

## Krankenhausärzte verteidigen ihre Interessen

Marburger Bund fordert „stärkere Verknüpfung“ der Versorgungssektoren

Der Marburger Bund (Verband der angestellten und beamteten Ärzte) ist fest entschlossen, trotz aller gesundheitspolitischen und berufspolitischen Widrigkeiten keinen Quadratzentimeter seines verbandspolitischen Terrains preiszugeben. Seine gesundheits- und tarifpolitischen Grundpositionen will der mitgliederstärkste Ärzteverband (rund 50 000 Mitglieder, einschließlich außerordentlicher studentischer Mitglieder) auch in Zukunft kämpferisch verteidigen.

Bei der 70. Hauptversammlung des Marburger Bundes (am 7./8. November im Maternushaus in Köln) waren die Delegierten und die Mandatsträger von der Vorstandsetage sichtlich darum bemüht, den inzwischen auch publizistisch verstärkten Eindruck zu korrigieren, als isoliere sich der Marburger Bund berufspolitisch zunehmend und kämpfe nunmehr gegen alle Fronten. Das Grundsatzreferat des 1. Vorsitzenden, Dr. med. Jörg D. Hoppe, Düren, die Beschlüsse und das (allerdings nur teilweise) aktualisierte „MB-Programm zur Gesundheitspolitik“ apostrophierten das Krankenhaus und die Krankenhausberufe als Eckpunkte des Gesundheitswesens. Alle geplanten Reformmaßnahmen, insbesondere die Strukturreform im Gesundheitswesen, müßten sich daran messen lassen, welchen Stellenwert sie dem Krankenhaus und den Klinikärzten zumessen.

Der Marburger Bund bleibt bei seinen in „Prüfsteinen für die Politik“ niedergelegten Bekenntnis, u. a.:



„Prüfsteine zur Gesundheitspolitik“ diskutierte die 70. Hauptversammlung des Marburger Bundes mit Repräsentanten der Bundestagsparteien im Kölner Maternushaus am 7. November. Foto: Blick auf den Vorstandstisch Foto: Klaus Schmidt

„Sowohl die ambulante als auch die stationäre Patientenversorgung beruhen auf ein und derselben Medizin, die entsprechend den unterschiedlichen Krankheiten und ihren Schweregraden in den Praxen und Krankenhäusern bestmöglich abzuwenden ist.“

Plädoyer des Verbandes: Bei der Neuordnung des Gesundheitswesens müsse eine stärkere „Verknüpfung“ von Krankenhausbehandlung und der Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte hergestellt werden. Eine bloße engere Kooperation und Informationsverbesserung über Maßnahmen der Selbstverwaltung und eine Ausschöpfung der gesetzlichen Möglichkeiten wirken nach Meinung des Krankenhausärztesverbandes nur palliativ. Der Verband sieht sich in seiner Forderung durch den gesundheitspolitischen Sprecher der CSU, Dr. Kurt Faithhauser, MdB aus München, bestätigt, der ebenfalls vor der Kölner Hauptversammlung für eine durch den Gesetzgeber abgesicherte „bessere Verzahnung“ von Klinik und Praxis eintrat.

Der Verband plädiert in diesem Zusammenhang für eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens: Die primärärztliche Versorgung solle in freier Praxis durch niedergelassene Ärzte sichergestellt werden. Die spezialärztliche Versorgung soll schwerpunktmäßig durch Ärzte übernommen werden, die sowohl ambulant als auch stationär am Krankenhaus tätig sind. Sie sollen in einem – vom MB bereits 1971 geforderten – „Kollegialsystem“ auf Überweisung durch die niedergelassenen Primärärzte tätig werden. Sie sollen selbst entscheiden, ob die ihnen überwiesenen Patienten ambulant und/oder stationär zu behandeln seien.

### Schlechte Noten für das Krankenhaus-Finanzierungsrecht

Schlechte Noten erteilte der Marburger Bund dem neuen Krankenhausfinanzierungsrecht. Seit dem Anfang 1985 in Kraft getretenen Krankenhaus-Neuregelungsgesetz seien, was die finanzielle und

personelle Ausstattung der Krankenhäuser betrifft, überwiegend negative Auswirkungen festzustellen. Seit die Bundesländer zur Investitionsförderung verpflichtet sind, hätten sich wesentliche Ausstattungsunterschiede in den einzelnen Bundesländern und ein regelrechtes Nord-Süd-Gefälle ergeben. Nach Feststellung des Marburger Bundes haben Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, das Saarland, Bremen und insbesondere Nordrhein-Westfalen die Investitionssummen 1986 gegenüber 1985 drastisch vermindert. Andere Länder wiederum, etwa Baden-Württemberg und Bayern hätten finanziell noch zugelegt.

### „Gastarzt“ als Unwesen heftig beklagt

In Köln wurde ein Trend bestätigt, der sich seit langem abzeichnet: Insgesamt stagniert die Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem und pflegerischem Personal. Jedenfalls wächst sie nicht im Gleichschritt mit der wachsenden Arbeitsbelastung und den sich aus den geltenden Tarifverträgen abzuleitenden Erfordernissen.

Einen Überstand, seit die Planstellen und Weiterbildungsstellen an den Krankenhäusern knapper werden, prangerte der Marburger Bund in Köln besonders an: Immer mehr Klinikärzte leisten vermehrt unbezahlte Überstunden und tarifvertragswidrige Bereitschaftsdienste. Nach dem Motto „Jeder ist sich der nächste“ kämpfen nachrückende Ärzte um 3000 bis 4000 unbezahlte „Gastarztstellen“ oder „Weiterbildungsassistentenstellen“ – ohne in den Krankenhausbetrieb und in den Verbund der Klinikärzte einbezogen zu sein. Den Vorwurf, ein massives Vorgehen gegen „Gastärzte“ sei unmenschlich, ließ man nicht gelten. Gastärzte zu akzeptieren, so der berufspolitisch kampferprobte MB-Mitbegründer Prof. Dr. Ulrich Kanzow, Bonn, sei deshalb keine Menschlichkeit, weil dadurch die Arbeitsbedingungen der übrigen

Ärzte infolge des unkollegialen Verhaltens zerstört würden. Insofern seien Gastärzte „Streikbrecher im übertragenen Sinne“.

Für die Ärztegewerkschaft Marburger Bund ist die Beschäftigung von unbezahlten Kolleginnen und Kollegen auch deswegen berufspolitisch kontraproduktiv, weil eine „rechtlich unhaltbare Situation“ heraufbeschwohren werde. Denn, so der MB, „Gastärzte“ bewegen sich in einer arbeits- und haftungsrechtlich diffusen Situation. Auch im Hinblick auf die Anerkennung auf eine ordentliche Weiterbildung befänden sich Weiterbilder und „Gastärzte“ auf einem schwankenden Boden. Zudem werde der Arbeitsfrieden und der Ablauf in den Kliniken durch das „Gastarztunwesen“ massiv gefährdet.

► Der Marburger Bund postuliert deshalb: „Die Landesärztekammern werden aufgefordert, die Gebietsarztanerkennung von Zeugnissen und Beschäftigungsverträgen abhängig zu machen, die auf arbeitsrechtlich zweifelsfreien Anstellungsverhältnissen beruhen.“

### Bonner Projekte – kritisch beurteilt

Ebenso klar und „linientreu“ bezog der Marburger Bund als Interessenvertretung der angestellten Krankenhausärzte zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Reformprojekten Bonns Stellung:

① Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung wird vom Marburger Bund verworfen und – nicht ohne Seitenhiebe auf die KBV und das Arbeitsministerium – als Versuch gewertet, den freien Zugang zur kassenärztlichen Tätigkeit zu sperren oder zu reglementieren. Für den Fall, daß das „Bedarfsplanungsgesetz“ am 19. Dezember 1986 die Hürde im Bundesrat nehmen sollte, versicherte

der Marburger Bund seinen Mitgliedern Unterstützung bei der verfassungsrechtlichen Überprüfung des Gesetzes.

② Eine spezielle kassenärztliche Vorbereitung vor der Niederlassung als Kassenarzt lehnt der Marburger Bund interessenbedingt ebenso ab wie eine Pflichtweiterbildung für alle Ärzte. Ärzte, die nicht als Spezialarzt tätig sein wollen, bräuchten auch keine Spezialisierung. Und eine spezifische (theoretische) Vorbereitung auf die Tätigkeit als Kassenarzt könne auch durch „Schnellkurse“ vermittelt werden. Der Marburger Bund wendet sich jedenfalls gegen eine zusätzliche Vorbereitungszeit vor der kassenärztlichen Zulassung, insbesondere auch nach Einführung der obligatorischen Phase des „Arztes im Praktikum“ (AiP).

③ Praxis-Anfängern wird empfohlen, spezifische kassenärztliche Erfahrungen in einer Senior-Junior-Praxis zu sammeln, ehe sie in einer Einzelpraxis vollverantwortlich tätig werden. Durch einen „überlappenden“ Wechsel könnte auch der Gefahr begegnet werden, daß Praxisanfänger (Berufsanfänger und Standortwechsler) überdurchschnittlich teuer verordneten.

④ Die Länder sollen die Kapazitätsverordnungen für die Universitäten an den tatsächlichen Ausbildungskapazitäten (Ausbilder und zur Ausbildung zur Verfügung stehende Patienten) ausrichten. Jedenfalls sei eine Drosselung der Studienzugänge eher gerechtfertigt als eine Abschottung am Ende eines langen und teuren Studiums. Bereits jetzt zeichne sich ab, daß nicht jeder ausgebildete Arzt einen Arbeitsplatz und eine ausreichende Existenz finden könne.

Der Marburger Bund prognostiziert, daß bereits Ende dieses Jahrzehnts bis zu 50 000 Ärzte und Ärztinnen ohne echte Berufschance zu erwarten seien.

Dr. Harald Clade