

## Lockruf der Provinz

### Lette, Kreis Warendorf, 2.300 Einwohner

Als Siegfried Kipper im September 2010 seine Praxis schließt, gerät Lette in Not. Mehr als 20 Jahre lang hat der damals 69-Jährige die 2.300 Einwohner des Dorfes betreut, hat Tabletten, Pflaster und Trost verteilt. Nun haben sie zwar noch Metzger und Bäcker, Friseur und Blumenladen, aber keinen Arzt mehr. Lange hat Kipper einen Nachfolger gesucht – vergebens.

Das Dorf im südlichen Münsterland hat jungen Medizinern statt Freizeitattraktionen und lebendiger Kultur vor allem Ruhe zu bieten. Darum hat es die Gemeinde sogar schon mit Marketing versucht: Radio WAF aus dem nahen Warendorf rief zur Aktion "Retter für Letter" auf. Und auch die Bewohner machten beim Werben um einen Heilkundigen mit. Metzger Niko Ringhoff versprach zum Start eine Woche



lang warmes Essen und zur Praxiseröffnung ein leckeres Buffet. Floristin Gaby Altefrohne bot an, sich um die Ausschmückung von Empfang und Wartezimmer zu kümmern. Yvonne Junkerkalefeld von der Mühlenbäckerei wollte die Arztfamilie eine Woche lang mit Brot und Brötchen versorgen. Und Friseurin Maria Sowart stellte dem Neuankömmling einen kostenlosen Haarschnitt in Aussicht – damit er gleich einen guten Eindruck macht.

Den kleinen Orten, den entlegenen Landstrichen hinter dem Deich und anderswo, weit entfernt von den Metropolen, gehen die Ärzte aus. Von verwaisten Praxen ist die Rede, von langen Fahrten bis zum nächstgelegenen Ärztezentrum. Und es soll noch schlimmer kommen. Ein Viertel aller niedergelassenen Ärzte plant, in den kommenden fünf Jahren die Praxis aufzugeben – die meisten, weil sie in Rente gehen. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen werden in 15 Jahren bundesweit 30.000 Hausärzte fehlen. Vor einem "dramatischen Ärztemangel" warnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der trifft vor allem ländliche Gegenden so hart, dass sich die Bürger existenziell bedroht fühlen.

Denn es fehlt auch an Nachwuchs. Die jungen Ärzte – unter ihnen mehr Frauen denn je – legen Wert auf Sicherheit, geregelte Arbeitszeiten und das anregende Lebensumfeld der Stadt. Die ländlichen Kommunen sind alarmiert, die Bundespolitik reagiert mit einem Versorgungsstärkungsgesetz, das seit Ende Juli gilt. Doch wie lockt man den Nachwuchs aufs Land?

Fünf Jahre nach der Charmeoffensive in Lette muss Anne Nordhus die Niederlage eingestehen: "So wie wir damals gesucht haben, das kann man vergessen." Nordhus hat viele Jahre die Letter Dorfschule geleitet, heute engagiert sich die pensionierte Lehrerin in der Lokalpolitik.

Gemeinsam mit Gabi Becker hat sie für das Dorfentwicklungskonzept Lette 2020 das Kapitel über die künftige medizinische Versorgung geschrieben. Von dem Plan, einen Arzt mit Naturspenden zur Niederlassung in Lette zu überreden, haben sich die Autorinnen schnell verabschiedet. Lebensqualität ist für junge Ärzte anders definiert. Im neuen Konzept stehen Begriffe wie Gemeinschaftspraxis, Ärztehaus, Filialpraxis, Team-Sharing. Die Idee: Wenn einer allein den Job nicht will, wollen ihn sich vielleicht mehrere teilen. Wenn eine Ärztin ihre Existenz nicht nur auf den Krankenstand von Lette gründen will, vielleicht pendelt sie zwischen mehreren Standorten?

Wohlfühlangebote waren in Lette die erste, naive Antwort auf die veränderte Situation. Jetzt dämmert Bürgermeistern und Landräten, dass ein Arzt ein extrem wichtiger Standortfaktor ist. Kommunen reagieren immer professioneller auf den unheimlichen Medizinerschwund. "Entscheidend bei allen Modellen ist: Wir als Gemeinde müssen die Praxisräume stellen", sagt der CDU-Politiker Thomas Populoh, Vorsitzender des Bezirksausschusses Lette. Das ist in der Kommunalpolitik nicht leicht durchzusetzen. Denn aus der Perspektive des zuständigen Stadtrats betrachtet, ist Lette nur ein kleiner Stadtteil von Oelde. Und das vier Kilometer entfernte Oelde leidet selbst unter Ärztemangel. Um die Mediziner ist vielerorts ein regelrechter Wettstreit entbrannt. Anne Nordhus denkt deshalb über ein Modell nach, das auch private Investoren interessieren könnte, wenn die Kommunalpolitik grünes Licht gibt: ein Haus für Lette, eines, das viele Seniorenwohnungen bietet, ein Bürgerbüro, einen Handwerkerservice – und Praxisräume.

Auch die Bundesländer konkurrieren untereinander um die rare Ressource Arzt. Der simpelste Anreiz ist Geld. Thüringen schießt bis zu 20.000 Euro zu, wenn ein Arzt sich in bestimmten Gegenden niederlässt und dort wenigstens fünf Jahre lang bleibt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in Niedersachsen, Brandenburg und der Region Nordrhein loben bis zu 50.000 Euro für Mediziner aus, die aufs Land gehen. Und die KV Bayern bietet aus einem Strukturfonds 60.000 Euro Starthilfe. Doch eine Anschubfinanzierung allein hilft nicht. In Niedersachsen nahmen bisher nur zehn Ärzte den Zuschuss aus dem Niedersachsenfonds an. Nach wie vor sind 300 Hausarztstühle unbesetzt.

Das EU-Projekt Recruit & Retain für die ärztliche Versorgung im entlegenen Norden Europas stellte fest, dass die Ärzte und ihre Familien sich vor allem isoliert und von ihren gewohnten akademischen Zirkeln abgeschnitten fühlen. Ein günstiges soziales Umfeld wirkt nachhaltiger als Geldanreize. "Die Gemeinden müssen unbedingt ihre einzigartigen Vorzüge herausstellen", sagt Projektmanagerin Deanne Gilbert, "sozusagen ihren *unique selling point*." Darauf sind auch deutsche Funktionäre inzwischen gekommen. Auf der Webseite der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein können sich Gemeinden seit Neuestem mit einem "Gemeinde-Steckbrief" anpreisen. Wiehl im Oberbergkreis wirbt dort nicht nur mit ausreichend Kitaplätzen, sondern auch mit einem Schauspielstudio und "Damenbekleidungsgeschäften (von Dessous bis zur Abendmode)".

### **Büsum, Kreis Dithmarschen, 4.800 Einwohner**

Gut 400 Kilometer nördlich von Lette ist man bereits einen entscheidenden Schritt weiter: Zum ersten Mal stellt in Deutschland eine Kommune Ärzte an. Büsum am späten Vormittag: Der Himmel über dem Deich ist verhangen. Senioren pflügen langsam, aber unverdrossen mit ihren Rollatoren durch die Fußgängerzone. Nur ein einziger Kinderwagen ist zu sehen, und damit ist das erste Problem in Büsum schon umrissen: Mehr als die Hälfte der Einwohner in dem Kurort an der schleswig-holsteinischen Nordseeküste ist älter als 60 Jahre. Ältere Menschen müssen häufiger zum Arzt, und hier liegt das zweite Problem: Auch die Hausärzte in Büsum werden alt, der Schnitt liegt bei 63 Jahren. Von den fünf, die noch übrig sind, werden in den nächsten Jahren drei in Rente gehen. Nur einer von ihnen, Arno Lindemann, konnte bisher

einen Nachfolger finden – seinen Sohn, der gerade die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner absolviert. Fachärzte für Kassenpatienten gibt es schon jetzt keine mehr. Für einen Besuch beim Gynäkologen oder Internisten fahren die Büsumer 20 Kilometer weit in die Kreisstadt Heide. Wenn die Gemeinde nichts unternimmt, gibt es für die rund 8.000 Einwohner in Büsum und Umland bald auch nur noch drei Hausärzte.

Das, sagt der Bürgermeister Hans-Jürgen Lütje, sei einfach zu wenig. Erst recht im Sommer, wenn mehr als 20.000 Übernachtungs- und Tagesgäste dazukommen. Deshalb hat der Gemeinderat beschlossen, die Sache selbst in die Hand zu nehmen: Im Frühjahr 2016 wollen die Büsumer das erste kommunale Ärztezentrum Deutschlands eröffnen. Möglich ist dies, seit das Versorgungsstrukturgesetz Kommunen erlaubt, in begründeten Ausnahmefällen selbst eine Praxis zu betreiben. Die Gemeinde wird ein Haus kaufen, in dem sich bereits jetzt mehrere Arztpraxen befinden, und darin eine moderne Gemeinschaftspraxis einrichten. Eine eigens gegründete Betreibergesellschaft soll das Tagesgeschäft regeln und den Ärzten so viel Bürokratie wie möglich abnehmen. Vor allem aber erwirbt die Gemeinde die Lizenzen, die sogenannten Sitze, der Kassenärztlichen Vereinigung, die zum Praktizieren notwendig sind. Das bedeutet: In der Büsumer Gemeindepraxis werden alle Hausärzte künftig angestellt sein, statt wie üblich als selbstständige Unternehmer zu arbeiten.

Harald Stender, 63 Jahre alt, ist der "Kordinator ambulante Versorgung" im Kreis Dithmarschen, zu dem auch Büsum gehört. Seine Aufgabe ist es, die Dithmarscher Gemeinden vor dem Ärztemangel zu bewahren. "Als junge Ärztin oder als junger Arzt eine Praxis auf dem Land zu übernehmen war bisher eine Lebensentscheidung", sagt Stender. "Sie müssen sich verschulden. Sie können die Praxis nicht einfach nach zwei Jahren wieder verkaufen, falls Sie merken, dass das Leben auf dem Land doch nichts für Sie ist." Ein großer Schritt für junge Mediziner. Und das mit der Aussicht auf ein Dasein als Einzelkämpfer, mit einer 60-Stunden-Woche, Hausbesuchen, Ärger mit der Abrechnung. Jüngere Mediziner, das zeigen Umfragen, sind heute lieber angestellt – auch wenn sie sich niederlassen. 1993 waren lediglich 5.400 Ärzte im ambulanten Bereich angestellt, 2014 sind es 26.000. Der Arzt wird vom Halbrott zum Arbeitnehmer.

Die Ansprüche an den Arztberuf haben sich gewandelt, insbesondere die der jungen Medizinerinnen. Und weil Frauen schon jetzt mehr als die Hälfte der Medizinstudenten stellen, müsse man eben pragmatisch sein und sich an ihren veränderten Vorstellungen orientieren, sagt Stender. In einer Onlinebefragung des Hartmannbundes klagten im vergangenen Jahr 70 Prozent der schwangeren Ärztinnen an Krankenhäusern, dass sie es vor lauter Arbeit nicht schaffen, die Pausenzeiten einzuhalten.

Im neuen Ärztezentrum in Büsum indes können die jungen Allgemeinmediziner mit geregelten Arbeitszeiten rechnen. Fällt der Berufsstart mit der Familiengründung zusammen, kann man problemlos auch in Teilzeit einsteigen. Statt als Einzelkämpfer sollen die angestellten Ärzte im Team arbeiten, sodass notfalls ein Kollege einspringen kann, falls mal ein Kind krank wird. Um die ärztliche Versorgung auf dem Land sicherzustellen, davon ist Harald Stender überzeugt, müsse man nicht nur Geld investieren, sondern auch offen sein für neue Arbeitsmodelle.

Das Büsumer Projekt jedenfalls könnte Schule machen: Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein stellt Fördergelder bereit, und zwei andere Gemeinden in Dithmarschen überlegen bereits, ebenfalls kommunale Hausarztzentren einzurichten. Büsums Bürgermeister Lütje ist vom Charme seiner Gegend überzeugt. "Von den Zugezogenen, die erst mal hier sind, bleibt sowieso mindestens die Hälfte da", sagt er selbstbewusst. Nebenbei ermöglicht das Modell den "alten" Büsumer Ärzten einen sanften Ausstieg: Vier der fünf Hausärzte lassen sich, bei gleichbleibendem Verdienst, im neuen Zentrum anstellen. Statt von heute auf morgen ihre Praxis abzugeben, könnten sie nun auch im Rentenalter noch ein, zwei Tage pro Woche arbeiten, wenn sie denn wollen.

Für Ole Lorenzen ist das ein großer Vorteil. Der 33-Jährige wird im März 2016 als erster Nachwuchsmediziner in der Gemeinschaftspraxis anfangen. "Die Büsumer Ärzte haben die Geschichte ihrer Patienten über Jahrzehnte miterlebt", sagt er. "Ist doch toll, wenn sie diesen Erfahrungsschatz mit mir teilen, bevor sie irgendwann endgültig in Rente gehen. Im Praxisalltag können Winzigkeiten entscheidend sein. Zum Beispiel der Hinweis: Dieser Patient kommt erst, wenn es gar nicht mehr anders geht, wahrscheinlich hat er was Ernstes."

Lorenzen stammt aus dem Kreis Dithmarschen, er weiß also, worauf er sich einlässt. Nach dem Medizinstudium in Kiel wollte er zunächst unbedingt in einer Großstadt leben, trat eine Assistenzarztstelle als Chirurg in Hamburg an. Nach zwei Jahren merkte er, wie die häufigen Nacht- und Wochenenddienste ihn ermüdeten, dass ihm der kurze Patientenkontakt während der Visite nicht ausreichte. Als die Familienplanung anstand, wurde ihm klar, dass er seine Kinder nicht in der Stadt großziehen wollte. Lorenzen wechselte zur Allgemeinmedizin, um Landarzt zu werden. Von Harald Stender ließ er sich schnell überzeugen, den obligatorischen Krankenhausabschnitt der Ausbildung zum Allgemeinarzt im Westküstenklinikum in Heide zu absolvieren und danach in die Kommunalpraxis nach Büsum zu wechseln.

Ole Lorenzen ist ein Beispiel dafür, dass die Herkunft der Studenten die spätere Ortswahl beeinflusst. Allerdings nur, wenn noch Verbindungen in die alte Heimat bestehen. Sind die angehenden Ärzte erst einmal für ihr Studium in die Stadt gezogen, sind andere Kräfte prägend. Wer eine Weile in der pulsierenden Stadt gelebt und sein soziales Umfeld dort hat, vergisst oft auch den Charme der Heimatregion. Eine Lösung ist, die Ärzte gleich in dem ländlichen Umfeld auszubilden, in dem sie später gebraucht werden. Kanada gründete zum Beispiel im ärztlich unterversorgten Nord-Ontario die Northern Ontario School of Medicine. Mit Erfolg: 2014 wählten rund 40 Prozent der Abgänger die Fachdisziplin Familienarzt, der höchste Prozentsatz in 20 Jahren. In Deutschland versucht jetzt das Land Brandenburg mit einer Art medizinischen Landuniversität die Jungmediziner für das Leben auf dem Land zu begeistern.

Die Unruhe wächst, der Hausarztschwund ist ein Politikum. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin trommelt für den Hausarznachwuchs. Niedergelassene Ärzte kooperieren mit Universitäten und laden zum Praktikum ein. Gleich mit zwei großen Gesetzen in nur zwei Jahren Abstand lockerte die Politik die einst strikten Regularien für die Niederlassung deutlich und erhöhte den Druck auf die Selbstverwaltung der Ärzteschaft. Heute sind Zweigstellen von Praxen möglich, der Arzt muss nicht mehr am Praxisort wohnen, und einst verpönte Teilzeitregelungen erfreuen sich wachsender Beliebtheit.

Das alles zeigt erste positive Effekte – aber es wird nicht reichen. "Viele unserer Studenten wollen geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitstellen", sagt Nils Schneider, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, "deshalb denken wir, dass wir für zwei ausscheidende Hausärzte eher drei neue brauchen". Jedes Jahr gehen aber nur rund 1.000 Ärzte in die Allgemeinmedizin, das Stammfach der Hausärzte. Der Arzt des Vertrauens, mit dem man zusammen alt wird, hat auch auf dem Land bald Seltenheitswert. Patienten werden sich daran gewöhnen müssen, dass ihr Arzt häufiger wechselt.

Doch welche Hausarzt-Dichte ist wirklich angemessen? Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ist die Vorgabe ein Hausarzt auf 1.671 Einwohner. Auf dieser Basis stellte das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen im *Ärzteatlas 2015* einen deutschlandweiten Versorgungsgrad von genau 110,4 Prozent fest und konstatierte deshalb eine Hausärzte-Überversorgung. Eine "absurde Behauptung", fand der Hausärzteverband. Doch wer hat recht? "Formal gesehen, gibt es bislang in einigen wenigen Regionen eine Unterversorgung, aber nicht flächendeckend", sagt Nils Schneider.

Die Statistik jedenfalls spiegelt nicht den tatsächlichen Bedarf wider. Wie dringend eine Region Ärzte braucht, hängt zum Beispiel davon ab, wie viele alte Menschen dort leben, wie hoch die Arbeitslosigkeit ist oder wie gut die Verkehrsanbindung zum nächstgrößeren Ort. Seit 2013 sieht der GBA deshalb vor, dass die zuständigen Zulassungsausschüsse das zunehmende Alter der Bevölkerung, den Krankheitszustand der Einwohner und andere Faktoren bei der Bedarfsplanung berücksichtigen. Weitere Verfeinerungen arbeitet der GBA gerade aus. Wie viel hausärztliche Betreuung oder Pflege aber ein 70-jähriger Mann mit Bluthochdruck und Diabetes für seine Gesundheit wirklich braucht, ist nach wie vor unklar. "Diese Zahlen haben wir nicht", sagt der Allgemeinmediziner und Versorgungsforscher Schneider.

So bleibt viel Spielraum für eine gefühlte Unterversorgung. Besonders dann, wenn sich die gewohnten Verhältnisse in einem Ort plötzlich ändern. Gibt ein Arzt am Rande eines Planungsbereiches seine Praxis auf und ein junger Arzt eröffnet an anderer Stelle eine neue Praxis, ändert sich numerisch nichts, aber für manche Bürger alles. "Empfundene soziale Ebene" nennt Schneider diese Dimension. "Ich kriege im Monat mehrere Anrufe von Hausärzten", sagt Nils Schneider, "die keinen Nachfolger mehr finden." Dann verlieren Patienten ihren vertrauten Doktor, und der Hausarzt, der keinen Nachfolger einarbeiten kann, büßt einen Teil seiner Altersversorgung ein. Katastrophenstimmung macht sich breit. Ist das Land deshalb medizinisches Notstandsgebiet?

Vor zwei Jahren startete das Land Niedersachsen das Projekt *Rollende Arztpraxis*. Mediziner im Ruhestand zogen im umgebauten Wohnmobil in ärztlich unterversorgten Gebieten von Ort zu Ort und behandelten Patienten in Schützenhallen oder Gemeinschaftshäusern. Doch das medizinische Einsatzkommando war nicht ausgelastet, das Projekt wurde eingestellt. So groß war die Not in den Gebieten offenbar doch nicht.

"Zurzeit betrachten wir das Gesundheitswesen zu sehr aus der Perspektive eines Reparaturbetriebes", sagt Volker Amelung, der in Hannover internationale Gesundheitssysteme erforscht. Darin agiere der Arzt als Mechaniker für angegriffene Organe. "Diese Perspektive ist völlig ungeeignet für ländliche Regionen", sagt Amelung. "Dort muss ich mir Gedanken machen, was ich eigentlich als Grundinfrastruktur brauche, damit die Lebensqualität mit der in anderen Regionen vergleichbar ist." Aus dieser Perspektive wird der Gemeindetreffpunkt Wartezimmer zum Auslaufmodell. Für das Nötigste genügt an manchen Orten auch ein Fahrdienst in das 30 Kilometer entfernte Ärztezentrum, wobei Hausbesuche bei nicht mobilen Patienten gewährleistet sein müssen. Anstelle eines Mediziners könnten Pflegekräfte manche Arbeit übernehmen. "Die stärkere Einbindung anderer Berufsgruppen und Teamstrukturen halte ich für zukunftsweisend", sagt Nils Schneider. "Sozialarbeiter können uns Ärzten manche Aufgaben abnehmen und diese auch kompetenter erledigen."

### **Gartow, Landkreis Lüchow-Dannenberg, 1.380 Einwohner**

Jan Geldmacher wird in diesem Jahr 70, seit vier Jahren bezieht er Rente – aber zur Ruhe gesetzt hat sich der Internist und Hausarzt deswegen nicht. Im ehemaligen Zonenrandgebiet, sieben Kilometer östlich von Gorleben, hat er im Flecken Gartow mit 66 Jahren eine neue Praxis eröffnet. Fahrradfahrer lieben die bevölkerungsarme Gegend wegen der gut ausgebauten Wege, der weitläufigen Landschaft und der geringen Verkehrsdichte. Die 5.000 Einwohner der Samtgemeinde Gartow fürchten eine fortschreitende Entvölkerung, weil in dem Idyll jahrelang ein niedergelassener Arzt fehlte. Einer war nach England ausgewandert, sein Nachfolger fiel plötzlich tot um, und ein amts müder Doktor behandelte nur noch Privatpatienten.

Zwei Jahre lang fahndeten die Gartower nach Ersatz. Geldmacher hatte von der verzweifelten Suche gelesen und war neugierig in den hohen Norden aufgebrochen. Der Bürgermeister bot

ihm 50.000 Euro Unterstützung, Geldmacher lehnte ab. "Wenn es sich lohnt, brauche ich sie nicht", sagte er, "wenn es sich nicht lohnt, dann retten sie es nicht."

Jan Geldmacher hat den Wandel des Hausarztberufes aus sehr unterschiedlichen Perspektiven miterlebt. Vor seinem späten Neustart praktizierte er in einer Kleinstadt im Südwesten Deutschlands, und er saß 13 Jahre lang als Funktionär im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden und Baden-Württemberg.

Jetzt ist die Praxis in der alten Post von Gartow sein Domizil. In gewisser Weise kann Geldmacher nachvollziehen, warum die jungen Leute lieber in der Stadt angestellt sein wollen. Der Landarzt alter Schule trägt allein große Verantwortung, er ist Unternehmer mit wenigen unternehmerischen Freiheiten. Verordnet der Doktor angeblich zu viele Medikamente, drohen Regressforderungen von der Krankenkasse. "Ein junger Arzt, der so einen Brief kriegt, schmeißt alles hin und läuft zurück ins Krankenhaus", sagt Geldmacher. Er selbst, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung für solche Fälle zuständig war, sollte wenige Monate nach Eröffnung seiner Praxis in Gartow 16.000 Euro zurückzahlen. "Ich bin ein altes Schlachtröss", sagt er, "mich juckt das nicht weiter." Geldmacher schmetterte den Regress ab.

In dem Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance sieht der Landarzt indes mehr als ein Symptom der Entfremdung. In den Krankenhäusern herrsche Bürokratie statt Medizin, und in den Städten sei die Anspruchshaltung vieler Patienten hoch. "Ich bin nachts um drei Uhr von der Schwester einer 14-jährigen Patientin gerufen worden, die über kalte Füße klagte", sagt er. "Hier käme keiner auf den Gedanken, mich dafür zu wecken." Das wahre Lockmittel ist für ihn weder Sicherheit noch Geld, sondern echte Wertschätzung. "Den Leuten tue ich leid, weil ich viel zu tun habe", sagt Geldmacher. "Sie überlegen sich deshalb zweimal, ob sie kommen sollen." Tag und Nacht ist der Arzt über Handy erreichbar. Der Einzugsbereich seiner Praxis hat 60 Kilometer Durchmesser, aber meistens kann er durchschlafen. Es ist sogar so ruhig, dass er in seiner Praxis gut noch ein paar Patienten mehr versorgen könnte.

Fünf Jahre lang möchte Geldmacher seine Praxis mindestens noch führen. Er hat noch eine Wohnung in Berlin. Will er zurück in die Stadt? "Nein, um Gottes Willen", sagt er, "wir haben Hunde, die werden in Berlin verrückt." Und wohin geht er dann, wenn er mal krank werden sollte? Geldmacher handelt nach dem Prinzip "weniger Arzt ist mehr". "Ich brauche keinen", sagt der Landarzt, "Blutdruck messen kann ich selber."

*Unter Mitarbeit von Josephina Maier und Andreas Sentker*