

hin nicht nach dem D'Hondt'schen Verfahren gewählt werden, so Dr. Montgomery. Auch dort, wo das D'Hondt'sche Verfahren nicht gelte, seien die Ärzttagsdelegierten demokratisch mehrheitlich gewählt worden.

Die nächsten Deutschen Ärztetage

► Der kommende 92. Deutsche Ärztetag findet vom 2. bis 6. Mai 1989 im Internationalen Congress Centrum in Berlin statt, der 93. Deutsche Ärztetag 1990 vom 15. bis 19. Mai in Würzburg und der 94. Deutsche Ärztetag 1991 in Hamburg (ICC) in der Zeit vom 30. April bis zum 4. Mai.

► Und schließlich beschlossen die Ärzttagsdelegierten ein Novum: Nach 1991 wird jeder zweite Deutsche Ärztetag in Köln, dem Sitz der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, veranstaltet werden. (Begründung: Hier macht die Durchführung des Ärztetages mindestens 100 000 DM weniger Kosten als an anderen Orten der Bundesrepublik.) HC



Dr. Dr. Franz-Josef Broicher, Köln, Delegierter der Ärztekammer Nordrhein: Sein Antrag, Köln vom Jahr 1992 an im Zwei-Jahre-Rhythmus zum Tagungsort für den Deutschen Ärztetag zu bestimmen, wurde angenommen

Marburger Bund

20 000 Arbeitsplätze stehen auf dem Spiel

„Gesundheits-Reformgesetz stranguliert Krankenhäuser“

Die Behauptung, der stationäre Sektor sei im „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG) „ausgeblendet“ worden, hat der Marburger Bund während seiner 73. Hauptversammlung zum Auftakt der Ärzttagswoche in Frankfurt entschieden zurückgewiesen. Ohne den von der Bundesregierung für Herbst 1988 angekündigten Erfahrungsbericht über die Auswirkungen und die Umsetzungspraxis zum neuen Pflegegesetz abzuwarten, würden die Krankenhausträger, die Krankenhausverwaltungen und die Krankenhausberufe mit einer Vielzahl einseitig kostendämpfungspolitisch motivierter Auflagen und einer unvermeidbaren Kontrollbürokratie überzogen. Dies werde sich entweder zu Lasten der Beschäftigten im Krankenhaus auswirken, oder drastische Leistungsbeschränkungen seien unausweichlich. Statt die Selbstverwaltung zu stärken, würden „landeszentralistische Steuerungs- und Kontrollkompetenzen“ im Zuge des GRG eingebaut, klagt der Marburger Bund.

Aus der Sicht des Verbandes der angestellten und beamteten Ärzte wird mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen eine großangelegte Arbeitsplatzvernichtungsaktion in einem Bereich eingeleitet, der für eine hochstehende Patientenversorgung unverzichtbar sei. Die Krankenhäuser seien einer Leistungs- und Wachstumsdynamik wie kein anderer Sektor des Gesundheitswesens unterworfen; deshalb müsse das Finanzierungssystem darauf abgestellt werden, um Versorgungsmängel zu vermeiden.

Nach Schätzungen des Marburger Bundes stehen allein bei den 3070 Krankenhäusern 20 000 Ar-

beitsplätze auf dem Spiel (im Gesundheitswesen insgesamt mindestens 40 000), ohne daß in anderen Sektoren der Wirtschaft neue Arbeitsplätze entstehen werden.

Der Vorsitzende des Klinikärzte-Verbandes, Dr. Jörg-D. Hoppe, Düren, warf der Bundesregierung vor, das Gesundheits-Reformgesetz unter den falschen Prämissen und unter Außerachtlassen der eigentlichen Ursachen der Kostenexpansion auf den Weg gebracht zu haben. Allein die Tatsache, daß der Krankenversicherungsbeitrag nur 7,2 Prozent der gesamten Lohnnebenkosten (80 Prozent) ausmacht, belege eindeutig, daß mit den 6,5 Milliarden DM Sparpotential weder die Wettbewerbskraft der Wirtschaft gestärkt noch die Lohnnebenkosten entscheidend gedämpft werden können. Das GRG gehe die strukturellen Probleme nur palliativ an. Die eigentlichen Probleme, nämlich die Struktur- und Organisationsreform der Krankenversicherung und eine grundlegende Finanzreform der Krankenversicherung der Rentner, seien bislang ausgeklammert worden. Gleichzeitig werde mit dem Einstieg in die Absicherung des Pflgerisikos ein neuer Kostentreibsatz eingebaut werden, ohne die damit verbundenen großen sozialpolitischen Aufgaben der neunziger Jahre lösen zu können. Dies gelte um so mehr, als im Gesetzentwurf das stark zunehmende stationäre Pflgerisiko völlig ausgeklammert worden sei. Auch die sich aus der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt und der zunehmenden Lebenserwartung ergebenden Probleme blieben im Gesetzentwurf unberücksichtigt. Die Finanzierungslast der Aktivversicherten



Heftige Kritik am geplanten „Gesundheits-Reformgesetz“ hat die 73. Hauptversammlung des Marburger Bundes geübt, die unmittelbar vor dem 91. Deutschen Ärztetag – am 7. und 8. Mai – in Frankfurt zusammengetreten war. In mehreren Beschlüssen kritisierten die 70 Delegierten des Marburger Bundes die erneuten Eingriffe in den stationären Sektor als „hektischen Aktionismus“. Mehr als 20 000 hochqualifizierte Arbeitsplätze (im gesamten Gesundheitswesen insgesamt bis zu 70 000 Arbeitsplätze) stünden auf dem Spiel

werde immer größer. Der Marburger Bund rechnet vor: Während die Aktivversicherten 1970 noch 0,63 Beitragspunkte zur Mitfinanzierung der Krankenversicherung der Rentner aufbrachten, waren es 1986 bereits 3,24 Beitragspunkte. Dies entspricht 26,7 Milliarden DM und damit 58,2 Prozent aller Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Rentner.

Korsett der Grundlohnsumme

Statt die finanziellen und personellen Engpässe im stationären Sektor zu beseitigen, werde versucht, auch dem Krankenhaussektor das Korsett einer Grundlohnsummenorientierten Ausgabenentwicklung aufzuzwingen. Der Marburger Bund sieht in der Beseitigung der Schutzklausel zugunsten der Krankenträger (§ 405 a, Abs. 2 RVO) einen flagranten Eingriff in die Tarifautonomie und das Gegenteil dessen, was als „patientennahe Versorgung“ beschworen werde.



Die Ankündigung neuerlicher Eingriffe in den Krankenhausbereich erzeuge unnötige Unruhe in der Bevölkerung und unter den Beschäftigten der mehr als 3070 bundesdeutschen Krankenhäuser, betonte Dr. med. Jörg D. Hoppe, Vorsitzender des Marburger Bundes, vor der 73. Hauptversammlung in Frankfurt

Für dirigistische Eingriffe im Krankenhausbereich gebe es um so weniger Anlaß, als die Ausgabensteigerungsrate der gesetzlichen

Krankenversicherung gegenwärtig unter vier Prozent liege. Die Pflege-satzabschlüsse für 1988 lägen im Mittel bei plus drei Prozent, also im Limit der Grundlohnsummenentwicklung. Diese moderate Ausgabenentwicklung müsse auch auf dem Hintergrund der um mehr als zwei Prozent gestiegenen Fallzahlen und einer in den letzten Jahren spürbaren Verweildauerverkürzung gesehen werden.

Dadurch, daß Unruhe in den hochsensiblen Krankenhausbetrieb hineingetragen werde, werde auch der ärztliche Nachwuchs verunsichert. Statt dem neuen Krankenhausfinanzierungsrecht die vom Bundestag geforderte Erfahrungs- und Bewährungsfrist einzuräumen, würden Beschäftigungs-Stenosen sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor (infolge der begrenzten Stellenpläne) eingebaut.

Der Marburger Bund kritisierte insbesondere die vom Gesetzgeber beabsichtigte Festschreibung der Vorbereitungszeit für die Niederlassung als Kassenarzt auf ein Jahr. Der MB sieht darin (im Gegensatz etwa zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen) eine „Zulassungerschwörung“. Ärztliche „Lebenserfahrung“ könne in einer kurzen Vorbereitungsphase nicht erworben werden, jedenfalls sei eine spezielle kassenärztliche Vorbereitungszeit (auch wenn sie strukturiert und teilweise auf die AiP-Zeit anrechenbar werde) nicht mit *qualitativen Erfordernissen* begründbar. Wie bisher steht der Marburger Bund auf dem Standpunkt, die speziellen kassenärztlichen Abrechnungskennnisse und die Wirtschaftlichkeitsgebote der Reichsversicherungsordnung könnten auch in Schnell-Kursen und in Wochenendseminaren erlernt werden. Eine Beibehaltung der ursprünglich auslaufenden Vorbereitungszeit würde zudem zu einer Diskriminierung inländischer Ärzte gegenüber Ärzten und Ärztinnen aus EG-Mitgliedsstaaten führen.

Ebenso entschieden lehnt der Marburger Bund die Einführung einer Altersgrenze für die Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten ab. Die im Gesetzentwurf genannte Al-

tersgrenze für die Möglichkeit, sich als Kassenarzt niederzulassen – nämlich bis zum 55. Lebensjahr –, sei willkürlich; sie sei auch arbeitsmarktpolitisch nicht zu rechtfertigen. Die Unterstellung, ein Arzt sei ab dem 55. Lebensjahr für eine freiberufliche Tätigkeit nicht mehr qualifiziert und nur noch in der Klinik zu „gebrauchen“, sei haltlos.

Anschlag auf die Selbstverwaltung

Als einen Anschlag auf die Selbstverwaltungsrechte bezeichnete der Marburger Bund das Ansinnen des Gesetz- und Verordnungsgebers, künftig die Mitwirkung von außerordentlichen Mitgliedern aus den Kliniken in den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der KBV zu untersagen. Fragen der kassenärztlichen Bedarfsplanung und der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit betreffen sowohl niedergelassene Ärzte als auch Klinikärzte, so daß in der Selbstverwaltung außerordentliche Mitglieder vertreten sein müßten. Zudem hätten die außerordentlichen Mitglieder die Aufgabe, den Informationsfluß und die Kooperation zwischen beiden Bereichen zu verstärken. Dies diene auch der innerärztlichen „Befriedung“ und „Demokratisierung“.

Auch die beabsichtigte Abschaffung der Institution „Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung“ und die Beschränkung auf ermächtigte Ärzte berge ein erhebliches Konfliktpotential. Die beabsichtigte Verlagerung der Leistungsabrechnung ermächtigter Krankenhausärzte auf den Krankenhausträger greife in unzumutbarer Weise in das durch die Ermächtigung ausschließlich zum Krankenhausarzt begründete Rechtsverhältnis ein. Dies könne zu Rechtsproblemen bei Auseinandersetzungen um die Vergütung, die Höhe des Kostenabzugs durch den Krankenhausträger und bei haftungsrechtlichen Fragen führen, heißt es in einer EntschlieÙung.

► Der Marburger Bund appellierte an den Gesetzgeber, die geltenden Regelungen für beteiligte

Ärzte beizubehalten. Danach sind diese berechtigt, direkt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen. Die im GRG vorgesehene grundsätzliche Befristung der Ermächtigung sollte entfallen. Allerdings sollte (und dies steht schon lange in der Berufsordnung) darüber gewacht werden, daß der zu ermächtigende Arzt auch tatsächlich die abzurechnenden Leistungen persönlich erbringt. – Als bürokratisch, verwaltungsaufwendig und realitätsfern hat der Marburger Bund die im Gesetzentwurf (§ 38, Absatz 3) vorgesehenen „Preisvergleichslisten“ für stationäre Leistungen bezeichnet. Die Auswahlentscheidungen des einweisenden Arztes müßten sich schon aus berufsethischen Überlegungen in erster Linie an der Qualifikation des betreffenden Krankenhausarztes, der Abteilung oder des Krankenhauses orientieren. Preisliche Überlegungen und Standortfragen dürften nicht über rechtliche und medizinische Erfordernisse gesetzt werden. Die Orientierung oder gar strikte Bindung des einweisenden Kassenarztes an solche Vergleichslisten würden nicht nur die Versorgungsstruktur in der Krankenhauslandschaft entscheidend verändern, sondern auch die Patienten mit langen Wartezeiten und Anfahrtswegen belasten. Daß durch eine listenbezogene Einweisung die Verweildauer abgekürzt und die Kosten gedämpft werden könnten, sei eine durch nichts zu belegende Spekulation.

Medizinischer Dienst: Überbürokratisierung

Für den Marburger Bund ist es unerfindlich, warum der „Krankenhaus-Obolus“ von fünf DM Selbstbeteiligung je Kalendertag (maximal 14 Tage) beibehalten werden solle. Bereits ein früherer Erfahrungsbericht der Bundesregierung habe attestiert, daß dadurch keine Steuerungswirkungen zu erwarten seien; der Entlastungseffekt sei marginal. Es könne nicht angehen, daß „Geldbeschaffungsmaßnahmen“ zu Lasten der Schwerstkranken eingeführt oder beibehalten werden.

Auch mit dem Novum eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wollen sich die im Marburger Bund organisierten Klinikärzte und beamteten Ärzte nicht anfreunden. Befürchtet wird, daß die Krankenkassen den Medizinischen Dienst vorwiegend unter „vertrauensökonomischen“ Aspekten einschalten. Statt dessen sollten, falls beim Vertrauensärztlichen Dienst etwas zu verbessern ist, Modelle erprobt werden, die gleichgewichtigen, partnerschaftlichen Lösungen der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Krankenhausverbänden den Vorzug geben.

„Dreiseitige Verträge“ und Rahmenempfehlungen zwischen den Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten, beispielsweise über die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen und eine zeitlich befristete vor- oder nachstationäre Versorgung könnten, so der Marburger Bund, eine „durchaus sinnvolle“ Lösung auf Selbstverwaltungsebene sein. Allerdings sollten die Krankenhausärzte in den Entscheidungsgremien „angemessen“ beteiligt werden. Der Marburger Bund befürwortet, wie auch die Verbände der niedergelassenen Ärzte und der Deutsche Ärztetag, eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung *auf personeller Basis*. „Hochqualifizierte Krankenhausärzte“ sollten „übergreifend“ auch in die ambulante Versorgung eingeschaltet werden. Andererseits sollte niedergelassenen Gebietsärzten die Teilnahme an der stationären ärztlichen Betreuung eröffnet werden. Als einen zukunftsweisenden Weg einer strukturellen Neugestaltung des Gesundheitswesens „auf evolutorischer Basis“ empfiehlt der Marburger Bund seine im Mai 1987 in Karlsruhe entwickelten gesundheitspolitischen Grundsatzzustellungen. Darin wird eine Aufgabenneuabgrenzung und zielgerechte Zuständigkeitsverteilung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unter Beibehaltung der bewährten Prinzipien der Freiberuflichkeit empfohlen. Harald Clade