

Wünsche für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*

Fazit ein Jahr nach einem Referat: ein Dutzend «Wünsche», die inzwischen teilweise von verschiedenster Seite zum Thema gemacht wurden. Abgeschmettete Motionen sind zwar politischer Alltag, erfüllte Wünsche regen an, mit Optimismus in die Zukunft zu blicken.

Benedikt Horn

Interessenverbindungen:
Hausarzt i. R., während 25 Jahren
in der Lehre tätig, AHV-Rentner,
kein Sponsoring.

Der Generalist: Wegweiser und Bezugsperson

Die enormen Möglichkeiten und Herausforderungen der modernen Medizin machen eine weitgehende Spezialisierung und Aufteilung fachlicher Kompetenzen unabdingbar. Spektrum und Häufigkeitsverteilung von Krankheiten, Unfällen und Befindlichkeitsstörungen im ärztlichen Alltag rufen aber zwingend nach Generalisten, die mit hoher Sach- und Fachkompetenz eine erste Beurteilung vornehmen und die Patienten – falls überhaupt nötig – erst nach einer primären Triage unter Berücksichtigung des eminent wichtigen und kostensparenden Faktors «Zeit» und ersten (notfall-)therapeutischen Massnahmen im richtigen Zeitpunkt an den richtigen Spezialisten überweisen. Dies ist keinesfalls eine subalterne Lückenbüsserarbeit, sondern eine Tätigkeit, die nebst sehr breitem Wissen und Können auch sehr hohe kommunikative Kompetenz verlangt. Je komplexer die Medizin und je aufwendiger die Abklärungen, umso wichtiger wird der Generalist als Bezugsperson und Wegweiser. Insbesondere auch Notfallstationen müssen «Oasen des Generalisten» bleiben, das Sparpotential (bei kompetenter Leitung) ist immens! Nachdem sich in der Schweiz alle medizinischen Fakultäten bemühen, ihre Studierenden nun auch bei Hausärzten in der Praxis auszubilden, damit wir in zehn Jahren wieder genügend Grundversorgerinnen haben, würde es BAG und Versicherern gut anstehen, Probleme nicht nur zu «outen», sondern sicherzustellen, dass dem Hausarzt nicht ein Standbein nach dem andern (Praxislabor, Medikamentenabgabe) amputiert wird.

Jede Leistung kostet ...

Je ein Beispiel aus Dienstleistung, Lehre und Forschung mag genügen.

- Gesundheitsgesetze und Standesordnungen schreiben ausdrücklich vor, dass Ärzte mit Praxisbewilligung *Notfalldienst* leisten müssen.

Vœux pour l'avenir de notre système de santé

Après une maturation d'un an, la version abrégée de la dernière partie d'un exposé intitulé «Abschied von der Medizinischen Fakultät Bern – Rückblick und Ausblick» (Prise de congé de la faculté de médecine de Berne – Rétrospective et perspectives) est publiée dans une revue axée sur la politique professionnelle, parce que les «vœux» qu'elle contient *ne s'adressent pas* expressément aux seuls médecins de premier recours et qu'il ne s'agit pas non plus d'un article de formation continue. On y trouve, au premier plan, des questions et des pensées constructives et nullement un «règlement de compte» avec le passé. Conclusion après une année: il vaut la peine de mettre certains problèmes sur le tapis, de nager à contre-courant et de ne pas se taire. Une douzaine de «vœux» qui sont devenus entre-temps des thèmes de discussion dans des milieux les plus divers. Certes, les motions repoussées froidement font partie du quotidien politique mais les vœux exaucés incitent à envisager l'avenir avec optimisme.

Wenn in der Schweiz dieses System der spital-externen, überaus kostengünstigen ärztlichen Erstbeurteilung und Erstbehandlung (entspricht oft der definitiven Behandlung und raschen Heilung) weiterhin funktionieren soll, muss der dienstleistende Arzt auch korrekt bezahlt werden. Krankenkassen, BAG und BSV tun gut daran, die Warnrufe der Ärzteschaft über mögliche dramatische Konsequenzen

* Diese Publikation einer gekürzten schriftlichen Fassung des letzten Teils eines Referates «Abschied von der Medizinischen Fakultät Bern – Rückblick und Ausblick» erfolgt nach einer «Reifephase» von einem Jahr. Die «Wünsche» werden in einer standespolitisch orientierten Zeitschrift publiziert, da sie sich ausdrücklich nicht nur an die Grundversorger richten und es sich auch nicht um einen Fortbildungsartikel handelt. Im Vordergrund stehen Fragen und konstruktive Gedanken und keinesfalls eine «Abrechnung» mit der Vergangenheit. Fazit nach einem Jahr: Es lohnt sich, Probleme zu hinterfragen, auch gegen den Strom zu schwimmen und nicht zu schweigen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Benedikt Horn
Marktgasse 66
CH-3800 Interlaken
dr.horn@tcnet.ch

- jetzt ernst zu nehmen und nicht erst, wenn es zu spät ist. Ein Tarif, der zum Überleben von Familie und Praxisteam tägliche kleine Schummeleien nahelegt, ist ein in hohem Grad unethischer und damit inakzeptabler Vertrag.
- *Lehre*: Immer wieder wird davon ausgegangen, dass Zusatzleistungen bei gleicher Qualität ohne Mehrkosten möglich seien, ein fataler Irrtum: Das in Bern für die ersten drei Studienjahre bewährte System des problemorientierten Lernens (PBL) in Kleingruppen ist bezüglich personeller und räumlicher Ressourcen sehr aufwendig. Dass dies nicht gratis sein kann, ist an sich logisch.
 - Ein *Forschungsstandort Schweiz*, der nicht nur existieren, sondern attraktiv bleiben soll, braucht genügend finanzielle und personelle Ressourcen, sonst verdurstet unsere Forschung. Politiker und Steuerzahler haben andererseits ein gewisses Recht auf allgemeinverständliche Information über die Resultate dieser Forschung und auf faire Zahlen über die nötigen Mittel. Berichte, wonach Pharmaunternehmen mehr Geld in Werbung investieren als in die Forschung, schaden der Vertrauensbildung.

Pflegeberufe und Ärzteschaft

Wer während seiner Aus- und Weiterbildung von zahlreichen Krankenschwestern (heute Pflegefachfrauen) und einigen Pflegern bezüglich Fertigkeiten («Können», «Skills») viel gelernt und dies mit «bedside teaching» abgegolten hat, bringt für Grabenkriege zwischen Pflegenden und Ärzteschaft wenig Verständnis auf. Diese Konflikte wirken sich auf die Betreuung der sich uns anvertrauenden Patienten negativ aus, und sie binden enorme personelle und finanzielle Ressourcen. Es ist in der Tat so, dass eine dem Ausbildungsstand entsprechende Unsicherheit bei Studierenden und Assistenten nicht selten zu einer gewissen Überheblichkeit führt. Es geht darum, Konflikte im Keim zu orten und im persönlichen Gespräch zu lösen, Kompetenzen abzugrenzen, anzuerkennen und zum Wohle der Patienten einzusetzen. Eine Supervision ist dazu nicht a priori nötig, Probleme können auch unnötig zerredet werden. Im spitalexternen Bereich (Spitex und Hausärzte) scheinen Konflikte, die zu unüberwindlichen Hindernissen anwachsen, seltener zu sein: Viele in diesem Bereich Tätige sind etwas älter, Illusionen und Realität halten sich die Waage, eine gesunde Distanz zueinander erlaubt, gegenseitig die Arbeit anzuerkennen und zu schätzen. Im Spitalalltag, wo man sich dauernd sieht, entstehen sofort mehr Konflikte.

Ein Thema, das für viele ärztliche Standespolitiker ein rotes Tuch ist: «medics» oder «nurse practitioners». Weltweit leisten motivierte und oft im Schnellverfahren gut ausgebildete Pflegenden anspruchsvollste Arbeit im ambulanten medizinischen Alltag. Es handelt sich um eine ausgewählte «Elite» geeigneter Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung besonders in drei Bereichen: 1. erweiterte professionelle Erste Hilfe und lebensrettende Sofortmassnahmen; 2. Erkennen und Therapie häufiger akuter Erkrankungen und abwendbar gefährlicher Verläufe; 3. Ausbildung in der regelmässigen Kontrolle häufiger chronischer Krankheitsbilder (Hypertonie, Herzinsuffizienz, KHK, Diabetes mellitus, COPD usw.). Dabei kann es sich niemals um anspruchsvolle Diagnostik und Festlegen der optimalen, oft sehr komplexen Therapie handeln, dies liegt weiterhin und unbestritten in der Kompetenz des Arztes, sondern nur um die Kontrolle des Verlaufes. Wenn Ärzteschaft und Pflegenden eine gemeinsame Lösung der anstehenden Aufgaben *jetzt* an die Hand nehmen und damit institutionalisieren, was viele Ärzte und Spitex-Organisationen seit Jahren praktizieren, bleibt die Idee einiger Gesundheitspolitiker ein Schlag ins Wasser. Da es in naher Zukunft (zehn Jahre) kaum gelingen wird, genügend Ärzte für die medizinische Grundversorgung zur Verfügung zu stellen, ist ein Kooperationsmodell zwischen Pflegenden mit Zusatzausbildung und Ärzten dringend und zwingend, wenn wir nicht einem Teil unserer Bevölkerung a priori schlechtere Chancen einräumen wollen. Modelle, die einen Fünftel der Bevölkerung in Notfalllagen benachteiligen, sind aus politischen und ethischen Gründen strikte abzulehnen. Wir müssen der Bevölkerung glaubhaft zu zeigen, dass die Ärzteschaft eine optimale medizinische Grundversorgung trotz vorübergehenden Ärztemangels sicherstellen will. Es geht nicht darum, an einer ernsthaften ärztlichen Weiterbildung von fünf Jahren zu rütteln oder gar den Hausarzt abzuschaffen. Interessante Denkanstösse zu Kooperationsmodellen Pflege und Ärzteschaft wurden publiziert, die Umsetzung in die Tat ist dringend!

Nahtstellen statt Schnittstellen

Die Brisanz des Stichwortes wurde sowohl von Ärztevereinigungen wie auch von Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen erkannt und zum Thema gemacht. Menschen vertragen Schnittstellen schlecht. Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Medizin, zwischen einzelnen Kliniken und Instituten, zwischen Pflegebereich und Ärzteschaft, zwischen Klinik und Labor, Klinik und Forschung, Kliniken und Verwaltung, Medizin und Politik, Medizin und

Versicherern usw. hinterlassen in erster Linie mentale Narben, die von den Medien gierig verbreitet werden. Das Risiko von Fehlern und Pannen an sogenannten Schnittstellen ist hoch, meist handelt es sich um vermeidbare Kommunikationsprobleme. Konrad Lorenz brachte es auf den Punkt: «Gesagt ist nicht gehört. Gehört ist nicht verstanden. Verstanden ist nicht einverstanden. Einverstanden ist nicht angewendet. Angewendet ist nicht beibehalten.»

Professionelle Kommunikation – die Herausforderung

Oft hat man den Eindruck, mit der atemberaubenden Zunahme von Kommunikationsmöglichkeiten nehme die Kommunikationskompetenz der Bevölkerung, leider auch der zukünftigen Ärzteschaft, ab. Besteht keine effektive Möglichkeit, «real time» zu antworten, sondern nur mit Zeitverzögerung (Ausnahme persönliches Gespräch und Telefon), werden Aktualität und Tiefgang der Information in Frage gestellt. Bei Radio und Fernsehen kommt die Problematik des «Giesskannenprinzips» dazu: Missverständnisse und Informationslücken sind die Folge. Kommunikationsdefizite gehören zu den Hauptgründen ernsthafter Pannen in der Medizin unseres Alltags. Grundvoraussetzung einer optimalen Kommunikation ist dieselbe Sprache. Dabei geht es nicht nur um eigentliche Fremdsprachen, sondern um eine Flut von meist fachspezifischen Ausdrücken, ohne deren Kenntnis ein Wort nicht zum Begriff werden kann. Aber nicht nur die Sprache einzelner Berufe ist verschieden, sondern auch das Denken, das dahinter steht. Ärzte reden und denken häufig nicht wie ihre Patienten und schon gar nicht wie Ökonomen, Politiker oder Juristen. Vielleicht wird es eines Tages gelingen, die gymnasiale Ausbildung in der Schweiz aus der Krise des Minimalismus wachzurütteln, damit Studierende einen Wissenshorizont mitbringen, der dem Begriff «Maturität» (Reifeprüfung) gerecht wird.

Patient im Zentrum

Wenn nicht wahr, so gut erfunden ist der Anspruch eines Spitaldirektors: «Bei uns steht der Patient im Zentrum und damit allen im Wege.» «Patiens» heisst bekanntlich «leidend», unabhängig von Geschlecht, Alter, Partei, Zivilstand, Nationalität, Religion usw. Anstelle nutzloser «der/die/das X-Innen»-Zungenbrecherei und Stilvergewaltigungen wäre dringend nötig, Rechenschaft abzulegen, um wen und was es letztendlich geht: «Wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich» kann im Prinzip mit «Integrität» zusammengefasst werden. Ökonomische, ökologische, epidemiologische und EBM-Kriterien, «Qualitätsssi-

cherung», «Managed Care» sind zweifellos nötig, wir dürfen aber den Menschen und seine Anliegen nie vergessen. Wer ist heute eigentlich «Generalunternehmer» des Patienten in schweren Zeiten? Der Hausarzt? Die Krankenkasse? Die Pflegeinstitution? Politische Verantwortungsträger? Oder eben ein neues Kooperationsmodell zwischen Pflege und Ärzteschaft? Da es vielen Patienten bei schwerwiegender Krankheit um Gesundheit und Leben geht, bei den wesentlich häufigeren Befindlichkeitsstörungen aber häufig in erster Linie ums Geld, ist die Frage nach der letztlichen Verantwortung nur von Situation zu Situation zu beantworten.

Ethik, Ökologie und Ökonomie

Es bestehen keine Zweifel (und dies ist keineswegs neu!), dass ethische Aspekte, ökologische Grundsätze und ökonomisches Denken in der Medizin ein sehr grosses Anliegen sind. Die Integration der Anforderungen in den schweizerischen Lernzielkatalog war relativ unproblematisch. Seit Goethes «Faust» hat sich an der Tatsache, dass alle Theorie grau ist, kaum etwas geändert, somit dürfte der in den praktischen und klinischen Alltag integrierten Vermittlung ethischer, ökologischer und ökonomischer Lehrinhalte Priorität zukommen. Es ist unnötig, nach den Sternen zu greifen und Stammzell- oder Herztransplantation zu diskutieren. Themenkreise wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, KHK, COPD, Diabetes, Depression, Demenz, Suchtprobleme, chronische Behinderung, aber auch Wahrheit, Arzt-Patienten-Verhältnis, Religion, Sponsoring, Datenschutz, Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Schul- und Komplementärmedizin, Wissen und Gewissen, Fehlerkultur, gemeinsame Entscheidungsfindung, Reanimation, «DNAR» (do not attempt resuscitation), der tote Patient usw. bieten jede Menge entsprechender Fragestellungen. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) in unseren Spitälern ist eine enorme Herausforderung, ganz besonders auch an die ambulante medizinische Versorgung.

«Herausgepickt» – Wünsche eines «Auslaufmodells» an ...

- ... unsere Regierung und unser Parlament: Sachfragen unseres Gesundheitswesens verdienen es, interdisziplinär, überparteilich, losgelöst von parteipolitischen Sachzwängen diskutiert und beschlossen zu werden. Eine Illusion?
- ... unsere Steuerverwaltung: Laut einer in «Science» publizierten Studie zahlen gut motivierte Bürger ihre Steuern mit Freude [1]. Am Schluss der Steuererklärung einige Stichworte zum ankreuzen, wofür man seine Steu-

- ern am liebsten zahle (Wald, Hochwasserschutz, Velowege, Autobahnen, öffentlicher Verkehr usw.). Freude herrscht!
- ... unsere medizinische Fakultät: Intensives Engagement in der Lehre muss in Zukunft gleichwertig wie erfolgreiche Forschungs- und Publikationstätigkeit sein. Ohne gezielte Nachwuchsförderung vertrocknet nicht nur unsere Forschung, sondern auch die Lehre. Gesucht sind begeisternde Lehrkräfte.
- ... unser Universitätsspital: Es ist erfreulich und lobenswert, dass komplexe Abklärungen einer bestimmten Poliklinik in Form einer Kurzhospitalisation möglich sein sollen. Wozu die Flut kaum verständlicher Fachwörter? Dass die Umsetzung des Projektes «raumneutral» und selbsttragend zu erfolgen hat, ist verständlich. Die Pay-back-Kalkulation und der Zwischenbericht als Factsheet sind wie die «top ten» moderne Worthülsen, die wir wohl akzeptieren müssen. Dass aber der «Patientenmix prozessual gebündelt» zu erfolgen hat, bereitet Mühe. In Zukunft werden kritische Patienten nicht mehr sagen, sie kämen in die «Mühle», sondern in den «Patientenmixer».
- ... zukünftige Praxen: Die Praxis des während 100 Jahren bewährten «Einzelkämpfers» ist überholt, gefragt sind Modelle kostensparender Gruppenpraxen, in denen auch unsere jungen Kolleginnen zu 40 oder 60% arbeiten können. Gelegentlich müsste allerdings der «Stil» ernsthaft hinterfragt werden, in dem Ärztenetzwerke den Auftritt anpreisen. Wenn Patienten oder kritische Politiker lesen, dass «Money, Fun and Glory» Ärztenetzwerke attraktiv machen, [2] tun sie sich schwer, mit einem vielleicht ernsthaften Leiden diese Praxis aufzusuchen.

... unsere «opinion leaders»: Damit unser Gesundheitswesen angesichts enormer sozio-ökonomischer, aber auch ethischer und ökologischer Problemstellungen nicht in ein unbezahlbares Chaos ausartet, ist ein politisches Steuerungssystem mit den unmittelbar involvierten «Beteiligten» als Experten unabdingbar. Keinesfalls darf diese Steuerung den Versicherern überlassen werden!

Last but not least: ein Wunsch an uns alle
Moritz Leuenberger übersetzt in seinem Buch «Lüge, List und Leidenschaft» [3] die bekannte Sentenz witzig: Im Vordergrund steht die Last und nicht die List. Die Realisierung des Wunsches verlangt von uns allen sehr viel: «unseren Kindern und Kindeskindern eine Umwelt zu hinterlassen, in der Klima, Luft und Wasser mit einem qualitativ befriedigenden Leben vereinbar sind». Und denken Sie bei Meinungsdivergenzen immer daran:

**Irrtümer haben ihren Wert
jedoch nur hie und da.
Nicht jeder der nach Indien fährt
entdeckt Amerika!**

Erich Kästner

Literatur

- 1 Harbaugh WT, Mayr U, Burghart DR. Neural responses to taxation and voluntary giving reveal motives for charitable donations. *Science*. 2007;316(5831):1622-5.
- 2 Wirthner A. «Money, Fun and Glory» – Das macht Ärztenetzwerke erfolgreich! *Primary Care*. 2007;7(20-21):330-1.
- 3 Leuenberger M. *Lüge, List und Leidenschaft*. Zürich: Limmat; 2007.