M A R B U R G E R B U N D
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
- Bundesverband -

124. Hauptversammlung
25./26.10.2013 in Berlin

BESCHLÜSSE

Nr. 1 Tarifpluralität uneingeschränkt erhalten

Nr. 2 Reform der Krankenhausfinanzierung

Nr. 3 Ausreichende Krankenhausfinanzierung gewährleisten

Nr. 4 Stopp dem DRG-System in der jetzigen Form

Nr. 5 Keine Krankenhausfinanzierung mit Mitteln der Beschäftigten

Nr. 6 Bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung und Reform des DRG-Systems

Nr. 7 Refinanzierung von Zusatzaufgaben in Kliniken

Nr. 8 Fehlanreize im Gesundheitswesen beenden

Nr. 9 Sinnvolle Priorisierung statt heimlicher Rationierung

Nr. 10 Grundsätzliche Änderung der PEPP-Systematik nötig

Nr. 11 Klageverfahren gegen Unterfinanzierung

Nr. 12 Weiterbildung in der ambulanten Versorgung

Nr. 13 Gründung eines Arbeitgeberverbandes der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nötig

Nr. 14 Teilnahme an den Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Nr. 15 Befreiung von der Rentenversicherungspflicht wegen der Mitgliedschaft im Versorgungswerk

Nr. 16 Zwangsmaßnahmen in ärztlicher Aus- und Weiterbildung sind kontraproduktiv

Nr. 17 Sinnvolle Qualitätssicherung - Bürokratieabbau

Nr. 18 Aktualisierung der GÖA

Nr. 19 Wettbewerbsverzerrende Marktkonzentrationen gefährden die Patientenversorgung

Nr. 20 In Prävention investieren

Nr. 21 Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenzerkrankungen im Krankenhaus

Nr. 22 Arbeitsbedingungen an kirchlichen Krankenhäusern tarifvertraglich regeln

Nr. 23 Grenzen der Arbeitszeit einhalten

Nr. 24 Einhaltung der gesetzlichen Höchstarbeitszeit überwachen

Nr. 25 An Betriebs-, Personalrats- und Mitarbeitervertretungswahlen 2014 teilnehmen

Nr. 26 Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Nr. 27 Ausgewogene Personalplanung

Nr. 28 Opt-out-Regelungen bundesweit einheitlich auf niedrigst möglichem Niveau regeln

Nr. 29 „Ja“ zu besseren Arbeits- und Lebensbedingungen in unterversorgten Regionen, „Nein“ zur Landarztquote

Nr. 30 Akademische Lehrkrankenhäuser: Auswahl reformieren, Evaluationsergebnisse konsequent umsetzen

Nr. 31 Medizinstudierende im PJ sind keine Ersatzreserve! – Gute Lehre und einen besseren Umgang mit Fehlern sicherstellen

Nr. 32 Wechselmöglichkeiten sicherstellen, Mobilität im Studium endlich voll gewährleisten

Nr. 33 Keine halben Sachen! – Teilstudienplätze in Vollstudienplätze umwandeln

Nr. 34 Keine Abschaffung des vorklinischen Studienabschnittes an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Wahl des Bundesvorstandes

Wahl der Kassenprüfer

Wahl der Mitglieder des Schiedsausschusses

Beschluss Nr. 1 TARIFPLURALITÄT UNEINGESCHRÄNKT ERHALTEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die Bundesregierung, den Bundestag und den Bundesrat auf, die inzwischen bereits seit über einem Jahrzehnt gelebte und bewährte Realität der Tarifpluralität uneingeschränkt zu erhalten und nicht durch Gesetz einzuschränken. Die Herbeiführung der Tarifeinheit durch Gesetz würde einen nicht gerechtfertigten Eingriff in Art. 9 Abs. 3 GG darstellen.

Die Erfahrungen zeigen, dass die seit langem in der Arbeitswelt praktizierte Tarifpluralität weder zur Neugründung einer Vielzahl von Spartengewerkschaften noch zu einem Anstieg der Streiktage in Deutschland geführt hat. Auch eine Entwicklung der Arbeitsbedingungen in Deutschland einseitig zugunsten der in Spartengewerkschaften organisierten Berufsgruppen ist nicht festzustellen. Befürchtungen, bei einem Bekenntnis zur Tarifpluralität würde die Tarifautonomie auf Dauer erodieren und erheblichen Schaden nehmen, entbehren daher jeder Grundlage. Die Spartengewerkschaften nehmen ihre verfassungsmäßigen Rechte verantwortungsvoll wahr.

Beschluss Nr. 2 REFORM DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Krankenhausreform für eine bessere Finanzausstattung:
Positionen des Marburger Bund Bundesverbandes für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Krankenhäuser müssen durch eine sichere und ausreichende Finanzausstattung in die Lage versetzt werden, ihrer Verantwortung gegenüber ihren Patienten und ihren Beschäftigten nachkommen zu können. Gute Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind die Basis für eine gute Patientenversorgung. Mehr als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte gewährleisten zusammen mit den über eine Million Beschäftigten die Versorgung in deutschen Krankenhäusern. Die demographische Entwicklung wird die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch in den nächsten Jahren vor große Herausforderungen stellen. Schließlich wollen alle Bürgerinnen und Bürger bis ins hohe Alter ein größtmögliches Maß an Gesundheit, Eigenständigkeit und Lebensqualität erhalten. Es muss rechtzeitig dafür gesorgt werden, dass in unserer Gesellschaft des langen Lebens die Krankenhäuser in personeller und finanzieller Hinsicht adäquat ausgestattet sind.

Deshalb begrüßt der Marburger Bund die von allen Parteien des Deutschen Bundestags erklärte Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausfinanzierung als eine der zentralen Aufgaben der 18. Legislaturperiode. Der Marburger Bund bietet seine Bereitschaft zur Mitgestaltung der zukünftigen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser an und hat hierzu nachstehende Positionen beschlossen.

Der Marburger Bund plädiert für eine von Bund und Ländern gemeinsam getragene „nationale Kraftanstrengung“ zur ausreichenden Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser.

Der ständig notwendige strukturelle Wandel in den Krankenhäusern erfordert Investitionen. Tatsächlich kommen die Bundesländer seit vielen Jahren ihren Verpflichtungen nicht ausreichend nach. Die Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG-Fördermittel) sind von insgesamt 3,6 Mrd. Euro in 1991 auf 2,7 Mrd. Euro in 2011 zurückgegangen. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft liegt die Investitionsquote derzeit bei 4,4 %. Der Vergleich mit unserer volkswirtschaftlichen

Investitionsquote von 18,2 % zeigt, wie groß die Finanzierungslücke zwischenzeitlich geworden ist. Um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen und Eigenmittel ansparen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung und eine adäquate Personalausstattung.

Es ist davon auszugehen, dass die Länder im Rahmen ihrer Haushalte und der Verpflichtung zur Einhaltung der Schuldengrenzen die erforderlichen Fördermittel nicht allein werden aufbringen können.

Eine Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen ist aus Sicht des Marburger Bundes nicht diskussionsfähig, weil sie immer mit einer Beteiligung an der Planungsverantwortung verbunden sein wird. Krankenkassen haben die Aufgabe, die Beiträge ihrer Versicherten zu verwalten. Damit können Krankenkassen nicht gleichzeitig in die Planung von Leistungen und die Sicherstellungsverantwortung einbezogen werden. Auch vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen eine ausreichende Betriebskostenfinanzierung nicht sicherstellen, verbietet sich eine Beteiligung an der Planungsverantwortung.

Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung müssen in staatlicher Verantwortung bleiben. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist den Bundesländern als Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge übertragen. Der verfassungsrechtliche Auftrag richtet sich gleichermaßen an den Bund und die Bundesländer. Deshalb appelliert der Marburger Bund an die Bundesländer und den Bund, in einer gemeinsamen „nationalen Kraftanstrengung“ eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten sicherzustellen.

Derzeit wird hinsichtlich der erforderlichen Größenordnung der Investitionsfinanzierung durch die Länder in der Literatur von einem Betrag von 5 bis 6 Mrd. Euro pro Jahr ausgegangen. Anhaltspunkte zum erforderlichen Investitionsbedarf können nur unzureichend aus der Kalkulation der leistungsorientierten Investitionspauschalen durch das InEK gewonnen werden.

Der Investitionsbedarf muss unabhängig überprüft werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des bekannten Investitionsstaus in vielen Bundesländern kurzfristig mit einem höheren Bedarf für nahezu alle Krankenhäuser zu rechnen ist. Die Kalkulationen des InEK sind für die Abschätzung der erforderlichen Investitionssummen nicht hilfreich, da bei den Berechnungen nur die tatsächlichen Investitionen der letzten sieben Jahre berücksichtigt werden.

Die Krankenhausinvestitionsfinanzierung muss durch eine gesetzlich verankerte Mindestförderung gesichert werden.

Der Marburger Bund fordert eine nachhaltige Reform der Krankenhausfinanzierung, die den stationären Einrichtungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben dauerhafte Planungssicherheit gibt.

Die Vergütung der Krankenhäuser muss die Finanzierung guter Arbeitsbedingungen und einer ausreichenden personellen Ausstattung ermöglichen. Die Krankenhäuser müssen zudem in die Lage versetzt werden, steigende Kosten - zum Beispiel infolge höherer Haftpflichtversicherungsprämien oder Energieumlagen - sowie strukturelle Anforderungen in der medizinischen Versorgung adäquat finanzieren zu können.

Die Einschnitte in die Krankenhausvergütungen wie zuletzt die Einführung eines lediglich anteiligen Orientierungswertes als Obergrenze des Zuwachses lassen befürchten, dass Personalabbau und Rationalisierungsdruck sich unbegrenzt fortsetzen. Dann wird die Überforderung des Krankenhauspersonals weiter zunehmen und die ohnehin schon zu knappe Zuwendungszeit der Ärzte, der Pflegekräfte und des übrigen medizinischen

Assistenzpersonals für die Patienten nochmals gekürzt. Die Qualität der flächendeckenden Versorgung wird dann nicht in dem auch gesellschaftlich geforderten Umfang aufrecht zu erhalten sein.

Der Marburger Bund fordert deshalb die bindende Einführung des durch das Statistische Bundesamt ermittelten vollständigen Orientierungswertes auf Dauer und dessen Abkopplung von der Grundlohnsummenentwicklung bei der Preisfindung auf Landesebene. Zudem muss der Orientierungswert im Sinne eines krankenhausspezifischen Warenkorbes weiterentwickelt werden. Bis dahin ist gesetzlich sicherzustellen, dass bei der jährlichen Preisfindung auf Landesebene eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen erfolgen kann, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können. Das gleiche gilt für unabwendbare Sachkostensteigerungen. Hierzu muss der Orientierungswert als Obergrenze für die Preisfindung auf Landesebene bei Personal- und Sachkostensteigerungen aufgehoben werden.

DRG-System sofort korrigieren – Fehlsteuerung durch Mischfinanzierung beseitigen.

Die Vergütung über rein leistungsorientierte Fallpauschalen (DRG) führt zu Fehlentwicklungen und bedarf der Überprüfung, durch das DRG-System gesetzte Fehlanreize müssen korrigiert werden. Zumindest dort wo eine Finanzierung mit Pauschalen an ihre Grenzen stößt, muss das System sinnvoll verändert werden.

Dies betrifft Leistungen, die mit DRG-Pauschalen nicht sachgerecht vergütet werden können, wie zum Beispiel Extremkostenfälle, Leistungen der Organtransplantation und umfangreiche intensivmedizinische Leistungen, Ausgaben im Rahmen der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages von Plankrankenhäusern und die darüber hinausgehenden besonderen Aufgaben der Universitätsklinika sowie der Maximalversorger. Diese sind aus der Kalkulationsbasis der DRG´s herauszunehmen und über krankenhausindividuelle Zuschläge auszugleichen.

Die Diskussion um die Vergütung der Kosten von EHEC-Patienten hat zudem gezeigt, dass ein rein auf Fallpauschalen basiertes Vergütungssystem auch im Not- und Krisenfall versagt. In der gesetzlichen Finanzierung für Krankenhäuser muss daher dringend verankert werden, dass Krankenhäuser, die durch die Übernahme einer Notfallversorgung im Krisenfall eine außerordentliche Kostenbelastung haben, eine gesonderte Vergütung dieser Leistungen bekommen.

Auch die Anforderungen der ärztlichen Weiterbildung in einem weiterbildenden Krankenhaus sind in den DRG-Pauschalen nicht ausreichend berücksichtigt. Der Marburger Bund hält daher eine adäquate Abbildung der Aufwendungen für die ärztliche Weiterbildung in der Krankenhausfinanzierung für erforderlich. Eine substantielle ärztliche Weiterbildung erfordert umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen. Dem steht insbesondere das mit dem DRG-System verbundene Ziel der kontinuierlichen Verweildauerreduzierung entgegen. Die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte muss aber gerade angesichts der demographischen Entwicklung ein wesentliches Anliegen des Gesundheitswesens bleiben.

Der gesetzlich vorgesehene Sicherstellungszuschlag, der ursprünglich für die Sicherstellung der bedarfsgerechten und wohnortnahen stationären Versorgung in der Fläche eingeführt worden ist, findet in der Praxis aufgrund seiner restriktiven Ausgestaltung kaum Anwendung. Ein Sicherstellungszuschlag ist zur Erfüllung des Versorgungsauftrags von Plankrankenhäusern erforderlich, wenn eine strukturelle und personelle Infrastruktur für Versorgungsangebote vorgehalten werden soll, die aber - zum Beispiel aufgrund geringer Nachfrage - allein mit DRG-Pauschalen nicht finanziert werden kann. Im Sinne einer adäquaten Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlags spricht sich der Marburger Bund für die Vorgabe sachgerechter und kalkulierbarer Kriterien aus, die eine Finanzierung gesellschaftlich

erwünschter Vorhaltekosten ermöglicht. Dies sichert nicht nur den Erhalt einer flächendeckenden stationären Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, sondern wirkt auch dem Anreiz einer Fokussierung auf lukrative medizinische Leistungen entgegen.

Die unterschiedlichen Gewinnmargen der verschiedenen Fallpauschalen bewirken, dass unabhängig von der medizinischen Indikation rentable DRG's bevorzugt angeboten und abgerechnet werden und damit eine gefährliche Über- und Fehlversorgung generiert wird. Die unterschiedliche Rentabilität ergibt sich u. a. aus der Verteilung der Kosten für personelle und strukturelle Infrastruktur zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen im Rahmen der DRG-Kalkulation. Durch die Herausnahme der Kosten zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages aus dem DRG-System folgt eine Reduktion der DRG-Erlöse. Eine rein ökonomisch motivierte Leistungssteigerung wird deutlich weniger attraktiv. Die dadurch notwendigen krankenhausindividuellen flächendeckenden Sicherstellungszuschläge führen zu einer Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit ländlicher Plankrankenhäuser.

Der Marburger Bund fordert ein klares politisches Bekenntnis, dass medizinisch bedingte Leistungssteigerungen sachgerecht und auskömmlich finanziert werden.

Die im Wesentlichen durch demographische Entwicklung und medizinischen Fortschritt bedingten Mehrleistungen können nicht weiter durch Rationalisierung aufgefangen werden. Erforderlich ist eine Abkehr von politisch festgelegten pauschalen Preisabschlägen undifferenziert auf alle zusätzlichen Leistungen. Zudem muss die Degression von Mehrleistungen im Landesbasisfallwert beendet werden, weil sie zu einer Kollektivhaftung der Krankenhäuser bei Leistungssteigerungen führt.

Die Diskussion über die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen zur Steuerung der medizinischen Leistungsentwicklung und deren Ausgestaltung muss auf Grundlage einer belastbaren Versorgungsanalyse geführt werden. Anhaltspunkte dafür soll der von der Selbstverwaltung vergebene Forschungsauftrag voraussichtlich im Jahr 2014 liefern. Diese Ergebnisse sollten zur Förderung einer fundierten Diskussion abgewartet werden.

Der Marburger Bund lehnt Selektivverträge der Krankenkassen als alternatives Steuerungsinstrument ab.

Krankenkassen im Wettbewerb werden stets bemüht sein, ihre Beitragssätze einerseits und ihre Ausgaben andererseits gering zu halten. Selektivverträge würden hier zu einem Interessenkonflikt bei der Leistungssteuerung führen. Zum einen besteht die Gefahr, dass Selektivverträge als reine Rabattverträge das DRG-Festpreissystem aushöhlen. Zum anderen stellen Selektivverträge die Wirksamkeit und Bedeutung der Krankenhausplanung der Länder in Frage. Damit würde letztlich eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet.

Beschluss Nr. 3 AUSREICHENDE KRANKENHAUSFINANZIERUNG GEWÄHRLEISTEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die Bundesregierung auf, zukünftig eine ausreichende und nachhaltige Krankenhausfinanzierung sicherzustellen. Hierzu gehören insbesondere die volle Refinanzierung der Personalkosten sowie die volle Bezahlung aller erbrachten Krankenhausleistungen. Fehlanreize zur Erbringung von aus medizinischer Sicht nicht notwendigen Leistungen sind unbedingt zu vermeiden.

Die in diesem Jahr beschlossenen Verbesserungen der Finanzausstattung der Krankenhäuser halbieren für die Jahre 2013 und 2014 lediglich die Unterdeckung. Die Krankenhäuser benötigen jedoch dauerhaft eine verlässliche Finanzierung.

Ohne auskömmliche Finanzierung der Kliniken sind weiterer Personalabbau und eine fortschreitende Arbeitsverdichtung unvermeidbare Folgen, die letztendlich zu einer schlechteren Patientenversorgung führen werden.

Beschluss Nr. 4 STOPP DEM DRG-SYSTEM IN DER JETZIGEN FORM

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die politisch Verantwortlichen auf, das flächendeckend angewandte DRG-System zur Abrechnung stationärer Leistungen durch ein differenziertes, dem Versorgungsbedarf entsprechendes Abrechnungssystem zu ersetzen. Dabei sind regional spezifische Aspekte sowie als bedarfsgerecht festgestellte Ressourcenvorhalte angemessen zu berücksichtigen, um so der zunehmenden, im DRG-System immanenten Dominanz ökonomischer Fehlanreize und den damit verbundenen medizinisch fragwürdigen Mengenausweitungen nachhaltig entgegenzuwirken.

Mit den DRG's wurde die stationäre Versorgung flächendeckend und ausschließlich in Form von mit einem Preis versehenen „Produkten" definiert und damit die Voraussetzung für eine umfassende Industrialisierung der Medizin geschaffen. Die unterschiedlichen Gewinnmargen dieser „Produkte" bewirken, dass unabhängig von der medizinischen Indikation rentable DRG's bevorzugt angeboten und abgerechnet werden und damit eine gefährliche Über- und Fehlversorgung generiert wird. Gleichzeitig geraten immer mehr Kliniken, deren Kompensationsspielraum geringer ist, in eine wirtschaftliche Schieflage. Ein Drittel der Krankenhäuser befindet sich schon jetzt im Defizit. Grundversorger in strukturschwachen Gebieten auf der einen und Maximalversorger auf der anderen Seite sind besonders betroffen.

Verschärft wird diese Entwicklung durch ein Kalkulationsprinzip, welches den Preis anhand von Durchschnittskosten ermittelt und damit eine potentiell ruinöse und letztlich versorgungsgefährdende Kostensenkungsspirale in Gang gesetzt hat. Dies alles war und ist politisch gewollt, um die Klinikkapazitäten zu reduzieren, allerdings findet diese „Selektion" nahezu ausschließlich nach ökonomischen und keinesfalls nach medizinischen Kriterien statt. Weitere politische Ziele, wie eine Kostensenkung und/oder die Verbesserung der Versorgungsqualität, wurden definitiv verfehlt.

Da die DRG's nahezu die einzige Einnahmequelle der Klinken darstellen, müssen zusätzlich zu der seit langem festgeschriebenen strukturellen Unterfinanzierung weitere unabdingbare Kosten, die sich z. B. aus dem Vorhalten von Notfallressourcen ergeben, aus diesen „Gewinnen" refinanziert werden. Insgesamt hat sich schon jetzt zuungunsten der Patienten eine überkritische Disproportion zwischen ökonomischer und medizinischer Handlungsebene entwickelt, die sich bei Beibehaltung dieses Systems zwangsläufig weiter verschärfen wird. Wir Ärztinnen und Ärzte werden zunehmend als Produktionsmittel instrumentalisiert und können unseren eigentlichen Auftrag am Patienten nicht mehr angemessen erfüllen. Dies führt zunehmend zu ethischen Konflikten, die kurative, helfende Medizin wird immer weiter marginalisiert.

Ein alternatives System könnte weiterhin die Kalkulation bestimmter einfach standardisierbarer Leistungen anhand von Fallpauschalen beinhalten, muss sich aber vordringlich an dem bestehenden, regional durchaus unterschiedlichen Versorgungsbedarf und der Versorgungsqualität ausrichten.

In den dann zu vereinbarenden Budgets sind die realen Kostenentwicklungen (Personal, Sachkosten, Weiterbildung), die Vorhaltekosten für als bedarfsgerecht festgestellte Versorgungsstrukturen inklusive dringend notwendiger Investitionen sowie weitere regional spezifische Versorgungsaspekte angemessen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 5 KEINE KRANKENHAUSFINANZIERUNG MIT MITTELN DER BESCHÄFTIGTEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das derzeitige Finanzierungssystem für Krankenhausleistungen ist unzureichend. Der Marburger Bund fordert daher eine Reform der Krankenhausfinanzierung.

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser ist nach wie vor äußerst angespannt. Eine Reform der Krankenhausfinanzierung ist daher zwingend erforderlich. Es muss den Krankenhäusern ermöglicht werden, aus eigener Kraft langfristig wirtschaftlich planen zu können und insbesondere die erforderlichen Investitionen zu tätigen. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Mittel, die in auskömmlicher Weise durch die Vergütung der Krankenhausleistungen realisiert werden sollten, durch die Beschäftigten im Rahmen von Notlagentarifverträgen zur Verfügung gestellt werden.

Bei einer unveränderten Fortführung des aktuellen Finanzierungssystems (DRG) und der unzureichenden Finanzierung der notwendigen Investitionen durch die Bundesländer droht die Gefahr, dass ganze Regionen unter das gängige Tarifniveau gedrückt werden. Der Marburger Bund akzeptiert nicht, dass mit dem Argument der Absicherung des wirtschaftlichen Überlebens einzelner Krankenhäuser gültige Tarifverträge unterlaufen werden.

Beschluss Nr. 6 BEDARFSGERECHTE INVESTITIONSFINANZIERUNG UND REFORM DES DRG-SYSTEMS

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 124. Hauptversammlung stellt fest, dass

- die von den Ländern sicherzustellende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nicht ausreichend ist,
- die Vergütung der Krankenhausleistungen oftmals nicht leistungsgerecht ist, sondern sogar Fehlanreize setzt,
- das Vergütungssystem („DRG“) Ressourcen verbraucht, welche damit der eigentlichen Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen, ohne dass das Ziel einer auskömmlichen leistungsgerechten Vergütung ausreichend erreicht wird und ohne dass nachhaltige Qualitätsanreize gesetzt werden.

Die 124. Hauptversammlung fordert daher die Gesetzgeber auf, unverzüglich Vorschläge für eine Reform der Krankenhausfinanzierung zu entwickeln, um

- die Investitionsfinanzierung der Plankrankenhäuser bedarfsgerecht anhand transparent festzulegender Qualitätskriterien und Mindeststandards basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und medizinisch-fachlichen Notwendigkeiten planungssicher zu regeln.
- die Leistungsvergütung der Krankenhausleistungen zu vereinfachen, mit dem Ziel, Fehlanreize zu beseitigen, Versorgungsbesonderheiten besser abzubilden, Ressourcen wieder freizusetzen und für die Patientenversorgung zur Verfügung zu stellen, Qualitätsanreize zu setzen und Plankrankenhäusern so eine auskömmliche Versorgung

der Patienten zu ermöglichen. Eine objektiv ausreichende Personalausstattung muss berücksichtigt werden.

Dabei muss vor allem geprüft werden, ob unter Abkehr von einer umfassenden Vergütung der Krankenhausleistungen über Fallpauschalen eine Vereinfachung des Systems möglich ist. Der Marburger Bund als Verband der Krankenhausärztinnen und -ärzte erwartet, dass seine Expertise für die Entwicklung von Reformideen einbezogen wird und bietet seine Mithilfe an.

Beschluss Nr. 7 REFINANZIERUNG VON ZUSATZAUFGABEN IN KLINKEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene auf, für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser zu sorgen. Hierzu gehört neben der Finanzierung der Investitionskosten und Beseitigung des Investitionskostenstaus durch die Länder auch die Refinanzierung sämtlicher Betriebskosten einschließlich der Kosten für vom Gesetzgeber übertragene Aufgaben (z. B. Ausbildung von PJ-Studenten, Weiterbildung, Fehlermanagement, QS-Datenbearbeitung, Umsetzung der Verpflichtungen nach Patientenrechtegesetz, Qualifikation und Beschäftigung von z. B. Transplantations-beauftragten, Hygienebeauftragten, Haemotherapiebeauftragten, Transfusionsbeauftragten, Strahlenschutzbeauftragten, Datenschutzbeauftragten, QM-Beauftragten, DRG-Beauftragten, Fortbildungsbeauftragten, Beauftragten für biologische Sicherheit).
Die Mittel für die Qualifizierung und Vergütung dieser zunehmenden Anzahl zusätzlicher Aufgaben in der Regel für Fachärztinnen/Fachärzte, ferner für deren Vertretung in Zeiten der Ausübung solcher Zusatzaufgaben, können nicht aus den regulären DRG´s stammen, sondern sind zusätzlich zur Verfügung zu stellen.

Beschluss Nr. 8 FEHLANREIZE IM GESUNDHEITSWESEN BEENDEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die neue Bundesregierung dazu auf, die Fehlanreize im Gesundheitssystem zu beenden.

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems führen dazu, dass nicht mehr der Gesundheitsnutzen für Patienten honoriert wird, sondern statt dessen derjenige, der zu viel diagnostiziert, therapiert oder operiert oder auch kurzfristig spart und damit einhergehende Risiken für die Patienten billigend in Kauf nimmt.

Diese Rahmenbedingungen werden den Ärztinnen und Ärzten aufgezwungen. Gleichzeitig wird aber den Ärztinnen und Ärzten vorgeworfen, dass sie gemäß diesen Fehlanreize handeln. Die Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode sollte dringlich die Anreiz- und Vergütungsstrukturen so verändern, dass sie am langfristigen Gesundheitsnutzen des Patienten sowie an der Qualität der Versorgung orientiert sind. Nur so lässt sich die moralische Überforderung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter abbauen und somit Berufsflucht vermeiden.

Beschluss Nr. 9 SINNVOLLE PRIORISIERUNG STATT HEIMLICHER RATIONIERUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die/den künftige/n Bundesgesundheitsminister/in auf, auch in Deutschland einen systematischen Priorisierungsprozess im Gesundheitswesen in Gang zu setzen. Die Erarbeitung einer entsprechenden vertikalen und horizontalen Priorisierungsmatrix (z. B. auf Basis nationaler Versorgungsleitlinien) wäre Sache der Ärzteschaft (z. B. über die medizinischen Fachgesellschaften, koordiniert durch die Ärztekammern) und per se noch mit keinerlei Aussagen über evtl. Mittelbegrenzungen (Rationierungen) verbunden.

Sollten solche Mittelbegrenzungen gesellschaftlich erwünscht sein, wäre die Festlegung über deren Umfang Aufgabe der Gesamtgesellschaft (Politik, öffentliche Gruppierungen etc.). Auf Basis dieser Priorisierungsmatrix sollte in einem zweiten Schritt die Bedarfsplanung auch im stationären Sektor angepasst werden. Die mit dieser Bedarfsplanung konsentierten Leistungen müssten dann flächendeckend ohne weitere wirtschaftliche Einschränkungen zur Verfügung gestellt werden.

Beschluss Nr. 10 GRUNDSÄTZLICHE ÄNDERUNG DER PEPP-SYSTEMATIK NÖTIG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die nächste Bundesregierung auf, den angekündigten Überarbeitungsprozess („lernendes System“) der PEPP (Pauschaliertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) um ein bisher fehlendes aber wesentliches Element zu ergänzen: den psychiatrischen Sachverstand.

Die aktuell vorliegende, durch Ersatzvornahme ohne Zustimmung der Träger der Selbstverwaltung und gegen den ausdrücklichen Rat verschiedener Fachgesellschaften und Verbänden verabschiedete Verordnung führt durch eine bereits eingetretene erhebliche Zunahme an Dokumentations- und Kodiertätigkeiten aller an der Krankenversorgung beteiligten Berufsgruppen zu einer unvermeidlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität.

Ein einfacher und bisher unbeachtet gebliebener Verbesserungsvorschlag ist die geringfügige Modifikation der seit 23 Jahren etablierten „Psych-PV“ (Psychiatriepersonalverordnung), um weiterhin überprüfbare personelle und strukturelle Mindestanforderungen, sowie Möglichkeiten der Qualitäts- und Prozesskontrolle festzulegen.

Es ist notwendig, den Entwicklungsprozess des Vergütungssystems nicht alleine dem InEK zu überlassen, sondern die Fachverbände zu integrieren. Unabhängig von der Vergütung müssen die Mindeststandards der „Psych-PV“ (Psychiatriepersonalverordnung) erhalten bleiben und für alle Kliniken und Abteilungen, die psychisch kranke Menschen behandeln, Anwendung finden.

Beschluss Nr. 11 KLAGEVERFAHREN GEGEN UNTERFINANZIERUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Vorstände des Marburger Bund Bundesverbandes sowie der Marburger Bund Landesverbände auf, ein Klageverfahren gegen die einzelnen Bundesländer zu prüfen und ggf. umzusetzen, da diese ihren Verpflichtungen aus den Krankenhausfinanzierungsgesetzen nicht im gesetzlich vorgeschriebenen Maße nachkommen.

Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser führt zu untragbaren, nicht mehr verantwortbaren Zuständen in nahezu allen Kliniken, z. B.:

- Hygienische, bautechnische und feuerpolizeiliche Mindeststandards können nicht mehr eingehalten werden.
- Notwendige Baumaßnahmen zum Schutz von Patienten vor multiresistenten Keimen können aus Geldmangel nicht umgesetzt werden.

Die Bundesländer haben einen gesetzlichen Auftrag, sich an notwendigen Erhaltungs- und Baumaßnahmen finanziell zu beteiligen. Sie haben sich an diese Gesetze zu halten.

Beschluss Nr. 12 WEITERBILDUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund bekräftigt den Beschluss IV-38 neu des 116. Deutschen Ärztetages zur Weiterbildung in der ambulanten Versorgung.

Der Marburger Bund sieht in einer freiwilligen ambulanten Weiterbildung sowohl eine Chance für die Weitergabe der medizinischen Inhalte der ambulanten Versorgung als auch für das Kennenlernen der verschiedenen Versorgungsebenen. Hierfür müssen aber, wie im Beschluss IV-38 neu des 116. DÄT vorgesehen, bestimmte Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Im Beschluss IV-38 neu des 116. Deutschen Ärztetages (Weiterbildung in der ambulanten Versorgung) heißt es: „Der zusätzliche Aufwand, den eine Weiterbildungsstätte neben der Vergütung von Weiterzubildenden hat, wird durch einen Zuschlag zum Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vergütet. Hierzu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich. Die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgungsstruktur mit Haus- und Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb muss die Finanzierung der Mittel (…) dauerhaft aus dem Gesundheitsfonds und somit aus den entsprechend erhöhten Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Diese Mittel werden auf Nachweis von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abgerufen. Über die Mittelanforderung und -verwendung wird neben den an dem Verfahren Beteiligten jährlich dem Deutschen Bundestag und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berichtet. Der Bericht wird veröffentlicht. Das Förderprogramm Allgemeinmedizin gemäß Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) wird solange weitergeführt und kann dann durch die beschriebene Finanzierung ersetzt werden. Zur Umsetzung dieses Verfahrens ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.“

Der Marburger Bund fordert die neue Bundesregierung auf, die beschriebenen notwendigen Änderungen der Rahmenbedingungen möglichst rasch umzusetzen.

Im Beschluss IV-38 neu des 116. Deutschen Ärztetages (Weiterbildung in der ambulanten Versorgung) heißt es: „Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an

einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgebliche ärztliche Organisation ein Vertrag abgeschlossen, der dies sicherstellt. Für die arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden ein funktionsfähiges Organisationsmodell entwickelt."
Der Marburger Bund fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, möglichst bald das beschlossene Organisationsmodell vorzulegen, damit eine entsprechende Tarifgestaltung für die Vergütung der Weiterzubildenden an ambulanten Weiterbildungsstätten mit dem Marburger Bund verhandelt werden kann.

Beschluss Nr. 13 GRÜNDUNG EINES ARBEITGEBERVERBANDES DER NIEDERGELASSENEN ÄRTZINNEN UND ÄRZTE NÖTIG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die betroffenen ärztlichen Berufsverbände auf, dem Beschluss des 116. Deutschen Ärztetags zur Weiterbildung in der ambulanten Versorgung folgend ein funktionsfähiges Organisationsmodell zu entwickeln, das die Aufnahme von Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund über die Arbeitsbedingungen der im niedergelassenen Bereich angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

Beschluss Nr. 14 TEILNAHME AN DEN WAHLEN ZU DEN VERTRETER-VERSAMMLUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Bundesverband wird aufgefordert, mit den Landesverbänden eine Teilnahme an den Wahlen zu den KV-Vertreterversammlungen vorzubereiten und zu unterstützen.

Beschluss Nr. 15 BEFREIUNG VON DER RENTENVERSICHERUNGSPFLICHT WEGEN DER MITGLIEDSCHAFT IM VERSORGUNGSWERK

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Ärztinnen und Ärzte können sich bei bestehender Pflichtmitgliedschaft in einem ärztlichen Versorgungswerk von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreien lassen. Diese Befreiung greift maximal drei Monate rückwirkend ab Antrag. Bisher reichte in der Regel eine einmal durch die DRV ausgesprochene Befreiung für das gesamte Berufsleben aus.

Durch Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 31.10.2012 ist für alle Ärzte bei Neueinstellung und jedem Wechsel des Arbeitgebers ein erneuter Befreiungsantrag notwendig.

Um die Information über die Notwendigkeit einer ersten oder erneuten Befreiung bei allen ärztlichen Mitarbeitern sicherzustellen, fordert der Marburger Bund

1. die Landesärztekammern auf, die Meldeverfahren zu den ärztlichen Versorgungswerken zu beschleunigen;

2. die ärztlichen Versorgungswerke auf, bei Kenntnis über den Arbeitgeberwechsel das Mitglied zu informieren;

3. die ärztlichen Betriebsräte auf, die Kolleginnen und Kollegen zu informieren;

4. die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften auf, die Geschäftsführungen der Krankenhäuser und Medizinischen Versorgungszentren über die Notwendigkeit der Befreiung von der DRV zugunsten der ärztlichen Versorgungswerke nach jedem Arbeitgeberwechsel zu informieren.

Beschluss Nr. 16 ZWANGSMAßNAHMEN IN ÄRZTLICHER AUS- UND WEITERBILDUNG SIND KONTRAPRODUKTIV

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund nimmt mit großer Verwunderung zur Kenntnis, dass die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes (HÄV) erneut ein Pflichtquartal für das Fachgebiet Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr fordern.

Nachdem bereits der Bundesrat diesem Ansinnen bei der Novellierung der Approbationsordnung erfreulicherweise nicht gefolgt ist und auch der Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover einer Zwangsweiterbildung im niedergelassenen Bereich eine Absage erteilt hat, sollte auch der HÄV endlich erkennen, dass Zwänge kontraproduktiv sind und die Akzeptanz für das Fachgebiet Allgemeinmedizin bei den jungen Ärztinnen und Ärzten weiter reduziert wird.

Die Gründe, warum zunehmend weniger Ärztinnen und Ärzte als Haus- und Allgemeinärzte tätig sein wollen, sind bekannt und werden seit Jahren diskutiert. Nur eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Vergütungen sind erfolgversprechend, nicht jedoch weitere Reglementierungen der nachrückenden Ärztegeneration.

Beschluss Nr. 17 SINNVOLLE QUALITÄTSSICHERUNG - BÜROKRATIEABBAU

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes stellt fest, dass beim Thema Bürokratieabbau noch ein weiter Weg zu gehen ist. Bürokratie hält Ärztinnen und Ärzte vom Patientenkontakt ab und ist auf ein Minimum zu reduzieren.

Kontraproduktiv wirkt die Bürokratie insbesondere dort, wo sie wie bei der Qualitätssicherung eigentlich einem sinnvollen Ziel dienen soll. Dies wird aber nicht erreicht, wenn wie im Rahmen der Nierentransplantation Ärztinnen und Ärzte gleich mehrere Dokumentationen mit stark überschneidenden Inhalten abliefern müssen.

Zum Beispiel sind es in Baden-Württemberg drei Berichte:
- Externe Qualitätssicherung § 137 SGB V, Aqua Institut,
- Deutsche Stiftung Organspende,
- Sozialministerium Baden-Württemberg.

Die genannten Institutionen werden aufgefordert, sich ins Benehmen zu setzen und die Dokumentationsaufgaben auf ein vernünftiges Maß, nach Möglichkeit in einem Bericht, zu reduzieren.

Beschluss Nr. 18 AKTUALISIERUNG DER GOÄ

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die künftige Bundesregierung und den Bundesrat dazu auf, die Novellierung der GOÄ auf Grundlage der von der Ärzteschaft geleisteten Vorarbeiten ohne weitere Verzögerungen umzusetzen. Die geltende GOÄ stammt in wesentlichen Teilen (operative Kapitel, fast alle konservativen Kapitel) aus dem Jahr 1982. Die seither unterbliebene Aktualisierung der GOÄ - die letzte Teilnovelle erfolgte 1996 - fördert Abrechnungskonflikte und bringt die Ärzteschaft dadurch in Misskredit.

Die GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden und sie muss auch künftig ihre Schutzfunktion, wie in § 11 Bundesärzteordnung festgelegt, bewahren, d. h. den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen “Unterbietungswettbewerb“ schützen. Mit der Einführung der neuen GOÄ und ggf. auch mit einer zuvor getroffenen Übergangslösung muss ein Inflationsausgleich geschaffen werden.

Beschluss Nr. 19 WETTBEWERBSVERZERRENDE MARKTKONZENTRATIONEN GEFÄHRDEN DIE PATIENTENVERSORGUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich für die eine wettbewerbsgerechte Trennung von Klinikbetreibern und Anbietern von Medizinprodukten aus.

Um patientenorientierte, ökonomisch möglichst unabhängige Therapien in deutschen Krankenhäusern anbieten zu können, sind der wettbewerbsverzerrende Zusammenschluss von Krankenhausdienstleistungen und Herstellung von Medizinprodukten (auch aus kartellrechtlichen Gründen) zu vermeiden.

Die ärztliche Therapiefreiheit darf durch solche Entwicklungen nicht beeinträchtigt werden.

Beschluss Nr. 20 IN PRÄVENTION INVESTIEREN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der neu gewählte Bundestag wird aufgefordert, möglichst schnell ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Auch wenn der vorliegende Entwurf nur ein erster Schritt sein kann, ist es jedoch einer in die richtige Richtung. Wenn jetzt nicht in die Prävention investiert wird, wird in absehbarer Zeit durch die ansteigende Zahl der chronischen Erkrankungen unser Gesundheitssystem in der derzeitigen Form nicht mehr finanzierbar sein.

Beschluss Nr. 21 VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT DEMENZERKRANKUNGEN IM KRANKENHAUS

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Bislang sind nur wenige Krankenhäuser auf die Versorgung und besonderen Bedürfnisse von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz eingestellt. Dies bezieht sich sowohl auf die ärztliche, die pflegerische als auch sozialmedizinische Versorgung. Bekanntlich nimmt die Zahl von Menschen mit Demenzerkrankungen stetig zu. Bei einem Krankenhausaufenthalt entstehen für Patienten und pflegende Angehörige der Patienten zusätzliche weitere schwere Belastungen bis hin zu einer vorzeitigen Heimunterbringung und Folgeerkrankungen der Angehörigen.

Der Marburger Bund fordert daher dringend ein Problembewusstsein bei den Krankenhäusern, bei Verwaltung, Ärztinnen und Ärzten und Pflege. Politik und Krankenkassen sind aufgerufen, die notwendigen finanziellen Mittel für die Verbesserung der Versorgung bereitzustellen.

Beschluss Nr. 22 ARBEITSBEDINGUNGEN AN KIRCHLICHEN KRANKENHÄUSERN TARIFVERTRAGLICH REGELN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband appelliert an die kirchlichen Krankenhausträger, sich vorbehaltlos zu Tarifverhandlungen über die Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen bereit zu erklären.

Kirchliche Krankenhäuser stehen im Wettbewerb mit öffentlichen und privaten Trägern - wirtschaftlich ebenso wie bei der Gewinnung von qualifizierten Ärztinnen und Ärzte. Soweit daher auch in diesem Jahr die Übernahme der Tarifabschlüsse im Bereich der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) bzw. der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) in den Regionalkommissionen verzögert wird, drängt sich der Eindruck auf, dass bei der Festsetzung der Arbeitsbedingungen nicht mehr die Dienstgemeinschaft im Vordergrund steht, sondern das Ansinnen, sich auf diese Weise Wettbewerbsvorteile zu verschaffen.

Einem solchen Missbrauch kann durch auf Augenhöhe ausgehandelte Tarifverträge auch für die Ärztinnen und Ärzte in konfessionellen Kliniken wirksam entgegengetreten werden. Der Marburger Bund steht für vorbehaltlose Verhandlungen über den Abschluss von Tarifverträgen nach den Grundregeln des Zweiten Weges zur Verfügung. Die erhebliche staatliche Mitfinanzierung kirchlicher Aufgaben lässt einen derartigen Schritt zudem erst recht geboten erscheinen.

Beschluss Nr. 23 GRENZEN DER ARBEITSZEIT EINHALTEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband erwartet von den Krankenhausträgern, dass sie die im Arbeitszeitgesetz und den ärztlichen Tarifverträgen vorgesehenen Arbeitszeitgrenzen beachten. Hierzu gehört auch, neben der Arbeitszeit alle anfallenden Dienstarten (Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft) korrekt zu erfassen, bei der Berechnung der Personalschlüssel zu berücksichtigen und ausreichend Zeit für die Weiterbildung sowie kalkulierbare Ausfallzeiten einzuberechnen.

Beschluss Nr. 24 EINHALTUNG DER GESETZLICHEN HÖCHSTARBEITSZEIT ÜBERWACHEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die staatliche Gewerbeaufsicht auf, die Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Vorschriften in Krankenhäusern regelmäßig zu überprüfen und die Überwachung zu einem Schwerpunktanliegen zu machen.
Nur die regelmäßige breitflächige Überprüfung der Krankenhäuser kann zu spürbaren Verbesserungen bei der Einhaltung der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes führen.

Beschluss Nr. 25 AN BETRIEBS-, PERSONALRATS- UND MITARBEITERVERTRETUNGSWAHLEN 2014 TEILNEHMEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband ruft seine Mitglieder auf, an den Betriebs-, Personalrats- und Mitarbeitervertretungswahlen 2014 aktiv teilzunehmen und für die Wahlen zu kandidieren bzw. das eigene Wahlrecht zu nutzen. Wesentliche Teile der ärztlichen Arbeitsbedingungen werden erst durch die konkrete Umsetzung gesetzlicher bzw. tariflicher Vorgaben vor Ort geregelt. Hierbei haben die Betriebs- und Personalräte sowie die Mitglieder von Mitarbeitervertretungen erhebliche Einflussmöglichkeiten. Um diese im Sinne der Ärztinnen und Ärzte zu nutzen, bedarf es engagierter Ärztinnen und Ärzte in den Betriebs- und Personalräten sowie den Mitarbeitervertretungen.

Beschluss Nr. 26 EINBEZIEHUNGEN DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST UND DER BETRIEBSÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert erneut die Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA) und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) auf, bei den Tarifverhandlungen den andauernden Widerstand gegen die Einbeziehung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten und Ärztinnen und Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in die arztspezifischen Tarifverträge mit dem Marburger Bund aufzugeben.

Die Einbeziehung dieser Gruppen von Ärztinnen und Ärzten in die Tarifverträge des Marburger Bundes wird ihren Beitrag dazu leisten, den Personalmangel bei Betriebsärzten und im ÖGD zu beseitigen.

Beschluss Nr. 27 AUSGEWOGENE PERSONALPLANUNG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund Bundesverband fordert die Krankenhausträger auf, bei der Personalplanung auf eine ausgewogene Struktur zu achten.

Der zunehmende Ärztemangel in vielen Krankenhäusern führt dazu, dass Berufsanfänger ohne ausreichende Einarbeitung Tätigkeiten übernehmen müssen, denen sie sich kaum gewachsen fühlen. Auf der anderen Seite müssen ältere Kollegen auch dann noch körperlich belastende Tätigkeiten ausüben, wenn dies die Erhaltung ihrer Gesundheit gefährdet.

Die in beiden Konstellationen gefühlte Überforderung gefährdet die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus. Junge wie ältere Ärzte sehen sich gezwungen, über Alternativen zu ihrer Tätigkeit im Krankenhaus nachzudenken. Der Verlust des Nachwuchses und der Weggang erfahrender, älterer Ärztinnen und Ärzte gefährden letztlich die Patientenversorgung.

Beschluss Nr. 28 OPT-OUT-REGELUNGEN BUNDESWEIT EINHEITLICH AUF NIEDRIGST MÖGLICHEM NIVEAU REGELN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert alle Tarifgremien des Verbandes auf, darauf hinzuwirken, dass Opt-out-Regelungen in den Tarifverträgen, soweit diese nicht zu vermeiden sind, künftig in den Tarifverträgen bundesweit einheitlich auf dem niedrigst möglichem Niveau geregelt werden.

Beschluss Nr. 29 „JA“ ZU BESSEREN ARBEITS- UND LEBENSBEDINGUNGEN IN UNTERVERSORGTEN REGIONEN; „NEIN“ ZUR LANDARZTQUOTE

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund …

1. lehnt jegliche Kriterien bei der Vergabe von Studienplätzen, die zur Verpflichtung von Medizinstudierenden zur Tätigkeit an einem bestimmten Krankenhaus bzw. in einer bestimmten Region nach dem Abschluss des Studiums führen, oder ähnliche Regelungen entschieden ab.

2. widerspricht der Behauptung, dass Studierende mit einer schlechteren Abiturnote eher dazu tendieren würden, in einer unterversorgten Region tätig zu werden. Dies ist keine Frage von Studienleistungen, sondern von individuellen Karriere- und anderen Lebensentscheidungen.

3. erneuert seine Positionierung, dass die eigentlichen Lösungsansätze zur Bekämpfung des Landärztinnen- und Landärztemangels Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Arbeits-, Niederlassungs- und Lebensbedingungen in den betroffenen Regionen sein müssen.

Beschluss Nr. 30 AKADEMISCHE LEHRKRANKENHÄUSER: AUSWAHL REFORMIEREN, EVALUATIONSERGEBNISSE KONSEQUENT UMSETZEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass die Auswahl der akademischen Lehrkrankenhäuser durch die Medizinischen Fakultäten ausschließlich nach transparenten und einheitlich qualitätsorientierten Kriterien erfolgt. Eine von ökonomischen Kriterien geleitete Auswahl ist abzulehnen. Weiterhin fordert der Marburger Bund die Medizinischen Fakultäten dazu auf, die Evaluationsergebnisse aus dem Praktischen Jahr stärker zu betrachten und eine Behebung von Missständen in der Lehre an den Universitätskliniken sowie akademischen Lehrkrankenhäusern konsequenter voranzutreiben.

Beschluss Nr. 31 MEDIZINSTUDIERENDE IM PJ SIND KEINE ERSATZRESERVE! – GUTE LEHRE UND EINEN BESSEREN UMGANG MIT FEHLERN SICHERSTELLEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Vor dem Hintergrund gehäufter Klagen über den Einsatz von Medizinstudieren im Praktischen Jahr als personelle Einsatzreserve in Krankenhäusern fordert der Marburger Bund:

1. Eine bessere personelle Ausstattung von Krankenhäusern, um eine fundierte praktische Ausbildung von Studierenden zeitlich besser ermöglichen zu können sowie die allgemeine Arbeitsbelastung zu reduzieren. PJ-Studierende sind keine Ersatzarbeitskräfte für den Krankenhausalltag.

2. Das stetige Vorhandensein von Rücksprachemöglichkeiten für fachliche Fragen für Studierende in allen praktischen Anteilen des Studiums.

3. Eine fachgerechte und zeitlich ausreichende Einführung in neu zu erlernende praktische Tätigkeiten.

4. Die flächendeckende Etablierung von Fehlermanagementsystemen sowie eines problemlösungsorientierten Umgangs mit Fehlern im Krankenhausalltag.

5. Die stärkere Verankerung der Themen "Fehlermanagement" sowie "Patientensicherheit" im Medizinstudium.

6. Die Einführung von mindestens zwei Gesprächen pro Tertial im Praktischen Jahr (in Analogie zu den Weiterbildungsgesprächen in der Facharztweiterbildung) zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Wissens- und Kompetenzzuwachses in der praktischen Ausbildung.

7. Die auch zukünftige Gewährleistung einer schrittweisen Heranführung von Studierenden im Praktischen Jahr an neu zu erlernende Tätigkeiten. Die praktische Ausbildung von Medizinstudieren muss weiterhin gewährleistet bleiben und darf nicht zur Vermeidung juristischer Konsequenzen unterbleiben.

Beschluss Nr. 32 WECHSELMÖGLICHKEITEN SICHERSTELLEN, MOBILTÄT IM STUDIUM ENDLICH VOLL GEWÄHRLEISTEN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Medizinischen Fakultäten bzw. Klinik-Hochschul-kooperationen auf, Vereinbarungen zu treffen, die einen Studienortwechsel für Medizinstudierende erleichtern. Dies betrifft beispielsweise eine vereinfachte Anerkennung von Studienleistungen zwischen den Fakultäten sowie die Schaffung einheitlicher Bewerbungsfristen und -formalitäten. Regelungen, die einen Studienortwechsel unmöglich machen, lehnt der Marburger Bund ab.

Beschluss Nr. 33 KEINE HALBEN SACHEN! – TEILSTUDIENPLÄTZE IN VOLLSTUDIENPLÄTZE UMWANDELN

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Umwandlung von Teilstudienplätzen an den Medizinischen Fakultäten in reguläre Vollstudienplätze. Eine angemessene Finanzierung ist sicherzustellen.

Beschluss Nr. 34 KEINE ABSCHAFFUNG DES VORKLINISCHEN STUDIENABSCHNITTES AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER MARTIN-LUTHER-UNVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund …

1. kritisiert die Empfehlung des Wissenschaftsrates zur Verlagerung des vorklinischen Studienabschnittes im Medizinstudium der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg an die Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

2. begrüßt die Ankündigung der Landesregierung Sachsen-Anhalts, die medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum in Halle nicht schließen zu wollen.

3. fordert die Landesregierung Sachsen-Anhalts dazu auf, für eine auskömmliche Finanzierung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre an den Medizinischen Fakultäten sowie Universitätsklinika in Magdeburg und Halle einzutreten.

Wahl des Bundesvorstandes
(Amtszeit 2013 - 2016)

Gemäß § 14 Abs. i.V.m. § 10 Abs. 1 der Satzung des Bundesverbandes wurden als Mitglieder des Bundesvorstandes auf der 124. Hauptversammlung gewählt:

Rudolf ***HENKE*** Aachen	- 1. Vorsitzender -
Dr. Andreas ***BOTZLAR*** Planegg-Martinsried	- 2. Vorsitzender: -
Dr. Christoph ***EMMINGER*** München	- Beisitzer -
Dr. Hans-Albert ***GEHLE*** Bochum	- Beisitzer -
PD Dr. Andreas ***SCHOLZ*** Gießen	- Beisitzer -
Dr. Frank Joachim ***REUTHER*** Ulm	- Beisitzer -
Dipl.-Med. Sabine ***ERMER*** Eilenburg	- Beisitzerin -

Wahl der Kassenprüfer
(Amtszeit 2013 - 2016)

Als Kassenprüfer wurden auf der 124. Hauptversammlung gewählt:

Dr. Ingrid ***Stenger***, Backnang
Dr. Claus C. ***Nommensen***, Hannover

Wahl der Schiedsausschusses
(Amtszeit 2013 - 2016)

Als Schiedsrichter und stellvertretende Schiedsrichter wurden auf der 124. Hauptversammlung gewählt:

Schiedsrichter:

Prof. Dr. Paul L. **Janssen**, Dortmund
Priv.-Doz. Dr. Dietrich **Weisner**, Quarnbek

Stellvertretende Schiedsrichter:

Dr. Bettina **Boxberger**, Bayreuth
Dr. Michael **Schulze**, Tübingen
Dr. Bärbel **Seelisch**, Hamburg
Dr. Udo **Wolter**, Neuruppin

Berlin, 25./26. Oktober 2013