

## Zur Situation der nachgeordneten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte

Referat auf dem 101. Deutschen Ärztetag

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wie vorhergesagt haben sich die Arbeitsbedingungen für Krankenhausärztinnen und -ärzte in den letzten fünf Jahren grundlegend geändert. Die Niederlassungssperre und befristete Verträge verbauen den Ärztinnen und Ärzten eine langfristige berufliche Perspektive. Standen früher einer fünf- bis siebenjährigen intensiven Zeit als Assistenzarzt ca. dreißig Berufsjahre als niedergelassener Arzt entgegen, so droht dem nachgeordneten Arzt der Gegenwart die Arbeitslosigkeit, sobald sein befristeter Arbeitsvertrag endet. Aus dem »Durchlauferhitzer« Krankenhaus wird eine Produktionsstätte von hochqualifizierten Arbeitslosen.

Durch diese *Perspektivlosigkeit* wurde der *Grundkonsens im ärztlichen Dienst im Krankenhaus gekündigt*. Die Arbeitsbedingungen eines nachgeordneten Arztes waren nie mit arbeits- und tarifrechtlichen Vorschriften in Einklang zu bringen, weil es darum ging, Patienten zu versorgen oder Gespräche mit Angehörigen und Kollegen zu führen. Es entstanden Mehrarbeit, Härten und eine überdimensionale Arbeitsbelastung, die so in keinem anderen Berufsstand denkbar wären. Diese Belastungen wurden ertragen mit der Aussicht auf eine freiere und selbstbestimmte Arbeit in der Praxis oder eine eigenverantwortliche Stelle im Krankenhaus. Oder, wie es ein Assistenzarzt neulich sagte: »Das ist das Schöne in der Medizin: was uns aufrecht erhält, ist der Traum von einem besseren Leben«. Es gibt kein besseres Leben mehr.

Die Arbeitsbedingungen von Assistenzärztinnen und -ärzten sind einmalig: 70 bis 80% aller Assistenzärztinnen und -ärzte haben befristete Arbeitsverträge mit einer Laufzeit von ein bis zwei Jahren. Diese können am Ende der Laufzeit ohne jede Begründung und ohne jegliche Möglichkeit der Gegenwehr beendet werden. Diese *Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes* führt dazu, daß man um keinen Preis unangenehm auffallen möchte. Konflikte bleiben verborgen, Mißstände und Mehrarbeit können auf den ärztlichen Dienst abgewälzt werden, ohne daß mit größeren Klagen gerechnet werden müßte.

Aus dem anerkannten Stationsarzt ist in sehr vielen Fällen der Ausputzer der Station oder der »Patienten-Dispatcher« geworden, der sich abmüht, allen Anforderungen seiner Umgebung gerecht zu werden, seien es Anordnungen von Vorgesetzten, von Stationsschwestern, Bitten von Patienten und Angehörigen, Anfragen von Krankenkassen oder der Verwaltung. Der mundtot gemachte Assistenzarzt wird *überfrachtet mit arztfremden Tätigkeiten*. Die Formularflut in den Arztzimmern ist enorm. Für Formulare wird inzwischen mehr Zeit in Anspruch genommen als für die reine Patientenversorgung. Was mit diesen Formularen geschieht, entzieht sich der Erkenntnis des Arztes. Sie verschwinden in der Administration und bleiben für den Arzt ohne jeden Sinn.

Für einen Krankenhausarzt ist es nahezu beglückend zu erfahren, daß externe Unternehmensberater die Zeit für eine chirurgische Visite mit ein bis zwei Minuten pro Patient, die Zeit für die Betreuung von schwerstkranken Bestrahlungspatienten mit elf Minuten kalkulieren. Braucht der Arzt länger, ist er unwirtschaftlich, und Unwirtschaftlichkeit wird bestraft.

Aus dieser Mischung aus höchster Einsatzbereitschaft und Abhängigkeit wird nur dann Ausbeutung werden, wenn der Arzt keine *Verbündete* hat. Der unmittelbare Verbündete des nachgeordneten Arztes sollte der vorgesetzte Arzt sein. Dort gibt es nur geringes Verständnis für die Sorgen der eigenen Kolleginnen und Kollegen. Man hört, daß die Zeiten früher auch hart waren, Bereitschaftsdienste wurden überhaupt nicht bezahlt, und aus ihnen sei auch etwas geworden. Derartige Vergleiche hinken, denn die damaligen Perspektiven sind nicht mehr gegeben.

Bei einer Befragung in einem Berliner Krankenhaus lehnten es 75 % aller Chefarzte rundweg ab, Überstunden gegenzuzeichnen. Krankenhausgeschäftsführer sprechen gerne von »freiwillig geleisteten« Überstunden, die für das Haus »natürlich praktisch« sind. Eine über neunzigjährige Krankenschwester kommentierte diese Zustände folgendermaßen: »Zu meiner Zeit war das Thema ›Überstunden der Ärzte‹ schon brennend, denn daß z.B. ein Bereitschaftsdienst auch eine Schufterei von A-Z sein kann, davon haben die Grünentischmänner keine Ahnung. Und was den Umgang und die Verantwortung mit kranken Menschen angeht, davon können sie sich keinen Begriff machen und wollen sich wohl keinen machen, denn das hätte Folgen, die ihnen unlieb wären. Nur für ihre eigenen Belange haben sie Interesse.«

Frauen hatten immer einen schwereren Stand in der Medizin und sind von dieser Abhängigkeit besonders betroffen. Ärztinnen stehen immer noch unter der Erwartung, eine besondere Leistungsfähigkeit beweisen zu müssen. Klagen von Frauen über Arbeitsbelastung werden erst recht

abqualifiziert. In die Zeit der Weiterbildung fällt oft die Phase der Familienplanung. Während dieser Zeit wird – aus Kostengründen – die Stelle erst mal nicht besetzt, die anderen Kolleginnen und Kollegen müssen diese Arbeit mitmachen. Die Methode, im Krankenhaus Stellen für Schwangerschaftvertretung nicht zu besetzen, ist weit verbreitet. Sie ist frauenfeindlich.

Wer Kinder betreut, möchte gerne halbtags arbeiten. Dies wäre in vielen Fällen machbar, wenn sich zwei eine Stelle teilen. In der Wirklichkeit steht dem der Anspruch entgegen, daß

- Krankenhausärztinnen und -ärzte »immer im Dienst sind« und
- nur wer »voll« arbeitet, ein »guter« Mitarbeiter ist.

Aufgrund dieser Mischung aus Abhängigkeit und Ignoranz verkehren sich ärztliche Tugenden in ihr Gegenteil, *aus ärztlichen Primärtugenden werden Kardinalfehler:*

- aus der Einsatzbereitschaft wird Ausbeutung;
- aus der unbezahlten Überstunde wird der Arzt zum Nulltarif. (Wenn der Assistenzarzt umsonst arbeitet, warum nicht auch Ober- und Chefärzte? Berufsverbände beklagen die Tatsache, daß neu berufene Chefärzte 90 % ihrer Nebeneinnahmen an das Haus abführen müssen. Der Ausverkauf hat die Chefarztebene erreicht.)

Nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte sind in höchstem Maße erpressbar. Dies ist unter dem ökonomischen Druck für Krankenhausleitungen praktisch. Auswirkungen eines undifferenzierten Spardrucks werden über Einsparungen im ärztlichen Dienst kaschiert. Probleme und Mißmanagement werden nicht aufgearbeitet, sondern deren Folgen werden auf den ärztlichen Dienst abgewälzt. Wer sparen muß, kann dies am einfachsten über den ärztlichen Dienst tun. Befristete Verträge braucht man nicht zu verlängern. Die Fluktuation – in die Arbeitslosigkeit – kann gesteuert werden. Aus Krankenhausärztinnen und -ärzten wird eine betriebswirtschaftliche Manövriermasse. »Sie müssen das verstehen, Herr Jonitz. Wenn ich eine Arztstelle nicht besetze, habe ich auf einen Schlag über 100 000 DM gespart«, sagte ein Verwaltungsleiter.

Dagegen sorgen die Pflegeberufe dafür, daß berufsfremde Tätigkeiten sorgfältig als solche deklariert und abgelehnt werden. Auffangen darf diese der Krankenhausarzt. Unter dem Hinweis »Die Pflege geht vor«, unterbleibt aber die Unterstützung des Arztes. Dieser darf morgens zu Beginn seiner Tätigkeit eine halbe Stunde lang Blutentnahmen vorbereiten, Infusionen aufziehen und Befunde einsortieren. Der Stationsarzt wird zum Stationssekretär und zur akademisch gebildeten Arzthelferin.

Dieser Mißbrauch von Abhängigkeit führt direkt in die *weiche Rationierung, den schleichenden Qualitätsverlust*. Ein Zitat aus einer

Krankenhausfachzeitschrift: »Mit ca. 65 bis 70% stellt der Personalbereich den Hauptblock der Kosten dar. (...) Für die Krankenhausleitung bleibt die qualitative Besetzung (zum Beispiel AiP anstelle Assistenzarzt) der Stellen, die Anzahl der Stellen und Teile der variablen Personalkosten (Bereitschaftsdienste) beeinflussbar. *Die Einhaltung des extern vereinbarten Personalbudgets, vermindert um eine kalkulierte Sicherheitsrate, ist der Hauptansatzpunkt jedes Kostenmanagements.*« (Menze/Michels 1996)

Meine Damen und Herren, das heißt zum Beispiel, daß im Bereitschaftsdienst zwei anstelle von drei Ärzten Dienst tun oder daß die Krankenkasse zwar 150 Arztstellen bezahlt, tatsächlich aber nur 140 besetzt werden. Die »kalkulierte Sicherheitsrate« ist die verminderte Sicherheit bei der Patientenversorgung. Geht etwas schief, ist der Arzt schuld. *Wer* schuld ist, ist leicht zu ermitteln, *was* schuld ist, steht nicht im Mittelpunkt des Interesses.

Die Krankenhäuser müssen sparen. Aber oft wird nicht dort gespart, wo es sinnvoll wäre:

- Abbau von Bettenkapazitäten durch konsequente Einführung von prä- und poststationärer Versorgung und damit Einsparung der Kosten, die nur mit dem Bett zu tun haben, nicht mit der Patientenversorgung;
- Einsparungen im Sachmittelbereich (75 % der deutschen Krankenhausärztinnen und -ärzte werden noch nicht einmal über die Kosten der von Ihnen veranlaßten Leistungen informiert);
- Reform eines oft unflexiblen Verwaltungsapparates (Seehofer wollte mit dem SGB V erreichen, daß Krankenhäuser gemanagt und nicht mehr verwaltet werden. Dieser Anspruch ist richtig. Bei dem ausgeübten Druck gehen Krankenhäuser aber in die Defensive, aus einem Nilpferd wird nicht per Gesetz ein Springferd.)

Gespart wird vielmehr dort, wo es am leichtesten möglich ist, bei den Ärzten. »Dumm sparen«, hat dies ein anderer Verwaltungsleiter einmal genannt.

Dieses System basiert darauf, daß schlechte Auswirkungen gemeldet werden. Klagen sind aber im System nicht vorgesehen, die letztendlich Betroffenen schweigen. Wer sich beschwert, hat Sanktionen zu erwarten. Es gibt keine »gleichlangen Spieße« im Krankenhaus. Diese Politik hat im sensibelsten Bereich des Gesundheitswesens ein Loch. Alles, was im Gesundheits- und Sozialwesen irgendwo schief geht oder nicht mehr geleistet werden kann, landet irgendwann im Krankenhaus und trifft dort auf den jüngsten Arzt mit der höchsten Arbeitsbelastung. Solange von dort keine Klagen kommen, ist die Welt in Ordnung. Wenn aber Klagen kommen, wird der Vertrag nicht verlängert, der Assistent fliegt raus.

Also kommen keine Klagen. »Dabei steht fest, daß hierarchisch geführte Diskussionen (Chefarzt – Oberarzt – Assistenzarzt) wenig dazu beitragen können, das Verhalten der ärztlichen Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Autoritäres Verhalten, verbunden mit negativen Anreizen, wird immer dazu verleiten, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen« (Eichhorn 1992). *So wird aus einem Systemfehler das individuelle Versagen eines einzelnen Arztes.*

Der Spardruck auf den Krankenhäusern ist enorm und undifferenziert. Er betrifft wirtschaftliche und unwirtschaftliche Einrichtungen gleichermaßen. Einsparungen, bei profitorientierter Trägerschaft die Gewinne, sind alles. Wer zu lange Verluste macht, geht vom Markt. Da die Qualität der Patientenversorgung schlechter meßbar ist als die Einnahmen-Ausgaben-Rechnung, bleibt sie unberücksichtigt. Unter diesen Umständen Qualitätsmanagement zu betreiben, ist eine schwierige Aufgabe. Das Primat im Krankenhaus hat nicht mehr die Patientenversorgung, sondern die Ökonomie. In der Kurzformel bleibt folgende Aussage: »Vergessen sie alle Humanität. Es geht nur noch um Wirtschaftlichkeit.« Dies sagte ein ärztlicher Leiter in einer Abteilungsbesprechung nach den Pflegesatzverhandlungen. Treffender kann man die Situation nicht beschreiben.

Um wieviel weniger kann man unter diesen Umständen gestiegenen Ansprüchen gerecht werden:

- Der *medizinische Anspruch* ist gestiegen. Mit den wachsenden Möglichkeiten der Medizin steigt der Aufwand. Die Multimorbidität nimmt zu. Dies ist in der Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst deutlich spürbar. Es liegen richtig kranke Menschen auf der Normalstation. Die Genesenden sind längst – vom MDK – entlassen.
- Die *Erwartungen der Patienten* orientieren sich selbstverständlich an den Möglichkeiten der Medizin.
- Die *juristischen Anforderungen* sind gestiegen. Dokumentationspflichten gehen bis zu Risiken von 1 zu 14 Millionen. Facharzniveau wird von Gerichten vorausgesetzt. Trotzdem machen AiPler alleine Bereitschaftsdienste. Sie stehen vor dem Dilemma, als inkompetent dazustehen, wenn sie den Hintergrunddienst zu früh anrufen oder Fehler zu machen, wenn er zu spät gerufen wird. Die Arbeit des Arztes im Praktikum soll »unter Anleitung und Aufsicht« erfolgen. Dies scheint auch über mehrere Kilometer hinweg zu gelingen.
- Das Primat der Ökonomie über die Humanität führt derzeit dazu, daß Krankenhäuser keine Gesundheitszentren, sondern vielmehr *Gesundheitsfabriken* werden. Patienten werden ablaufoptimiert, prozeßgesteuert und nach Fallpauschalen und Sonderentgelten geordnet durchgeschleust. Nachgeordnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

werden verbraucht und nach vier Jahren ausgetauscht. Das Krankenhaus wird zum Verschleißbetrieb für medizinisches Personal und bietet eine wenig erfreuliche Perspektive. Fluktuationsraten von Ärzten und Schwestern in Universitätskliniken, aber auch in privat geführten Häusern, erreichen 25% und mehr, das bedeutet alle vier Jahre eine komplett neue Mannschaft auf der Stationsebene.

Fassen wir zusammen: Die Anforderungen nehmen zu, die Fallzahlen nehmen zu, die Liegezeiten nehmen ab und die Arztzahlen nehmen ab. *Weniger Ärztinnen und Ärzte behandeln mehr Patienten in kürzerer Zeit bei gestiegenem Anspruch. Die Qualität im Gesundheitswesen stirbt zentimeterweise.*

Dieser Mißbrauch ärztlicher Arbeitskraft führt zu einer *Dissoziation unseres Berufsstandes* in Besitzende und Nichtbesitzende. Die Besitzenden wähnen sich im Recht oder auf der sicheren Seite. Sie übersehen aber, daß über den Ausverkauf unseres Berufsstandes das Engagement und die Leistungsbereitschaft verloren gehen und, wenn nichts geschieht, ein beispielhaftes Gesundheitswesen in den Niedergang geführt wird.

Meine Damen und Herren, die Zeiten haben sich geändert. Nur die unreflektierte hierarchisch-militärische Struktur im ärztlichen Dienst mit z.T. skurrilen Abhängigkeiten und Privilegien sowie das Krankenhausmanagement sind grundlegend gleich geblieben. Wir können aber nicht mit den Personen und den Methoden von gestern die Probleme von heute und morgen lösen. Dies ist das eigentliche Problem im Krankenhaus.

Noch ist es der Einsatzbereitschaft der Krankenhausärztinnen und -ärzte bis zur Selbstverleugnung zu verdanken, daß die Patienten von dieser Entwicklung nicht viel spüren. Schleichende Qualitätseinbußen sind aber nicht zu vermeiden, die Zahl der Klagen über Behandlungsfehler im Krankenhaus steigt.

In kaum einem anderen Bereich unserer Gesellschaft werden sie höher qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden als im Bereich der Gesundheitsversorgung. Diese Motivation wird nicht genutzt, sondern verheizt. Wie bringt der »Faktor Arbeit« seine höchste Leistungsfähigkeit? Nach Reinhard Mohn, dem Vorstandsvorsitzenden der Bertelsmann Stiftung, braucht man folgende Voraussetzungen (Mohn 1992):

- *Sinnhaftigkeit.* Dies ist bei der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus fast immer gegeben.
- *Gerechtigkeit.* Dies ist im ärztlichen Dienst praktisch nicht gegeben: Die Arbeitsbedingungen sind ungerecht, Berufsrecht, Arbeitsrecht und Tarifrecht stehen in wesentlichen Teilen nur auf dem Papier. Praktisch kein Krankenhaus hält das Arbeits-, Tarif- oder Arbeitszeitrecht ein.

Deutsche Krankenhäuser werden nur unter flächendeckender Mißachtung geltenden Rechts betrieben. Die deutlich gestiegenen Belastungen sind zudem ungleich verteilt. Sparmaßnahmen betreffen fast ausschließlich nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte. Für leitende Ärzte mit alten Verträgen hat sich praktisch nichts geändert. An dieser Stelle noch der Hinweis auf die Pflicht zur Mitarbeiterbeteiligung bei der Privatliquidation oder beim Betrieb der KV-Ambulanz. Bei Privatrechnungen in der Zeit, in der der liquidationsberechtigte Arzt im Urlaub war, handelt es sich nicht um eine moderne Variante von Geistheilung, sondern um eine tatsächlich erbrachte, hochwertige Leistung. Nur ob hier das Geld der Leistung folgt und anschließend den oder die erreicht, die die Leistung tatsächlich persönlich erbracht hat, ist fast völlig der Willkür des leitenden Arztes unterworfen. Auch dies ist Ungerechtigkeit.

- *Humane Arbeitsbedingungen.* Die Arbeitsbedingungen für Krankenhausesärztinnen und -ärzte sind inhuman. Bereitschaftsdienste von 32 Stunden am Stück wurden bereits 1982 vom Bundesarbeitsgericht als mit den Grundsätzen der Menschenwürde unvereinbar deklariert (Bundesarbeitsgericht 1982).
- *Mitsprachemöglichkeiten.* Der ärztliche Dienst wird per Befehl und Gehorsam geführt, Konflikte werden über den Austausch der Mitarbeiter, durch innere Emigration oder Verbannung geregelt. Über medizinische Angelegenheiten wird in der Regel hierarchisch entschieden. Mitbestimmungsgremien sind für den ärztlichen Dienst fast unerreichbar. Welcher Arzt kann es sich leisten, regelmäßig ganze Tage im Personal- oder Betriebsrat zu verbringen?
- *Perspektive.* Es gibt keine erfreuliche Perspektive derzeit, weder innerhalb noch außerhalb des Krankenhauses.

*Wer einen leistungsfähigen ärztlichen Dienst im Krankenhaus will, muß umdenken.*

- (1) Der Arbeitsplatz Krankenhaus muß ein *Dauerarbeitsplatz* werden.
  - Wir können uns keine fünfzig- bis sechzigtausend hochkarätigen arbeitslose Ärztinnen und Ärzte leisten;
  - wir müssen hochqualifizierten Ärztinnen und Ärzten eine Zukunftsperspektive im Krankenhaus bieten;
  - wir müssen Arbeit auf mehr Schultern und anders verteilen.
- (2) Der steigende medizinische Anspruch erfordert eine *permanente, hohe ärztliche Qualifikation*. Die Patientenversorgung der Gegenwart erfolgt durch viele hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte und nicht einzig und allein durch einen Arzt. Die Patienten haben einen Anspruch darauf. Ein Arzt für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und

Transfusionsmedizin im Assistenzarzttranz leistet hochkarätige Arbeit (wenn man ihn läßt). Er braucht aber auch eine *andere Führung* als ein frisch approbierter 26jähriger.

(3) *Der Arbeitsplatz Krankenhaus muß im Hinblick auf die eigentliche ärztliche Leistung reformiert werden.* Zuerst kommt die angemessene und sinnvolle Patientenversorgung, dann die Kosten. Das Geld folge der Leistung. Wir brauchen ein ärztliches Controlling, das uns ermöglicht zu erkennen, welche Leistungen mit welchem medizinischen Ergebnis veranlaßt wurden. Nur dann ist erkennbar, auf welche Leistungen wir Ärztinnen und Ärzte verzichten können, ohne dem Patienten zu schaden. Die Abschaffung des »Routinethorax vor OP« ist nicht dadurch um zehn Jahre verzögert worden, weil sich Assistenzärztinnen und -ärzte dem widersetzt haben. Die derzeitigen Reformbemühungen führen lediglich dazu, daß ein bestehendes schlechtes System optimiert wird. Dies kann nicht Sinn der Reform im Krankenhaus sein.

(4) *Ärztliche Arbeit muß entfrachtet werden.* Die Bürokratie ist auf das notwendige Mindestmaß zu beschränken. Statt Stationsärzte mit Formularen zu bewerfen, um herauszufinden, was los ist, sollte man die Betroffenen fragen. Wer sich nur auf die Informationen auf dem Dienstweg verläßt, erfährt nur die halbe Wahrheit. Eine Oberarzt- oder Assistentenbesprechung kann ergiebig sein.

(5) *Wir brauchen eine weitaus bessere Administration im Krankenhaus. Eine, die die gleiche soziale Ethik den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber vorlebt, wie sie von diesen ihren Patienten gegenüber verlangt wird.* Wer seine Mitarbeiter wie Ballast behandelt, braucht sich über den Verfall der inneren Einstellung seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zu wundern. Wer anlässlich eines Managementtrainings auf die Frage, was er tue, damit seine Mitarbeiter ihn mögen, antwortet: »Meine Assistenten sollen mich nicht lieben, sie sollen mich hassen«, hat seinen Beruf als Vorgesetzter verfehlt.

(6) Wir müssen *die Patientenorientierung und die Mitarbeiterorientierung* mit Inhalt füllen. Wir haben – um Prof. Köbberling zu zitieren – zwar immer das Wohl des Patienten im Auge gehabt, aber wir Ärzte haben selber definiert, was für den Patienten das Beste ist. Für die Mitarbeiterorientierung gilt, daß nicht immer der Chef allein weiß, was für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Beste ist. Eine dreißigjährige Assistenzärztin ist kein Kind, ein 45jähriger Oberarzt kein Schuljunge. Ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind keine Kostenfaktoren, sondern das eigentliche Kapital.

(7) *»Führung im Krankenhaus«* ist neu zu definieren. Die derzeitige Technik der unhinterfragten hierarchischen Führung führt zum Mißbrauch



des eigenen Berufsstandes und zur Zementierung bestehender Mängel. Wir brauchen Krankenhausleitungen, die die Qualität ihrer Mitarbeiter beurteilen können und nicht einfach glauben, was berichtet wird. Dazu gehört auch die Beurteilung der Führungsqualität. Führung ist, was unten ankommt.

(8) Wir brauchen *ausgeruhte Ärztinnen und Ärzte*. Das bedeutet: mehr Stellen. Das Arbeitszeitgesetz ist kein Anschlag auf die ärztliche Ethik zur Verhinderung der Leistungsfähigkeit, sondern die Grundvoraussetzung dafür. Fragen Sie ihre Patienten, ob sie (oder Sie selbst), von einem Arzt behandelt werden möchten, der seit zwanzig Stunden kein Auge zugetan hat. Dies gilt auch für Universitätskliniken.

Es ist eines der unerklärlichen Phänomene der Gesundheitspolitik, daß für die Instandhaltung der Gemäuer eines Krankenhauses eher Geld bereitgestellt wird, als für die Instandhaltung der ärztlichen Arbeitskraft. Das Problem ist nicht der reine Mangel an Geld, sondern der Mangel an Umsetzung neuer Ideen. Vielleicht reicht die Diskussion auf diesem Ärztetag aus, um einiges davon in Bewegung zu setzen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Günther Jonitz  
Nibelungenstraße 5  
14476 Groß-Glienicke

#### *Literatur*

- Bundesarbeitsgericht 24.2.1982, Az. 4AZR 223/80 Sa52/79 Hamburg  
Eichhorn, S. (1992): Qualitätssicherung aus der Sicht des Krankenhausträgers. Chirurg BDC 31: 158-164  
Menze, Th.; Michels R. (1996): Controlling-Instrumente im Krankenhaus. f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 13: 200-206  
Mohn, R. (1992): Neue Ziele in der Welt der Arbeit. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung