere uns kontrollieren und uns zeigen, was von uns verlangt wird.

Literatur

- 1 Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care. Bruxelles: Council of Europe; 1997.
- 2 Grol R, Wensing M for the EUROPEP group. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Mediagroep KUN/UMC. Neijmegen, 2000.
- 3 Helft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. N Engl J Med 2000;343:293–5.