

Eine Reflexion über adaptive Interaktionen in der Hausarztmedizin und ihre unvorhersehbaren Veränderungen im Rahmen von Managed Care

Emergenz, Hausarztmedizin und Managed Care

Bruno Kissling

Zuerst einige Worte zur Emergenz. Wenn sich Teilgrössen begegnen, beginnen sie untereinander adaptiv zu interagieren. Sie verändern dadurch, auf nicht vorhersehbare Weise, ihre Eigenschaften, Fähigkeiten und Möglichkeiten. Durch ihre Beziehung werden sie zu einem System. Die Summe der gemachten Adaptationen bestimmte das Wesen der ursprünglichen Teilgrössen und des neu entstandenen Systems. Dieses interagiert wiederum mit weiteren Teilgrössen und Systemen. In einer unendlichen Spirale von adaptiven Interaktionen entstehen immer komplexere Systeme und Systemgruppen mit immer höheren Organisationsformen. Dabei «emergieren»¹ oder «fulgurieren»² immer neue Eigenschaften und Möglichkeiten. Bis die ursprünglichen Eigenarten der einzelnen Teilgrössen manchmal kaum mehr ersichtlich sind. Meist gibt es keinen Weg zurück. Denn dadurch könnte das komplexe Gebilde, das durch zahllose labile Bindungen zusammengehalten wird, auseinanderbrechen. Emergenz liegt, wie ein Naturgesetz, allen physikalischen, chemischen, psychischen, spirituellen, sozialen, kulturellen Begebenheiten inne. So auch der Hausarztmedizin und dem Gesundheitswesen.

Emergenz beim Hausarzt

Emergenz ist ein impliziter Bestandteil jedes ärztlichen, ganz besonders aber des hausärztlichen Handelns. Die meist vieldeutigen und komplexen Symptome, mit denen ein Patient den Hausarzt aufsucht, sind ein emergierendes Resultat aus physischen, psychischen und sozialen Begebenheiten im System des Patienten und seines Umfelds. Wenn dessen stabilisierenden adaptiven Interaktionen versagen, wird externe Hilfe beim Hausarzt nötig – zwei Systeme begegnen sich. Im fragil gewordenen Patientensystem haben alle hausärztlichen Interventionen ein hohes Emergenz-Potential mit unvorhersehbaren Reaktionen. Wir Hausärzte wissen nie, in welche Richtung sich die Dinge mit und durch uns entwickeln oder umschlagen werden. Zur Heilung oder zur Katastrophe. Glücklicherweise meist zum Bestmöglichen. Auf dem Boden einer von gegenseitigem Wohlwollen getragenen Arzt-Patienten-Beziehung, einer geeigneten Kommunikation und grosser Umsicht beim adaptiv interagierenden Prozess der gemeinsamen Lösungssuche. Im Wissen um diese emergierenden Eigenschaften gehen wir mit unseren Worten und allen unseren hausärztlichen «Instrumenten» behutsam um. Einige Beispiele dazu:

Eine einfache Frage des Hausarztes in der Anamnese, gelegentlich ein blosser Blick, kann beim Pa-

tienten eine neue, heilsame Sichtweise auf das Problem anstossen. Eine positive Wende einleiten. Oder schaden. «Blinde Flecken» bestätigen. Eine Heilung nachhaltig behindern.

Das – adaptiv interagierende – Abstimmen zwischen der Agenda des Patienten und des Hausarztes kann den therapeutischen Prozess begünstigen. Alle ziehen mit der nötigen Geduld am gleichen Strick und in die gleiche Richtung. Oder den Prozess blockieren, wo die Übereinstimmung fehlt.

Die Anordnung einer Untersuchung, einer Laboranalyse oder Bildgebung kann den Patienten beruhigen und seine Symptome lindern oder heilen, falls diese des Patienten eigene Deutung mit einbezieht. Oder sie kann einen Patienten nachhaltig und fatal verunsichern, wo dies fehlt. Im schlimmsten Fall gefolgt von einer «Odyssee» durch unnötige und gefährliche Folgeuntersuchungen.

Eine diagnostische Interpretation oder therapeutische Intervention kann eine heilsame Entwicklung fördern, wenn ein gemeinsam getragener Entscheid vorliegt. Oder schaden, wo ein wesentlicher Dissens unbemerkt bestehen bleibt.

Emergenz in Hausarztnetzen und MC-Betriebsgesellschaften

Betrachten wir nun die Hausarztmedizin und die Begegnung zwischen Patient und Arzt, wenn sie von der soeben beschriebenen «Mikroebene» einer Einzel- und Gruppenpraxis in die höhere Organisationsform – «Mesoebene» – von Hausarztnetzen und MC-Betriebsgesellschaften eingegliedert wird.

Der Patient muss nun einen Hausarzt innerhalb eines Netzwerkes seines Versicherers als erste Anlaufstelle bei Gesundheitsstörungen vertraglich festlegen. Mit finanzieller Vergünstigung für den Patienten im Gegenzug zu seiner eingeschränkten Arztwahl. Mit einer finanziellen Entschädigung für den Hausarzt für sein Controlling des Patientenverhaltens. Geregelt mit Verträgen zwischen Versicherern und Versicherten (Pseudomodelle) oder zwischen Versicherern, Versicherten und Hausärzten (Vertragsmodelle). Mit einem festgelegten Sparziel (Budget-(Mit)verantwortung) sowie Bonus- oder Maluszahlungen zwischen den Hausarzt-Netzwerken und Versicherern.

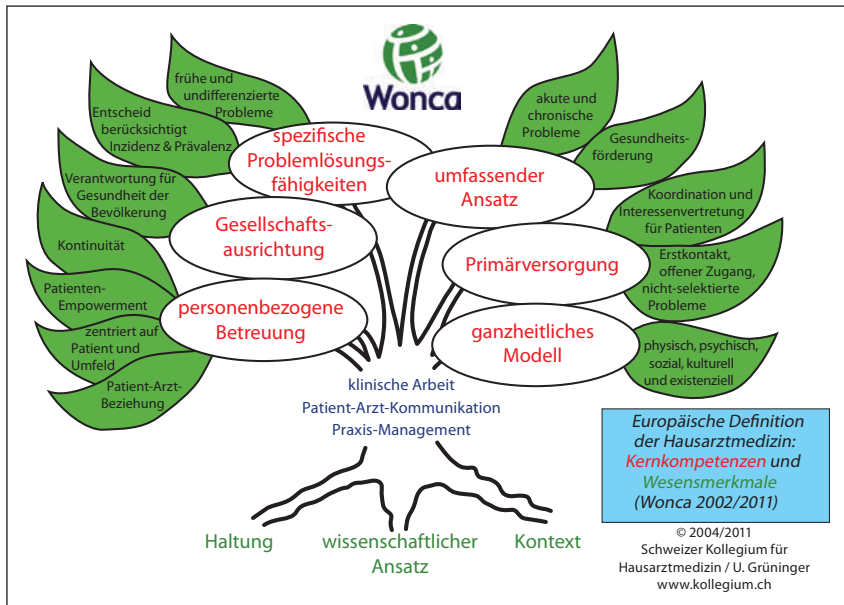
Die Hausarztmedizin kann sich in dieser neuen, von ökonomischen Anreizen geprägten hierarchischen Ordnung von Managed Care (MC) der Wirkung der Emergenz nicht entziehen. Adaptive Interaktionen unter den Patienten, Hausärzten und Versicherern werden die Eigenschaften, Fähigkeiten und

1 Allmähliches Entstehen neuer Eigenschaften

2 Plötzliches Auftauchen neuer Eigenschaften (Konrad Lorenz)

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Elfenauweg 6
CH-3006 Bern

[bruno.kissling\[at\]hin.ch](mailto:bruno.kissling[at]hin.ch)



Der Wonca-Baum mit den Wesensmerkmalen und Kernkompetenzen der Hausarztmedizin gemäss der Europäischen Definition 2002/2011.

Möglichkeiten der hausärztlichen Begegnung unvorhersehbar verändern.

Das tragende Wohlwollen in der nativen Arzt-Patienten-Interaktion, als Vorbedingung für jedes hausärztliche Handeln, hat seine Bedingungslosigkeit verloren. Die Wahl eines Listen- oder Vertrags-Hausarztmodells mag dann leichtfallen, wenn der eigene Hausarzt auf der Liste des Versicherers figuriert. Durch das vertraglich festgelegte Controlling stellt sich jedoch immer etwas zwischen Arzt und Patient. Die ehrliche Arzt-Patienten-Beziehung wird aufs Spiel gesetzt. Viele Versicherte wählen ein Hausarztssystem aus rein finanziellen Gründen, nicht aus Überzeugung für die Hausarztmedizin. Sie trauen dem Hausarzt nicht viel zu und belasten die abnehmende Zahl der Hausärzte unnötig. Die «verkaufte» Mündigkeit des Patienten mündet allzu oft in eine gewisse Peinlichkeit und Gehässigkeit auf beiden Seiten, wenn der «fordernde» Patient, wider den Vertrag, einmal mehr den Spezialisten direkt aufgesucht hat. Die Wirkung der Budget-(Mit)verantwortung darf auf der Seite der Hausärzte nicht heruntergespielt werden. Hausärzte werden genötigt, vorwiegend aus Spargründen zugunsten ihrer Patienten einem Netzwerk beizutreten. Sie werden zu Aktionären von Netzwerken und Betriebsgesellschaften mit reduziertem Mitspracherecht. Zu Lieferanten von zahllosen sinnentsorgten Überweisungsformalitäten – zusätzlich zu ihren, für den Patienten und den zugezogenen Spezialisten wichtigen Zuweisungsbriefen. «Qualität» und «Integrierte Versorgung» – zwei zentrale Wesensmerkmale der Hausarztmedizin³ – werden von Managed Care annektiert und den Hausärzten ausserhalb von Netzwerken wie abgesprochen. Der vielgelobte Mehrnutzen, der Netzwerken und MC-Betriebsgesellschaften zugesprochen wird, kann auch ohne diese betriebs-

3 Gemäss der europäischen Definition der Hausarztmedizin: www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm

wirtschaftlich orientierten Institutionen erreicht werden.

Emergenz im Managed-Care-Gesetz

Betrachten wir die Hausarztmedizin, wenn sie auf der «Makroebene» des Managed-Care-Artikels im Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu neuen zusätzlichen Aufgaben verpflichtet wird:

Die Hausarztmedizin wird gesetzliche Verantwortungsträgerin für ein bezahlbares, qualitativ hochstehendes oder besseres, allen zugängliches Gesundheitswesen. Bei einer massiv schrumpfenden Zahl von Hausärztinnen und Hausärzten. Bei einer Verknappung an Finanzen und Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Gegenüber einer wachsenden Plethora von polymorbiden Menschen, neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und medial geschürten Erwartungen in immer neue technische Entwicklungen.

Mit welchen adaptiven interaktiven Prozessen wird die Hausarztmedizin die dafür nötigen Eigenschaften und Fähigkeiten erwerben? Wie wird sich auf dieser abstrakten Makroebene die tragende und wohlwollende Beziehung zwischen Arzt und Patient als Basis für jeden Heilungsprozess entwickeln? Was wird mit der Hausarztmedizin geschehen, wenn sie an dieser unmöglichen Herkules-Aufgabe scheitern wird?

Emergenz an der Abstimmung vom 17. Juni 2012

Betrachten wir die Hausarztmedizin im Zusammenhang mit dem Abstimmungsverhalten der Bevölkerung:

Rund 50% der Bevölkerung sind bereits in irgendeinem Managed-Care-System versichert. Circa 12% werden von einem der rund 90 Ärztenetzwerke betreut. Dies wird aus politischer Sicht gerne als Erfolg gewertet.

Aus diesen hohen Zahlen könnte man auf eine Annahme der MC-Vorlage schliessen. Der Entscheid der Gesellschaft zu einem Systemwechsel im Gesundheitswesen mit gesetzlicher Verankerung von Managed Care unterliegt jedoch einem adaptiven interaktiven Prozess. Und ist nicht vorhersehbar.

Obwohl MC-Versicherungsprodukte bereits heute stark verbreitet sind, trauen viele, auch MC-versicherte Menschen Managed Care auf Gesetzesesebene nicht. Paradox? Sie befürchten künftig weiterreichende Einschränkungen in der Freiheit ihrer Hausarztwahl und bei der Behandlung von potentiellen Krankheiten.

Mit ihrem Misstrauen nehmen sie sozusagen Eigenschaften von Managed Care vorweg, die in einem nächsten oder übernächsten Schritt eines adaptiven interaktiven Prozesses emergieren könnten.

Bei so vielen offenen Fragen dürften viele Menschen den Schritt ins Unbekannte nicht wagen. Wir werden sehen.