

**Editorial – Thema der Woche****Montag, 29. September 2014**

Der Kampf der Hausärzte um die Hausarztzentrierte Versorgung nimmt zwar immer stärkere ideologische Züge an, aber er ist im Kern Ausdruck für einen grundsätzlichen Wandel im Versorgungsbedarf, auf den die Ärzteschaft jahrzehntelang nicht angemessen reagiert hat: Seit der Erfindung des Insulins vor inzwischen fast 100 Jahren gibt es in Industrienationen den chronisch kranken Patienten, und es ist offensichtlich lange niemandem klar geworden, dass sich aus dieser Veränderung der Morbidität auch eine Veränderung des Versorgungsbedarfs und damit zwingend auch eine Veränderung der Vergütungslogik ergeben muss.

Sagen wir, wie's ist: Noch zu Beginn des letzten Jahrhunderts ging die medizinische Intervention bei konkretem Behandlungsbedarf mehr oder minder in zwei Richtungen: Genesung oder Tod. Und für diesen Behandlungsverlauf ist die noch immer vorherrschende und von den Fachärzten mit Klauen und Zähnen verteidigte Einzelfallvergütung auch das richtige Honorar-Modell. Mit dem immer stärkeren Aufkommen chronischer Krankheitsverläufe hätte jedoch zwingend die Honorierung ganz anderer Tätigkeit mit in das Honorarsystem aufgenommen werden müssen, denn Koordination, Kooperation und Kommunikation des behandelnden Ärzteteams (das eben in der aktuellen Situation leider auch kein Team ist) müssten bei chronisch kranken Patienten zu zentralen Leistungen der einzelnen Gesundheitsberufe und des gesamten Gesundheitssystems werden.

Auf diese neue Herausforderung (die nicht etwa die Akutversorgung ersetzen soll, sie aber systematisch ergänzen müsste) hat die Ärzteschaft lange Zeit überhaupt nicht reagiert. Im Gegenteil, sie hat sich weiter überwiegend fachärztlich ausgerichtet und mit immer feiner werdenden Ziselierungen den Spezialisten-Status kultiviert. Dass auf diese Fehlentwicklung seitens der Politik zu Beginn des 21. Jahrhunderts mit so genannten Disease Management Programmen (DMP) reagiert werden musste, ist der eigentliche Sündenfall ärztlicher Selbstverwaltung, denn es wird damit deutlich, dass die Ärzteschaft den neuen Versorgungsbedarf nicht erkannt hat, oder ihm zumindest nicht mit systemischen Änderungsvorschlägen aus den eigenen Reihen begegnet ist. Damit hat sie ihren Führungsanspruch bei der Gestaltung unseres Gesundheitssystems schwer beschädigt und massiv politischen Einfluss preisgegeben. Die Hausärzte füllen – unterstützt durch eine hausarztfreundliche sozialdemokratische Politik – diese Lücke.

Da es aber in dieser unterschiedlichen Betrachtung des Versorgungsbedarfs um sehr viel Geld geht, wird die politische Diskussion ideologisch als eine Auseinandersetzung um einen hausärztlichen Ansatz auf der einen und einen fachärztlichen auf der anderen Seite geführt. Die Folge ist ein für Deutschland typischer, erbittert geführter Streit in einer Entweder/oder-Polarität. Das aber führt zu einem vollkommen sinnlosen lobbyistischen Fingerhakeln, in dem die eigentlich richtige Betrachtung des „Sowohl/als auch“ mehr und mehr verloren geht. Natürlich brauchen wir mit der Etablierung chronischer Erkrankungen zwei Versorgungs- und Honorierungsansätze: Ein schnell reagierendes und zum Teil hochspezialisiertes Netz zur Abdeckung des akuten Behandlungsbedarfs und ein eher an Pauschalen orientiertes stark in Vernetzung denkendes Versorgungsnetz zur möglichst zielgenauen Betreuung und Steuerung chronisch kranker Patienten. Um diese sich gegenseitig ergänzenden Ansätze in ideologischen Verdrängungskämpfen zu streiten, ist sinnlos und beschädigt unser System im Kern. Die verfasste Ärzteschaft wäre aufgefordert aus sich selbst heraus, diese Beschädigung zu erkennen, abzustellen, und neue ergänzende Versorgungs- und Honorarkonzepte zu entwickeln. Solange sie dies nicht tut, werden die Kämpfe der Hausärzte weitergehen – und die Politik wird daraus immer weiter das Recht (und die Pflicht) zur Einmischung ableiten.