

16.04.2019 Politik

## Präsidentenwahl der BÄK: 6 Fragen – 6 Kandidaten (Frage 3)

*NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.*



Der Bedarf an medizinischer Behandlung wächst stärker als die von berufstätigen Ärzten mögliche Arbeitszeit. Wie stehen Sie vor diesem Hintergrund zum Thema Patientensteuerung?

**Reinhardt:** Neben der Tatsache, dass wir seit zwei Jahrzehnten definitiv zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausbilden – Stichwort: zunehmender Anteil von

Ärztinnen, Work-life-Balance, gerechtfertigter Anspruch auf geregelte Arbeitszeit – ist die unkoordinierte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens sicher ein zentrales Problem. Es gibt drei wesentliche Ursachen, die das immer knapper werdende Gut der ärztlichen Zeit in unsinniger Weise noch weiter einschränken:

- die fehlende Strukturierung der Inanspruchnahme
- schlecht gemachte Vergütungssysteme im ambulanten (Stichwort: Hamsterrad) und stationären Sektor (Stichwort: DRG-Fehlanreize)
- Bürokratie-Overengineering im Sinne der Mißtrauenskultur

Bei der Gestaltung von steuernden Elementen im Zugang zum Gesundheitswesen sind die üblichen Argumente wie soziale Unzumutbarkeit und die Gefahr der Verschleppung von ernsthaften Erkrankungen durch Nichtinanspruchnahme aus Angst vor ökonomischer Überforderung irrelevant. Es ist eine Frage der Phantasie und technischen Gestaltung sicherzustellen, dass medizinische Leistungen da ankommen, wo sie gebraucht werden und die Ressourcen-Verschwendung ein Ende hat.

**Lundershausen:** Für mich steht als erstes die Frage nach mehr Medizinstudienplätzen in Deutschland. Medizinische Versorgung wird zunehmend in Teilzeit und durch Frauen und Männer erbracht, die auch, berechtigterweise, ein Leben außerhalb des Arztberufes haben möchten. Hierfür bedarf es einer Erhöhung der Arztzahlen, wenn die zunehmend

älter werdende Bevölkerung auf gleichem Niveau versorgt werden soll. Wir brauchen außerdem die konstruktive Zusammenarbeit mit anderen nichtärztlichen Berufen und eine Entbürokratisierung unserer Tätigkeit.

**Gitter:** Es ist Aufgabe der gewählten Parlamente, hier eine wissenschaftlich basierte (und dabei kann die BÄK helfen) Leistungspriorisierung aufzubauen und dies wahrheitsgemäß den Bürger/innen (Wähler/innen) zu vermitteln, jedenfalls wenn wie bisher (und wie sinnvoll) Ressourcen nicht unbegrenzt verfügbar sein sollen. Beispiel haben wir schon, wie die Arzneimittelnutzenbewertung. Wer das nicht schafft, muss über eine sozialverträgliche Steuerung über Selbstbeteiligung nachdenken, aber für mich hätte die Priorisierung von Leistungen und die Fokussierung auf Leitliniengerechte Medizin Vorrang. Zudem muss das Verhältnis zwischen Grund- und Regelversorgung in Klinik und Praxis zur hochspezialisierten Medizin inklusive der Notfallversorgung immer wieder überprüft werden.

**Wenker:** Zunächst möchte ich an dieser Stelle meine unmissverständliche und langjährige Forderung nach einem effektiven Abbau von Bürokratie in unserem ärztlichen Alltag, sei es in der Praxis oder in der Klinik, wiederholen. Sofern wir spürbar von mindestens 30% Bürokratieaufwand täglich entlastet würden, könnten wir diese gewonnene Arbeitszeit wieder der Patientenversorgung zukommen lassen. Ausreichend ärztliche Arbeitszeit kann zudem nur von ausreichend gut aus-, weiter- und fortgebildeten Ärzten erbracht werden, hierfür benötigen wir bundesweit deutlich mehr Medizinstudienplätze!

Maßnahmen zur Patientensteuerung sind als weitere Maßnahme denkbar, z.B. in der sektorenübergreifenden Akut- und Notfallversorgung, damit das knapp gewordene Gut „Arztstunden“ vorrangig denen zugute kommt, die es wirklich benötigen.

**Quitterer:** Dabei ist zu hinterfragen, ob es sich wirklich um einen Bedarf handelt oder ob wir Bedürfnisse befriedigen. Angesichts von 1 Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr in Deutschland sehe diese Entwicklung nicht nur im Zusammenhang mit dem zugegeben steigenden Versorgungsbedarf der Menschen in unserem Land. Die Menschen müssen wieder lernen, das medizinisch Notwendige vom Wünschenswerten zu unterscheiden. Subsidiarität versus Solidarität. Wir Ärzte helfen dabei und werden uns gerne dieser Verantwortung bewusst. Wir und nicht die Politik definieren den Behandlungsbedarf. Aufgabe der Politik wäre es, dem Bürger auch die Grenzen der Leistungsfähigkeit eines solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems aufzuzeigen.

**Jonitz:** Um mehr Freiräume zu schaffen, müssen wir lernen, zu delegieren und unsere Rolle zunehmend als Teamchefs wahrnehmen. Sehr gute Beispiele zeigen, dass dies bspw. in der landärztlichen Versorgung hervorragend funktioniert. Wir müssen die Indikation unserer Maßnahmen hinterfragen und dafür sorgen, dass richtig indizierte Maßnahmen gut vergütet werden. „Mehr Arzt und weniger Medizin“ würde auch das Zeitbudget entlasten. Erst, wenn wir unser eigenes System besenrein haben, wird man auch die sogenannte Vollkasko-Mentalität stärker in Angriff nehmen können. Die Verantwortung für eine unangemessene Inanspruchnahme muss künftig stärker bei Versicherten und ihrer Krankenkasse liegen. Der Arzt kann nichts dafür, wenn der Patient unangemessen Leistungen in Anspruch nimmt. Die zentralen Probleme liegen aber woanders.

[Zum Übersichtsartikel](#)



*Quelle: NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Chausseestraße 119b, 10115 Berlin,  
<http://www.nav-virchowbund.de>, 16.04.2019*