

„Primary Health Care“

Der Begriff „Primary Health Care“ dominiert die Diskussionen im Gesundheitssystem. Was mit „Stärkung der Hausarztmedizin“ als politisches Ziel begonnen hat, wird nun über die Kurzformel PHC heftig und kontroversiell sowohl zwischen Regierung, Sozialversicherung und Ärzteschaft als auch öffentlich diskutiert. Es scheint dabei, dass jeder unter diesem Begriff etwas Unterschiedliches versteht. Wir sind zunehmend überzeugt, dass man sich vor allem von dem für viele verwirrenden Kürzel „PHC“ verabschieden sollte.

Aus unserer Sicht geht es nach wie vor um eine gute hausärztliche Grundversorgung mit einer professionellen Vernetzung und einer guten Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen (Integrierte Gesundheitsversorgung).

Für viele Kolleginnen und Kollegen stellt sich die Frage, wieso wir überhaupt über neue Formen der Praxisstrukturen nachdenken sollen, da aus ihrer Sicht das bestehende Einzelpraxissystem gut funktioniert. Das ist auch nicht einfach von der Hand zu weisen. Vielerorts erledigen hoch motivierte Allgemeinmediziner mit viel Einsatz und einiger Selbstaubeutung ihre Aufgabe bestens, haben ihre eigenen Teams etabliert und sind in ihrem Umfeld gut vernetzt.

Dabei können wir es aber nicht belassen, denn immer weniger junge Kolleginnen und Kollegen entschließen sich, in die Allgemeinpraxis zu gehen. Viele wollen nicht mehr jeden zweiten Tag Dienst machen, nicht 60 Stunden pro Woche arbeiten und nur dann ein der Verantwortung entsprechendes Einkommen erhalten, wenn sie gleichzeitig eine Hausapotheke betreiben. Daher brauchen wir neue Zusammenarbeitsformen und eine Abgeltung, die fair und wertschätzend ist.

Die neuen Herausforderungen für die Allgemeinmedizin wie die qualitativ hochwertige Betreuung der steigenden Zahl chronisch Kranker, das komplexe Thema Polypharmazie für die Behandlung multimorbider Patienten und vieles andere mehr bedeuten einen steigenden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Jetzt ist der Zeitpunkt, Strukturanpassungen im niedergelassenen Bereich umzusetzen: eine bessere Vernetzung, eine intensiviertere Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen, wertschätzende Arbeitsbedingungen. Wenn gewartet wird, bis der sich bereits abzeichnende Mangel auf die Versorgung durchschlägt, dann wird es zu spät sein. Und das Erwachen wird so böse sein wie in England und Finnland, wo keiner mehr weiß, wie die Grundversorgung sichergestellt werden soll, weil die Ärzte weg sind. Und weil es ohne diese halt nicht geht.

Trotz gegenteiliger Versicherungen sind die Systemverantwortlichen

bis heute säumig, die wesentlichen Schritte zur Verbesserung der Stärkung des Primärarztsystems zu machen.

Die derzeitige Diskussion scheint von Partikularinteressen, Ideologismen und starrem politischen Denken geprägt. Die Zerstörung des bestehenden Systems scheint manchen Diskutanten willkommen.

Wir als ÖGAM bekennen uns zur Schaffung neuer Strukturen für eine Vielfalt der Organisationsformen, die uns für das Überleben der Allgemeinmedizin wichtig erscheinen, zu unternehmerisch verantwortlichen Hausärzten in vernetzten Einzelpraxen oder als Partner in einer Gruppenpraxis. Wir denken aber auch an die notwendige Investitionssicherheit durch Verträge mit den Sozialversicherungen, die über die Ärztekammern verhandelt werden sollten.

Jedem Österreicher soll auch in Zukunft die Möglichkeit erhalten bleiben, einen Hausarzt zu wählen, der ihn über lange Zeit umfassend im Team betreut, der wenn notwendig zur besten geeigneten Versorgungsebene weiterleitet und bei dem alle Befunde zusammenlaufen.

Allerdings sind diese Überlegungen obsolet, wenn wir es nicht schaffen, junge Kolleginnen und Kollegen für die Allgemeinmedizin zu begeistern und auch dementsprechend auszubilden. Die Diskussion, ob Hausärzte als selbstständige Unternehmer oder Angestellte in einem staatlich oder industriegeführten MVZ arbeiten werden, brauchen wir dann nicht mehr zu führen, wenn keine gut ausgebildeten Allgemeinmediziner mehr verfügbar sind.

Richard G. Roberts, Professor für Allgemeinmedizin aus Wisconsin und Past-Präsident der WONCA, hat im September in Bozen beim Drei-Länder-Kongress für Allgemeinmedizin in einem mit guten internationalen Daten belegten Vortrag gezeigt, was ein starkes Hausarztssystem für die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten kann. Ein ausführlicher Bericht dazu wird in einer späteren Ausgabe der ÖGAM-News erscheinen.

Das Präsidium der ÖGAM

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Arbeitsmedizin: Arbeit soll

Arbeit ist das halbe Leben. Wir definieren uns über die Arbeit; unsere Stellung in der Gesellschaft und sogar unsere Wertigkeit hängt unmittelbar von der Art unserer Arbeit und auch von der Sorgfältigkeit, mit der wir diese erledigen, ab. Detail am Rande: Demenzkranke erinnern sich am ehesten und längsten an die Arbeit, der sie einst nachgegangen sind – und nicht, wie man meinen könnte, an Selbstverständlichkeiten wie die Anzahl und die Namen der eigenen Kinder.

Diese Arbeit, der wir nachgehen, soll nützen, aber nicht schaden. Und sie soll keineswegs krank machen. Das sagen auch die Sozialversicherer; durch längerdauernde Krankenstände und/oder Frühpensionen wird unser Sozialsystem erheblich belastet: Es kostet – eben nicht nur Nerven, sondern auch Geld.

Wer kümmert sich um die Gesundheit am Arbeitsplatz? Das ist gesetzlich genau geregelt: Letztverantwortlicher ist der Arbeitgeber selbst. Da er in Gesundheits- und Sicherheitsfragen allerdings meistens überfordert ist, benötigt er Unterstützung – durch Präventivkräfte: Das sind Arbeitsmediziner, Sicherheitstechniker und bei Bedarf auch Fachpersonal (z.B. Arbeitspsychologen, Chemiker, um nur einige zu nennen). Diese arbeiten zusammen, begutachten den Betrieb und vergleichen die tatsächlichen Gegebenheiten mit den Anforderungen, die im Gesetz stehen – zum Beispiel im ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) oder in der Arbeitsstättenverordnung. Dort findet man beispielsweise Regelungen zum heißen Thema Rauchen am Arbeitsplatz. Oder Antworten auf Fragen, ob in Räumen ohne natürliche Beleuchtung gearbeitet werden darf, und ob dann Lichtkuppeln Fenster ersetzen können oder nicht. Sind nicht alle gesetzlichen Bedingungen erfüllt bzw. wittert der Arbeitsmediziner mögliche Gefährdungen der Arbeitnehmer, wird er dem Arbeitgeber Maßnahmen vorschlagen. Nach Umsetzung dieser Maßnahmen sollte der Betrieb auch für eine Überprüfung durch den Arbeitsinspektor sehr gut vorbereitet sein.

Wenn etwas nicht passiert

Wir sind gewohnt, Erfolg an sichtbaren Verbesserungen zu messen. Schwieriger wird es mit dem Messen, wenn etwas nicht passiert: Weil alle Sicherheitshandschuhe tragen, hat sich niemand verletzt. Weil es zuständige Ersthelfer gibt, wurde bei einem Arbeitsunfall die Rettungskette vorbildlich eingehalten und es ist zu keinen dauerhaften Schäden gekommen. Prävention bedeutet, dass oft „nur“ alles beim Alten bleibt. Und das macht es mitunter schwierig, das Wesen der Arbeitsmedizin einem Arbeitgeber schmackhaft zu machen. Das Gesetz zwingt den Arbeitgeber dazu, eine genau definierte Anzahl von Stunden für diese „Prävention“ zu budgetieren. Diese Verpflichtung ärgert: Was tut denn dieser Betriebsarzt für das viele Geld, das man ihm zahlt? Er hockt in seinem Kämmerlein, das man ihm als Ordination im Betrieb eingerichtet hat und weigert sich aber, wie ein ordentlicher Arzt Rezepte auszustellen. Er schnüffelt im Betrieb herum, das nennt sich „Begehung“, und hält dadurch die Mitarbei-



Dr. Cornelia Croy

ter vom Arbeiten ab. Dauernd kommt er mit irgendwelchen Maßnahmen; diese verursachen in der Regel Kosten und fressen Zeit. Möchte man ihn sinnvoll einsetzen, nämlich für Gesundheitsaktionen, behauptet dieser, dass das Leistungen außerhalb der Präventionszeit wären und hält die Hand auf. Allerdings: Wenn der Arbeitsinspektor (das ist jemand, der wie die Exekutive agiert und mit Strafen droht) einmal unangekündigt im Betrieb war und es ist nichts passiert, bedeutet das, dass man offensichtlich alles richtig gemacht und gesetzeskonform agiert hat. Dann ist man

froh, dass man zuvor durch den Arbeitsmediziner richtig beraten wurde. Und es kann auch vorkommen, dass man Verbesserungen, die man schon lange durchsetzen wollte, über den Arbeitsmediziner spielt, und es wird endlich wahr – neue Bürossessel, eine stressfreiere Arbeitszeitenregelung und vieles mehr.

Was macht der Arbeitsmediziner?

Was ist denn nun attraktiv am Beruf Arbeitsmediziner? Wir vergleichen gerne Rangordnungen und Bezahlung; oftmals bewerten wir nicht nur, sondern werten. Das Ansehen in der Ärzteschaft ist hoch – höher als das des „nur“ Allgemeinmediziners. Mehr Schein als Sein? Wie überall gibt es auch da erhebliche Qualitätsunterschiede. Der Arbeitsmediziner berät, ist also gleichsam ein Konsulent, der selbstbewusst auftritt und weiß, wovon er spricht. Lebenslanges Lernen, vor allem auch auf nichtmedizinischen Gebieten, ist gefordert: Gesetzestexte, Chemie, Technik, Wirtschaft. Man besucht Betriebe, die man als „Normalsterblicher“ nie kennenlernen würde, trifft auf verschiedenste Personen und Persönlichkeiten, baut ein Vertrauensverhältnis auf, schafft sich selbst einen Platz als Institution. Prädestiniert für den Beruf Arbeitsmediziner sind erfahrene Generalisten, somit Allgemeinmediziner; oft sind es die nicht mehr ganz Jungen, die ihren Beruf als Arbeitsmediziner ausüben. Nach einer Ausbildung, die in der Regel viel kostet, aber nicht wirklich auf das tatsächliche Überleben in der Wildnis der Unternehmen vorbereitet, macht man seine ersten Schritte. Beim Sprung ins kalte Wasser trifft man auf folgendes Szenario:

Der Betrieb, den man betreut, baut gerade Personal ab. Denn Personal ist gleichzusetzen mit Kosten, und alle müssen sparen – weniger Personal, weniger Ausgaben. Das bedeutet für die Mitarbeiter, die übrig bleiben, mehr Arbeit, mehr Stress; gleichzeitig sind diese Mitarbeiter gezwungen, dankbar zu sein, dass sie noch einen Arbeitsplatz haben. Diagnose: psychische Belastungen der Arbeitnehmer. Und jetzt holt man sich einen Arbeitsmediziner und verlangt von ihm, dass er diese Übriggebliebenen wieder glücklich macht. Ein Vortrag über gesunde Ernährung hier, ein bisschen Vorsorgeuntersuchungen da, vielleicht mit dem gewissen Extra, kann man denn da nicht noch etwas einbauen, aber bitte in die Präventionszeit, denn zusätzliche Kosten darf das nicht verursachen, man müsse schon verstehen, die Zeit muss maximal genutzt werden, aber alle müssen ja sparen.

Als Externer tut man sich da leicht. Man ist prinzipiell in einer rein

nicht krank machen



beratenden Rolle, letztverantwortlich ist immer der Arbeitgeber im Betrieb. Es ist ähnlich wie in der Ordination, wenn man als Hausarzt seinen krebserkrankten Patienten ein offenes Ohr leiht, aber dem Spital die Therapieentscheidungen überlässt. In der Arbeitsmedizin gibt es viele Graubereiche, was zur Präventionszeit dazuzurechnen ist und was nicht. Also wird man den Wünschen seines Kunden ein wenig entgegenkommen. Es ist ein gutes Gefühl, zur Gesundheit von Mitarbeitern beitragen zu können, soweit es in der eigenen Macht steht.

Zusammenarbeit in Zentren

Ärzte werden zu Einzelkämpfern erzogen. Gerade als Arbeitsmediziner bietet sich aber auch die Möglichkeit, im Team zu arbeiten – zum Beispiel in einem arbeitsmedizinischen Zentrum. Dort werden

einem die nötigen Arbeitsunterlagen und Geräte zur Verfügung gestellt; man muss sich nicht selbst um Akquise oder das Stellen von Rechnungen kümmern. Man kommuniziert intern mit den Kollegen, tauscht Erfahrungen und Anekdoten aus.

Ein durchaus angenehmes und effizientes Arbeiten – in den allermeisten Fällen, nämlich dann, wenn dieses Zentrum auch, wie es das Gesetz eigentlich vorsieht, von einem Arzt geleitet wird. Gefährlich wird es, wenn eine nichtärztliche Leitung den Ton angibt: Dann kann es passieren, dass Kunden unter Umständen Leistungen versprochen werden, die so nicht haltbar sind – weil nicht durchführbar bis ungesetzlich. Business im Vordergrund – der Arbeitsmediziner in der Zwickmühle. Ich selbst konnte leider diese Erfahrung machen. Das Resultat: Psychische Belastungen und Frustration – nur, wo finde ich dann einen Arbeitsmediziner, der mich berät?

Fazit

Unternehmerisch denken – ja; sich wirtschaftlichen Interessen anderer unterordnen und sich dadurch selbst verleugnen – nein. Bei einem Betätigungsfeld, das sich durch viele Graubereiche auszeichnet, eine möglichst weiße (das heißt, gesetzeskonforme) Weste zu bewahren, gehört zum Berufsethos.

Ich übe meinen Beruf als Arbeitsmedizinerin gerne aus und erachte ihn als sinnvoll. Dafür wünsche ich mir aber Bedingungen, die mein Arbeiten möglich machen, und denke nicht, dass das zu viel verlangt ist: Die Arbeit soll schließlich auch den Arbeitsmediziner nicht krank machen.

*Dr. Cornelia Croy
Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien
Vorstandsmitglied der WIGAM*



Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degn
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Qualität in der Medizin

Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin

Die Berner Ethnologin Dr. phil. Andrea Abraham widmete ihre Dissertation der Erforschung des Qualitätsdiskurses in der Medizin, war Gast im Berner Qualitätszirkel Elfenau und lud dann den erfahrenen Hausarzt und Moderator dieses Qualitätszirkels Dr. med. Bruno Kissling ein, gemeinsam ein Buch über „Qualität in der Medizin“ zu schreiben.

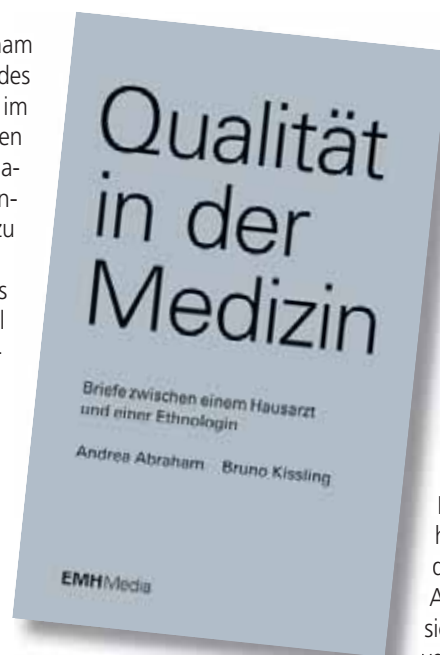
Es ist ein in Briefen verfasster Metalog über das Thema „Qualität in der Medizin am Beispiel Hausarztmedizin“ entstanden, wobei die Methode des Buches das Thema widerspiegelt. Viele erhellende Aussagen über Hausarztmedizin und Qualität sind auf den 170 Seiten zu finden.

Ausgehend von der Überzeugung, dass hohe Qualität immer Ziel hausärztlichen Handelns sein müsse, gehen die beiden den Fragen nach: Was ist Qualität in der Medizin? Kann man sie messen? Wie soll sie gefördert werden? Eines der zahlreichen Ergebnisse: Qualität lässt sich nicht sichern, sondern nur bewusst machen und entwickeln bzw. fördern.

Als Moderator des hausärztlichen Qualitätszirkels Elfenau in der Schweiz machte Bruno Kissling Komplexität und Qualität in der Hausarztmedizin immer wieder zum Thema. Andrea Abraham setzte sich in ihrer Dissertation mit der Qualitätsdiskussion im Bezug auf die Hausarztmedizin auseinander. Ausgehend von den historischen Wurzeln des Qualitätsmanagements nach dem Zweiten Weltkrieg in der US-Kriegswaffen- und der japanischen Automobilindustrie, wo eine Nullfehlerkultur mit quantitativen Methoden angestrebt wurde, führt sie hin zur Donabedian'schen Trias von Struktur, Prozess und Ergebnis im Gesundheitswesen.

Seit den 1990er-Jahren bestimmen nun in der Medizin auf politischer Ebene Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit die Qualitätsdiskussion. Evidenzbasierte Medizin mit Standards für Qualitätssicherung und Guidelines basierend auf Mittelwerten, bereinigt von der einzigartigen Situation des individuellen Patienten, insbesondere auch von altersspezifischen Besonderheiten, dominieren den Diskurs.

Im Buch wird die Varianz der Hausarzt-Patienten als Norm aufgezeigt, und es verdeutlicht die Schwierigkeiten, eine dafür angemessene Methode der Qualitätsmessung zu finden. Messmethoden, die auf Hygiene im OP oder bei standardisierten, chirurgischen Eingriffen angebracht sein mögen, würden vor der Komplexität der von



Kommunikation und Individualität geprägten Hausarztmedizin versagen. Die Vielfalt der Beratungsanlässe, die verdeckten und verdrängten Anliegen, die große Zahl der chronischen und polymorbiden Krankheitsbilder würden andere Methoden erfordern. Eine personenzentrierte Medizin ließe sich schwer mit quantitativen Methoden darstellen. Qualitative Methoden, wie sie in der Sozialforschung genutzt werden, seien als Ergänzung notwendig.

Eine der vielen wichtigen Aussagen des Buches zum Qualitätsbegriff als obligaten Bestandteil des politischen Argumentariums: Es gibt keine objektiven Kriterien der Qualitätsmessung. Allen Kriterien liegen Interessen und damit zusammenhängende Erkenntnisse und Annahmen zugrunde.

Abraham und Kissling vertreten dezidiert die Ansicht: Gute Entscheidungsprozesse müssen selbstverständlich wissenschaftliche, epidemiologische, biomedizinische Aspekte berücksichtigen, anderer-

seits aber auch Erfahrung, Intuition, ethische Überlegungen und vor allem auch die Wünsche der Patientinnen und Patienten und die Reflexion der ärztlichen Subjektivität einbeziehen. Dringlich scheint es den Autoren daher, systemisch-lösungsorientiertes Handeln vermehrt in der Ausbildung zu vermitteln. Besonders hilfreich dabei: Supervision und berufsbegleitende Qualitätszirkelarbeit.

Angst, Unsicherheit und Medikalisierung werden angesprochen, ebenso die Bedeutung des Weglassens von Untersuchungen und Therapien, von Fehlern und Fehlerkultur, von Patienten im Zentrum, von Selbstbestimmung und damit verbundener Verantwortung.

Die in Dialogform verfasste Publikation richtet sich mit zahlreichen Fallgeschichten sowohl an medizinische Fachpersonen als auch an ein interessiertes nichtmedizinisches Publikum. Eine lohnenswerte Lektüre, welche die aktuelle Debatte über die Qualität in der Medizin anschaulich und spannend abbildet und reflektiert.

Qualität in der Medizin: Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin
Andrea Abraham, Bruno Kissling
EMH Schweizer Ärzteverlag, www.Emh.ch
ISBN 978-3-03754-084-8
ISBN E-Book 978-3-03754-085-5

Rezension: Dr. Reinhold Glehr
Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg
Vizepräsident der ÖGAM