

# Das Kollegium für Hausarztmedizin

## Aufstieg und Zukunft des Grundversorgers

Interview mit dem scheidenden Präsidenten des KHM, Herrn Dr. Werner Bauer

*Herr Bauer, Sie sind scheidender Präsident des Kollegiums für Hausarztmedizin. Wie lange waren Sie Präsident?*

Wenn ich mein Amt Ende Februar beenden werde, werden es gut zwei Jahre gewesen sein. Die eigentliche Amtszeit beträgt vier Jahre, aber da ich im nächsten Mai das Amt des Präsidenten der Gesellschaft für Innere Medizin übernehmen muss oder darf, drängt sich ein Wechsel auf.

*Wie lange gibt es das KHM?*

Es wurde 1994 als Stiftung gegründet mit den Trägern der Schweizerischen Gesellschaften für Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Pädiatrie, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der fünf medizinischen Fakultäten. Das KHM ist, soweit ich weiss, auch international ein Novum. In Deutschland beispielsweise werden wir beneidet um die Tatsache, dass eine solche gemeinsame Struktur besteht.

---

Wir waren sicher über lange Zeit fast eine «quantité négligeable».

---

*Welche Bilanz ziehen Sie nach Ihrer Amtszeit?*

Sie war geprägt durch eine heranwachsende, gute Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgergesellschaften. Es gibt Anekdoten von Veranstaltungen aus der Gründerzeit, als zwischen den Allgemeinmedizinern und den Internisten vielleicht Neckerei oder kaum etwas, was man als eigentliche Zusammenarbeit hätte beschreiben können, bestanden hat. Es ist eine grosse Errungenschaft des Kollegiums, dass diese Phase überwunden werden konnte.

*Das Kollegium ist heute eine grosse, einige Seele?*

Das ist Vision, aber sicher noch nicht Realität. Wir haben sehr gute Beziehungen, aber bei der Definition der Interessen und der Strategien kann man noch nicht von einer Einheit sprechen – das ist aber auch nicht das Nahziel. Meine Vorstellung ist, dass aus einer engen und immer enger werdenden guten Zusammenarbeit einmal weitere Strukturen entstehen könnten. Diese sollten nicht mit der Brechstange erzwungen werden.

## KHM in Kürze

- Das KHM ist eine Stiftung, deren Ziel es ist, die Qualität der medizinischen Grundversorgung in Praxis, Lehre und Forschung zu unterstützen, zu koordinieren und zu fördern.
- Oberste Instanz des Kollegiums ist der Stiftungsrat. Er setzt sich aus je einem Vertreter der medizinischen Fakultäten, aus je zwei Vertretern von SGIM, SGAM und SGP und aus einem Vertreter der SAMW zusammen. Der Stiftungsrat trifft sich etwa fünfmal jährlich und führt zudem jedes Jahr eine Klausurtagung durch.
- Die Projekte des Kollegiums werden an einzelne Personen oder an Arbeitsgruppen delegiert. Diese arbeiten mit grösstmöglicher Selbstständigkeit.

## Aktuelle oder geplante Projekte

- Durchführung und wissenschaftliche Begleitung des Projekts Praxisassistenz. Erarbeitung ganzheitlicher Konzepte für die Aus- und Weiterbildung des Hausarztes. Implementierung des «Tronc Commun» in der Weiterbildung von SGIM und SGAM.
- Erarbeitung von Gemeinsamkeiten in den Fortbildungsprogrammen von SGIM und SGAM. Organisation und Betreuung von Fortbildungsveranstaltungen unter dem Patronat des KHM. Qualifikation von Fortbildungsveranstaltungen für Grundversorger. Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätsförderung in der Praxis. Erarbeitung oder Validierung von Guidelines/ Entscheidungshilfen, welche die Arbeit der Grundversorger betreffen.
- Vernetzung zwischen der akademischen Forschung und der Forschung in der Praxis. Koordination und Informationsvermittlung bei Forschungsprojekten in der Praxis. Erstellung von Guidelines für die Forschungstätigkeit in der Praxis. Übergeordnete Begleitforschung und Dienstleistungsangebote für Forschungstätigkeiten in der Praxis. Durchführung eigener Forschungsprojekte im Namen des KHM.
- Erarbeitung oder Evaluation von Projekten im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen, bei denen der Hausarzt seine Meinung und Erfahrung einbringen will. Beispiel: Prävention, Managed Care, Spitex.
- Umsetzung von Massnahmen, die der verbesserten Kommunikation des KHM und seiner Mitglieder nach innen und aussen dienen. Zur Diskussion stehen: Publikation von «KHM-News» in geeigneten Fachmedien, e-mail-Vernetzung gegen innen und aussen, Produktion eines Informationsfolders, Erarbeitung von Dienstleistungen für die Grundversorger und ihre Patienten.

Abbildung 1

Werner Bauer in seiner Praxis in Küsnacht ZH.



Dr. med. Werner Bauer, geb. 30.6.47

Studium in Zürich, Assistenten- und Oberarzt-tätigkeit in Männedorf, Seattle und am Universitätsspital Zürich (Medizinische Poliklinik);

FMH Innere Medizin (+ Hämatologie-Onkologie), internistische Praxis in Küsnacht, Vorstandsmitglied SGIM, Präsident Kollegium für Hausarztmedizin seit Anfang 1999;

Ziel der standespolitischen Tätigkeit: den Ärzten und vor allem den Grundversorgern die Freude am Beruf als Voraussetzung für eine qualitativ gute Arbeit zu erhalten;

Interessen: Literatur, sprachliche Kommunikation, Marinegeschichte und sonst alles, was mit dem Meer zu tun hat;

Familie: verheiratet, zwei Kinder;

Militär: emeritiert.

*Wo liegen denn noch psychologische Hindernisse?*

Sie sind teilweise historisch bedingt. Der Allgemeinmediziner ist der Archetyp des Grundversorgers, während die Internisten eine Gesellschaft mit zwei Beinen darstellen: die Grundversorger in der Praxis und die Grundversorger in den Spitätern. Zudem sind viele Internisten auch Fachspezialisten und Doppeltitelträger. Schliesslich die Pädiater: Es war ein sehr bemerkenswerter Entschluss der Pädiater, den Einbezug der Allgemeinmediziner und Internisten in der Grundversorgung des Kindes zu befürworten.

*Was ist mit den Frauenärzten, den Grundversorgern der Frauen?*

Aus unserer Sicht können Frauenärzte sicher bis zu einem gewissen Grad als Grundversorger betrachtet werden. Wir sehen sie aber eher als Fachärzte für spezifisch gynäkologisch oder geburtshilfliche Probleme. Wir verstehen den Grundversorger als Familien- und Hausarzt, der für die Familie oder für alle Mitglieder eines Haushaltes in erster Linie der Ansprechpartner sein sollte.

*Die Grundversorger sind auch unverkennbar eine berufspolitische und auch ökonomische «Macht». Erleben sie das auch so, in Gremien wie Ärztekammer oder in den Kantonalen Ärztesellschaften?*

Wir erleben das auch so, aber noch nicht in dem Mass, wie wir es uns wünschen würden. Wir waren sicher über lange Zeit fast eine «quantité négligeable». Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin hat sich lange Zeit standespolitisch sehr wenig engagiert. Das hat sich inzwischen stark geändert. Trotzdem machen sich viele Kolleginnen und Kollegen Sorgen über einen gegenläufigen Trend: Alle haben Freude an den Grundversorgern, aber de facto wird ebenso von überall her an ihren Kompetenzen und an ihren diagnostischen Möglichkeiten genagt und gesägt. Wir brauchen heute Fertigkeitsscheine für Dinge, die wir früher als Selbstverständlichkeit betrachtet haben – und meinten auch gut gemacht zu haben. Hier besteht ein Problem.

*Kann man immerhin sagen, dass die Grundversorger die Ärztekammer dominieren? Dort werden immerhin die wichtigen Entscheidungen getroffen!*

Ja, man kann sicher sagen: Ohne die Grundversorger geht in der Ärztekammer nichts. Es können sicher keine Beschlüsse gegen eine geschlossene Front der Grundversorger durchgesetzt werden. Unser Einfluss ist auch deshalb sehr gross, weil die Vertreter der Kantonalen Fachgesellschaften oftmals auch Grundversorger sind.

*Wieviele Grundversorger repräsentiert das KHM?*

Das KHM hat keine Einzelmitglieder. Es repräsentiert die Mitglieder der Fachgesellschaften der Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater: insgesamt 6500 bis 7000 Ärztinnen und Ärzte.

*Das KHM polarisiert die Ärzteschaft, zusammen mit der FMS.*

Ich habe den Eindruck, dass das Erstgeburtsrecht der Polarisierung bei der FMS liegt. Das KHM sah sich im Zusammenhang mit TarMed mehr und mehr zu einer eigenen Position gezwungen. Eine der Aufgaben des Kollegiums besteht darin, ähnliche Probleme gemeinsam zu lösen. In diesem Sinne findet gerade in den Tariffragen, wo Spezialisten und Grundversorger verschiedene Interessen vertreten, eine «Ausmarkete» statt.

Wenn man die dritte Kraft, die FMC (Foederatio Medicorum Curantium), dazunimmt, könnte man vielleicht etwas überspitzt formulieren: FMH est omnis divisa in partes tres: KHM, FMS und FMC?

Bis zu einem gewissen Grad. Das KHM ist aber kein starrer Block. Wir sehen uns auch nicht in einer Gegnerschaft gegenüber der FMS. Die Fachgesellschaften der FMC andererseits sahen sich gezwungen, sich auch zusammenzuschliessen, weil sie das Gefühl hatten, zwischen diesen beiden grossen Interessengruppen ihre eigenen Anliegen nicht mehr durchbringen zu können. Meines Wissens ist die FMC wesentlich weniger stark organisiert, von einem eigentlichen Block kann man im Moment noch nicht sprechen.

Alle haben Freude an den Grundversorgern, aber von überall her wird an ihren Kompetenzen und an ihren diagnostischen Möglichkeiten genagt und gesägt.

Sie haben einmal den zutiefst gläubigen Satz ausgesprochen, es gäbe ein Leben nach TarMed. Glauben Sie immer noch, dass die Geschichte zu einem guten Ende kommen wird, dass TarMed vielleicht schon 2001 eingeführt werden kann?

Ich betrachte jeden Morgen den Kaffeesatz meines Kaffees und versuche darin zu lesen, inwieweit diese Fragen sich beantworten lassen. Ich gehe eigentlich davon aus, dass TarMed eingeführt wird. Eine wichtige Voraussetzung ist die zugesicherte Möglichkeit,

diesen Tarif laufend zu beurteilen und, wenn notwendig, auch anzupassen. Wir hoffen, dass allfällige Ungerechtigkeiten nicht nur nach unten, sondern auch nach oben korrigiert werden können. Genauso wichtig scheint mir aber, dass irgendwann einmal die Kräfte nicht mehr von dieser reinen Tarifiklauberei blockiert werden, sondern dass wir auch im Bereich der Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens, der Qualitätsfragen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung wieder Ressourcen mobilisieren können.

Deshalb nur noch eine letzte Frage zu TarMed: Wäre bei einem Taxpunktwert von einem Franken nun endlich die intellektuelle Leistung, von der man so viel gesprochen hat, aufgewertet und wären damit die Grundversorger die Gewinner von TarMed?

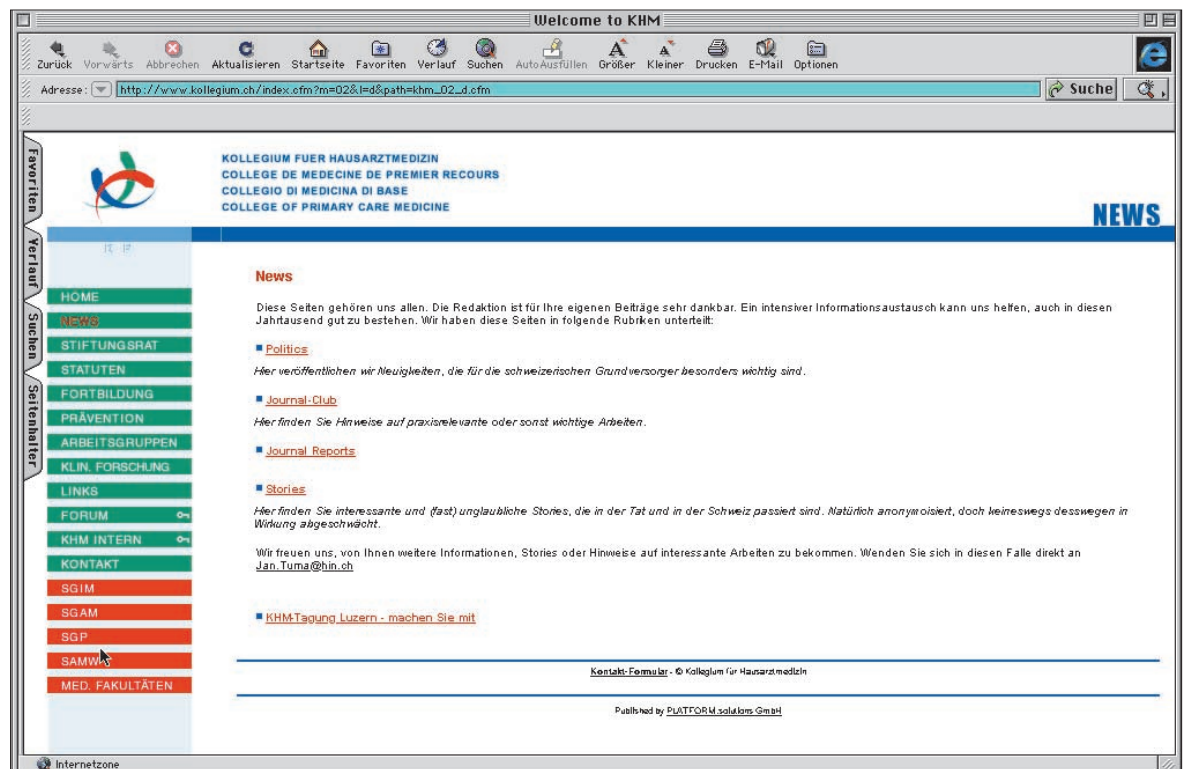
Zahlen sind bis zu einem gewissen Grad auch Glückssache. Gemäss unseren jetzigen Informationen ist es so, dass mit einem Taxpunkt in dieser Grössenordnung diese Aufwertung der intellektuellen Leistungen zustande kommt. Das ist unser grosses Anliegen. Dafür werden wir auch, wenn es sein muss, kämpfen.

Wenden wir uns jetzt dem Leben nach TarMed zu: Können Sie in Ihrem Kaffeesatz auch lesen, wie das Leben des Grundversorgers in fünf, zehn Jahren aussehen wird? Wie wünschen Sie sich diese Zukunft?

Das Kollegium wünscht sich auf keinen Fall einen Grundversorger, der als Barfuss-Arzt dazu degradiert ist, Überweisungsscheine und Rezepte zu schreiben.

## Abbildung 2

Die Website des KHM: www.kollegium.ch



Wir wünschen uns einen kompetenten, gut weitergebildeten Arzt, welcher eine Vielzahl von Erkrankungen wirklich diagnostizieren und auch behandeln kann und welcher nicht als Gate-Keeper im schlechten Sinne des Wortes dasteht. Sicher werden grosse Veränderungen stattfinden. In der Schweiz geht vielleicht alles etwas langsamer. Ich denke nicht, dass der Praktiker in seiner Einzelpraxis so schnell verschwinden wird. Aber die Tendenz geht sicher in Richtung Vernetzungen und Praxisgemeinschaften. Neben TarMed werden neue Honorierungs- und Abgeltungsmodelle an Bedeutung gewinnen. Die Arbeitsweise des Einzelkämpfers, der mehr oder weniger alle Apparate in seiner Stube zur Verfügung hatte, wird sich wandeln.

---

Die Weiterbildung muss strukturiert und den Bedürfnissen des zukünftigen Hausarztes angepasst sein. Sie darf nicht dem Zufall überlassen werden.

---

*Glauben Sie, dass sich beispielsweise HMO-Modelle weiterentwickeln und Fuss fassen werden?*

Ich glaube, dass in Zukunft ein Nebeneinander die Landschaft prägen wird. HMO-Modelle werden bestehen, neue Generationen von ärzteigenen oder dezentralen HMO-Modellen werden sich wahrscheinlich etablieren. Wir sind mitten in einer Entwicklung, die man nur schwer abschätzen kann. Bis jetzt haben wir fast jedes Modell, das in irgendeiner Form bei uns in Diskussion kam, in Amerika bereits einmal verfolgen können und der Vorteil, etwas hinterdrein zu sein, ist manchmal, die negativen Aspekte bereits zu kennen. Deutschland bietet im Moment sicher kein Modell oder schon gar kein Paradies für grundversorgende Ärzte.

*Befürchten Sie einen Zustrom von deutschen Grundversorgern in die Schweiz?*

Im Moment, wo die Freizügigkeit Realität wird, wird sich dieser Trend sicher bemerkbar machen. Ich kann mir aber nicht vorstellen, dass jetzt in grösserer Zahl Platz für ausländische Kolleginnen und Kollegen vorhanden ist. Auch die immer wieder zitierten Spitalärztinnen und Spitalärzte sind in Disziplinen tätig, welche nicht alle eine Praxiseröffnung gestatten.

---

Wir sind noch nicht zufrieden mit dem, was für die Grundversorger und die jeweiligen Fachgesellschaften erreicht wurde.

---

*Wie soll die ideale Weiter- und Fortbildung des Grundversorgers aussehen?*

Wenn wir glaubwürdig vertreten wollen, dass der kompetente, breit und gut weitergebildete Arzt der zukünftige Hausarzt sein soll, und nicht ein Arzt auf sehr niedrigem Ausbildungsniveau, dann müssen wir ihm diesen Rucksack mitgeben. Wir sind weder mit der bisherigen Weiter- noch Fortbildung ganz glücklich. Viele Kolleginnen und Kollegen sind in der Lage, sich das Rüstzeug zu holen, aber das System garantiert dies nicht wirklich. Die Praxisassistenten sind uns deshalb ein wichtiges Anliegen. Dort kann man lernen, was man braucht.

*Wie finanziert sich die Praxisassistenten?*

Aus Beiträgen der Grundversorgergesellschaften und aus einem Beitrag der FMH. Wir setzen uns aber dafür ein, dass die Weiterbildung junger Ärzte als Gegenstand des öffentlichen Interesses anerkannt wird, wie z.B. in den USA. Gegenwärtig verzichtet der Assistent auf einen Teil seines Lohns, der Lehrarzt und die Fachgesellschaften leisten einen Beitrag. Konsequenterweise muss aber auch im Sinne einer Mischrechnung eine Beteiligung des Staates und der Versicherer gefordert werden, damit die Finanzierung dieser Weiterbildung sichergestellt werden kann.

*Wie lange sollte die Weiterbildung des Grundversorgers dauern?*

Im Gegensatz zum bekannten Euro-Doc mit einer Weiterbildungszeit von drei Jahren erachten wir eine fünfjährige Weiterbildung als notwendig. Damit erreicht der Grundversorger ein vergleichbares, mit den andern Fachärzten in etwa übereinstimmendes Facharztniveau. Zudem sollte ein beträchtlicher Anteil der Weiterbildung im ambulanten Rahmen stattfinden, wenn möglich während eines bis eineinhalb Jahren.

*Sind fünf Jahre nicht sehr wenig für einen Grundversorger, der nach Ihrer Vorstellung ein sehr breites Spektrum beherrschen und womöglich in zukünftigen Modellen auch über Führungserfahrungen verfügen sollte?*

Es muss ein Kompromiss zwischen Wünschbarem und Machbarem gefunden werden. Eine längere Weiterbildung ist wünschenswert und wird von den meisten auch absolviert. Nur werden die Möglichkeiten, die Weiterbildung zu verlängern, in Zukunft wahrscheinlich eher ungünstiger und knapper werden. Gerade deshalb muss die Weiterbildung strukturiert und den Bedürfnissen des zukünftigen Hausarztes angepasst und darf nicht dem Zufall überlassen werden. In fünf Jahren kann einem grundversorgenden Arzt ein guter Rucksack mitgegeben werden. Daneben spielt lebenslange Fortbildung eine mindestens so wichtige Rolle. Medicine is a lifelong study.

*Das Kollegium für Hausarztmedizin ist mit der Betreuung der Fertigkeitenausweise beauftragt worden, worin besteht diese genau?*

Qualität ist heute ein viel genanntes Wort. Wir haben zudem eine Flut von neuen Zertifikaten, Fähigkeitsausweisen und Fertigkeitenausweisen. Das Kollegium hat die Bearbeitung des Fertigkeitenausweises Praxislabor und des Fertigkeitenausweises Hochdosisröntgen übernommen. Diese Übernahme geschah nicht aus Begeisterung über die Kreation dieser Ausweise – diese wurden an anderen Stellen vorbereitet und beschlossen. Das Kollegium ist aber bereit, die Verantwortung zu übernehmen, diese Ausweise so praxisgerecht, so liberal und so modular wie möglich zu erarbeiten und dann auch zu verwalten. Der Fertigkeitenausweis Praxislabor wird allen bisherigen Praxisinhabern zur Verfügung gestellt. Diejenigen, die später nach Abschluss ihrer Weiterbildung ein Labor betreiben wol-

len, müssen z.B. einen Kurs besuchen, wo vor allem ihre Fähigkeiten als Laborleiter gefördert und ausgebildet werden. Das Kollegium versucht in diesen Bereichen, in welchen solche Regulationen schlicht unabweichlich sind, eine möglichst sinnvolle Struktur zu geben, damit sich hier nicht irgendwelche bürokratischen Leerläufe etablieren.

---

Wenn wir am Steuer mitdrehen wollen, dann müssen wir Steuer-männer stellen.

---

*Grundversorgung wird zunehmend auch Forschungsgegenstand. Gibt es in der Grundversorgung Fragestellungen, welche die universitäre Medizin nicht beantworten kann?*

Ein Riesenanteil der gelebten Medizin findet in den Praxen und im ambulanten Sektor statt. Forschung hingegen wird grösstenteils auf Spitalniveau oder vielleicht unter etwas künstlichen ambulanten Bedingungen durchgeführt. Eine der Hauptzielsetzungen des Kollegiums ist es deshalb, ein Bindeglied zwischen der akademischen Forschung und den Möglichkeiten und den Bedürfnissen in der Praxis zu bilden. Auf dieses Anliegen ist mitunter auch die Gründung des KHM zurückzuführen und der Grund, warum die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften dabei ist. Die Arbeitsgruppe «Forschung» hat bereits eigene Projekte erarbeitet und erstellt gegenwärtig Kataster aller Kolleginnen und Kollegen, die an praktischer Forschung interessiert sind. Diese forschungsinteressierten Hausärzte sollen Fragestellungen bearbeiten und Ergebnisse liefern, die wissenschaftlich korrekt, aber auf das Milieu der ambulanten Medizin übertragbar sind.

---

Die Bereitschaft vieler Kolleginnen und Kollegen, in einer standespolitischen Organisation mitzuwirken, ist zumindest bedrückend wenn nicht miserabel.

---

*Können Sie uns ein Beispiel der Fragestellungen nennen, die in diesem Rahmen bearbeitet wurden?*

Ein Beispiel ist die Behandlung der Bronchitis, nicht der chronischen schwer obstruktiven Bronchitis, sondern der Bronchitis, wie sie im Alltag vorkommt. Ein weiteres Beispiel ist die Herzinsuffizienz, wiederum nicht im Sinne der schweren, in kardiologischen Zentren beobachteten Herzinsuffizienz, sondern der Herzinsuffizienz des älteren Patienten. Weitere Beispiele sind die Probleme der Polymorbidität, wenn Patienten nicht in rein diagnostische Kriterien hineinpassen und die Hausärzte die Hauptverantwortung auch für die Beurteilung und Behandlung der Gesamtsituation tragen.

*Womit andere oder ergänzende Erkenntnisse zur bisherigen an der Universität gelernten Medizin gewonnen werden?*

Ich glaube, ergänzend ist der richtige Ausdruck, weil im häuslichen Milieu, unter dem Einfluss der sozialen Gegebenheiten, Resultate, die in sauberen rando-

misierten Forschungsarbeiten entstanden sind, häufig nicht tel quel auf den praktischen Alltag übertragen werden können.

*Wird es für den Hausarzt einmal die Möglichkeit geben, eine akademische Karriere anzutreten?*

In Amerika gibt es Departemente für Hausarztmedizin, in der Schweiz gibt es die fakultären Instanzen für Hausarztmedizin, die eine gute Arbeit im Bereich von Aus-, Weiter- und Fortbildung leisten. Uns scheint wichtig, dass ein Professor für Hausarztmedizin immer auch weiterhin Hausarzt bleibt. Wir wünschen uns keine vollamtlichen Professoren aus Sorge, dass sich diese Leute de facto der Hausarztmedizin entfremden würden. Es müssten Modelle entworfen werden, welche die Kooperation zwischen akademischer Medizin, Forschung, Wissenschaft und hausärztlicher Praxis sicherstellt. Das Kollegium ist auf diesem Weg, aber noch lange nicht am Ziel.

*Kehren wir zurück auf den Boden der Politik. Wird das KHM auch von den Politikern wahrgenommen?*

Bisher wurde vor allem die FMH gehört. Vor manchen Jahren wurde die FMH noch als der achte Bundesrat oder zumindest als sehr einflussreiche Organisation bezeichnet. Die FMH bemüht sich sicher weiterhin, die Interessen der Ärzte in die Politik einzubringen. Wir sind aber noch nicht zufrieden mit dem, was für die Grundversorger und die jeweiligen Fachgesellschaften erreicht wurde. An unserer nächsten Klausurtagung werden wir uns damit befassen, wie Anliegen der Grundversorger im Bereich der Gesundheitspolitik vorgebracht werden sollen. Bisher sind viele Modelle, Ideen und Konzepte von Dritten an die Ärzte herangetragen worden – eigene Modelle aber fehlen bis anhin.

*Warum ist der Dialog zwischen Ärzteschaft und Politik so schwierig? Ist zuviel Ideologie im Spiel?*

Ein ganz banaler Grund ist, dass die Ärzte Politik im Milizsystem und weitgehend ehrenamtlich machen müssen. Früher konnten die Ärzte ihre Vorstellungen trotzdem einbringen und durchsetzen. Heute stehen wir Profis gegenüber: Politiker, Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung, Krankenkassenfunktionäre, Journalisten. Ärzte können sehr wohl gute Ideen entwickeln, aber wir scheitern heute an der Realisierung der Projekte.

*Sollte als Konsequenz eine zunehmende Professionalisierung unserer berufspolitischen Organisationen gefordert werden? Haben wir aber die kritische Masse dazu in der kleinen Schweiz?*

Wenn wir am Steuer mitdrehen wollen, dann müssen wir Steuer-männer stellen. Wenn ich bisweilen höre, wie sich die Apotheker oder andere kleinere Berufsverbände finanziell engagieren, dann muss ich sagen, dass wir durchaus zusätzliche Ressourcen mobilisieren könnten. Häufig ist die Ärzteschaft im nachhinein über bestimmte Entwicklungen unzufrieden. Stattdessen wäre ein proaktives Verhalten sinnvoller; dies würde aber ein kontinuierliches, politisches, stra-

tegisches und publizistisches Engagement bedingen. Unser sicher hervorragendes Team an der FMH-Spitze ist mit den jetzigen Mitteln dazu nicht in der Lage und kann häufig nur Feuerwehr spielen.

*Spielt nicht auch eine Rolle, dass die Ärzteschaft wenigstens als Kollektiv ein schlechtes Image hat und damit Mühe hat, ihren Standpunkt glaubwürdig zu vertreten?*

Ich glaube persönlich nicht, dass das Image so schlecht ist. Wenn man Umfragen liest, sind die Ärzte immer meilenweit voraus, jenseits der Politiker oder der Journalisten. Die allermeisten Ärzte haben eine sehr gute Beziehung zu ihren Patienten. Goodwill für die Ärzteschaft wäre sicher mobilisierbar, wenn Ideen oder Vorstellungen präsentiert würden, welchen nicht einfach krasser Eigennutz untergeschoben werden kann. An dieser Stelle muss auch gesagt werden, dass die Bereitschaft vieler Kolleginnen und Kollegen, in einer standespolitischen Organisation mitzuwirken, zumindest bedrückend wenn nicht miserabel ist. Es ist sehr schwierig, Kolleginnen und Kollegen zu rekrutieren. Berufspolitisches Engagement beinhaltet interessante Tätigkeiten über die Sprechzimmermauer hinaus und erweitert den Horizont. Wenn Ärzte, die das könnten, sich in standespolitischen Organisationen verpflichten würden, zumindest für ein paar Jahre, wie dies beispielsweise in Amerika fast obligatorisch ist, dann hätten wir einiges gewonnen. Die Faust im Sack allein bewegt noch nichts.

---

**Ärzte sollten nicht wie die Mäuse zuschauen, was die Katzen überall treiben.**

---

*Was ist Ihre Botschaft an die Politik für das neue Jahr?*

Mein Wunsch wäre, dass wir jenseits von Dogmen, die auch im Gesundheitswesen natürlich eine sehr grosse Wirkung haben, unvoreingenommen gute, zukunftsgerichtete Lösungen diskutieren können und

dass jede Gruppe der andern zubilligt, dass sie ihren Beitrag zu einem wirtschaftlichen, aber eben auch für die Patienten effizienten Gesundheitswesen leisten will und dass wir unsere Vorstellung durchsetzen können, dass im Zentrum des Gesundheitswesens der Hausarzt steht.

*Aber vielleicht sind die Politiker nicht mehr die richtigen Ansprechpartner. Der Staat verliert zunehmend an Bedeutung und im Gegenzug findet eine Kommerzialisierung der Medizin statt.*

Dieser Trend besteht. Die Politik wird versuchen, gewisse Regulative aufrechtzuerhalten und, soweit sie an der Finanzierung beteiligt ist, auch noch mitzusprechen. Im übrigen werden wir aber eine Zersplitterung der Kräfte und einen dominierenden Einfluss des Marktes erleben. Gerade deshalb müssten eigentlich die Ärzte nicht wie die Mäuse zuschauen, was die Katzen überall treiben, sondern sollten mit eigenen Initiativen und Modellen auftreten. Soeben hat eine Grossverteilerkette Blutzuckeruntersuchungen in ihren Filialen angeboten, u.a. in der Hoffnung, dass sich die Kunden während der Zeit zwischen dem Nüchtern- und dem postprandialen Blutzucker im Bereiche ihres Geschäfts aufhalten. Ich sehe nun nicht ein, warum nicht auch Ärzteorganisationen, Ärzteguppen, Ärzte eines Dorfes aktiv werden können, im Sinne solcher Aktionen, vor allem aber auch im Sinne eines «Sichvernetzens» und der Darstellung einer Marktkraft, wobei ich immer noch der Überzeugung bin, dass in der Medizin eben nicht immer alles Markt ist.

*Sie plädieren für einen dosierten Einsatz der Marktkraft der Ärzte, um letztlich den sozialen Gedanken der Medizin zu retten?*

Ja, genau.

*Besten Dank für das Gespräch!*

*Interview: Markus Trutmann*