

Warum noch Hausarzt sein?

Warum die Stimmung schlechter ist als die Lage und warum insbesondere Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung eine Chance darstellen, die wir nicht verpassen sollten.

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach und Dr. med. Joachim Fessler

Die Stimmung
ist so schlecht
wie selten zuvor



Die Stimmung in vielen hausärztlichen Praxen ist schlecht, jedenfalls so schlecht wie lange nicht. Veränderungsdruck und Überlastung äußern sich als Unmut über „die da oben“ und alles, was von dort kommt. Die da oben, das sind „die Politiker“, „die Kassen“, „die KVen“, überhaupt alle Funktionäre, Technokraten und Bürokraten eben, die uns gängeln, mit noch mehr Bürokratie überziehen und uns nicht in Ruhe arbeiten lassen. Wenn man uns nur in Ruhe ließe, so hört man immer wieder, und wir uns ganz auf unsere Patienten konzentrieren könnten, ja dann würde alles gut. Damit es gut wird, soll vor allem „dieser ganze Unsinn“ verschwinden: DMPs, neuer EBM, Qualitätsmanagement, Fortbildungspflicht, Leitlinien und Standards, evidenzbasierte Medizin, Praxisgebühr, Verträge zur integrierten bzw. hausarztzentrierten Versorgung – alles nur erfunden, um uns zu gängeln...

Wäre wirklich alles gut, wenn das alles verschwindet? Ist es überhaupt realistisch und sinnvoll zu hoffen, dass dies passiert? Ist die „Schuldfrage“ so einfach zu beantworten? Was brauchen wir davon vielleicht doch, um in der Hausarztpraxis für die Zukunft gerüstet zu sein?

In Hessen wurde ein Vertrag zur „Hausarztzentrierten Versorgung, HZV“ vereinbart, der den Einsatz von mehreren der o.g. „Folterinstrumente“¹ vorsieht. Neben Befürwortern gibt es Kritiker, die zum Teil nicht verstehen können, wie man so einen Vertrag überhaupt abschließen konnte und warum es für Hausärzte Sinn machen soll, dabei mitzumachen.

Nachfolgend zunächst einige Antworten auf die sieben häufigsten Bedenken und schließlich ein Versuch zur strategischen Einordnung hausärztlicher Perspektiven in die sich insgesamt ändernde „Großwetterlage“.

Argument 1: Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie brauchen wir nicht. Das ist überflüssig, außerdem können wir das selbst genauso gut.

Wissen wir wirklich, wie wir verordnen? Wissen wir, wie viele KHK-Patienten in unserer eigenen Praxis einen Betablocker bzw. ASS erhalten, wie viele übergewichtige Diabetiker Metformin oder wie viele Herzinsuffizienz-Patienten einen ACE-Hemmer erhalten? Und warum sind es nicht 100 Prozent, wie von Kritikern aller Couleur ➤

Ein bisschen Provokation muss sein...

Eine Anmerkung der Autoren

Der Beitrag, der auf dieser Seite beginnt, ist im Gegensatz zu bisherigen Veröffentlichungen aus unserer Feder bewusst keine vorsichtig formulierte Publikation, die mit diplomatisch abgewogenen Formulierungen und einer langen Literaturliste daherkommt. Auch auf die Gefahr hin, uns angreifbar zu machen: Dieser Text soll eine pointierte Stellungnahme sein, auch wenn dies so mancher Kollege als Provokation empfinden sollte. **Wir haben das Gefühl, dass es genau jetzt Zeit für klare Worte ist. Zeit auch, um Position zu beziehen und einen Impuls zu setzen, mit dem eine belebende Diskussion angestoßen wird, die so bisher kaum geführt wird.** Es ist selbstverständlich das Recht jedes Einzelnen, eine andere Position zu vertreten. Über manches, was hier nur angerissen werden kann, lässt sich mit Fug und Recht diskutieren. Mag sogar sein, dass wir an der einen oder anderen Stelle falsch liegen. Auch wenn Hausärzte sich am Ende für einen anderen Weg entscheiden würden, hätten wir damit kein Problem. Ein fruchtbarer Streit ist uns lieber als gar keine Diskussion, jedenfalls erschiene es uns unverzeihlich, wenn die angestoßene Debatte über unsere Perspektiven als Hausärztinnen und Hausärzte mit den hier angeführten Argumenten erst gar nicht geführt würde.

immer wieder von uns gefordert wird? Bei welchen Patienten machen wir (oft gut begründete) Ausnahmen? Warum? Und wie gehen unsere Kollegen mit diesen Patienten um? Wo stehen wir mit Blick auf die uns immer wieder vorgehaltenen „Versorgungsdefizite“? Auf diese Fragen finden wir nur in datengestützten Pharmakotherapiekreisen Antworten, im vertrauensvollen kollegialen Austausch. Und nur fundierte Antworten können wir denen entgegenhalten, die gelegentlich pauschal das verurteilen, was wir im Alltagsgeschäft machen. Hessische Hausärzte sind bundesweit schon lange führend bei der Mitarbeit in strukturierten Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie, und rund 90% zeigten sich damit nach eigenen Angaben zufrieden oder sehr zufrieden. Und das Beste: Wir können berechtigt stolz darauf sein. Wie inzwischen auch international wahrgenommen wird, haben strukturierte, d.h. insbesondere datengestützte (!), Qualitätszirkelprogramme zur Pharmakotherapie gegenüber Kontrollgruppen nachgewiesene positive Effekte auf Qualität und Kosten (Wensing et al.: J. Eval. Clin. Prac. 2004; 10: 457-466).

Die allermeisten Kollegen sind mit Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie zufrieden



Argument 2: Qualitätsmanagement ist nichts anderes als eine unnötige bürokratische Gängelung. Die Patienten stimmen über die Qualität unserer Arbeit ohnehin mit den Füßen ab.

Stimmt das? Können uns nicht z.B. durchdachte Dokumentationsprozesse die allfällige Bürokratie auch erleichtern? Wenn ich zum Beispiel einmal nachvollziehbar dokumentiere, dass ich bei einer abdominellen Untersuchung in meiner Praxis immer mit Palpation und Auskultation arbeite, die Leber, die Milz, die Bruchpforten und die Nierenlager untersuche, dann kann ich mich in der Krankenakte auf die Dokumentation der pathologischen Befunde beschränken und ansonsten einfach „o.B.“ hinschreiben. Dies erleichtert die Dokumentationspflicht ungemein.

Besonderen Sinn macht diese Festlegung vor allem bei den Prozessen, die in unserer Praxis nicht so ohne weiteres klappen, wo immer andere Personen zuständig sind, oft viel zu komplizierte Umwege gegangen werden oder wo häufiger etwas vergessen wird. Wer schon einmal in einer gut organisierten Praxis gearbeitet hat, weiß, wie wohltuend es ist, wenn nicht ständig improvisiert und nachgearbeitet werden muss.

Am Anfang eines QM-Systems steht zwar ein – je nach System – mehr oder weniger großer Mehraufwand. Dieser lohnt sich aber: Wenn ein für die Hausarztpraxis sinnvolles System eingesetzt wird (und nicht ein aufwendiges und teures Industriederivat), dann steigt auch das Verantwortungsbewusstsein und die Motivation jedes Einzelnen: Medizinische und betriebliche Abläufe klappen besser und werden zu Erfolgsfaktoren einer zukunftsorientierten Praxis. Nicht zuletzt wird auch wieder mehr Zeit für das Gespräch mit den Patienten frei. Die Lebens- und Arbeitsqualität des Praxisteam steigt spürbar!

Bei einem sinnvollen System lohnt sich der Aufwand



Wir können damit außerdem für jeden transparent machen, dass Datenschutz, Patientenaufklärung, Hygiene usw. Dinge sind, um die wir uns in unserer Praxis tatsächlich kümmern.

Argument 3: Evidenzbasierte Medizin und evidenzbasierte Leitlinien führen nur zur Standardisierung. Wo bleibt die Therapiefreiheit? Jeder Patient ist einzigartig, und letztlich ist die Arzt-Patient-Beziehung entscheidend.

Stimmt: Jeder Patient ist einzigartig, und gerade für uns Hausärzte ist die Arzt-Patient-Beziehung absolut zentral. Entscheidend ist aber auch, dass wir unseren ►

¹ Der hessische Vertrag (nach § 73 SGB V) wurde mit neun Ersatzkassen geschlossen und sieht im Wesentlichen vier Qualitätsanforderungen vor: Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie, Einsatz evidenzbasierter hessischer bzw. DEGAM-Leitlinien für die hausärztliche Praxis, hausärztliche Fortbildungsinhalte und Einführung eines internen Qualitätsmanagements (vorzugsweise EPA oder QEP).

Hausärztliche
Leitlinien bieten
dem Arzt
auch Schutz



Patienten die bestmöglichen wissenschaftlich fundierten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen vorschlagen und mit ihnen abwägen können, was jeder einzelne mit seiner konkreten Erwartung an seine „Lebensqualität“ tatsächlich haben will. Wir selbst würden uns dies genauso wünschen.

Dies geht jedoch bei Krankheiten, bei denen man erst in vielen Jahren und bei weitem nicht bei allen Patienten einen Effekt erwarten kann, nur mit den Ergebnissen großer Studien. Wer hat schon 2000 Diabetiker in seiner Praxis, um selber einen Effekt beurteilen zu können, der vielleicht bei 5 bis 10 % liegt? Nur wenn wir hier unsere Patienten korrekt beraten können, werden wir ihren Ansprüchen gerecht, eigene Entscheidungen abwägen zu können. Oder wollen wir dieses Feld Selbsthilfegruppen, der Alternativmedizin oder sonstigen Beratern überlassen?

Wir stellen uns mit Leitlinien, die speziell für die besonderen Bedingungen hausärztlicher(!) Praxen entwickelt wurden, den Anforderungen des Informationszeitalters und legen wissenschaftlich fundiert dar, warum wir etwas empfehlen oder davon eher abraten. Das ist keine Gängelei, sondern stützt die Unabhängigkeit des Arztes, durchaus auch gegen Kostenträger, denen wir (entgegen allen Spardiktaten) gelegentlich auch nachweisen, was unsere Patienten benötigen, um evidenzbasiert behandelt zu werden. Die Forderungen, die evidenzbasierte Leitlinien stellen, verhindern z.B. auf konstruktive Weise, dass man uns undifferenziert nachsagen kann, „die schreiben zu viel auf“.

Hausärztliche Leitlinien² werden von Hausärzten entwickelt, in Hausarztpraxen getestet und sind Empfehlungen (keine verbindlichen Richtlinien), die Hausärzten und ihren Patienten die individuelle Entscheidungsfindung im Einzelfall erleichtern sowie „den Rücken frei halten“ können. Hausärztliche Leitlinien verhindern auch Überdiagnostik und Übertherapie, indem sie definieren, was überflüssig und unter den Bedingungen der Alltagspraxis unangemessen ist. Eine willkürliche Gängelung ist vor allem dann möglich, wenn wir keine eigenen Leitlinien haben, die festhalten, was wir als Hausärzte für angemessen halten! Jeder, der Therapiefreiheit nicht mit Narrenfreiheit verwechselt und erkennt, dass es vielmehr unsere Aufgabe als Hausärzte ist, *Therapieverantwortung* zu übernehmen (auch wenn uns das manchmal schwerfällt), kann sinnvolle hausärztliche Leitlinien nicht mehr für völlig überflüssig halten. Gute hausärztliche Leitlinien stärken uns vielmehr genau hier den Rücken.

Argument 4: Wie ich meine Fortbildung gestalte, will ich selbst entscheiden. Vorgaben zu den Inhalten oder eine allgemeine Teilnahmeverpflichtung lehne ich grundsätzlich ab.

In unserer Zeit werden wir mit Informationen überflutet. Soweit diese den medizinischen Bereich betreffen, sind sie nur selten unabhängig und neutral. Dies gilt für die durchschnittlich 170 jährlichen Besuche in unseren Praxen, die deutschlandweit von etwa 15.500 Pharmaberatern durchgeführt werden, und leider nicht selten auch für medizinische Fortbildungsveranstaltungen. Dagegen müssen wir uns wehren. Wenn wir dies nicht tun, wird uns das vorgeworfen, was wir allenthalben bereits hören: „die Ärzte sind alle korrupt, für ein Abendessen verkaufen sie ihren Eid“ etc. Dagegen können wir uns am besten wehren, indem wir nachvollziehbar darlegen, dass wir uns auf unabhängige Informationen stützen. Letztlich können wir dies jedoch nur garantieren, wenn wir dafür auch selber bezahlen. Bei jedem Sponsoring taucht die Frage nach der Gegenleistung auf. Nein, wir müssen vielmehr darlegen, dass unabhängige Informationen auch Kosten verursachen, und wer dies von uns erwartet, auch dafür bezahlen muss. **Genau dies wurde im HZV-Vertrag vereinbart: Neun Euro pro Patient und Quartal sollen (extrabudgetär!) den** ►

² Gemeint sind hier die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM, und der Leitliniengruppe Hessen

zusätzlichen Aufwand decken. Würden alle Kassen unsere Anstrengungen so unterstützen, wäre vieles schon leichter.

Argument 5: Die Pflicht, zuerst zum Hausarzt zu gehen, erhöht doch nur die Anzahl an Überweisungen, die ich ausstellen muss und die Anzahl der Briefe, die ich abzuheften habe. Das Ergebnis ist noch mehr Bürokratie!

Ist das unser Ernst? Sind wir nicht der erste Ansprechpartner, der Koordinator im „Dschungel“ der modernen Medizin? Wollen wir, bloß aus Bequemlichkeit, unsere Patienten alleine lassen, indem wir unsere Steuerungsfunktion anderen überlassen, die vielleicht gar nicht in der Lage sind, den Patienten in seiner Gesamtheit zu betrachten, mit ihm seine Lebenseinstellung zu ergründen, und diese in ein individuelles Therapiekonzept einzubinden? Einer Selbstauflösung der Hausärzte steht gesetzlich nichts im Wege. Wir müssen jedoch unser „Kerngeschäft“ ernst nehmen und die damit verbundenen Chancen – auch Gefahren durch diagnostischen oder therapeutischen „Overkill“ vom Patienten fernzuhalten – nicht ohne Not aufgeben.

In diesem Zusammenhang ist auch die Sache mit den zehn Euro zu sehen. Leider ist unsere Stellung als primärer Ansprechpartner in Teilen der Bevölkerung bereits unbekannt – nur so ist es zu erklären, dass man sie mit einer Eigenbeteiligung daran erinnern muss, dass die Solidargemeinschaft nicht für Doktorhopping bzw. -shopping aufkommen kann. So lästig diese zehn Euro auch sind, sie stützen unsere Rolle als Hausärzte und haben die schleichende Aushöhlung unserer Aufgabe als Koordinatoren und Partner gestoppt. Um Mißverständnissen vorzubeugen: Die wichtige Kooperation mit den fachspezialistischen Kollegen, die „vor Ort“ in aller Regel selbstverständlich ist und weitgehend problemlos klappt, soll und kann durch eine sinnvoll abgestimmte Aufgabenteilung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung sogar noch verbessert werden.

10 Euro
Praxisgebühr:
Zwar lästig, aber
eine Stütze für die
Hausärzte



Argument 6: Der Vertrag zur „Hausarztzentrierten Versorgung, HZV“ verlangt das alles auch noch von uns. Ich verstehe nicht, wie man einen solchen Vertrag überhaupt abschließen konnte, und wieso ich mich daran beteiligen sollte.³

Die im HZV-Vertrag vereinbarten „Folterinstrumente“ (QZ Pharmakotherapie, Leitlinien, Fortbildung und zertifiziertes QM) stehen alle wortwörtlich in der Begründung des § 73 SGB V. Insbesondere die Pflicht zur Fortbildung (§ 95 d SGB V) und die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements (§ 135 a Abs. 2 SGB V) stehen darüber hinaus auch an anderer Stelle ohnehin (!) bereits im Gesetz. Der wesentliche Unterschied: Der damit nach Gesetz verbundene Aufwand wird nicht besonders anerkannt bzw. honoriert!

Die KV Hessen hat rechtzeitig erkannt, dass anhaltender Widerstand gegen Bundesgesetze unserer hausärztlichen Position nur schadet. Warum sollte man die Politik in ihren Unterstellungen durch ablehnendes oder gar boykottierendes Verhalten noch bestätigen und zu weiteren Drangsalierungen ermuntern? Hier hat die KV Hessen die große Chance ergriffen und klargemacht, dass die Einführung von Qualitätsmanagement und unabhängiger Fortbildung Geld kostet, und mit dem Vertrag zur HZV erreicht, dass die Krankenkassen pro Fall und Quartal auch an den Forderungen und ihren Folgen angemessen beteiligt werden. Angesichts der ohnehin geltenden Verpflichtungen ist diese Regelung ein echter Glücksfall für die hessischen Hausärzte.

Hier bekommen
die Kollegen Geld
für unabhängige
Fortbildung



³ Erfreulicherweise hatten sich Anfang November 2005 bereits mehr als die Hälfte aller hessischen Hausärzte (2300) und 105 000 Versicherte eingeschrieben: Tendenz steigend.

Argument 7: Hausarztzentrierte Versorgung: Wir tun mal so, als ob. Das hat noch immer gereicht.

Die Anforderungen im Vertrag zielen dem Wortlaut des Gesetzes nach auf „besonders qualifizierte Hausärzte“. Dabei sollte aber – gegenteiligen Behauptungen zum Trotz – klar gesehen werden: Jeder(!) Hausarzt, der dies möchte, kann diese Anforderungen erfüllen und am Vertrag teilnehmen. Er bekommt hier nur – wie sonst im Leben auch – nicht einfach etwas geschenkt. Wer letzteres erwartet und glaubt, es würde ausreichen, so zu tun als ob, handelt nach unserer Einschätzung kurzsichtig und gefährlich. Natürlich ist es bequemer und einfacher, an einem Vertrag teilzunehmen, für den man „nichts“ tun muss. Aber wie lange soll das gut gehen? Schon sehr bald stellt sich die Frage: Was hat es denn gebracht – außer Zusatzkosten (allein für Hessen in zweistelliger Millionenhöhe)?

Die politisch gewollte Besserstellung der Hausärzte, für die wir uns einsetzen, wird nicht automatisch zu besseren Ergebnissen führen. Erst wenn wir die konkreten Chancen der hier vorgesehenen Maßnahmen erkennen und uns die Ziele dieser Verträge auch zu eigen machen, sind realistische Veränderungen zu erwarten. Angenommen, wir machen das nicht, verweigern uns (latent oder offensiv), und das Ergebnis der bereits geplanten Evaluationen würde lauten: Die Versorgung läuft genauso wie zuvor, nur die Kosten sind weiter gestiegen. Was wäre dann? Wir hätten dann noch selbst den Beleg dafür geliefert, dass man auf Hausärzte in diesem System zukünftig lieber nicht bauen sollte. Dann sind alle unsere Behauptungen, dass eine durch den Hausarzt koordinierte Versorgung „besser“ sei, nicht nur verpufft – sie gelten dann sogar als widerlegt. Es reicht heute eben nicht mehr, etwas vollmundig zu behaupten, man muss es auch belegen können!⁴ Andere „Dienstleister“, die jetzt bereits überall präsent sind, werden dann immer mehr in ehemals hausärztliche Domänen vordringen. Wer die Augen aufmacht, wird dafür im In- und Ausland bereits zahlreiche Beispiele finden.

Wehren wir uns
konstruktiv!



Zwischenfazit: Wir werden „nicht in Ruhe“ gelassen, weder von der Politik noch von den Kassen. Wir müssen uns vielmehr konstruktiv wehren und die Chancen erkennen, die in den neuen Anforderungen liegen. Neben der zum Teil vermeidbaren „Bürokratie“ und der initial aufwendigen Umstellung unserer Praxen können wir viel gewinnen: Wir können als Hausärzte unseren hohen Stellenwert im deutschen Gesundheitssystem belegen und sichern bzw. sogar ausbauen. Dafür müssen wir darlegen, wie gut wir tatsächlich sind. Jeder, der etwas anderes behauptet, muss dann zukünftig das Gegenteil beweisen.

Die „Großwetterlage“ – Ein tiefgreifender Wandel, den wir nicht bekämpfen, sondern nutzen sollten.

Zur weiteren Einordnung scheinen uns die nachfolgenden – ebenfalls zum Teil nur angerissenen Zusammenhänge – wichtig: Wir erleben seit vielen Jahren einen zunehmend deutlicher werdenden, tiefgreifenden Wandel, der – mehr oder weniger ähnlich – in praktisch allen Industrienationen beobachtet werden kann:

- Die gesellschaftliche **Rolle bzw. Bedeutung von Ärzten verändert sich:** Der Halbgott in Weiß verliert an Glanz. Wir werden mehr als „Dienstleister des Patienten“ wahrgenommen. Insbesondere Hausärzte genießen zwar nach wie vor ein besonders hohes Ansehen bei ihren Patienten, aber auch in unseren Praxen findet dieser Wandel statt – zum Teil durchaus zu Recht. Moderne ►

⁴ Uns ist natürlich völlig klar, dass hier ein weiteres Problem liegt, um das wir uns kümmern müssen: Wie kann der „Erfolg“ hausärztlicher Arbeit überhaupt gemessen werden? Gerade, weil es schwierig ist, die Dinge zu berücksichtigen, die uns besonders wichtig sind (Arzt-Patient-Beziehung, Verständnis, Empathie etc.), dürfen wir als Hausärzte die Bewertung unserer Arbeit nicht anderen überlassen. Auch hier ist unser konstruktiver Sachverstand gefragt.

Hausärzte fühlen sich entlastet, wenn ihre Patienten auch selbst Verantwortung übernehmen und uns als „Partner“ begegnen. Unsere jüngeren, unsere zukünftigen Patienten sind kritischer, erwarten klare Belege unserer Kompetenz. Dies bedeutet übrigens nicht, dass wichtige Eigenschaften des „guten alten Hausarztes“, die unsere Patienten an uns schätzen, nicht erhalten werden könnten oder müssten. Im Gegenteil! Die bio-psycho-soziale Wahrnehmung, Kenntnis und Betreuung unserer Patienten und ihres Umfeldes wird auch in Zukunft gebraucht – manchmal vielleicht sogar mehr als je zuvor.

- **Transparenz und Verantwortlichkeit:** Das Wort eines Arztes *allein* gilt kaum noch als ausreichender Beleg für die Notwendigkeit von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen und den damit ausgelösten Kosten. Vielmehr werden zur Beurteilung andere Quellen (insbesondere Evidenz aus Studien) herangezogen. Mediziner müssen rechtfertigen, wie sie mit den bereitgestellten Mitteln umgehen. Als Voraussetzung wird (auch in Zukunft weiter zunehmend) eine (messbare) Transparenz des Leistungsgeschehens gefordert. Verantwortung zu übernehmen, sind wir als Hausärzte von jeher gewohnt, heute müssen wir dies allerdings verdeutlichen.
- **Feminisierung:** Mindestens 60 % der Studierenden sind Frauen. Tendenz steigend. Der Trend zur Feminisierung scheint sich in der Allgemeinmedizin bereits jetzt deutlicher auszuwirken als in anderen Fachgebieten. Dass viele Frauen unseren Beruf wählen, ist erfreulich. Das hat aber auch Konsequenzen: Die durchschnittliche Lebensarbeitszeit von Kolleginnen ist durch Familienphasen meist kürzer, und viele Hausärztinnen (und z.T. auch Kollegen) können oder wollen sich nicht selbständig niederlassen. Das Nachwuchsproblem verschärft sich weiter. Der Arbeitsdruck in unseren Praxen steigt. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass aufgrund der häufigeren Doppelbelastung durch Familie und Beruf andere Erwartungen an die Praxisstruktur gestellt werden. Gesucht werden vermehrt Praxen, in denen diese hochqualifizierten Kolleginnen und Kollegen ihr individuelles Lebenskonzept realisieren können, sonst droht schon aus diesem Grund die Abwanderung in andere Bereiche des Gesundheitswesens.
- **Kooperationen:** Junge Kolleginnen, aber auch junge Kollegen wollen sich die wirtschaftlich allein verantwortliche Führung einer Einzelpraxis immer weniger zumuten. Fast alle Jungen streben in Kooperationen. Insbesondere Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren setzen sich mehr und mehr durch. Die Einzelpraxis ist – auch aus diversen anderen Gründen – nicht mehr das Modell der Zukunft.
- **Demographische Alterung / Chronikerversorgung:** Unsere Bevölkerung altert rapide. Die Zahl chronisch Kranker und vor allem multimorbider Patienten nimmt stetig zu. Hausarztpraxen sind davon sehr stark betroffen. Die Kernaufgabe unserer Praxen ist die Basis- und Langzeitversorgung einer zunehmenden Zahl chronisch kranker Patienten. Um es ganz klar zu sagen: Die Chronikerversorgung wird *die* Frage sein, an der sich zukünftig die Rollen und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen entscheiden werden. Hausärzte haben hier eine sehr gute Ausgangsposition. Bei allem bürokratischen Unsinn haben die gescholtenen DMPs die hausärztliche Rolle gefestigt und zeigen nach ersten Ergebnissen, dass sich die Qualität der Versorgung in unseren Praxen durchaus erhöht hat. Wer die Aufgabe der Hausärzte in der Chronikerversorgung im allgemeinen Frust über Bürokratie, DMPs usw. zerredet, führt die Hausärzte ins Abseits. Die Notwendigkeit zur strukturierten Versorgung chronisch Kranker wird nicht verschwinden, aber gerade hier warten zahlreiche Interessenten – Fachspezialisten, Klinikambulanzen, Kassen und Callcenter usw. – nur darauf, in diesen „Geschäftszweig“ einzusteigen. Die damit verbundene Desintegration der Versorgung wäre nicht im wohlverstandenen Sinne der Patienten, und das ist damit auch nicht in unserem Sinne als Hausärzte. ▶

Die Einzelpraxis ist kein Zukunftsmodell mehr



Die Chronikerversorgung ist aufwendig und verlangt strukturierte Konzepte und Abläufe in der Praxis. Unsere Praxen sind aber noch eher auf die Anforderungen der Akutversorgung ausgerichtet. Um diese Herausforderung der Zukunft besser zu meistern, gibt es vielversprechende neue Konzepte (Stichwort: „Chronic Care Model“, Arzhelferinnen als „Case Manager“⁵), die Änderungen der Praxisorganisation und neue Rollenteilungen im Praxisteam voraussetzen. Die Konzepte haben (einstweilen) noch allesamt englische Namen, weil wir in Deutschland erst spät die Aufgabe erkannt haben. Wir werden sie aber brauchen, um unserer Aufgabe in der Versorgung gerecht zu werden. Wir erproben diese Konzepte derzeit unter den alltäglichen Bedingungen hessischer Praxen. Sobald belastbare Ergebnisse vorliegen, werden wir gemeinsam mit den beteiligten Hausärztinnen und Hausärzten darüber berichten.

- **Globalisierung / ökonomische „Krise“:** Ähnlich wie in anderen Branchen zeigen sich auch im „Medizinmarkt“ Folgen der Globalisierung: u.a. grenzüberschreitende Wanderungsbewegungen der „Dienstleister“ (Hausärzte aus Polen oder Österreich bei uns, unser Nachwuchs macht Wochenenddienste in Großbritannien, u.a. da Ärzte dort besser bezahlt werden). Die Globalisierung führt u.a. auch zur Verschärfung der ökonomischen Situation. 5 Millionen Arbeitslose, eine sinkende Lohnsumme, strukturelle Besonderheiten unseres Gesundheitssystems (u.a. das quantitative Verhältnis von Hausärzten zu Fachspezialisten) sowie weitere Einflüsse werden auch weiterhin wirksam sein. Die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sind (auch deshalb) begrenzt und werden es immer bleiben. Selbst wenn wir – mit guten Gründen – die Gesundheitsbranche generell als Wachstumsmarkt betrachten: Die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen wird immer größer sein als die öffentlich oder von der Solidargemeinschaft bereitgestellten „Budgets“.

Rücktritt fordern?
Eine neue
Gesundheits-
ministerin kann
Veränderungen
nicht aufhalten



Die hier keineswegs abschließend aufgeführten Entwicklungen sind – und darauf kommt es uns hier an – *kein* Spezifikum deutscher Gesundheitspolitik. Es wäre naiv von uns zu glauben, dass z.B. ein (immer wieder geforderter) Rücktritt des/r gerade aktuellen Gesundheitsministers/in auch nur einen dieser Trends stoppen könnte. Jeder einzelne der hier genannten Trends wird also – mehr oder weniger – und mit und ohne „die da oben“ zu Veränderungen in unseren Praxen führen.

Im „Frustland“ Deutschland kommt aber offenbar noch etwas hinzu, was derzeit die gesamte Nation erfasst zu haben scheint: Es wird – so Beobachter aus anderen Ländern – hierzulande mehr über die aktuellen Verhältnisse gejamert und gestöhnt als etwas Neues angepackt. Dabei wird vergessen, dass wir, um etwas Neues anzufangen, uns zunächst aus alten Routinen, Lesarten und Vorurteilen befreien müssen. Die Welt um uns herum verändert sich: Selbst derjenige, der möchte, dass alles so bleibt wie es ist, muss sich ändern!

Der materielle Wohlstand befindet sich – der aktuellen Befindlichkeit zum Trotz – immer noch auf einem vergleichsweise hohen Niveau und ist im internationalen Vergleich weit überdurchschnittlich. Ausnahmen und das Problem der „Verteilungsgerechtigkeit“ bestätigen hier die Regel. Viele sehen inzwischen ein, dass wir – immer noch – über unsere Verhältnisse leben und jetzt auch zunehmend mit den Kehrseiten dieser Entwicklung konfrontiert werden. Um das Niveau zu halten, kommt es zu einer Leistungsverdichtung, Zeit wird ein immer knapperes Gut. Wir fühlen uns gehetzt. Es fehlt nicht nur Zeit für unsere Patienten oder die Fortbildung, sondern auch Zeit für die Familie, den Ehepartner, die Kinder, für Freunde, für Hobbys und die – sogar dringlicher werdende – Entspannung. Wir müssen aber klar erkennen: Diese Entwicklung betrifft alle Lebensbereiche und ist nicht (allein) die Folge ►

⁵ Es fehlt leider der Platz, um diese Konzepte näher zu erläutern. Wir können aber versichern, dass man sie nicht schon deshalb ablehnen muss, weil sie ein weiterer Beleg für die Ausbreitung von Anglizismen sind. Das hat mit ihrem Ursprung zu tun und damit, dass sie inzwischen zu feststehenden Begriffen geworden sind. Siehe dazu auch das folgende Stichwort „Globalisierung“, der auch wir uns an dieser Stelle scheinbar nur schwer entziehen können.

einer verfehlten Gesundheitspolitik, die man mit leichter Hand ändern könnte, wenn die „da oben“ nur auf uns hören würden. Die Ursachen liegen tiefer.

Auch wenn wir uns darüber ärgern, auch wenn uns das nervt: Es reicht einfach nicht, wenn wir nur streiken und stöhnen, wenn wir fordern, dass die alten Zeiten zurückkommen, in denen es uns besser ging und nicht alles so hektisch und kalt war. So verständlich diese frustgetriebene Reaktion auch ist (auch wir als Autoren dieses Beitrags kennen dieses Gefühl nur zu gut): Das reicht noch nicht, um die Probleme der Zukunft zu lösen.

Fazit: Wir Hausärzte müssen über unseren Protest gegen einige in der Tat unhaltbare Zustände hinaus unsere Handlungsfähigkeit im Alltag, aber unbedingt auch unsere „Politikfähigkeit“ im Gesundheitswesen erhalten. Wir können nicht dabei stehen bleiben, nur zu sagen, was wir alles NICHT wollen. Damit werden wir schon bald nicht mehr ernst genommen. Wir müssen vielmehr mit guten Begründungen und Beweisen sagen, was wir zukünftig anders haben und konkret anders machen (!) wollen. Wenn dies klar ist, müssen wir außerdem schon jetzt darüber nachdenken, wie wir anschließend – anhand harter Daten und Fakten – auch beweisen (!) können, dass der von uns eingeschlagene Weg richtig ist. Das mag uns nicht gefallen, das mag anstrengend und unbequem klingen, aber so ist die Realität. Übrigens nicht nur in der Medizin: Die gleiche Forderung nach Transparenz und Darlegung von Qualität existiert z.B. in zahlreichen Betrieben und Branchen im In- und Ausland, selbst der öffentliche Dienst, Schulen und Universitäten werden nicht „verschont“.

Der aufgezeigte Wandel führt zu Verunsicherung, zu Orientierungslosigkeit und folglich zu Ängsten. Um es klar zu sagen: Es wird nach allgemeiner Einschätzung Gewinner, aber eben auch Verlierer dieses Wandels geben – auch unter uns Hausärzten. Wir sind allerdings fest davon überzeugt, dass Hausärzte generell ganz hervorragende Chancen haben, zu den „Modernisierungsgewinnern“ zu gehören. Kein schönes Wort, aber eine echte Option. Ganz entscheidend für die Frage, ob wir als Hausärzte zu den Gewinnern oder den Verlierern dieses Wandels gehören, ist die Frage, ob es uns gelingt, auf eine auch für uns selbst identitätsstiftende Weise die Bedeutung unserer zentralen Stellung bzw. Arbeit in unserem Gesundheitssystem unter Beweis zu stellen. Der Gesetzgeber hat uns mit dem § 73 b SGB V („Hausarztzentrierte Versorgung“) genau hier eine Chance eröffnet und uns Hausärzte in das Zentrum der Versorgung gerückt. Dass manchen Fachspezialisten und einigen Krankenkassen dieser Gedanke nicht gefällt, ist eine Realität. Diese Chance nicht zu nutzen, möglicherweise aus den Reihen der Hausärzte sogar zu bekämpfen, wäre aus unserer Sicht allerdings kurz-sichtig und letztlich fatal. Wir würden als Hausärzte eine wichtige Chance, vielleicht sogar die letzte, verpassen. Wir meinen: Das sollte nicht passieren.

Zum Abschluss: **Wir kennen viele Hausärztinnen und Hausärzte, die ihren Beruf – auch heute noch – gerne ausüben und sich keine schönere und befriedigendere Tätigkeit vorstellen können. Wir sind sicher: Wir haben generell allerbeste Chancen, dass dies so bleibt,** wenn wir uns den sich verändernden Rahmenbedingungen auf durchdachte Weise anpassen und uns nicht einfach alternativlos verweigern. Gute Hausärztinnen und Hausärzte werden in der Zukunft – vielleicht mehr denn je – gebraucht und gesucht! Genau diese Botschaft versuchen wir auch den jungen Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln, die in Kürze ihr Studium abschließen und die wir zu einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin motivieren wollen.

Unsere „Befindlichkeit“ betrifft uns Hausärzte vielleicht noch viel existentieller als viele andere Berufe: Es gilt nicht nur, dass wer seine Gegenwart und Zukunft schlecht redet, nur um so mühseliger seinen Aufgaben gerecht werden kann. Nein, mit schlechter Stimmung schrecken wir den Nachwuchs von unserem Beruf ab und gefährden den Wert und die Übernahmefähigkeit unserer Praxen! Also: Allen Schwierigkeiten zum Trotz. Ein fundierter Optimismus ist so oder so absolut gerechtfertigt und angebracht! □

Wer die Chancen
nutzt, zählt zu den
Gewinnern

