

# Berufszufriedenheit und Zukunft der Versorgung

## *Job Satisfaction and the Future of Primary Care*

Uwe Kurzke<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Die Allgemeinmedizin befindet sich in einer Krise, der Nachwuchs fehlt. Immer mehr Hausärzte sind mit Ihrer Tätigkeit unzufrieden. Vor allem finanzielle Gründe, aber auch die Arbeitsbedingungen werden für diese Situation als Erklärung angeführt. Zur Verbesserung werden neue Versorgungsformen propagiert. Der „traditionelle Hausarzt“ gilt als Auslaufmodell. Der Artikel stellt dar, dass möglicherweise gerade die Arbeit des „traditionellen Hausarztes“ manches von dem in sich trägt, was zu größerer Berufs- und Lebenszufriedenheit beitragen kann.

*Schlüsselwörter:* Berufszufriedenheit; Hausarzt; Landarzt; Erreichbarkeit; Kontinuität

**Summary:** Family medicine is in a crisis and young professionals are missing. More and more FPs are dissatisfied with their work. Mainly financial reasons but also working conditions are cited as an explanation for this situation. For improvement new forms of health care are promoted. The „traditional family doctor“ is considered obsolete. In this paper I argue, that perhaps just the work of the „traditional family doctor“ bears some important principles in itself, which may contribute to greater career and life satisfaction.

*Keywords:* Job Satisfaction; Family Medicine; Country Doctor; Accessibility; Continuity of Care

Die Stimmung im Gesundheitswesen ist schlecht. Ständig liest man, dass alle im Gesundheitssystem – Ärzte und Patienten – unzufrieden sind. Patienten sind nur zu 34% mit der Art der medizinischen Versorgung zufrieden, 50% der befragten Deutschen halten eine grundlegende Reformierung des Gesundheitssystems für notwendig [1]. 96% der deutschen Hausärzte halten eine grundlegende Reform des Systems für erforderlich [2].

Wie sieht es bei den Ärzten aus? Die Zahl der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte nimmt nur leicht ab: Waren es 1993 62.375, so sind es 2007 58.304. Im gleichen Maße sank der Anteil der Hausärzte an den niedergelassenen Ärzten insgesamt. Ihr Anteil betrug 1993 noch 59,7%, 2010 waren es nur noch 43,9%.

Bedenkt man, dass wir in einem nach Hausärzten und Spezialisten aufgeteilten System leben, dieses auch in der Extension wie bei uns als wichtig erachtet wird, dann spiegelt die Zahl der Hausärzte über die letzten 15 Jahre ein eher besseres Bild. Allerdings ist zu be-

achten, dass ein unzufriedener Arzt nicht von heute auf morgen seine Praxis schließen kann und wird. Wenn die Zahlen zur Unzufriedenheit der deutschen Hausärzte stimmen, ist erst in weiteren 10 bis 15 Jahren mit der großen „Berufsfucht“ von Hausärzten zu rechnen. Ein Mangel an Hausärzten tritt aber bereits derzeit ein. Zum einen, weil zu wenig Medizinstudierende eine Tätigkeit als Hausarzt planen [3], zum anderen, weil bereits heute die Zahl der Facharztprüfungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin nicht ausreicht, die altersbedingt ausscheidenden Hausärzte zu ersetzen [4].

### Und ich?

Seit fast 25 Jahren arbeite ich als einziger Arzt auf einer kleinen Nordseeinsel. Ich bin rund um die Uhr zuständig für – primär einmal – die gesamte medizinische Versorgung der gut 1.200 Einwohner sowie die vorwiegend in den Sommermonaten hinzukommenden 2.000 Feriengäste. Im Folgenden möchte ich, ausgehend von allgemeinen Überlegungen

zu den Gründen der zunehmenden Unzufriedenheit, beschreiben, warum ich mit meiner Arbeit und meinem Leben trotz oder gerade wegen meiner besonderen Versorgungssituation zufrieden bin. Abschließend werde ich versuchen darzulegen, dass das Bild des traditionellen Hausarztes nicht zwangsläufig ein Auslaufmodell darstellt, sondern etwas von dem in sich trägt, was zu einer positiven Utopie beitragen könnte.

### Gründe für Unzufriedenheit

Was können die Gründe für die Unzufriedenheit von Hausärzten – und damit die Bedrohung der zukünftigen Versorgung – sein? Wie immer bei Berufsunzufriedenheit gibt es hierfür mehrere Erklärungsfelder:

- a. Zu geringe Bezahlung – bzw. abnehmende Bezahlung, was als Missachtung der eigenen Tätigkeit durch die Gesellschaft erlebt wird.
- b. Missachtung der Tätigkeit auf nicht-finanzieller Ebene: Demontierung des Arztbildes bzw. Reduzierung des Arzt-

<sup>1</sup> Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin auf Pellworm

bildes von einem überhöhten Niveau auf eines des „ganz normalen Berufes“.

- c. Eingeschränkte Selbstständigkeit bei der Arbeit: „aufgezwungenes“ Standardhandeln.
- d. Fehlende „Dankbarkeit“ bei den „Kunden“, für die gearbeitet wird.
- e. Als unzumutbar empfundene Arbeitsbedingungen (Schicht, wenig Freizeit, etc.)

Und in der Tat haben sich alle diese Dinge mit Ausnahme von Punkt e über die letzten 30 Jahre deutlich verschlechtert:

Ad a) Es wird über Einkommensverluste in der Ärzteschaft geklagt, die in den letzten 10 Jahren allerdings nicht in dieser Form gegeben waren [5]. Über den Zeitraum der letzten 20 Jahre ist es jedoch zu realen Einkommensverlusten gekommen [6]. Im Vergleich liegen die Einkommen von Allgemeinärzten unverändert am Ende der ärztlichen Einkommensstatistik [7]. Zwar zählt die Gruppe der Hausärzte damit – als Gruppe, nicht aber jeder einzelne – immer noch zu den Spitzenverdienern unter den Deutschen – auch im internationalen Vergleich noch im guten Mittelfeld [8] – die Abnahme ist aber dennoch relevant groß. Der Verlust an finanzieller Kompensation wird oft auch als Verlust von Wertschätzung im Allgemeinen empfunden.

Ad b) Der Arzt war hochgeschätzt, vielleicht oft auch überschätzt. Dies mag seiner „Heilkraft“ geholfen haben – auf jeden Fall hat es aber seinem Selbstwertgefühl, dem Gefühl, gebraucht und geehrt zu werden, geholfen. Heute vergeht jedoch kaum ein Tag, an dem Ärzte nicht medial am Pranger stehen oder lächerlich gemacht werden. Auch in der seriösen Betrachtung der Arztrolle wandelt sich die Wahrnehmung des Arztes. In der Arzt-Patienten-Beziehung wird die übergeordnete Rolle des Arztes dekonstruiert und auf das Bild der Gleichberechtigung hin orientiert: Der Arzt wird zum „Partner“ oder „Berater“. Der Arzt ist nichts Besonderes mehr. Im Gegenteil: Nach modernem Verständnis soll der Arzt gleichberechtigter, wenn auch fachkompetenter Partner sein.

Ad c) Dem Hausarzt ist es immer weniger möglich, seine Arbeit selbstständig zu gestalten. Man denke allein an die vielen Leitlinien, DMPs, die zahlreichen Regeln und Kontrollen, die erforderten

Qualitäts- und Fortbildungsnachweise – alles Dinge, die so vor 30 Jahren noch undenkbar waren. Damals bestand die einzige Einschränkung und Kontrolle im Wesentlichen in der Abrechnungskontrolle bei drastischer Abweichung vom Gruppendurchschnitt.

Hinzu kommt, dass sich auch die Patienten durch die zunehmende Aufnahme von Medizinthemen in den Medien sowie im Internet vermehrt als kompetent informiert wähnen und ihre eigenen Vorgaben machen. Manchmal können diese Vorgaben weiterbringen, oft bringen sie den Arzt jedoch in die Situation, abzuwägen, ob man zugunsten der eigenen Vorgehensweise argumentiert oder doch – zum Zwecke einer gewissen Zeitersparnis – nachgibt und sich damit einem – so erlebt – „inkompetenten Vorgeber von Arbeitsinhalten“ fügt.

Die wesentlichste Beschränkung unserer Tätigkeit liegt aber darin, dass die „Zuständigkeiten“ des Hausarztes in den letzten Jahren zunehmend eingeschränkt worden sind. Stück für Stück wurde der Hausarzt als Generalist, als „Praktischer Arzt“, der eben praktisch handeln konnte, demontiert. Im gleichen Maß sank die Berufszufriedenheit der bundesdeutschen Hausärzte [9]. Es ist nicht verwunderlich, dass die Berufszufriedenheit der Hausärzte in Gesundheitssystemen mit primärärztlichem Versorgungssystem und entsprechend breiter Zuständigkeit (wie z.B. den Niederlanden oder Großbritannien) deutlich höher ist [10]. Oft genug wird Berufszufriedenheit lediglich mit Bezahlung gleichgesetzt. Ich denke, dass diese Gleichsetzung zu kurz greift.

Verschwunden sind in vergangenen Jahren zahlreiche Tätigkeiten als abrechenbare Leistungen, die bis dahin offensichtlich zur Zufriedenheit von Patienten und Krankenkassen erbracht worden waren. Vom Gips über die erweiterte Wundversorgung bis zu der Betreuung von Schwangeren. Die Mehrzahl kleinerer Leistungen aus spezialärztlichen Gebieten ist für Hausärzte nicht mehr abrechenbar. Bei der Schwangerschaftsbetreuung wurde dies damit begründet, dass die Qualität der Betreuung spezialärztlich besser sei, insbesondere aufgrund der erforderlichen besonders qualifizierten Ultraschalluntersuchungen. Vergleicht man die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in den Niederlanden und in der Bundesrepublik,

so zeigt sich eine weitgehend parallele Entwicklung in beiden Ländern [11]. Erstaunlich nur, dass man in den Niederlanden Ultraschalluntersuchungen während der meisten Schwangerschaften für nicht erforderlich hält und die Betreuung, von wenigen Ausnahmen abgesehen, durch Hebammen erfolgt.

Der Wechsel eines Vaginalpessars bei der 80-jährigen ist für den Gynäkologen eine abrechnungsfähige Leistung, für den Hausarzt nicht mehr. Wie soll der Hausarzt, der diese Leistung über viele Jahre erbracht hat, sich nun verhalten? Die alte Dame auf die lange Reise schicken, einem bisher nicht bekannten Arzt „ausliefern“, oder die Leistung doch erbringen, so wie es die Patientin von ihm bisher gewohnt war und es somit auch weiterhin erwartet?

Neben den Einschränkungen durch „qualitätssichernde“ und fachgruppenabgrenzende Maßnahmen drängen zunehmend auch andere Berufsgruppen in originär hausärztliche Tätigkeitsfelder. Auch dort, wo Hausärzte ihre Aufgaben noch umfassend wahrnehmen (können), werden Tätigkeitsfelder von anderen besetzt. Mit dem Hinweis auf die vermeintlich „bessere“ Qualität der Versorgung erhalten beispielsweise Krebskranke Anrufe von „Palliativ-Care-Teams“, Wundberater suchen nicht selten den direkten Weg zum Patienten. Als Hausarzt sieht man sich hier zunehmend in die Defensive gedrängt. Lediglich die Aufgabe, im Weiteren die erforderlichen Verordnungen auszustellen, bleibt.

Ad d) Die Dankbarkeit der Patienten ist oft noch geblieben – insbesondere dann, wenn eine Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgebaut wurde. Dies ändert sich schon dann, wenn der Patient einer „Kleinklinik“ mit mehreren Ärzten, Arzthelferinnen, etc. gegenübersteht. Diese „Kleinklinik“ kann helfen, aber diese Hilfe ist die einer Institution. Institutionen gegenüber aber sind wir fast nie wirklich dankbar, dafür brauchen wir Menschen als Gegenüber.

Im oft anonymen Betrieb eines Versorgungszentrums mit wechselnden Ansprechpartnern mag die medizinische Versorgung im einen oder anderen Fall „besser“ sein, verloren geht in jedem Fall die persönliche Kontinuität der Betreuung [12], die sowohl von Hausärzten wie auch Patienten als wesentlich erachtet und von diesen (vor allem den

Patienten) auch als Maßstab für die Qualität der ärztlichen Versorgung angesehen wird [13].

Ad e) Die Arbeitsbedingungen haben sich – zumindest auf den ersten Blick – verbessert. Not- und Nachtdienstorganisationen, viele teilzeitbeschäftigte Ärzte sowie das Bewusstsein, die eigene Freizeit auch wirklich für sich zu beanspruchen, haben dafür gesorgt. Wie zu zeigen sein wird, hat dieser „Fortschritt“ aber auf keinen Fall nur positive Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit.

Wie sieht es nun bei mir aus? Im Gegensatz zum oben Dargestellten bin ich – auch bei manchen Ärger und Auseinandersetzungen mit den Institutionen – insgesamt beruflich zufrieden und dies ist – so meine ich – auch eine Erklärung dafür, dass ich privat zufrieden bin.

### Mein (ungeteiltes) Leben

Ich bin ein „Generalist“, ein traditioneller Hausarzt [14] wie ihn der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten [15] beschreibt. D.h. die dort gegebene Beschreibung stimmt nicht ganz: Denn nicht Bauchgefühl oder individueller Transfer von klinischen Strategien sind meine Handlungsrichtlinien, sondern Leitlinien und evidenzbasierte Medizin. Ich arbeite nicht isoliert in meiner Einzelpraxis, sondern in enger Kooperation mit den Gemeindefachschwestern, dem Team der Sozialstation, den Rettungsassistenten und fachärztlichen Kollegen auf dem Festland. Was im Sinne des Sachverständigenrats aber zutrifft, ist die umfassende, breite Zuständigkeit von der Wiege bis zur Bahre sowie die Betreuung über mehrere Generationen, völlig unabhängig davon, ob diese in einem Mehrgenerationenhaushalt, als Alleinerziehende oder Singles durch das Leben schreiten. „Leben“ und „Arbeit“ verlaufen nicht streng getrennt. Aufgrund der besonderen Lage der Praxis bleibt bei mir mehr erhalten, als es auf dem Festland in Städten der Fall ist. Den umfassenden, möglichst viele Dimensionen des Lebens und damit auch des Krankseins erfassenden Blick auf die von mir betreuten Menschen zu haben, steht bei meiner hausärztlichen Tätigkeit im Vordergrund. Schon in ihrer Verfassung defi-

nierte die WHO 1946 Gesundheit nicht als das alleinige Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen [16]. An dieser umfassenden Definition hat sich in den vergangenen 64 Jahren nichts Wesentliches geändert.

Der überwiegende Teil meiner Arbeit entspricht dem, was sich in jeder allgemeinmedizinischen Praxis abspielen wird. Dennoch wird die allgemeinärztliche „Routine“ immer wieder durchbrochen. Da ist die alte Dame, die sich bei einem Sturz eine Colles-Fraktur des Handgelenks zugezogen hat und partout nicht zum Festland möchte. Eine Reposition in Bruchspaltanästhesie wird erforderlich. Die anschließende Röntgenkontrolle zeigt eine befriedigende Stellung der Fraktur, die Weiterbehandlung kann in der Praxis erfolgen. Mit Unterstützung durch die Gemeindefachschwestern kann sie in ihrer Wohnung bleiben und mir stolz die ersten selbstgestrickten Socken nach Gipsabnahme schenken.

Da gibt es die junge Frau mit ihrem Bartholini-Abszess, für die der weite Weg zum Festland aus den verschiedensten Gründen auf keinen Fall infrage kommt. Und da sind auch die Situationen, in denen Patienten mich geradezu drängen, die Behandlung zu übernehmen, weil sie sich „besser“ aufgehoben fühlen; mich kennen sie. Immer wieder kommt es vor, dass werdende Mütter bei Wehen am Termin den Anruf bei mir so lange hinauszögern, dass eine Hausgeburt unumgänglich wird. Ohne es vorher mit mir abzusprechen, werde ich in eine Zuständigkeit und Verantwortung gezwungen, die ich am liebsten weiterreichen möchte. Tumorkranke gehen wie selbstverständlich davon aus, dass ich den Pleuraerguss oder den Ascites punktiere, „die“ auf dem Festland würden das doch auch nicht anders machen.

Die Tätigkeit ist also bei mir noch im wahrsten Sinne umfassend und breit angelegt. Außer der Praxis gibt es auf der Insel keine weitere medizinische Einrichtung, die im Notfall spezialisiert tätig werden könnte. Für alle ist die Praxis in der Regel zumindest die erste Anlaufstelle – und viele wollen dort auch dann bleiben, wenn es anderswo schon zu einer Überweisung kommt.

In dieser Breite mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert zu werden, ist für Hausärzte, insbesondere für

jene auf dem Land, unausweichlich. Selbstverständlich kann ein einzelner Arzt nicht alles wissen, nicht in jedem Fall die fachlich 100% richtige Maßnahme kennen und ergreifen. Doch diese ständige Herausforderung, die nicht selten genug an der Grenze zur Überforderung steht, ist für mich ein Ansporn zu ständigem Lernen.

Und zu Beginn meiner Tätigkeit war ich, geprägt durch die Ausbildung in größeren und kleineren Krankenhäusern, fixiert auf „medizinische Problemlösungen“, und dabei noch fest davon überzeugt, dass es im Wesentlichen „nur“ um das medizinisch „richtige“ Handeln gehen würde. Dies machte die Arbeit dann oft schwieriger. Zum einen musste ich mich zu allem belesen und mir Rat von Kollegen auf dem Festland einholen, um eben die „medizinische Perfektion“, die ich als notwendig unterstellte, zu erreichen. Zum anderen aber merkte ich, dass für viele Patienten die „medizinische Perfektion“ gar nicht das Entscheidende war. Meine Grundposition hat sich dadurch im Laufe der Jahre geändert. Heute sehe ich den Patienten mit seinen Beschwerden und seinem Lebensumfeld im Mittelpunkt. Mit ihm und nicht selten auch für ihn muss ich zu komplexen Lösungen finden, die der Komplexität des Lebens entsprechen.

Oft genug erlebe ich in Notfallsituationen, wie Patient oder auch die Angehörigen bei meinem Eintreffen aufatmen, „Gottseidank, Du bist da“, so als wenn nun schon alle Probleme gelöst wären. Dies ist oft völlig unabhängig davon, ob ich mir selbst schon einen Plan für die Situation zurecht gelegt habe oder erst Stück für Stück das Durcheinander in meinem Kopf sortieren muss. Meist reicht das Erkennen einer vertrauten Person aus, um erste Entlastung zu schaffen.

Mitten in der Nacht weckt mich das Klingeln des Handys. Verschlafen höre ich eine brüchige Stimme „Min Fru geht dat nich so gut, se kreegt keen Luft mi“, schon legt der Anrufer wieder auf. Für meine Patienten ist es unvorstellbar, dass sie sich in einer für sie bedrohlichen Situation an eine anonyme Institution wenden müssten. Die Frage, ob mehr Informationen als die obige erforderlich sein könnte, stellt sich für die meisten nicht. Sie gehen davon aus, dass ich sie „erkenne“, das ich „weiß“, um wen und

was es sich handelt, und sie verlassen sich einfach darauf, dass ich komme, mich „kümmern“ werde und das „Richtige“ tue.

Noch im Halbschlaf, nach einigem Überlegen, wird mir klar, wer da angerufen hat. Ich kenne die Stimme, es ist der Ehemann einer älteren Patientin, die erst vor 2 Tagen nach dekompensierter Herzinsuffizienz wieder aus dem Krankenhaus entlassen worden war. Als ich wenig später bei ihr eintreffe, finde ich die aschgraue, kurzatmige Patientin mit einer Tachyarrhythmie um die 150/min, einer Sauerstoffsättigung bei 88%. So sei das schon den ganzen Tag gewesen, vor-

ne lange Platzwunde zieht sich von der rechten Augenbraue über die Stirn. Gemeinsam fahren wir zur Praxis. Thede verzieht kaum eine Miene, während ich sorgsam die Wunde versorge, nur der Mutter wird schlecht. Erst als alles vorüber ist, kippt Thede im Wartezimmer plötzlich um. Als er sich wieder berappelt hat, ist alles gut. Zur Belohnung darf Thede mit mir im Wagen zurück nach Hause fahren. Der große Rettungswagen hat ihn schon immer fasziniert. An der Auffahrt zu seinem Elternhaus schalten wir das Blaulicht und kurz die Signalhörner ein. Sein Bruder ist schwer beeindruckt. Am Abend kommen Freunde zur

und meine Familie, nehmen Anteil an meinem Schicksal, verfolgen das Leben meiner Kinder. Über die Zeit entstehen soziale Bindungen, die die Grundlage von Vertrauen, Loyalität und gegenseitiger Verpflichtung sind. Zeit ist einer der entscheidenden Faktoren. Nicht das kurzfristige Engagement, sondern die langfristige Bindung an Menschen ermöglicht das Entstehen einer Arzt-Patienten-Beziehung, die auch in krisenhaften Situationen Bestand hat. Und ich denke: Je mehr wir uns als Hausärzte zurück ziehen oder zurück gedrängt werden, wird uns der Bereich genommen, der als wichtigste Kompensation für den immer vorhandenen persönlichen Einsatz erforderlich ist.

Auch das Gutachten des Sachverständigenrates weist auf diese besondere Bedeutung hin [17], die sich auch im internationalen Vergleich bestätigt [18]. Aber nicht nur die Patientenzufriedenheit ist abhängig von einer langfristig angelegten Arzt-Patienten-Beziehung, auch ärztlicherseits trägt eine solche Beziehung zu einer erhöhten Zufriedenheit im Beruf bei [19]. Richard Sennett schreibt dazu: „Nichts Langfristiges desorientiert auf lange Sicht jedes Handeln, löst die Bindungen von Vertrauen und Verpflichtung und untergräbt die wichtigsten Elemente der Selbstachtung“ [20]. Nach Levinas [21] hängt das Selbstwertgefühl eines Menschen davon ab, ob andere sich auf ihn verlassen können. Paul Ricoeur hat diesen Gedanken fortgeführt und kommt zu folgendem Schluss: „Um verlässlich zu sein, muss man das Gefühl haben, gebraucht zu werden. Um das Gefühl zu haben, gebraucht zu werden, muss der andere auf uns angewiesen sein“ [22].

Eine dieser „Verpflichtungen“ äußert sich aber auch darin, als Hausarzt 24 Stunden am Tag für seine Patienten erreichbar zu sein. Für mich sind Leben und Arbeit damit nicht getrennt, für mich ist beides ein fließendes Ganzes. Dieses Ganze wird sowohl von mir als auch meinen Patienten so wahrgenommen. Ich würde mich nicht wohl fühlen in meiner Haut, wenn ich am Nachmittag ein Kind in der Praxis gesehen hätte, hinter dessen Bauchschmerzen sich auch eine Appendizitis verbergen könnte und Kind und Eltern dann in die Ungewissheit der Nacht entlassen würde. Die Ratschläge für die Weiterbehandlung beinhalten immer auch den



her habe man mich nicht stören wollen und mich erst gerufen, als es „richtig“ schlimm geworden sei. Während mir beinahe der Schweiß ausbricht und ich versuche, Ordnung in meine Gedanken zu bringen, atmen Ehemann und Patientin erleichtert auf – ich bin ja da.

Und ich bin einer von Ihnen: Es ist Januar, wir haben viel Schnee und Sturm, bei Hausbesuchen habe ich mit Schneeverwehungen zu kämpfen. Die Sprechstunde am Morgen war reichlich besucht. Der Nachmittag ist „frei“, ich sitze zuhause am Küchentisch und freue mich auf meinen Geburtstagskuchen, den ich gleich anschneiden darf. Da klingelt das Telefon: Beim Bau eines Iglus sind Thede (4) und Lewin (6) mit ihren Schaufeln aneinander geraten, jetzt hat Thede „ein Loch im Kopf“, ob man „mal eben“ vorbei kommen könne. Wenig später sitzen Thede und seine Mutter an meinem Geburtstagstisch, ei-

Geburtstagsfeier, Hermann, Thedes Vater, kommt etwas später: Thede wollte unbedingt noch ein Bild malen und mir zum Geburtstag schenken.

So wie für mich der umfassende Blick auf den Patienten wichtig ist, sehen diese mich nicht auf den Arzt reduziert, sondern nehmen mich mit meinem Leben und all seinen Facetten ebenfalls wahr – und „behandeln“ mich auch so.

Als Hausarzt wohne und lebe ich mit meinen Patienten am gleichen Ort. Wir besuchen die gleichen Veranstaltungen, treffen uns beim Kaufmann, sehen uns bei Elternversammlungen. Mit einigen mache ich gemeinsam Musik, manchmal treten wir in der einen oder anderen Kneipe auf, mit anderen engagiere ich mich für eine ökologische Entwicklung auf der Insel und anderes mehr.

Die Bewohner der Insel sehen mich als ganzen Menschen, sie kennen mich



Hinweis, mich anzurufen, wenn etwas unklar bleiben sollte oder die Beschwerden zunehmen, anders werden. Die Übernahme bzw. das Teilen von Verantwortung ist für die Eltern entlastend, oft schon ein entscheidender Schritt, die Beschwerden des Kindes nicht mehr so bedrohlich für sie selbst zu erleben.

Die ständige Verfügbarkeit fällt mir nicht immer leicht, manchmal bin ich gar „sauer“ wieder gestört zu werden. Diese ständige Verfügbarkeit trägt aber mit dazu bei, dass ich im Laufe der Jahre Beschwerden und Verläufe immer besser einzuschätzen gelernt habe und damit auch besser vorausschauend planen kann. Dies ist der „medizinische Gewinn“ für mich und die Patienten. Aber es gibt einen weiteren: Ich erlebe die Sinnhaftigkeit meines Tuns, die Bedeutung, gebraucht zu werden und Hilfe geben zu können – dies ist mein ganz großer persönlicher Gewinn.

Eine Arbeits- und Lebenssituation, die heute den meisten unvorstellbar, gar auf den ersten Blick „verrückt“, „nicht mehr zeitgemäß“ erscheint. Dennoch scheint diese Situation mit einer höheren (Lebens-)Zufriedenheit einher zu gehen. Unsere Zufriedenheit ist offensichtlich nicht allein von den finanziellen Verhältnissen abhängig [23].

Mit dem Argument, dass etwas nicht mehr „zeitgemäß“ sei, wird versucht, andere Strukturen zu schaffen, die denen entsprechen, wie wir sie aus der industriellen Arbeitswelt bereits kennen. Es geht um immer kleinteiligere Arbeitsteilung – die uns entlasten soll und die Arbeit in der Qualität steigern. Zu denen, die uns diese immer weiter gehende Arbeitsteilung – um unseres Glückes wegen – vorschlagen, ist entschuldigend zu sagen: Nur mit wenigen Ausnahmen haben sie die Arbeitssituation als Hausärzte am eigenen Leibe – zumindest über eine kurze Zeit hinausgehend – erfahren.

### Auch für mich wird es „unerfreulich“

Was macht für mich das Leben eigentlich unerfreulich? Es ist nicht das, was bei den Strukturvorschlägen zur „Hausarztpraxis der Zukunft“ eine Rolle spielt. Es sind ganz andere Dinge, die eher etwas mit anonymen Bürokratien zu tun haben: Mal ist es eine Regressandrohung wegen im Vergleich zum Durchschnitt zu häufiger Leistungen im Notdienst (was angesichts von 365 Tagen Notfallbereitschaft nicht verwundern dürfte). Ein andermal ist es ein Regress wegen Überschreitung der Vergleichszahlen für Infusionen und Gipsverbände, was angesichts der Versorgungssituation auf einer Insel und den langen und zeitaufwendigen Transportwegen zum Festland ebenfalls nicht wundern dürfte. Und zunehmend wird es schwierig, Vertreter für Urlaubszeiten oder ein freies Wochenende zu finden. Die Unterstützung seitens der KV ist hier gleich Null. Ich habe zunehmend Anfragen von Krankenkassen zu beantworten, warum dieses oder jenes notwendig gewesen sei. Solange es noch im Kreis Nordfriesland ansässige Krankenkassen gab, deren Mitarbeitern die Situation bewusst war, gab es so etwas nicht. Nun gibt es große, fusionierte Krankenkassen, die über anonyme Callcenter, deren Mitarbeiter auf ebenso anonyme Dienstleistungen verweisen, die Verwaltung steuern. Auch eine Auswirkung des Effizienz-Verständnisses industrieller Produktion. In solchen Systemen wird Macht ausgeübt, ohne dass Verantwortung übernommen wird [24]. Hier fühle ich mich ausgeliefert, da ich mich der mir übertragenen Verantwortung im Angesicht meiner Patienten nicht entziehen kann, mich gleichzeitig aber mehr und mehr machtlos fühle, deren Interessen noch verteidigen zu können. Während ich auf der Insel meiner Rolle und den damit verbundenen Erwartun-

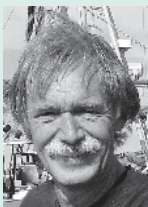
gen und der Verantwortung bewusst bin, dies mit Wertschätzung erfahre, werde ich im Umgang mit Institutionen zu einem namenlosen Rädchen. Wie viele Hausärzte empfinde ich dies angesichts des eigenen täglichen Einsatzes mit Verantwortungsübernahme für ein eigentlich gemeinsames Ziel als kränkend.

### Spreche ich für etwas, was nicht zu retten ist?

Eine Insel ist immer auch eine abgeschiedene Welt. Wie in einem abgeschiedenen Gebirgstal halten sich in der engen Begrenztheit zwischen den Deichen Sitten und Gebräuche länger als auf dem grenzenlosen Festland. Dort verschwimmen städtische und ländliche Strukturen. Wo sich ländliches Leben nicht länger halten kann, verwaisen ganze Landstriche, weil ländliches Leben an andere Strukturen gebunden ist als das Leben in der Stadt. Aber auch die Insel existiert nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Veränderungen. Die Menschen verändern sich und mit ihnen die Gesellschaft. So wird sich auch die Insel und mit ihr meine Arbeit wandeln. Ob unter den veränderten Bedingungen eine Arbeit wie meine jedoch weiter möglich ist, möchte ich bezweifeln. Geht die Breite der Tätigkeit, das gegenseitige Vertrauen, die gegenseitige Verlässlichkeit, der Blick auf das Ganze verloren, wird es für einen Hausarzt schwer. John Eskell sagte, so zitiert ihn John Berger in seinem Essay über den walisischen Landarzt: „Manchmal frage ich mich, inwieweit in mir der letzte traditionelle Landarzt steckt und inwieweit der Arzt der Zukunft. Kann man beides sein?“ [25] Diese Frage stelle ich mir auch.

Mit Blick auf die Veränderungen im Gesundheitswesen, der zunehmenden Anonymisierung und Fragmentierung und der damit einhergehenden Beziehungslosigkeit bin ich skeptisch. Ich spüre die Verunsicherung der Einwohner meiner Insel, wenn sie sich fragen, was kommt, wenn ich einmal meine Berufstätigkeit aufgebe. Noch kann ich, wenn auch mit über die Jahre deutlich zunehmender Anstrengung und erheblichem Aufwand in meiner Tätigkeit den Anforderungen gerecht werden. Es ist aber, ganz offensichtlich, ein Schwimm-

#### Dr. med. Uwe Kurzke ...



... Arzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Notfallmedizin – Balneologie/Klimatologie  
Lehrbeauftragter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Kiel, akademische Lehrpraxis der Universität Kiel  
Lebt und arbeitet seit 24 Jahren als Landarzt auf der Insel Pellworm, Vater von 4 Kindern.

men gegen den Strom. Gesundheit wird zur Ware. Versprochen wird uns Transparenz und Effizienz. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird ökonomisiert. Diese Beziehung wird nicht mehr als „langfristige Beziehung, sondern lediglich als bloße Abfolge von Transaktionen“ [26] interpretiert. Der Patient wird zum Kunden, seine Beschwerden zum „case“, der Arzt zum Dienstleister und zum „case-manager“. Es ist nicht garantiert, dass diese Entwicklung ohne Verluste und Opfer bleibt. Geld kann Beziehungen nicht ersetzen. Bei denen, in deren Ar-

beitswelt sich diese Veränderungen in der globalisierten Wirtschaft längst vollzogen haben, können wir die Folgen sehen. Sie sitzen Montag wieder in unserem Sprechzimmer.

Aber: Wenn dies alles auch zu Unzufriedenheit bei allen Beteiligten – Ärzten und Patienten – führt, wenn alle Beteiligten sich als Opfer fühlen, dann ist historisch begründet zu erwarten, dass einmal auch nach Auswegen aus dem Unglück gesucht wird. Für diesen Ausweg braucht es ein positives Bild, das beschreibt, wie es war, als man in seinem

Beruf als Hausarzt noch zufrieden und glücklich sein konnte

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Kurzke  
Niedergelassener Arzt für  
Allgemeinmedizin  
Uthlandestraße 7, 25849 Pellworm  
Tel.: 04844 9010  
E-Mail: praxis@akkupellworm.de

## Literatur

1. Koch K, Schürmann C, Sawicki PT. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 427–34
2. Koch K, Gehrman U, Sawicki, PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten ärztlichebefragung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A-2584
3. Richter-Kuhlmann, E. Berufsmonitoring Medizinstudierende: Jederzeit bereit, aber nicht überall. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A-1837 / B-1613 / C-1589
4. Tätigkeitsbericht 2009 der Bundesärztekammer. BÄK, 2009, Kapitel 3 Ärztliche Versorgung, S. 71 ff
5. Unternehmen und Arbeitsstätten – Kostenstrukturanalyse bei ausgewählten Arzt-, Zahn-, Tierarzt und Heilpraktikerpraxen sowie Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten 2000, Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Statistisches Bundesamt. Wiesbaden Februar 2004
6. Unternehmen und Arbeitsstätten – Kostenstrukturanalyse bei ausgewählten Arzt-, Zahn-, Tierarzt und Heilpraktikerpraxen sowie Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten 2007, Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, September 2009
7. Der Hausarzt 2010; 1 (1): 12
8. Vetter M. Das Einkommen der Ärzte: Was letztlich übrig bleibt. *Dtsch Arztebl* 2009; 106: A-1318
9. HEALTH AT A GLANCE 2009: OECD INDICATORS. OECD 2009. <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111ec028.pdf?expires=1298226832&id=0000&accname=guest&checksum=025830A4B3837FADF1FB0A2DE2F2A776> Abruf am 10.9.2010
10. Koch K, Gehrman U, Sawicki, PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten ärztlichebefragung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A-2584
11. Schoen C, Osborn R, Trang Huynh P, Doty M, Peugh J, Zapert K. On The Front Lines Of Care.Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views In Seven Countries, Health Affairs Web Exclusive, DOI 10.137/hlthaff. 25. w 555, 2. November 2006
12. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [http://www.gbeund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=10567::SIDS#m1.4.7](http://www.gbeund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10567::SIDS#m1.4.7) Abruf am 3.2.2011
13. Moore G, Showstack J. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. *Ann Intern Med* 2003; 138: 244–247
14. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality-measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007; 335: 1021–1022
15. Gerlach, Ferdinand, Zukunftskonzept des Sachverständigenrats: Von der sektoralen zur regional differenzierten populationsorientierten Versorgung, Präsentation, Heidelberg, 2. Oktober 2009. Download unter [http://www.netzwerkversorgungsforschung.de/\\_old/sites/default/files/02\\_SAR-Gutachten\\_Gerlach.pdf](http://www.netzwerkversorgungsforschung.de/_old/sites/default/files/02_SAR-Gutachten_Gerlach.pdf). Zugriff am 20.1.2010
16. Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
17. Verfassung der WHO 1949, Download unter [http://www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de/Inhalte/B\\_Basiswissen\\_GF/B9\\_Materialien/B9\\_Dokumente/Dokumente\\_international/1946\\_Verf\\_WHO\\_BZgA93.pdf](http://www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1946_Verf_WHO_BZgA93.pdf) am 27.1.2011
18. a.o.O. Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 867
19. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Kunzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14: 111–118
20. Ridd M, Shaw A, Salisbury C. 'Two sides of the coin' – the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study. *Family Practice* 2006; 23: 461–468
21. Sennett R. Der flexible Mensch. Berliner Taschenbuchverlag. Berlin 2006, S. 38
22. Levinas E. Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht. Freiburg/Br, 1992, 210 ff.
23. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris, Edition du Seuil, 1992, zitiert nach Richard Sennett, Der flexible Mensch, Berliner Taschenbuchverlag, 2006, 201
24. Daghighi MM, Ciardullo AV, Cadioli T, Delvecchio C, Menna A, Voci C, Guidetti P, Magrini N, Liberati A. GPs' satisfaction with the doctor-patient encounter: findings from a community-based survey. *Family Practice* 2003; 20: 283–288
25. Sennett R, Der flexible Mensch. S. 155
26. Berger J, Mohr J. Geschichte eines Landarztes. Hanser, München, 1998, 142
27. Sennett R. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin Verlag 2005, 133