

Herbert Quandt-Stiftung

## **Landarzt per Laptop**

*Telemedizin und andere Neuerungen im Gesundheitssystem sind in den nordischen Ländern schon lange Standard. Die Region könnte deshalb Ideen liefern, wie auch hierzulande fernab der Städte weiterhin jeder schnell und bequem die Behandlung bekommt, die er benötigt.*

Demografischer Wandel und Urbanisierung stellen die medizinische Versorgung auf dem Land vor Herausforderungen. Ist das Problem in Deutschland relativ neu, könnte Nordeuropa durch seine Erfahrungen mit dünn besiedelten Regionen Vorbild für innovative Lösungen sein, so der Tenor einer von der Herbert Quandt-Stiftung und den Nordischen Botschaften in Berlin organisierten Tagung vom 20. Oktober 2014. Im Norden Europas wird schon seit längerem daran gearbeitet, trotz Ärztemangels und älter werdender Bevölkerung eine angemessene Behandlung zu sichern. Was sich Deutschland davon abschauen und auf das eigene Gesundheitssystem übertragen kann, stand im Zentrum der Diskussionen zwischen Politikern, Wissenschaftlern und Praktikern.

Viel Zeit für Theorie bleibt nicht. In ganz Westeuropa gilt es, schnell zu handeln: „Die Leute werden immer älter, die Zahl der ernsthaft Kranken steigt stetig“, analysiert **Anders Ekholm vom schwedischen Institut für Zukunftsstudien**. Zugleich mangle es an Nachwuchs, der den Altersdurchschnitt senke und das Ärzteangebot erhöhe. „In Deutschland ist die Lage besonders besorgniserregend“, so Ekholm. Schließlich liege hierzulande die Geburtenrate mit 1,35 extrem niedrig, während die nordischen Länder den europäischen Durchschnitt von 1,6 immerhin deutlich überträfen.

### **Mehr Ärzte oder effizienter arbeiten? Am besten beides**

Was also tun, wenn vor allem auf dem Land Ärzte fehlen und der Bedarf steigt? Zwei Ansätze, die durchaus kombiniert werden könnten, kristallisierten sich bei den Experten-Gesprächen heraus: Zum einen müsse das Angebot erhöht und dafür gesorgt werden, dass auf dem Land mehr medizinisches Fachpersonal präsent sei. Zum anderen solle die

Produktivität des Sektors gesteigert werden, sodass mit geringerer Ärztedichte mehr Patienten versorgt werden könnten.

Vor allem die Erhöhung der Ärztezahlen scheint schwierig: In Deutschland werden in jedem der kommenden Jahre etwa 2200 Hausärzte in Ruhestand gehen, das sind in den nächsten gut zehn Jahren 75 Prozent der Allgemeinmediziner, rechnet **Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**, vor. Gleichzeitig fehle der Nachwuchs, denn die Medizinstudenten hätten am Beruf des Allgemeinmediziners kaum noch Interesse. „90 Prozent wollen Spezialisten, nur zehn Prozent Generalisten werden“, so Gerlach. Hinzu komme, dass fast niemand auf dem Land arbeiten wolle. Die Folge seien ein Überangebot in den Großstädten und ein Mangel in der Peripherie. „Dieses Stadt-Land-Gefälle wird weiter zunehmen“, prognostiziert Gerlach.

Die auf dem Land Verbleibenden seien zudem im Schnitt nicht nur älter, sondern auch ärmer, wie **Laila Kildesgaard, Kommunaldirektorin der dänischen Insel-Gemeinde Bornholm**, konstatiert. Und **Finnlands Gesundheitsministerin Laura Rätty** ergänzt, dass Gleichheit selbst in Finnland nicht garantiert werden könne: „Wir wollen daran festhalten, überall im Land denselben Zugang zum Gesundheitssystem zu bieten. Dass jeder dasselbe geboten bekommt, ist hingegen nicht möglich.“

Während Deutschland am Subsidiaritätsprinzip festhält, will Rätty wieder mehr Zuständigkeiten von den Regionen auf die nationale Ebene übertragen. So sollen zumindest einheitliche Standards garantiert werden können

### **Hohe Gehälter sollen Ärzte aufs Land locken**

**Ferdinand Gerlach** hält größere finanzielle Anreize für nötig, um wieder mehr Ärzte aufs Land zu locken: Bis zu 50 Prozent sollten dort die Gehälter steigen. Zur Gegenfinanzierung müssten Ärzte aus überversorgten Regionen beitragen. „Kritiker sprechen hier von sozialistischer Umverteilung, aber es handelt sich um das Gegenteil“, ist Gerlach überzeugt. Schließlich würden in funktionierenden Märkten

Angebot und Nachfrage ebenfalls den Preis bestimmen. Wo Ärztemangel herrsche, müssten die Gehälter steigen. Gleichzeitig sollten Krankenkassen das Überangebot in Großstädten abbauen und gegebenenfalls sogar Praxen aufkaufen und schließen.

### **Arzthelferinnen könnten den Ärzten viel mehr helfen – wenn sie dürften**

Schweden hat bereits Erfahrungen mit einer steuernden Lohnpolitik. Jedoch ohne größeren Erfolg. Offenbar fällt es vielen jungen Ärzten trotz finanzieller Anreize schwer, sich nach dem Studium vom Großstadtleben zu verabschieden und in die Provinz zu gehen. Das jedenfalls berichtete **Stefán Thórarinsson, ehemaliger medizinischer Direktor der Region Ost-Island**. Thórarinsson schlägt vor, Krankenschwestern, Physiotherapeuten und anderem nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal mehr Verantwortung zu übertragen. So könnten fehlende Ärzte kompensiert werden. Allerdings sei dann für diese gerade in Deutschland eher schlechter verdienende Berufsgruppen eine bessere Bezahlung nötig.

**Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe** unterstreicht die Haltung der Bundesregierung, auch in Zukunft für die grundgesetzlich verankerte Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse einzutreten. Diese träfe auch auf die Gesundheitsversorgung zu. Gleichzeitig sei es in einer sich verändernden Gesellschaft notwendig, über neue Modelle nachzudenken. An die Thesen des Sachverständigenrates anknüpfend fordert Gröhe eine stärkere Verankerung der allgemeinärztlichen Ausbildung an deutschen Universitäten. Noch gäbe es Fakultäten ohne allgemeinmedizinische Lehrstühle, was sich ändern müsse. Zudem plädiert Gröhe für intensive Kooperationen zwischen Stadt und Land nach nordeuropäischem Vorbild. Ängste müssten abgebaut werden: Wenn ein kleines Krankenhaus in der Uckermark mit einem Berliner Großklinikum zusammenarbeite, bedeute dies nicht die Schwächung des regionalen Hospitals, sondern die Nutzung von Synergien, die am Ende der Versorgung auf dem Lande zugutekämen. Neben der Telemedizin möchte Gröhe auch die Implementierung mobiler Praxen vorantreiben.

Damit entspricht der Gesundheitsminister einer Forderung des Sachverständigenrats. Denn auch **Ferdinand Gerlach** plädiert dafür, die in Nordeuropa gängigen Team-Praxen einzuführen, in denen verschiedene Ärzte für einen Patienten zuständig sind. „Diese Art von Praxen machen es auch attraktiver, Allgemeinmediziner zu werden“, so Gerlach. Ärzte hätten heutzutage andere Ansprüche an den Beruf als früher und wollten beispielsweise häufiger in Teilzeit arbeiten. „In einer Praxis, in der die Arbeit in einem Team aufgeteilt wird, ist flexibles Arbeiten leichter möglich.“

Zudem solle, wie in Schweden, wieder für gewöhnliche Arztbesuche bezahlt werden. Seit die Praxisgebühr in Deutschland abgeschafft worden sei und es eine „Flatrate“ für Arztbesuche gebe, gingen die Leute wieder öfter zu Untersuchungen, so Gerlach. 16,9-mal geht der Durchschnittsdeutsche demnach jährlich zum Arzt. Schweden kämen nur auf 2,8-Arztbesuche – ohne gesundheitliche Nachteile.

**Günther Lachmann, Buchautor und Journalist bei der Tageszeitung „Die Welt“**, erinnern die diskutierten Vorschläge an Planwirtschaft. „Die Wünsche der Patienten scheinen in der Debatte keinerlei Rolle zu spielen“, kritisiert er. Den Patienten gehe es aber nicht nur darum, bei Krankheit angemessen behandelt zu werden, sondern auch darum, einen Arzt zu haben, der sie und ihre Familie samt Krankheitsgeschichte wirklich kenne. Das aber sei nicht möglich, wenn, wie in Team-Praxen üblich, ständig ein anderer Arzt zuständig sei.

### **Allheilmittel Telemedizin?**

Unabhängig von der persönlichen Präsenz vor Ort erhöhen viele nordische Länder die Produktivität des medizinischen Sektors über Telemedizin. Vor allem in dünn besiedelten Gebieten ist es durchaus üblich, Sprechstunden über das Internet abzuhalten. Beispielsweise werden nordnorwegische Patienten, die an chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COLD) leiden, nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus zu

Hause per Telemedizin betreut. „Wir sparen Krankenhauskosten, Arztbesuche und Fahrstrecken. Die Zufriedenheit der Patienten ist dabei groß, weil ihr Zuhause zum Mittelpunkt der Versorgung wird“, berichtete **Undine Knarvik vom Norwegischen Zentrum für Integrierte Versorgung und Telemedizin in Tromsø**. Die Patienten bekommen einen speziellen Laptop und ein Ergometer nach Hause geliefert. Mit einem so genannten Pulsoximeter, das den Sauerstoffgehalt des Blutes misst, hilft der Computer, die Daten im Blick zu behalten und an die Klinik zu senden. Die auf dem Ergometer vorgenommene Physiotherapie wird per Videoleitung aus der Ferne begleitet. Die Patienten können zugleich aus der Distanz angesprochen werden.

Deutschland hinkt bei diesen Entwicklungen dem Norden hinterher. Es gibt jedoch Ausnahmen: In Sachsen etwa verbinden sich Ärzte an kleineren Krankenhäusern per Telemedizin mit Experten am Uniklinikum Dresden, um etwa CT- und MRT-Aufnahmen von Schlaganfallverdachtsfällen gemeinsam besprechen zu können. „Neben den geringeren Kosten ist es auch hier für die Patienten ein Vorteil, in Wohnortnähe betreut zu werden“, so **Sabine Rößing, Geschäftsführerin der Carus Consilium Sachsen GmbH**, die das Vernetzungs-Projekt entwickelt hat.

**Per-Olof Egnell von der Universität Luleå** im Norden Schwedens ist sogar der Meinung, dass Besuche beim Psychiater online stattfinden könnten: „Junge Leute sind es gewohnt über Internet zu kommunizieren. Sie werden diesen Weg einem klassischen Besuch beim Psychiater vorziehen.“

## **Apps warnen vor ungesundem Lebensstil, aber ist diese Überwachung überall akzeptabel?**

Für **Anders Ekholm** ist Telemedizin noch nicht das Ende der Entwicklung: „In der Zukunft wird Künstliche Intelligenz den großen Teil der ärztlichen Diagnosearbeit übernehmen und Medikamente verschreiben können. Ärzte kümmern sich dann nur noch um die interessantesten Fälle.“ Auch würden Apps und Gadgets wie Fitnessarmbänder dazu beitragen, das Verhalten der Nutzer zu überprüfen. Der Computer könnte dann schon prophylaktisch bei ungesunden Lebensstilen eingreifen. Anders als in Nordeuropa, wo Patientenakten schon jetzt in der Cloud liegen, könnten in Deutschland Datenschutzbedenken die Entwicklung hemmen. „Bei technischen Neuerungen muss man auch das kollektive Gedächtnis berücksichtigen“, sagt **Christof Eichert, Vorstand der Herbert Quandt-Stiftung**: „Nicht alles technisch Mögliche wird auch von allen gewollt.“

**Per-Olof Egnell** sieht die wahren Hürden ebenfalls nicht in der technischen Begrenzung, sondern in der Herausforderung der Systemtransformation. **Undine Knarvik** und **Sabine Rößing** wissen von ihren Erfahrungen aus Norwegen und Sachsen, wovon Egnell spricht: „Manche Disziplinen, etwa Ärzte und IT-Fachleute, müssen sich erst daran gewöhnen, zusammenzuarbeiten. Das kann mit ein wenig gutem Willen aber gelöst werden.“

**Kontakt:** *Dr. Roland Löffler, Leiter Themenfeld „Bürger und Gesellschaft“*  
*roland.loeffler@herbert-quandt-stiftung.de*