

**Rede
von**

Dr. Thela Wernstedt, MdL

zu TOP Nr. 8

Abschließende Beratung

**Hausärztliche Versorgung flächendeckend in
Niedersachsen sicherstellen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/1401

während der Plenarsitzung vom 13.11.2018
im Niedersächsischen Landtag

Es gilt das gesprochene Wort.

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren!

Wir haben uns in diesem Parlament schon häufig mit dem Problem der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande beschäftigt. Ich weise zu Beginn meiner Rede noch einmal darauf hin, dass der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt und nicht bei der Landesregierung oder dem Parlament.

Gleichwohl treibt diese Fragestellung natürlich alle Fraktionen im Niedersächsischen Landtag um. Am Maßnahmenkatalog dieses Entschließungsantrages ist auch ersichtlich, dass es eine Fülle von Stellschrauben gibt, an denen gedreht werden kann, um die Zahl der auf dem Lande arbeitenden Hausärzte zu erhöhen. Einiges ist hier von meinen Vorrednerinnen und Vorrednern schon genannt worden. Die Gründe, aus denen junge Ärztinnen und Ärzte eher in der Stadt bleiben und eine andere Facharztausbildung wählen, sind vielfältig: fehlende Infrastruktur auf dem Lande wie Kindergärten und Schulen, ein Arbeitsplatz für den Partner bzw. die Partnerin, ein urbanes Lebensgefühl, das das Leben auf dem Lande langweilig erscheinen lässt, die geringe Wertigkeit der Allgemeinmedizin im Kanon der anderen medizinischen Fächer, lange Wegezeiten usw.

Ich möchte drei Aspekte aus dem Maßnahmenkatalog des Entschließungsantrages herausheben, die sich in diesen Monaten gerade neu- und mehr entwickeln. Der Deutsche Ärztetag - das ist schon kurz erwähnt worden - hat im Sommer 2018 beschlossen, das Fernbehandlungsverbot zu modifizieren. Es geht nicht um die Aufhebung, sondern um eine zeitgemäße Anpassung. Denn bisher galt die feste Regel, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin seinen bzw. ihren Patienten immer sehen und selbst untersuchen muss, um eine Diagnose zu stellen oder den Verlauf der Therapie zu überwachen. Die Idee der Fernbehandlung ist nicht komplett neu. Ich kann mich erinnern, dass ich während meiner Berufstätigkeit an der Medizinischen Hochschule einmal einen Raum gezeigt bekam, in dem in den 70er-Jahren Fernsehmedizin ausprobiert wurde. Allerdings hat sich das Modell damals nicht durchsetzen können.

Heute ist die Kommunikationstechnik um so vieles besser und auch anders geworden, dass vernetzte Diagnostik mit Fachärzten in anderen Krankenhäusern oder Praxen durchgeführt werden kann, bei der man sozusagen die Expertise im Lande zusammenführen und eine Verlaufsbeobachtung auch von Ferne gemacht werden kann. Hier aber müssen Fragen geklärt werden - daran arbeitet der Ärztetag -, wie: Wer kann welche Arbeiten an wen delegieren und wer kann wen substituieren? Geht das auch mit Blick auf medizinische Fachangestellte und die Krankenpflege, oder müssen Verlaufsbeobachtungen immer zwingend von Ärzten vorgenommen werden? Dabei muss geklärt werden, wer für welche Tätigkeit Verantwortung übernimmt, wer wie versicherungstechnisch abgesichert ist und wie die Entscheidungswege am Ende funktionieren sollen.

Wir werden das aufmerksam beobachten und zügig die für das Flächenland Niedersachsen wichtigen Schlussfolgerungen daraus ziehen. Dabei ist uns wichtig - die Kollegin Janssen-Kucz hat das schon erwähnt -, dass die Patientensicht miteinbezogen wird und nicht nur - wie das sonst so üblich ist - die der Profis, die ja immer auch eigene Berufs- und Strukturinteressen haben. Nicht die Profis allein sollen das Sagen haben, sondern die Patienten sollen mit einbezogen werden.

Ein besonderes Augenmerk müssen wir auch darauf legen - das ist der zweite Punkt -, wie Patientinnen und Patienten zu ihren Hausärzten gelangen können. Das Stichwort lautet „Mobilität“. Es darf nicht sein, wie in Mecklenburg-Vorpommern einmal in einer Studie festgestellt wurde, dass man nicht innerhalb von 24 Stunden zu einer Arztpraxis hin und wieder zurück nach Hause kommen kann, weil die Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln dies nicht zulässt.

Auch auf das Medizinstudium müssen wir schauen. Das ist der dritte Punkt, den ich herausheben wollte. Wer die Arbeit in einer Hausarztpraxis, die Hausbesuche, die enge Bindung an die Lebenswege der Patientinnen und Patienten über viele Jahre hinweg nicht kennt, der pflegt weiter seine Vorurteile über die Arbeit der Allgemeinmediziner, dass sie langweilig und irgendwie nicht sexy sei.

Wir müssen mehr Gelegenheiten schaffen, die Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte kennen- und schätzen zu lernen. Dazu kommt noch ein Phänomen, das ich zu Beginn meiner Rede kurz angerissen habe: Die Allgemeinmedizin hat ein eher schlechtes Standing im Fächerkanon der medizinischen Fakultäten. Das bekommen die Studierenden schnell mit und orientieren sich entsprechend anders mit ihren Interessen. Denn interessierte junge Leute gehen dorthin, wo mehr Geld in die Lehre fließt und wo Forschungsgelder generiert werden. Wer eher weniger vom großen Kuchen abbekommt, bekommt auch weniger Studierende.

Es braucht also auch Änderungen im Medizinstudium - auch das haben wir im Antrag angesprochen - wie eine Erhöhung des Praxisanteils auch schon zu Beginn des Studiums. Zu den vielen Maßnahmen, die noch konkreter ausgestaltet werden müssen, werden wir - das werden wir am Donnerstag beschließen - eine Enquetekommission einrichten, die im nächsten Jahr arbeiten wird. Denn hausärztliche Versorgung ist nicht ohne Pflege, ist nicht ohne Mobilität, ist nicht ohne Ausbildungsveränderung, ist nicht ohne Infrastruktur zu denken. Alles hängt mit allem zusammen, und wir brauchen differenzierte Maßnahmen. Und es braucht, wie ich im letzten Plenum, vielleicht zu früh am Morgen, schon gesagt habe, neue Ideen und das Herausgehen aus vorgegebenen Denkmustern.

Ich bitte um die Zustimmung zu diesem zwischen vier Fraktionen des Parlamentes geeinten Entschließungsantrag zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.