

120. Hauptversammlung 04./05.11.2011 in Berlin

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Unsere Zukunft im Krankenhaus – Anforderungen an den
 ärztlichen Arbeitsplatz
- Nr. 2 Positionspapier des Marburger Bundes zu den Arbeitsbedingungen
 im Krankenhaus
- Nr. 3 Personalausstattung in Krankenhäusern verbessern
- Nr. 4 Betriebliche Gesundheitsförderung in jedem Krankenhaus
- Nr. 5 Dank an die Ärztinnen und Ärzte an den Universitätsklinika
- Nr. 6 Mindeststandards für den ärztlichen Arbeitsplatz
- Nr. 7 Finanzierung qualitativ hochwertiger stationärer Versorgung sichern
- Nr. 8 Aufhebung der Bindung an die Grundlohnsumme
- Nr. 9 Keine Absenkung der Veränderungsrate
- Nr. 10 Keine Absenkung der Veränderungsrate
- Nr. 11 Leistungssteigerungen beim Basisfallwert berücksichtigen
- Nr. 12 Finanzielle Anreize für versorgungsschwache Regionen auch
 Im stationären Bereich
- Nr. 13 Beschäftigtendatenschutzgesetz – Grundrechtsschutz erhalten
 und verbessern
- Nr. 14 Änderung der Approbationsordnung
- Nr. 15 Mindestanforderung an das Medizinstudium beibehalten: 6 Jahre
 und 5500 Stunden
- Nr. 16 Erhöhung der Studienplatzzahlen
- Nr. 17 Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung

- Nr. 18 Weiterbildung – Kernaufgabe der Ärztekammern
- Nr. 19 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- Nr. 20 Evaluation der Weiterbildung fortsetzen
- Nr. 21 Freistellung für Fortbildung
- Nr. 22 Zugang zu Morbiditätsdaten auch für die Ärztekammern
- Nr. 23 Einbindung der Reha-Kliniken in die Versorgungskette
- Nr. 24 Poolbeteiligung
- Nr. 25 Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie muss die Tatsächlichen Arbeitsbedingungen abbilden
- Nr. 26 Musterarbeitsverträge und Tarifbindung für Beschäftigung an Medizinischen Versorgungszentren
- Nr. 27 Kilometerpauschale anstatt Entfernungspauschale
- Nr. 28 Entlastung

<p>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 -</p>

Beschluss Nr. 1 UNSERE ZUKUNFT IM KRANKENHAUS - ANFORDERUNGEN AN DEN ÄRZTLICHEN ARBEITSPLATZ

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Anforderungen an das Krankenhaus von heute als wesentliches Element der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlung; vgl. SGB V §§ 39, 115 a und 115 b, 116 b) nehmen in einer älter werdenden Gesellschaft und unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen stetig zu. Die Arbeitsbedingungen des gesamten im Krankenhaus angestellten Personals werden komplexer und anspruchsvoller, was zu erheblichen Belastungen und Frustrationen, im gravierendsten Falle zu Erkrankungen (z.B. Burn-Out-Syndrom), führt. Der Marburger Bund als Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte betrachtet diese Entwicklung mit großer Sorge und nimmt insbesondere die Situation der Ärzteschaft in den Blick.

Um den Belastungen entgegenzuwirken, einem zunehmenden Ärztemangel vorzubeugen, die Berufszufriedenheit zu erhöhen und somit die Qualität der Patientenversorgung auf einem hohen Niveau zu erhalten, muss der Arbeitsplatz Krankenhaus für Ärztinnen und Ärzte attraktiver gestaltet werden.

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes beauftragt die Gremien des Verbandes, die Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz kontinuierlich fortzuschreiben und die zuständigen Stellen der Krankenhausträger zur Umsetzung aufzufordern.

Der Marburger Bund sieht dringenden Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

Tarifliche Bedingungen weiter verbessern

Die seit 2005 vom Marburger Bund eigenständig durchgeführte Tarifarbeit stellt einen Einstieg in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen angestellter Ärztinnen und Ärzte dar. Insbesondere die leistungsgerechtere Vergütung, die Erfassung der Arbeitszeiten sowie die dem ärztlichen Berufsleben angepasste Entgeltstruktur sind wichtige Bausteine der arzt-spezifischen Tarifverträge, die allerdings noch nicht in allen Krankenhäusern umgesetzt sind und deshalb ausgebaut werden müssen. Die angemessene Vergütung der Arbeit zu ungünstigen Zeiten, die Reduzierung der immer noch zu hohen Arbeitsbelastung, besonders der Anzahl der Bereitschaftsdienste pro Monat, und die Ausweitung des Geltungsbereichs der Tarifverträge auf alle Ärztinnen und Ärzte sind Ziele, die in den bevorstehenden Tarifverhandlungen erreicht werden müssen.

Vereinbarkeit Privatleben und Beruf

Wie kein anderes Thema hat sich die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf in den vergangenen Jahren entwickelt. Hielten eine work-life-balance in der MB Mitgliederbefragung 2007 noch 33 % der angestellten Ärztinnen und Ärzte für am wichtigsten und 30 % für sehr wichtig, so waren dieses Thema 2010 bereits für 55 % am wichtigsten und weitere 29 % sehr

wichtig. Der Marburger Bund hat es sich zum Ziel gesetzt, die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit in der Medizin und vor allem in Krankenhäusern zu fördern. Familienfreundliche Arbeitszeiten sind planbar und zuverlässig. Eine Kinderbetreuung, die die tatsächlichen Dienstzeiten abdeckt, ist auch für Kinder von Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten. Teilzeitmitarbeiter sind vollwertige Mitarbeiter und gleichwertig zu fördern.

Eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann wesentlich zu größerer Motivation und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten beitragen. Ein Arbeitgeber, der familienfreundliche Arbeitsbedingungen anbietet, ist attraktiv und hat Standort- und Wettbewerbsvorteile. Mit der 2007 gestarteten Kampagne „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ will der Marburger Bund die Krankenhäuser von den Vorteilen familienfreundlicher Arbeitsbedingungen überzeugen und ihnen helfen, Vereinbarkeit herzustellen.

Neue Führungs- und Mitarbeiterkultur

Bereits seit vielen Jahren beklagen Ärztinnen und Ärzte unzeitgemäße, hierarchische Strukturen in den deutschen Krankenhäusern. Sie führen zu Frustrationen gerade bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten.

Um kreative Potenziale aller Ärztinnen und Ärzte zu fördern, ist die Einführung teamorientierter Strukturen in Aufbau- und Ablauforganisation dringend erforderlich. Dazu gehört, dass Führungsstil und der Umgang unter den Ärztinnen und Ärzten bereits in der Abteilung fallbezogen partizipativer wird. Abteilungsziele müssen beispielsweise gemeinsam besprochen und festgelegt werden. Die Ansprache erfolgt kollegial und sachangemessen. Mitarbeitergespräche sollen regelmäßig und strukturiert geführt und dokumentiert werden.

Eine moderne Führungs- und Mitarbeiterkultur bindet Ärztinnen und Ärzte an ein Haus und führt zu mehr Bewerbungen auf vakante Stellen.

Prozesse optimieren – Bürokratie eindämmen

Wie jedes Unternehmen muss sich auch das Krankenhaus ständig ändernden Rahmenbedingungen anpassen. Im modernen Medizinbetrieb ist eine kontinuierliche Prozessoptimierung in den Dimensionen medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit notwendig. Effektive Optimierung und Steuerung setzen klare Ziele voraus und die Festlegung von Parametern, an denen die Erreichung der Ziele ablesbar ist.

Ärztinnen und Ärzte sind von bürokratischen Tätigkeiten, die nicht unmittelbar die medizinische Versorgung der Patienten dokumentieren, sondern ausschließlich Abrechnungs- und sonstigen administrativen Zwecken dienen, zu entlasten.

Der Marburger Bund fordert die Krankenhausarbeitgeber auf, die bürokratischen Belastungen der Ärztinnen und Ärzte endlich gezielt zu analysieren und unnütze Bürokratie zu beseitigen.

Gesundheitsmanagement im Krankenhaus

Mit Sorge sieht der Marburger Bund, dass die ständig steigende Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte immer häufiger krank macht. Auch Ärztinnen und Ärzte leiden bei Überlastung an körperlicher, geistiger und emotionaler Erschöpfung.

Krankenhausleitungen müssen dies erkennen und Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser schützen. Der Marburger Bund fordert ein Krankenhaus, das die Gesundheit seiner Mitarbeiter schützt!

Durch gute Arbeitsbedingungen und Lebensqualität am Arbeitsplatz werden die Gesundheit und die Motivation nachhaltig gefördert, Produktivität und Innovationsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht und die Qualität der Arbeit insgesamt verbessert. Der Marburger Bund fordert die Krankenhausträger auf, flächendeckend ein betriebliches Gesundheitsmanagement zum Zwecke der Erhaltung und des Ausbaus der Arbeitsbewältigungsfähigkeiten der Mitarbeiter einführen.

Beschluss Nr. 2 POSITIONSPAPIER DES MARBURGER BUNDES ZU DEN ARBEITSBEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Ökonomisierung der Medizin im Krankenhaus droht zu einem Attraktivitätsverlust des Arbeitsplatzes für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zu führen. Um den Arbeitsplatz Krankenhaus für Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu gestalten, Ärztemangel vorzubeugen, die Berufszufriedenheit zu erhöhen und somit die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, hat der Marburger Bund ein Papier zu den Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus erstellt. Auf Grund der sich ändernden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wird es ein Papier sein, das einer regelmäßigen Überarbeitung bedarf. Auch hat das Papier verschiedene ärztliche Interessen zu berücksichtigen, da die Ansprüche an den ärztlichen Arbeitsplatz von einem Assistenten, der sich in Weiterbildung befindet, anders betrachtet wird, als von einem Facharzt, der hier seine Lebensaufgabe sieht und mit besonderen Aufgaben betraut ist.

Um eine hochwertige ärztliche Behandlung und eine humane Betreuung kranker Menschen im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen nach Auffassung des Marburger Bundes folgende Voraussetzungen gewährleistet sein:

1. Präambel

Krankenhäuser existieren, um kranken Menschen mit den Mitteln des Krankenhauses zu helfen. Sie sind Teil der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus hat einen zutiefst sozialen und humanen Auftrag. Krankenhäuser sind nicht primär dazu da, ökonomische oder Mitarbeiterinteressen zu befriedigen. Gleichzeitig befinden sich Krankenhäuser aber in einem wirtschaftlichen Umfeld und können ökonomische Interessen nicht ausblenden. Daher ist es wichtig, dass die Gewährleistung einer umfassenden hohen Qualität der Patientenversorgung sowie die Bedeutung der Mitarbeitergesundheit hierfür verbindlich in die Statuten, Leitbilder, bzw. Geschäftsordnungen des Unternehmens aufzunehmen sind. Interessen der Patientenversorgung haben Vorrang vor ökonomischen Interessen.

2. Formale Rahmenbedingungen

Eine hochwertige Behandlung und eine humane Betreuung kann nur erfolgen, wenn Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätze im Krankenhaus hochwertig und human ausgestaltet sind.

2.1. Krankenhäuser bieten ihren Ärzten Arbeitsverträge nach Tarifvereinbarungen des Marburger Bundes an, denen sie durch Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden

verpflichtet sind oder direkt mit dem Marburger Bund geschlossen haben. Befristungen dürfen sich lediglich nach dem Weiterbildungsbefristungsgesetz für Ärzte richten. Im Bereich des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes soll die Mindestbefristungsdauer zwei Jahre betragen.

- 2.2. Das Arbeitszeitgesetz ist einzuhalten. Bei Arbeitszeitverstößen sind unverzüglich Maßnahmen durch den Arbeitgeber zu ergreifen. Das entsprechende Urteil des Europäischen Gerichtshofs ist umzusetzen.
- 2.3. Die Arbeitszeit von Ärzten wird durch Zeiterfassungsgeräte (ohne Kappung) wahrheitsgemäß exakt erfasst. Da die ärztliche Tätigkeit sui generis eine exakte Einhaltung von Dienstplänen aus Gründen des Patientenwohls nicht immer möglich macht, stellt ein ärztlicher Arbeitszeitbeauftragter die Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen sicher.
- 2.4. Außertarifliche Verträge sind zu vermeiden. Die jeweils gültige tarifliche Gehaltshöhe ist die garantierte Mindestsumme, von der im Ausnahmefall übertariflich abgewichen werden kann.

3. Mitarbeiterorientierung

- 3.1. Das Unternehmen garantiert eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter für die Arbeit am Patienten. Die Zahl der zu betreuenden Patienten pro Arzt auf einer Station muss sich zum einen nach dem Qualifikationsgrad des Arztes richten, zum anderen nach den Forderungen, wie sie unter 4. bei Patientenorientierung beschrieben sind. Die derzeitige Anzahl von Fällen pro Arzt mag zwar ein ökonomischer Benchmark sein, er dient aber nicht der Patientenzufriedenheit und ist zum anderen einer der Hauptgründe der Arbeitsunzufriedenheit von Ärzten. Auf chirurgischen Stationen ist trotz laufenden OP-Programms ein Arzt pro Station vorzusehen. Jede Station, auch interdisziplinäre Stationen mit reinen „Belegbetten“, soll über eigene Stationsärzte verfügen.
- 3.2. Die Weiterbildung der Mitarbeiter wird systematisch nach den Weiterbildungscurricula der Ärztekammern und während der Arbeitszeiten gemeinsam mit den Mitarbeitern organisiert und durchgeführt. Sie muss auch in Teilzeit möglich sein. Eine gute Weiterbildung für alle ist ein wesentliches Qualitätskriterium für das Krankenhaus. Die Ergebnisse werden regelmäßig im Rahmen der Umfrage zur Weiterbildung der Landesärztekammern evaluiert.
- 3.3. Ärzte, die zur Weiterbildung befugt sind, bzw. im Rahmen der Delegation verantwortlich sind, erhalten hierfür ausreichenden zeitlichen Spielraum.
- 3.4. Der Lehre an den Universitätskliniken und in akademischen Lehrkrankenhäusern muss wieder ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, in dem sie mit ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet wird.
- 3.5. Die tarifvertraglich zugesicherte Fortbildungszeit ist vom Mitarbeiter frei zu gestalten. Wenn sie den Abteilungszielen entspricht, ist sie vom Arbeitgeber vollumfänglich zu finanzieren.
- 3.6. Für zusätzliche Fortbildungen, die in Mitarbeitergesprächen zur Weiterqualifizierung des Mitarbeiters und der Weiterentwicklung der Abteilung besprochen wurden, sind die zeitlichen und finanziellen Ressourcen vom Arbeitgeber bereitzustellen.

- 3.7. Jede Abteilung erhält ein ausreichendes Finanzbudget zur Realisierung ihrer ärztlichen Fortbildungsaktivitäten.
- 3.8. Der Führungsstil im Unternehmen soll kollegial, partizipativ und nachvollziehbar sein und Bedürfnisse der Mitarbeiter angemessen berücksichtigen.
- 3.9. Organisatorische und funktionale Hierarchien dürfen nicht als Machtinstrument missbraucht werden.
- 3.10. Mitarbeitergespräche werden strukturiert und mindestens jährlich geführt und dokumentiert. Dabei ist auf die Entwicklungsmöglichkeiten und Wünsche des Mitarbeiters adäquat einzugehen.
- 3.11. Ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Wünschen und Beschwerden ist vorhanden.
- 3.12. Es werden regelmäßig Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und der Sicherheitskultur durchgeführt. Die Ergebnisse werden abteilungsintern diskutiert, analysiert und Verbesserungen in der Folge umgesetzt. Eine benachteiligende Rückverfolgbarkeit auf einzelne Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Die Personalvertretung (Betriebsrat, Personalrat, etc.) ist entsprechend zu beteiligen.
- 3.13. Für häufige oder besonders relevante Krankheitsbilder der Abteilung werden die offiziellen Leitlinien und "standard operating procedures" der Fachgesellschaften, bzw. der Bundesärztekammer mit den Beteiligten berufsgruppen- und hierarchieübergreifend an die Abteilungsstrukturen angepasst. Die Umsetzung wird evaluiert.
- 3.14. Die Arbeitsbedingungen sind familienfreundlich zu gestalten. Teilzeitarbeit muss zuverlässig planbar sein. Eine Kinderbetreuung, die die Dienstzeiten abdeckt, ist vorzuhalten. Teilzeitmitarbeiter sind vollwertige Mitarbeiter und gleichwertig zu fördern.

4. Patientenorientierung

- 4.1. Zur Förderung der Patientenorientierung werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden mit den Beteiligten diskutiert, analysiert und Verbesserungen in der Folge umgesetzt. Eine benachteiligende Rückverfolgbarkeit auf einzelne Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Die Personalvertretung (Betriebsrat, Personalrat, etc.) ist entsprechend zu beteiligen.
- 4.2. Zur Wahrung der Intimität des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist auf jeder Station ein Untersuchungs- und Beratungszimmer vorzuhalten, in dem eine klinische Untersuchung und vertrauliche Gespräche mit dem Patienten und oder den Angehörigen möglich sind.
- 4.3. Für Gespräche mit Patienten und Angehörigen steht ärztlichen Ansprechpartner ausreichend Zeit zur Verfügung.
- 4.4. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement als eigenständige Einrichtung zur Unterstützung der Patientenversorgung ist vorzuhalten.

5. Konkrete Anforderungen an Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten

- 5.1. Ärztinnen und Ärzte werden von berufsfremden Tätigkeiten (z. B. DRG-Kodierung, Organisieren und Einheften von Befunden) beispielsweise durch Stationssekretärinnen und Dokumentationsassistenten, entlastet.
- 5.2. Auf jeder Station ist ein Untersuchungs- und Beratungszimmer, das dieser Funktion gerecht wird, vorhanden (s. 4.2).
- 5.3. Dienstzimmer sind ausreichend dimensioniert und ausgestattet. In einem Arztarbeitszimmer sollen nie mehr als 2 Ärzte gleichzeitig arbeiten müssen. Auch wenn eine offene Raumstruktur vorteilhaft sein kann, muss ein Diktieren in Ruhe möglich sein.
- 5.4. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie ist für Dokumentationszwecke, für Statistik und für die Gewinnung wissenschaftlicher Informationen rund um die Uhr verfügbar. Computerarbeitsplätze mit Internet-Zugang stehen in jedem Arztzimmer in ausreichender Anzahl zur Verfügung.
- 5.5. Krankenhausinformationssysteme müssen mehr als bisher auf die Arbeitsabläufe von Ärzten ausgerichtet sein.
- 5.6. Insbesondere Bereitschaftsdienstzimmer sind ansprechend (§ 5 ArbSchG) ausgestattet und frei von Lärmbelästigung.
- 5.7. Bei der Auswahl von ärztlichem Personal haben die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Abteilung bzw. Organisationseinheit eine Mitsprachemöglichkeit.
- 5.8. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Fragen der Kommunikation, Organisation sowie des Konfliktmanagements geschult.
- 5.9. Zur Verbesserung der Patientensicherheit werden valide Verfahren wie bspw. zur Hygiene, zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, zur Arzneimitteltherapiesicherheit oder zur Kommunikation im Schadensfall eingeführt.
- 5.10. Ein funktionierendes Fehlerlern-, Qualitäts- und Risikomanagementsystem (CIRS) wird eingeführt und von der Krankenhausleitung im Sinne einer praktizierten Sicherheitskultur vorgelebt.
- 5.11. Abteilungsziele werden gemeinsam mit den Ärzten besprochen.
- 5.12. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen finden regelmäßig und systematisch unter Teilnahme aller relevanten Berufsgruppen statt und werden dokumentiert. Schlussfolgerungen aus diesen Konferenzen werden verbindlich umgesetzt.
- 5.13. Auf Abteilungsbesprechungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens quartalsweise über die Kosten der veranlassten Diagnostik sowie der medikamentösen und anderer Therapieformen informiert. Desgleichen wird über Stations-, Abteilungs- und Klinikbelegung unterrichtet. Qualitäts- und Kostentransparenz ist dabei herzustellen.

Zusammenfassung:

Die oben genannten Arbeitsplatzbedingungen ermöglichen Ärzten eine hohe Zufriedenheit bei der Ausübung ihres Berufes und sind somit auch Garant einer optimalen Patientenversorgung.

Anmerkung: der Begriff "Arzt" oder "ärztlich" umfasst Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen.

**Beschluss Nr. 3 PERSONALAUSSTATTUNG IN KRANKENHÄUSERN
VERBESSERN**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert zum Schutz der angestellten Ärztinnen und Ärzte und der anderen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus, die Personalausstattung der Kliniken so zu verbessern, dass das Risiko der Arbeitsüberlastung und damit des Burn-Outs verringert wird.

**Beschluss Nr. 4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN JEDEM
KRANKENHAUS**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund setzt sich dafür ein, in allen Universitätskliniken und Krankenhäusern Programme betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln und anzuwenden. Er sieht darin eine wichtige Chance auch dem Phänomen des "Burn-Outs" bei Krankenhausärztinnen und -ärzten und anderen Beschäftigtengruppen entgegenzuwirken. Dabei kommt dem betriebsärztlichen Dienst eine zentrale Rolle zu. Vor dem Hintergrund des bereits bestehenden und für die Zukunft noch stärker drohenden Fachkräftemangels muss es ein betriebliches Ziel sein, die Arbeitskraft, Leistungsfähigkeit und Motivation der ärztlichen wie nicht-ärztlichen Mitarbeiter zu schützen und mit den betrieblich möglichen Mitteln zu fördern.

Der Marburger Bund sieht darin eine gemeinsame Aufgabe der Betriebs- und Abteilungsleitungen, Betriebsärzte, Personalabteilungen und Mitarbeitervertretungen. Insbesondere der Beitrag der betriebsärztlichen Dienste zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist ein oft unterschätzter, aber zentraler Faktor für die Attraktivität und bewußte Personalentwicklung der Kliniken. Darin liegt eine große und bislang unzureichend genutzte Chance für die Bindung qualifizierter und erfahrener Fachkräfte.

**Beschluss Nr. 5 DANK AN DIE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE AN DEN
UNIVERSITÄTS-KLINIKA**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes bedankt sich für die Streikbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte an den Universitätsklinika. Er warnt die Arbeitgeber, den Willen der Ärzte auf dem Weg zu Tarifabschlüssen, die eine Vergleichbarkeit mit den Bedingungen in den Nachbarländern zulassen, zu unterschätzen.

Ein eventuelles Zurückfallen der Bedingungen an Universitätsklinika an das Ende aller Tarifbereiche werden die Ärztinnen und Ärzte und der Marburger Bund nicht tolerieren.

**Beschluss Nr. 6 MINDESTSTANDARDS FÜR DEN ÄRZTLICHEN
ARBEITSPLATZ**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Bundesvorstand des Marburger Bundes möge Mindestanforderungen und Standards für das ärztliche Arbeitszimmer, Bereitschaftsdienstzimmer und Umkleieräume in einem transparenten und kontinuierlichen Prozess formulieren. Diese Standards sollen allen Ärztinnen und Ärzten frei zugänglich sein. Der Marburger Bund möge die Möglichkeit schaffen, basierend auf diesen Standards Arbeitgeber auszuzeichnen.

**Beschluss Nr. 7 FINANZIERUNG QUALITATIV HOCHWERTIGER STATIONÄRER
VERSORGUNG SICHERN**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber eindringlich auf, neben der Verbesserung der Strukturen im ambulanten Bereich auch die Sicherung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung im Blick zu haben. Neben dem immer deutlicher werdenden Ärztemangel im Krankenhaus droht auch die unzureichende Finanzierung zu einer schwerwiegenden Belastung für die stationäre Versorgung zu werden.

Während für den ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes zu Recht Verbesserungen der Finanzierung vorgesehen sind (z.B. Abschaffung der Grundlohnratenbegrenzung für die zahnärztliche Versorgung), bleibt der stationäre Bereich nicht nur unberücksichtigt, sondern muss in Folge der durch das GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehenen Regelungen spürbare und dauerhafte Kürzungen hinnehmen.

Der Marburger Bund fordert deshalb

- den bereits durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 eingeführten Orientierungswert endlich in Kraft zu setzen,

- die Regeln für die Ermittlung des Basisfallwertes so zu ändern, dass die allgemeine Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich mit dem Landesbasisfallwert finanziert werden kann, wie dies auch der Bundesrat fordert,
- die für das Jahr 2012 zu Lasten der Krankenhäuser vorgesehenen Kürzungen wieder aufzuheben (Minderung der Veränderungsrate um 0,5 % / Kürzungen bei vereinbarten Mehrleistungen).

Beschluss Nr. 8 AUFHEBUNG DER BINDUNG AN DIE GRUNDLOHNSUMME

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Aufhebung der Grundlohnbindung zur Finanzierung des Krankenhausbetriebes in Deutschland. Preissteigerungen durch Personal- und Sachkosten müssen vollständig über Leistungsentgelte ausgeglichen werden.

Beschluss Nr. 9 KEINE ABSENKUNG DER VERÄNDERUNGSRATE

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, die geplante Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkte für 2012 zurückzunehmen und die Koppelung des Basisfallwerts an den zugesagten Orientierungswert festzuschreiben. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass Personalkostensteigerungen, die sich durch tarifvertraglich vereinbarte Entgelterhöhungen ergeben, ausgeglichen werden. Die im Wesentlichen durch demografische Entwicklung bedingten Mehrleistungen können nicht weiter durch Rationalisierung aufgefangen werden. Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass Mehrleistungen auch in vollem Umfang finanziert werden.

Beschluss Nr. 10 KEINE ABSENKUNG DER VERÄNDERUNGSRATE

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Rücknahme der geplanten Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkte für 2012 und die Einführung einer Kopplung des Basisfallwerts an den zugesagten Orientierungswert mit einem Ausgleich der tarifvertraglich bedingten Personalkostensteigerungen.

**Beschluss Nr. 11 LEISTUNGSSTEIGERUNGEN BEIM BASISFALLWERT
BERÜCKSICHTIGEN**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert eine Streichung der Regelung im GKV-Finanzierungsgesetz, die beinhaltet, dass Leistungssteigerungen der Klinik bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes absenkend zu berücksichtigen sind.

**Beschluss Nr. 12 FINANZIELLE ANREIZE FÜR VERSORGUNGSSCHWACHE
REGIONEN AUCH IM STATIONÄREN SEKTOR**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die Stärkung der ambulanten Versorgung in unterversorgten Regionen im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes durch finanzielle Anreize.

Der zunehmende Ärztemangel in unterversorgten Regionen betrifft aber nicht nur den ambulanten Sektor. Auch Kliniken können nur durch deutliche finanzielle Anreize - über den vereinbarten Tarifgehältern - den ärztlichen Personalmangel abmildern.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den Kliniken hierfür einen finanziellen Ausgleich zu schaffen.

**Beschluss Nr. 13 BESCHÄFTIGTENDATENSCHUTZGESETZ –
GRUNDRECHTSSCHUTZ ERHALTEN UND VERBESSERN**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, von den aktuellen Änderungsvorschlägen des Bundesinnenministeriums betreffend den Gesetzentwurf zum Beschäftigtendatenschutzgesetz Abstand zu nehmen und das Gesetzgebungsverfahren zu stoppen.

Der ursprüngliche Ansatz, den Beschäftigtendatenschutz aufzuwerten, würde durch die bekannt gewordenen Pläne des Bundesinnenministeriums ins Gegenteil verkehrt. Ein Gesetz, das den Datenschutz durch Ausnahmeregelungen aus den Angeln hebt und überall neue Einfallstore für den Datenmissbrauch schafft, schadet allen Beschäftigten, auch denen in den Krankenhäusern.

Das Bundesministerium des Inneren plant, die ursprüngliche Fassung des Regierungsentwurfs zum Beschäftigtendatenschutzgesetz in etlichen Punkten zu Lasten der Beschäftigten deutlich zu verschlechtern. So sollen die Möglichkeiten ausgeweitet werden, durch Einholung einer individuellen Einwilligung in Bewerbungsverfahren die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von Daten zu rechtfertigen. Darüber hinaus sehen die Pläne vor, dass vom gesetzlichen Schutzstandard für Mitarbeiterdaten abgewichen werden kann,

wenn entsprechende Betriebs- oder Dienstvereinbarungen vorliegen. Geplant sind weiterhin die Möglichkeit zur Beschäftigtendatenübermittlung und -speicherung innerhalb von Konzernen und eine Ausweitung der Videoüberwachung am Arbeitsplatz.

Diese Vorschläge bedeuten keine Reform des Beschäftigtendatenschutzes zum Vorteil der Arbeitnehmer, sondern einen Rückschritt zu ihren Lasten. Insbesondere nach den in jüngster Zeit bekannt gewordenen Datenschutzverstößen in großen Unternehmen lehnt der Marburger Bund die jetzt angedachte Normierung unterhalb der Standards des Bundesdatenschutzgesetzes und damit eine Weiterverfolgung des Gesetzesvorhabens in der vorliegenden Form strikt ab. Ein Beschäftigtendatenschutzgesetz macht nur Sinn, wenn es einen effektiven internen betrieblichen Datenschutz gewährleistet und gleichzeitig den Schutz der Arbeitnehmer vor Kontrolle und Überwachung durch den Arbeitgeber garantiert.

Beschluss Nr. 14 ÄNDERUNG DER APPROBATIONSORDNUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes begrüßt die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung. Wie bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf fordert der Marburger Bund eine Überarbeitung der Ausgestaltung des Praktischen Jahres mit einer so rasch als möglich vorgenommenen Aufteilung des 2. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung, freier Wahl der Lehrkrankenhäuser, Lehrveranstaltungsangeboten für PJ-Studenten sowie die offizielle Festsetzung eines Studientages pro Woche ohne Anwesenheitspflicht.

Beschluss Nr. 15 MINDESTANFORDERUNG AN DAS MEDIZINSTUDIUM BEIBEHALTEN: 6 JAHRE UND 5500 STUNDEN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Für die ärztliche Ausbildung muss es in der Berufsanerkennungsrichtlinie der Europäischen Union dabei bleiben, dass die Mindestausbildungsdauer für die medizinische Grundausbildung sechs Jahre und 5500 Unterrichtsstunden umfasst. Die Kombination aus einer Mindestanzahl an Stunden und Studienjahren stellt sicher, dass alle für den ärztlichen Beruf notwendigen Kenntnisse über einen angemessenen Zeitraum und ohne übermäßigen Zeitdruck erworben werden können.

Der Marburger Bund lehnt die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur im Studium der Humanmedizin ab. Ein Medizinstudium, das mit dem Staatsexamen abgeschlossen wird, muss zur Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung erhalten bleiben.

Beschluss Nr. 16 ERHÖHUNG DER STUDIENPLATZZAHLEN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund sieht in einer höheren Attraktivität der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Weiterbildung den entscheidenden Ansatzpunkt zu einer Verbesserung der Stellenbesetzung in den deutschen Krankenhäusern.

Vor allem wegen der gestiegenen Erwartungen von Männern und Frauen an ein besseres Gleichgewicht von beruflicher und privater Zeit gehört dazu auf Dauer eine zunehmende Zahl von Teilzeitmodellen in der Berufsausübung.

Um die gleiche Arbeitsmenge zu bewältigen, werden dann mehr erfolgreiche Studienabsolventen benötigt.

Der Marburger Bund setzt sich deshalb für eine Erhöhung der Studienplatzzahlen an deutschen Universitäten ein, unter der Voraussetzung, dass die Qualität der bestehenden Ausbildung nicht beeinträchtigt wird. Dazu müssen die Mittel für das Studium, die Ausbildung und die Lehre entsprechend erhöht werden.

Beschluss Nr. 17 ÄRZTLICHE GESPRÄCHSFÜHRUNG IN DER MEDIZINISCHEN AUSBILDUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert eine stärkere Integration regelmäßiger Kommunikationstrainings auch durch Ärztinnen und Ärzte in die medizinische Ausbildung.

Beschluss Nr. 18 WEITERBILDUNG – KERNAUFGABE DER ÄRZTEKAMMERN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund appelliert an den neuen Vorstand und die neue Geschäftsführung der Bundesärztekammer, bei der Aufgabenverteilung die Fort- und Weiterbildung als ureigenste Aufgabe der Ärzteschaft angemessen und damit stärker zu berücksichtigen.

Für die anstehenden Aufgaben [Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung], Evaluation) ist eine adäquate, bessere personelle Ausstattung unerlässlich.

Beschluss Nr. 19 FINANZIERUNG DER ÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte muss ein wesentliches Anliegen des Gesundheitswesens sein. Eine substantielle ärztliche Weiterbildung erfordert umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen. Die Bereitstellung dieser Ressourcen in einer weiterbildenden Klinik ist bisher in der Krankenhausfinanzierung nicht ausreichend berücksichtigt. Der Marburger Bund hält aber eine adäquate zusätzliche finanzielle Ausstattung für erforderlich.

Beschluss Nr. 20 EVALUATION DER WEITERBILDUNG FORTSETZEN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund erwartet von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern, dass der Prozess einer inhaltlichen, strukturellen und organisatorischen Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung fortgesetzt und dazu auch die Evaluation der Weiterbildung weiterentwickelt wird.

Auf der Grundlage der Erfahrungen aus den Befragungen 2009 und 2011 müssen Stärken und Schwächen analysiert und Verbesserungspotenziale aufgezeigt und zügig umgesetzt werden. Die hohe Qualität ärztlicher Weiterbildung ist ein wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens. Sie kontinuierlich zu verbessern bedarf der gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten.

Der Marburger Bund ist an diesem Prozess zu beteiligen.

Beschluss Nr. 21 FREISTELLUNG FÜR FORTBILDUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Tarifgremien auf, bei zukünftigen Verhandlungen sich dafür einzusetzen, dass für die Teilnahme an Fortbildungen und Kongressen mit eigenem Beitrag (Poster, Vortrag, Workshop, Vorsitz) dem entsprechenden Mitarbeiter eine bezahlte Freistellung eingeräumt wird.

Beschluss Nr. 22 ZUGANG ZU MORBIDITÄTSDATEN AUCH FÜR DIE ÄRZTEKAMMERN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert für die Landesärztekammern den Zugang zu den so genannten Routinedaten, die bei der Abrechnung medizinischer Leistungen durch die Krankenkassen gewonnen werden, im Versorgungsstrukturgesetz festzuschreiben.

Durch diese Daten werden Morbidität der Bevölkerung und der Versorgungsbedarf abgebildet.

Als Gestalter und Garant der ärztlichen Qualifikation benötigen die Landesärztekammern diese Daten, um ihre Aufgabe in der Sicherstellung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung adäquat wahrnehmen zu können.

Beschluss Nr. 23 EINBINDUNG DER REHA-KLINIKEN IN DIE VERSORGUNGSKETTE

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert im Sinne einer geschlossenen Versorgungskette und zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes der Patienten die Einbindung der Rehabilitationskliniken in diese Versorgungsstrukturen.

Dazu gehört eine verbindliche Zulassung von AHB-Einrichtungen für alle Patienten der Sozialversicherungsträger auf der Basis einheitlicher Standards.

Beschluss Nr. 24 POOLBETEILIGUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Landesregierungen werden aufgefordert, klare Regeln für die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an privatärztlich erbrachten Leistungen gesetzlich zu verankern. Insbesondere soll der Nutzkostenabschlag, den die Kliniken einbehalten dürfen, auf einen realistischen Betrag festgeschrieben werden. Der Rest der Summe ist verpflichtend an die ärztlichen Mitarbeiter auszuschütten. Primär beteiligt werden sollen die Ärzte, die die entsprechenden Leistungen erbringen, wie es auch in der Berufsordnung festgelegt ist.

Beschluss Nr. 25 DAS NEUE ENTGELTSYSTEM IN DER PSYCHIATRIE MUSS DIE TATSÄCHLICHEN ARBEITSBEDINGUNGEN ABBILDEN

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, das kommende Entgeltsystem für die psychiatrischen Kliniken so zu überarbeiten und anzupassen, dass die Breite des komplexen Behandlungsbedarfs der Menschen mit psychischen Erkrankungen besser und realistischer abgebildet wird.

Bei der Überarbeitung müssen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die in der Akutversorgung tätig sind, eingebunden werden.

**Beschluss Nr. 26 MUSTERARBEITSVERTRÄGE UND TARIFBINDUNG FÜR
BESCHÄFTIGUNG AN MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Vorstand und die Tarifgremien des Marburger Bundes werden aufgefordert, die Anstrengungen bei der Interessenvertretung von angestellten Ärztinnen und Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsarztpraxen mit dem Ziel zu verstärken, tarifvertragliche Regelungen der Arbeitsbedingungen zu erreichen.

**Beschluss Nr. 27 KILOMETERPAUSCHALE ANSTATT
ENTFERNUNGSPAUSCHALE**

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund setzt sich dafür ein, auf den Gesetzgeber einzuwirken, um eine Änderung der Entfernungspauschale im Einkommensteuergesetz (EStG) zu erreichen. Anstelle der Entfernungspauschale soll der jetzige Wert für eine „Kilometerpauschale“ der genutzten Verkehrsmittel eingesetzt werden, d. h. der tatsächlich zurückgelegte Weg zur Arbeitsstätte.

Dies soll einer steuerlich gerechteren Berücksichtigung nutzen, dass der Arbeitnehmer in der Regel nicht am Werkstor respektive Krankenhausporte wohnt und Aufwendungen zum Erreichen seines Arbeitsplatzes hat.

Beschluss Nr. 28 ENTLASTUNG

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Haushaltsabrechnung und der Bericht der Kassenprüfer für das Jahr 2010 werden entgegengenommen und genehmigt.

Dem Vorstand und der Hauptgeschäftsführung werden für das Jahr 2010 Entlastung erteilt.

Berlin, den 04./05. November 2011