



Serie
Bundestagswahl
Folge 1

Wahlgespräche in der Hausarztpraxis



Im September entscheidet sich, welchen Kurs die Gesundheitspolitik einschlägt. Oft diskutieren darüber nur Funktionäre und Politiker. Vor der Bundestagswahl hören wir uns daher bei Allgemeinmedizinern aus Stadt und Land um, was ihnen unter den Nägeln brennt. **Ein Stimmungsbild aus der Praxis.**

Im Gespräch mit Johanna Dielmann-von Berg

„Die Gesellschaft wird es **teuer bezahlen**“



Noch rasch stellt er die Tasche ab, zieht die leuchtend rote Jacke aus: Gerade erst kehrt Dr. Andreas Durstewitz von einem Hausbesuch zurück. 2006 hat der Allgemeinmediziner und Internist die Praxis in Pullach, am südlichen Rand Münchens, übernommen. In der Lehrpraxis arbeiten zwei Ärztinnen in Weiterbildung und zwei MFA. Mit zwei weiteren Hausärzten, zwei Pädiatern und ein paar Fachärzten für Orthopädie, HNO und Gynäkologie versorgt Durstewitz die rund 9.000 Einwohner der Gemeinde.

Ihre Praxis liegt in einer der reichsten Gemeinden der Republik. Ihnen muss es hier blendend gehen, oder?

Dr. Andreas Durstewitz: Ich als Hausarzt bin zufrieden. Mein Beruf ist großartig, abwechslungsreich und ich muss

als Freiberuflicher nicht fremdbestimmt arbeiten. Aber: Es gibt immer weniger Hausärzte, das merken die Patienten. Einige haben ein so schlechtes Gewissen, dass sie uns für unser Engagement Schokolade, Wein etc. mitbringen, egal wie arm sie teilweise sind. Wie kann die Politik das zulassen? Immerhin ist es ihr Recht, vom Arzt behandelt zu werden. Man merkt, dass die Interessen von 82 Millionen Patienten zu schlecht organisiert sind. Bei der Digitalisierung etwa verliert die Politik die Alten aus dem Blick: Um Daten auf die E-Card zu speichern, muss der Patient eine sechsstellige PIN eintippen. Weil er dement ist, kann er das nicht – das verursacht dann schlimmstenfalls einen Stau in der Praxis.



Gesundheitspolitik sollte man also mehr vom Patienten her denken?

Ja. Ein Beispiel, die Schnittstelle ambulant-stationär macht große Probleme. Viele Patienten werden freitags „blutig“ entlassen, teils liegt noch die Drainage und die Nadel hängt raus! Also erkläre ich ihnen erstmal eine Stunde, wie es weitergeht, stelle die Medikation um, weil die verordneten Arzneien oft nur für die Klinik passen. Dann noch rasch in die Apotheke, bevor sie schließt. Viel besser wäre es doch, man könnte einen Berater zum Entlassgespräch hinzuziehen – das decken KV und PKV bisher nicht ab. Patienten sind also auf den guten Willen des Hausarztes angewiesen. Letztlich ist keiner bereit, Strukturen zu ändern. Die Parteien zum Beispiel liefern nur Ideen, wie mehr Geld ins System kommt. Keiner schlägt vor, wie mit sinnvollen Strukturen Geld gespart werden könnte. Denn natürlich wollen sie Behandlungen nicht rationieren. Stattdessen bekommt jeder Patient alles. Die Eigenverantwortung, von der Politiker gerne sprechen, ist ein reines Lippenbekenntnis.

Wie könnte man die Eigenverantwortung stärken?

Zugegeben, das Gesundheitswesen ist so komplex, dass es nie einfache Lösungen gibt. Aber man kann für Patienten finanziell Anreize setzen, medizinische Leistungen gezielter in Anspruch zu nehmen, wenn sie sie wirklich benötigen. So braucht man nicht von jedem Knie vor und nach einer Op eine MRT, diese Überdiagnostik findet aber statt.

Sie denken an eine Gebühr für die Inanspruchnahme?

Wir hatten ja schon einmal die Praxisgebühr. Die zehn Euro waren aber wie eine Flatrate. Die Patienten gingen also erst recht zum Arzt, wenn sie einmal bezahlt hatten. Die Schweden zahlen zum Beispiel 30 Euro für jeden Besuch – jeden. Wer sich das nicht leisten kann, dem hilft die Gemeinschaft, dafür gibt es Belastungsgrenzen. Natürlich darf Armut kein Grund sein, nicht zum Arzt zu gehen, wenn man krank ist.

Statt nur Mittel zu erhöhen, sollte man das System „entschlacken“? Wie?

Beispiel Bereitschaftsdienst: Das ist eine überholte Struktur. Es gibt immer mehr Ärztinnen. Wie können wir es Müttern von kleinen Kindern zumuten, mitten in der Nacht etwa zu einem psychiatrischen Patienten in einer womöglich zwielichtigen Gegend zu fahren? Warum kann der Patient nicht zum Arzt in eine Notdienstpraxis kommen – mit einem Taxi, Nachbarn oder Fahrdienst? Dort könnte man ihn qualitativ besser versorgen, weil die Geräte vorhanden sind und nicht nur ein Arztkoffer. Gleichzeitig würde die Zeit des Arztes effizienter genutzt. Patienten, die nicht fahren können, sind meist eh ein Fall für ein Notarzt-Team. Die Gemeinden könnten solche Praxen finanzieren, stellen Räume und Ausstattung, weil es eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Sie wären also steuerlich finanziert – und nicht wie bisher allein von Versichertenbeiträgen und ärztlichen Unternehmern.

Stichwort Qualität: Wie können Sie die beste Medizin für Ihre Patienten leisten?

Es gibt verschiedene Facetten. Qualität braucht Geld, damit in der Praxis die Basisdiagnostik vorhanden ist. Wir besit-

zen ein Spirometer, Seh- und Hörtest-Geräte etc. Zudem braucht es eine gute Infrastruktur – es gibt aber kaum gute und bezahlbare Praxisräume. Die Gemeinde unterstützt uns hier nicht.

Wir Fachärzte haben der Bürgermeisterin vorgeschlagen, ein Grundstück zur Verfügung zu stellen, um ein Ärztehaus zu bauen. Sie lehnte ab, wir seien doch Unternehmer und müssten uns das selbst beschaffen. Sie will dort lieber ein Jugendzentrum bauen, für die Jugend, die gar nicht hier wohnt. Wir haben vor allem eine alternde Bevölkerung. Auf dem Land haben Gemeinden schon eher verstanden, dass es ihre Aufgabe ist, den Rahmen zu schaffen, damit sich Menschen ansiedeln. Wir wissen doch: Ist der Arzt weg, stirbt der Ort.

Die Politiker haben zu lang die Augen verschlossen...

Richtig. Statt rechtzeitig zu unterstützen, beginnt die Politik jetzt, Hilfsberufe zu akademisieren. Damit sinkt die Qualität. Gäbe es genug Ärzte, würden diese Ideen nicht entwickelt! Ähnlich bei der Telemedizin. Die fördert die Politik gerade nur so stark, weil es zu wenige Ärzte gibt. Ein Mangel führt also zu „Innovationen“, deren Qualität mitunter fragwürdig ist. Freilich bringt die Digitalisierung auch viel Positives, wenn die richtigen Gründe dahinter stehen.

Sollten Kommunen Daseinsfürsorge neu interpretieren und Ihre Ärzte mehr unterstützen?

Gute Idee. Bei den Kliniken tragen die Gehälter ja auch die Kassen, die Infrastruktur zahlt der Staat. Wer seine Bürger versorgen will, stellt etwas auf die Beine. Sie werden sehen, das werden private

Gemeindefest auf dem Kirchplatz in Pullach bei München.



Klinikketten jetzt forcieren. Sie eröffnen Satellitenpraxen und werben mich als Niedergelassenen ab. Behandlung und Organisation wären perfekt abgestimmt und kontrollierbar. Ich liefere denen dann die Operationen. Und: Es wäre billig. Aber: Die Gesellschaft wird auf Dauer einen sehr teuren Preis dafür zahlen! Heute ist meine Praxis der sperrige Tante Emma-Laden, bei dem man alles bekommt. Dafür bin ich schwer zu koordinieren und kontrollieren. Entscheidend ist: Bin ich wirtschaftlich frei, kann ich unabhängig entscheiden. Deswegen haben wir eine hohe Patientenzufriedenheit und Qualität. Andererseits macht man uns immer mehr Vorgaben, um uns zu kontrollieren. Ein Zwiespalt.

Was würden Sie ändern, wenn Sie Gesundheitsminister wären?

Mein Eindruck ist, es gibt zu viele Pseudoinnovationen bei Arzneien. Oft können Versprechen in der Realität nicht gehalten werden. Man müsste viel mehr epidemiologisch forschen. Parallel müssen wir gesellschaftlich darüber sprechen, wie wir die wenigen Ressourcen vernünftig einsetzen, zum Beispiel in innovativen Strukturen wie der HZV. Zweitens würde ich den Arztberuf attraktiver machen.

Den Arztberuf per se oder speziell den Hausarzt?

Den Arztberuf an sich. Denn egal wie man ein System organisiert, jeder braucht Hausärzte. Fraglich ist, ob die redundante Facharzt-Schiene stationär und ambulant oder die hohe Zahl an Kliniken wirklich nötig ist. Jedes Gerät ist doppelt, viele Untersuchungen auch. Zudem würde ich gemessen am Brutto-

inlandsprodukt mehr Geld für Gesundheit ausgeben.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben machen laut OECD neun Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus.

Ich würde den Steueranteil deutlich erhöhen, so dass das Gesundheitssystem nicht durch Beiträge von wenigen Ar-

beitern finanziert werden müsste. Die Gelder müssten aber im System bleiben. Es gibt keinen Grund, warum Gesundheit ein Geschäftsfeld ist, in dem Gewinne gemacht werden. Wenn die GKV Überschüsse erwirtschaftet, sollten sie wie bei Privatversicherten an die Mitglieder zurückfließen.

„Ach, Sie sind ja auch Internist“



Fachwerkhäuser zieren den Ortskern. Mit seinen 4.600 Einwohnern schmiegt sich Vogt zwischen Wäldern und Mooren ins hügelige Voralpenland. Ravensburg und Wangen sind nicht weit. In dieser Idylle hat sich Dr. Hans Bürger, Allgemeinmediziner und Internist, niedergelassen. Erst übernahm seine Frau 1999 hier eine Hausarztpraxis. Er zog 2004 hinterher, um Praxis und Familie gemeinsam besser stemmen zu können. Vogt zählt zwei weitere Hausärzte, einen Pädiater und zwei Apotheken. Gut versorgt, doch sich darauf ausruhen sollten die Politiker nicht, wie wir von Hans Bürger erfahren.

Nach der Bundestagswahl können Weichen neu gestellt werden. Aus Ihren Erfahrungen in der Praxis, wo drückt der Schuh?

Dr. Hans Bürger: Die neuen Daten des Zi haben mich erschüttert. Sie meinen die jüngste Veröffentlichung des Zentralinstituts der KVen, kurz Zi, wonach Allgemeinmediziner beim Einkommen im unteren Mittelfeld rangieren. Genau. Die Daten zeigen wie wenig die Allgemeinmedizin wert ist – das meine





ich nicht rein finanziell, ich meine die mangelnde Wertschätzung, die sich durch die Daten zeigt. Und das trotz aller Beteuerungen der Politik. Wir müssen Studienbewerber besser selektieren, aber nicht über eine Landarztquote – das verbaut nur Lebenswege und demotiviert. Wir müssen an allen Hochschulen präsent sein und die Allgemeinmedizin muss im Staatsexamen geprüft werden. Das wäre ein „Aufwecker“ am Studienende.

Warum fühlen Sie sich weniger wertgeschätzt als ein Spezialist?

Die Bevölkerung schätzt uns sehr, in der Politik verhält es sich aber unterschiedlich: Wo es an Hausärzten mangelt, bemüht man sich um uns, in Städten schert es keinen. Oft höre ich von Politikern: „Sie sind ja auch Internist.“ Da frage ich mich, wieso haben Internisten einen besseren Ruf als Hausärzte? Die Allgemeinmedizin ist doch eine hochkomplexe Weiterbildung über 60 Monate!

In Vogt gibt es vier Hausärzte. Das wird sich ab 2020 aber schnell ändern – dann gehen wir in Rente und alle vier sind weg. Trotzdem handeln die meisten Bürgermeister erst, wenn die Lücke da ist. Dann investieren sie viel, um Ärzte in ihre Gemeinde zu holen. Im Nachbarort hat die Bürgermeisterin ein Ärztehaus gebaut, um es jungen Kollegen schmackhaft zu machen. Da muss man doch fragen: Warum reagiert man erst nach 20 Jahren, wenn es zu spät und viel teurer ist? Hätte man früher mehr in Infrastruktur gesteckt, hätten wir das Problem wahrscheinlich nicht.

Wäre es klug, Spezialisten zu Hausärzten „umzuentwickeln“?

Nur wenn sie die gleiche Weiterbildung Allgemeinmedizin durchlaufen! Viele denken, der Gynäkologe deckt das gleiche Spektrum ab wie wir, das kann er aber nicht, weil das seine Weiterbildung nicht hergibt. Ich bin Hausarzt und Internist – schon das sind zwei total verschiedene Arbeitsweisen. Meine Frau und ich gehen zum Teil ganz anders vor. **Wie könnten sich Gemeinden konkret um ihre Hausärzte kümmern?**

Wir brauchen sicher keine Blumen (*lacht*). Als ich jung war, waren Ärzte Institutionen in der Gemeinde. Heute werden wir wie ein Gewerbe wahrgenommen, das mit der Gesundheit der Bürger Geld verdient. Es wäre schön, wenn einen Gemeinden als „Berater“ bei einigen Entscheidungen mehr einbeziehen. **Ich höre eine Sehnsucht heraus, mehr „institutionalisiert“ zu werden. Widerspricht das nicht der Forderung der Ärzte, ein freier Beruf zu bleiben?**

Es ist sicher der falsche Weg, alle Ärzte bei Gemeinde-MVZ anzustellen. Sie nennen es Sehnsucht, ich meine aber, wir brauchen ein klares Bekenntnis der Politik zur ambulanten Versorgung. Sie kennen den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Betrachtet man aber die Entwicklung der Kammern, KVen etc., hat man den Eindruck, dass sich die Versorgung hin zu Kliniken verlagert. Daher brauchen wir eine eigene haus-

ärztliche Vertragspolitik, nur so werden unsere Leistungen – auch im Honorar – adäquat abgebildet. Ohne den Hausärzterverband wären wir schon am Ende.

Die Politik weiß aber eigentlich genau, dass ambulante Versorgung günstiger ist.

Ja, trotzdem baut sie keine Überkapazitäten ab. In Baden-Württemberg gibt es 144 Kliniken, die Hüft- und Knie-Op machen. Nur 26 erfüllen die Mindestmengen. Warum wird nichts geändert? Der Landrat ist doch froh, dass er seine Klinik hat, der hätte kein schönes Leben mehr, wenn er sie schließen würde.

Viele junge Ärzte wünschen sich, zunächst angestellt zu arbeiten. Bestärkt das Ihren Eindruck, dass sich die Versorgung hin zu stationären Strukturen verschiebt?

Man muss fragen: Warum? Die Allgemeinmedizin muss für junge Ärzte attraktiver werden. Nehmen Sie die erwähnte Zi-Statistik. Wer wählt schon einen Beruf, mit dem er weniger verdient als ein Spezialist?!

Es liegt tatsächlich auch am Geld und nicht nur am Image der Hausärzte. Das zeigt sich in unserer Lehrpraxis: Seit 2016 die Förderung für die Weiterbildung gestiegen ist, bekommen wir mehr Anfragen.

Wer hat Sie während der Weiterbildung gefördert?

Keiner. Als ich studierte herrschte Ärzteschwemme. Während des Studiums hieß es: „Du wirst arbeitslos.“ Auf eine Klinikstelle gab es 100 Bewerbungen. Wir mussten uns um alles selbst kümmern, Weiterbildungsverbände gab es nicht. Dann kam die nächste Hürde: Bewerbung um den Praxissitz. Auf dem Land selbst den Platz suchen, bauen, al-





*Blick auf Vogt im Allgäu:
Hier ist Dr. Hans Bürger
seit 13 Jahren niederge-
lassen.*

les selbst finanzieren. Hier hat sich viel verbessert: Die jungen Ärzte können heute auswählen und das tun sie auch. **Sie haben Ihre Generation der Ärzteschwemme angesprochen...**

Das wird noch spannend, wenn meine Generation in Rente geht. Darauf ist die Politik nicht vorbereitet. Ich rechne fest damit, dass wir „zwangsverpflichtet“ werden, länger zu arbeiten.

Was müsste sich ändern, damit Sie die aus Ihrer Sicht beste Medizin leisten können?

An den weichen Bedingungen muss man nichts ändern, weil der Beruf Spaß macht. Wir können mittags zu unseren Kindern nach Hause, unsere Arbeitszeit flexibel einteilen, bekommen positive Rückmeldung von Patienten und vor allem gibt es niemanden, der mir bei der Therapie reinredet.

Aber wir brauchen eine Art „Unternehmerbonus“, um in die Praxen investieren zu können. Ein neues Sono, Computer-Updates – es fällt laufend etwas an, aber viele Normal-Praxen investieren nicht, weil es im kalkulierten Lohn nicht drin ist. Da heißt es, der Hausarzt braucht doch nur ein Stethoskop für 5,50 Euro, aber das stimmt nicht!

Könnten hier nicht Gemeinden unterstützen, indem sie Ärzte etwa von Gebühren entlasten oder schnelles Internet stellen?

Warum nicht? Dann bliebe uns mehr

Geld für Investitionen. Bisher läuft es andersherum: Als wir eröffneten, hieß es, „Ihr müsst Parkplätze bauen und den Grund von der Gemeinde kaufen“. Das ärgert einen und muss sich ändern.

Die Gemeinde soll also nachfragen: Was brauchen Sie, damit Sie Ihre Arbeit gut erledigen können?

Genau! Beispiel Internet: Zuhause – ich wohne nicht über der Praxis – habe ich sehr gute Anbindung. In der Praxis kann ich keine großen Daten bewegen, ein Angiogramm oder die Abrechnung brauchen quasi Stunden bis sie ankommen. Die Krönung ist, wir Ärzte müssen uns selbst kümmern, dass wir Internet bekommen! Natürlich könnte ich nach München ziehen – womit wir wieder beim Thema Unterversorgung sind.

Wenn Sie Gesundheitsminister wären, was würden Sie als Erstes anpacken?

Aus meiner Sicht als Hausarzt würde ich die HZV flächendeckend ausbauen. Ich bin gegen einen Zwang zur Einschreibung, aber ich bin überzeugt vom Primärarztssystem. Zudem muss die Allgemeinmedizin im Staatsexamen Prüfungsfach werden. Darüber hinaus würde ich kreative Ansätze in den Regionen fördern, um die Niederlassung zu vereinfachen. Das Problem ist, es muss lokal umgesetzt werden, weil jede Gemeinde etwas anderes braucht, nur sind die Gemeinden mit der Finanzierung solcher Maßnahmen überfordert. Man müsste sie also vom Bund her unterstützen. Außerdem würde ich mir anschauen, ob Ärzte strukturell richtig eingesetzt sind.

ANZEIGE

TD-4285

Gluco-test DUO



*Wenn es auf einfaches
Messen ankommt.*



Einfache Handhabung

durch großes Display und breite Teststreifen

Sofort einsatzbereit,

da keine Codierung erforderlich

Präzise Messung,

da DIN EN ISO 15197:2015 erfüllt

Hohe Qualität zum fairen Preis,

da Preisgruppe B

Sie haben Fragen zu Gerät, Handhabung oder Teststreifen?

Rufen Sie uns an: +49 (0) 30 - 710944200

Fotos: karakedi35 - Fotolia, D. Nöbker



Der Hausarzt 07/2017

Arzneimittel meiner Wahl

