

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Gesundheitsversorgung

Diskussion über Anhaltszahlen
Gefährden übermüdete Ärzte
die Patienten?
Stimmen zum Bereitschafts-
dienst-Urtell
Der Krankenhauskonzern
Anhaltszahlen im Dokumen-
tationsteil

Forum: Ambulante Versorgung

Internationales

Gesundheitsversorgung im
befreiten Mozambique
Hilferuf aus El Salvador

Umwelt und Gesundheit

Das Wasser ist das Beste(?)

Dokumentation

Anhaltszahlen
Rede von K. Dörner in Bonn
Parteien zur Gesundheitspolitik

4/80

94711

2000 HAMBURG 20

TARPPENBECKSTR. 125

KARL BOEKER

Scheue Robe

Kommentar von Gerd Limbrock



Das Bundesarbeitsgericht scheut ein Grundsatzurteil. Viele Kollegen, einige Verbände und auch Arbeitsgerichte hatten schon im Junghans-Verfahren ein Grundsatzurteil dieses Gerichtes erwartet. Sie wurden am 1. 10. 1980 vom Bundesarbeitsgericht enttäuscht. Alte Befürchtungen bestätigten sich: in diesem Verfahren stand nur der Antrag zur Debatte, die Zahl der Bereitschaftsdienste auf durchschnittlich (!) 1 pro Woche zu begrenzen, jedoch keine Forderung nach Freizeitausgleich oder nach Abbau der 32-Stunden-Dienste. Es war kein Nachweis vor Gericht über eine qualitativ anders geartete Arbeitsleistung geführt worden, als dem Bereitschaftsdienst entspricht (Stichwort Arbeitsbereitschaft). In der Vorentscheidung hatte das Landesarbeitsgericht eine Einzelfallprüfung der Belastung des Klägers unter den Gesichtspunkten von Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und Sozialstaatsprinzip vorgenommen. Schließlich bekräftigte der Rechtsanwalt des Klägers wie schon vor dem Landesarbeitsgericht seine Auffassung, daß die Arbeitszeitordnung (AZO) nicht angewendet werden sollte.

Die Verhandlung des Bundesarbeitsgerichts bietet genügend Anlaß zu Betrachtungen über die Bedeutung der Arbeitsgerichtsprozesse gegen überlange Arbeitszeiten im Krankenhaus.

1. Das Bundesarbeitsgericht scheut ein Grundsatzurteil; es will „kein Rechtsgutachten“ liefern. In peinlicher Weise wurde ein gang ein Formfehler der Protokollführung der zweiten Instanz lang und breit ausgewalzt, an dem das ganze Verfahren zu scheitern drohte. Sodann betonten die Richter immer wieder, daß der Tarifvertrag gilt und nicht etwa gegen höherwertiges Recht verstößt, daß sie nicht Vorreiter für Tarifvertragsparteien oder Gesetzgeber sein wollen.

Man muß dem Vertreter der Gesundheitsbehörde Hamburg dankbar dafür sein, daß er – als einziger – klar die Erwartungen der Tarifvertragsparteien, hier der Arbeitgeberseite, nach einem Grundsatzurteil darstellte. In der bestehenden Rechtsunsicherheit durch widersprüchliche Arbeits- und Landesarbeitsgerichtsurteile sowie durch das Oberlandesgerichtsurteil München seien Tarifänderungen schwierig. Gemeint ist hoffentlich nicht nur die reine Klärung der Rechtsfragen (Anwendung der AZO z.B.), sondern die Tatsachenfeststellungen der Gerichte über die Art der Arbeit im Krankenhaus in Nacht- und Wochenenddiensten; dieser entspricht der Begriff des Bereitschaftsdienstes nicht mehr, sie ist nicht mehr mit der bloßen Aufsummierung der Einsatzzeiten zu charakterisieren. Die Rechtssprechung ist hier auch an ihre historische Rolle zu erinnern, die arbeitsrechtlichen Begriffe der tatsächlichen Entwicklung in der Arbeitswelt anzupassen.

Aber auch aus einer weiteren Pflicht darf das Gericht nicht entlassen werden. Die Sicherheit der medizinischen Arbeit kann grundsätzlich nicht allein Verhandlungssache von Tarifparteien sein, sondern ist ein öffentliches Interesse, vergleichbar mit der Sicherheit im Straßenverkehr oder der Arbeitssicherheit. Der Anwendung des gesetzlichen Arbeitszeitschutzes auf das Krankenhaus darf ein Bundesgericht nicht aus dem Weg gehen. Seit Jahrzehnten vertröstet uns der Gesetzgeber mit einer Novellierung der Arbeitszeitgesetzgebung von 1938 bzw. 1924!!

2. In der Verhandlung offenbarte sich ein – gelinde gesagt – völlig unzureichender Wissenstand des Gerichts über die Arbeitswirklichkeit im Krankenhaus. Es ist noch weitgehend von familiären Informationen, Informationen aus der Sicht von liquidierenden Ärzten geprägt. Dabei zeigte sich der Vorsitzende Richter Dr. Neumann durchaus erfreut über die Zuschriften aus allen Teilen der Bundesrepublik, als er auf den großen Stapel Akten hinwies, den er kaum unter dem Arm tragen konnte. Die Informationen des Gerichts scheinen aber bislang einseitig zu sein; so konnte sich z.B. die Ansicht halten, Internisten und Gynäkologen könnten im Krankenhaus durchschlafen; 1938 (AZO) hätte nur die Schwester die Spritzen durchgeführt (welche?), usw. Beeindruckt waren die Richter von einem Fernsehfilm über einen chirurgischen Dienst, in dem der Kollege sich aber für imstande erklärt hatte, am nächsten Morgen weiterzuarbeiten.

Für eine bessere Information der Entscheidungsträger kann jeder einzelne noch viel tun; das gilt nicht nur für Kassel und das Fernsehen. Hier liegt auch ein unschätzbarer Wert der laufenden und neuer Arbeitsgerichtsprozesse. Was gerichtlich über die Arbeitsbelastung, Anspannung in den einsatzfreien Zeiten usw. festgestellt wird, gilt.

3. Immer noch offen und von neuer Aktualität ist die Frage, was im „Bereitschaftsdienst“ gemacht werden muß, also aufgeschrieben werden darf: Was ist Bedarfsarbeit? Ist sie unvorhersehbar? Bekanntlich zwingt die Arbeitsbelastung am Tage oft dazu hin, in diese Zeit, die juristisch immer noch wie Freizeit gilt, unbezahlte Überstundenarbeit zu verschieben. In Kassel schloß die Arbeitgeberseite messerscharf, daß nicht sein kann, was nicht sein darf: „Erzieherisch“ habe die Gesundheitsbehörde früher aus den Aufzeichnungen der Ärzte alles gestrichen, was sie nicht für Bedarfsarbeit hielt (z.B. Visite bei Problemfällen), um die Ärzte „zu schützen“!!

Die Bedarfsarbeit muß genau definiert werden, um die derzeitige Überfrachtung der Bereitschaftszeiten mit Regelarbeit abzubauen. Das ist tariflich, notfalls auch prozeßual möglich. Besonders die Nacht ist aus arbeitsmedizinischen Gründen weitestgehend von vorhersehbarer Arbeit freizuhalten. Die Entwicklung der Arbeit im Krankenhaus nachts und an Wochenenden ist auch eine historische Untersuchung wert, um ihre qualitative Änderung zu beweisen (Beispiel: Spritzen 1938).

4. Im Junghans-Verfahren ist am 26. 11. 80 allenfalls mit einem „weichen“ Urteil über die Zahl der Dienste zu rechnen. Die Richter gaben zu erkennen, daß sie allenfalls unter dem Gesichtspunkt der Fürsorgepflicht und der Zumutbarkeit eine Einzelfallprüfung bei besonders belasteten Krankenhausabteilungen für vertretbar halten. Interessanter ist in diesem Zusammenhang ein Vergleichsangebot (s. Doku VIII) des Bundesarbeitsgerichtes, das von den Prozeßparteien allerdings abgelehnt wurde: „Die Beklagte stellt den Kläger dann von der Arbeit nach dem Bereitschaftsdienst frei, wenn zwischen 21.00 Uhr und 8.00 Uhr keine Ruhezeit von mindestens 7 Stunden mit höchstens 2 Unterbrechungen zur Verfügung stand.“ Dies hat mit dem Klagantrag nichts zu tun und wird deswegen im Urteil nicht stehen können, allenfalls in der Urteilsbegründung erwähnt werden. Dieser Vergleichsvorschlag zeigt an, daß das Gericht das Kernproblem der 32-Stunden-Dienste durchaus erkannt hat. Dieses kann nur in den weiterreichenden Verfahren entschieden werden. Diese bedürfen mindestens ebenso wie das Junghans-Verfahren einer beschleunigten Terminierung.

5. Am 27. 10. 80 begannen Tarifgespräche über die Sonderregelungen 2a und 2c des BAT. Man darf gespannt sein, welche Bereitschaft die öffentlichen Krankenhausträger zeigen, auf die wichtigsten Mindestforderungen einzugehen: Höchstarbeitszeit 24 Stunden; nicht mehr als 1 Dienst pro Woche; Anrechnung der Bereitschaftszeiten als Arbeitsbereitschaft bzw. Arbeitszeit. Auf eine ungenügende Antwort der Arbeitgeber müssen dann auch verstärkt die Gewerkschaftsmitglieder reagieren. Allerdings nützt uns verbal-radikales Streikgerede dabei nichts.

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Hans Mausbach (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; *Frauenproblematisierung:* Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; *Internationales Gesundheitswesen:* Gunnar Stempel, Felix Richter; *Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen:* Peter Walger, Helmut Koch; *Rubriken und Be-sprechungen:* 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 Redaktions dar. Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionanschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101 041, 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. Stadtsparkasse Köln 10562238.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 1/81: 15. 12. 1980, Auflage 4.000.

Graphik: Christian Paulsen
Layout: Jutta Nüggen, Evelyn Pütz, Uwe Schmitz
Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 30.

JSSN: Nr. 0172-7091



Die Diskussion um die stationäre Versorgung wird von vielen „Schreibtischtätern“ sehr bürokratisch geführt. Die sogenannten Anhaltszahlen sind ein deutliches Beispiel. Die Wirklichkeit sieht meist ganz anders aus. Die Schwesternschülerin, die im Nachtdienst zwei Stationen alleine versorgt, oder der Arzt, der 12 Dienste im Monat macht, werden nicht gefragt.



Unseren Christian kennt ihr. Seit der ersten Nummer zeichnet er für uns. Auf der Titelseite lernt ihr sein „Demagogisches Gesundheitswiesel“ kennen. In Zukunft wird es unsere Bleiwüsten zerwieseln.



**Dem Hecht geht's schlecht:
Das arme Schwein – es schwamm im Rhein.
Mehr davon auf Seite 30**

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Kommentar

von Gerd Limbrock

In eigener Sache

DG 80: Rückblick/DG 81: Ausblick

2

Schwerpunkt:

Gesundheitsversorgung

Diskussion über Anhaltszahlen	8
Gefährden übermüdete Ärzte die Patienten?	11
Stimmen zum Bereitschaftsdienst-Urteil	12
Krankenhaus ohne Gewerkschaft	14
Der Krankenhauskonzern	15
Psychiatrie auf neuen Wegen	17
Vormittagsschicht auf einer internistischen Station	18

Pharma- und Geräteindustrie

Unlautere Arzneimittelwerbung	29
-------------------------------	----

Forum:

Ambulante Versorgung

– Gesundheitszentrum Böttgerstraße	
– Praxisgemeinschaft Heerstraße	
– Sozialstationen	
– H. W. Muschallik	
– Niedergelassene sind nicht nur Minuten-mediziner	

Ausbildung

Marburger Bund im Abseits

Medizinstudenten zwischen Formierungsdruck und Widerstand	37
---	----

Frau und Gesellschaft

Über Krebs spricht man nicht

28

Umwelt und Gesundheit

Das Wasser ist das Beste(?) Teil 1

30

Historisches

Berliner Polikliniken, Teil 2

32

Internationales:

Gesundheitsversorgung im befreiten Mozambique

34

Hilferuf aus El Salvador

36

Dokumente

Anhaltszahlen

I

Auflösung der Großkrankenhäuser

III

Rede von K. Dörner in Bonn

Parteien zur Gesundheitspolitik

IV

Rubriken:

Leserbriefe

2

Aktuelles

5

Buchkritik

19

Kulturelles

39

Termine

40

Nachruf

F. Basaglia

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt des Verlages Vandenhoeck & Ruprecht über das „Arbeitsfeld Krankenhaus“ bei. Wir bitten um Beachtung.

In eigener Sache:

DG '80: Rückblick

Vor mehr als einem Jahr erschien unsere erste Ausgabe. „Diese Zeitschrift soll ein Forum sein für alle, die an der Demokratisierung des Gesundheitswesens interessiert sind und aktiv daran mitarbeiten wollen“, so hieß es in unserem Gründungsauftruf.

DG hat seitdem „einen Zeh gefaßt“ in der medizinpolitischen Landschaft. Nicht nur die 1700 dazugewonnenen Abonnenten – mit 800 haben wir angefangen – zeigen uns das. Auch viele neue Angebote zur Mitarbeit, täglich neue Informationen und Anregungen und hilfreiche Kritik, die bei uns schon einiges an Diskussion ausgelöst hat, weisen darauf hin. Die wesentlichen Kritikpunkte seien hier einmal schlagwortartig zusammengefaßt: zu steril in der Aufmachung, häufig oberlehrerhaft, zu viel Schwarz-weiß-Malerei, zu wenig differenzierte Argumentation, zu viel Programmatisches, zu wenig Erfahrungsberichte, Themenbearbeitung zu wenig kontinuierlich, jedes Heft steht für sich.

Wir haben in früheren Editorials schon versucht, unsere Schwierigkeiten aufzuzeigen: alle Redaktionsmitglieder sind im Gesundheitswesen berufstätig – wir haben keinen „Hauptamtlichen“; wir sind finanziell in Druck – jeder Redakteur schießt pro Jahr ca. 2000,- DM zu; der Zeitungsumfang ist durch unsere finanziellen Mittel erheblich begrenzt, ebenso unsere Möglichkeiten, etwas aktuell zu recherchieren – gerade hier sind wir sehr stark auf Mitarbeiter angewiesen. Trotzdem – oder vielleicht wegen der Schwierigkeiten, die es zu bewältigen galt, – hat uns die Arbeit viel Spaß gemacht. Wir haben eine Menge positiver Resonanz und Glückwünsche bekommen, die uns immer wieder aus Tiefs herausgezogen haben. Gerade der Artikel „Das Glück des Paul X.“ aus der letzten Ausgabe hat unheimlich eingeschlagen. Etwa 15 lokale Zeitschriften haben ihn nachgedruckt.

Wir sind auch mehr geworden. Damit ihr mal einen Überblick bekommt, haben wir uns so ordentlich wie möglich zusammen gestellt:



Von links: (stehend) Harald, Gunar, Peter L., Ulla, Felix, Peter W., Michael, Detlev, Willi, Norbert Al., Ulli M., Albert, Matthias, (knieend) Edi, Unni, Anne, Ulli R., Norbert An., Uwe, Gregor. Es fehlen: Gabriele, Christian, Helmut, Jutta und Evelyn.
(Die Namen sind der Redaktion bekannt)

DG '81: Ausblick

Wir haben lange überlegt, ob wir es jetzt schon wagen: 6 Ausgaben im Jahr 81. Die Vorteile liegen auf der Hand: größere Aktualität, kontinuierlicheres Arbeiten wird möglich, keine teuren 68-Seiten-Nummern mehr (jede Nummer 52 S. wie diese hier), mehr Themen können ausführlicher bearbeitet werden. Wir haben uns entschieden, es zu versuchen.

Sechsmal DG

In einer ausführlichen Sitzung mit den Herausgebern haben wir die Themen-Schwerpunkte festgelegt:

Januar:	Zum Jahr der Behinderten
März:	Sucht: -Alkohol/Medikamentenmißbrauch
Mai:	Gesundheit und Krankheit im Betrieb
Juli:	Neue Wege der psycho-sozialen Versorgung
September:	Technik und Medizin
November:	Situation der Krankenpflege

Wir hoffen, daß jeder Leser bei diesem breiten Themenfächern etwas für sich dabei findet und bitten um viele Zuschriften! Den Preis müssen wir entsprechend angeleichen. Das Abo für 1981 kostet 24,- DM. Da wir damit neue Abo-Bedingungen einführen, müssen wir allen, die damit nicht einverstanden sind, die Kündigungsmöglichkeit geben. Entgegen den Angaben im Impressum läuft die Kündigungsfrist in diesem Jahr bis zum 15. 12.

„Wiesel“ stellt sich vor

Bei so vielen Neuigkeiten hat unser Graphiker Christian auch zugeschlagen. Er hat uns ein „Markenzeichen“ verpaßt: Das demagogische Gesundheitswiesel.



Die Endredaktion dieser Nummer fand es so gelungen, daß sie es – abseits aller Schwerpunktthemen – gleich zum Titelhelden erhoben hat. Ab jetzt soll es unsere Seiten durch-wieseln, die fortschrittlichen Kräfte auf-wieseln, Redakteure ab-wieseln, und Bleiwüsten zer-wieseln. Bis Januar,
eure Redaktion.

DG – zum Verschenken:

Wer sich selbst oder Freund(inn)en DG schenken will (z.B. zu Nikolaus) kann das bis zum 31. 12. 80 besonders günstig:

1. DG – Vorzugsabo: 20,- DM (6 Hefte, sonst 24,- DM)

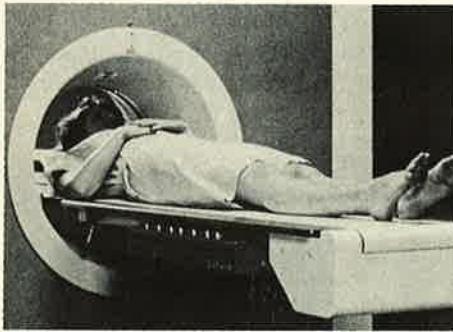
zu bestellen bei: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51

2. Vier verschiedene Hefte DG aus 1/79–4/80 für 10,- DM (zuzüglich Porto) – solange der Vorrat reicht –

Bitte einen Zehnmarkschein und 2,30 DM in Briefmarken in einen Umschlag tun und senden an:
Demokratisches Gesundheitswesen, Postfach 101041, 4100 Duisburg 1

Leser-Briefe

Computertomographie DG 2/80



Die Darstellung von A. Zieger zeigt auf, mit welcher Hilflosigkeit das öffentliche Gesundheitswesen vor der technologischen Entwicklung der Computertomographie steht, die von der medizinischen Apparateindustrie „auf den Markt“ gedrängt wurde. Ich meine, daß offensichtlich die großen Gewinnspannen für Hersteller und Betreiber das entscheidende Moment waren, dieser neuen diagnostischen Methode so rasch zum Durchbruch zu verhelfen. Banta zitiert die Untersuchung des amerikanischen Office of Technology Assessment, wonach in den USA jedes CT-Gerät pro Jahr zwischen 51 000 und 291 000 US-Dollar Profit einbringt (D. Banta, The Diffusion of the computed tomography scanner in the United States, Intern. J. of Health Services, (10) 1980, 251 ff.).

Der entscheidende Punkt scheint mir zu sein, daß auf Grund des großen Sektors der Privatmedizin sowohl in den USA als auch bei uns die Möglichkeit einer wissenschaftlich begründeten regionalen Verteilung dieser aufwendigen Diagnostik von vornherein scheitern mußte.

Das öffentliche Gesundheitswesen ist mit anderen Worten erpreßbar, die Krankenkassen müssen zahlen, ohne überprüfen zu können, ob die Indikation in jedem Fall haltbar ist oder nicht und ohne entscheidend auf die Kostenberechnungen Einfluß nehmen zu können.

In Bremen z.B. gibt es z.Zt. drei Ganzkörpertomographen in Privatpraxen sowie je einen Kopfscanner in einer Privatpraxis und einem Krankenhaus. Schwerverletzte müssen zum Kopf-CT mit einem Notarztwagen oft quer durch die Stadt zu dem betreffenden Krankenhaus transportiert werden, während das größte öffentliche Krankenhaus, das gleichzeitig über eine neurochirurgische Klinik verfügt, noch kein eigenes CT-Gerät besitzt. Jeder praktische Arzt kann aber seine Patienten „durch die Röhre schieben“ lassen, ob er nun über die Aussagekraft der Computertomographie Bescheid weiß oder nicht. Der Einfluß des öffentlichen Gesundheitswesens auf die Apparateindustrie und die Organisation des Gesundheitswesens muß also m.E. vergrößert werden; der nächste „Knüller“ der Apparateindustrie liegt mit Sicherheit schon in den Schubladen von EMI, Siemens oder Philips.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Norbert Schmacke, Bremen

In eigener Sache

DG 3/80: Perspektive gemeindebezogener Gesundheitssicherung

Dieser vielbeachtete Artikel stammte nicht von der Redaktion, sondern von Alf Trojan. Aus Versehen wurde dies nicht erwähnt. Auch eine Fußnote zu der Autorenschaft verirrt sich auf Seite 7.

Allen, die wegen der Literatur zu diesem Artikel nachgefragt haben:
hier ist sie:

Wir verweisen außerdem auf das Buch von Alf Trojan und Heiko Waller, „Gemeindebezogene Gesundheitssicherung – Einführung in die Versorgungsmodelle für medizinische und psychosoziale Berufe“ erschienen bei Urban und Schwarzenberg.

Pro Familia Bremen

Liebe Kollegen,

hiermit übersende ich Euch eine Kopie eines offenen Briefes an den Bremer Gesundheitsminister, den 39 Kollegen Ärzte der ÖTV unterschrieben haben. Ihr habt sicherlich die infamen Kampagnen der BÄK, speziell des Herrn Vilmar verfolgt. Falls Ihr es für richtig haltet, bitten wir um Abdruck als Leserbrief. Wir haben nebenbei 1400,—DM als Solidaritätsspende für die zerstörte Bremer Pro-Familia-Beratungsstelle gesammelt.

Mit freundlichem Gruß
Norbert Schmacke, Bremen



Die Titelkarikatur von DG 3/80

war von Ernst Volland

Sie ist als Postkarte zu beziehen über: Konkret-Verlag, Rentzeletr. 7, 2000 Hamburg 13.

Offener Brief an den Bremer Senator für Gesundheit und Umweltschutz

Die öffentlichen Auseinandersetzungen über die Reform des § 218 haben durch die Anschläge auf die drei Pro-Familia-Beratungsstellen in Hamburg, Bremen und Kiel erneute Publizität erreicht. Das Inventar der Bremer Beratungsstelle wurde fast völlig zerstört, es entstand ein Sachschaden von ca. DM 80 000,—.

Die in der ÖTV-Bremen organisierten Ärzte nehmen diese Vorgänge zum Anlaß, grundsätzlich Stellung zu den Angriffen auf die Pro-Familia-Beratungsstellen zu beziehen.

Seit 1952 können sich Rat- und Hilfesuchende mit Partner-, Ehe-, Familien- und Sexualproblemen an die Beratungsstellen wenden. Im Rahmen der Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsbefragung fällt der „Vermeidung vermeidbarer Schwangerschaftsabbrüche“ eine zentrale Rolle zu. Beratung zur Familienplanung heißt nämlich nicht nur Schutz vor dem unerwünschten Kind, sondern heißt in besonderem Maße, das Recht jedes Kindes zu schützen, erwünscht zu sein.

Der überwiegende Teil hilfesuchender Frauen kommt aber erfahrungsgemäß erst in die Beratungsstellen, wenn der Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch feststeht. Insbesondere, wenn die Notlage aus einem z.Zt. unlösabaren Konflikt im sozialen Umfeld entstanden ist, kann die Beratung im Rahmen des reformierten § 218 oft nur zum formalen Akt geraten, will sie andererseits die Frauen nicht maßregeln.

Unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen sehen sich viele Frauen nicht in der Lage, Beruf und Kindererziehung sinnvoll miteinander zu verbinden, z.B. wegen mangelnder Halbtagsstellen, wegen fehlender Kinderkrippen- und Kindergartenplätze und nicht zuletzt wegen der vielen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bei Krankheit der Kinder o.ä.

Diese Bedingungen können zu diesem Zeitpunkt durch alleinige Beratung nicht mehr soweit geändert werden, daß ein Austragen der Schwangerschaft möglich wird.

Anspruch von Pro Familia ist es, dieses Situation dazu zu nutzen, sich zusammen mit der Frau bzw. dem betreffenden Paar grundlegend mit dem Problem der Empfängnisverhütung und Familienplanung auseinanderzusetzen. Die Bereitschaft, zu-

künftige Schwangerschaften auszutragen, und ein positiver Kinderwunsch stehen dabei in engem Zusammenhang mit einem angstfreien Abbruch.

Dieses umfassende Konzept der Familienplanung mit einer dazugehörigen integrierten ambulanten Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch war im Laufe des letzten Jahres einer massiven Kritik ausgesetzt, die maßgeblich von ärztlichen Standesvertretern mitgetragen wurde, und in der Auseinandersetzung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Carsten Vilmar, mit der Pro-Familia-Stelle Bremen ihren exemplarischen Höhepunkt erreichte. Dabei wurde das Argument gebraucht, Pro Familia trete gegen Präventivmaßnahmen zum Schutze werdenden Lebens ein und ziehe die Tötung menschlichen Lebens der Lösung sozialer Probleme vor. Damit rücke sie in bedenkliche Nähe zu jenen, die über Wert und Unwert menschlichen Lebens hierzulande einmal entschieden haben.

Wir halten diese Angriffe für eine gefährliche Mißachtung der Würde all jener Frauen und Familien, die sich bisher mit ihren Sorgen an Pro Familia gewandt haben oder dies tun werden, und all jener, die sich mit Pro Familia an ihre Seite gestellt haben. Hier wird von der Warte einer selbstgerechten Moral ein ungeheuerlicher Druck ausgeübt, der die Frau mit ihrem Konflikt alleine läßt und sie zum illegalen Schwangerschaftsabbruch mit all seinen negativen Folgen treibt. Dabei werden den betreffenden Frauen Selbstverwirklichungswünsche unterstellt, die sie zum Sündenbock einer Wohlstandsgesellschaft machen sollen, in welchem jede soziale Notlage zu einem allein finanziell lösbar Problem verkleinert wird. Wir wenden uns entschieden gegen die Angriffe unserer ärztlichen Standesvertreter auf Pro Familia und erklären unsere volle Solidarität mit Pro Familia.

Wir fordern den Senat auf,
– die durch den Anschlag auf die Bremer Beratungsstelle entstandenen Schäden kurzfristig und vollkommen zu finanzieren, soweit sie nicht durch Versicherungen abgedeckt werden
– die Familien-Beratungsstelle als nicht mehr wegzudenkende Einrichtung über den zeitlich begrenzten, vom Bund unterstützten Modellversuch hinaus im vollen Umfang zu einer festen, finanziell unabhängigen Dauereinrichtung umzuwandeln.

Leser-Briefe

„Arzneimittelversuche“

Ich möchte auf einen weiteren Fall der klinischen Prüfung eines Arzneimittels aufmerksam machen, die zur Zeit in der Klinik, in der ich als Assistenzärztin arbeite, durchgeführt wird. (Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Uni Göttingen).

Die von der Firma Boehringer Mannheim hergestellte Infusionslösung „Salviamin 2000“, die außer Elektrolyten noch 140 g KH und 70 g Aminosäuren pro Liter enthält, befindet sich in der „klinischen Prüfung, Phase IV“, die in diesem Fall für die Patienten sicher nicht schädlich, aber sowohl wissenschaftlich als auch moralisch nicht vertretbar ist.

Der Vertreter gab mir gegenüber freimütig zu, daß die Prüfung an mindestens 6 Patienten deswegen erforderlich wäre, damit die Firma die Lösung auch an unserer Klinik einführen könnte.

Meine Aufgabe ist es, die Infusionslösung anzugeben und bestimmte Laborparameter in die Patientenprüfögen einzutragen. Da ich nicht täglich Blut für alle geforderten Parameter abnehmen will, gibt man sich – aller Statistik zum Trotz – mit den Werten zufrieden, die hier an sich untersucht werden.

„Pro Patient“ soll ich 200,—DM erhalten.

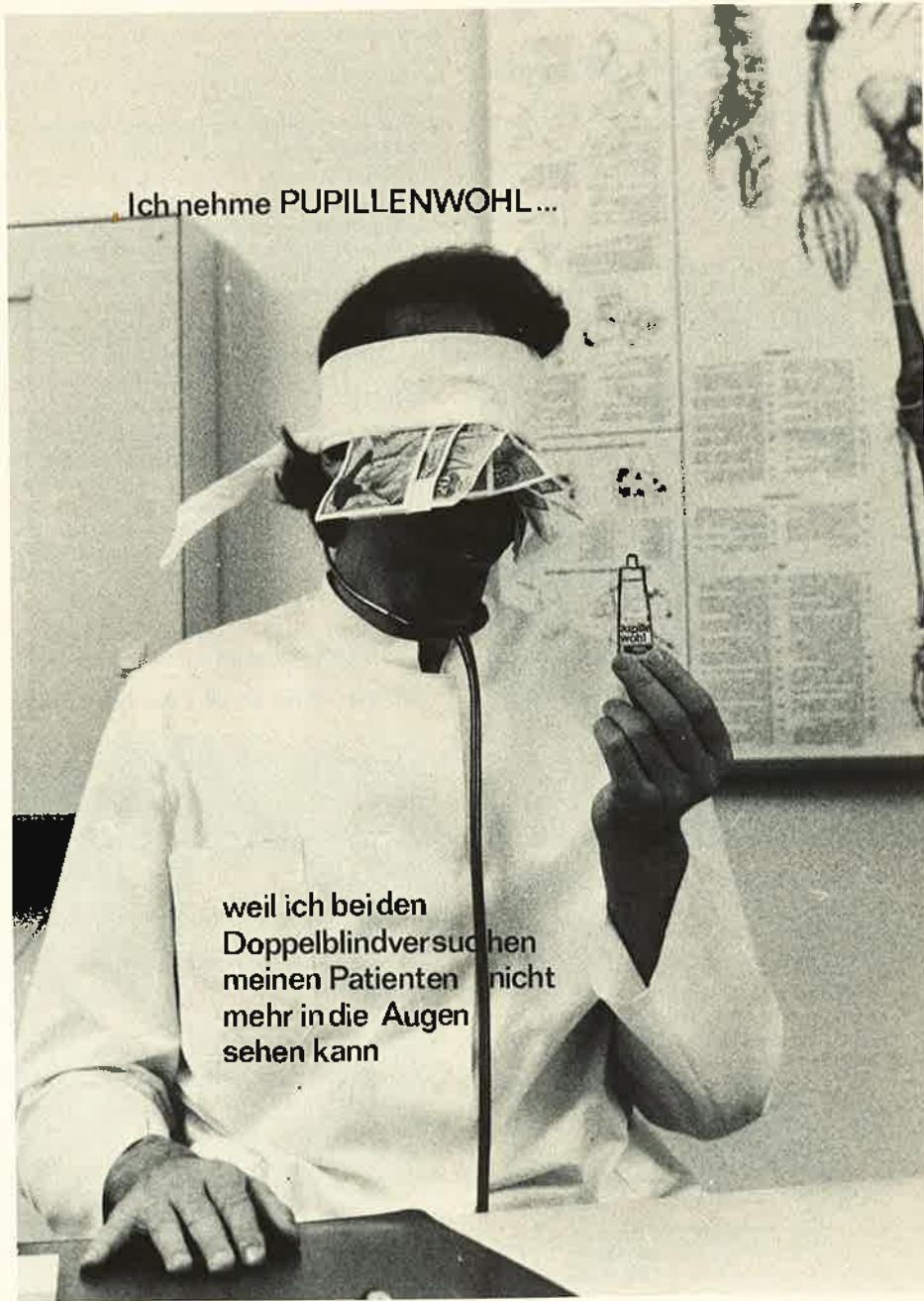
Friedrich Bretschneider, Göttingen

Düren: ein Beispiel

Schüler der Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (BT/AT) berichten zu ihrer Ausbildungssituation

Wir möchten kurz das pädagogische Konzept der Beschäftigungs- und Arbeitstherapieschule (BeAT) Düren vorstellen und die Konflikte, die daraus entstehen. Das berufliche Selbstverständnis wird im wesentlichen auch durch die Ausbildung, und wie sie gemacht wird, geprägt. Gerade im Bereich der BT/AT klaffen die unterschiedlichen Darstellungen des Berufsbildes weit auseinander.

Die Berufsgruppe der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten hat Behinderte und Kranke im Gesundungs- und Rehabilitationsprozeß zu unterstützen. Eine wichtige Aufgabe ist es dabei, die durch Behinderung oder Krankheit geschwächte Fähigkeit zum selbständigen Handeln bei den Betroffenen zu stärken. Ein



Schwerpunkt der Ausbildung sollte dementsprechend sein, die Schüler zu Handlungs- und Kooperationsfähigkeit anzuleiten. Die Schule ist daraufhin konzipiert.

Die Didaktik der Schule ist einerseits durch die Projektorientierung geprägt, andererseits gehen wir von den Prinzipien des „exemplarischen“ Lernens aus. Die Gestaltung des Ausbildungsvorprozesses orientiert sich an den Erfahrungen aus der Erwachsenenbildung. Wir gehen davon aus, daß nur für das Lernen motivierte Schüler sinnvolle schulische Erfahrungen machen können, die Schülerselbstbestimmung also das übergeordnete Orientierungsprinzip der Schule sein muß.

Das klingt toll – aber wieder einmal ist die Abhängigkeit zur Institution bedeutend. Für Düren heißt das: Die Schule ist der Rheinischen Landesklinik Düren angeschlossen. Seit einem halben Jahr sabotiert die Klinikleitung die Schülerschaft und das Schulteam. Es geht meistenteils um Entscheidungen, die bisher einvernehmlich

von Schulteam, Schülerschaft und Klinikleitung getragen wurden. Wir denken, daß dahinter sich machtpolitische Querelen zwischen Schulteam und Klinikleitung verbergen. Dies wird nun wie immer auf dem Rücken der Schwächsten, nämlich von uns Schülern, ausgezogen.

Damit dies nicht fortlaufend weitergeschieht, haben wir uns eine Satzung gegeben. Hinter dieser Satzung steht die Autonomieforderung im fachlich-pädagogischen Bereich, an dem auch wir Schüler konstruktiv teilhaben wollen.

Diese Schülersatzung kann angefordert werden bei den Schülern der BeAT-Schule Düren, Meckerstraße 7, 5160 Düren.

Wir denken, daß unsere Schülersatzung auch auf andere Ausbildungsgänge übertragen werden sollte.

BeAT-Schüler, Düren

WANT TO LEARN?

Ostrogen-Skandal

Seit November 1977 ermitteln die Mailänder Schulbehörden, weil über 100 Kinder plötzlich an geschwollenen Brustdrüsen leiden und finden heraus, daß jedes 10. Mailänder Kind Spuren synthetischen Östrogens im Körper hat. Die Wissenschaftlerin Ann Barnes veröffentlicht eine Studie, die nachweist, daß es durch Diethylstilbestrol (DES) noch in der 3. Generation zu Mißbildungen der Geschlechtsorgane kommen kann. Das staatliche Veterinäruntersuchungsamt in Krefeld findet in 11 von 28 untersuchten kalbfleischhaltigen Baby-Kost-Gläschen Spuren dieses Hormons. NRW-Landwirtschaftsminister Bäumer alarmiert die Öffentlichkeit und läßt durch die Ordnungsämter die Verkaufsregale von den betroffenen Produkten räumen. Der Präsident der Tierärztekammer offenbart, daß einige seiner Kollegen mit dem Kofferraum voller Medikamente umherreisten und den Bauern ihre Ware andrehten, ohne die Tiere überhaupt zu sehen. Der Schwarzhandel blüht überall.

Was passiert?

Beim Bundesverband der diätetischen Lebensmittelindustrie glaubt man, daß das gefährliche DES bei den Untersuchungen „nur vorgetäuscht“ werde und fordern die sofortige Aufhebung des vorläufigen Verkaufsstops. Minister Ertl will erst eine einheitliche EG-Regelung abwarten. Das Bundesgesundheitsamt behauptet, daß in der medizinischen Literatur bisher kein Fall einer Gesundheitsschädigung bei den festgestellten Konzentrationen bekannt sei, schränkt aber gleichzeitig ein, daß man nicht sagen könne, von welcher Konzentration künstli-

chen Östrogens an mit einer schädlichen Wirkung zu rechnen sei. Auch unsere Gesundheitsministerin Antje Huber beschwichtigt: „Das allermeiste Fleisch“ könne unbesorgt gegessen werden. Die Kontrolle sei im übrigen Sache der Länder, nur könne man ja nicht neben jedes Kalbsschnitzel einen Polizisten stellen.

Da ist ihr US-amerikanischer Kollege schon ehrlicher. Mit der Tatsache konfrontiert, daß 75 % aller amerikanischen Rinder zur schnelleren Gewichtszunahme 20 Milligramm DES täglich erhalten, meint er lakonisch: ein Verbot würde den Viehzüchtern einen Verlust von 1,8 Milliarden Dollar einbringen und außerdem sei die Nahrungsversorgung der Dritten Welt gefährdet, wenn die Rinder mit Getreide statt Hormonen fettgemacht werden müßten.

Trübe Aussichten, der aus Profitsucht betriebenen „Spritzzerei“ ein Ende zu setzen. Wir werden es zumindest nicht mehr so schnell erfahren. Bund und Länder wollen sich künftig erst einmal „untereinander abstimmen, um herauszufinden, wie groß die tatsächliche Gefährdung der Öffentlichkeit“ ist. Gegen diese Überlegungen der Gesundheitsbehörden hat sich entschieden die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher gewandt und davor gewarnt, daß durch eine bürokratische Entmündigung der Bürger ein gefährlicher Präzedenzfall geschaffen würde.

Ostro-Primolut statt Duogynon

Das Präparat Duogynon alias Cumorit wurde im Oktober 1980 offiziell von der Schering AG zurückgezogen: doch gibt es schon wieder ein neues Medikament, welches mit unmaßgeblichen Änderungen gleiche Wirkungen und Nebenwirkungen aufweist: Östro-Primolut.

Die Interessengemeinschaft



Duogynon-geschädigter Kinder zeigt auf, daß bei Präparaten dieses Wirkstoffes und Indikationsgebietes schon seit 1967 Mißbildungsverdacht besteht. Unsere Nachbarländer entschlossen sich schon viel eher, Duogynon endlich aus dem Verkehr zu ziehen, doch in der BRD machte Schering sich zynischerweise den Umstand zu nutze, daß es grundsätzlich keine Statistiken über Mißbildungen bei Neugeborenen gibt. Deshalb gibt es auch erst recht keine Veröffentlichungen über Mißbildungen, die im Zusammenhang mit einer Duogynon-Einnahme stehen. Die Interessengemeinschaft Duogynon-geschädigter Kinder fordert deshalb:

- Sofortiges Verbot von Duogynon und Cumorit (oder ähnlichen Substanzen)
- Statistische Registrierung sämtlicher Mißbildungen
- Aufklärung von schädlichen Arzneimittelnebenwirkungen

Krankenpflegeausbildung in der Sackgasse

Die Staatsexamen in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sind vor wenigen Wochen mit mehr oder weniger schlechtem Erfolg abgelegt worden. Landauf landab hat es eine recht hohe Durchfallquote gegeben. Die „Spitze“ im Reg. Bez. Düsseldorf halten die Städt. Kliniken Duisburg. Von 27 Prüflingen sind 10! durchgefallen. 14 weitere bestanden mit einer

vier. Es gab nur eine zwei und zweimal eine drei.

Die Auszubildenden stehen 1:4 auf dem Stellenplan, müssen oft aber als ganze Kräfte arbeiten. Nachtwachen sind an der Tagesordnung. In ganzen Klinikbereichen (z.B. Kinderklinik) ist in manchen Nächten außer einer sogenannten „Schwebe“ auf 4 Etagen keine examinierte Schwester zu finden! In den ersten beiden Ausbildungsjahren ist nur ein Studentenstag pro Woche. Daß dabei noch oft wichtiger Fachunterricht ausfällt, verschlechtert weiter die Ausbildungsqualität. Und die praktische Ausbildung? Die überlasteten Schwestern und Pfleger sind oft kaum in der Lage, die eigene Arbeit zu schaffen, geschweige denn sich um eine ordentliche Ausbildung zu kümmern. Zur Prüfung selbst muß noch gesagt werden, daß das Auftreten der Regierungsbeamten Frau Dr. Lange schlicht eine Katastrophe war. Wußte ein Prüfling keine Antwort, wurde er „zur Sau“ gemacht. Wußte er zu antworten, wurde er mit Zwischenfragen aus dem Konzept gebracht.

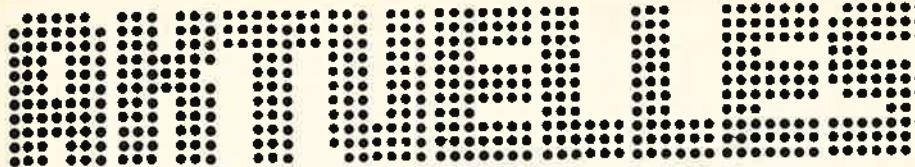
Als dritter und wichtigster Aspekt aber ist die fehlende gesetzliche Grundlage in der Krankenpflegeausbildung zu sehen. Die Krankenpflegeausbildung muß ins Berufsbildungsgesetz (BBiG) übernommen werden! Mit gesetzlich genau festgelegten Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen.

Die Schülerinnen und Schüler müssen aus dem Stellenplan genommen werden!

Nachtwachen für Schülerinnen und Schüler dürfen nicht sein! Hauptamtliche Ausbilder (Tutoren) für die praktische Ausbildung sind notwendig!

Schreibt uns Meinungen, Erlebnisse oder Anregungen zum Thema: „Ausbildung im Krankenhaus“.

Zu Händen:
Michael Holtzsch, Krankenpfleger



Jagd auf kranke Arbeitnehmer wird perfektioniert

Die unverändert anhaltende Krisensituation führt inzwischen im Bereich verschiedener Industriegewerkschaften zu neuen Methoden der Kontrolle und Erfassung von Fehlzeiten kranker Arbeitnehmer. Es zeichnet sich die Tendenz ab, daß die Arbeitgeberseite ihre Vorgehensweise vereinheitlicht.

Nach der Industriegewerkschaft Chemie, Papier, Keramik im April des Jahres veröffentlichte jetzt auch die Industriegewerkschaft Metall Bezirksleitung Stuttgart ein Papier des Verbandes der Metallindustrie, in der Methoden zur Disziplinierung kranker Arbeitnehmer und die Vorbereitung von Entlassungen wegen Fehlzeiten beschrieben werden: Im Vorfeld von Kündigungen steht die Verweigerung der Lohnfortzahlung im ärztl. bescheinigten Krankheitsfalle. Ärzte sollten durch Kontakt „möglichst auf Geschäftsebene“ i.S. der Arbeitgeber beeinflußt werden. Die private Lebensführung und die Lebenshaltung der Arbeitnehmer soll überwacht werden, die Vorbereitung des Rausschmisses beim geringsten Zweifel an Gesundheit, Leistung und Lebenswandel der Beschäftigten wird in dem Arbeitgeberpapier im Gegensatz zu einem ähnlichen Papier vor 2 Jahren nunmehr perfektioniert: Entschuldigungen sollen generell angezweifelt werden. Sofortige Verwarnung im Zweifelsfall. Die Belegschaft soll gegen kranke Mitarbeiter durch Sozialgespräche mit für diese Aufgabe ausgebildeten Spezialisten aufgewiegt werden. Das Rundschreiben regt an, einzelne Arbeitnehmergruppen zu differenzieren

und gegenüber zu stellen. Dies bedeutet ein Aussieben und Ausspielen einzelner Arbeitnehmergruppen untereinander und gegeneinander.

Leasing von Pflegepersonal

Wie die ÖTV meldet, wird gegenwärtig versucht, die personelle Engpaßsituation im Krankenpflegebereich durch Vermittlung von Krankenpflegekräften durch Leasingfirmen zu überbrücken. Zur Vermittlung kommen vorwiegend englische Krankenschwestern unterschiedlicher Qualifikationsstufen. Die zu vermittelnden „Leiharbeitnehmer“ stehen nicht im Vertragsverhältnis zum jeweiligen Krankenhaus, sondern zur Leihfirma.

In folgenden Krankenhäusern ist uns der Einsatz von Leihkrankenschwestern bisher bekannt geworden:
Römerklinik in Frankfurt
Städt. Krankenhaus in Leverkusen
Städt. Krankenhaus in Itzehoe
Evangelisches Johannesstift in Hückeswagen
Krankenhaus München-Neuperlach

Die ÖTV bittet um weitere Informationen darüber,
– in welchen anderen Krankenhäusern und in welcher Anzahl es bereits zum Einsatz von Krankenschwestern aus Leasingfirmen gekommen ist,
– unter welchen Bedingungen (Arbeitszeit, Vergütung, gesundheitliche Überwachung, Interessenvertretung) diese Krankenschwestern arbeiten (möglichst Verträge beifügen),
– welcher Nationalität diese Krankenschwestern angehören,
– welche Qualifikationen sie besitzen (Anerkennung

des Krankenpflegeexamens nach § 2 Abs. 2 Krankenpflegegesetz v. 20. 9. 65?).

19 Dienste in 19 Tagen

Unglaubliche Zustände in den Kliniken in Duisburg

19 (in Worten: Neunzehn) Nachtdienste vom 1. bis 19. September leistete der Chirurgische Assistenzarzt Dr. J. zusätzlich zu seinem regulären Tagesdienst. Dabei machte er vom 10. bis 15. 9. ununterbrochen 120 Stunden Aufnahmedienst und Notarztwageneinsatz. Danach kündigte er. Derart unglaubliche Zustände herrschen an einem „Krankenhaus der Maximalversorgung“ – den Städtischen Kliniken Duisburg.

Andern Kollegen der chirurgischen Abteilung geht es nicht viel besser. In Duisburgs Chirurgie liegt die Nachtdienstauslastung mit 60–70 % weit über dem Landesdurchschnitt. Hier fährt der 1. Dienst zusätzlich alle Notarzteinsätze. Der 2. Dienst bleibt – anders als sonst in den Städtischen Kliniken – im Krankenhaus und muß bis zu 4 Std. pro Nacht einspringen. Die Belastung pro Assistent betrug in den letzten Monaten zwischen 13 und 19 Nachtdiensten pro Monat.

Hierzu kommt die tägliche Stationsarbeit, der Einsatz im OP sowie die durchgehende Betreuung der chirurgischen Intensivabteilung mit schwerverletzten Unfallopfern und Patienten der Tumorchirurgie.

Diese Verhältnisse sind eine Zumutung für jeden Arzt, eine akute Gefährdung für die Pa-

tienten. Ein Kollege, der die unverantwortliche Situation bei der Krankenhausleitung und der Stadt monierte, mußte sich – statt der erwarteten Hilfe – als Querulant beschimpfen lassen. Die Kündigung wurde ihm nahegelegt.

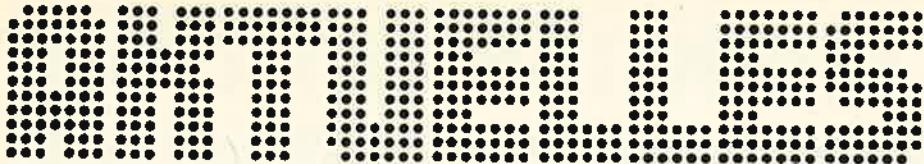
Gekündigt haben an der mehr berüchtigten als berühmten Chirurgie der Städtischen Kliniken schon zu viele. Hier ist die hohe Fluktuationsrate (50 % im ganzen Haus) noch höher als an den anderen Abteilungen.

Trotzdem darf „Chefarzt“ Professor Konrad weiter nach Gudücken schalten und walten. Wohlgelitten von den Stadtoberhäuptern, selbst SPD-Mitglied und Mitglied des Gesundheitsarbeitskreises seiner Partei – hat er alle Anfeindungen bisher abgewehrt – selbst als vor seiner Ernennung zum Chef der Chirurgie Schwestern und Pfleger demonstrierend auf die Straße gingen.

Die Zustände an Duisburgs Kliniken sind ein Skandal – was die Sache aber noch schlimmer macht: Konrad ist Mitglied der ÖTV.

Während die ÖTV seit Jahren für die Reduzierung der Bereitschaftsdienste kämpft, sieht sich ÖTV-Mitglied Konrad möglicherweise demnächst einer Klage des Marburger Bundes gegenüber, der – hier völlig zu Recht – gegen die unzumutbaren Arbeitsbedingungen angeht.

Es fragt sich, ob nicht die ÖTV selber unverzüglich gegen sein „Mitglied“ Konrad wegen „gewerkschaftsschädigendem Verhalten“ vorgehen sollte, bevor weiteres Unrecht passiert. Die ÖTV-Kollegen in den Städtischen Kliniken Duisburg würden einen solchen Schritt mit Genugtuung registrieren.



Wieder Ärztin bedroht

Die CDU-Landesregierung von Niedersachsen hat wieder ein Berufsverbotsverfahren gegen eine Ärztin eingeleitet. Betroffen ist Dr. Regina Dickmann, die sich nach vier Jahren Tätigkeit in der hessischen Staatsklinik Bad Hersfeld und im Stadtkrankenhaus Kassel um eine Stellung im niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf beworben hatte. Da der Verfassungsschutz vermutet, daß die Ärztin „Mitglied oder Anhängerin der DKP“ sei, wurde sie für Donnerstag, den 24. 7. zu einer „Anhörung“ geladen.

Meinungsfreiheit kirchlicher Mitarbeiter gerichtlich bestätigt

Der Rechtsstreit der Kollegen Hajo Bornholt und Max Rommelfanger mit dem kath. Elisabeth-Krankenhaus Essen, über den DG bereits in den Ausgaben 1/80 und 2/80 berichtete, zieht sich weiter hin. Den Kollegen war wegen einer öffentlichen Stellungnahme gegen die Gleichsetzung der Verbrechen in Auschwitz mit legalen Schwangerschaftsabbrüchen gekündigt worden. Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf sprach Max Rommelfanger eine Abfindung in Höhe von 40500 DM zu. Hajo Bornholt, der auf Weiterbeschäftigung geklagt hatte, gewann die Prozesse ebenfalls.

Trotz Androhung eines Zwangsgeldes in Höhe von 500 DM täglich bis zum Abschluß der Revision beim BAG weigert sich der kirchli-

che Arbeitgeber Hajo Bornholt weiterzubeschäftigen. Zur Durchsetzung kirchlicher Interessen werden hier öffentliche Geldmittel eingesetzt, d. h. der Vollzug rechtskräftiger Urteile wird verhindert.

Eine Solidaritätsadresse an die Kollegen Rommelfanger und Bornholt, die von der Mitarbeitervertretung des benachbarten Marienhospitals Bottrop abgegeben wurde, beantwortete Bischof Hengsbach mit massiven Repressalien zur Rücknahme des Solidaritätsschreibens.

MB will Gegen-darstellung

Anstoß nahm der Marburger Bund, der sich in seinen Veröffentlichungen wie ein Endlosband als „die berufspolitische und gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten Ärzte“ bezeichnet, an DG 3/80 und schickte folgende Gegendarstellung:

„In dem Artikel ‚Die Standesgewerkschaft tagte‘ in ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘ 3/80, Seite 6, wird behauptet, der Marburger Bund bezeichne sich ‚fälschlich‘ gerne als Gewerkschaft der Ärzte. Diese Behauptung ist unrichtig. Richtig ist vielmehr, daß der Marburger Bund eine Gewerkschaft der Ärzte ist. Dies beweist einmal ein Beschuß des Verwaltungsgerichts Aachen vom 30. Juni 1971, in dem der Charakter des Marburger Bundes (Bundesverband) als „Spitzenorganisation von Gewerkschaften“ ausdrücklich anerkannt wird, zum anderen aber auch die tägliche tarifpolitische Arbeit des Marburger Bundes für seine mehr als 32500 Mitglieder, die ihren sichtbaren Niederschlag in den Unterschriften der Vertreter des

Marburger Bundes unter einer großen Anzahl von Tarifverträgen findet, die der Marburger Bund z.B. als Partner der Tarifgemeinschaft für Angestellte im öffentlichen Dienst (TGÖ) und damit als originärer Tarifpartner der entsprechenden Arbeitgeberverbände auf Bundesebene abgeschlossen hat.“

Dr. Jörg D. Hoppe, 1. Vorsitzender

Anmerkung der Redaktion:
Wir ersparen uns an dieser Stelle juristische Überlegungen zu der Gegendarstellung. Die Frage, ob der MB eine Gewerkschaft im Sinne der Traditionen der Arbeiterbewegung ist, kann wohl kaum vom Verwaltungsgericht Aachen entschieden werden, sondern muß sich in der politischen Auseinandersetzung klären. Hier liefert der MB Tag für Tag Beweise für die Ansicht, die wir in DG 3/80 äußerten:

So sagte Hoppe auf der 57. Hauptversammlung des MB im Mai 80 in Berlin, „daß sich der Marburger Bund als Pendant der Kassenärztlichen Vereinigungen der niedergelassenen Ärzte für den Bereich der angestellten Ärzte versteht.“

Ist jetzt die Kassenärztliche Vereinigung auch eine Gewerkschaft?

Schließlich hat der MB auch seit einigen Jahren einen Kooperationsvertrag mit dem Hartmann-Bund, der reaktionärsten Standesorganisation – etwa auch ein „gewerkschaftlicher“ Kooperationsvertrag?

Daß wir mit unserer Haltung nicht allein stehen, konnte die Führung des MB gerade auf ihrer letzten Bonner Pressekonferenz erleben, als einige Journalisten, so z.B. der Rundfunkjournalist Günther Windschitl mit massiven Fragen die Selbstinschätzung des MB als Gewerkschaft in

Frage stellte. Doch genug Anmerkungen, lassen wir den MB noch einmal eine typisch „gewerkschaftliche“ Stellungnahme abgeben:

Marburger Bund und Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
Gemeinsame Presseerklärung

Bessere Leistungen im Krankenhaus

Der Marburger Bund – die berufspolitische und gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärzte – ist mit dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) der Meinung, daß den Privatpatienten in den Krankenhäusern angesichts der hohen Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer auch entsprechende Leistungen bei Unterbringung und Verpflegung geboten werden müssen. Dies verlautete nach einer Vorstandsbesprechung beider Verbände. Aus wirtschaftlichen Erwägungen müßten die Krankenhäuser auf interessante Wahlleistungsangebote Wert legen. Schon jetzt leisteten die Selbstzahler einen weit überproportionalen Beitrag zu den Einnahmen der Krankenhäuser. Die PKV hat keine Bedenken, das Recht auf Honorarberechnung für privatärztliche Behandlung auch auf solche Ärzte auszuweiten, die besondere Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen und in die Patientenbetreuung einbringen. Allerdings geht sie dabei davon aus, daß die Privatpatienten dadurch nicht höher belastet werden als bisher.

„Diskussion über die Anhaltszahlen letztlich irreführend..“

Am 3. 10. 80 sprachen Vertreter der DG-Redaktion mit dem Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen über die aktuelle gesundheitspolitische Situation, speziell über die Situation des Krankenhauses. Im BdO sind 272 Ortskrankenkassen mit insgesamt 16,3 Millionen Versicherten zusammengeschlossen. Im Rahmen der Verbände aller gesetzlichen Krankenkassen (Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Seekrankenkasse, Bundesknappschaft, Ersatzkassen) spielen die Ortskrankenkassen die herausragende Rolle.

Dies gilt für ihre Position auf Bundes- und Landesebene (Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen oder Beteiligung an der Krankenhausbedarfsplanung) ebenso wie für die lokale oder regionale Ebene (Beispiel: Pflegesatzverhandlungen).

Die Position dieses Verbandes zu kennen halten wir für wichtig – auch wenn man die offizielle Lobhudelei auf die „Selbstverwaltung“ der Krankenkassen (paritätische Zusammensetzung der Organe aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern) für falsch hält. Die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Arbeitgebern verhindert es, daß die gesetzlichen Kassen eine eigenständige Gesundheitspolitik im Interesse ihrer Versicherten entwickeln können, dies klingt auch in dem Gespräch an.

Frage DG: Personalsituation und Arbeitsbedingungen stehen ganz im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion im und um das Krankenhaus. Warum sieht der BdO die Personalsituation im Krankenhaus als „entspannt“ an oder – wie es die Bundesregierung formuliert hat – es bestehe „kein genereller Engpaß“?

Oldiges: Bei unseren Überlegungen zur Arbeitsmarktsituation in den Krankenhäusern gehen wir von folgendem aus: einmal wenden wir heute die sog. Anhaltszahlen aus dem Jahre 1969 – wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft immer behauptet – nicht mehr an. Es hat seit 1969 laufend eine Vermehrung des Personals in den Krankenhäusern gegeben. Und zwar hat sich die Zahl der Ärzte um etwa 34 000 erhöht. Die Zunahme beim Pflegepersonal betrug etwa 130 000. Daraus resultiert für uns, daß eine laufende Personalvermehrung stattgefunden hat und zwar erheblich stärker als die Zahl der Pflegetage und die Zahl der Betten gestiegen sind.

Ferner sind bei den Pflegesatzverhandlungen strukturelle Änderungen in den Krankenhäusern berücksichtigt worden. Daraus entnehmen wir, daß nicht aus dem Verhältnis der Krankenkassen zu den Krankenhäusern der Personalengpaß, von dem heute so viel gesprochen wird, resultieren kann, sondern daß dieses eine Arbeitsmarktfrau ist. Zunehmend hören wir, daß der Arbeitsmarkt insbesondere im Pflegepersonalbereich das hinreichende Angebot an Personal nicht hergibt. Anders allerdings ist es im ärztlichen Bereich, aber auch dort müssen wir feststellen, daß ganz

bestimmte Facharztgruppen nicht besetzt werden können, einfach deswegen, weil entsprechend ausgebildete Ärzte nicht vorhanden sind. Insofern gehen wir davon aus, daß die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in die Welt gesetzten Zahlen, es fehlten 20 000 Ärzte und 30 000 Pflegekräfte, nicht hinreichend belegt sind. Für uns ist diese hohe zusätzliche Anforderung nicht relevant. Im übrigen haben sich in der Vergangenheit die Krankenkassen und die Krankenhäuser in der Regel über die neuen Pflegesätze geeinigt, und in dieser Einigung ist jeweils der Personalmehrbedarf auch abgedeckt worden. Insofern kann auch von der „Basis“ her ein so großer Personalmangel – wie er immer dargestellt wird – nicht bestehen.

Frage DG: Wenn Sie ein Teil des Problems so sehen, daß der Arbeitsmarkt eine Besetzung freier, vorhandener Stellen im Pflege- oder ärztlichen Bereich nicht zuläßt, wie wollen Sie dann hier Abhilfe schaffen? Warum werden z.B. die Krankenhäuser nicht gezwungen, freie Stellen dem Arbeitsamt zu melden?

Antwort Oldiges: Es wird sicherlich schwierig sein, die Krankenhäuser zu zwingen, freie Stellen den Arbeitsämtern zu melden. Aber: wir gehen davon aus, nachdem nun das Problem öffentlichkeitsrelevant geworden ist, daß den Krankenhäusern gar nichts anderes übrig bleibt, als – so wie es auch das gewerbliche Unternehmen tut – sich der Vermittlungseinrichtungen der öffentlichen Hand zu bedienen, d.h. der Arbeitsämter. Darüberhinaus wird



zu überlegen sein, ob nicht die Ausbildungskapazitäten wenigstens vorübergehend erhöht werden müssen, um vor allem den Schwesternbedarf abdecken zu können.

Frage DG: Erkennt denn der BdO auch an, daß sich in dem medizinischen Arbeitsprozeß von Diagnostik und Behandlung einschließlich der Pflege auch Veränderungen ergeben haben und die Verkürzung der Verweildauer die Arbeitsbelastung erhöht hat, so daß sich auch ein realer Mehrbedarf an Personal ergibt?

Antwort Oldiges: Auch wir gehen davon aus, daß es zur ordnungsgemäßen Versorgung der Patienten im Krankenhaus unbedingt notwendig ist, daß eine ausreichende Zahl von Ärzten und Pflegekräften vorhanden sein muß. Wie weit über die vorhandene Personalversorgung hinaus ein Mehrbedarf notwendig ist, können wir zur Zeit nicht einwandfrei sagen, vor allem können wir es nicht quantifizieren. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegten Gutachten sind einseitig aufgestellt. Diese Gutachten sind auch von den Krankenkassen hinsichtlich ihrer Annahmen und der angewandten Methoden bestritten worden.

Darüber hinaus ist es sicherlich so, daß im Einzelfall aufgrund von Veränderungen im Leistungsangebot eines Krankenhauses oder durch Umstrukturierungen eine Vermehrung des Personals erforderlich sein kann. Solchen Anforderungen haben sich die Krankenkassen in der Regel nicht ver-

DG-Interview

mit Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO), Franz-Josef Oldiges

schlossen und haben ihnen in den Pflegesatzverhandlungen Rechnung getragen. Im übrigen sind die Krankenkassen der Ansicht, daß wir einen Bettenüberhang haben. Die Bundesregierung hat diesen Bettenüberhang mit 50000 Betten beziffert. Wir meinen, daß alles unternommen werden müßte, daß das dadurch freigesetzte Personal in den Krankenhäusern eingesetzt werden kann, in denen ein Personalmangel besteht. Und zwar ein Personalmangel, weil der Arbeitsmarkt nicht so viel hergibt, daß freie Stellen besetzt werden können, aber auch um einen Mehrbedarf abzudecken.

Frage DG: Sie erwähnen jetzt einen „Bettenberg“ von 50000 Betten, woher stammen eigentlich diese Zahlen? Und wie sollen diese Betten – die nach Ihrer Ansicht überzählig sind – umgewandelt oder abgebaut werden?

Antwort Oldiges: Diese Zahlen sind vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf der Grundlage einer Rundfrage bei den einzelnen Bundesländern ermittelt worden. Wir gehen davon aus, daß die Bundesländer hier eher sehr zurückhaltend waren. Es dürften daher noch mehr überzählig Betten da sein. Wenn wir von Bettenabbau sprechen, dann ist sicherlich nicht damit gemeint, daß diese überzähligen Betten auf einmal stillgelegt werden sollten. Vielmehr wird es erforderlich sein, zügig daran zu gehen und den Bettenabbau zu betreiben; und zwar in der Weise, daß er nicht zu Lasten der Mitarbeiter eines Krankenhauses erfolgt, sondern in der Art, daß zugleich die Mitarbeiter in anderen Krankenhäusern untergebracht werden können. Im übrigen wird sich der Bettenabbau auch sicherlich nicht so vollziehen, daß sogleich ganze Krankenhäuser stillgelegt werden. Uns schwebt vielmehr vor, daß dieses abteilungsweise vor sich geht und daß zunächst das „Überangebot“ in ganz bestimmten Disziplinen und Leistungsbereichen des Krankenhauses auf die bedarfsgerechte Norm zurückgeführt wird.

Frage DG: Im Krankenhaus erscheinen die Krankenkassen in letzter Zeit immer mehr als „Sparkommissar“ der Nation, ihre Haltung bei den Pflegesatzverhandlungen ist nach Berichten von Kolleginnen und Kollegen ausschließlich auf Sparef-



fekte ausgerichtet. Haben Sie als Bundesverband der Ortskrankenkassen diese Rolle eigentlich angestrebt oder hingenommen? Inwieweit nützt sie den bei Ihnen zusammengeschlossenen Sozialversicherten?

Antwort Oldiges: Zunächst darf ich einmal darauf hinweisen, daß die Pflegesatzverhandlungen von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden, d.h. daß Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen auf Kassenseite die Verhandlungen mit den Krankenhäusern führen und zwar gemeinsam. Die Krankenkassen sind daran interessiert, daß ihre Versicherten ordnungsgemäß versorgt werden. Das heißt, daß auch nach unserer Ansicht eine dem Leistungsbedarf entsprechende Personalbesetzung vorhanden sein muß. Andererseits müssen wir aber – im Interesse unserer Versicherten – darauf achten, daß dabei die Gebote der Wirtschaftlichkeit gewahrt werden.

Leider wird dieses von den Krankenhausträgern oft so ausgelegt, als wenn die Krankenkassen als „Sparkommissare“ auftreten würden. Das ist aber nach unserer Ansicht nicht der Fall. Wir wägen im Einzelfall ab, welcher Personalbedarf notwendig ist und welcher nicht als notwendig angesehen wird. Ich darf noch einmal darauf hinweisen, daß überall dort, wo das Leistungsangebot der Krankenhäuser sich geändert hat, für die neuen Leistungen auch das erforderliche Personal im Einvernehmen mit den Krankenkassen in den Pflegesätzen berücksichtigt worden ist.

Bei alledem muß schließlich auch darauf geachtet werden, daß die gesundheitliche Versorgung finanziert bleibt und daß dieses nicht für die stationäre Versorgung, sondern auch für den ambulanten Bereich und die sonstigen Ausgabenbereiche der Krankenkassen gelten muß.

Frage DG: Bei Ihren Stellungnahmen zu den Krankenhauskosten ist immer nur vom Personalkostenanteil die Rede – der ja immerhin auch 75 % der Gesamtkosten ausmacht; was tun die Krankenkassen im Bereich Arzneimittelpreise, Preise für medizinische Geräte oder Baukosten?

Antwort Oldiges: Soweit es den investiven Bereich betrifft (Baukosten) haben die Krankenkassen so gut wie keinen Einfluß. Wir haben ein Mehr an Mitwirkung für diesen Bereich bei der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefordert, aber – und das bedauern wir sehr – dieses Mehr ist uns im Bundesrat versagt worden. Wir haben dies insbesondere deswegen gefordert, weil sich aus dem investiven Bereich erhebliche Folgekosten im personellen Bereich ergeben können. Was die medizinische Versorgung im Krankenhaus anbelangt, so würden wir es begrüßen, wenn die Krankenhäuser überbetriebliche Einrichtungen schaffen würden, die auf eine gewisse Qualitätskontrolle hinsichtlich der medizinischen Einrichtungen, aber auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Versorgung hinwirken würden. Ähnliche Einrichtungen haben wir im ambulanten Bereich: Hier nehmen z.B. die Kassenärztlichen Vereinigungen diese

Aufgabe wahr. Wir versprechen uns von solchen Einrichtungen, daß auch der Krankenhausarzt – mehr als das bisher der Fall ist – bei seiner Behandlungs- und Verordnungstätigkeit Gebote der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.

Frage DG: Wie ist der gegenwärtige Stand der Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Anhaltszahlen? In der Öffentlichkeit besteht ja nach wie vor der Eindruck, daß der BdO an den Zahlen von 1969 festhält und sich gegen die Anwendung der Zahlen von 1974 sperrt?

Antwort Oldiges: Zunächst einmal darf ich auch hier wieder darauf hinweisen, daß sich nicht der Bundesverband der Ortskrankenkassen, sondern daß sich alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung dafür ausgesprochen haben, daß die Anhaltszahlen des Jahres 1969 – aber fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche – angewandt werden. Die Praxis zeigt allerdings, daß überall dort, wo dadurch allzu gravierende Engpässe entstehen, auch die fortgeschriebenen Anhaltszahlen bereits überschritten sind. Gleichwohl haben sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen bereit erklärt, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über ein neues System von Orientierungsdaten für die Personalbesetzung eines Krankenhauses zu verhandeln. Die 1969iger Zahlen sind allerdings von der DKG allein herausgegeben worden – ebenso wie 1974 – und von uns niemals offiziell anerkannt worden. Es haben bereits mehrere Verhandlungen mit der DKG stattgefunden. Die DKG ist zur Zeit dabei, die finanziellen Auswirkungen zu ermitteln, die sich auf der Grundlage ihres letzten Vorschlages ergeben. Die DKG hat zugesagt, diese Angaben etwa bis Ende des Jahres 1980 zu machen. Wir werden dann über diesen Fragenkomplex weiter verhandeln.

Frage DG: Halten Sie die Anhaltszahlen tatsächlich für einen verbindlichen Maßstab für die Pflegesatzverhandlungen oder wonach richten sich Ihre Mitgliedskassen in den Pflegesatzverhandlungen?

Antwort Oldiges: Wir halten die Diskussion über die Anhaltszahlen letztlich für irreführend. Die Irreführung besteht insbesondere darin, daß dort mit Jahreszahlen operiert wird, die den Eindruck erwecken, es habe keine Entwicklung im Krankenhausbereich gegeben. Das gilt insbesondere dann, wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, im Krankenhausbereich würden zur Zeit noch die Anhaltszahlen aus dem Jahre 1969 angewandt. Das ist zweifellos unrichtig.

Wie bereits gesagt, sind die Zahlen von 1969 fortgeschrieben worden auf die verkürzte Arbeitszeit von 40 Stunden. Aber auch die fortgeschriebenen Anhaltszahlen 1969 werden dann nicht angewandt, wenn sich aus Änderungen in der Leistungsstruktur des Krankenhauses ein Mehrbedarf an Personal ergibt.

Denn letztlich sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten zu bezahlen, die aus einer leistungsgerechten Versorgung der Patienten entstehen. Es ist die Aufgabe des Krankenhauses, dieses bei den Pflegesatzverhandlungen nachzuweisen.

Frage DG: Die Anhaltszahlen der DKG gehen im Kern von einer Zeitvorgabe – dem Pflegeaufwand pro Patient pro Tag – aus. Was würde sich bei den jetzt verhandelten neuen Anhaltszahlen ändern?

Antwort Oldiges: An der Methode für die Ermittlung der Anhaltszahlen wollen wir gar nicht allzu viel ändern. Der Unterschied besteht nur in folgendem: Bisher sind die Anhaltszahlen von der DKG festgelegt worden. Sie sollen nun gemeinsam vereinbart werden. Ferner sind wir der Ansicht, daß sich die Festlegung von Anhaltszahlen nicht nur auf den pflegerischen und ärztlichen Bereich beschränken darf, es müssen auch die anderen Leistungsbereiche eines Krankenhauses einbezogen werden, insbesondere der medizinisch-technische Dienst und der Wirtschaftsdienst. Denn es ist sicherlich nicht zu leugnen, daß zwischen dem medizinisch-technischen Dienst und dem pflegerischen Dienst z.B. gewisse Interdependenzen bestehen.

Frage DG: Nun gibt es ja von Seiten der Gewerkschaft ÖTV einen „Einflußfaktorenkatalog“ als gewerkschaftliche Gegenvorstellung zu den Anhaltszahlen. Wie ist Ihre Haltung zu diesem Katalog und warum wird eigentlich über die Anhaltszahlen nur mit der Arbeitgeberseite im Krankenhaus, der DKG, verhandelt?

Antwort Oldiges: Der „Einflußfaktorenkatalog“ der ÖTV ist berücksichtigt worden, allerdings sind die dort aufgeführten Einzelfaktoren nur sehr schwer zu quantifizieren. Unser unmittelbarer Gesprächspartner ist die DKG. Wir gehen aber davon aus, daß die DKG dann, wenn die Beratungen zu einem gewissen Abschluß gekommen sind, die Berufsvertretungen der Arbeitnehmer in den Krankenhäusern, also die Gewerkschaften, informiert und deren Stellungnahmen in die Endüberlegungen einbezieht. Unabhängig davon führt der BdO auch informative Gespräche mit der Gewerkschaft ÖTV über beiderseitig interessierende Probleme.

Frage DG: Im November 1980 wird im Bereitschaftsdienstprozeß Junghans das Urteil vor dem Bundesarbeitsgericht gespro-

chen; der Termin für das Verfahren Limbrock und ÖTV gegen die Hansestadt Hamburg steht zur Zeit noch nicht fest. Ende Oktober beginnen die Tarifverhandlungen zu den Sonderregelungen SR 2a und 2c (Bereitschaftsdienst). Welche Konsequenzen werden Sie aus den zu erwartenden Urteilen bzw. Ergebnissen der Tarifverhandlungen ziehen?

Antwort Oldiges: Wir warten die Ergebnisse der höchstrichterlichen Urteile ab. Je nach dem Spruch der Gerichte wird es notwendig sein, die Ergebnisse in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen.

Frage DG: Die DKG und der Marburger Bund haben in Zusammenhang mit der Personalsituation und den Bereitschaftsdienstprozessen Streikdrohungen von sich gegeben – wobei die „Streikdrohungen“ einer Arbeitgeberorganisation besonders grotesk wirken. Wie stehen Sie zu diesen Äußerungen?

Antwort Oldiges: Wir gehen davon aus, daß aufgrund der Entwicklung der Personalzahlen im Krankenhausbereich eine Streikdrohung unbegründet ist und hoffen, daß sich diese Einsicht auch bei den Verantwortlichen von DKG und Marburger Bund einstellt.

Frage DG: In der öffentlichen Diskussion wird vielfach die Behauptung aufgestellt, durch das Scheitern der Novellen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz sei „Kostendämpfung im Krankenhaus“ nicht mehr möglich. Wie sieht nach dem Scheitern der Novelle die Situation aus?

Antwort Oldiges: Sicherlich ist die Kostendämpfung im Krankenhausbereich nach dem Scheitern der KHG-Novelle schwierig geworden. Die Krankenkassen haben kein zusätzliches Instrumentarium in die Hand bekommen. Insbesondere ist die Einbeziehung der Krankenhäuser in den Regelmechanismus der Konzertierten Aktion nicht gelungen.

Das wird unter Umständen auch Auswirkungen auf die anderen Leistungsbereiche haben.

Wir gehen davon aus, daß die Bundesregierung die Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes alsbald fortsetzt, wobei wir erfahren haben, daß der abgelehnte Entwurf unverändert wieder eingereicht werden soll. Ein solcher Schritt ist nach unserer Ansicht dringend erforderlich, da andernfalls nicht auszuschließen ist, daß die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung erheblich schneller steigen als unsere Einnahmen und damit nicht unerhebliche Beitragszahlebungen drohen.

Das Gespräch führten Matthias Albrecht und Ulli Menges für die Redaktion von DG.

Gefährden übermüdete Ärzte die Patienten?

Großveranstaltung des BGÄ am 10./11. 10. in Frankfurt

Die Veranstaltung des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte zu dem Thema Bereitschaftsdienst war überfällig. Viel zu lang ist hierüber nur isoliert in den BGÄ-Gruppen vor Ort oder unter den einzelnen Klägern diskutiert worden. Eine Vereinheitlichung der Diskussion, das Austauschen von Erfahrungen unter den gewerkschaftlich engagierten Kollegen mußte dringend erfolgen. Dies Bedürfnis hatten offensichtlich sehr viele. Denn die Kollegen waren aus dem ganzen Bundesgebiet – von Hamburg bis München – angereist, selbst Westberliner waren anwesend. Es war wichtig, daß auch Kollegen aus sehr kleinen Abteilungen mit nur 3–4 Assistenten gekommen waren, denn dort werden Bereitschaftsdienste am häufigsten gemacht, dort herrscht auch in der Regel kaum gewerkschaftliches Bewußtsein.

Die Veranstaltung des BGÄ Frankfurt und der ÖTV-Kreisverwaltung brachte, um es vorweg zu sagen, sehr kontroverse Auffassungen zu Tage, aber es wurde eine Position zu dem Problem Bereitschaftsdienst formuliert, die als repräsentativ für die Mehrheit der gewerkschaftlich organisierten Ärzte angesehen werden kann.

Kurz einige notwendige Begriffserläuterungen als Hintergrund: Ärzte im Krankenhaus unterliegen nicht der Arbeitszeitordnung (AZO), für sie gilt lediglich der BAT mit Sonderregelungen, besonders Sonderregelung (SR) 2c.

In dieser SR ist der Bereitschaftsdienst geregelt, in der AZO dagegen taucht dieser Begriff nicht auf. In der SR 2c heißt es: „Der Arzt ist verpflichtet, sich auf Anordnung des Arbeitgebers außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle aufzuhalten, um im Bedarfsfalle die Arbeit aufzunehmen (Bereitschaftsdienst). Der Arbeitgeber darf Bereitschaftsdienst nur anordnen, wenn zu erwarten ist, daß zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt.“ Entsprechend der im Bereitschaftsdienst durchschnittlich anfallenden unterschiedlich langen Arbeitszeit wurden vier Stufen gebildet:

Stufe A mit 0–10 % Arbeitsleistung innerhalb des Bereitschaftsdienstes, Stufe B mit 11–25 %, Stufe C mit 26–40 % und Stufe D mit 41–49 %.

Die im Bereitschaftsdienst anfallende Arbeitszeit kann auch als Freizeit abgegolten werden.

Weiter ist wichtig: „Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sollen – auch zusammen –, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht mehr als achtmal im Kalendermonat angeordnet werden.“

Die Arbeitszeitordnung erwähnt lediglich den Begriff „Arbeitsbereitschaft“, die eine Verlängerung der Höchstarbeitszeit von 10 Stunden erlaubt, falls sie regelmäßig und in erheblichem Umfang anfällt. Im übrigen ist laut AZO „nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden zu gewähren“.

Die gegenwärtige Praxis braucht nicht mehr groß dargestellt werden: 8 und mehr Bereitschaftsdienste im Monat, 32 Stunden ununterbrochene Arbeitszeit, 16 Stunden Bereitschaft und wieder 8 Stunden Arbeitszeit. Aufgrund dieser Dauerbelastung haben eine Reihe Kollegen Klage vor den Arbeits- und Verwaltungsgerichten eingereicht. Nicht der Stand dieser juristischen Auseinandersetzungen war Mittelpunkt der Diskussion, sondern die Frage, was die Ärzte eigentlich in den kommenden tariflichen und gerichtlichen Auseinandersetzungen erreichen wollen.

Für den ÖTV-Hauptvorstand entwickelte der Kollege Ruthardt Leid, Sekretär der Hauptabteilung Gesundheitswesen die Überlegungen seiner Organisation. Neben der Unterstützung der Arbeitsgerichtsprozesse von ÖTV Kollegen sei die wichtigste Ebene die der Tarifvertragsverhandlungen. Entsprechende Gesprächstermine mit den Arbeitgebern sind vereinbart. Auch die ÖTV hat bisher die Sonderregelung 2c noch nicht gekündigt, einmal weil dies alle 3 Monate kurzfristig möglich ist und zum anderen, weil dann einige Paragraphen des BAT mitbetroffen wären. Für die ÖTV steht der Gedanke möglichst einheitlicher Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern im Vordergrund. Deshalb sollen entsprechend der Belastung der Ärzte ihre Arbeitszeiten weitgehend denen des Pflegepersonals, das überwiegend im Schichtdienst arbeitet, angeglichen werden. Die ÖTV hatte zwar die Diskussion über die Forderungen zum Bereitschaftsdienst noch nicht abgeschlossen, folgendes Paket stand jedoch zur Diskussion:

- 4 Dienste im Monat
- Vorrang Freizeit vor Vergütung
- max. 16 Stunden Regelarbeitszeit
- Streichung der Stufen C und D, Neubewertung der Bereitschaftsdienste,

Streichung der Stufen C und D bedeutet für die entsprechenden Kollegen: Schichtdienst.

Also zusammengefaßt:

16 Stunden Bereitschaftsdienst in den Stufen A und B
Schichtdienst für die Stufen C und D. Auch die Hannoveraner Kollegen traten für die konsequente Einführung des Schichtdienstes ein. Sie fordern die schlichte Einführung der AZO, damit wären Bereitschaftsdienste vom Tisch, die maximale tägliche Arbeitszeit betrüge 13 Stunden. Sie kamen damit den ÖTV Vorstellungen sehr nahe.

Demgegenüber wurde vor allem von den Frankfurter und Hamburger Kollegen die generelle Einführung des Schichtdienstes strikt abgelehnt. Lösung: Schichtdienst nur dort, wo aus medizinischen Gründen unumgänglich. Ihre Vorschläge: Höchstarbeitszeit begrenzen auf:

- 24 Stunden (z.B. 8 Stunden-Tag plus 16 Stunden Dienst oder umgekehrt) oder
- 16 Stunden für C und D (26–49 %)
24 Stunden für A und B (0–25 %).



Gerd Limbrock (Hamburg) berichtete über eine im Hamburger Raum durchgeführte Umfrage, bei der die befragten Kollegen mit großer Mehrheit eine Einführung des Schichtdienstes abgelehnt hätten. Dies entspricht – nebenbei gesagt – auch den Umfrageergebnissen des Marburger Bundes.

Ohne auf die einzelnen Argumente für oder wider den Schichtdienst eingehen zu können, sei hier die Mehrheitsmeinung dargestellt:

- 40 Stunden, 5 Tage Woche, täglich begrenzte Arbeitszeit;
- Anwesenheit im Krankenhaus als Arbeitsbereitschaft oder Arbeitszeit
- Personalvermehrung

4. a) **Arbeitszeitbegrenzung**
nicht länger als 24 Stunden A und B
nicht länger als 16 Stunden C und D
4. b) **Schichtdienst nur dort, wo aus medizinischen Gründen eine dauernde Anwesenheit erforderlich ist und eine andere Form der Arbeitsorganisation nicht möglich ist; Ablehnung des geteilten Dienstes.**
5. **4 Dienste pro Monat**
6. **Arbeitsbereitschaften zwischen den regulären Arbeitszeiten sind als einheitlich zu betrachten**
7. **Arbeitszeitgesetz unter Einschluß des Krankenhauses.**

Das Wochenende war notwendig, um die unterschiedlichen Positionen der einzelnen BGÄ-Gruppen auszutauschen. Es zeigte die vorherrschende Meinung unter den Ärzten auf. Die Diskussion kann nicht als abgeschlossen gelten.

Das größte Problem ist aber noch gar nicht angepackt worden: Wie soll man die Forderungen durchsetzen? Die Arbeitgeber denken nicht im Traum daran, größere Konzessionen zu machen. Von den Gerichten wird – das haben die Prozesse bereits gezeigt – kein besonderer Druck ausgehen.

Zwar hat es in der Öffentlichkeit sehr viel Verständnis gegeben, aber als nächstes müssen die Ärzte selbst in großem Maße aktiv werden. Die richtigen Schritte sind noch zu entwickeln.

Detlev Uhlenbrock

Stimmen zum Urteil



Heiner Becker, Facharzt für Kinderheilkunde, beschäftigt zur Zeit in der Städt. Kinderklinik Ceciliengut, langjähriges ÖTV-Mitglied, Delegierter für den Gewerkschaftstag, Kreisdelegierter, Mitglied im Gesamtpersonalrat der Stadt Hannover

DG: Ihr prozessiert gegen Euren Arbeitgeber. Mit welchem Ziel?

H. Becker: Der Prozeß war im April 1979 mit der Zielsetzung begonnen worden, die Umwandlung der Bereitschaftsdienstzeit in Arbeitszeit zu erreichen, da nach von uns vorgelegten Aufzeichnungen die Arbeitsbelastung deutlich über 50 % in den Bereitschaftsdiensten betrug. Noch vor der Güteverhandlung erfolgte die Einrichtung eines 2. Bereitschaftsdienstes, sowie die Anordnung neuer Aufzeichnungen der Belastung in den Diensten. Keine Stellenausweitung, stattdessen Verdoppelung

der Bereitschaftsdiensthäufigkeit (geblieben Stufe D).

Aufgrund der uns zwischenzeitlich bekanntgewordenen Prozesse in Hamburg veränderten wir die Klage insofern, als wir die Forderung nach „Anwendung der Arbeitszeitordnung“ erhoben. Damit lassen sich die Bereitschaftsdienste als Arbeitsbereitschaft weiter führen, jedoch höchstens mit einer 13 Stunden Dauer pro Tag. Zur Zeit stehen wir vor unserer zweiten Verhandlung vor dem Arbeitsgericht.

DG: Was unterscheidet Eure Klage von der des Gerd Limbrock aus Hamburg?

R. Adamaszek: Im Unterschied zu den Hamburger Kollegen und vielen anderen beschränken wir uns auf die Forderung nach Anwendung der AZO. Damit reihen wir uns ein in eine einheitliche Forderung nach allgemeinen Arbeitsschutzbestimmungen für alle Beschäftigten. Außerdem knüpfen wir an Erfolge an, die die Arbeitnehmer im gewerblichen Bereich für sich schon erzielt haben. Durch die AZO wird die Bewertung der Bereitschaftsdienstzeit als Arbeitszeit bzw. Arbeitsbereitschaft sowie die Höchstarbeitszeit festgelegt, Bereitschaftsdienste sind danach nicht mehr als „Freizeit“ anzusehen. Damit entsteht automatisch der Anspruch auf Freizeitausgleich für Überstunden.

Weiterhin müssen bei Arbeiten zu ungünstigen Zeiten und an Wochenenden die Zeitzuschläge gezahlt werden.

Nach dem Bundespersonalvertretungsgesetz können Regelungen dieser Arbeitszeiten nur mit Zustimmung der Personalvertretungen erfolgen.

Auf jeden Fall vermeiden wir den rechtlichen Widerspruch zwischen der AZO auf der einen Seite und der Forderung nach 24-Stunden-Diensten auf der anderen Seite, wie er sich im Antrag der Hamburger Kollegen befindet.

DG: Welche Position habt Ihr zu den Vorstellungen der ÖTV?

H. Becker: Die vom Hauptvorstand der ÖTV vorgetragene Vorstellung zur Änderung der Sonderregelung 2 a, b, c, d ist ein guter Schritt auf dem Weg zur Durchsetzung der 40 Stunden-Woche. Sie steht der Durchsetzung der AZO auch auf juristischer Ebene nicht entgegen. Demgegenüber bedeuten die Hamburger Vorschläge keinen wesentlichen Fortschritt im Ver-

gleich mit den Forderungen des Marburger Bundes.

DG: Die Diskussion über den Schichtdienst im Krankenhaus als Alternative zu den gegenwärtigen Bereitschaftsdiensten hat auf dieser Wochenendtagung der BGÄs aus dem Bundesgebiet eine große Rolle gespielt. Was würdest Du aus Deiner Erfahrung sagen, stellt der Schichtdienst eine sinnvolle Alternative zu den gegenwärtigen Bereitschaftsdienstmodellen dar oder nicht?

J. Kohls: Dies kann man nicht so grundsätzlich beantworten, dies ist abhängig von der Art der Station, auf der man arbeitet. Ich halte den Schichtdienst auf allen Stationen nicht für die Lösung. Aber in meinem Bereich z.B. hat mir die Einführung des Schichtdienstes gegenüber dem vorherigen Zustand mit 32 Stunden Bereitschaftsdienst und einer Reihe zusätzlicher Überstunden an den übrigen Tagen eine erhebliche Entlastung gebracht. Meine Arbeitszeit im Krankenhaus hat sich deutlich reduziert. Für mich ist der Schichtdienst trotz der negativen Seiten ein deutlicher Fortschritt.

DG: Ist es nicht notwendig, wie ja auch z.T. von einigen ÖTV Kollegen betont, eine Übereinstimmung in den Arbeitszeiten zwischen Ärzten und Pflegepersonal einzuhalten oder gibt es soviel Unterschiede zwischen Pflegepersonal und Ärzten, daß die Ablehnung der generellen Einführung des Schichtdienstes für den ärztlichen Bereich berechtigt ist?

J. Kohls: Für eine Intensivstation sicherlich nicht, weil dort ein Dienst rund um die Uhr für alle Berufsgruppen notwendig ist, während das auf einer regulären Station anzuzweifeln ist. Dort ist es möglich, die hauptsächliche ärztliche Tätigkeit, vor allen Dingen diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf die regulären Dienstzeiten zu begrenzen, und nur alle anfallenden Notfälle durch den Bereitschaftsdienst regeln zu lassen.

DG: Da als langfristige Forderung heute die Einführung der 40 Stunden-Woche und die 5 Tage-Woche für Ärzte beschlossen worden ist, wird man doch um die Einführung eines Schichtdienstes für Ärzte auf Dauer nicht herumkommen?

J. Kohls: Die Frage ist, ob man genügend Freizeitausgleich geben kann, um auch bei Beibehaltung anderer Dienstformen wie dem Bereitschaftsdienst auf eine 40 Stunden-Woche zu kommen, d.h. es ist auch durchaus vorstellbar, daß ein Arzt 16 Stunden Bereitschaftsdienst leistet und dann dafür vollen Freizeitausgleich bekommt und so auf eine 40 Stunden-Woche kommt, ohne daß ein Schichtdienst eingeführt werden muß.



Jürgen Kohls, Mitglied im Vorstand des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte in Hamburg, arbeitet in einem Großkrankenhaus im Schichtdienst auf der Intensivstation.

DG: Wo siehst Du die Probleme bei den heute beschlossenen Kompromißforderungen oder kannst Du die vorbehaltlos bejahen?

J. Kohls: Die jetzt aufgestellten Forderungen kann ich uneingeschränkt unterstützen, weil sie in dem 1. Punkt, d.h. in der Forderung nach der 40 Stunden-Woche und 5 Tage-Woche eine richtige Zielsetzung angeben und Schritte nennen, wie man diesem Ziel näher kommen kann.

DG: Was sind diese entscheidenden Schritte?

J. Kohls: Die Verkürzung der Höchstarbeitszeit auf 16 bzw. 24 Stunden je nach Belastung in den Bereitschaftsdiensten, weiterhin die Neubewertung dieser Dienste als Arbeitsbereitschaft, d.h. die entsprechende Bezahlung bzw. die Gewährung von Freizeitausgleich.

DG: Wärst Du unter entsprechenden Voraussetzungen zusammen mit anderen Kollegen bereit, für diese Forderungen zu streiken?

J. Kohls: Streik wäre nur eine Form des Arbeitskampfes, ich glaube, daß die gewerkschaftliche Bewegung im Krankenhaus noch so weit zurück ist, daß von Streikmaßnahmen realistischerweise noch nicht gesprochen werden kann, obwohl ich persönlich durchaus bereit wäre, einen Streik zu erwägen. Andere Kampfformen halte ich zur Zeit für realistischer und auch durchführbarer . . .

DG: Zum Beispiel . . .

J. Kohls: . . . zum Beispiel das Tragen von Plaketten, oder die Verweigerung bestimmter Verwaltungsarbeiten, oder auch Versammlungen und Diskussionen unter den Ärzten während der Dienstzeit.



Ernst Girth, Arzt für Innere Medizin, Oberarzt am Stadtkrankenhaus Offenbach/Main, Vorsitzender der Abteilung BGÄ in der Kreisverwaltung Frankfurt der Gewerkschaft ÖTV

DG: Aus welchen Gründen habt Ihr die Einführung des Schichtdienstes so entschieden abgelehnt?

E. Girth: Wir haben für das Frühjahr nächsten Jahres eine weitere Veranstaltung geplant, die wahrscheinlich in Düsseldorf stattfinden wird. Wir hoffen, daß in den nächsten Monaten in den BGÄs bundesweit die Diskussion um die Neuordnung

des Bereitschaftsdienstes weitergehen wird, so daß wir nächstes Jahr auf noch breiterer Basis eine einheitliche Position darstellen können, die den Bedürfnissen der Patienten im Krankenhaus und den Beschäftigten entspricht und die vernünftig praktizierbar ist.

E. Girth: Wir sind besonders froh, daß in der Frage „Schichtdienst ja oder nein“ eine eindeutige Mehrheit gegen Schichtdienst – da, wo er nicht unbedingt erforderlich ist – erreicht werden konnte. Die Erfahrung mit Schichtdienst z.B. auf Intensivstationen hat gezeigt, daß hierbei auch für den Patienten nicht unerhebliche Nachteile entstehen, da ständig die Bezugsperson wechselt und durch Übermittlungsprobleme von Schicht zu Schicht die Geraadlinigkeit und Übersichtlichkeit in Diagnostik und Therapie leidet. Wir führen deshalb gerade an unserem Krankenhaus nach fünfjähriger Erfahrung mit Schichtdienst auf der Intensivstation eine Diskussion, ob man diesen Problemen dadurch begegnen kann, daß zusätzlich zum Schichtdienst wieder ein Stationsarzt mit normaler Dienstzeit eingeführt wird.

Daneben hat der Schichtdienst natürlich ganz erhebliche Nachteile in gesundheitlicher Hinsicht und für die sozialen Kontakte der Ärzte.

Und schließlich dürfen wir nicht vergessen, daß die Arbeitgeber möglicherweise der Einführung des Schichtdienstes gar nicht so ablehnend gegenüberstehen, denn hier ergäbe sich die Möglichkeit einer intensiveren Ausnutzung teurer Apparaturen, die dann bis in die Nacht hinein gefahren würden. Gegen eine solche Entwicklung müssen wir uns auch wegen der immer größer werdenden Probleme der Humanität im Krankenhaus zur Wehr setzen.

DG: Ist der Schichtdienst fürs Pflegepersonal eigentlich unumgänglich?

E. Girth: Das war ein sehr interessanter Aspekt in der Diskussion, der leider nicht genügend ausdiskutiert werden konnte. Ich meine, daß auch diese Frage nicht Tabu sein darf. Es wären Modelle denkbar, bei denen zumindest der größte Teil des Pflegepersonals Normaldienst leistet und nur der kleinere Teil für Spät- und Nachtdienste zur Verfügung stehen müßte. Daß hierüber nicht diskutiert wird, hängt mit dem katastrophalen Mangel an Planstellen und Pflegekräften zusammen. Bei ausreichender Besetzung wäre eine Organisation im Krankenhaus vorstellbar, bei der 80 % der pflegerischen Leistungen in den normalen Arbeitstag verlegt werden könnten. Gerade wegen der Notwendigkeit einheitlichen Auftretens der ÖTV bei den Verhandlungen mit den öff. Arbeitgebern sollte dieses Thema auch von uns verstärkt in die öffentliche Diskussion gebracht werden.

Königlich-bayerisches Bundesarbeitsgericht

Heuer hat der Herr Rat eine gar schwierige Verhandlung. Der Herr Medicus Dr. Jüngens hat just gegen die auch so Freie und Hansestadt Hamburg geklagt; er vermag nicht mehr so viele Bereitschaftsdienste leisten. Gleich zu Beginn blendet uns der Herr Rat mit seinem Sachverständigen Fehler der Form in vorheriger Instanz lassen ihn kein Urteil sprechen; doch weil alle schon einmal anwesend sind, will er zumindest seinen Standpunkt erläutern:

Zwar sei der Bereitschaftsdienst manchmal sehr anstrengend, wie dies ein Fernsehfilm gezeigt habe, aber dies dürfe man nicht verallgemeinern.

So sei er im Urlaub im Himalaya gewesen. Zu dritt sein's gewesen, mit einem Medicus im Bunde. Mit ihm habe er sich auf 5 000 m Höhe über dies Problem unterhalten. Befragt, wie es bei ihm in der Klinik ausgehe, hat jener ihm geantwortet: „Morgens frage ich nach wieviel Arbeit nachts angefallen sei und je nachdem schicke ich die Ärzte nach Hause.“

„Und der OP-Plan?“

„Der interessiert mich nicht.“ Der Herr sei Chef einer anästhesistischen Abteilung.

Danach läßt uns der Herr Rat einen weiteren Blick in das Schatzkästlein seiner Erfahrung tun.

Seine Frau sei ja auch von jenem Stande; die mache auch Bereitschaftsdienst, da sei sie die ganze Zeit zu Hause. Das Spital sei ja nur 3 Minuten entfernt, aber es sei ganz selten, daß sie gerufen würde.

Jüngst habe er im Krankenhaus gelegen und er habe sich auch mit den dortigen Doctores unterhalten. Der Internist habe zu ihm gesagt: „Gehen sie mir ja nicht an die Bereitschaftsdienste; da habe ich 2 Nächte in der Woche in denen ich schlafen kann.“

Deshalb könne es ja so schlimm gar nicht sein. Kurz darauf schließt er die Verhandlung.

Und die Moral von der Geschichte, vertraue einem Arbeitsgericht nicht.

Doch merke:

- I) Das Sein bestimmt noch immer das Bewußtsein.
- II) Das Stammtischniveau durchzieht alle Bereiche.
- III) Ein Königlich-Bayerisches Amtsgericht mag man vielleicht belächeln, beim Bundesarbeitsgericht in Kassel sollten wir dies nicht.

Krankenhaus ohne Gewerkschaft (= Krankenhaus ohne Humanität?)

Ein Jahr lang war ich chirurgischer Assistanzärzt auf einer üblichen chirurgischen Abteilung in einem gewöhnlichen katholischen Krankenhaus unter üblichen ausländischen und deutschen Kollegen.

Seit 2 Jahren ist in dieser Klinik jegliche gewerkschaftliche Aktivität verschwunden. Bei der letzten Wahl zur Mitarbeitervertretung (an kathol. Krankenhäusern gibt es keinen Personalrat) war nach einer extremen Stimmungsmache der Klinikleitung gegen ÖTV-Mitglieder jeder Widerstand gebrochen worden. Nach Entlassungen, Kündigungen und Umbesetzungen haben auch die letzten aktiven Kollegen resigniert.

Seit dieser Zeit treibt hier nun die kirchlich-konservative-hierarchische Reaktion ihre Blüten. Doch ich meine, daß das, was sich dort tagtäglich abspielt, nichts Ungewöhnliches ist, sondern nur ein Beispiel für den inhumanen deutschen Krankenhaus-Alltag. Das, was ich dort registriert habe, kennt jeder Leser aus seiner eigenen Erfahrung: dieselben Sprüche, die gleichen Witze, die gleichen kleinen Gemeinheiten, Unrechtmäßigkeiten, Disziplinierungen. Jeder schluckt tagtäglich seinen Widerspruch, seinen Protest, seine Bedenken herunter, denn eigentlich lohnt es sich nicht, bei solchen „Kleinigkeiten“ gleich den Mund aufzumachen. Man möchte sich nicht lächerlich machen,

nicht ständig auffallen, nicht immer gegen den Strom schwimmen und womöglich als humorlos gelten.

Folgende authentische Sprüche, Situationen und „Witze“ belegen einige Grundattribute der Krankenhausatmosphäre:

Militaristisches Hierarchiedenken: „Wohl schon lange nicht mehr exerzieren geübt“/„das ist ein Befehl“/„der Patient war so unverschämt, den habe ich gleich rausgeschmissen“/

Distanzloser Berufsjargon: Patienten und Personal werden oft geduzt/Metzger werden als „Kollegen“ bezeichnet/Anrede der Patienten: „Na ihr Beinkrüppel“/„auschlafen kannst du zu Hause/usw. „du kannst mal einen reichen Juden umbringen“/„du brauchst wohl einen Kurschaten“

Ausländerfeindlichkeit: „Du Bimbo“/„sei still, sonst kriegst du keine Banne“/... wohl zusammen im Kral gewesen“/„du brauchst keinen Röntgenschutz, damit sich deine Art nicht noch vermehrt“/dich muß man in die Wüste zurückschicken“/„ihr Jordanschiffer“/„Dr. Bräunling“/„Dr. Teebeutel“/... habe ja nichts gegen Türken, aber daß sie gerade hierhin ziehen müssen“/„der kann nicht lesen, dem muß man eine Skizze machen“/

Sexismus und Frauenfeindlichkeit: z.B. über geschlagene Frauen: „sie ist wohl in eine Faust gelaufen“/„die meisten wollen es nicht anders“/„den Streit fangen die Frauen an und später knutschen sie wieder“/Zu Reinigungsfrauen: „euch steck ich noch mit dem Kopf in den Eimer“/„man müßte euch das Zeug (Putzwasser) sonstwohin schütten“/Über eine Kollegin: „die würde ich höchstens zum Abgewöhnen nehmen“/usw. usw.

Die alltäglichen Widersprüche, Fehler, Ungereimtheiten werden uns allen auf die Dauer so zur Gewohnheit und Routine, daß wir sie mit der Zeit garnicht mehr bemerken. Nach einer gewissen Einarbeitungszeit fällt uns schon nicht mehr auf, wie z.B. die Patienten regelmäßig erniedrigt, verhöhnt, unterdrückt und gemäßregelt werden, ja wir selbst übernehmen Verhaltensweisen, die wir unseren Vorgesetzten abguckt haben. „Anordnungen“ und „Ausführungen“ sind der tägliche Umgang statt Zusammenarbeit, gemeinsame Beratung und Entscheidung. Zwischen verschiedenen Fachrichtungen herrscht allein das Konkurrenzdenken.

Die Liste der altbekannten und immer wiederholten Übel ist lang: Die Lust der Chirurgen auf riskante Eingriffe/Unsinnig strenge Besuchszeiten/Die Bevorzugung von Privatpatienten/Die Einstellung von unqualifiziertem Personal aus Kostengründen/Das Decken von offensichtlichen



Kunstfehlern/Die Ablehnung von arbeitslosen, alkoholkranken oder psychisch kranken Patienten/Das somatische Kausalitätsbedürfnis zur Erklärung der Krankheitsentstehung/Die Gewerkschaftsfeindlichkeit/Das Ausbeuten von Krankenpflegeschülern/ein „großzügiger“ Umgang mit der Schweigepflicht/unzureichende arbeitsmedizinische Betreuung der Mitarbeiter (z.B. Nichtbeachtung der Strahlenschutzverordnung) usw. usw.

Was sind die Folgen aus einer solchen Arbeitsatmosphäre? Die inhumanen, unsozialen und reaktionären Umgangsformen haben einen ständigen Vorbildcharakter für das übrige Personal und werden schließlich als normal angesehen und kopiert. Auf diese Weise wird schließlich die Ideologie weitergegeben, daß der Patient schuldig ist, selbst seine Krankheit verursacht hat und nun um seine Heilung betteln muß. Man vergißt, daß das Krankenhaus von den Patienten finanziert, erbaut und unterhalten, das Personal von seinen Steuern und Kassenbeiträgen bezahlt wird.

Im Deutschen Ärzteblatt (Heft 34, 21. 8. 80) wird aufgefordert, „gemeinsam bessere Bedingungen für Humanität zu schaffen“. Selbst dort werden die „humanitären Defizite“ bestätigt und daran erinnert, „daß der kranke Mensch nicht entmündigt werden darf.“

Das Standesblatt und andere Humanitätsprediger begeben sich auf die Suche nach den Ursachen des Übels. Sie finden: „Jobdenken“, „Funktionalismus“, „mangelnde Sachkompetenz der Verwaltungen“, „Anspruchsdenken der Patienten“. Damit und auch mit Ihren Lösungsvorschlägen (Einsatz von freiwilligen Helfern, mehr Selbstverantwortung und Selbstbeteiligung der Patienten) treffen sie aber nicht den Kern des Problems.

Nach meinem Gefühl und nach meinen Erfahrungen ist dort die Situation für Patienten und Personal am unerträglichsten, wo die Solidarität am geringsten ist. Dort, wo keine Kritik mehr laut wird, wo das Personal nur noch frustriert den Mund hält, wo alle sich verstehen und ducken, da blüht die Inhumanität. Statt gewerkschaftlicher Vertretung herrscht der Kampf „Jeder gegen jeden“. Als Einzelter hat man aber kaum eine Chance auf die Durchsetzung von zustehenden Rechten. Hierarchische Entscheidungen werden durch die Vereinzelung der Kollegen nur noch erleichtert und man wird mehr und mehr dem persönlichen Wohlwollen der Vorgesetzten ausgeliefert.

Autor ist der Redaktion bekannt.

Der Krankenhauskonzern

Es ist wohl kein Zufall, daß der Hamburger Senat seinen weitreichenden Beschuß zur Neuorganisation der Krankenhäuser ausgerechnet im August '80, also in der Urlaubszeit, faßte. Denn diesem Beschuß sind jahrelange Diskussionen und Aktionen vorausgegangen.

Worum geht es? Die der Hamburger Gesundheitsbehörde unterstehenden Krankenhäuser bekommen zum 1. 1. 81 eine neue rechtliche und betriebswirtschaftliche Konstruktion, sie werden in einem „verselbständigt Regiebetrieb“ (Landesbetrieb nach § 26 der Landeshaushaltsoordnung, darum auch „LHO-Betrieb“ genannt) zusammengefaßt. Das bedeutet eine Teilausgliederung aus der Behörde. Damit wird ein Rahmen geschaffen, in dem Rationalisierungsmaßnahmen in allen Krankenhausbereichen wesentlich „reibungloser“ ablaufen können.

Immerhin handelt es sich um 10 Großkliniken mit ca. 9800 Betten, fast 12000 Beschäftigten und ca. 160000 jährlich stationär versorgten Patienten. Bis jetzt betrafen Rationalisierungsprojekte hauptsächlich den technischen Bereich der Krankenhäuser (Küche, Waschhaus, Kesselhaus etc.). Der pflegerische und ärztliche Bereich hat dagegen besonders unter den Auswirkungen der Bettenverknappungspolitik (Einsparung von 4200 Betten bis 1985) und der damit verbundenen Personalreduzierung bei steigenden Patientenzahlen zu leiden. Entsprechend stieg die Arbeitsintensität, im AK Barmbek z.B. wuchs die von einer Krankenpflegeperson jährlich versorgte Patientenzahl in nur 5 Jahren um 23 %. Entsprechend katastrophal die Auswirkungen für die Patienten: die Krankenversorgung in den inneren Abteilungen kollabierte im letzten Winter regelrecht, Pressephotos von totkranken, notdürftig auf Matratzen im Flur gelagerten Patienten straften die Schutzbehauptung der Gesundheitssenatorin Helga Elstner (SPD) Lügen: „Wir haben in Hamburg ein vorbildliches Gesundheitswesen, wovon viele andere nur träumen können.“ (1) Schwarzer Humor oder Alptraum?

Die Gesundheitsbehörde stand aber nie nur auf dem einen „Bein“ Kapazitätenabbau. Schon 1975 beauftragte sie eine Schweizer Unternehmensberatungsfirma (Knight-Wegenstein) mit einem Gutachten, dessen Zweck sie so festlegte: „Es soll für den betrieblichen Dienstleistungsbereich Krankenhäuser eine Struktur gefunden werden, die stärker auf das Prinzip der zweckmäßigsten und wirtschaftlichsten Leistungserbringung ausgerichtet ist.“ (2)

Ende 1976 legte Knight-Wegenstein seine Studie vor. Der Senat behandelte sie wie ein Geheimpapier – aus durchsichtigen Motiven, wie deutlich wurde, als die DKP das Gutachten in die Öffentlichkeit brachte. Denn die Beratungsfirma schlug vor:

– Ausgliederung der Krankenhäuser der Gesundheitsbehörde und Überführung in eine „Anstalt des öffentlichen Rech-

tes“, die mit der Behörde nur mehr über einen Verwaltungsrat verbunden sein sollte. Wesentliche Auswirkung: Verlust des Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst.

- Strange Hierarchisierung. An der Spitze des „Krankenhauskonzerns“ steht ein Geschäftsführer, „der mit allen Kompetenzen ausgestattet sein muß, die er für die Wahrnehmung seiner umfassenden Verantwortung braucht. Dem Qualifikations- und Fähigkeitsprofil nach muß er ein Manager sein, der sich intern und extern durchsetzen kann“. (3) Ihm unterstehen die einzelnen Krankenhausleiter, die „... im Krankenhaus die letzte Entscheidungsbefugnis haben ...“ (4). U.s.w. bis zum letzten Arbeitsplatz.
- Abbau der Mitbestimmung, die Personalräte an den einzelnen Krankenhäusern werden in Frage gestellt.
- Ökonomisierung jeder Tätigkeit: „Es muß kontinuierlich belegt werden, welche Leistung wieviel kostet und wo Ansatzpunkte für einen verbesserten Wirkungsgrad liegen. Und jeder Leiter einer Einheit – ob Arzt, Schwester oder Verwaltungsmitarbeiter – muß Budgetverantwortung tragen“. (5) „Der Konflikt zwischen der Begrenzung der Ressourcen und dem humanitären Ziel einer bestmöglichen Heilung und Rehabilitation des Patienten kann nur besser bewältigt werden, wenn ... die Abwägung der Kosten-Nutzen-Relation Grundelement des täglichen Arbeitsprozesses wird.“ (6) Das ist es wohl, was die Gesundheitssenatorin unter „mehr eigenverantwortlichem Handeln“ und „mehr Kompetenzen“ (7) versteht – jeder „Mitarbeiter“ sein eigener Sparkommisar!
- Daraus folgt die Normierung aller Tätigkeiten, auch der pflegerischen und ärztlichen: „Auch unter Einbeziehung der Schwierigkeiten einer medizinischen Leistungsbewertung ist bei typisierba-

ren Fällen eine Kosten/Erfolgsrelation definierbar (Diagnoseleistungen, Operationen, Geburten, Medikamentenverbrauch oder Pflegeleistungen)." (8)

- Arbeitsplatzabbau: „Durch die Aufhebung der Bindung an den Stellenplan wird ein flexibler Personaleinsatz und ein unbürokratisches Vorgehen in Fällen plötzlicher Bedarfsschwankungen oder von Über- und Unterbelastungen möglich.“ (9)
- Verstärkte Privatisierung von Teilbereichen (Küche, Gebäudereinigung, Apotheke etc.)

Es gelang dem Senat – trotz heftiger Unterstützung durch die CDU – nicht, das Gesamtkonzept durchzusetzen. Je mehr an Einzelheiten bekannt wurde, um so mehr wuchsen Mißtrauen und Ablehnung bei den Beschäftigten und in den Betriebsgruppen der ÖTV.

Der Senat orientierte darum auf eine „kleinere“ Ausgliederungsform, den Landesbetrieb, betonte aber gleichzeitig, daß dabei „die Vorschläge und sonstigen Aussagen des Gutachtens Knight-Wegenstein zu verfolgen“ seien. (10)

Zweifellos war das ein Teilerfolg, denn der Landesbetrieb gehört im Unterschied zur „Anstalt des öffentlichen Rechtes“ zur allgemeinen Verwaltung, damit bleiben Beschäftigungsverhältnis, Tarifverträge und Sonderleistungen für die Arbeiter, Angestellten und Beamten bestehen.

Ansonsten gleicht der Landesbetrieb aber sehr weitgehend einem Wirtschaftsunternehmen: eigenes Management, eigener Wirtschaftsplan (der nur im Ergebnis von der Bürgerschaft genehmigt wird), Wirtschaften nach Gewinn und Verlust, erweiterte Deckungsfähigkeit, eigenständige Investitionstätigkeit in bestimmten Rahmen. Es zeichnet sich ab, daß die von Knight-Wegenstein formulierten Rationalisierungsziele auch im Landesbetrieb weitgehend durchsetzbar sind.

So wird derzeit der gesamte Verwaltungsbereich neustrukturiert, um in Verbindung mit der Einführung der kaufmännischen Buchführung das Instrumentarium für die lückenlose Erfassung aller Kosten und Leistungen zu schaffen. Dabei spielt die EDV eine wichtige Rolle. Perspektivisch sollen Bildschirmarbeitsplätze eingerichtet werden.

Die Personaldecke soll weiter gestrafft werden, Belastungsspitzen will man zukünftig mit Überstunden und Zeitverträgen „bewältigen“. (11) Der Stellenschlüssel wird aufgeweicht – man mag sich kaum vorstellen, welche katastrophalen Auswirkungen das auf Arbeitsbedingungen und Qualität der Pflege haben wird. „... die qualitative und quantitative Erfassung und Bewertung der medizinisch-pflegerischen Leistung“ (12) wird angestrebt, was nichts

anderes als Refa-Methoden oder die „Stoppuhr am Krankenbett“ bedeutet.

An den gültigen Mitbestimmungsmöglichkeiten entsprechend dem Hamburger Personalvertretungsgesetz ändert sich zwar nichts – auch sicher ein Erfolg. Weitergehende Mitbestimmungsforderungen, wie sie die ÖTV auch unter Hinweis auf die schwindende parlamentarische Kontrolle der Krankenhäuser erhob, lehnte der Senat rundweg ab. Das ist wohl auch der Hauptgrund, warum die ÖTV den Landesbetrieb heute ablehnt, nachdem sie anfänglich das Projekt begrüßte und eine Übereinstimmung mit Gewerkschaftstagsbeschlüssen behauptete. (13) Zudem zeigten sich in voller Schärfe die unzureichenden Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Planungsphase. Die Personalräte wie auch die ÖTV standen im allgemeinen vor vollendeten Tatsachen, die sie nur noch zur Kenntnis nehmen konnten.

In internen Papieren wird unumwunden als Ziel der Neuorganisation die „Kostendämpfung“ angegeben (14), wobei dieser Begriff, konkret hinterfragt, die Entlastung des öffentlichen Haushaltes von Sozialausgaben meint. Denn über verschiedene Mechanismen (Wegfall von Subventionen, Wegfall von Leistungen anderer Behörden) werden tatsächlich bisher staatlich geleistete Kosten auf die Krankenkassen überwälzt. Bei gleichzeitig noch durch den Aufbau des Management-Apparates und die Einführung der kaufmännischen Buchführung verursachten Mehrkosten werden die Sozialversicherten die Suppe auszulöffeln haben.

Wird der Senat seinen „Krankenhauskonzern“ durchsetzen können? Der organisatorische und rechtliche Rahmen ist durch den Beschuß vom August '80 geschaffen. Doch damit ist die geplante generelle Rationalisierung zu Lasten von Personal und Patienten längst nicht Realität. In der bisherigen Auseinandersetzung konnten bestimmte Pläne des Senats dann abgewehrt werden, wenn die Kollegen die nicht ungeschickte Propaganda („mehr Wirtschaftlichkeit“, „mehr Verantwortung“, „weniger Bürokratie“) durchschauten und in dem Projekt Landesbetrieb einen Angriff auf ihre Arbeitsbedingungen und ihre Arbeitsplatzsicherheit erkannten. Es wird also darauf ankommen, besser als bisher konkrete und arbeitsplatzbezogene Informationen über Rationalisierungsschritte zu geben, bevor diese Maßnahmen greifen. Gleichzeitig ist es notwendig, offensiver das gewerkschaftliche Konzept eines „humanen Krankenhauses“ herauszuarbeiten.

1. Hamburger „Morgenpost“, 14.2. 80
2. Gutachten „Führungsmodell, Organisationsstruktur, Rechtsform für eine Krankenhausbetriebeinheit der Freien und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsbehörde“, Knight-Wegenstein-AG Zürich, Dez. 1976: S. 159
3. ebenda, S. 79
4. ebenda, S. 91
5. ebenda, S. 53
6. ebenda, S. 54

Endlich!!
Hier ist sie, die lang erwartete und heiß ersehnte Ankündigung der

Dokumentation des Gesundheitsta- ges 1980:

Bd. I: Medizin und Nationalsozialismus

Tabuisierte Vergangenheit – ungebrochene Traditionen

Bd. II: Macht gesund, was Euch kaputt macht!

Industriegesellschaft und bedrohte Gesundheit

Bd. III: Bankrott der Gesundheits- sindustrie

Kritik des bestehenden medizinischen Versorgungssystems

Bd. IV: Selbstbestimmung in der Offensive

Frauenbewegung, Selbsthilfe, Patientenrechte und Deprofessionalisierung im Gesundheitswesen

Bd. V: Ziehen wir die weißen Kittel aus!

Versuche gegen die Hilflosigkeit – Ansätze einer neuen Praxis für die helfenden Berufe

Bd. VI: Rebellion gegen das Va- lumzeitalter

Wurzeln und Perspektiven der Gesundheitsbewegung

Bd. VII: Befreiung und Gesund- heit

Der Kampf gegen Krankheit und Unterdrückung der Völker der 3. Welt: Grenzen und Perspektiven der Gesundheitsarbeit.

Wichtig!!!

Wenn Ihr alle Bände der Dokumentation haben wollt, kosten die 7 Bände zusammen DM 60,— (+ Porto 1,50 pro Band)

Konto:

Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum
Gesundheitsladen Berlin e.V.
Sonderkonto Gesundheitstag Berlin
1980
Postscheckamt Berlin-West Nr.
139 66-105

7. Brief der Senatorin Helga Elstner „an die Mitarbeiter der Allgemeinen Krankenhäuser“ vom 21. 6. 77

8. Gutachten S. 59

9. ebenda, S. 13

10. „Zweiter Arbeitsbericht des Senatsbeauftragten für das Projektmanagement Organisation und Rechnungswesen der Krankenhäuser“, Hamburg, Mai 1979: S. 1

11. ebenda, S. 13 (Anhang)

12. ebenda, S. 85

13. Flugblatt der ÖTV, Bezirksverwaltung Hamburg vom 21. 6. 1978

14. „Strukturkonzept für die Neuorganisation der Krankenhausaufgaben in der Gesundheitsbehörde“, Projektgruppe Organisation und Rechnungswesen der Krankenhäuser, 7. 3. 80: S. 2

Demonstration in Bonn zur Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser

Psychiatrie auf neuen Wegen

Da fordert 1972 der DGB den Abbau der Großanstalten und gleichzeitig einen besseren Personalschlüssel für Pflegepersonal und Ärzte. Da formuliert 1976 der ÖTV-Gewerkschaftstag in einem Antrag, daß stationäre Behandlungen zugunsten ambulanter zu vermindern und die stationäre Versorgung zu dezentralisieren ist. Ein Jahr später geht die ÖTV in ihren „Perspektiven“ noch einen Schritt weiter und fordert die schrittweise Auflösung der Großkliniken zugunsten einer gemeindenahen Psychiatrie. Und dann erklären einige Direktoren psychiatrischer Krankenhäuser, daß sie „keine vernünftige Alternative für psychiatrische Großkliniken“ sehen. Sie tun so, als hätte es jahrelange Arbeit und die konkreten Ergebnisse der Psychiatrie-Kommission des Deutschen Bundestages nicht gegeben, wenn sie warnen, daß „psychisch Kranke nicht neuerlich preisgegeben werden als Objekt für sozial-utopische Experimente und schließlich verlassen bleiben in einem Niemandsland nicht zu Ende gedachter Reformen“.

Schluß machen mit 150 Jahren Aussonderung und Ausgrenzung wollten die fast 5000 Menschen, die dem Aufruf der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) gefolgt waren und nach Bonn gekommen waren, um für die Auflösung der Großkrankenhäuser zu demonstrieren. Mit einer Schweigeminute gedachten sie erstmals öffentlich der Opfer der psychiatrischen Morde im Dritten Reich und ihrer Hinterbliebenen.

Mit großem Ernst forderten sie die Verwirklichung von Gemeindepsychiatrie als

Programm. „Jede Region, jede Stadt, jeder Kreis schafft sich selbst die Betten, Tagesklinik-Plätze, ambulanten Dienste, Clubs, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, die notwendig sind, um den Bedürfnissen der seelisch leidenden oder störenden Gemeindemitglieder zu entsprechen.“ Allein diese Aufzählung zeigt, daß nicht weniger, aber bessere Arbeitsplätze geschaffen werden müssen. Der Krankenpfleger Wolfgang Münster erinnerte zu Recht an die Mahnung der ÖTV, keine Arbeitsplätze der pflegerischen Mitarbeiter zu vernichten.

Die Rede von Klaus Dörner auf der Abschlußkundgebung markierte einen historischen Wendepunkt in der Psychiatriegeschichte der Bundesrepublik. Psychiatrie wurde wieder öffentlich, die menschenwürdige Betreuung psychisch leidender und behinderter Menschen geht jeden an und niemand kann sich aus seiner Verantwortung fortschleichen.

Wenn das Bundesgesundheitsministerium der DGSP vorwirft, „am falschen Ort demonstriert“ zu haben, sowohl wird nur offenbar, daß der Sinn der Demonstration nicht verstanden wurde. Das Schweigen über die oft unmenschliche Lage der psychisch Kranken und Behinderten sollte gebrochen werden. Es stimmt hoffnungsvoll, daß auf der Schlußkundgebung eine ehemalige Patientin den hunderttausend in psychiatrischen Anstalten untergebrachten Menschen selbst zur Stimme verhalf.

DG dokumentiert die Rede von Prof. Dörner im Innenteil dieser Ausgabe.



ÖTV: 1 Schritt vor, 2 Schritte zurück?

Fünf Tage vor der Demonstration der DGSP in Bonn ging die ÖTV an die Öffentlichkeit und warnte „alle verantwortlichen Politiker, sich vorschnell mit der von einigen psychiatrischen Fachverbänden verbreiteten Forderung nach Auflösung aller psychiatrischen zu identifizieren, ohne die Konsequenzen zu überdenken“. In dem immer noch gültigen „Perspektiven zur Gesundheitspolitik“ hatte es dagegen 1977 bereits geheißen: „Dementsprechend sind die psychiatrischen Großkrankenhäuser im Interesse einer gemeindenahen Psychiatrie schrittweise aufzulösen.“ Bekam die ÖTV Angst vor der eigenen Courage oder wurde der Unmut der Mitglieder, die um ihren Arbeitsplatz fürchten, zu groß?

Es ist unbestritten das Recht und die Pflicht der ÖTV, für die Arbeitsplatzsicherheit ihrer Mitglieder zu streiten, die Beseitigung des Personalmangels in den psychiatrischen Kliniken zu fordern und für erforderliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal einzutreten. Dem Argument: „Wir wollen erst das neue Programm aufbauen, bevor wir das alte auflösen“ hielt bereits Klaus Dörner auf der Abschlußkundgebung entgegen: „Wer ernsthaft Gemeindepsychiatrie will, der muß im gleichen Atemzug auch die Auflösung der Großkrankenhäuser wollen. Aufbau des Neuen und Abbau des Alten müssen Hand in Hand gehen.“

Mit einer ersten Gewerkschaftsveranstaltung zu diesem Thema in West-Berlin wurde für die öffentliche und innergewerkschaftliche Diskussion ein Anfang gesetzt. Es sollten weitere im ganzen Bundesgebiet folgen. Dabei können dann auch Unterstellungen, wie der Vorwurf, die Auflösungsforderung sei „undifferenziert“ in den notwendigen Zusammenhang gerückt werden. Das Gespräch von DGSP und allen Gliederungen der ÖTV kann der Psychiatrie nur nützen.

Vormittagsschicht auf einer internistischen Station

Jede Pflegekraft muß sich bemühen, schnell und komplikationslos zu funktionieren, damit das Pensum überhaupt zu schaffen ist.

immer größere Versachlichung, Technisierung und Spezialisierung und vor allem die immer knapper werdende Personalsituation lassen kaum noch Zeit, etwas über den Patienten zu erfahren, weder von seiner Erkrankung noch von seiner psychischen Lage. Die Informationen über den Patienten werden vom Arzt zur Stationsschwester und von ihr bei den Übergaben an die Zweitenschwester und die examinierten Kräfte weitergegeben. Sie übertragen die zu erfüllenden Tätigkeiten an die Schüler und an die anderen Hilfskräfte, wie Zivildienstleistende und Praktikantinnen des

freiwilligen sozialen Jahres. Ärzte und examinierte Schwestern erteilen Schülern Aufträge, auch wenn diese gerade eine Arbeit ausführen. Die Schüler können sich die Arbeiten nicht selbst einteilen oder sich untereinander absprechen.

Ständig Hol- und Bringdienste auszuführen oder bei 20 Patienten den Blutdruck und Puls zu messen, trägt nicht gerade zur vollen Entfaltung der Fähigkeiten bei. Die strenge Funktionspflege führt zur Unzufriedenheit, da die Schüler nur Zubringerarbeiten für die Diagnose und die Entscheidung über therapeutische Maßnahmen leisten dürfen. Wehren sie sich, täglich die gleichen Aufgaben zu übernehmen und möchten z.B. mit zur Visite, wirkt sich dies negativ im Beurteilungsbogen aus. Es

heißt dann: „Die Schülerin ist interessiert, aber schlecht im Team.“, was soviel bedeutet, wie: „Die Schülerin mischt sich dauernd in Angelegenheiten ein, die sie nichts angehen und weigert sich ihre Aufgaben zu erfüllen.“ Es ist nahezu skandalös, daß Schülern im Stationsalltag nur selten verantwortungsvolle Arbeiten übertragen werden, weil sie „zu wenig Wissen und Erfahrung“ haben, sie aber in die Nachtwache geschickt werden und an Feiertagen oft alleine Dienst machen (müssen).

Dann müssen sie eigenständig Entscheidungen fällen und die Verantwortung tragen, Eintragungen in die Kurven machen und alle notwendigen Verrichtungen an den ihnen anvertrauten Patienten ausführen. Die strikte Einhaltung der Hierarchie

Tabellarische Darstellung einer Vormittagsschicht auf einer internistischen Station

Besetzung der Station:
Stationsschwester, 1 examinierte Schwester, 4 Schüler/Innen

Zeit	Schüler u. Exam.	Stationsschwester	Dienstende
		Dienstbeginn	
6.30	Erledigung der anfallenden Pflegearbeiten: Betten machen Beim Waschen und Anziehen der Pat. helfen Urinflaschen einsammeln	Einteilung der Schüler Besprechung der Übergabe mit der Nachtschwester (mit exam. Schwester)	
7.00	Frühstück an die Pat. verteilen Beim Essen helfen Tabletten verteilen Spülraum aufräumen	Vorbereiten des Frühstucks (mit exam. Schwester) Arbeit am Schreibtisch	
7.30	1/2 Std. gesetzl. Pause, selten durchgehend mögl. Beantwortung der Klingelzeichen aus Patientenzimmern, also: aufstehen, hinlaufen, Pat. fragen, den Wunsch ausführen, weiter essen	Beantwortung von Telefonanrufen in wichtigen Fällen, Hilfestellung bei Verrichtungen am Patienten	
8.00	Beginn der Routine: Putzarbeiten (Nachttische säubern, Blumen gießen, aufräumen) ausführen RR messen und pulsieren, Spritzen vorbereiten (i.v. Spritzen für die Ärzte) s.c. Spritzen geben, weitere Verrichtungen je nach Anordnung: inhaliieren lassen, Beine wickeln, Sonden oder Katheter legen	Aufteilung der Funktionen der Schüler Arbeit am Schreibtisch Vorbereitung der Visite Werte in die Kurve schreiben, Formulare einheften, neue Kurven anlegen mit den Ärzten zur Visite gehen (mit exam. Schwester) Anordnungen von der Visite weiterleiten Visite ausarbeiten, Laborzettel ausfüllen, Termine für Untersuchungen ausmachen Telefongespräche entgegennehmen	
10.30	Zwischenmahlzeit verteilen Tabletten für den nächsten Tag stellen außerdem: ins Labor laufen, Formulare verteilen, Patienten zu Untersuchungen bringen und abholen, Kreislaufkontrollen durchführen Patienten umlagern		
12.00	Mittagessen verteilen beim Essen helfen illegaler Pause von wenigen Minuten zum Essen	Essensausgabe machen	
13.00	Temp. u. Puls u. RR messen	Übergabe zwischen Stationsschwester und examinierten Schwestern evtl. auch Schülern	
13.30		Dienstende	

und Funktionszuschreibung wird beden-
kenlos übergegangen, sobald die Arbeitskraft
der Schüler besonders lukrativ eingesetzt
werden kann. Planstellen und Einsatz von
Fachpersonal im Nacht- und Schichtdienst
können so eingespart werden. Schüler
werden je nach Bedarf zum Dienst einge-
teilt. Oft müssen sie auch Zwischendienst
machen. Bevorzugt werden sie dann zu
den Stoßzeiten eingesetzt, z.B.: von 6.30
bis 11.00 Uhr und von 16.00 bis 19.00 Uhr.

Alle 3 Monate, gerade wenn die Schüler
sich auf einer Station eingelebt und ihre
Fähigkeiten beweisen könnten, werden sie
auf eine neue Abteilung versetzt, wo sie
wieder als unterstes Glied der Hilfstruppe
beginnen und sich hocharbeiten müssen.

Laut Lehrplan besteht die Ausbildung mehr
als zur Hälfte aus der Arbeit im Kranken-
haus und zu 1/3 aus theoretischem Unter-
richt an der Krankenpflegeschule. Doch die
Interessenvertretung der Schüler ist die
Schule, also ihr Arbeitgeber. Wenn Schüler
Beschwerden vorbringen, spricht die dann
von moralischer Verpflichtung gegenüber
dem Patienten, anstatt sich für sie einzusetzen.
Eine direkte Auseinandersetzung mit dem Krankenhaus über Probleme der
praktischen Ausbildung werden dadurch
erschwert. Konflikte werden meist nur auf
Stationsebene ausgetragen, also zwi-
schen Schülern und der Stationsschwe-
ster. Durch das Konkurrenzverhalten der
Pflegekräfte untereinander kommt so gut
wie keine Solidarität auf, obwohl alle im
Grunde dieselben Sorgen haben. Ihr Funktionieren ist für das Krankenhaus sehr
wichtig, da sie den Hauptteil der Arbeit,
nämlich die Pflege und therapeutische
Maßnahmen ausführen, ohne die die gesamte
Versorgung zusammenbrechen
würde. Ihre Forderung nach Mitbestim-
mung an der Gestaltung ihres Arbeitsplatzes,
nach mehr Informationsaustausch und
nach ganzheitlicher Pflege findet aber
kein Gehör. Trotz der Wichtigkeit ihrer Ar-
beitskraft stehen ihnen keine Rechte zu,
sondern sie werden ausgenutzt, indem an
die persönliche Verantwortlichkeit des Ein-
zelnen appelliert wird.

So wird Schülern nicht in erster Linie bei-
gebracht, wie sie ihre theoretischen
Kenntnisse am Patienten praktisch umsetzen
können, um ihn selbstständig und eigen-
verantwortlich zu versorgen. Im Gegenteil:
Sie lernen sich in ein Organisationsprinzip
einzufügen, welches ihnen jeweils aufträgt,
welche Funktionen sie zu übernehmen ha-
ben, damit sich der Stationsablauf rei-
bungslos, kosten- und zeitsparend vollzieht.
Als Objekt eines Systems, das sie für
seine Profite ausnutzt (Zitat von Jervis, G.,
Kritisches Handbuch der Psychiatrie) S.
37) mühen sie sich ab. Sie können kaum
dem Patienteninteresse nachkommen,
noch ihrem eigenen Wunsch nach nicht
entfremdeter Arbeit in einem sinnvollen
Beruf.

buch Kritik

Gemeindepsychiatrie

Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich

Marianne Köppelmann-Baillieu – Ffm.
1979 (Campus-Verlag), 214 Seiten,
DM 20,-

„Im Vergleich zu anderen europäischen
Ländern ist die bundesrepublikanische
Psychiatrie heute um etwa 15 Jahre mit
der Entwicklung im Rückstand“ stellt
die Autorin in der Einleitung fest und sie
fährt fort: „Dies bietet uns zugleich die
Chance von den Erfahrungen in ande-
ren Ländern zu lernen.“ (12) Gerade an-
gesichts der politischen Bedingungen,
die die Entwicklungen im Psychiatrie-
bereich steuern, erweist sich der Blick
nach Frankreich als besonders auf-
schlußreich: im Vergleich mit der Ent-
wicklung hierzulande wird deutlich, in
welchem Ausmaß unterschiedliche his-
torische Voraussetzungen (eine kriti-
sche Tradition sozialmedizinischer An-
sätze, ein großer Einfluß der Gewerk-
schaften, die geringere Macht der nied-
ergelassenen Nervenärzte, um nur ei-
nige Faktoren zu nennen) die Durchset-
zung einer verbesserten Versorgung
ermöglicht haben.

In einem einführenden, fesselnd geschrie-
benen Reisebericht macht Marianne Köp-
pelmann ihre Leser mit der Realität der
Sektorpsychiatrie bekannt, zeigt uns die
Alltagsarbeit in Dispensaires (öffentliche
psychosoziale Beratungsstellen), Tages-
kliniken, psychiatrischen Übergangsein-
richtungen und Kliniken, führt uns berühmt
gewordene Einrichtungen, wie die Klinik
Henri Rousselle in Paris, die Organisation
des 13. Arrondissements und die Reform-
arbeit in Corbeil, vor und sie stellt uns mit
kritischer Sympathie die Menschen vor, die
die Reform tragen und die Versorgung ma-
chen: Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen,
Pfleger, Schwestern. An ihrer Schilderung
wird deutlich: die Arbeit geht nur mühsam
voran, das medizinische Denken domi-
niert, Klinikhierarchien sind nur an einigen
Stellen durchbrochen, eine breiter ange-
legte primäre Prävention findet nur selten
statt und ist vom Engagement der Teams,
vor allem ihrer Leiter abhängig. Trotzdem
verfällt man nicht in Resignation; es wird
etwas von dem Geist der Reform und des
Engagements, von den institutionellen
Veränderungsversuchen und von einem
Wandel in den Beziehungen der therapeu-
tischen Teams untereinander und im Ver-
hältnis zu den Klienten spürbar, das Hoff-
nung macht.

Um diese im Vergleich zur BRD unter-
schiedliche Haltung (und in der Folge die
unterschiedliche Praxis der französischen
Sektorpsychiatrie) in der psychiatrischen
Arbeit und zur Psychiatrie als gesellschaft-
licher Institution zu erklären, greift die Au-
torin auf die historischen Voraussetzungen
des Gesundheitswesens in Frankreich zu-
rück: von den Forderungen nach einem öf-
fentlichen Gesundheitswesen, die schon
während der Französischen Revolution
erhoben wurden, bis zu den Realisie-
rungsversuchen der Volksfrontregierung
zwischen den beiden Weltkriegen, spannt
sich eine Tradition sozialmedizinischer
Versorgungsvorstellungen, die über die
Résistance bis heute lebendig geblieben
ist. So versuchten während der faschisti-
schen Besetzung Frankreichs einige der
Résistance angehörende Psychiater (unter
ihnen ist v. a. Tosquelles zu erwähnen)
in Saint-Alban, einer in den Bergen der
Margeride liegenden Klinik, politische Ar-
beit und Psychiatriereform zu verbinden.
Aus diesen Versuchen entstand das Kon-
zept einer Gemeindepsychiatrie, die die
Lebensbedürfnisse der Bergbewohner,
den politischen Wunsch nach Befreiung
und die Versorgung psychisch Hilfebedürf-
tiger in ihrer sozialen Umgebung zusam-
menbrachte.

Nach dem Krieg war es dann die erste Auf-
gabe, die überfüllten und menschenun-
würdigen psychiatrischen Kliniken zu re-
formieren. Dies bedeutete nun nicht etwa,
den Ausbau der Kliniken, sondern den politi-
sch schwierigen Versuch einer gemeinde-
nahe sektorisierte Psychiatrie einzuführen,
in der der Klinik ein genau definierter Platz,
aber keine Dominanz, eingeräumt wurde.
Neben der Aufgeschlossenheit der Zen-
tralregierung ist als eine wesentliche Vor-
aussetzung für das Gelingen der Psychi-
atriereform der fehlende Widerstand der
(nur wenig vorhandenen) niedergelassenen
Nervenärzte gegen die Sektorisierung
zu nennen. Trotz großer Schwierigkeiten,
die Sektorisierung auch nach ihrer offiziellen
Einführung mit dem Runderlaß von
1960 wegen der damit verbundenen finan-
ziellen Mehrbelastung bei den einzelnen
Departements durchzusetzen, gelang es
schließlich – nicht zuletzt durch eine bes-
sere Bezahlung der Psychiater, die in ih-
rem Gebiet die Sektorisierung einführten –
die veränderte Versorgungsstruktur zu
verankern. Wenn man an dieser Reform
auch Momente von administrativ und an In-
teressen sozialer Kontrolle ausgerichteter
Strategien erkennen kann, ist die Sektori-
sierung im großen und ganzen gesehen
doch als Erfolg zu bewerten. Gerade mit
Blick auf das Ende der Psychiatriereform in

der BRD gilt es darauf hinzuweisen, daß es sich um eine echte Verbesserung der Versorgung handelt. Marianne Köppelmann schreibt: Die „kostenlose Beratung in den öffentlichen Dispensaires und eine ambulante Arbeit im Domizil der Patienten können heute in vielen Fällen eine Hospitalisierung entweder ganz vermeiden oder zumindest verkürzen. Die gänzliche Abtrennung der Patienten von ihrem alltäglichen Lebensbereich kann weitgehend vermieden werden. NachsorgeinstitUTIONEN und Hausbesuche erleichtern es dem Patienten, sich auch nach einer Hospitalisierung wieder besser in seiner Umwelt zu rechtfinden. Die kontinuierliche Versorgung durch dieselbe therapeutische Gruppe bietet eine gute Möglichkeit die Angst der Patienten zu vermindern und einer zunehmenden Desorientierung entgegenzuarbeiten. Wenngleich die Vorherrschaft der Psychiater offiziell und real im Sektor gewahrt geblieben ist...“ (180/1) sind im einzelnen doch über bloße Schönheitskorrekturen hinausgehende Verbesserungen verwirklicht.

Ernst v. Kardorff (München)

Gesundheit in gesellschaftlichem Konflikt Vergleichende Analysen von Gesundheitssystemen.

Daß ein Buch in der Urban-Schwarzenberg-Reihe „Medizin und Sozialwissenschaften“ mit einem Geleitwort des österreichischen Bundeskanzlers Bruno Kreiski erscheint, erregt beim Leser zunächst Verwunderung. Der Grund hierfür liegt jedoch darin, daß es sich bei diesem Buch um eine Zusammenfassung der 1972 vom österreichischen Bundeskanzleramt in Auftrag gegebenen und 1975 veröffentlichten Studie zur „Systemanalyse des Gesundheitswesens“ in Österreich handelt. Diese Studie umfaßte 2 Bände mit etwa 1 000 Seiten. Die jetzt vorliegende Zusammenfassung für einen größeren Lesekreis stellt nicht nur ein wichtiges Kapitel der gesundheitspolitischen Diskussion in Österreich dar, sondern dürfte auch wertvolle Anregungen für die Bundesrepublik geben, zumal da eine vergleichbare Studie in der Bundesrepublik bisher nicht existiert.

Im ersten Teil (Gesellschaft und Krankheit) stellen Frieder Naschold und Peter Nowak den traditionellen Theorien zur Krankheitsentstehung Ansätze für eine integrale Erklärung von Krankheit gegenüber. Daß Krankheit nicht zuletzt Produkt politisch-ökonomischer Herrschaftsverhältnisse ist, wird durch die Untersuchungen zur Entwicklung der Lebenserwartung, der alters-, geschlechts- und schichtenspezifischen Differenzierung und der regionalen Unterschiede des Krankheitspanoramas zwischen Stadt und Land deutlich. Die vielfach vertretene These, es bestehe ein Trend zu einer Angleichung der Lebenser-

buch Kritik

wartung der sozialen Schichten in den entwickelten Industrieländern, kann anhand der vorhandenen Statistiken widerlegt werden. Hieraus ergibt sich für den Autor die Notwendigkeit, den Gesundheitszustand der Bevölkerung differenzierter zu beobachten und zu erfassen und Strategien sozialer Primärprävention zu entwickeln.

Im zweiten Teil des Buches werden Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Umwelteinflüsse untersucht. Die Wirksamkeit der Arbeitswelt bei der Entstehung von Volkskrankheiten, die Bedeutung von Lebensmittel und Ernährung, der Kfz.-Verkehr und die Radioaktivität sind Themen, die aufgegriffen werden, letztlich jedoch einer weiteren Vertiefung bedürfen. Schwerpunkt des Buches ist neben der Untersuchung von Krankheitsursachen, die Aufarbeitung individueller Verhaltensweisen in der Bevölkerung in bezug auf Selbstmedikation und die Bereitschaft, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für die gesundheitspolitische Diskussion wichtig: Präventives Verhalten findet sich ausgeprägt bei höheren sozialen Schichten, während die unteren Schichten nur eine geringe Beteiligung an prä- und postnatalen Untersuchungen, Überprüfung des Allgemeinzustandes und Impfungen ausweisen. Daß eine Umkehr dieses schichtenspezifischen Verhaltens möglich ist, wird anhand von Modellversuchen, in denen eine gemeindenehe Versorgung praktiziert wurde, dargestellt. Bei der Darstellung der derzeitig existierenden medizinischen Versorgung wird vor allen Dingen auf die Aspekte der rein kurativen Orientierung der bisherigen traditionellen Medizin einschließlich der psychiatrischen Versorgung, sowie auf die Distanz zum sozialen Umfeld des Kranken eingegangen. Der Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme, privater und staatl. Finanzierung medizinischer Leistung in Italien, Großbritannien, DDR, der USA, sowie der BRD kann nur Anregungen geben. Für einen wirklichen Systemvergleich fehlen jedoch die nötigen Voraussetzungen. Alles in allem bietet das Buch einen Überblick über aktuelle sozialmedizinische Analysen, sowie gesundheitspolitische Diskussionen um eine Neuorientierung der stat. und amb. medizinischen Versorgung. Der Anspruch, wirklich vergleichbare Analysen von Gesundheitssystemen zu bieten, ist jedoch wohl etwas zu hoch gegriffen.

Wilfried Schönbeck. Mit Beiträgen von Ernst Berger ... Gesundheit in gesellschaftlichen Konflikt.
München, Wien, Baltimore, Urban-Schwarzenberg, 1980.

Gregor Weinrich

Hagen Kühn:

Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens.

Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78.
Verlag Anton Hain Königstein/Taunus 1980.

Hagen Kühn hat ein nicht einfaches Buch geschrieben: nicht einfach zu lesen vom wissenschaftlichen Sprachstil her, nicht einfach aber auch vom Inhalt her. Vergleichbare Bücher über Krankenhauspolitik und -ökonomie haben meist den Nachteil, daß sie nur die Ebene des einzelnen Krankenhauses (Mikro-) oder die globale Ebene (Makroökonomie) analysieren oder sich einzelne Problemberiche herausgreifen (Finanzierung, Planung oder Pflegebereich/Arztbereich). Hagen Kühn verbindet beide Ebenen miteinander in theoretischer und empirischer Analyse. Dabei werden Krankenhäuser wiederum nicht isoliert betrachtet, sondern eingebettet in das System „professioneller Gesundheitsleistungen“ im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Als Schlüsselbegriff verwendet Kühn dabei den der „Reproduktion der Arbeitskraft“, ausgehend von den Marx'schen Kategorien. Dabei wird deutlich, daß das Gesundheitswesen kein nach eigenen ökonomischen Gesetzen lebendes System ist, sondern von der Ökonomie des warenproduzierenden Sektors abhängig ist.

Im Teil A arbeitet Kühn aus dem konkreten Arbeitsprozeß des Krankenhauses heraus, daß dieses keine „entwicklungsleitende Institution“ im arbeitsteiligen Gesundheitswesen ist (S. 41), sondern ein abhängiges Subsystem darstellt, wobei die Einflußlinien von der Arztpraxis zum Krankenhaus verlaufen und nicht umgekehrt. Alle wesentlichen Leistungen des Krankenhauses werden von außerhalb bestimmt: Einweisungen, Technik, Medikamente, Morbidität, Ausbildung und soziale Funktion (Pflegeaufgaben, Geburten, Sterben).

Diese Analyse hat insoweit eine wichtige gesundheitspolitische Bedeutung, als sich daraus ergibt, daß wirksame Reformmaßnahmen das Krankenhaus einschließen müssen, nicht aber zum alleinigen Hebel machen dürfen. Im Teil B wird das Gesundheitswesen in seiner Eigenschaft untersucht, nützlich für die Reproduktion der Arbeitskraft zu sein. (S. 161 ff.). Dieser setzt sich wie folgt zusammen: direkter Lohn für Güter und Dienstleistungen, Sozialleistungen für Alter, Unfall, Krankheit und gesellschaftliche Dienstleistungen.

Die Einführung dieser Kategorie und ihr weiterer Gebrauch haben weitreichende Folgen: sie verhindert, daß direkte und indirekte Lohnbestandteile gegeneinander ausgespielt werden, etwa nach dem Motto: Wer bessere Schulen und Krankenhäuser will, kann nicht höheren Lohn wollen!

DOKUMENTE

Anhaltszahlen – Ärztlicher Dienst

Die Anhaltszahlen gelten für Allgemeine Krankenhäuser. Sie beziehen sich auf die Gesamtzahl der Ärzte. Sie beziehen sich auf die gesamte ärztliche Tätigkeit im stationären Bereich. Die Anhaltszahlen ermöglichen noch nicht die Abgeltung des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft durch Freizeit. Die Zahlen beziehen sich auf die im Jahresdurchschnitt belegten Betten (Mitternachtsstatistik)

Spiel mit Zahlen

Für alle Bereiche des Krankenhauses gibt es inzwischen Anhaltszahlen, Zahlen, die etwas über den Personalbedarf aussagen sollen. Die tatsächliche Arbeitbelastung spiegelt sich nicht darin wider. Am Beispiel des Pflegedienstes soll dies erläutert werden.

Die ersten Anhaltszahlen bis Mitte der sechziger Jahre beruhten auf Schätzungen des Personalbedarfs. Man addierte jeweils das Personal und die Bettenzahl mehrerer Krankenhäuser und dividierte die Summen untereinander. Dies bedeutete für die Krankenhausträger, daß sie damit „Wirtschaftlichkeit“ im Pflegedienst nicht messen konnten, weil die Zahlen zu ungenau waren.

Deshalb erhielt das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) den Auftrag, Vorgabewerte für den notwendigen Pflegezeitaufwand festzustellen, d.h., zu ermitteln, wieviel Zeit für Grundpflege, persönliche Kontakte usw. gebraucht wurde. Darauf beruhen die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen immer noch verwendeten Anhaltszahlen vom 19. 9. 69, die später auf die 40-Stunden-Woche umgerechnet wurden.

Im September 1974 von der DKG nun die letzten Anhaltszahlen vorgelegt.

Grundlage dieser Neuberechnung sind „Erfahrungswerte“ mehrerer Krankenhäuser und Pflegedienstleistungen, wieviel Patienten von einer Pflegekraft versorgt werden können.

Jüngstes noch unfertiges Produkt ist das Personalbedarfsberechnungsverfahren (PBBV), ein Versuch von staatlicher Seite mit Industriemethoden Normwerte für die Personalbesetzung zu erhalten.

Die Anhaltszahlen der DKG wurden immer als Empfehlungen veröffentlicht. Das hinderte aber nicht Wirtschaftsprüfer, Krankenhausträger, Krankenkassen und Gesundheitsminister, diese als starre Zahlen anzusehen. Das änderte sich erst mit den Anhaltszahlen von 74.

Abteilung/Disziplinen	Anhaltszahl 1974	Anhaltszahl 1969 (40 Std.)	Mehrbedarf bei Anwendung der Anhaltszahlen 1974 in %
1. Allgemeine Betteneinheiten			
1.01 Innere Medizin	1 : 12,0	1 : 17,0	41
1.02 Infektion	1 : 12,0	1 : 21,3	77
1.03 Chirurgie ²⁾	1 : 10,0	1 : 12,8	31
1.04 Unfallchirurgie ²⁾	1 : 10,0	—	—
Neurochirurgie	1 : 6,8	1 : 10,2	50
1.06 Gynäkologie ²⁾	1 : 11,0	1 : 14,5	—
1.07 Geburtshilfe	1 : 13,6	—	—

Abteilungen/Disziplinen	Anhaltszahl 1974	Anhaltszahl 1969 (40 Std.)	Mehrbedarf bei Anwendung der Anhaltszahlen 1974 in %
1.08 Orthopädie ²⁾			
1.09 Urologie ²⁾	1 : 10,0	1 : 12,8	28
1.10 Pneumologie:			
– Konserv. Akutversorgung	1 : 12,0	—	—
– Konserv. Langzeitversorgung	1 : 17,0	—	—
– Operative Versorgung	1 : 10,0	—	—
1.11 Dermatologie	1 : 13,6	1 : 21,3	57
1.12 Neurologie:			
– Akutversorgung	1 : 6,8	—	—
– Regelversorgung	1 : 12,0	1 : 17,0	41
1.13 Psychiatrie ³⁾ :			
– Akutversorgung	1 : 12,0	1 : 12,8	6
– Regelversorgung	1 : 17,0	1 : 25,5	50
– Langzeitversorgung	1 : 34,0	1 : 51,1	50
1.14 Kinder- und Jugendpsychiatrie ³⁾ :			
– Akutversorgung	1 : 10,0	—	—
– Regelversorgung	1 : 12,7	—	—
– Langzeitversorgung	1 : 25,5	—	—
1.15 Pädiatrie:			
– Säuglinge	1 : 12,7	1 : 17,0	33
– Sonstige Kinder	1 : 15,3	1 : 17,0	8
1.16 Ophthalmologie ²⁾	1 : 10,0	1 : 17,0	70
1.17 Hals-Nasen-Ohren ²⁾	1 : 10,0	1 : 17,0	72
1.18 Strahlenbehandlung ⁴⁾	1 : 12,0	1 : 25,5	111
1.19 Geriatrie			
– Akutversorgung	1 : 12,0	—	—
– Langzeitversorgung	1 : 19,6	—	—
2. Besondere Betteneinheiten			
2.01 Intensivmedizin ⁵⁾ :			
– bei überwiegender Intensivüberwachung	1 : 3,0	—	—
– bei überwiegender Intensivbehandlung	1 : 2,0	—	—
2.02 Dialyse	1 : 3,0	—	—
2.03 Frühgeborene und Risikokinder	1 : 6,8	1 : 12,8	88
2.04 Psychotherapie ³⁾	1 : 6,0	—	—
2.05 Drogenkranke ³⁾	1 : 8,5	—	—
2.06 Gerontopsychiatrie ³⁾	1 : 8,5	—	—
2.07 Psychisch kranke Rechtsbrecher ³⁾	1 : 8,5	—	—

Abteilungen/Disziplinen	Anhaltszahl 1974	Anhaltszahl 1969 (40 Stunden)
3. Funktionsbereiche ⁶⁾		
3.01 Anästhesie	n ¹⁶⁾ + 58 %	n + 15 %
3.02 Zentrallaboratorium	1 Facharzt für Laboratoriumsmedizin ab 200 Betten mit zu 10 nichtärztl. med. Mitarbeitern (einschl. angelernter Hilfskräfte) ⁷⁾	
	Je 1 weiterer Arzt auf jeweils 10 darüber hinaus tätige nichtärztliche Mitarbeiter (einschl. angelernter Hilfskräfte)	
3.03 Radiologie ⁸⁾ :		
– Diagnostik	: 10 200 Leistungen	
Normalleistungen ⁹⁾	je Jahr	1 : 15 000 Leistungen
Sonderleistungen ¹⁰⁾	1 : 2 125 Leistungen	je Jahr
– Therapie	1 : 10 200 Leistungen	1 : 10 200 Leistungen
Normalleistungen ¹¹⁾	je Jahr	je Jahr
Poliklinische Leistungen ¹²⁾	1 : 4 250 Leistungen	—
Curietherapie-Leistungen	je Jahr	—
– Nuklearmedizin	1 : 4 250 Leistungen	—
Normalleistungen ¹³⁾	je Jahr	—
Sonderleistungen ¹⁴⁾	1 : 2 125 Leistungen	—
3.04 Pathologie ¹⁵⁾	1 : 85 Sektionen	1 : 170 Leistungen
	je Jahr	je Jahr

Anhaltszahlen für Pflegekräfte

Pflegebereich	Anhaltszahlen 1974			Anhaltszahlen 1969			
	Dienstform			40-Std-Woche			
	Geteilter Dienst mit 2 Wochen- endtagen reduziertem	Mischform 5 Wochen- tage Schichtdienst 2 Wochen- endtage reduzierter geteilter Dienst	Schichtdienst mit 2 Wochen- endtagen reduziertem Dienst	1	2	3	4
1. Normalpflegebereiche	6–22 Uhr	0–24 Uhr ³⁾	0–24 Uhr ³⁾	0–24 Uhr ³⁾			
1.1 Allgemeine Krankenpflege von ⁴⁾ bis ⁵⁾	1:3,24 1:2,90	1:2,72 1:2,44	1:2,86 1:2,57	1:2,79 1:2,51	1:3,28 1:2,96		
1.2 Kinderkrankenpflege							
1.21 Neugeborene (gesunde Säuglinge)	1:3,25	1:2,60	1:2,69	1:2,61	1:3,30		
1.22 Kranke Säuglinge und Kinder von ⁴⁾ bis ⁵⁾	1:2,52 1:2,17	1:1,99 1:1,71	1:2,13 1:1,87	1:2,08 1:1,82	1:2,53 1:2,21		
1.23 Frühgeborene von ⁴⁾ bis ⁵⁾	1:1,68 1:1,53	1:1,27 1:1,16	1:1,31 1:1,22	1:1,26 1:1,19	1:1,70 1:1,56		
1.3 Psychiatrische Krankenpflege							
1.31 Akut- und AufnahmeverSORGUNG von ⁴⁾ bis ⁵⁾	1:3,24 1:2,90	1:2,72 1:2,44	1:2,86 1:2,57	1:2,79 1:2,51	—		
1.32 Regel- und LangzeitversORGUNG von ⁴⁾ bis ⁵⁾	1:4,09 1:3,62	1:3,43 1:3,04	1:3,61 1:3,21	1:3,52 1:3,14	—		
2. Intensivpflegebereiche							
Krankenpflege, Kinderkrankenpflege u. psychiatrische Krankenpflege in der Intensivüberwachung und Intensivbehandlung ⁶⁾	von bis	1:1,0 1:0,43	1:1,0 1:0,43	1:1,0 1:0,43	1:1,0 1:0,43		
3. Funktions- und Sonderbereiche:			0–24 Uhr				
3.1 Anästhesiedienst:			n + 15 %				
3.2 Operationsdienst:			n × 1,5 + 15 %				

n – Zahl der Arbeitsplätze (OP-Tische, Untersuchungsplätze u.a.), an denen an fünf Tagen in der Woche bis zu fünf Stunden täglich gleichzeitig operativ gearbeitet wird.

3.3 Endoskopie: n + 15 %

n – Zahl der für endoskopische Untersuchungen besonders eingerichteten ständigen Arbeitsplätze

Werden Schüler und Schülerinnen im Rahmen ihrer Ausbildung im Pflegedienst beschäftigt, kann eine Anrechnung im Stellenplan entsprechend der Arbeitsleistung, jedoch nicht weniger als im Verhältnis 3:1 (Kranken- und Kinderkrankenpflege) bzw. 2:1 (Krankenpflegehilfe) erfolgen¹⁶⁾.

Diese, unterteilt in Allgemeine Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Psychiatrische Krankenpflege, Intensivpflegebereich sowie Funktions- und Sonderbereiche, sahen eine Personalverbesserung zwischen 5 und 7 % vor. Die Krankenkassen sahen darin eine zu große Personalvermehrung. Sowurde ein dreibändiges Gutachten im Auftrag gegeben, daß nachwies, daß mit weniger Personal auszukommen ist, denn es ist sogar anzunehmen, daß wegen der durch organisatorischen und technischen Fortschritt eingetretenen Entlastung des Pflegepersonals die Anhaltszahlen heraufgesetzt werden müssen. (AZB, Kritische Analyse der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. Dezember 1974 über Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften, Leverkusen 1975). Diese Position wurde von den Krankenkassen bis heute beibehalten.

Ähnlich verfährt die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft WIBERA, die 1978 errechnete, daß mit Hilfe von Teildienst eine von acht Planstellen bei den Berechnungen von 1969 eingespart werden können. Es geht, wie in der Industrie, darum, den Menschen als Arbeitnehmer wie als Patient an den Arbeitsprozeß anzupassen.

Daher wurde von Pflegedienstleistungen und der ÖTV kritisiert, daß selbst die Anhaltszahlen von 74 dem tatsächlichen Bedarf nicht entsprechen. Es wurde u.a. bemängelt, daß die Auszubildenden auf den Stellenplan angerechnet würden. Die Personalausfallquote, die als starre Größe mit 15 % in der Formel für die Anhaltszahlen einfließt, ist zu niedrig angesetzt. Die Bezugsgröße dürfte nicht die belegten Betten, sondern müßten die Planbetten sein. Ferner lassen die Anhaltszahlen einen Anteil an „sonstigen Pflegekräften“, also ungelerten von 20 % bei zentralisierten und 30 % bei nicht zentralisierten Dienstan zu. Ende 1978 betrug dieser Anteil 11,7 %, also noch viel Spielraum um Pflegequalität zu verschlechtern.

Nachdem die ÖTV noch 1975 starre Anhaltszahlen vorgelegt hatte, veröffentlichte sie im November 79 Einflußfaktoren für eine leistungsbezogene Personalbemessung. Darin wird von dem Konzept der starren und allgemeingültigen Anhaltszahlen abgerückt. Folgende Faktoren sollen berücksichtigt werden.

1. Pflegequalität, -standard, -konzept
2. Qualifikationsstruktur, Ausbildungsaufgaben, Einarbeitung von Mitarbeitern
3. Grad der Pflegeabhängigkeit
4. Abgrenzung der Arbeitsbereiche, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf
5. Dienstplangestaltung
6. Ausfallzeiten
7. Einhalten gesetzlicher und tariflicher Bestimmungen
8. Verweildauer der Patienten
9. Ermittlung der Durchschnittsbelegung
10. Technische Ausstattung
11. Bauliche Gegebenheiten

Wie geht es nun weiter? Bis auf Krankenkassen und die Gesundheitsministerkonferenz, die zur Gemeinsamkeit aufruft, sind sich alle Beteiligten einig, daß zumindest die Anhaltszahlen von 1974 zur Grundlage der Personalberechnung gemacht werden müssen.

Werden aber nicht bald Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation getroffen, dürfte die Zahl derjenigen, die pro Jahr aus der Pflege ausscheiden, noch weiter steigen. Sie liegt jetzt schon doppelt so hoch wie in anderen Berufen. Dies dürfte weder für das verbliebene Personal noch für den Patienten von Vorteil sein.

„Setzt die Auflösung der Großkrankenhäuser fort“

**Rede von
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner**

anlässlich der Kundgebung der DGSP am 19. 10. 1980 auf dem Münsterplatz in Bonn

Liebe Freunde und Bürger dieses Landes!

Aus allen Teilen der Bundesrepublik sind wir heute hierher zusammengekommen, um die Öffentlichkeit auf die immer noch unmenschliche Lage der psychisch kranken und behinderten Mitbürger unseres Landes aufmerksam zu machen. Wir – das sind psychiatrisch Tätige aller Berufe, Patienten, ehemalige Patienten, Angehörige und andere Bürger, die die Verantwortung für diesen unhaltbaren Zustand ernst nehmen und daher nicht mehr allein tragen wollen. Eine solche Veranstaltung ist erstmalig in der Bundesrepublik. Sie ist ein Zeichen unserer Ungeduld. Die Halbherzigkeit in der Psychiatriereform seit 10 Jahren kann nicht so weitergehen. Das skandalöse Behindertenurteil von Frankfurt und die finanzielle Gefährdung der ohnehin kümmerlichen Reformansätze sind für uns äußerste Gefahrensignale. Aber wir wollen es uns nicht leicht machen. Bloße Anklage wäre zugleich auch Selbstanklage. Wir wollen von anderen nicht mehr fordern, als wir auch von uns fordern.

Die DGSP hat sich in 10 Jahren mühseliger Arbeit das moralische Recht erworben, die Wahrheit zu sagen, ohne sich selbst oder andere zu schonen.

Es soll bloß niemand sagen, wir sprächen im Namen einer kleinen, unterdrückten und verfolgten Minderheit. So ist es nicht. Wir sprechen vielmehr im Namen der ganzen Bevölkerung der Bundesrepublik, denn praktisch jede Familie hat in irgendeiner Weise mit psychischer Störung, Krankheit und Behinderung zu tun. Jeder von uns kann morgen am Tag in einen Zustand geraten, wo es dann meist noch nicht heißt „Irren ist menschlich“, sondern wo er von Aussenoderung bedroht ist. Und nicht wenige von uns, die wir hier stehen, hätten während des Dritten Reiches von Zwangssterilisierung oder psychiatrischer Vergasung bedroht sein können. Wir haben lange versucht, den Krieg der Nazi-Psychiatrie gegen die psychisch Kranken zu vergessen. Es ist uns nicht gelungen. Wir haben vielmehr erfahren, daß es gut ist, diesen Zusammenhang in Erinnerung zu behalten, damit dieser Krieg sich nicht länger mit anderen Mitteln fortsetzt. Gerade in dem wir hier öffentlich der Opfer der psychiatrischen Morde im Dritten Reich und ihrer Hinterbliebenen gedenken, fällt es uns leichter, den Mut aufzubringen, auszusprechen, was heute ist und was heute zu tun ist.

(Schweigeminute)

Die zentrale Forderung dieser Veranstaltung lautet: „Löst die Großkrankenhäuser auf“. Diese Forderung macht Angst. Soviel Angst, daß der Niedersächsische Sozialminister den Mitarbeitern seiner Großkrankenhäuser die Teilnahme an dieser Kundgebung verboten hat. Es stimmt hoffnungsvoll, daß er dieses Verbot aufgrund unserer Empörung und unserer Argumente zurückgenommen hat. Aber es macht auch uns Angst, die wir selbst in der Mehrzahl in solchen Großkrankenhäusern arbeiten oder leben. Denn niemand sagt gern an dem Ast, auf dem er sitzt. Es kostet viel Kraft, jeden Tag in seiner Arbeit das Beste zu geben innerhalb einer Einrichtung, die es aufzulösen gilt. Und diese Forderung macht schließlich mit Recht auch der ganzen Bevölkerung Angst, solange man glauben muß, man solle in Zukunft psychischem Leiden und Stören in seiner Familie oder Nachbarschaft allein hilflos ausgeliefert sein. Zumindest haben wir alle seit 150 Jahren verlernt, wie der normale Umgang mit psychisch Kranken geht. Nur ein Wirkkopf könnte aber fordern, wir bräuchten ab morgen überhaupt keine psychiatrischen Krankenhausbetten mehr.

Die DGSP glaubt nicht, daß wir in absehbarer Zeit in der Bundesrepublik so gut und so tolerant sein werden. Sie wendet sich daher auch gegen alle, die unerfahren genug sind, die psychiatrisch Tätigen in den Großkrankenhäusern auf billige Weise als Sündenböcke für eine Schuld zu diffamieren, die anderswo ihre Ursache hat.

Die Forderung nach Auflösung der Großkrankenhäuser meint also etwas anderes, etwas, das mehr an die Wurzeln geht. Das psychiatrische Großkrankenzahlhaus ist eben nicht nur eine Frage der Bettenganzahl. Es ist vielmehr ein Programm, ein System und eine Haltung. Das psychiatrische Programm des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Da es aber noch nie einen Patienten und noch nie einen psychiatrisch Tätigen gegeben hat, der sich ein Großkrankenzahlhaus gewünscht hätte, ist das Großkrankenzahlhaus nicht psychiatrisch begründet, sondern gesellschaftspolitisch: Zur Aufrechterhaltung von Ruhe, Ordnung und ungestörter Orientierung der Gesellschaft an maximaler Leistungssteigerung um jeden Preis. Was sind die Kennzeichen des Großkrankenzahlhauses als Programm und seine Folgen?

1.) Je größer die Bettenganzahl, desto mehr verlieren die Menschen darin ihre Persönlichkeit. 2.) Es ist ein Großraumkrankenzahlhaus. Je größer der Einzugsbereich, desto mehr werden die Menschen aus ihren sozialen Beziehungen entwurzelt. 3.) Je mehr es auf Lebenslänglichkeit eingestellt ist, desto mehr verlieren die Menschen Hoffnung und Perspektiven. 4.) Es hat einen bürokratisch-zentralistischen Herrschaftsstil: die Folge ist eine undemokratische und entwürdigende Hackordnung von Trägerverwaltung über Ärzte und Pflegepersonal bis zum Patienten mit unnötiger Gewaltsamkeit, Entrichtung und Verlust der restlichen Eigenständigkeit. 5.) Ökonomisch bewußte Verbilligung um jeden Preis. Folge: Gegenüber anderen Krankenhäusern halbierte Pflegesätze, Arbeit als Ausbeutung statt als Therapie, Vernachlässigung der Langzeitbefriedigung aller Bedürfnisse unter einem Dach und dadurch Verlust jeder Selbstverantwortlichkeit i. S.) Dem Großkrankenzahlhaus als Programm entspricht der Allmachtanspruch, seelisches Leiden und Stören für eine Region wegorganisieren zu können. Und 7.) Als Zweck dieser totalen Institution Großkrankenzahlhaus steht eindeutig die Sicherung der Gesellschaft gegen leidende und störende Menschen im Vordergrund. Statt Hilfe findet dann leicht nur noch Verwaltung von Menschen als Sachen statt, mit Mitteld garniert. Während man um 1900 noch meinte, der therapeutische Zweck des Großkrankenzahlhauses als Programm bestehe schon darin, die Patienten solange aufzubewahren, bis sie keine Kinder mehr kriegen können, ist es von da aus kein allzu großer Schritt bis zur Zwangssterilisierung und psychiatrischen Ermordung im Dritten Reich, wieder mit Mitteld garniert.

Damit wäre 1945 eigentlich auch die letzte moralische Rechtfertigung des Großkrankenzahlhaus-Programmes entfallen. Dennoch gelten die aufgezählten Strukturmerkmale auch heute noch. Sie wirken sich weiterhin schädigend und kränkend auf die Menschenrechte nicht nur der Patienten aus, sondern auch der allein gelassenen Angehörigen, die genauso leiden, der psychiatrisch Tätigen in den Krankenhäusern, die trotz besten Einsatzes nichts Besseres zustande bringen können, und auch der Gesellschaft selbst: Denn Aussonderung von leidenden und störenden Menschen läßt gefühlsmäßige Verarmung zurück und schadet daher allen. Deshalb ist unsere Forderung „Löst die Großkrankenzahlhaus auf“ voll begründet.

Mehr noch: Sie ist notwendig und überfällig. Wohl gerichtet: Wir sprechen qualitativ von Auflösung und nicht nur quantitativ von Verkleinerung. Denn es handelt sich eben nicht nur um die Bettenganzahl, sondern um ein Programm, eine Struktur, und die hinter ihr stehende Haltung, die weg muß. Natürlich kann auch ein kleines Krankenzahlhaus, eine Abteilung oder ein Heim von diesem Programm und dieser Haltung des 19. Jahrhunderts fremd bestimmt sein. Auch hier trifft die Auflösungsforderung zu.

Nun wissen wir alle, daß spätestens seit der Psychiatrie-Enquête für uns in der Bundesrepublik des ausgehenden 20. Jahrhunderts ein anderes, ein neues Programm gilt: Das Gemeindepsychiatrie-Programm. Darin sind sich alle sonst noch so zerstrittenen Fachleute, Träger und Politiker einig. Gemeindepsychiatrie als Programm – das bedeutet: Jede Region, jede Stadt, jeder Kreis schafft sich selbst die Betten, Tagesklinik-Plätze, ambulanten Dienste, Clubs, Wohn- und Ar-

beitsmöglichkeiten, die notwendig sind, um den Bedürfnissen der seelisch leidenden oder störenden Gemeindemitglieder zu entsprechen. Die dazugehörige Haltung lautet: Hilfe zur Selbsthilfe. Sicher hat sich die Bundesrepublik mit dieser Wiedereingemeindung der psychisch kranken oder behinderten Mitbürger ein schweres Programm vorgenommen. Denn wer war schon gern freiwillig einen altersverwirrten, siechen, verwahrlosten, eigenartigen, häßlichen, leidenden oder störenden Menschen in seiner Familie, in seiner Nachbarschaft oder in der Öffentlichkeit seiner Gemeinde? Das bedarf sicher eines langen Lernprozesses, des Wieder-Erlernens früherer nachbarschaftlicher Handlungsweisen – weiche und harte. Dafür stehen aber heute auch mehr Hilfsmittel zur Verfügung als früher, wenn sie nur verfügbar gemacht werden. Dabei können wir mit einem viel breiteren und tiefgreifenderen gesellschaftlichen Umdenkungsprozeß rechnen: Dann muß niemand mit einem solchen Problem alleine bleiben. Denn schließlich sind es z.B. dieselben Bürger, die vor 10 Jahren noch mehr Autobahn haben wollten, die sich heute dagegen wahren, weil ihnen andere Werte wichtiger geworden sind, und ein Gesundheitstag wäre vor einigen Jahren auch nicht möglich gewesen. Daher ist das Gemeindepsychiatrie-Programm durchaus nicht aussichtslos, hat sich schon an mehreren Stellen in der Bundesrepublik bewährt und bewiesen. Es ist hummer, wenn es auch der Gesellschaft in dem Maße mehr zumutet, wie das Großkrankenzahlhaus-Programm des 19. Jahrhunderts den Patienten mehr zugemutet hat.

Wir wenden uns aber gegen das übliche halbherzige und scheinheilige Argument: „Wir wollen erst das neue Programm aufbauen, bevor wir das alte auflösen.“ Das geht nicht, das bringt die Gemeindepsychiatrie zum Scheitern. Denn niemand nimmt freiwillig etwas auf sich, solange er es abschieben kann und solange er es bequemer haben kann.

Deshalb sagen wir: Wer ernsthaft Gemeindepsychiatrie will, der muß im gleichen Atemzug auch die Auflösung der Großkrankenzahlhäuser wollen. Sonst macht er sich und anderen etwas vor. Und es besteht die Gefahr eines Doppelprogrammes und damit einer Psychiatrisierung der Gesellschaft, was niemand wollen kann. Aufbau des Neuen und Abbau des Alten müssen Hand in Hand gehen. Ja, der Abbau des Alten muß stets einen Vorsprung haben, denn sonst entsteht nicht die Notwendigkeit zum Aufbau des Neuen. Obwohl nun die Forderung nach Auflösung der Großkrankenzahlhäuser offensichtlich an ein tiefgreifendes, gesellschaftliches Tabu röhrt und allerdings auch die absolute Leistungsorientierung unserer Gesellschaft zugunsten anderer Werte infrage stellt, ist die Aufgabe nicht so schwer, wie manche meinen mögen. Denn – das ist jetzt meine These – die Auflösung der Großkrankenzahlhäuser als Programm ist seit ca. 15 Jahren längst im Gange, ist ein tatsächlicher Prozeß, in dem wir uns mittler darin befinden. Es gibt genug Beweise dafür:

1. Die Großkrankenzahlhäuser der Bundesrepublik haben sich bereits um ein Drittel bis zur Hälfte verkleinert, in Einzelfällen sogar stärker als die angeblich schon aufgelösten norditalienischen Krankenhäuser. Und im April 1980 hat die gewiß unverdächtige Bundesdirektorenkonferenz die Beschränkung der Größe der Krankenhäuser auf 200–400 Betten gefordert.
2. Medikamentöse und therapeutische Fortschritte sowie die zunehmende Familienorientiertheit der psychiatrisch Tätigen machen Großraum-Psychiatrie unmöglich.
3. Drahtür-Psychiatrie ist immerhin schon mehr als lebenslängliche Aufbewahrung.
4. Der bürokratische Zentralismus ist durch Einsetzung von Betriebsleitungen und andere dezentralisierende Tendenzen zumindest andernomatisiert.
5. Die Umstellung von der kameralistischen auf die kaufmännische Betriebsführung bedeutet einen Zuwachs an Selbstverantwortlichkeit.
6. Entgegen unserem früheren Allmachtanspruch, eine Region von störenden und leidenden Menschen entsorgen zu können, sind wir psychiatrisch Tätigen heute mutiger, auch unsere Grenzen zu bekennen. Bei einer Krankenhausaufnahme wägen wir Nutzen und Schaden gegeneinander ab.

Fortsetzung Seite VIII

Parteien zur Gesundheitspolitik

Wir stellten folgende Fragen:

Frage 1: Welche Aufgaben sind auf dem Gebiet der ambulanten Medizin in den kommenden 4 Jahren besonders dringlich anzupacken? Welche Rolle sollen nach Ihrer Ansicht Gruppen-Praxen, Gesundheitszentren, Ambulatorien und Polikliniken in der ambulanten allgemein-medizinischen und spezialisierten Versorgung spielen?

DIE GRÜNEN

**Martin Schata,
Landesvorstand Die Grünen NRW**

Im Rahmen der vorgeblich krisenbedingten Rationalisierung auch im Gesundheitswesen (s. Kostendämpfungsgesetz, KHFG, etc.) findet eine zunehmende Zentralisierung im Krankenhauswesen statt, – wie auch die Sparmaßnahmen – zu Lasten und gegen die Interessen der Patienten und Beschäftigten!

Dies im Zusammenhang mit verstärkter Tendenz zur Apparatermedizin führt zu immer einseitigeren, spezialisierteren, entfremdeten Arbeitsteilung für die Beschäftigten und immer weitere Entfernung vom Patienten (s. Massenfabriken Aachen, Köln, Münster). Wir fordern dagegen den Ausbau kleiner überschaubarer, bevölkerungsnaher, dezentraler Krankenhäuser, Förderung alternativer medizinischer und pflegerischer Projekte, radikalen Abbau des Konsums chemischer Arzneien, ernsthafte Auseinandersetzung mit natürlichen Diagnose- und Heilverfahren, Aufklärung über gesundheitsschädige Faktoren am Arbeitsplatz, in der Umwelt, Ernährung und Lebensgewohnheiten.

Die Forderungen der ÖTV zur Humanisierung der Krankenhäuser (s. DG Nov. 79) werden von den Grünen ausdrücklich unterstützt. Im Rahmen des qualitativen Ausbaus der Mitbestimmung muß es auch zur Stärkung und Verankerung der Patientenrechte kommen, die Selbstorganisation ist zu fördern, jederzeit ist Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu gewährleisten, das Kunstfehlergeschehen ist verstärkt zu erforschen und an die Öffentlichkeit zu bringen, das Speichern von personenbezogenen Patientendaten, die nicht geschützt werden können, ist zu untersagen, stärkere Beteiligung an Entscheidungen über Diagnose – und Therapiemöglichkeiten ist – soweit möglich – zu gewähren!

Die derzeitige Situation der ambulanten Medizin ist gekennzeichnet durch überfüllte Wartezimmer, 3-Minuten-Fließbandmedizin, z.T. wochenlange bis monatelange Wartezeiten bei Facharztterminen und deutliches Versorgungsgefälle in kleineren unattraktiveren Gegenenden bzw. „ärmeren“ Stadtteilen, weiterhin durch den relativen Rückgang der Zahl von Allgemeinmedizinern im Verhältnis zu Fachärzten anderer Disziplinen.

Hier treten wir für eine Veränderung der ambulanten medizinischen Versorgung ein, die u.a. zum Ziel hat, eine gleichmäßige und bessere medizinische Versorgung zu gewährleisten, gerade auf dem Land und in ärmeren Stadtteilen (z.T. mit hohem Ausländeranteil an Bewohnern).

Das heißt auch, daß es mehr Ärzte geben muß; aber auch mehr Ärzte, die anders, den Menschen ganzheitlich betrachtend, ausgebildet sind!

Gerade die ambulante medizinische Versorgung muß die soziale und psychische Seite von Kranksein zu ihrem Bestandteil machen. Sie muß zu einem Arzt – Patienten – Verhältnis beitragen, das nicht von Unwissenheit und der Abhängigkeit des Patienten geprägt ist.

Auch im Sinne der Emanzipation der Betroffenen und aller im Gesundheitswesen Beschäftigten können Gruppenpraxen – eingebettet in Gesundheits- oder Sozialzentren – einen wichtigen Beitrag leisten, z.B. durch Beteiligung am Aufbau einer neuen sozialen Infrastruktur von unten, wie durch Beteiligung an der Selbstverwaltung solcher von staatlicher Lenkung „unabhängiger“ Einrichtungen.

Hier kommen, was in der Einzelpraxis nicht zu leisten ist, über die „rein medizinischen“ Belange hinweg, psycho-soziale, familiäre, kommunale, Erziehungs-, Alters-, Arbeitsplatz- und andere wichtige Bereiche zur Geltung.

Nicht zuletzt können Gruppenpraxen und Gesundheitszentren ein Beitrag sein zur Emanzipation und solidarischen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, ein Schritt zu demokratischen Strukturen!

Zu Frage 2: Jedem weiteren Bettenabbau ist entschieden mit allen Kräften entgegenzutreten, dort, wo unzumutbar für die betroffenen Krankenhäuser geschlossen bzw. Betten wegrationalisiert wurden nach willkürlichen untauglichen Schlüsseln

Frage 2: Welche Hauptprobleme sehen Sie zur Zeit im Krankenhauswesen? Halten Sie – vor dem Hintergrund der These vom „Bettenberg“ – einen weiteren Bettenabbau für gesundheitspolitisch vertretbar? Welche Vorstellungen haben Sie zur Lösung der Personalsituation im Krankenhaus? Wie stehen Sie zum Problem der zunehmenden Arbeitsbelastung durch Überstunden und Bereitschaftsdienste?

DKP

**Jupp Angenfort
Mitglied des Präsidium der DKP**

Zu Frage 1: Ich möchte zunächst eine Vorbemerkung machen. Die DKP bringt in ihrem Programm folgendes zum Ausdruck:

„Für die DKP gilt der Grundsatz, daß alle Bürger Anspruch auf einen ausreichenden Schutz ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit und allseitige medizinische Betreuung haben. Sparmaßnahmen auf Kosten der Gesundheit dürfen nicht zugelassen werden. Das Gesundheitswesen darf nicht zur Bereicherung der Arzneimittelkonzerne mißbraucht werden, es darf nicht dem kapitalistischen Profitprinzip unterworfen sein. Die Errungenschaften der modernen Medizin und Psychologie müssen allgemein zugänglich gemacht werden. Privatisierungstendenzen im Bereich des Gesundheitswesens müssen unterbunden werden.“

Wir treten für ein demokratisches und soziales Gesundheitswesen ein, und wir möchten gemeinsam mit allen demokratischen Kräften dafür wirken.

2 Probleme sind nach Auffassung der DKP vordringlich zu lösen: einmal stehen wir vor der Tatsache eines nach wie vor nicht flächendeckenden Angebots in der ambulanten Versorgung. Es ist zu befürchten, daß sich in den nächsten Jahren wegen der Überalterung der praktischen Ärzte, die die Hauptlast der Versorgung in den ländlichen Gebieten tragen, die Situation vorübergehend noch verschärft. Alle Versuche, über eine Bedarfsplanung die Lücken zu füllen, sind halbherzig geblieben. Für die DKP ist vordringlich, daß zunächst alle gesetzlichen Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden. Das heißt: überversorgte Gebiete, in der Regel die Innenstädte, müssen für die Zulassung von Kassenärzten gesperrt werden, damit sich mehr Ärzte in Stadtrand- und Landgebieten niederlassen.

Aber uns ist bewußt, daß damit noch keine zufriedenstellende Lösung erreicht werden kann. In den nächsten Jahren müssen endlich, so wie es auch die ÖTV fordert, die gesetzlichen Möglichkeiten geschaffen werden, daß Ambulatorien und Polikliniken eingerichtet werden können, die in staatlicher oder Trägerschaft der Krankenkassen arbeiten.

Diese Einrichtungen böten auch günstige Möglichkeiten zur notwendigen Verbesserung der Koordination unter den Heilberufen sowie den Ärzten.

Das 2. Problem: die gegenwärtige Form der ambulanten Versorgung trägt der Tatsache nicht Rechnung, daß sich seit Jahren eine Veränderung des Krankheitsspektrum vollzieht, nämlich die erhebliche Zunahme chronischer und psychischer Krankheiten. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines Ausbaus von Vorsorge und Früherkennung im ambulanten Bereich, bei gleichzeitiger Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhäuser.

Die Vorsorgemaßnahmen werden aber nur wirksam sein, wenn neben den Ärzten auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Ernährungsberater oder Sozialpädagogen beteiligt sind. Die herkömmliche Praxis kann deshalb in Zukunft nicht der Schwerpunkt hierfür sein; die Öff. Hand hat verstärkt entsprechende Einrichtungen zu schaffen.

Die psychische Versorgung darf nicht durch eine Niederlassungsfreiheit für Psychologen erfolgen, sie ist durch gemeindenehe öffentliche Einrichtungen sicherzustellen. Jeder andere Weg würde nur die Fehler der ärztlichen ambulanten Versorgung wiederholen.

Mittel- und langfristig ist ein System der amb. Versorgung zu schaffen, das nicht privatwirtschaftlichen Interessen unterliegt. Das gilt besonders für die Ausschaltung des gegenwärtig übermächtigen Einflusses der großen Konzerne der Geräte- und Pharmaindustrie. Das betrifft aber auch ein System, das den Arzt zum Gewerbetreibenden macht und ihn an der Anzahl der Patienten und der Menge der Einzelleistungen verdienen läßt.

Die DKP schätzt die Entwicklung von Gesundheitszentren und fachübergreifenden Gruppenpraxen positiv ein. Diese Einrichtungen bieten gewisse Möglichkeiten, die

Eigentlich schon vor der Bundestagswahl vom 5. 10. 80 wollten wir in der August-Ausgabe die politischen Parteien zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen befragen. Als dies aus terminlichen Gründen nicht klappte, waren wir keineswegs böse darüber: denn die gesundheitspolitischen Probleme wurden mit dem Wahltag so wenig gelöst wie die übrigen. Die Erleichterung über die Niederlage von F.J. Strauß – dessen Programm wir in DG 3/80 kurz charakterisierten – kann wohl niemanden darüber hinwegtäuschen, daß mit der Fortsetzung der sozialliberalen Koalition auch die Auseinandersetzung mit deren Gesundheitspolitik fortgesetzt werden muß. Wir fragen deshalb CDU, CSU, DIE GRÜNEN, DKP, F.D.P. und SPD (hier alphabetische Reihenfolge wegen der Ausgewogenheit!, d.Red.) zu den wichtigsten Problemen der ambulanten und stationären Versorgung und den Zukunftsplänen in diesen Bereichen. Die Antworten zur ersten Frage

stellen zugleich einen Beitrag zur Diskussion der „Thesen zur ambulanten Versorgung“ (DG 3/80) dar (siehe Diskussionsform Ambulante Medizin, S. 20).

Leider schickten CDU und CSU – trotz anfänglicher Zusage – in letzter Minute dann doch keine Antworten: Prof. F. Beske, CDU-Staatssekretär in Kiel und Mitverfasser des CDU-Gesundheitsprogramms war längere Zeit abwesend, Frau Schleicher von der CSU ließ schließlich ausrichten, sie möchte doch nicht antworten, da die Zeitschrift ihr nicht „objektiv genug“ erscheine. Nun, den Grad an „Objektivität“, den der Bayernkurier erreicht, werden wir sicher nie erreichen (wollen!).

Die DG-Redaktion dankt an dieser Stelle denjenigen, die sich die Mühe einer Antwort gemacht haben.

SPD

Herbert Brückner, Senator für Gesundheit und Umweltschutz in Bremen, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

Zu Frage 1: Es ist eine permanente Aufgabe der im Gesundheitswesen Verantwortlichen zu überprüfen, ob das Zusammenwirken der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten im Interesse der Bürger zu optimalen Ergebnissen führt. Diese Pflicht zur ständigen kritischen Bestandsaufnahme muß zugleich auch die Bereitschaft einschließen, sich in gebotener Nüchternheit konkreten Verbesserungen des medizinischen Versorgungssystems zu öffnen. Dies muß auch für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gelten.

Daher braucht im ambulanten Bereich in der neuen Wahlperiode des Deutschen Bundestages gesetzgeberisch nichts Entscheidendes am KVKG geändert werden. Die besonders inflationäre Kostenentwicklung bei den Heil- und Hilfsmitteln sowie beim Zahnersatz – die mit 15 bzw. 12 % weit über den Empfehlungen der Konzertierten Aktion liegt – muß allerdings in den Griff gebracht werden. Entsprechend dem Gesundheitspolitischen Programm der F.D.P. von 1976 werden wir auch in der Zukunft bemüht sein, im System der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Elemente der Eigenverantwortung des Versicherten einzubauen. Bereits die geltende Reichsversicherungsordnung sieht gewisse Formen der Selbstbeteiligung, wie z.B. die Arzneimittelgebühr und die Begrenzung der Kostentragung durch die Kassen beim Zahnersatz vor. Die Herausnahme bestimmter Bagatellarneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen muß noch in die Praxis umgesetzt werden. Ich stelle mir vor, daß wir zur Eindämmung der Kostenentwicklung und zur Konsolidierung des Krankenversicherungssystems mit solchen begrenzten, pragmatischen Schritten fortfahren müssen. Es ist nicht einzusehen, warum Kostendämpfung zwar für die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen – Ärzte, Zahnärzte, Apotheker sowie den pharmazeutischen Herstellern – gilt, nicht jedoch auch für den „Verbraucher“ von Gesundheitsleistungen, den versicherten Patienten. Selbstverständlich muß jede Selbstbeteiligung des Versicherten sozial vertretbar sein; so fordert es auch unser Wahlprogramm 80. Es versteht sich auch, daß Elemente der Selbstbeteiligung des Versicherten lediglich eines unter vielen Mitteln der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sein können. Auf die Dauer wird jedoch das Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann funktionieren können, wenn die Haftung der Versichertengemeinschaft auf die wirklich echten sozialen Krankheitsrisiken beschränkt wird und von der Überlastung durch allzu viele Bagatellrisiken frei bleibt. Eine andere Politik können wir aus Kostengründen den Beitragszahlern, die in den letzten Jahren schon genug Beitragssteigerungen haben hinnehmen müssen, nicht zumuten.

Die F.D.P. mißt dem ambulanten Bereich die ärztlichen Versorgung vorrangige Bedeutung zu. Unser Gesundheitswesen wird nur dann wirklich ein freiheitliches genannt werden können, wenn die eigentliche Säule der ärztlichen Versorgung die freiheitlich tätigen, niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte bleiben. Die freiheitliche Betätigungsform ist nach liberaler Auffassung und Erkenntnis auch im Gesundheitswesen die beste Garantie dafür, daß Ärzte, Zahnärzte, Apotheker usw. beruflich wirklich das geben, wozu sie fähig sind.

Erst die Chance freiheitlicher Tätigkeit führt zu voller persönlicher Leistungsbereitschaft. Dies ist erfahrungsgemäß bei abhängigen Formen beruflicher Tätigkeit in Einrichtungen, denen der einzelne angehört, nicht im selben Maße der Fall.

Aus diesem Grund lehnt die F.D.P. eine Ausdehnung des stationären Bereichs der ärztlichen Versorgung durch weitere Formen poliklinischer Behandlung und insbesondere durch Ambulatorien oder Gesundheitszentren aller Art ab.

Es scheint ein eingefleischtes Vorurteil ideologischer Art zu sein, daß die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Patienten um so besser sein soll, je mehr die Versorgung in Einrichtungen aller Art mit angestellten Ärzten, Schwestern usw. überführt wird. Die F.D.P. betont dagegen aufgrund ihres Ansatzes bei der persönlichen Verantwortung und Freiheit des einzelnen, daß die Beziehung zwischen

F.D.P.

Hansheinrich Schmidt-Kempten, Vorsitzender des sozialpolitischen Arbeitskreises der F.D.P.-Bundestagsfraktion

Zu Frage 1: In der vergangenen Wahlperiode des Deutschen Bundestages (1976 bis 1980) haben wir die bedrohliche Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgebot (KVKG) im großen und ganzen wieder einigermaßen unter Kontrolle gebracht. Das KVKG, das ursprünglich den ambulanten und den stationären Bereich umfassen sollte, ist schließlich aus politischen Gründen ein Torso geblieben, da die Vorschriften über den Krankenhausbereich, gegen die die Länder besonders hartnäckige Einwendungen hatten, abgekoppelt werden mußten. Das KVKG ist damit praktisch zu einem Gesetz über die Kostendämpfung im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung geworden.

Die kritische Bestandsaufnahme gibt in der Bundesrepublik derzeit den Blick frei auf einen Medizinbetrieb, der geprägt ist von einer Überbetonung der Technik und der zugleich einen Mangel an den traditionellen Werten der ärztlichen Kunst, an Hinnwendung, Mitmenschlichkeit und Humanität aufweist. Hier sind kurzfristige Kurskorrekturen erforderlich.

Ohne Verzug muß in der neuen Wahlperiode des nächsten Bundestages eine Änderung der für den ambulanten ärztlichen Bereich geltenden Gebührenordnung und der RVO mit dem Ziel eingeleitet werden, das Arzt-Patient-Gespräch, die Patientenberatung und die Ableistung von Hausbesuchen gegenüber dem Einsatz medizinischer Technik auch finanziell aufzuwerten. Nicht länger sollte der Arzt durch die Nutzung seines apparativen Gerätelparks die höchste Einkommensanreize haben.

Auf dem Sektor mittel- und langfristiger Reformen bleibt als Aufgabe die ungelöste Herausforderung bestehen, die Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Arzt, dem öffentlichen Gesundheitswesen sowie dem Krankenhaus und den weiteren sozialen Einrichtungen so zu gestalten, daß die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung den veränderten und gestiegenen Anforderungen der Versicherten in jedem Fall gerecht werden. Für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich bedeutet das Zugrundelegen dieser Prinzipien, daß es gelingen muß, durch verstärkte Kooperation und teilweise Integration die starre Trennung der einzelnen Versorgungsbereiche zugunsten eines patientengerechten Versorgungssystems zu überwinden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der wieder beschleunigten Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich auf der einen sowie der beschränkten Belastbarkeit der Gemeinschaft auf der anderen Seite.

Auf der Suche nach einem sachgerechten Ausgleich zwischen der größtmöglichen Leistungsfähigkeit und der finanziellen Darstellbarkeit sind auch neue Formen der medizinischen Versorgung vorbehaltlos zu erwägen und zu überprüfen. Gemeinschafts- und Gruppenpraxen haben bislang durch ihre funktionale Zuordnung zwar dem Patienten Wege und Zeit erspart, sie sind jedoch den Beweis ihrer Effektivität in bezug auf eine spürbare Verringerung der Kosten schuldig geblieben. Gesundheitszentren – bislang noch ein überwiegend theoretisches Denkmodell – scheinen ein interessanter, die modellhafte Erprobung lohnender Ansatz, um der für Laien kaum noch überschaubaren Vielfalt von gesundheitlichen, pflegerischen und sonstigen sozialen Dienstleistungsangeboten entgegenzuwirken und die gesamte Leistungspalette in regionalen Versorgungszentren zusammenzufassen. Dabei erscheint die Grundkonzeption, in Gesundheitszentren insbesondere den Gedanken der Prävention durch verschiedene Beratungs- und Hilfsangebote zur Gesundheitserziehung zu fördern, zukunftsweisend. Ambulatores und poliklinische Einrichtungen werden in der Bundesrepublik immer noch – vornehmlich aufgrund ideologisch befrachter Vorurteile – zu wenig in Überlegungen zur Fortentwicklung des Systems unserer medizinischen Versorgung einbezogen.

Insbesondere in der Psychiatrie, aber auch in Lehrkrankenhäusern sind Ausweitungen des ambulanten Leistungsangebots notwendig; – im Bereich der Aus- und Fortbildung im Interesse einer Patienten- und Praxis-orientierten Berufsvorbereitung

Die Grünen

(insbesondere in NRW, mit den stärksten Rationalisierungsmaßnahmen trotz Sozialdemokratischer Regierung), sind diese wieder in einen bedarfsgerechten Stand zu versetzen! Bei der Bedarfsermittlung müssen die Betroffenen (Patienten, Anwohner des Einzugsgebiets, Beschäftigtenvertretungen, Gewerkschaft) paritätisches Mitentscheidungsrecht haben!

Das **Geschwätz vom Bettenberg**, angesichts wieder auf den Fluren stehender Betten und zum Teil 100%iger, schon hygienisch unzumutbarer Bettenauslastung muß von allen als *solches entlarvt werden!* Wie oben erwähnt, treten wir ein für die Schaffung und Erhaltung von überschaubaren, patientennahen, dezentralen Krankenhäusern mit ausreichender personeller, räumlicher und technischer Kapazität! Der Hinweis auf die schlechtere Versorgung in kleineren Häusern ist ja, wo er berechtigt ist, meistens doch auf die chronische Vernachlässigung in den letzten Jahren zurückzuführen, weil alles in diese Milliardenfabriken hineingepumpt worden ist, bzw. auf die Schließung systematisch hingeplant worden ist.

Arbeitsbelastung, Überstunden, Bereitschaftsdienste – die Personalsituation insgesamt – ist im Zusammenhang zu sehen mit den zum Teil die Bettenerationalisierung relativ übertreffenden Personalrationalisierungen, Entlassungen, Nicht-Neu-Einstellungen, Nicht-Übernahme von Schwestern und Pflegern nach der Ausbildung etc..

Die berechtigte Forderung (ÖTV), daß Arbeitsablauf, Arbeitszeit und Dienstpläne so zu gestalten sind, daß sie den Bedürfnissen der Patienten und Beschäftigten gerecht werden, hat zur Voraussetzung, daß ausreichend Planstellen geschaffen und besetzt werden, d.h. jeder weiteren Rationalisierung sofort entgegengetreten werden muß.

Unter Stress und Arbeitsetze, Überbelastung durch Überstunden und Bereitschaftsdienste ohne direkt sich anschließenden Freizeitausgleich kann von niemandem auf Dauer freundlicher, menschlicher Umgang mit Patienten erwartet werden. Die Forderung nach Verkürzung der Wochenarbeitszeit bei *wirksamen* Personalausgleich ohne Lohnkürzung, ohne Zwang zur Mehrarbeit hat auch im Gesundheitswesen ihre konkrete Berechtigung und Aktualität und muß Gegenstand der nächsten Tarifauseinandersetzungen sein.

Dies in stark verkürzter Form einige grundsätzliche Überlegungen als Diskussionsansatz zu verstehen und ergänzungsbedürftig. Die Frage, wer soll das bezahlen, ergibt sich zwangsläufig, insbesondere wenn gestellt von den Rationalisierungsfanatikern, als würde es mit ihren Methoden billiger (zumindest nicht für die Betroffenen), läßt sich anschaulich beantworten, wenn man ausrechnet, wieviel Planbetten und Planstellen im Gesundheitswesen finanziell in einem „Tornado“ stecken, oder weniger dramatisch in einer unsinnigen Autobahn.

DKP

gegenwärtig bestehende Konkurrenz unter den Ärzten zu überwinden, Formen der fachübergreifenden Zusammenarbeit zu praktizieren. Vor allem kann hier auch besser eine auf den ganzen Menschen ausgerichtete Behandlung erfolgen, die seine Arbeits- und Lebensbedingungen berücksichtigt.

Aber uns ist bekannt, daß diese Einrichtungen diese Ansprüche häufig nicht verwirklichen, da sie einem starken finanziellen Druck unterliegen. Deshalb fordert die DKP von staatlicher Seite wirksame finanzielle und organisatorische Maßnahmen zur Unterstützung dieser Einrichtungen.

Zu Frage 2: Das Hauptproblem im Krankenhaussektor ist nach Auffassung der DKP die Tatsache einer völlig verfehlten Planung nach ausschließlich finanziellen Gesichtspunkten. Diese Planung führte zur weitgehenden Auflösung kleiner Krankenhäuser, bescherlte uns solche inhumanen Großkomplexe wie das Klinikum in Aachen oder Münster. Es ist auch unter diesem Gesichtspunkt berechtigt, daß heute zunehmend die Inhumanität unserer Krankenhäuser kritisiert wird.

Die Planung hat demokratisch unter Beteiligung der Gewerkschaften und Sozialversicherungen zu erfolgen. Es muß verhindert werden, daß ganze Regionen ohne staatliche Behandlungsmöglichkeiten sind. Krankenhäuser müssen großenordnungsmäßig überschaubar sein.

Zur Finanzierung des Krankenhaussektors fordern wir eine stärkere Beteiligung des Staates, den gegenwärtigen Entwurf des Krankenhausfinanzierungsgesetzes lehnen wir wegen seiner Bestimmungen zur Verschärfung des Kostendrucks ab.

Wir halten einen Bettenabbau gesundheitspolitisch nicht für vertretbar, solange ein Bedarf in Bereichen wie Psychiatrie, Altersmedizin, Herzchirurgie oder z.B. Orthopädie nicht gedeckt ist.

Die Beseitigung der gegenwärtigen Arbeitsbelastung kann nur durch eine erhebliche Ausweitung des Stellenplans erfolgen. Hierzu sind die sog. Anhaltszahlen der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) von 1974 nicht ausreichend. Für den Gesundheitsbereich muß die Anwendung der AZO gefordert werden.

Gerade jetzt wurde in einer Studie von Wissenschaftlern zum Münsteraner Großklinikum dessen ausschließliche Gestaltung nach ökonomischen Gesichtspunkten kritisiert. Alles, was für gute Arbeitsbedingungen und eine humane Patientenbetreuung notwendig wäre, wurde von der baulichen Seite her aus Sparsamkeitsgründen nicht vorgenommen.

Wir fordern die Verankerung einer demokratischen Planung im neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz. Krankenhausplanung hat unter gleichberechtigter Teilnahme von Gewerkschaften und Sozialversicherungen zu erfolgen. Sie muß den ambulanten mit dem stationären Sektor verzähnen, muß über die Grenzen der Bundesländer hinausgehen und darf nicht dem Auf und Ab der kapitalistischen Haushaltspolitik unterworfen werden.

Es muß verhindert werden, daß ganze Regionen ohne stationäre Behandlungsmöglichkeiten sind. Krankenhäuser müssen großenordnungsmäßig überschaubar sein.

Das gegenwärtige Finanzierungssystem verlagert einen großen Teil der Kosten auf die Krankenkassen und damit auf die Versicherten. Die Versicherten aber können nicht dafür verantwortlich gemacht werden, daß die Krankenhäuser zunehmend zum Tummelplatz der großen medizintechnischen Konzerne und der Pharmaindustrie werden, die durch eine monopolarige Preispolitik märchenhafte Gewinne erzielen. Zur Finanzierung des Krankenhaussektors fordern wir deshalb eine stärkere Beteiligung des Staates sowie wirksame Maßnahmen gegen die Preispolitik der am Gesundheitswesen verdienenden Konzerne. Dieser Zielsetzung wird der gegenwärtige Entwurf des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gerecht, im Gegenteil, er enthält stattdessen Bestimmungen zur Verschärfung des Kostendruckes im Krankenhaus, was ausschließlich zu Lasten der Patienten und Beschäftigten gehen würde.

Der Gesetzesentwurf darf deshalb nicht in dieser Form verabschiedet werden.

Wir halten einen Bettenabbau gesundheitspolitisch nicht für vertretbar, solange ein Bedarf in Bereichen wie Psychiatrie, Altersmedizin, Herzchirurgie oder z.B. Orthopädie nicht gedeckt ist. Auch die These vom sog. „Bettenberg“ dient lediglich der Rechtfertigung einer rigorosen Sparpolitik ohne Rücksicht auf die Patientenbedürfnisse.

Unserer Auffassung nach wird die zunehmende Arbeitsbelastung im Krankenhaus immer unerträglicher für Patienten und Beschäftigte. Die Arbeitsetze, die Ausdehnung des Schichtdienstes, die Einschränkung der Stellenpläne lassen eine menschenwürdige Patientenbetreuung nicht mehr zu. Wer heute mit dem Bettenschlüssel von 1989 humane Patientenbetreuung erreichen will, betrügt sich selbst. „Humanität im Krankenhaus“ wird heute zu Rechtschaffen Forderung von allen Seiten im Munde geführt. Aber sie fängt mit dem Abbau der Überstunden an, mit der Beseitigung von 32 Stunden Bereitschaftsdienst, mit der Reduzierung ihrer Zahl.

Wir unterstützen deshalb alle Forderungen von gewerkschaftlicher Seite nach einem Ausbau der Stellenpläne, nach einer Anwendung der Arbeitszeitordnung (AZO) im Krankenhaus. Wir fordern für Ärzte eine Begrenzung der Bereitschaftsdienste auf 4 im Monat, der Dienstzeit auf maximal 24 Stunden.

Und noch ein Problem, das in den nächsten 4 Jahren angegangen werden muß, sei hier genannt, auch wenn es in den Kompetenzbereich der Länder gehört: Der Abbau der hierarchischen Krankenhausstrukturen. Die Landeskrankenhausgesetze haben hier keine Fortschritte gebracht. Abbau dieser Strukturen heißt vor allem:

Aufbau eines Leitungssystems, das auf der kollegialen Zusammenarbeit aller Berufsgruppen beruht. Dies ist auch Voraussetzung für eine Gleichbehandlung aller Patienten im Krankenhaus, für eine Abschaffung der Privilegien von Privatpatienten.

SPD

Arzt und Patient am besten gedeiht, wenn der Arzt freiberuflich oder doch so frei wie möglich arbeiten kann und auf der anderen Seite der Patient ein höchstmögliches Maß an freier Arztwahl besitzt. Je mehr an die Stelle niedergelassener, freiberuflicher Ärzte Einrichtungen aller Art – mehr oder weniger anonyme Institutionen – treten, desto schlechtere Vorbedingungen für die Höchstpersönlichkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses sind noch gegeben.

Mit unserem Eintreten für den Vorrang der Versorgung durch niedergelassene Ärzte plädieren wir nicht etwa für den traditionellen Einzelarzt. Vielmehr sind wir der Ansicht, daß die Entwicklung der immer komplizierter gewordenen Medizin wesentlich mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit als früher erfordert. Diese wird am besten gewährleistet, wenn niedergelassene Ärzte sich untereinander zu Gruppenpraxen oder ähnlichen kooperativen Betätigungsformen zusammenschließen. In unserem Gesundheitspolitischen Programm von 1976 heißt es in These III: „Die F.D.P. setzt sich daher für die fachverbindende und fachintegrierende Gemeinschaftspraxis ein. Sie erwartet von der ärztlichen Selbstverwaltung die verstärkte Förderung derartiger Vorhaben.“

Zu Frage 2: Das erwähnte Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz hat – wie gesagt – den stationären Bereich damals ausklemmen müssen. Unser Versuch, in der abgelaufenen Wahlperiode diese Lücke im Konzept der Kostendämpfung durch eine Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu schließen, ist leider am harthäckigen, unbelehrbaren Widerstand der Bundesländer gescheitert. Es wird eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Wahlperiode im Gesundheitswesen sein, die dringend notwendige gesetzliche Absicherung der Kostendämpfung im Krankenhausbereich alsbald nachzuholen. Bereits jetzt zeichnet sich ein bedrohlicher Wiederanstieg der Kosten im stationären Bereich ab.

Die These vom Bettlenberg in der Bundesrepublik – es werden oft 50 000 Betten genannt, die zuviel sein sollen, – ist gewiß nur bedingt richtig. Da es im Augenblick leider noch keine einigermaßen anerkannten Anhaltszahlen für die Personal- und Sachkosten im Krankenhaus gibt, kann niemand allgemein verbindlicher rechnen, wieviele Krankenhausbetten zuviel oder zuwenig existieren. Ich habe jedoch keinen Zweifel daran, daß bei Nutzung aller Möglichkeiten und bei konsequenter Verwirklichung des Wirtschaftlichkeitsprinzips des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sehr viele Betten im Bundesgebiet eingespart werden könnten und müßten. Ich will hier nur auf zwei Möglichkeiten hinweisen, die noch nicht entfernt ausgeschöpft sind:

- Wie die Ärzteschaft und auch die F.D.P. seit vielen Jahren fordern, sollten die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung weitgehend mehr und mehr in Belegkrankenhäuser überführt werden. Wenn auf diese Weise mehr und mehr niedergelassene Ärzte die stationäre Versorgung in Krankenhäusern übernehmen, werden die alseits beklagten Reibungsverluste zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich erheblich verringert. Das heißt praktisch, daß die Liegezeiten im Krankenhaus drastisch verkürzt werden können. Ein und derselbe Arzt hat ja den Patienten vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt in seiner Obhut.
- Die Möglichkeiten des sog. ambulanten Operierens sind zwar von Vorkämpfern innerhalb der Ärzteschaft seit vielen Jahren vorexerziert worden. Trotzdem wird von diesen Möglichkeiten, Patienten in viel größerem Umfang als bisher alsbald nach der Operation wieder nach Hause zu entlassen, kaum Gebrauch gemacht. Stattdessen werden zahllose Patienten, die sich nur Routineoperationen haben unterziehen müssen, die volle Zeit der Genesung im teuren Krankenhaus gehalten. Dies gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder, bei denen es vor allem auch aus psychologischen Gründen besonders auf eine frühzeitige Rückführung in die Familie ankommt.

In beiden Fällen wird es höchste Zeit, daß der Medizinbetrieb die von der ärztlichen Wissenschaft und Praxis erprobten Möglichkeiten auch voll ausschöpft. Die gesetzlichen und sonstigen rechtlichen Rahmenbedingungen müssen zielbewußt so verändert werden, daß diese Entwicklung auch endlich in Gang kommt. Vordringlich erscheint mir insbesondere zu sein, daß alsbald durch ein anerkanntes, bundesweites Gremium aussagefähige, wohlbegründete neue Anhaltszahlen für die Personal- und Sachkosten im Krankenhaus erarbeitet werden. Genau dies wollten wir durch die inzwischen gescheiterte Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erreichen. Diese Anhaltszahlen müßten die oben genannten Möglichkeiten der Rationalisierung und Weiterentwicklung von Wissenschaft und Praxis auswerten und mit zu Grunde legen.

Ein letztes Wort noch zu der angesprochenen Personalsituation: Sobald man sich auf verbindliche Personalarbeitszahlen geeinigt hat, wird man wissen, wo wieviel Ärzte und Schwestern fehlen oder auch zuviel beschäftigt sind. Dann allerdings sollte man auch zügig darangehen, Überlastung des Personals durch unvertretbar viele Überstunden und Bereitschaftsdienste schleunigst abzubauen, d.h., die erforderliche Zahl von Ärzten und Krankenschwestern – dort, wo sie wirklich fehlen, – alsbald zu erreichen.

F.D.P.

künftiger Ärzte und auf dem Sektor der Psychiatrie im Interesse der Verstärkung außerklinischer Hilfs- und Beratungsangebote zur Überwindung psychischer Krisensituationen.

Der Ausbau und die Stärkung der Prävention als Schwerpunkt einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik ist erst in zweiter Linie eine Aufgabe des traditionellen Gesundheitsbetriebes. Ansatzpunkt für eine prioritätsorientierte Politik ist die konsequente Ausschaltung von Gesundheitsgefährdungen durch die Umwelt, durch die Arbeitsplatzbedingungen sowie durch die Wohn- und Freizeitsituationen. Zu ergänzen ist diese durch politische Maßnahmen einzuleitende Präventionspolitik durch eine Stärkung der individuellen Gesundheitserziehung, die in Form von Beratung oder Lehrprogrammen – nach zuvor erworbener Zusatzqualifikation – sowohl durch die niedergelassenen Arzt als auch durch die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgen kann.

Zu Frage 2: Die Hauptprobleme im Krankenhauswesen liegen derzeit im personellen Bereich – in der Überlastung der Mitarbeiter und den daraus resultierenden negativen Begleitumständen und Auswirkungen für die Patienten – begründet. Durch die ständige Verkürzung der Verweildauer, den verstärkten Patientendurchlauf durch die Kliniken und weitere Begleitumstände und Erscheinungsformen der Hochleistungsmedizin – etwa durch die Subspezialisierung – ist eine humane Versorgung kaum noch zu gewährleisten. Die Aufarbeitung der hieraus resultierenden Probleme sowohl für die Klinikmitarbeiter als auch für die Patienten dulden keinen Aufschub, sondern sind in den hierfür zuständigen Gremien mit Vorrang anzupacken und aufzuarbeiten.

Hierbei muß gelten, daß ein Personalausbau überall dort notwendig ist, wo – auch bei optimalen Organisationsabläufen und nach ökonomisch gebotenen Rationalisierungen – das Behandlungsziel der humanitären Betreuung nicht erreicht werden kann. Unstrittig ist in diesem Zusammenhang, daß der bislang Stellenschlüssel für die Krankenhäuser als völlig unangemessen anzusehen ist. Beschleunigt sind die derzeit geltenden Anhaltszahlen durch neue – an der Praxis und an der Krankenhauswirklichkeit orientierte – Patienten-Personal-Meßzahlen zu ersetzen.

Zum Gebot einer humanitären Behandlung und Betreuung gehört es auch, einen Abbau der Bereitschafts- und Überstundendienste zumindest auf das tarifrechtlich festgelegte Maß – ggf. auch darüber hinaus – durch geeignete Maßnahmen einzuleiten und durchzusetzen. Drängendstes Anliegen ist es dabei, in den Krankenhäusern die Stellen zu schaffen, die zur Überwindung einer unzumutbaren Häufung von Bereitschaftseinsätzen notwendig sind.

Generell ist nicht zuzulassen, daß bei der Beurteilung der Kostenproblematik die begreiflichen Anliegen der im Gesundheitswesen Beschäftigten zur Disposition gestellt werden. Ein Personalausbau aus Kostengründen im Krankenhaus ist ökonomisch kurzfristig (da er nur zur Folge haben wird, daß nicht sachgerecht behandelte Patienten in Zukunft krankheitsanfälliger sein werden), und er ist zudem in hohem Maße inhuman gegenüber den Patienten und den Mitarbeitern.

Allerdings, auch die Notwendigkeit, weiter in eine angemessene personelle Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen zu investieren, rechtfertigt es nicht – etwa durch das Propagieren von Selbstbeteiligungsmodellen –, daß die Gesundheitssicherung in unserem Land tragende Prinzip der Solidargemeinschaft in Frage zu stellen oder sprengen zu wollen. Zur Lösung der Finanzprobleme im Gesundheitswesen scheint es geboten, ein anderes Relikt unseres Krankenversicherungssystems kritisch zu überprüfen: Die Beitragsbemessungsgrenze. Ernsthaft und nachdrücklich gilt es zu diskutieren, ob es nicht an der Zeit ist, durch eine deutliche Anhebung oder Aufhebung der Beitragbemessungsgrenze dafür zu sorgen, daß derjenige, der gut verdient, auch höhere Krankenkassenbeiträge bezahlt, als weiterhin alle Arbeitnehmer von einem mittleren Einkommenslevel an über einen gemeinsamen Beitragsleisten zu schlagen. Eine kritische Betrachtung der Finanzsituation der Kassen läßt es zudem notwendig erscheinen, daß für eine gerechte Lastenverteilung der Kassen untereinander gesorgt wird. Hierzu scheint das Mittel des Finanzausgleichs ein diskussionswürdiger Vorschlag.

Angesichts des neuzeitlichen Drucks der Kosten einerseits und der Überlastung des Klinikpersonals andererseits scheint es zudem erneut ernsthaft überlegenswert, Modelle zur Entlastung der Krankenhäuser zu erarbeiten und zu erproben. Die bislang unzureichend überprüften Pläne zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung sowie die Entlastung der Kliniken durch vermehrte Einrichtungen der Nachsorge und der Rehabilitation sowie schließlich durch die Schaffung zusätzlicher Pflegeeinrichtungen scheinen hier gangbare Wege.

Demgegenüber stellen Auseinandersetzungen um einen vermeintlichen Bettlenberg in bundesdeutschen Krankenhäusern derzeit kein ernsthaftes Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion dar. Insgesamt reichen die in der Bundesrepublik vorhandenen Betten – von regionalen oder disziplinbezogenen Ausnahmen abgesehen – zur Versorgung der Bevölkerung aus, ohne daß die Bettenanzahl nach oben oder unten in auffälliger Weise zu korrigieren ist.

Und 7. Die Psychiatrie-Gesetze der Bundesländer haben immerhin die Hilfe für den Betroffenen gegenüber der Sicherung der Gesellschaft, d.h. der Polizeifunktion des Krankenhauses, eindeutig in den Vordergrund gerückt.

Wie wenig das auch sein mag, so ist es doch ein Beweis dafür, daß wir uns in einem Auflösungsprozeß befinden, der forschreitet, ob wir wollen oder nicht. Wir brauchen den Weg nur weiterzugehen, auf dem wir uns sowieso befinden. Das kann uns zuversichtlicher, fröhlicher machen, unsere Ungeduld aber auch berechtigter. Es ist aber auch vor unerlaubten Abkürzungen zu warnen: Klinifizierung der Großkrankenhäuser zu sogenannten Fachkliniken bei gleichzeitiger Deportation der Langzeit-Patienten in fragwürdige Heime ist inhuman und geht genauso auf Kosten der Patienten wie der Irrglaube, Großkrankenhäuser durch Betonkosmetik humanisieren zu können. Großkrankenhäuser als Programm sind nicht humanisierbar.

Da wir nun die Auflösung der Großkrankenhäuser jetzt also nicht mehr nur halbherzig und halbblütig sich vollziehen lassen, sondern da wir sie als einen wahren Prozeß wahrnehmen, können wir sie auch besser wahrnehmen; so sehr wir auch wissen, daß ein Prozeß, der 150 Jahre lang zu immer mehr Aussonderung und Ausgrenzung geführt hat, einige Zeit brauchen wird, um sich umzukehren. Immerhin muß unsere Forderung jetzt richtiger lauten: „Setzt die Auflösung der Großkrankenhäuser fort.“

Da unsere Ungeduld gegenüber der nach wie vor oft unmenschlichen Lage der psychisch Kranken und Behinderten nach alledem also eine sehr glaubwürdige Basis hat, schließe ich mit einigen Forderungen. Diese sollen die nächsten verantwortlichen Schritte auf dem Weg der Auflösung der Großkrankenhäuser zwecks Aufbau der Gemeindepsychiatrie markieren. Zunächst Forderungen an uns selbst, dann an andere:

A) Die DGSP appelliert an alle psychiatrisch Tätigen,

1. die innere Großkrankensitz-Haltung der Zwangsbeglückung, der Fremdkontrolle und des Besser-Wissens zunächst einmal in sich selbst aufzulösen, Leiden nicht abzuschließen, sondern zu leben und Anders-Sein zu akzeptieren;
2. Nicht nur direkt in die Gemeinden, sondern auch vermehrt in die Großkrankenhäuser zu gehen, (denn wir lösen sie nur von innen auf, und ohne das ist keine Gemeindepsychiatrie), um von dort aus in die Gemeinde, auch in die Kommunalpolitik zu gehen, um dort die Lebensmöglichkeiten herzustellen, in die sie dann die Krankenhauspatienten nachholen können;
3. Im Großkrankensitz zu kämpfen für mehr Öffentlichkeit, Demokratisierung der Strukturen auf allen Ebenen, die Hackordnung von Verwaltung, Ärzten, Pflegepersonal und Patienten in ein Nebeneinander zu verwandeln (insbesondere in ein Nebeneinander von Ärzten und Pflegepersonal), für Angleichung der Pflegesätze, für Fort- und Weiterbildung zur Vorbereitung auf neue Aufgaben;
4. Zu erkennen, daß das Leiden der Angehörigen nicht geringer ist als das der Patienten und die Angehörigen darin nicht allein zu lassen;
5. Grenzen der Gewaltanwendung zugunsten der Gesellschaftssicherung zu definieren;
6. Mitarbeitern in Heimen zu helfen, und wenn das nicht möglich, diese zu kontrollieren;
7. Wissenschaft sowie therapeutische und rehabilitative Techniken nicht mehr zum Zwecke der gesellschaftlichen Aussonderung zu nutzen;
8. Einen relativen Aufnahme-Stopp zu praktizieren in dem Sinne, bei jeder Aufnahme Vor- und Nachteile abzuwegen, dagegen aber einen absoluten Aufnahmestopp für Verlegung auf Langzeit-Stationen.

B) Die DGSP appelliert an Patienten und Angehörige, sich nach Möglichkeit in Selbsthilfegruppen zusammenzuschließen. Die DGSP ist bemüht, dabei zu helfen.

C) Die DGSP appelliert an die Versicherungsträger,

- 1) die Pflegesätze für psychisch Kranke an die für körperlich Kranke anzugeleichen,
2. den volkswirtschaftlichen und menschlichen Irrsinn abzuschaffen, Belten zu finanzieren, da oft darin Patienten festgehalten werden müssen, um den Krankenhausbetrieb aufrecht erhalten zu können,

3. die Finanzierung der ambulanten Teams sicherzustellen und
4. die unerträgliche Chancenungleichheit für Suchtkranke abzustellen. All dies dient der Auflösung der Großkrankenhäuser und mittelfristig der Verbilligung der Psychiatrie.

D) Die DGSP appelliert an die Gewerkschaften,

1. notfalls mit Mitteln des Arbeitskampfes zu erreichen, daß Patienten und psychiatrisch Tätige in Großkrankenhäusern nicht mehr unter Bedingungen des 19. Jahrhunderts leben und arbeiten müssen;
2. der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes durch Großkrankensitz-Auflösung als Panikmache entgegenzutreten, da dieser Prozeß in aller Regel viel zu langsam sein wird, um einen Arbeitsplatz zu gefährden;
3. statt dessen aber durch gemeindeorientierte Fortbildung auf neue Arbeitsplätze vorzubereiten;
4. den Kr-Tarif aufzuheben oder zu ändern, damit dieser nicht ambulante Arbeitsmöglichkeiten für das Pflegepersonal behindert. In diesem Zusammenhang würdig die DGSP das gesundheitspolitische Papier der ÖTV, in dem es schon 1977 heißt: „Dementsprechend sind die psychiatrischen Großkrankenhäuser im Interesse einer gemeindenahen Psychiatrie schrittweise aufzulösen“.

E) Die DGSP appelliert an die Kreise und Städte, für

ihre psychisch kranken und behinderten Bürger im Sinne der Wiedereingemeindung Wohn-, Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten, ambulante Dienste, Tageskliniken und gegebenenfalls Fachabteilungen zu schaffen, nicht nur, weil dies großteils in den Psychiatrie-Gesetzen der Länder vorgeschrieben ist, sondern weil dies auch der Vermenschlichung der Städte und Kreise dient.

F) Die DGSP appelliert an die Bundesländer bzw. die Krankenhausträger,

1. nicht nur einen quantitativen, sondern auch einen qualitativen Zehnjahresplan zur Fortsetzung der Auflösung der Großkrankenhäuser zu erstellen;
2. die Länder-Psychiatriegesetze entweder zu novellieren oder zu kommentieren, damit öffentlich deutlich wird, wie die Städte und Kreise Gemeindepsychiatrie zu organisieren haben;
3. den Kreisen und Städten auch finanziell dabei zu helfen.

G) Die DGSP appelliert an den neuen Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung, sich nicht durch die ohnehin ständig gekürzte Modellförderung für 5 Jahre von anderen Aktivitäten freizukaufen; sondern

1. ein Rahmengesetz zur psychiatrischen Versorgung zu erlassen bzw. dies den Ländern zu empfehlen,
2. bei der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Nazihalbierungserlaß nicht nur nach dem Namen, sondern nach dem Inhalt zu streichen, um dadurch die Gleichstellung von psychisch Kranken und körperlich Kranken zu erzwingen;
3. das total veraltete und entsprechend ungerechte Entmündigungsrecht gesetzlich neu zu fassen;
4. die Reichsversicherungsordnung so zu ändern, daß psychisch Kranke und ihre Angehörigen die ambulante Hilfe erhalten, die ihnen zusteht;
5. die Hinterbliebenen der im Dritten Reich ermordeten Patienten sowie zwangssterilisierte Bürger endlich genauso als Verfolgte anzuerkennen wie politisch und rassistisch Verfolgte.

Ich schließe mit der Bitte an Öffentlichkeit und Bevölkerung unseres Landes, uns auf allen Ebenen unseres Bemühens zu unterstützen; denn Irren ist zwar menschlich, oft aber auch ziemlich unmenschlich. Daher haben wir alle gemeinsam die Pflicht, den Betroffenen jegliche zusätzliche unnötige Unmenschlichkeit zu ersparen und statt dessen die Last entweder gar nicht erst entstehen zu lassen oder auf möglichst viele Schultern zu verteilen und gemeinsam zu tragen.

Wir werden jedenfalls so lange nicht schweigen, bis die Vielzahl der unerträglichen Ungerechtigkeiten beseitigt ist!

KRITISCHE MEDIZIN

Argument-Vertrieb
Tegeler Str. 6
1000 Berlin 65



Gesellschaftliche Zielsetzungen
ärztlicher Ausbildung; Praktisches
Studienjahr; 2. Novellierung
der Approbationsordnung; Novellierung
der AO statt Studienreform.

SH 43

54 S.; 4,50 DM

Häufigkeit, Sozialverteilung, Verursachung psychischer Störungen. Empirische Daten aus der BRD. Vorwort und Bibliographie 1980.

SH 38

47 S. 4,00 DM.

Werbung & Wahrheit

Unlautere Heilmittelwerbung

Von Harald Kamps

Bei der Heilmittelwerbung habe die Selbstkontrolle gut funktioniert; wußte das Handelsblatt zu berichten. „Die Werbung für Medikamente, die dem Verbraucher zur Selbstbehandlung leichter Beschwerden angeboten werden, entspricht fast ausnahmslos den gesetzlichen Bestimmungen. So sah es auch der „Verein für lautere Heilmittelwerbung“, der im Sommer einen 6-seitigen Rechenschaftsbericht für die Jahre 1977—79 vorlegte. (1) Der Verein wird durch drei Verbände getragen: den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, den Bundesverband der Heilmittelindustrie und den Verband der Reformwarenhersteller. Nur 8,7 % der geprüften Werbemaßnahmen hätten berechtigten Anlaß zum Einschreiten geboten. Schlüsselt man jedoch die Zahlen genauer auf, so findet man, daß 1979 bereits 15 % der Anzeigen in Zeitungen und Zeitschriften nicht den gesetzlichen Bestimmungen genügen.

Verstoßen wird nach Angaben des Vereins hauptsächlich gegen den § 4 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Dieser schreibt die unbedingt notwendigen Angaben im Werbetext vor: den Sitz der Firma, die Bezeichnung des Arzneimittels, die Anwendungsgebiete und etwaige Warnhinweise. Bereits das Gesetz schränkt ein: Können Angaben zu Gegenanzeigen, und Nebenwirkungen nicht gemacht werden, so können sie entfallen.

Wenn bereits der Verein der Herstellerfirmen viele Verstöße gegen ein Gesetz, das nur Minimalanforderungen vorschreibt, feststellt, dann ist Skepsis geboten. DG schaute sich die Laienwerbung in fünf vielgelesenen Zeitschriften (Bunte, Das Neue Blatt, Frau im Spiegel, Quick, Stern) einer Woche an. Um es vorweg zu sagen: Das Bild war erschreckend.

Da hilft Antisklerosin „Gefäßablagerungen abzubauen“; Voltar „verhütet Arterienverkalkung“, Vitamin C „gleicht Streßverluste aus“. Bei solchen und ähnlichen Aussagen liegt der Verdacht nahe, daß es sich um „irreführende Werbung“ im Sinne des § 3 HWG handelt, „wenn Arzneimittel... eine therapeutische Wirkung beigelegt werden, die sie nicht haben“. Baldrian wird bei „innerer Unruhe, nervösen Schlafstörungen, nervöser Erschöpfung“ angepriesen. § 10,2: „Für Arzneimittel, die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu be seitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen, darf außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden. „Nebenwirkungen werden durch unverständliche Fremdworte verharmlost: „Wie bei allen Abführmitteln kann es durch chronischen Abusus zu Elektrolytverlusten kommen“. § 11,6 dazu unmißverständlich: Verboten sind „fremd- oder fachsprachliche Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind.“

Für ein Gerät zur „Selbst-Akupunktur“ wirbt ein weißbekittelte, sympathischer Herr mit einem Stethoskop um den Hals und verstößt damit gegen § 11,4: Untersagt ist die „bildliche Darstellung von Personen in der Berufskleidung“. „Alle, die sich schnell und ohne Risiken von ihren Beschwerden befreien wollen“ werden in derselben Anzeige in die Irre geführt, denn es wird „fälschlich der Eindruck erweckt, daß ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann“. (§ 3,2 a)



... dieses Geschrei raubt mir noch den letzten Nerv!
Als ob ein Waschtag nicht genug Streß mit sich bringt!

Wenn die Belastungen des Alltags für Sie zum Streß werden, dann brauchen Sie ein zuverlässiges Beruhigungsmit tel: Bunetten.

Bunetten sind hoch wirksame, rein pflanzliche Beruhigungs-Dragees. Sie enthalten Baldrian, Hopfen, Weißdom – verstärkt durch die Kräfte der tropischen Passionsblume. Diese ausgewogene Wirkstoffkombination beruhigt das Nervensystem rasch und zuverlässig.

Sie fühlen sich aus geglichen und sind den Belastungen des Alltags gewachsen. Die innere Ruhe während des Tages fördert auch die natürliche Schlafbereitschaft am Abend. Bunetten sind gut verträglich und führen bei vor schriftsmäßiger Einnahme nicht zur Gewöhnung. Bunetten erhalten Sie in Ihrer Apotheke.

*Passionsblume (Passiflora incarnata) stammt aus tropischen Gebieten Amerikas. Wegen ihrer beruhigenden Wirkung – besonders bei nervösen Bisse rungen – findet sie immer mehr Beachtung.

Bunetten® mit Passionsblume*



Stärker als Streß.

Wohlmann Pharma

Bunetten bei Fehlsteuerungen des unwillkürlichen (vegetativen) Nervensystems, nervöser Übererspannung, nervösen Einachtdämmern, nervösen Magenstörungen, Fühlschwäche, Beschwerden bei Beginn der Wechseljahre, Unruhezuständen im Kindesalter und in der Pubertät. Wohlmann Pharma GmbH & Co. Eichweg 2.



Unkonzentriert?
Keine Ausdauer?
Schlechte Noten?

GLUTIAGIL®

Rein biologische Hirn- und Nervennahrung

- hilft die Schulleistungen zu steigern
- erhöht die Konzentration und Ausdauer
- verhindert allzu rasche Lernmüdigkeit
- verbessert das Gedächtnis und die Nerven

GLUTIAGIL-Dragees gibt es in Apotheken!

Mit einer anonymen Werbung (Verstoß gegen § 4) soll „Glutiagil“ dem Schulkind verkauft werden; denn „die rein biologische Hirn- und Nervennahrung hilft die Schulleistung zu steigern, erhöht die Konzentration und Ausdauer, verhindert allzu rasche Lernmüdigkeit und verbessert das Gedächtnis und die Nerven“. Verstoß gegen § 11,12: Außerhalb der Fachkreise sind Werbemaßnahmen verboten, die „sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren richten.“

Diese Aufzählung ließe sich noch lange fortsetzen. Gemeinsam ist allen, daß es Gesetzesverstöße sind, die nicht bestraft und Woche für Woche wiederholt werden. Für die Arzneimittelindustrie und die Werbeträger geht es um Millionenbeträge. Die Werbung für Heilmittel ist einer der wichtigsten Bereiche des Werbemarktes. Die „freiwillige Selbstkontrolle“ hat lediglich Alibifunktion. Die Gesundheitsbehörden der Länder nehmen ihre Kontrollfunktion offensichtlich ebensowenig ernst. Solange wir eine industrieabhängige Kommission, die auch falsche oder irreführende Anzeigen verbieten kann, nicht haben, kann nur die Kontrolle der Verbraucher den unlauteren Werbewildwuchs eindämmen.

Also: Lest nicht mit einem Kopfschütteln über solche Anzeigen hinweg. Meldet uns oder der Arbeitsgemeinschaft für Verbraucher (2) Verstöße gegen das Heilmittelwerbegesetz. Begründet dabei eure Bedenken oder macht entsprechende Literaturhinweise.

1) Der Rechenschaftsbericht, in dem auch der Wortlaut des HWG abgedruckt ist, kann beim Verein für lautere Heilmittelwerbung Breite Straße 1, 5000 Köln 1 bezo gen werden

2) Arbeitsgemeinschaft für Verbraucher, Heilsbachstr. 20, 5300 Bonn 1

Forum

AMBULANTE VERSORGUNG

AMBULANTE VERSORGUNG

Gesundheitszentrum Frankfurt/M. Böttgerstrasse, e.V.

Zusammensetzung:

Praxis für Allgemeinmedizin mit 2 Ärzten und 5 Arzthelferinnen; Kinderarztpraxis mit 2 Ärzten und 3 Kinderkrankenschwestern; Krankengymnastische Praxis mit 2 Krankengymnastinnen;

Logopädische Praxis mit 1 Logopädin; Psychosozialer Bereich (PS-Bereich) mit 2 Psychologen und 4 Teilzeit-Honorarkräften. Im Jahr 1973 konstituierte sich ein Arbeitskreis Gesundheitszentrum (GZ) – inzwischen GZ Frankfurt/M. Böttgerstrasse e.V. – aus einer Gruppe befreundeter Ärzte, Arzthelferinnen, MTA's, Psychologen, Sozialpädagogen und KG's, um ein Konzept einer fachübergreifenden Gruppenpraxis zu erarbeiten. Diesem Konzept liegt vor allem zu grunde, daß zur Erlangung von Gesundheit körperliche, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt und in die therapeutische Arbeit miteinbezogen werden müssen.

Das GZ nahm seine Arbeit im Oktober 1977 in einem von der Stadt Frankfurt gemieteten Haus unter folgender wirtschaftlicher und juristischer Konzeption auf:

Der Verein, bestehend aus den Mitarbeitern des GZ, tritt als juristischer Träger des GZ's auf und regelt alle Belange, wie Investitionen, Verwendung von Finanzen, Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern etc. Die Finanzierung wird von den niedergelassenen Praxen getragen. (Jede Praxis ist nach dem bislang geltenden Kassenrecht als einzelne tätig, eine Ausnahme besteht für die Gemeinschaftspraxen gleicher Fachrichtung). Die im GZ arbeitenden Ärzte schließen nun mit dem Verein einen Kooperationsvertrag. Inhalt dieser Verträge ist einerseits die Verpflichtung des Vereins, die für die Ausübung ihrer Tätigkeit notwendigen Räume und Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen, andererseits verpflichten sich die Ärzte, ihre gesamte kassen- und privatärztliche Tätigkeit im GZ auszuüben. Die Einnahmen hieraus sollen nach Abzug eines vereinbarten Einkommens einem gemeinsamen Pool zur Unkostendeckung des Vereins, vor allem für die Einrichtung eines Psychosozialen Bereichs abgeführt werden. Die Bezahlung der Mitarbeiter, einschließlich der Ärzte, ist am BAT orientiert.

Ziele des GZ's:

Eine fachübergreifende Arbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen. Innerhalb des GZ's ist eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander geplant, die gemeinsame Fallbesprechungen bei gleichen Patienten oder auch Problemfällen umfaßt, sowie den Rahmen einer internen Weiterbildung geben soll. Darüber hinaus ist es aufgrund unserer Einschätzung der bisherigen Praxis im Gesundheitswesen besonders wichtig, eine unmittelbare Kooperation zwischen ärztlichen und

nichtärztlichen Sozialberufen herzustellen. Das bedeutet: es müssen praktische Konsequenzen gezogen werden aus der Erkenntnis, daß die Genese eines großen Teils von Krankheiten in den psychischen und sozialen Bedingungen der Patienten zu suchen ist, ihre Krankheit das Ergebnis ihrer meist nicht selbst verschuldeten Unfähigkeit anzusehen ist, auf Anforderungen unserer Gesellschaft angemessen zu reagieren, was zu psychischer und/oder physischer Symptombildung und Beeinträchtigung führt. Durch die dargestellte Kooperation und die bewußte Einbeziehung von somatischen, sozialen und psychischen Faktoren bei Diagnose und Therapie soll die primär an Symptomen orientierte bestehende medizinische Versorgung verbessert werden.

Unsere heutige Situation:

Die Finanzierung wurde wie oben beschrieben ausgeführt. Die Praxen bringen für das gesamte Haus die Miete auf (z.Z. monatlich ca. 8000,—DM) plus teilweiser Finanzierung des PS-Bereiches. Die restlichen Kosten des PS-Bereiches werden bis Ende 1980 durch die Robert-Bosch-Stiftung abgedeckt. Die weitere Finanzierung des PS-Bereichs ab 1981 kann zum Teil über die Praxen abgedeckt werden, die restliche Kostenübernahme ist noch nicht gesichert. An eine Erhöhung der Einkünfte kann noch nicht gedacht werden, da eine Dreiminuten-Medizin in den Praxen nicht mit der inhaltlichen Konzeption zu vereinbaren ist.

Aus unserer mittlerweile 2 1/2 jährigen Tätigkeit haben sich folgende Schwierigkeiten ergeben, die wir gerade diskutieren:

Zu unserem Nachteil erwies sich unsere Unerfahrenheit in administrativen Aufgaben.

Als Konfliktpunkt erwies sich auch bald die Situation, daß das Geld zur Finanzierung nur von den Ärzten aufgenommen wurde, aber von allen Mitarbeitern verwaltet wird, andererseits aber auch, daß die Verantwortung nicht von allen gemeinsam getragen wurde.

Da wir uns in einem unversorgten Gebiet niedergelassen haben, wurden wir ziemlich schnell von einem Patientensturm überrannt, so daß die einzelnen Mitarbeiter zu einer großen Anzahl von Überstunden kamen, was sicher zu einer Unzufriedenheit wesentlich beitrug.

Inhaltliche Ziele, die sich als praktikabel erwiesen haben:

Der Patient und seine Krankheit werden in ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesamtheit gesehen und behandelt.

Flexible Einbeziehung der Psychologen auch bei Schwellenangst.

Vermeidung verzettelter und widersprüchlicher Behandlungen durch Teambesprechungen.

Erfassen von Risikofaktoren und frühen Störungen.



Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen.

Erweiterung der ambulanten Behandlung – Einsparung von Krankhausaufenthalten.

Arbeiten mit Patientengruppen, Starthilfe bei Selbsthilfegruppen.

Gemeinsame Fortbildungen

Wissenschaftliche Auswertung

Feste Besprechungstermine finden statt wie folgt:

1 x wö. gemeinsame Fallbesprechung und Fortbildung, bei der alle Mitarbeiter des GZ's zugegen sind.

Alle 2 Wochen eine Organisationsbesprechung von allen Mitarbeitern.

Alle 2 Wochen eine Fallsupervision mit einem Supervisor von außerhalb in der Kinderarztpraxis und allen an der Behandlung Beteiligten.

Alle 2 Wochen eine Fallsupervision mit einem Supervisor von außerhalb in der Allgemeinmedizin und allen an der Behandlung Beteiligten.

Flexibel gehandhabte Termine zu Besprechungen zwischen den einzelnen Fachbereichen.

Zum ersten Mal eröffnen wir in dieser Nummer das FORUM. Diesmal zur „ambulanten Versorgung“. Wir haben dieses Thema in der letzten Ausgabe mit unseren Thesen und der Aufforderung zur Stellungnahme eröffnet. Wir wollen – auch in Zukunft – im FORUM euch, unsern Lesern, die Möglichkeit geben, zu einem Schwerpunktthema gezielter und ausführlicher, als dies in „Leserbriefen“ möglich ist, eure Meinung zu schreiben. Einzige Voraussetzung: Ihr schreibt uns!

AMBULANTE VERSORGUNG AMBULANTE VERSORGUNG AMBULANTE VERSORGUNG AM



Die Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord arbeitet seit dem 1. 1. 1978

(zur Geschichte siehe AS 30, „Soziale Medizin“).

Z.Zt. sind in der Praxis folgende Mitarbeiter tätig:

- 2 Kinderärztinnen
- 2 Fachärzte für innere Krankheiten
- 1 Allgemeinmediziner
- 1 Frauenarzt
- 1 Psychologe
- 8 Helferinnen (Vorbereitungszimmer)
- 2 Auszubildende
- 3 Helferinnen (zentrale Anmeldung)
- 2 MTA (Labor)
- 3 Krankengymnastinnen
- 1 Büroangestellte
- 2 Reinigungskräfte

Die erforderliche Kürze des Beitrages machte es notwendig, beispielhaft die Problematik der Gruppenpraxis anhand eines kurzen aber entscheidenden Abschnittes zu umreißen.

Alle Probleme bestimmen und verstärkend wirkt die Tatsache, daß die Praxisausgaben durch die derzeitigen Einnahmen noch nicht erwirtschaftet werden. Das hat bei allen Mitarbeitern zu einer erheblichen Krisenstimmung geführt. Wir möchten deshalb darstellen, wie sich die ökonomischen Schwierigkeiten emotional und inhaltlich auf die Gruppensituation und damit die gemeinsame Arbeit auswirken.

Aufgrund der öffentlich diskutierten finanziellen Lage war allen Praxisangehörigen die Notwendigkeit von Sparmaßnahmen einsichtig. Trotzdem konnte eine gemeinsame Lösung nicht gefunden werden. Zu diesem Zeitpunkt verfestigten sich die schon vorher deutlich gewordenen unterschiedlichen Interessen, und es kam zur offenen Konfrontation zwischen den Ärzten/Gesellschaftern mit finanzieller Beteiligung (Kreditaufnahme und gesamtschuldnerische Haftung) und den angestellten Mitarbeitern (Arbeitsverträge nach dem BAT). Neben der Vollversammlung und den bestehenden Arbeitsgruppen organisierten Angestellte und Ärzte getrennt voneinander Sitzungen.

Die Angestellten organisierten Treffen mit dem Ziel, ihre Ansichten und Bedürfnisse miteinander zu besprechen, abzustimmen, um diese in der Gesamtgruppe bestimmter und durchsetzungsfähiger einbringen und vertreten zu können.

Trotzdem stellte sich die Solidarisierung der Mitarbeiter als sehr schwierig dar. Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist erst kurz vor Praxisbeginn unabhängig voneinander oder später eingestellt worden. Die Motivation zur Mitarbeit war und ist sehr unterschiedlich. Viele bewarben sich auf eine Zeitungsanzeige und hatten keine Möglichkeit, sich mit der bestehenden Gruppe und der Konzeption auseinanderzusetzen.

Für die meisten der (ausschließlich weiblichen) Angestellten bedeutete es deshalb einen schwierigen Schritt aus der Abhängigkeit; – Selbstbewußtsein und Eigenverantwortlichkeit im jeweiligen Arbeitsbereich und während gemeinsamer Gruppensitzungen zu zeigen. Erkennen der Ursachen, d.h. erzogen zur Loyalität und Anpassung in den „medizinischen Hilfsberufen“, die durch die Gesellschaft geprägte Frauenrolle und das durch Ausbildung und soziale Schichtzugehörigkeit bedingte unterschiedliche Sprachverhalten, bedeuten noch nicht die Bewältigung des Problems und führen zu Unsicherheit und Unselbständigkeit.

Die Bedrohung durch die Gruppe der Ärzte, Personaleinsparungen und Umsetzungen bei veränderter Praxisstruktur ohne die Möglichkeit einer Mitentscheidung der Betroffenen, motivierte erstmals alle nichtärztlichen Mehrarbeiterinnen zur Teilnahme an gemeinsamen Treffen. Sie erarbeiteten einen Vorschlag, um die finanziellen Schwierigkeiten und Belastungen mitzutragen zu können als einen Ausdruck gemeinsamen Interesses an der Weiterführung der Praxis in der bestehenden Form. Mit diesem Vorschlag waren auch für jeden einzelnen nicht unerhebliche wirtschaftliche Belastungen verbunden, sowie Auseinandersetzungen mit Familie und Partnern. Dieses Angebot wurde durch die Ärzte abgelehnt und gleichzeitig ein von ihnen entwickelter Katalog für Sparmaßnahmen durchgesetzt. Diese Ablehnung wurde von allen Angestellten mit großer Enttäuschung erlebt, aber auch gleichzeitig als eine Bestätigung der fortbestehenden Ungleichheit der beiden Gruppen empfunden. Als Ausdruck der Empörung diskutierten die Angestellten Kündigungen und verweigerten die konkrete Durchführung der geplanten Sparmaßnahmen. Nachdem sich aber herausstellte, daß es nicht zu Entlassungen kommen würde, zerbröckelte die Solidarität und der Widerstand gegen die Einsparungen. Jeder versuchte auf eine individuelle Art mit der Mehrbelastung fertig zu werden.

Arbeitssituation der Helferinnen

Die Einsparungen wurden in Form von Stundenkürzungen bei den Helferinnen, in den Vorbereitungszimmern der Ärzte und der zentralen Anmeldung vorgenommen. Das bedeutete für das vorhandene Personal bei gleichem Arbeitsanfall mehr Belastung. So fühlen sich die Helferinnen überlastet und geheizt und können dem Anspruch, mehr Zeit für die „Patientenbetreuung“ aufzubringen, nicht gerecht werden. Oft herrscht eine hektische Arbeitsatmosphäre, die auf Patienten als ein „Abfertigen“ wirkt. Anfallende Schreibarbeiten können nicht kontinuierlich erledigt werden, das führt dann teilweise zu langwierigen Suchaktionen von Befunden, Laborzetteln etc. Viele Patienten erleben unsere Praxis als schlecht organisiert und umständlich. In dieser angespannten Situation müssen Ärzte Aufgaben übernehmen, die vorher von Helferinnen erledigt wurden. Bereits vorhandener Unmut über mangelnde Transparenz der ärztlichen Tätigkeiten und fehlende Bereitschaft, Kompetenzen an Helferinnen abzugeben, verschärft sich. Kommunikation miteinander war ist (?) kaum noch möglich.

Die Helferinnen sehen weder in ihrer Arbeitssituation noch in ihren Möglichkeiten beim Umgang mit den Patienten eine Alternative zu der üblichen Versorgung der Patienten in Einzelpraxen.

Die Gruppe der Ärzte wirkt nach außen einheitlich, bedingt durch weitgehende inhaltliche Übereinstimmung in der Arbeit, längere gemeinsame Geschichte in der Praxisvorbereitung sowie mehr privater Kontakte. Die finanzielle Belastung (Kreditverschuldung pro Person ca. 100 000,— DM) wird von allen bedrohlich, teilweise als massive Existenzangst erlebt. Keiner hatte ausreichende Erfahrungen in Wirtschafts- und Verwaltungsfragen. Aufgrund der Krisensituation Sommer 1979 wurde jede zusätzliche finanzielle Belastung abgewehrt. Das führte zur Ablehnung des Angebots der Angestellten, diese Belastung mitzutragen. Eine Annahme hätte eine moralische Verpflichtung zur Mitwirkung der Angestellten in allen Bereichen bedeutet. Als Ausweg aus der unterschiedlichen Einschätzung der Krise wurde auch von einigen heftig die Auflösung in wirtschaftlich überschaubare Einzelpraxen betrieben, schließlich aber doch von allen Ärzten massiven Sparmaßnahmen gemeinsam zugestimmt. Die Gefühle den Mitarbeiterinnen gegenüber schwankten zwischen ängstlichem Werben um Verständnis und zwanghaftem rigider Durchsetzungs- und Behauptungswillen im Arbeitgeberstil. Die Mitarbeiter wurden als geschlossene Front erlebt. Z.Zt. läuft der Versuch, konkrete Probleme zwischen den beiden Gruppen, ebenso wie mögliche gemeinsame Perspektiven in einer kleinen, paritätisch besetzten Mitarbeiter-Ärztegruppe, zu lösen und zu erarbeiten.

Jutta Dziatkowski (Büroangestellte)
Maria Gehlhoff (Kinderärztin)
Melitta Blazey (Krankenschwester)

Nicht mehr nur für Gottes Lohn

Ambulante Versorgung durch Sozialstationen – aus der Sicht der Krankenschwester

Die schwindende Zahl von Gemeindeschwestern veranlaßte 1976 Referenten der Landesministerien dazu, eine Konzeption für Sozialstationen zu entwickeln. Heute gibt es in der BRD mehr als 1000. Nicht nur Städte und Gemeinden, sondern auch freie Wohlfahrtsverbände, wie Arbeiterwohlfahrt und Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, das Deutsche Rote Kreuz, Diakonie und Caritas haben die ambulante Versorgung Behindter, alter und kranker Menschen übernommen. Es werden je nach Träger entweder eine Kirchengemeinde (hier nur evangelische oder nur katholische Glaubensangehörige), eine Gemeinde oder ein Stadtbezirk betreut. Die Finanzierung der Versorgung wird zum Teil von den Kassen, zum anderen von den Vereinen selbst getragen. Auch die Patienten werden, je nach Höhe der Rente an den Pflegekosten beteiligt. Bedingung für eine Landesförderung sind jeweils 4 Fachkräfte: 2 Krankenschwestern (Pfleger) und ein(e) Familienpfleger(in) und ein(e) Altenpfleger(in). Voraussetzungen zur Einstellung sind: die 3jährige Krankenpflegeausbildung und von Fall zu Fall Berufserfahrung. Der Beruf Alten-/Familienpfleger ist noch recht jung und setzt eine 2jährige Ausbildung voraus. Außerdem findet häufig die Konfession der Bewerber Beachtung. Die Vergütung ist dem Bundesangestelltentarif angeglichen. – In den Fällen, wo keine oder keine festangestellten Alten-/Familienpfleger(innen) in der Station arbeiten, übernehmen Schwestern auch deren Arbeitsbereich. Viele Träger verfügen über ein großes Reservoir von ehrenamtlichen bzw. nebenamtlichen Kräften, Zdl'er und Haustfrauen, die helfen, wenn sie gebraucht werden.

Wie sieht nun konkret die Arbeit einer Sozialstation aus?

Krankenhausärzte, Sozialarbeiter oder Hausärzte veranlassen eine Hausbetreuung und setzen sich mit einer Sozialstation in Verbindung. Die Einsatzleitung (in manchen Fällen eine Krankenschwester) der Station nimmt die ersten Informationen an. Häufig macht sie einen Hausbesuch, um sich einen Überblick zu verschaffen über die anfallenden Arbeiten. Sie gibt dem Pflegepersonal Anweisungen, welche Aufgaben zu erfüllen sind, und legt die Einsatzzeiten fest.

Der Arbeitstag der Krankenschwester

Die festangestellten Pflegekräfte haben zwar einen 8-Stunden-Tag (laut Vertrag meist von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr), jedoch wird von ihnen in der Regel verlangt, die Arbeitszeiten dem jeweiligen Bedarf anzupassen.

Die medizinische Betreuung

Der Arbeitstag der Krankenschwester beginnt mit der Gabe von Insulinspritzen. Damit die Patienten nicht zu lange auf ihr Frühstück warten müssen, kommt sie oft schon vor 8.00 Uhr. Sie fährt mit dem Auto, entweder mit dem eigenen (km-Geld wird erstattet) oder mit einem vom Träger gestellten Fahrzeug, von Patient zu Patient. Im Schnitt versorgt sie täglich maximal 10 Patienten, wenn möglich immer dieselben, an die sich die Schwester und umgekehrt, die sich an die Schwester gewöhnt haben. Sie gibt also Spritzen, macht Verbände, wäschte und bettet Patienten, Katheterpflege, Fußpflege und annähernd alle notwendigen Verrichtungen, die auch im Krankenhaus ausgeführt werden, fallen in ihren Aufgabenbereich. Falls nötig faßt sie auch bei häuslichen Arbeiten mit an, z. B. beim Säubern der Wohnung, beim Essen bereiten oder Einkaufen. Hier überlappt sich reine Krankenpflege mit Alten- bzw. Familienpflege.

nimmt und einen schriftlichen Bericht über ihre Arbeit abgibt. Ob Teambesprechungen abgehalten werden, ist in jeder Station unterschiedlich.

Informationsaustausch im Team

Einige halten einmal wöchentlich eine Teambesprechung und einmal monatlich ein Kolgentreff ab. Hier können alle Schwierigkeiten besprochen und Informationen ausgetauscht werden. Fortbildungsmöglichkeiten werden angeboten und Laienhelfer eingeladen, Hausseminare zu besuchen, um Einblick in die „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu erhalten. – In anderen Sozialstationen werden Mitarbeiter wesentlich von einander getrennt. Es werden ständig Arbeitskontrollen durchgeführt. Gruppengespräche kommen nicht zustande, weil diese in die Freizeit fallen müßten. Eine direkte Interessenvertretung (Betriebsräte) gibt es nicht. Die Kollegen kennen sich kaum. Durch die fehlende Zusammenarbeit steht jeder mit seinen Problemen allein. Wenn Schwierigkeiten auftreten, muß jeder für sich mit dem Arbeitgeber sprechen. – In solchen Stationen findet sich meist eine hohe Fluktuation des Personals.

Mehr Mitbestimmung und Austausch

Die grundsätzlich gute Idee der ambulanten Versorgung lässt noch viele Möglichkeiten der Verbesserung offen. Es sollten genügend festangestellte, mitspracheberechtigte Kräfte aus



Die soziale Betreuung

Das Gespräch mit dem alten oder kranken Menschen in seiner Umgebung hilft sich gegenseitig näherzukommen. Da die Krankenschwester oft den einzigen Außenbezug für diese Menschen darstellt, werden ihr auch Sorgen und Probleme (die wirtschaftliche und soziale Situation und die Lebensgeschichte betreffend) anvertraut. So weit sie kann, gibt sie Hilfestellung, z. B. beim Kontakt mit Ältern, sonst setzt sie sich mit einem Sozialarbeiter in Verbindung. Durch das umfangreiche Arbeitsfeld ist die Pflegeperson zum einen häufig überfordert und zum anderen einer starken psychischen Belastung ausgesetzt. Für sie ist der Rückhalt im Team besonders notwendig. Einmal täglich fährt sie zur Sozialstation, wo sie neue Aufgaben in Empfang

verschiedenen Berufsgruppen vorhanden sein, die sich in einem Team ergänzen. Nur durch ständigen Austausch der Erfahrungen untereinander und mit Kollegen anderer Stationen, durch Fort- bzw. Weiterbildung wird eine umfassende medizinische, psychologische und soziale Hilfe für alte und kranke Menschen realisiert werden können.

In diesem Bericht kann nur ein kleiner Einblick in die Arbeit, besonders einer Krankenschwester einer Sozialstation gegeben werden. Es wäre aber erfreulich, wenn Leser oder Mitarbeiter einer solchen Station, die an einer weiteren Auseinandersetzung mit diesem Thema interessiert sind, die Möglichkeit nutzen würden, ihre eigene Erfahrung und ihre positive oder negative Kritik im Demokratischen Gesundheitswesen auszutauschen.

H. W. Muschallik:

In die Diskussion der Thesen schaltete sich Ende September auch der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Hans Wolf Muschallik, mit einem Beitrag ein:

„Für uns hängen der Fortbestand, die Stabilität und die Leistungsfähigkeit unseres Systems der Gesundheitssicherung entscheidend davon ab, daß

- die grundsätzliche Verantwortung des Individuums für seine Gesundheit,
- der freiberuflich tätige Kassenarzt als Träger der ambulanten ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung,
- der Sicherstellungsauftrag der ambulanten kassenärztlichen Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen und schließlich
- die freie Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Rahmen einer gegliederten sozialen Krankenversicherung auch weiterhin anerkannt und gewährleistet sind. . . .

Wir begrüßen daher die klaren und eindeutigen Stellungnahmen . . . , welche maßgebliche sozialpolitische Sprecher des Deutschen Bundestages für ihre Parteien auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Mai dieses Jahres abgegeben haben. Danach gehen wir davon aus, daß alle Parteien an den Prinzipien der ambulanten ärztlichen Versorgung unseres freiheitlichen Gesundheitswesens und deren Sicherstellung durch freiberuflich wirkende Kassenärzte festhalten wollen und keine grundlegende Veränderung anstreben . . . Wachsam und kritisch werden wir darauf achten, daß nicht durch noch mehr staatlichen Interventionismus im Gesundheitswesen, und einseitig den Kassenärzten auferlegte ökonomische Zwänge, das Prinzip der ärztlichen Freiberuflichkeit ausgehöhlt und damit der Fortbestand des Systems der Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung durch in eigener Praxis freiberuflich tätige Ärzte gefährdet werden.

Ohne auf Details einzugehen, spreche ich Bestrebungen an,

- den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen für die Zukunft Verbindlichkeit mit der Folge beizulegen, daß die Partner der Gesamtverträge auf Landesebene nicht mehr abweichen können,
- aber auch die nach wie vor zur Diskussion stehende weitere Öffnung der Polikliniken zur ambulanten Betreuung von sozialversicherten Patienten.
- Ich apostrophiere ebenso die unveränderten Bestrebungen nach Gleichschaltung der Ersatzkassen.

Eingriffe dieser Art werden – ganz abgesehen von den zu erwartenden politischen Spannungen und den Reaktionen der krankenversicherten Bürger – auf den erbitterten Widerstand der deutschen Kassenärzte stoßen.“

Anmerkung der Redaktion: Leider erreichte uns dieser Diskussionsbeitrag nicht direkt, sondern auf dem Umweg über das Deutsche Ärzteblatt 40/80 vom 2. 10. 80.

Arbeitskonzept der Sozialstation Monheim

Die Konzeption soll

- a) Die Arbeitsgrundlage für die Mitarbeiter sein
- b) Orientierungsrahmen für die Öffentlichkeitsarbeit sein.
- c) Zur Transparenz der Arbeit beitragen, damit besser mit anderen sozialen Dienstleistungen koordiniert werden kann.

I. Organisation

Lt. Richtlinien des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW, haben wir feste Betreuungsbezirke festgelegt, für die je ein Mitarbeiter zuständig ist. Das Gesamtversorgungsgebiet ist Monheim einschließlich Baumberg.

Wir sind jedoch bemüht, jeden Mitarbeiter seinen Ausbildungsschwerpunkten entsprechend einzusetzen, so daß es sich kaum vermeiden läßt, Einsätze auch außerhalb des Betreuungsbezirkes zu tätigen.

An Wochenenden hat turnusmäßig ein Mitarbeiter Dienst. Bei diesem Wochenenddienst werden festgelegte Termine übernommen und zusätzlich ein Bereitschaftsdienst geleistet, (Abhören des Anruftauchers in angemessenen Abständen).

Es wird eine Bürozeit von 7.30–16.00 Uhr festgelegt. Die mit den Patienten vereinbarten Termine bleiben hiervon unberührt.

Informationstreffen oder eventuelle Arbeitsgruppen (z. B. mit Angehörigen von Patienten) finden nachmittags oder abends, außerhalb der Bürozeit statt.

Dienstbesprechungen im Team werden mindestens einmal in der Woche nach Absprache während der Bürozeit durchgeführt.

Teambesprechungen umfassen:

- a) einen organisatorischen/informellen Teil
- b) einen inhaltlichen Teil (Fallbesprechungen – Fragen bei der Zusammenarbeit).

II. Leistungen

1. häusliche Kranken- und Altenpflege

ist die Entlastung des Arztes und der pflegenden Angehörigen, in Form von medizinisch technischen Verrichtungen und beratender, betreuender und vermittelnder Tätigkeit.

Die medizinisch technischen Verrichtungen werden vom Arzt verordnet.

Die häusliche Kranken- und Altenpflege ist zur Vermeidung von Klinikaufenthalten, zur Verkürzung von Klinikaufenthalten und zur Überbrückung nach Klinikaufenthalten, bei einer anschließenden Kur oder Rehabilitationsmaßnahme notwendig.

Insbesondere wollen wir auch Ansprechpartner oder Kontaktperson für Patienten und deren Angehörigen sein, die sich in einer besonderen Belastungssituation befinden. Eine solche besondere Belastungssituation können eine individuelle Krise oder auch Probleme der sozialen Beziehungen sein. Wenn die Krise den Rahmen der Pflege und Betreuung überschreitet und es der Patient wünscht, vermitteln wir an Psychologen, Psychotherapeuten oder wir suchen eine Lösung über den zuständigen Hausarzt.

2) Familienpflege

Ist die Weiterführung des Haushaltes bei Abwesenheit eines Elternteiles, d. h. es kommt im wesentlichen darauf an, der Familie zu ermöglichen, ihren Lebensrhythmus beizubehalten.

Beispiel: Ein Ehepartner kann weiter seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen, während der andere Partner einen Krankenhausaufenthalt auf sich nehmen muß. Dabei werden die Kinder der Familie weiter versorgt. (Einkauf, geregelte Mahlzeiten, pädagogische Hilfe.)

Es geht nicht in erster Linie um eine „Verbesserung“ oder „Veränderung“ der Familiensituation, sondern um deren Erhalt.

3. Haushaltshilfsdienst

Ist die zeitlich begrenzte Hilfestellung als Ergänzung des sonst selbst geführten Haushaltes.

Beispiele: Einkaufen, Fenster putzen, Flur putzen, Gardinen aufhängen, und vieles mehr.

4. Beratungsdienst

a) Beratungen sind vertrauliche Gespräche bei individuellen Konflikten und Konflikten in sozialen Beziehungen.

b) allgemeine Beratung und Vermittlungen. Jeder kann zu uns kommen und Hilfe bei Fragen in sozialen Belangen erhalten. Zumindest können wir jeden Hilfesuchenden an die richtige, für ihn zuständige Stelle vermitteln.

5. Organisation von neben- und ehrenamtlichen Mitarbeitern und deren Anleitung im Rahmen unserer Arbeit.

6. Organisation von Nachbarschaftshilfe

7. Öffentlichkeitsarbeit

Es ist uns wichtig, der Bevölkerung die Leistungsangebote nahezubringen und zu verdeutlichen. Daher werden wir im Rahmen unserer Möglichkeiten Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Zur Öffentlichkeitsarbeit gehören:

- a) Kontaktgespräche mit anderen Einrichtungen sozialer Dienstleistungen
- b) Werbung durch Schrift und Bild
- c) Teilnahme an Veranstaltungen wie z. B. Stadtteilfest.

Unheilbar Kranke

Eine internationale Ärztegruppe steht am Bett des Kranken:

Der Patient leidet an Freiheitswillen und oppositionellen Gedanken.

Der Therapievorschlag des Chirurgen, eine Gehirnoperation, ist radikal, aber zu auffällig.

Der Psychiater erwägt eine Behandlung auf Schizophrenie und Verfolgungswahn.

Der Internist geht lieber konservativ vor mit Medikamenten:

morgens einen Eßlöffel Existenzangst, tagsüber mehrfach eine faustdicke Lüge

über die sozialistische Alternative, dazu 3 x 20 Tropfen Hoffnunglosigkeit,

bei Bedarf etwas gegen die aufkommende Übelkeit vor faschistischen Tendenzen.

Trotz seiner Bemühungen gelang es dem Kranken nicht an seinen Ärzten zu gesunden:

aus: Gert Udo Jerns, Die größeren Kopfschmerzen, Texte zum Thema Medizin davids drucke, Celle-Göttingen

Niedergelassene sind nicht nur Minutenmediziner

Liebe Freunde der Redaktion von D.G.,

Eure Thesen zur ambulanten medizinischen Versorgung habe ich als freipraktizierender Internist mit der gebührenden Zerknirschung gelesen: An der allgemeinen Misere der ambulanten Medizin wird nicht gezweifelt. Hauptschuld trägt der Monopolanspruch der weißen Kittel, ihr Beharren auf Privilegien, das nichtärztlichen Teilen des Gesundheitsdienstes die Mitbehandlung verwehrt. Statt des Eingehens auf chronisch und insbesondere psychisch Kranke, wozu ihnen sowieso die berufliche Eignung fehlt, betätigen sich diese Agenten der Pharma- und Geräteindustrie als Minutenmediziner und bloße Rezeptschreiber. Die ökonomische Triebfeder für solch schändliches Tun ist das Prinzip der Einzelleistungsvergütung. Ihre Ausbildung ist ein Spiegelbild dieser katastrophalen Situation. Die einseitige somatische Fixierung läßt den psychisch Kranke im Dunstfeld zwischen Heilpraktikern und Irrenhaus.

Entschuldigt meine etwas komprimierend-vergröbernde Zusammenfassung Eures Wochenseminar. Das Wochenende hättet Ihr lieber im Kreis der Lieben verbracht. Zunächst fällt mir auf: Erfahrungen niedergelassener Ärzte stehen da nicht gerade reichlich drin. Aber dann schlägt's dreizehn: Liebe Freunde, eine solche summarisch dummliche Verurteilung eines ganzen Berufstandes, das darf es doch bei Linken nicht geben! Schon mal was von Bündnispolitik gehört? Vom Geldsack abgesehen: Es ist Tatsache, daß Ärzte länger arbeiten, mehr Herzinfarkte kriegen und früher sterben als Pfarrer und Lehrer. Macht Euch mal die kleine Mühe und öffnet ein paar Stunden im Sprechzimmer eines durchschnittlichen Arztes. Ich bin auch gerne bereit, einen Skeptiker einzuführen in meine Minutenmedizin und meine Autogrammstunden für vorbereitete Rezepte.

Leider wird das öffentliche Bild der Ärzteschaft durch erzkonservative Funktionäre, durch „Schein-Heilige“ vom Schlag eines Sewering und durch einen gewissen Standesdünkel verzerrt. Der weit überwiegende Teil der niedergelassenen Ärzte aber arbeitet brav und gewissenhaft, arbeitet viel und das nicht nur dem Konto zuliebe.

Ein weiteres Mißverständnis muß ausgeräumt werden: Psychosomatische Medizin und Psychiatrie liegen zwar im argen (wobei letzteres in erster Linie zu Lasten der Klinik und nicht der niedergelassenen Ärzte geht). In der täglichen Praxis aber ist der psychisch Kranke immer noch in der Minderheit. Auch beim psychosomatisch Kranke im weitesten Sinn des Wortes muß zuerst ein organisches Leiden erkannt und behandelt werden. Ein Beispiel zur Illustration: Die Hypertonie eines gehetzten, übergewichtigen Vertreters verstehe ich gesellschaftlich. Meine diagnostischen Erwägungen und Maßnahmen sind jedoch naturwissenschaftlich, medizinischer Natur, ebenso der wichtigere Teil der Therapie. Ich stehe auch nach wie vor auf dem ketzerischen Standpunkt, daß der naturwissenschaftliche Teil unserer Ausbildung der entscheidende ist.

Eure Thesen zur ambulanten Versorgung müssen auf die Lage des wichtigsten Trägers dieser Versorgung, nämlich der niedergelassenen Ärzte eingehen. Pauschale Beschimpfungen wie Minuten- und Zweiklassenmedizin stammen aus dem Vokabular bekannter Intelligenzblätter. Die Situation der niedergelassenen Ärzte beginnt sich nämlich zu verändern:

1. Das Kostendämpfungsgesetz fängt an zu greifen. Die Einnahmen pro Krankenschein beginnen sich zu fixieren. Mehreinnahmen sind im

wesentlichen nur noch über höhere „Fallzahlen“ zu erreichen. Auch die Ausgaben für Heilmittel unterliegen einer zunehmenden Reglementierung.

2. Diese Entwicklung spielt sich ab vor dem Hintergrund ständig steigender Pharmapreise. Mit enormem Werbeaufwand werden sogenannte Neuentwicklungen auf den Markt gebracht, deren Fortschritt in einem höheren Preis besteht. Die pharmazeutische Industrie beeinflußt die Veröffentlichungen auf dem Therapiesektor im Sinne kostspieligerer Maßnahmen. Beispiel: Zur Behandlung der unkomplizierten, essentiellen Hypertonie werden Betablocker empfohlen (Tageskosten 0,70—1,00 DM) statt der Verwendung von Reserpin-Saluretikakombinationen (ca. 0,30 DM pro Tag). Die Industrie gewährt den Krankenhausapotheke Märenchenrabatte für teure Medikamente, damit diese später im Entlassungsbericht zur Weiterbehandlung empfohlen werden, und da versagt uns Niedergelassenen Herr Ehrenberg den Empfang von mehr als 6 Ärztemustern! Die Kostendämpfung spielt sich ab vor dem Hintergrund ständig steigender Gerätepreise. Beispiel: Als ich meine Praxis 1966 einrichtete, kostete meine für internistische Diagnostik ausgelegte Röntgenmaschine komplett 65 000,—DM. Heute müßte ich 350 000,—DM anlegen. Resultat: Diese Maßnahmen sind für die Einzelpraxis nur noch abzahlbar a) bei ausgedehnter Überweisungspraxis b) bei reichen Eltern c) bei unkritisch gehäuft Röntgendiagnostik. Entsprechende Folgerungen sind bereits auf dem Gebiet der Labordiagnostik durch Bildung von Laborgemeinschaften gezogen worden. Art und Ausmaß dieser Rationalisierung werfen aber weitere Probleme auf.

3. Der einzelne niedergelassene Arzt wird täglich mit weiteren Problemen konfrontiert: Wer vertritt ihn während seines Urlaubs, bei Krankheit, bei Fortbildung? Mit wem kann er seine Problempatienten besprechen? Wer kontrolliert seine Diagnosen? Wie kann er seine berufliche Isolierung durchbrechen? Hier schließen sich Fragen der Fortbildung an. Wer gibt ihm Rückendeckung bei Abwägung zwischen den Interessen der Patienten und denen der Kasse?

Bei sorgfältiger Betrachtung dieser Probleme wird auch der eine oder andere ältere Kollege die Vorteile einer öffentlichen Ambulanz anerkennen und darin mitarbeiten. Vor allem bei jungen Ärzten ist eine stärkere Resonanz zu erwarten, sobald die zunehmenden objektiven Schwierigkeiten der privaten Einzelpraxis bewußt werden. Die Ambulanz muß durch personelle und maschinelle Ausstattung attraktiv gemacht werden. Die von Euch in III Abs. 2 gezo-

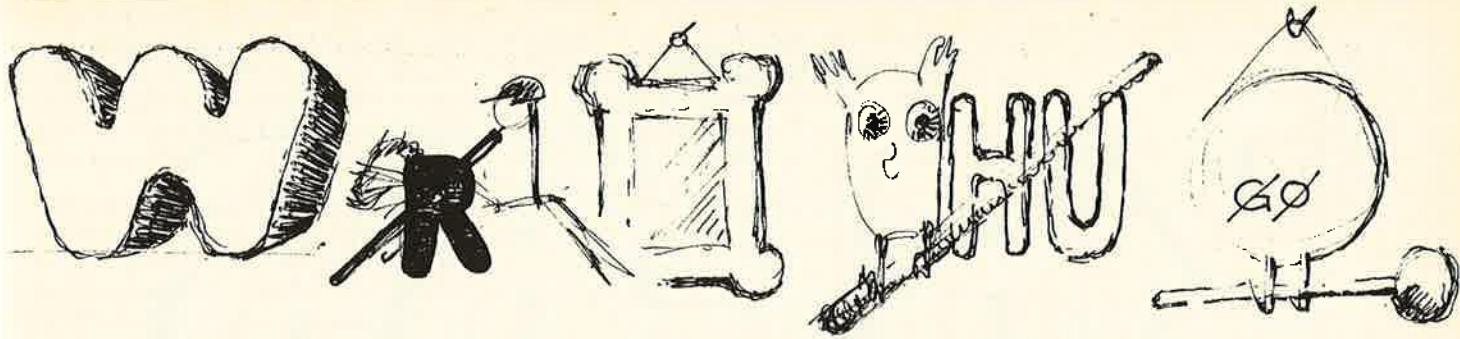
gene Konsequenz – in denen der Basisarzt sei er nun privat oder öffentlich angestellt lediglich bei kleineren psychischen Störungen im Sinne der Prävention zur Behandlung häufiger Grundkrankheiten (was versteht man denn darunter?) und zur Nachsorge Unheilbarkranker tätig werden soll – sind eine Kriegserklärung an alle niedergelassenen Ärzte. Gehen wir doch auf Einzelheiten ein!

1. Kleinere psychische Störungen bedürfen keiner Behandlung, jedenfalls nicht der eines ausgebildeten Arztes. Hier sollten allenfalls Sozialarbeiter oder Psychologen herangezogen werden.
2. Nichts ist so schwierig wie primäre Prävention, d.h. die Verhütung von Krankheiten. Die überwiegende Zahl der Gefährdeten ist nicht bereit zur Veränderung ihrer Lebensweise.
3. Behandlung von Grundkrankheiten, womit wohl banale Infekte gemeint sind und von Unheilbarkranken, passen nahtlos in das Prinzip, nach dem mit Frust und Langeweile der Mediziner nach 7—10 Jahren Ausbildung zum mittleren Feldscher kastriert werden soll.
4. Das wird teuer! Jedes Problemchen soll dann wohl ins Krankenhaus überwiesen werden? Und gefährlich! Kann einem solchen Bader überhaupt noch die Entscheidung zugemutet werden, ob es sich um ein Problemchen handelt?
5. Eine weitere Anhäufung von banalen und frustrierten Fällen über das schon vorhandene Maß hinaus wird das Arzt-Patienten-Verhältnis schwer belasten. Ich erinnere an gewisse Altenkrankenhäuser, die vor 20 Jahren mit Enthusiasmus begrüßt, heute überwiegend leerstehen, weil Ärzte und Pflegekräfte infolge der Massierung bedauernswerter Pflegefälle davongelaufen sind.
6. Es gibt einen wissenschaftlichen Transfer aus der Klinik in die Praxis: d.h. der Praxis werden immer wieder neue einfachere Methoden aus der Forschung zur Verfügung gestellt, die auch die Erkennung und Behandlung etwas anspruchsvollerer Krankheiten möglich machen. Beispiel: Früher war die Hyperthyreose Erkennung und –behandlung eine Domäne der Klinik. Heute genügt in vielen Fällen die kundige Untersuchung und die Bestimmung der Hormonparameter im peripheren Blut.

Noch ein Wort zur Einzelleistungsabrechnung. Selbstverständlich muß das Gewinnstreben mancher Gesundheitsingenieure gebremst werden. Einkommen und Kosten von privaten und anzustrebenden öffentlichen Arztpraxen sollten in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen. Der Ausbau des erwähnten Kostendämpfungsgesetzes böte hier genügend Möglichkeiten. Andererseits sehe ich bei rigoroser Pauschalierung einen Leistungsrückgang voraus, der die Patienten treffen wird. Machen wir uns nichts vor, auch eine sozialistische Gesellschaft funktioniert zunächst nicht ohne Leistungsanreize.

Liebe Freunde von der Redaktion der D.G. Ich brauche nicht zu betonen, daß ich Eure übrigen Vorschläge im großen und ganzen billige, jedoch meine Bitte an Euch: Keine Verdammung eines ganzen Berufsstandes, keine Abqualifizierung und Abgruppierung von erfahrenen Fachleuten, mehr Konsilanz und ein bißchen taktisches Gefühl beim anerkennenswerten Streben, die Sache zum Besseren zu verändern!

Dr. med. H. Kässmeyer
Internist



Wie der Marburger Bund ins Abseits geriet

Von Detlev Uhlenbrock

Marburger Bund-Chef Hoppe dürfte im Augenblick an Schlaflosigkeit leiden. Der immer etwas blaß aussehend, angeblich noch berufstätige Pathologe eines Dürrener Krankenhauses, der bisher alle Hürden seiner Karriere mühelos übersprungen hatte, galt eigentlich als ausgekochter Standespolitiker. Aber in letzter Zeit kommen zunehmend Zweifel an diesem Bild auf. Was er im Namen seiner 30000 überwiegend inaktiven Mitglieder zum Thema Weiterbildung von sich gegeben hat, stößt dermaßen auf Widerspruch, daß seine Gegner längst in aller Öffentlichkeit auf ihn einschlagen.

Dabei sind sie nicht zimperlich – allen voran der Chefideologe des Berufsverbandes der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA), Prof. Häussler, gleichzeitig Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg. Daß er ihm „Ahnungslosigkeit“ unterstellt, gehört noch zu den milden Tönen. Auch eine „mangelnde Literaturkenntnis und darauf beruhende Fehleinstellung“ berührt den Leser nicht sehr tief, wenn er gleichzeitig über eine in der Person Hoppes befindliche „bewundernswerte Synthese von erstaunlicher Arroganz und Unwissenheit“ erfährt. Diese prädestinierte ihn immerhin zum Demagogen, die Fähigkeit zum Reflektieren des „Fortgangs der Entwicklung“ bleibt ihm aber versagt.

Kein Zweifel, Herr Hoppe ist im Augenblick der bestgehaßteste unter den Standespolitikern der Ärzteschaft. Bar jeden Fingerspitzengefühls hat er seine Organisation an eine Front geschickt, an der mit harten Badagen gekämpft wird, denn es steht viel auf dem Spiel. Es geht natürlich um Geld. Der Anfang liegt weit zurück, im Ausbau der Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten, die jetzt angeblich zu viele Mediziner ausstoßen, mehr als der „Markt“ verkraften kann. Man spricht von jährlich 13 000 Jungärzten, die sich demnächst um 6500 Assistenzstellen bewerben werden. Die restlichen 6500 dürfen sich nach dem heutigen Recht ohne Vorbedingungen als praktische Ärzte niederlassen und die Standespolitiker um Herrn Häussler befürchten, daß sie es überwiegend tun werden. Eigentlich müßte ihnen der Gedanke

angenehm sein, klagen sie doch seit Jahren über einen Mangel an Hausärzten, ja man hat sogar unter den Medizinstudenten für diese Lösung geworben und großzügige finanzielle Unterstützung angeboten. Aber so ernst war es wohl nicht gemeint. Denn jetzt gehen die Überlegungen in eine andere Richtung. Herr Prof. Häussler hat es 1979 auf dem Nürnberger Ärztetag deutlich gemacht. Er und seine Mitstreiter wollen das Recht auf eine Niederlassung mit Kassenzulassung nur noch für Ärzte, die eine Mindestweiterbildungszeit absolviert haben. Den praktischen Arzt würde es dann nicht mehr geben, stattdessen den Arzt für Allgemeinmedizin mit abgeschlossener Weiterbildung. Die vorgetragenen Argumente hierfür sind einleuchtend, wenn man den tatsächlichen Kenntnis- und Erfahrungsstand eines frisch approbierten Jungmediziners berücksichtigt. Sitzt dieser erst einmal in freier Praxis, kann niemand ihm die Freiheit nehmen, seinen mangelhaften Wissensschatz an den Patienten auszulassen.

Herr Hoppe und seine Organisation bestehen demgegenüber auf dem Recht jedes approbierten Arztes auf freie Niederlassung mit Kassenzulassung und wehren sich gegen jede Änderung des gegenwärtigen Zustands. Die Pflichtweiterbildung hält er für eine „staatsdirigistische Lösung“. Der Marburger Bund begrüßt stattdessen die Empfehlungen der sog. Kleinen Kommission, die nach 6 Jahren Studium einschließlich Praktischem Jahr ein weiteres praktisches Jahr als sog. Pflichtassistentenjahr vorsehen, also mit einer Teilapprobation aber ohne Pflichtweiterbildung. Herr Hoppe zu dem Häussler Vorschlag: „Die Verbandsorganisationen der niedergelassenen Ärzte streben unverkennbar Lösungen an, die unsere neuhinzukommenden Kollegen möglichst lange vom ärztlichen Arbeitsmarkt fernhalten sollen. Deshalb setzen sie ihre Kraft auch nicht für eine Verbesserung der Ausbildung, sondern für eine Erschwerung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit ein.“

In einem Interview verstieg sich Herr Hoppe sogar zu der absurdem Behauptung, er halte „das Gebiet der Allgemeinmedizin für ein künstliches Gebäude“.

Es ist klar, daß der Marburger Bund mit dieser Position das Interesse eines Teils seiner Mitglieder an einem möglichst kurzen Zeitabschnitt in abhängiger Stellung als Krankenhausarzt schützen will. Sicherlich halten nicht wenige seiner Mitglieder

die Möglichkeit zum freien, quasi unternehmerischen Arbeiten für das Wesentliche am Arztberuf.

Die Häussler'schen Vorschläge scheinen demgegenüber ehrenwert – aber warum kommen sie erst jetzt, warum nicht schon vor Jahren?

Die Niederlassung unqualifizierter Hausärzte droht doch nicht erst auf uns zuzukommen, sie ist seit Jahren Praxis, ohne daß jemand unserer Standespolitiker aus Sorge um die Folgen für die Gesundheit unserer Patienten Gewissensbisse bekommen hätte.

Dieses Gewissen ruhte vielmehr gut geschützt durch die prallen Geldbeutel der niedergelassenen Ärzteschaft. Aber es drohen Gefahren für diese Geldbeutel. 6500 neue Kollegen pro Jahr, das ist bei 26000 praktischen und Allgemeinärzten in der BRD kein Pappenstiel. Da könnte so mancher Geldbeutel schlaff und leer werden – so fürchtet man – deshalb muß was geschehen.

Herr Häussler und seine Kollegen haben die Richtung angegeben. Aber die siegesgewohnten Herren sind aufgelaufen, sie konnten sich – bisher – nicht durchsetzen. Für die Abschaffung der praktischen Ärzte ist der Deutsche Ärztetag zuständig, und der gab ihren Vorschlägen keine Mehrheit. So richtet sich ihre Kritik nicht nur gegen Herrn Hoppe, sondern die ganze Marburger-Bund-Gruppe in der Bundesärztekammer: Karsten Vilmar, Chef der Bundesärztekammer, bis vor einigen Monaten gleichzeitig Chef des Marburger Bundes, Wolfgang Bechthold, Hessens Kammerpräsident, Herr Wündisch, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, zugleich im Vorstand des Marburger Bundes, etc. Angeblich sei es denen sogar gelungen, „Marburger Bund-Politik und Kammerpolitik zumindest auf Bundesebene und in den wichtigen Sektoren Aus- und Weiterbildung gleichzuschalten“.

Ja, man ist sogar zu einem Zweckbündnis mit der ansonsten bekämpften ÖTV bereit, die auf ihrem Gewerkschaftstag die Pflichtweiterbildung gefordert hat. Daß die Vorschläge der ÖTV wesentlich grundsätzlichere Reformen der Weiterbildung beinhalten, wird schlicht verschwiegen.

Etwas Positives kann man dem Ganzen immerhin abgewinnen: Die Standesorganisationen zeigen sich endlich so wie sie sind, verfeindet und zerstritten, jede damit beschäftigt, für ihre Gruppe auf Kosten der anderen und bar jeder Rücksicht auf die Patientenbedürfnisse das meiste rauszuholen.

Über

KREBS

spricht man nicht

von Ulla Funke

Elfriede M., 48 Jahre, wohnhaft in Heidelberg, leidet an unklaren Verdauungsstörungen. Der Hausarzt schickt sie in ein Krankenhaus zur abklärenden Untersuchung. Diagnose: Darmkrebs, Therapie: Operation.

Frau M. hat Glück im Unglück; sie liegt auf der Chirurgischen Station der Universitätsklinik Heidelberg. Diese Station ist Teil eines Förderungsprogrammes der Deutschen Krebshilfe für ein zentrales psychosoziales Rehabilitationszentrum Krebskranker. Sie wird mit ihren Problemen nicht allein gelassen, sie lernt mit ihrer Krankheit zu leben.

Agnes D., 54 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, wohnhaft in einer mitteldeutschen Kleinstadt, entdeckt einen Knoten in ihrer linken Brust. Sie geht zum Arzt und der stellt anhand genauer Untersuchungen fest, daß Frau D. operiert werden muß. Er überweist sie in ein Krankenhaus, sie muß sich eine Brust abnehmen lassen. Brustkrebs.

Frau D. fühlt sich allein, verstümmelt, nicht vollwertig. In dieser Situation bekommt sie Kontakt zu einer Frau aus einer Selbsthilfegruppe, einer Betroffenen. Diese steht Frau D. zur Seite und hilft ihr bei der Bewältigung der schwierigen Probleme.

Sibylle B., 52 Jahre, wohnhaft in einem ländlichen Gebiet, hat Gebärmutterkrebs und muß sich operieren lassen. Sofort nach dem Krankenhausaufenthalt kehrt sie zurück in den Familienbetrieb. Durch die viele Arbeit ist sie zwar einerseits ausgefüllt, hat aber andererseits niemanden, mit dem sie sich aussprechen kann. Sie wirkt oft niedergeschlagen, traurig und müde. Diese drei konstruierten Fälle verdeutlichen die Möglichkeiten, die sich im Krankheitsfall Krebs ergeben.

Das dritte Beispiel schildert leider die bei weitem häufigste Situation. Die operierte Frau ist allein mit ihren Problemen und muß sehen, wie sie fertig wird.

Im zweiten Beispiel ist der Patientin schon viel mehr geholfen, da es am Ort eine aktive Selbsthilfegruppe gibt, die mit den Ärzten der Kliniken zusammenarbeiten. Dies ist jedoch nicht immer so, so daß die Begleitung des Patienten durch selbst Betroffene oft nicht möglich ist.

Das erste Beispiel zeigt, daß ansatzweise versucht wird, öffentlich das Tabu um Krebs, Nachsorge und Sterbeproblematik anzugehen. Die Deutsche Krebshilfe finanziert z.Z. Modelle psychosozialer Nachsorge in Heidelberg, Hamburg, München, Essen und Köln. Ein Team von Sozialarbeitern, Laienhelfern, Psychologen, Ärzten, Soziologen und Schwestern haben Kontakt zu den Patienten und Angehörigen. Die nachgehende Betreuung steht im Vordergrund. Ein Rehabilitationsteam hilft bei der sozialen Wiedereingliederung, Formalitäten werden geklärt, Isolationsgefühle und Depression abgebaut und Selbsthilfegruppen zur nachstationären Beratung empfohlen.

Die Arbeiterwohlfahrt und das Deutsche Rote Kreuz haben ebenfalls an wenigen Orten psychosoziale Nachsorgeeinrichtungen aufgebaut.

Erfahrungsgemäß fangen die Probleme der krebskranken Patienten mit der Diagnosestellung an. Vereinsamung, Isolierung, existentielle Fragen, familiäre Spannungen und gestörte soziale Beziehungen belasten den Patienten. Die gesellschaftliche Tabuisierung von Krankheit und Tod hat ein ausweichendes Verhalten von Angehörigen und Personal zur Folge.

All diese Probleme haben bewirkt, daß sich neben den oben erwähnten 5 (fünf!) Modellkrankenhäusern sehr viele Selbsthilfegruppen gebildet haben.

Beispiel: „Frauenselbsthilfe nach Krebs“

DG sprach mit Betroffenen und mit einem aktiven Mitglied der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.“, einem 1976 gegründeten Verein. Aus oft finanziellen Gründen haben sich diese Selbsthilfegruppen 1978 der Deutschen Krebshilfe angeschlossen, die die Schirmherrschaft übernommen hat und sind Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.



Diese Selbsthilfegruppen sollten aber nicht nur Eigeninitiative sein und privat gegründet werden, sondern es ist die Aufgabe des Staates, die Nachsorge krebskranker Menschen zu verbessern.

Ziele und Aufgaben der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ sind folgende:

1. die seelische Betreuung aller an Krebs erkrankter Frauen
2. Überwindung der Angst vor weiteren Operationen
3. Aktivierung der Immunabwehr
4. Ernährungsratschläge zur allgemeinen Kräftigung
5. Informationen über Versicherungsfragen, Behindertenrecht im Arbeitsprozeß, Kuren, ...

Inzwischen gibt es über 140 Gruppen im Bundesgebiet, aufgeteilt in 5 Landesverbände.

Durch Rundbriefe wird der Kontakt zu allen Mitgliedern aufrecht erhalten und die Gruppenleiterinnen werden vierteljährlich geschult und nehmen am Erfahrungsaustausch teil.

Diese Gruppen erfüllen eine wichtige Aufgabe und leisten in der Betreuung und Beratung betroffener Frauen große Hilfe. Doch entsteht der Eindruck, daß sie eine Art Alibifunktion für die Verantwortlichen in Bund und Land darstellen. Der Verein hat wenig politischen Einfluß und scheint trotz des immer größer werdenden Bedürfnisses vom Staat wenig ernst genommen zu werden.

Die tagtäglichen Probleme überdecken vieles, z.B. sind bereits erhebliche Hürden in der Zusammenarbeit mit den Ärzten zu überwinden. In der Medizin wird das Pro-

ratungen, Krisenintervention, Einzel- oder Gruppentherapie. Bisher bedeutete Krebsberatung ausschließlich medizinische Beratung. Ebenso wichtig ist es aber, krebskranken Menschen und ihren Angehörigen Lebenshilfe zu bieten, um die Krankheitserlebnisse, die Existenzbedrohung und die daraus entstehenden Ängste besser verarbeiten zu können. In unseren Gesprächen mit Betroffenen wurden diese Probleme immer wieder herausgestellt. Da Ärzte und Pflegepersonal in ihrer Ausbildung nicht darauf vorbereitet werden, mit ihren eigenen Ängsten umzugehen: wie sollen sie lernen, mit den Sorgen der Patienten fertig zu werden.

Eine wichtige Forderung ist deshalb die Förderung und Ausbildung des Personals im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden. Hinzu kommt Hilfe in der Be-



blem oft nur auf das medizinische reduziert. Dies zeigt z.B. der Nachsorgepaß, der ab Oktober 1980 über 1 Jahr erprobt werden soll. Auf dem letzten Fortbildungskongreß der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und der Deutschen Krebshilfe im September 1980 wurde zum ersten Mal über die Nachsorge gesprochen. Die Krebsnachsorge ist zwar „Stiefkind der Therapie“, aber Selbsthilfegruppen und die psychosoziale Nachsorge traten hinter den medizinischen Problemen zurück. Außerdem sollte der Hausarzt zum großen Teil die Nachsorge übernehmen. Und das bei einer „Drei-Minuten-Praxis“!!

Wichtig erscheint uns, daß den Betroffenen schon im Krankenhaus geholfen wird, und daß die Betreuung im ambulanten Bereich fortgesetzt wird. Entweder in Form von Be-

ratung der Angehörigen und umfassende Informationen über soziale und psychische Nachsorgeeinrichtungen.

In dem Vorwort der Beschreibung der Heidelberger Modellklinik heißt es: Das Ziel ist es, „die öffentlichen Träger unseres Gesundheitswesens davon zu überzeugen, daß mehr Mittel als bisher für die Krebsnachsorge ausgegeben werden müssen“.

Die Initiative darf nicht mehr privaten Gesellschaften überlassen bleiben, die Nachsorge muß öffentlich werden. Es ist unbestritten, daß die Tumorforschung als medizinische Disziplin unterstützt werden muß.

Es ist aber auch an der Zeit, daß die psychosoziale Nachsorge den gleichen Stellenwert erhält.



Neuerscheinungen 1980

Christa und Thomas Fengler:

Alltag in der Anstalt

Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird - Eine ethnomethodologische Untersuchung. Vorwort: Klaus Dörner

Ausgezeichnet mit dem Hermann-Simon-Preis 1979.

ersch. Dez. 1980, 340 S.; bei Subskription bis 31.12.80: 16,- DM, danach: 20,- DM

Klaus Dörner, Christiane Haerlin, Veronika Rau, Arnd Schwendy und Renate Schernus (Hrsg.):

Der Krieg gegen die psychisch Kranken

Gefühle, Meinungen, Fakten und Dokumente über die Verhältnisse in der deutschen Psychiatrie 40 Jahre nach dem psychiatrischen „Holocaust“.

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

Peter Berger (Hrsg.):

Neue Psychiatrie - Erfahrungen aus Italien und Deutschland

Referate und Protokolle einer Arbeitstagung vom 12. - 14. Oktober 1979 in München. Sonderband der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“, 170 S., 10,- DM

Neuerscheinungen in der Reihe

Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie

D. Lehmkuhl, E. Fähndrich, P. Kruckenberg, W. Pontzen:

Planungsgrundlagen für eine gemeinsame psychiatrische Versorgung Charlottenburgs

Daten, Analysen, Untersuchungen zur Frage der sektorisierten Psychiatrie in einem Berliner Bezirk (Bd. 27) 176 S., 9,- DM.

P. Bastiaan, H. Schäde-Deininger:

Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie II

Übersicht über die Entwicklung in der BRD, Lehrplan und Konzept, Erfahrungsbericht über einen Aufbaukurs (Bd. 28), 305 S., 15,- DM

C. Finzen:

Alkohol, Alkoholismus und Medizin

Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie (Bd. 29), Herbst 1980, 130 S., ca. 8,- DM.

N. Pörksen (Hrsg.):

Therapie - Hilfe, Ersatz, Macht?

Protokolle der DGSP-Jahrestagung 1979 in Freiburg (Bd. 30), Herbst 1980, ca. 90 S., ca. 6,- DM

Die Zeitschrift

„Sozialpsychiatrische Informationen“

erscheint vierteljährlich mit 2 Einzel- und 2 Doppelheften (insg. über 600 S.) pro Jahr; Jahresabonnement 30,- DM

Psychiatrie-Verlag

Mühlenstorstr. 28

3056 Rehburg-Loccum 1

Das Wasser ist das Beste (?)

(Pindar, 518—446 v.Chr.)

Teil 1

Von Uwe Schmitz

A. P. Weber, „Der sterbende Hecht“

Das Bild von den Gangestreppen in Kalkutta kennen wir alle: Der Fluß dient allen möglichen und unmöglichen Verrichtungen zugleich. Zur Verrichtung der Notdurft, als Abfaldeponie, zum Zähneputzen, Wäschewaschen, zum Einstreuen der Asche von der Totenbestattung sowie als Trinkwasserreservoir. Kopfschüttelnd haben wir die Inder bedauert und bewundert. Unvorstellbar bei uns! Oder auch nicht.

Denn die Feststellung des griechischen Dichters Pindar, daß das Wasser das Beste sei, findet auch bei uns sicherlich nicht mehr uneingeschränkte Zustimmung. Nicht zuletzt durch die spektakulären Aktionen verschiedener Umweltschutzorganisationen in den vergangenen Wochen in Hamburg, Nordenham und Leverkusen oder die Rheinfahrt der „Avontuur“ wurde uns erneut ins Bewußtsein gerufen, daß das Wasser eben nicht vom besten ist, sei es im Rhein, sei's im Main, sei's in der Nordsee.

Unser Trinkwasser wird knapper und schlechter, das Rheinwasser trotz aller ministerieller Unkenrufe letztendlich doch nicht sauberer; das letzte große Fischsterben im Rhein-Maingebiet haben wir fast schon wieder vergessen, dafür erinnern uns jetzt Berge von verkrüppelten und krebsverseuchten Nordseeschollen auf den Treppen zum Bayer-Imperium in Leverkusen an „Nordsee gleich Mordsee“. Die Fischfangquoten auf See sinken, an Land sinkt der Grundwasserspiegel, die Kosten und der Aufwand zur Trinkwassergewinnung steigen an, Landstriche verkarsten wegen Wassermangel, die Flüsse werden durch Kraftwerke aufgeheizt und stehen jeden Sommer vor dem „Umkippen“. Zwischenzeitlich verrichten Hoechst und Bayer weiterhin ihre Notdurft in Rhein und Main, werden Ministerialbeamte vom Vorwurf der Bestechlichkeit und des Geheimnisverrats wieder freigesprochen; zum Trost werden „umfangreiche Forschungsvorhaben“ über die Krankheiten der Elbfische angekündigt, als ob man in dieser Frage völlig im Dunkeln tappen würde.

Der Rhein, der Main, die Elbe, die Nordsee, können uns nicht gleichgültig bleiben. Wasser ist eines der elementarsten Lebensmittel. Ein großer Teil unserer Nahrungsmittel kommt aus dem Wasser, dessen Verschmutzungen erreichen uns über die Nahrungsmittelkettenanreicherungen oder als schlechtes Trinkwasser. Unsere Umwelt hängt vom Wasser ab, letztenendes unsere Gesundheit. Diese vielschichtigen Probleme sollen in einer neuen Serie in DG erörtert werden.

Der Rhein – alles nur nicht rein

Der Rhein, größtes Trinkwasserreservoir Europas für 18 Millionen Menschen ist gleichzeitig Europas größter Abwasserkanal mit ca. 10000 verschiedenen Schadstoffen, von denen derzeit ca. 2000 genau identifiziert worden sind. Zehn bis maximal dreißig hiervon werden in den Wasserwerken überprüft.

Aus den Untersuchungen der Internationalen Arbeitsgemeinschaft der Wasserwerke im Rheineinzugsgebiet (IAWR) geht hervor, daß den Rhein bei Wesel pro Jahr fast 12 Millionen Tonnen Chloride, 5,1 Millionen Sulfat, 344 000 Tonnen organische Kohlenstoffverbindungen und 53 000 Ammonium-Verbindungen hinabfließen. In Ochten/Holland werden jährlich außerdem 447 000 Tonnen Phenole, 10000 Tonnen Öl, 1 712 Tonnen Chrom, 1266 Tonnen Blei, 7446 Tonnen Zink, 521 Tonnen Arsen, 122 Tonnen Dadmium und 22 Tonnen Quecksilber registriert.

In letzter Zeit wurde zwar von offizieller Seite immer wieder unterstrichen, daß die Rheinwasserqualität sich deutlich gebessert habe, doch im großen und ganzen blieb die Brühe die alte, teilweise ist es sogar zu weiteren Verschlechterungen gekommen: Aus Untersuchungen des niederländischen „Rijksinstitut voor zuivering van Afvalwater“ geht hervor, daß die in den Rhein eingeleiteten Mengen an chlorierten Kohlenwasserstoffen zwischen 1978 und 1979 um 31 % zugenommen haben. Ebenfalls zugenommen haben nach Angaben der Wasserwerke und des Rijksinstitut beispielsweise der Gesamtgehalt an organischem Kohlenstoff (11 %), an Phenolen (8 %), an HCH (Hexachlorcyclohexan um 50 %) und an Hexaclorbenzol um 89 %. Alle diese Stoffe sind schwer abbaubar und hochgiftig.

Die Schadstoffe in Oberflächengewässer lassen sich hinsichtlich ihrer Wirkungsweise in drei große Gruppen aufteilen:

1. in prinzipiell (auch in Spuren) toxische Stoffe wie beispielsweise Quecksilber,

Cadmium oder die polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffe

2. in Schadstoffe, die oberhalb bestimmter Konzentrationen schädliche Auswirkungen auf die Biozönose oder technische Wiederaufbereitungsverfahren zeigen, so Säuren, Laugen, Phosphate

3. in Stoffe, die bei der Trinkwasseraufbereitung mit Chemikalien reagieren und dann Schadstoffe bilden (z.B. Bromid, Huminstoffe: Haloformbildung nach Chlorierung)

Einige wichtige Stoffgruppen sollen im Folgenden aufgeführt und in ihrer Problematik erörtert werden.

Abbaubare organische Substanzen

Die Niederlande erreichen per Rhein pro Jahr ca. 500000 Tonnen abbaubare organische Substanzen. Mit diesen Stoffen – zumindest mit einem Teil davon, den leicht abbaubar – muß und kann der Rhein noch allein fertig werden, zumal es in den vergangenen 10 Jahren gelungen ist, dem Rhein diesbezüglich etwas unter die Arme zu greifen. So wurden bis 1978 die häuslichen Abwässer von 38 Millionen Einwohnern (62 % der häuslichen Abwässer) vollbiologisch behandelt. Für 1985 wird eine 90%ige Erfassung in vollbiologischen Reinigungsanlagen angestrebt. Auch im gewerblichen und industriellen Sektor waren erfolgreiche Maßnahmen ergriffen worden, wenn auch nicht in ausreichender Form.

Die Meßgröße für die Belastung von Wasser mit leicht abbaubaren Substanzen ist der Biologische Sauerstoffbedarf, BSB₅ genannt, ein Maß für den Sauerstoffbedarf, den ein Fluß in 5 Tagen zu seiner Selbstreinigung benötigen würde. Nimmt die Belastung durch diese Substanzen ab, so kann der lebensnotwendige Sauerstoff für Fische und andere Wasserorganismen wieder ansteigen, da der Abbau der organischen Substanzen dem Wasser weniger Sauerstoff entzieht.

Größere Probleme bereiten jedoch die schwer abbaubaren und kritischen Stoffe, insbesondere die schwer abbaubaren organischen Verbindungen, die zum größten Teil aus der Chemie- und Papierindustrie stammen, so die Ligninsulfonsäuren aus der Sulfitablauge der Papier- und Zellstoffindustrie, die ähnlich wie die langkettigen Huminsäuren natürlichen Ursprungs die Aktivkohlefilter der Wasserwerke verstopfen, aber auch die oft sehr stark krebserzeugenden (kanzerogenen) polycyclischen Aromaten wie Benzpyren, Benzfluoranthen und chlororganische Verbindungen mit einer Gesamtfracht von derzeit 100 Tonnen täglich. Nach Schätzungen des Sachverständigenrates für Umweltfragen transportiert der Rhein alleine 240000 Tonnen schwer abbaubarer organischer Verbindungen pro Jahr. 80 % aller biologisch leicht als auch der schwer abbaubaren Stoffe gehen auf die Einleitung von

Abwässern aus der Industrie zurück, nur 20 % auf die Ableitung kommunaler Abwässer.

Die Belastung durch schwer abbaubare Stoffe wird durch den sogenannten Chemischen Sauerstoffbedarf – CSB – und den Parameter DOC (Dissolved Organic Carbon) gemessen.

Während die Ligninsulfonsäurebelastung dank eines verringerten Eintrags seitens der Zellstoffindustrie gesenkt werden konnte, stellen die chlororganischen Verbindungen (DOC 1) weiterhin eine hohe Belastung dar. Hausinternen Materialien des Bundesinnenministeriums vom 28. Juli 1980 zufolge ist „über die Herkunft und Konzentration dieser und anderer schwer abbaubarer oder kritischer organischer Stoffe im Rhein im einzelnen wegen der komplizierten Analytik jedoch bisher noch relativ wenig bekannt“.

Bekannt ist jedoch unwiderruflich, daß diese Verbindungen in den Abwässern der chemischen Industrie enthalten sind (Kunststoffe, Pestizide, Lösungsmittel etc.). Auch der hessische Landesminister für Landschaftsentwicklung, Umwelt, Landwirtschaft und Forsten war da im Mai 1980 schon schlauer, denn eine Studie der Hessischen Landesanstalt für Umwelt über die Gewässerverschmutzung am Untermain hatte gezeigt, daß die Hoechst AG der größte Main- und somit auch einer der größten Rheinverschmutzer ist.

Im einzelnen kamen die Autoren dieser Studie zu folgenden Schlüssen:

„Im hessischen Untermain hat sich in den letzten Jahren das biologische Zustandsbild kaum verändert. (...) In seinem Unterlauf gehört der Main wie bisher (...) überwiegend der Gütekategorie IV (übermäßig verschmutzt) an. „Der Untermain wird insbesondere zur Ableitung der anfallenden Abwässer benutzt. Alle anderen Nutzungsarten sind nur noch bedingt möglich.“ Ferner geht aus der Untersuchung hervor, daß die Abwasserbelastung aus der Industrie etwa dreimal so hoch ist, wie aus dem kommunalen Bereich. Außerdem ist ersichtlich, daß – orientiert am BSB₅ rund 75 % aller derzeitigen Abwassereinleitungen von folgenden vier Einleitern ausgehen:

Hoechst AG, Hauptwerk (aus dem als Regen- und Kühlwasser deklarierten System) 42,0 t BSB₅/Tag

Hoechst AG, Werk Offenbach 27,6 t BSB₅/Tag

Frankfurt – Niederrad 16,2 t BSB₅/Tag

Hoechst AG, Werk Griesheim 15,6 t BSB₅/Tag

Im Griesheimer Werk der Hoechst AG fehlt eine vollbiologische Kläranlage bisher völlig. Für den Gewässerschutz besonders problematisch ist in diesem Werk die Produktion des Pestizides Endosulfan. Nach Angaben des Werkes sind die Abwässer des Betriebes nur zu geringem Teil dieses Stoffes belastet. Durch dieses für Fische und auch Menschen giftige Pestizid wurden jedoch bereits mehrmals im Main und Rhein katastrophale Fischsterben ausgelöst! Die Werksangaben sind also sicherlich nur mit besonderer Vorsicht zu genießen – das Wasser überhaupt nicht mehr.

Im Hauptwerk Hoechst nahm die in den Jahren 1967/68 und 1975/77 in zwei Ausbaustufen errichtete Kläranlage erst 1978 ihren vollen Betrieb auf. „Neuere Messungen der Hessischen Landesanstalt haben allerdings ergeben, daß die Anlage bereits überlastet ist. Außerdem werden aus 12 von der Hoechst AG als Regen- und Kühlwasserkänele bezeichneten Leitungen organisch verunreinigte Produktionsabwässer unmittelbar in den Main geleitet.“

In Wirklichkeit ist die Mainbelastung durch das Hoechster Hauptwerk jedoch noch bedeutend höher: Zusätzlich gelangen – in den oben aufgeführten Zahlen noch nicht enthalten – noch die toxikologisch äußerst bedenklichen, schwer abbaubaren Stoffe wie Organohalogene, Schwermetalle, Salze und Säuren aus den Rohren des Werks in den Fluß. So beispielsweise 175 Tonnen Säure (berechnet als 100%ige Schwefelsäure) und 100 Tonnen Salz täglich! „Nach einer gutachterlichen Stellungnahme der Hessischen Landesanstalt für Umwelt kann der Main schadlos lediglich 75 Tonnen Säure pro Tag ... aufnehmen.“!

Aus dem Offenbacher Werk der Hoechst AG fließen die Abwässer bis zum heutigen Tage noch immer praktisch ungeklärt in den Main. Erst in diesem Jahr ist der Baubeginn für eine biologische Kläranlage vorgesehen ...

So haben die Abwassereinleitungen den Untermain in eine Kloake verwandelt, dank Hoechst AG, der Firma Enka – Glanzstoff, Caltex und Opel. Im Sommer ist häufig überhaupt kein Sauerstoffgehalt mehr festzustellen ...

Dieser Giftbrei ergießt sich nun in das Trinkwasserreservoir Rhein, und nach Messungen des Umweltbundesamtes ist in der Mainwasserfahne im Rhein seit 1977 eine 100%ige Steigerung des Gehaltes von Tetrachlorkohlenstoff und Chloroform zu verzeichnen. Prost Mahlzeit!



Ein Memoriam

Berliner Polikliniken Teil 2

Ihr Wiederaufbau in der Vier-Sektoren-Stadt Berlin und ihre Auflösung im abgespaltenen Westberlin

Nach der Zerschlagung des deutschen Faschismus und der Befreiung Berlins war die Gesundheits-Versorgung im ganzen Lande fast völlig zusammengebrochen. In Berlin standen im Mai 1945 von den 33 000 Betten der Vorkriegszeit nur noch ganze 8 500 in den verbliebenen Krankenhäusern zur Verfügung. Die Zahl der Ärzte war auf ein Drittel reduziert; verheerende Epidemien (Fleckfieber, Typhus und Ruhr vor allem) griffen um sich. Dennoch richteten sich die Hauptanstrengungen der verbliebenen etablierten Ärzte bei Kriegsende vor allem auch darauf, Jungärzte, Flüchtlings-Ärzte und aus der Gefangenschaft zurückkehrende Ärzte an der Niederlassung als Kassenarzt zu hindern. Andererseits unternahmen sie alle Anstrengungen, sich zu reorganisieren, um auf die neuerlich in Gang kommende Gesetzgebung Einfluß zu gewinnen.

Immerhin waren die nach dem faschistischen Führer-Prinzip organisatorisch vereinigte „Reichs-Ärztekammer“ und „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“, welche die alleinige Verfügungsgewalt über u.a. die ambulante ärztliche Versorgung innegehabt hatten, von den Alliierten aufgelöst worden. Bei Vertretung nach außen durch einige wenige bekannte Ärzte, die während der Nazizeit nur wenig im Rahmen der Ärzteverbände aufgetreten waren und nun als angeblich „antifaschistische“ Ärzte präsentiert wurden, ist es den Ewig-Gestirnen unter den ärztlichen „Standesvertretern“ in den Westzonen Nachkriegs-Deutschlands auch sehr bald gelungen, sich durchzusetzen. Die im Neubeginn (?) mögliche und notwendige grundsätzliche Reform des Kassenarztrechtes und der gesundheitlichen Versorgung überhaupt, wie sie im Interesse der breiten Bevölkerung insbesondere von den Gewerkschaften gefordert wurde, wußten sie zu verhindern!



Demagogische Propagandaoffensive der Ärzte während des „Vertragslosen Zustandes“ (Sept. 1952)

Positive Erfahrungen mit Polikliniken

Anders in der sowjetisch besetzten Zone: hier war bei auch westlicherseits anerkannter tatkräftiger Unterstützung durch die Sowjetische Militär-Administration für Deutschland (SMAD) bis Herbst/Winter 1947 die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch Einrichtung von Ambulatorien und Polikliniken weitgehend sichergestellt worden. Mit der Errichtung eines Systems von Polikliniken und Ambulatorien wurde dort der Forderung entsprochen, das Gesundheitswesen bei demokratischer Kontrolle durch die arbeitende Bevölkerung und ihre Organisationen einheitlich zu leiten und zu organisieren. Nicht zuletzt unter diesem Eindruck erlebte auch in der Vier-Sektoren-Stadt Berlin die Forderung nach Einrichtung städtischer Ambulatorien und Polikliniken – entsprechend ihren positiven Erfahrungen während der Weimarer Republik – breite Unterstützung in der Bevölkerung!

Nachdem auch noch 1947 die niedergelassene Ärzteschaft außer Stande war, die ambulante Versorgung der Bevölkerung halbwegs zu gewährleisten (es waren in Berlin nur etwa 2 340 „freipraktizierende“ Ärzte geblieben, die sich noch dazu in den „besseren Vierteln“ konzentrierten), wurde auf Antrag der damals noch in der gesamten Vier-Sektoren-Stadt Berlin wirkenden SED am 19. 12. 1947 im Berliner Magistrat ein Beschuß auf Einrichtung von städtischen Ambulatorien, sowie von Polikliniken an den städtischen Krankenhäusern gefaßt!

Die Zahl der Polikliniken in Berlin stieg 1948 bei zunehmender Beliebtheit unter der arbeitenden Bevölkerung rasch an: Anfang 1952 existierten hier bereits 90 Polikliniken mit insgesamt weit über 100 Fachabteilungen, sowie zahlreiche Ambulatorien: so wurden in diesen öffentlichen Gesundheitszentren jährlich mehrere hunderttausend Patienten behandelt!

Abbau des „Berliner Modells“

Mit der Abspaltung der West-Sektoren Berlins (1948/49) im Sinne der Entwicklung zu einer „Frontstadt“ und der Gründung des Separat-Staates „Bundesrepublik Deutschland“ (unter Bruch des „Potsdamer Abkommens der Alliierten“) wurde auch das Ende des fortschrittlichen „Berliner Modells“ der Sozialversicherungs-Reform eingeleitet: eine schrittweise Anpassungs-Gesetzgebung brachte mit dem 1. 4. 1952 die fast völlige Aufhebung der Berliner Sonderentwicklung und die Angleichung an die demgegenüber in minimalen Reformansätzen steckengebliebene Sozialgesetzgebung der BRD.

Bis dahin hatten alle Belange der Sozial- und Krankenversicherung der Vier-Sektoren-Stadt in den Händen eines einheitlichen Trägers, der Versicherungs-Anstalt Berlin (VAB) gelegen, bei starker Ausweitung des Versicherten-Kreises auch auf sog. Selbständige und kleine Gewerbetreibende.

Mit Wirkung vom 1. 1. 1951 wurde diese Einheits-Versicherung – eine große soziale Errungenschaft der arbeitenden Bevölkerung – aufgelöst: ab jetzt kam es wieder zu endlosen Kämpfen um die Honorar-Frage zwischen der Krankenversicherungs-Anstalt Berlin (Nachfolge-Organisation der VAB) und den re-organisierten und wiedererstarkten Ärzte-Verbänden. Am 22. 8. 1955 wurde das Kassenarzt-Recht der BRD für Westberlin übernommen, das den Niedergelassenen-Ärzteverbänden das Behandlungs-Monopol sicherte!

Schließung der Westberliner Polikliniken

Staatlicherseits glaubte man die „Aufbau-Phase“ der nachkriegs-kranken westdeutschen Wirtschaft verstärkt unterstützen zu müssen durch schärfste Sparmaßnahmen in allen nicht unmittelbar produktiven gesellschaftlichen Bereichen (z.B. Sozial- und Gesundheitswesen).

Neben Bettenstreichungen verlegte sich der von der SPD geführte Westberliner Senat dabei u.a. auf Kürzung (1952) und dann völlige Einstellung der Ausgaben für städtische Polikliniken und Ambulatorien. Hier auch trafen sich die Interessen von Wirtschaft, Privat-Versicherungen und mittlerweile wieder auf allein ca. 2400 Niedergelassene, angewachsener Ärzteschaft: das u.a. auf ein breites System dieser öffentlichen Einrichtungen aufgebaute Westberliner Gesundheitswesen mit breiter Einheitsversicherung schränkte ja schließlich die steuerlichen Mittel für nicht-soziale, um nicht zu sagen unsoziale Staatsausgaben (z.B. Konzern-Subventionen, Rüstung etc.) ein, ebenso wie das „Geschäft mit der Krankheit“ (Privat-Versicherung, Pharma- und mediz. Geräte-Industrie, Honorarforderungen der Niedergelassenen).

So wurden am 1. 4. 1952 per Verfügung durch den SPD-Senator für Gesundheit in Westberlin auf Anhieb 38 von 90 Polikliniken geschlossen! Nachdem es gelang, dem berechtigten Unwillen der Bevölkerung an diesem Abbau ihrer sozialen Errungenschaften propagandistisch und juristisch entgegenzuwirken, erfolgte in Schritten der weitere systematische Abbau praktisch jeglicher poliklinischen Tätigkeit: heute gibt es in Westberlin nurmehr Polikliniken an der Universität (wie in der BRD), eine von der AOK betriebene, sowie eine Beratungs- und Behandlungsstelle für Geschlechts-Krankheiten – eine Situation, scheinbar besiegt durch das „neue“ Kassenarzt-Recht von 1955, das den Kassenärztlichen Vereinigungen in der BRD wie in Westberlin über den sog. „Sicherstellungs-Auftrag“ das Monopol auf die ambulante Krankenversorgung sicherte, der Bevölkerung aber offensichtlich keine „flächendeckende“, qualifizierte, allerseits zugängliche gesundheitliche Betreuung!

Helmut Koch

ARBEITER der Stirn und der Faust!

Wir stehen am Anfang einer Zeitenwende!
Das bürgerlich-kapitalistische Zeitalter ist vorbei!
Dem **Sozialismus** gehört die **Zukunft**!
Doch wahrer Sozialismus heißt: **nicht** Kollektivismus,
verantwortungsbewusster Sozialismus
nicht Vermassung!

ARBEITER!

Bin Du für eine sinnvolle Planwirtschaft?
Bin Du für einen gerechten Ausgleich der Kriegsopfer?
Bin Du für eine soziale Preis- und Lohnpolitik?

Dann kämpfe mit uns

FÜR einen Sozialismus, our christlicher Verantwortung,
FÜR volle Freiheit der Persönlichkeit,
FÜR eine demokratische Selbstverwaltung!

ARBEITER!

Darum hinein in die

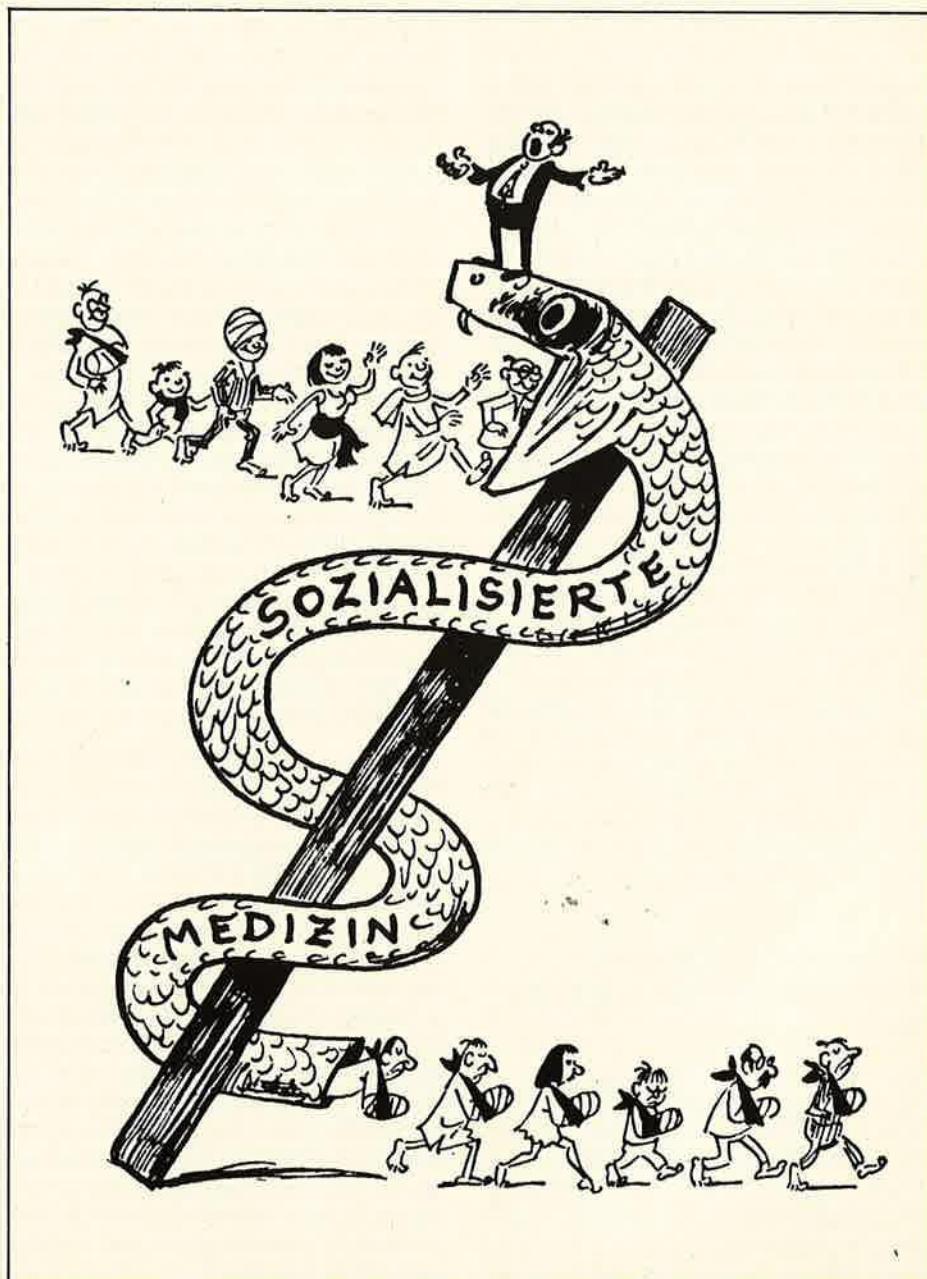
CHRISTLICH-DEMOKRATISCHE UNION DEUTSCHLANDS

Landesverband Berlin, W.B., Jägerstraße 59-60

hinein in die
große deutsche sozialistische Volkspartei!

(Plakat zur Stadtverordnetenwahl Berlin 1946)

Das Buch zum Thema: „Das Argument“-Sonderband AS 4 (1974)
(Weitere Quellen beim Verfasser)



Gesundheitsversorgung im befreiten Mozambique



Ein Impfteam in Mozambique während der Arbeit.

Photo: Issa archiv aktuell, 6/78

Beispielhaft wird im folgenden Artikel die Entwicklung eines sich aus der Abhängigkeit befreiten Landes mit einer neuen Qualität einer umfassenden Gesundheitsversorgung beschrieben. Der Artikel zeigt, daß weder ein „westliches“ Gesundheitsmodell beliebig für jedes Land übernommen werden kann, noch daß der Einsatz von in Europa ausgebildeten Ärzten in einem Entwicklungsland nützlich ist, sondern daß politische Veränderungen auch Veränderungen im Gesundheitssystem bedeuten. DG dankt dem Argument-Verlag für die Vermittlung dieses Artikels, der von uns übersetzt und leicht gekürzt wurde.

Mozambique, ein Land mit über 11 Mill. Einwohnern, fast 500 Jahre unter portugiesischer Kolonialherrschaft, ausgebeutet und unterdrückt, in Armut und Unterentwicklung gehalten und gezwungen, einen 10 Jahre dauernden Guerilla-Krieg für seine Unabhängigkeit zu kämpfen – hat sich in den 4 Jahren seiner Unabhängigkeit schneller der Verwirklichung eines Gesundheitssystems für die Masse der Bevölkerung genähert als irgendein anderes Land in den letzten 10 Jahren.

Das koloniale Gesundheits„system“: Diskriminierung

Was hatten die Kolonialherren getan, um den dringendsten Gesundheitsbedürfnissen der überwiegend ländlichen Bevölkerung zu begegnen, die unter den üblichen Krankheiten der Armut – Unterernährung, Infektionskrankheiten, Schwangerschaftskomplikationen – litt? Schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte der Kinder litt an Un-

terernährung in den ersten Lebensjahren und ungefähr ein Viertel der Kinder starb vor dem 5. Lebensjahr. Das koloniale Gesundheits„system“ kann mit einem Wort zusammengefaßt werden: Diskriminierung. Ich kann mich erinnern als ich Mozambique zum ersten Mal kurz nach der Unabhängigkeit besuchte, wie erstaunt ich war, in so einem unterentwickelten Land – in dem mindestens 70 % der Bevölkerung außerhalb der Reichweite irgendeiner modernen Gesundheitsbetreuung lebte, – in den größeren Städten derart moderne und hochspezialisierte Krankenhäuser zu sehen. Im letzten Jahr der Kolonialherrschaft wurde ein Drittel des Gesundheitsbudgets für das größte Krankenhaus der Hauptstadt ausgegeben, das allenfalls von 8 % der Bevölkerung erreicht werden konnte. Die Siedler, die überwiegend in den Städten lebten und auch bevorzugt und gesonderte Behandlung genossen, profitierten am meisten von diesem System.

Es gab nicht nur eine geographische und rassistische, sondern auch eine finanzielle Diskriminierung. Von den im Land lebenden 550 Ärzten arbeiteten mehr als 2/3 in der Hauptstadt (jetzt Maputo) und die meisten betrieben eine Privatpraxis. Nach den Unabhängigkeitsverhandlungen verließ der überwiegende Teil der Ärzte Mozambique und überließ den 85 verbleibenden Ärzten eine kaum zu bewältigende Aufgabe. Nie war ein regelrechter Gesundheitsdienst aufgebaut worden, es gab nur eine Auswahl unzusammenhängender medizinischer Dienste – von der Regierung, den Missionen, der Universität, des Zivildienstes, von privaten Gesellschaften und niedergelassenen Ärzten. Präventivmedizin war praktisch auf die Städte und Kolonialsiedlungen begrenzt.

Anfänge eines neuen Gesundheitswesens

Doch die Unabhängigkeitsbewegung FRELIMO konnte diese Mißstände beseitigen. Denn die FRELIMO, die später die herrschende politische Partei auf marxistisch-leninistischer Basis wurde, hatte bereits 10 Jahre Erfahrung in der Gesundheitsarbeit. Begonnen hat es 1964 mit einem Sanitätsdienst für die Guerrilla-Kämpfer und 1966 waren bereits so viele der Nordprovinzen befreit, daß der sich entwickelnde Gesundheitsdienst auch die Betreuung der Zivilbevölkerung übernehmen konnte. Eins wurde schnell gelernt: Es mußte die aktive Unterstützung der ländlichen Massen gewonnen werden. Technokratische oder bürokratische Lösungen konnten weder den Mangel an Arbeitsmitteln überwinden noch den Aufbau einer gerechteren Gesellschaft unterstützen, für die der Befreiungskrieg geführt wurde.

So hat mir ein Krankenpfleger die Arbeit in einer Guerilla-Basis in der befreiten Niasa-Provinz beschrieben: „Ich habe meine Ausbildung während des Krieges an unserer Krankenpflegeschule im Süden Tanzanias erhalten. Obwohl ich kein Arzt bin, lernte ich, Operationen wie z. B. Amputationen bei Kriegsverletzungen durchzuführen. Hier habe ich operiert“, sagte er, während er mir seinen alten „Operationssaal“ in einer Lehmhütte zeigt. „Es ist zwar sehr primitiv, aber besser als gar nichts. Die Bevölkerung baute unseren Sanitätsposten und versorgte uns mit Nahrungsmitteln von ihren Gemeinschaftsfeldern. Diese Verbindung zur Bevölkerung war sehr wichtig für uns, vor allem, wenn es um präventiv-medizinische Aktivitäten, wie z. B. Ernährungsberatung, Latrinenbau oder Impf-

kampagnen ging. Ich war der einzige ausgebildete Gesundheitsarbeiter, aber alle unsere Freilimokämpfer waren ebenso Gesundheitserzieher. Wir brachten unsere Arbeit in den Alltag der Bevölkerung ein, indem wir zum Beispiel unseren gemeinsamen Ackerbau mit Gesundheitsfragen verknüpften.“

1972 waren zwei herausragende Grundsätze im politischen Programm der FRELIMO verankert: Die aktive Beteiligung und Mitbestimmung der Bevölkerung an der Gesundheitsversorgung sowie die sozio-ökonomische Entwicklung des Gesundheitswesens.

Gesundheitsmaßnahmen nach der Unabhängigkeit

Der Unabhängigkeit folgten rasche Maßnahmen: Innerhalb eines Monats waren sämtliche Gesundheitseinrichtungen verstaatlicht und private ärztliche Praxis verboten. Im selben Jahr wurde die Anzahl der importierten pharmazeutischen Produkte (sowohl für das Gesundheitswesen als auch für den privaten Wiederverkauf) von der wahnwitzigen Menge 13 000 auf 2 600 reduziert. (Später wurde der Medikamentenimport von der Regierung übernommen und 1979 noch einmal auf ca. 1200 Produkte reduziert.) Indem unnötig spezialisierte und teure Präparate vom Markt ausgeschlossen wurden, konnten wertvolle Devisen eingespart werden und die Ausgaben für Arzneimittel kostengünstiger angelegt werden. Noch im Jahr 1975 wurde eine nationale Gesundheitskampagne gestartet, in der die Landbevölkerung aufgerufen wurde, Latrinen zu bauen. Eine große Anzahl wurde ausgehoben, allerdings nicht immer ganz korrekt ausgeführt, wobei sie auch nicht immer regelmäßig benutzt wurden. Die zweite Massenkampagne, die in spektakulärer Weise die politische Stärke der FRELIMO zur Mobilisierung der Bevölkerung demonstrierte, begann im folgenden Jahr. Mit der technischen Hilfe von WHO und UNICEF wurde eine nationale Impfaktion gestartet, die das ganze Land systematisch von Norden nach Süden abdeckte. Kinder wurden gegen TBC und Masern, Frauen im gebärfähigen Alter gegen Tetanus geimpft (um ihre Neugeborenen gegen diese Krankheit zu schützen), die ganze Bevölkerung gegen Pocken. In zweieinhalb Jahren, noch früher als geplant, hatten drei mobile Brigaden über 90 % der Bevölkerung geimpft. Nach WHO-Expertururteil hatte nie zuvor ein Land diese Leistung erreicht.

Basismedizin als neue staatliche Gesundheitspolitik

Aber wie konnte dies einmal Erreichte erhalten und ausgebaut werden? 1977 schuf das Gesetz zur Sozialisierung der Medizin (das auch die Gratismedizin beinhaltete) die gesetzliche Grundlage für den Durchbruch der staatlichen Gesundheitspolitik.

Indem sich die Regierung auf ihre eigenen Erfahrungen während des bewaffneten Kampfes und auch auf solche aus anderen sich entwickelnden sozialistischen Ländern ferner auf neue Denkweisen der WHO, bezog, hat sie in Details ihre Politik der allerdringlichsten Prioritäten in einem kostensparenden Programm von preventiven (Ausbildung), präventiven (Vorbeugung) und kurativen (Behandlung) Aktivitäten vorgelegt. Die Basismedizin wird von Gesundheitszentren aus betrieben, die in einem bestimmten Gebiet der Gemeinde in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen politischen Strukturen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Die höheren Ebenen des Gesundheitsdienstes müssen so angelegt sein, daß sie die Arbeit an der Basis unterstützen.

Krankenhäuser erhalten nur noch eine geringere Priorität. Die letzten Planungsscheidungen werden im Gesundheitsministerium nach Beratungen mit den Verantwortlichen auf Provinz- und Distriktebene getroffen. 1200 Gesundheitsarbeiter, deren Aufgabe die basismedizinische Versorgung ist, haben bereits die Ausbildung an einem der 5 Landesgesundheitsinstituten beendet. Ärzte werden in relativ geringer Anzahl in gekürzten Ausbildungsgängen an der medizinischen Fakultät in Maputo ausgebildet.

Dort, wo Gemeinschaftsdörfer aufgebaut worden sind (sie werden der Landbevölkerung zur wirtschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklung verhelfen) schließt die Basismedizin die Aufgaben des mosambiquischen „Barfußärztes“ ein. Als Bindeglied zwischen dem Gesundheitszentrum und der organisierten Dorfbevölkerung wird die Aufgabe der Barfußärzte sowohl die Mobilisierung der Leute wie auch die einfache Behandlung von Krankheiten sein. Sie werden aus der Reihe der Dorfbewohner, die mindestens 4 Jahre zur Schule gegangen sind, vom Dorf gewählt und das Dorf muß für ihren Unterhalt sorgen während der Zeit, in der sie Gesundheitsarbeit leisten. Die Regierung kümmert sich um eine 6monatige Ausbildung in einer der 8 ländlichen Schulen. Ungefähr 450 Barfußärzte haben bis Ende 79 die Ausbildung abgeschlossen.

Demokratisierung des Gesundheitswesens

Präsident Samora Machel, der selbst einmal Krankenpfleger war, hat im Oktober 1976 den Durchbruch zur Demokratisierung und Volksbeteiligung an der Gesundheitsversorgung eingeleitet. Er sagte in einer inzwischen berühmt gewordenen Rede vor den Beschäftigten im 1300-Betten-Zentralkrankenhaus in Maputo: „Es wurde Kritik aus den Massen laut . . . Es gäbe in den Krankenhäusern ein generelles Desinteresse am Patienten als Mensch. Er wird untersucht und behandelt wie ein Objekt und nicht wie ein menschliches Wesen mit Gefühlen. Es ist ein Mangel an Hygiene

und Organisation festzustellen. Wir finden, daß die Kritik der Bevölkerung richtig und gerechtfertigt ist . . . In den Krankenhäusern herrscht ein bürokratischer Geist.“

Die Partei kümmerte sich direkt darum, daß in allen Stationen und Abteilungen demokratisch gewählte Gremien aufgebaut wurden. Zur Diskussion von Problemen wurden regelmäßige Treffen zwischen Beschäftigten und Patienten abgehalten. Eine Beschwerdestelle für Patienten und Angehörige wurde eingerichtet und Umfragen in den Stadtrandbezirken zur Meinung über das Krankenhaus veranstaltet. Es wurden Brigaden aus der Stadtbevölkerung organisiert, die freiwillig einen freien Tag opferen, um beim Reinigen des Krankenhauses mitzuhelfen.

Nach einigen Anfangsschwierigkeiten konnte man erkennen, daß sich dieser politische Prozeß im größten Krankenhaus des Landes auswirkte: Es wurde sauberer, Patienten wurden besser behandelt, Mütter (die früher als Besucher betrachtet wurden) durften jetzt auf den Kinderstationen bleiben und so zur Gesundung ihrer Kinder beitragen. Um diesen Prozeß auf alle Gesundheitseinrichtungen des Landes auszudehnen, hat die Partei ihre Arbeit zusammen mit dem Gesundheitsministerium fortgesetzt. Dies hat zu mehreren praktischen Veränderungen in technischen und verwaltungsmäßigen Bereichen geführt.

Dezentralisierung der Gesundheitsausgaben

Unzählige Probleme sind noch offen und der neue „Gesundheitsmotor“ läuft noch nicht rund. Aber einige harte Fakten zeichnen schon die Umrisse der nächsten Entwicklungen. Im letzten Jahr der Kolonialherrschaft gab die Regierung 3,7 % des Landshaushalts für das Gesundheitswesen aus, was ungefähr 1,5 Dollar pro Kopf der Bevölkerung ausmachte. 1978 hatte die FRELIMO-Regierung das Budget bereits auf 11,2 % = fast 4 Dollar/Kopf erhöht. Als Zeichen für die Dezentralisierung dieser Mittel kann man z. B. ansehen, daß der Anteil der in den Städten arbeitenden Ärzte von über 2/3 auf 2/5 fiel. Die Ausgaben für Arzneimittel hatten sich verfünfacht, und der Anteil des Zentralkrankenhauses von Maputo am Gesundheitsbudget ist im gleichen Zeitraum von 47 % auf 10 % gefallen.

Die Regierung setzt das Geld dort ein, wo es gebraucht wird und schafft dort eine Gesundheitsversorgung, wo sie am stärksten benötigt wird.

von Malcolm Segall
Institut für Entwicklungsstudien Brighton, Sussex, Großbritannien

Weiterführende Literatur:

„Das Gesundheitswesen in Mosambik“ von Ferdi Escher, 28 Seiten, 2 DM, Herausgeber: Informationsstelle Südliches Afrika e. V., Blücherstraße 14, 5300 Bonn 1, als issa archiv aktuell Nr. 8/9 Juni 78



Ana Guadalupe Martinez, Kommandantin des Revolutionären Volksheeres (ERP) von El Salvador

Foto: K. D. Tangermann

An die Genossen Ärzte die Ihr auch Internationa- listen seid!

Mit besonderer Achtung und in Kenntnis der Sympathie und des Geistes der Zusammenarbeit, in dem Ihr unserer Sache seht, übermittle ich Euch den Gruß meines, des Salvadorenischen Volks, das im Begriff steht, seine Situation in seinem Interesse zu verändern.

Ich verbinde diesen Gruß mit einem Aufruf in diesen Stunden des größten Schmerzes, der Opfer und zugleich der Hoffnung.

Unser Kampf ist der Kampf aller, die an die Freiheit, an die Gerechtigkeit und den Frieden glauben. Um diese unveräußerlichen Rechte kämpft das tapfere Volk von El Salvador nun seit 50 Jahren.

Tausende meiner Brüder wurden ermordet. Sie sind Patrioten, die uns mit ihrem Tod daran erinnern, daß die Gerechtigkeit und der Frieden nur durch harte Kämpfe errungen werden.

Jetzt stehen wir in den letzten Monaten der Leiden und Opfer, die das salvadorenische Volk durchlebt. Aber wir brauchen heute, mehr als je zuvor, die solidarische Hilfe auch aller Mediziner, die an diese aufrichtigen Ziele glauben.

Wir schicken Euch diesen dringenden Hilferuf des salvadorenischen Volks über

medico international, damit Ihr meinem Volk aktiv und solidarisch in seinem großen letzten Kampf seiner Befreiung beisteht.

Mit brüderlichem Gruß

Ana Guadalupe Martinez
Kommandantin des Revolutionären Volksheeres (ERP) von El Salvador

Ana Guadalupe Martinez ist Medizinerin und trat bereits als Studentin der Widerstandsbewegung gegen das Militärregime bei. Sie wurde verhaftet und war mehrere Jahre im Gefängnis, wurde gefoltert und grausam mißhandelt. Ana Guadalupe wurde freigeprägt, konnte nach Algerien entkommen, von wo sie nach sehr kurzer Zeit wieder nach Zentralamerika und El Salvador zurückkehrte.

Im Ausland wurde sie vor allem durch ihr Buch „Die geheimen Kerker El Salvadors“ bekannt, indem sie die Folterpraktiken, Verhörmethoden, Situation der Gefangenen, die Lage der Gefängnisse und die verantwortlichen Personen aufführt.

Heute ist Ana Guadalupe Martinez Kommandantin des Revolutionären Volksheeres. Gerade als Frau und Kommandantin hat sie entscheidenden Einfluß auf die Beteiligung der Frauen El Salvadors im Widerstandskampf gegen das Militärregime. Es ist bekannt, daß fast die Hälfte der militärtanten Gegner des Militärregimes in El Salvador Frauen sind.

Hilferuf aus El Salvador

„Das Volk von El Salvador droht im Widerstand gegen das Regime zu verbluten. Es braucht unsere Solidarität“, mahnte die Hilfsorganisation medico international und übermittelte DG den folgenden Aufruf von Ana Guadalupe Martinez:

Material für Salvadorveranstaltungen, das medico international anbieten kann

1. Faltblatt zum Verteilen oder zum Einlegen in Rundbriefe, Mitteilungsblätter etc. kostenlos
2. Diaserie, ca. 100 Dias mit Begleitmaterial, aktuell, mit sehr vielen Fotos aus diesem Jahr aus El Salvador
3. Ausstellung, 30 Platten A (2 u. 3 nur auf schriftliche Anfrage und gegen Transportkosten (Bahnexpress))
4. Sondernummer Lateinamerikanachrichten El Salvador DM 6,—
5. Nur für Mediziner (also jegliches medizinische Personal): Bedarfslisten zur Ausrüstung von medizinischen Notdepots
6. Anleitung wie man eine Blutspendeaktion durchführt (bringt viel Geld)

Für dringend benötigte Nahrungsmittel und Medikamente erbittet medico Spenden auf Ihr Konto bei der Sparkasse Frankfurt, Konto 232, Stichwort: El Salvador

Medizinstudenten zwischen Formierungsdruck und Widerstand

von Mathias Rath, Vorsitzender der Fachkonferenz Medizin in den VDS

Ein gravierendes Mißverhältnis zwischen gestiegenen Studentenzahlen und verantwortungslos vernachlässigter materieller und personeller Ausstattung der Medizinischen Hochschulen prägt das Bild unserer Ausbildung zu Beginn dieses Jahrzehnts.

Unter diesen zugespitzten äußerer Rahmenbedingungen gewinnt das Ringen um die Verankerung fortschrittlicher Ausbildungsinhalte an Bedeutung.

Unsere Gegner in dieser Auseinandersetzung sind uns dabei wohlbekannt: Laut und vernehmlich verbreiten die einschlägigen Standesverbände – besorgt um die Schmälerung ihrer prallen Beutel – die Mär von der Ärzteschwemme. Ihr Anspruch auf eine gewichtige Mitsprache bei Ausbildung und Bedarfsplanung ist allgegenwärtig.

Ähnlich klingen uns die ständigen Sparapelle der staatlichen Seite in den Ohren. Deren Versuch, diese Sparpolitik als Antwort auf die sich abzeichnende wirtschaftliche Dauerkrise im gesamten sozialen Bereich umzusetzen ist unverkennbar. Konstendämpfungspolitik im Gesundheitswesen und Nullstellenplanung im bildungspolitischen Bereich haben hier ihre gemeinsamen Ursachen. Damit ist einmal die arbeitende Bevölkerung direkt betroffen, zum anderen sind wir Studenten die Leidtragenden.

Aus dieser gemeinsamen Betroffenheit muß also eine der vordringlichsten Aufgaben gemeinsames Handeln entstehen.

Für die Umsetzung der staatlichen und standespolitischen Interessen an den medizinischen Fakultäten stellt die Approbationsordnung das entscheidende Instrument dar.

Die letzten Jahre ...

Das Berliner Ärzteblatt druckte angesichts der Novellierungsbestrebungen in den siebziger Jahren folgenden bissigen Kommentar: „Sie (die Medizinstudenten) werden künftig in 5500 Pflichtvorlesungsstunden getrimmt und gedrillt und durch das Fegefeuer von 34 Examenfächern und mehr als 20 praktische Prüfungen gescheucht. Dieses geballte Konzentrat, das den Medizinaldeutschen keine Stunde der Reflexion, keine geistige Verarbeitung des Stoffwissens läßt, muß die Medizinstudiosi anmuten wie eine Strafaktion, die ihnen jede gesellschaftliche Aufmüpfigkeit vergällen soll.“

Die erste Approbationsordnung von 1970 hatte noch den Willen zur tatsächlichen Reform gezeigt.

Im Zuge der wirtschaftlichen Rezession einer zunehmenden Rückständigkeit der ärztlichen Ausbildung im internationalen Standard, vor allem aber als Folge schnell

wachsender Studentenzahlen wurden keine dieser Reformansätze verwirklicht, im Gegenteil. Das völlige Aufgeben von Reformansätzen wie Kleingruppenunterricht, stärkerer Praxisbezug, Einbeziehung der psychosozialen Fächer durch die Novellierungen von 1976 und 1978 und im Gegenzug die Einführung von Selektions- und Formierungsmaßnahmen kennzeichneten immer deutlicher die wahren Ziele der „Reformer“: Die Angleichung an das Hochschulrahmengesetz. So schufen Bildungspolitiker und Standesvertreter allmählich eine Ausbildungsordnung, die durch das vorangehende Zitat sehr treffend charakterisiert wird.

Konkret hieß dies: Erhöhung der Bestehensregelung der zentralen Prüfungen, Einführung zusätzlicher mündlicher Prüfungen, Steuerung der Durchfallquoten durch das „Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen“. Zusammen mit Fachbereichsverschärfungen wie Zusatzklausuren, Pflichtvorlesungen versuchen sie ihre wesentlichen Ziele zu erreichen: „Bedarfs“-Steuerung, politische Einflußnahme auf die Studieninhalte. Weitere Verschlechterung der Ausbildungssituation, weiter steigende Studentenzahlen und vor allem der wirksame Widerstand der Studenten ließen diese Maßnahmen nicht im gewünschten Maß greifen.



Die gegenwärtige Situation ...

Die neusten Konzepte von CDU, SPD (ASG-Papier) und die Vorschläge der „Kleinen Kommission“ des BMJFG stellen im wesentlichen eine Fortsetzung dieser bisherigen Strategie in verschärfter Form dar.

Eine weitergehende Einschätzung der einzelnen Vorschläge u.a. bei U. Schagen: „Novellierung der AO statt Studienreform“ u.a. in „Medizinausbildung“ Argument SH 43. Besondere Beachtung verdient hierbei das ASG-Papier. Die hierin enthaltenen Vorschläge stellen einen besonders weitgehenden Angriff auf unsere Ausbildung dar, indem es das HRG in allen wesentlichen Teilen für unsere AO festschreibt.

Eine große Masse an minderqualifizierten und vor allem auch minderbefugten Ärzten steht einer kleinen Elite systemkonformer Dirigenten gegenüber. Ihre Minderqualifikation stempelt sie zu billigen Gesundheitsarbeitern.

Zum andern dürften die Ärzte mit „Approbationsordnung 1“ nicht selbständig arbeiten. So würden sie, die Mehrheit der Ärzte, dann auch keine Konkurrenz für die Niedergelassenen darstellen.

Eine gesetzlich verankerte abgestufte Approbation stellt darüberhinaus ein politisches Selektionsinstrument par excellence dar.

Wir lehnen diese Vorstellungen aufs schärfste ab! Nach wie vor fordern wir auch die Zurücknahme der Bestimmungen der 2. AO-Novelle. Auch die Empfehlungen der kleinen Kommission müssen wir in wesentlichen Punkten (Prüfungsregelung, zweites praktisches Jahr) ablehnen. Auch hier fand lediglich Mängelverwaltung statt, ohne die dringend notwendige Reform des Studiums voranzubringen.

Der studentische Widerstand gegen diese Politik ist gekennzeichnet durch 3 Hauptlinien:

1. Die Auseinandersetzung an den einzelnen Fachbereichen.

Hier kommt es darauf an, den Widerstand der Studenten gegen jede weitere materielle personelle und inhaltliche Ver-

schlechterung der Studienbedingungen deutlich zu machen. Nach dem Wegfall der Zwangsexmatrikulation soll jetzt die Selektion innerhalb des Studiums erfolgen (vgl. Golenhofen, Dtsches Ärzteblatt 10, 1980). Deshalb müssen wir uns gegen willkürlich angehobene Leistungsanforderungen in zusätzlichen Klausuren sowie den zentralen Prüfungen insbesondere in der Vorklinik zur Wehr setzen.

Es zeigt sich immer wieder, daß nur auf dem Weg des breiten Protests dem Gegner Erfolge abzuringen sind. Auch wenn häufig nur Teilerfolge zu erringen sind, ist diese Strategie entscheidend. Das Gegenbeispiel: Der mehrsemestrige „demokratische“ Dialog des RCDS hat den Fachbereichen in Düsseldorf und Kiel mit die einschneidendsten Studienordnungen bescherkt. Die politische Auseinandersetzung mit den studentischen Handlungen der Reaktion ist ein essentieller Bestandteil im Kampf für eine demokratische Medizinausbildung.

In den vergangenen Semestern konnte so der Einfluß dieser Gruppen bundesweit auf 3 Studentenvertretungen reduziert werden.

2. Die Diskussion und Profilierung unserer Alternativen zur gegenwärtigen Medizinausbildung

Wir arbeiten auf eine Medizinausbildung hin, die an den Interessen der Bevölkerung orientiert ist.

Unsere Ziele decken sich hierbei in den wesentlichen Punkten mit den „Forderungen der ÖTV zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung“.

Darüberhinaus sollen im folgenden schwerpunktmäßig Ergebnisse der studentischen Diskussion dargestellt werden.

Wir setzen uns zur Wehr gegen jede Form technokratischer, merkantiler oder elitär orientierter Medizin und entsprechender Lehrinhalte.

Wir wenden uns gegen die Produktion von Ärzten, die nicht wissen, „warum der eine (Patient) nicht schlafen kann, der zweite nicht essen, der dritte nicht lieben.“

Die vollständige und studienbegleitende Integration der psychosozialen Fächer ist daher ein Kernpunkt unserer Forderungen.

Neben einer fundierten fachlichen Qualifikation sind unsere Forderungen bezüglich einer demokratischen Medizinausbildung:

- Fähigkeit zur gesellschaftlichen Selbstbestimmung und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung gegenüber Individuum und Gesellschaft
- Fähigkeit zum Aufbau eines gleichberechtigten Arzt-Patientenverhältnisses und der Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Berufen,

- Bereitschaft zum aktiven und uneingeschränkten Eintreten für den Frieden.

Die **Ausbildungsstruktur** sei hier nur kurz in den Schwerpunkten skizziert:

- Problemorientiertes Lernen
- Kleingruppenunterricht
- Beteiligung an der Patientenversorgung
- Patientenzentriertes Lernen
- Schwerpunktsetzung beim Lehrstoff, Vermittlung einer fundierten Grundlagenqualifikation
- Praxisnahe Prüfungen zur Selbstkontrolle statt selektierender NC-Prüfungen zur „Bedarfs“-Steuerung
- Kooperative Ausbildung mit anderen Medizinalfachberufen
- Studieneinführung durch Orientierungseinheiten
- Neubearbeitung des TV-praktischen Jahr

Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Erprobung unserer Studienreformziele:

- Wir bemühen uns bundesweit um die Einrichtung von Orientierungseinheiten zu Beginn des Studiums. Vorrangige Ziele einer OE sind Abbau von Angst und Vereinzelung durch Überlebensinformationen und Förderung sozialer Kontakte innerhalb von Kleingruppen, Motivation zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen, mit Ablauf und Inhalt des Studiums. Zur bundesweiten Koordinierung und Erfahrungsaustausch wurde eine AG innerhalb der Fachtagung gegründet.
- **Arbeits- und Studienprojektgruppen.** An fast allen Universitäten bestehen Arbeitsgruppen zu den verschiedensten Bereichen: Psychiatrie, Arbeitsmedizin, Naturheilkunde, Akupunktur, Krebstherapie, Medizin und 3. Welt
- **Studienprojekte.** Hierbei handelt es sich um Arbeitsgruppen, die im Rahmen des bestehenden Studiums fortschrittliche didaktische und inhaltliche Ziele umzusetzen versuchen. Beispiele sind

ein Gynäkologiekurs und eine Adipositas-Patienten-Betreuung in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Zentrum für Hochschuldidaktik Hamburg.

Studentische Projektgruppen in Zusammenarbeit mit Rehabilitationsgruppen. Mehrsemestrige Betreuung von Familien im ambulanten Bereich.

All diese Projekte sollten das Ziel haben, fortschrittliche Formen und Inhalte innerhalb der Ausbildung zu verankern. Um diese Arbeit voranzubringen ist eine sorgfältige Auswertung und ein breiter bundesweiter Austausch zu führen. Der beste und einzige richtige Weg weitere Verschärfungen wie z.B. die dritte AO-Novellierung zu verhindern, ist die offensive Formulierung unserer Alternativen zu der bestehenden Ausbildung, deren Erprobung und der Kampf für deren Integration in das Studium.

So veranstalten wir als bundesweiten Schwerpunkt dieses Semesters einen Studienreformkongress der vereinigten Studentenschaft Medizin in Frankfurt vom 5.—7. Dezember.

Über diese inhaltliche Offensive werden wir auch die bundesweite Medizinerbewegung stabilisieren und gegebenenfalls breite bundesweite Protestaktionen initiieren können.

Der Gesundheitstag, die breite Diskussion an den Fachbereichen über das blaue Papier, Öffentlichkeitstage mit der Bevölkerung, der gemeinsame Kampf für Frieden und Abrüstung, all dies zeigt uns einmal mehr die Bündnispartner in unserem Kampf: Die arbeitenden Menschen und deren Gewerkschaften. Ein enges und funktionsfähiges Bündnis mit ihnen ist von zentraler Bedeutung gerade in der Auseinandersetzung um die Approbationsordnung und damit im Kampf für ein demokratisches Gesundheitswesen.

Aufruf der VDS Fachtagung Medizin:

Die Fachschaftsvertretungen der Medizinischen Fachbereiche rufen hiermit alle interessierten Studenten und Beschäftigten des Gesundheitswesens auf zum

STUDENTENREFORM-KONGRESS der VDS Fachtagung vom 5.–7. Dezember in Frankfurt/M. (Universitäts Klinikum)

Die Erfahrungen in den Diskussionen und Auseinandersetzungen um die „Studienreform von oben“ haben die Notwendigkeit aufgezeigt, über bloße Abwehrmaßnahmen hinaus zur Entwicklung einer am Interesse der Bevölkerung orientierten konstruktiven Alternative zur gegenwärtigen Medizinausbildung zu kommen.

Arbeitsschwerpunkte

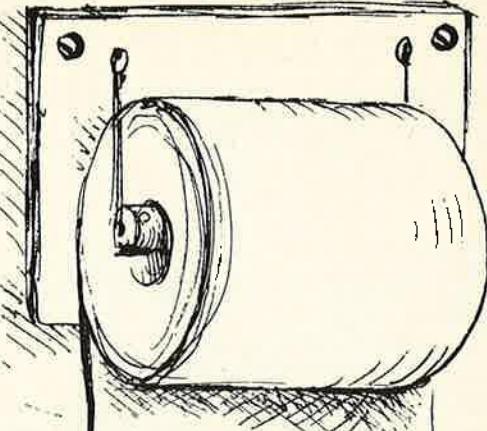
Alternativen zum Gegenstandskatalog – Kleingruppenunterricht – Modellstudienräume – Projektstudium – alternative Zulassungs- und Prüfungsverfahren – Verbesserung der PJ Situation – Konkretisierung der Forderung nach einer gemeinsamen Grundausbildung für Medizinalfachberufe – Engere Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften.

Mit: U. Deppe, U. Schagen, H.-H. Abholz, R. v.d. Busche u.a.

Weitere Informationen:

Sekretariat der VDS Fachtagung Medizin, Telefon 040/494448

Die Seite für's Clo



Alles andere kann ich sehen, nur diese Menschen nicht.

Anlässlich des Filmfestes '80 wurde dieser Film der Menschen und ihr Leben in einem psychiatrischen Krankenhaus zeigt, uraufgeführt. Drei Patienten werden persönlich vorgestellt: ein Junge, der wegen wiederholter, sinnloser krimineller Delikte eingewiesen wurde; ein Langzeitpatient, der seit 25 Jahren in diesem Krankenhaus lebt; ein ehemaliger KZ-Häftling, der nach dem Tod seiner Frau nicht mehr alleine leben konnte.

Diese Porträts sind verbunden mit der Beschreibung verschiedener Stationen, z.B. ein Gruppentherapiegespräch in einer Alkoholiker-Station, den Ablauf eines Morgens in der Schwerstbehinderten-Station.

„Ich wollte die Bemühungen der Schwestern, Pfleger und Ärzte und ihre Erfolge darstellen“. Mit diesem Anspruch zeichnete der Regisseur ein positives Bild eines psychiatrischen Krankenhauses.

Beeindruckend ist das Lächeln eines hochgradig geistig Behinderten beim Bemalen eines Ostereis.

Die Bereitschaft zuzuhören, erfordert die Geschichte des ehemaligen KZ-Häftlings, die er selbst in schwer verständlichem Deutsch vorträgt.

Das Besondere dessen, daß Behinderte mit Messer und Gabel zu Mittag essen, begreift man erst, wenn der Regisseur nach dem Film erklärt, daß dies während des Drehens erst zum zweiten

Mal der Fall war und bis dahin alle Patienten gefüttert worden waren.

So waren die Erklärungen des Regisseurs mehrmals erforderlich, um den Film zu begreifen und um nicht den Eindruck zu behalten, da habe jemand ein allzu unrealistisches und viel zu positives Bild über Psychiatrie in der Bundesrepublik auf die Leinwand gebracht.

Informationen zum Film und Ausleihmöglichkeiten gibt Hartmut Kaminski, Karolinger Str. 88, 4000 Düsseldorf.

Gunar Stempel

Film: Gesundheitstage

Voller Erwartung ging ich Anfang September während des Festivals der Filmemacher in den Film von Hans-Jörg Reinel. In 45 Minuten rollten die Gesundheitstage in Farbe (16 mm) an mir vorbei.

Der Film ist eine Dokumentation über den ersten Gesundheitstag, einer Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag, hieß es im Ankündigungsflugblatt zum Film. War der Einstieg in den Film mit der Begrüßungsansprache des Berliner Ärztekammerpräsidenten noch halbwegs gelungen, der von der „freiheitlichen“ Medizin im Westen sprach, nachdem er zuvor fast 40 % der Berliner Ärzte vom Ärztetag wegen Beteiligung am Gesundheitstag mit Aussperrung vom Ärztetag bestraft hatte, so wartete man anschließend auf den auf dem Gesundheitstag vorgetragenen „inhaltlichen“ Kontrast zu den reaktionären

Forderungen der Ärzteschaft, z.B. der Selbstbeteiligung der Patienten. Doch Pustekuchen.

„Der Film zeigt außerdem die gelöste Atmosphäre unter der der Gesundheitstag stattfand und die sich erheblich von der Halbgötter in Weiß-Tagung der Ärztekammer unterschieden hat.“ Die filmische Beschreibung der „gelösten Atmosphäre“ war das „Programm“ des Regisseurs. Da breiteten sich (Studenten)-Massen auf dem Rasen aus, der in ihrer Vorstellungskraft zu Sand verwandelt wurde, um sich endlich als Fisch im Wasser fühlen zu können: „Stell Dir vor, Du hast Kiemen!“ Da folgten Einstellungen aus Veranstaltungen über Homöopathie und Homosexualität, eine Theatergruppe führte eine Satire auf einen studentischen Untersuchungskurs am Patienten auf, die jedoch in Klamauk versumpfte, eine Gefängnissärztin berichtete über ihre Arbeit in einem Frauengefängnis, eine Diskussion über die Gefahren der Atomkraft wurde gezeigt, Erfahrungsberichte über die Arbeit in der 3. Welt wurden vorgetragen.

Es folgten Ausschnitte aus der Veranstaltung im Alternativzirkusprojekt Tempodrom, wo die Teilnehmer zu den Trommelklängen einer Gruppe tanzten (und wo auch im übrigen ein weiterer Film von Hans-Jörg Reinel gezeigt worden war über den Einsatz von bundesdeutschen Ärzten in Nicaragua, geschickt von medico international, selbst wegen „Politourismus“ abgelehnt, vom Fernsehen für 60000 DM aufgekauft). Wer sich vor der Filmkamera äu-

erte, war ausgerechnet Hackethal, weitere nichtssagende Worte aus der Abschlußkundgebung wurden für filmenswert gehalten. Im Ankündigungsflugblatt steht: „Produktion Rucksack-Film Berlin sucht Verleih“, infrage käme da in erster Linie die Bundesärztekammer selbst und das bundesdeutsche Fernsehen, die keine besseren Bilder von diesem „Chatten- und Exotenhaufen“ bekommen könnte.

Die Ausschnitte aus der Hauptveranstaltung über NS-Medizin und Faschismus und der kurz vor Filmende auftauchende Aspekt einer beginnenden Zusammenarbeit der „Neuen Gesundheitsbewegung“ und den traditionellen Linken, die bereit sind, einander zu respektieren und voneinander zu lernen machen die negativen Seiten des Films nicht wett. Die Wirklichkeit meines normalen Arbeitstages mit 36-Stunden-Diensten, Wochenenddiensten etc., die Gründe des Aussteigens von vielen Pflegekräften aus dem Krankenhausbetrieb und deren Ausbildungsmisere etc. bleiben außen vor.

Als Empfehlung bleibt nur: Nicht sehnwert.

Wer dennoch nicht auf den Film verzichten und sich vielleicht abgelichtet sehen möchte, der kann im zwischenzeitlich umgezogenen Gesundheitsladen die Verleihbedingungen nachfragen:

Gesundheitsladen e.V.
Gneisenaustr. 2 (Mehringhof)
1000 Berlin 61
Tel.: 030/693290

TERMINE

4. 12. 80 Köln
VERANSTALTUNG ZUM
„Blauen Papier“
 Fachschaft Medizin. Teilnehmer:
 Vertreter der Bundesärztekammer,
 der ÖTV, der Liste Soziales
 Gesundheitswesen und des
 Marburger Bundes.
 Ort: Uni-Hauptgebäude

Im Juni 1981 finden in Nordrhein-Westfalen und in Niedersachsen Wahlen zur Landesärztekammer statt. In den Regierungsbezirken Nordrhein und in Westfalen-Lippe haben 1977 gewerkschaftlich orientierte Listen als „Liste Soziales Gesundheitswesen“ auf Anhieb Sitze in der Ärztekammer erringen können. Die Arbeit dieser Liste muß eine Fortsetzung erfahren. Zur Mitarbeit sind alle angestellten und niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen aufgefordert. Am 17. 12. 1980 findet für die Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf eine konstituierende Listensitzung statt. Auf der Grundlage der Arbeit der letzten drei Jahre soll ein Programm für die nächste Kammerwahl entwickelt werden.

Ort:
 Haus Dieterich, Balkanrestaurant Donau
 Kölnerstr. 67
 4000 Düsseldorf 1
 etwa 3 Min. vom Hauptbahnhof entfernt
 Zeit: 17. 12., 20.00 Uhr.

Weitere Informationen und Anmeldung zur Mitarbeit bei folgenden Kontaktadressen:

Matthias Albrecht
 Rurweg 16
 5300 Bonn
 Tel.: 0228/233750

Onke Meents
 Lupuastr. 34
 5000 Köln 1
 Tel.: 0221/725944

Erhard Knauer
 Hubertusstr. 49
 5100 Aachen
 Tel.: 0241/33827
 Gunnar Stempel
 Aachenerstr. 198
 4000 Düsseldorf-Flehe
 Tel.: 0211/151187

Gregor Weinrich
 Mühlenstr. 198
 4330 Mülheim/R.

Informationen zur Liste Soziales Gesundheitswesen in Westfalen-Lippe bei:

Peter Frommelt
 4800 Bielefeld 1
 August-Bebelstr. 97 b
 Tel.: 0521/173472

Detlef Uhlenbrock
 4400 Münster
 Siemensstr. 18 b
 Tel.: 0251/73367

Inge Zeller
 Neuer Graben 73
 4600 Dortmund
 Tel.: 0231/104584

Mißstände in Landeskrankenhäusern

Amnesty International und das SSK in Köln wollen sich für die Beseitigung von Mißständen in den Landeskrankenhäusern einsetzen. Berichte über Arbeitsausbeutung, übermäßige Verabreichung von Medikamenten oder Experimente an Patienten bitte an:

Amnesty International,
Domstr. 56,
5000 Köln 1

21. 11.—23. 11. 80 Ulm
Regionaler Gesundheitstag
 der ÖTV-Kreisverwaltung
 Ostwürttemberg-Ulm in Zu-
 sammenarbeit mit der Ulmer
 Volkshochschule.

In 10 Arbeits- bzw. Themen-
 kreisen soll ein umfassendes
 aber doch überschaubares
 Gespräch zwischen Patienten,
 Versicherten, Beschäftigten im
 Gesundheitswesen erreicht werden.

Angeboten werden Podiums-
 gespräche, Filme, Arbeits- und
 Gesprächskreise, Info-
 Stände usw. zu den Themen:

- Wie krank ist unser Gesundheitswesen?
- Pharmaindustrie
- Patienteninteressen/humanes Krankenhaus
- Suchtprobleme
- Gesundheit und Arbeitswelt
- Arbeitnehmerinteressen im Krankenhaus/alternative Krankenpflege
- Gemeindenähe Psychiatrie
- Alternative Medizin

Büchereingänge:

1. Aly, Monika: **Veränderung, Normalität & Therapieglaube.** Überlegungen zur krankengymnastischen Behandlung cerebralgeschädigter Kinder in Berlin und Florenz, Berlin 1980. Bestelladresse: Monika Aly, Stubenrauchstraße 11, 1000 Berlin 45, Preis: 4,—DM, 48 Seiten
2. Buchmayer, Hans: **Scenen aus einer Sonderschule**, Köln 1980, Bund-Verlag, 200 Seiten, koloriert 28,—DM
3. Deppe, Hans-Ulrich (Hrsg.): **Vernachlässigte Gesundheit.** Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Preis: 39,80 DM
4. Loesch, Achim von: **Die gemeinwirtschaftlichen Unternehmen der deutschen Gewerkschaften**, Köln 1979, Bund-Verlag
5. Matthöfer, Hans: **Humanisierung der Arbeit und Produktivität in der Industriegesellschaft**, Köln 1980, 3. Auflage, 240 Seiten, koloriert 9,80 DM
6. Odum, Eugene P.: **Grundlagen der Ökologie** in 2 Bänden. Band 1: Grundlagen, Band 2: Standorte und Anwendung. Stuttgart/New York 1980, Georg Thieme Verlag Preis: 22,80 (je Band)
7. Parteivorstand der Deutschen Kommunistischen Partei (Hrsg.): **Für ein demokratisches und soziales Gesundheitswesen.** Vorschläge der DKP, Druck: Planbeck & Co., Neuss 1980, 2. Auflage, Schutzgebühr: 1,—DM
8. Parteivorstand der Deutschen Kommunistischen Partei (Hrsg.): **Für wirksamen Umweltschutz.** Vorschläge der DKP, Druck: Planbeck & Co., Neuss 1980, 2. Auflage, Schutzgebühr: 1,—DM

Auskunft: ÖTV-Kreisverwaltung Ostwürttemberg-Ulm,
 7900 Ulm/Donau, Weinhof
 22—23

1.—5. 12. 80 Darmstadt
Lehrgang: Gespräche mit Schwerkranken und Angehörigen

12.—14. 12. 80 Darmstadt
Seminar: Gesundheitswesen in der 3. Welt

Die Abteilung für Fort- und Weiterbildung des Elisabethenstift Darmstadt bietet regelmäßig Fortbildungskurse in den Bereichen Offene Altenarbeit, Altenpflege, Krankenpflege an.

Anfragen sind an folgende Adresse zu richten:
 afw-sp
 Stiftstr. 45—47, 6100 Darmstadt
 Tel.: 06151/403348

16.—18. 1. 1981 Bad Lauterberg
„Verhaltenstherapeutische Tagung für brustamputierte Frauen“
 Auskünfte: Kongreßzentrum revita-Kurhotel, 3422 Bad Lauterberg

Er kämpfte für das Leben Vergessener

Von Erich Wulff

Ich habe Franco vor fast zehn Jahren kennengelernt, als er an der Vincennes-Universität, an der ich damals eine Gastprofessur innehatte, einen Vortrag hielt. Damals war „Die negierte Institution“ gerade in Frankreich erschienen, in der über eine einzigartige Erfahrung, die erste vollständige Öffnung einer Irrenanstalt in Gorizia, berichtet wird.

In diesem Buch wurde der Ausgrenzungsprozeß der „Irren“ aus der Gesellschaft nicht wie bei Foucault aus philosophisch-ästhetisierender Distanz analysiert. Basaglia stellte das Verstummen der Menschen in der Institution, der Ausgrenzung, in seiner kruden Grausamkeit dar – und auch das Erststück Weges, das er und seine Mitarbeiter in Gorizia gegangen waren, um diese Ausgrenzung rückgängig zu machen.

Die ersten Worte, die die Irren auch in eigenem Namen sprechen konnten – und die gehört wurden – vorerst noch Aufschrei, Augenblickliches, Unverbundenes, worin sich Bedürfnisse und Not unmittelbar artikulierten – und nicht mehr die Sprache der asylären Subkultur, wurden ihm Buch wiedergegeben.

Und eine Perspektive: Daß eine Humanisierung der Verwahrungsinstanz nicht ausreicht, daß diese ganz zum Verschwinden gebracht werden müssen, indem man sie Schritt für Schritt, Stufe für Stufe „negiert“. Und schließlich, daß es die kapitalistische Gesellschaft und ihre Institutionen sind, die die ökonomisch Unbrauchbaren in die Asyle interniert.

Dies rief Erwartungen, auch bei einer Studentenschaft, die vom Mai 1968 geprägt war, hervor. Auch irrationale Erwartungen, gegen die Franco sich damals wie heute wehren mußte. Nein, er sei kein Anti-Psychiater. Nein, er habe nie gesagt, Krankheit im Sinne eines irreversiblen Prozesses gebe es überhaupt nicht in der Psychiatrie.

Es gibt sie: Aber die Entrechtung der Insassen psychiatrischer Institutionen, und diese selber als Instanzen der Repression, hätten mit dem Kern „Krankheit“ bei einigen ihrer Insassen nichts zu tun: Psychiatrie als Institution diene nicht der Heilung, sondern der Anpassung oder Ausgrenzung.

Manche Studenten begriffen diese Position. Andere sahen sich enttäuscht und machten ihrem Unwillen Luft. So ähnlich ist es geblieben, überall, wo Franco sprach.

Dabei ist Francos Beitrag zur Psychiatrie nicht so sehr auf der theoretischen Ebene zu suchen. Goffmann, Scheff, Szasz, Laing, Cooper, aber auch Foucault und Dörner sind ihm auf diesem Feld ein Stück weit voraus. Es ist nicht der Marx, sondern der Lenin der europäischen Psychiatrie.

„Was tun?“ hat er gefragt – und er hat es getan. Was? Ich hatte das Glück, seinen Weg ein Stück weit verfolgen zu können, dank der Freundschaft, die er mir die ganzen Jahre entgegengebracht hat.

Nach der Verkündung des Gesetzes ist Pirella (früher Arezzo) nach Turin gegangen, Franco selber nach Rom. Sie wollen demonstrieren, daß es auch in modernen Industriestädten möglich ist: Die Auflösung der Asyle und die Wiedereingliederung der Ausgegrenzten in die Gesellschaft. Diese Arbeit hatte kaum erst begonnen, als Franco starb.

Wenn die Auflösung des Irren-Asyls von Triest überhaupt ein Vorbild in der Geschichte der Psychiatrie hat, so ist dies die Befreiung der Irren des Bicetre von ihren Ketten durch Pinel zu Beginn der Französischen Revolution. Franco Basaglio ist der Pinel unseres Jahrhunderts! Niemand weiß, wie es ohne ihn weitergehen wird in der Arbeit für Alternativen zur Psychiatrie. Denn Franco Basaglia war alles andere als ein Fanatiker, der entschlossen und rücksichtslos seinen Weg ging. Er konnte hören und lernen, auch von uns, seinen Freunden.

Ich möchte diese Würdigung nicht abschließen ohne ein Wort über Franco als Menschen und als Freund. Er war ein Kämpfer. Sein Kampf begann im Zweiten Weltkrieg als antifaschistischer Partisan. Die Kontinuität des Kampfes von damals zu dem Kampf von heute ist Franco immer bewußt gewesen: Wie er KZs und Irrenanstalten auch als verwandt ansah.

Er setzte auf den Sozialismus – und sah doch, daß es auch im realen Sozialismus Macht- und Interessenstrukturen gibt, die durch den Sozialismus im Prinzip möglich gewordene Entfaltung menschlicher Möglichkeiten behindern. Vielleicht hat er diese Einsicht allzusehr in Richtung einer antiinstitutionellen Konvergenz-Theorie verallgemeinert.

Das zählt wenig gegenüber der realen Freiheit, die seine Arbeit Zehntausenden im Elend der Asyle vergessenen Menschen gebracht hat. Und das zählt wenig auch gegenüber seiner Erfahrung, daß man nicht warten muß bis zur Stunde der revolutionären Endlösung, um ein Stück Freiheit mehr zu erkämpfen.

Dieser Kampf ließ ihn das Leben nicht vergessen. Er hatte etwas übrig für geistige und sinnliche Freuden. Gerade seine Liebe zum Leben, seine Fähigkeit, es trotz des Tropfens Bitterkeit, der ihm beigemischt blieb, zu genießen, das eine und einzige Leben, das jeder von uns nur einmal gelebt hat, machte für ihn den Aufschub, das Warten auf bessere Zeiten, das Kalkül auf die Zusitzung der Widersprüche und Leiden unerträglich.

So begann er damit, denjenigen ein Stück Leben, einen kleinen Platz an der Sonne im buchstäblichsten Sinne wiederzugeben, denen man alles genommen hatte, um sie dann zu vergessen hinter den Mauern der Asyle.

Gorizia mußte letztendlich scheitern, nach seiner vollständigen Öffnung nach innen. Eine so tiefgreifende Veränderung muß von einer soliden Bestandsaufnahme ausgehen, wenn sie auf politische Unterstützung hoffen will. Mit uns, mit



seinen französischen, deutschen und spanischen Freunden, nahm Franco eine Art „Psychiatrie-Enquête“ in europäischem Maßstab in Angriff.

Ein Buch sollte daraus werden, und es hatte schon einen Namen: Die Landkarte der Schande. Die Daten wurden erhoben – aber die Entwicklung in Italien lief der wissenschaftlichen Literatur davon: Verschiedene örtliche Veränderungsversuche der Psychiatrie in Arezzo, Perugia und andernorts waren bereits so wirksam geworden, daß es eines Buches nicht mehr bedurfte, um den Durchbruch zu gesetzlichen Absicherungen der neuen italienischen Psychiatrie zu erreichen.

Zu solchen politischen Bündnissen fanden Franco und seine Mitarbeiter schon Anfang der siebziger Jahre. Am wichtigsten war die politische Allianz, die die Gewerkschaft, aber auch den größten Teil des politischen Parteien-Spektrums hinter die Veränderung der Psychiatrie brachte, bis hin zum linken Flügel der Democrazia Cristiana (DC). Dabei spielten die Städte um Perugia (Mittelitalien) mit ihrer traditionellen kommunistisch-sozialistischen Mehrheit eine Vorreiterrolle. Aber auch Triest, wo Franco selber tätig war.

Die Triester Irrenanstalt konnte als erste vollständig aufgelöst werden. Ersetzt wurde sie von Krisen-Interventionszentren und mobilen Teams in den Stadtteilen, durch Wohngemeinschaften und Heime, Kooperationen, in denen die früheren Kranken ihren Lebensunterhalt verdienen konnten. Für ambulant nicht beherrschbare Akut-Krisen stand das allgemeine Krankenhaus zur Verfügung.

Dieser Prozeß brachte auch Konflikte mit sich. Mehrere Male ist Franco vor Gericht. In einem wegweisenden Prozeß wurde er 1975 vom Vorwurf fahrlässiger Tötung freigesprochen, nachdem ein entlassener Patient seinen Vater erschlagen hatte. Dieser Freispruch bereitete das neue Psychiatrie-Gesetz von 1978 vor:

Es verbietet den Neubau besonderer klinischer Einrichtung für psychisch Kranke, aber auch die Aufnahme neu Erkrankter in die noch bestehenden psychiatrischen Anstalten. Krisen sollen durch ambulante Zentren in Stadtteilen und auf dem Lande bewältigt werden, sowie in allgemeinen Krankenhäusern unter psychiatrischer Fachbetreuung. Zwangseinweisungen wurden erheblich erschwert und die Entlassung zwangseingewiesener Patienten erleichtert. Dieses Gesetz ist ein Kompromiß, obwohl es weit über das hinausgeht, was die deutsche „Psychiatrie-Enquête“ zu empfehlen gewagt hat.

aus: „Die Neue“, Berlin

Kritische Texte



Sozialarbeit Sozialpädagogik Soziale Probleme

Herausgegeben von Hanns Eyferth, Paul Hirschauer, Joachim Matthes,
Wolfgang Nahrstedt, Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch

Eine Auswahl

Henrik Kreutz/

Reinhard Landwehr (Hrsg.)

Studienführer für Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen

Ausbildung und Beruf im Sozialwesen.

282 Seiten, Paperback, DM 24,80.

ISBN 3-472-58031-3

Hans Thiersch

Kritik und Handeln

Interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik. Gesammelte Aufsätze unter Mitarbeit von Anne Frommann und Dieter Schramm.

185 Seiten, Paperback, DM 17,80.

ISBN 3-472-58036-4

Peter Runde/Rolf G. Heinze

Chancengleichheit für Behinderte

Sozialwissenschaftliche Analysen für die Praxis

278 Seiten, Paperback, DM 29,80

ISBN 3-472-58045-3

Thomas Mathiesen

Überwindet die Mauern!

Die skandinavische Gefangenengbewegung als Modell politischer Randgruppenarbeit

Mit einer Einführung von Karl F.

Schumann

214 Seiten, Paperback, DM 24,80

ISBN 3-472-58044-5

Lange/Müller/Ortmann

Bedürfnisorientierte Jugendarbeit

Über den Alltag des Jugendarbeiters

ca. 130 Seiten, Paperback,

ca. DM 15,-

ISBN 3-472-58048-8



Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/
Claus Offe (Hrsg.)

Opfer des Arbeitsmarktes

Zur Theorie der strukturierten Arbeitslosigkeit.

283 Seiten, Paperback, DM 19,80.

ISBN 3-472-58038-0



Balzer/Rolli

Sozialpädagogik und Krisenintervention

ca. 220 Seiten, Paperback,

ca. DM 25,-

ISBN 3-472-58049-6

Walter Specht

Jugendkriminalität und Mobile Jugendarbeit

Ein stadtteilbezogenes Konzept
von Street-Work

198 Seiten, Paperback, DM 22,-

ISBN 3-472-58043-7



Hans Drake

Frauen in der Sozialarbeit

Sexismus – Die geschlechtspezifische Diskriminierung.

Ca. 180 Seiten, Paperback,

ca. DM 20,-

ISBN 3-472-58047-X