

Vom «sehr offenen soziologischen Modell» zur geschlossenen Geschäftsform mit offenen Fragen

Ärztliche Netzwerke als Modeerscheinung?

Jindrich Strnad

In der Schweizerischen Ärztezeitung trifft der Jurist Mark Ita eine theoretische Einordnung der Netzwerke und weist am Beispiel von *med-swiss.net* auf einige praktisch-rechtliche Gesichtspunkte verwirklichter Ärztenetzwerke hin [1]. Sein Artikel, aus welchem kursiv zitiert wird, wie das Grundlagenpapier von *med-swiss.net* [2] ermöglichen Einblicke in den wenig präzisen Umgang mit dem Begriff *Netzwerk* und in potentielle Probleme dieser von einigen fachinternen wie externen Kreisen als Modell propagierten Betriebsformen.

Netzwerk als Ausdruck des postmodernen Denkens

Hinweise auf die *Systemtheorie* und *postmodernes Denken*, wie auf tatsächlich erweiterte Möglichkeiten vernetzter Datenoperationen suggerieren, dass in diesen *komplexen Wechselwirkungen* nicht nur Daten, sondern auch die Menschen *verknüpft* würden, und Innovatives entstehen könnte. Das ist prinzipiell richtig, nur wird damit noch nicht klar, was denn da entsteht. Die Bemerkung im genannten Artikel, *zwischenmenschliche Beziehungen* seien *schneller und informeller* geworden, ist dabei so schwerwiegend wie aufschlussreich. Wie *zwischenmenschliche Beziehungen* ohne Veränderung ihrer Qualität beschleunigt werden können, ist schwer erklärbar. Eher kann die Frequenz der Kontaktaufnahmen zwischen den Menschen erhöht werden, und in der dann noch zur Verfügung stehenden Zeit wird das Gehirn auch des postmodernen Menschen öfters eben weder die Form noch potentiell entstehende *Beziehungen* und Verantwortlichkeiten angemessen berücksichtigen können. Eine *Beziehung*, als zwischenmenschlicher Umgang mit erhöhtem Verbindlichkeitsgrad, erfordert nach wie vor Konzentration und Zeit, und von der Theorie her betrachtet entstehen dann scheinbar paradoxe Phänomene wie die Isolierung von Individuen und Gruppen in der *verknüpften* Gesellschaft.

Kurzum, das Neue enthält noch keine ethische Legitimierung seiner selbst. Die angestrebte, implizit positive Innovation in wichtigen Lebensbereichen kann nur stattfinden, wenn sie sich auf präzise gefasste Modelle stützt, welche auch wesentliche Qualitäten mensch-

lichen Denkens und Verhaltens genügend beachten.

Netzwerk als ein sehr offenes soziologisches Modell und/oder eine Organisation?

Der Begriff *Netzwerk* umschreibe – *sehr offen – gesellschaftliche Beziehungsgeflechte* und *die soziale Interaktion*. Mit diesen Definitionsmerkmalen kann der Begriff allerdings nicht in der Soziologie bleiben und tut es auch nicht. *Ein Netzwerk kann eine Organisation sein, muss aber nicht*, lesen wir zur Illustration. Unklar bleibt zunächst, wie solch ein Netzwerk *verfallen* sollte oder einen Boden für wertvolles kreatives Handeln im Kollektiv darstellte, denn es hat ja keinen aus der Definition ableitbaren ethischen Wert. Offenbar wirkt da ein Glaube, dass dem wahren *Netzwerk* eine positive inhärente Kraft und ein ethischer Wert eigen seien, ohne dass diese definitiv erfasst zu werden bräuchten. Solche Kräfte können da wirken, allerdings auch andere.

Ärzte, welche nach der Idee *Wir-kennen-uns-und-arbeiten-gerne-zusammen* vorgehen, entsprechen somit zunächst dem Netzwerkgedanken nicht weniger als ihre Kollegen in betrieblichen Organisationen. Engere Definitionsversuche werden am Beispiel von *med-swiss.net* diskutiert. Da handle es sich bei *ärztlichen Netzwerken* um *formelle Organisationen, welche gegen Entgelt Patienten behandeln*. Der in Klammern beigefügte Text lautet: *Erbringen von Gesundheitsleistungen, die auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind*. Dieser Ausschnitt entstammt der «zusammenfassenden Definition von Ärztenetzwerken» im Grundlagenpapier der Organisation *med-swiss.net* und kann offensichtlich nicht ganz dasselbe bedeuten. In diesem Grundlagenpapier lässt sich der Kristallisationsprozess des von der Theorie her offenen Netzwerkes weiter verfolgen. Ein «wesentliches Merkmal der Versorgungsnetze (sei) der Wille, die Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu steuern». Diese Worte verheissen eine Hierarchisierung und Ausrichtung des Netzwerkes auf ein Zentrum hin (oder nicht?), wenn auch weiter im Text geschrieben steht, es sei der «persönliche Netzarzt», welcher alle notwendigen medizinischen Behandlungen

Korrespondenz:
Dr. med. Jindrich Strnad
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Bahnhofstrasse 7
CH-2502 Biel-Bienne
Tel. 032 323 70 70
Fax 032 323 70 74
jstrnad@lanlink.ch

«aus einer Hand koordiniere». Koordinieren ist normalerweise nicht ganz dasselbe wie Steuern. Mark Ita als Jurist folgert bei der Analyse der in der Schweiz existierenden Rechtsformen, dass vor dem Hintergrund geltender Gesetze das Programm von *med-swiss.net* im Endausbau faktisch zu einer *Aktiengesellschaft* führen müsse. Die Autoren des Grundlagenpapiers schreiben unbestimmter, dass «juristischer Rat rechtzeitig einzuholen sei», «demgegenüber spiele die Rechtsform der Netzwerke eine weniger bedeutende Rolle, es kämen alle Rechtsformen in Frage, entscheidend seien der Organisationsgrad und die verfolgten Ziele». Bei «Netzwerken mit Budgetmitverantwortung» hätten sich Aktiengesellschaften als zweckmässig erwiesen. Zu lesen ist im Grundlagenpapier auch, «Die Integration von Taggeld-, Lebens-, Pflege-, und Invalidenversicherungen bleibt ein langfristiges Ziel» oder, die Ärztenetzwerke seien «Versuchsfelder», würden «Pionierarbeit» machen und seien «anerkannte Systeme zur Qualitätssteuerung (sic!) und Kostenlenkung». In jedem Falle wird der *fluide soziologische Begriff* natürlich festgelegt, wie es Mark Ita formuliert. Nachvollziehbar sind auch die Bedenken des juristisch tätigen Autors.

Richtiges und falsches «Netzwerkdenken»

Mark Ita bringt den wichtigen Hinweis an, in solchen straff organisierten Netzwerken würden *Beziehungen formal verdichtet, welche von ihrer Natur her dazu nicht geeignet oder reif seien*. Das ist sehr richtig. Eine fachlich bessere Behandlung der Patienten bleibt zunächst einmal an einen erhöhten Kenntnisstand des behandelnden Arztes gebunden und dessen Erreichen stellt eine lange, kontinuierliche und vor allem auch eine nicht delegierbare Anstrengung dar. Ein System kann ihm diese Arbeit bestenfalls erleichtern (umgekehrt aber auch erschweren), sicher jedoch nicht abnehmen. Die Bemerkung, ein *System, in welchem das Preis-Leistungs-Verhältnis für den Patienten/Versicherungsnehmer kaum spürbar und durch die Auswahl der Leistungserbringer kaum beeinflussbar ist, es auch für die Ärzte schwierig (sei), eine neue Betriebsform zu finden, bei welcher sich der Innovationsaufwand – im Vergleich zu herkömmlichen Praxen – in einem messbar höheren Ertrag auszahlt* und solch ein System biete *kleine Anreize zu Veränderungen auf der Seite der Patienten wie auch der Ärzte*, ist ökonomisch durchaus zutreffend, erfasst den Gegenstand jedoch nur unzureichend. Der Arzt wird nicht einfach die kreative Suche nach neuen Betriebsformen in den Vordergrund stellen können, und in der Regel sind ihm auch ideale Werte nicht ganz fremd.

Dabei gibt es gute Gründe, das traditionelle Praxismodell nicht grundlegend zu reformieren. Wie Mark Ita erwähnt, führen sogar ökonomische Vergleiche zwischen Einzelpraxen und Organisationen keineswegs schlüssig zur Feststellung einer Überlegenheit kollektiver Betriebsmodelle.

Mit ... *die Idee dahinter ist, dass alle Beteiligten, d.h. Patient, Versicherer und Arzt, Gewinner des Systems werden – der Patient erhält eine bessere Behandlung und eine günstigere Prämie, der Versicherer spart Geld und kann dadurch günstigere Prämien anbieten, der Arzt wird für seinen Einsatz mit einer Gewinnbeteiligung entschädigt* greift Mark Ita eine der beliebten Visionen auf. Die Verwirklichung solcher Vorstellungen in einer Welt überall vorhandener Grenzen und Anstrengungen ist wunderbar und entbehrt nicht entsprechender Anziehungskraft.

Können nun Patienten, Ärzte und Versicherer zu ökonomischen Gewinnern werden und die Behandlung erst noch verbessert werden? Wenn man sich vergegenwärtigt, dass alle krank werden können, praktisch alle Erwachsenen Beiträge an den Staat und an die Versicherungen zahlen, reale fachliche Innovation etwas kostet, und für die ganze Gesellschaft ökonomisch bedeutsame Hintergründe instabil sind, zeigt sich in der Wahl der Parteien und der Problemstellung ein abstraktes Konstrukt. Durchaus können jedoch einige Ärzte, Patienten und Versicherer gerade dank der Tatsache, dass sie kein geschlossenes und eindeutig definiertes Gebilde innerhalb der Gesellschaft darstellen, Gewinne erzielen. Ein Subsystem, also auch ein *Netzwerk*, kann Umverteilungen erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen. Dass dabei an einem anderen Ort in der Gesellschaft komplementär die Zahl der ökonomischen Verlierer wachsen kann, ist naheliegend. Indem Mark Ita schreibt, *eine Problematik ergibt sich aus der Frage, ob solche Netzwerke nicht Organisationen darstellen, welche internen Marktabsprachen dienen und je nach Grösse zu exklusiven Vereinigungen werden, welche den kartellrechtlichen Tatbestand der «unzulässigen Wettbewerbsabreden» erfüllen*, weist er deutlich auf einige Gefahren hin. Evident ist, dass gerade bei der Bildung von Subsystemen die Verantwortung gegenüber dem Ganzen wachsen muss, soll das Handeln gewisse ethisch vertretbare Grenzen nicht verlassen. Gleichzeitig ist aus rationalen Gründen die Gesellschaft gefordert, den Subsystemen stets eine ausreichende Aufmerksamkeit zu widmen.

Das Modell von *med-swiss.net* scheint eine Reihe von Ärzten zu interessieren. Dagegen ist nichts zu sagen. Nur darf nicht vergessen gehen,

dass solche Organisationen und Programme ihrer Natur nach Betriebsformen sind, welche Betriebsabläufe im günstigen Falle erleichtern und gegenüber einer Einzelpraxis einige Vorteile aufweisen können, welchen auch Nachteile gegenüberstehen. Selbstverständlich ist, dass solche Netzwerke sich in einem Rechtsstaat ins bestehende Gefüge der Strukturen und Regulative einzufügen haben. Die Steuerung des Gesundheitswesens, fachliche Innovation in der Medizin und ein wesentlicher Beitrag zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung sind eindeutig anderen Stellen anvertraut, wie den entsprechenden politischen Instanzen, Universitäten und fachlichen Ärzteorganisationen. Der Lockruf des *Netzwerks* sollte nicht zum unkritischen

Vorurteil führen, eine zusätzliche Vernetzung löse selbstredend wesentliche Probleme im Gesundheitswesen oder führe sogar stets zu besseren Behandlungen. Im ungünstigen Fall kann die Zunahme der Komplexität zur Verschleierung von Grenzüberschreitungen beitragen und dazu führen, dass für das Gesamtgefüge vertretbare Ansätze erschwert werden. Da wäre dann wahrhaftig kein Netzwerk das richtige Netzwerk.

Literatur

- 1 Ita M. «Netzwerke» – eine theoretische Einordnung. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(38):2192-7.
- 2 www.med-swiss.net/Grundlagenpapier/pdf.

A propos de «Bruits d'enfants» de Bruno Kesseli [1]

De quels bruits parle-t-on? Une réaction

Céline Gür Gressot

Nous souhaitons réagir au pamphlet sus-cité qui, nous semble-t-il, dévie de sa cible même s'il interroge l'image et le fonctionnement d'une certaine société convenue et bien pensante.

Oui, les enfants bougent et font du bruit, leur vitalité va de pair avec leur développement, ils sont déjà les constituants de nos sociétés de demain. Alors de quel bruits parle-t-on: de bruits qui appellent une relation ou de bruits qui tournent à vide et se perpétuent, ou encore, de bruits rumeurs qui brouillent les esprits? S'agit-il de bruits d'enfants excités et contents ou d'enfants agités, agressifs et tristes?

Il nous paraît essentiel de reconnaître, tolérer et contenir l'énergie vitale, faite d'appétence et d'agressivité, de l'être humain en devenir. C'est cette énergie que Freud a nommée pulsion en lui conférant une qualité «psychosexuelle», associant psychisme et sexualité, pour qualifier ce qui va amener le petit d'homme à nouer ses relations avec autrui.

Dans cette discussion, il est important de ne pas confondre cette «énergie vitale» avec une agitation-décharge, sans but relationnel, qui trop souvent résulte d'une difficulté répétée à gérer et à organiser cette énergie, cette excitation pulsionnelle, sous une forme relationnelle et psychique. A défaut de s'organiser de façon relationnelle, l'agressivité risque d'aboutir, entre

autres, aux troubles du comportement dont on parle tant de nos jours.

La capacité des parents à favoriser le développement personnel de leur enfant est très tôt mise à l'épreuve et implique leur propre sentiment de sécurité. Laisser s'endormir seul leur enfant, dès son plus jeune âge, le laisser jouer, favoriser sa rêverie, non loin d'une présence rassurante, tout en maintenant des limites fermes qui tiennent compte des différences des sexes et des générations, autant que des caractères propres à l'enfant: tous ces gestes visent un développement adapté à l'âge et au potentiel de l'enfant.

La parentalité, marquée par le bagage transmis par les générations précédentes, devrait ainsi permettre d'engager une éducation cohérente et rassurante. A une époque où le cadre familial se complique de mille façons et où s'affichent différentes versions de troubles du comportement au cours du développement, il paraît essentiel de mettre l'accent non sur la stigmatisation mais sur la prévention, en promouvant les structures de soutien à la parentalité et au développement, telles que crèches et consultations de guidance parentale et infantile. Comme le fait remarquer l'auteur, notre époque s'attache à la performance davantage qu'aux exigences et interdits, qui avaient jusqu'ici valeur de réassurance, à nous de leur rendre droit de cité.

Dr Céline Gür Gressot
Spéc. FMH Psychiatrie-Psychothérapie Enfants, Adolescents, Adultes
4 ch. de la fontaine
1224 Chêne-Bougeries

Les études de R. Tremblay et collaborateurs ont pu montrer que la majorité des enfants qui présentent un pic d'agressivité physique autour de leurs deux ans, apprennent à recourir à d'autres réactions à la frustration avant d'entrer à l'école. Il semble donc qu'il existe une période sensible, qu'on peut situer entre trois et quatre ans, pour leur «apprendre» non pas à réprimer, mais à transformer leurs comportements agressifs. La question n'est plus de savoir comment les enfants apprennent à agresser en grandissant, mais de comment leur donner l'occasion de ne pas agresser, d'entrer en relation différemment. Il s'agit, comme nous le disons, de reconnaître cette période d'agressivité normale des toutes premières années, pour l'aider à se transformer et soutenir le développement en entier. Contenir l'agressivité signifie lui donner une orientation psychique, relationnelle et non la réprimer sans but. C'est ce que les psychanalystes ont souligné quand ils ont parlé de capacité de «re-foulement» et de «période de latence» chez l'enfant, féconde pour ses apprentissages.

Réfléchir à ces questions, toutes comportementales qu'elles soient, nous semble prioritaire au moment où l'on parle de prévenir l'agressivité chronique et la violence qui en découle. La récente levée de boucliers d'une partie des professionnels français de la petite enfance suite au bilan d'expertise de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) engagé en France sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, avec parmi ses experts R. Tremblay, nous semble ainsi particulièrement contre-productive. Ce travail, qui devra viser une action préventive précoce, semble compris dans

certain milieux (tels qu'ils se sont exprimés au cours des derniers mois dans le journal «Le Monde») comme une stigmatisation, voire un futur classement de potentiels délinquants précoces, alors qu'il est urgent de mieux comprendre les tenants et aboutissants de difficultés évolutives, autant comportementales que relationnelles.

Pour notre part, il nous semble possible et cohérent de faire coexister une représentation du psychisme humain, très précocement engagée dans le développement, avec des mesures et des études comportementales orientées vers la guidance, qui tiennent compte des difficultés relationnelles vécues par de nombreux parents et enfants actuellement. Remarquons en outre, que les enfants qui n'ont d'autre recours que les comportements agressifs présentent aussi des troubles de l'affect et cela devrait contribuer à notre réflexion.

Références

- 1 Kesseli B. Bruit d'enfants. Bull Méd Suisses 2006; 87(5):198.
- Gimenez C, Blatier C. Etude de l'agressivité physique chez le jeune enfant: comparaison d'une population française et d'une population canadienne. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2004;52:104-111.
- Nau J-Y. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent: que doit faire la médecine?(1-4). Rev Méd Suisse 2005; 1 (35, 36, 38, 39): 2296; 2360-1;2488;2553.
- Tremblay RE. Decade of behavior distinguished lecture: development of physical aggression during infancy. Infant Ment Health J 2004;25(5):399-411.