

Präkanzerosen der Cervix uteri

dem Kolposkop oder durch Konisation. Da es sich um junge Frauen handelt, sollten diagnostische und therapeutische Eingriffe möglichst restriktiv erfolgen; die therapeutische Sicherheit allerdings muß gewährleistet sein.

Literatur

Bibbo, M.; Keebler, C. M., et al.: Prevalence and incidence rates of cervical atypia, *J. Reprod. Med.* 6 (1971) 79 – Boyes, D. A.: Age for routine cervical Papanicolaou screening tests, *J. A. M. A.* 232 (1975) 961 – Feldmann, M. J.; Linzey, E. M., et al.: Abnormal cervical cytology in the teen-ager: A continuing problem, *Am. J. Obst. Gynec.* 126 (1976) 418 – Ferguson, J. H.: Positive cancer smears in teenage girls, *J. A. M. A.* 178 (1961) 365 – Fields, C., et al.: Experience in mass Papanicolaou screening and cytologic observation of teen-age girls, *Am. J. Obst. Gynec.* 124 (1976) 730 – Friedell, G. H.: Cancer of the cervix – A selective review, *Pathol. Ann.* 1 (1966) 48 – Holzer, E.: Ergebnisse der konservativen Behandlung des Carcinoma in situ durch Konisation, *Gebh. u. Frauenheilk.* 36 (1976) 630 – Kaufmann, R. H., et al.: Cervical cytology in the teen-age patient, *Am. J. Obst. Gynec.* 108 (1979) 515 – Kessler, J. J.: Cervical Cancer epidemiology in historical perspective, *J. Reprod. Med.* 12 (1974) – Kraus, H.; Prinz, W.: Vorgehen nach unvollständiger Konisation, *Gebh. u. Frauenheilk.* 39 (1979) 58 – Meigs, J. W., et al.: Hinweise auf eine Rückbildung des Carcinoma-in-situ sowie auf eine zweite Form des invasiven Zervixkarzinoms, *Gebh. u. Frauenheilk.* 36 (1976) 554 – Mumford, D. M.: Immunity of herpes simplex virus and cervical carcinoma, *Surg. Clin. of N. Am.* 58 (1978) 39 – Neuser, D.: Teenage cytology in mass-screening, 8th European Congress of Cytology, Szczecin, 20.–22. 9. 1978, Polen – Nieburgs, H. E.: Tissue and cell pathology of the uterine cervix dysplasias and carcinoma in situ, *Acta Cyt.* 15 (1971) 513 – Pang, Z. C.: Cytology and colposcopy in the diagnosis of cervical neoplasia, *Gyn. Oncol.* 5 (1977) 134 – Richart, R. M.; Barron, B. A.: A Follow up study of patients with cervical dysplasia, *Am. J. Obst. Gynec.* 105 (1969) 386 – Roddick, J. W.: Gynecologic disease in young sexually active women, *Am. J. Obst. Gynec.* 126 (1976) 880 – Ronk, D. A., et al.: Evaluation of abnormal cervical Cytology, *Obst. Gynec.* 49 (1977) 581 – Rotkin, I. D.: Adolescent coitus and cervical cancer: Associations of related events with increased risk, *Cancer Res.* 27 (1967) 603 – Stern, E.: Epidemiology of dysplasia, *Obst. Gynec. Surv.* 24 (1969) 711 – Snyder, R. N., et al.: Dysplasia and carcinoma in situ of the uterine cervix: Prevalence in very young women, *Am. Obst. Gynec.* 124 (1976) 751 –

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Hans Schaudé
Frauenklinik am Klinikum
Mannheim
der Universität Heidelberg
6800 Mannheim 1

FÜR SIE GELESEN

Cimetidin beim Ulcus pepticum jejuni

Die konservative Therapie des Anastomosenulkus war bislang problematisch, die Therapie der Wahl bestand in einer Nachresektion mit Revision des Duodenalstumpfs.

In einer kontrollierten Doppelblindstudie an 21 Patienten wurde jetzt der Effekt des Histamin-H₂-Rezeptor-Antagonisten Cimetidin auf die Ulkusheilung untersucht.

Unter einer vierwöchigen Therapie mit 1 g Cimetidin heilten 8 von 12 Anastomosengeschwüren ab, in der mit Placebo behandelten Kontrollgruppe nur 1 von 9. Nach zwei Monaten lag die Heilungsquote bei 86 Prozent.

Unter einer einjährigen Dauermedikation mit 800 mg Cimetidin kam es bei 3 von 19 Patienten zu einem Ulkusrezidiv. Auch hinsichtlich der Ul-

kussymptome erwies sich Cimetidin der Placebomedikation als eindeutig überlegen. Ähnlich günstige Ergebnisse wurden auf der 34. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen von Holtermüller (Mainz) und Gugler (Bonn) vorgetragen. R

Festen, H. P. M.; Lamers, C. B.; Driessen, W. M. M.; van Tongeren, J. H. M.: Cimetidine in anastomotic ulceration after partial gastrectomy, *Gastroenterology* 76 (1979) 83–85, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, St. Radboud Hospital, Nijmegen, Niederlande – Holtermüller, K. H.; Weis, H. J.; Grönninger, J.; Rotmund, M.: Cimetidin oder Antazidum zur Behandlung des Ulcus pepticum jejuni: vorläufige Ergebnisse einer kontrollierten Langzeitstudie. 1. Medizinische Klinik und Chirurgische Universitätsklinik Mainz. Gugler, R.; Linstaedt, H.; Miederer, S. E.; Möckel, W.; Rohner, H. G.; Schmitz, H.; Szekessy, T.: Therapie des Ulkus im resezierten Magen (Anastomosenulkus) mit Cimetidin – eine Doppelblindstudie, Medizinische Klinik Bonn, Medizinische Poliklinik Bonn, Evangelisches Krankenhaus Köln-Kalk, St.-Barbara-Hospital Gladbeck, Institut für Medizinische Statistik Düsseldorf.

Sinkende Letalität der akuten gastrointestinalen Blutung

In einer prospektiven Studie wurde die Letalität der akuten gastrointestinalen Blutung im Prince Henry's Hospital in Melbourne analysiert.

Während eines Zeitraums von sechs Jahren wurden 817 Patienten mit einer akuten Magenblutung nach einem festen Protokoll behandelt. Innerhalb von zwölf Stunden nach Aufnahme erfolgte eine Notfallendoskopie. Im Schock oder bei einem Hb von unter 10g% wurden Bluttransfusionen gegeben.

Alle Patienten mit Rezidivblutung bei Ulkusanamnese und alle Patienten über 50, die im Schock aufgenommen wurden oder mehr als 5 Blutkonserven benötigten, wurden operiert.

Ösophagusvarizenbluter erhielten eine Senkstaken-Sonde und bis zu acht Bluttransfusionen. Bei guter Prognose wurde ein End-zu-Seit

portokavaler Shunt durchgeführt. Während der drei aufeinanderfolgenden zwei Jahresperioden sank die Letalität von 9 Prozent auf 2,4 Prozent. Trotz gleichbleibender Operationstechnik sank die Operationsletalität von 16 Prozent auf 1,6 Prozent.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß ein standardisiertes Vorgehen bei der akuten Magenblutung in Verbindung mit einer speziellen Aufnahmestation für blutende Patienten und einer engen Konsiliartätigkeit zwischen Gastroenterologen und Chirurgen die Prognose der akuten gastrointestinalen Blutung wesentlich günstiger zu gestalten vermag. R

Hunt, P. S.; Hansky, J.; Korman, M. G.: Mortality in patients with haematemesis and melaena: a prospective study, *Br. med. J.* 1 (1979) 1238–1240, Gastroenterology Unit, Prince Henry's Hospital, Melbourne 3004, Victoria, Australia.

Krankenhausärzte klagen über wachsenden Leistungsdruck

Ein Bündel von Sofortmaßnahmen zur Strukturverbesserung, Verringerung der Bereitschaftsdienste und Überstunden



Nach Auffassung des Marburger Bundes muß eine Verstärkung des Krankenhauspersonals jedoch nicht unbedingt mit Mehrkosten verbunden sein, da die bisher bereitgestellten Finanzmittel zur Finanzierung des Überstunden- und Bereitschaftsdienstes einen großen Pool zur Finanzierung neuer Stellen vorhalten.



Dr. med. Jörg Dietrich Hoppe, Erster Vorsitzender des Marburger Bundes, vor der 56. Hauptversammlung seines Verbandes am 2. November in Köln

Zwei diametral entgegengesetzte politische Aktivitäten beherrschen gegenwärtig die bundesdeutsche Krankenhausszene: eine fast ausschließlich unter dem Primat der Wirtschaftlichkeit stehende, von amtlicher Seite forcierte Rationalisierungswelle einerseits und eine undifferenzierten Spar-Appellen abholde humane und patientenorientierte Krankenversorgung andererseits. Hinzu kommt eine stark emotionalisierte sozial- und gesundheitspolitische Diskussion: Schlagworte statt Sachargumente machen die Runde. Die vielbeschworene, in naher Zukunft zu erwartende „Ärztenschwemme“ wird mit der personellen Unterbesetzung zahlreicher Krankenhäuser und anderer Sektoren des Gesundheitswesens konfrontiert. Die einen sehen darin eine Gefahr für die künftige Entwicklung des gesamten Gesundheits- und Krankenhauswesens sowie den ärztlichen Berufsstand, die andern aber auch eine große Chance.

Diese schier unversöhnlichen Antagonismen zu überwinden, hat sich die 56. Hauptversammlung des Verbandes der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V. (Marburger Bund) am 2. und 3. November im Kölner Gürzenich sichtbar bemüht.

„Die Versorgung der Patienten im Krankenhaus darf nicht durch übermüdete Ärzte gefährdet werden.“ Dies war der einmütige Tenor einer Podiumsdiskussion zum Thema

„Patient und Arbeitszeit im Krankenhaus“ zum Auftakt der zweitägigen Beratungen der mittlerweile 31 000 Mitglieder zählenden Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB). Bereits in der Grußadresse an die MB-Hauptversammlung umriß der Vorsitzende des CDU-Bundesfachausschusses für Gesundheitspolitik und schleswig-holsteinische Staatssekretär Prof. Dr. med. Fritz Beske, Kiel, das „magische Dreieck“ einer qualitativ hochwertigen, persönlichkeitsbezogenen Krankenversorgung: Neben der inneren Einstellung der Krankenhausfachkräfte prägen das qualitative Niveau der Ausbildung und die Zahl der Pflegekräfte pro Patient entscheidend Effizienz und Effektivität der Krankenhausleistungen. Ein sowohl für Patienten als auch die Krankenhausberufe annehmbares Arbeitsklima kann aber nur dann geschaffen und erhalten werden, wenn eine ausreichende Zahl von Fachkräften Lebensstellungen am Krankenhaus geboten werden und Personalstruktur, Personalführung und Organisation der Arbeitsabläufe diesem Zielbündel Rechnung tragen.

Daß der CDU-Gesundheitspolitiker mit seinen Forderungen bei den Delegierten des Marburger Bundes „offene Türen“ einrannte, konnte kaum überraschen. Sie stießen teilweise auch auf lebhaftes Resonanz bei den Teilnehmern einer an Argumenten reichen Podiumsdiskussion. Allerdings waren deutliche Unterschiede in der Bewertung der Ursa-

Marburger Bund

chen und Auswirkungen unterbesetzter Stellenpläne und in der Beurteilung von Rationalisierungszwängen zwischen den Vertretern der Krankenkassen einerseits, der Ärzteschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des Pflegepersonals, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG) sowie einer Patientenfürsprecherin andererseits zu registrieren.

Der neu gewählte Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Jörg Dietrich Hoppe, Düren, war als Moderator des Expertengesprächs sichtlich bemüht, die Diskutanten aus der Reserve zu locken, aber den Konfliktstoff möglichst sachlich zu debattieren. Hoppe konstatierte: Die Gestaltung des leistungssensiblen Krankenhausbetriebes sei kein Selbstzweck; vielmehr stehe stets das „Wohl des Patienten“ im Vordergrund. Die Krankenkassen seien keineswegs in die bloße Rolle des „Zahlmeisters“ gedrängt (wie dies in den Argumenten der Krankenkassensprecher teilweise zum Vorschein kam). Schließlich seien Ärzte und Schwestern sowie das übrige Fachpersonal zu einer gewissenhaften Berufsausübung verpflichtet. Nur dürfe man nicht in das bloße Lamentieren verfallen und von mehr Menschlichkeit und Wärme sowie mehr Zuwendung reden, ohne Taten folgen zu lassen. Die Arbeitsatmosphäre an den Kliniken sei noch weit davon entfernt, einen optimalen Ab-

lauf zu garantieren, ganz einmal abgesehen davon, daß realitätsferne Stellenpläne, unzumutbare Überstunden, regelmäßige Nacht- und Bereitschaftsdienste und unverantwortliche, bis zu 32 Stunden dauernde Wochenenddienste das hochqualifizierte Fachpersonal überforderten.

Humanität versus Ökonomisierung

Dr. Hoppe betonte im Gleichklang mit dem bisherigen Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. Karsten Vilmar, daß sein Verband keineswegs einer schlichten Stellenvermehrung zur Realisierung von mehr Humanität das Wort rede. „Humanität ist aber abhängig von der Motivation und Engagement der Mitarbeiter.“ Und mit bloßem „Jobdenken“ oder bei wachsenden existentiellen Sorgen sei das humanitäre Leistungsziel des Krankenhauses nicht zu erreichen. In der Tat: Altruistisches Denken, der Dienst am Nächsten ist im modernen Großkrankenhaus weitgehend einer „versachlichten“ Atmosphäre gewichen.

Die Sprecher des Marburger Bundes konkretisierten nicht nur im Verlaufe der Podiumsdiskussion, sondern auch in einem Bündel von Entschlie-ßungen, was sie konkret mit den Forderungen nach einer Reform der inneren Strukturen und einer leistungsgerechten Bezahlung des

ärztlichen wie pflegerischen Dienstes verbinden: Menschliche Zuwendung, Anteilnahme, karitative Einstellung setzen eine intakte Arbeitsatmosphäre, eine Reduktion von Überstunden und Sonderdiensten sowie eine tarifrechtlich abgesicherte angemessene Bezahlung voraus. Der These von der *Zuwendungsbedürftigkeit* der Krankenhauspatienten stellte Hoppe eine seiner Ansicht nach ebenso einleuchtende These von mehr *Zuwendungs-Notwendigkeit* der arg gestreßten Krankenhausärzte und Pflegekräfte entgegen. Wer die übermäßige Beanspruchung, die Hektik und Gereiztheit und die nicht überall selbstverständliche Kooperationsbereitschaft in den bundesdeutschen Krankenanstalten kenne, könne die MB-Argumente auch nicht dadurch vom Tisch wischen, indem er auf die seit Jahren deutlich verbesserte Gesamt-Personalsituation hinweise.

Der Sprecher der Ortskrankenkassen rechnete vor: Von 1965 bis 1977 hat sich der Bestand an Ärzten in den Krankenhäusern um 27 500 auf rund 60 000 erhöht, was einer Stellenvermehrung um 44 Prozent entspricht. In diesem Zeitraum wurden sogar 114 400 zusätzliche Pflegekräfte (+ 86 Prozent) neu eingestellt. Dennoch hat sich nach Meinung des Repräsentanten der Krankenhausgesellschaft, Assessor Jörg Lauterbacher (Düsseldorf), die Si-



Ein Bündel von Entschlie-ßungsanträgen berieten die Delegierten der 56. Hauptversammlung des Marburger Bundes im Isabellensaal des Kölner Gürzenichs am 3. November



Aufmerksame Regie während der zweitägigen Beratungen des Marburger Bundes führten Vorstand und Geschäftsführung (Fotos von links nach rechts: Dr. Hans Bauer; Dr. Paul Janssen; Dr. Wolfgang Bechtoldt (kandidierte nicht mehr); Dr. Dieter Boeck, Hauptgeschäftsführer; der bisherige Vorsitzende Dr. Karsten Vilmar (jetzt Ehrenvorsitzender); Dr. Jörg D. Hoppe (neugewählter Erster Vorsitzender); Privatdozent Dr. Gerhard F. Wündisch; Frau Dr. Hannelore Siebold Fotos (5): Clade

tuation nur teilweise entspannt. „Fachleute für Anästhesie und Orthopädie, für die Intensivmedizin, für bestimmte Fächer der Chirurgie oder der Psychiatrie sind heute oft nicht mehr zu haben.“ Die zusätzlichen Mitarbeiter sind in den Kliniken infolge der in den letzten 15 Jahren deutlich gestiegenen Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung, der verkürzten Verweildauer, infolge der von 60 auf 40 Wochenstunden reduzierten Arbeitszeit mehr als „aufgesogen“ worden. Die Folge: Überstunden und Bereitschaftsdienste, ursprünglich nur zur Überbrückung von Engpässen gedacht, seien zur Regel geworden: Immerhin erbringen 64 Prozent aller Ärzte diese oftmals unbeliebten Zusatzdienste neben ihrer ohnedies anstrengenden Regelarbeitszeit.

DKG-Sprecher Lauterbacher veranschlagte den Zusatzbedarf an Krankenhausärzten, würden die Überstunden rigoros abgebaut und alle Planstellen tatsächlich ausreichend besetzt werden, auf 20 000 Ärzte und 30 000 Krankenpflegepersonen. Bis 1985 dürfte sich der Zusatzbedarf allein an Pflegekräften seiner Schätzung zufolge auf 60 000 (!) erhöhen.

Die Forderung des Marburger Bundes, den Personalabbau in den Krankenhäusern sofort zu stoppen und den Personalschlüssel an die medizinische und soziale Entwicklung anzupassen, konterteten die Sprecher der Ortskrankenkassen

und der Ersatzkassen mit zum Teil durchsichtigen, an Ort und Stelle widerlegten Argumenten. Dr. Werner Gerdemann vom Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO), Bonn-Bad Godesberg, machte diese Rechnung auf:

► Während 1960 die Zahl der planmäßigen Betten je Krankenhaus 18,9 Prozent betrug, waren 1977 durchschnittlich nur noch 11,3 Betten je Arzt zu versorgen. Dies bedeute eine Verminderung um 40,2 Prozent.

► Bezogen auf die Pflagetage je Krankenhaus ergäbe sich nach dieser Rechnung ein noch stärkerer Rückgang. 1960 entfielen auf einen Krankenhausarzt 6428 Pflagetage, wohingegen es 1977 nur noch 3429 Pflagetage waren (Reduzierung um 46,5 Prozent).

► Auch die Zahl der Patienten je Krankenhausarzt habe beachtlich abgenommen. 1960 seien durchschnittlich 238 Patienten je Arzt zu betreuen gewesen, 1977 hingegen nur noch 171 (Reduzierung um 28,2 Prozent).

Bei der Besetzung mit Pflegepersonen, so der BdO-Sprecher, ließe sich eine noch viel kräftigere Reduktion in den „Belastungsparametern“ nachweisen. Peter Warnking, der Geschäftsführer des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz des Marburger Bundes, Köln, wies diese statistische Opera-

tionen als nicht stichhaltig zurück. Seit 1962 bis 1977 habe die tarifliche Wochenarbeitszeit der Krankenhausberufe von 60 auf 40 Stunden abgenommen, was einer Verminderung von mehr als 33 Prozent gleichkomme. Mithin sei bei oberflächlicher statistischer Durchschnittsbetrachtung die Arbeitsbelastung der Krankenhausberufe um mehr als fünf Prozent gewachsen!

Gerdemann wies den Vorwurf, mit unredlichen Zahlen operiert zu haben, entschieden zurück. Auch bei den Ortskrankenkassen seien die Ergebnisse einer Repräsentativumfrage des Marburger Bundes bekannt. Diese hatte festgestellt, daß weit mehr als die Hälfte der Klinikärzte ein bis zwei Bereitschaftsdienste, 20 Prozent sogar zwei bis drei Bereitschaftsdienste ableisten müssen. Acht Prozent absolvieren sogar 16 bis 20 Überstunden.

Auch wenn man seitens der Krankenhausärzte ein „unübersehbares Fragezeichen hinter die derzeitige Situation der Stellenpläne“ (so Dr. Vilmar) setze, dürfe man nicht verallgemeinernd mehr Personal unter dem Deckmantel der Humanität fordern. Neue *Anhaltzahlen* brächten auch neue Probleme mit sich, betonte BdO-Mann Gerdemann. Statt dessen forderte er Abhilfe in Extremfällen durch individuelle Maßnahmen und durch neue Organisationsformen und Strukturen am Krankenhaus. ▶

Marburger Bund

**Krankenkassen
fürchten
Zusatzkosten**

Der Sprecher des Verbandes der Angestellten-Krankenkasse (VdAK), Hans-Alfred Klinge, Siegburg, sprach sich für einen Abbau des Bettenüberhangs, die Schließung sektoraler Versorgungslücken sowie eine praxisnahe Personal-Bedarfsermittlung aus. Es sei das gute Recht der Krankenkassen als Interessenwahrer der Beitragszahler, wenn sie auf eine gemeinwohlorientierte Patientenversorgung drängten, aber auch gleichzeitig darauf achteten, daß die finanzielle Belastbarkeit der Versicherten und der Volkswirtschaft nicht überschritten werde.

Mit dem nüchternen Klinikalltag konfrontierten Oberin Margarete Adelhardt (Mainz) von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, die Neuwieder Patientenfürsprecherin Frau Annemarie Neizert und der Hamburger Kinderarzt Dr. Peter Clemens das Auditorium: Der ständig wachsende Leistungsdruck, die nur auf dem Papier stehende 40-Stunden-Woche, der Schicht- und Wechseldienst kollidierten mit den „hehren“ Humanitätsidealen. Bei lauter Planungs- und Koordinierungsaufgaben, bei der Verpflichtung, eine Reihe wichtiger gesetzlicher Bestimmungen – von der Arbeitszeitordnung bis hin zum Mutterschutz- und Arbeitsschutzgesetz – zu beachten, sei es erstaunlich, daß für die Kranken überhaupt noch Zeit bleibe. Und der Wunsch des Patienten, möglichst nur von *einem* Arzt und *einer* Schwester betreut zu werden, sei längst unerfüllbar – im Schnitt seien pro Woche fünf verschiedene Mitarbeiterinnen für den Kranken zuständig. Der Krankenhausmitarbeiter wünsche sich regelmäßige, zusammenhängende Arbeitszeiten, Schichtdienst, keinen geteilten Dienst; zusammenhängende, planbare Freizeit, aber keine Überstunden. Ganzheitspflege sei die Forderungsalternative zur subspezialisierten, gegliederten „fließbandähnlichen“ Verrichtung.

Frau Neizert begreift ihr (politisches) Ehrenamt als Patientenfürsprecherin durchaus nicht nur als „Kummerkasten“-Seelsorger für Unzufriedene und Querulanten. Zu viel Hektik, zu wenig Zuwendung, zu wenig Information, lange Wartezeiten vor Operationen, Überbelegung von Krankenzimmern – aber auch die Unmöglichkeit, Sterbenden zusammen mit ihren Angehörigen ein Zimmer zu überlassen – das seien die gängigsten Klagen. Die Mittlerfunktion des Patientenfürsprechers sei entscheidende Voraussetzung für ein gutes Betriebsklima, mehr Humanität und Personalentlastung in kleinen Dingen.

**Wechseldienstsystem
als Ausweg**

Dr. Peter Clemens, der den Delegierten ein von ihm entwickeltes und an zwei Hamburger Kinderkrankenhäusern zum Teil seit vier Jahren erprobtes „Wechseldienstsystem“ erläuterte, schilderte sehr konkret, was Patienten quälen kann: „Leider habe ich immer wieder beobachten müssen, daß Ärzte aus Übermüdung während der Nachtdienste beispielsweise zum Blutabnehmen oder zum Anlegen einer Tropfinfusion drei-

bis fünfmal stechen mußten, statt wie sonst ein- bis zweimal.“ Mit Humanität habe das wirklich nichts zu tun. Wer die Psyche von Patienten, insbesondere von hospitalisierten Kindern kennt, müsse solche Vorkommnisse bei der Diskussion um die ärztlichen Dienstzeiten bedenken.

Das von Dr. Clemens plausibel entwickelte Wechseldienstsystem habe den großen Vorteil, nur geringe Mehrkosten (in Höhe von 150 DM je Wechselstation wöchentlich) zu verursachen, die Krankenhausärzte gleichzeitig von kraftraubenden Bereitschafts- und Nachtdiensten sowie durchgehenden 32-Stunden-Wochenenddiensten zu entlasten (vergleiche auch DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 35/1979, Seite 1956 ff.).

Das Hamburger Wechseldienstsystem hat sich für alle gelohnt: Heute muß jeder Arzt statt jeden vierten Tag nur noch jeden 14. Tag einen durchgehenden 32-Stunden-Wochenenddienst ableisten. Das sonst übliche Dienstsysteem ist dort längst passé. Dr. Clemens lobte sein System: Ausgeruhtere und deshalb ausgeglichene, freundlichere Behandler und Gesprächspartner sind in jeder Hinsicht besser arbeitende Ärzte! Die vielbeschworene Vertrauenskrise zwischen Arzt und Patient wäre auch nach Auffassung des DAG-Sprechers Sönke Schulz, Hamburg, gegenstandslos, wenn nicht viele selbsternannte Sparkommissare der Ministerialbürokratie und der Kassenverwaltungen den Sparbefehl auf die Krankenhäuser übertragen hätten. Das Dilemma sei, daß bei 80 Prozent aller Beschäftigten die geleistete Mehrarbeit nicht durch entsprechende Freizeit ausgeglichen werden kann, obwohl diese gewünscht werde (auch unter Hintanstellung finanzieller und sozialer Besitzstände). Wer einen humanen Gesundheitsdienst verspreche, werde unglaubwürdig, wenn er gerade bei den Stellenplänen knausere. Auch in arbeitsmarktpolitischer Hinsicht ist das Krankenhaus mit seinen mehr als 710 000 Beschäftigten keine „Quantité négligeable“.

ZITAT

**Humaner
Gesundheitsdienst**

„Ein humaner Gesundheitsdienst verliert seinen Anspruch, wenn es ihm nicht gelingt, nicht das Leiden des Patienten, sondern den Menschen selbst in den Vordergrund zu stellen.“

Sönke Schulz, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG), Bundesvorstand, Hamburg, anlässlich einer Podiumsdiskussion bei der 56. Hauptversammlung des Marburger Bundes am 2. November in Köln

**Dr. Vilmar:
Krankenhausreform stockt**

Das Grundsatzreferat, zugleich Tätigkeitsbericht des bisherigen Ersten Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. Karsten Vilmar, erweiterte das tags zuvor diskutierte Thema auf die wichtigsten gesundheits-, krankenhaus- und tarifpolitischen Tagesfragen, die die Interessen der Krankenhäuser und Krankenhausberufe vital tangieren.

Dr. Vilmar, der wegen seiner großen Arbeitsbelastung als Unfallchirurg und als Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages nicht mehr für das Amt des Vorsitzenden des Marburger Bundes kandidierte und in Köln per Akklamation zum Ehrenvorsitzenden seines Verbandes gewählt worden war, umriß die Essentials zur Krankenhausfinanzierung:

► Der Marburger Bund beharrt auf seiner Forderung, als unmittelbar sachverständig bei der Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung mitzuwirken. Dabei dürften die Ärzte nicht mit unverbindlichen Regelungen abgespeist werden; ihre aktiven Mitwirkungsrechte müßten vielmehr in der Novelle zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gesetzlich festgeschrieben werden.

Dies gelte insbesondere bei der Erarbeitung von „Empfehlungen und Vereinbarungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser“, insbesondere im Hinblick auf die Planung der Personal- und Sachkosten.

Aufgrund der schleppenden parlamentarischen Beratungen und wegen des hartnäckigen Widerstandes der Bundesländer (die um die Einschränkung ihrer Kompetenzen fürchten) sei zumindest für 1979 die KHG-Novelle nicht mehr unter Dach und Fach zu bringen. Bleibe es bei nur kosmetischen Gesetzesänderungen, und gelinge es nicht, den ärztlichen Sachverstand in allen Krankenhausberatungsgremien zu installieren, so könne man sich die

ganze Novellierung ebenso ersparen, meinte Vilmar. Der enorme Novellierungseifer sei heute eher von einem Zustand „hektischen Stillstandes“ (Vilmar) abgelöst worden.

Als Mitglied des Beirates nach § 7 Absatz 4 KHG bedauerte Vilmar, daß trotz übereinstimmender Beurteilungen und Forderungen der Sprecher des Krankenhauswesens, der Ärzteschaft und der Krankenkassen wenig Unterstützung aus dem parallel arbeitenden Bund-Länder-Ausschuß gekommen sei. Und im Hinblick auf die Novellierung des § 26 KHG forderte Vilmar: Auch bei zunächst kontroversen Standpunkten ließe sich eher ein Konsensus erreichen als bei einem unversöhnlichen Kompetenzdenken der Länder.

Da das Krankenhauswesen bereits nach Maßgabe des § 405 a Reichsversicherungsordnung (RVO) in die Beratungskompetenz der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ seit 1977 einbezogen worden sei, bedarf es, so Dr. Vilmar, keiner weiteren Gesetzesänderung in der KHG-Novelle etwa der Art, künftig konkrete Prozentsätze für die Änderung der Krankenhauspflegesätze (auf einer möglicherweise unsicheren statistischen Basis errechnet) vorzuschreiben. Zudem ließen die vollpauschalierten, wenig aussagekräftigen Pflegesätze solche konkreten Steigerungsmargen nicht zu.

Das mit erheblichen Bundesmitteln geförderte Forschungsvorhaben „Personalbedarfs-Berechnungsverfahren (PBBV)“, das mit Refa-ähnlichen Methoden den Personalbedarf

der Krankenhäuser festzusetzen beabsichtigt, ist bereits jetzt in ein kritisches Stadium geraten, obwohl das Gesamtprojekt erst im Herbst 1981 abgeschlossen sein soll. Die Ergebnisse der Ist-Analyse sind Anfang November im sogenannten „Vorhabenbegleitenden Ausschuß auf Bundesebene“ mit den Vertretern von fünf Bundesländern diskutiert worden, in deren Zuständigkeitsbereich das PBBV-Projekt „vor Ort“ erarbeitet wird. Es sei kein Geheimnis, daß Vertreter der Krankenhäuser, der Krankenpflegeberufe, der Gewerkschaften übereinstimmend mit den Ärztesprechern die angewendete Methodik des Projektes skeptisch beurteilen.

Die Krankenhausberufe scheuen keine „objektiven Kriterien“ zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Personalbedarfs der Krankenhäuser, stellte Dr. Vilmar klar. Es sei der Ärzteschaft jedoch nicht zuzumuten, das projektierte Personalberechnungsverfahren weiter mitzutragen, wenn lediglich „sinnentleerte Tätigkeiten“ erfaßt und alle möglichen Parameter ohne Sinn und Verstand auf einen gemeinsamen großen Nenner gebracht würden. Schon gar nicht akzeptabel seien Absichten, nicht aussagefähige Zwischenergebnisse dazu zu benutzen, „heckenschnittartige“ Sparmaßnahmen, insbesondere beim Personal, durchzudrücken.

Statt die ärztliche Tätigkeit am Krankenhaus durch externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen (unter Zugrundelegung überholter Anhaltszahlen) zu gängeln und das Betätigungsfeld der Krankenhausärzte weiter zu beschneiden (etwa im Hessischen Universitätsgesetz oder den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zu einer neuen Nebentätigkeitsverordnung), sollten die Vorschläge zur Krankenhausstrukturreform und des ärztlichen Dienstes, die der Marburger Bund 1971 entscheidungsreif entwickelt habe, endlich realisiert werden.

Der Marburger Bund wehrt sich entschieden dagegen, daß über Arbeitsverträge nicht nur Arbeit und

ZITAT

Gesundheitsminister

„Ich möchte wirklich Gesundheitsminister sein, kein Krankheitsminister.“

Herbert Salcher, neuer österreichischer Gesundheitsminister

Marburger Bund

Mehrarbeit sowie die Gegenleistung geregelt werde, sondern man zugleich so verfare, als habe der Arbeitgeber dem Arzt zugleich die Gestaltungsfreiheit auch im Privatbereich für die gesamte Lebenszeit „abgekauft und meine, ihn nun behandeln zu können wie einen Leibeigenen“. Mehr Planstellen am Krankenhaus seien nicht unbedingt mit Mehrkosten verbunden. Im Gegenteil, Sparmöglichkeiten seien dann zu erzielen, wenn die Patienten von „fertigen“ Ärzten behandelt und betreut würden.

Bekennnis zur Tarifgemeinschaft

Sein gewerkschaftliches Selbstverständnis bekräftigte der Marburger Bund damit, die seit drei Jahren bewährte Arbeit in der Tarifgemeinschaft für Angestellte im öffentlichen Dienst konsequent fortsetzen zu wollen. Zu anderen ärztlichen Verbänden, insbesondere zum Hartmannbund, strebt der Marburger Bund ein partnerschaftliches Verhältnis an, um sowohl bei der Mitgliederwerbung als auch bei den verbandspolitischen Aktivitäten „eine kräfteverschleißende Konkurrenz“ zu vermeiden.

Beschlüsse zu den Kernfragen

Podiumsdiskussion, Referate, Statements und die Diskussionsbeiträge mündeten in neun Beschlüsse zu Kernfragen der angestellten und beamteten Ärzte. Deren Inhalt lautet thesenartig:

- ▶ Die innere Verfassung und Struktur des ärztlichen Dienstes am Krankenhaus muß den geänderten Bedingungen angepaßt werden. Sofortiger Stopp des Personalabbaus und Anpassung des Personalschlüssels an die heutige Entwicklung sei Gebot der Stunde.
- ▶ Bereitschaftsdienste und Überstunden seien auf ein zumutbares Maß zu reduzieren. Der gesetzlich abgesicherte Schutz vor Überschreitung der festgelegten Arbeitszeit soll verbessert werden.
- ▶ Die Mitglieder der MB-Landesverbände sollen gefragt werden, ob sie diese Ziele notfalls durch *Arbeitskampfmaßnahmen* durchsetzen wollten und ob sie die Kündigung des entsprechenden Passus über Bereitschaftsdienste und Mehrarbeit im Bundes-Angestellten-Tarif (BAT) anstrebten.
- ▶ Um die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes zu gewährleisten, seien tarifrechtlich abzusichernde Rahmenbedingungen durchzusetzen. Rettungsdienst-Ärzte sollten sich ständig fortbilden. Rettungsdiensttätigkeiten könnten nicht als allgemeine ärztliche Aufgaben jedem approbierten Arzt zugemutet werden.
- ▶ Die Einsatzorganisation im Rettungsdienst müsse von den einsatzleitenden Ärzten mitverantwortet werden. Risikoabsicherung, Haftungsfreistellung, angemessene Entschädigung und eine regelmäßige Vertretung während des Rettungsdiensteinsatzes seien Grundvoraussetzungen für eine funktionierende, effizientere Rettungskette.
- ▶ Über die Durchführung des Rettungsdienstes seien mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der KBV Gespräche zu führen. Insbesondere der Rettungsdienst außerhalb der Krankenhäuser sei in erster Linie Aufgabe niedergelassener Ärzte.
- ▶ Fachlich qualifizierte angestellte und beamtete Ärzte sollten ohne Bedarfsprüfung auf Antrag zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ermächtigt werden.
- ▶ Bei der Festsetzung des Besoldungsdienstalters beamteter Ärzte sollten *sämtliche Dienstzeiten* angerechnet werden, gleichviel, ob sie in einem öffentlichen oder nichtöffentlichen Krankenhaus abgeleistet wurden.
- ▶ Ärzte, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind, sollten jede „standesunwürdige“ Werbung und Anpreisung von Arzneimitteln unterlassen.

▶ Die geltende Rechtssystematik bei Aus- und Weiterbildungsregelungen sollte strikt beibehalten werden.

▶ Die Bundesländer als Träger von Universitäts- und Landeskrankenhäusern sollten verpflichtet werden, Haftpflichtversicherungen abzuschließen, wie das bei nichtuniversitären Kliniken bereits der Fall ist.

Dr. Harald Clade

ZITAT

Selbstbeteiligung als Ausweg

„Unser Krankenversicherungssystem mit seinem auf sozialen Ausgleich gerichteten Solidaritätsprinzip bestraft letztendlich den vernünftig Lebenden und damit Erkrankungen verhindernden Bürger mit hohen Beiträgen und belohnt diejenigen mit hohen Leistungen, die durch ihr eigenes Verhalten – etwa erhöhten Nahrungs- oder Genußmittelverzehr – zu besonders schlechten Risiken geworden sind. Mangels Alternativen werden die gesundheitsbewußten mit der Zeit durch ihren hohen Krankenkassenbeitrag zwangsläufig frustriert und geraten in die Versuchung, ebenfalls zusätzliche Leistungen nachzufragen. Ein System, das solche Versicherten belohnt, das deren ‚Selbstbeteiligung‘ am Nichtentstehen von Krankheiten und Kosten honoriert, würde ohne Zweifel zur Kostendämpfung, auch in der PKV, beitragen, wenn auch die technischen und rechtlichen Probleme einer solchen Risikodifferenzierung nicht zu unterschätzen sind.“

Hartmut Friel in „Arbeit und Sozialpolitik“, Heft 8/1979, Seite 285