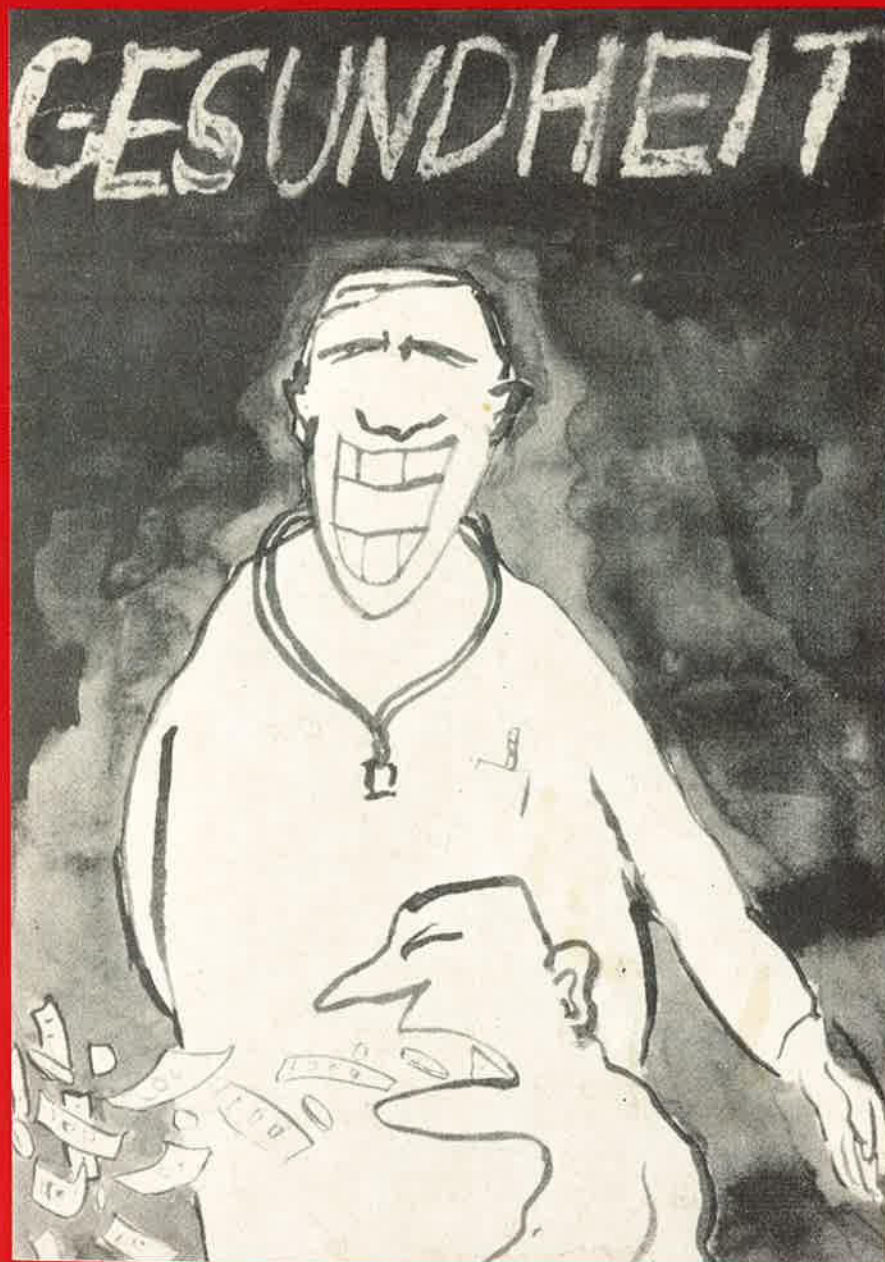


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Ambulante Versorgung

Gesundheitszentrum Gropiusstadt
Gemeindebezogene Gesundheits-
versorgung
Thesen zur ambulanten Versorgung
Berliner Ambulatorien in der Weimarer
Republik
Ambulante Entbindung –
eine Alternative?

Gesundheitstag '80

Bericht von der Westberliner
Großveranstaltung
Kommentar zum Ärztetag

Frau und Gesellschaft

Die „sanfte Geburt“ nach Leboyer
– eine praktische Alternative?

Gewerkschaftspolitik

9. ÖTV Kongreß in Berlin
Kritisches zum DGB Grundsatzprogramm

Dokumentation

H. U. Deppe: die ökonomische Krise
im Gesundheitswesen Aufruf der
DGSP: „Löst die Großkrankenhäuser
auf“
WHO – Konferenz in Alma Ata.

3/80

F. J. Strauß und das „Blaue Papier“

Kommentar von Matthias Albrecht



Weite Teile des vom Berliner Ärztetag verabschiedeten „Blauen Papiers“ – der Name und der dürftige Inhalt haben schon häufig zu Wortspielereien wie „Blauer Dunst“ verleitet – lesen sich wie Nachempfundenen von CSU/CDU-Gesundheitsprogrammen oder wie Auszüge aus Erwin Lieks „Der Arzt und seine Sendung“ (1928). Der erzkonservative Arzt und Stammautor vieler Ärzte der Weimarer Republik forderte darin drastischen Sozialabbau und Abbau von Kassenleistungen. Hauptpunkte des „Blauen Papiers“ sind: starres Festhalten an der Ideologie der Marktwirtschaft und der Freiberuflichkeit sowie am sog. „Behandlungsmonopol“ der niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung. Im Mittelpunkt aber der Ärztetagsdiskussion – wo Patienteninteressen und Forderungen an eine optimale medizinische Versorgung im Unterschied zum Berliner Gesundheitstag keine Rolle spielten – stand die Forderung nach Einführung einer erweiterten Selbstbeteiligung der Sozialversicherten an den Gesundheitskosten. Übrigens den Standesvertretern ins Stammbuch: schon heute zahlt der Sozialversicherte seine GKV-Beiträge zu 100 % „Selbst“ (Arbeitgeber- und Versichertenanteil sind gleichermaßen Lohnbestandteile) und ihm wurden mit dem Kostendämpfungsgesetz massive „Selbstbeteiligungs“-Maßnahmen auferlegt (Zahnersatz, Fahrtkosten, Arzneimittel). Dagegen hatten die Standesorgane schon bei der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes keine Einwände erhoben.

Sie sehen ja auch im „Anspruchsdenken gegenüber den bestehenden Versicherungsgemeinschaften“ die Wurzel allen Übels und schlagen „eine Rückverlagerung begrenzter wirtschaftlicher Risiken in die Entscheidung des einzelnen“ vor (Blaues Papier).

Das Rezept ist ziemlich einfach: Da die Ausgaben der Krankenkassen für die niedergelassenen Ärzte sich zur Zeit nicht

weiter aufblähen lassen wegen der Kostendämpfungspolitik, soll die Selbstbeteiligung der Patienten die ärztlichen Einkommen auch in Zukunft gleich hochhalten. Die weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema leistet H. U. Deppe in seinem Beitrag (s. DOKUMENTE). Das Ärzetags-Papier wäre die Druckerschwärze eines Kommentars nicht wert, wenn nicht einflußreiche gesellschaftliche und politische Kräfte – von den Standesorganisationen über den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, die Arbeitgebervereinigung über CSU/CDU und Teile der FDP bis zu F. J. Strauß – mit dem Schlagwort „Selbstbeteiligung“ ein keineswegs neues, ganz gewöhnlich konservativ-reaktionäres Programm des Leistungsabbaus und der Reprivatisierung der Gesundheitsrisiken verbinden würden.

In den kommenden Monaten bis zur Bundestagswahl werden noch sehr viele Diskussionen auch über Fragen der Sozial- und Gesundheitspolitik geführt werden, zwangsläufig muß sich die demokratische Öffentlichkeit auch mit den Strauß'schen Vorstellungen auf diesem Felde auseinandersetzen. Dies ist bislang häufig zu kurz gekommen – andere Themen wie Haltung zu demokratischen Rechten, Entspannung, Aufrüstung standen mehr im Vordergrund. Doch die intensivere Beschäftigung mit Strauß' sozialpolitischen Vorstellungen ist lohnend: sie zeigt, daß sein Programm keine „weißen Flecken“ läßt. In der „WIRTSCHAFTSWOCH“ vom August 1979 entwickelte er beispielhaft seine Ideen von den „Grenzen des Sozialstaates“.

Originalton Strauß: „Die Sozialpolitik kann und darf in einer freiheitlichen Ordnung niemals mißbraucht werden als Planiermaße, die im Dienst eines lebensfremden Gerechtigkeits-scheingemoralismus und einer utopischen Gleichheitsideologie alle vorhandenen sozialen Defizite, Ungleichheiten und Unebenheiten – auch die durch eigenes Unvermögen, Versagen und mangelnden Leistungswille hervorgerufenen – eibebnen soll... Ihre schützende, sichernde und vor allem ihre helfende, weiterhelfende Funktion kann und darf sie nur dort wahrnehmen, wo – aus welchen Gründen auch immer – die Möglichkeiten zu vollem eigenverantwortlichem Handeln eingeschränkt sind.“

Im einzelnen fordert Strauß:

- in der Rentenversicherung: Spielraum für eigene Vorsorge ab einer bestimmten Einkommenshöhe zu schaffen,
- in der Arbeitslosenversicherung: die gesetzlichen Voraussetzungen für den Be-

zug von Arbeitslosengeld zu verschärfen und im Vollzug auch wirklich durchzusetzen mit dem Ziel, eine größere Beweglichkeit der Arbeitslosen zu erreichen,

- in der Arbeitsmarktpolitik: nicht nur immer wieder neue Sonderprogramme zugunsten einzelner Personenkreise, Wirtschaftszweige, Regionen oder Betriebe aufzustellen, sondern allgemeine Steuererleichterungen zur Verbesserung des Investitionsklimas durchzuführen (denn: Allein wirtschaftliche Leistungsfähigkeit schafft und garantiert soziale Sicherheit),
- im Gesundheitswesen: Wecken und Stärken des Bewußtseins, daß jeder für die Erhaltung seiner Gesundheit mitverantwortlich ist, daß Raubbau mit der Gesundheit Privatrisko ist, daß daher nicht alle Leistungen der Solidargemeinschaft aufgenötigt werden können,
- in der Familienpolitik: die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Familie wieder ernsthaft zu verbessern, statt neue staatliche Reparaturbetriebe für die zur Erziehungsagentur des Staates herabgewürdigte Familie zu schaffen.“ (WIRTSCHAFTSWOCH 35/79, S. 56)

Deutlich wird aus diesen Strauß'schen Forderungen sofort: auch wenn sie widersprüchlich und sehr unpräzise sind, das Programm heißt „Selbstverantwortung und Selbstbeteiligung“ und Hineinnahme der sozialen Risiken in die Keimzelle „christlich-sozialer Politik, in die Familie“. Damit soll vor allem die Frau wieder in eine Rolle der Nur-Hausfrau, Nur-Mutter und billigen Arbeitskraft zur Pflege von Kindern und alten wie kranken Angehörigen gedrängt werden. Die Sozialversicherten, die Patienten und ihre Familien, die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich haben von F. J. Strauß nichts zu erwarten. Schlimmer noch: wer die extrem antigerwerkschaftliche Grundhaltung und jüngsten Anti-DGB-Manöver von Strauß-Stoiber vor Augen hat, kann sich ausmalen, wie das sozialreaktionäre Programm verwirklicht werden soll. Vor allem durch die Spaltung und Unterdrückung gewerkschaftlicher Organisation und Aktivitäten.

Gegen Strauß im Gesundheitswesen kämpfen heißt deshalb auch, die bestehenden Reformansätze in Krankenhäusern und Gesundheitszentren, in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung und Präven, die Bewegungen für bessere Arbeitsbedingungen und normale Arbeitszeiten zu verteidigen und unterstützen. Ohne diese ist eine Abfuhr für Strauß, seine Freunde und sein Programm aber auch ihr weiterer Ausbau nicht möglich. Damit gewinnen aber erst die vielen fortschrittlichen Initiativen des Gesundheitstages von Berlin ihre wirkliche Bedeutung. Inseln und Schlupfwinkel gibt es in der Auseinandersetzung mit F. J. Strauß und dem „Blauen Papier“ nicht.

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Hans Mausebach (Frankfurt), Michael Regus (Siegen), Hans See (Frankfurt), Jürgen-Peter Stössel (München), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch, Gregor Weinrich; **Umwelt:** Uwe Schmitz; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Mathias Albrecht; **Demokratie und Gesundheitswesen:** Willi Farwick, Ulli Menges; **Pharma- und Geräteindustrie:** Harald Kamps; **Ausbildung:** Edi Erken, Gabriele Buchczik; **Frauenproblematik:** Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; **Internationales Gesundheitswesen:** Gunnar Stempel, Felix Richter; **Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen:** Peter Walger, Helmut Koch; **Rubriken und Besprechungen:** Norbert Altaner.

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionsanschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101041, 4100 Duisburg 1.

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (02821) 26561 (Mo, Di und Do 13–15 Uhr).

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint vierteljährlich bei:

DG Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, 4400 Münster, Siemensstr. 18 B Tel. (0251) 73367; Konten: BfG Münster Nr.: 10102947 BLZ: 40010111; Postscheckamt Dortmund Nr.: 24962465 BLZ: 44010046

Der Abonnementspreis beträgt 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandgebühr. Das Einzelheft kostet 4,00 DM.

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

Vertrieb:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 364051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503. Stadtparkasse Köln 10562238.

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Münster. Bei Nichterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 4/80: 30. 9. 1980, Auflage 3500.

Graphik: Christian Paulsen

lay-out: Jutta Nüßgen, Evelyn Pütz, Uwe Schmitz

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 30.

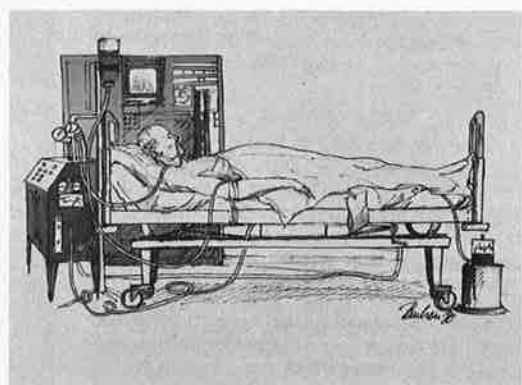
JSSN: Nr. 0172-7091



Der Gesundheitstag '80 „werde nicht ohne Auswirkungen auf die weitere Arbeit der ÖTV bleiben“ – so der Berliner ÖTV-Vorsitzende auf der Abschlußkundgebung.
Die größte gesundheitspolitische Veranstaltung seit Bestehen der BRD; unser Bericht auf S. 26 und im Dokumentarteil.



Hetzkampagnen gegen Ambulatorien und Polikliniken – wie auf dieser Karikatur aus der Weimarer Republik – ziehen sich wie ein roter Faden durch die (bundes)deutsche Medizingeschichte. Thesen zur ambulanten Versorgung, Historisches, Alternativen: das Schwerpunktthema ab S. 8.



Apparate sind billiger als Personal – die Unmenschlichkeit rationalisierter Intensivpflege: „Das Glück des Paul X“, eine gar nicht zynisch gemeinte Geschichte, S. 24/25.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsversorgung

Kommentar zur Selbstbeteiligung

Vier Jahre GESUNDHEITZENTRUM GROPIUSSTADT	8
Perspektive gemeindebezogener Gesundheits-sicherung	11
Thesen zur Ambulanten Versorgung	14
Ein Säugling ist keine Krankheit	16
Das Glück des Paul X	24

Demokratie und Gesundheitswesen

Gesundheitstag '80 – Eine Einschätzung	26
Niemand darf wegen ...	
Landesregierung muß Ärztin einstellen	30

Umwelt und Gesundheit

Radioaktivität als Krankheitsfaktor	21
-------------------------------------	----

Arbeits- und Lebensbedingungen

Entwurf eines neuen Grundsatzprogramms des DGB	31
Fall LIMBROCK – Sein Chefarzt nimmt Stellung	37

Ausbildung

Informationen zur Ausbildung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	36
---	----

Pharma- und Geräteindustrie

Arzneimittel-Versuche an bundesdeutschen Krankenhäusern	39
---	----

Frau und Gesellschaft

Die „Sanfte Geburt“ nach Leboyer – eine praktische Alternative?	18
---	----

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	6
Kongress-Berichte	19
Buchbesprechungen	34
Urteile	38
Termine und Kleinanzeigen	40

Historisches

Auf- und Abbau der Berliner Polikliniken	29
--	----

Dokumente

Die ökonomische Krise im Gesundheitswesen	I
Plattform zur Neuordnung der ambulanten psychosozialen Versorgung	V
Aufruf der DGSP:	
„Löst die Großkrankenhäuser auf“.	V
WHO-Deklaration von Alma Ata	VIII

Leser- Briefe



Interview mit dem Bremer Gesundheitsminister H. Brückner

„muß an der Praxis gemessen werden“

Die Aufmunterung in DG 2/80 an Bremer Leser zur Regierungspraxis des Senator Brückner Stellung zu nehmen, war sicher notwendig. Man hat sich gerade im Wahlkampf so sehr an „fortschrittliche“ Gedanken der Politiker gewöhnt, daß man als im Kleinkrieg versunkene Betroffene nur noch müde den Kopf schüttelt ob der edlen Ideen. Messen sollte man theoretische Vorstellungen zur Gesundheitspolitik an der Praxis und das soll für den „Fall des Herrn Brückner“ geschehen.

I. „Um das noch einmal deutlich zu sagen: Schwerpunkt ist gesellschaftliche Prävention in der Umwelt und am Arbeitsplatz.“

Sieht man sich zum Thema **Prävention am Arbeitsplatz** die arbeitsmedizinische Praxis in Bremen an, so steht man fassungslos vor 2,5 Stellen für Arbeitsmediziner für den gesamten öffentlichen Bereich, von denen 2 nicht einmal besetzt sind. Und der öffentliche Bereich hat eine Menge Dienststellen: Bauamt, Feuerwehr, Polizei etc. – der Schutzmann im täglichen Straßenverkehr hat also sicher nichts von arbeitsmedizinischer Prävention bemerkt.

Zum zweiten Schwerpunkt der **Prävention in der Umwelt** ein Beispiel: Die Universität Bremen erstellte ein Gutachten über den erhöhten Gehalt an halogenierten Wasserstoffen im Weserwasser, welches dem Senator zugeleitet wurde. Ein Gutachten braucht ein Gegengutachten, so maß denn das Wasserwerk in seiner Schrift diesem Befund keine Rolle bei. Die Öffentlichkeit wurde erst durch Zeitungsmitteilungen informiert, die der Senator zunächst als übertrieben und unsachlich zurückwies. Stadtteilgruppen der eigenen Partei wurden jedoch so aktiv, daß nun zusätzliche Tiefbohrungen in Achim durchgeführt werden mußten, worauf das Wasserwerk zunächst Preiserhöhungen androhte, später jedoch widerrief. Ergebnis: zunächst teilweiser Ersatz des Weserwassers, später eventuell völliger Verzicht auf Weserwasser. Und wie Politiker gern auf fahrende Züge aufspringen, so wurde dies das große „Prophylaxe-Projekt“ des Senators. Mal abgesehen davon, daß dies nur auf Druck der Öffentlichkeit zustandekam, so wurden weitere Untersuchungen der Uni Bremen z. B. über den Zusammenhang mit der Krebsentwicklung aus formalen Gründen abgelehnt (Datenschutz verbiete Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Einsicht in Totenscheine).

Prävention in der Umwelt hieße ja auch Untersuchungen über Ursachen der „Volkskrankheiten“ z. B. chron. Bronchitis. Entsprechende Projekte gibt es auch in Bremen nicht.

II. **Kostendämpfungspolitik.** Das Deckelprinzip, wonach nur so viel Geld wie im Topf ist, ausgegeben werden darf, ist nach meiner Ansicht falsch.“

In Bremen gibt es wie in allen Bundesländern, Pläne zur Stilllegung von Krankenhäusern sowie zum Bettenabbau, was z. T. schon durchgeführt wurde. Ebenso bestehen wie fast überall Versorgungsmängel im Bereich der Psychiatrie, Nachsorge, Rehabilitation und der Pflege Langzeitkranker und alter Menschen, wobei 1979 62 % der Pflegetage in inneren Abteilungen auf Patienten älter als 60 Jahre fielen. Willkürliche Verweildauerverkürzungen sollen im wesentlichen zur Betteneinsparung führen ohne Berücksichtigung des erhöhten Personalbedarfes und damit auch der Schaffung neuer Ausbildungsplätze. Auch in den inneren Abteilungen mit ganzjähriger Auslastung in fast sämtlichen Kliniken von über 90 % (damit in Spitzenzeiten Flurbetten) sind Bettenstreichungen geplant.

Krankenhausbedarfspläne werden auch in Bremen nach dem „Deckelprinzip“ ohne Morbiditätsstatistiken und sozialmedizinischen Forschungsdaten als Planungsgrundlage durchgeführt.

III. Mitsprache im Krankenhaus

Um dem Eindruck, in Bremen seien sämtliche Organisationsprinzipien der Krankenhäuser auf den Kopf gestellt, vorzubeugen: hier ist alles beim Alten! Das alte Chefarztprinzip feiert fröhliche Urständ! Die erwähnten Mitarbeiterkommissionen sind – außer in einigen ZKH's – noch nicht einmal gegründet!

Auch hat Herr Senator Brückner in seinem Interview vergessen zu erwähnen, daß diese Mitarbeiterkommissionen, deren Mitglieder von den Personalräten und den Direktionen eingesetzt werden, von ihm als zweite konkurrierende Mitbestimmungsebene neben den Personalräten geplant waren, während sich die ÖTV hinter die verfaßten Organe stellte.

IV. Modellversuche in der Psychiatrie

Es stimmt, in Bremen gibt es seit Jahren Pläne, aber eben Pläne, des Sozialsenators und des Gesundheitsministers über stadtteilorientierte Beratungsstellen. Wie gesagt, man diskutiert seit Jahren und schiebt den Plan aufgrund von Kompetenzstreitigkeiten der Sozial- und Gesundheitsressorts immer von einer senatorischen Dienststelle zur anderen, was eben doch „auf dem Rücken psychisch Kranker“ ausgetragen wird. Die Tatsachen: In Bremen gibt es eine (!) ambulante Beratungsstelle.

Der Senator Brückner setzt sich sicher für fortschrittliche Projekte z. B. Pro-familia ein, die in anderen Bundesländern nicht laufen. In dem Interview wurden jedoch viele theoretische Konzepte angesprochen, die er entweder umsetzen sollte oder klar darlegen, warum sie nicht durchsetzbar sind.

Worte allein machen keine fortschrittliche Gesundheitspolitik!

Cornelia Selke
Norbert Schmacke
Gunter Hildisch
Ulrich Kuetz
Hans Georg Guesse
Mitglieder der ÖTV-Bremen

Pflegeausbildung

Ganzheitspflege oder Funktionspflege?

Liebe Kollegen, am DRK-Krankenhaus Kassel hat sich vor einem halben Jahr ein „Arbeitskreis Krankenpflege“ gebildet, der sich mehrheitlich aus Schülern der angeschlossenen Krankenpflegeschule zusammensetzt. Anlaß hierzu war einerseits der verbreitete Wunsch, eine den Interessen der Betroffenen angemessene Arbeitsform einzuführen, andererseits die Tatsache, daß ein Personalrat als Vertretung und Ausdruck dieser Interessen nicht vorhanden

ist. Unter dieser Voraussetzung wurde an die Pflegedienstleitung sowie an die Chefarzte der Fachabteilungen ein offener Brief gerichtet, für dessen Inhalt weit über hundert Mitarbeiter durch ihre Unterschrift ihre Zustimmung bezeugten.

1. Der Schichtdienst gewährleistet eher die Kontinuität der Krankenbetreuung, da über einen langen Zeitraum mit „fester“ Besetzung gearbeitet werden kann. Dagegen führen die im Teildienst anfallenden freien Tage (mindestens zweimal wöchentlich) zu einem ständigen Wechsel des auf der Station anwesenden Personals.

2. Der Patient erwartet in seiner mehr oder wenigen abhängigen, für ihn oftmals undurchschaubaren Lage eine feststehende Bezugsperson, an die er sich halten und mit der er eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann. Diesem wesentlichen Bedürfnis kann der überkommene Teildienst nicht gerecht werden.

3. Eine Folge des Teildienstes im Hinblick auf die Arbeitsorganisation stellt auch die heute im Stationsablauf allenthalben beklagte Routine dar, durch die fast unbemerkt die berechtigten Wünsche und Interessen des pflegebedürftigen Patienten als Störfaktoren einer geordneten Arbeitsbewältigung erscheinen. Durch die Einführung des Schichtdienstes könnten bestimmte Arbeiten (Vorbereitung von Medikamenten, schriftliche Ausarbeitungen usw.), die nichts unmittelbar mit dem Patienten zu tun haben, auf jene Tagesstunden verlegt werden, in denen wegen Mittagsruhe und Besuchszeit keine Pflege durchgeführt werden kann. So würde die frei werdende Zeit, z. B. am Vormittag, einer verstärkten Hinwendung zum Patienten, einem besseren Eingehen auf seine Bedürfnisse zugutekommen.

4. Die veränderte Pflegegestaltung entspricht auch besser dem Stellenwert des kranken Menschen als einer Ganzheit psychischer, sozialer und körperlicher Bedürfnisse, die einer individuellen Behandlung und Pflege bedarf. Während über den Teildienst die überholten Formen der Funktionspflege verfestigt sowie die fortschreitende Spezialisierung und Technisierung im Krankenpflegeberuf gefördert werden, könnte der Schichtdienst der Ansatz sein für eine humane Krankenpflege-Konzeption.

5. Wenn der Schichtdienst eine patientengerechtere Arbeitseinteilung ermöglicht, so hat das auch Auswirkungen auf die Mitarbeiter im Pflegedienst selbst. Zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitsqualität besteht ein wichtiger Zusammenhang, der gerade in einem sozialen Beruf nicht unterschätzt werden sollte. Unzufriedenheit und Gleichgültigkeit, wie sie häufig zu beobachten sind, sind nicht immer nur Ausdruck persönlichen Versagens. Die äußeren Umstände behindern einfach viel zu oft das Engagement und die Hilfsbereitschaft des einzelnen, lassen den Betroffenen zwischen Wollen und Wirklichkeit allein.

6. Nicht zuletzt die Situation der Auszubildenden erfordert eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten



Leser-Briefe

des Schichtdienstes. Das Teilzeit-System führt zu einer starken Belastung, besonders der Schüler. Einerseits stellt die theoretische Ausbildung immer höhere Anforderungen, andererseits sind sie eingebunden in einen umfassenden Arbeitseinsatz, der gleichzeitig ihre praktische Ausbildung vermitteln soll. Dabei bleibt wenig Zeit für die Aus- und Aufarbeitung der Schulstunden wie der Anleitung auf den Stationen.

Auch hier gilt, daß mangelhafte Arbeitsergebnisse nicht unbedingt auf persönliches Unvermögen zurückzuführen sind, wie vielfach behauptet wird.

Namen sind der Redaktion bekannt.

„Pflegepersonal wird zu Befehlsempfängern degradiert“

Auch die neue Nummer Eurer Zeitschrift hat mir wieder sehr gefallen. Aus diesem Grunde schreibe ich mal wieder zu einem Thema das mich sehr beschäftigt.

Warum haben wir diesen Personalmangel in unseren Kliniken? Warum ist eine so hohe Abwanderungsquote aus dem Krankenpflegeberuf zu verzeichnen? Diese Fragen beschäftigen mich schon seit geraumer Zeit. Viele junge Krankenpflegekräfte wandern unmittelbar oder kurz nach Beendigung ihrer Ausbildung ab, d. h. sie studieren sehr häufig, oder streben durch Vervollständigung ihrer Schulbildung ein Studium an. Sie studieren dann häufig Sozialpädagogik oder ähnliches. Eine andere Gruppe steigt völlig aus und macht etwas ganz anderes.

Mich interessieren die Motive, die sie dahin bringen. Aus eigener Erfahrung gehe ich davon aus, daß die Abwanderer Leute sind, die diesen Beruf der Krankenschwester oder des Pflegers einmal mit einem sehr hohen Anspruch ergriffen haben. Im theoretischen Teil der Ausbildung wird diesem Anspruch auch Rechnung getragen. Die Ernüchterung erfolgt dann in der Praxis. Hier muß „malocht“ werden, meistens mit zu wenig Personal, die Stationen sind oft genug unterbesetzt, die Pflegedienstleistungen sind nicht in der Lage, genügend qualifiziertes Personal herbeizuschaffen. Die Lücken, die da sind, werden mit ungenügend ausgebildeten oder gar nicht ausgebildeten Leuten geschlossen. Oft ist es so, daß Stellen zur Verfügung stehen, nur ist es nicht möglich diese adäquat zu besetzen. Die wenigen gut Ausgebildeten müssen nur viel arbeiten. Für die Dinge, die uns wichtig sein sollten, z. B. das Gespräch mit dem Patienten bleibt keine Zeit. Das ermüdet.

Und noch eine Sache halte ich für sehr wesentlich. Wann werden sie einmal in dem, was sie gelernt haben, gefordert? Der Pflegeberuf ist leider nach wie vor ein „Heilhilfsberuf“. Eigenständigkeit der Pflege ist in den meisten Krankenhäusern ein Fremdwort. Eine Gruppe im Krankenhaus verhindert seit Jahren die Selbstständigkeit des Pflegeberufs, und das ist die Gruppe der Ärzte. Auch heute noch wird das Pflegepersonal von ihnen zu Befehlsempfängern degradiert, ist ihre Meinung nur gefragt solange sie zu der der Ärzte dazupasst. Freilich heute geschieht das alles ein wenig subtiler, als es vor 20 Jahren der Fall war, aber geändert hat sich nicht viel. Die Hierarchie im Krankenhaus ist leider immer noch das größte Problem bei der Fortentwicklung

des Pflegeberufs, da helfen auch noch so schöne Worte von fortschrittlichen Gesundheitspolitikern nichts.

Diese Dinge halte ich für die wesentlichen Gründe, die zur Abwanderung führen, denn die mit Recht selbstbewußten jungen Leute von heute haben es nicht mehr nötig, sich behandeln zu lassen als wären sie unmündige Kinder. Ihre Reaktion auf das repressive Klima in unseren Kliniken ist leider das Aussteigen. Meistens sind das dann leider die kritischen und nicht die bequemen Auszubildenden. Daß sie gewillt sind, sich weiter zu engagieren beweist auch die Wahl der neuen Berufe, wie beispielsweise der des Sozialarbeiters oder ähnlicher. Nur hier werden sie sehr rasch an die gleichen Grenzen stoßen und was dann?

Ich möchte mit dieser Zuschrift auffordern nicht auszuweichen, sondern einen langen Atem zu haben, unbequem zu sein, aufzurühren und Fragen zu stellen, die sich sonst niemand traut. Wie sollen sich sonst unsere Krankenhäuser ändern, wenn wir die Kollegen verlieren, die helfen können, besonders denen die noch nicht soweit sind. Die Gründe für das Problem, das ich angeschnitten habe sind sicher noch viel umfassender als ich es darstellen konnte. Ich habe noch nicht von der Überbürokratisierung gesprochen, von der Übertechnisierung der Medizin, von schlecht ausgebildeten Medizinern usw.

Es gibt jedoch eine Identitätskrise der Krankenpflegeberufe. Selbstbesinnung, Selbstbewußtsein und das Suchen nach Partnern ist eine absolute Notwendigkeit, sonst geht unser Beruf immer mehr vor die Hunde.

Klaus-Peter Lischka, Bremen

LKH-Bonn/SSK

„Es geht nicht ohne Öffentlichkeit“

„Wenn ich noch einmal eingesperrt werde, trete ich wieder in Hungerstreik!“ Diesen Satz auf einer kleinen Tafel um den Hals trägt ein ehemaliger Psychiatrie-Patient, der hier in Dortmund an den Vorbereitungstreffen zum Aufbau einer Beschwerdestelle teilnimmt. Seine Erfahrungen werden noch unterstrichen durch die Konsequenz, mit der er immer von psychiatrischen Kliniken als Gefangenen und von Patienten/Insassen als von Gefangenen spricht. Erfahrungen, die er auch in Kliniken gemacht hat, in denen fortschrittliche (ich lasse es hier in diesem Leserbrief mal so verschwommen stehen) Mitarbeiter tätig sind.

Und da liegt das Dilemma! Mittlerweile sollte es jede(r) kapiert haben, daß der Rahmen einer Institution die eigene Arbeit mindestens ebenso bestimmt wie das subjektive Bewußtsein und die guten Absichten. Wer in's Landeskrankenhaus geht, um dort zu arbeiten, muß sich von vornherein darüber im klaren sein, daß er gezwungen sein wird, auch mal „Mist zu machen“, d. h. gegen seine Überzeugung und gegen die Interessen der Patienten zu verstoßen. Damit muß er sich aber auch der Kritik stellen, was natürlich nur um so schwieriger ist, da er das „ja eigentlich auch nicht will“, was er da tut.

Ich denke, es ist illusorisch zu meinen, daß die in der Psychiatrie Tätigen allein die Psychiatrie verändern können. Es ist einerseits illusorisch, weil deren Kräfte nicht ausreichen; es geht nicht ohne Öffentlichkeit, ohne den Druck von außen/unten. Es ist andererseits gefährlich, impliziert es doch, daß die Mitarbeiter dabei auch die Interessen der Patienten (richtig) wahrnehmen: Stellvertreterpolitik, die immer gefährlich ist, zumal in einer Situation, in der die Mitarbeiter noch alle Hände voll zu tun haben, ihre eigene Arbeitssituation zu verbessern, wie in Bonn. Die Interessen von Personal und Patienten sind nicht identisch: „Der Organisationstypus der Anstalt war offensichtlich für die Mitarbeiter durchaus funktional. Ihnen gewährte er Sicherheit, Geborgenheit, Wohlbefinden. Für die Insassen aber hatte sich praktisch gegenüber der traditionellen Anstalt nichts verändert.“ Das Resümee der Mitarbeiter der Klinik Piero Ottonello in Bologna nach „rund 12 Mona-

ten anscheinend beglückender Zusammenarbeit“. (Sil Schmid: Freiheit heilt. Wagenbach. S. 95) Funktional für's Personal – keine Veränderung für die Patienten: das ist die fatale Gefahr einer Stellvertreterpolitik, in der Mitarbeiter die Interessen der Patienten wahrnehmen sollen oder wollen.

Bei aller Gefahr, daß auch dort manipuliert wird: ich denke, daß Beschwerdezentren eine bessere Hilfe für die Insassen sind, ihre Interessen durchzusetzen.

Um Veränderungen in der Psychiatrie zu erreichen, bedarfs es des Drucks von außen – und innen der Mitarbeiter, die diese Veränderungen tragen. Es kommt also darauf an, miteinander zu reden, um gemeinsam

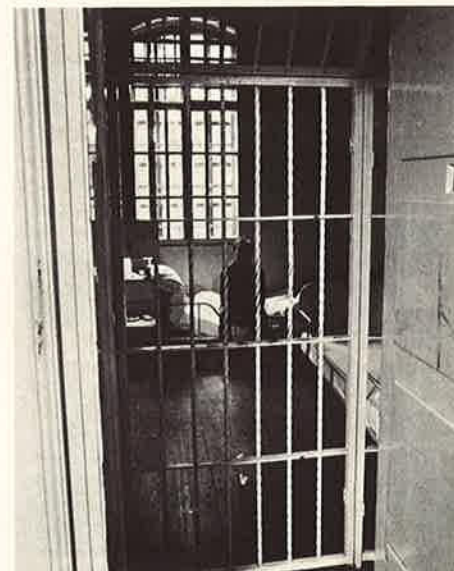


Foto dpa

arbeiten, etwas durchsetzen zu können. (Wobei es immer wieder Konflikte geben wird: sind doch die Mitarbeiter in ihren Funktionen vielfach der personifizierte Ausdruck unserer Psychiatrie, an dem Beschwerden festgemacht werden, ob sie es wollen oder nicht.) Doch es ist offenbar schwierig, dieses Gespräch anzufangen: Als 1969 das Buch „Irrenhäuser – Kranke klagen an“ von Frank Fischer erschien und endgültig die Psychiatriediskussion in der BRD einläutete, fühlten sich die in der Psychiatrie Tätigen zunächst als Alleinangeklagte und reagierten „sauer“. Dieselbe Situation derzeit hier in Dortmund nach der öffentlichen Kritik an den Zuständen in der Psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses (in deren Gefolge jetzt die Vorbereitungen für ein Beschwerdezentrum laufen). Und dieselbe Situation nun in Bonn.

Glücklicherweise – so mein Eindruck – signalisieren die beiden Beiträge im DG 1/80 Gesprächsbereitschaft. Wenn auch immer die Gefahr besteht, daß das Ganze umkippt und in einer Spirale gegenseitigen Ärgers eskaliert, so daß schließlich niemand mehr miteinander redet. Wobei beide Seiten ähnliche Ziele haben. Um den notwendigen Dialog nicht dem Zufall zu überlassen, könnten z. B. die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und ihre Landesverbände die Mitarbeiter der Beschwerdezentren zu ihren Tagungen einladen, wo dann in Arbeitsgruppen ein Teil der gegenseitigen Aggressionen und Vorbehalte ausgeräumt werden könnte.

P. S.: Bei aller Kritik an dem Sauersein der „fortschrittlichen Mitarbeiter im LKH Bonn“, das wohl in diesem Leserbrief durchschimmert: ich hab's auch vor der Brust, in nicht mehr allzuferner Zukunft im LKH zu arbeiten.

Dirk Wolter, Dortmund

Leser- Briefe

Psychiatrie

„Deprimierend“

Meine Gefühle waren ziemlich gemischt, als ich mit drei Kitteln und einem „Durchgänger“ bewaffnet, vor der Tür zu der Station stand, auf der ich für einen Monat als Aushilfe arbeiten sollte.

Als ich das Gelände der „Nervenklinik“ betreten hatte, war ich angenehm überrascht gewesen. Ich hatte mir einen kahlen Gebäudekomplex vorgestellt. Statt dessen sah ich eine Art Parklandschaft vor mir, mit großen, aber nicht unfreundlichen Backsteingebäuden darin. Gleich auf dem Wege zur Verwaltung hatte ich mich verirrt, weil ich mehr auf die umzäunten Liegewiesen geachtet hatte, als auf die Ausschilderungen der Wege. Auf der Verwaltung hatte ich erfahren, daß ich auf der „Oligophrenie“ arbeiten sollte. Nun stand ich vor der Tür und wußte nicht recht, was ich anfangen sollte. Die Tür war verschlossen. Natürlich, es war ja eine „geschlossene Station“. — Als ich die Tür geöffnet hatte, schlug mir ein ohrenbetäubender Lärm entgegen. Ich stand in einem Tagesraum, in dem etwa 25 Frauen oder Mädchen — es fiel mir sehr schwer, ihr Alter zu schätzen — an Tischen saßen und vor sich hin summten, lallten, auf den Tischen rumklopfen oder einfach hin- und herschaukelten. Einige saßen auch auf dem Boden oder liefen um die Tische herum. In einer Ecke lief ein Radio. In der anderen Ecke stritten sich zwei Mädchen kreischend um ein paar Bauklötzer.

Auf einmal riß mir jemand den Schlüssel aus der Hand. „So machen Sie doch die Tür zu!“ Eine Schwester knallte hinter mir die Eingangstür zu und verschloß sie, gerade noch rechtzeitig, um ein Mädchen daran zu hindern, quietschend nach draußen zu entweichen. (Ich brauchte später noch ziemlich lange dafür, mich daran zu gewöhnen, daß ich jede Tür, durch die ich gehen wollte, mit dem Durchgänger öffnen und hinter mir wieder verschließen mußte.) — Als ich mich ein bißchen von meinem Schreck erholt hatte, sah ich, daß einige Frauen mir freundlich zunickten, andere strahlten über das ganze Gesicht und streckten ihre Arme nach mir aus. Ein Mädchen kam auf mich zugestürzt und strich mir über das Haar.

„Sind Sie eine neue Hilfsschwester?“ fragte mich die Schwester. „Dann gehen Sie mal gleich zur Stationschwester. Die ist gerade beim Betten in einem der Schlafsäle.“

Die Schlafsäle waren durch eine große Glastür vom Tagesraum getrennt. Es waren vier große, durchgehende Räume mit je ca. zwölf Betten. Viele Betten waren auch am Tage belegt. Die Stationschwester stand gleich im vorderen Saal an einem völlig mit Kot beschmierten Bett. Als ich mich vorgestellt hatte, meinte sie nur: „Sie können sich da drüben umziehen, und dann können Sie ja gleich anfangen.“ Ich wollte mich gerade zum Schwestermzimmer begeben, als eine Hand aus dem schmutzigen Bettzeug hervorkam und mich an meiner Bluse zurückzerrte. „Ach, bei der müssen Sie aufpassen, wenn Sie vorbeigehen. Die reißt alles an sich, was in ihre Nähe kommt!“, meinte die Stationschwester und holte ein zahnloses Mädchen unter der Bettdecke hervor. Das Mädchen grinst mich an und zerrte weiterhin mit einer solchen Kraft an meiner Bluse, daß ich nur mit Hilfe der Schwester loskam.

Nachdem ich mich umgezogen hatte, half ich gleich beim Betten. Etwa 20 der Frauen und Mädchen lagen ständig im Bett, da sie zum Teil so starke Mißbildungen hatten, daß sie nicht aufstehen konnten. Andere verstanden so wenig, daß man sie lieber gleich im Bett ließ. Die meisten von ihnen näßten und koteten ständig ein. So war dann auch unsere Hauptbeschäftigung: Bettwäsche beziehen. Es wurde fünfmal am Tag gebettet.

Nach dem ersten Vormittag war ich ziemlich geschafft. Ich hatte mir die Arbeit zwar anstrengend, die Konfrontation mit den Patientinnen aber leichter vorgestellt. Ich hatte das Gefühl, zu diesen Menschen niemals eine Beziehung finden zu können. Sie schienen nur dazusitzen und mich anzustarren oder anzugrinsen oder sie griffen mit ihren völlig beschmierten Fingern nach mir. Außerdem schienen sie — bis auf einige Ausnahmen — überhaupt nichts zu verstehen. Wie sollte man zu solchen Menschen eine Beziehung bekommen?

Eigentlich änderte sich meine Einstellung sehr schnell. Ich merkte bald, daß fast jede Patientin irgend etwas verstand. Fast alle konnten leichten Aufforderungen nachkommen. Auch zeigten sie fast alle, daß sie sich freuten, wenn man sich mit ihnen beschäftigte. Oft reichte es, wenn man einfach vor dem Bett stand und sie ein bißchen streichelte. Unter den Frauen aus dem Tagesraum waren sogar einige, die den Schwestern halfen. Die meisten saßen allerdings nur den ganzen Tag an ihrem Tisch und warteten darauf, daß es etwas zu essen gab. Bemerkten sie, daß man sie ansah, streckten sie sofort die Arme aus und wollten gestreichelt werden. Da sie eine ganze Menge verstanden,

Arbeiten verrichten konnten, konnten auch einige Spiele. Es gab zwei stumme Mädchen, die den Schwestern regelmäßig halfen. Trotzdem fiel es mir sehr schwer, ihre Fähigkeiten zu beurteilen. Einerseits konnten sie teilweise ziemlich komplizierte Handlungen ausführen, andererseits waren sie bei anderen, ganz banalen Dingen völlig überfordert. — Eine andere Frau weigerte sich hartnäckig, Lotto zu spielen mit der Begründung, sie sähe zu schlecht. Eines Tages aber spielte ich mit einem Mädchen am gleichen Tisch Bilderlotto und fragte diese Frau nebenbei ab und zu, ob sie eine falsche Karte nicht richtig legen könnte — und siehe da, sie konnte es. Von nun an spielte sie mit Begeisterung Lotto. Sie erzählte mir, sie hätte nie gedacht, daß sie das könnte, und da hätte sie lieber gleich gesagt, sie hätte keine Lust.

Ich ärgerte mich oft über die Schwestern, die sich zwar pflegerisch meist sehr liebevoll um die Patientinnen kümmerten, sich sonst aber überhaupt nicht mit ihnen beschäftigten, so daß die wenigen Fähigkeiten, die diese Frauen hatten, auch noch verkümmerten. Oft fragte ich mich, wie lange es wohl dauern würde, bis die Schülerinnen in ihren Pausen auch lieber Kaffee tranken, als mit den Patientinnen Bauklötze und Bilderlotto zu spielen. Es war wirklich deprimierend zu sehen, wie 46 Frauen nur den ganzen Tag vor sich hindösteten. Aber sicherlich ist es eigentlich nicht so sehr die Aufgabe des Pflegepersonals, mit den Patientinnen Beschäftigungstherapie zu betreiben, denn erstens hat es sowieso einen ziemlich anstrengenden Arbeitstag und zweitens ist es dazu nicht ausgebildet. Nur scheinen



Das „Bewahrungshaus“ im LKH Düren

Foto dpa

fragte ich mich, ob für sie der Tagesablauf nicht aus mehr bestehen könnte, als aus aufstehen, am Tisch sitzen, viermal täglich etwas zu essen und schließlich wieder ins Bett gebracht zu werden. Darum erkundigte ich mich bei einem Pfleger, ob man mit einigen der Frauen nicht auch etwas spielen könnte. Die Antwort klang sehr gereizt: „Was wollen Sie denn spielen? Mensch-ärgere-Dich-nicht etwa? Kommt hierher und will gleich 'ne neue Therapie einführen!“

Es gab einen Schrank mit Spielen, und tatsächlich stellte sich heraus, daß einige Frauen durchaus in der Lage waren, einfache Spiele wie Bilderlotto und Steckspiele zu spielen. Eine Patientin konnte sogar sehr gut Mensch-ärgere-Dich-nicht und Halma spielen. Das war den Schwestern und Pflegern auch bekannt, nur benutzten sie die Zeit, in der es nichts zu tun gab, lieber für eine Unterhaltung. Allerdings gab es mehrere Schülerinnen, die sich sehr liebevoll um die Patientinnen kümmerten und zusammen mit einigen von ihnen verbrachte ich meist die freie Zeit nach dem Mittagessen damit, mit einigen Frauen zu spielen.

Oft war es sehr schwer, die intellektuellen Fähigkeiten der Patientinnen einzuschätzen. Die Station war sehr gemischt. Einige Frauen schienen überhaupt nichts zu verstehen. Viele von ihnen waren in der Klinik groß geworden. Andere hatten bis vor einiger Zeit ein ganz normales Leben geführt und waren jetzt hier, weil sie schizophren geworden waren. Die Frauen, die einfache

die wenigen Fähigkeiten dieser Frauen als so wertlos betrachtet zu werden, daß man meint, es lohne sich nicht, hier eine Fachkraft einzusetzen. Sicherlich wäre die Arbeit eines Beschäftigungstherapeuten mit so sehr behinderten Patienten wie diese es waren sehr schwierig und oft auch frustrierend. Trotzdem glaube ich, daß man diese Menschen nicht einfach so vor sich hindämmern lassen kann. Vielleicht könnte man auch Schwestern, die in einer solchen Einrichtung tätig sind, Seminare über Beschäftigungstherapie anbieten und sie ein bißchen mehr in dieser Richtung ausbilden.

Als ich meine Arbeit nach einem Monat beendete, hatte ich fast alle Patientinnen sehr lieb gewonnen. Es war eine interessante Zeit für mich, aber wenn ich bedenke, daß ich eigentlich nichts gemacht habe, als nur den allernötigsten Grundbedürfnissen dieser Frauen nachzukommen, scheint mir diese Arbeit im nachhinein doch ziemlich unbefriedigend.

Christiane Mund, Aachen

Leser-Briefe

Gesundheitstag 1980

Zufällig erfuhren wir, 4 Kinderkrankenschwestern, durch eine Zeitungsannonce vom Gesundheitstag '80. Aufgrund des umfangreichen, scheinbar interessanten Themenangebots beschlossen wir – noch ohne exakte Vorstellungen –: Auf nach Berlin! Der erste Eindruck – ein Chaos!

Mit solchen Dimensionen (Besucherzahl, Vielzahl von Veranstaltungen an verschiedenen Orten) hatten wir nicht gerechnet. Vorträge und Diskussionen verliefen zwar nicht immer sachlich und oft ohne ein zufriedenstellendes Ergebnis, jeder einzelne konnte aber neue Anregungen mitnehmen, die sich teilweise auch mit ein bißchen Initiative realisieren lassen. Wir sind der Meinung, daß dieser 1. Gesundheitstag eine gelungene Sache war, besonders, wenn man die kleine Organisationsgruppe berücksichtigt (wir hörten von etwa 50 Organisatoren). Dem 1. Gesundheitstag muß ein zweiter folgen, um vorhandene, aber auch neue Ideen zur Verbesserung des Gesundheitswesens auszutauschen. Vielleicht könnte man diesen auf einer breiteren Basis organisieren, z. B. durch bundesweite Bildung von Arbeitsgruppen, die bestimmte Themenbereiche vorbereiten und public machen, so daß durch bessere Vorinformation am Gesundheitstag selbst effektivere Arbeit geleistet werden kann.

E. B., M. S., H. R. und K. W., Münster
(die Namen sind der Redaktion bekannt)

„Reformen, die Reformen verhindern“ (DG 1/80)

Zwar ist allgemein bekannt, daß die DGVt gegen die freie Niederlassung von Diplom-Psychologen eintritt, jedoch ist der vorliegende Vertrag der Krankenkassen mit der KBV der allerschlechteste Anlaß, eine angeblich durch ihn veranlaßte „unkontrollierte freie Niederlassung von Diplom-Psychologen“ zu beklagen. Das Gegenteil ist der Fall: der Vertrag hintertreibt gerade – und hier besteht eine seltsame Gemeinsamkeit zwischen den verhinderten Vertragspartnern und Scholten (DG 1/80) – konsequent die Niederlassung von Dipl.-Psychologen u. a. aus folgenden Gründen:

1. Das Delegationsprinzip bleibt durch den Vertrag aufrechterhalten; d. h. um auf seiner Grundlage therapieren zu können, ist der Psychologe auf die Überweisung von Patienten durch in dieser Hinsicht völlig un- oder unterqualifizierte Ärzte angewiesen.
2. Die Unterschiede hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen an Psychologen und Ärzte sind grotesk: Psychologen sollen eine Zusatzausbildung von mindestens drei Jahren in der Zeit und in absehbarer Zeit nicht existierenden Institutionen ableisten, für Ärzte reicht der Erwerb von „Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der VT“.

3. Andere therapeutische Richtungen – z. B. GT – sind von der Regelung von vornherein ausgeschlossen.

Weitere Gesichtspunkte, die ein sinnvolles Arbeiten auf der Grundlage des Vertrages unmöglich machen:

4. vertraglicher Ausschuß der Finanzierung präventiver, beratender und fördernder Maßnahmen,
5. durch nichts zu begründende Favorisierung der Einzel- gegenüber der Gruppentherapie,
6. Beschränkung der Dauer der Gesamtherapie und der einzelnen Therapiesitzungen unter rein finanziell-rechnerischen Gesichtspunkten.

Aus diesen Gründen, weil durch den Vertrag in der Praxis so gut wie keinem Psychologen und nicht, wie der Autor glauben machen will, zu vielen Psychologen eine Niederlassungsmöglichkeit eröffnet wird, ist der Vertrag abzulehnen.

Gemeindenähe Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig, jedoch ist nicht einzusehen, inwiefern eine erfolgreiche Psychotherapie nicht auch in Einzelpraxen möglich sein sollte – die Behandlungserfolge gerade der VT verdeutlichen dies. Anstatt dem Dogma der Verhinderung freier Praxen zu huldigen, wäre die DGVt vielleicht besser beraten, für die von ärztlicher Delegation unabhängige psychosoziale Versorgung der Bevölkerung in Kliniken, Ambulatorien und freien Praxen einzutreten.

Wolfgang Baier, DGVt-Mitglied, Bonn



Dokumente

In Eurer Maiausgabe habt Ihr verschiedene Synopsen der Vorstellungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dokumentiert, was ich für eine interessante und wichtige Sache halte.

Eines verwundert mich bei dieser Dokumentation jedoch sehr, als Zeitung, die vor allem den Diskussionsprozeß über demokratische Alternativen für das Gesundheitswesen dokumentieren und anregen will, beschränkt Ihr Euch auf die Wiedergabe der Parteiprogrammatik der SPD und CDU. Auf die Dokumentation der Vorschläge der DKP als marxistischer Partei in der Bundesrepublik wird dagegen verzichtet. Das halte ich aus verschiedenen Gründen für problematisch, besonders aber auch weil es der generellen Tendenz in der Presse entspricht, marxistische Positionen entweder zu verschweigen oder bis zur Unkenntlichkeit zu entstellen! Ich möchte Euch dabei nichts unterstellen, halte diese Frage in der solidarischen Diskussion der demokratischen und Linkskräfte im Gesundheitswesen allerdings für besonders wichtig. Für mich möchte ich dabei von vornherein klarstellen, daß ich diese Kritik nicht von einer „neutralen“ Position vorbringe, sondern selber Mitglied der DKP bin und seit Jahren sowohl in betrieblichen als auch gewerkschaftlichen Gremien aktiv Politik mache und mich um eine Veränderung der katastrophalen Situation im Gesundheitswesen bemühe.

Diese katastrophale Situation besteht dabei in unserem Krankenhaus und im Hamburger Gesundheitswesen, obwohl es in Hamburg eine Alleinregierung der SPD gibt und eine Sozialdemokratin für das Gesundheitswesen verantwortlich zeichnet. Genauso setzt die sozialliberale Bundesregierung bei der Aufteilung der Haushaltsmittel bedauerlicherweise immer wieder nicht die Priorität: soziale Leistungen und Ausbau des Gesundheitswesens u. a. Reformen, sondern macht sich zum Verfechter einer Hochrüstungspolitik zu Lasten sozialer Reformen. Die Bundesregierung und auch der Hamburger Senat vertreten dabei also ganz und gar nicht soziale Positionen, sondern haben mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihrer Rationalisierungspolitik in den Krankenhäusern wesentlich zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und der Versorgung beigetragen. Mit mir sind darum auch viele meiner sozialdemokratischen Kolleginnen und Kollegen unzufrieden mit der Sozial- und Gesundheitspolitik auch des Senats, und sind auch mit vielen anderen gegen die Ausgliederung der Krankenhäuser in einen Eigenbetrieb nach § 26 LHO.

Ich führe dies darum an, weil ich der Meinung bin, daß gerade die genaue und sachliche Diskussion sozialdemokratischer Gesundheitspolitik belegt, wie wichtig gerade auch der marxistische Standpunkt in der Diskussion um eine alternative Gesundheitspolitik in der BRD ist. Mir ist dabei völlig klar, daß im Verhältnis zur SPD, die CDU/CSU und die FDP z. B. in der Frage der Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen noch viel weitgehender Unternehmerpolitik betreiben.

Eine weitere und detailliertere Argumentation würde sicher den Rahmen eines Leserbriefes sprengen, ich möchte zum Schluß aber noch einmal unsere Diskussionsbereitschaft betonen, und das in der festen Überzeugung, daß nur in einer offenen solidarischen Diskussion der Linkskräfte im Gesundheitswesen Fortschritte in der Bewegung für ein besseres Gesundheitswesen zu erreichen sind.

Michael Kransz, Krankenpfleger, Hamburg

„Praktische Pharmakologie“

Ich stehe zur Zeit am hiesigen Krankenhaus im Praktischen Jahr. Ein Problem, mit dem ich hierbei zu kämpfen habe, ist die Fülle (oft fragwürdiger) Medikamente.

Deshalb war ich sehr froh, in der Bücher-Rubrik Eurer (im übrigen äußerst informativen) Zeitschrift 2/80 einen Hinweis auf ein offensichtlich recht vernünftiges Pharmakologiebuch zu finden. – Als ich in einer medizinischen Buchhandlung in Ulm nach dem Buch von SALLER et al. fragte, hieß es, wegen dieses Buches hätte es einen Prozeß gegeben und es hätte vom Verlag zurückgenommen werden müssen.

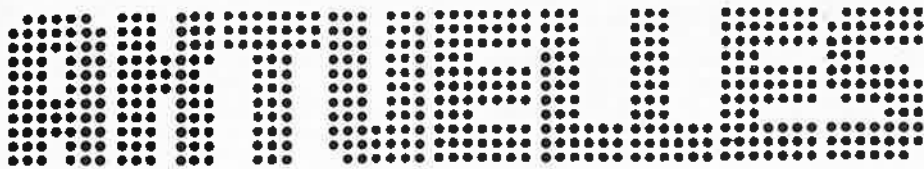
Ich habe den schweren Verdacht, daß an dieser Geschichte etwas faul ist und möchte Euch fragen, ob dieses Buch nicht auf irgendeinem anderen Wege zu haben ist.

Wie wichtig ein Buch zu diesem Themenbereich ist, zeigen mir tägliche Gespräche mit Kollegen, die fast ausschließlich negativen Erfahrungen mit Pharma-Vertretern sowie ein Artikel in der SÜDDEUTSCHEN ZEITUNG v. 20. 6. 1980 über Arzneimittelerprobung und -risiken.

Roland Stech, Riedlingen

Die Firma Pohl-Boskamp hatte sich daran gestört, daß auf S. 308 für ihr Präparat „Nitrolingual“ angegeben wurde, daß es nur 1–3 Monate wirksam sei. Mit einer einstweiligen Verfügung konnte sie erreichen, daß der Verkauf des Buches gestoppt und die Seite ersetzt werden mußte. Es ist jetzt wieder im Handel. Den ursprünglichen Text hat die Firma in einer ganzseitigen Anzeige im Deutschen Ärzteblatt 16/80 wiedergegeben.

Die Redaktion



Wahlerfolg der Liste Demokratischer Ärzte

Vom 2. bis 12. Juni 1980 fanden die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Periode von 1980–84 statt. An der Wahl beteiligten sich rund 63 Prozent der hessischen Ärzte. Davon wählten 1173 (12,6 %) die Liste Demokratischer Ärzte, die damit 10 von 80 Sitzen gewann. Als Delegierte werden in das Parlament der hessischen Ärzte einzeln: Dr. Winfried Beck (Frankfurt), Dr. Ernst Girth (Offenbach), Dr. Marianne Wedler-Heizer (Darmstadt), Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Dr. Bernhard Pfälzer (Hanau), Dr. Manfred Thomas (Frankfurt), Dr. Rainer Haertel (Schöneck), Dr. Gabriele Claas (Marburg), Dr. Michael Begemann (Marburg), Prof. Dr. Hans Mausbach (Frankfurt). Im Vergleich zu 1976 konnte die Liste Demokratischer Ärzte ihren Stimmenanteil um 262 Stimmen verbessern und 2 Sitze hinzugewinnen. Dieser Wahlerfolg ist um so bemerkenswerter, als der Präsident der Landesärztekammer Hessen vor und während der laufenden Wahl mit herabsetzenden Äußerungen über die demokratischen Ärzte an die Öffentlichkeit getreten war. Trotz dieser Behinderung, die sich mit dem Amt des Präsidenten einer Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht vereinbaren läßt, ist es der Liste Demokratischer Ärzte gelungen, zusätzlich Wähler anzusprechen und damit das Potential für eine arbeitnehmerfreundliche und demokratische ärztliche Berufspolitik zu verstärken. Die Liste hat sich als kritische Alternative zur konservativen Standespolitik mit einer deutlichen Aussage für eine konstruktive Zusammenarbeit mit den DGB-Gewerkschaften vorgestellt.



Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt Alarm

In einem Gespräch mit der Rheinischen Post (19. 7. 80) warnte Prof. Müller, Hauptgeschäftsführer der DKG die Gesundheitsminister, daß die Stimmung innerhalb der Ärzteschaft an den Krankenhäusern „in einem Maße gereizt und explosiv“ sei, „daß jederzeit ernsthaft mit einem Streik gerechnet werden“ müsse. „Und wenn die Ärzte streiken, wird auch das Pflegepersonal streiken.“ Selbst wenn man die längst überholten Anhaltszahlen zur Berechnung des Stellenschlüssels von 1969 zugrundelegt, ergibt sich ein Fehlbefund von 30 000 Pflegekräften und 20 000 Ärzten. Die geforderte Streichung von 50 000 Betten sei „ein alter Hut“, da es längst keinen Überhang mehr gebe. Dies jedoch mit dem großen Bettenbedarf u. a. in der Psychiatrie zu begründen, geht wohl an den Realitäten vorbei. Die Forderung nach durchschnittlicher Erhöhung der Pflegesätze um 10 % wird damit begründet, „daß medizinischer Fortschritt plus mehr Zuwendung zum Patienten seinen Preis hat.“

Die Standesgewerkschaft tagte

Im Schatten des Ärztetages fand in diesem Jahr die 57. Jahreshauptversammlung des Marburger Bundes statt. Der Vorsitzende des MB, der seine Organisation fälschlich gerne als Gewerkschaft der Ärzte bezeichnet, hob in seinem Rechenschaftsbericht die Aufgabengleichheit seiner Organisation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen hervor. Wichtigstes Ziel sei die Sicherung der wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Unabhängigkeit der Ärzte. Kritik übte Hoppe an der unzureichenden Besetzung der Krankenhäuser mit Personal, speziell mit Ärzten. Als untere Grenze bei der Personalbesetzung seien die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1974 anzusehen.

Klare Aussagen des Marburger Bundes zur Bereitschaftsdienstregelung für Ärzte wurden wiederum vermißt. Der Vorstand wurde beauftragt, Änderungsvorschläge zu den im Herbst stattfindenden Tarifverhandlungen über die Sonderregelung 2c des BAT zu erarbeiten.

In die Phalanx der Standesvertretungen reihte sich der MB auch mit seiner Kritik an der inzwischen gescheiterten Novelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein. Beanstandet wurden die unverhältnismäßige Stärkung der Krankenkassen bei den

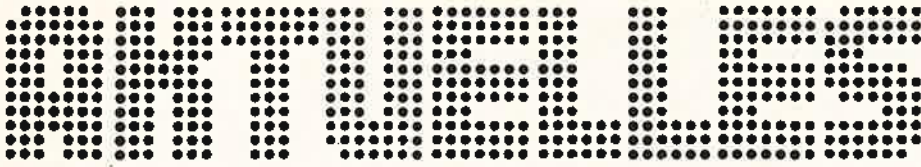
Pflegesatzverhandlungen, die unzureichende Beteiligung der im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter an Planungsentscheidungen und die Verlagerung von Kompetenzen aus dem Bereich der ärztlichen Weiterbildung auf die Bundesebene.



„Schwarzgeld“ für die Erprobung eines Medikaments

Auf der Anklagebank des Schöffengerichts in Duisburg saß der Pharmavertreter O. Ragert. Seinem Arbeitgeber, der Boehringer Mannheim GmbH, schwante Böses, als er entdeckte, daß Verrechnungsschecks an von dem Vertreter betreute Ärzte über dessen Privatkonto liefen. Vor Gericht als Zeugen geladen, beteuerten die 21 Ärzte vom Niederrhein auch, niemals Geld „für geleistete Dienste im Rahmen der Erprobung des Arzneimittels Torrat“ erhalten zu haben. Als der Verteidiger dann zu ihrer Überraschung Quittungen präsentierte, mußten sie klein beigeben. Es kam zum Rollentausch, der Pharmavertreter wurde freigesprochen, den Ärzten steht ein Verfahren wegen falscher Aussage ins Haus.

Diese Geschichte ging durch den Blätterwald. Über die eigentlich Schuldigen, die Pharmakonzerne, wurde wenig geschrieben. Ist es doch der erbitterte Kampf um Marktanteile, der die Pharmavertreter oft zu Methoden zwingt, die sich am Rande der Legalität bewegen. Überzeugt schon nicht die Qualität des Medikamentes, so tut es vielleicht ein opulentes Abendessen, ein Präsent zu Weihnachten oder halt ein Verrechnungsscheck.



Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung ist unsozial

Als „unsozial“ bezeichnete das Mitglied des geschäftsführenden Hauptvorstandes der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Dr. Monika Wulf-Mathies, den Beschluß des 83. Deutschen Ärztetages in Berlin, die Krankenversicherten an den Krankheitskosten über die Krankenversicherungsbeiträge hinaus selbst zu beteiligen.

In einer Stellungnahme wandte sich Dr. Wulf-Mathies insbesondere gegen das Argument, eine solche Selbstbeteiligung würde zur Kostendämpfung beitragen: „Wenn die Ärztenverbände dieses Thema wieder andiskutieren, kommt mir das vor, wie eine Politik des WOLFS im Schafspelz. Ich glaube, daß ein gestärktes Kostenbewußtsein im ärztlichen Verhalten viel wirkungsvoller wäre als eine Selbstbeteiligung der Patienten.“

Der Gedanke der Selbstbeteiligung setze voraus, daß jeder genau abschätzen könne, wie dringend er eine bestimmte Behandlung und ein bestimmtes Medikament wirklich brauche. Die Gefahr sei, daß die Sorge vor einer zusätzlichen Selbstbeteiligung gerade diejenigen abhalte, zum Arzt zu gehen, die am wenigsten zu einer solchen eigenen Abschätzung in der Lage seien. Das Problem bleibe doch, daß der Arzt derjenige sei, der feststelle, welche gesundheitliche Störung vorliege und damit eine wesentliche Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen ausübe.

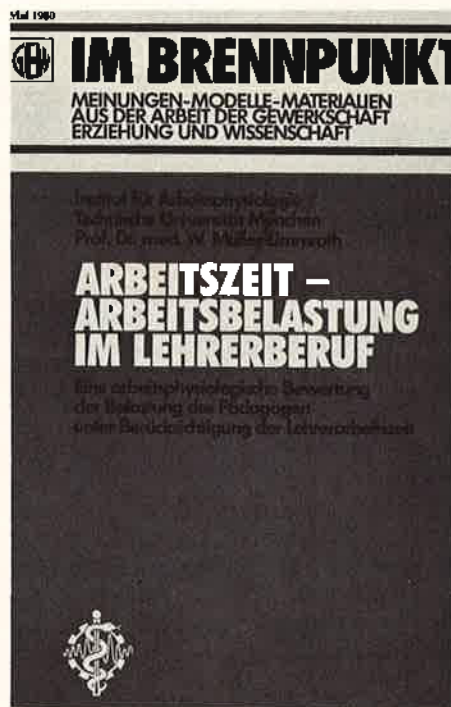
Das für Gesundheitspolitik zuständige Vorstandsmitglied der ÖTV fand es daher merkwürdig, daß gerade die Ärzte ihre Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen ablehnten. Diese Steuerungsfunktion sei eigentlich die einzige Rechtfertigung ihres hohen Einkommens.

Im übrigen seien die Patienten ohnehin bereits heute mit fünf bis sieben Prozent ihres Einkommens an den Krankheitskosten über die Beiträge zu den Krankenkassen beteiligt. Dr. Monika Wulf-Mathies fand es daher untragbar, diese Kostenbelastung durch eine Selbstbeteiligung zu erhöhen. Möglichkeiten zur Kostendämpfung sah sie statt dessen in der Beseitigung der krankheitsfördernden Arbeitsbedingungen, in einer umfassenden gesundheitlichen Vorsorge und besonders intensiven gesundheitlichen Betreuung.

Der vorliegende Artikel beruht zu großen Teilen auf der gemeinsamen Arbeit mit Heiko Waller an zwei Readern über gemeindenahere Gesundheitssicherung sowie auf Diskussionen mit meinen Kollegen in einem vom BMFT geförderten Forschungsprojekt über „Gesundheits-selbsthilfegruppen“.

Arbeitszeit und Arbeitsbelastung im Lehrerberuf

Unausrottbar scheint in der Öffentlichkeit das Bild des ewig klagenden, aber in Wirklichkeit unterbeschäftigten Lehrers zu sein. Forderungen der Lehrer nach Arbeitszeitverkürzung finden kein Verständnis. Studien, die über einen längeren Zeitraum hinweg die tatsächliche Lehrerarbeitszeit untersucht haben, werden in ihren Erhebungsmethoden bezweifelt. „Gläserne Schulen“, in denen Lehrer mit viel Organisationsarbeit und psychischem Streß ihre Arbeit nach außen hin sichtbar machen wollen, werden kaum besucht. Das Vorurteil hält sich, will sich halten – aus welchen Gründen auch immer. Nun ist der Öffentlichkeit ein weiterer Beweis für die hohe



Arbeitsbelastung der Lehrer vorgelegt worden. Das Münchener Institut für Arbeitspsychologie hat unter der Leitung von Prof. Müller-Limroth eine Studie angefertigt mit dem Titel „Arbeitszeit – Arbeitsbelastung. Eine arbeitsphysiologische Bewertung der Belastung des Pädagogen unter Berücksichtigung der Lehrerarbeitszeit“.

Die Studie kann bei der GEW, Unterlinden 58, 6000 Frankfurt, bestellt werden.

Offenlegung der Krankenakten auch für psychiatrische Patienten!

„Die Rechenschaftspflicht des Arztes findet – jedenfalls gegenüber dem Patienten selbst – dort ihre Grenzen, wo die therapeutische Pflicht wegen der Gefahr einer gesundheitlichen, insbesondere psychischen Schädigung die Zurückhaltung von Informationen gebietet. Die Kammer hat keinen Zweifel, daß eine solche Gefahr gerade im Bereich der Psychiatrie grundsätzlich nicht zu verkennen ist. Nach Auffassung des Beklagten ist es gerade im Fall des Klägers aus medizinischer Sicht nicht angebracht, ihm persönlich Einsicht in die über seine damalige Behandlung vorhandenen Krankenunterlagen zu gewähren, da eine Fehlinterpretation medizinischer Details der Diagnostik und Therapie, die seine eigene Persönlichkeit betreffen, zu befürchten sei, was trotz inzwischen wohl erreichter Stabilisierung eine schwere Verunsicherung und Belastung seines psychischen Zustandes zur Folge haben könne.“ Dies beschied das Verwaltungsgericht Stuttgart (Az: VRS VI 369/79) Herrn Peter Lehmann.

Seit 1979 versucht er bisher vergeblich, seine eigene Krankengeschichte zu lesen. Nach 6 Monaten stationärer Behandlung schloß er seine Ausbildung als Diplom-Pädagoge ab und will nun seine persönlichen Erfahrungen mit der Psychiatrie zur Grundlage einer Doktorarbeit machen.

Ursula Plog sagte für die DGSP ihre Unterstützung zu und schrieb: Wir „sind der Ansicht, daß psychisch Kranke wie mündige Bürger behandelt werden müssen und nicht wie Bürger zweiter Klasse. Wenn die Ärzte, die Sie bislang behandelt haben, über Ihren Zustand quasi hinter Ihrem Rücken Aufzeichnungen gemacht haben, die sie für gesundheitsschädigend halten, dann ist dies ein weiterer trauriger Beleg für die krankmachenden Behandlungsmethoden mancher psychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland“.

Peter Lehmann wird sich mit dem vorläufigen Bescheid des Gerichts nicht zufrieden geben und weiter prozessieren. DG unterstützt seine Forderung und wird weiter berichten. Unsere Leser werden aufgefordert, ihn durch Solidaritätsspenden zu unterstützen.

Adresse:
Peter Lehmann
Emdener Str. 33
1000 Berlin 21
PSA Bln-W 348124-105.

4 Jahre Gesundheitszentrum Gropiusstadt

... die bessere Versorgung findet statt

Früher hießen sie Ambulatorien, heute hört man die Namen Gemeinschaftspraxis oder Gesundheitszentrum. In Berlin haben solche Einrichtungen, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten, eine lange Tradition (siehe Rubrik „Historisches“). Die Auflösung sämtlicher Ambulatorien und Polikliniken 1955 in Westberlin konnte den alten Gedanken von fachübergreifender Zusammenarbeit aus den Köpfen der Mediziner nicht verdrängen. Seit 1976 arbeitet das erste größere fachübergreifende Gesundheitszentrum im Westberliner Stadtteil Gropiusstadt. Was lag näher, als dieser Einrichtung im Rahmen des Gesundheitstages einen Besuch abzustatten.

schilder draußen werden wir jetzt reichlich entschädigt. Neben der Hinweistafel auf die einzelnen Ärzte und andere Einrichtungen des Hauses mit Sprechzeiten fallen die verschiedensten Plakate und Informationstafeln auf: Ein großer Anschlag mit ÖTV-Informationen, eine „Patienteninitiative Gesundheitszentrum“ gibt das nächste Treffen bekannt, ebenfalls die Anonymen Alkoholiker. „Ab sofort besteht die Möglichkeit, ... mit Akupunktur behandelt zu werden“, so heißt es auf einem anderen Anschlag.

Später erfahren wir, daß die Arbeit mit Patientengruppen ein wichtiges Prinzip der präventiven und rehabilitativen Versorgung des Gesundheitszentrums darstellt. Es werden Gruppen für autogenes Training, Raucherentwöhnung, Herzinfarkt-rehabili-

Regel direkt zu dem Warteraum des Arztes.

Die zentrale Akte liegt dann dem behandelnden Arzt bereits vor, da in der Regel nur noch nach Anmeldung verfahren wird.

Mit dieser zentralen Akte hat es eine besondere Bewandnis. Sie wird von allen Ärzten benutzt, sämtliche Labor-, Röntgen-, endoskopischen oder sonstigen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen werden hier eingetragen, so daß der jeweils behandelnde Arzt immer einen vollen Überblick über die gesamten Untersuchungsergebnisse hat, er weiß genau Bescheid über sämtliche verordnete Medikamente und kann aufgrund dieser Information seine Behandlung optimal ausrichten. Dies System ist ein ganz wichtiger Faktor zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, einer Verschreibung von Medikamenten mit sich potenzierenden Nebenwirkungen oder einfach auch nur zur Verkürzung der Zeiten bei der Anamneseerhebung, da bereits alle Befunde vorliegen. Für den Patienten bedeutet sie die Gewißheit, daß der Arzt umfassend über den Gesundheitszustand informiert ist.

Beim Rundgang durchs Haus lernen wir die einzelnen Abteilungen kennen. Das Bauprinzip besteht darin, die einzelnen Arztpraxen bzw. Einrichtungen als Unterabteilungen räumlich und organisatorisch voneinander zu trennen. So hat jede Gruppenpraxis ihren eigenen kleinen Wartetrakt und ihre eigene Anmeldung.

Parterre liegt die psychosoziale Abteilung mit einem Sozialarbeiter und einer Diplompädagogin, die Gruppenpraxis der praktischen Ärzte mit 3 Kollegen, die Röntgenpraxis (2 Kollegen), die Orthopädie bzw. Unfallmedizin (2 Kollegen), sowie die Kinderpraxis mit einer Kollegin.

Im ersten und zweiten Stock sehen wir die psychiatrische Abteilung (1 Psychiater/Neurologe), Gruppenpraxis der Internisten (2 Kollegen), der Frauenärzte (2 Kollegen), die krankengymnastische und physikalische Abteilung, das große Zentrallabor sowie die Cafeteria, die übrigens ganz-tägig geöffnet ist und sowohl Frühstück, Mittagessen als auch Abendessen anbietet. Darüber hinaus auch kleinere Mahlzeiten zwischendurch. Eine gute Einrichtung nicht nur für das Personal des gesamten Komplexes, sondern gerade auch für Patienten, die nach der Blutentnahme für das Labor hier gerne frühstücken oder eine spezielle Diabetikermahlzeit zu sich nehmen können.

Ein weiterer Kollege arbeitet in einer internistischen Praxis. Der Keller beherbergt die große Badeabteilung.

Insgesamt arbeiten knapp 90 Beschäftigte im Gesundheitszentrum, das heute über 20000 Patienten betreut.

Die Besuche der einzelnen Abteilungen mitten in der Arbeitszeit lassen bekannte Reaktionen aufkommen: Überlastete Arzthelferinnen stöhnen über den eher unge-



Gesundheitszentrum Gropiusstadt

Gropiusstadt, Neubauzentrum mit gut 50000 Einwohnern ist ähnlich eintönig und unübersichtlich geraten wie andere Viertel dieser Art auch. Die Bevölkerung ist hilfsbereit, auf Fragen hin weiß jeder mit dem Namen Gesundheitszentrum etwas anzufangen. Der Bau selbst ordnet sich der Gesamtansicht des Stadtviertels unter. Von außen kein Hinweis auf eine medizinische Einrichtung, wenn nicht vielleicht auf der gegenüberliegenden Seite die Apotheke wäre.

Nach Öffnung der Eingangstür stehen wir in einem großen Vorraum. Links die Theke mit der Anmeldung, ansonsten überall kleinere Sitzecken verteilt, an denen Patienten sitzen. Für die fehlenden Hinweis-

tation, Diätberatung oder für Diabetiker angeboten.

Der große Rundgang, bei dem wir von einer Kollegin der zentralen Anmeldung begleitet werden, beginnt bei ihrem Arbeitsplatz. Die zentrale Anmeldung ist gedacht für alle Patienten, die das Gesundheitszentrum zum ersten Mal aufsuchen und nicht genau wissen, welchen Arzt sie wählen sollen. Denn natürlich besteht auch im GZ Gropiusstadt freie Arztwahl. Sie erhalten dort die notwendige Information, es wird dort für jeden Patienten eine zentrale Akte angelegt. Von der zentralen Anmeldung aus wird der Patient zu seinem für ihn zuständigen Arzt gebracht. Bei weiteren Untersuchungen geht der Patient in der



Bewegungsbad im Gesundheitszentrum

betenen Besuch, der sie von ihren eigentlichen Aufgaben ablenkt. Die Ärzte haben die Hände voll zu tun, für Gespräche bleibt nur wenig Zeit. Alles hetzt, alles muß schnell gehen, alle sind unter Zeitdruck. Soll das die neue, die bessere Medizin sein ...?

Einmal pro Woche findet eine Röntgenbesprechung unter Teilnahme aller Ärzte statt. Die Abteilung selbst ist mit allen herkömmlichen diagnostischen Verfahren und dem Ultraschall gut ausgestattet.

Erstaunen weckt bei uns die Mitteilung, daß mehrere Abteilungen immer wieder Ärzte suchen und dabei Schwierigkeiten haben. Die Röntgenpraxis hat ca. 2 Jahre leergestanden.

Die Orthopäden versorgen als H-Ärzte den Bereich Gropiusstadt unfallchirurgisch mit. Wir „erwischten“ sie gerade beim Gipsanlegen, sie hatten alle Hände voll zu tun.

Bedauerlicherweise bleibt uns der psychosoziale Bereich weitgehend verschlossen. – Wir erfahren aber soviel: Das Gesundheitszentrum hat sich einen Namen gemacht als Behandlungszentrum für psychische und psychosomatische Störungen. Entsprechend groß ist dieser Patientenanteil. Angeboten werden für diese Patienten: Gesprächstherapie bei entsprechend ausgebildeten Ärzten, autogenes Training, Gesprächskreise des Psychiaters, Gruppentherapie sowie die Beratung des Sozialarbeiters. Seine Aufgabe besteht ebenfalls darin, den Patienten bei der Formulierung von Anträgen an die Stadt (z. B. Sozialhilfe, Wohngeld) zu helfen.

Bei unserem Rundgang werden wir häufig auf die große finanzielle Krise des gesamten Projektes vor einem Jahr aufmerksam gemacht, die schwere Umstrukturierungen zur Folge hatte. Nicht wenige beklagen die ihrer Auffassung nach negativen Konsequenzen dieser Umorganisation, bei einigen sei der große Elan der „Gründerzeit“ längst der Frustration gewichen.

Wir trafen auch Kollegen und Kolleginnen, die sagten, sie würden ihre Arbeit als einen Job verstehen, der sich nicht groß von dem unterscheidet, was sie woanders gemacht haben.

Wir ahnen etwas von der heterogenen Zusammensetzung unter den Beschäftigten, was allerdings bei einer Einrichtung mit mehr als 80 Beschäftigten auch nicht verwunderlich ist.

Bei Kontakten mit Patienten werden wir angenehm überrascht. Während uns einige Ärzte noch sagten, die Besuche der Patienten im GZ seien eher zufälliger Art, wissen die meisten offensichtlich sehr genau, warum sie das GZ aufsuchen. Eine ältere, vielleicht 60jährige Patientin zu uns:



„Von solchen GZ's gibt es noch viel zu wenig, und ..., hier müßte noch ein Augenarzt und HNO-Arzt rein. Ich fühle mich hier gründlich untersucht und gut behandelt. Hier finde ich alles unter einem Dach, früher mußte ich lange Wege zurücklegen, um die verschiedenen Ärzte zu erreichen.“

Eine Patientin wird auf uns aufmerksam, als sie das Mikrofon und den Fotoapparat sieht und spricht uns an: „Soll hier zugemacht werden? Das ist doch gut besucht hier!“ Wir können sie beruhigen. Sie erzählt weiter: „Ich war von Anfang an hier und habe auch schon einmal unterschrieben – damals sollte es zugemacht werden –, daß es nicht zugemacht wird. Es ist gut hier, schreiben Sie, daß es gut hier ist, daß hier nicht zugemacht werden darf.“ Wir unterhielten uns mit ihr weiter und sie sagte uns, daß sie in einem Hochhaus in Gropiusstadt wohne und viele ihrer Bekannten ebenso dächten wie sie.

Diese Szene machte nachdenklich. Ob wohl die Mitarbeiter vom GZ alle wissen, wie sehr die Patienten an diesem Projekt hängen und wie wichtig ihnen der Erhalt ihres Gesundheitszentrum ist?

Der Abend gehörte dem Gespräch mit Dr. Heidekröger, praktischer Arzt im GZ. Er kam in seinen Ausführungen zur Anfangsphase zurück. Mit dem GZ verfolgten die Kollegen mehrere Ziele: Zunächst sollte eine andere Medizin gemacht werden, d. h. mehr Zeit für die Patienten, die Einbeziehung des Arbeits- und Lebensumfeldes jedes Patienten in Diagnostik und Therapie, die Entwicklung einer psychosomatischen Medizin. Zum anderen wollte man Arbeitsbedingungen schaffen, die eine gleichberechtigte, hierarchiefreie Arbeit aller Berufsgruppen ermöglichen sollten. Aus diesem Konzept ergaben sich die entsprechenden organisatorischen Konsequenzen. Es wurde ein Verein gegründet, auf den sämtliche Aufgaben und Grundrechte übertragen wurden. So stellte er die nichtärztlichen Mitarbeiter ein, gleichzeitig mußte jeder Vereinsmitglied sein. Die Ärzte schlossen, da sie aus standesrechtlichen Gründen selbständig sein mußten, mit dem Verein Kooperationsverträge und wurden gleichzeitig Mitglieder. Jeder Arzt stellte etwa 130000 DM dem Verein zur Verfügung, hiervon wurden die Einrichtung gekauft, die Miete, sowie die Gehälter gezahlt. Bezahlt wurde nach Tätigkeitsmerkmalen, angelehnt an den BAT. Es wurde zur Leitung dieses Vereins ein geschäftsführender Ausschuß gebildet, bestehend aus zwei Ärzten (von den Ärzten gewählt), zwei nichtärztlichen Mitarbeitern (von diesen gewählt) und dem Geschäftsführer. Gleichzeitig gab es pro Woche eine Mitgliederversammlung zur Entscheidung über grundsätzliche Fragen, sowie eine Arbeitsgruppensitzung jeder Unterabteilung des Hauses. Aber schon bald merkte man, daß das GZ defizitär arbeitete. Neue Kredite mußten aufgenommen werden, es wurden die Ursachen hierfür erforscht: Zunächst einmal war die hohe Miete zu nennen, nämlich 30 DM Warmmiete pro qm und das bei einem Haus mit 2600 qm Arbeitsfläche.

Zu Beginn waren Abteilungen eingerichtet worden, bei denen eine Abrechnung mit den Krankenkassen nicht möglich ist, die Hauskrankenpflege sowie die psychothe-

DIE NUMMER 17 IST DA !



THEMEN U.A. SIND:

- * Berichte zum Gesundheitstag in Berlin
- * Gemeinschaftspraxis Gallusviertel Frankfurt
- * Fleisch, Wurst und Gift
- * Kindersexualität
- * Basisgesundheitswesen in der 3. Welt
- * Anti-Diät
- * Pille (Teil III)

* Probeheft

(gegen Voreinsendung von 2 Mark in Briefmarken)

* Abo für ein Jahr: 10 DM

* Förderabo 20 DM und mehr (4Hefte pro Jahr)

Postscheckkonto Frankfurt

Nr.: 13073-600
BLZ: 500 100 60

Dr. med. Mabuse
Postfach 700 747
6 Frankfurt 70

rapeutische Abteilung (besetzt von 2 Psychologen). Ursprünglich war kalkuliert worden, daß deren Gehälter aus den Gesamteinnahmen abgedeckt werden könnten.

Als ausgesprochen kostenintensiv erwies sich die zentrale Patientenakte, für die man jährliche Kosten von ca. 130 000 DM errechnete. Sie werden vor allem aufgewandt für den hiermit verbundenen Personalbedarf.

Das Haus war zu groß konzipiert worden, nämlich für 15 Kollegen, aber nur 10 waren 1976 angefangen.

Ebenfalls war der Personaleinsatz im Bereich der Arzthelferinnen zu groß.

Aber vor allem fiel auf, daß einzelne Abteilungen, für die eine Abrechnung mit den Kassen möglich ist, defizitär arbeiteten, so zum Beispiel die Badeabteilung.

Die Analyse der finanziellen Situation war hart und schmerzlich. Die Diplompsychologen mußten entlassen werden, die Hauskrankenpflege wurde aufgelöst, eine Reihe Arzthelferinnen konnte nicht mehr weiter beschäftigt werden, der Verein als finanzieller Träger und Umverteiler von Gewinnen und Defiziten verlor seine Funktion. Die Bezahlung der einzelnen Kolleginnen und Kollegen erfolgte stärker leistungsorientiert. Der Umstrukturierungsprozeß wurde gefördert durch neue Umsatzsteuergesetze, die das Modell in der ersten Form plötzlich umsatzsteuerpflichtig werden ließen; aus dieser Entscheidung steht noch die Bezahlung von 150 000 DM Umsatzsteuer an!

Die wesentlichste organisatorische Umstrukturierung erfolgte mit der Aufteilung des GZ in einzelne Arbeitsbereiche mit nicht mehr als 15 Mitarbeitern. Diese Arbeitsbereiche sind seit dem vorigen Jahr finanziell für sich selbst verantwortlich und müssen – je nach Beanspruchung oder umsatzorientiert – Gelder zur Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben abführen. An gemeinsamen Aufgaben sind übriggeblieben: Die zentrale Akte, das Labor, der Verein GZ Gropiusstadt als Mieter des Hauses, als Arbeitgeber der Diplompädagogin und als Interessensvertreter nach außen. Die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte sind nach oben geöffnet worden, gegenwärtig liegt die Verdienstgrenze bei 5000 DM brutto im Monat, aber die Diskussion geht dahin, die volle leistungsorientierte Bezahlung der Ärzte entsprechend den Gewinnen der einzelnen Gruppenpraxen zuzulassen.

Dr. Heidekröger ist optimistisch, er berichtet, daß jetzt alle Voraussetzungen dafür gegeben sind, das GZ stärker nach außen wirken zu lassen: „Wir werden in Zukunft stärker Aufgaben der Prävention durch Organisation von Patientengruppen, im Rahmen der VHS oder ähnlicher Einrichtungen in Angriff nehmen. Geplant sind erste Schritte zum Beginn einer systematischen Stadtteilarbeit. Die Einrichtung des

Betriebsrates ist Ausdruck der Erkenntnis, daß faktisch im GZ Arbeitgeber- Arbeitnehmerverhältnisse herrschen, die vorher durch das Vereinsmodell nur verschleiert worden sind.“



DG Redakteur D. Uhlenbrock im Gespräch mit Dr. Heidekröger

Das GZ Gropiusstadt hat auf diesem Gebiet Pionierdienste geleistet, Fehler waren deshalb nicht zu vermeiden, sagt Dr. Heidekröger. Die wichtigsten Fehler beruhten darauf, daß illusionär geplant worden ist. Die Gleichstellung aller Mitarbeiter ist in der von ihnen damals konzipierten Form nicht möglich und scheiterte. „Die Badeabteilung z. B.“, so berichtet er, „hatte im Vereinsmodell Defizite erwirtschaftet, sie wurden aus dem Gesamtpool gedeckt. Und jetzt, da diese Abteilung selbständig arbeitet, werden Gewinne erwirtschaftet. Eine Illusion ist es auch gewesen, die Gleichstellung vorzunehmen, ohne zu berücksichtigen, daß nur einige die tatsächlichen finanziellen Träger des Projektes sind und andere über diese Finanzen ihre Gehälter beziehen. Der Verein verschleierte diese Abhängigkeitsverhältnisse, aber sie existierten unter der Oberfläche fort. Die Ärzte waren deshalb auch immer weniger bereit, die erwirtschafteten Defizite durch ihre Kredite zu decken.“ Eine weitere große Illusion, die im GZ gestorben ist, war, den Regel- und Gesetzmäßigkeiten der Kassenarztstätigkeit entgegen zu arbeiten. Anfangs hatte jeder Arzt die Illusion, er könnte sich für jeden Patienten eine halbe Stunde Zeit nehmen, längst vergessen, wie Dr. Heidekröger betonte. „Wir unterliegen der Einzelabrechnung, wir unterliegen dem Zwang, mit Hilfe einzelner Leistungen am Patienten die Einnahmen zu garantieren. Längst ist die Arbeitsintensität aller gestiegen.“

Und dennoch, so sagt er: „Unsere ‚Praxis‘ arbeitet immer noch unökonomischer, als die eines herkömmlichen niedergelassenen Arztes. Während dort ein Verhältnis von Umsatz zum Nettogewinn von ca. 2:1 besteht, werden in der Gropiusstadt ca. 80 % des gesamten Umsatzes für Kosten verbraucht, wobei weiterhin einer der größten Posten die hohe Miete ist.“

Dr. Heidekröger zu uns: „Wir sind optimistisch. Natürlich wird hier hart gearbeitet, ich habe in meinem ganzen Leben nicht so viel gearbeitet wie hier. Aber hier macht es Spaß, und deshalb bin ich bereit, den Einsatz zu leisten. Den meisten anderen geht es ebenso. Wir werden den Blick nach vorne richten und die neuen Aufgaben anpacken.“

Fotos: Ulrike Helmes

Perspektive gemeindebezogener Gesundheitssicherung:

„Aufwiegelung zur Gesundheit“ statt „Patientenabfertigungsapparat“!

Die folgenden Sätze stammen aus dem literarisch-essayistischen Bericht Frank Stillers über seine Urlaubsvertretung in einer Arztpraxis:

„Wenn eine der Arzthelferinnen auf einen Knopf drückte, summte es vorn im Wartezimmer. Jeder, der mich sprechen wollte, bekam durch ein Fensterchen in der Wand des Wartezimmers ein Stück Papier mit einer Nummer durchgereicht. Wenn es summte, stand immer der mit der niedrigsten Nummer auf und ging durch den Flur in eins der Behandlungszimmer...“

Es gab eine Sprechanlage, über die man mich auf dem laufenden hielt, was gerade in welchem Raum zu tun war. „Herr Doktor, in Kabine 4 ist eine Spritze zu

setzen.“ Zack – „So. Das war's schon“, Händedruck, „Auf Wiedersehen.“ Kabine 1, „guten Tag, zeigen Sie mal“, geschnittener Finger, „naja, das ist gar nicht schlimm, das haben wir gleich“. „Beide Behandlungszimmer sind wieder besetzt!“ ... Während der Patient seine Beschwerden aufzählte, fing ich oft schon an, das Rezept auszustellen und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszufüllen...

„Die Technologie wird durch mich auf euch angewandt, wie ihr es von mir erwartet und alle Welt. Der Patientenabfertigungsmedikamentenverordnungs-krankschreibungsapparat ist in Aktion...“

Ambulante medizinische Versorgung

Die Aufwertung der Allgemeinmedizin, die von den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Gruppen gefördert wird, hat theoretisch den Effekt einer „Entspezialisierung“ der ambulanten ärztlichen Tätigkeit. Entspezialisierung würde eine ganzheitliche Sichtweise des Patienten, ein besseres Verständnis für ihn und eine generelle Verbesserung der Kommunikation mit ihm begünstigen.

Allerdings ist die tatsächliche Entwicklung genau gegenläufig: der Anteil der Allgemeinärzte hat gegenüber den Fachärzten in den vergangenen Jahren abgenommen. Neben dieser quantitativen läßt sich auch eine qualitative Verschlechterung der Situation feststellen: die voll weitergebildeten „Gebietsärzte für Allgemeinmedizin“ sind gegenüber den „Praktikern“ (ohne systematische Weiterbildung) weniger geworden. Beide Trends werden sich auch in den kommenden Jahren fortsetzen (Liebert).

Große Hoffnungen sind auf Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen als alternative Modelle der ambulanten Versorgung gesetzt worden. Diese Hoffnungen sind teilweise herb enttäuscht worden. Als unüberwindbarer Zwang zu starker Anpassung an den üblichen Medizinbetrieb hat sich das System der Honorierung von Einzelleistungen erwiesen. Der Zwang, viele Patienten zu „verarzten“, vereitelt den Wunsch, die 3-Minuten-Medizin (nennenswert) zu verbessern. Eine weniger beachtete, aber möglicherweise noch schlimmere Auswirkung der Honorierung von Einzelleistungen des Arztes sehen wir darin, daß dieses System systematisch die Passivierung des Patienten fördert. Ein alternatives Bezahlungssystem für die ambulante ärztliche Tätigkeit ist zwar politisch allenfalls längerfristig durchzusetzen, würde aber tatsächlich eine „systemüberwindende“ Reform bedeuten!

Gesundheitszentren können – trotz inzwischen deutlich sichtbarer Fehler (vgl. F. Kater in: Eingriffe Nr. 22/23 1980) – als Fortschritt betrachtet werden! Viele der dort praktizierten Versorgungsansätze wie Kooperation mit verschiedenen psychosozialen Gesundheitsberufen, gemeinsame



Zahlen über die unzulängliche Situation in der ambulanten Versorgung können kaum vermitteln, was aus diesen wenigen Auszügen eines biographischen Essays spricht. Detailliertere Belege für Probleme der ambulanten Gesundheitssicherung haben wir an anderer Stelle zusammengefaßt. Viele Merkmale der heutigen Situation gehören schon beinahe zum Alltagswissen: die Zunahme chronischer Krankheiten und Behinderungen, die Häufigkeit psychischer Krisen und Störungen, der hohe Anteil psychosomatischer Beschwerden in den Allgemeinpraxen, die

3-Minuten-Medizin, die Überversorgung mit und Abhängigkeit von Medikamenten usw. usw.

Die (hier unvollständige) Liste der Mängel und Probleme ist so lang, daß Mißtrauen gegenüber vorschnellen Reformkonzepten dringend geraten erscheint.

Gibt es trotzdem Perspektiven für eine positive Veränderung der Situation? Von welchen Prinzipien können wir unser Handeln für eine bessere Gesundheitssicherung leiten lassen? Welche Organisationsmodelle erscheinen aussichtsreich?

Fortbildung, gegenseitige Kontrolle, Patientenaktivierung und ähnliches sind allerdings nicht auf die besondere Qualität des Versorgungsmodells „Gesundheitszentrum“ zurückzuführen, sondern auf den enormen, an „Selbstausschüttung“ grenzenden Einsatz der dort tätigen Mitarbeiter.

Ambulante Sozial- und Gesundheitsdienste

Eine echte Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten für Alte, Behinderte und chronisch Kranke ist in Gesundheitszentren intensiver betrieben worden als es sonst in der ärztlichen Versorgung üblich ist. Das eigentliche Organisationsmodell für die ambulanten Dienste sind die *Sozialstationen*, von denen es inzwischen über 1000 in der Bundesrepublik gibt. Die meisten Sozialstationen beschränken ihre Funktionen allerdings auf Haus- und Familien-, Alten- und Schwerkrankenpflege. Lüth hat dagegen ein Modell der *integrierten Sozialstation* entworfen, das zusätzliche Funktionen im sozialpädagogischen Bereich einschließt (Rehabilitation, Beratung, Freizeit und Gruppenarbeit, gesundheitliche Aufklärung und Sozialtherapie).

Obwohl Sozialstationen vom Anspruch her spontan-freiwillige Nachbarschafts- und Selbsthilfe fördern sollen (Entprofessionalisierung), läßt sich gleichzeitig beobachten (vgl. Hegner), daß die Propagierung von formalen Ausbildungsstandards die Gefahr in sich birgt, daß Laien-, Familien- und Selbsthilfe entmutigt wird, weil plötzlich ein Berufsbild für vorher als selbstverständlich gegebene Fähigkeiten auftaucht (z. B. Altenpflegerin).

dergeschlagen. Die vielseitige Weiterentwicklung der Sozialstationen zu „medizinischen Gemeindezentren“ (SPD-Partei-programm) und „Sozialzentren“ (ÖTV-Perspektiven zur Gesundheitspolitik) scheint uns ein Ziel zu sein, das momentan zu Unrecht total vernachlässigt wird.

Unklar ist bisher, in welcher Weise die *sozialen Dienste der Krankenkassen*, die sich von ihrer Funktion her (insbesondere Rehabilitationsberatung) mit den Sozialstationen überschneiden am besten in ein flächendeckendes Netz von Sozialstationen integriert werden können.

Ambulante psychiatrische Dienste

Das Thema „Psychiatrie“ läßt sich nicht von der ambulanten Primärversorgung trennen: Rund ein Drittel der Patienten von Allgemeinärzten bekommen psychiatrische Diagnosen (Zintl-Wiegand). Auch in den Sozialstationen spielen seelische Probleme eine so große Rolle, daß sich die von den Trägern gewünschte Beschränkung auf Alten- und Krankenpflege in der Praxis nicht durchhalten läßt (Grunow u. a.).

Das Modell der *Psychosozialen Kontaktstelle* ist bisher nur selten verwirklicht worden (z. B. in Hamburg: „Der Lotse“, vgl. Bock; in Berlin: „Treffpunkt Waldstraße“). Er hat seine besondere Bedeutung darin, daß Hilfe (besonders Krisenintervention) schon im „Vorfeld“ psychischer Störungen geleistet werden soll (z. B. bei Partner-, Wohnungs-, Geldproblemen etc.). Damit wirkt dieses Modell potentiell auch vorbeu-



Viele neu entstandene Modelle haben *selbstorganisierte Professionellensammenschlüsse* (meist „e. V.“) als Träger.

Teilweise geht es dabei primär um eine Legitimierung der ambulanten Tätigkeit von Psychologen. In vielen dieser Modelle steht jedoch die Verwirklichung von Arbeitsprinzipien wie Teamwork, Anleitung zur Selbsterfahrung und Selbsthilfe, Entspezialisierung, Deprofessionalisierung und ähnliches im Vordergrund (vgl. dazu besonders Eingriffe Nr. 22/23, 1980, und Göpel, 1979).

Als *generelles Ziel aller neuen Modelle* ambulanter Versorgung sollte gelten, die *Aufteilung von Problemlagen in körperliche, seelische und sozioökonomische Komponenten* und die *entsprechend zersplitterten Zuständigkeiten zu überwinden*. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind besonders die Arbeit im interdisziplinären Team und eine berufsübergreifende Fortbildung für alle Gesundheitsberufe.

„Primary Health Care“

Im September 1978 ist von mehr als 700 WHO-Delegierten aus 132 Ländern die Deklaration von Alma Ata verabschiedet worden (Text bei Pflanz, 1978) siehe Dokumente, hier. Darin wird das Konzept der „primary health care“ zur Strategie für die Verwirklichung des Ziels „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ erklärt. Wir haben „primary health care“ (leider etwas umständlich) mit „gemeindebezogene Gesundheitssicherung“ übersetzt: „Gemeindebezogen“ statt „primär“, weil es bei diesem Konzept um *mehr* als die ersten Anlaufinstanzen medizinischer Versorgung geht; „Gesundheitssicherung“ statt „Gesundheitsversorgung“, weil es tatsächlich mehr um die vorbeugende Sicherung der Gesundheit als um ein Versorgtwerden im Krankheitsfall geht.



In empirischen Untersuchungen (Grunow u. a.) wie auch in der praktischen Zusammenarbeit (Schwerdtfeger) hat sich gezeigt, daß die Trennung von körperlichen, materiellen und seelischen Nöten oft unmöglich ist. Das hat sich bisher jedoch nicht in einer entsprechenden Teamzusammensetzung für Sozialstationen nie-

gend für nichtpsychiatrische Krankheiten. Der *Sozialpsychiatrische Dienst* hat momentan überwiegend nachsorgende oder ordnungspolitische Funktionen. Mancherorts (z. B. München, Berlin) läßt sich jedoch auch eine Tendenz zur Ausweitung in den Bereich der psychosozialen Prävention feststellen (vgl. Riedmüller).



Die Bedeutung der gemeindebezogenen Gesundheitssicherung für Europa wird in einem gesonderten WHO-Papier dargestellt (Kaprio, L.A.). Grundsätze des Konzepts sind:

- daß Gesundheitssicherung „bedürfnisbezogen“ sowie allgemein zugänglich und akzeptierbar sein sollte,
- daß die Mitwirkung der Gemeinde („community participation“) unabdingbar ist,
- daß gemeindebezogene Gesundheitssicherung effektiv und effizient sein sollte,
- daß gemeindebezogene Gesundheitssicherung integrierter Bestandteil der allgemeinen nationalen Entwicklung und des übrigen Systems der Gesundheitssicherung sein sollte.“

Der Grundsatz der „Gemeindemitwirkung“, der auch in der Deklaration selbst ausführlich angesprochen wird (s. IV. und VII.5.), scheint uns von zentraler Bedeutung zu sein, weil ohne ihn die anderen drei Prinzipien nicht oder nur unvollkommen verwirklicht werden können.

Laienaktivierung, Patientenmitwirkung und Gesundheitsselbsthilfe

Wie kann die Gemeinde an der Gesundheitssicherung mitwirken?

Die wichtigsten Formen sind die folgenden:

- individuelle Selbsthilfe, Laien- und Nachbarschaftshilfe,
- Gesundheitsselbsthilfegruppen (auf der Basis gegenseitiger Hilfe) zur Bewältigung von Krankheits- und Lebensproblemen (vgl. Möller; Itzwerth),
- institutionalisierte Formen der Mitbestimmung von Patienten in Institutionen des Gesundheitswesens (z. B. Beiräte, Patientenführer, in England „community health councils“),
- „Reanimierung“ der Selbstverwaltung der Sozialleistungsträger, insbesondere in den Krankenkassen, d. h. Mitbestimmung

bei der Planung und Durchführung der Sozial- und Gesundheitsdienste (vgl. WSI-Studie),

- Selbstorganisation zur Beeinflussung der Gesundheitsversorgung (z. B. Patientenschutzverbände und Beschwerdestellen, Elternverbände z. B. von Behinderten, Bürgerinitiativen zur Erhaltung bzw. Neueinrichtung von Gesundheitsinstitutionen oder zur Durchsetzung gesundheitspolitischer Forderungen wie Abschaffung des § 218),
- Gesundheitsschutz im Arbeitsbereich, z. B. nach dem Vorbild der italienischen Arbeitermedizin,
- Bürgerinitiativen zur Beseitigung gesundheitsschädigender Umweltbedingungen im Lebensbereich (z. B. gegen chemische Verseuchung, Atomkraftwerke, Lärm, Zerstörung gewachsener Lebens- und Wohnstrukturen).

Die hier aufgezählten Möglichkeiten gesundheitsbezogener Selbsthilfe sind breit gefächert. Dies alles gibt es auch schon; quantitativ betrachtet ist die Mitwirkung der Gemeinde jedoch bisher minimal. In vielen Bereichen können professionelle Helfer Anstöße und Unterstützung für die Aktivierung von Laien und Patienten geben; in einigen Bereichen können sie durch ihr Zutun allerdings auch Selbsthilfe zerstören. Sicher ist, daß die Gesundheitssicherung nur zu einem ganz geringen Teil durch die

helfenden Berufe geleistet wird. Der Hauptteil dieser Aufgabe ist durch die Bevölkerung selbst zu leisten. „Gemeindebezogen“ heißt in diesem Zusammenhang: dort, wo die Personen leben und arbeiten und wo sie „ihre“ Institutionen der Gesundheitsversorgung haben. Diese Erkenntnis scheint simpel. Und doch – trotz weltweiter Propagierung durch die WHO – werden Laienaktivierung und Patientenmitwirkung von Ständes- und Gesundheitspolitikern fast völlig ignoriert. Die Bielefelder Tagung zur Humanisierung des Gesundheitswesens (1979) und der Berliner Gesundheitstag (1980) haben das erste Mal sichtbar werden lassen, daß abseits der „offiziellen“ Gesundheitsversorgung Ansätze existieren, die sich ernsthaft um Laienaktivierung, Patientenmitwirkung und Hilfe zur Selbsthilfe bemühen.

Als zentrales Bewertungskriterium für die „Alternativität“ ambulanter Versorgungsmodelle wird u. E. in Zukunft zu gelten haben, inwieweit die Umsetzung dieser Prinzipien gelingt. Der bedrückenden Sichtweise Stillers: die ambulante Versorgung als „Patientenabfertigungsapparat“ steht die freudvolle Aufforderung eines anderen Berichterstatters aus der ambulanten Versorgung gegenüber: „Aufwiegelung zur Gesundheit“ (so der Titel von J. Carpentiers Buch) heißt die wichtigste Zukunftsaufgabe für die helfenden Berufe! Literatur beim Verfasser

Initiative

Zeitung für Menschen aus der Krankenpflege

Die Nr.4/5 erscheint
Ende August 1980 mit den
Themen:

Alternative 'Krankengymnastik'?,
Drogenentzug '80, Buchbesprechung
H.U.Deppe, Interview m. P.Botschafter
zur Krankenpflege, Psychiatrie und
Krankenpflege, Berichte a.d. Betrieben
und viele Informationen

Abo.10,-/4 Nummern, Einzelpreis 3,-
ab 5 Exempl. 2,- / zuzügl. Porto,
Konto a.Anfrage, sonst Geld + Rück-
porto in Scheinen etc. beilegen!

mit Archiv-Dienst
Gesundheitswesen!

Schreibt Artikel, schickt Informationen, abonniert
die Zeitung !

Kontakt über: -----
Postlagerkarte ----- A-051 507, D-1000 Berlin 27

Thesen zur ambulanten Versorgung

Unser System ambulanter Versorgung wird den Anforderungen nach einer umfassenden Behandlung, Nachbetreuung, Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten in keiner Weise gerecht. Statt dessen wird das Mißverhältnis zwischen Anspruch und Wirklichkeit immer größer.

Ende letzten Jahres traf sich die Redaktion von DG, um in einem Wochenendseminar gemeinsame Vorstellungen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik zu erarbeiten. Entsprechend unserem Selbstverständnis als linke gewerkschaftlich orientierte Zeitschrift aktiv an den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen teilzunehmen und mit unseren Lesern, überall wo es nach Kräften möglich ist, die gemeinsame Diskussion zu suchen, haben wir die Ergebnisse in Thesen gefaßt und stellen sie in diesem Heft vor.

Die vorliegenden Thesen sind also die im wesentlichen gemeinsame Meinung der Redaktion.

Wir würden uns über Kritik und Anregungen freuen. Auch deshalb, weil die Diskussion innerhalb der Redaktion einige der Probleme nur im Ansatz behandelt hat, so z. B. Aufgabenbestimmung des sog. Basisarztes, oder die konkrete Ausfüllung der Forderung nach Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Auch das Verhältnis von alternativen Heilmethoden zur klassischen Schulmedizin wurde sicher erst nur ansatzweise behandelt. Wir versprechen uns von Stellungnahmen aus der Leserschaft daher sehr viel. Schreibt uns, auch wenn ihr zu ganz anderen Ergebnissen in euren Diskussionen gekommen seid.

1. Eine der wesentlichsten Ursachen für die Misere der ambulanten Medizin liegt in dem Monopolanspruch, den sich die niedergelassene Ärzteschaft für diesen Bereich anmaßt zu besitzen. Dieser Monopolanspruch stellt eine willkürliche Auslegung der Reichsversicherungsordnung dar, in der die ambulante Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Ärzten und

Sozialversicherungsträgern bestimmt wird. Eine im Kern gesellschaftliche Aufgabe steht somit weitgehend außerhalb gesellschaftlicher Kontrolle in der Verfügungsgewalt einer einzelnen Gruppe, und zwar fachlich wie wirtschaftlich.

2. Unter Berufung auf diese willkürliche Besitzstandsklausel werden andere, nichtärztliche Berufsgruppen systematisch von einer qualifikationsgemäßen Beteiligung an der ambulanten Versorgung ferngehalten. Ein umfassendes, dem Krankheitspektrum angemessenes Angebot wird hierdurch verhindert. Dies gilt insbesondere für die in Zunahme begriffenen psychischen Krankheiten. Desgleichen für den Bereich der chronischen Krankheiten, deren Heilung oft nicht möglich ist, deren Ausbruch bzw. Ausbreitung aber bei rechtzeitiger Einwirkung in vielen Fällen verhindert werden könnte, was einen Ausbau von Vorsorge und Früherkennungsprogrammen in der ambulanten Versorgung erfordern würde. Auch hier gilt: Diese Programme sind nur dann erfolgreich, wenn andere Berufsgruppen integriert werden, sie lassen sich nicht mit der herkömmlichen Praxisstruktur verwirklichen.

3. Ein flächendeckendes Angebot kommt unter den Bedingungen der Niederlassungsfreiheit nicht zustande.

Bedeutet der Monopolanspruch die Festbeschreibung des uneingeschränkten Privilegs gegenüber anderen Gesundheitsberufen allein das Geschäft mit der Gesundheit betreiben zu dürfen, so bestimmt das Recht auf freie Niederlassung die innerärztlichen Marktregeln. Die Folge ist die unverändert chronische Unterversorgung von ländlichen und Stadtrandgebieten.

Selbst die gesetzlichen Möglichkeiten zur Festsetzung von Niederlassungssperren in überversorgten Gebieten werden auf Betreiben der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ausgeschöpft.

Niederlassungswilligen Ärzten wird die Einrichtung einer Praxis in unterversorgten Gegenden mit geringem Einzugsgebiet immer stärker von kreditgebenden Banken und den einrichtenden medizinisch-technischen Firmen erschwert.

Bisher gibt es nicht einmal Ansätze einer bedarfsgerechten, gemeindenahen und flächendeckenden ambulanten Versorgung.

4. Gleichzeitig ist es den gesetzlichen Krankenkassen und der öffentlichen Hand verwehrt, durch Einrichtungen in eigener Trägerschaft Mängel in der ambulanten Versorgung auszugleichen. Noch nicht einmal die Beteiligung stationärer Einrich-

tungen (Krankenhäuser) an ambulanter Versorgung wird ermöglicht.

Dieses System führt zur Konkurrenz um den Patienten und damit unter den Ärzten, wo Zusammenarbeit gefordert wäre. Das ambulante System steht in Konkurrenz zum stationären.

Konkurrenz ist im Gegensatz zur marktwirtschaftlichen Ideologie kostentreibend. Patienten werden nicht rechtzeitig ins Krankenhaus eingewiesen, zu wenig Spezialisten vorgestellt – Krankheiten somit verschleppt.

5. Auf dem Hintergrund dieser schweren strukturellen Mängel wurde ein Bezahlungssystem durchgesetzt, welches die Mißstände weiter zementiert und sogar noch verschärft. Das Prinzip der Einzelleistungsvergütung fördert alle Tendenzen, durch die möglichst viele Einzelleistungen in möglichst kurzer Zeit erbracht werden. Dieses Abrechnungsprinzip ist die ökonomische Triebfeder für die allseits praktizierte Minuten-Medizin. Es erschwert gesprächsintensive, betreuende, psychosoziale Aktivitäten der Ärzte, fördert dagegen das bloße Rezeptverschreiben sowie die überwiegend technisch-laborchemische Diagnostik. Übrigens Leistungen, die zunehmend von den Hilfsberufen der ärztlichen Praxis erbracht werden und auf diese Weise zur weiteren „Ertragssteigerung“ beitragen.

6. Entscheidenden Einfluß bei der Aufrechterhaltung dieser im Vergleich zu anderen Berufsgruppen optimalen Verdienstmöglichkeiten haben die ärztlichen Standesorganisationen und hier insbesondere die kassenärztlichen Vereinigungen. Jeder noch so kleine Ansatz einer Änderung der Verwertungsbedingungen in Richtung mehr patientenorientierter und bedarfsgerechter ambulanter Versorgung wird entschieden bekämpft.

7. Wer jedoch genügend Geld hat, sich dieser Minuten-Medizin nicht ausliefern zu müssen, hat selbstverständlich alle Chancen einer umfassenden medizinischen Betreuung. Die Minuten-Medizin gilt nämlich nur für Sozialversicherte. Für Privatpatienten gelten andere Maßstäbe.

Für eine entsprechende Bezahlung ermöglicht unser ambulantes System einem kleinen Teil der Bevölkerung alle Vorzüge umfassender Beratung, intensivster Behandlung sowie gründlicher Nachbetreuung. Auch die ambulante Versorgung verwirklicht eine Zwei-Klassen-Medizin.

8. Die überwiegend pharmazeutisch und technisch orientierte Medizin entspricht ganz den Interessen der Pharma- und Ge-

anten Versorgung

rateindustrie. Sie beeinflussen die praktische Berufstätigkeit, indem sie ausschließlich Diagnostik- und Behandlungsmethoden fördern, die ihren Profitinteressen entsprechen. Risiken und Nebenwirkungen dieser Behandlungen werden bagatellisiert, die künftigen Therapieversager ignoriert.

Die große Bedeutung der präventiven und rehabilitativen Medizin wird zwangsläufig heruntergespielt. Die größten Absatzchancen eröffnet immer noch der rein kurative Bereich.

Die Beeinflussung erfolgt mit Hilfe eines Heeres von Vertretern, die die Ärzte mit einer Flut von Werbematerialien und von teils an Korruption erinnernde Vergünstigungen überschütten. Ein großer Teil der ärztlichen Fortbildung liegt inhaltlich finanziell und organisatorisch in Konzernhand.

9. Struktur und Ökonomie finden ihre Entsprechung in einem Krankheitsbegriff, der sich fast ausschließlich am körperlichen Funktionszustand orientiert.

Weit entfernt von der Definition der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit als Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens sieht, ist bei uns derjenige gesund, der organisch intakt ist. Psychisch-Kranke, Chronisch-Kranke, Patienten mit Folgezuständen nach akuten Krankheiten oder Unfällen, Suchtkranke u. a. sind täglich Beleg für die Unfähigkeit einer überwiegend somatisch fixierten Medizin.

Alle diese Gruppen von Kranken sind teils gar nicht, teils katastrophal schlecht versorgt. Weil ihre Beschwerden nicht labor-chemisch oder technisch-diagnostisch zu erklären sind und trotz Medikamente nicht besser werden, fallen sie aus dem Rahmen.

10. Die Minuten-Medizin macht aus diesem Teil der Patienten Entmündigte. Ohne die ihnen angemessene psychosoziale und ambulant-medizinische Betreuung landen einige als ausweglose Fälle auf den Abstellgleisen unseres Gesundheitssystems, den Irrenhäusern.

Viele beanspruchen aus der Not heraus falsche Einrichtungen, die pflegebedürftigen Alten die internistischen Krankenhausstationen, andere wechseln bald wöchentlich den Arzt, wie so viele psychisch oder psychosomatisch Kranke. Andere wiederum suchen ihr Heil, in Abkehr von der klassischen Schulmedizin bei dubiosen Heilpraktikern und fragwürdigen Heilmethoden.

11. Die Ausbildung der Ärzte und das z. T. daraus erwachsene Berufsbild sind ein ge-

treues Spiegelbild dieser katastrophalen Situation. Das Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, zu Psychologen, Hebammen, zu Sozialarbeitern oder Spezialtherapeuten ist wesentlich durch Verteidigung eigener Privilegien, entsprechend der völligen Arztzentrierung der Gesundheitsversorgung bestimmt. Ob es Vorsorge, Früherkennung, ob es psychotherapeutische

Betreuung oder psychosoziale Beratung ist, alles wird als primär ärztliche Funktion einer vernünftigen kooperativen Inangriffnahme entzogen.

Eine zentrale Rolle spielt auch hier wieder die einseitige, somatisch fixierte Auffassung von Krankheit, die Kern der gesamten Ausbildung ist.

Es ergeben sich folgende Konsequenzen

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung hat Aufgabe der öffentlichen Hand zu sein, sie ist in Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern und den Gesundheitsberufen durchzusetzen.

Notwendig ist eine demokratische, wirkungsvolle Planung zusammen mit den Gewerkschaften, Sozialversicherungen und Berufsverbänden, die ein flächendeckendes Versorgungssystem garantiert. Überversorgte Gebiete sind für die Kassenzulassung zu sperren.

In die Planung ist die Verteilung der teuren diagnostischen Geräte miteinzubeziehen, Überversorgungen sind zu unterbinden.

Die öffentliche Hand hat im zunehmenden Maße Ambulatorien und Polikliniken zu schaffen, ihre Einrichtung in unterversorgten Gebieten ist vordringlich.

II. Umfassend muß eine Integration anderer Berufszweige erfolgen, von Psychologen, Sozialarbeitern etc. Es ist eine gemeindenahe psychosoziale Versorgung aufzubauen, für Psychologen darf es keine Niederlassungsfreiheit geben.

Der Aufbau von Vorsorge und Früherkennungsprogrammen ist erforderlich. Sie sind in Kooperation aller Berufe durchzuführen. Der Schwerpunkt liegt auf Einrichtungen der öffentlichen Hand, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowie der Krankenhäuser.

Maßnahmen der Rehabilitation müssen verstärkt werden, ihre Ausgliederung und Zentralisierung ist zu verhindern.

III. Der Einfluß der Großkonzerne auf Forschung, Fortbildung und medizinische Praxis ist zu unterbinden. Fort- und Weiterbildung erfolgen in öffentlichen Einrichtungen, die Erfolge sind durch Prüfungen zu kontrollieren.

Aufgaben der Spezialbetreuung lassen sich nur durch ambulante Dienste an Krankenhäusern gewährleisten, diese sind auszubauen. Die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte liegen in der Basisbetreuung, im Sinne der Grundversorgung. Dies betrifft vor allem die Aufdeckung und Behandlung kleinerer psychischer Störungen, die Beeinflussung in gesundheitserzieherischem Sinne, die Prävention in den Fällen, in denen nicht ein hoher apparativer Aufwand gefordert ist, die Behandlung der häufigsten Grundkrankheiten, die Nachsorge bei nichtheilbaren Erkrankungen.

IV. Eine kostengünstige Versorgung erfordert eine Beseitigung der privatwirtschaftlichen Strukturen. Die Aufhebung der Einzelleistungsabrechnung ist ein erster Schritt. Für die Bezahlung der Ärzte müssen Pauschalssysteme eingeführt werden.

V. Die „freie Arztwahl“ muß erst auf wirklich breiter Ebene verwirklicht werden, damit der Sozialversicherte und Patient auch unter verschiedenen Strukturen der ambulanten Behandlung wählen kann. Es muß ein System von verschiedenen Betreuungseinrichtungen entstehen: zur Einzelpraxis sollten in einem abgestimmten System fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren, erweiterte Sozialstationen, Ambulatorien von Kassen oder Gemeinden und ambulante Dienste von Krankenhäusern.

VI. Die Verteilung teurer diagnostischer Apparate ist nicht dem Markt zu überlassen, sie gehören in große Zentren, wo sie optimal ausgelastet sind. Häufig werden das Krankenhäuser sein.

Die für den Gesundheitsbereich produzierenden Konzerne sind als Mitverantwortliche für die Kostenentwicklung einer öffentlich-rechtlichen Kontrolle zu unterwerfen, längerfristig in Gemeineigentum zu überführen.

Eine Mitbestimmung der Gewerkschaften und Sozialversicherungsträger über Produktion und Preisgestaltung ist sofort zu verwirklichen.

Ein Säugling ist keine Krankheit

und eine Hebamme ist mehr als ein Assistent im Kreißsaal

DG hat mit Angela B. gesprochen, die ihr zweites Kind ambulant entbunden hat, nachdem sie bei der ersten Entbindung schlechte Klinikerfahrungen gemacht hat. Sie ist jetzt begeistert. „Alles ist so schön gelaufen; hat prima geklappt!“

Das Kind ist abends gegen 21.00 Uhr geboren, und Mutter und Kind sind über Nacht im Krankenhaus geblieben. Alles ist vorher mit dem Gynäkologen besprochen worden, und für die Zeit nach der Geburt sind Hausbesuche einmal täglich verabredet mit der freiberuflichen Hebamme.

Obwohl das Positive am Erlebnis überwiegt, stellt sich doch heraus, daß Angela und ihrem Mann einige Schwierigkeiten begegnet sind. Vor allem sind sie empört und enttäuscht über den Kinderarzt.

Angela: „Der Arzt war erst nicht bereit, uns das Kind mitzugeben. Es wäre unverantwortlich; wie wir dies wagen würden!? Die vorgesehenen Untersuchungen könnten nicht durchgeführt werden!“

Dabei hat die Hebamme alles gemacht, und wir sind zur 2. Vorsorgeuntersuchung gegangen, wie normal. D. h. es ist ja nicht normal, die 2. Vorsorgeuntersuchung ambulant machen zu lassen. Deswegen gibt es auch nur Klinikpackungen BCG-Ampullen zur Impfung gegen Tbc. Wir als Einzelverbraucher müssen also 5 Ampullen kaufen, um eine zu verwenden!

Außerdem wurde uns vom Kinderarzt erzählt, die Ansteckungsgefahr zu Hause sei viel zu groß, vor allem, da Geschwister auch da seien.

Das Schlimmste wäre aber, wir könnten doch keine eventuelle Gelbsucht erkennen. Auf unseren Einwand, dies würde die Hebamme wohl sehen können, erwiderte der Arzt prompt, so etwas könne eine Hebamme nicht; dazu sei sie nicht ausgebildet!“

Eltern und Kind sind trotz dieses entmutigenden Gespräches nach Hause gegangen.

Es ist erschreckend, mit welcher Souveränität und Selbstsicherheit Ärzte den Eltern verbieten wollen, ihr Kind mit nach Hause zu nehmen, und sogar versuchen, mit scheinheiligen Argumenten bei einer normal verlaufenen Geburt Mutter und Kind in dieser ersten wichtigen Phase zu trennen.

Dies ist um so erschreckender, wenn man die immer noch hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der BRD anschaut. Trotz leichter Verbesserung ihrer Statistik nimmt die BRD verglichen mit europäischen Nachbarländern wie Schweden, Niederlande und DDR immer noch einen ungünstigen Platz ein. Würde es in der BRD gelingen, den etwa in Schweden gehaltenen Standard zu erreichen, so würde dies bedeuten:

1. Jährlich bleiben etwa 150 Mütter mehr am Leben.
2. Jährlich bleiben etwa 6700 Kinder mehr am Leben.
3. Jährlich bleiben etwa 20000 Kinder mehr gesund, die heute so behindert sind, daß sie einer Behandlung mit Hilfe spezieller Einrichtungen benötigen.



Angesichts dieser Zahlen – es ist sogar so, daß die perinatale Sterblichkeit zwar gesunken, dafür aber die Nach- und Spätssterblichkeit (d. h. die Sterblichkeit vom 7. Lebenstag bis zum Ende des ersten Lebensjahres) gestiegen ist – ist es wichtig und naheliegend, zu untersuchen, was in Schweden, aber auch in den anderen nordischen Ländern, Niederlande, Großbritannien und DDR anders gehandhabt wird.

Dabei fällt auf, daß in diesen Ländern viel mehr Wert darauf gelegt wird, daß Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt betreut werden. Durch die Einbeziehung der Hebammen in die Schwangerschaftsbetreuung haben die erwähnten Nachbarländer eine über 90%ige Beteiligung der schwangeren Frauen an mehr als 10 Vorsorgeuntersuchungen erreichen können. In der BRD finden wir eine Beteiligung der schwangeren Frauen von etwa 30%. Das heißt für die BRD:

Die Hebammen müssen selbständig Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durchführen können und unkomplizierte Schwangerschaften selbstständig überwachen dürfen.

Sie müssen Schwangerschaftskurse abhalten und gesundheitliche Aufklärung betreiben – über Lebens- und Ernährungsweise in der Schwangerschaft, Stillen, Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsrisiken, Familienplanung.

Nach der Geburt muß die Hebamme sachkundige Anleitung zum Stillen im Wochenbett geben. Sie muß die Mutter anleiten und beobachten im eigenen Milieu. Der Bund Deutscher Hebammen stellt sich dazu mindestens 3 Hausbesuche der Hebamme innerhalb des ersten Lebensmonats vor und mindestens drei weitere Besuche bis zum Ende des ersten Lebensjahres.

Die bisherige Praxis mit freiberuflichen Hebammen gegen bescheidene Gebühren ist abzulösen durch angestellte Hebammen an Sozialstationen oder im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Wie sieht es nun tatsächlich aus – z. B. im Vergleichsland Holland? Barbara H. erzählt:

Während der Schwangerschaft übernimmt in den Niederlanden die Hebamme die Vorsorgeuntersuchungen, die auch zur Geburt kommt. Zur Geburt kommt die Hebamme und die Geburtshelferin, wenn die Frau es wünscht auch der Arzt. Bei vorauszu sehenden Komplikationen (z. B. Steißlage) geht die Frau ins Krankenhaus. Bei während der Geburt auftretenden Komplikationen, wird sie sofort ins Krankenhaus gefahren, dort ist inzwischen telefonisch Bescheid gegeben, so daß alles für die Aufnahme bereit ist und eventuell (nachts) Ärzte informiert sind.

Der Hausarzt kommt ein paar Tage nach der Geburt. In unserer Stadt macht der Hausarzt schon lange keine Geburten mehr, er findet, daß das „die Hebamme viel besser macht“. Die Nachsorge im Wochenbett für Mutter und Kind übernimmt die Hebamme. Die weiteren Kontrolluntersuchungen und Impfungen für das Kind übernimmt die sog. Kreuzvereinigung, ein Verein bei dem Krankenschwestern und Hausärzte zusammenarbeiten.



Die Hebammenhelferin bleibt 10 Tage in der Familie und versorgt den Haushalt, Mutter und Kind. Sie hilft der Mutter beim Stillen und lehrt sie das Kind baden und wickeln. Im Laufe der 10 Tage übernimmt die Mutter die Arbeiten, zu denen sie sich in der Lage fühlt. Der Übergang, alles und alleine zu tun, ist allmählich.

Damit die Hebammen die hier skizzierten Aufgaben erfüllen können, müssen ihre Ausbildungspläne geändert werden. Die Ausbildung muß erweitert werden um den Bereich der Beratung und Betreuung von Schwangeren; sie muß die selbständige Überwachung unkomplizierter Schwangerschaften sowie die Früherkennung von Risikoschwangerschaften gewährleisten. Weiterhin muß sie die Säuglingsfürsorge sowie die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen mitumfassen.

Seit Jahren fordern die Hebammen, daß die Ausbildungsdauer von 2 auf 3 Jahre erhöht werden muß. Mit dem Antrag vom 25. 6. 1980 an den Bundestag stellen sich jetzt die Fraktionen der SPD und FDP hinter diese zeitliche Forderung. Wie wir gesehen haben, ist es aber damit nicht getan. Die Inhalte der Ausbildung und des Berufsfeldes müssen geändert und erweitert werden. Darüber hinaus ist es dringend notwendig, die Kapazität der Ausbildungsstellen zu erweitern. Auf 15 Ausbildungsplätze kommen heute 500 Bewerber.

Frau Kölle, Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen, sagt zu DG, daß die Länder als Träger der Ausbildungsstellen nicht das nötige Geld zur Verfügung stellen.

Frau Kölle teilt mit, daß es z. Z. 5541 Hebammen in der Bundesrepublik gibt, wovon 64 % angestellt sind. Von den freiberuflichen Hebammen haben noch mehr als 70 % eine Belegtätigkeit an einer Klinik. Wir brauchen dringend mehr und umfangreicher ausgebildete Hebammen, die beim Gesundheitsamt oder an einer Sozialstation angestellt in der Vor- und Nachsorge tätig sind, denn es wird Zeit, daß die BRD in der Betreuung von Eltern und Säuglingen

vom Stand eines Entwicklungslandes wekommt.

Hausgeburten in Holland: Erstes Kind, Mai Sarah

Donnerstag, 10. Januar, 2.30 Uhr nachts.

Wir hatten lange miteinander geredet und waren gerade erst eingeschlafen, da spürte ich, wie Wasser aus mir herauslief – nicht viel –, ich ging ein paarmal zur Toilette, bis ich das „Zeichen“, blutig schleimiger Ausfluß, entdeckte. Nun spürte ich auch ab und zu ein Ziehen im Unterbauch, die ersten leichten Wehen, unser Kind meldete sich.

Ich weckte Joop und erzählte ihm, daß es wohl soweit sei. „Ob ich auch sicher sei?“ Wir schauten auf die Uhr, ungefähr alle 15 Minuten spürte ich ein leichtes Ziehen. Wir schliefen wieder ein bis zum nächsten Morgen.

8.00 Uhr morgens

Ich rief Rinda (Geburtenhelferin und Joops Schwester) an und erzählte ihr, wie's mir ging. Jetzt hatte ich ungefähr alle 10 Minuten leichte Wehen. Sie sagte, sie wolle sofort herfahren. Dann rief Joop die Hebamme Frau Wolswijk an, eine liebe mütterliche Frau von 70 Jahren, die schon bei über 11.000 Geburten geholfen hat. Sie kam sofort und sagte, ich solle ruhig aufstehen und frühstücken, sie komme später wieder.

10.00 Uhr

Joop räumte in der Wohnung auf und machte Frühstück. Ich half ein bißchen. Wir saßen gerade beim Tee, da kam Rinda. Ich war sehr erleichtert, daß jetzt jemand da war, der Erfahrung hatte und wußte was alles geschehen mußte.

Wir saßen beieinander und redeten. Immer wenn eine Wehe kam, ging ich ins Zimmer nebenan und kniete mich auf den Boden.

12.00 Uhr

Die Wehen kamen jetzt alle 7 bis 8 Minuten. Sie strengten mich mehr an und ich wollte nicht mehr allein mit ihnen sein. Ich legte mich ins Bett. Schon seit drei Tagen hatten wir es hochgebaut, so daß alle mich leichter versorgen konnten.

Eine Hälfte war jetzt für die Geburt vorbereitet mit Plastik zwischen den Leintüchern und einer Vliesauflage. Auf der anderen Seite lag ich. Meinen Schreibtisch hatte Rinda inzwischen für die Geburt und danach mit Watte, Tinktur, Pinzette usw. hergerichtet. Die Wiege, sie stand schon eine Zeit in der Ecke – noch leer –, fotografierte Joop.

13.30 Uhr

Ich erschrak über die nächsten Wehen, hatte das Gefühl nicht mit ihnen zurecht zu kommen und doch lernte ich es. Sie zogen in den Rücken. Rinda und Joop drückten mir abwechselnd im Rücken sehr stark dagegen. Das tat mir gut und gab mir das Gefühl, daß jemand mit mir die Wehen bearbeitete. Dazwischen konnte ich gut entspannen und wir redeten ein bißchen miteinander.

„Wie lange geht es noch?“

Zwischendurch kam eine Nachbarin vorbei, um nach mir zu schauen. Ich will, daß sie geht, aber Rinda und Joop, „Ihr müßt bleiben“.

15.30 Uhr

Die Wehen werden stark – ich atme zu tief und schnell, meine Hände und Lippen beginnen zu gribbeln. Rinda fragt, ob sich in den Wehen etwas verändert hat. Ich weiß es nicht, sie sind jetzt nur sehr stark und ich bin so müde, ich will schlafen. Jetzt muß Frau Wolswijk kommen.

16.00 Uhr

Joop ruft Frau Wolswijk an und kurz darauf ist sie da. Sie schickt Rinda eine Schale in der Küche holen. Ich will nicht, daß Rinda weggeht. Jetzt sind Frau Wolswijk und Joop weg. Was ist los. Rinda ist wieder bei mir. Ich schreie. Joop soll kommen, Frau Wolswijk soll kommen. Ich werde jetzt panisch, wenn einer von ihnen weggeht. Ich darf jetzt pressen, wenn ich Drang dazu verspüre, aber ich spüre nichts Bestimmtes. Joop und Rinda stehen neben mir. Ich halte mich an ihren Händen und sie unterstützen mich in den Knien. Ich soll pressen. „Gut“ sagen sie und „Atem holen“. Ich habe überhaupt nicht das Gefühl, daß es gut geht, ich will nur noch hindurch und mich an Joop und Rinda festhalten. „Gut – feste pressen.“

Sie können das Köpfchen schon sehen, es hat schwarze Haare. Ob ich's im Spiegel sehen will?, aber ich will nicht. „Mit der nächsten Wehe muß es kommen“, sagt die Hebamme. „Feste pressen“ und dann „halt, jetzt nicht mehr“. Das Köpfchen ist da und dann geht es ganz schnell.

17.10 Uhr

Ich sehe SIE herauskommen. SIE ist da, ich bin überglücklich und hellwach. Joop und Rinda weinen. Wir umarmen uns. Und dann bekomme ich meine Tochter in den Arm. Sie rollt mit ihren Augen und guckt und guckt, als scheine sie sehr erstaunt und versuche zu begreifen was alles passiert.

Nach einer Weile ruft Joop unsere Eltern an. Später kommen alle Nachbarn und der frischgebackene Vater muß seine Tochter „pinkeln“ lassen (das heißt alle bekommen etwas zu trinken). Joops Eltern kommen.

Mai Sarah liegt in der Wiege neben mir. Da unser Bett so hoch ist, kann ich sie immer angucken – sie schläft. Später darf sie noch einmal probieren zu trinken. Sie will noch nicht.

23 Uhr

Alles wird ruhig im Haus. Wir gehen schlafen. Nachts schreit Mai Sarah. Wir nehmen sie zu uns ins Bett. Ich habe Angst einzuschlafen und auf sie zu rollen. Aber Joop bleibt wach mit ihr, bis sie sich beruhigt hat und auch schläft.

Nachtrag

Für mich war es sehr schön bei der Geburt und den Tagen danach in der vertrauten Atmosphäre zu sein. Besonders gegen Ende der Geburt waren Joop und Rinda für mich wichtig. Die Tage danach genoß ich sehr mit unserer Tochter. Ich fühlte mich wie in einer Hochstimmung schwebend, sehr empfindsam und empfindlich, aber nichts von der oft beschriebenen Wochenbettdepression.

Die „sanfte Geburt“ nach Leboyer – eine praktikable Alternative?

Die sogenannte „sanfte Geburt“ wird hierzulande oft als neuartige Methode mißverstanden, und folgerichtig feiern einige Kliniken bereits minimale Veränderungen der geburtshilflichen Praxis, z. B. die Anwesenheit des Vaters im Kreißsaal, als Schritt in diese Richtung. Hinter dem Schlagwort verbirgt sich aber ein viel grundsätzlicherer Wandel in der Einstellung zur Geburt. Um zu erleben, in wie weit solche Gedanken den Ablauf einer Geburt wirklich verändern können, habe ich Anfang des Jahres drei Wochen in der Klinik von Lilas famuliert.

So wie ich damals melden sich auch die schwangeren Frauen im Aufenthaltsraum der Hebammen, um sich einen ersten Termin geben zu lassen. Dabei wird ihnen die Klinik vorgestellt und über die drei Vorbereitungsmöglichkeiten zur Geburt berichtet, von denen eine für die Schwangere Pflicht ist. Von den Hebammen wird die Geburtsvorbereitung nach Lamaze angeboten, was in Frankreich in den meisten Kliniken üblich ist. Bei dieser Methode werden die Vorgänge der Geburtsarbeit und Entbindung anschaulich erklärt und die Frauen mittels Atem- und Entspannungsübungen körperlich trainiert, um den Anforderungen der Geburt gewachsen zu sein. – Die Frauen können sich mit ihren Männern aber auch für Yoga oder für die „Végétotherapie“ entscheiden. Diese Vorbereitungsmethode geht auf Ideen von Wilhelm Reich zurück und ist bei uns unter

dem Namen Bioenergetik besser bekannt. Dabei lernen die Paare, sich nicht nur über ihre Gefühle zu unterhalten, sondern sie in Form von Weinen, Schreien u. a. auch auszuleben. Unterdrückte Gefühle können in der Schwangerschaft die Ursache für zahlreiche Beschwerden sein. Während der Geburt bewirken zurückgehaltene Schmerzensäußerungen nur noch stärkere Verkrampfungen.

Jeden Freitag findet in der Klinik ein gemütlicher Nachmittag mit den Hebammen statt, und eine Gruppe von Frauen trifft sich wöchentlich zum gemeinsamen Musizieren. Einmal im Monat bietet die Vorführung eines Films, der in der Klinik gedreht worden ist, Anlaß zur Diskussion.

Zur Geburt kommen die Frauen fast nie allein. Ehemänner, Freundinnen oder auch Kinder wollen dabei sein. Ohne sterilen Kittel können sie die Frauen unterstützen, die im Regelfall weder von einem Tropf noch vom Wehenschreiber geplagt sind. In der ersten Phase der Geburt dürfen die Frauen in den Entbindungszimmern entweder auf einer Couch oder einem gynäkologischen Bett die Stellung einnehmen, in der sie die Kontraktionen am besten ertragen können. Niemand verbietet ihnen den Mund. Im Spiegel verfolgen sie dann in der Austreibungsphase die Geburt des kindlichen Kopfes, wodurch die meisten Frauen noch enorme Kräfte mobilisieren können. Nach der Geburt wird das Kind auf den Bauch der Mutter gelegt, warm zugedeckt, und, wenn es ihm gut geht, wird die Familie 5 Minuten allein gelassen. Dann erst darf der Vater unter Anleitung die nicht mehr pulsierende Nabelschnur durchschneiden und das Neugeborene neben dem Bett der Mutter baden. Das Neugeborene richtig im Wasser zu halten, ist für den Vater eine aufregende Sache.

Daß eine Geburt in der „Maternité“ von Lilas meist ein intensives gemeinsames Erlebnis für Mutter und Vater darstellt, liegt auch an dem offenen herzlichen Verhalten der Ärzte, Hebammen und Schwestern gegenüber den Schwangeren. Dies ist nicht nur das Resultat der Lektüre von Leboyers Büchern sondern auch eine Folge der demokratischen Strukturen innerhalb der Klinik, an deren Selbstverwaltung alle dort Beschäftigten beteiligt sind. Ich kann mir vorstellen, daß sich die Ideen von Leboyer auch bei uns in einer Privatklinik oder in einer Belegabteilung, an der es keinen Chefarzt mehr gibt, verwirklichen lassen. Diese Alternative zur herkömmlichen Klinikentbindung wäre für viele Frauen sicher akzeptabler als eine Hausgeburt.



KONGRESS BERICHTE

Der Verteilungskampf wird härter

9. Gewerkschaftstag der ÖTV

Vom 8. bis 14. Juni fand im Westberliner Internationalen Congress Centrum (ICC) der neunte Gewerkschaftstag der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) statt.

Die 647 gewählten Delegierten aus allen Kreisverbänden legten in sechs arbeitsreichen Tagen die Grundlagen für die Politik der nächsten vier Jahre fest. Durch die Wiederwahl von Heinz Kluncker zum Vorsitzenden der zweitgrößten Gewerkschaft in der BRD (z. Z. über 1,1 Millionen Mitglieder) wurde die bisherige Linie der Führungsspitze zwar weitgehend bestätigt, aber in den harten Debatten zum Rechenschaftsbericht und zu einigen richtungsweisenden Entscheidungen aus dem Mammutprogramm der 1026 Seiten starken Antragssammlung mußte der Vorstand durchweg sehr herbe Kritik einstecken.

Besonders der Tarifabschluß 80 („Mondscheintarif“) beschäftigte das Plenum. „Die Stimmung gegenüber der ÖTV bei den Kollegen ist mies“, kennzeichnete D. Pallokat die Situation. Unter lebhaftem Beifall urteilte Uta Landsberg: „... auf dem Gebiet der Tarifverhandlungen (muß wirklich versucht werden) ein Vertrauensverhältnis wiederherzustellen.“ – Die Haltung vom Vorstandstisch dagegen: „Wir werden in den nächsten zehn Jahren bei Anhalten der Wirtschaftskrise alle Hände voll zu tun haben, um das, was wir tarifvertraglich durchgesetzt haben, überhaupt zu verteidigen.“ (H. Liersch). Heinz Kluncker schätzte zudem die vielbeschworene, aber kaum nennenswert in Anspruch genommene „Kampfbereitschaft“ der Kollegen eher skeptisch ein. „Es gibt noch zu viele, die gerne streiken lassen und selbst keine Bereitschaft zu einem dauerhaften Arbeitskampf mitbringen.“

An dem bisherigen Modus der Tarifverhandlungen wurde auf diesem Gewerkschaftstag noch nicht gerüttelt. Konkrete Änderungsvorschläge konnten noch vom Vorstand abgewehrt werden. Allerdings mußte sich der Vorstand u. a. verpflichten,

„das Verfahren im Vorfeld der Tarifverhandlungen zu verbessern“.

Heftige Debatten löste auch die vom Hauptvorstand eingebrachte programmatische „Entschließung zur Einheitsgewerkschaft“ (Antrag Nr. 119) aus. Darin nahm die ÖTV eindeutig Partei für die Unvereinbarkeitsbeschlüsse des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB). Diese Beschlüsse werden nicht nur innerhalb der ÖTV seit langem kontrovers diskutiert. In einem Antrag der Kreisdelegiertenkonferenz Köln (Nr. 141) heißt es z. B. dazu: „Dieser ‚Extremistenbeschuß‘ sei bedeutend strenger als die Grundsätze zur Prüfung der Verfassungstreue der Bundesregierung vom 17. 1. 79.“ Doch obwohl auf diesem Kongreß mit der Annahme einer scharfen Protestresolution gegen das jüngste Gerichtsurteil des DKP-Zugführers Hans-Jürgen Langmann ein deutliches Zeichen gegen die Konsequenzen solcher „Extremistenbeschlüsse“ gesetzt wurde, fand sich keine Mehrheit, in der eigenen

nachdrücklich. In der vom Hauptvorstand zur Abstimmung vorgelegten 5-Punkte-Entschließung zur Gesundheitspolitik (Antrag 1094) wird festgestellt, daß die derzeitige „ausschließlich auf Kostendämpfung ausgerichtete Gesundheitspolitik“ Fehlentwicklungen verstärkt, die längerfristig „die Qualität und die Leistungsfähigkeit unserer Sozialversicherung beeinträchtigen.“

Demgegenüber fordert die von den Delegierten mit großer Mehrheit gebilligten Entschließung „schwergewichtige Maßnahmen“, die „der umfassenden Vorsorge dienen und die Ursachen von Krankheiten dort abbauen, wo sie entstehen – vor allem in der Arbeitswelt und in der sozialen Umwelt der Bürger“.

Also Kampf für Vollbeschäftigung, Vorrang der Gesundheit des Arbeitnehmers vor dem Gewinnstreben der Wirtschaft, konsequente Anwendung des Arbeitssicherheitsgesetzes, Novellierung der aus der Hitlerzeit stammenden Arbeitszeitordnung, Einschränkung der Nacht- und Schichtarbeit, Abbau von Überstunden und Bereitschaftsdiensten, verstärkte Forschung und verbesserte Erfassung von Berufskrankheiten, Reform des Lebensmittelrechts, Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, wirksame Preiskontrolle der medizinischen Geräte- und Pharmaindustrie und Einschränkung umweltfeindlicher Produktionen und gesundheitsgefährdender Produktionsverfahren.



Organisation eine ähnlich konsequente Haltung zu praktizieren.

Weniger spektakulär liefen Diskussionen und Abstimmungen zu anderen Problemen, deren Lösung dennoch von erheblicher Bedeutung für die Zukunft aller Bevölkerungsschichten ist. Darunter fällt auch die Gesundheitspolitik.

Wie sich die ÖTV zur Gesundheitspolitik stellt, hat sie bereits in ihren „Perspektiven zur Gesundheitspolitik 77“ dargelegt. Heinz Kluncker unterstrich in seinem Geschäftsbericht die darin enthaltenen Forderungen

Darüber hinaus wendet sich die ÖTV gegen die „privatwirtschaftliche Struktur“ und fordert eine Orientierung der Planung an gesamtgesellschaftlichen Bedürfnissen. Also keine Kürzung der Bettenzahlen und Schließung von Krankenhäusern, sondern vielmehr ein Ausbau der Aufgabenbereiche der Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Ausbau von Ambulatorien und Polikliniken!

Die Zunahme der psychischen Krankheiten erfordert nach Ansicht der ÖTV eine

KONGRESS BERICHTE

umfassende Reform der psychiatrischen Versorgung. Hierbei spielt die Aufnahme von neuen psychotherapeutischen Verfahren in den Leistungskatalog der Krankenkassen eine nicht unbedeutende Rolle. Und auch hier soll sich die Reform nicht nach privatwirtschaftlichen Gesichtspunkten, sondern an den Prinzipien einer „bedarfsgerechten“ und „gemeindenahen“ Versorgung richten.

Die geforderte „Bürgernähe“ wird nicht zuletzt durch die regionale Selbstverwaltung des Gesundheitswesens durch „Versicherte, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Vertretern der Gebietskörperschaften“ erwartet.

In einem weiteren Leitantrag (Antrag 1101), ebenfalls vom Hauptvorstand vorgelegt und von der Mehrheit der Delegierten bestätigt, setzt sich die ÖTV für eine konsequente Reform der Personalbemessung und Finanzierung von Krankenhausleistungen ein. Ausdrücklich lehnt die ÖTV darin Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen ab, die ausschließlich mit dem erklärten Ziel verfolgt werden, Personal einzusparen. Mit der überraschenden Annahme eines weitergehenden Antrages der Bezirkskonferenz Niedersachsen (Antrag 1119), der die Organe der ÖTV auffordert in Zukunft „generell“ Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen und Planstellenermittlungen durch staatliche oder sogenannte unabhängige Wirtschaftsprüfer an Krankenhäusern abzulehnen, wird sich die ÖTV angesichts ihrer aktiven Mitwirkung bei derartigen Projekten nicht leichttun. Dazu Heinz Kluncker in der abschließenden Pressekonferenz: „Wir werden den Text sorgfältig prüfen.“ Wie diese und andere Forderungen des 9. Gewerkschaftstages der ÖTV (u. a. Weiterbildungspflicht für Ärzte!) in den nächsten vier Jahren durchgesetzt werden können, wird nicht nur vom Engagement des zuständigen Vorstandsmitgliedes Dr. Monika Wulf-Mathies abhängen, sondern ganz besonders auch von dem Interesse und der Aktivität der Mitglieder.

Möglicherweise wird dann auch in der ÖTV-Basis mehr Bereitschaft vorhanden sein, sich an Reformvorhaben heranzuwagen, die auf diesem Kongreß noch untergingen, z. B. die Reform der Krankenversicherung. Doch auch nach der vom Vorstand favorisierten und von der Mitgliedschaft trotz nicht geringen Widerstandes gebilligten Pro-Atomkraft-Entscheidung (Antrag 905), die mit den Grundsätzen „gesundheitsgerechter Lebensbedingungen“ (Antrag 1094) für viele schwer zu vereinbaren ist, wird mit diesem Kongreß das letzte Wort auch zur Energiepolitik noch nicht gesprochen sein.

Helmut Copak

Eindrücke von einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung

Für 20 DM sind Sie dabei. Bei einem sechstündigen Einführungslehrgang, den jeder zukünftige Kassenarzt vor seiner Niederlassung mitmachen muß. Auf der Zufahrt zu einem Nobelhotel staut sich ein Sortiment gehobener Mittelklassewagen, Sport- und Freizeitautos deutscher Jungärzte. Im Vorraum des Konferenzraums eine Reihe von Damen und Herren mit Broschüren und Tüten: das Spießrutenlaufen durch die Werbelobby. Da werden Praxiseinrichtungen angeboten („wenn Sie in den 80er Jahren noch mithalten wollen, muß Ihre Praxis anders aussehen“), Medizintechnik („so können Sie der Arztschwemme beruhigt entgegentreten“) und die dazugehörige Finanzierung („wir machen Ihr Geld schneller“).

Im Saal 200–300 angehende Kassenärzte: die meisten smart, adrett, glatt und cool, auf dem Tisch eine der bekannten konservativen Tageszeitungen oder eine Autozeitschrift, in der Hand ein goldener Kugelschreiber. So warten sie auf die Vortragsfolge:

Eröffnung und Einführung Grundfragen der Krankenversicherung Grundfragen des Kassenarztrechts Abrechnungsverfahren Vorsorge- und Früherkennungsverfahren Gebührenordnung wirtschaftliche Verordnungsweise

Die verschiedenen Redner – Ärtzefunktionäre, ein Jurist, ein Vertreter der Krankenkassen, ein Vertrauensarzt und andere Standesvertreter – bereiten die Medizinjünger auf ihre zukünftige Geschäftstätigkeit vor: „schon Hippokrates hat gesagt, ein Arzt soll gut gekleidet und gut genährt sein“ (Applaus). „Hier geht es um bares Geld“ (Klopf, klopf). „Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist zu hoch, das kostet alles unsere Steuergelder.“ (Applaus)

Hier wird eindeutige Standespolitik betrieben, hier wird der Nachwuchs eingeschwo-ren auf die gesellschaftspolitischen Vorstellungen einer mächtigen konservativen Berufsgruppe: „Hoch die Therapiefreiheit“, „gegen die Beschränkung der freien ärztlichen Entscheidung“, „gegen die Ziele der sozialdemokratischen Regierung“, usw. usw.

Anstatt die Rolle der Kassenärzte innerhalb der Gesundheitsversorgung in der BRD zu diskutieren, wird über die Grundlagen des Kassenarztrechts (aus den Jahren 32–34) referiert. Kein einziges Wort darüber, daß Arztsein auch etwas anderes

bedeuten könnte als Geldverdienen, Karteikarten zu ordnen, die richtigen Zahlen der Gebührenordnungen abzurechnen, und nicht zu offensichtlich dabei zu mōgeln.

In der Mittagspause (Essensbon 18,50 DM) trifft man alte Kollegen: „Ach, du willst dich auch niederlassen.“ – „Ja, ja, habe gerade Angebote von Baufirmen bekommen.“ – „Bei mir ist alles klar, ich übernehme die Praxis von meinem Schwiegervater.“

Am Nachmittag übermannt dann die Müdigkeit die meisten Zuhörer. Zwar hatte der Vorsitzende in seiner Einführung noch gesagt „Wenn Sie hier gut aufpassen, dann haben Sie nachher um so mehr Befriedigung, wenn Sie dann in der Praxis die Ernte einbringen“ ... aber die Vorträge werden immer langweiliger und trockener.

... und schließlich bekommt man doch seinen Schein über eine „erfolgreiche Kursteilnahme“.

Felix Richter

forum

FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSPOLITIK



Mit folgenden Schwerpunktthemen:

- BETRÄGE ZUM GESUNDHEITSTAG
- ALTERNATIVE KONZEPTION V. GESUNDHEIT U. KRANKHEIT I
- WESTL. MED. IN KAMPUCHEANISCHEN FLÜCHTLINGSLAGERN

FORUM für Medizin und Gesundheitspolitik
Kaiserdamm 28
1000 Berlin 19
Tel. 030/301 61 12

DOKUMENTE

Die ökonomische Krise im Gesundheitswesen

Vortrag von Hans-Ulrich Deppe

gehalten auf dem Gesundheitstag am 15. Mai 1980 in Berlin

Wenn wir uns heute und für die nächsten Tage zusammengefunden haben, um über Gesundheit – ihre Vernachlässigung und Perspektiven – zu diskutieren, so geschieht dies in ernster Stunde: Die arbeitende und sozialversicherte Bevölkerung unseres Landes wird seit Jahren von einer anhaltenden wirtschaftlichen Krise geschüttelt; der menschliche Lebensraum wird schon lange von der profitgesteuerten Industrie rücksichtslos ausgeplündert und verseucht; politisch zeichnet sich mehr und mehr eine Rechtsentwicklung mit autoritär-staatlichen Zügen ab, die in den bevorstehenden Bundestagswahlen auf einen vorläufigen Höhepunkt zusteuert. Und schließlich – über unsere Grenzen hinaus – droht am Horizont Kriegsgefahr, die auch für uns inzwischen hautnah geworden ist.

Die Auswirkungen der großen Politik sickern durch in tiefere Schichten. Das Gesundheitswesen bleibt davon nicht unberührt. So gehören die Sparappelle seit Jahren zum guten Ton, Abbau und Privatisierung von Teilen der Krankenversorgung stehen auf der Tagesordnung, Subsidiarität und „Selbstbeteiligung“ werden immer größer geschrieben. Die Sozialversicherten beschweren sich zu Recht über steigende Gesundheitskosten, während die Leistungen gleichzeitig eingeschränkt werden. Und die Bundesärztekammer nutzt die Gunst der Stunde: Keineswegs warnt sie vor Krieg oder hausgemachten Umweltkatastrophen, wie es gerade Ärzten gut anstehen würde. Vielmehr leistete sie am 7. April 1980 auf einer Pressekonferenz in Bonn ihren Beitrag zur allgemeinen Aufrüstungshysterie. Sie forderte lautstark die Realisierung des Notstandsgesetzes von 1968 zum Schutz im Katastrophen- oder Verteidigungsfall. Gedacht wird dabei u. a. an unterirdische Krankenhäuser, öffentliche und private Schutzräume und den Ausbau der Kriegschirurgie. 1) Das Prinzip der Prophylaxe, das Unheil verhindern soll und deshalb schon weit im Vorfeld einzusetzen hat, erscheint völlig aus dem Blick geraten.

Trotz dieser geballten Ladung an deprimierenden Ereignissen ist die Perspektive nicht hoffnungslos. Durch jahrelange teils harte, teils aber auch sehr anregende Arbeit ist es in einem der konservativsten Bereiche unserer Gesellschaft – dem Gesundheitswesen – gelungen, eine inzwischen recht stattliche Bewegung zu entwickeln, die heute in der Lage ist, der ärztlichen Standespolitik eine humane und demokratische Alternative entgegenzusetzen zu können. Diese Gegenbewegung hat inzwischen zahlreiche Anhänger in Parteien, Gewerkschaften, Arbeitsgruppen und spontanen Initiativen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens gefunden. Resultat und Ausdruck dieser Bewegung ist der Gesundheitstag.

Anlaß für den Gesundheitstag ist indessen der Deutsche Ärztetag. Deshalb sollen eingangs einige Worte zum Verhältnis von Gesundheitstag und Ärztetag gesagt werden. Der Entwicklungszusammenhang, in dem der Gesundheitstag steht, soll umrißhaft skizziert werden.

Der Ärztetag konferiert nebenan – eine etwas betagte und verstaubte Einrichtung, denn sie feiert bereits ihren 83. Geburtstag. Der Deutsche Ärztetag wird von der Bundesärztekammer veranstaltet. Nur Ärzte haben Zutritt. Es wird gern der Eindruck erweckt, als ob der Deutsche Ärztetag so etwas wie das „Parlament der deutschen Ärzte“ sei. Beide – Ärztetag und dessen Veranstalter – haben indessen ein sehr fragwürdiges Demo-

kratieverständnis. Ganze Ärztegruppen werden vom Ärztetag ausgeschlossen. So wird z. B. seit Jahren systematisch verhindert, daß die Liste Demokratischer Ärzte, die in der Landesärztekammer Hessen immerhin 10 % der hessischen Ärzte vertritt, Delegierte auf den Ärztetag schicken kann. Auch die angestellten und beamteten Ärzte sind auf dem Ärztetag weit unterrepräsentiert. Die Zusammensetzung des Deutschen Ärztetages ist also völlig untypisch für die deutschen Ärzte. Der Anspruch auf Repräsentativität ist längst verspielt. Selbst der Berufsverband der praktischen Ärzte schrieb unlängst in seinem offiziellen Blatt: „Auch wir haben bezweifelt, daß es hochkarätige demokratische Beschlüsse sind, die dort produziert werden ...“ 2) – Überdies haben beide – Deutscher Ärztetag und Bundesärztekammer – keinen rechtsverbindlichen Status: Die Bundesärztekammer besitzt die Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins und kann deshalb ebensowenig wie der Deutsche Ärztetag Mehrheitsbeschlüsse fassen, die in irgendeiner Form für den einzelnen Arzt verpflichtend sind. Schon gar nicht kann der Ärztetag Gesetze beschließen oder zwingenden Einfluß auf die Gesetzgebung in Bund und Ländern ausüben. 3) Gleichwohl ist der Deutsche Ärztetag ein politisches Instrument zur Durchsetzung der dominierenden Ärzteinteressen im Gesundheitswesen und innerhalb der Ärzteschaft selbst. Insofern ist er auch ernst zu nehmen. Dies ist ein Grund, weshalb wir heute und in den nächsten Tagen hier in Westberlin zusammengekommen sind.

Der Gesundheitstag hingegen ist keine – noch keine – festgefügte Institution. Er ist dankenswerterweise auf Initiative des Berliner Gesundheitslades zustande gekommen und hat folgende Intentionen:

- Er will all denen als Diskussionsforum dienen, die Krankheit und Gesellschaft in einem gesellschaftlichen und politischen Verantwortungszusammenhang sehen.
- Er will verschiedene Strömungen und Gruppierungen kritisch nachdenkender und arbeitender Menschen in Gewerkschaften, Parteien, der Frauen-, der Ökologie- und Alternativbewegung für einige Tage zusammenführen, um die notwendige Neuorientierung medizinischer und sozialer Tätigkeit in unserer Gesellschaft anzugehen.
- Er will ferner verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens ansprechen und den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung einen hohen Stellenwert beimessen. Er unterscheidet sich also wohltuend von den ärztlichen Standesorganisationen, die in erster Linie ihre berufsspezifischen Interessen und Privilegien im Auge haben, die dann in der Öffentlichkeit unter dem Reklamespot „Freiheit für Arzt und Patient“ 3a) verkauft werden.

Insgesamt ist also der Gesundheitstag eine amorphe Sammelbewegung von Gruppen und Personen im Gesundheits- und Sozialbereich, die Unbehagen und Kritik an Detaillierscheinungen und Strukturen unseres Gesundheitswesens haben. Insofern wird es eine wichtige Aufgabe für uns alle sein, die unterschiedlichen Anliegen und Positionen uns gegenseitig zu erklären und verständlich zu machen, von einander zu lernen, um schließlich zu ersten Ansätzen einer gemeinsamen Orientierung und Linie zu finden. Nur so wird es uns gelingen, unseren Vorstellungen anhaltenden Nachdruck

zu verleihen. Nur so werden wir eine Chance haben, wirksame reale Veränderungen durchsetzen zu können.

Mit dem Schwerpunkt seiner inhaltlichen Auseinandersetzung steht der Gesundheitstag in der Tradition der kritischen und sozialen Medizin, wie sie aus der politischen Studentenbewegung Ende der sechziger Jahre hervorgegangen ist. Er ist gleichsam ein Glied in dieser Entwicklungskette. In diesem Sommer sind es genau 13 Jahre her, daß an diesem Ort, an dem wir hier und jetzt tagen, – in den Wochen nach dem 2. Juni 1967 – das erste „provisorische“ Veranstaltungsverzeichnis der Kritischen Universität vom AsTA der Freien Universität Berlin erarbeitet wurde. Selbstverständlich wurden darin auch alternative Lehrveranstaltungen in der Medizin angeboten. Ihre Schwerpunkte konzentrierten sich auf: „Medizin und Gesellschaft“, „Arbeitsmedizin“, „Psychosomatik“, „Deutsche Medizin von 1933–1945“, „Sexualität und Herrschaft“ u. a. – eine verblüffende Ähnlichkeit mit unserer heutigen Themenstellung. Und in der Vorbemerkung dazu hieß es: „So wächst die Aussicht, daß neue Formen des Lernens, neue Inhalte der Forschung das elitäre Selbstverständnis der Mediziner aufbrechen: sie sollten sich nicht mehr als eine der Stützen dieser Gesellschaftsform, sondern als Kombattanten der ... Leidenden gegen die Ursachen der Leiden verstehen.“ 4) Nun – diese „Aussicht“ ist zwar langsamer gewachsen, als viele von uns damals dachten. Es gab falsche Einschätzungen und im Umgang mit relevanten gesellschaftlichen Gruppen wurden Fehler gemacht. Aber die angepackten Probleme und die Zielrichtungen waren richtig – wie sich heute, 13 Jahre danach, bestätigt. Ihren vorläufigen Höhepunkt hatte die kritische und soziale Medizin 1973 im Marburger Kongreß „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“. Es war der erste gesundheitspolitische Kongreß in der Bundesrepublik, der von in der ÖTV organisierten Ärzten vorbereitet und Vertretern des DGB und der ÖTV durchgeführt wurde. Angehörige aus Gesundheits- und Sozialberufen einigten sich auf eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens entsprechend den Bedürfnissen der Sozialversicherten. Viele damals engagierte junge Mediziner versuchen heute in ihrer Praxis – teils unkonventionelle Wege der Gesundheitsversorgung auch in enger Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu verwirklichen. Sie arbeiten in der Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung mit und bemühen sich, in den regionalen Ärztekammern demokratische Strukturen und soziale Inhalte durchzusetzen. Es gibt inzwischen eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten wie Zeitschriften, in Universitäten, Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Gewerkschaften und sogar ärztlichen Standesorganisationen. Die Bewegung hat sich verbreitert, und es ist an der Zeit zur Sammlung, Koordination und Kooperation erneut aufzubrechen.

Die Ursachen für eine solche kritische und demokratische Bewegung sind freilich nicht in zufälligen, modischen oder gar persönlichkeitsbedingten Ereignissen und Strömungen zu sehen. Hier liegen vielmehr objektive Strukturen und Widersprüche – Mängel, Mißstände, Benachteiligungen und Privilegien in unserem Gesundheitswesen – zugrunde. So steht an erster Stelle unserer Aktivitäten der Einsatz für eine soziale Gesundheitsversorgung mit ihrem Kernprinzip der Solidarität. Nicht erst im Krankheitsfall – bereits vorher, im

Sinne der Verhinderung von Krankheit hat rechtverstandene medizinische Hilfe einzusetzen. Zweitens zählen die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in unserem Gesundheitswesen zu diesen objektiven Bedingungen. Ich denke dabei besonders an die Intensivierung der Arbeit, die in den letzten Jahren stattgefunden hat und an die noch immer unzureichenden Mitbestimmungsmöglichkeiten. Auch dies hat freilich seine nachteiligen Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Dadurch können Patienten und Beschäftigte gegeneinander ausgespielt werden, obwohl sie objektiv gemeinsame Ziele verfolgen. Es wird also nach dem Motto „divide et impera“ verfahren. Dies zu verhindern, ist insbesondere eine Aufgabe für unsere Kollegen von und in den Gewerkschaften, eine Aufgabe die noch keineswegs gelöst ist. Und drittens sind in diesem Zusammenhang auch die Privilegien und privaten wirtschaftlichen Interessen in unserem Gesundheitswesen erneut zur Disposition zu stellen. So setzt sich immer deutlicher die Einsicht durch, insbesondere im Zusammenhang mit der Diskussion um die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, daß es die Funktionsgesetze unseres Wirtschaftssystems selbst sind, die sich negativ auswirken. Nachteiligen Einfluß haben nach wie vor die Profitinteressen der großen Konzerne der chemisch-pharmazeutischen Industrie, der Elektroindustrie und des privaten Versicherungsgewerbes ebenso wie die Abhängigkeit der staatlichen Gesundheitspolitik von unternehmerischen Interessen. Hieraus resultiert u. a., daß kommerzielle Gesichtspunkte und das Unternehmerinteresse an schneller und kostensparender Reparatur der Arbeitskraft Vorrang haben vor humanen Zielen der Gesundheitserhaltung, sozialen Sicherheit und der menschlicheren Gestaltung unserer Umwelts- und Arbeitsbedingungen. 5)

Die Ursachen der kritischen und sozialen Bewegung in der Medizin werden von den etablierten ärztlichen Ständesorganisationen verflucht oder bewußt heruntergespielt. Es wird bisweilen so getan, als ob es uns überhaupt nicht gäbe. Wir werden – dort wo es noch möglich ist – selbst von der Diskussion, dem Prozeß der Meinungsbildung, also einem urdemokratischen Grundprinzip, ausgeschlossen. Dies ist die eine Variante. Die andere ist die der Verunglimpfung und Diskriminierung und zwar dann, wenn es sich vor der Öffentlichkeit nicht mehr verschweigen läßt, daß wir da sind und etwas zu sagen haben, was die Sozialversicherten und die Beschäftigten im Gesundheitswesen angeht. So wurden die Initiatoren des Gesundheitstages vom Hartmannbund – einem politischen Kampfverband der Ärzte, dessen gesundheitspolitische Vorstellungen sich immer enger an diejenigen der CSU anlehnen – als „Revolutionärrer“, „kryptogenetische Organisationen“ oder „revolutionäre Traumtänzer“ bezeichnet. 6) Über den Landesverband Berlin des Marburger Bundes, der sich dem Aufruf des Gesundheitstages zunächst angeschlossen hatte, dann aber auf Druck von oben zurückziehen mußte, heißt es in der Ärztezeitung: „Der Feind steht nicht erst hinter der Elbe, er ist schon nach Köln-Lindenthal eingesickert.“ 7) Diese Sprache ist derselbe Jargon, der schon 1972 die bekannte Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes über „Die Gesundheitsversicherung in der Bundesrepublik Deutschland“ in gewerkschaftsfeindlicher Manier ein Werk des „totalitären Kollektivismus“ nannte. 8) Die zugrunde liegende Strickart dieser Strategie ist offensichtlich: statt sich mit den Inhalten differenziert auseinanderzusetzen, sollen kritische Köpfe und Gruppen außerhalb der Gesellschaft gestellt und damit zum „Abschuß“ preisgegeben werden; inhaltliche Kritik soll durch blanke Macht ersetzt werden.

Diese intellektuell hilflose Reaktion führender ärztlicher Ständesfunktionäre ist nur damit zu erklären, daß wir einen Nerv getroffen haben – und zwar den Nerv, daß die deutsche Ärzteschaft nicht mehr mit einer Stimme spricht. Leichtfertig wurde diese Einheit von großen Teilen der führenden Ständesfunktionäre aufs Spiel gesetzt. Ein relevanter Teil der deutschen Ärzte vertritt heute gemeinsam mit anderen Heil- und Sozialberufen eine kontroverse Meinung, die hier auf dem Gesundheitstag geäußert und diskutiert werden kann. Diese neue Situation ist für die ärztlichen Ständesorganisationen um so schmerzhafter, als nämlich gerade jetzt – in den Jahren der ökonomischen Krise – die Ärzteschaft vor schwierigen Aufgaben steht.

Die ökonomische Krise, die insbesondere den arbeitenden und sozialversicherten Teil unserer Bevölkerung

trifft, schlägt durch bis auf die Sozialversicherung selbst. So bedeuten Massenarbeitslosigkeit, Kurzarbeit und geringere Lohnzuwächse finanzielle Einbußen für die Renten- und Krankenversicherung. Bundesminister Ehrenberg stellt dazu bereits 1977 fest:

- „Jeder Rückgang der Beschäftigten um 200 000 Personen bringt derzeit einen Einnahmeausfall in der Rentenversicherung von knapp 1 Milliarde DM im Jahr.
- Jeder Prozentpunkt weniger Lohnzuwachs verringert die Einnahmen der Krankenversicherung um 800 Millionen DM im Jahr.“ 9)

Diejenigen, die weiterhin einen Arbeitsplatz behalten, bekommen ein verschärftes Arbeitstempo zu spüren und klagen über den verstärkten Druck, dem sie ausgesetzt sind. Ihre Arbeitskraft kann von seiten des Unternehmens intensiver und widerstandsloser genutzt werden, was langfristig zu einem erhöhten Gesundheitsverschleiß führt und schließlich die Krankenkassen zusätzlich belastet. Kurzfristig können jedoch genau entgegengesetzte Erscheinungen auftreten. Infolge des Rückgangs der Inanspruchnahme kann es zu Kassenentlastungen kommen:

- So ist bekannt, daß in Zeiten wirtschaftlicher Krisen der betriebliche Krankenstand zurückgeht.
- Aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes scheut ein Teil der Patienten den notwendigen Gang zum Arzt.
- Kuranträge haben nachgelassen. Als Begründung wird dafür angegeben, daß nicht wenige Arbeitnehmer, die eine Kur nötig hatten und sie voraussichtlich auch bewilligt bekämen, aus Angst vor dem möglichen Verlust ihres Arbeitsplatzes gar keinen Antrag stellten.
- Auch der Rückgang der Bettenbelegung in Krankenhäusern wird konjunkturell begründet. Er sei genau vergleichbar mit der Entwicklung des Rezessionsjahres 1967. Es heißt: Wie sich aus den Zahlen einiger größerer Krankenhäuser ablesen lasse, sei der Anteil der über 50-jährigen Arbeitnehmer in den Krankenhäusern deutlich zurückgegangen. Auch die Verweildauer der Arbeitnehmer sei gesunken. Die Patienten drängten viel stärker zurück an den Arbeitsplatz.
- Und im Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung von 1974 heißt es: seit der Krise von 1966/67 sei bekannt, „daß die Sorge um den Arbeitsplatz Arbeitnehmer dazu verführt, leichte Arbeitsunfälle nicht zu melden.“ 10)

Dies alles spricht dafür, daß das konstitutive Element der privaten Wirtschaftsordnung die Arbeitsunsicherheit der Lohn- und Gehaltsabhängigen, einen nachhaltigen Einfluß auf deren Krankheitsverhalten hat. Von Unternehmensebene werden solche Erscheinungen auch zynisch als die „reinigende Kraft der Krise“ bezeichnet. Zynisch insofern, als die ökonomische Krise in unserer Wirtschaftsordnung primär durch eine Krise des Kapitals verursacht wird. Denn das Interesse an Profit zwingt nicht nur zur Akkumulation, sondern führt auch stets zur Überakkumulation. Danach folgt die Drosselung der Produktion mit den bekannten Auswirkungen auf die Beschäftigten. Die Unternehmer nutzen diese Möglichkeit. Sie ziehen die Zügel an. Und sie können es, weil sie letztlich allein über die Produktionsmittel verfügen. Unausgesprochene Angst breitet sich aus: vor Entlassungen, vor Versetzungen und Kurzarbeit mit Lohnseinbußen.

In solchen Zeiten können wir – selbst von seiten des Kapitals – den Ruf nach dem Staat vernehmen. Dieser betreibt indessen keine offensive, konsequente Verhinderungspolitik, sondern er reagiert auf Symptome, deren Ursachen er nicht in den Griff bekommt. Er beginnt, private Investitionen zu subventionieren, in der Hoffnung sowohl die Interessen des Kapitals zu befriedigen als auch der Massenarbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Da diese Subventionen ohne wirksame arbeitsplatzschaffende Auflagen vergeben werden, fließt ein großer Anteil – etwa zwei Drittel 1) – von ihnen in weitere Rationalisierungen. Resultat: zusätzliche Arbeitslosigkeit. Hier stellt sich die Frage: Woher nimmt eigentlich der Staat das Geld für die verstärkte Subventionierung privater Investitionen? Sowohl gegen Ende der Weimarer Republik als auch jetzt wieder seit einigen Jahren sind davon besonders die Sozial- und Bildungsbereiche betroffen. Durch Umverteilung zu La-

sten der Sozialversicherten und Auszubildenden werden Vergünstigungen für das Kapital geschaffen. Dies demonstriert, wie abhängig gesundheitspolitische Maßnahmen von der wirtschaftlichen Entwicklung und den sie prägenden Interessen sind. Deshalb reduziert sich auch der Spielraum für Reformen im Gesundheitswesen in Zeiten der ökonomischen Krise auf „nicht-kostende“ Reformen. Und selbst diese werden in aller Regel nur zögernd oder überhaupt nicht verwirklicht, da sie auf den heftigen Widerstand der am Gesundheitswesen finanziell interessierten Machtgruppen stoßen.

Der Staat hat in unserem Gesundheitssystem trotz Selbstverwaltung einen starken Einfluß, da wir eine gesetzliche Krankenversicherung haben, in der über 90 % der Bevölkerung versichert ist. Er legt den Rahmen fest, innerhalb dessen die Finanzierung der Krankenversorgung geregelt wird. Im einzelnen zeichnen sich folgende Strategien des Staates ab:

1. In diesem Zusammenhang ist zunächst die Politik der rigiden Kostendämpfung zu nennen. 12)
- Diese betrifft vor allem die Sozialversicherten durch Stagnation bzw. Abbau von Leistungen bei zusätzlicher finanzieller Beteiligung. Zu erwähnen sind hier erste Ansätze von „Selbstbeteiligung“ in der Arzneimittel- und zahnmedizinischen Versorgung, Bettenabbau in Krankenhäusern und Minderinanspruchnahme aufgrund massiver Angstkampagnen in den Medien.
- Betroffen sind ebenfalls von der Kostendämpfung die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Durch die Verringerung des Personalbestands findet eine Intensivierung der Arbeit statt, da bei weniger Personal die gleiche oder auch mehr Arbeit verrichtet werden muß. So haben der umfangreichere Einsatz technologischer Mittel und die Verkürzung der Liegezeiten erhebliche Mehrarbeit zur Folge. Hinzu kommt die Tendenz, Teilbereiche des Krankenhauses, – wie Küchen, Wäschereien und Reinigungsdienste – zu privatisieren. Dies bedeutet in aller Regel nicht nur eine Verschlechterung der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten, sondern ist oft auch mit Leistungseinbußen für die Patienten verbunden.
- Und schließlich ist im Zusammenhang mit den staatlichen Sparmaßnahmen auch auf die Situation der ärztlichen Ausbildung zu verweisen. Die Novelle der ärztlichen Approbationsordnung vom Februar 1978 ist hierfür ein Musterbeispiel: Unzureichende Ausbildungsbedingungen – insbesondere durch Personalknappheit – werden mit einer Verschärfung des Prüfungssystems beantwortet.

Generell handelt es sich bei diesen Kostendämpfungsmaßnahmen um Eingriffe, die auf kurzfristigen Erfolg orientieren. Dabei werden selbst mittel- und längerfristige negative Auswirkungen – wie teure Spätfolgebehandlungen – in Kauf genommen.

2. Die Politik der Kostendämpfung wird begründet mit der Formel von der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“. Das bedeutet die Bindung der Kassenausgaben an das Wirtschaftswachstum, dargestellt durch die Ziffer des Wachstums der Grundlohnsomme. Da personengebundene Dienste immer nur langsamer rationalisiert werden können als Tätigkeiten im Produktionssektor, bedeutet die Bindung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an das Gesamtwirtschaftswachstum, daß ihr Anteil am gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen der Tendenz nach fallen muß. D. h.: absolute Verschlechterung des Versorgungsniveaus.
3. Diese Politik der Kostendämpfung und Leistungsminderung wird ergänzt durch eine Strategie der Kostenverschiebung.
- So können wir eine Verschiebung der Gesundheitskosten vom Staat auf die Sozialversicherung feststellen. Das Stichwort heißt hier: Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972). Im Zusammenhang mit der Bundespflegegesetzverordnung (1973) konnten wesentliche Teile der Krankenhausfinanzierung vom Staat – insbesondere den Kommunen und Landkreisen – auf die gesetzliche Krankenversicherung abgewälzt werden.

- Die Krankenkassen geben ihnen zusätzlich entstandene Kosten weiter an die Versicherten. Der Anstieg der Kassenbeiträge, der keineswegs durch eine aktive Lohnpolitik aufgefangen werden konnte, ist dafür der beste Beleg. Hinzu kommt die zusätzliche finanzielle Beteiligung der Versicherten für Leistungen, die die Kassen seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977) nicht mehr übernehmen.
- Und auch innerhalb des Systems der Sozialversicherung hat eine Kostenverschiebung stattgefunden. So wurde nämlich das Kostendämpfungsgesetz ausgelöst durch eine Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für die Krankenversicherung der Rentner.

Kostendämpfung und Kostenverschiebung sind also die beiden ökonomischen Strategien, mit denen sich der Staat finanzieller Aufwendungen und Garantiehafungen für die Krankenversorgung entledigt hat. Der Prozeß der finanziellen Entstaatlichung betrifft vor allem die Sozialversicherten, die heute zusätzlich durch höhere Beiträge und zusätzlich privat für die Kosten aufkommen müssen. Dieser Schritt des Staates ist im Zusammenhang mit seiner spezifischen Krisenpolitik zu sehen, die darauf abzielt, die Finanzen halbstaatlicher und staatlicher Einrichtungen für die Haushaltspolitik des Bundes – und damit einhergehende verstärkte Subventionierung privatwirtschaftlicher Investitionen – zu funktionalisieren.

Gegenläufig zum Entstaatlichungs- und Privatisierungsprozeß der Finanzierung des Gesundheitswesens ist die *politische Strategie* des Staates. Diese orientiert auf verstärkten staatlichen Einfluß im Sinne einer *globalen Steuerung*. Das Instrument dafür ist das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz und hier insbesondere die „konzertierte Aktion in Weiß“. Daran sind unter dem Vorsitz des Bundesarbeitsministers alle am Gesundheitswesen unmittelbar interessierten Gruppen beteiligt; darüber hinaus aber auch die Gewerkschaften, die Unternehmer, Länder und Kommunen. Die konzentrierte Aktion hat jährlich Empfehlungen für die Gesamtvergütung der Kassenärzte und Arzneimittelhöchstbeträge zu geben. Die konzentrierte Aktion bedeutet also für die Kassenärzte und Pharmaindustrie eine stärkere öffentliche Kontrolle und stärkere Verpflichtung auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

Nicht in die konzentrierte Aktion einbezogen sind die Krankenhäuser, die ohnehin weitgehend Eigentum der öffentlichen Hand sind oder gemeinnützig betrieben werden. Dieser Bereich wird gegenwärtig in der Novelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes neu geregelt. Die Ausklammerung des Krankenhaussektors aus der konzentrierten Aktion hat jedoch Folgen, die z. Zt. von den ärztlichen Standesorganisationen heftig diskutiert werden. In der ärztlichen Standespresse liest sich das so: „Die deutsche Ärzteschaft hat keine Kraft zur Einheit mehr“ (13). „Ärzte gegen Ärzte“ oder „Steht ein Bruderkrieg zwischen angestellten/beamteten Ärzten und frei praktizierenden Ärzten bevor?“ (14) Wie meistens in der ärztlichen Standespolitik geht es auch hier wieder um die Honorare. Da die Kosten für die Krankenhauspflüge nicht in die konzentrierte Aktion eingebunden sind – sie werden pauschal über den Pflege-satz bezahlt – ist es auch nicht Sache der konzentrierten Aktion über die Gehälter der Krankenhausärzte zu befinden. Dafür zuständig ist die Gewerkschaft ÖTV und am Rande auch der Marburger Bund. So zerren an dem einen Ende des Stranges die ÖTV und der Marburger Bund und an dem anderen Ende die Kassenärztliche Vereinigung, die Interessenvertretung der Kassenärzte. Von den Gewerkschaften erwartet man sowieso nichts Gutes. Sie werden traditionell als Gegner angesehen. Aber der Gegensatz zum Marburger Bund schmerzt. Dies bedeutet nämlich, daß Krankenhausärzte und Kassenärzte objektiv gegeneinander stehen, weil sie unterschiedliche Vorstellungen von der Verteilung des Krankenkassenkuchens – sprich: der Höhe ihres Einkommens – haben. Beschwörend appelliert deshalb der Hartmannbund an den Marburger Bund, die Einheit der Ärzte zu wahren und übergeordneten Interessen den Vorrang zu geben. Er bietet sich in der Situation sogar als integrierender Vermittler an.

Und er empfiehlt auch ein Rezept, wie aus der ökonomischen Krise im Gesundheitswesen herauszukommen sei, ohne daß sich Ärzte in Verteilungskämpfen

zerstreuen müssen. Das Rezept, dem sich die Bundesärztekammer mit ihrem Marburger Bund-Präsidenten in dem „Blauen Papier“ zur „Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ (15) angeschlossen hat, ist keineswegs neu und heißt: „Selbstbeteiligung“ der Patienten. In dem „Blauen Papier“ (16) äußert man sich zwar vorsichtig, aber immerhin deutlich:

- „Ohne das Bewußtsein eigener Verantwortung, auch für den Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen, können solidarische und soziale Einrichtungen auf Dauer nicht finanziert werden.“
- „Mit der Einführung der Selbstbeteiligung wird die notwendige Beziehung zwischen der persönlichen Inanspruchnahme aus eigener Entscheidung und der erbrachten Leistung wiederhergestellt.“
- „Die Notwendigkeit, selbst Konsumverzicht im Krankheitsfall für sich und für erwachsene Mitversicherte leisten zu müssen, ist geeignet, gesundheits-schädigendem Verhalten entgegenzuwirken.“

Und hinsichtlich der Kostenfrage heißt es:

- „Die Einführung einer Selbstbeteiligung würde zwar, wie Erfahrungen aus anderen Ländern mit Selbstbeteiligungssystemen zeigen, keine Garantien für eine Verringerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung geben, sie würde aber deren Aufgaben und Ziele durch die Mobilisierung individueller Verantwortung ergänzen.“

Einen Moment soll darüber nachgedacht werden, was „Selbstbeteiligung“ eigentlich meint. Bei der „Selbstbeteiligung“ der Patienten an ärztlichen Leistungen wird davon ausgegangen, daß der Krankenschein allein für die ärztliche Behandlung – gleiches kann für Arzneimittel oder Krankenhausaufenthalte gelten – nicht mehr ausreicht, sondern daß der Patient in der Stunde der Not zusätzlich zahlen muß. Da jedoch der Kassenarzt bereits über die Kassenbeiträge von den Versicherten selbst bezahlt wird, ist der Begriff der „Selbstbeteiligung“ eine bewußte Irreführung. Es handelt sich dabei nämlich um nichts anderes, als um die *zusätzliche und direkte finanzielle Beteiligung der Patienten*. Dahinter steht die Absicht, die gestiegenen und steigenden Kassenausgaben – nicht zuletzt durch die Einkommen der Großverdiener unter den Kassenärzten und auch die bevorstehenden Zunahme der Kassenärzte – voll den Versicherten aufzubürden, und zwar nicht kollektiv sondern individuell. (17) D. h., daß für diesen Bereich das Grundprinzip unserer gesetzlichen Krankenversicherung, das Solidaritätsprinzip, außer Kraft gesetzt würde. Dies wäre ein Rückfall in die offene Klassenmedizin. Schon zweimal in der Geschichte der Bundesrepublik ist der Versuch, das Selbstbeteiligungsprinzip einzuführen, gescheitert. Das erste Mal 1961: Durch das gemeinsame Vorgehen von Ärzten und Gewerkschaften mußte CDU-Minister Blank gehen. Das zweite Mal wurde 1970 eine Krankenscheinprämie für nicht in Anspruch genommene Krankenscheine eingeführt. Auch sie wurde einige Jahre später zurückgenommen, da der erwartete Erfolg ausblieb.

Im einzelnen hätte eine zusätzliche und direkte Beteiligung der Patienten folgende Auswirkungen:

- Die *Einkommensschwächsten* – in der Regel die Gruppe mit den höchsten Krankheitsrisiken – würden am stärksten betroffen.
- Der medizinische Laie ist nur selten in der Lage, zwischen einer beginnenden ernsthaften und einer Bagatel-Erkrankung unterscheiden zu können. Unterbleiben ärztliche Untersuchungen aufgrund der „Selbstbeteiligung“, so können leicht *Verschleppungen* eintreten, die später eine kostenaufwendigere Behandlung erfordern. Das läßt sich auch nicht dadurch beseitigen, daß erste Inanspruchnahmen von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden sollen. Denken wir z. B. an den Arbeiter im Ruhrgebiet, der eine 2 Monate alte Bronchitis hat und seinen Hausarzt aufsucht. Dieser entscheidet aufgrund der medizinischen Indikation: röntgen – also eine notwendige Maßnahme, die erst zur Diagnose führt. Geröntgt wird jedoch in der Regel von einem anderen Arzt. Ab jetzt müßte vom Patienten zusätzlich bezahlt werden. Dies kann schon zu Verzögerungen bei der Diagnoseerstellung führen.

- Die „Selbstbeteiligung“ widerspricht prinzipiell der Früherkennung und *Prävention*. Die „Selbstbeteiligung“ ist der Todesstoß für die Präventivmedizin mit ihrem Grundsatz: „Vorbeugen ist besser als heilen“.
- Überdies würden Kranke mit *schweren chronischen Leiden* – also die Gruppe jener Patienten, deren Lebens- und Leistungsfähigkeit schon stark eingeschränkt ist – am härtesten getroffen. Denken wir an den Frührentner mit Arteriosklerose und chronischer Herzinsuffizienz oder psychiatrisch Kranke. Die Folgen einer zusätzlichen und direkten finanziellen Beteiligung wären weder medizinisch noch sozial verantwortlich. Es sind also gerade die Massen- und Volkskrankheiten, auf die die geplante „Selbstbeteiligung“ negative Auswirkungen hätte.
- Ein weiterer grundsätzlicher Aspekt ist zu bedenken: Gegenwärtig werden die *Krankheitskosten* der Sozialversicherten zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt. Diese *Parität* würde im Falle der „Selbstbeteiligung“ zu Lasten der Sozialversicherten verschoben.
- Und schließlich wird dem Patienten durch die „Selbstbeteiligung“ eine individuelle Schuld an seiner Krankheit – eine *Eigenverschuldung* durch eigenes Fehlverhalten – suggeriert. Dabei entfällt völlig, daß individuelles Verhalten stets gesellschaftlich vermittelt ist, daß die gesellschaftlichen Verhältnisse nur wenig Spielraum für tatsächliche Individualität zulassen.

Die politische Rechtfertigung für die Forderung nach einer zusätzlichen und direkten Beteiligung der Patienten wird von sehr weit hergeholt, sie wird abgeleitet aus der Formel vom „freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat“. (18) Danach habe die Freiheit der Person Vorrang, und zwar in dem Sinne, daß jeder Mensch für die Gestaltung seines eigenen Lebens zunächst selbst verantwortlich sei. Gesundheits- und Sozialpolitik dürfen die persönliche Verantwortlichkeit und Verantwortungsbereitschaft für die eigene Lebensführung nicht schwächen, abbauen oder zerstören. Und aus dem Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit der Gesellschaft und des Staates ergebe sich eine abgestufte Verantwortung nach dem Subsidiaritätsprinzip. (19) D. h., Unterstützung von Kranken, Behinderten, Invaliden, Arbeitslosen und Rentnern erst dann, wenn diese auf den Boden der Gesellschaft abgerutscht sind und nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu helfen. In diesem Zusammenhang sieht die Bundesärztekammer auch die „Selbstbeteiligung als Mittel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen“. Sie wird als Teil der Grundwerte und Freiheiten deklariert: „die den meisten Menschen sonst nicht offenstehen. Ein kollektives soziales Sicherungssystem ohne entsprechende Entscheidungsfreiräume steht dazu im Widerspruch“. (20)

Hier drängt sich nun doch die Frage auf: Wessen Freiheit meint eigentlich die Bundesärztekammer? Soll das etwa die Freiheit von Arbeitslosen, Wohnungssuchenden, benachteiligten Frauen, „Gastarbeitern“, von den Insassen der Ghettos unserer Gesellschaft oder gar die Freiheit von Arbeitenden in Betrieben und Büros sein? Dies ist nicht die Freiheit der Sozialversicherten. Dies ist die Freiheit der Besitzenden und Privilegierten in unserer Gesellschaft. Nicht umsonst spricht unser Grundgesetz auch nicht vom „freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat“, sondern vom „demokratischen und sozialen Rechtsstaat“ (Art. 28,1). Und – was nicht vergessen werden sollte – diese Formulierung erlaubt auch die Umgestaltung liberaler Grundsätze. Konsequenter interpretiert fordert sie sogar, daß die Gesellschaftsordnung zur Disposition des Gesetzgebers gestellt wird und im Zusammenhang mit den Artikeln (14, 15) über das Eigentum die Entwicklung zur sozialen Demokratie ermöglicht.

Das Papier der Bundesärztekammer zur „Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ liest sich indes wie eine Propagandabroschüre für die kapitalistische Wirtschaftsordnung. Das gleiche gilt für flankierende Artikel, die in den letzten Wochen im Deutschen Ärzteblatt (21) und anderen Standesgazetten erschienen sind. Hier geht es um die Privatisierung und Kommerzialisierung sozialer Bestandteile unseres Gesundheitssystems. Das bestehende System soll in der

Koalition mit Unternehmerverbänden 22) und extrem rechtsstehenden Parteien und Politikern verändert werden. Selbst die CDU wird von seinen des Hartmann-bundes gescholten. 23) Die Sprache, die hier gesprochen wird, ist nicht die Sprache von Ärzten, denen es um eine humane und soziale Krankenversorgung geht. Das ist die Sprache des Kapitals. Und die ärztlichen Standesfunktionäre, die sich dieser Sprache bedienen sind es, die den Ruf und die Glaubwürdigkeit der deutschen Ärzteschaft in der Öffentlichkeit leichtfertig verspielt haben. Schon einmal in der deutschen Geschichte wurde ein großer Teil der Ärzte in die radikale rechte Ecke geführt. Dies darf sich nicht wiederholen! Es ist auch nur schwer vorstellbar, daß die deutschen Ärzte sich heute dazu verleiten lassen. 24) Deshalb brauchen wir keine Standesfunktionäre, die Arm in Arm mit dem Kapital die Sozialversicherten zum Sündenbock machen wollen. Wir brauchen genau das Gegenteil: Eine arbeitnehmerfreundliche, sachverständige starke Ärzteschaft, die gemeinsam mit den Sozialversicherten gegen die kommerziellen Interessen in unserem Gesundheitssystem kämpft. Nur so lassen sich die hohen Gewinne der chemisch-pharmazeutischen und medizinisch-technischen Konzerne verhindern, die nicht nur untragbare Belastungen für die Krankenkassen sind, sondern auch zur Verringerung der ärztlichen Einkommen selbst beitragen. Nicht in der Konfrontation, sondern in der konstruktiven Zusammenarbeit von Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, den Sozialversicherten und ihren Gewerkschaften, können die scharfen Angriffe von rechts gegen die soziale Sicherung abgewehrt und ein soziales Gesundheitswesen mit demokratischen Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden. 25)

Wie sieht nun das Abwehrpotential aus, das für ein soziales und humanes Gesundheitswesen und gegen die Abwälzung der Krisenlasten auf die Sozialversicherten eintritt?

Als erstes sind hier die Gewerkschaften zu nennen. Sie sind freiwillige Vereinigungen von Lohn- und Gehaltsabhängigen mit dem Zweck, deren soziale, wirtschaftliche und gesellschaftspolitischen Interessen gegenüber dem Kapital und dem Staat durchzusetzen – also im weiteren Sinn große Selbsthilfeorganisationen. Ihre Kraft beruht auf dem Prinzip der Solidarität. Der Zusammenschluß in einer gewerkschaftlichen Organisation bedeutet daher, daß die Konkurrenz zwischen den individuellen Lohnarbeitern, die Vereinzelung, bawußt in der kollektiven Interessensvertretung aufgehoben und überwunden wird. 26) Deshalb heißt es auch im gerade veröffentlichten sozialpolitischen Programm des DGB:

„Der Grundsatz der Solidarität bedeutet, daß Leistungen und Finanzierung der sozialen Sicherung mittels einer sozial ausgleichenden Umverteilung zu organisieren sind. Das rechtfertigt eine Belastung nach der Leistungsfähigkeit bei bedarfsgerechter Verteilung der Leistungen. Darüber hinaus beinhaltet Solidarität auch ein Verhalten unmittelbarer, gegenseitiger Hilfe und Verantwortlichkeit – entsprechend der Tradition der Gewerkschaften.“ 27)

Das Prinzip der Solidarität widerspricht also der „Selbstbeteiligung“ mit ihren privatisierenden und vereinzelnden und damit entsolidarisierenden Tendenzen, weil dadurch die Durchsetzungskraft der kollektiven Interessensvertretung aufgespalten und geschwächt wird. Die Solidargemeinschaft der Versicherten, die schon durch die Arbeitgeberbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien eingeschränkt wird, würde damit noch stärker paralytisiert. Aus diesem Grund sieht der DGB in der „Selbstbeteiligung“ auch kein Mittel, um Fehlentwicklungen und Strukturmängel in unserem Gesundheitswesen zu beseitigen. Es heißt dazu in dem Programm:

„Leistungsabbau, Selbstbeteiligungsregelungen und Kostenerstattungspläne sind untaugliche Mittel, Fehlentwicklungen und Strukturmängel zu beseitigen, so wie mehr Humanität des Gesundheitswesens zu erreichen. Der Anspruch auf Schutz, Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit und gleiche Gesundheitschancen erfordert mehr als bisher den Ausbau der Prävention und Rehabilitation.“ 28)

Die von der Bundesärztekammer geforderte „Selbstbeteiligung“ wird in jeder Form als Instrument, um aus der ökonomischen Krise im Gesundheitswesen herauszukommen, vom DGB abgelehnt. 29) Er setzt vor allem auf Strukturverbesserungen, wie den Ausbau der

Prävention und Rehabilitation. Und gerade der vorbeugenden Medizin würde die „Selbstbeteiligung“ fundamental widersprechen. Gegen die Einführung der „Selbstbeteiligung“ haben sich auch der Bundesgesundheitsminister und die SPD ausgesprochen. 30) Schon nicht mehr kann in dieser Frage auf die volle Zustimmung der FDP gerechnet werden. In einer Presseerklärung des sozialpolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion vom 21. April 1980 heißt es: „Die Freien Demokraten begrüßen es, daß die Ärzteschaft Überlegungen anstellt, wie die Selbstverantwortung des Versicherten im Gesundheitsbereich gestärkt werden kann. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unseren früheren Vorschlag des Wahltarifs, mit dem wir die Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Vorsorge, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit des einzelnen auch im Bereich der Gesundheitsvorsorge erweitern wollen.“ 31)

Die Gewerkschaften verhalten sich gegenüber der Regierungspolitik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen eher passiv und dulnd. Teilweise tragen sie sogar die Konzeption der Bundesregierung mit. Eine Ursache für diese Passivität oder gar Zustimmung ist die verteilungspolitische Situation in der gegenwärtigen Krise: Angesichts von etwa 1 Million Arbeitslosen ist nämlich die Durchsetzungskraft der Gewerkschaften geschwächt. Die Priorität des Arbeitslosenproblems führt dazu, daß offensive Lohnstrategien gebremst werden. Eine weitere Folge ist, daß Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, wie im Bereich des öffentlichen Dienstes überhaupt, von gewerkschaftlicher Seite eher toleriert werden.

Die Schwerpunkte und Zielsetzungen des Einsatzes der einzelnen Gewerkschaften in der Gesundheitspolitik sind keineswegs einheitlich: So treten DGB-Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Kassen für kostendämpfende Maßnahmen in den Krankenhäusern ein, die nicht ohne negative Auswirkungen auf die Krankenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten bleiben. Die ÖTV kämpft für die Erhaltung der Arbeitsplätze und bessere Arbeitsbedingungen. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Pflegesätze. Die IG Chemie duldet keine grundsätzliche Kritik an der Pharmaindustrie, da sie Arbeitsplatzverluste befürchtet, und die IG Metall ist mit ihrer fortschrittlichen Forderung nach Vereinheitlichung der Sozialversicherung auf den heftigen Widerstand – besonders der Gewerkschaft IG Bau-Steine-Erden – gestoßen. Insgesamt jedoch hat die Gewerkschaft ÖTV das offensivste und am weitestgehende gesundheitspolitische Programm, das sowohl die Interessen der Beschäftigten als auch die der Sozialversicherten integriert.

Diese Differenzen zwischen den Einzelgewerkschaften bedeuten eine Schwächung der Interessensvertretung der Sozialversicherten insgesamt. Deshalb müssen übergeordnete Bedürfnisse der Arbeitnehmer Vorrang vor einzelgewerkschaftlichen Interessen haben, wie es sich in dem gerade veröffentlichten sozialpolitischen Programm des DGB abzeichnet. So ist es verfehlt für den Erhalt von solchen Arbeitsplätzen zu kämpfen, an denen Produkte hergestellt oder Maschinen betrieben werden, die zur Zerstörung der Menschheit führen. Hier geht es um die Umformung des Produktionszieles. Bei der gewerkschaftlichen Gesamtstrategie für eine bessere Gesundheitsversorgung ist der gemeinsame Gegner klar zu definieren. Und dieser ist in der Privatwirtschaft zu sehen – dort, wo das Geschäft mit der Krankheit der Sozialversicherten betrieben wird! Deshalb müßte nicht nur gegen eine zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens, sondern auch für eine stärkere Inpflichtnahme des Staates eingetreten werden.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens hat wieder stärker eine Angelegenheit des Staates zu werden. D. h., der Staat muß zu Umverteilungsmaßnahmen im Staatshaushalt zugunsten der Sozialversicherten gezwungen werden. Das aber setzt voraus: Einstellung der Subventionen für die Privatwirtschaft und auch Reduktion der unproduktiven Rüstungsausgaben. Darüber hinaus sind die am Patienten verdienenden Industriezweige einer verschärften öffentlichen Kontrolle zu unterziehen – mit der Intention, deren Profite langfristig auch für die soziale Gesundheitshaltung zu funktionalisieren. Und schließlich ist es an der Zeit, die Pfunde von Großverdienern unter den Ärzten nicht mehr länger zu tolerieren.

Freilich ist bei solchen Vorstellungen der Zentralisierung an viele Probleme zu denken: Also wer bestimmt letztlich staatliches Handeln in der bürgerlichen Gesellschaft? Welche Interessen spiegeln sich in konkreten Staatsinterventionen wider? Wie groß ist der Handlungsspielraum des bürgerlichen Staates? Wie können Verselbständigungs- und Bürokratisierungstendenzen verhindert werden? Es wäre völlig verfehlt, dem Staat hier eine Blankovollmacht zu unterschreiben. Diese würde unter den gegenwärtigen Bedingungen zweifellos zugunsten der am Gesundheitswesen verdienenden privaten Machtgruppen mißbraucht. 32) Was wir zusätzlich benötigen, ist die verstärkte gesellschaftliche Kontrolle durch die Mobilisierung und Mitbestimmung der Betroffenen selbst. Sei es in Arbeitsgemeinschaften, in Patientenkomitees, in Gesundheitsläden, in Umweltinitiativen, Patientenschutzvereinigungen, in demokratischen Ärztgruppen bis hin zu den Gewerkschaften und Parteien. Wir benötigen eine breite Bewegung, die den Staat dazu bringt, tatsächlich im Interesse der Volksmehrheit, d. h. im Interesse des arbeitenden Teils unserer Gesellschaft, zu entscheiden. Außerparlamentarische und spontane Initiativen der Betroffenen können den demokratischen Institutionen – wie Gewerkschaften, Verbänden und Parteien – wertvolle Anregungen geben und in ihnen helfen, opportunistische Kurzsichtigkeit der Bürokratie zu verdrängen. Auch als eigenständige Initiativen mit dem Ziel, den Menschen als Ganzen und in seinen gesellschaftlichen Verhältnissen zu begreifen und zu berücksichtigen, sind sie gegenwärtig notwendig, um die Medizin ihrem humanen Anspruch näherzubringen. In diesem Zusammenhang sehe ich den Gesundheitstag, auf dem wir in breiter Vielfalt geschlossen vorgehen sollten.

Anmerkungen

- 1) Frankfurter Rundschau vom 18. April 1980, Deutsches Ärzteblatt 1980, Heft 18, S. 1161–1165.
- 2) Massig, A., Der Gegenärztetag, in: Der praktische Arzt 1980, S. 265.
- 3) Vgl. V. Lojewski, G., Wir allein wissen, was für Ärzte gut ist, in: Medical Tribune vom 14. 3. 1980, S. 65.
- 3a) Vgl. Deutsches Ärzteblatt 1980, H. 19, S. 1217.
- 4) ASTA der Freien Universität Berlin (Hrsg.), Kritische Universität, provisorisches Verzeichnis der Studienveranstaltungen im Wintersemester 1967/68, Berlin 1967, S. 20 ff.
- 5) Deppe, H.-U., u. a. (Hrsg.), Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1979, S. 19 f.
- 6) Der deutsche Arzt 1980, H. 4, S. 6–10.
- 7) status vom 20. März 1980, S. 10–14.
- 8) Der deutsche Arzt 1972, H. 1, S. 8 ff.
- 9) Ehrenberg, H., Programm zur Konsolidierung der sozialen Sicherung, Bonn, 21. Jan. 1977, S. 4 (heliographiertes Manuskript).
- 10) Unfallverhütungsbericht 1976, S. 7; vgl. auch: Deppe, H.-U., Medizinische Soziologie, Aspekte einer neuen Wissenschaft, Frankfurt am Main 1978, S. 91 f. – Daß solche Ängste nicht unbegründet sind, belegt folgende Meldung des DGB-Hessen: „Immer häufiger bitten Arbeitnehmer ihren Arzt, sie nicht krankzuschreiben. Als Hintergrund wird darauf verwiesen, daß etwa 40 Prozent der Arbeitsrechtsverfahren ... Kündigungsschutzverfahren waren. Jede zweite dieser Kündigungen sei im Zusammenhang mit einer krankheitsbedingten Abwesenheit ausgesprochen worden. Zwar habe das Bundessozialgericht verschiedentlich Krankheit nur in Ausnahmefällen als Kündigungsgrund anerkannt, in der Praxis aber werde diese Ausnahme immer mehr zum Regelfall. Es wurde seitens des DGB bedauert, daß einige Arbeitsgerichte derartige Kündigungen schon bei geringen Fehlzeiten als sozial gerechtfertigt ansehen.“ in: Frankfurter Rundschau vom 4. März 1980, Nr. 54.
- 11) Berechnung des Ifo-Instituts, zit. nach: DGB (Hrsg.), Materialien zur gewerkschaftlichen Jugendbildungsarbeit 1979, Nr. 1, S. 7.
- 12) Vgl. hierzu: Deppe, H.-U., und R. Rosenbrock, Gesundheitssystem und ökonomische Interessen, in: Das Argument 1980, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 5.
- 13) status, a. a. O., S. 10.
- 14) Der deutsche Arzt 1980, H. 6, S. 4.
- 15) Bundesärztekammer (Hrsg.), Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft, heliographiertes Manuskript, Vorlage für 83. Deutschen Ärztetag in Berlin, 1980, (Blaues Papier).
- 16) Blaues Papier, a. a. O., S. C. 10/6 ff.
- 17) Vgl. hierzu auch: Walger, P., Kostendämpfung darf Gesundheitsversicherung nicht ersticken, in: Demokratisches Gesundheitswesen, 1979, H. 1, Kommentar.
- 18) Blaues Papier, a. a. O., S. A. 1/1.
- 19) Ebd., S. A. 1/2.
- 20) Ebd., S. C. 10/8.
- 21) Vilmor, K., Freiheit in der ärztlichen Berufsausübung, in: Deutsches Ärzteblatt 1980, H. 17, S. 1081–1092, besonders S. 1090.
- 22) Vgl. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.), Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung Köln 1973.

- 23) Vgl. Deppe, U.-U., und E. Wulff, Hartmannbund auf CSU-Kurs? in: Frankfurter Rundschau vom 10. 3. 1980.
 24) Vgl. auch: Regus, M., Vom Marburger Kongreß zum Gesundheitsstag 80, in: Demokratisches Gesundheitswesen 1980, H. 2, Editorial.
 25) Vgl. hierzu: Aufruf der Liste Demokratischer Ärzte zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen, in: Hessisches Ärzteblatt 1980, H. 5, S. 484.
 26) Deppe, F., Autonomie und Integration, Materialien zur Gewerkschaftsanalyse, Marburg 1979, S. 88f.
 27) Sozialpolitisches Programm des DGB, Düsseldorf 1980, S. 41. (I. 4.).
 28) Ebd., S. 18 (II.2.).

- 29) Vgl. auch: DGB Nachrichten-Dienst vom 9. Mai 1980, Besorgnis um die Wiederbelebung der unseligen Selbstbeteiligungsdiskussion in der Ärzteschaft.
 30) Ärzte haften an Selbstbeteiligung fest, in: Stuttgarter Zeitung vom 2. Mai 1980.
 31) fdk-tagesdienst vom 21. April 1980: Schmidt-Kempen, Zu den Vorstellungen der Ärzteschaft zur Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen.
 32) Vgl. Deppe, H.-U., und K. Priester, Grundzüge staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik, in: Deppe, H.-U. (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft: Ein kritischer Überblick, Köln 1980, S. 61 ff.

Plattform zur Neuordnung der ambulanten psychosozialen Versorgung, vorgelegt von DGSP, dgvt, GwG ...

Die ambulante psychosoziale Versorgung ist unzureichend

Auch 4 Jahre nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquête¹⁾ haben die erschreckenden Zahlen über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und die Mängel des traditionellen Versorgungssystems ihre Gültigkeit. Obwohl der Stellenwert stationärer Unterbringung mehr denn je in Frage steht, ist eine grundlegende Reform der ambulanten Versorgung ausgeblieben. Angesichts quantitativer und qualitativer Mängel lassen Erfahrungen der Praxis und wissenschaftliche Untersuchungen keinen Zweifel daran, daß eine umfassende Neukonzeption der psychosozialen Versorgung unumgänglich ist.

Für nicht-ärztliche Berufsgruppen in der psychosozialen Versorgung und für neue Kooperationsformen fehlt die rechtliche Absicherung

Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Pädagogen u. a. leisten längst therapeutische Arbeit und erfüllen wichtige Funktionen in der psychosozialen Versorgung, dennoch sind sie rechtlich nicht abgesichert.

In Beratungsstellen, psychiatrischen Diensten, psychosozialen Kontaktstellen u. a. werden neue Kooperationsformen erprobt, deren praktische Bedeutung für die psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung nicht mehr zu bestreiten ist. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen sind in der Regel jedoch nicht behandlungsberechtigt, und die Finanzierungsregelung bleibt auf Modellversuche beschränkt.

Diese Rechtsunsicherheit und das Fehlen eines Konzepts ambulanter psychosozialer Versorgung tragen dazu bei, daß

- viele Notleidende, besonders aus einfachen Bevölkerungsschichten, die den Weg zum niedergelassenen Facharzt aufgrund räumlicher, sozialer, sprachlicher oder finanzieller Barrieren nicht finden, ohne adäquate Hilfe bleiben,
- viele nicht-ärztliche Fachkräfte trotz eindeutiger Bedarfslage arbeitslos sind oder in unkontrollierbare Formen freier Niederlassung und „freier“ Abrechnung der abenteuerlichsten Therapieangebote getrieben werden – auf Kosten der Betroffenen.

Eine reine Berufsrechtsreform greift zu kurz

Der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes versucht Abhilfe zu schaffen, indem er Psychologen mit Zusatzausbildung zur Behandlung als Psychotherapeuten berechtigt. In dem seit über einem Jahr laufenden Diskussionsprozeß ist der Entwurf überwiegend auf Ablehnung gestoßen.

Eine reine Berufsrechtsregelung greift zu kurz,

- weil sie der wissenschaftlichen Entwicklung und praktischen Gestaltung psychotherapeutischer Hilfsangebote und Einrichtungen nicht Rechnung trägt,
- weil sie grundlegende strukturelle Reformen als Voraussetzung für psychotherapeutisch verantwortungsvolle Berufsausübung ausklammert.

Psychotherapeuten sollen nach dem Gesetzesentwurf mit Berufsrechten ausgestattet werden, ohne daß der Rahmen ihrer Tätigkeit, Konzeption, Organisation und Finanzierung, insbesondere der ambulanten Versorgung, eindeutig bestimmt wird. „Therapie“ wird durch Paragraphen und Bestimmungen geregelt, die die praktische und wissenschaftliche Entwicklung auf den Kopf stellen:

- Prävention und Rehabilitation bleiben ausgeklammert;
- „Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte“ gehören nicht zur Aufgabe von Psychotherapeuten;
- die unnötige Trennung von Beratung und Behandlung, Psychiatrie und Psychotherapie, stationärer und ambulanter Versorgung wird verstärkt;
- die Weiterentwicklung therapeutischer Schulen und Methoden wird willkürlich begrenzt.

Der Gesetzesentwurf orientiert sich implizit an der freien Niederlassung, Einzelpraxis und Einzelleistungsabrechnung eines neuen Berufsstandes, dessen streng selektierte Vertreter neben das bisherige ärztliche Behandlungsmonopol treten sollen. Er berücksichtigt andere therapeutisch tätige Berufsgruppen ebensowenig wie die Notwendigkeit einer grundlegenden Neukonzeption der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung. Aus den selben Gründen ist auch der Ersatzkassenvertrag für Verhaltenstherapie zu verurteilen.

Die unterzeichnenden Verbände, Vereinigungen und Personen sind sich einig über folgende

Reformperspektiven für die ambulante psychosoziale Versorgung:

Notwendig sind *ambulante Dienste* wie „Psychiatrischer Dienst“, „Psychosoziale Kontaktstelle“, „Beratungs- und Behandlungsstelle“ mit berufsgruppenübergreifenden Teams, die Prävention, Behandlung und Rehabilitation zu einer sinnvollen Übersicht vereinen, Doppelbetreuung und komplizierte Vermittlungen vermeiden und damit letztendlich auch Kosten sparen. Dazu müssen *Finanzierungsmodelle* überlegt werden, die dem gesamten Spektrum psychosozialer und psychotherapeutischer Arbeit gerecht werden, statt neben der Psychoanalyse nun auch die Verhaltenstherapie als Einzelmaßnahme in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen. Nur *festangestellte ambulante Teams* ermöglichen gleichberechtigte Zusammenarbeit und bedarfsgerechte Verknüpfung der verschiedenen psychosozialen Maßnahmen. Neben der direkten Trägerschaft von öffentlicher Hand und gesetzlicher Krankenversicherung sollten Modelle der Mischfinanzierung ermöglicht werden.

Bedarfsplanung und Koordination

Derartige Dienste müssen die Möglichkeit und die Berechtigung haben, nach Bedarf beraten, behandeln, Selbsthilfegruppen fördern oder präventiv tätig werden zu können. Ihre Arbeit darf nicht durch willkürliche Definitionen, sondern durch ein klares *regionales Versorgungsgebiet* begrenzt werden, sie ist – neben der Koo-

peration mit anderen Diensten in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften – durch demokratisch legitimierte Instanzen (z. B. Psychosozialer Ausschuß) zu planen, zu koordinieren und zu kontrollieren.

Ambulanzen an stationären Einrichtungen

Im Rahmen eines Gesamtkonzepts der psychosozialen Versorgung sind auch *Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern* erforderlich (und bereits seit 1975 rechtlich möglich), welche stationäre Unterbringung unmittelbar vermeiden oder verkürzen helfen. Ihre Errichtung darf nicht länger durch die Koppelung der Personalziffern bzw. der finanziellen Absicherung an die Belegung von Betten behindert werden.

Eine sinnvolle Berufsrechtsregelung

Im Kontext der beschriebenen Versorgungsstruktur ist die *berufsrechtliche Absicherung* aller therapeutisch tätigen Berufsgruppen notwendig und sinnvoll. Dazu gehören auch ein *Zeugnisverweigerungsrecht* sowie Regelungen zum Schutze der Patienten/Klienten gegen Scharlatanerie und Datenmißbrauch.

Garantie einer qualifizierten Ausbildung

Aus-, Weiter- und Fortbildung für Berufsgruppen in der psychosozialen/psychotherapeutischen Versorgung müssen qualifiziert und öffentlich-rechtlich angeboten werden, sie dürfen nicht länger Domäne privatwirtschaftlicher Verbände und Institute sein. Es besteht ein öffentliches Interesse an einer ausreichenden Qualifikation. Um diese Qualifikation zu gewährleisten, sind an öffentlichen Ausbildungseinrichtungen die notwendigen Kapazitäten zu schaffen.

Die unterzeichnenden Verbände, Organisationen und Personen wenden sich mit diesen Forderungen an die zuständigen Ministerien, an alle beteiligten Institutionen und an die Öffentlichkeit, um die Chancen einer grundlegenden Reform der psychosozialen Versorgung zu erhöhen. Es soll verhindert werden, daß kurzfristige Scheinlösungen den Weg einer umfassenden psychosozialen Neuregelung verbauen, deren Notwendigkeit heute nicht mehr ernstlich bestritten werden kann.

Aufruf

Löst die Großkrankenhäuser auf: Irren ist menschlich – Aussondern schadet allen!

Die DGSP bittet vor allem Patienten, Angehörige und Mitarbeiter um Mitwirkung.

Zu einer Sternfahrt nach Bonn ruft die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) alle Bürger und Organisationen auf, die sich von den Mißständen in der bundesdeutschen Psychiatrie betroffen fühlen. Die Protestveranstaltung soll am Sonntag, 19. Oktober 1980, in der Bundeshauptstadt stattfinden. Im Mittelpunkt der Demonstration wird die Forderung nach der Verwirklichung der Menschenrechte für psychisch kranke und behinderte Mitbürger in der Bundesrepublik stehen. Die DGSP appelliert vor allem auch an Bürger, die psychisch krank sind oder waren, sowie an deren Familienangehörige, sich an dieser Veranstaltung zu beteiligen.

Die Fachgesellschaft sieht sich zu dieser ungewöhnlichen Aktion gezwungen, weil es nach zehnjährigen, wegen ihrer Halbherzigkeit weitgehend fehlgeschlagenen Reformbemühungen höchste Zeit ist, die Öffentlichkeit durch eine Kundgebung in der Bundeshauptstadt auf die katastrophale Notlage der psychisch Kranken und Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland hinzuweisen. Wer länger zu den Mißständen schweige, mache sich schuldig. Die Gesellschaft

will bei dieser Demonstration auch deutlich machen, daß es bereits heute erprobte und realisierbare Hilfsmöglichkeiten für psychisch Leidende gibt, die ihnen die entwürdigende, diskriminierende und häufig krankheitsfördernde Unterbringung in entlegene Großanstalten ersparen können.

Große Gettos auflösen

Die DGSP folgt mit ihrem Aufruf einem Beschluß des Abschlußplenums der Mannheimer-Kreis-Tagung vom 15. bis 18. Mai 1980, dem sich der gleichzeitig in Berlin tagende Gesundheitstag angeschlossen hat. Die Mannheimer Resolution hat folgenden Wortlaut:

„Psychiatrische Großkrankenhäuser und -Anstalten sind Stätten der Entwürdigung und Entrechtung von Mitbürgern unter fragwürdiger Legitimation. Die totale Institution wirkt auf Insassen und Personal behindernd und kränkend. Die Wiederherstellung der Menschenrechte der Betroffenen erfordert ohne Verzug die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und -Anstalten. Für die Auflösung benötigen wir eine breite Mobilisierung der Bürger und Institutionen. Zu diesem Zweck beschließen wir, im Oktober 1980 einen Sternmarsch nach Bonn durchzuführen. Wir rufen alle Mitbürger zur Teilnahme an dieser Demonstration auf. Wir fordern eine Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und -Anstalten durch den Aufbau von Alternativen, die es uns erlauben, die psychosozialen Probleme der Menschen in ihren gesellschaftlichen Alltag einbezogen aufzunehmen und zu behandeln.“

An der Mannheimer Tagung nahmen rund 1200 Patienten, Bürger und Fachleute (Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologen, Schwestern, Pfleger etc.) aus allen Teilen der Bundesrepublik teil. Sie äußerten ihre Empörung darüber, daß die von der Bundesregierung geplante Förderung gemeindenaher, alternativer Hilfsangebote für psychisch Kranke am Kompetenzstreit zwischen Bund und Ländern zu scheitern droht. Sie appellierten an Bund und Länder, dieses 500-Millionen-Programm auf jeden Fall zu starten. Die Zahl von jährlich über 250 000 Krankenhauseinweisungen, 13 000 Selbstmorden, über 20 000 Frühberentungen durch psychische Leiden, die wachsende Not der Alkohol- und Drogenabhängigen sowie das Elend von rund 120 000 seelisch Behinderten, die in Anstalten und Heimen ein jammervolles Dasein fristen, zwingt endlich zum Handeln.

Mißbrauch der Zwangseinweisung

Eine von ehemaligen Patienten veranstaltete Arbeitsgruppe brachte auf der Tagung in Mannheim folgende Resolution ein, die mit großer Mehrheit angenommen wurde: „Wir sind einhellig der Meinung: die gesetzlichen Möglichkeiten zur Zwangseinweisung werden vielfach in einer Weise angewandt, daß Inhumanität, Unrechtmäßigkeit und seelische Not für uns die Folgen sind. Die Praxis der Begutachtung ist vielfach verständnislos, oberflächlich und ungerecht. Das Vormundschaftsrecht ermöglicht Willkür und ist in seiner jetzigen Form in vielen Fällen resozialisierungsfreudlich. Es sind schnellstens grundlegende Änderungen in den Gesetzen und ihrer Anwendung notwendig, damit Psychiatrie nicht Willkür und Gewalt, sondern Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet.“

Mißstände melden

Die DGSP startete anlässlich des Mannheimer Kreises auch eine Beschwerdeaktion. Wer auf Verstöße gegen die Menschenrechte, insbesondere in Anstalten und Heimen, aufmerksam machen will, kann dies unter dem Schutz der Vertraulichkeit der DGSP melden. Diese wird dann die zuständigen Stellen um Aufklärung bitten. Entsprechende Fragebogen sind bei der DGSP anzufordern. Die DGSP wird damit einen Beitrag zur Humanisierung der Anstalten und Heime möglich machen. Sie sah sich zu dieser Aktion veranlaßt, weil ihre 1978 zu den Mißständen im Heimsektor vorgelegte Denkschrift nirgendwo zu praktischen Konsequenzen geführt hat.

Landeskrankenhäuser als Sündenböcke

Die Mannheimer Forderung nach Auflösung der Groß-Gettos (gemeint sind hier insbesondere rund 70 staatliche sowie freigemeinnützige Großkrankenhäuser mit rund 100 000 Betten) unterstützt einen entspre-

chenden Beschluß, den die DGSP auf ihrer Jahrestagung im November 1979 in Freiburg gefaßt hatte.

Nach gründlicher Analyse der verfehlten Psychiatriereform hatte die Fachgesellschaft beschlossen, künftig offen für die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu kämpfen. Ausschlaggebend waren dabei unter anderem folgende Erkenntnisse:

- die veralteten Landeskrankenhäuser und damit ein aus dem letzten Jahrhundert stammendes Versorgungssystem sind in den letzten Jahren mit Milliarden-Aufwand modernisiert und damit für alle Zukunft zementiert worden. Der Bevölkerung wird damit suggeriert, in der Psychiatrie sei alles in Ordnung. In Wirklichkeit aber handelt es sich hier nur um eine Beton-Kosmetik, denn die Menschen, die in diese Häuser kommen, werden nach wie vor aus ihrem normalen Lebenszusammenhang gerissen;
- die in der Psychiatrie-Enquête geforderte Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung hat, abgesehen von einigen Modellregionen, nirgendwo stattgefunden;
- zahlreiche Landeskrankenhäuser wurden im Zuge der „Klinifizierung“, das heißt der Konzentration auf die Akutversorgung, verkleinert: Zehntausende von Langzeitkranken wurden in weitgehend unzureichend ausgestattete, fernab von ihren Wohngebieten liegende Pflegeheime verlegt;
- die trotz aller Bemühungen der dort tätigen Mitarbeiter einseitig auf Ausgrenzung, Vollhospitalisierung und damit zusätzliche Schädigung der Kranken ausgelegte Struktur der Großkrankenhäuser wirkt sich in den ambulanten und teilstationären Diensten in den Gemeinden aus, sie erschwert den Aufbau alternativer Modelle;
- große Institutionen sind unabhängig von ihrer baulichen und personalen Ausstattung wegen der Eigenschaftlichkeit der totalen Institution, in der alle Lebensbedürfnisse unter einem Dach und damit kontrolliert angeboten werden, inhuman;
- wegen der widersinnigen Finanzierungsregelungen sind Krankenhäuser gezwungen, Patienten stationär zu behandeln, die wirksamer und billiger teilstationär (zum Beispiel in Tageskliniken) oder ambulant behandelt werden könnten. Mindestens jede zweite Krankenhausaufnahme ließe sich vermeiden, wenn es entsprechende ambulante Dienste vor Ort gäbe.

Die Freiburger Diskussion wurde in Mannheim fortgeführt. Das Rahmenthema lautete: „Ausgrenzen oder sich ertragen – der Beitrag der Dienste in der Gemeinde zur Auflösung der Großkrankenhäuser“. Der Kongreß ging davon aus, „daß die großen psychiatrischen Krankenhäuser und Anstalten in den letzten Jahren zu Unrecht zu Sündenböcken gestempelt wurden – sie sind nämlich nicht Ursache, sondern lediglich Wirkung der mannigfaltigen Aussonderungsentscheidungen, die wir in den Gemeinden täglich treffen, wenn wir uns bestimmten Problemfällen nicht mehr gewachsen sehen“. In zahlreichen Arbeitsgruppen wurde erörtert, wie in den verschiedenen Lebensbereichen (Schule, Familie, Wohnviertel, Betrieb, Freizeit etc.) die Schutzräume und Toleranzgrenzen so ausgedehnt werden können, daß ein Abschieben kranker, behinderter oder störender Mitbürger in Großinstitutionen und Sondereinrichtungen (Beispiel: Sonderschule für Verhaltensgestörte) verhindert wird. Die Teilnehmer stießen dabei immer wieder auf das Phänomen, daß allein die Existenz der großen Sondereinrichtungen einen unheilvollen Sog verursacht und die Ausgrenzung von „Problemfällen“ aus dem bisherigen Lebenszusammenhang begünstigt.

Die großen Sondereinrichtungen erschweren die Problemlösung vor Ort aber noch aus einem anderen Grund: sie kosten den Steuerzahler beziehungsweise die Sozialversicherten viel Geld, sie verschlingen damit die Mittel, die erforderlich wären, um bessere ambulante Hilfen zu leisten. Auf die Dauer wird es nämlich nicht möglich sein, zwei Versorgungssysteme gleichzeitig zu finanzieren: das alte Anstaltssystem und ein System gemeindenaher psychosozialer Hilfsangebote.

Ein Prozeß von 20 Jahren

Die DGSP weist dabei darauf hin, daß die Auflösung zwar ohne Verzug, aber nicht schlagartig erfolgen kann. Die DGSP, in der über 3000 in der Psychiatrie tätige Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten, Schwestern, Pfleger, Seelsorger sowie Patien-

ten und Angehörige organisiert sind, warnt dabei vor einer psychiatrischen Kahlschlagpolitik, weil das dazu führen könnte, Kranke und Behinderte einfach dem Elend der Straße auszusetzen, wie das in den Vereinigten Staaten zu beobachten war. Die DGSP hält, vor allem auf Grund der Entwicklung der Psychiatrie in England, jedoch eine kontinuierliche Reduzierung und damit Auflösung der Großanstalten für notwendig und möglich, und zwar in dem Tempo, wie alternative Angebote geschaffen werden. Diese Alternativen sind in der Psychiatrie-Enquête sowie in zahlreichen Stellungnahmen der DGSP in politisch verantwortlichen Stellen in der Bundesrepublik mehrfach ausführlich geschildert worden. Es handelt sich dabei vor allen Dingen um folgende Angebote:

- Ambulante Dienste (am Krankenhaus oder eigenständig in der Gemeinde), in denen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Schwestern und Pfleger für genau definierte Versorgungsgebiete folgende Aufgaben übernehmen: Prävention und Beratung, Therapie, Nachsorge.
- Tageskliniken und Tagesstätten für Akutbehandlung und Rehabilitationsangebote. In Großbritannien gibt es 380 derartiger teilstationärer Dienste, in der Bundesrepublik keine 20. Hier können Patienten, die selbstständig oder bei ihrer Familie wohnen, tagsüber behandelt oder beschäftigt werden. Eine Vollhospitalisierung wird dadurch vermieden.
- Beschützte Wohnangebote mit gestufter therapeutischer und sozialer Begleitung für die Kranken und Behinderten, die nicht oder noch nicht selbstständig leben können.
- Clubs und Begegnungsstätten für psychisch leidende Mitbürger, die von Isolation bedroht sind, die nicht arbeiten können, aber eine sinnvolle Beschäftigung in der Gemeinschaft brauchen. Durch derartige Angebote können viele jetzt allein lebende, immer wieder von Krankenhauseinweisungen bedrohte Patienten dauerhaft integriert werden.
- Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, die von den Anforderungen her Rücksicht nehmen auf die schwankende Belastungsfähigkeit von Menschen, die psychisch krank waren.

Gäbe es solche in das Gemeindeleben integrierte Angebote, so ließe sich die Zahl der (meist unter Zwang erfolgenden) Einweisungen in Krankenhäuser bei psychischen Krisen dramatisch reduzieren. In den Vereinigten Staaten ging die Zahl der Krankenhauseinweisungen in Gebieten, in denen gemeindepsychiatrische Zentren geschaffen wurden, um bis zu zwei Drittel zurück.

Die Folgen des Dritten Reiches

Die Teilnehmer dieses Mannheimer Kreises konfrontierten sich und die Öffentlichkeit erneut mit einem Gedanken an die noch heute spürbaren Folgen des Dritten Reiches. Reinhold Grünig, Pfarrer im psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch bei Heidelberg, erinnerte daran, daß aus dieser Anstalt über 1200 psychisch Kranke den „Euthanasie“-Morden zum Opfer fielen. Er warnte gleichzeitig davor, die Schuld für die Tötung von über 120 000 psychisch und geistig-körperlich Kranken und Behinderten einigen „Unmenschen“ der nationalsozialistischen Ära zuzuweisen, das, was im Dritten Reich geschah, könne vielmehr jeder Zeit wieder passieren, wenn die „dunklen Seiten“ im Menschen freigesetzt werden.

Die DGSP „gibt zum Mannheimer Kreis ein Buch vor, daß die Zusammenhänge zwischen dem psychiatrischen „Holocaust“ des Naziregimes und der heutigen Situation der deutschen Psychiatrie untersucht. (Dörner u. a. Hrsg. „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“, Psychiatrie Verlag, 3056 Rehburg-Loccum 1, 293 Seiten, 15,- DM). Das Buch kommt zu dem Fazit, daß Hitlers Krieg gegen die psychisch Kranken bis heute andauert. Die physische „Euthanasie“ des Dritten Reiches sei lediglich durch eine „soziale Euthanasie“ abgelöst, die Ausgrenzung psychisch Kranker aus dem normalen Lebenszusammenhang und damit die Verkürzung ihrer Lebenschancen sei damals wie heute Prinzip der psychiatrischen Behandlung. Damals wie heute stünde dahinter nicht böse Absicht, im Gegenteil sei der Wille, Gutes zu tun, Triebfeder der Therapeuten und Pfleger. Es sei wichtig zu erkennen, daß das Böse einst wie jetzt in guter Absicht praktiziert werde; der einzelne könne dies nur erkennen, wenn er nicht nur seine eigenen Aktivitäten am Arbeitsplatz, sondern den

gesamten Rahmen kritisch betrachte. Wer aber erkannt habe, daß er in einem inhumanen Gesamtsystem mitwirke und dabei in seinen guten Absichten mißbraucht werde, müsse sich überlegen, ob er Widerstand übe, beispielsweise dadurch, daß er die Öffentlichkeit aufkläre.

Solidarisierung mit Mitarbeitern und Patienten

Bei dem Sternmarsch nach Bonn im Oktober hofft die DGSP auf eine breite Unterstützung aller betroffenen Personen und Institutionen. Sie appelliert insbesondere an folgende Gruppierungen, die Protestaktion zu unterstützen:

1. Seelisch Kranke und Behinderte: ihre wachsende Mitwirkung in der DGSP hat gezeigt, daß sie ihre Forderungen eigenständig artikulieren können, wenn ihnen die Möglichkeit der Solidarisierung geboten wird. Die DGSP fordert Mitbürger, die Patienten in der Psychiatrie sind oder waren daher auf, Mitglied zu werden und in dieser Gesellschaft an einer Verbesserung der Verhältnisse mitzuwirken.

2. Die rund 100.000 Mitarbeiter der psychiatrischen Großkrankenhäuser und -anstalten: sie haben unter den menschenunwürdigen Verhältnissen genauso zu leiden wie die Patienten. Für sie geht es um mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz, um die Schaffung zukunftssicherer, sinnvoller Arbeitsplätze und um die Entlastung von dem unerträglichen Vorwurf, sie seien verantwortlich für die Mißstände in der Psychiatrie. Sie werden zu Unrecht zu Sündenböcken gestempelt von einer Öffentlichkeit, die nicht durchschaut, daß die antitherapeutischen Bedingungen in den Großanstalten nicht vom Personal zu verantworten sind, sondern von denen, die solche Mammuthäuser heute wider die Erkenntnisse der Wissenschaft noch betreiben.

3. Die Gewerkschaften: einerseits, um die Interessen der in der Psychiatrie tätigen Mitarbeiter zu vertreten, andererseits um die Interessen der 250.000 Patienten, die jährlich in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen werden, wahrzunehmen. Unter diesen Patienten befinden sich tausende von gewerkschaftlich organisierten Kollegen. Die DGSP weist in diesem Zusammenhang insbesondere darauf hin, daß sie mit den „Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik“ vom Oktober 1977 übereinstimmt. Darin fordert die ÖTV den Vorrang präventiver und ambulanter Angebote, sowie die Verlagerung der stationären Behandlung von den Großkrankenhäusern auf lokale Allgemeinkrankenhäuser.

4. Die Familienangehörigen psychisch Kranker, die unter den Mängeln der psychosozialen Versorgung genauso zu leiden haben wie ihre kranken Familienmitglieder: Im Gegensatz zu den Familien geistig Behindelter, die sich in der Lebenshilfe zusammenschlossen haben, gibt es in der Bundesrepublik noch kaum Vereinigungen von Angehörigen. Eine Ausnahme bildet Essen, wo sich über 1200 Bürger, die Angehörige im rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau haben vor mehreren Jahren zusammengetan haben. Die Angehörigen könnten eine wichtige Lobby der psychisch Kranken werden. Ihre Solidarisierung ist bislang unter anderem auch dadurch erschwert worden, daß ihnen die Therapeuten die Schuld an der Erkrankung in die Schuhe geschoben haben. Die Belastung der Familien ist dadurch teilweise noch vergrößert worden. Die DGSP hält es für eine verhängnisvolle Fehlinterpretation sozialpsychiatrischer Erkenntnisse, Familien zu den Verursachern psychischer Erkrankungen zu stempeln. Die DGSP setzt sich für Angebote ein, die helfen, Familienprobleme im Zusammenhang mit psychosozialen Störungen zu lösen, sie will die Familien jedoch nicht zu Patienten machen. Die DGSP hielte es für einen heilsamen Schritt, wenn die Familienangehörigen psychisch Kranker aus ihrer Isolation herauskämen und ihre Interessen gemeinsam öffentlich vertreten. Darin will die DGSP die Familien unterstützen.

5. Die Therapie- und Berufsverbände für Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Ärzte und andere Berufsgruppen: auch für sie geht es darum, daß Arbeitsplätze und Institutionen geschaffen werden können, die eine sinnvolle Tätigkeit ermöglichen. Die Stellungnahmen der DGSP, der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Gesell-

schaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (GwG) zum geplanten Therapeutengesetz haben deutlich gemacht, worum es geht: nämlich um die Schaffung eines Systems psychosozialer Hilfen, das Chancengleichheit gewährt, den benachteiligten Bevölkerungsgruppen und den Schwerstbehinderten Priorität einräumt, daß gleichberechtigte Teamarbeit verschiedener Disziplinen möglich macht, daß mit dem Profinteresse und der Vorherrschaft einer Berufsgruppe ein Ende macht, daß regional organisiert, kontrolliert und geplant wird.

6. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Caritas, Diakonie, DPWW, Arbeiterwohlfahrt etc.), die als Träger von Einrichtungen und als Arbeitgeber zu leiden haben an Fehlplanungen der öffentlichen Hand, einer Flut widersinniger Erlasse und Verordnungen, einer Überbürokratisierung des Gesundheits- und Sozialwesens und an da einem dadurch erzeugten Unbehagen ihrer Mitarbeiter, Patienten und Klienten.

7. Die Kirchen, die im Dritten Reich Widerstand geübt haben gegen das Unrecht, das psychisch Kranken geschah. Sie sind jetzt als Anwälte eines christlichen Menschenbildes erneut gefordert. Sie können nicht dazu schweigen, daß heute wie im Dritten Reich ein materialistisches Menschenbild die Leistungen für kranke und behinderte Mitbürger prägt. Wer arbeitsfähig ist oder mit großer Wahrscheinlichkeit wieder werden kann, dem gewähren unsere Versicherungen großzügig Rehabilitationsleistungen, wer hingegen mutmaßlich nicht wieder berufstätig sein kann, also keinen Profit mehr mit erwirtschaften kann, dem werden Leistungen verweigert, er wird ein Pflegefall und fällt der Sozialhilfe anheim. In vielen evangelischen und katholischen Kirchengemeinden sind in den letzten Jahren Arbeitsgemeinschaften entstanden, in denen Bürger für psychisch Kranke helfend tätig werden. Diese Entwicklung ermutigt die DGSP zu diesem Appell an die Kirchen.

8. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerpsychiatrischer Krankenhäuser: Die DGSP unterstützt die Träger der Landeskrankenhäuser nachdrücklich in ihrer Forderung nach einer Erhöhung der Pflegesätze, die als Folge des nationalsozialistischen Halbiierungserlasses noch immer nur halb so hoch sind wie die Tagessätze der Kliniken für somatisch Kranke. Diese skandalöse Benachteiligung der psychisch Kranken muß endlich beseitigt werden. Die psychiatrischen Großkrankenhäuser brauchen zunächst mehr Geld, wenn sie sich verkleinern sollen, denn für die Rehabilitation, Eingliederung und ambulante Behandlung und Nachsorge benötigen sie dringend mehr Personal. Die Auflösungsforderung der DGSP wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft u. a. wie folgt kommentiert: „Es ist einfacher, psychiatrische Krankenhäuser zu schließen, als ihre Patienten zu resozialisieren und rehabilitieren. Die Abkehr von psychiatrischen Krankenhäusern wird nicht psychiatrische Krankheiten aus der Welt schaffen. Die psychiatrischen Krankenhäuser, die zur Zeit die Hauptlast der psychiatrischen Versorgung tragen, werden auch in absehbarer Zeit eine wichtige Rolle im Rahmen der Gesamtversorgung übernehmen müssen. Eine weitere Reduzierung der Bettenzahl muß deshalb nach Auffassung der BAG mit dem Aufbau gemeindenaher, teilstationärer und komplementärer Einrichtungen einhergehen.“

9. Die Politiker, die in Gemeinderäten, Stadträten, Kreistagen, Regionalversammlungen, Landtagen und dem Bundestag Verantwortung tragen: Sie werden tagtäglich mit den psychosozialen Problemen ihrer Wähler konfrontiert, sie erleben aber auch tagtäglich, daß eine übermächtige, kaum noch zu kontrollierende Bürokratie sie über die wahren Verhältnisse in der Psychiatrie im Unklaren läßt, bzw. sich sträubt gegen Verbesserungsvorschläge. Eine Ursache dafür ist der enge Zusammenhang zwischen öffentlicher Hand und psychiatrischen Großkrankenhäusern. Vielfach sind kommunale und staatliche Organisationen selbst Träger der großen Krankenhäuser und Anstalten. Die Beamten müssen also ihre eigene Arbeit reformieren, wenn sie die Großkrankenhäuser verkleinern und auflösen sollen. Die DGSP fordert alle sozial- und gesundheitspolitisch engagierten Politiker auf, die Protestaktion zu unterstützen.

10. Die Organisationen, die sich in der Bundesrepublik und in der Welt für die Menschenrechte einsetzen: insbesondere die Humanistische Union und Amnesty International. Die DGSP bittet sie, ihr Augenmerk verstärkt auf Verstöße gegen die Menschenrechte in der Psychiatrie zu lenken.

11. Die Initiativen und Verbände, in denen Körper-, Geistes- und Sinnesbehinderte ihre Interessen vertreten: die DGSP ruft sie zur Solidarität mit den psychisch Kranken und Behinderten auf, denn diese haben ihnen gegenüber einen großen Nachholbedarf, weil es bislang nicht möglich war, für sie eine durchsetzungsfähige Interessenvertretung zu bilden;

12. Die Hinterbliebenen der Patienten, die im Dritten Reich ermordet wurden: die DGSP weiß, daß viele von ihnen bis heute schwer an diesem Schicksal tragen, weil sie völlig alleine gelassen wurden in den letzten 40 Jahren.

Mannheimer Kreis: Sternfahrt nach Bonn

An dieser Stelle sollte unter dem Titel „Vom Denken zum Handeln“ ein Bericht zum 10-jährigen Jubiläumsfest des Mannheimer Kreises erscheinen. Aus Platzgründen verzichten wir darauf und dokumentieren statt dessen den Wortlaut des Aufrufs, verfaßt vom DGSP-Vorstand.

Wir fordern unsere Leser, die sich von den Mißständen in der Psychiatrie betroffen fühlen, auf, die Sternfahrt jetzt vor Ort vorzubereiten und sich am 19. 10. 1980 in Bonn unter der Losung zu vereinen: „Löst die Großkrankenhäuser auf: Irrer ist menschlich – Aussondern schadet allen!“

Sternfahrt nach Bonn für die Rechte psychisch kranker Bürger:

Kundgebung

19. 10. 1980

13.00 Uhr

Bonn, Marktplatz

Nähere Auskünfte,

Inhaltlich und

organisatorisch

bei den Landesverbänden

der DGSP

und bei der DGSP-

Bundesgeschäftsstelle

Postfach 1253

3050 Wunstorf 1

Tel. 05031 / 4978

Deklaration von Alma-Ata

Die internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, die am heutigen 12. September im Jahre 1978 zusammenkommt und die dringende Notwendigkeit zum Ausdruck bringt, daß von allen Regierungen, dem gesamten Gesundheits- und Entwicklungspersonal und von der Gemeinschaft aller Nationen gehandelt werden muß, um die Gesundheit aller Menschen in der Welt zu schützen und zu fördern, gibt hiermit die folgende Deklaration ab:

I.

Die Konferenz bestätigt mit Nachdruck erneut, daß Gesundheit, welche ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, ein grundlegendes Menschenrecht ist und daß die Erreichung des höchstmöglichen Gesundheitszustands ein höchst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung das Handeln vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche zusätzlich zum Gesundheitsbereich erfordert.

II.

Die vorhandene grobe Ungleichheit im Gesundheitsstatus der Menschen, besonders zwischen entwickelten und Entwicklungsländern, ebenso wie innerhalb der Länder selbst, ist politisch, sozial und wirtschaftlich unakzeptabel und hat deshalb gemeinsame Bedeutung für alle Länder.

III.

Wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Basis einer neuen Wirtschaftsordnung ist von grundlegender Bedeutung für die volle Erreichung von Gesundheit für alle und für die Verringerung der Kluft zwischen dem Gesundheitszustand in entwickelten und dem in Entwicklungsländern. Förderung und Schutz der Gesundheit von Menschen ist die Basis, von der eine ökonomische und soziale Entwicklung gestützt wird; sie trägt bei zu einer besseren Lebensqualität und zum Weltfrieden.

IV.

Die Menschen haben das Recht und die Pflicht, einzeln und als Gruppe zur Planung und Durchführung ihrer Gesundheitsversorgung beizutragen.

V.

Die Regierungen haben eine Verantwortung für die Gesundheit ihres Volkes, die nur dadurch erfüllt werden kann, daß für adäquate gesundheitliche und soziale Maßnahmen Sorge getragen wird. Ein soziales Hauptziel der Regierungen, der internationalen Organisationen und der Gemeinschaft der ganzen Welt sollte in den kommenden Dekaden sein, daß bis zum Jahr 2000 alle Völker einen Gesundheitszustand erreicht haben werden, der es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaft-

lich produktives Leben zu führen. Primäre Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel zur Erreichung dieses Ziels als Teil der Entwicklung im Geist sozialer Gerechtigkeit.

VI.

Primäre Gesundheitsversorgung ist die wesentliche Gesundheitsversorgung, welche sich auf durchführbaren, wissenschaftlich erwiesenen und sozial akzeptierbaren Methoden und Techniken gründet. Sie wird Individuen und Familien in der Gemeinde zugänglich gemacht durch deren volle Beteiligung und zu einem Preis, den Gemeinde und Land sich in jedem Stadium ihrer Entwicklung im Geist der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie bildet einen vollintegrierten Teil sowohl des Gesundheitssystems eines Lands – dessen zentrale Funktion und Hauptbrennpunkt sie ist – als auch der allgemeinen sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinde. Sie ist die erste Stufe des Kontakts von Individuen, Familie und Gemeinde mit dem nationalen Gesundheitssystem, sie bringt die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an den Ort, an dem Menschen leben und arbeiten, und bildet das erste Glied in der Kette eines kontinuierlichen Ablaufs der Gesundheitsversorgung.

VII.

Primäre Gesundheitsversorgung

1. spiegelt wider und entwickelt sich aus den wirtschaftlichen Bedingungen und den soziopolitischen sowie soziokulturellen Charakteristika des Lands und seiner Gemeinden und gründet sich auf die Anwendung der relevanten Resultate der sozialen, biomedizinischen und Gesundheitssystemforschung sowie den Erfahrungen des öffentlichen Gesundheitswesens;

2. wendet sich den hauptsächlichsten Gesundheitsproblemen in der Gemeinde zu, indem sie in angemessener Weise für fördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienstleistungen sorgt;

3. schließt zumindest auch ein: Erziehung bezüglich der vorkommenden Gesundheitsprobleme und Methoden zu ihrer Prävention und Kontrolle; Förderung geeigneter Lebensmittel und Ernährung, einer adäquaten Versorgung mit sicherem Wasser und grundlegenden sanitären Anlagen; gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind einschließlich der Familienplanung; Immunisierung gegen die schwereren Infektionskrankheiten; Prävention und Kontrolle der regional vorkommenden Krankheiten; angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen; Zurverfügungstellung der essentiellen Arzneimittel;

4. bezieht zusätzlich zum Gesundheitssektor alle damit in Zusammenhang stehenden Sektoren und Aspekte der Entwicklung des Lands und der Gemeinde ein, insbesondere Landwirtschaft und Viehzucht, Nahrung, Industrie, Bildung, Wohnen, öffentliche Arbeiten und Nachrichtenverbindung; sie verlangt die vereinten Anstrengungen aller dieser Sektoren;

5. erfordert und fördert maximale Selbstständigkeit und Beteiligung der Gemeinde und des Individuums an der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der primären Gesundheitsversorgung, wobei sie weitestgehend Gebrauch macht von den lokal, national und anderweitig vorhandenen Ressourcen; zur Erreichung dieses Ziels entwickelt sie durch entsprechende Erziehung die Fähigkeit der Gemeinden zur eigenen Beteiligung;

6. sollte getragen werden durch integrierte, funktionale und gegenseitig helfende Überweisungssysteme, die zur fortschreitenden Verbesserung der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle führen, wobei die Priorität all jene haben sollten, die dieser Dienste am meisten bedürfen;

7. stützt sich auf lokaler und auf der Überweisungsebene auf Gesundheitspersonal, einschließlich Ärzte, Schwestern, Hebammen, Hilfskräfte und Gemeindefürer, je nach Notwendigkeit, jedoch auch auf traditionelle Heiler, soweit dies erforderlich ist, die sozial und technisch angemessen ausgebildet sind, um als Gesundheitsteam zu arbeiten und auf die zum Ausdruck gebrachten Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinde zu reagieren.

VIII.

Alle Regierungen sollten eine nationale Politik sowie Strategien und Aktionspläne formulieren, um primäre Gesundheitsversorgung als Teil eines umfassenden nationalen Gesundheitssystems in Gang zu bringen und in Koordination mit anderen Sektoren zu unterhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine politische Willensbildung notwendig. Es ist erforderlich, die Hilfsmittel des eigenen Lands zu mobilisieren und zur Verfügung stehende auswärtige Ressourcen rationell zu benutzen.

IX.

Alle Länder sollten zusammenarbeiten im Geist der Partnerschaft und des Dienens, um primäre Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen, da die Erreichung von Gesundheit durch die Menschen in jedem beliebigen Land unmittelbar jedes andere Land betrifft und ihm nützt. In diesem Zusammenhang stellt der gemeinsame Bericht der WHO und UNICEF über primäre Gesundheitsversorgung eine solide Basis für die weitere Entwicklung und Durchführung der primären Gesundheitsversorgung in der ganzen Welt dar.

X.

Ein akzeptables Gesundheitsniveau für alle Menschen in der Welt bis zum Jahr 2000 kann durch eine vollere und bessere Nutzung der Ressourcen der Welt erreicht werden, von denen zur Zeit ein erheblicher Teil für Waffen und militärische Konflikte ausgegeben wird. Die echte Förderung von Frieden, Entspannung und Abrüstung könnte und sollte zusätzliche Ressourcen freisetzen, die sehr wohl friedlichen Zwecken gewidmet werden könnten, insbesondere der Beschleunigung der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung, innerhalb derer der primären Gesundheitsversorgung als ganz wesentlichem Bereich ein angemessener Anteil zugesprochen werden sollte.

Die internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung ruft nach dringendem und wirkungsvollem internationalen und nationalen Handeln, um primäre Gesundheitsversorgung in der ganzen Welt, insbesondere aber in den Entwicklungsländern zu entwickeln und im Geist der technischen Kooperation und in Übereinstimmung mit einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung einzuführen. Sie drängt die Regierungen, die WHO und UNICEF und andere internationale Organisationen, multilaterale ebenso wie bilaterale, regierungsunabhängige Organisationen, finanzielle Einrichtungen, alle im Gesundheitswesen Tätigen und die Gemeinschaft der ganzen Welt, die nationale und internationale Verpflichtung zu primärer Gesundheitsversorgung zu unterstützen und vermehrte technische und finanzielle Hilfe in sie einfließen zu lassen, insbesondere in Entwicklungsländer. Die Konferenz ruft alle Obengenannten auf, bei der Einführung, der Entwicklung und Erhaltung der primären Gesundheitsversorgung in Übereinstimmung mit dem Geist und Inhalt dieser Deklaration zusammenzuarbeiten.



HERFORDER THESEN

Zur Arbeit von Marxisten
in der SPD.

Wesentlich überarbeitete,
erweiterte Ausgabe
herausgegeben vom Bezirksvorstand
der Jungsozialisten
in der SPD Ostwestfalen-Lippe.

SONDERHEFT 2



HERFORDER THESEN

Zur Arbeit von Marxisten
in der SPD.

Wesentlich überarbeitete,
erweiterte Ausgabe
herausgegeben vom Bezirksvorstand
der Jungsozialisten
in der SPD Ostwestfalen-Lippe.

SONDERHEFT 2



Radioaktivität als Krankheitsfaktor, Teil 3

Wie hoch ist die Strahlenbelastung durch die Atomenergienutzung?

Bernd Franke, Barbara Steinhilber-Schwab und Dieter Teufel
 IFEU – Institut für Energie und Umweltforschung Heidelberg e. V.

Von führenden Vertretern der Atomindustrie und überwachenden Behörden wird behauptet, die Strahlenbelastung durch Atomanlagen betrage mit weniger als 1 mrem/a nicht einmal 1 % der natürlichen Strahlenbelastung von etwa 110 mrem/a und sei folglich „unbedeutend“. Wenn dem so wäre, stünde zum einen der Herabsetzung der Grenzwerte für die Strahlenbelastung der Öffentlichkeit von 60 mrem/a nichts im Wege. Zum anderen muß aber der Bewertungsmaßstab „natürliche Strahlenbelastung“ hinterfragt werden, ist sie doch für einen Teil der spontanen Krebsfälle (je nach Autor werden 0,5 bis 50 % angegeben) verantwortlich zu machen. (Siehe auch DG 1/80). Die Feststellung, eine zusätzliche Strahlenbelastung um 1 % der natürlichen Belastung sei „unbedeutend“, entspräche somit der Aussage, zusätzlich etwa 15 bis 1500 Krebsfälle pro Jahr in der BRD seien tragbar. Vorweg ist aber die Frage zu prüfen, inwieweit die Aussage „kleiner als 1 mrem/a“ zutreffend ist. In dem folgenden Artikel werden deshalb Probleme der Bewertung der durch radioaktive Emissionen aus Atomanlagen verursachten Strahlenbelastung aufgezeigt.

Gesetzliche Vorschriften

Atomanlagen geben auch im Normalbetrieb mehr als 100 verschiedene radioaktive Stoffe an die Umwelt ab. Man unterscheidet dabei zwischen Emissionen mit der Abluft (Edelgase, Aerosole, Tritium und Jod 131) und dem Abwasser (Tritium und andere Nuklide). Getrennt betrachtet werden die radioaktiven Abfälle, die der Endlagerung zugeführt werden sollen. Von den Genehmigungsbehörden werden den Betreibern maximale Abgabewerte zugestanden. Radionuklide, die in die Umwelt freigesetzt werden, unterliegen einer großen Zahl von Transportvorgängen, in deren Verlauf sie mehr oder weniger verdünnt oder angereichert werden und auf vielerlei Wegen zu einer Strahlenbelastung der Bevölkerung führen können. Unter anderem sind hierbei zu betrachten:

- die atmosphärische Ausbreitung bzw. die Verdünnung des Abwassers

- der Transport in der Nahrungskette
- das physiologische Verhalten im menschlichen Körper.

Nach § 45 der Strahlenschutzverordnung darf nun für Personen an den „ungünstigsten Einwirkungsstellen unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Belastungspfade einschließlich der Ernährungsketten“ nicht mehr als 30 mrem/a über den Abluftweg und 30 mrem/a über den Abwasserweg betragen. Für einzelne Organe gelten zum Teil höhere Grenzwerte. Inwieweit nun die Strahlenschutzverordnung eingehalten wird, prüft die zuständige Behörde mit zwei Instrumentarien: Mit der Umgebungsüberwachung während des laufenden Betriebs und der radioökologischen Begutachtung vor der Genehmigung.

Umgebungsüberwachung

Der größte Teil der meßtechnischen Überwachung radioaktiver Abgaben und der

Kontamination in der Umgebung obliegt den Betreibern. Schon die bei der Emissionsüberwachung angewandten Meßverfahren sind ungenügend. Sie erfassen z. B. nicht die chemische Form der emittierten Radionuklide, in ausreichenden Maße Transurane wie Plutonium 239/40, Technetium 99 mit einer Halbwertszeit von 210 000 Jahren, Emissionen aus dem Sekundärkreislauf bei Druckwasserreaktoren über das Maschinenhausdach und Emissionen bei Stör- und Unfällen.

Auch bei der Umgebungsüberwachung ergeben sich Probleme. Zwar schreiben die „Richtlinien zur Emissions- und Immissionsüberwachung kerntechnischer Anlagen“ des Bundesministeriums von 1979 stichprobenartige Messungen einer „unabhängigen Meßstelle“ vor, diese mißt jedoch zum Teil lediglich Mischproben der von den Betreibern gezogenen Einzelproben aus. Neben der Frage nach der Neutralität der überwachenden Institutionen sind jedoch schon in der Meßtechnik prinzipielle Einschränkungen zu suchen. Die Nachweisgrenzen der Meßgeräte, sowie die räumliche und zeitliche Dichte der Probenahmen sind so unzureichend, daß selbst bei „nicht nachweisbarer“ Radioaktivität z. B. in der Milch aus der Umgebung von AKW's je nach Belastungspfad Strahlenbelastungen zwischen 7 und 250 mrem/a unentdeckt bleiben können. Da für eine Person in der Umgebung einer Atomanlage die Summe aller Belastungspfade relevant ist, liegt die Nachweisgrenze bei einer mehrhundertfachen der behaupteten Dosis von 1 mrem/a.¹⁾ Darüber hinaus werden wichtige Belastungspfade und Radionuklide

(wie Fleisch, Eier, α -Strahler und Technetium 99) nicht erfaßt, das Netz der Probenahmen ist in vielen Fällen zu weitmaschig (oft nur 2 Stichproben pro Jahr „im Bereich der ungünstigsten Einwirkungsstelle“).

Die derzeitige Praxis der Umgebungsüberwachung ist also nicht geeignet, den Nachweis zu erbringen, die Strahlenbelastung in der Umgebung von Atomanlagen sei kleiner als zulässig, geschweige denn kleiner als 1 mrem/a. Daß in wenigen Fällen die amtliche Umgebungsüberwachung eklatante Überschreitungen der Grenzwerte ermittelte (Kernforschungszentrum Karlsruhe bis 1760 mrem/a, AKW Obrigheim bis 250 mrem/a) wurde bereits in DG 2/80 berichtet.

Radioökologische Gutachten

In radioökologischen Gutachten läßt die Genehmigungsbehörde prüfen, zu welchen Strahlenbelastungen die genehmigten Emissionen führen würden. Dabei wird versucht, das komplexe Verhalten von Radionukliden in der unbelebten und belebten Umwelt mathematisch zu erfassen und über einen mehrere Jahrzehnte dauernden Zeitraum eine Prognose über die maximal mögliche Strahlenbelastung zu geben. Das Bundesinnenministerium (BMI) gibt dazu Berechnungsgrundlagen mit vereinheitlichten Rechenmodellen und Tabellenwerten heraus, die dabei zu verwenden sind. Das Hauptproblem, das in der Praxis auftritt, ist die in der Vielfalt der Natur begründete große Schwankungsbreite der einzelnen Rechenfaktoren. Einige Beispiele sollen die Problematik verdeutlichen.

Radioaktive Stoffe akkumulieren sich im Boden und werden von den Pflanzenwurzeln aufgenommen. Das Verhältnis von aufgenommener Radioaktivität pro kg Pflanze zur Konzentration im kg Boden bezeichnet man als „Transferfaktor“. Die Tabelle 1 zeigt die in umfangreichen Literaturanalysen ermittelte Schwankungsbreite der Transferfaktoren bei verschiedenen Pflanzengruppen für die besonders relevanten Radionuklide der Elemente Cäsium und Strontium. Trotz dieser enormen, über 4 Größenordnungen gehenden Schwankungsbreite wird in fast allen radioökologischen Gutachten jeweils nur ein Transferfaktor für alle Pflanzenarten, Bodenarten und sonstigen Bedingungen angegeben. Es ist offensichtlich, daß mit einem solchen Instrumentarium eine geeignete radioökologische Prognose schwerlich möglich ist, zumal die derzeit empfohlenen Werte eher am unteren Ende der Schwankungsbreite angesiedelt sind. Die offiziell empfohlenen Werte wurden überdies zu einem großen Teil mit einer wissenschaftlich mehr als zweifelhaften Methode ermittelt: Wie die Nachverfolgung der angegebenen Refe-

renzen ergibt, sind viele der sogenannten „Transferfaktoren“ durch simple Division von Werten durchschnittlicher Elementkonzentrationen in englischen Landpflanzen durch Werte von russischen Böden zustande gekommen.³⁾

Auch die Überprüfung der ähnlich ermittelten Transferfaktoren Futter-Fleisch ergaben bei den radioökologisch wichtigen Nukliden der Elemente Cäsium, Strontium, Jod und Plutonium im Vergleich mit experimentellen Untersuchungen aus der internationalen Literatur Unterschätzungen um den Faktor 5 bis 710.⁴⁾

Die Berechnungen des Verhaltens der Radionuklide im menschlichen Körper erfolgen anhand des sogenannten „Standardmenschens“ mit festgelegtem Gewicht, Atemfrequenz und metabolischen Daten. An vielen Beispielen ist gezeigt worden, daß die offiziell verwendeten metabolischen Daten entweder am unteren Ende der Schwankungsbreite liegen bzw. lediglich Mittelwerte darstellen.⁵⁾ Das individuelle Strahlenrisiko kann durch die Verwendung dieser Faktoren erheblich unterschätzt werden. Völlig unberücksichtigt bleiben besondere Risikogruppen der Bevölkerung, wie alte und kranke Menschen, Embryonen und Feten, wo aufgrund physiologischer Abweichungen vom Standardmensch und erhöhter Strahlensensibilität besondere Vorsicht geboten wäre.

Im Falle des radioökologisch besonders relevanten Kobalt 60, das einen großen Anteil der Aerosol-Emissionen moderner AKW's ausmacht, wurde gar übersehen, daß es im Biozyklus (im Fleisch und Milch) in Vitamin B₁₂ eingebaut wird. Bisherige Abschätzungen gehen lediglich von der anorganischen Form des Kobalts aus. Das Verhalten von Vitamin B₁₂ im menschlichen Organismus ist jedoch völlig unterschiedlich von dem des anorganischen Kobalts, da es aus der Nahrung relativ stark resorbiert und mit hoher biologischer Halbwertszeit in der Leber gespeichert wird. Durch die Vernachlässigung dieses Vorgangs wird derzeit die Strahlenbelastung der Leber durch den Verzehr von Kobalt 60 kontaminierter Milch um das 280fache bis 2300fache unterschätzt.⁶⁾

Bei einer wie in § 45 der Strahlenschutzverordnung gebotenen vorsichtigen Abschätzung der Strahlenbelastung kritischer Bevölkerungsgruppen ergibt sich, daß im Endeffekt um mehrere Größenordnungen über bisherigen Abschätzungen liegende Belastungen die Folge sein können. Das Wyhl-Gutachten des Tutorium Umweltschutz an der Universität Heidelberg kommt für die für das AKW Wyhl genehmigten Abgabewerte (vergleichbar denen anderer AKWs) zu Strahlenbelastungen des Ganzkörpers, die mehr als das 20fache und im Falle der Niere um mehr als das 100fache über den zulässigen Grenzwerten liegen.⁷⁾ Zu ähnlichen Ergebnissen

kommen auch Untersuchungen an der Universität Bremen⁸⁾ und des Garchinger Diplomphysikers E. Krüger.⁹⁾

Strahlenbelastungen im Vergleich

Die bisherigen Betrachtungen bezogen sich auf den notwendigen Schutz des Individuums vor Strahlenexpositionen. Als alleiniger Risikomaßstab ist diese Sichtweise jedoch nicht ausreichend. Bei höherem Abluftkamin verringert sich zwar beispielsweise die Strahlenbelastung in unmittelbarer Umgebung der Anlage, die absolute Menge freigesetzter Schadstoffe und die insgesamt verursachte Strahlenbelastung und somit die Summe der Gesundheitsschäden bliebe jedoch gleich. Die Schäden werden nur weiter gestreut. Relevant ist daher die Kollektivdosis als Summe aller Individualdosen, die in der Einheit „man-rem“ angegeben wird. Bei Annahme einer linearen Dosis-Wirkungsbeziehung sind die verursachten Krebsfälle unabhängig davon, auf wieviele Personen sich die Kollektivdosis verteilt. Bei der Kollektivdosisabschätzung erhalten gerade langlebige Radionuklide wie Kohlenstoff 14 (Halbwertszeit 5700 Jahre), Jod 129 (Halbwertszeit 1,7 Millionen Jahre) und andere eine große Bedeutung, die bei einmaliger Emission noch in nachfolgenden Generationen erhebliche Strahlenbelastungen verursachen werden. Das heißt, daß durch die heute freigesetzten radioaktiven Stoffe der Hauptteil der Gesundheitsschäden erst in den nachfolgenden Generationen verursacht wird.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, daß die Normalbetriebsabgaben eines AKW nur ein Teil der gesamten durch die Atomenergienutzung verursachten Strahlenbelastung darstellen. Eine vollständige Betrachtung muß den gesamten Brennstoffzyklus vom Uranbergbau bis zur sogenannten Endlagerung sowie die Belastung der Atomarbeiter und die Gefährdung durch Atomunfälle berücksichtigen. Für eine vollständige Risikoabschätzung ist eine globale Betrachtungsweise erforderlich, da sich gerade die langlebigen Radionuklide weltweit verteilen und in ihrem Ursprungsland nur einen Bruchteil des Gesamtschadens verursachen. In Tabelle 2 sind die von uns bislang nicht nachgeprüften Zahlen aus dem von bekannten AKW-Befürwortern verfaßten Bericht des UN-Komitees über Ursachen und Wirkungen von Atomstrahlen (UNSCEAR, 1977) zusammengefaßt.¹⁰⁾

Die durch Betrieb eines AKW verursachte Kollektivdosis ist hierbei über den gesamten Brennstoffzyklus betrachtet worden und auf Gigawattjahr (GWea) Betrieb eines AKW berechnet worden. Ein AKW der 1300 MWe-Klasse (Typ Biblis) erzeugt bei 75%iger Auslastung pro Jahr etwa 1 GWe Strom. Die Kollektivdosen durch langle-

bige Radionuklide sind hier über einen Zeitraum von 500 Jahren aufsummiert worden. Nach den Zahlen der UN verursachen die Normalbetriebsemissionen eines AKW lediglich 1/10 der gesamten Kollektivdosis durch die Atomenergienutzung. Nicht berücksichtigt in den Zahlen der Tabelle sind genetische Schäden, besondere Risikogruppen der Bevölkerung, Unfälle in anderen Stationen des Brennstoffzyklus und Korrekturen der radioökologischen Berechnungen, die höhere Werte ergeben würden. Trotzdem lassen sich folgende Schlußfolgerungen ableiten:

1. Die natürliche Strahlenbelastung verursacht eine hohe Anzahl an Krebsfällen.
2. Die Atombombentests haben zu einer ungeheuren Anzahl an Opfern geführt.
3. Die oft aufgestellte Behauptung, durch Strahlenbelastung bei der Atomenergienutzung sei noch niemand zu Schaden gekommen, ist ohne Zweifel falsch. Allein durch die Atomstromerzeugung bis 1979 in der BRD von 25 GWe ergibt sich nach den Zahlen der Vereinten Nationen eine Kollektivdosis von 130 000 man-rem, entsprechend etwa 130 Krebsfällen. Wie geschildert, stellt diese Zahl eher eine Unterschätzung dar.
4. Die durch Emissionen radioaktiver Stoffe aus Kohlekraftwerken verursachten Strahlenschäden liegen erheblich niedriger als durch Kernkraftwerke (bezogen auf den Brennstoffzyklus um den Faktor 180, vergleicht man lediglich die Kraftwerksemissionen, so liegen die Schäden durch Kohlekraftwerke um den Faktor 20 niedriger als durch Kernkraftwerke).
5. Die Maximalschäden bei der Atomenergienutzung liegen selbst nach Angaben der Befürworter ohne Zweifel bei den Reaktorunfällen.

Die Aussage, Atomanlagen würden eine Strahlenbelastung erheblich unter 1 mrem/a verursachen, beruht nicht auf Messungen. Die Nachweisgrenze der Umgebungsüberwachung liegt bei einem Hundertfachen dieses Wertes.

Radioökologische Berechnungen und Gutachten, die im Rahmen von atomrechtlichen Genehmigungsverfahren erstellt wurden und zu einem solchen Ergebnis kommen, lassen eine Reihe von Belastungspfaden außer acht, verwenden in vielen Fällen, besonders bei radioökologischen Anreicherungsprozessen, zu niedrige Rechenfaktoren und berücksichtigen wichtige Bevölkerungsgruppen nicht.

Eine Energiepolitik, die den Schwerpunkt auf rationelle Energieverwendung und den Einsatz erneuerbarer Energiequellen legt und den Übergang mit fossilen Brennstoffen bewältigt, stellt ohne Zweifel vom Gesichtspunkt der Vorsorge gegen Gesundheitsschäden den besten Weg dar.

Tabelle 1: Schwankungsbreite der Transferfaktoren Boden-Pflanze²⁾ für Caesium und Strontium in pCi/g Pflanze, frisch: pCi/g Boden, trocken

	Transferfaktor Cs	Transferfaktor Sr
Blattgemüse	0,075 – 0,9	0,08 – 7,8
Gras	0,00068–14	0,01 – 9,8
Kartoffeln	0,023 – 0,16	0,015 – 0,38
Klee	0,004 – 33	0,22 – 7,4
Wurzelgemüse	0,0025 – 0,15	0,055–21
vom BMI empfohlener Wert für „Vegetation“	0,01	0,2

Tabelle 2: Globale Kollektivdosen durch verschiedene Strahlungsquellen und dadurch verursachte Krebsfälle

Strahlungsquelle	Kollektivdosis (a) (in man-rem)	Krebsfälle (b)
1 Jahr natürliche Strahlenbelastung	$4,0 \times 10^8$	400 000
Atombombentests bis 1976	$8,0 \times 10^6$	800 000
1 Jahr Atomstrom im Jahr 2000 (c) (weltweit 2000 GWe)	$1,1 \times 10^7$	11 000
1 Jahr Kohlestrom in der gleichen Höhe (2000 GWe)	$6,0 \times 10^4$	60
Reaktorunfälle (d) pro Jahr bei 2000 GWe	$2,4 \times 10^4$ bis $5,6 \times 10^7$	24 bis 56 000

a) nach UNSCEAR, 1977¹⁰⁾; Reaktorunfälle nach DEUTSCHE RISIKOSTUDIE¹¹⁾

b) Dosis-Wirkungs-Beziehung: 1 Krebsfall auf 1000 man-rem

c) die installierte Welt-Kapazität lag Ende 1979 bis 125 GWe

d) angegeben ist der „subjektive 90 %-Vertrauensbereich“

1)–12), Literatur beim Verfasser

Keine Zeitung wie viele andere, sondern die linke, die Arbeiterzeitung!

Aber die ist doch einseitig, kommunistisch dazu, sagen manche. In der Tat glauben wir nicht an die sogenannte Überparteilichkeit. Die Zeitungen, die vorgeben, für die da oben und zugleich für die da unten zu schreiben, ergreifen tatsächlich immer Partei für die Großen. Einseitig sind wir in dem Sinn, daß wir unbestechlich, offensiv jeden Tag die Interessen der arbeitenden Menschen wahrnehmen.

Riesengewinne der Konzerne, Banken und Mammutgehälter ihrer Bosse nehmen wir nicht „objektiv“ hin. Die Not der Jugend, hohe Preise, Wuchermieten untersuchen wir vom Standpunkt, wie man sich dagegen wehren kann. Versprechungen der Politiker prüfen wir auf ihre

Glaubwürdigkeit und geben sie nicht nur weiter. Das alles braucht nicht langweilig zu sein. Im Gegenteil. Es ist interessant, das Leben der einfachen Menschen zu schildern, ihnen zu helfen, ihre Sorgen zu teilen, ihr Leben zu verbessern.

Bestellschein

☐ Tageszeitung ☐ Wochenendausgabe

Gewünschtes bitte ankreuzen

Ich bestelle die UZ als Tageszeitung für mindestens 3 Monate. Abonnementspreis monatlich 8,- DM

Ich bestelle die UZ als Wochenendausgabe für mindestens 1 Jahr. Abonnementspreis vierteljährlich, 7,50 DM

Vor- und Zuname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

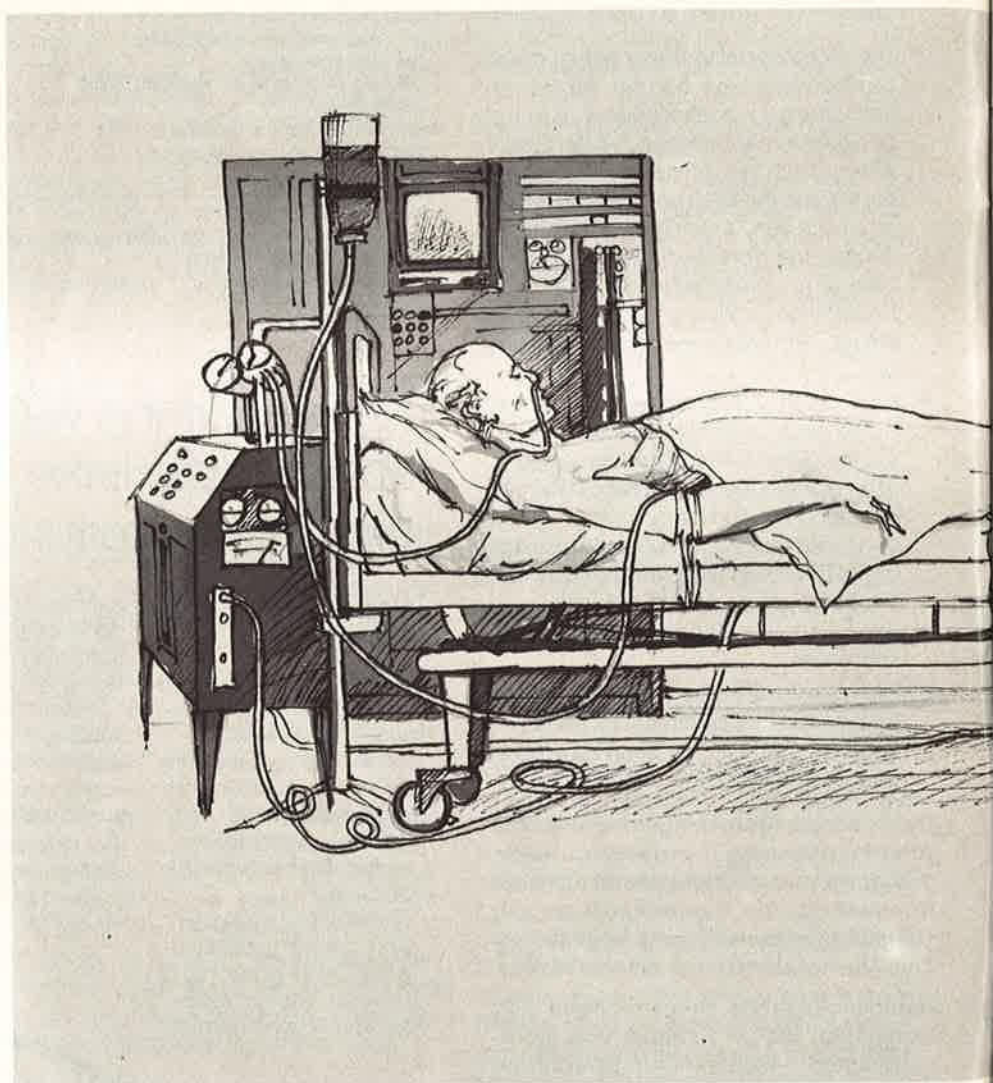
Bitte ausfüllen und einsenden an:
Plambeck & Co Druck und Verlag GmbH
Postfach 920, 4040 Neuss 13

Das Glück des Paul X.

Paul X ist 72 Jahre alt geworden! Nach eigener Aussage hat er, von den Jahren des Faschismus abgesehen, ein glückliches Leben geführt. Er war, wie man so sagt, ein Baum von einem Kerl, hatte immer körperlich gearbeitet, war niemals ernsthaft krank gewesen. Er genoß seit 7 Jahren mit seiner Frau zusammen seine Rente. Wer hat heut-

zutage noch so ein Glück. Paul X war von einem Urlaubsaufenthalt auf dem Wege nach Hause, als sich sein Schicksal wendete: Auf dem Bahnhof verspürte er plötzlich Kopfschmerzen, ihm wurde schlecht, seine linke Körperseite gehorchte ihm nicht mehr so richtig, er fiel auf den Bahnsteig.

Aber Paul X hatte Glück, denn er befand sich auf dem Bahnhof einer Großstadt, nicht irgendwo auf dem medizinisch unterversorgten Land, ein Notarzt war schnell zur Stelle. Wenn auch die Diagnose „Herzinfarkt“ für die Klinikeinweisung nicht richtig war, so kam er doch schnell in die für seine Erkrankung zuständige Fachklinik, und zwar in eine, die nach ihren apparativen Einrichtungen den modernsten medizinischen Erfordernissen entspricht. Auch ein solches Glück widerfährt nicht unbedingt jedem! Die Neurologen hatten keine Schwierigkeit, bei ihm eine Kleinhirnbildung zu diagnostizieren, das Computertomogramm bestätigte später die Diagnose. Das Blut drückte auf das Stammhirn von Paul X, die Funktion des Atemzentrums wurde beeinträchtigt, er mußte künstlich beatmet werden, vor zwanzig Jahren hätte er keine Überlebenschance gehabt. So aber hatte er Glück, nach ein paar Tagen atmete er wieder spontan, er konnte wieder sprechen und bald darauf sogar scherzen und lachen. Seine Familie, geschockt durch all die Schläuche an und in Paul X, schöpfte wieder Hoffnung, sie war den Ärzten und den Krankenschwestern gegenüber zutiefst dankbar. Bald konnten alle Schläuche entfernt werden, von baldiger Entlassung war manchmal sogar schon die Rede.



Aber Paul X war zeitweise ein wenig durcheinander, und da blieb es nicht aus, daß er schon mal ins Bett machte. Die zwei bis drei Schwestern, die in der Regel pro Schicht auf der 8-Betten-Station arbeiteten, hatten keine Zeit, ihm ständig die Urinflasche zu reichen oder gar zu halten, geschweige, laufend sein Bett neu zu überziehen. So lag er oft stundenlang in seinem Urin, Druckstellen bildeten sich rasch, da blieb nichts anderes übrig, als ihm den personal-einsparenden Blasenkateter erneut zu schieben: Paul X lag jetzt immer trocken, ohne daß man sich um ihn kümmern mußte, außerdem konnte man auf diese Weise viel leichter seinen Wasserhaushalt kontrollieren. Nach ein paar Tagen hatte Paul X allerdings einen Blaseninfekt, kurz darauf waren auch die Nieren beteiligt. Aber darüber regte sich niemand auf, einen solchen Infekt bekamen schließ-

lich fast alle Patienten mit Blasenkatetern, zum Glück des Paul X gab es ja Antibiotika! Die Schmerzen in seiner Blase und seinen Nieren gingen bald zurück, wenn auch die Ärzte mit seinen Urinbefunden niemals mehr so recht zufrieden waren. Sie wechselten auch häufiger das Antibiotikum... Eigentlich hatte Paul X nie besonderen Appetit, seitdem er im Krankenhaus lag. Darüber waren alle recht froh, denn die beiden Schwestern pro Schicht hätten ohnehin keine Zeit gehabt, ihn zu füttern. Ein paar Mal hatte er alleine versucht zu essen, aber dann hatte er immer das ganze Bett

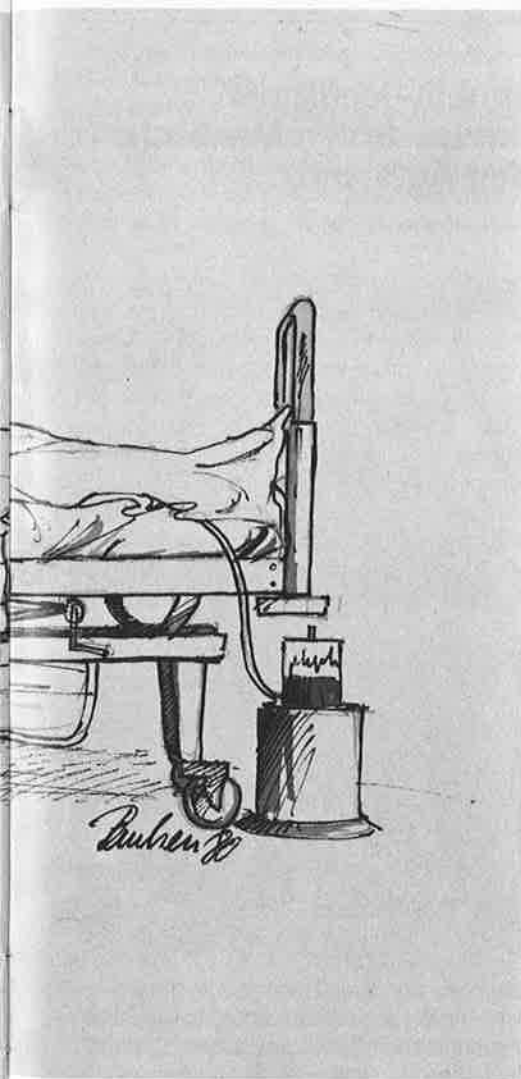
vollgekleckert. Und wie schon gesagt, die beiden Schwestern hatten beim besten Willen nicht die Zeit, ihm nach jedem Essen das Bett neu zu beziehen. Also bekam Paul X einen personal-einsparenden Magenschlauch geschoben. Das war sehr unangenehm, aber, so sagte man ihm, man könne dadurch viel besser seine Kalorienaufnahme kontrollieren, in der Sondennahrung sei alles drin, was ein Mensch so brauche... Nach ein paar Tagen bekam er Bauchschmerzen und Durchfall. Das war ziemlich ärgerlich für die Schwestern, denn nun mußten sie doch laufend sein

Bett neu beziehen. Sie hatten aber nichts anderes erwartet, denn schließlich bekamen beinahe alle Patienten mit Sonden-nahrung Durchfall. Schlimmer war schon, daß sich Paul X dauernd die Magensonde herauszog, weil ihm das Nasenloch weh tat, durch welches die Sonde geschoben worden war, und weil er endlich keine Bauchschmerzen mehr haben wollte. Das machte die sonst wirklich langmütigen Schwestern etwas sauer, denn niemand legte gerne eine neue Magensonde, weil das oft eine regelrechte Quälerei war. Schließlich blieb nichts anderes übrig, als

wurde „unruhig“. Das erneute Glück des Paul X bestand darin, daß er auf seine alten Tage noch die Segnungen der Psychopharmaka erleben durfte: Mit 3 x 5 mg Valium ließ sich die „Fixierung“ besser ertragen, er schlief rund um die Uhr, er war ein problemloser Fall. Geweckt wurde er alle zwei Tage durch die einzige Krankengymnastin der modernen 72-Betten-Klinik, eine zweite Planstelle hatte der Krankenhausträger, die Großstadt, aus Kostengründen immer wieder abgelehnt. Dann mußte Paul X für fünf Minuten tief durchatmen und die Beine bewegen. Mehr Zeit hatte die freundliche Krankengymnastin leider nicht für ihn. Kein Zweifel, er hatte schon Glück, der Paul X, daß er in diese Klinik gekommen war: Lauter hochqualifizierte, engagierte Schwestern und Ärzte, die sich rührend um ihn kümmerten, soweit es ihre Zeit zuließ. Auch seine Familie war beeindruckt von der Station, der Sauberkeit, der technischen Ausstattung, dem reibungslosen Funktionieren, soweit sie es überblicken konnten... Aber: 20–22 Stunden lag Paul X ohne Ansprache allein mit seiner Krankheit in seinem Bett, auf dem Rücken, an den Händen gefesselt, ruhiggestellt. Die Decke des Zimmers war freundlich gelb gestrichen!

Die Kontrolle des Computertomogrammes zeigte, daß sich die Kleinhirnbrutung fast vollständig zurückgebildet hatte, Paul X war neurologisch gesehen wieder gesund. Doch er wurde immer blasser, bald fand sich Blut im Stuhl, der Verdacht auf ein Magengeschwür durch den sogenannten Krankheitsstreß wurde erhoben. Auch bekam er schlecht Luft, beim Abhören der Lungen verfinsterte sich die Miene des Stationsarztes von Tag zu Tag mehr. Die Magenspiegelung bestätigte das „Streßulcus“, die Röntgenaufnahmen zeigten massive Verschattungen beider Lungen. Paul X bekam eine Menge Bluttransfusionen, auch andere und mehr Medikamente. Die Krankengymnastin kam etwas häufiger, aber dann wurde sie krank und es kam niemand mehr. Bald mußte er wieder maschinell beatmet werden, häufig weckte ihn der schrille Alarm des Gerätes aus der Umdämmerung, eine Krankenschwester las stündlich seine Urinausscheidung ab. Aber Paul X wollte nicht mehr, eines nachmittags blieb plötzlich sein Herz stehen.

Und ein letztes Mal hatte er Glück: Alle Wiederbelebungsmaßnahmen der modernen Intensivmedizin zeigten keinerlei Erfolg, Paul X war tot. Der Witwe berichtete der Stationsarzt, es sei alles sehr schnell gegangen, er habe nicht viel gelitten. Im Sektionsbefund wird berichtet von chronisch entzündeten Nieren, von einem akut blutenden Magengeschwür, von massiver Lungenentzündung beiderseits. Die Kleinhirnbrutung, wegen der Paul X ins Krankenhaus gekommen war, wird nur am Rande erwähnt, sie war als winzige Narbe kaum noch zu sehen...



ihm die Hände festzubinden, so ungern die Schwestern das auch taten, wie sie ihm mehrmals beteuerten. Die anderen Patienten, die „Apoplexe“, die „Blutungen“, die „Delirien“ usw. waren sowieso schon festgebunden. Bei ihm hatte man schon Gnade vor Recht walten lassen, weil er so ein sympathischer Opa war. Dieser Zustand aber machte Paul X unglücklich: Er fühlte sich völlig hilflos, ausgeliefert. Die Schmerzen in seinem Nasenloch konnte er nicht mehr bekämpfen, jedes Kitzeln oder Jucken im Gesicht wurde zur Qual, er versuchte sich loszureißen, er

Erster Nachtrag:

Von den 13 Planstellen der 8-Bettenstation (Intensiv) waren in der Regel nur 11 besetzt. 8 Pflegekräfte kündigten in den ersten 5 Monaten des Jahres 1980. Einige waren wegen depressiver Symptomatik in ärztlicher Behandlung.

Zweiter Nachtrag:

Zitat aus der Frankfurter Rundschau vom 24. Mai 1980, Seite 4 aus einem Bericht über die Hauptversammlung des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie in Frankfurt: „Gölter (= rheinland-pfälzischer Sozial-Minister, CDU) und Wolters (= Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, SPD) plädierten dafür, dem verstärkten Einsatz von Pharmazeutika in der Medizin aus Kostengründen den Vorzug zu geben vor personalintensiven Behandlungsmethoden.“

Zum Schluß noch eine Klarstellung: Der Begriff „Glück“ ist in keiner Weise zynisch gemeint, er will sagen, daß es dem Paul X in anderen Kliniken eher noch schlechter ergangen wäre, will sagen, daß alle Arbeitskräfte auf dieser Station der festen Überzeugung sind, daß „wir“ eine relativ gute und auch menschliche Arbeit leisten. Eigene Vergleiche und Patientenberichte berechtigen uns zu dieser Annahme. Um so bestürzender war für uns die Erkenntnis, daß wir unter dem Zwang des Krankenhausträgers mehr oder minder bewußt dazu übergegangen sind, die Patienten unter unmenschlichen Bedingungen zu Tode zu pflegen.

Rolf Deppe, Arzt

Deutsche Volkszeitung

ein
demokratisches
Wochenblatt –
unentbehrlich
für
den
kritischen
Zeitgenossen

Probeexemplare unverbindlich und kostenlos durch MONITOR-VERLAG GmbH, Düsseldorf, Oststraße 154, Postfach 5707 – Anforderungskarten liegen dieser Ausgabe bei. –

GESUNDHEITSTAG '80



„Die ‚Spontis‘, ‚Chaoten‘, ‚Marxisten‘ oder (schlicht) Alternativ-Mediziner probten auf ihrem parallel zum 83. Deutschen Ärztetag in der dritten Maiwoche in Berlin abgespulten ‚Gesundheitstag '80‘ tatsächlich den Aufstand.“

(Medikament und Meinung ‚Zentralorgan‘ der Pharmaindustrie)

Die Stimmung war mindestens so gedämpft wie die Schritte auf dem Teppichboden. Zwischen stundenlangen Geschäftsordnungsdebatten waren die ‚Vertreter‘ der deutschen Ärzte in der noblen Berliner Kongreßburg zur Abstimmungsmaschine über ihre berufsständischen Privilegien degeneriert. Während „die ärztliche Darstellung auf der Berliner Bühne so zum Langweiler“ (Rhein. Ärzteblatt) gedieh, und die Schausteller zum Teil selbst bezweifelten, „daß es hochkarätige demokratische Beschlüsse sind, die dort produziert werden“ (Der Praktische Arzt), strafften mehr als Zehntausend Interessierte auf dem Gesundheitstag die Unkenrufer Lügen.

Dabei hat es beileibe nicht an Versuchen der vereinigt-zerstrittenen Standesväter gemangelt, Veranstalter, Teilnehmer und Inhalte herabzuwürdigen – wobei totschweigen noch zu den vornehmsten Methoden zu zählen war. Böse war man natürlich besonders auf die ‚Nestbeschmutzer‘ aus den eigenen Reihen: Die fortschrittliche Berliner Ärzteliste zum Beispiel, mit 30% immerhin stärkste Fraktion der örtlichen Landesärztekammer, durfte keinen einzigen Delegierten zum Bundesärztertäg entsenden, da sie sich am Gesundheitstag beteiligte. Der Bundesverband des Marburger Bundes, aus dessen Reihen Ärztekammerpräsident Vilmar stammt, schaffte es, in ‚letzter‘ Minute seine Untergliederung unter Androhung disziplinarischer Maßnahmen aus dem Aufruferkreis zu entfernen. Ärzteblatt und Co räumten etliche ihrer kostbaren Werbeseiten, um ihre Leser ‚einzuordnen‘. Boykottandrohungen seitens der wohl situierten Ärzteschaft gegenüber der Stadt Berlin waren im Gespräch, falls der Berliner Senat sich zu einer finanziellen Unterstützung der Gesundheitstage hätte hinreißen lassen.

Die unterschwellige Panik, die sich in solch offen undemokratischem Verhalten zeigte, hatte guten Grund! Der Gesundheitstag, daran zweifelt heute niemand mehr, war und ist als ein großer Erfolg der fortschrittlichen Gesundheitsbewegung zu bezeichnen. Selbstkritisch vermerkte das ‚Rheinische Ärzteblatt‘: „Ein Ärztetag muß – und wenn es noch so ‚grün‘ klingen mag – auch ein Gesundheitstag sein, der die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und ihre Rahmenbedingungen analysiert und interpretiert.“

Die Basis für diesen Erfolg, und deshalb hier an erster Stelle genannt, lieferten sicherlich die Organisatoren aus dem ‚Gesundheitsladen‘ in Berlin, die es mit unheimlichem physischen und psychischen Einsatz geschafft haben, Mensch zu bleiben über die Masse, die die über 300 Veranstaltungen aus den Nähten platzen ließ.

Aber nicht nur diese Menge, die allein schon eine solidarische und optimistische Grundstimmung entstehen ließ, imponier-

te. Hier waren Leute zusammen, die aus den verschiedensten Gründen etwas gemeinsam unternehmen wollten. Viele, die in ihrer Verzweiflung über ihre aktuelle Arbeits- oder Ausbildungssituation nach (politischen?) Alternativen suchten; genügende, die glaubten, ihre ‚alternative Insel‘ gefunden zu haben, und sie allen ‚Unwettern‘ trotzend als Paradies darzustellen versuchten; etliche, die aus ihren Erfahrungen heraus Lösungsmöglichkeiten zur Kritik



anboten, und einige wenige, die bereits etwas ins Werk gesetzt hatten, und Mitstreiter suchten. Allen boten diese Gesundheitstage Möglichkeiten, zuzuhören, selbst zu reden, sich darzustellen, oder einfach nur miteinander zu reden. Gerade dieses Miteinander war wohl das, was unseren privilegierten Kollegen im stinkfeinen internationalen Kongreßzentrum am unerträglichsten, am gefährlichsten vorkam. War noch eine Zusammenkunft der verschiedenen Medizinberufe seit dem Marburger Kongreß 1973 zumindest nichts Neues, so ist die gemeinsame Diskussion so unterschiedlicher gesellschaftspolitischer Strömungen – traditionelle Linke und diverse Alternative Gruppierungen –, die sich im wesentlichen in der Ablehnung der gegenwärtigen Gesundheitspolitik einig sind, eine allerdings neue Dimension.



ÖTV: Spät kommt sie . . .

Hatten sich noch die ÖTV-Offiziellen, in einer offensichtlichen Fehleinschätzung dessen, was sich im Gesundheitswesen auch ohne sie bewegt, bis zu den letzten Tagen „vornehm“ zurückgehalten (Das Ärzteblatt vermutete schon unter der Beteiligung von DG fälschlicherweise ÖTV-Tarnkappen, AB Nr. 13), so ist die offizielle ÖTV-Teilnahme in letzter Minute doch als die wesentlichste Verbreiterung der auf dem Gesundheitstag wiedererstandenen Bewegung anzusehen. Nichtsdestoweniger hätte es den ‚Tagen‘ gut getan, wären die vielen fortschrittlichen gewerkschaftlichen Positionen bereits früher in die Vorbereitungsgespräche eingeflossen. Hier setzt auch unsere Kritik an:

Es waren im wesentlichen ‚akademische Gesundheitstage‘. Die nichtstudierten Berufe waren im Vergleich stark unterrepräsentiert, Studenten, Doktores und Professori (be)herrschten, gerade auch auf den Podien. Dies lag sicherlich an dem viel zu schmalen Angebot für Nichtakademiker –

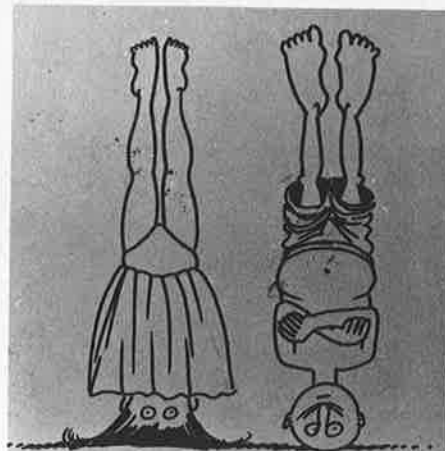
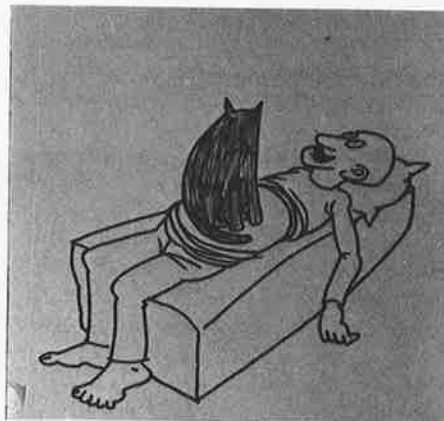
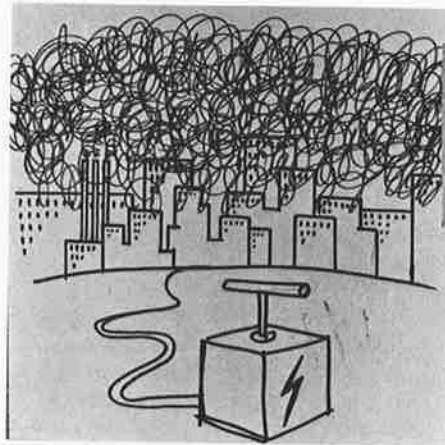


Dr. Kühl, Gesundheitsminister von Nicaragua

wir standen mit der von uns initiierten Veranstaltung zur alternativen Krankenpflege fast alleine – eben aber auch daran, daß sich Organisationen aus diesem Bereich an den Vorbereitungen kaum beteiligt hatten. Dies dürfte nicht zuletzt auch an den Schwierigkeiten der Vorbereiter gelegen haben, einen politischen Standort zu finden und kontinuierlich durchzuhalten.



Alternative Heilmethoden



Das breite, fast schon unübersichtliche Angebot an Veranstaltungen (Alternative Heilmethoden, Faschismusbewältigung, Frauen- und Männerprobleme, Umwelt, Ökonomie, Psychiatrie u. a. m.) war verwirrend und informativ zugleich. Die Qualität der Redebeiträge war sehr unterschiedlich, wobei große Erwartungen derer, die nach ‚Patentrezepten‘ suchten, auch von den vielen anwesenden ‚Gallionsfiguren‘ fortschrittlicher Gesundheitspolitik – u. a. Basaglia, Jungk, Deppe, Carpentier, Hakethal – sicher nicht erfüllt werden konnten. Besonders aber in den unzähligen kleinen Veranstaltungen und Zirkeln mit weniger ausufernden und mehr praxisorientierten Themen, kamen sehr fruchtbare Diskussionen zustande, wurde gegenseitiges Mißtrauen abgebaut, Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsame Handlungsansätze gefunden.

Enttäuschend waren viele Beiträge auf den Großveranstaltungen. Weniger, weil Falsches gesagt wurde, sondern weil viele, die dort redeten, nicht zuhören konnten, kaum aufeinander eingingen, in ihrer berechtigten Subjektivität oft die Grenze zur reinen Ich-Bezogenheit überschritten und damit nicht mehr in der Lage waren, aus ihren Einzelproblemen Folgerungen für eine allgemeinere, gesellschaftspolitische Lösung zu finden. Gerade diese nicht selten angetroffene Haltung ließ viele Teilnehmer einige ‚Auswüchse‘ der Gesundheitstagsdiskussionen zwar mit ungutem Gefühl aber widerstandslos hinnehmen. So, als z. B. Krankenschwestern aus einem überfüllten Akupunkturvortrag ausgeschlossen wurden (‚nur für Ärzte‘), oder, als eine ‚al-

ternative Krankenversicherung' zur Diskussion stand. Auch die Gründung eines „Fortgeschrittenen Pflegeverbandes“ muß allen, die sich solidarisch oder kritisch mit den Positionen der ÖTV auseinandersetzen zumindest als äußerst fragwürdiges Unternehmen vorkommen. Für diejenigen, die sich mit Entstehungsgeschichte und Politik von Berufsverbänden schlechthin beschäftigt haben, muß ein solcher Verband, gleich mit welchem Attribut versehen, als ein Rückschritt in Richtung Ständepolitik und als bewußtes Unterlaufen neugeschaffener Ansätze interdisziplinärer Zusammenarbeit erscheinen. Solche Seitensprünge hatten zum Glück Seltenheitswert. Sie zeigen allerdings beispielhaft, auf welch gefährliche Gratwanderung sich der begibt, der weg von der Grundposition des gemeinsamen solidarischen Handelns, sein Heil in individuellen Lösungsversuchen sieht.



Die Diskussion auf dem Alternativ-Medizinischen Zeitungstreffen hat uns wenig gebracht. Viel zu sehr standen organisatorische Fragen im Vordergrund. In dem sehr offenen Erfahrungsaustausch wurde deutlich, daß sich die überregionalen Zeitschriften (Mabuse, Forum, Initiative und DG) in redaktioneller Organisation und politischer Zielsetzung so sehr unterschieden, daß der Gedanke an einen Zusammenschluß schnell begraben wurde. Dies erscheint uns auch schon deshalb nicht sinnvoll, da DG, im Gegensatz zu Mabuse oder Forum, zum größten Teil eine berufstätige Leserschaft hat, und zu hohem Prozentsatz auch Nichtakademiker erreicht. Den Beginn des gegenseitigen Kennenlernens werten wir als positiv, da er dazu beigetragen hat, Mißtrauen abzubauen, und die Ähnlichkeit der redaktionellen Schwierigkeiten das „Leid“ teilte. Wir hoffen, daß sich die Diskussion fortsetzen läßt, wenn auch unser Erachtens eine verstärkte politische

Diskussion über Standort und Ziele organisatorischen Beschlüssen vorausgehen muß.

Wenn wir hier als „Insider“ unsere Kritik an den Gesundheitstagen stärker betonen, als dies dem insgesamt sehr positiven Ver-



lauf gerecht ist, so deshalb, um in eine konstruktive Diskussion einzusteigen, die, so glauben wir, eben an den genannten kritischen Punkten beginnen sollte. Die sehr zurückhaltende ja teilweise sogar selbstkritische Berichterstattung in den Ständebüchern („Am Rande des diesjährigen Ärztetages, aber weder unbeachtet noch isoliert, veranstalteten sie den ... Gesundheitstag“, ÄB Nr. 25; „Der Ärztetag muß, bevor er sich der Regelung berufsständischer Angelegenheiten zuwendet, Antworten auf die Fragen von Millionen Bürgern geben. Sucht, Umweltgefahren, psychische Gefährdung – so heißen die Ängste des Publikums“, Rhein. ÄB. Nr. 13) und

das oft sehr positive Echo in vielen Tageszeitungen – insbesondere im Gegensatz zum „Selbstbeteiligungstag“ der Funktione – zeigt uns, daß die Gesundheitstage auch hier zumindest als bedeutend eingeschätzt werden.

Erfolg verpflichtet

Die Auswertung der Ergebnisse des Gesundheitstages muß ein weiterer Schritt sein, die gemeinsam begonnene Diskussion fortzusetzen, die Gesundheitsbewegung in ihrer Breite zu erhalten – wenn nicht auszubauen – und jedem einzelnen die Möglichkeit zu geben, an seinem Arbeitsplatz oder in seinem politischen Wirkungsbereich mit dem Erfolgen und Erfahrungen zu arbeiten. Auch wenn es uns als sehr gewagt erscheint, eine Wiederholung einer solch umfänglichen und gelungenen Veranstaltung anzupeilen, meinen wir, daß der Erfolg in vielerlei Hinsicht für alle Beteiligten Verpflichtung ist über zukünftige Gesundheitstage nachzudenken. Hier müßten die Initiatoren aus dem Gesundheitsladen den Anstoß für ein offizielles Vorbereitungstreffen geben, zu dem verstärkt auf die Beteiligung von Gruppierungen Wert gelegt werden sollte, die im Berufsbereich verankert sind.

Ziel einer solchen Diskussion sollte unserer Meinung nach sein, die Realisierungschancen für weitere Gesundheitstage abzuschätzen und, in Anlehnung an die „Thesen zu Gesundheit und Politik“ der Arbeitsgruppe zum Gesundheitstag '80, die inhaltliche Diskussion über unsere gemeinsamen gesundheitspolitischen Ziele zu vertiefen.



In Memoriam

Auf- und Abbau der Berliner Polikliniken

Ihre Entstehung im Großberlin der Weimarer Republik bis zur Zerschlagung durch den deutschen Faschismus.

Teil 1

POLIKLINIK (am Krankenhaus) und in kleinerem Maßstab alleinstehend **AMBULATORIUM** heißen staatliche bzw. öffentliche Einrichtungen, in denen angestellte Ärzte und Pflegekräfte die ambulante kassenärztliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wahrnehmen (Vorsorge, vor- bzw. nicht-stationäre Diagnostik und Therapie, sowie Nachsorge).

Sie wurden in Deutschland nicht zum ersten Mal eingerichtet, als 1923 die Kassenärzte der Region Großberlin organisiert die Behandlung von Kassenpatienten im Sinne eines Ärzte-Streiks für höhere Honorare einstellten (in Leipzig hatte es sie aus gleichem Anlaß schon 1904 vorübergehend gegeben).

Der seit Einrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV; 1883) und der Reichs-Versich.-Ordnung (RVO; 1911/14) gegen die Krankenkassen geführte Kampf „der Ärzte“ wurde auch nach der November-Revolution (1918) mit zunehmender Schärfe geführt. Letzteren ging es dabei um die Veränderung der Zulassungsbedingungen für Kassenärzte – die „freie Arztwahl“ –, um die Begrenzung der Zahl der Versicherungsfähigen bzw. -pflichtigen und nicht zuletzt um höhere Kassenarzt-Honorare.

Dabei brachte das Jahr 1923 einen vorläufigen Höhepunkt in diesem Konflikt zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen: Infolge der galoppierenden Inflation drohte den Kassen der finanzielle Ruin. Verursacht wurde dies durch das System der Beitragszahlung. Es verlangte nämlich von den Versicherten einen wöchentlichen Beitrag, von den Unternehmern hingegen nur Quartals-Zahlung: So waren die „Beiträge der Unternehmer“ bereits entwertet, ehe die Kassen über sie z. B. zur wöchentlich geforderten Bezahlung der Ärzte verfügen konnten! Um der endgültigen Zahlungsunfähigkeit zu entgehen, wollten die Kassen die Kassenarzt-Zulassungen reduzieren, den K.-Ärzten die Honorare kürzen und die Leistungen für die Versicherten abbauen. Unter Streikandrohung der Ärzteschaft wurde letztlich der entspre-

chende § 182 der RVO zu Lasten der Versicherten dahingehend geändert, daß der Versicherten-Beitrag von 7,5 auf 10 % des Grundlohnes heraufgesetzt und die „Wochenhilfe“ eingeschränkt wurde. Bereits im Juli 1923 drohte auf's Neue ein Ärztestreik, weil die Kassen trotzdem eine der rapiden Geldentwertung angepaßte Erhöhung der Arzthonorare nicht leisten konnten. Diesmal wurde der Ärztestreik in letzter Minute verhindert durch eine – allerdings auch diesmal nicht erfüllte – Zusicherung des Arbeitsministeriums entsprechend den Forderungen „der Ärzte“. Nach dem Sturz der Regierung CUNO im August 1923 durch einen machtvollen Generalstreik der deutschen Arbeiterbewegung gegen die Abwälzung der Nachkriegs- und Wirtschaftskrisen-Lasten auf die Werktätigen setzte die Regierung *Stresemann* die Verfassung außer Kraft und versuchte die demokratischen Rechte und sozialen Errungenschaften der Bevölkerung durch Reichswehr-Terror zu beseitigen: mit Hilfe des sog. *Ermächtigungsgesetzes* vom 13. Okt. 1923 wurde diktatorisch u. a. die „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ erlassen. Ihr Inhalt: die Krankenhilfe wurde erheblich eingeschränkt, die Ärzte bei Strafe verpflichtet, nur das „Allernotwendigste“ an Behandlung durchzuführen, die freie Arztwahl erneut eingeschränkt, und die Versicherten muß-

ten zudem 10 % der Kosten für Heilmittel und Medikamente selbst übernehmen bei Beitragserhöhung auf 20 % ihres Grundlohnes! Obgleich durch einen Sondererlaß *Eberts* jene die ärztlichen Einkommen beschränkenden Bestimmungen abgeschwächt wurden, traten jetzt am 1. 12. 1923 die Ärzte in Groß-Berlin wie in ganz Deutschland in den angekündigten unbeschränkten Streik und behandelten nur noch Privat-Patienten, d. h. nur gegen Barzahlung.

Die dauernden Ärztestreiks veranlaßten die Kr.-Kassen verschiedenerorts im Interesse der medizinischen Versorgung der Werktätigen zur Errichtung von Ambulatorien bzw. Poli-Kliniken: nahmen die ersten in Groß-Berlin ihren Betrieb im Januar 1924 auf, so existierten im März hier schon 30, kamen in den folgenden Monaten und Jahren weitere hinzu, wurden ausgebaut. Das Vertrauen der arbeitenden Bevölkerung in die Polikliniken wuchs ständig, so daß in den Arbeitervierteln Berlins sich dort bald um ein Vielfaches mehr Menschen behandeln ließen, als in den Niedergelassenen-Praxen! Je mehr Zulauf diese Einrichtungen des städtisch-öffentlichen Gesundheitswesens erlebten, desto heftiger wurden sie von den Standesverbänden, die ihr Behandlungsmonopol gebrochen sahen, bekämpft. Doch mit dem Entscheid des Reichsschiedsamtes vom 27. 2. 1925



Säuglingsfürsorgestellen im Ambulatorium des Berliner Krankenkassenverbandes, Ende der 20er Jahre

wurde dieser Streit zeitweilig zugunsten der Krankenkassen bzw. der Sozialversicherten beigelegt (immerhin bestand in den Jahren 1925–28 bei leichtem konjunkturellen Aufschwung ein gewisses Interesse der Unternehmer an relativem Erhalt der unmittelbaren Arbeitskraft der Produktionsarbeiter: im Rahmen verstärkter Rationalisierungs-Maßnahmen stieg bei gleichzeitigem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit der Ausbeutungsgrad am Arbeitsplatz („schnellere“ Maschinen, verlängerte Arbeitszeit etc.): die auch in diesem Sinne offenbar gut funktionierenden Polikliniken wurden legalisiert. Zudem – ein weiterer Fortschritt – bekamen sie das Recht, auch die Familienangehörigen der Versicherten zu behandeln. Damit war die Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte in Groß-Berlin vorerst gebrochen. Dies hinderte die ärztlichen Standesorganisationen allerdings nicht, auch weiterhin erbittert bereits vorhandene oder neu entstehende öffentliche Behandlungseinrichtungen zu bekämpfen.

In der Zeit der von den USA ausgehenden Weltwirtschaftskrise (1928/29–33), in welcher der arbeitenden Bevölkerung sprunghaft ansteigende Massenarbeitslosigkeit, Steuererhöhungen, Teuerungen und Lohnkürzungen aufgebürdet wurden, erfolgte im Rahmen der sog. *Notverordnungen* ein Abbau der Errungenschaften der gesetzlichen Krankenversicherung (mehr Selbstkosten für die Versicherten, Leistungsverabbau, Einschränkung des Selbstverwaltungsrechts, Abschaffung des Vorbeuge-Prinzips, Übertragung des Monopols der ambulanten Kassenärztlichen Behandlung wieder auf die ärztlichen Standesorganisationen).

Wenn auch in den Zeitschriften der Ärzteverbände Stimmen gegen diese Notverordnungen laut wurden, so hatte doch die in den letzten Jahren der von Wirtschaftskrisen geschüttelten Weimarer Republik auch gerade von Seiten der Unternehmer-Verbände verstärkt betriebene Meinungsmache gegen die sozialen Errungenschaften der Bevölkerung ihre Wirkung nicht verfehlt: nicht zuletzt sie und die Gegnerschaft der faschistischen Ideologen und Politiker zur Gesetzlichen Krankenversicherung (Hermann Göring 1932: ein zukünftiges NS-Regime werde „den Saustall der roten Orts-Krankenkassen schon ausmisten“) machte zahlreiche Ärzte empfänglich für die faschistische Propaganda, hatten sie selbst doch jahrzehntelang gegen die GKV gekämpft. Die Berliner Ärzte-Organisationen unterstützten den Nationalsozialismus, der dafür die Auflösung der Polikliniken versprach. Diese wurden dann auch nach der Machtübernahme der Faschisten im Jahre 1933 aufgelöst!

(Im nächsten Heft folgt die Fortsetzung: Teil 2: „Wiederaufbau der Polikliniken in der Vier-Sektoren-Stadt Berlin und ihr Abbau im abgespaltenen Westberlin“.)

Niemand darf wegen . . .

Landesregierung muß unter öffentlichen Druck junge Ärztin einstellen

Die Ärztin Dr. C. Goesmann aus Hannover darf nach einem fast neun Monate währenden politischen Überprüfungsverfahren jetzt endlich die ihr zugesagte Stelle als Gynäkologin an der Niedersächsischen Landesfrauenklinik antreten. Unter dem Druck einer breiten demokratischen Öffentlichkeit entschied die niedersächsische CDU-Regierung, daß der Einstellung der jungen Medizinerin in den Landesdienst nichts mehr im Wege stehe.

Cornelia Goesmann, 27 Jahre alt, arbeitet bereits seit zwei Jahren als Anästhesistin an einem städtischen Krankenhaus in Hannover und wird von ihren Kollegen als eine engagierte und zuverlässige Mitarbeiterin geschätzt. Sie ist aktives Mitglied der Gewerkschaft ÖTV und wurde von ihren Kollegen zur Vertrauensfrau gewählt.

Im April 1979 bewarb sich die Ärztin um eine frei gewordene Stelle an der Landesfrauenklinik. Sie wurde unter mehreren Bewerbern aufgrund ihrer fachlichen Eignung ausgewählt und erhielt von den zuständigen Gremien eine feste Zusage auf

Einstellung zum 1. August 1979. Doch die Einstellung wurde durch das langwierige politische Überprüfungsverfahren blockiert.

Erst im November 1979, nach monatelanger Ungewißheit, erhielt Dr. Cornelia Goesmann eine schriftliche Mitteilung der „Anhörkommission beim Niedersächsischen Minister des Innern“, wonach Zweifel beständen, ob sie „die Gewähr biete, jederzeit für die freiheitliche demokratische Grundordnung im Sinne des Grundgesetzes einzutreten“. Einziger Anlaß für die angeblichen Zweifel waren legale demokratische Aktivitäten der jungen Medizinerin während ihres Studiums an der Medizinischen Hochschule Hannover: Sie hatte in den Jahren 1974–77 bei Wahlen zum Studentenrat und zum Konzil auf der Liste des MSB Spartakus kandidiert, wurde im Sommer 1975 zur 2. ASa-Vorsitzenden gewählt.

Bei der Anhörung im Januar 1980 wurde Dr. C. Goesmann einer fast sechsstündigen inquisitorischen Gesinnungsüberprüfung unterzogen. Während der Anhörung demonstrierten ca. 30 Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger vor dem Innenministerium und forderten die sofortige Einstellung ihrer Kollegin. Zahlreiche weitere Ärzte und namhafte Professoren der Medizinischen Hochschule hatten in Eingaben an den zuständigen Sozialminister gegen das drohende Berufsverbot protestiert. Die Gewerkschaft ÖTV wandte sich mit einer Erklärung dagegen, „daß demokratische Aktivitäten in legalen Institutionen der studentischen Interessenvertretung an der Hochschule zum Kriterium der Nichteinstellung als Frauenärztin in den Landesdienst gemacht werden“.

Die Anhörkommission sprach sich mit Mehrheit gegen die Einstellung aus. Aber der „Fall“ Goesmann hatte inzwischen so starke Beachtung in der Öffentlichkeit gefunden, daß sich die Landesregierung damit befassen mußte. Nochmals vergingen zwei Monate, bis das Kabinett endlich die Entscheidung traf, Cornelia Goesmann in den Landesdienst einzustellen. Damit hat sich die niedersächsische CDU-Regierung erstmals über ein negatives Votum ihrer Anhörkommission hinweggesetzt. Ihr Beschluß macht deutlich, wie stark die Befürworter der Berufsverbotepraxis durch die wachsende in- und ausländische Protestbewegung in die Defensive geraten sind.



Frau Dr. C. Goesmann

Entwurf eines neuen Grundsatzprogrammes des DGB

Einige Überlegungen zu den gesundheits- und sozialpolitischen Aussagen

von Günter Paul

I. Zur Vorgeschichte:

Auf dem 10. ordentlichen DGB-Kongreß im Mai 1975 in Hamburg wurde auf Antrag der Gewerkschaft HBV der Bundesvorstand beauftragt, einen Entwurf zur Neufassung des DGB-Grundsatzprogrammes auf dem folgenden Kongreß im Mai 1978 vorzulegen. Jedoch erst im Oktober 1979 wurde der Programmentwurf veröffentlicht. Ein außerordentlicher DGB-Kongreß wird sich 1981 mit der endgültigen Verabschiedung befassen. Letzter Termin für Änderungsanträge ist der 31. 12. 1980.

Ursache für die Verzögerung sind erhebliche Meinungsverschiedenheiten im DGB und in den Einzelgewerkschaften über Inhalte und Ziele des neuen Programmes. Diese Meinungsverschiedenheiten lassen sich im wesentlichen auf die beiden politischen Haupttendenzen im DGB zurückführen, die schon seit seiner Gründung nachweisbar sind und spätestens seit dem Ende der 50er Jahre und besonders während der Großen Koalition immer deutlicher hervortraten. Die eine Strömung betont die Notwendigkeit einer konsequenten, allein an den Interessen der Arbeitnehmer orientierten Gewerkschaftspolitik. Sie geht von dem grundlegenden Widerspruch zwischen Kapital und Arbeit aus und sieht als Ziel letztlich die Überwindung der kapitalistischen Ordnung an. Die andere Haupttendenz versucht im Rahmen des bestehenden Systems Verbesserungen zu erwirken; sie bekämpft allenfalls die Auswirkungen der kapitalistischen Wirtschaftsordnung. Ihre Funktion ist letztlich die Integration der Arbeiterklasse in das bestehende System, ohne dies grundsätzlich ändern zu wollen.

Während das Münchner Grundsatzprogramm von 1949 die Erfahrungen des Faschismus beinhaltet und trotz der schon weitgehend wiederhergestellten alten Machtverhältnisse auf die grundlegende Änderung der Gesellschaft orientierte, stellt das gültige Düsseldorf Grundsatzprogramm von 1963 einen Kompromiß beider Hauptströmungen dar.

II. Der neue Entwurf:

Diese beiden Grundlinien treten auch im jetzt vorliegenden Entwurf deutlich hervor. So wird einerseits der „Interessengegensatz zwischen Kapital und Arbeit“ wesentlich stärker hervorgehoben, andererseits aber heißt es, daß die Gewerkschaften „den Erfordernissen des Gesamtwohls“



DGB – Demonstration zum 1. Mai 1980 in Duisburg

dienen. Dieser Widerspruch wird besonders im wirtschaftspolitischen Teil deutlich, wo teilweise Annahmen bürgerlicher Volkswirtschaftslehre direkt neben Ansätzen einer klassenmäßigen Analyse der Wirtschaftsprozesse und ihrer Folgen für die Arbeiterklasse stehen. Diese Widersprüchlichkeit findet sich an einigen Stellen auch im sozialpolitischen Teil des Entwurfs. Auf diesen Teil soll im folgenden näher eingegangen werden:

III. Aussagen des sozialpolitischen Teils:

Das noch gültige Grundsatzprogramm beschränkt sich im wesentlichen auf sozialpolitische Grundaussagen. Der neue Entwurf hingegen geht darüber hinaus auf eine Reihe detaillierter sozialpolitischer Probleme ein.

Für den Bereich des Gesundheitswesens wurden folgende Aussagen getroffen:

- Arbeits- und Lebensbedingungen bestimmen über Gesundheit. Daher sind Vorsorgemaßnahmen vorrangig.
- Keine Selbstbeteiligung bei der Sozialversicherung
- Ausbau des Gesundheitswesens zu integriertem System; bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind Voraussetzung für Erfolg psychosozialer Dienstleistungen
- Ausbau der allgemeinärztlichen ambulanten Versorgung
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

- Schaffung der Voraussetzungen auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene, um die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen und Unfälle zu erfassen und zu bekämpfen
- Mitbestimmung der Arbeitnehmer beim betriebsmedizinischen Dienst
- Ausdehnung der Aufgaben der Unfallversicherung auf Vorsorge am Arbeitsplatz

Über diese Forderungen hinaus besitzen die an anderen Stellen des Programms aufgestellten Forderungen nach: Recht auf Arbeit, menschenwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen, Schutz vor unsozialen Folgen von Rationalisierung und Automation, Einschränkung der Nacht- und Schichtarbeit oder Recht auf menschenwürdige Wohnung, zentrale sozialpolitische Bedeutung.

IV. Der Entwurf und die aktuelle Situation:

Angesichts des konzertierten Angriffes von Regierung, bürgerlichen Parteien und Politikern, Unternehmerverbänden und ärztlichen Standesorganisationen auf das System der sozialen Sicherung, erhalten die sozialpolitischen Grundsätze der Gewerkschaften eine verstärkte Bedeutung. Von der Stärke des Widerstandes der Gewerkschaften hängt es ab, ob es gelingt, einen Abbau des in jahrzehntelangen Kämpfen Erreichten zu verhindern. In zahlreichen Stellungnahmen und Beschlüssen haben fast alle Einzelgewerkschaften in den letzten Jahren die Versuche, die steigenden



Kosten besonders im Gesundheitswesen auf die Versicherten abzuwälzen, zurückgewiesen. Sie haben deutlich gemacht, daß nicht eine „überzogene Anspruchshaltung“ der Patienten Ursache dieser Kostenentwicklung ist (die Ausgaben für „Gesundheitsleistungen“ in den letzten 10 Jahren haben sich fast verdreifacht). Die Gewerkschaft ÖTV hat 1977 in ihren „Perspektiven“ darauf hingewiesen, daß die wichtigsten Ursachen dieser Kostensteigerungen zum einen in einer Erhöhung des Krankenstandes und einer Verschiebung des Krankheitsspektrums in Richtung auf chronische und kompliziertere psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen und zum anderen in der kostentreibenden Grundstruktur, die durch den Widerspruch zwischen öffentlicher Finanzierung und privater Leistungserstellung gekennzeichnet ist, selbst liegen. Übereinstimmend lehnen deshalb alle DGB-Gewerkschaften eine Selbstbeteiligung der Versicherten ab und fordern statt dessen einen Ausbau der Vorsorge und Früherkennung, Eindämmung der Preise bei Medikamenten und medizinischen Geräten und Strukturveränderungen im Gesundheitswesen.

Angeichts der derzeitigen zugespitzten Situation und der Tatsache, daß auch in den nächsten Jahren eine Überwindung der wirtschaftlichen Krise nicht zu erwarten ist – Massenarbeitslosigkeit und Defizite in den öffentlichen Haushalten also weiterbestehen werden und der Kampf um eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen unter schwierigeren und komplizierteren Bedingungen geführt werden muß –, ist es unverständlich, daß eine klare Absage an alle Versuche, soziale Leistungen abzubauen, im Programmentwurf fehlt.

V. Zu einzelnen Aspekten des Programmentwurfs:

a) Prävention:

Kapitel 16 (Gesundheitswesen) wird eingeleitet mit dem Satz: „Die Arbeits- und Lebensbedingungen in der Industriegesellschaft bestimmen über Gesundheit und Krankheit der Menschen.“ Damit wird die vor allem von der ÖTV hervorgehobene, inzwischen aber auch von anderen

Gewerkschaften aufgegriffene zentrale Erkenntnis, daß Gesundheit und Krankheit nicht allein individuelles Schicksal sind, sondern im Zusammenhang gesehen werden müssen mit den gesellschaftlichen Existenzbedingungen des einzelnen Individuums. Daraus abgeleitet ergibt sich auch die gesellschaftliche Verantwortung für Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung. Auf dieser Grundlage beruhen wesentliche gesundheits- und sozialpolitische Aussagen und Forderungen des vorliegenden Entwurfs. Diese Forderungen haben besonders im Kapitel „Humanisierung der Arbeit“ ihren Ausdruck gefunden. Gefordert wird außerdem ein Ausbau des Systems der Vorsorge und Früherkennung, „um die Entwicklungsursachen von Krankheit zu erforschen und zu bekämpfen“. Folgerichtig nimmt der Bereich des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz eine zentrale Rolle ein (s. u.).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die geforderte aktive Einbeziehung der Menschen in die Maßnahmen zur Gesundheitssicherung. Dies setzt vor allem eine umfassende Information und Beratung und – vor allem am Arbeitsplatz – die Möglichkeit der Mitbestimmung voraus. Denn wer nicht nur Konsument sein soll, sondern aktiv zur Förderung seiner Gesundheit beitragen soll, tut dies nur, wenn er auch die Möglichkeit hat, darüber zu bestimmen.

b) Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz:

Wie schon erwähnt, nehmen die Forderungen zur Gesundheitssicherung am Arbeitsplatz einen relativ breiten Raum ein. Das entspricht einer richtigen Einschätzung ihrer zentralen Bedeutung. Hinsichtlich der Frage, wie die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden können, weist der Programmentwurf auf die Unabhängigkeit der Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte und die Mitbestimmung der Arbeitnehmer beim betriebsmedizinischen Dienst hin. Die dabei verwendete Formulierung: „Der betriebsmedizinische Dienst ist der Mitbestimmung der betroffenen Arbeitnehmer zugänglich zu machen, ...“, ist vage und läßt unterschiedliche Interpretationen zu. Wichtig wäre eine eindeutige Formulierung, die für Betriebs- bzw. Personalräte das Recht fordert, gemeinsam mit Betriebsarzt und Sicherheitsfachkräften alle Maßnahmen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu treffen – auch gegen den Willen des Unternehmers.

Von Bedeutung sind außerdem noch Aussagen über die Regelung der Arbeitszeit. Dabei ist zu bemerken, daß zwar eine weitere Verkürzung der Arbeitszeit gefordert wird, die konkrete Forderung nach Einführung der 35-Stunden-Woche fehlt. Damit fällt der Entwurf hinter die Forderungen und Beschlüsse mehrerer Einzelgewerkschaften (u. a. IG Metall, IG Druck und Papier, IG Chemie-Papier-Keramik) und des eigenen Aktionsprogrammes zurück.

c) ambulante Versorgung:

Im Mittelpunkt steht die Errichtung eines „integrierten Systems der Gesundheitssicherung“, wie es inhaltlich auch schon im Gesundheitspolitischen Programm des DGB von 1972 formuliert ist. Darunter wird vor allem eine Verbesserung der Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Bereich verstanden. Darüber hinaus wird aber auch die verstärkte Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des betriebsmedizinischen Dienstes und der sozialen Dienste verlangt.

Als Grundlage der ambulanten Versorgung betrachtet der Entwurf die allgemeinärztlichen Praxen. Außerdem sollen die Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung beteiligt werden. Dies entspricht den Aussagen des Gesundheitspolitischen Programmes von 1972. Zwar verlangte der DGB schon damals die „intensive Kooperation und Kommunikation zwischen Ärzten verschiedener Disziplinen und Einrichtungen“, orientierte sich aber an einer ambulanten Betreuung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Die damals genannte Voraussetzung für den Bestand des Systems der freien Praxis, daß sie nämlich „entsprechend modernen gesundheitspolitischen Konzeptionen in der Zukunft in der Lage ist, die von Wissenschaft und Technik entwickelten Möglichkeiten im Interesse des Patienten voll auszunutzen“, ist bis heute nicht erfüllt worden. Weiterhin ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und zwischen Ärzten und Sozialberufen völlig unzureichend, es bestehen starke regionale Ungleichheiten in der ambulanten Versorgung, das bestehende Honorierungssystem fördert die Jagd nach dem Krankenschein und bevorzugt einseitig technische Leistungen. Dem Ausbau der Vorsorgemedizin im Sinne einer umfassenden gesellschaftlichen Prävention kann ein privatwirtschaftlich organisiertes System nicht entsprechen; das haben die bisherigen Erfahrungen mit den wenigen Früherkennungsuntersuchungen bestätigt.

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, wird aber gerade unter den o. g. Gesichtspunkten keine wesentliche Verbesserung herbeiführen, sondern dient eher der besseren Integration von ambulantem und stationärem Bereich. Notwendig wäre als erster Schritt die Möglichkeit, in unterversorgten Gebieten, in denen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht gewährleistet werden kann, Praxen und Ambulatorien in öffentlicher Trägerschaft oder durch die gesetzliche Krankenversicherung einzurichten. Dies ist auch Inhalt einer Reihe von Beschlüssen und Forderungen in Einzelgewerkschaften (z. B. IG Metall, IG Chemie-Papier-Keramik). Die Diskussion um Alternativen zur bestehenden kassenärztlichen

lichen ambulanten Versorgung sollte im DGB und in den Einzelgewerkschaften endlich verstärkt aufgenommen werden.

d) stationäre Versorgung:

Gefordert wird eine nach regionalen und fachlichen Gesichtspunkten bedarfsgerecht zu gliedernde Krankenhausversorgung. Angesichts der massenhaften Bettenstillegungen aufgrund der Landeskrankenhauspläne, der Personaleinsparungen, Rationalisierungen und Privatisierungen in den Krankenhäusern wäre eine Aussage über Bedarfskriterien und die Notwendigkeit einer ausreichenden personellen und materiellen Ausstattung der Krankenhäuser wünschenswert. Die Bedeutung einer solchen Forderung wird deutlich angesichts der gerade erfolgten Verabschiedung des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes, womit zu befürchten ist, daß sich die Personalsituation und damit auch die Versorgung der Patienten weiter verschlechtert (durch verstärkten Druck auf die Pflegesätze). Ohne eine solche Aussage fehlt der im Entwurf – an den

lung als einen Hauptgrund für die Kostensteigerungen. Im DGB-Entwurf fehlt dieser Komplex völlig. Für die Kostensteigerungen sind wesentlich die Preise für Arzneimittel und medizinische Geräte verantwortlich. Zu fordern wäre deshalb zumindest eine wirksame Preiskontrolle für Medikamente und medizinische Geräte. Es wäre aber sicher bedenkenswert, ob nicht gerade hier die in Kapitel „Kontrolle wirtschaftlicher Macht“ geforderte „Überführung von Schlüsselindustrien und anderen markt- und wirtschaftsbeherrschenden Unternehmen in Gemeineigentum“ angebracht wäre.

Weitere Aussagen, deren Aufnahme in den Programmentwurf wichtig wäre, sind solche über Arzneimittelsicherheit – angesichts von 60 000 Präparaten und zahlreichen Skandalen (Contergan, Menocil, Duogynon etc.) – und über ein Verbot jeglicher Werbung für Arzneimittel.

g) Geldleistungen der sozialen Sicherung:

Gegenüber dem gültigen Grundsatzprogramm sind in den neuen Entwurf eine

In der Frage der Vereinheitlichung der Sozial-, insbesondere der Krankenversicherung, hat sich der DGB im wesentlichen den Standpunkt der ÖTV zueigen gemacht, indem er am bisherigen gegliederten System festhält. Gefordert wird lediglich eine verstärkte Koordination und Kooperation, wozu die Gründung von Arbeitsgemeinschaften für Gemeinschaftsaufgaben beitragen soll. Ob allerdings die Argumente, die gegen eine Vereinheitlichung oder gar Einheitsversicherung, wie sie die IG Metall gefordert hat, wirklich so stichhaltig sind, erscheint fraglich. Eine Zersplitterung der Sozialversicherung in über tausend verschiedene Leistungsträger kann wohl kaum durch mehr Kooperation ausgeglichen werden. Eine einheitliche Versicherung würde einer versicherten, dezentralisierten Betreuung sicher nicht im Wege stehen, sondern die Selbstverwaltung stärken und das Sozialrecht vereinfachen und übersichtlicher machen.



ÖTV-Forderungen anknüpfende – Verbesserung der psychosozialen Dienstleistungen, die Grundlage.

e) psychosoziale Versorgung:

Man vermißt im Programm eine grundsätzliche Aussage zur Frage der psychiatrischen, bzw. psychosozialen Versorgung. Angesichts des Anstieges psychischer und psychosomatischer Störungen einerseits und einer miserablen Versorgung, wie sie in keinem anderen Bereich zu finden ist, andererseits, erscheint mir die Forderung nach Aufbau eines flächendeckenden, gemeindenahen und regional gegliederten Netzes ambulanter Dienste dringend erforderlich.

f) privatwirtschaftliche Interessen im Gesundheitswesen:

In ihren „Perspektiven“ benennt die ÖTV den Widerspruch zwischen öffentlicher Finanzierung und privater Leistungserstel-

Reihe wichtiger Forderungen aufgenommen worden, die zum einen der stärkeren materiellen Absicherung der Arbeitnehmer bei Erwerbsunfähigkeit, im Alter oder bei Arbeitslosigkeit dienen und zum anderen die Sozialversicherung auf solidere finanzielle Grundlagen stellen sollen.

Von besonderer Bedeutung für die Verbesserung der finanziellen Grundlagen der Rentenversicherung ist die Forderung, die Bundeszuschüsse von bisher 18 % auf ein Drittel der Aufwendungen zu erhöhen.

Besondere Betonung wird auf die Stärkung des Solidaritätsprinzips gelegt. Dazu gehört die Beseitigung der Versicherungspflichtgrenze und die Anhebung der Beitrags- und Leistungsbemessungsgrenze der Krankenversicherung auf das Niveau der Rentenversicherung.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Stärkung der Selbstverwaltung, wobei im Mittelpunkt die Forderung nach alleiniger Verwaltung durch die Arbeitnehmer steht.

VI. Zusammenfassung:

Der Stellenwert der Sozialpolitik und besonders der Gesundheitspolitik ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Aus der Sicht der Gewerkschaften steht sie gleichrangig neben der Wirtschaftspolitik. Dem trägt der Entwurf für ein neues Grundsatzprogramm Rechnung. Gegenüber dem alten Programm wird er nicht auf relativ wenige Grundsatz Aussagen beschränkt, sondern eine Reihe teilweise recht detaillierter Forderungen mit wesentlich eindeutiger Orientierung im Interesse der Arbeitnehmer formuliert. In den aufgeworfenen Fragen und Problemen spiegeln sich die Erfahrungen aus den verschärften Klassen-Auseinandersetzungen der letzten Jahre und die trotz aller Widersprüchlichkeiten gewachsene Kampfkraft der Gewerkschaften wider. Erkannt worden ist, daß neben einer weiteren Absicherung und Verbesserung der materiellen Lebensgrundlagen der Arbeitnehmer, eine Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen immer notwendiger wird. Das wird besonders in der Betonung der Gesundheitssicherung deutlich, und dort vor allem in der Forderung nach Maßnahmen, die an den Umwelt-, besonders den Arbeitsbedingungen ansetzen, um die Gesundheit nicht nur wiederherzustellen, sondern um zu verhindern, daß Krankheit überhaupt erst entsteht.

Auf der anderen Seite muß allerdings auch festgestellt werden, daß sich im sozialpolitischen Teil wie im gesamten Programm-entwurf eine Anzahl Widersprüchlichkeiten oder zumindest nicht genügend eindeutige Aussagen finden, die im wesentlichen auf die zu Beginn aufgezeigten unterschiedlichen Strömungen in der westdeutschen Gewerkschaftsbewegung nach 1945 zurückzuführen sind.

buch *Kritik* buch

Arbeitsstreß und Gegenwehr

Ein kritischer Reader für Betroffene

Der gewerkschaftseigene Bund-Verlag hat kürzlich einen Band vorgelegt, der als für betroffene Beschäftigte gut geeignete Einführung in die Arbeitsstreßforschung gelten kann. Die Verfasser, Mediziner, Psychologen und Soziologen an der Universität Hamburg, versuchen anhand von konkreten alltäglich in der Arbeitswelt anzutreffenden Streßsituationen beim Leser Betroffenheit herzustellen, auf diesem Hintergrund in den behandelten Problemkreis auch theoretisch einzuführen und schließlich Maßnahmen zur Abwehr von Streßbelastungen aufzuzeigen. Häufig dienen dabei Schilderungen von Arbeitsplätzen und -abläufen, in die „Herr A.“ oder „Frau K.“ „eingebaut“ sind als Aufforderung zur Identifikation mit den Geschilderten. Wird so der Leser zunächst am Thema interessiert, kann auf der nächsten Stufe der Ausführungen erklärt werden, was es denn nun im einzelnen mit z. B. dem Lärm als Belastungsfaktor auf sich hat; warum ist der Lärm Streßfaktor, welche Auswirkungen hat er, kann man sich an Lärm gewöhnen usw.? Eine derartige Vorgehensweise, übrigens seit langem in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit üblich, erscheint sinnvoll; durch sie wird der interessierte Laie nicht überfordert, sondern im Gegenteil zur Beschäftigung mit dem Thema eingeladen, wozu übrigens auch die fast durchweg klare und verständliche – aber nicht anspruchsvolle – Sprache der Beiträge beiträgt.

Im einzelnen beschäftigen sich die Beiträge des vorliegenden Bandes mit den wichtigsten Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz: Nacht- und Schichtarbeit, Arbeit an Datensichtgeräten, Lärm und Monotonie. Hinzu kommen vier Beiträge, die sich mit Streßgefährdungen und -belastungen verschiedener Gruppen von Betroffenen befassen: den Angestellten, älteren Arbeitern und Angestellten, Arbeitslosen sowie Betriebsräten. Insbesondere der Beitrag über die Belastungen der letztgenannten Gruppe, verdient besondere Beachtung, wird hier doch – m. W. erstmals in neuerer Zeit in der Literatur – versucht, Rollen- und Interessenkonflikte, in denen sich Betriebsräte in der betrieblichen Praxis zweifellos befinden, auf ihre Belastungs- und Streßwirkungen hin zu untersuchen. Wer

die kleinen und großen Schlachten des täglichen Kleinkriegs zwischen Betriebs- und Personalräten und Unternehmensleitungen – und sei es auch nur aus hautnahen Schilderungen und Erzählungen – kennt, der weiß, daß dieser Abschnitt des Buches von jemandem geschrieben worden ist, der sich auf diesem Gebiet auskennt. Gerade dieser Abschnitt sollte zur Pflichtlektüre aller Kollegen gehören, die solche Ämter innehaben oder sie anstreben. Schließlich enthält der Band noch zwei übergreifende Beiträge zu den Themen „Streß und Krankheit“ sowie „Arbeitsbelastungen, Streß und Bewältigungsmöglichkeiten“, die sich aus mehr theoretischer Sicht – gleichwohl für den Laien verständlich – mit der Entstehung und den Auswirkungen von Arbeitsbelastungen und Streß befassen und auch für den vorwiegend theoretisch sich mit diesen Problemen der Medizinsoziologie beschäftigenden Leser von Interesse sein dürften.

Insgesamt wird man ohne Übertreibung sagen können: Wer wissen will, was Streß ist, wie er entsteht und wie er zu bewältigen ist, dem kann die Lektüre dieses Buches empfohlen werden. Insbesondere aber gehört es in die Hand von Betriebs- und Personalräten, sowie gewerkschaftlichen Funktionären, die sich mit Problemen der Arbeitsbedingungen und -belastungen befassen. Es ist darüber hinaus vorzüglich in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit einsetzbar.

Karmaus/Müller/Schlenstock/Stuhr:
Streß in der Arbeitswelt. Köln: Bund-Verlag 1979. 222 Seiten, 25 DM.

Klaus Priester

Dokumentation zur zahnmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland

Der absolut unhaltbare Zustand der zahnmedizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland hat die *Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V.* veranlaßt, der Presse die obengenannte Dokumentation zu übergeben.

Die Gründe dafür: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte bereits 1973 den katastrophalen Gebißverfall der bis zu 13- bis 14-jährigen Kinder und Jugendlichen wissenschaftlich dokumentiert. Danach



konnten nur 10 der Kinder und Jugendlichen in dem als repräsentativ anzusehenden Untersuchungsgebiet Großraum Hannover als zahnärztlich ausreichend versorgt gelten. Dem stehen 90 % dieser Altersgruppe gegenüber, die völlig oder teilweise zahnmedizinisch unversorgt bleiben. Obwohl seit dieser Untersuchung 7 Jahre vergangen sind, die Zahnärzte in der Presse häufig zu Recht wegen unzureichender Versorgung und gleichzeitiger überzogener Honorare angegriffen wurden, haben sie diesen Zustand nicht ernsthaft zu ändern versucht. Im Gegenteil, sie stemmen sich mit aller Macht und viel Geld gegen überfällige Reformen, nämlich von der überbezahlten Reparaturmedizin mit Zahnersatz wegzukommen, um endlich bereits im Kindesalter die Zahngesundheit zu erhalten, wie es im westlichen Ausland durch die Einrichtung von Kinder- und Jugendzahnkliniken innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes möglich war.

Das ständig wachsende Interesse an Prophylaxe in der Öffentlichkeit, hervorgerufen durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, für sich ausnutzend, betreiben die Zahnärzteverbände eine massive Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, die Mißstände zu vertuschen und die Aufmerksamkeit in eine ihnen genehme Richtung zu lenken. Diese in ihrer Einseitigkeit manipulierenden Aussagen bedürfen unbedingt einer Richtigstellung. So behauptet u. a. in der jüngsten Ausgabe der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (vom 1. April 80) der Vizepräsident des Bundesverbandes Deutscher Zahnärzte, das Wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) wolle mit einer Studie über zahnmedizinische prophylaktische Maßnahmen die Vorsorgemaßnahmen den niedergelassenen Zahnärzten „entwinden“. Dies erweckt den Eindruck, als habe

Kritik buch

man auf diesem Gebiet schon Übergroßes geleistet und als wolle man sie um die Früchte ihrer Arbeit bringen. Wie die vorgelegte Dokumentation zeigt, ist hier jedoch nichts Erwähnenswertes geleistet worden.

Nach Auffassung der Zahnärzteverbände sind gesundheitspolitisch sinnvolle Vorschläge – wie die vom WIdO – grundsätzlich „tendenziöse“, während die Kassenzahnärzte für sich in Anspruch nehmen, nachdem sie bei der Kinder- und Jugendzahnheilkunde absolut versagt haben, im „legalen Verbandsinteresse“ einen unhaltbaren Zustand um jeden Preis zu erhalten und darüberhinaus ausbauen zu müssen. Sie wollen so – wie ihre niedergelassenen Arztkollegen – einen Monopolanspruch auf die Vorsorgemedizin erhalten. Es fehlen jedoch in der Zahnarztpraxis alle Voraussetzungen, eine effektive und kollektiv wirksame Prophylaxe zu betreiben. Dennoch wollen sie eine von den Allgemeinen Ortskrankenkassen auf 1,3 Milliarden DM geschätzte zusätzliche Einnahme den Versicherten aufbürden.

Bestellung der Dokumentation an:
Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V.,
Postfach 53
3550 Marburg

„Verkrüppelt für den Rest des Lebens . . . ist schlimmer als tot!“

(Anzeige des HUK-Verbandes, 1978)

Als Sonderband der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“ entstand aus den Reihen der DGSP „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“. Damit wird das vorläufige Ergebnis einer Diskussion vorgelegt, die 1979 nach dem Holocaustfilm auf einer Tagung des Mannheimer Kreises in Rickling begonnen hatte. Das übersichtliche Buch macht das Nachdenken einer großen Gruppe Menschen über den 12000fachen Mord an psychisch kranken Bürgern öffentlich. Es ist mehr als eine Dokumentation des Grauens, unserer dunklen und verschwiegene Vergangenheit; es macht die Geschichte lebendig, zu einem persönlichen Erleben. Es läßt die Position eines kritischen Beobachters nicht zu.

Deshalb scheiterte auch dieser Versuch einer Besprechung. Leichter wurde es erst, als mir die Dokumentation von Ernst Klee über das Frankfurter Behindertenurteil in die Hände fiel. Das hier ausführlich dargestellte Urteil hatte einer Frau Schadenersatz zugebilligt, weil sie ihren Urlaub u. a. im selben Hotel wie eine Gruppe angeblich schwer geistig behinderter Menschen zubringen mußte. Aufgeschreckt durch den lebhaften Protest versuchte der Richter klarzustellen: Ihm sei klar, „daß körperliche Behinderung kein Grund für einen Reisemangel“ darstelle. Die Körperbehinderten bedürften selbstverständlich einer „Eingliederung in die Gesellschaft“. In diesem Fall liege es aber anders, es handele sich „um geistig kranke Menschen, die durch Tobsuchtsanfälle und sonstige Belästigungen die anderen Hotelgäste beim Essen, im Aufzug und in der Nachtruhe beeinträchtigen“.

Ernst Klee recherchierte weiter und zitiert Bengt Lindquist, den Präsidenten eines schwedischen Behindertenverbandes (die Reisegruppe kam aus Schweden): „Es gab überhaupt keine geistig Behinderten unter diesen jungen Leuten.“ „Aber auch wenn es geistig Behinderte waren, können wir natürlich nicht so ein Urteil akzeptieren. Auch die geistig Behinderten haben ein Recht, unter anderen Menschen zu existieren. Wir finden, (das Urteil) klingt wie eine Stimme der Vergangenheit.“

Zwei Bücher – noch so verschieden – aber zum selben Thema: „wenn Anderssein in unserer Gesellschaft nicht länger ertragen wird“. Tabellen und Zahlenkolonnen wird man vergeblich suchen, ein Anspruch auf wissenschaftliche Aufarbeitung des Themas wird enttäuscht. Die Vielzahl der Stimmen, die zu Wort kommen, lassen den Leser schwanken zwischen Empörung und Applaus, zwischen stillem Nachdenken und dem Wunsch, etwas zu tun, wie z. B. die 5000, die im Mai zur bisher größten Behindertendemonstration nach Frankfurt aufbrachen. Beide Bücher sind nicht geschrieben für Experten, die ohnehin schon alles wissen. Aber diejenigen werden Wertvolles lernen können, die Probleme haben im Umgang mit Menschen, die anders aussehen und die ihre Umwelt anders wahrnehmen als wir.

Fazit dieses Buchhinweises: unbedingt lesen!

Dörner, Haerlin, Rau, Schernus, Schwendy (Hrsg.), **Der Krieg gegen die psychisch Kranken**, Rehbürg-Loccum, Psychiatrie-Verlag, 1980

Ernst Klee, **Behinderte im Urlaub?** Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch, 1980

Harald Kamps



Das Buch zum
1. September,
dem Jahrestag des
"Euthanasie-Erlasses"

Der Krieg gegen die psychisch Kranken

Herausgegeben von K. Dörner, Ch. Haerlin, V. Rau, A. Schwendy und R. Schernus.

Gefühle, Meinungen, Fakten und Dokumente über die Verhältnisse in der deutschen Psychiatrie 40 Jahre nach dem psychiatrischen „Holocaust“. In der Psychiatrie Tätige brechen das Schweigen um die Nachwirkungen des nationalsozialistischen Massensmords an über 120 000 psychisch Kranken und geistig-körperlich Behinderten.

Hitlers Krieg gegen alle Andersartigen, vor allem die „Irren“, ist noch nicht beendet. Dieses Buch will eine moralische Neuorientierung der deutschen Psychiatrie möglich machen.

„Wir möchten alle Leser bitten, mit Hilfe des Materials dieses Buches das Thema der psychiatrischen Tötungen überall zur Sprache zu bringen: Im eigenen Team, in der eigenen Einrichtung, aber auch bei öffentlichen Veranstaltungen, in Schulen und Volkshochschulen usw.; denn nur eine Psychiatrie, die auch über ihre größten Schwächen und über ihre schwärzesten Gefahren spricht, kann sich von der Angst, die sie – bisher mit Recht – auslöst, befreien, kann Glaubwürdigkeit für sich beanspruchen.“

Der 1. September soll unser Jahrestag sein, an dem wir prüfen können, wie weit wir auf dem Wege unserer alltäglichen Trauerarbeit gekommen sind, was wir vergessen und was wir neu entdeckt haben. Wenn wir sagen können, was wir zur Beendigung des Krieges nach innen getan haben, dann ist das unser Beitrag zu diesem alljährlichen Antikriegstag, ein Beitrag, den uns allerdings auch niemand abnimmt.“ (Aus dem Schlußwort)

Sonderband der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“, 293 Seiten, 15,- DM

Psychiatrie-Verlag
Mühlentorstraße 28
3056 Rehbürg-Loccum 1

Wenn Ausbildung zur Geldfrage wird:

Information zum Beruf der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

Trotz erheblicher Stundenausfälle und fehlender Schulleitung erhöhte das Annastift Hannover innerhalb von 1 1/2 Jahren an der BT/AT-Schule das Schulgeld auf ein unerträgliches Maß.

Die Beschäftigungstherapie ist eine vom Arzt verordnete und überwachte Behandlung, die von den Beschäftigungstherapeuten (BT) selbständig geplant in Einzel- oder Gruppentherapie ausgeführt wird. Dieser Beruf gehört zu den nichtärztlichen Heilhilfeberufen im Gesundheitswesen und hat die soziale und berufliche Wiedereingliederung Kranker und Behinderter zum Ziel. Beschäftigungstherapeuten werden im Bereich der Orthopädie, Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie und Arbeitstherapie eingesetzt.

Die Ausbildung zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten wird an staatl. anerkannten Berufsfachschulen vermittelt. Die dreijährige Ausbildung an der Schule umfaßt eineinhalb Jahre theoretische Ausbildung an der Schule und eineinhalb Jahre Praktikum in den verschiedenen Bereichen mit begleitendem Unterricht. Von den 18 staatl. anerkannten Schulen sind lediglich 10 schulgeldfrei, an den Schulen mit privaten Trägern – Kirche, Stiftungen, etc. – wird ein Schulgeld von 40,- bis 700,- DM monatlich erhoben.

Pro Semester und Schule finden sich ca. 500 Bewerber, von denen aber im Durchschnitt nur 20 einen Schulplatz erhalten. Dies hat lange Wartezeiten zur Folge und der interessierte Bewerber hat weder die Möglichkeit, an die Schule zu gehen, die seinem Wohnort am nächsten ist, noch sich für eine schulgeldfreie Schule zu entscheiden.

Unsere Situation am Annastift: in den letzten 4 Jahren hatten wir 4 Ausbildungsleitungen. Zur Zeit wird die Schule provisorisch von einer BT geleitet, es ist die 7. Leitung, wobei eine feste Ausbildungsleitung ab Oktober '80 nicht gewährleistet ist. Die Weiterführung der Schule ist dadurch in Frage gestellt.

Da sich jede neue Leitung neu einarbeiten muß, andere Lehrpläne erstellt und es laufend zu Kompetenzschwierigkeiten kommt, besteht eine starke Fluktuation der Lehrkräfte und Unsicherheit unter den Schülern. Durch den dauernden Wechsel der nebenamtlichen Dozenten, die durch unzureichende Verträge nicht an die Schule gebunden sind, kommt es in einzelnen Semestern bis zu 30 % Stundenausfall und zu ständigen Veränderungen der Lehrinhalte, was dazu führt, daß unser Berufsbild im medizinischen Unterricht oft außer acht gelassen wird.



Öffentlichkeitsarbeit der BeAT-Auszubildenden in Hannover

Unter all diesen Bedingungen mutet uns der Schulträger Annastift nun innerhalb von 18 Monaten Schulgelderhöhungen von DM 160,- auf 215,- pro Monat zu. Da wir während der Hälfte der Ausbildung zusätzlich noch DM 35,- Materialgeld bezahlen müssen, ist die finanzielle Situation der meisten von uns unerträglich. Ein Beispiel:

- 565,- DM Bafög-Höchstsatze einschl.
- 100,- DM Schulgeldzuschuß
- 215,- DM Schulgeld ab Okt. '80
- 35,- DM Materialgeld
- 240,- DM Miete für ein durchschn. Zimmer in Hannover
- 25,- DM Bücher und Lehrmittel
- 26,- DM Schülermonatskarte

24,- DM dieser Betrag verbleibt uns für den Lebensunterhalt!

Mit diesen paar Pfennigen kann niemand existieren! Bei einer 40-Stunden-Schulwoche ist es unzumutbar, daß wir am Wochenende, Nächte oder in den 9 Wochen Jahresferien mit Jobs unser Existenzminimum absichern. Konkret ist bei einer Forderung von Schulgeld die Ausbildung nur noch Kindern reicher Eltern möglich.

Deshalb lauten unsere Forderungen:

- Schulgeldfreiheit
- feste Schulleitung
- mehr hauptamtliche Dozenten
- Erfüllung des Ausbildungsvertrages

Im Dezember 1978 wurde uns die Erhöhung des Schulgeldes von DM 160,- auf DM 200,- zum 1. 4. 1979 angekündigt.

Angesichts unserer unzumutbaren finanziellen Lage versuchten wir, in Gesprächen und Briefen, der Stiftsleitung die Unverschämtheit ihrer Forderung klarzumachen und eine Begründung für eine 25%ige Erhöhung zu bekommen. Der Vorstand lieferte uns lediglich pauschale Erklärungen von gestiegenen Personal- und Sachkosten, ohne nachprüfbares Zahlenmaterial. Ab 1. 4. 1979 boykottierten 2/3 der Schüler die Schulgelderhöhung auf unbefristete Zeit. Um unseren Forderungen Nachdruck zu verleihen, wandten wir uns an die Lokalpresse und sammelten verbunden mit einer Aktion im Zentrum von Hannover Unterschriften. In diesem Zusammenhang konnten wir den Sachverhalt über den NDR bekanntmachen.

Das Niedersächsische Kultusministerium lehnte eine Übernahme der Kosten mit dem Hinweis auf den privaten Träger ab. Unser Angebot, mit Rechtshilfe der ÖTV einen Musterprozeß zur Klärung der Rechtslage zu führen, lehnte der Stiftsverband ab und drohte statt dessen mit Kündigung.

Unter diesem Druck zahlten wir die Erhöhung. Mitte Mai 1980 wird jetzt eine weitere Schulgelderhöhung auf DM 215,- ab Oktober 1980 angekündigt. Die Stimmung unter uns reicht von totaler Niedergeschlagenheit bis zur Empörung. Wenn unsere Forderungen bis zum 1. 10. 1980 nicht erfüllt werden, sehen sich einige Schüler gezwungen, die Ausbildung abzubrechen.

Der Verfasser ist der Red. bekannt

„Maurer Mayer, Busfahrer Schmidt und Arzt Schulze“

Chefarzt von Dr. Limbrock meldet sich zu Wort

Kommentar, Hamburger Abendblatt Die Sonderstellung geht dahin

Die Ärzte an den Krankenhäusern wollen endlich weg von der 70-Stunden-Woche und der permanenten Überbelastung am Arbeitsplatz. Dafür muß jedermann Verständnis haben, auch wenn uns das eines Tages am eigenen Geldbeutel treffen sollte, wenn nämlich aufgrund höherer Personalkosten für Ärzte an den Kliniken der Krankenkassen-Beitrag erneut kräftig steigen wird. Sei's drum – der Kranke will von einem ausgeruhten und nicht von einem verschlafenen Doktor behandelt werden.

Nur müssen auch die Ärzte für die nunmehr getroffene Gerichtsentscheidung ihren Preis zahlen. Indem sie fest abgesteckte Arbeitszeiten erwarten, also ärztliches Berufsethos, wonach sie ohne Blick auf die Uhr für den Kranken zur Verfügung zu stehen haben, ignorieren, reihen sie sich ein in das große Heer der Arbeitnehmer, die ebenfalls mit gewerkschaftlicher Hilfe für bessere Arbeitszeitregelungen kämpfen. Auf einer Ebene neben Maurer Mayer und Busfahrer Schmidt nun also auch der Arzt Schulze. Die gesellschaftliche Sonderstellung, die die Ärzteschaft gerne eingeräumt haben will, geht auf diese Weise jedenfalls in die Binsen. Das ist nicht weiter schlimm, nur ist es leider auch wieder ein Schritt in die vermassende Gleichmacherei. Schade für die Ärzte.

Max Conradt

Sehr geehrter Herr Conradt!

Lassen Sie mich antworten auf Ihren Kommentar „Die Sonderstellung geht dahin“ zum gewonnenen Assistenzarztprozeß. Sie sind mit dem Urteil offensichtlich einverstanden, haben aber Vorbehalte, besonders was die Veränderungen im zukünftigen Berufsethos der Ärzte, hier der Krankenhausärzte, angeht.

Dazu einige Bemerkungen:

1. Auch unter der angestrebten Arbeitszeitregelung wird es nicht vorkommen, daß einem Arzt, der am Krankenbett, im OP oder am Röntgengerät dringend vom Patienten benötigt wird, das Skalpell, das Stethoskop usw. aus der Hand fällt. Es ist aber Sache des Krankenhausträgers, eine Personalsituation zu schaffen, bei der auch Ärzte nicht permanent überbeansprucht werden. Ausnutzung der Arbeitskraft eines Arztes ist eine Sache, Berufsethos eine andere. Das bitte ich doch tunlichst auseinanderhalten zu wollen.

Ich habe in der von mir geleiteten Kinderabteilung noch nie einen Arzt gegen seinen Willen zur Ableistung von Überstunden in die Pflicht nehmen müssen. Noch nie hat jemand nach der Uhr gesehen, wenn „Not am Mann“ war. Aber Anspruch auf solches, immer noch beispielhaftes Verhalten hat nicht der Krankenhausträger, sondern nur der Patient.

2. Es sollten nicht Leute über die Fragwürdigkeit der Belastung eines 32-Stunden-Dienstes reden und schreiben, die selbst kaum je einen 12-Stunden-Arbeitstag überschreiten müssen. Ich bitte mir doch einen Beruf zu nennen, in dem regelmäßig, wie jetzt von Ärzten gefordert, auch nur 24 Stunden hochkarätige Arbeitsleistung verlangt wird, ohne daß anschließend sofort ein entsprechender Freizeitgleichgewicht stattfindet. Ärzte sind auch keine Übermensch.

3. Die Patienten mögen verschont bleiben von gewissen „Konditionsprotzen“ und „Dienstschindern“ aus pekuniären Gründen, die von sich behaupten, derlei lange Dienste machten ihnen gar nichts aus. Ihnen vielleicht nicht. Von bewunderungswürdiger, von hoher Ethik geprägter Arbeitshaltung sollte da allerdings weniger die Rede sein, eher von unpassender Selbstüberschätzung und einem weiten Gewissen gegenüber dem Patient. Mir kommen solche Leute heute vor wie diejenigen, die behaupten, mit 1,5 pro mille Blutalkohol erst richtig Auto fahren zu können.

4. Was heißt hier „Gleichmacherei“? Ärzte sollten nicht mehr und nicht weniger sein wollen als Angehörige anderer Berufe, die ihre Aufgabe mit großer Kunst, einem bedeutenden Wissen und erheblichem



Seit 1978 kämpft G. Limbrock gemeinsam mit der OTV gegen überlange Nacht- und Bereitschaftsdienste

Engagement ausüben, und die jederzeit bereit sind, u. U. das private Wohl hinter das des in Not geratenen Anderen zu stellen.

Wir brauchen keine „Medizinmänner“ in unserer aufgeklärten Zeit, jedenfalls nicht innerhalb unseres Berufes. Sollte es den „Halbgott in weiß“ noch geben, dann sollte die Götterdämmerung getrost jetzt einsetzen. Um diese ist es nicht schade!

Unser Berufsethos, was immer das ist, sollte Werte verkörpern, keinen Popanz.

5. Sie implizieren, Ärzte würden an Status verlieren, wenn sie sich auf die Ebene anderer Berufe stellen, die mit Hilfe der Gewerkschaften um bessere Arbeitszeitregelungen kämpfen. Wenn der hohe Status der Ärzte allein darin begründet lag, daß sie sich ohne Murren, ein hehres Ziel vor dem ach so ethisch verklärten Auge, bis zur Erschöpfung im Dienst permanent verschleiß ließen, dann, ja dann ist fürwahr viel verloren gegangen!

Wenn Sie uns fragen: auf dieses Statussymbol können wir gern verzichten und widmen uns mit Liebe, Einsatzfreude und ärztlicher Verantwortung unseren Patienten. Und wir erholen uns von dieser – immer noch sehr schweren – Arbeit in einer wohlverdienten Freizeit genauso gern ... wie unsere Kritiker.

Mit den besten Grüßen!

Ihr Dr. Gidon
Chefarzt der Kinderabteilung des
Allgemeinen Krankenhauses Heidelberg

§ urteile §

Verfassungsbeschwerde konfessioneller Krankenhausträger gegen das Krankenhausgesetz NRW

Bundesverfassungsgerichtsurteil 2 BvR 208/76

Das Krankenhausgesetz NRW (KHG NW) wurde 1975 verabschiedet. Es sollte im Anschluß an das 1972 vom Bund erlassene Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Krankenhausversorgung die innere Struktur, der Krankenhäuser im Sinne der Leistungssteigerung den heutigen Erfordernissen anpassen.

In seinem mit 7:1 Stimmen gefaßten Urteil folgt das Bundesverfassungsgericht im wesentlichen der Argumentation der Kirchen.

Die Beschwerdeführer wenden sich gegen die ihrer Meinung nach das Selbstorganisationsrecht einschränkenden Bestimmungen des KHG NW „Karitative Betätigung sei von jeher ein wesentliches Element christlichen Bekenntnisses“.

Für den Gesetzgeber besteht nach Meinung der Kirchen in folgenden Punkten keine Regelungsbefugnis:

- § 5 KHG NW verpflichtet die Krankenhäuser, sich unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht gemeinsamer Rechenzentren zu bedienen.
- § 21 Abs. 1 Satz 2 und 3 enthalten Bestimmungen, die Anhörungs-, Vorschlags-, Mitsprache- und Mitbestimmungsrechte von Mitarbeitern gesetzlich regeln. Diese seien bereits durch die kirchliche Ordnung der Mitarbeitervertretung geregelt.
- § 25 sieht die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Honoraren der liquidationsberechtigten Ärzte vor.
- § 17, 18 und 20 enthalten Bestimmungen über die Zusammensetzung und Aufgaben der Betriebsleitung, des ärztlichen Vorstandes und der Organisation des ärztlichen Dienstes.

Lediglich die Errichtung gemeinsamer Rechenzentren hält das Bundesverfassungsgericht für unbedenklich. Grundlage der Entscheidung ist die in Art. 140 Grundgesetz (GG) und Art. 137 Abs. 3 Weimarer Reichsverfassung (WRV) festgelegte Kirchenautonomie. Seine Grenze findet diese Autonomie in dem „für alle geltendem Gesetz“.

„Die Regelungs- und Verwaltungsbefugnisse stehen der Kirche nicht nur hinsichtlich ihrer körperschaftlichen Organisationen und ihrer Ämter zu, sondern auch hinsichtlich ihrer Vereinigungen, die sich nicht die allseitige, sondern nur die partielle Pflege des religiösen oder weltanschaulichen Lebens ihrer Mitglieder zum Ziel gesetzt haben.“ „An der Beurteilung vermag auch nicht zu ändern, daß nach den Bestimmungen des KHG NW die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zu einer öffentlichen Aufgabe erklärt worden ist, deren Erfüllung dem Land obliegt“ (§ 2 Abs. 1 und 2 KHG NW).

Eine abweichende Meinung wurde lediglich vom Richter Dr. Rottmann abgegeben. Er weist darauf hin, daß der Art. 140 GG in Verbindung mit dem Art. 137 Abs. 3 WRV den Religionsgemeinschaften zwar das Recht auf Selbstbestimmung gewährt, daß diese andererseits kein „Staat im Staate“ seien.

„Das Selbstbestimmungsrecht der Religionsgemeinschaften bezieht sich grundsätzlich nur auf eigene Angelegenheiten. Bei dem Betrieb von konfessionellen Krankenhäusern handelt es sich im Rahmen des staatlich geplanten und finanzierten Systems um eine gemeinsame Angelegenheit. Es ist nicht ersichtlich, daß irgendwelche auf kirchlichen Regelungen beruhenden Institutionen durch die aufgeführten Gesetzesbestimmungen abgeschafft, verdrängt oder in ihrem Wesen verändert werden. Im übrigen steht es den Beschwerdeführern frei, sich jeglicher staatlicher Reglementierung zu entziehen, daß sie keinen Antrag auf staatliche Förderung stellen. Bei der Verfassungsbeschwerde geht es in Wahrheit gar nicht um das verfassungsmäßige Recht der Kirchen, sondern um Erhaltung eines bisher rechtsfreien Raumes undurchsichtigen Entscheidungs- und Organisationsprozesse einzelner religiöser Vereine um sei-

ner selbst willen. Zweck der staatlichen Krankenhausgesetzgebung ist nicht die Förderung konfessioneller Caritas und Diakonie mit Steuergeldern, sondern die Krankenversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System von Krankenhäusern, die bei sozial tragbaren Pflegesätzen wirtschaftlich gesichert sind.

Die Nutzbarmachung speziellen Sachverständnisses, in dem die notwendige Zusammenarbeit in fachspezifischen Fragen institutionell gefördert wird und das Liquidationsrecht durch bestimmte Abführpflichten an die beteiligten ärztlichen Mitarbeiter beschränkt wird, ist verfassungsrechtlich unbedenklich.“

Urkunde als Krankenschwester/Krankenpfleger ohne Gebühr

Wer sich eine Urkunde, die zum Tragen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester oder Krankenpfleger“ berechtigt, ausstellen läßt, muß dafür keine Gebühr bezahlen. Das hat das Arbeitsgericht Bremen am 30. Okt. 1979 entschieden.

Ein Auszubildender in der Krankenpflege steht kurz vor der Abschlußprüfung. Er wird aufgefordert, eine Verwaltungsgebühr dafür zu zahlen, daß ihm die Urkunde ausgestellt wird. Die Urkunde berechtigt ihn nach bestandem Examen und Abschluß der Ausbildung, die Bezeichnung „Krankenschwester oder Krankenpfleger“ zu tragen. Die Richter des Arbeitsgerichtes Bremen entschieden in ihrem Urteil, daß die Erlaubnis zur Berufsausbildung gehöre. Die Erteilung sei nach dem BBiG § 34 kostenfrei.

Nach § 1 BBiG habe die Berufsausbildung den Auszubildenden mit denjenigen Voraussetzungen auszustatten, durch die ihm eine Eingliederung in den seiner Ausbildung entsprechenden Beruf ermöglicht. Dazu, meinen die Richter, gehöre auch die Erlaubnis zur Berufsbezeichnung. Die Berufserlaubnis ist, meinen die Richter weiter, nach dem Krankenpflegegesetz § 1 die Voraussetzung, um als Krankenschwester oder Krankenpfleger arbeiten zu können.

(ArbG Bremen, Az 3 Ca 3251/79)

Verbung & Wahrheit

Arzneimittelversuche an bundesdeutschen Krankenhäusern

Mit dem Prüfsiegel „Klinisch getestet“ versuchen nicht nur die Zahnpastahersteller ihren Produkten mehr Glaubwürdigkeit zu verleihen. Auch die Werbestrategen der Pharmaindustrie wissen: günstige Ergebnisse der klinischen Forschung verbessern die Marktposition. Im „pharma-jahresbericht“ 79/80 beklagt nun der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie eine zunehmende Zurückhaltung von Krankenhausträgern und -ärzten, Aufträge für klinische Prüfung zu übernehmen. Er macht dafür „ein übersteigertes Sicherheitsstreben bei den Krankenhausträgern“ verantwortlich und meint, daß Prüfarzte durch „Forderung nach Überwachung durch Ethik-Kommissionen und Behörden verunsichert“ seien. Warum die Pharmaindustrie den Blick hinter die Kulissen so scheut, wollen wir an Beispielen deutlich machen.

Die Redaktion freut sich über Erfahrungsberichte aus anderen Kliniken. Schreibt uns, wenn in Eurer Klinik Medikamentenversuche durchgeführt werden: Wer testet was? Firma? Präparat, Art des Test? Wer verdient daran und wieviel? Wie wurden die Patienten aufgeklärt? ...

Patienten als Testkaninchen der Pharmaindustrie

Lukrativer „Nebenverdienst“ für Klinikärzte

von Felix Richter

In unseren Krankenhäusern werden tagtäglich, tagaus von der pharmazeutischen Industrie Menschenversuche durchgeführt: Arzneimitteltests, Doppelblindstudien*, Präparatevergleich, etc.

Wie in verschiedenen Veröffentlichungen nachzulesen ist, scheint es dabei nicht immer mit rechten Dingen zuzugehen und selbst im „Deutschen Ärzteblatt“ wird eingeräumt, daß „auch jetzt noch vereinzelt Arzneimittelprüfungen durchgeführt werden, die schlecht geplant und ethisch nicht vertretbar sind“.

Betroffen sind an erster Stelle die Patienten, die oft nicht ausreichend über die Tests, Gefahren, Nachteile und Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Ihnen wird durch Testmedikamente eine erprobte

Therapie vorenthalten und sie müssen sich dazu oft noch belastenden Untersuchungen unterziehen.

An zweiter Stelle steht der wirtschaftliche Aspekt:

- die Pharmaindustrie benutzt öffentliche Einrichtungen, um wirtschaftliche Interessen durchzusetzen
- der Krankenhausträger erhält im seltensten Fall eine finanzielle Entschädigung
- die Krankenkassen müssen für die längeren Liegezeiten der Testpatienten und ambulanten Kontrolluntersuchungen die Kosten tragen.

Von Kritikern der Pharmaindustrie wird zu Recht immer wieder betont, daß die meisten Medikamentenversuche weniger zur wissenschaftlich-pharmakologischen Forschung, sondern zur Markteroberung durchgeführt werden. Klar ist wohl auch, daß nur *vorteilhafte* Ergebnisse veröffentlicht werden ...

Was dem einen fehlt, das fällt dem anderen in die Tasche: Die Klinikärzte können pro Testbogen einen Zusatzverdienst einstreichen der in keinem Verhältnis zum geleisteten Arbeitsaufwand steht. Ihnen werden Skrupel dafür abgekauft, daß sie gegen ihren Arbeitsvertrag und die Steuer verstoßen. Für das Pflegepersonal, das meist auch nicht über die Tests informiert ist, bleibt z.B. nur die Protokollierung der Testreihen: Mehrarbeit für den Mehrverdienst der Ärzte.

Niemand wird sich gegen sinnvolle Tests stellen. Allerdings müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- vollständige Patientenaufklärung
- Einverständniserklärung schriftlich
- Versuchskontrolle durch unabhängiges Gremium
- allen Patienten soll die beste erprobte Behandlung zuteil werden
- Aufdeckung der finanziellen Hintergründe.

Hier ein Beispiel:

An der medizinischen Klinik der Stadt. Kliniken Duisburg wird von der Firma THOMAE (Hersteller des Magenmittels GASTROZEPIN) eine Doppelblindstudie durchgeführt. Verglichen werden: TAGAMET-Cimetidin (Firma SMITH KLINE DAUELSBERG) (GASTROZEPIN-Pirenzepin (Firma THOMAE)

* Weder Arzt noch Patient wissen, welches Präparat gegeben wird.



Karikatur: H. Birnbach

Placebo (wirkungsloses Scheinmedikament)

Die Patienten müssen täglich eine Tagebuchkarte ausfüllen.

In der Regel findet keine ausreichende Aufklärung des Patienten statt. Alle 2 Wochen muß er eine Magen-Spiegelung über sich ergehen lassen. Über mögliche Nebenwirkungen eines der getesteten Medikamente wird nicht informiert (bei Tagamet z. B. möglicherweise Infertilität, Impotenz, Cancergenität).

Der testende Stationsarzt erhält bei der THOMAE-Studie

500,- DM (fünfhundert)

pro ausgefülltem Testbogen. Der Arbeitsaufwand beträgt ca. 15 Minuten.

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.
Wirksame Präparate
machen die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin

Spezifischer Magensekretionshemmer

- Eine Mucosubstanz. Bei Ulcus und Gastritis.
- Sekretionshemmung, soviel wie nötig, auch während der Nacht.
- Keine Blockierung physiologischer Regulationen im Gastrointestinaltrakt.
- Keine Kontraindikationen bekannt. Kurze Halbwertszeit. Bei nur zweimal täglicher Einnahme.
- Anzeigen für die noch wirksamere Ausleitungsbehandlung bei Ulcus sind für die Intervention.
- Die kostengünstigste Therapie. Ergebnisse der Thomae-Forschung.



Ein weiteres Beispiel für eine „Arzneimittelstudie“

An der Nervenklinik Krefeld-Königshof wird für die Firma Boehringer-Mannheim eine vergleichende Prüfung mit APONAL per os, i.m. und i.v. durchgeführt. Pro Testfall werden 200,- DM bezahlt.

Die Studie wird bei den Patienten vom Oberarzt oder Chefarzt angeordnet. Nur in Einzelfällen können sich die Stationsärzte dagegen wehren. Die Patienten werden in Diagnosegruppen und Therapieschema eingeteilt. Diese Therapiepläne enthalten eine viel höhere Medikamentendosierung als üblicherweise gegeben wird. Gewissenhafte Ärzte suchen deshalb nur robustere und herzgesunde Patienten für die Studie aus.

Die Patienten bekommen eine Anzahl von Testbögen überreicht, werden aber nicht voll über die Studie aufgeklärt. Die Testbögen (z. T. Fragebögen mit persönlichen Fragen) werden mit den Patientendaten, Anamnese und Diagnose an die Firma weitergegeben (Verletzung der Schweigepflicht).

Regelmäßig werden belastende und unangenehme Untersuchungen an den Patienten durchgeführt (EKG, EEG, Blutentnahmen, Katheterurin), die einzig dem Zweck der Studie dienen. APONAL, ein stark wirkendes Psychopharmakon, wird in Dosen verabreicht, die nicht an das individuelle Befinden des Patienten angepaßt werden können.

TERMINE

1. 9.-5. 9. 1980 Saarbrücken

„Reform der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung“

Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung
Besuch ist kostenlos, Fahrtkosten werden in Höhe von 75,- DM erstattet.

Auskunft: Reinhard J. Boerner, Oberstraße 64, 2000 Hamburg, Tel. 040/4105196

4. und 5. 9. 1980 Wunstorf

„Pflege in der Psychiatrie“

Tagung der Aktion „Psychisch Kranke“ und des LKH Wunstorf

Auskunft: LKH Wunstorf, Südstraße 25, 3050 Wunstorf

13. September Kalkar

„750 Jahre plutoniumfreies Kalkar“

Demonstration des Bundesverbandes Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) und der Deutschen Friedensgesellschaft/Vereinigte Kriegsdienstgegner (DFG/VK) gegen den Schnellen Brüter und eine Militärschau der Bundeswehr anlässlich der 750-Jahr-Feier der Stadt.

24.-26. 9. 1980 Hamburg

Studentisches Lernen und wissenschaftliche Fächer

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Hochschuldidaktik

Auskunft: AHD, Rothenbaumchaussee 32, 2000 Hamburg 13, Tel.: 040/448532

16.-18. 10. 1980 Dortmund

„Kränken ohne Ende“

DGSP-Jahrestagung 1980

Ort: Gesamtschule Dortmund-Scharnhorst
Auskunft: DGSP, Postfach 1253, 3050 Wunstorf

Tel.: 05031/4978

19. 10. 1980 Bonn

„Löst die Irrenhäuser auf, Ausgrenzen schadet allen!“

Sternfahrt nach Bonn, Kundgebung auf dem Marktplatz, 13.00 Uhr

Auskunft: DGSP-Bundesgeschäftsstelle

31. 10.-2. 11. 1980 Köln

5. internationaler Balinkongreß u. Kongreß der Allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie

Auskunft: H. G. Rechenberger, Nettelbeckstraße 3, 4000 Düsseldorf 30

Ein Gebrauchsbuch über Zähne:
AU-BACKE

Auf 192 Seiten lest ihr über

– Funktion + Aufbau der Zähne

– Entstehung der Zähne

– Zahnsebstuntersuchung

– Zahnleiden

– Ernährung

– Zahnpflege

– Behandlungsmethoden der Zahnärzte

Einzelbestellung gegen Vorauszahlung von 8,90 DM auf das PSK Hmb 402097-203

Marion Weidemann, Martin Völkner

Grundstraße 1

2800 Bremen 1

In eigener Sache:

Computer Tomographie, Fortschritt für wen?

Beim Umbruch dieses Artikel von Andreas Zieger hat sich ein bedauerlicher Fehler eingeschlichen: der Beitrag wurde „auf den Kopf gestellt“. Wir empfehlen dem interessierten Leser die erneute Lektüre, wenn er sich nicht schon selbst einen Reim gemacht hat.

Also: man lese auf S. 11 in der 2. Spalte bis zu dem Satz: „In der Fachliteratur hat man im wesentlichen anhand von drei Kriterien versucht, den medizinischen Nutzeffekt der CT zu beweisen (7.8).“ Und diese werden dann ab S. 12, 3. Spalte ... beschrieben. Und dann gehts wieder da los, wo man aufgehört hat bis zum Schluß.

Tut uns leid.

Die Redaktion

KLEINANZEIGEN

Krankenpfleger

sucht für Anfang oder Mitte 1981 Stelle in einer
Gemeinschaftspraxis, Verhaltenstherapeutischen Ambulanz
oder ähnlichem.

Antworten an die Redaktion

Medizinertreff

Wir sind ein Kreis von ca. 50-60 Medizinern (Krankenhaus-, niedergelassenen Ärzten, Studenten, bisher nur vereinzelt anderen Gesundheitsarbeitern) aus dem Raum Duisburg – Essen – Dortmund (Ruhrgebiet), der sich regelmäßig seit zwei Jahren trifft.

Unsere bisherige Arbeit: Austausch von Informationen und Erfahrungen aus Regionalaktivitäten und täglicher Praxis, Koordinierung regionaler Arbeit, Stellungnahme und Unterstützung zu aktuell politischen Anlässen. Darüber hinaus sind bisher gelaufen Einzelveranstaltungen überwiegend zum Themenkreis alternativer Gesundheitsversorgung: Naturheilverfahren, Kritik zur schulmedizinischen Röntgenologie, Kritik zur psychosozialen Versorgung, Vorstellung der bisher bestehenden Arztpraxen, Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus etc.

Medizinertreff Duisburger Kreis

c/o Michael Lefknecht

Holtenerstraße 328

4100 Duisburg 11 (Tel.: 0203/584019)

Editorial

Zu Beginn diesen Monats, also knapp ein Jahr nach Erscheinen von DG mit der ersten Nummer 1/79, gab es ungefähr 2300 Abonnenten. Mit 800 fingen wir damals an. Diese Entwicklung hatten nur Optimisten geschätzt. Unter den Lesern sind zu ca. 50 % Ärzte einschließlich einiger Studenten, zu 40 % Schwestern und Pfleger und zu 10 % Leute aus anderen Berufen wie Psychologen, Sozialarbeiter u. ä. und Institutionen wie Bibliotheken, Gewerkschaftsgliederungen, Behörden etc. vertreten. Die regionale Verteilung zeigt einen deutlichen Schwerpunkt in NRW und in einigen Großstädten wie Berlin, Bremen, Hamburg oder München. Es besteht also ein erhebliches Nord-Süd-Gefälle. Eindeutig spiegeln sich die persönlichen Aktivitäten von Mitarbeitern und Redakteuren der Zeitung wieder.

Die wichtigste Art und Weise, die Zeitung zu verbreiten, ist ganz offensichtlich das persönliche Ansprechen.

Was die Finanzlage anbelangt, so bekommen hier die Optimisten einen Dämpfer. Kurz die Situation:

Bislang haben 25 Kommanditisten ca. 30000 DM eingezahlt. Spendeneingänge sind nicht der Rede wert. Durch Handverkauf wurden ca. 4000 DM eingenommen. Da die meisten Anzeigen in der Zeitung auf Gegenseitigkeit beruhen, gibt es außer den Abonnements keine weiteren Geldquellen. Mäzene, Parteien- oder Gewerkschaftsgelder u. ä. existieren nicht.

Demgegenüber stehen die Erstellungskosten der einzelnen Nummern. So kostete z. B. DG 1/80 ca. 16000 DM. Die Bilanz der ersten 5 Nummern bis Ende 1980 wird also bestenfalls so sein, daß zwar alle Rechnungen bezahlt werden können, die Einlagen damit aber sämtlich aufgebraucht sein werden.

Ein dringlicher Appell geht deshalb an alle Mitglieder und Leser, entweder zu spenden oder direkt „stillen Teilhaber“ von DG zu werden, d. h. eine Einlage von mindestens 1000 DM zu tätigen. Dieses Geld wäre keine Spende sondern eine jederzeit zurückzahlbare Teilhabe am Grundkapital von DG. Näheres auf Anfrage!

Auch über kleine Spenden sind wir natürlich froh, genau so wie über jeden neuen Abonnenten.

Den Verkaufspreis von 4 DM wollen wir nicht ändern.

Ausgesprochen gut sieht es dagegen mit dem inhaltlichen Interesse an Mitarbeit aus. Neben den knapp 20 Redakteuren haben über 80 Leute ihre Mitarbeit angeboten.

Es liegen uns für jede Nummer derartig viele Artikel, Stellungnahmen und Leserbriefe vor, daß es ein größeres Problem ist zu entscheiden, was nicht rein kommt als sich zu sorgen, die Zeitung voll zu kriegen.

Unter diesen Voraussetzungen dürfte einzig das Finanzproblem einem zweimonatigen Erscheinen Schwierigkeiten machen.

Ob DG ab 1981 6 mal erscheinen kann, hängt entscheidend von der weiteren finanziellen Entwicklung ab. Auch die so dringende Einstellung eines festen Mitarbeiters ist gegenwärtig noch illusorisch.

An dieser Stelle sei einmal in Erinnerung gerufen, daß alle Redakteure und Mitarbeiter völlig unentgeltlich arbeiten und selbst die Unkosten aus der eigenen Tasche bezahlen.

Die Freude an der Lektüre sei nicht verdorben, aber sie soll auch in Zukunft möglich sein, und um das zu garantieren, braucht's Geld.

Nun aber viel Spaß beim Lesen
Eure Redaktion

Themenvorschau für 4/80

(erscheint am 15. 11. 1980)

Nach der Wahl: Interview mit Parteien zur Gesundheitspolitik

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: Die Rationalisierung geht weiter.

Weiterbildungspflicht für Ärzte? Ärzteorganisationen im Clinch.

Ambulante Versorgung: Diskussionsforum – weitere Berichte.

Bitte hier ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein-Verlag Gottesweg 54
5000 Köln 51

() Ich abonniere bis auf Widerruf die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ (zum Heftpreis von 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandkosten)

() Bitte senden Sie ein Probeheft an folgende Adresse(n):

ABSENDER (bitte mit Telefon und Arbeitsstelle bzw. Berufsbezeichnung):

_____ Datum _____

Abonnementgebühren bitte überweisen auf Konten:
Pahl-Rugenstein-Verlag
Postfach 6514-503
Stadtparkasse Köln 10562238

Unterschrift _____

Bitte hier ausschneiden und senden an:

**DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**

Postfach 10 10 41
4100 Duisburg 1

() Ich bin an einer Mitarbeit interessiert und bereit, Ihnen Materialien und Informationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich bzw. selbst Artikel/Berichte zu schreiben.

() Ich möchte Kommanditist werden. Bitte senden Sie mir die Gesellschafter-Unterlagen.

ABSENDER (bitte mit Telefon und Arbeitsstelle bzw. Berufsbezeichnung):

_____ Datum _____

Unterschrift _____

Spenden erbeten auf Konten:
DG Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH,
Münster

Bank für Gemeinwirtschaft Münster Nr.
10 10 29 47 (BLZ: 400 101 11)
Postcheckamt Dortmund Nr. 249 62-465
(BLZ: 440 100 46)

BILLY RUBIN

& SEINE TRANS-AMI-NASEN

MIT TEXT-BEILAGE

AUF DEM LABEL



STILL **LIVE**

HOSPITAL

INTERVIEW MIT BILLY RUBIN

von Henri Meyer

HM: Billy, ich darf Sie doch einfach Billy nennen ...

Billy: ... sicher, alle meine Freunde sagen Billy zu mir ...

HM: ... Sie haben jetzt Ihre erste LP herausgebracht. In Ihren Liedern setzen Sie sich kritisch mit der Lage der Hepatitiden auseinander. Verfolgen Sie damit politische Absichten?

Billy: Sehen Sie, eigentlich bin ich kein sehr politischer Mensch, aber ich habe das Elend der Hepatitidenmassen an der eigenen Leber schmerzhaft erfahren müssen, und versuche nun, mit meinen

meiner Meinung nach läßt mich unsere zentrale Forderung

FREIE WAHL DER LEBERWERTE DURCH DIE BEWAFFNETEN HEPATITIDEN

nur im engen Bündnis mit den nicht-infizierten Teilen der arbeitenden Bevölkerung durchsetzen.

HM: Wie sehen Sie in diesem Zusammenhang die Ernennung von Franz-Josef Strauss zum Kanzlerkandidaten der CSU/CDU?

Billy: Für mich ist dieser Schritt einer der heftigsten Angriffe auf meine Leberwerte in den letzten Jahren. Für mich ist es keineswegs Leberwurst, wer 1980 Kanzler wird. Ich meine, jetzt sind alle fortschrittlich denkenden Interpreten aufgerufen, durch

Ihr künstlerisches Schaffen diesen Angriff auf die Leberqualität abzuwehren.

HM: Da gibt es z.B. die Möglichkeit bei "Rock gegen Rechts" mitzumachen ...

Billy: ... ja, davon habe ich bereits gelesen ...

HM: ... dort arbeiten auch Kommunisten mit. Könnte das nicht Schwierigkeiten geben?

Billy: Nun, ich bin seit Jahren in der Leber-Party, doch immer dafür eingetreten, daß die Gelben und die Roten zusammenarbeiten.

HM: Schönen Dank für dieses Interview, Billy.



GELB & ROT BRINGT STRAUSS IN NOT

2000 HAMBURG 20

TARPENBECKSTR. 125

94711

BOEKER

KARL