



"Die Attraktivität des Landarztberufs muss gesteigert werden"

Interview der Woche von Martina Bunge, 18. Juli 2011

Martina Bunge, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag, über den vermeintlichen Ärztemangel, Versorgungsengpässe auf dem Land und das geplante Versorgungsgesetz der Bundesregierung

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Dennoch beklagen einige Regionen einen Ärztemangel. Was läuft falsch? Martina Bunge: Wir haben vermutlich insgesamt nicht zu wenige Ärztinnen und Ärzte. Wir haben aber ganz sicher ein Verteilungsproblem. Ärztinnen und Ärzte konzentrieren sich dort, wo die Menschen mehr Geld haben und häufiger privat versichert sind. Die jetzige Bedarfsplanung, die Anfang der 1990er-Jahre zur Bekämpfung einer "Ärztenschwemme" eingeführt wurde, hat es nicht geschafft, diesen Trend aufzuhalten. Im Gegenteil: Ärztinnen und Ärzte sind so ungleich verteilt wie nie zuvor. Ist der Arztberuf in Deutschland tatsächlich unattraktiv, wie das in den Medien immer wieder zu hören ist? In der Tat wandern etliche derer, die ein Medizinstudium erfolgreich absolviert haben, gleich

danach oder wenig später aus, vorrangig in die Schweiz und skandinavische Länder. Da zieht nicht vorrangig das Geld, das dort gezahlt wird, sondern vor allem bessere beziehungsweise andere Arbeitsbedingungen. Also weniger Stress und eine nicht so hohe Arbeitsverdichtung, wie beispielsweise in Krankenhäusern in Deutschland. Das sind nicht zuletzt Folgen der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen, die von jeder der letzten Bundesregierungen, ob Unions- oder SPD-geführt, vorangetrieben wurde. Warum zieht es so wenige Ärzte aufs Land? In Deutschland werden zuallererst Arbeitsstellen mit guter Bezahlung und optimaler sozialer und kultureller Infrastruktur ausgewählt. Viele ländliche Gegenden in Ost wie West sind da nicht interessant. Zudem ist die Tätigkeit als Hausarzt bei Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern wenig attraktiv. Lange Arbeitszeiten, schlecht bezahlte Hausbesuche, Notdienste rund um die Uhr, langjährige Bindung an einen Ort – all das passt nicht in die Vorstellungen vieler jungen Ärztinnen und Ärzte. Die Attraktivität des Landarztberufs muss gesteigert werden. Unsere Vorschläge dafür liegen auf dem Tisch. Die Bundesregierung will in diesem Jahr ein lange überfälliges Versorgungsgesetz auf den Weg bringen. Wie schätzen Sie den Entwurf ein? Er hätte schwächer kaum sein können. Einigen wenigen positiven Ansätzen, etwa bei der Feststellung und Planung der Versorgungsdichte, stehen Milliarden Geschenke an die Ärzteschaft gegenüber. Hier herrscht das Gießkannenprinzip vor. Eine wirksame Umverteilung zugunsten unterversorgter Regionen gibt es nicht. Die Bekämpfung der Überversorgung, ohne die es keine bedarfsgerechte Verteilung der Ärztinnen und Ärzte geben kann, findet praktisch nicht statt. Die Versorgung wird dieses Gesetz kaum verbessern. An welchen Stellschrauben muss noch gedreht werden? Notwendig ist eine wissenschaftlich fundierte

Einschätzung darüber, wie viele Ärztinnen und Ärzte wir für eine gute Versorgung der Bevölkerung eigentlich brauchen. Das findet bis heute nicht statt. Innovative, mobile Versorgungskonzepte für ländliche Regionen oder mehr Varianten dafür, dass junge Ärztinnen und Ärzte angestellt arbeiten können, müssen erprobt und bei Erfolg in die Regelversorgung überführt werden. Die Frage, wie die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten am besten auf die Beschäftigten im Gesundheitssystem aufgeteilt werden, muss endlich angegangen werden. Und nicht zuletzt gehören Privilegien, die eine permanente Überversorgung fortschreiben, auf den Prüfstand. Erwarten Sie, dass das Versorgungsgesetz neue Zusatzbeiträge für die Versicherten bringt? Sowohl die Krankenkassen als auch Teile der Regierung, beispielsweise das Finanzministerium, erwarten erhebliche Mehrkosten, wenn das Gesetz wie geplant umgesetzt wird. Die schwarz-gelbe Koalition hat 2010 beschlossen, dass künftig alle Mehrkosten im Gesundheitssystem allein von den Versicherten in Form von Zusatzbeiträgen beziehungsweise Kopfpauschalen bezahlt werden müssen. Nach derzeitigen Berechnungen müssen die Versicherten rund 6,70 Euro pro Monat bezahlen, um die Geschenke an die FDP-Klientel auszugleichen. Sie meinen, es sind gar keine Mehrkosten notwendig? Natürlich können sinnvolle Maßnahmen für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung auch Geld kosten. Es ist aber zutiefst ungerecht, gerade Versicherte mit niedrigen Einkommen damit besonders zu belasten. Die Finanzierung von Gesundheit und Pflege muss solide und zukunftsfähig ausgestaltet werden. Dazu schlagen wir eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung vor: Alle zahlen den gleichen Prozentsatz auf alle ihre Einkünfte. So wird niemand überfordert, aber auch niemand aus der Verantwortung entlassen. Wer auf dem Land wohnt, hat es oft schwer, einen Facharzt

oder überhaupt einen Arzt zu bekommen. Sie waren von 1998 bis 2002 Sozialministerin in Mecklenburg-Vorpommern. Wie ist die Situation in Mecklenburg-Vorpommern? In den Ländern, so auch in Mecklenburg-Vorpommern, sieht man all die genannten Probleme wie in einem Brennglas. Die Planungsbereiche sind viel zu groß. Das betrifft die Situation in Mecklenburg-Vorpommern ebenso wie die in Berlin. In Berlin ist die gesamte Stadt ein Planungsbereich, in Mecklenburg beispielsweise der gesamte Landkreis Nordwestmecklenburg mit den Städten Wismar und Schwerin. So kommt es nach dem jetzigen Maßstab zur Aussage: gut beziehungsweise überversorgt. Aber wir alle kennen Stadtteile oder Dörfer und kleine Städte, wo der Arzt um die Ecke in die Rente geht und seine Patientinnen und Patienten fragen: Wohin gehe ich? Eine gute, kleinräumige Versorgungsplanung kann solche Engpässe aufdecken und beheben. Zusätzlich sind auch neue, innovative Konzepte einzubeziehen. Könnten Sie hier ein Beispiel geben? Mecklenburg-Vorpommern ist auch eine Schmiede neuer Versorgungskonzepte, wie das Projekt "Schwester AGnES" zeigt. Hier übernehmen speziell ausgebildete Gemeindeschwestern und -pfleger eine Vielzahl von Aufgaben, die momentan nur von Ärztinnen und Ärzten verrichtet werden dürfen. Die Schwestern und Pfleger sind dabei vor Ort und entlasten dadurch sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte. Trotz guter Erfahrungen in Modellversuchen ist noch ein zäher Kampf zu führen, bis das AGnES-Konzept flächendeckend eingeführt wird. Am 4. September wird in Mecklenburg-Vorpommern gewählt. Wie könnte sich eine mögliche Neuauflage der rot-roten Landesregierung in Schwerin nach der Wahl speziell auf die Gesundheitspolitik im Bund auswirken? Mit einer rot-roten Landesregierung auch in Mecklenburg-Vorpommern könnte das Gewicht linker Vorstellungen

im Bundesrat erhöht werden und die schwarz-gelbe Bundesregierung mit ihren unsozialen Projekten immer weniger ungestört "durchmarschieren". Und natürlich können dort auch Impulse gegeben werden, zum Beispiel dass endlich die Arzt-Honorierung Ost an West angeglichen wird, damit der Drang, sich in den alten Bundesländern niederzulassen, nicht noch finanziell stimuliert wird. Das alles ist wichtig für unsere Arbeit im Bundestag. Wir greifen auf Beschlüsse des Bundesrates oder auch der Gesundheitsministerkonferenzen zurück. So konnten wir mit Druck der Linksfraktion erreichen, dass das Projekt der gemeindenahen Schwester im Bundesgesetz verankert endlich überall finanziert werden muss.

linksfraktion.de, 18. Juli 2011