

Zur Situation unseres Berufsstandes

# Warum noch Hausarzt sein?

Warum die Stimmung schlechter ist als die Lage und warum insbesondere Hausarztverträge eine Chance darstellen, die wir nicht verpassen sollten. Ein Debattenbeitrag<sup>1</sup>, der zur Diskussion anregen will.



Prof. Dr. Ferdinand Gerlach

Dr. Joachim Fessler

→ Vorweg eine Bemerkung der Autoren

Der nachfolgende Beitrag ist 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. 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. 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 eingeführten Argumenten erst gar nicht geführt würde.

**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: DMP, 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 verschwände? 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? Viele Hausarztverträge, insbesondere solche zur „hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV), sehen sogar den Einsatz von mehreren der o.g. „Folterinstrumente“<sup>2</sup> vor. Neben Befürwortern gibt es Kritiker, die zum Teil nicht verstehen können, wie man solche Verträge überhaupt abschließen konnte und warum es für Hausärzte Sinn machen soll, dabei mitzumachen. Nachfolgend einige Antworten auf die sechs häufigsten Bedenken und ein Versuch zur strategischen Einordnung hausärztlicher Perspektiven in die sich insgesamt ändernde „Großwetterlage“.

→ Aufruf zur Diskussion!

## Wie sehen Sie die Situation? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Je mehr Ärzte sich beteiligen, desto besser kann das Stimmungsbild wiedergegeben werden! **Schreiben Sie uns!**  
 MED.KOMM.  
 Stichwort: Hausarzt sein  
 Neumarkter Str. 43  
 81673 München  
 Fax.: 089/43 72 13 60  
 E-Mail: redaktion.hausarzt@medkomm.de

**Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie brauchen wir nicht!**  
 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%, wie von Kritikern aller Couleur 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 behauptete „Versorgungsdefizite“? Auf diese Fragen finden wir nur in datengestützten Pharmakotherapie-zirkeln Antworten, im vertrauensvollen kollegialen Austausch. Und nur fundierte Antworten können wir denen entgegenhalten, die gelegentlich pauschal das verurteilen, was wir im Alltagsge-



**Durch einmaliges und nachvollziehbares Dokumentieren eines Untersuchungsganges kann man sich in der Krankenakte auf pathologische Befunde beschränken**

schafft machen. Wie inzwischen auch international wahrgenommen wird, haben strukturierte, datengestützte(!), Qualitätszirkelprogramme zur Pharmakotherapie gegenüber Kontrollgruppen nachgewiesene, positive Effekte auf Qualität und Kosten (Wensing et al.: J. Eval. Clin. Prac. 2004; 10: 457-466).

### **Qualitätsmanagement ist 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 wir einmal unsere Untersuchungsgänge nachvollziehbar dokumentieren, kann man sich in der Krankenakte auf die Dokumentation der pathologischen Befunde beschränken und ansonsten einfach „o.B.“ notieren. Dies erleichtert die Dokumentationspflicht ungemein. 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 Haus-

arztpraxis sinnvolles System eingesetzt wird (kein aufwendiges, 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 Praxisteams steigt spürbar! Die in § 135a Abs. 2 SGB V ohnehin geforderte Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements sollte damit allenfalls ein Nebenaspekt sein.

### **Evidenzbasierte Medizin und evidenzbasierte Leitlinien führen nur zur Standardisierung. Wo bleibt die Therapiefreiheit? Jeder Patient ist einzigartig.**

Stimmt: Jeder Patient ist einzigartig, und gerade für uns Hausärzte ist die Arzt-Patient-Beziehung absolut zentral. Entscheidend ist aber auch, dass wir unseren 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. Entscheidungshilfen zu Krankheiten, bei denen man erst in vielen Jahren und nicht bei allen Patienten einen Effekt erwarten kann, erhält man nur durch Ergebnisse großer Studien. Wer hat schon 2000 Diabetiker in seiner Praxis, um selber einen Effekt beurteilen zu können, der bei 5 – 10 % liegt?

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 stützt die Unabhängigkeit des Arztes, auch gegenüber Kostenträgern, denen wir (entgegen allen Spardiktaten) gelegentlich nachweisen können, was unsere Patienten benötigen, um evidenzbasiert behandelt zu werden. So können evi-

denzbasierte Leitlinien verhindern, dass man uns undifferenziert nachsagen kann, „die schreiben zu viel auf“.

Hausärztliche Leitlinien<sup>3</sup> 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“. Hausärztliche Leitlinien verhindern Überdiagnostik und Übertherapie, indem sie definieren, was überflüssig und unter den Bedingungen der Alltagspraxis unangemessen ist. Eigene Leitlinien halten fest, 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 genau hier den Rücken.

### **Wie ich meine Fortbildung gestalte, will ich selbst entscheiden. Vorgaben zu den Inhalten lehne ich grundsätzlich ab.**

Wir werden mit Informationen überflutet, die im medizinischen Bereich nur selten unabhängig und neutral sind. Dies gilt für die durchschnittlich 170 jährlichen Besuche der deutschlandweit etwa 15 500 Pharmaberater und leider nicht selten auch für medizinische Fortbildungsveranstaltungen. Dagegen müssen wir uns wehren. Tun wir dies nicht, wird uns weiter vorgeworfen: „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 und diese auch selbst bezahlen. Bei jedem Sponsoring taucht die Frage nach der Gegenleistung auf. Nein, wir müssen darlegen, dass unabhängige Informationen Kosten verursachen, und wer dies von uns erwartet, auch dafür bezahlen muss.

Fortsetzung von Seite 32 >>>

### Die Pflicht, zuerst zum Hausarzt zu gehen, erhöht die Anzahl an Überweisungen, die ich ausstellen muss und 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.

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 einer hausarztkoordinierten Versorgung sogar noch verbessert werden.

### Hausarztkoordinierte Versorgung – Wir tun mal so, als ob. Das hat noch immer gereicht.

Die Anforderungen der verschiedenen Hausarztverträge sind unterschiedlich und zielen dem Wortlaut des Gesetzes nach zum Teil sogar auf „besonders qualifizierte Hausärzte“. Dabei sollte aber – gegenteiligen Behauptungen zum Trotz – klar gesehen werden: Jeder(!) Hausarzt, der dies möchte, kann diese Anforderungen erfüllen. 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 wäre es bequemer und einfacher, an ei-

nem 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?

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 der Hausarztverträge auch zu eigenen machen, sind realistische Veränderungen zu erwarten. Dies gilt für alle Hausarztverträge, egal auf welcher Rechtsgrundlage (§ 73 oder 140 SGB V) bzw. von wem diese jeweils geschlossen wurden (Hausärzterverband oder einzelne KVen). 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!<sup>4</sup> 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.

### Zwischenfazit

Wir werden „nicht in Ruhe“ gelassen, weder von der Politik noch von den Kassen. Wir müssen uns 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



### Hausarzt – Quo vadis?

und sichern bzw. sogar ausbauen. Wir müssen dafür 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.

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 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. Dennoch müssen wichtige Eigenschaften des „guten alten Hausarztes“ erhalten bleiben: 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.

### I **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 (v.a. Evidenz aus Studien) herangezogen. Mediziner müssen rechtfertigen, wie sie mit den bereitgestellten Mitteln umgehen. Als Voraussetzung wird eine (messbare) Transparenz des Leistungsgeschehens gefordert. Verantwortung zu übernehmen, sind wir als Hausärzte von jeher gewohnt. Heute müssen wir dies allerdings verdeutlichen.

**I 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.

**I 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 nicht mehr das Modell der Zukunft.

### I **Demographische Alterung/Chronikerversorgung:**

Die Kernaufgabe unserer Hausarztpraxen ist die Basis- und Langzeitversorgung einer zunehmenden Zahl chronisch kranker und multimorbider Patienten. 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. 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“, Arzthelferinnen als „Case Manager“<sup>5</sup>), die Änderungen der Praxisorganisation und neue Rollenanteile im Praxisteam voraussetzen. Die Konzepte haben allesamt noch 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 Hausärzten darüber berichten.

### I **Globalisierung/ökonomische „Krise“:**

Ähnlich wie in anderen Branchen zeigen sich auch im „Medizinmarkt“ Folgen der Globalisierung: grenzüberschreitende Wanderungsbewegungen der „Dienstleister“ (Hausärzte aus Polen oder Österreich bei uns, unser Nachwuchs macht Wochenenddienste in Großbritannien). 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 ge-



**Teamwork ist vielen jungen Kolleginnen und Kollegen wichtig, daher zieht es sie in Gemeinschaftspraxen oder Versorgungszentren**

setzlichen 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“.

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 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: Es wird – so Beobachter aus anderen Ländern – hierzulande mehr über die aktuellen Verhältnisse gejammert und gestöhnt als etwas Neues angepackt. Dabei wird vergessen, dass wir uns, um etwas Neues anzufangen, zunächst aus alten Routinen, Lesarten und Vorurteilen befreien müssen. Selbst derjenige, der möchte, dass alles so bleibt wie es ist, muss sich ändern!

Der materielle Wohlstand befindet sich immer noch auf einem vergleichsweise hohen Niveau und ist im internationalen



Vergleich weit überdurchschnittlich. Ausnahmen und das Problem der „Verteilungsgerechtigkeit“ bestätigen hier die Regel. Um das Niveau zu halten, kommt es zu einer Leistungsverdichtung. 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) Folge einer verfehlten Gesundheitspolitik, die man mit leichter Hand ändern könnte, wenn „die da oben“ nur auf uns hören würden. Die Ursachen liegen tiefer.

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, 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, Orientierungslosigkeit und folglich zu Ängsten. Um es klar zu sagen: Es wird nach allgemeiner Einschätzung Gewinner, aber 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. Die regional bzw. bundesweit geschlossenen Hausarztverträge stellen in diesem Sinne eine echte Chance dar. Dass manchen Fachspezialisten und einigen Krankenkassen dieser Gedanke nicht gefällt, ist eine Realität. Diese Gelegenheit nicht zu nutzen, möglicherweise aus den Reihen der Hausärzte sogar zu bekämpfen, wäre aus unserer Sicht allerdings kurzsichtig und letztlich fatal. Wir würden als Hausärzte eine wichtige Chance, vielleicht sogar die letzte, verpassen. Wir meinen: Das sollte nicht passieren.

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Frankfurt und  
Dr. Joachim Fessler, Flörsheim

### → Zum Abschluss

Wir kennen viele 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 mehr denn je gebraucht und gesucht! Genau diese Botschaft versuchen wir auch den jungen Kollegen zu vermitteln. Wir wollen sie zu einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin motivieren.

Unsere „Befindlichkeit“ betrifft uns Hausärzte vielleicht noch viel existentieller als 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 absolut gerechtfertigt und angebracht!

### Fußnoten

**1** Überarbeiteter, gekürzter Nachdruck aus „KVH aktuell“. Ausführliche Fassung unter: [www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/pharmako\\_2006.pdf](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/pharmako_2006.pdf)

**2** Der besonders weitgehende hessische Vertrag (nach §73 SGB V) wurde mit 9 Ersatzkassen geschlossen und sieht im wesentlichen 4 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).

**3** Gemeint sind die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM, und der Leitliniengruppe Hessen

**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.

**5** Leider fehlt der Platz, um diese Konzepte näher zu erläutern. Wir versichern aber, 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 auch das Stichwort „Globalisierung“, der auch wir uns nur schwer entziehen können.