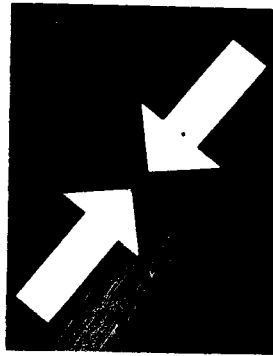


Herausgeber
Winfried Beck, Hans-Ulrich Deppe,
Renate Jäckle, Udo Schagen

Ärzte opposition



Nedkarsulm-München

1987

Medizin
aktuell 

7.7

Martin Geimer

*Die Kammeropposition in Baden-Württemberg
Ausgangslage und Wahlen**Teilnahme an den Kammerwahlen*¹¹⁸

In den frühen achtziger Jahren wurde in Mannheim der Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ) reaktiviert und bestand noch kurze Zeit als Arbeitsgruppe innerhalb der ÖTV nach der Neugliederung des Abteilungswesens. Einer der wichtigsten Motivationspunkte war das zeitlich noch unbestimmte Vorhaben, an Wahlen zu den Ärztekammern teilzunehmen. Das Vorhaben nahm konkrete Züge im Frühsommer 1982 an. Anlaß war die ärztliche Betreuung von türkischen Kurden, die in der evangelischen Studentengemeinde (ESG) einen mehrmöchigen Hungerstreik wegen ihrer politischen Verfolgung in der Türkei durchführten. Die ärztliche Betreuung teilten sich mehrere niedergelassene Kollegen und Kollegen aus dem BgÄ. Erstmals wurde konkret über die Teilnahme an den im Spätjahr 1982 bevorstehenden Kammerwahlen diskutiert. Anfängliche Bedenken und Zweifel konnten ausgeräumt werden, weil wir davon ausgehen konnten, daß das Potential von Wählern ähnlich war wie in anderen Bundesländern, wo oppositionelle Listen teils mit beachtlichen Erfolgen in die Kammern eingezogen waren. Noch vor der Sommerpause wurden die ersten Treffen mit aktiver Unterstützung der ÖTV organisiert.

Die Bewegung nahm schnell an Breite zu, von der Lokalebene zur Regionalebene; Kolleginnen und Kollegen aus den Arztinitiativen gegen

190

den Atomtod, vorwiegend aus dem Heidelberg, dem Karlsruhe und dem Pforzheimer Raum engagierten sich bei der nun anstehenden Programmdiskussion und Namensgebung. Als inhaltliches Gerüst der Wahlplattform von Nordbaden diente das Wahlprogramm von Hessen aus dem Jahr 1980 neben Vorstellungen aus der Friedensbewegung mit ihrem aktuellen politischen Bezug. Die Diskussion um die Namensgebung gestaltete sich schwieriger, als zunächst zu erwarten gewesen wäre. Man einigte sich schließlich auf »Unabhängige Liste demokratischer Ärzte« (ULDÄ); nach Mehrheitswillen sollte ein Stück Unabhängigkeit im Namen demonstriert werden. Über den BgÄ wurden auch Kontakte mit den Nordwürttemberger Kollegen geknüpft. Hier waren es fast ausschließlich Kolleginnen und Kollegen aus dem BgÄ, die sich als Liste demokratischer Ärzte zur Wahl stellten. In Südwürttemberg kandidierte eine Liste »Ärzte gegen den Atomtod«, während in Südbaden noch keine oppositionelle Liste zustande kam. Schon in der Vorbereitungsphase zur Kammerwahl im Spätjahr 1982 engagierte sich in Nordbaden ein ansehnlicher Teil von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Dies hatte nicht unerhebliche Auswirkungen auf den Inhalt der Wahlplattform.

Als Folge des komplizierten Wahlrechts in Baden-Württemberg hatten wir große Schwierigkeiten mit der Aufstellung der Liste, und uns unterließen einige grundlegende und folgenschwere Fehler und Fehleinschätzungen. Anstatt unsere Kandidaten auf die »gewichtigeren« Kreislisten und die Bezirksliste zu verteilen, wurden alle auf die Bezirksliste gepackt. Folglich gingen viele Stimmen unserer Wähler, die uns über Kreislisten zusätzlich gewählte Kandidaten hätten bringen können, verloren. Viele Kolleginnen und Kollegen waren zwar bereit, aus Solidarität mit zu kandidieren, wollten aber nicht eigentlich gewählt werden. Sobald aber der gewählte Kandidat und der ihm zugeordnete Ersatzkandidat die Wahl nicht annehmen, geht der Platz verloren

Durch eine weitere Fehleinschätzung wurden wir Opfer unserer eigenen Wähler, die nach altem liberalen badischem Brauch und Konform mit dem Wahlsystem nach Bekanntheitsgrad und Sympathie wählten, entgegen unserem Vorschlag, die Liste unverändert abzugeben. Die Folge: Trotz eines Stimmenanteils von rund sechzehn Prozent auf der Bezirksliste entsandten wir in Nordbaden nur drei Vertreter in die Bezirksärztekammer und mit Unterstützung von Kollegen anderer Listen einen Vertreter in die Landesärztekammer. Da niemand von uns gleichzeitig in den

191

beiden Kammern, also der Bezirksärztekammer Nordbaden und der Landesärztekammer Baden-Württemberg vertreten war, war in der Folge auch die Kontinuität und Koordinierung von der Ebene der Bezirksärztekammer zur Landesärztekammer nicht optimal.

Wie schon angedeutet, waren die Zielvorstellung und die Zusammensetzung der einzelnen oppositionellen Listen in den drei Bezirksärztekammern etwas unterschiedlich. In Nordwürttemberg war es der »harte Kern« des BgÄ mit einem Vertreter in der Landesärztekammer, in Südwürttemberg Kolleginnen und Kollegen der Initiative »Ärzte gegen den Atomtod« mit dieser ausschließlichen Thematik, die zwei Kolleginnen und einen Kollegen in die Landesärztekammer entsandten.

Bei einem Kräfteverhältnis von drei Vertretern von 89 in der Bezirksärztekammer Nordbaden und von fünf Vertretern von 92 in der Landesärztekammer Baden-Württemberg hatten wir nie darüber Illusionen, was in diesen Gremien machbar ist und was nicht. Durch unsere Präsenz wurde wenigstens die Öffentlichkeit hergestellt und ein Gegenpol zu den klassischen Gruppierungen der angestellten und beamteten Ärzte wird fast ausschließlich von Chefarzten und Professoren repräsentiert. Die Gruppe der niedergelassenen Ärzte rekrutiert sich aus den klassischen Ärzteverbänden. Unsere Gruppe hebelte schon durch ihre heterogene Zusammensetzung das klassische Proporzdenken der großen Gruppen von Klinikern und Niedergelassenen aus und durchbrach ebenso den Proporz zwischen den einzelnen Bezirken. Die Reaktion auf das Erscheinen einer oppositionellen Gruppierung in der ersten Legislaturperiode war unterschiedlich und bewegte sich zwischen polemischer Ablehnung und vorsichtiger Annäherung und Diskussionsbereitschaft. Unsere Präsenz hatte letztendlich zwar keinen Einfluß auf die Politik des Vorstandes der Kammern, die schließlich zum Tragen kam, jedoch wurde ein Diskussionsprozeß in Gang gesetzt und punktuell ein Reagieren des Vorstandes in einer Weise notwendig, wie dies ohne unsere Anwesenheit nicht erfolgt wäre.

Die inhaltliche Arbeit

An den wichtigsten Diskussions Schwerpunkten zeigte sich die Wechselwirkung zwischen konservativer Standespolitik und unseren Vorstellungen. Wie in allen anderen Landesärztekammern gab es Auseinandersetzungen um das Zivildienstgesetz und nach dem Scheitern des Gesetzentwurfes um die Novellierung des Landeskatastrophenschutzgesetzes. Da bundesweit der Diskussionsstand ähnlich ist, ist es nicht notwendig, hier auf Einzelheiten einzugehen. Mehrheiten für Entschliebungen, die von uns eingebracht wurden, kamen nie zustande, was bei dem Kräfteverhältnis auch nicht zu erwarten gewesen wäre, immerhin sah sich aber der Vorstand gezwungen, zum Thema Ärzteschaft und Krieg Entschliebungen vorzulegen, die aber so unverbindlich und allgemein waren, daß sie überhaupt keine Ansatzpunkte für ein politisches, praktisches Umsetzen boten. Wenn wir verbindliche Stellungnahmen zum Beispiel gegen die Stationierung der US-amerikanischen Mittelstreckenraketen forderten, wies man auf die öffentlich-rechtliche Stellung der Kammern und den daraus abgeleiteten Zwang zu »politischer Neutralität« hin und weigerte sich, diese Entschliebungen zu berücksichtigen.

Daß in der Praxis die Landesärztekammer allerdings ein wenig neutraler aber wichtiger politischer Faktor ist, wurde sehr deutlich an der engen Zusammenarbeit zwischen dem Vorstand der Landesärztekammer und dem Sozialministerium bei der Novellierung des Landeskatastrophenschutzgesetzes. Es war sicher kein Zufall, daß ständig hochkarätige Vertreter aus der Landesregierung, insbesondere aus dem Sozialministerium, ohne besondere Anlässe den Vertreterversammlungen mit Besuchen aufwarteten. So beehrten auch Ministerpräsident Späth und Sozialministerin Schäfer die Landesvertreterversammlungen. Weder der Vorstand noch einer der Klinikchefs rührten sich, als Frau Schäfer sich rühmte, Tausende von Krankenhausbetten in Baden-Württemberg abgebaut zu haben. Es hieß, Frau Ministerin Schäfer sei an andere Termine gebunden, und so verließ sie nach einer vierzigminütigen Rede die Vertreterversammlung, ohne sich die Zeit für eine Aussprache zu diesen wichtigen Themen zu nehmen.

In der Praxis verliert die angebliche politische Neutralität ärztlicher Standespolitik ihre Fassade und entpuppt sich als geschickt verkaufte, konservative CDU-Politik. Auch bei der Demontage des Sozialstaates findet man die ärztlichen Standesfunktionäre und die CDU-Politiker in trauer Gemeinschaft. Selbstbeteiligung heißt die Zauberformel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, die zuletzt wieder von Vilmar auf dem Ärztetag 1987 in Karlsruhe verwandt wurde. Resonanz und Sensibilität für Gegenvorstellungen sind hier erfahrungsgemäß in breiten ärzt-

lichen Kreisen noch sehr gering. Über die verschiedenen Formen und Modelle der Selbstbeteiligung wurde fast auf jeder Sitzung diskutiert.

In die Periode 1983 bis 1986 fällt in Baden-Württemberg die Entscheidung für ein Präventionskonzept, das Prävention als rein ärztliche Aufgabe definiert, und nur das Individuum mit seiner Krankheit und seinem individuellen Fehlverhalten als Ursache von Krankheiten ausklammert. Umwelt, Lebens- und Arbeitsbedingungen bleiben in diesem Konzept Marginalien, und Prävention bleibt in der Hand des Arztes und perspektivisch liquidationsfähig. Ein Modellversuch, die DHP-Studie (Deutsche Hochdruckpräventionsstudie), mit diesem wissenschaftlichen Ansatz läuft im Großraum Stuttgart. Der Modellversuch in Mannheim mit anderem Ansatz, einer kooperativen Prävention, wurde von der lokalen Ärzteschaft blockiert und schließlich abgebrochen. Auch hier konnten wir nur ganz peripher in den Diskussionsprozeß einsteigen und wie öfters hinkte dieser sowieso der politischen Entscheidung hinterher.

Die Umweltskandale, insbesondere die Havarie von Tschernobyl und die nachfolgenden Erklärungen der Bundesärztekammer, der Energiekonzerne und der Atomindustrie führten zu Auseinandersetzungen in den Kammern. Der vom Vorstand vorgelegte Entschließungsentwurf ging schon weit über die Stellungnahme der Bundesärztekammer hinaus und konnte im Verlauf der Diskussion in unserem Sinn positiv verändert werden. Eine Aufforderung an die Verantwortlichen zum Ausstieg aus der Kernenergie kam aber nicht zustande. Die Diskussion um den Arzt im Praktikum verlief lustlos und frustrierend, die Mifftatoren des AIP wollten sich nicht mehr so richtig zum Ergebnis ihrer Politik bekennen, aber ein klares »Nein« zum AIP kam nicht zustande. Ein Strategiekonzept zur Eindämmung der sogenannten Ärzteschwemme gibt es seitens der Landespolitiker nicht. Nur eine Sache ist fest wie ein Dogma: Das goldene Kalb der Freiberuflichkeit des Arztes darf nicht angetastet werden. Der Krankenhausbereich hat aber nur eine begrenzte Kapazität und zudem sind hier in den letzten Jahren zu wenig neue Stellen geschaffen worden. Vor diesem Hintergrund wird auch die breite Zustimmung zu einer Entschließung verständlich, die sich mit der Umsetzung des Bereitschaftsdiensttarifvertrages befaßt: Im Anschluß an Bereitschaftsdienste soll immer ein Freizeitausgleich gewährt werden, die freierwerbenden Mittel sind zur Schaffung neuer Stellen zu verwenden. Die Annahme scheint

berechtigt, daß neben den ökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen unsere Präsenz Anlaß für das Zustandekommen dieses Votums war. Der Vizepräsident der Kammer ist Vertreter des Marburger Bundes und mußte als »wahrer« Interessenvertreter der angestellten Ärzte zeigen, daß andere Gruppen einschließlich der ÖTV in der Kammer überflüssig sind. Diese Haltung bekamen wir noch öfter zu spüren.

Das Verhalten vieler Klinikchefs in ihren eigenen Krankenhausbteilungen steht in krasssem Gegensatz zum Inhalt der Entschließung, obwohl nicht wenige Mitglieder im Marburger Bund sind und in der Kammer diese Entschließung mitgetragen haben. Die Doppelbödigkeit ärztlicher Standespolitik kann nicht besser demonstriert werden.

In mehreren Sitzungen gab es lange Auseinandersetzungen um die Novellierung der Wahlordnung. Die neue, mehrheitlich beschlossene Wahlordnung ist für kleine Gruppierungen noch ungünstiger als die bisherige. Der Zugang zu den Kammern wurde dadurch erheblich erschwert, daß auf den Kreislisten und der Bezirksliste doppelt so viele Kandidaten aufgestellt werden müssen, wie Vertreter zu wählen sind. Deshalb stimmten wir gegen diese Wahlordnung.

Weitere wichtige Themen konnten wir inhaltlich nicht abdecken und uns nur am Rande in die Diskussion einschalten, z. B. bei der Diskussion um In-vitro-Fertilisation und Embryonentransfer.

Die Politik der Kammern wird vom Vorstand, in Einzelfragen in Abstimmung mit den Ausschüssen und Kommissionen gemacht. Keiner von uns war im Vorstand, und nur eine Kollegin war im Ausschuß für Arbeitsmedizin, ein Kollege wurde in den Ausschuß für Rettungsdienst und Sanitätswesen nachgewählt. Die realen Einflußmöglichkeiten waren also sehr beschränkt. Hinzu kommt eine große Loyalität der überwiegenden Mehrheit der Vertreter gegenüber der Politik des Vorstandes, so daß letztendlich die Vertreterversammlung nur eine Absegnung und formaldemokratische Legitimierung der Vorstandspolitik war. Uns blieb ein Einfluß auf das, was vom Vorstand vorgelegt wurde. Der Versuch einer Einflußnahme beschränkte sich auf punktuelle Entschließungsentwürfe, die dann in der Regel abgeblockt wurden. Aus der Einschätzung des Kräfteverhältnisses war unser Schwerpunkt auch die »außerparlamentarische« Arbeit. Dabei verfolgten wir zwei Absichten: die »Unabhängige Liste demokratischer Ärzte« in der Öffentlichkeit bekanntzumachen und die Qualifizierung der aktiven Kolleginnen und Kollegen. So führten wir Ver-

anstaltungen in Mannheim durch zum Thema Ärzteschwemme, zum Thema Prävention (mit einem Mitarbeiter der DHP-Studie, damals noch in Mannheim), eine Podiumsdiskussion mit dem Thema Positivliste mit Vertretern aus der Pharmaindustrie, einen unabhängigen Pharmakologen, einem Vorstandsmitglied der AOK und einem Vertreter der Mannheimer Ärzteschaft. Weiter fanden eine Veranstaltung zum Thema Ambulatorien mit einem Vertreter aus dem Bundesvorstand der AOK und eine Veranstaltung zum Thema Gentechnologie statt.

In Zusammenarbeit mit der ÖTV brachten wir die Ausstellung »Volk und Gesundheit – Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus« nach Mannheim. Begleitend zur Ausstellung organisierten wir Veranstaltungen zu den Themen Euthanasie, Sinti, Pharmazeutische Industrie im Nationalsozialismus. Die Resonanz war sehr gut. Darüber hinaus führten wir im kleineren Rahmen Diskussionsabende mit Referenten aus den eigenen Reihen zum Zivilschutzgesetz, zum Honorierungssystem durch.

Die Öffentlichkeitsarbeit betrachten wir im Rückblick als noch nicht optimal. Zwar werden in unregelmäßigen Abständen Rundbriefe versandt, aber ein schnelles Reagieren in Form von Presseerklärungen oder Leserbriefen auf gesundheitspolitisch bedeutende Tagesereignisse gelingt uns noch nicht in ausreichender Weise.

Ausblick

Der Ausgang der Wahlen zu den Bezirksärztekammern und der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der Wahlperiode 1987 bis 1990 hat trotz Benachteiligung durch die neue Wahlordnung einiges in Bewegung gebracht, und selbst die Optimisten unter uns waren von unserem Wahlerfolg überrascht. In Nordbaden kandidierten wir außer auf der Bezirksliste in den großen Kreisen Mannheim, Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis, leider noch nicht in Karlsruhe Raun und nicht in den kleineren Kreisen, und erhielten Stimmenanteile bis zu 35 Prozent.

Insgesamt sind wir, die »Unabhängige Liste demokratischer Ärzte«, seit 1986 mit 15 von 88 Delegierten in der Bezirksärztekammer Nordbaden vertreten. In Nordwürttemberg stellt die »Liste Demokratischer Ärzte« 14 von 89, in Südwürttemberg die Liste »Demokratie im Gesundheitswesen/Ärzte gegen atomare Bedrohung« 12 von 53, in Südbaden – hier wurde erstmals die »Liste unabhängiger demokratischer Ärztin-

Ärztinnen und Ärzte« aufgestellt – sind es sogar 20 von 79 Vertretern. In der Landesärztekammer haben die Listen 21 von 90 Vertretern.

Hervorzuheben ist die Verankerung der Listen in den Kreisärzteschaften, was die gängigen Mehrheitsverhältnisse zumindest in einzelnen Kreisen empfindlich verändert hat. Es gibt neue taktische Überlegungen und Strategien in liberal-konservativen Kreisen. In Nordbaden waren wir überrascht, als alte Ständesvertreter uns einen Vorstandssitz anboten. Die Vorstandsmitglieder werden aber nicht entsprechend dem Stimmenanteil einer Liste besetzt, sondern einzeln nach dem Mehrheitswahlergebnis gewählt. Daher waren wir auf Stimmen von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Listen angewiesen. Ein Kollege vertritt unsere Liste jetzt im Vorstand. Die Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Kammerbezirken haben zum Teil ganz andere Erfahrungen, und die nordbadische Liberalität kam auch auf Landesärztekammerebene nicht mehr zum Tragen. Der Zugang in den Vorstand wurde hier konsequent verhindert, und die Art, wie versucht wurde, Kolleginnen und Kollegen auch von der Arbeit in den Ausschüssen und Kommissionen fernzuhalten, war weder demokratisch noch sachlich gerechtfertigt.

Unsere Ausgangspositionen haben sich deutlich verbessert, und es liegt an uns, diese Chance zu nutzen, um in Zukunft noch mehr Vertrauen in unsere gesundheitspolitische Konzeption, vor allem unter den fünfzig Prozent der Ärzte zu gewinnen, die noch aus Frust und Desinteresse nicht wählen.

Exkurs: Wahlrecht in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gibt es satzungsgemäß neben der Landesärztekammer mit Sitz in Stuttgart vier Bezirksärztekammern der Bezirke Nordbaden (Sitz in Karlsruhe), Nordwürttemberg (Sitz in Stuttgart), Südbaden (Sitz in Freiburg) und Südwürttemberg (Sitz in Tübingen). Die Zahl der Delegierten ist etwas unterschiedlich und entspricht etwa dem Verhältnis der im Kammerbereich registrierten Ärztinnen und Ärzte. Die Aufgaben der Bezirksärztekammern sind: die Förderung der ärztlichen Berufsausbildung, die Vertretung und Förderung der Berufsinteressen, die Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten, die Fort- und Weiterbildung der Kammermitglieder, die Durchführung der Berufsausbildung der Arzthelferin und der beruflichen Fortbildung in den medizini-

schen Assistenzberufen sowie die Behandlung aller Angelegenheiten, die den Beruf des Arztes, die Pflege des Gemeinsinns innerhalb des Berufs, die Wahrung der Berufs Ehre und die Mitwirkung bei den in Betracht kommenden Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege und der Volkswirtschaft betreffen. Das heißt, die wichtigsten Aufgaben unter anderem der Fort- und Weiterbildung einschließlich der Facharztprüfung, Bildung von Gutachterausschüssen usw. sind im Kompetenzbereich der Bezirksärztekammern. Dabei unterstehen die Bezirksärztekammern der Aufsicht der Landesärztekammer. Die Vertreterversammlungen (Delegiertenversammlung) der Landes- und der Bezirksärztekammern tagen in der Regel im Kalenderjahr einmal. Der Vorstand nimmt die Aufgaben der Landesärztekammer wahr. Er besteht aus elf Mitgliedern, dem Vorsitzenden, dessen Stellvertreter, dem Rechnungsführer, dem Schriftführer, den Vorsitzenden der vier Bezirksärztekammern und drei weiteren Mitgliedern. Der Vorstand der Bezirksärztekammern ist zahlenmäßig nicht so starr festgelegt, und in der Praxis wird ein Proporz von Vertretern aus den großen Kreisärzteschaften und den beiden Gruppen von niedergelassenen und angestellten Ärzten eingehalten. Die Kreisärzteschaften haben keine Rechtsstellung entsprechend derjenigen der Kammern. Die Kreisärzteschaften sind aber praktisch wichtig, da sie die unterste Ebene der Organisation von Standespolitik darstellen.

Die Wahlordnung trägt der obengenannten satzungsmäßigen Aufgliederung der Kammern in sehr komplizierter Weise Rechnung. Laut Kammergesetz ist zwar das Verhältniswahlsystem vorgeschrieben, tatsächlich ist es aber stark durchsetzt mit Elementen des Mehrheitswahlrechts in Form der Persönlichkeitswahl. Nach der neuen Wahlordnung gilt für die Wahl der Vertreter in die Bezirksärztekammern seit November 1985 folgendes: Ein Wähler kann auf der von ihm gewählten Liste so viele Kandidaten ankreuzen, wie Delegierte zu wählen sind. Eine Liste muß mindestens doppelt so viele Bewerber enthalten. Die auf die einzelnen Listen entfallenden Sitze werden nach dem Verhältniswahlssystem ermittelt. Die auf die Wahlvorschläge entfallenden Sitze werden den dort aufgeführten Bewerbern in der Reihenfolge der von ihnen erreichten Stimmenzahl zugeteilt. Wird ein Bewerber sowohl über den Kreiswahlvorschlag als auch über den Bezirkswahlvorschlag gewählt, so gilt er nur über Kreiswahlvorschlag als gewählt. An seine Stelle als Bezirksvertreter tritt der Bewerber mit der nächsthöheren Stimmenzahl des gleichen Bezirkswahlvorschlags.

Direkt gewählt werden nur Vertreter in die Bezirksärztekammern, und zwar etwa zwei Drittel über die Kreislisten, der Rest über die Bezirkslisten. Die Vertreter in den Bezirksärztekammern wählen dann, nach einem vorgegebenen Schlüssel ermittelt, eine bestimmte Anzahl von Vertretern aus den vier Bezirksärztekammern in die Landesärztekammer. Die Vertreter in drei Landesärztekammern werden also nicht direkt gewählt.