

# Nachfolge bei den Freien Berufen auf dem Land

## Ärztliche Versorgung sichern



*Interview mit  
Dr. Stefan Schröter,  
Vorsitzender des  
Hartmannbunds Nordrhein*

**Verband Freier Berufe NRW: Die Bundesregierung spricht von 4 600 Arztpraxen zu wenig in Deutschland. Wie sieht das Problem in NRW aus?**

**Dr. Stefan Schröter:** Im Zuge des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen und noch von der schwarz-gelben Bundesregierung geschaffenen Versorgungsstrukturgesetzes und der dadurch eingeführten kleinräumigeren Bedarfsplanung sind bundesweit und so auch im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Nordrhein und Westfalen-Lippe etliche Hausarztsitze und auch einige Facharztsitze *neu* geschaffen worden, und zwar ganz überwiegend im so genannten ländlichen Raum.

Summiert man die derzeitigen Vakanzen in den beiden KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe, so kommt man auf derzeit circa 150 unbesetzte Hausarztsitze und circa 90 unbesetzte Facharztsitze einschließlich der ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.

Nun darf man sich aber nicht vorstellen, dass die vollständige Besetzung dieser aus der Bedarfsplanung resultierenden Vakanzen etwa zu nur wenig belegten Wartezimmern führen würde, da die Bedarfsplanung aufgrund der Begrenztheit der Ressourcen im System systematisch tendenziell von einem Knapphalten der verfügbaren Vertragsarztsitze ausgeht. Jeder tatsächlich besetzte Vertragsarztsitz fordert – bei Erbringung der entsprechenden Leistungen – Honorarmittel aus dem System ab. Letztlich steht über allem die Kardinalfrage, wie viel eine Gesellschaft bereit ist, in einem solidarisch finanzierten System für Gesundheit auszugeben. Für eine ergebnisoffene und öffentliche Diskussion über eine Priorisierung des Mitteleinsatzes, die auch immer die Kehrseite beinhalten würde, für bestimmte Behandlungen bei Vorhandensein bestimmter individueller „Fallkonstellationen“ die Mittelbereitstellung aus dem Solidarsystem zu versagen, fehlen derzeit in Deutschland die politischen Mehrheiten.

Noch bedeutsamer als der beschriebene Ist-Zustand ist aber die kurz- bis mittelfristige Prognose: Circa ein Viertel aller vertragsärztlich-niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und circa ein Drittel aller Hausärztinnen und Hausärzte sind älter als 60 Jahre und werden folglich schon innerhalb der nächsten fünf Jahre in den Altersruhestand gehen. In der Lebensdekade vom 50. bis zum 59. Lebensjahr befinden sich circa 40 Prozent aller niedergelassenen Fachärzte und ebenfalls circa 40 Prozent aller Hausärzte. Diese Zahlen machen deutlich, welches ungeheures Problem da auf unsere Gesellschaft zukommt. Bis zum Jahr 2030 werden circa 80 Prozent der heute praktizierenden Haus- und Fachärzte in den Altersruhestand gehen. Daran ändert auch die Aufhebung der früher

geltenden Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragsärzte nichts.

**Die Bundesregierung spricht von Ärztemangel? Ist das richtig oder nur Panikmache?**

Wie die bereits genannten Zahlen belegen, handelt es sich beim Ärztemangel weder um ein hohles Schlagwort noch um Panikmache, sondern um eine jetzt schon zu verzeichnende Realität, die sich allerdings innerhalb der nächsten zehn Jahre erheblich verschärfen wird – bis hin zur tatsächlichen Gefährdung einer einem hochentwickelten Industriestaat im Herzen Europas angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Neben der Unbesetzbarkeit vieler ausgewiesener bereits offener sowie frei werdender Vertragsarztsitze im ambulanten Bereich haben viele Krankenhäuser große Probleme, ihre Assistenzarzt- und auch Oberarztstellen zu besetzen. Man schätzt, dass in Deutschland circa 10 000 bis 12 000 Arztstellen im Krankenhaus unbesetzt und unbesetzbar sind – mangels qualifizierter Interessenten. In NRW geht man von mindestens 1 500 freien Stellen im Krankenhausbereich aus. Auch hier stellt sich das Problem in kleineren Krankenhäusern im ländlichen Raum noch deutlich gravierender dar als etwa in den Großstädten und in Krankenhäusern der Maximalversorgung wie etwa in den Universitätskliniken.

Jeder muss wissen: Aus einer unbesetzten Assistenzarztstelle kann natürlich nie und nimmer ein Facharzt hervorgehen, der sich später eben auch niederlassen könnte. Die Fortschreibung des Problems ist also schon präformiert.

**Man spricht von einer Ökonomisierung der Medizin. Gerade jedoch auf dem Land oder in strukturschwachen Regionen ist der Anteil an Privatpatienten entsprechend gering. Wie kann man die Ärzteversorgung in diesen Regionen sichern und gleichzeitig auch finanzielle Anreize schaffen?**

Die Ökonomisierung ist als Begrifflichkeit im berufspolitischen Diskurs etwas anders besetzt und meint die Gefährdung freier ärztlicher Entscheidung durch betriebs- oder volkswirtschaftliche Erwägungen oder gar Einflussnahme Dritter oder persönliches Gewinnstreben.

Davon, dass der Privatpatientenanteil an der Gesamtbevölkerung in strukturschwachen oder „richtig“ ländlichen Regionen unterdurchschnittlich wäre, bin ich – ehrlich gesagt – nicht überzeugt. Auf dem Land geht es meistens doch recht proper zu! Im großstädtischen Raum gibt es diesbezüglich nach meiner Wahrnehmung deutliche größere Unterschiede – in Abhängigkeit von den einzelnen Wohnquartieren, und zwar sogar in ein und derselben Stadt! Die so genannten „sozialen Brennpunkte“ gibt es doch in den Großstädten – und gerade nicht auf dem Land!

Sofern die Prävalenz persönlicher Neigungen und Interessen, lieber auf dem Land zu leben – und zu arbeiten, was ja durchaus auch viele Vorteile bietet, denn das Großstadtleben hat bekanntlich nicht nur schöne Seiten, nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken, und genau das ist ja für jedermann sichtbar, eignet sich meines Erachtens nur ein Portfolio aus robusten finanziellen und organisatorischen Anreizen, mehr Ärztinnen und Ärzte dazu zu bewegen, sich in der Peripherie niederzulassen. In beiderlei Hinsicht sind aus meiner Sicht in erster Linie die Regionen und Kommunen selbst gefordert, etwa in Form der Bereitstellung von Investitionskostenzuschüssen, Schaffung und Bereitstellung geeigneter Praxis- und Wohnräumlichkeiten, deren Sogwirkung naturgemäß umso größer sein wird, desto überzeugend besser sie beispielsweise im Vergleich zu den wohl eher von Verknappung gekennzeichneten Angeboten im großstädtischen Raum sind.

Dazu zählen aber auch die keineswegs banalen tagtäglichen Herausforderungen etwa hinsichtlich der Sicherstellung einer hochwertigen und verlässlichen Kinderbetreuung oder der Bereitstellung von Parkplätzen vor der Praxis usw. uf.

Die ärztliche Selbstverwaltung tut vielerorts schon einiges! Zur Wahrhaftigkeit gehört aber auch Folgendes: Der Sicherstellungsauftrag in Hinblick auf die ambulant-vertragsärztliche Versorgung liegt richtigerweise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Es wäre jedoch sachinhaltlich und ordnungspolitisch kaum nachvollziehbar, wenn die „Community“ der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in eine Art Haftung – auch ökonomisch! – genommen würde dafür, dass es immer weniger von ihnen gibt, wobei gleichzeitig die Anforderungen an das System, also die Nachfrage nach ihren medizinisch-ärztlichen Leistungen, immer weiter ansteigt. Es ist übrigens schon ein ziemlich einzigartiges Paradoxon, dass bei steigender Nachfrage der Preis einer Ware beziehungsweise (Dienst-)Leistung tendenziell sinkt, zum Beispiel in Form von leider sehr konkreten so genannten Abstufungen in der vertragsärztlichen Honorierung bei entsprechender Mengenausweitung, die doch aber – und zwar gerade unter den Bedingungen einer Angebotsverknappung zum Beispiel im ländlichen Raum – nachgefragt wird.

Einen Teil der unternehmerischen Risiken kann den jungen niederlassungswilligen Kolleginnen und Kollegen etwa durch eine Mindestumsatzgarantie abgenommen werden; allerdings muss jedem klar sein, dass hierdurch letztlich die Gemeinschaft Anderer für diese Risiken haftet.

Um eine ärztliche Niederlassung zu fördern, finden sich mittlerweile im Instrumentenkasten verschiedene „Werkzeuge“, die teilweise erst durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen – etwa in Form des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes oder des seit 1. Januar 2007 geltenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und des schon seit 2004 geltenden GKV-Modernisierungsgesetzes – möglich wurden.

Die genannten gesetzlichen Neuregelungen haben auch zum Ziel, die in der Berufsausübung des einzelnen Arztes bislang formalrechtlichen und organisatorischen Barrieren zwischen den Versorgungssektoren, also ambulante Tätigkeit einerseits, stationäre Tätigkeit andererseits, aufzubrechen: Als Krankenhausarzt darf man sich nunmehr – zumindest in Teilzeit, etwa in Form des Jobsharings – auch vertragsärztlich niederlassen – und umgekehrt! Ich kann übrigens bislang nicht so recht nachvollziehen, dass von diesen neuen Möglichkeiten bislang kaum Gebrauch gemacht wird. Das würde nämlich sowohl die Versorgung der Bevölkerung verbessern helfen als auch zu ganz interessanten Effekten im persönlichen Gesamteinkommen des einzelnen Arztes führen.

Die mit dem bereits erwähnten Versorgungsstrukturgesetz neu geschaffene Möglichkeit der so genannten „spezialfachärztlichen Versorgung“, an der sich sowohl niedergelassene Vertragsärzte als auch Krankenhäuser beteiligen dürfen, muss erst noch mit Leben erfüllt werden, so dass deren Effekte noch nicht beurteilt werden können.

Darüber hinaus gibt es eine Diskussion über die so genannte *Delegation* oder gar *Substitution* ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliche Berufsgruppen. Hier gilt es meines Erachtens, Augenmaß zu bewahren! Es stellen sich in diesem Zusammenhang sehr viele und noch nicht zu Ende gedachte unter anderem heilberufsrechtliche, forensische, organisatorische, wirtschaftliche und auch psychologische Fragen.

*Delegation* und *Substitution* sind übrigens im Vergleich zwischen der vertragsärztlich-ambulanten Tätigkeit in den Praxen einerseits und der stationären Krankenhausversorgung andererseits zwei sachinhaltlich, sozialrechtlich, arbeitsrechtlich und forensisch vollkommen verschiedene Themen, was in der Diskussion nicht immer beachtet wird.

Zu den schon erwähnten Instrumenten gehören darüber hinaus die Aufhebung der so genannten Residenzpflicht, wodurch es einem Vertragsarzt ausdrücklich erlaubt ist, etwa in der Großstadt zu wohnen und zur Arbeit aufs Land zu fahren, sowie die mittlerweile man-

nigfaltigen Möglichkeiten und Rechtsformen, Berufsausübungsgemeinschaften – auch überörtliche – sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nunmehr auch mit nur einer Fachrichtung, sowie fachärztliche Anstellungsverhältnisse im vertragsärztlichen Bereich zu schaffen.

Fakt ist freilich Folgendes: Durch all diese Maßnahmen werden keine neuen Ärzte „gebacken“, sondern die vorhandenen nur anders – vermeintlich nutzbringender – verteilt.

Sofern man einen gewissen Attraktivitätsverlust des Arztberufs in Deutschland diagnostiziert, so liegt dies meines Erachtens in erster Linie an der nicht sachgerechten Einflussnahme Dritter auf die Art und Weise, wie dieser – nach wie vor schönste! – Beruf auszuüben sei.

Ein nicht zu vernachlässigender Teil überbordender Bürokratie mit zum Teil als überzogen empfundenen Dokumentationspflichten geht allerdings wohl auch von der Selbstverwaltung aus organisierter Vertragsärzteschaft und Gesetzlichen Krankenkassen aus. Die Abrechnungssystematiken, die mühsam erlernt und für die teure Hard- und Software anzuschaffen sind, haben immer kürzere Verfallsdaten, die Zulassungsprozeduren in Hinblick auf die vertragsärztliche Tätigkeit selbst wie auch in Bezug auf die Genehmigung so genannter qualitätsgesicherter Leistungen könnten durchaus transparenter, nachvollziehbarer und einfacher sein. Mit Bergen von Papier und unendlichen Zahlenreihen möchte man sich als am Patienten tätiger Arzt eigentlich nicht gern beschäftigen, ansonsten wäre man ja Kaufmann oder Unternehmensberater geworden! Das eigentlich zugkräftigste Argument für eine eigene Niederlassung, nämlich die Verwirklichung eigener Autonomie, die selbstverständlich nie gänzlich ungeregelt sein darf und sein kann, stößt hier meines Erachtens auf zu eng gesetzte Grenzen. Das offenkundig überregulierte System ist doch letztlich ein – hochkomplexes! – System kommunizierender Röhren. Hierbei drohen Ressourcen und offenbar leider auch hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte und deren Expertise, Engagement und wohl auch Idealismus verlorenzugehen.

**Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will den Zugang zum Studienplatz erleichtern, wenn sich Studenten verpflichten, nach dem Studium auf dem Land zu arbeiten. Ist das die richtige Lösung?**

Dieser Vorschlag wird kontrovers diskutiert. Meines Erachtens führt er nicht zum Ziel und ist darüber hinaus in mehrfacher Hinsicht problematisch: Wir leben doch in einer freiheitlichen Gesellschaft, und gerade nicht in einer „Kommandowirtschaft“! Es gehört zu meinen Grundüberzeugungen, dass der Staat oder die Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen nur über Anreizsysteme und nicht über Zwangssysteme steuernd eingreifen darf und sollte.

Mit dem erwähnten Vorschlag, der übrigens keineswegs neu ist, gerät darüber hinaus der junge Abiturient und potentielle Medizinstudent doch in eine gewaltige Bredouille: Er soll noch vor dem Beginn seines Studiums eine Zusage machen, von der erwartet wird, dass er sie circa sechs Jahre oder eigentlich ja noch weitaus später, nämlich nach absolvierter mehrjähriger Facharztweiterbildung, etwa zum Facharzt für Allgemeinmedizin, auch einhält.

Zu dieser Zusage fehlen ihm aber zu diesem frühen Zeitpunkt die eigentlichen Entscheidungsvoraussetzungen. Seine persönlichen medizinisch-fachlichen Neigungen und Interessen wird er im Laufe seines langen Studiums erst noch entwickeln. Man stelle sich bitte vor, in welche Gewissensnöte man einen solchen jungen Menschen bringen würde! Es kann weder verboten sein noch wäre es ungewöhnlich, sondern vollkommen natürlich, dass sich Vorstellungen über die eigene spätere ärztliche Tätigkeit im Laufe des Studiums und der Facharztweiterbildung ändern. Das entzieht sich der Kritik außenstehender Dritter!

Vor diesen eigentlich selbstverständlichen Hintergründen fragt man sich, wie und auf welcher Rechtsgrundlage die Einhaltung einer vor Beginn des Studiums abgegebenen Zusage viele Jahre später durchgesetzt werden soll? Und: Kann man überhaupt daran interessiert sein, dass junge Ärztinnen und Ärzte

auf der Grundlage einer Verpflichtung, also in gewissem Maße zwangsweise und eben nicht aus innerer Überzeugung und Begeisterung heraus, für ein paar Jahre ihrer frühen ärztlichen Tätigkeit aufs Land gehen? Was soll denn bei einer solchen Motivationslage herauskommen? Der zu erzielende Effekt wäre ein nur kurzzeitiger und würde wohl sehr schnell verpuffen.

Ich finde übrigens auch bedenklich, dass auch bei diesem Vorschlag ein wenig mitschwingt, bei der Tätigkeit als „Landarzt“ handele es sich etwa um eine weniger anspruchsvolle, weniger qualifizierte Tätigkeit, zu der man zur Not eben auch junge – unerfahrene! – Ärztinnen und Ärzte für deren erste Jahre entsenden könne. Das Gegenteil ist doch der Fall! Es handelt sich vielmehr um eine der anspruchsvollsten ärztlichen Tätigkeitsfelder überhaupt, die darüber hinaus übrigens eine besondere menschliche und charakterliche Reife verlangt, die man im Rahmen des nun wiederholt vorgebrachten Vorschlages keineswegs sicherstellen könnte.

Auch scheint mir der Vorschlag nicht bis zu Ende gedacht: Wann soll denn der Einsatz dieser jungen Ärztinnen und Ärzte eigentlich erfolgen? Vor Abschluss ihrer fachärztlichen Weiterbildung macht das eigentlich keinen Sinn, da man ohne abgeschlossene Facharztqualifikation – auch und gerade zum Facharzt für Allgemeinmedizin – nicht eigenverantwortlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf.

**Was würde tatsächlich geschehen, wenn es für diese Schließungen keine Nachfolger oder entsprechende Neugründungen geben würde. Würde es zu einer Unterversorgung kommen?**

Nach Adam Ries: Ja! Wie und durch wen sollte denn die ärztliche Versorgung erfolgen? Diese Lücke würde sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung betreffen. Es ist übrigens ein Märchen, die ambulante fachärztliche Versorgung könne etwa nach Veränderung der sozialrechtlichen Rahmensetzungen durch die Krankenhäuser wahrgenommen werden. Was viele nicht wissen: So furchtbar viele Fachärzte sind in deutschen Krankenhäusern gar nicht tätig!

Die weitaus meisten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sind Assistenten, die sich erst noch in der Weiterbildung zur Fachärztin beziehungsweise zum Facharzt befinden.

Ich habe vor einiger Zeit auch den Vorschlag eines Gesundheitspolitikers gehört, wonach erforderlichenfalls die hausärztliche Versorgung – gerade im ländlichen Raum – in den lokalen Krankenhäusern stattfinden möge. Der Vorschlag zeigt, dass offenbar selbst bei den Fachpolitikern nicht bekannt ist, dass es an Krankenhäusern überhaupt keine Hausärzte – zum Beispiel Fachärzte für Allgemeinmedizin – gibt, sondern ausschließlich – je nach Größe und Versorgungsauftrag eines Krankenhauses unterschiedlich differenziert – subspezialisierte Internisten, Chirurgen, Gynäkologen/Geburtshelfer, Anästhesisten und vielleicht noch Kinderärzte usw. und ansonsten Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, die Fachärzte und gegebenenfalls Hausärzte werden wollen. Wer also soll denn an einem „Landkrankenhaus“ eine dort anzusiedelnde hausärztliche Sprechstunde – und zwar in großem Umfang, planbar, verlässlich und mit Nachhaltigkeit – durchführen, um die Versorgung der ortsansässigen Bevölkerung sicherzustellen? Nach meiner Wahrnehmung sind im Übrigen die Ärztinnen und Ärzte in allen Krankenhäusern – gelinde gesagt – ganz gut damit beschäftigt und ausgelastet, die stationäre Patientenversorgung ebendort zu gewährleisten.

**Kann der Bedarf an Praxen durch die Zahl der Hochschulabsolventen gedeckt werden? Wenn ja, wie hoch ist das Interesse der Absolventen an Praxen auf dem Land?**

Die Frage, ob es in der Bundesrepublik Deutschland wirklich zu wenig Absolventen des Medizinstudiums gibt, um den Anforderungen der medizinischen Versorgung der eigenen Bevölkerung gerecht werden zu können, wird durchaus kontrovers diskutiert und ist nicht beweiskräftig in der einen oder in der anderen Richtung zu beantworten.

Letztlich ist die Frage entscheidend, was aus den vorhandenen und fortlaufend „generierten“ Absolventen wird. Wie hoch ist also der Anteil derer, die sich auch tatsächlich den

weißen Kittel anziehen und kurativ-ärztlich tätig werden? Und wie viele Kolleginnen und Kollegen tun dies in Deutschland – und nicht etwa im westeuropäischen, skandinavischen oder angelsächsischen Ausland?

Der Ruf nach mehr Medizinstudienplätzen ist mir zu einfach und zu reflexartig. Dabei muss man im Blick haben, dass ein Medizinstudium den Steuerzahler circa 200 000 Euro pro Absolvent kostet. Schauen Sie sich einmal die Mittelausstattung der Hochschulen und Universitäten in Deutschland an! Überall fehlt es! Man darf der Versuchung nicht erliegen, nur bis zum Tellerrand der eigenen Berufsgruppe zu schauen. Beim Blick auf große Ganze lautet die Diagnose: Diese Gesellschaft steuert derzeit mit Siebenmeilenstiefeln in einen gewaltigen Mangel an hochqualifizierten Fachkräften hinein, eben nicht nur in der Medizin. Die wesentlichste Ursache hierfür ist die demografische Entwicklung; aber auch die Ergebnisqualität in unserem Schul- und Hochschulsystem gibt keinen Anlass zu Euphorie. Der Föderalismus liefert hier allzu unterschiedliche Resultate im Vergleich der deutschen Bundesländer. Der so genannte Bologna-Prozess, von dem die Medizin in Deutschland bislang weitgehend verschont geblieben ist, hat diesbezüglich nach meinem Eindruck – vorsichtig ausgedrückt – keinen Fortschritt erbracht.

Das Interesse junger Ärztinnen und Ärzte, auf dem Land in einer eigenen Praxis zu arbeiten und gegebenenfalls auch dort zu wohnen, ist leider zu gering. Das haben Umfragen wie zum Beispiel die vom Hartmannbund durchgeführten Befragungen von Medizinstudenten und Assistenzärzten ergeben. Die Gründe hierfür liegen sowohl im Beruflichen als auch im Privaten: Der urbane Raum als Lebensmittelpunkt ist wohl – gänzlich unabhängig vom Beruf – eben in gewisser Weise „sexy“. In beruflicher Hinsicht erscheint bei den meisten jungen Ärztinnen und Ärzten die Tätigkeit auf dem Land nicht wirklich auf dem Wunschzettel.

**Welche – zum Beispiel finanziellen oder bildungspolitischen – Rahmenbedingungen kann die Politik stellen, um die medizinische Versorgung weiter zu gewährleisten?**

Es gibt nachweislich eine positive Korrelation zwischen der Abiturnote und der Wahrscheinlichkeit, ein Medizinstudium mit möglichst gutem Erfolg abzuschließen.

Es ist keineswegs bewiesen, dass aus einem sehr guten Abiturienten und später sehr gutem Absolventen auch ein sehr guter Arzt wird. Das Gegenteil ist aber auch nicht bewiesen – wie es übrigens auch nicht bewiesen ist, dass aus etwas schlechteren Abiturienten oder etwas schlechteren Absolventen die besseren Ärztinnen und Ärzte hervorgehen würden. Hier empfehle ich mehr Nüchternheit und kühle Ratio in der Betrachtung.

Die Abbruch- und Durchfallquoten beim Medizinstudium sind übrigens im Vergleich zu anderen Studienfächern – insbesondere auch zu den so genannten MINT-Fächern – gering!

Mädchen und junge Frauen haben statistisch deutliche bessere Schulnoten als Buben und junge Männer. Dies führt bei Zugrundelegung der Abiturnote als einziges beziehungsweise entscheidendes Kriterium zur Zulassung zum Medizinstudium dazu, dass derzeit circa zwei Drittel aller Medizinstudierenden weiblichen Geschlechts sind.

Zehn Jahre nach dem medizinischen Staatsexamen sind noch circa 90 Prozent der Ärzte, aber nur circa 50 Prozent der Ärztinnen in ihrem – für sie persönlich, aber auch für die Gesellschaft höchst aufwendig erworbenen – ärztlichen Beruf tätig.

Es ist übrigens keineswegs so, dass sich nicht genügend männliche Abiturienten bewerben würden, um etwa die verfügbaren Medizinstudienplätze fifty-fifty zwischen den Geschlechtern zu verteilen. Nur haben die männlichen Bewerber statistisch betrachtet die etwas schlechteren Abiturnoten.

Dies ist übrigens ein generelles Problem, das unser Schulsystem betrifft. Es hat leider Jah-

re gedauert, dass allein dieser schlichte, nicht wegzudiskutierende Sachstand wenigstens allgemein anerkannt ist. Es passt gewissermaßen nicht in den politischen „Mainstream“. Daraus ergeben sich einige grundlegende und durchaus kritische Fragen an unser Schulsystem und an unsere Bildungspolitik: Sind Jungen etwa weniger intelligent als Mädchen? Wenn man das verneint – und ich tue das – so kann nach menschlichem Ermessen und den Gesetzen der Logik nur Folgendes gelten: Offenbar begünstigen die Methoden, mit denen in den Schulen – und übrigens auch im Medizinstudium – gelehrt wird und die Verfahren, mit denen die Lernergebnisse gemessen werden, typisch weibliche Verhaltensweisen und mithin typisch weibliche Lernmethoden, die es ja demnach zu geben scheint. Darüber – so scheint mir – lohnt es sich ergebnisoffen und ideologiefrei nachzudenken.

Fordert man übrigens, dass die Medizinischen Fakultäten sich einen höheren Anteil ihrer Medizinstudierenden gerade auch nach anderen Kriterien als der Abiturnote selbst aussuchen, so möge man die Medizinischen Fakultäten hierfür auch mit zusätzlichen Mitteln ausstatten, da diese Auswahlverfahren nach denkbar validen Kriterien und mit größter Sorgfalt und daher sehr personalaufwendig durchgeführt werden müssen, da daran schließlich individuelle Lebensläufe hängen.

Würde man verstärkt auch andere Kriterien für die Zulassung zum Medizinstudium berücksichtigen als die schiere Abiturnote, so müssten diese Kriterien allerdings nachhaltig valide sein. Bei einer Kommission einzureichende wohlfeile Aufsätze etwa, in denen die altruistische Motivation, Arzt werden zu wollen, darzustellen wäre, sind meines Erachtens ungeeignet, ja sogar kontraproduktiv. Man muss es einem 1,0-Abiturienten eben plausibel erklären können, dass nicht er, sondern ein anderer (mit möglicherweise deutlich schlechterem Abitur) die Zulassung zu einem der begehrten Medizinstudienplätze erhält. Eine solche Erklärung muss schon substantiiert sein – ein feingeschliffener Essay – zumal aus nicht sicher zuzuordnender Quelle – und ein gegebenenfalls bereits absolvierter Erste-Hilfe-Kurs reichen da meines Erachtens nicht aus.

Aus alldem leitet sich aus meiner Sicht nicht zwingend die Forderung nach mehr Medizinstudienplätzen ab.

**Hat man, das heißt die Politik, die Kammern oder die Universitäten, versäumt, rechtzeitig der aktuellen Entwicklung bezüglich eines Nachfolgemangels entgegenzutreten?**

Bei den Ärztekammern und den Universitäten vermag ich keine diesbezüglichen Verantwortlichkeiten zu sehen. Die Daseinsvorsorge ist grundgesetzlich garantiert und originäre staatliche Aufgabe. Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung liegt in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dort ist sie sachinhaltlich und dem Prinzip der Subsidiarität folgend auch zutreffend verortet. Die KVen und natürlich auch die Ärztekammern haben nichts mit der Hochschulplanung, deren Ausstattung und der damit in Zusammenhang stehenden Anzahl der Medizinstudienplätze zu tun, wobei – wie gesagt – keineswegs bewiesen ist, dass in Deutschland zu wenige Absolventen ihr Medizinstudium erfolgreich abschließen.

Ich habe einen Traum: Würden in Deutschland die Bedingungen ärztlicher Berufsausübung in jeder Hinsicht vortrefflich sein, und zwar sowohl im Vergleich zur ärztlichen Tätigkeit im Ausland beziehungsweise in nicht kurativen ärztlichen Berufsfeldern als auch im Wettbewerb zu anderen Berufen, so gäbe es bei uns ganz sicher keinen Ärztemangel!

Es muss also an einer nur unzureichenden Attraktivität – insbesondere patientennaher – ärztlicher Tätigkeit in Deutschland liegen, dass wir einen Ärztemangel haben. In einem gewissen Ausmaß kann man diesbezüglich durch organisatorische Maßnahmen durchaus Linderung herbeiführen, etwa in Bezug auf eine bessere Vereinbarkeit des ärztlichen Berufs einerseits und eines glücklichen Familienlebens andererseits. Wir dürfen dabei aber nicht vergessen, dass dies – um im Bild zu bleiben – nur eine symptomatische, keine kausale Therapie sein kann. Denn eigenartigerweise dominiert gerade das weibliche Geschlecht die studentischen Reihen in den Hörsälen und zunehmend auch den ärztlichen Beruf insgesamt. Die vermeintliche Unvereinbarkeit des Arztberufs mit einem ausgewoge-

nen Familienleben scheint zumindest junge Abiturientinnen keineswegs abzuschrecken, nicht doch das Studium der Medizin mit dem Berufsziel Ärztin in Angriff zu nehmen. Umso mehr kommt es daher darauf an, diesen Fundus exzellent ausgebildeter Ärztinnen auch dauerhaft im Beruf zu halten, etwa durch überzeugende Angebote in Hinblick auf flexible, planbare Arbeitszeiten, Kinderbetreuung und Sicherstellung einer vernünftigen Work-Life-Balance. Das gilt natürlich auch für Ärzte, die doch auch ganz gerne Väter sind und ihre Familien erleben möchten!

**Nachwuchsmangel vor allem für die Ansiedlung im ländlichen Raum oder bereits auch für so genannte strukturschwache Gebiete? Wie sieht es mit kleineren Städten abseits der Ballungsräume aus?**

Umfrageergebnisse und schlichte Zahlen zeigen durchaus ein Bild, wonach die Attraktivität einer potentiellen eigenen ärztlichen Niederlassung proportional oder sogar überproportional mit abnehmender Größe und Urbanität eines Ortes ebenfalls abnimmt. Insofern steht der ländliche Raum tatsächlich als der vermeintlich unattraktivste Standort da – sowohl in der subjektiven Wahrnehmung durch junge Ärztinnen und Ärzte als auch in deren Niederlassungsentscheidung, die letztlich maßgeblich ist.

**Was halten Sie von dem Zuzug von Ärzten aus Ost- oder Südeuropa? Kann das auf Dauer eine Lösung sein?**

Die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre verdoppelt. In NRW sind derzeit mehr als 6 000 Klinikärzte aus dem Ausland tätig, was circa 16 Prozent aller Krankenhausärzte entspricht.

Diese Kolleginnen und Kollegen sind uns willkommen, sie können aber unser schon vorhandenes, sich in naher Zukunft noch wesentlich drastischer darstellendes Versorgungsproblem im ambulanten Bereich nicht lösen.

Das hat mehrere Gründe: Die Zahlen, die erforderlich wären, um hiesige Lücken zu schließen, sind durch einen Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus dem ost- und südost-



europäischen Ausland meines Erachtens nicht darstellbar, jedenfalls nicht, ohne in den entsprechenden Herkunftsländern selbst die Versorgung noch weiter zu verschlechtern; eine Versorgung übrigens, die ja offenbar schon gegenwärtig keineswegs optimal ist und bei weitem nicht dem deutschen Versorgungsstandard entsprechen dürfte. Es stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwiefern es in einem gemeinsamen Normen- und Wertesystem und zunehmend auch in einer Haftungsgemeinschaft wie der EU klug und – mit Verlaub – *anständig* ist, eigene Lücken durch aktive Anwerbung von hochqualifiziertem Personal schließen zu wollen und auf diese Weise in den entsprechenden Herkunftsländern eine nachhaltig günstige Entwicklung letztlich zu *verunmöglichen*.

Zweitens ist beim Thema Ärztemangel durchaus zu differenzieren, nämlich zwischen circa 10 000 bis 12 000 nicht besetzten und offenkundig auch nicht besetzbaren Assistenzarztstellen zur fachärztlichen Weiterbildung in den Kliniken einerseits und den bereits vakanten und innerhalb der nächsten Jahre vakant werdenden hausärztlichen und fachärztlichen Praxen andererseits. Um für diese Praxen Nachfolger oder für neu ausgeschriebene Vertragsarztsitze Interessenten zu finden, müssten in den nächsten Jahren im bundesweiten Maßstab tausende Fachärztinnen und Fachärzte „importiert“ werden. Woher sollen die kommen?

Drittens hat sich in den vergangenen Jahren durchaus gezeigt, dass es in Hinblick auf die Sprachkompetenzen ausländischer Ärztinnen und Ärzte ernsthafte Probleme gibt. Solche Verständigungsprobleme – sei es im Gespräch zwischen Arzt und Patient oder eben zwischen ärztlichen Kollegen bei konsiliarischen Beratungen oder zum Beispiel in Arztbriefen – darf es unter dem Blickwinkel einer höchstmöglichen Patientensicherheit nicht geben. Mangelhafte Sprachkompetenz verträgt sich im Übrigen auch kaum mit der – durchaus berechtigten – Forderung nach Aufwertung der „sprechenden Medizin“. Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung, nämlich die Ärztekammern, bemühen sich engagiert, die Situation zu verbessern: Auch in NRW ist den beiden Ärztekammern nunmehr von den für die Erteilung der Approbation zuständigen

staatlichen Stellen der Auftrag erteilt worden, arzt spezifische Sprachprüfungen im Vorfeld der von den ausländischen Kolleginnen und Kollegen angestrebten deutschen Approbation durchzuführen. Darüber hinaus hat mittlerweile auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder reagiert und vereinbart, einheitliche Standards in Hinblick auf die Sprachkompetenz ausländischer Ärztinnen und Ärzte zu entwickeln und bundesweit für verbindlich zu erklären.

Sorge sollte uns übrigens auch bereiten, dass es sich bei der „Wanderungsbewegung“ von Ärztinnen und Ärzten – übrigens betrifft dies auch andere hochqualifizierte Fachkräfte – in jeder Hinsicht um eine Einbahnstraße handelt: Es findet nämlich eine reine Ost-West-Verschiebung statt, also weder ein Austausch zwischen deutschen Ärztinnen und Ärzten und den derzeitigen Herkunftsländern in Ost- und Südosteuropa, noch kommen Ärztinnen und Ärzte etwa aus West- oder Nordeuropa oder aus dem angelsächsischen Gebiet zu uns, wohin allerdings nicht wenige in Deutschland aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte gehen, weil sie den ärztlichen Beruf nicht in Deutschland ausüben wollen. Woran liegt das wohl?

Um die Dinge einmal beim Namen zu nennen: Im gesamten angelsächsischen Raum, in den uns unmittelbar benachbarten Benelux-Staaten, in der Schweiz und in Skandinavien erzielt man als abhängig beschäftigter Arzt auch unter Berücksichtigung der dortigen Lebenshaltungskosten unterm Strich ein deutlich höheres Einkommen als in Deutschland – übrigens bei meist besseren vermeintlich „soften“ Nebenbedingungen wie Flexibilität der Arbeitszeiten, Kinderbetreuung, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten und wohl auch Arbeitsklima!

Diese simplen Tatsachen werfen ein beredtes Licht auf die eigentlichen Ursachen des Ärztemangels: Wenn man also in Deutschland insbesondere über die letzten circa 20 Jahre hinweg die materiellen und immateriellen Konditionen ärztlicher Berufsausübung immer weiter verschlechtert hat, verwundert es nicht, dass es nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte gibt, die diesen Beruf insbesondere in Form einer eigenen Niederlassung selbst-

ständig-unternehmerisch ausüben wollen. Allerdings sei auch Folgendes gesagt: Trotz aller Widrigkeiten hat eine eigene Niederlassung – ganz gleich ob in der Großstadt oder auf dem Land – unverändert den Charme, sein eigener Herr sein zu können. Das kann zwar sehr anstrengend sein, ist aber schön! Übrigens: Die Lebenserwartung von Selbständigen ist trotz im Allgemeinen deutlich höherer Wochenarbeitsstundenzahl und so mancher schlafloser Nacht höher als bei abhängig Beschäftigten! Da muss sich wohl jemand etwas dabei gedacht haben.

**Herr Dr. Schröter, wir danken Ihnen für Ihre Ausführungen.**

Kontakt zum Hartmannbund:  
Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Service-Center West  
Tersteegenstr. 12, 40474 Düsseldorf  
Tel.: 0211-200 545-15  
Fax: 0211-200 545-29  
scwest@hartmannbund.de

## Impressum



im Lande Nordrhein-Westfalen e.V.

Verband Freier Berufe  
im Lande Nordrhein-Westfalen e.V.  
Dipl.-Ing. Hanspeter Klein (V. i. S. d. P.)  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf  
Tel.: 0211 4361799-0  
Fax: 0211 4361799-19  
info@vfb-nw.de, www.vfb-nw.de  
Redaktion:  
André Busshuven, Gitta Kleinberger  
Bildnachweis: Hartmannbund Nordrhein  
Konzept und Gestaltung: InDeMa, Essen