

***Jüngst hat die IG Med Furore verursacht – unter anderem mit Kritik am Ärztemangel und an der Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes in Sachsen. Bei welchen Punkten gehen Sie mit und was stört Sie?***

Es hat den Sächsischen Hausärzteverband (SHÄV) tatsächlich überrascht, dass sich jetzt eine bisher völlig unbekannte Interessengemeinschaft meldet und fehlende Hausarztsitze in Sachsen anmahnt. Ich selbst weiß seit etwa 20 Jahren durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV), dass die Hausärzte in Sachsen knapp werden.

***Nun hat die IG Med gewarnt, dass der Sicherstellungsauftrag durch die KV nicht mehr gewährleistet ist, weil es nicht mehr genügend Hausärzte gibt.***

Der Sicherstellungsauftrag wird schon noch gewährleistet. Es ist aber schwerer geworden, weil einige Hausarztsitze definitiv nicht mehr nachbesetzt werden können und weil viele nachwachsende Ärzte lieber im Angestelltenverhältnis statt in der eigenen Niederlassung arbeiten wollen. Insofern hat die KV Probleme, Arztsitze in der Lausitz oder anderen strukturschwachen Regionen zu besetzen. Und wenn eine Praxis nicht besetzt ist, kann dort auch niemand in Anstellung arbeiten.

***Wie beurteilen Sie die Neustrukturierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes?***

Der Bereitschaftsdienst ist ein hochpolitischer Aufreger in der gesamten sächsischen Ärztelandschaft. Er ist ja erst vor wenigen Jahren umgestellt worden und ich selbst habe zuvor hier im ehemaligen Kreis Dresden-Land zwischen Radeberg und Ottendorf-Okrilla mit 19 anderen Kolleginnen und Kollegen über 12 Jahre den Bereitschaftsdienst abgedeckt. 2014 bin ich dann verpflichtet worden, Bereitschaftsdienst in der Stadt Dresden zu leisten. Dadurch ist die gut funktionierende Gruppe zerschlagen worden.

***Was ist mit längeren Fahrzeiten zum Patienten?***

Wir haben das Problem, dass die Kollegen, die Dienst tun müssen, genau wie ich, zwar weniger und kürzere Dienste haben. Aber wenn sie Dienst haben und wirklich von Ottendorf über Radeberg nach Pulsnitz und zurück müssen, verbringen sie viel mehr Zeit auf der Straße als bisher.

***Zusammengefasst heiße das, die Situation hat sich für die Ärzte verbessert – aber nicht für die Patienten?***

Das ist eine sehr verkürzte Zusammenfassung. Die Situation hat sich insofern auch für die Ärzte verschlechtert, weil lange Wege zu erledigen sind, was durch die geplante neuerliche Erweiterung der Dienstkreise auch nicht besser wird. Denn künftig sollen ja erneut zwei oder drei Bereiche zusammengelegt

werden. Eine Folge dieser übergroßen Bereiche wird sein, dass trotz Portalpraxen und Vermittlung von Hausbesuchen vermutlich weiter viele Fälle beim Rettungsdienst der Feuerwehr landen. Ob das politisch so gewollt ist, wage ich zu bezweifeln.

***Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fordert von den Ärzten mehr Sprechzeit. Umgedreht gibt es aber Ärger, wenn das Budget überzogen wird.***

Als Arzt, der seit knapp 17 Jahren eine Einzelpraxis am Dresdner Stadtrand betreibt, habe ich regelmäßig eine 55- bis 60-Stunden-Woche. Das sind dann aber keine reinen Sprechzeiten. Die Praxiszeiten werden immer überzogen, weil man in der Regel länger als die Sprechzeiten braucht, um die Patienten zu behandeln und alle Fälle abzuarbeiten. Und dazu kommt dann noch die ganze Bürokratie, die auch immer länger dauert und jeden Tag mindestens anderthalb Stunden frisst.

***Wer ist daran der Hauptschuldige – die Kassen?***

Ein Großteil dieser Bürokratie wird von den Krankenkassen, aber auch Sozialämtern und Versicherungen produziert. Das muss man deutlich sagen. Sie bombardieren einen oft mit Anfragen, die völlig sinnlos sind.

***Ein Beispiel?***

Ein Patient ist schon seit vier Wochen arbeitsunfähig krank. Regelmäßig fragt dann seine Kasse an: Was können wir machen, um die Krankheitsdauer zu verkürzen? Diese Anfragen sind es beispielsweise, die einen unnötigen Bürokratie-Aufwand erzeugen. Gerade, wenn es ein Patient ist, der beispielsweise einen komplizierten Knochenbruch erlitten hat, oder eine Psychotherapie benötigt, dann ist das auch nach vier Wochen nicht erledigt.

***Warum tun sich die Hausärzte so schwer mit der Telemedizin?***

Wir tun uns nicht schwer. Das Problem liegt in der fehlenden IT-Infrastruktur. Wenn ich im Nachbarort einen Patienten telemedizinisch betreuen will, dann wird das deshalb nicht funktionieren, weil ich gar kein Netz zu ihm aufbauen kann. Wir stehen der Telemedizin grundsätzlich offen gegenüber.

***Und die Telematik-Infrastruktur?***

Das ist etwas völlig anderes als Telemedizin und beschreibt eine weitere zusätzliche Bürokratie, die in die Praxen eingeführt wird. Ein im Grunde völlig veraltetes System, das bereits Anfang der 2000er Jahre zu Zeiten der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erdacht wurde. Wir werden nun gezwungen, unter Androhung von Honorarverlusten, mehr als 10 Jahre

eigentlich veraltete technische Strukturen zu installieren.

### ***Wie funktioniert es?***

Wenn der Patient in die Praxis kommt und ich seine Versichertenkarte in die Software einlese, dann wird geprüft, ob die Karte gültig ist, ob der Patient seine Krankenkassenbeiträge bezahlt hat und ob sich die Adresse geändert hat. Was angeblich nur Millisekunden dauern soll, dauert im Praxisalltag häufig wesentlich länger. Das summiert sich dann enorm, wenn am Montagmorgen während einer Grippewelle eine ganze Busladung voller Patienten vor der Praxis steht.

### ***Wie stehen die Hausärzte zum ARMIN-Projekt?***

ARMIN funktioniert nicht in der Fläche, obwohl rund 150 Ärzte daran teilnehmen. Dabei ist die ursprüngliche Idee richtig, dass der Hausarzt den Medikamentenwirkstoff aufschreibt und der Apotheker dann ein Präparat auswählt. Aber dazu müsste die Verzahnung enger sein, damit man weiß, dass der Patient die blaue Pille von einem bestimmten Hersteller erhält und er nicht beim nächsten Mal die rote oder weiße Pille bekommt. Sonst nimmt er zwei gleiche Tabletten und wundert sich, dass ihm schwindlig wird.

### ***Wie stellen Sie sich eine engere Verzahnung vor?***

Eine Möglichkeit der Verzahnung besteht darin, dass mittlerweile ein bundesweit einheitlicher Medikamentenplan für den Patienten aufgestellt wird. Jeder Patient, der mehr als drei Medikamente einnimmt, hat ein Recht darauf. Auf diesem Plan ist ein QR-Feld, das dann auch beim Orthopäden oder in der Apotheke eingescannt werden kann. Auf der gleichen Basis kann eine Medikamentenveränderung oder -erweiterung etabliert werden. Kommt der Patient dann wieder in meine Praxis, kann ich den Plan auch einlesen und Medikamente erfassen, die er von einem anderen Arzt verordnet bekommen oder selbst gekauft hat. Aber in den Apotheken beispielsweise gibt es gar nicht genügend Scanner, um das zu leisten.

### ***Was halten Sie von einer Landarztquote im Medizinstudium?***

Wie gesagt: Dass die Hausärzte knapper werden, ist seit 20 Jahren bekannt. Man hätte also Zeit gehabt, etwas dagegen zu unternehmen. Schließlich dauert es ja mehr als 12 Jahre, bevor ein Medizinstudent als Arzt in der Praxis ankommt. Langfristig wird eine Landarztquote sicherlich ihre Wirkung entfalten, aber – wenn man sich den Altersdurchschnitt der Hausärztinnen und Hausärzte ansieht – wir haben eben keine 12 oder 14 Jahre mehr Zeit.

### ***Was könnte man vorher tun?***

Aus meiner Sicht wäre es erst einmal wichtig, dass die Arbeitsbedingungen der Hausärzte verbessert werden. Dass man die Patienten dafür gewinnt, einen Hausarzt ihrer Wahl auszusuchen, um sich bei ihm in die hausarztzentrierte Versorgung einzuschreiben. Damit wir ein Primär-Arzt-System bekommen, bei dem der Hausarzt die Steuerung der Patienten vornimmt.

### ***Wo liegt der Fehler?***

Der Fehler des Systems liegt darin, dass viele Patienten meinen, mit ihrer Versichertenkarte gleich zum Augen- oder Hals-, Nasen- und Ohrenarzt gehen zu müssen, obwohl die meisten gesundheitlichen Probleme in der Hausarzt-Praxis gelöst werden könnten. Dieses "Irrlichtern" mit der Versichertenkarte durch sämtliche Ebenen oder der Besuch der Notaufnahme wegen eines Hustens – all das muss ein Ende haben.

### ***Das würde im Umkehrschluss ja bedeuten, dass dann noch mehr Patienten vor Ihrer Praxis stehen.***

Nein, im Umkehrschluss würde das bedeuten, dass eine bessere Patientensteuerung stattfindet. Ein Versuch war ja die 10 Euro "Kassen"-gebühr, die 2013 kurz vor der Bundestagswahl abgeschafft wurde. Wir Hausärzte sehen solch eine Gebühr sehr kritisch und bevorzugen daher ein freiwilliges Einschreibesystem. Patienten wählen damit ihren wohnortnahen Hausarzt und können besser an die richtige Stelle im Gesundheitssystem geleitet werden.

### ***Kollidiert das nicht mit der freien Arztwahl?***

Die Entwicklung der letzten Jahre hat es doch gezeigt: Ein wirkungsvolles Steuerungsinstrument muss es geben, um die Patientenströme sinnvoll zu leiten. In vielen Sonntagsreden werden die Hausärzte immer als Lotsen durch den "Dschungel" der Medizin bezeichnet. Die freie Arztwahl wird dadurch auch nicht angetastet, denn sie besteht darin, dass sich Patient X seinen Hausarzt Y frei wählt und zunächst in der Hausarztpraxis untersucht wird. Bei Bedarf erfolgt dann von dort aus die Überweisung in die nächste Ebene. Die KV müsste deshalb dafür sorgen, dass die Fachärzte dazu verpflichtet werden, die Überweisungen aus der Hausarztpraxis wieder ernst zu nehmen.

### ***Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, wie würde der lauten?***

Wir würden uns wünschen, dass die Förderung der hausärztlichen Praxen in Sachsen durch die KV und durch die Landesärztekammer intensiviert wird. Dass wir weniger Schwierigkeiten bekommen, unsere medizinischen Fachangestellten, die unsere Patientinnen und Patienten bereits gut

kennen, zur **Versorgungsassistenten** in der **Hausarztpraxis** (VERAH®) weiterzubilden, von denen es bundesweit mittlerweile schon mehr als 10 000 gibt. Ich erziele eine bessere Betreuung der Patienten durch eine VERAH, die aus meiner Praxis zu den Patienten fährt, als durch fremdes Personal, das den Patienten nicht kennt.

Interview: Roland Herold, LVZ